

Jahresbericht 2006

385. Mitteilung

Beilage zum Magazin
«Die Volkswirtschaft»

Bericht vom
8. September 2006

Reform des Gesundheitswesens



Impressum

Aufgaben der Kommission

Gemäss Bundesgesetz vom 20. Juni 1980 über die Konjunkturbeobachtung beurteilt die Kommission für Konjunkturfragen (KfK) laufend die Lage und Entwicklung der Konjunktur, berichtet darüber und nimmt zu wichtigen wirtschaftspolitischen Fragen Stellung.

Mitglieder der Kommission für Konjunkturfragen

Präsident Kirchgässner Gebhard, Prof. Dr., Universität St. Gallen

Vizepräsident Jeanrenaud Claude, Prof. Dr., Universität Neuenburg

Mitglieder

Blank Susanne, lic. rer. pol., Leiterin Ressort Wirtschaftspolitik Travail.Suisse, Bern
Brulhart Marius, Prof. Dr., Universität Lausanne
Brunetti Aymo, Prof. Dr., Mitglied der Geschäftsleitung des Staatssekretariats für Wirtschaft Seco, Bern
Eggenschwiler Christophe, Dr. sc. techn. ETHZ, Mitglied der Geschäftsleitung Schweizerischer Bauernverband, Brugg
Gaillard Serge, Dr. oec. publ., geschäftsleitender Sekretär des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes, Bern
Gentinetta Pascal, Dr. oec. HSG, Mitglied der Geschäftsleitung economiesuisse, Zürich
Hoffmann Stefan, lic. rer. pol., Mitglied der Direktion der Schweizerischen Bankiervereinigung, Basel
Horber Rudolf, Dr. rer. pol., politischer Sekretär des Schweizerischen Gewerbeverbandes, Bern
Landmann Oliver, Prof. Dr., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau
Masoni Marina, avvocata, Staatsrätin des Kantons Tessin, Bellinzona
Peytrignet Michel, Dr. oec., Direktor Schweizerische Nationalbank, Zürich
Pittet Michel, Dr. oec., Staatsrat des Kantons Freiburg, Freiburg
Schubert Renate, Prof. Dr., Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
Stutz Vital G., lic. iur, Rechtsanwalt, Präsident der Vereinigung Schweizerischer Angestelltenverbände, Zürich
van der Haegen Astrid, Kommunikationsberaterin, Präsidentin Wirtschaftsfrauen Schweiz, Sissach BL

Sekretariat Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), Direktion für Wirtschaftspolitik
Biétry Jules, dipl. Ing. ETHZ, Effingerstrasse 1, 3003 Bern
Tel.: 031 322 62 72, Fax: 031 323 50 01
www.kfk.admin.ch

Inhaltsübersicht

2	Vorwort
3	Executive Summary
7	1 Einleitung
9	2 Wirtschaftslage und Makropolitik
9	2.1 Weltwirtschaftliche Lage und Aussichten
10	2.2 Lage der schweizerischen Wirtschaft und Aussichten
15	2.3 Öffentliche Finanzen, Finanzpolitik
16	2.4 Monetäre Lage und Geldpolitik
24	3 Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte
24	3.1 Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen: Eine Bestandsaufnahme
31	3.2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen
39	3.3 Reformbereiche
51	3.4 Abschliessende Bemerkungen
54	4 Analysen zu ausgewählten Themen
54	4.1 Probleme der Krankenversicherung
62	4.2 Auswirkungen des Vergütungsmodells für ärztliche Leistungen
70	4.3 Krankenhausfinanzierung
79	4.4 Arzneimittel und Medizinprodukte
87	5 Abschliessende Bemerkungen: Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Vorwort

Die Kommission für Konjunkturfragen (KfK) legt hiermit ihren fünften Jahresbericht vor. Im Jahr 2001 hatte sie beschlossen, ihre Arbeit vermehrt auf grundsätzliche wirtschaftspolitische Fragen auszurichten und dem Bundesrat jährlich einen Bericht zu erstatten.

Wie in den beiden Vorjahren widmet sich der zweite Teil des Berichts einem einheitlichen, zentralen Thema: In diesem Jahr ist es die Reform des Gesundheitswesens. Angesichts permanent steigender Gesundheitsausgaben und der damit verbundenen Belastung der öffentlichen Finanzen sieht die Kommission diese Reform als eine der zentralen Herausforderungen der Wirtschafts- und Sozialpolitik in unserer Zeit an. Dabei geht es – uns neben einer Darstellung der Kostenentwicklung in den vergangenen Jahrzehnten – zum einen um die Herausarbeitung der Effizienz- und Finanzierungsprobleme, die in diesem Bereich bestehen, und ihrer Ursachen, zum anderen aber auch um die Diskussion möglicher Reformschritte. Dass nicht alle der hier vorgeschlagenen Reformen überall auf Zustimmung stossen werden, ist uns dabei durchaus bewusst.

Wie bisher beschäftigt sich der erste Teil des Berichts mit den kurz- und mittelfristigen Perspektiven der schweizerischen Volkswirtschaft. Die Schilderung der weltwirtschaftlichen Lage und der nationalen wirtschaftlichen Situation wird ergänzt durch Darstellungen zur Finanz- und zur Geldpolitik. Die Ausführungen in diesem Teil berücksichtigen die bis zum 8. September 2006 verfügbaren Daten.

Für *Kapitel 3*, welches mit einer Übersicht über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beginnt, wurden Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) benötigt, die nicht publiziert sind und uns vom Bundesamt zur Verfügung gestellt wurden. Wir möchten für diese bereitwillige Unterstützung danken. Ausserdem danken wir all jenen, insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF), sowie Herrn Prof. Albert Holly, Herrn Prof. Claude Jeanrenaud und Herrn Prof. Robert E. Leu, die mit ersten Entwürfen zu Teilen dieses Berichts, aber auch mit kritischen Anmerkungen beigetragen haben.

Die Vielschichtigkeit der angesprochenen Probleme sowie das breite, in der Kommission vertretene Meinungsspektrum bringen es mit sich, dass die Inhalte der Beiträge, insbesondere zu den Spezialthemen in *Kapitel 4*, zwar in der Regel in ihrer Grundtendenz die Zustimmung der Kommission gefunden haben, nicht aber notwendigerweise auch in allen Einzelheiten.

Die Kommission hofft, mit diesem Bericht einen – wenn auch vielleicht nur kleinen – Beitrag zur Bewältigung der Probleme zu leisten, denen sich die Gesundheitspolitik in der Schweiz heute gegenüber sieht.

Bern, 8. September 2006

Der Präsident:
Gebhard Kirchgässner

Executive Summary

Im Zentrum des Jahresberichts 2006 der Kommission für Konjunkturfragen stehen Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens. Er besteht inhaltlich aus zwei Teilen. Im *ersten Teil*, in *Kapitel 2*, wird wie in den Berichten der Vorjahre ein Überblick über die wirtschaftliche Situation gegeben. Der *zweite Teil*, welcher die *Kapitel 3 bis 5* umfasst, befasst sich mit Problemen bzw. mit der Reform des schweizerischen Gesundheitswesens.

Im *ersten Teil* folgt der Darstellung der weltwirtschaftlichen Lage in *Kapitel 2.1* eine allgemeine Einschätzung der Lage der schweizerischen Wirtschaft und ihrer Aussichten (*Kapitel 2.2*). Das Kapitel schliesst mit der Darstellung der Finanz- und der Geldpolitik (*Kapitel 2.4 bzw. 2.5*).

Im *3. Kapitel* versuchen wir eine möglichst umfassende Übersicht über die mit dem Gesundheitswesen verbundenen Probleme zu geben und gleichzeitig, soweit dies möglich ist, Lösungsansätze zu diskutieren. Dabei wird auch auf Ergebnisse des *4. Kapitels* zurückgegriffen, in welchem einige wichtige Einzelprobleme vertieft behandelt werden: die Krankenversicherung (*Kapitel 4.1*), die Honorierung ärztlicher Leistungen (*Kapitel 4.2*), die Krankenhausfinanzierung (*Kapitel 4.3*) sowie die Preise für Arzneimittel (*Kapitel 4.4*). Das *5. Kapitel* thematisiert abschliessend die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Die wirtschaftliche Entwicklung

Weltwirtschaftliche Entwicklung

Im vergangenen Jahr hat die Weltwirtschaft erneut deutlich expandiert. So stieg das Bruttoinlandprodukt (BIP) der USA um 3,2%. In Japan war das Wirtschaftswachstum mit 2,6% ebenfalls stark. In der EU verlief die Entwicklung im Vergleich dazu etwas schwächer, aber die gesamtwirtschaftliche Nachfrage und die Produktion waren ebenfalls weiter aufwärts gerichtet; das BIP der EU wuchs um 1,7%. In Osteuropa, Lateinamerika und im übrigen Asien expandierten die Wirtschaftsaktivitäten zum Teil sehr lebhaft. Insbesondere China zeigte erneut ein hohes Wachstum. Dieses überall kräftige Wachstum ergab sich trotz erneut deutlich steigender Erdölpreise. Für das 2. Halbjahr 2006 und das Jahr 2007 ist jedoch mit einer Abschwächung der Konjunkturdynamik zu rechnen, wobei sich die globalen Ungleichgewichte nur wenig verändern dürften.

Erwartete Entwicklung in der Schweiz

Der 2003 einsetzende konjunkturelle Erholungsprozess schwächte sich im Verlauf des Jahres 2004 wieder ab. Seit dem 2. Quartal 2005 expandiert die schweizerische Wirtschaft jedoch kräftig. Dies lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass sich im Jahr 2005 Unsicherheiten abbauen konnten, die in den Vorjahren das Investitions- und Konsumklima belastet hatten. Den positiven Stimmungsumschwung kann man auch an Indikatoren wie den Börsenbarometern ablesen, welche das ganze Jahr 2005 über von den «Bullen» nach oben getrieben wurden. Nicht einmal der starke Anstieg der Rohölpreise vermochte dies zu verhindern. Auch das Absinken der Sparquote im Jahr 2005 um etwa einen halben Prozentpunkt ist ein Indiz für den gewachsenen Optimismus der privaten Haushalte. Somit war das Wirtschaftswachstum des Jahres 2005 in der Schweiz auch binnengestützt.

Das derzeit breit abgestützte Wachstum dürfte sich auch im Jahr 2007 fortsetzen, wobei es allerdings zu gewissen Verschiebungen zwischen den binnenwirtschaftlichen Nachfragekomponenten kommen dürfte. Die Wachstumsimpulse seitens der Bauwirtschaft laufen aus, während die Ausrüstungsinvestitionen positive Wachstumsbeiträge liefern. Der Zuwachs beim privaten Konsum bleibt hoch. Dies bedingt vermehrte Importe. Die Exporte wachsen nicht mehr so stark wie 2006, und sie nehmen durchwegs schwächer zu als die Importe, wodurch sich der Ertragsbilanzüberschuss verringert. Die Kantone und Gemeinden werden ihre im laufenden Jahr wieder verbesserte Finanzlage zu höheren öffentlichen Konsumausgaben nutzen. Beim Bund ist dagegen eine Stagnation vorgesehen. Zusammengefasst dürfte eine etwas höhere Zuwachsrate des öffentlichen Konsums als 2006 resultieren. Alle Indikatoren, die der tatsächlichen Beschäftigung vorauslaufen, deuten auf einen weiteren Beschäftigungsanstieg hin. Der Stellenaufbau dürfte sich noch etwas beschleunigen. Deshalb ist auch mit einem leicht stärkeren Anstieg der festen Lohnbestandteile bzw. des BFS-Nominallohnindex zu rechnen als noch im Jahr 2005. Dieser Lohnanstieg dürfte aber mit einer Rate von 1,5 bis 2,0% moderat bleiben, so dass ungeachtet der positiven Konjunkturaussichten auch im nächsten Jahr nicht mit einer beschleunigten Konsumgüterpreisentwicklung zu rechnen ist.

Finanzpolitik

Die defizitäre Entwicklung der Staatshaushalte im Gefolge der letzten Rezession erreichte

im Jahr 2003 ihren Höhepunkt. Die seitherige Erholung erfolgte jedoch rascher, als wir dies im letzten Jahresbericht vermutet hatten. Bereits im Jahr 2005 war im Total ein Überschuss von 1,3 Mrd. Fr. zu verzeichnen, was 0,3% des BIP entspricht, nachdem wir im Jahr 2004 ein Defizit von 4,2 Mrd. Fr. hatten. Die Einnahmen wuchsen vorab konjunkturbedingt wieder deutlich; gleichzeitig liessen Kürzungsmassnahmen die Ausgaben nur schwach steigen. Der Überschuss dürfte sich bis 2007 weiter erhöhen. Der konjunkturelle Impuls der Finanzpolitik fiel dementsprechend im Jahr 2005 deutlich negativ aus und bleibt 2006 und 2007 leicht restriktiv. Bei den öffentlichen Sozialversicherungen reduzierte sich das Defizit im Jahr 2005 auf 1,1 Mrd. Fr. gegenüber 1,5 Mrd. Fr. im Jahr 2004; für 2007 wird ein Überschuss von voraussichtlich 0,5 Mrd. Fr. erwartet. Diese Entwicklung ist überwiegend konjunkturbedingt und geht auf den Rückgang der Arbeitslosigkeit zurück.

Geldpolitik

Nachdem die Schweizerische Nationalbank (SNB) den Dreimonats-Libor (3M-Libor) im Juni und September 2004 vor dem Hintergrund einer sich anbahnenden Konjunkturerholung um je 0,25 Prozentpunkte auf 0,75% angehoben hatte, beschloss sie Ende 2004, den 3M-Libor unverändert zu belassen. Die Normalisierung der Zinssätze, welche im Sommer und Herbst 2004 begonnen hatte, wurde für ein Jahr ausgesetzt. Im Dezember 2005 hob die Nationalbank den 3M-Libor auf 1% an, und im März und Juni wurde er in zwei weiteren Schritten von je 0,25 Prozentpunkten auf 1,5% erhöht. Die Inflationsprognose der Nationalbank vom Juni zeigt jedoch, dass sich auch ein 3M-Libor von 1,5% in einem günstigen konjunkturellen Umfeld nicht über längere Zeit beibehalten lässt, ohne damit die Preisstabilität zu gefährden. Die Nationalbank machte dementsprechend darauf aufmerksam, dass sie die graduelle Straffung der Geldpolitik in der zweiten Hälfte von 2006 voraussichtlich weiterführen wird.

Im internationalen Umfeld hat die Schweiz nach wie vor niedrige Zinsen. Dies gilt sowohl für die lang- als auch für die kurzfristigen Zinsen. Die *Zinsdifferenz zum Euro* verengte sich im Kurzfristbereich bis Anfang 2005 auf rund 1,4%, was ungefähr dem historischen Mittelwert entspricht. Anschliessend blieb sie annähernd auf diesem Wert konstant. Die *Zinsdifferenz zum Dollar*, die Anfang 2005 noch rund 2 Prozentpunkte betragen hatte, weitete sich aufgrund der vergleichsweise stark gestrafften US-Geldpolitik bis Ende 2005 auf 3,5 Prozentpunkte und bis Mitte 2006 weiter auf 4 Prozentpunkte aus. Die schweizerische *Bundesobligationenrendite* bewegte sich nach Mitte 2004 auf einem um gut einen Prozentpunkt tieferen Niveau parallel zur Verzinsung langfristi-

ger Staatspapiere im Euroraum nach unten und erreichte Mitte 2005 einen Tiefstand von 2%. Danach haben die Langfristzinsen weltweit wieder angezogen. Parallel dazu tendierte auch die Rendite schweizerischer Bundesobligationen nach oben. Sie notierte im Juli 2006 bei 2,8%. Im August fiel sie – wiederum im Gleichschritt mit den internationalen Langfristzinsen – auf 2,5% zurück.

Der Franken verharrte von Anfang 2005 bis Mitte 2006 gegenüber dem Euro in einem engen Band zwischen 1,54 und 1,58 CHF/EUR. Entsprechend vollzog er die Schwankungen des Euro zum Dollar weit gehend mit. Gemessen am *realen handelsgewichteten Aussenwert* hat sich der Franken von Dezember 2004 bis Dezember 2005 um rund 5% abgewertet. Nach einer vorübergehenden Aufwertung im April und Mai 2006 neigte der Franken in den Sommermonaten erneut zur Schwäche.

Reform des Gesundheitswesens

Es gibt im Gesundheitswesen drei zentrale Aufgaben, die es zu bewältigen gilt, zwischen denen jedoch 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 Präferenzen der Bevölkerung orientieren. Die besondere Schwierigkeit ergibt sich im Gesundheitssektor aus dem Zusammentreffen von drei Problemen: (i) Da die Patienten kaum in der Lage sind, zu beurteilen, was für sie in ihrer jeweiligen Situation angemessen ist, bestimmt der Arzt als Anbieter weitgehend selbstständig über die erbrachten Leistungen («anbieterinduzierte Nachfrage»). (ii) Da ein grosser Teil der Leistungen nicht über den Markt abgerechnet wird, wo Leistungen mit Gegenleistungen verrechnet werden, sondern über Versicherungen, bei denen dieses Prinzip gelockert wird, taucht das Problem des «moralischen Risikos» auf, d.h., dass Menschen nach Abschluss einer Versicherung ihr Verhalten ändern. (iii) Da die Prämien nicht risikobehängig sind, droht die Gefahr der «negativen Auslese», d.h. nur Patienten mit hohem Risiko werden eine Versicherung abschliessen. Die deshalb eingeführte allgemeine Pflichtversicherung führt zu zusätzlichen Schwierigkeiten.

Insbesondere setzt sie bei den Versicherern Anreize, sich um die Gewinnung möglichst guter Risiken statt um Kostensenkung zu bemühen. Angesichts dieser Problematik gibt es nicht die ideale Lösung; es kommt vielmehr darauf an, durch eine Kombination von Elementen des Wettbewerbs gepaart mit intelligenter staatlicher Regulierung eine möglichst gute Lösung zu realisieren.

Der Kostenanstieg

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 Bruttoinlandprodukt. Auch wenn man anerkennt, dass das schweizerische Gesundheitssystem qualitativ sehr hochwertig ist, deutet dies auf Einsparmöglichkeiten und/oder Spielräume zur Effizienzsteigerung hin.

Bis zu einem gewissen Punkt gehen höhere Gesundheitsausgaben (pro Kopf wie als Anteil am BIP) 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.

Die Entwicklung in der Schweiz ist indes nicht singulär, 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.

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.

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 zusammenhängen 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.

Die grundsätzliche Problematik des Gesundheitswesens

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. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wirkt zusätzlich in diese Richtung. Daher werden die Prämien für die Krankenversicherung vermutlich weiterhin stärker steigen als die Ein-

kommen. Daran kann die Politik nichts ändern, wenn sie die Qualität der gesundheitspolitischen Versorgung nicht beeinträchtigen will.

Dies ändert nichts daran, dass durch Reformen Einsparungen erzielt werden können, wenn auch ein Teil der Ineffizienz systembedingt ist. Die Auswirkungen des moralischen Risikos wie der anbieterinduzierten Nachfrage können durch geeignete institutionelle Massnahmen nicht gänzlich verhindert, aber begrenzt werden. Damit lassen sich Einsparungen durch eine Anhebung der statischen Effizienz erzielen. Sie bewirken eine zeitweise Verringerung des Kostenanstiegs (und damit auch des Anstiegs der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung).

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.

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.

Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen

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. Zumindest sollte es 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.

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.

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 so ausgestaltet werden können, dass die Verträge für Versicherte attraktiv werden und somit die mit diesen Vertragsformen möglichen Kosteneinsparungen auch realisiert werden können.

Bei den Spitalern 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.

Als weiterer Zwischenschritt sollte im Spitalwesen ein Binnenmarkt realisiert werden. Dies erfordert die Einsetzung eines nationalen Kontrollorgans, welches sowohl den Leistungskatalog festlegt als auch bundesweite Qualitäts- und Kostenvergleiche zwischen den Spitalern bzw. ihren Abteilungen durchführt. Dies würde Wettbewerbsanreize zur Steigerung der Qualität vermitteln sowie den Patienten Transparenz verschaffen.

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 Spitalern 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 möglichen Kosteneinsparungen könnte diese Belastung vermutlich sogar für alle gesenkt werden.

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 Dauer der Patentgewährung festzuschreiben. Damit könnten die Preise in der Schweiz näher an das heute zum Teil deutlich tiefere Preisniveau in Nachbarstaaten herangeführt werden.

Es ist sorgfältig zu überprüfen, ob von der heute gültigen nationalen Erschöpfung bei patentgeschützten Gütern zur regionalen Erschöpfung übergegangen werden könnte, ob also Re- bzw. Parallelimporte aus den Ländern der Europäischen Union auch bei diesen Gütern zugelassen werden sollten und wie dies bewerkstelligt werden könnte. Daraus könnte sich ein merklicher Preisdruck auf die Medikamentenpreise in der Schweiz ergeben.

Zur Rolle des Wettbewerbs

Welche Auswirkungen der Wettbewerb im Gesundheitswesen hat, kommt wesentlich auf die in diesem Bereich geltenden staatlichen Regulierungen an; es handelt sich immer um einen «regulierten Wettbewerb». Wettbewerb ist somit zwar nicht das Heilmittel zur Lösung aller Probleme des schweizerischen Gesundheitswesens, aber er kann dazu beitragen, einzelne Probleme zu lösen oder zumindest zu mindern. Die Vorschläge der Kommission können im Wesentlichen in zwei Gruppen eingeteilt werden: So sollen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die grössere Freiheit der Versicherungen bei der Ausgestaltung der Verträge, die Verwirklichung eines Binnenmarktes bei den Spitalern sowie die monistische Spitalfinanzierung 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.

Die Frage ist, 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 sich nicht nur die Mitglieder der Kommission, sondern wohl auch die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger der Schweiz von ihm erwarten. Die Kommission hat hierzu Vorschläge gemacht; jetzt ist die Politik am Zuge.

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 Wachstumschwäche der Schweiz in den vergangenen ein- einhalb 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 *Feldstein (2006)*, dann gibt es im Gesundheitswesen drei zentrale Probleme, die es zu bewältigen gilt, zwischen denen jedoch 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 selbstständig 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 und hängt nicht davon ab, ob es sich um eine Pflichtversicherung handelt oder nicht.

Ein weiterer Problembereich ergibt sich daraus, dass ein grosser Teil der in diesem Sektor erbrachten Leistungen nicht über den Markt abgerechnet wird, wo Leistungen mit Gegenleistungen verrechnet werden, sondern über Versicherungen, bei denen dieses Prinzip gelockert wird. Hier taucht das Problem des «moralischen Risikos» auf: d.h. dass Menschen nach Abschluss einer Versicherung ihr Verhalten 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 der 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.¹ 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 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 Finanzierungslast 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.

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.

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 die Versicherungen sich 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 stellen sich heute auf jeden Fall problematischer dar als vor der Reform des Krankenversicherungsgesetzes. Dies muss freilich 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.

Wir haben somit im Gesundheitswesen Gerechtigkeits-, Effizienz- 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.

Angesichts der sich daraus auch und gerade für die Politik des Bundes ergebenden Herausforderungen beschloss die Kommission für Konjunkturfragen, den diesjährigen Jahresbericht unter das Thema der Reform des Gesundheitswesens zu stellen. Dies bedeutet, dass ausser dem Berichtsteil (*Kapitel 2*), der wie in den vorhergehenden Jahren die Situation und die Aussichten der schweizerischen Wirtschaft darstellt und erläutert, die übrigen Teile sich diesem Thema widmen. Dabei versuchen wir – im Rahmen unserer Möglichkeiten – es so umfassend wie möglich anzugehen, auch wenn sich die Diskussion und auch die Reformvorschläge hauptsächlich mit der Grundversorgung befassen, die über eine für die gesamte Bevölkerung obligatorische Versicherung finanziert wird und bei welcher der

Bund zudem den Leistungskatalog festlegt. Im Bereich der Grundversorgung besteht nach Auffassung der Kommission nicht nur aktueller Handlungsbedarf, sondern die wesentlichen Entscheidungen liegen auch beim Bund.

Im 3. *Kapitel* versuchen wir eine möglichst umfassende Übersicht über die mit dem Gesundheitswesen verbundenen Probleme zu geben und gleichzeitig Lösungsansätze zu diskutieren. Dabei wird auch auf Ergebnisse des 4. *Kapitels* zurückgegriffen, in welchem einige wichtige Einzelprobleme vertieft behandelt werden.

Da es sich zum erheblichen Teil um Finanzierungsprobleme handelt, wird im 3. *Kapitel* zunächst die Entwicklung der Kosten im Verlauf der letzten Jahrzehnte aufgezeigt. 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 soll gezeigt werden, woraus sich die für den Gesundheitssektor typischen Probleme ergeben. Dabei wird insbesondere diskutiert werden, welche Faktoren für (möglicherweise) überhöhte Kosten und welche 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 einzelne Bereiche des Gesundheitswesens genauer eingegangen werden. Dies geschieht in *Kapitel 4*. Dabei beschäftigen wir uns eingehender mit der Krankenversicherung (*Kapitel 4.1*), der Honorierung ärztlicher Leistungen (*Kapitel 4.2*), der Krankenhausfinanzierung (*Kapitel 4.3*) sowie den Preisen für Arzneimittel (*Kapitel 4.4*).² Das 5. *Kapitel* thematisiert abschliessend nochmals die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Literaturangaben Kapitel 1

- Feldstein, M. (2006), *Balancing the Goals of Health Care Provision*, NBER Working Paper No. 02138, Cambridge (Mass.), Mai.
- Hagist, Ch., N. Klusen, A. Plate und B. Raffelhüschen (2005), *Social Health Insurance: The Major Driver of Unsustainable Fiscal Policy?*, CESifo Working Paper Nr. 1574, München, Oktober.

² Auf die mit der Alterung der Gesellschaft zunehmenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege soll hier nicht eingegangen werden, da wir dies in unserem letztjährigen Bericht ausführlich diskutiert haben.

2. Wirtschaftslage und Makropolitik

2.1 Weltwirtschaftliche Lage und Aussichten

2.1.1 Übersicht

Im bisherigen Jahresverlauf ist die Expansionsdynamik der Weltwirtschaft hoch geblieben. Das Wachstum dürfte in den nächsten Monaten und 2007 noch breiter abgestützt sein, sich jedoch sukzessive abschwächen.

2.1.2 Weltwirtschaftliche Lage 2005

Im vergangenen Jahr expandierte die Weltwirtschaft erneut deutlich. So stieg das Bruttoinlandprodukt (BIP) der USA um 3,2% an, hauptsächlich getragen von einem kräftigen Zuwachs der privaten Konsum- und Investitionsnachfrage. Damit einher ging eine weitere Verbesserung der Arbeitsmarktlage; die Arbeitslosenquote sank von 5,4% im Dezember 2004 auf 4,9% zwölf Monate später. Die japanische Wirtschaft wuchs mit 2,6% ebenfalls stark. Die 2002 einsetzende und vom Export sowie von den Ausrüstungsinvestitionen getragene Erholung, die sich allmählich in einer steigenden Beschäftigungsentwicklung niederschlug, hat schliesslich auch auf den privaten Konsum übergegriffen. In der EU verlief die Entwicklung im Vergleich zu den vorher genannten Volkswirtschaften etwas schwächer; die gesamtwirtschaftliche Nachfrage und die Produktion waren ebenfalls weiter aufwärts gerichtet. Massgebend für die wieder lebhaftere Konjunkturentwicklung waren deutlich zunehmende Exporte. Die Investitionstätigkeiten gewannen ebenfalls etwas an Stärke. Dagegen expandierte der private Konsum relativ moderat, dominiert durch die Entwicklung in Deutschland, wo der Konsum einmal mehr nahezu stagnierte. Demgegenüber konsumierten die privaten Haushalte beispielsweise in Frankreich und vor allem in Spanien rege, stimuliert durch steigende Immobilienpreise und eine sich bessernde Arbeitsmarktsituation. Der in der EU im Jahr 2005 verzeichnete Rückgang der Arbeitslosenquote um 0,4 Prozentpunkte auf 7,7% im Dezember war denn auch merklich auf die Entwicklung in diesen beiden Ländern zurückzuführen. Insgesamt wuchs das BIP der EU um 1,7%. In Osteuropa, Lateinamerika und im übrigen Asien expandierten die Wirtschaftsaktivitäten zum Teil sehr lebhaft. Insbesondere in China war erneut ein sehr kräftiges Wachstumstempo zu beobachten. Exporte wie Investitionen legten weiterhin sehr stark zu.

Das starke Weltwirtschaftswachstum setzte sich bei erneut kräftig steigenden Erdölpreisen fort. Deren Entwicklung war prägend für die Konsumteuerung in den Industrieländern. Die um die Energiekomponente bereinigte Teuerung blieb mehrheitlich tief. Dies war insbesondere in der japanischen Wirtschaft der Fall, die erst im 1. Halbjahr 2006 die Deflationstendenzen hinter sich liess und einen geringen Anstieg der Konsumentenpreise verzeichnete, aber auch im Euro-Raum. Während dort die Gesamtteuerung im Jahresdurchschnitt 2,2% erreichte, stiegen die Güterpreise unter Ausklammerung der Energieträger um 1,4%. In den USA machte sich hingegen die stärkere Auslastung der Produktionskapazitäten in einem Anstieg der Konsumentenpreise von 3,4% bemerkbar. Auch die Kernrate lag mit 2,2% etwas höher als im Euro-Raum. Moderat blieb die Inflationsentwicklung in China, wobei dort namentlich für Energieträger die Preisbestimmung nicht am Markt erfolgt.

2.1.3 Entwicklung 2006 und Aussichten 2007

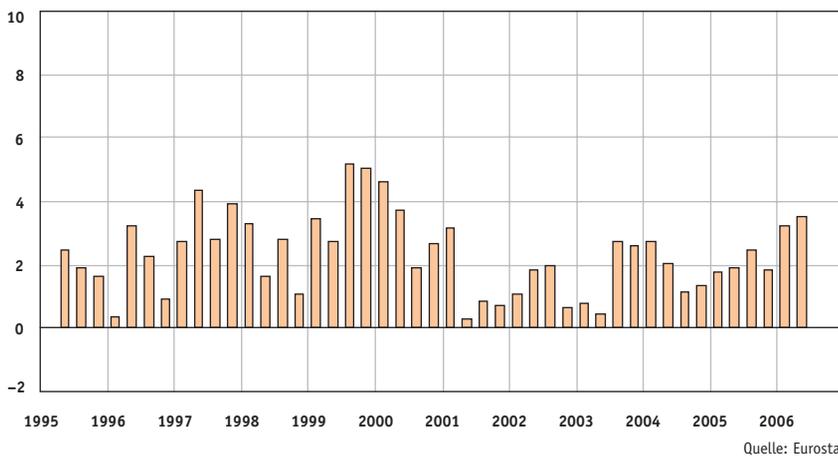
Die Weltwirtschaft wies auch in den ersten Monaten des laufenden Jahres ein hohes und regional breit abgestütztes Expansionstempo auf. So hat sich das Wirtschaftswachstum in der EU deutlich beschleunigt. Die Erholung der Industrieproduktion setzte sich fort – wenngleich zuletzt abgeflacht – und Indikatoren zum privaten Konsum waren in der Tendenz weiter aufwärts gerichtet. Umfrageergebnisse aus der EU, den USA und Japan zeigen ein solides Wachstum in den Sommermonaten an, wobei die (hohe) Zuversicht da und dort zuletzt etwas gesunken ist – in den USA teilweise deutlich. Die OECD-Sammelindizes der vorlaufenden Indikatoren deuten denn auch auf eine Verlangsamung der Wachstumsdynamik in den USA, Japan und – etwas verzögert – in der EU hin.

Im 2. Halbjahr 2006 und 2007 ist eine Abschwächung der Konjunkturdynamik zu erwarten. Die globalen Ungleichgewichte dürften sich dabei nur wenig verändern. Die Erdölnotierungen schwankten im Sommer um die 75 US-Dollar für ein Fass Nordsee-Brent, das sind 10 Dollar mehr als vor Jahresfrist. Angesichts einer weiter steigenden Erdölnachfrage und eines nur begrenzt ausdehnbaren Angebots dürften die Preise hoch bleiben.

Die US-Wirtschaft verliert an Fahrt, nicht zuletzt auch infolge der Beruhigung am Immobilienmarkt. Die sukzessive Anhebung der Leitzinsen wirkt sich dort bereits restriktiv aus,

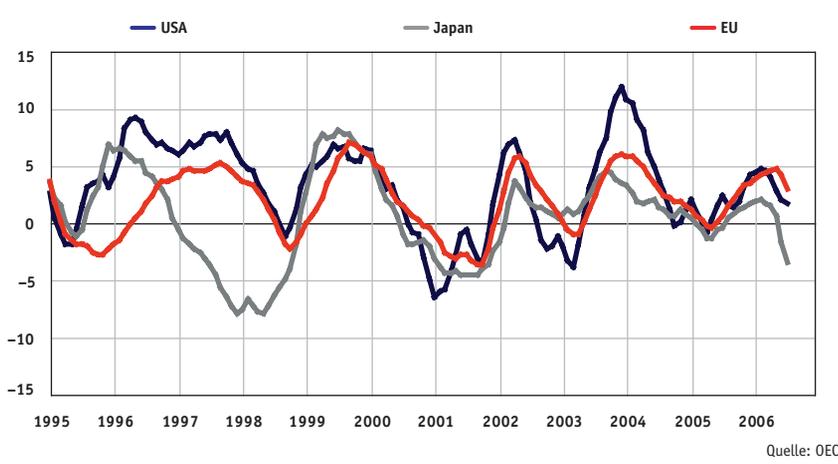
Grafik 2.1: EU (25) – Entwicklung des realen BIP

(Vorquartalsveränderung in %, annualisiert)



Grafik 2.2: OECD-Sammelindizes vorlaufender Indikatoren

(6-Monats-Veränderungsrate in %, annualisiert)



und die Ausgestaltung der Finanzpolitik ist allmählich etwas weniger expansiv. Die Zuwachsraten des privaten Konsums und der Investitionen werden etwas schwächer erwartet. Während die Verlaufswachstumsraten des BIP im laufenden Jahr durchschnittlich noch über dem Potenzialwachstum liegen, dürften sie sich im nächsten Jahr etwas darunter bewegen.

In der EU machen sich dementsprechend nachlassende aussenwirtschaftliche Impulse bemerkbar. Die steigende Kapazitätsauslastung und die sich zusehends verbessernde Arbeitsmarktlage dürften jedoch Investitionen und Konsum stützen. In Deutschland wird zudem im laufenden Jahr die konjunkturelle Entwicklung durch Vorzieheffekte beim privaten Konsum als Folge der Mehrwertsteuererhöhung auf Anfang 2007 beeinflusst. Diese Nachfrage fehlt allerdings im nächsten Jahr. Auch wegen Konsolidierungsbemühungen in anderen EU-Staaten ist dann mit einem dämpfenden Fiskalimpuls zu rechnen. Die stimulierende Wirkung der Geldpolitik nimmt ferner infolge der allmählichen Rücknahme des monetären Expansionsgrads seit Dezember 2005 ab. Das Wachstum des BIP dürfte sich im

nächsten Jahr verlangsamen und in etwa dem Potenzialwachstum entsprechen.

In Japan ist der Aufschwung zwar dank der hohen Auslastung der personellen und technischen Kapazitäten nicht mehr so anfällig auf eine nachlassende Exportnachfrage wie in früheren, meist temporären Erholungsphasen. Die schwächeren Impulse aus den USA machen sich aber trotzdem in Form abnehmender Ausfuhrzuwächse und einem etwas verlangsamt BIP-Wachstum bemerkbar. Die Zentralbank hat im Juli die Wende hin zu einer graduellen Zinsanhebung vollzogen, um die sehr lockere Geldpolitik allmählich etwas zu straffen.

In Japan und im asiatischen Raum insgesamt wird davon ausgegangen, dass eine grosse Mehrheit der Länder den finanzpolitischen Konsolidierungskurs fortsetzt. In China beabsichtigt die Regierung angesichts des hohen Stadt-Land-Wohlfahrtsgefälles und des internationalen Drucks – vorab aus den USA – bezüglich des hohen chinesischen Leistungsbilanzüberschusses Bevölkerungsgruppen zu fördern, die bisher nicht am kräftig gestiegenen Wohlstand der letzten Jahre partizipieren konnten. Dies dürfte die Konsumquote Chinas, aber auch die Importnachfrage steigen lassen.

In Lateinamerika wie auch in Russland dürfte die Binnennachfrage weiter rege zunehmen, während ein geringeres Exportwachstum zu erwarten ist. Die günstige konjunkturelle Entwicklung und die hohe Rohstoffnachfrage haben einerseits die Einkommen steigen lassen, andererseits zu fiskalischen Mehreinnahmen geführt. Diese wurden in einzelnen Ländern auch für den Schuldenabbau verwendet, wodurch sich der budgetpolitische Spielraum erhöht hat.

2.2 Lage der schweizerischen Wirtschaft und Aussichten

2.2.1 Einleitung

Der 2003 einsetzende konjunkturelle Erholungsprozess, der mit Verlaufswachstumsraten von über 3% aufschwunghafte Züge anzunehmen schien, schwächte sich im Verlauf des Jahres 2004 wieder ab. Nach Jahreswachstumsraten von 2,3% im Jahre 2004 und 1,9% im Jahre 2005 zeichnet sich für das laufende Jahr ein Wachstum von bis zu 3% ab. Wenn man von dem erwähnten Zwischenhoch um den Jahreswechsel 2003/04 absieht, ist das Wirtschaftswachstum gegenwärtig so hoch wie seit 1999/2000 nicht mehr.

Zwar expandierte die Weltwirtschaft im Jahr 2005 – besonders ausserhalb Europas – deutlich, aber dies war nicht der einzige Grund für das robuste Wirtschaftswachstum in der Schweiz. Vielmehr lässt sich dieses auch dar-

auf zurückführen, dass sich 2005 Unsicherheiten abbauen konnten, die in den Vorjahren das Investitions- und Konsumklima belastet hatten. Dazu beigetragen haben mag die Tatsache, dass das Jahr 2005 – anders als die Vorjahre – nicht so sehr durch gravierende negative Schocks wie Kriegausbrüche, fatale Terroranschläge oder Naturkatastrophen vom Ausmass des Tsunamis Ende 2004 geprägt gewesen ist. Den positiven Stimmungsumschwung kann man auch an Indikatoren wie den Börsenbarometern ablesen, welche das ganze Jahr 2005 über von den «Bullen» nach oben getrieben wurden. Nicht einmal der starke Anstieg der Rohölpreise vermochte dies zu verhindern, obwohl ansonsten zumeist ein negativer Zusammenhang zwischen Ölpreisen und der Börsenentwicklung zu beobachten ist. Festzuhalten bleibt, dass das Wirtschaftswachstum des Jahres 2005 in der Schweiz auch binnengestützt war.

2.2.2 Privater Konsum 2005 und im 1. Halbjahr 2006 als Konjunkturstütze

Mit Verlaufswachstumsraten von zumeist über 2% hat sich insbesondere der private Konsum 2005 zu einer Stütze der Konjunktur entwickelt. Grundlage für diese Verbesserung war die deutliche Zunahme der Arbeitnehmer-einkommen. Zwar wuchsen die festen Lohnbestandteile angesichts der unbefriedigenden Arbeitsmarktsituation im Herbst 2004 (dem Zeitpunkt der Lohnverhandlungen für das Jahr 2005) sowie der niedrigen Teuerung zum damaligen Zeitpunkt 2005 eher unterdurchschnittlich. Allerdings sind die Arbeitnehmer-einkommen gemäss Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (VGR), welche mitberücksichtigen, dass Arbeitnehmer ihren Verdienst nicht nur durch Lohnerhöhungen, sondern auch durch Bonuszahlungen oder den Wechsel auf einen höher bezahlten Arbeitsplatz steigern können, deutlich stärker als in den beiden Vorjahren angestiegen. Dieser kräftigere Zuwachs dürfte durch einen teilweise bereits spürbaren Mangel an qualifizierten Arbeitskräften mitbedingt sein. Ausschlaggebend waren aber ungewöhnlich hohe Bonuszahlungen, speziell im Finanzsektor.

Zwar ist 2005 auch die steuerliche Abschöpfung der Einkommen angestiegen – ein Effekt, der in Jahren mit hohen Einkommenszuwächsen aus der Steuerprogression resultiert –, und das Konsumentenpreisniveau hat sich (gemessen am Landesindex der Konsumentenpreise, LIK) mit 1,2% stärker als in den Vorjahren erhöht, was primär dem kräftigen Ölpreisanstieg zuzuschreiben ist. Dennoch ist das real verfügbare Haushaltseinkommen 2005 deutlich stärker angestiegen als in den beiden Vorjahren.

Im Einklang mit der verbesserten Konsumentenstimmung hielt das Wachstum des pri-

vaten Konsums im 1. Halbjahr 2006 an. So nahmen die Neuimmatrikulationen von Personenwagen deutlich zu, und die Geschäftslage im Detailhandel wird weiterhin als günstig eingeschätzt. Die Zahl der Hotelübernachtungen von Inländern in der Schweiz, ein wichtiger Indikator für die inländische Nachfrage nach Tourismusdienstleistungen, entwickelte sich ebenfalls lebhaft. Die Zunahme der realen Arbeitnehmer-einkommen etwa im selben Umfang wie 2005, die Erholung auf dem Arbeitsmarkt und die weiterhin zuversichtlichen Erwartungen im Detailhandel und Gastgewerbe deuten auf ein anhaltendes Wachstum des privaten Konsums hin.

2.2.3 Wachstumsimpulse 2005 auch vom Bau

Wachstumsimpulse lieferte 2005 auch die Bauwirtschaft. Die Wohnbauinvestitionen expandierten schon im dritten Jahr in Folge. Allerdings vermitteln die Verlaufswachstumsraten den Eindruck, dass der Wohnbauboom nun langsam ausläuft. Dafür übernahm im 2. Halbjahr 2005 die industriell-gewerbliche Bautätigkeit eine Schrittmacherfunktion. Die anhaltend gute Auftragslage in der Industrie und eine zunehmende Auslastung der Produktionskapazitäten begünstigten den Bedarf an Erweiterungsinvestitionen. Auch im öffentlichen Bau zeigten sich nach der stark rückläufigen Entwicklung im 1. Halbjahr 2005 dank grösserer Aufträge für die Eisenbahn-Grossprojekte (NEAT/Bahn 2000) Anzeichen einer Stabilisierung.

Das Niveau der Bauinvestitionen bleibt 2006 hoch; allerdings ist mit keinem nennenswerten Anstieg mehr zu rechnen. Gemäss Schätzungen des SECO haben die gesamten Bauinvestitionen im 1. Halbjahr 2006 gegenüber dem Vorsemester sogar leicht abgenommen.

2.2.4 Aufwärtstendenz bei den Ausrüstungsinvestitionen 2005 und im 1. Halbjahr 2006

Auch die Ausrüstungsinvestitionen nahmen im vergangenen Jahr wieder zu, nachdem sie im 4. Quartal 2004 deutlich zurückgegangen waren. Hauptgrund für die anziehende Investitionstätigkeit ist der Anstieg der Kapazitätsauslastung in der Industrie von 80% Mitte 2003 auf 86% im zweiten Quartal 2006. Allerdings schwankten die Verlaufswachstumsraten der Ausrüstungsinvestitionen 2005 stark; im 3. Quartal war das Wachstum fast gleich null. Obwohl also die Zunahme der Ausrüstungsinvestitionen von der konjunkturellen Erholung der Schweizer Wirtschaft zeugt, ist der Zuwachs im Vergleich zu früheren Erholungsphasen – wie beispielsweise derjenigen des Jahres 1997 mit Verlaufswachstumsraten von bis zu 15% – im Jahr 2005 als eher bescheiden zu bezeichnen. Erst im 1. Halbjahr 2006 zog das Verlaufswachstum merklich an.

2.2.5 Lagerabbau setzt sich verlangsamt fort

Die 2005 einsetzende und sich 2006 verstärkende konjunkturelle Belebung führte bis ins 1. Halbjahr 2006 zu einem weiteren Lagerabbau in der Industrie. Die Bestände insbesondere von Fertigprodukten gelten daher gemäss KOF-Konjunkturumfrage für die Befriedigung der Nachfrage vermehrt als zu niedrig. Im Grosshandel bewirkten beim bedeutendsten Lagerposten, den Erdölprodukten, vor allem die massiv höheren Preise nach 2005 auch im 1. Halbjahr 2006 eine Reduktion der bereits niedrigen Lagerbestände. Insgesamt ist daher ein erneuter Abbau der Lagerbestände eingetreten. Dieser ist jedoch nicht mehr so stark ausgefallen wie 2005, so dass daraus ein positiver Nachfrageimpuls seitens der Lager resultierte.

2.2.6 Öffentlicher Konsum rückläufig

Die öffentlichen Konsumausgaben sind im Jahr 2005 preisbereinigt im Vorjahresvergleich um 1,6% gesunken aufgrund der dämpfenden Wirkung der Ausgabenkürzungen, die vom Bund und von den meisten Kantonen im Gefolge der nach 2001 wieder entstehenden Defizite beschlossen wurden. Im bisherigen Jahresverlauf hat sich der Rückgang der realen öffentlichen Konsumausgaben nach Einschätzung des Seco beschleunigt. Allerdings ist für die nähere Zukunft nicht mit einer Fortsetzung dieser Tendenz, sondern eher mit einem stagnierenden Staatskonsum zu rechnen. Beim Bund werden die budgetierten Ausgaben wahrscheinlich wie im Vorjahr wiederum unterschritten. Die Voranschläge der Kantone sehen für 2006 ungefähr stagnierende Konsumausgaben vor. Für die Gemeinden ist von einem mässigen Anstieg auszugehen.

2.2.7 Exporte 2006 noch besser als 2005

Vor dem Hintergrund der aufwärts gerichteten internationalen Entwicklung und begünstigt durch die Wechselkursentwicklung des Frankens konnten auch die Schweizer Warenexporte weiter zulegen. Nach einem hohen Zuwachs im 2. Quartal 2005 verloren sie zwar im Verlauf des 2. Semesters des letzten Jahres etwas an Dynamik, konnten im 1. Halbjahr 2006 jedoch wieder stärker expandieren. Die diesjährige Vorjahresveränderungsrate der Warenexporte dürfte diejenige des Jahres 2005 (+ 5,8%) noch übertreffen. Waren die schwächeren Zuwachsraten im 2. Halbjahr 2005 hauptsächlich durch eine nachlassende Dynamik bei den Konsumgüterausfuhren – deren wichtigste Komponente die Auslandslieferungen von Pharmazeutika darstellen – und Halbfabrikaten bedingt, beschleunigten sich die Investitionsgüterexporte bereits im 4. Quartal 2005 wieder. Im 1. Halbjahr dieses Jahres gewannen dann die beiden erstgenannten Kom-

ponenten wieder an Fahrt, während die Investitionsgüterlieferungen an Dynamik verloren.

In der Gruppe der Dienstleistungsausfuhren konnten die Tourismusexporte im letzten Jahr endgültig Tritt fassen. Die Zahl der Logiernächte ausländischer Gäste in der Schweiz stieg deutlich an, eine Entwicklung, die sich auch im 1. Halbjahr dieses Jahres fortgesetzt hat. Bei den übrigen Dienstleistungsexporten stellen die Kommissionserträge der Banken im Geschäft mit ausländischen Kunden eine wichtige Position dar, die vor allem von den Börsenumsätzen und vom Kursniveau abhängt. Während 2005 die Börsennotierungen – und mit ihnen die Exporte von Finanzdienstleistungen – kräftig zulegen konnten, hat die im ersten Halbjahr des laufenden Jahres nachlassende Börsendynamik zu einem leichten Rückgang der gesamten Dienstleistungsexporte geführt.

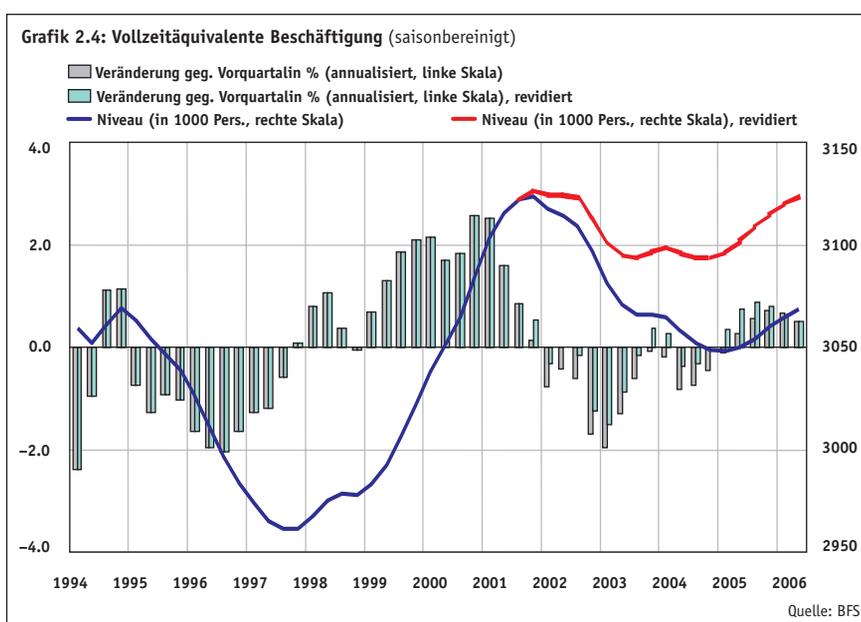
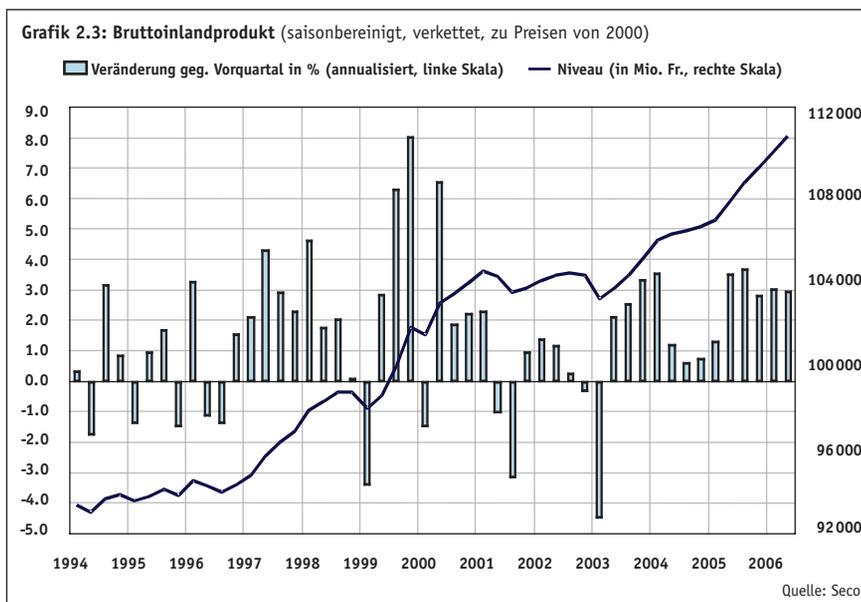
2.2.8 Importe spiegeln den Konjunkturverlauf

Die Importe entwickelten sich weitgehend parallel zur Schweizer Konjunktur. Im Zuge der einsetzenden konjunkturellen Erholung verzeichneten die realen Warenimporte (inklusive Wertsachen) im zweiten Quartal 2005 einen Wachstumsschub von annualisiert über 20%. Im weiteren Verlauf des Jahres 2005 sowie im 1. Halbjahr 2006 haben sich die Wareneinfuhren weiter erhöht. Vor allem Investitionsgüter sowie Rohstoffe und Halbfabrikate wurden stärker nachgefragt. Die Konsumgüterimporte nahmen erst gegen Ende des Jahres 2005 deutlich zu. Begleitet wurde diese kräftige Nachfrage nach Importgütern von deutlichen Preissteigerungen, vor allem für Rohstoffe.

Die Dienstleistungsimporte, welche u.a. Ausgaben für Auslandstourismus, Lizenzen und Patente, Transport-, Bank- und Versicherungsdienstleistungen umfassen, sind 2005 ebenfalls angestiegen, wenn auch nicht mit ganz so hohen Raten wie die Warenimporte. Anders als Letztere sind importierte Dienstleistungen 2005 insgesamt billiger geworden. Allerdings begannen die Preise gegen Jahresende wieder zu steigen.

2.2.9 Deutlicher Beschäftigungsanstieg seit Anfang 2005

Ende Juni 2006 hat das BFS erste provisorische Ergebnisse der Betriebszählung (BZ) 2005 veröffentlicht. Die Daten der BZ bilden einen neuen Eckwert für die Beschäftigungsstatistik (BESTA). Die neu vorliegenden Daten der BZ zeigen, dass die Zahl der Beschäftigten und auch die auf Vollzeitäquivalente umgerechnete Beschäftigung im 3. Quartal 2005 (Stichtag der BZ) höher lagen, als in der BESTA ausgewiesen. Die KOF hat die bisherigen Angaben gemäss BESTA mit dem von der OECD vorgeschlagenen Verfahren (geomet-



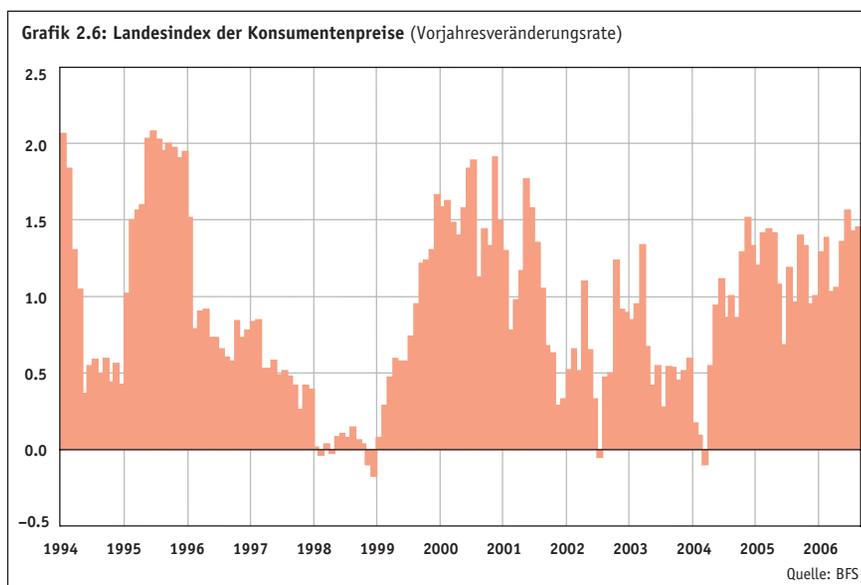
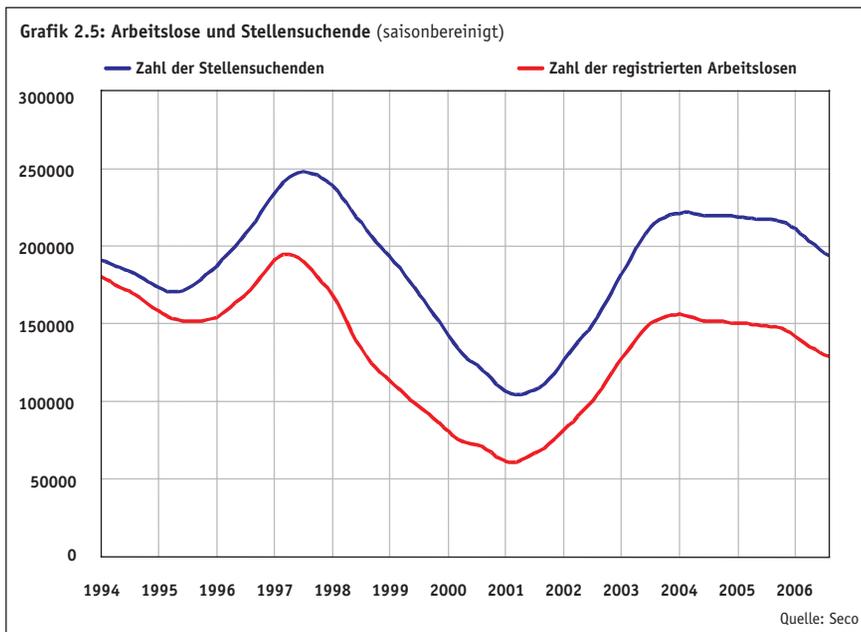
rische Verteilung des kumulierten Fehlers zwischen den beiden Betriebszählungen 2001Q3 und 2005Q3) für die wichtigsten Wirtschaftsabteilungen sowie für das Total auf vorläufiger Basis an die neuen Daten der BZ angepasst. Die nunmehr vom BFS publizierten Daten der BZ lassen die Beschäftigungsentwicklung seit 2002 in einem günstigeren Licht erscheinen als bisher. Im Gegensatz zur bisherigen BESTA wird für die glatte Komponente der vollzeitäquivalenten Beschäftigung im 4. Quartal 2003 und im 1. Quartal 2004 eine Zunahme ausgewiesen. Im weiteren Verlauf des Jahres 2004 geht die Beschäftigung zwar auch gemäss den Angaben der BZ zurück. Im Unterschied zu den bis anhin vorliegenden Daten zeigen die revidierten Angaben aber für das 1. Quartal 2005 keinen Stellenabbau mehr, sondern einen schwachen Beschäftigungsanstieg. Dieser hat sich 2005 beschleunigt und auch im 1. Halbjahr 2006 angehalten.

Die Zahl der registrierten Arbeitslosen nahm – bei Ausschluss von saisonalen Einflussfaktoren – von Anfang 2004 bis Mitte 2006 um über 25 000 auf knapp unter 130 000 Personen kontinuierlich ab. Die saisonbereinigte Arbeitslosenquote reduzierte sich von knapp 4% im Januar 2004 auf 3,3% im August 2006. Parallel dazu ging auch die Zahl aller Stellensuchenden zurück. Der Rückgang der Anzahl eingeschriebener Arbeitsloser und Stellensuchender vermittelt aber nach wie vor ein zu optimistisches Bild der Arbeitsmarktlage. Er war zumindest teilweise durch die anhaltend hohe Zahl von Aussteuerungen in einer Gröszenordnung von rund 3000 Personen pro Monat sowie durch verschiedene Formen des Erwerbsverzichts bedingt. Festzuhalten bleibt ausserdem, dass der bis Ende 2005 zu beobachtende Stellenaufbau auch mit den revidierten Daten zu schwach war für eine Kompensation des ebenfalls angestiegenen Arbeitsangebots. Dies bedeutet, dass auch gemäss den jetzt vorliegenden Angaben der BZ das Arbeitsmarktungleichgewicht bislang nicht abgenommen hat.

2.2.10 Ölpreiserhöhungen prägen Teuerungsentwicklung

Das für die Preisbildung der Unternehmen ausschlaggebende Wachstum der festen Lohnbestandteile, gemessen am vom BFS erhobenen Nominallohnindex, blieb 2005 und Anfang 2006 hinter dem Wachstum der Arbeitsproduktivität zurück, so dass die gesamtwirtschaftlichen Lohnstückkosten abnahmen. Von Seiten der Arbeitskosten ergab sich somit kein Preisdruck, im Gegenteil. Dies erklärt massgeblich, warum trotz kräftigen Wirtschaftswachstums, zunehmender Kapazitätsauslastung, steigender Rohstoffpreise und einer gewissen Abwertungstendenz des Frankens – besonders gegenüber dem US-Dollar und den an diesen gebundenen Währungen – die Teuerungsimpulse auf der Endverbraucherstufe sowohl im Jahr 2005 als auch in den ersten acht Monaten dieses Jahres insgesamt moderat geblieben sind. Die am Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) gemessene Teuerung bewegte sich mehrheitlich in einer engen Bandbreite zwischen 1,0 und 1,5%.

Einen wesentlichen Teuerungsbeitrag lieferten Erdölprodukte. Ohne Heizöl und Treibstoff blieb der Konsumgüterpreisanstieg stets im Nachkommabereich. Allerdings zeichnet sich im laufenden Jahr bei den Dienstleistungen eine gewisse Teuerungsbeschleunigung ab; insbesondere die Wohnungsmieten und die Preise öffentlicher Dienstleistungen steigen überproportional an. Demgegenüber wurden inländische Waren tendenziell billiger, und die Preise importierter Waren (mit Ausnahme der



Erdölprodukte) blieben insgesamt nahezu stabil. Die von der KOF berechnete Kernteuerung (LIK ohne Erdöl, Mieten, öffentliche Dienstleistungen und Medikamente) stieg zuletzt leicht an, nachdem sie im Jahresdurchschnitt 2005 noch gleich null gewesen war.

2.2.11 Aussichten

Die Industriekonjunktur hat gemäss den Ergebnissen der KOF-Umfrage vom Juni weiter an Schwung gewonnen. Der Indikator Geschäftsgang, welcher sich als guter Mitlaufindikator zur BIP-Vorjahreswachstumsrate bewährt hat, stieg weiter an. Der Auftragsbestand nahm im Vergleich zum Vormonat weiter zu, obwohl die Produktion – gegenüber dem Vormonat und vor allem gegenüber dem Vorjahr – weiter ausgedehnt wurde. Angesichts des gestiegenen Auftragsbestands planen die Industrieunternehmen, ihre Produktion in den kommenden drei Monaten erneut zu stei-

gern. Der Personalbestand soll ebenfalls weiter erhöht werden.

Auch die Teilnehmer der Detailhandelsumfrage vom Mai erwarten für die nächsten drei Monate eine Belebung der Nachfrage. Im Detailhandel ist die Wertschöpfung in den ersten vier Monaten des laufenden Jahres real gegenüber der entsprechenden Vorjahresperiode angestiegen, wenn auch die Verlaufswachstumsraten seit Herbst 2005 rückläufig sind. Weiterhin günstig ist die Lage im Grosshandel.

Angaben des Seco zur produktionsseitigen Wertschöpfung zeigen, dass das breit abgestützte Wirtschaftswachstum auch im übrigen Dienstleistungssektor angehalten hat. Für das Gastgewerbe wird im 1. Halbjahr 2006 eine Zunahme der Wertschöpfung gegenüber dem jeweiligen Vorquartal ausgewiesen, was im Einklang mit der KOF-Umfrage im Gastgewerbe wie auch mit der Zunahme der Zahl der Logiernächte steht. Auch die Wachstumsaussichten der Banken und Versicherungen scheinen (trotz hoher Volatilität ihrer Verlaufswachstumsraten) nach wie vor intakt zu sein.

In den nächsten Monaten wird die Wertschöpfung im Dienstleistungssektor weiter zunehmen. Dies gilt nicht nur für die von der Konjunkturlage weit gehend unabhängigen Bereiche wie den Gesundheitssektor. Im Detailhandel erwartet etwas weniger als die Hälfte der Betriebe in der nahen Zukunft einen unveränderten Umsatz, von den restlichen geht eine knappe Mehrheit von einem Umsatzanstieg aus. Auch im Gastgewerbe werden die Zukunftsaussichten wieder zuversichtlicher eingeschätzt.

Für die Industrie lassen die Resultate der KOF-Umfrage ebenfalls auf ein Anhalten der zuletzt positiven Dynamik schliessen. Rund ein Drittel der Industriebetriebe plant für die nächsten Monate eine Erhöhung des Outputs; knapp 60% gehen von einem unveränderten Produktionsniveau aus. Auch hinsichtlich des künftigen Bestellungseingangs – eines weiteren Indikators für die zukünftige Industriewertschöpfung – sind die Betriebe weiterhin sehr zuversichtlich. Die Teilnehmer der KOF-Umfrage im Baugewerbe vom 1. Quartal des laufenden Jahres zeigten sich in ihren Antworten zu den zukunftsbezogenen Fragen trotz der nachlassenden Investitionsdynamik ebenfalls noch optimistisch.

Der Ausblick auf das Jahr 2007 ist abhängig von der Einschätzung der weiteren weltwirtschaftlichen Entwicklung sowie den Auswirkungen der schweizerischen Geld- und Fiskalpolitik auf die Konjunktur. Die Dynamik der Weltwirtschaft dürfte sich sukzessive abschwächen. Angesichts des positiven Konjunkturausblicks bei gleichzeitig mässiger Teuerungsentwicklung ist davon auszugehen, dass die SNB die behutsame geldpolitische Straffung

im vierteljährlichen Rhythmus zumindest bis Ende 2006 fortführen wird. Für das Jahresende wird ein Zielsatz von 2% erwartet. In der ersten Jahreshälfte 2007 dürfte das Ende des Zinsstraffungszyklus erreicht sein.

Der Fiskalimpuls fällt 2007 leicht negativ aus, da in diesem Jahr die Einnahmen der Gebietskörperschaften etwas stärker zunehmen dürften als die Steuerbasis, während die Ausgaben etwa mit der gleichen Rate wie das Produktionspotenzial expandieren.

Unter diesen Rahmenbedingungen kann sich das breit abgestützte Wirtschaftswachstum in der Schweiz auch 2007 fortsetzen. Dabei kommt es allerdings zu gewissen Verschiebungen zwischen den binnenwirtschaftlichen Nachfragekomponenten. Die Wachstumsimpulse seitens der Bauwirtschaft laufen allmählich aus. Positive Wachstumsbeiträge liefern stattdessen die Ausrüstungsinvestitionen. Der Zuwachs beim privaten Konsum bleibt hoch. Dies bedingt vermehrte Importe, unter anderem auch deshalb, weil sich der Lagerabbau nicht im zuletzt beobachteten Ausmass fortsetzt. Stattdessen ist mit einem vorsichtigen Lageraufbau zu rechnen. Die Exporte nehmen nicht mehr so stark zu wie 2006 und wachsen durchwegs schwächer als die Importe, wodurch sich der Ertragsbilanzüberschuss verringert. Die Kantone und Gemeinden werden ihre im laufenden Jahr wieder verbesserten Finanzlage zu höheren öffentlichen Konsumausgaben nutzen. Beim Bund ist dagegen eine Stagnation vorgesehen. Zusammengefasst dürfte eine höhere Zuwachsrate des öffentlichen Konsums als 2006 resultieren.

Alle Indikatoren, die der tatsächlichen Beschäftigung vorauslaufen (offene Stellen gemäss Seco, offene Stellen gemäss BFS, Publicitas-Stelleninsetrate, Job-Pilot-Index) deuten auf einen weiteren Beschäftigungsanstieg hin. Der Stellenaufbau dürfte sich wieder etwas beschleunigen. Deshalb ist auch mit einem etwas stärkeren Anstieg der festen Lohnbestandteile bzw. des BFS-Nominallohnindex zu rechnen als noch im Jahr 2005. Dieser Lohnanstieg dürfte aber mit einer Rate von 1,5 bis 2,0% moderat bleiben, so dass ungeachtet der positiven Konjunkturaussichten auch im nächsten Jahr nicht mit einer beschleunigten Konsumgüterpreisentwicklung zu rechnen ist. Während sich die meisten Dienstleistungen weiterhin überdurchschnittlich verteuern dürften, bleiben bei den Waren die Möglichkeiten zu Preisaufschlägen eng begrenzt. Teilweise sind hier weitere Preissenkungen zu erwarten.

2.3 Öffentliche Finanzen, Finanzpolitik

2.3.1 Übersicht

Die defizitäre Entwicklung der Staatshaushalte im Gefolge der letzten Rezession erreich-

te im Jahr 2003 ihren Höhepunkt. Die seitherige Erholung erfolgte jedoch rasch. Bereits im Jahr 2005 war im Total wieder ein Überschuss zu verzeichnen. Die Einnahmen wuchsen vorab konjunkturbedingt wieder deutlich; gleichzeitig liessen Kürzungsmassnahmen die Ausgaben nur schwach steigen. Der Überschuss dürfte sich bis 2007 weiter erhöhen. Der konjunkturelle Impuls der Finanzpolitik fiel dementsprechend im Jahr 2005 deutlich negativ aus und bleibt 2006 und 2007 leicht restriktiv. Bei den öffentlichen Sozialversicherungen (AHV, IV, EO und ALV) reduzierte sich das Defizit im Jahr 2005 auf 1,1 Mrd. CHF (2004: 1,5 Mrd. CHF); bis 2007 wird dann ein Überschuss von voraussichtlich 0,5 Mrd. CHF zu verzeichnen sein. Diese Entwicklung ist überwiegend konjunkturbedingt und geht auf den Rückgang der Arbeitslosigkeit zurück.

2.3.2 Rückblick auf das Jahr 2005

Die Verbesserung der Finanzen von Bund, Kantonen und Gemeinden erfolgte rascher, als im letzten Jahresbericht der Kommission für Konjunkturfragen erwartet worden war. Aufgrund von höheren Einnahmen und vor allem niedrigeren Ausgaben als budgetiert fiel sie im Jahre 2005 markant aus. Nach den aktuell verfügbaren Informationen dürfte sich insgesamt ein Überschuss von 1,3 Mrd. CHF (0,3% des BIP) ergeben haben, nach einem Defizit von noch 4,2 Mrd. CHF (0,9%) im Jahr 2004.¹ Die Verbesserung geht zu gleichen Teilen auf den Bund und auf die Kantone zurück, währenddessen die Gemeinden unverändert einen leichten Überschuss erzielt haben dürften. Die gesamten Einnahmen verzeichneten u.a. aufgrund der konjunkturellen Belebung und der Progressionswirkung bei den direkten Steuern einen beschleunigten Zuwachs von rund 4%. Beim Bund resultierten zudem Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Schwerkverkehrsabgabe, und die Eingänge aus der Verrechnungssteuer erholten sich vom niedrigen Niveau in den Jahren nach 2000. Gleichzeitig führten bei den Ausgaben die Kürzungen beim Bund (im Rahmen der Entlastungsprogramme 2003 und 2004) und bei den Kantonen zu einer annähernden Stagnation. Real (preisbereinigt mit dem BIP-Deflator) ergab sich ebenfalls ein Nullwachstum. Nach Sachgruppen gingen sowohl die Konsum- als auch die Investitionsausgaben (Sachinvestitionen und Investitionsbeiträge) zurück. Die laufenden Beiträge nahmen verlangsamt weiter zu, was vor allem auf höhere Sozialausgaben sowie auf steigende Aufwendungen im Bildungs- und Gesundheitswesen zurückzuführen sein dürfte.

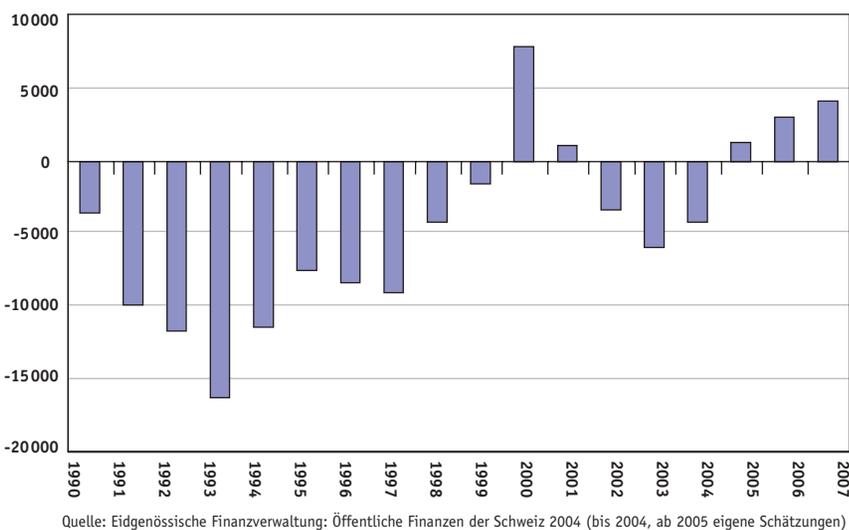
2.3.3 Aktuelle Tendenzen im Jahr 2006

Im Jahr 2006 setzt sich die Verbesserungstendenz bei den kantonalen Staatshaushalten

¹ Definitive Werte der Finanzstatistik sind erst für die Jahre bis 2004 verfügbar (s. *Eidgenössische Finanzverwaltung: Öffentliche Finanzen der Schweiz 2004, Statistik der Schweiz, BFS, Neuchâtel 2006*). Für das Jahr 2005 liegen die Rechnungen des Bundes und der Kantone vor. Letztere sind allerdings noch nicht nach der einheitlichen Systematik der Finanzstatistik aufbereitet. Bei den Angaben für den Zeitraum ab dem Jahre 2005 handelt es sich somit um eigene Schätzungen, die sich soweit möglich auf die verfügbaren Rechnungsergebnisse, Voranschläge und Finanzpläne der jeweiligen Staatsebenen abstützen. Die Angaben für den Bund entsprechen der Systematik der Finanzstatistik. Gegenüber den Angaben der Finanzrechnung des Bundes enthalten sie eine Korrektur zur Berücksichtigung der effektiven Ausgaben des Fonds für die Eisenbahngrossprojekte und des ETH-Bereichs; zudem sind Sondereinnahmen (Rückkauf von Swisscom-Aktien 1998 und 2002) nicht enthalten. In den Einnahmen von Bund und Kantonen sind ferner die Erlöse aus den Goldreserven der SNB im Jahr 2004 resp. 2005 nicht enthalten.

2. Wirtschaftslage und Makropolitik

Grafik 2.7: Haushaltssalden von Bund, Kantonen und Gemeinden (in Mio. CHF)



Grafik 2.8: Einnahmen und Ausgaben von Bund, Kantonen und Gemeinden; Wachstumsraten gegenüber dem Vorjahr

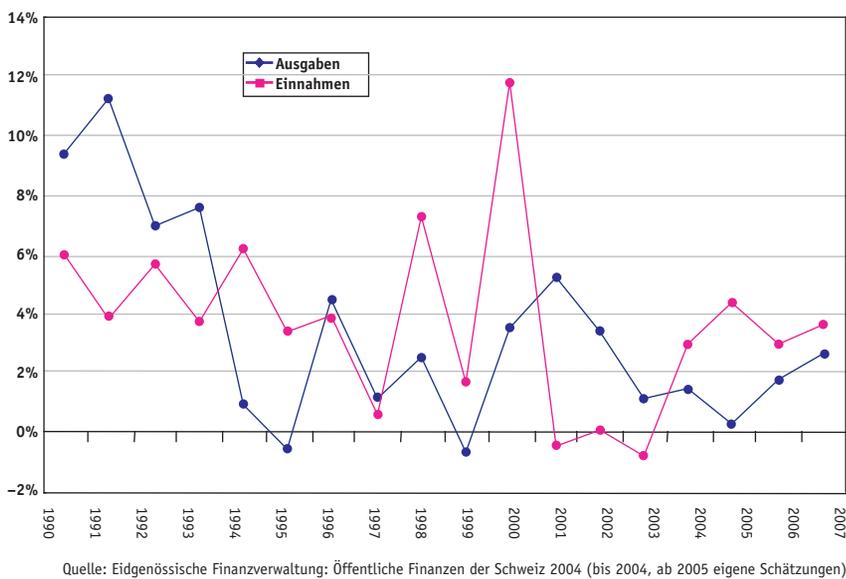


Tabelle 2.1

Haushaltssalden von Bund, Kantonen und Gemeinden (in Mio. Franken)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bund	3786	-1701	-4198	-3774	-3711	-969	-1300	-100
Kantone	2624	1292	-301	-2215	-980	1670	3310	3250
Gemeinden	1469	1324	1153	-8	535	570	990	850
Staat insgesamt ¹	7879	915	-3346	-5998	-4155	1270	3000	4000

¹ Ohne Sozialversicherungen.

Quelle: Eidgenössische Finanzverwaltung: Öffentliche Finanzen der Schweiz 2004 (bis 2004, ab 2005 eigene Schätzungen)

2 Die Einschätzung stützt sich auf die verfügbaren Voranschläge des Bundes und der Kantone; im Lichte der jüngsten Entwicklung der Bundeseinnahmen könnte das Ergebnis 2006 noch günstiger ausfallen.
 3 Dabei ist die saldoneutrale Aufblähung der Einnahmen und Ausgaben durch den Übergang zum neuen Rechnungsmodell nicht berücksichtigt.
 4 Eine detailliertere Darstellung findet sich im KfK-Jahresbericht 2004.

fort, wenn auch nicht mehr im gleichen Ausmass wie 2005. Die Gemeinden dürften ihren Überschuss ebenfalls leicht vergrössern. Dagegen ist beim Bund gemäss Voranschlag 2006 vorübergehend wieder mit einem Anstieg des Defizits zu rechnen. Daraus ergibt sich insgesamt ein Anstieg des Überschusses auf voraussichtlich 3 Mrd. CHF (0,6% des BIP).² Bei den Einnahmen schwächt sich das Wachstum mit

knapp 3% etwas ab. Beim Bund kommt es zu einer deutlichen Verlangsamung, u.a. da beim Verrechnungssteuersaldo mit einem Rückgang auf ein durchschnittliches Niveau zu rechnen ist, was die konjunktur- und progressionsbedingt hohe Zunahme bei der direkten Bundessteuer kompensiert. Dagegen dürften die Steuereinnahmen der Kantone – anders als in den Voranschlägen unterstellt – aufgrund der Progressionswirkung der Steuertarife nochmals überproportional zur Steuerbasis zunehmen. Das Ausgabenwachstum bleibt 2006 aufgrund der anhaltenden Wirkung der Kürzungsprogramme mit 1,8% (real: 0,9%) weiterhin bescheiden; beim Bund könnten die budgetierten Werte auch dieses Jahr wieder unterschritten werden. Nach Sachgruppen nehmen insgesamt die Personal- und die Sachausgaben nach wie vor nur schwach zu; deren Wachstum beträgt kaum mehr als die Teuerung. Bei den Investitionen kommt es zu einem weiteren Rückgang. Bei den laufenden Beiträgen ist dagegen mit einer gewissen Beschleunigung zu rechnen.

2.3.4 Ausblick auf das Jahr 2007

Im Jahr 2007 wachsen die Einnahmen mit schätzungsweise 3,5% wieder etwas stärker. Dies geht auf den Bund zurück, dessen Einnahmen gemäss Voranschlag um 5,2% gegenüber dem mutmasslichen Rechnungsergebnis 2006 steigen sollen.³ Dazu tragen vor allem die direkten Steuern der juristischen Personen bei, bei denen konjunkturbedingt nochmals mit einer kräftigen Zunahme gerechnet wird. Bei den Kantonen kann dagegen davon ausgegangen werden, dass die verbesserte Finanzlage wieder vermehrt zu Steuerenkungen führt und die Einnahmen in der Folge nur noch im Ausmass der Steuerbasis expandieren. Das Ausgabenwachstum dürfte sich bei den Kantonen und Gemeinden in Anbetracht der verbesserten Finanzlage und des anhaltenden Einnahmenwachstums auf rund 3% beschleunigen. Beim Bund fällt die Zunahme dagegen leicht niedriger aus, was v.a. auf geringere Ausgaben für die Eisenbahngrossprojekte zurückzuführen ist. Insgesamt ist mit einem Ausgabenwachstum von 2,8% (real 2,0%) zu rechnen. Auf der Basis dieser Annahmen kann eine weitere Zunahme des gesamten Überschusses von Bund, Kantonen und Gemeinden auf 4,0 Mrd. CHF erwartet werden.

2.4 Monetäre Lage und Geldpolitik

2.4.1 Das geldpolitische Konzept der Schweizerischen Nationalbank

Die Nationalbank betreibt ihre Geldpolitik auf Basis eines aus drei Elementen bestehenden Konzepts.⁴ Erstens ist die Geldpolitik vorrangig auf die Erhaltung der Preisstabilität aus-

gerichtet. Konkret wird dieses Ziel mit einem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise von weniger als 2% pro Jahr gleichgesetzt. Zweitens stützt die Nationalbank ihre Entscheidungen auf eine *Inflationsprognose* mit einem Zeithorizont von drei Jahren. Damit wird den Wirkungsverzögerungen geldpolitischer Impulse Rechnung getragen. Drittens setzt die Nationalbank für den 3M-Libor ein Zielband fest, dessen Breite in der Regel einen Prozentpunkt beträgt. Zur Steuerung des 3M-Libor in diesem Band verwendet sie primär kurzfristige Repo-Transaktionen.

Die Inflationsprognose der Nationalbank unterstellt einen konstanten 3M-Libor für den gesamten Prognosezeitraum. Falls die unter dieser Annahme prognostizierte Inflation die Definition der Preisstabilität verletzt, wird damit signalisiert, dass demnächst ein geldpolitischer Kurswechsel zu erwarten ist. Die publizierte Inflationsprognose lässt sich aufgrund der Festzinsannahme nicht mit den Prognosen anderer Institutionen vergleichen, welche zukünftige Reaktionen der Geldpolitik zu antizipieren versuchen.

2.4.2 Geldpolitik 2005–2006

Temporäre Konjunkturabschwächung Ende 2004 – einjährige Pause in der Zinsnormalisierung

Nach einer längeren Phase mit einem 3M-Libor von 0,25% hob die Nationalbank den Referenzzins im Laufe von 2004 in zwei Schritten von 0,25 Prozentpunkten auf 0,75% an. Begründet war der Übergang zu einem etwas weniger expansiven geldpolitischen Kurs durch den zunehmend an Breite gewinnenden Erholungsprozess in der Schweizer Wirtschaft. Gegen Ende 2004 deuteten dann aber verschiedene Indikatoren auf eine Konjunkturabschwächung hin. Das Wachstum der Weltwirtschaft hatte sich seit Mitte 2004 verlangsamt. Bremsend wirkte vor allem die Verteuerung des Erdöls. In Europa kam als weiterer wachstumshemmender Faktor die Dollarschwäche hinzu. Ende 2004 rechnete die Nationalbank deshalb neu mit einer Abschwächung des BIP-Wachstums von rund 2% 2004 auf 1,5% bis 2% im Jahr 2005. Die Konsumteuerung war zwar mittlerweile von praktisch null zu Beginn des Jahres auf 1,5% gestiegen, wofür aber primär die stark gestiegenen Erdölpreise verantwortlich waren. Zudem hatte sich der Franken gegenüber dem Dollar spürbar aufgewertet, was konjunkturdämpfende Wirkungen erwarten liess. Die im Dezember 2004 unter der Annahme eines unveränderten 3M-Libors von 0,75% erstellte Inflationsprognose zeigte im Vergleich zur September-Prognose bis Ende 2005 erdölbedingt etwas höhere Teuerungsraten, liess danach aber infolge der eingetrübten Konjunkturperspektiven einen geringeren

Teuerungsdruck erwarten. Vor diesem Hintergrund beschloss die Nationalbank, den 3M-Libor weiterhin bei 0,75% zu halten. Sie wies indes darauf hin, dass dieser Entscheid nur als Pause im Prozess der Zinsnormalisierung zu interpretieren sei.

Der Zeitpunkt für eine weitere Zinsanhebung schien der Nationalbank in den Lagebeurteilungen vom März und Juni 2005 noch nicht gekommen. Zwar konnte bei anhaltend kräftigem Wachstum in den USA auch in Europa mit einer allmählichen Erholung gerechnet werden. Die konjunkturelle Verfassung der Schweizer Wirtschaft präsentierte sich jedoch weiterhin unbefriedigend. Am pessimistischsten äusserte sich die Nationalbank zur schweizerischen Konjunkturlage im Juni 2005, als sie für das laufende Jahr nur noch ein BIP-Wachstum von rund 1% erwartete. Entsprechend kam auch die damalige Inflationsprognose etwas tiefer zu liegen. Im März 2005 waren unter der Annahme eines konstanten 3M-Libors von 0,75% für die Jahre 2005 und 2006 durchschnittliche Teuerungsraten von 1% prognostiziert worden. Gemäss Juni-Prognose sollte sich die Teuerung unter der gleichen Fixzinsannahme 2006 auf 0,5% zurückbilden. Vor diesem Hintergrund beschloss die Nationalbank, die schwache Konjunktur mit einer zunächst weiterhin grosszügigen Geldpolitik zu stützen.

Die Lagebeurteilung vom September 2005 fiel dann spürbar optimistischer aus. Nach der Schwächephase im Winterhalbjahr 2004/2005 war die Schweizer Wirtschaft insbesondere im Bereich der Exporte und der Bauinvestitionen wieder besser in Schwung gekommen. Auch der private Konsum hatte sich belebt, und auf dem Arbeitsmarkt schien sich eine Verbesserung zumindest anzubahnen. Trotz dieses aufgehellten Konjunkturbilds verzichtete die Nationalbank aber auf eine Anhebung des 3M-Libors. Unter der Annahme eines konstanten 3M-Libors von 0,75% zeigte die Inflationsprognose für das folgende Jahr zwar leicht erhöhte Teuerungsraten von knapp 1% an. Am Ende des dreijährigen Prognosezeitraums lag die Teuerung mit 2,6% aber praktisch auf gleicher Höhe wie in der Juni-Prognose. Der Entscheid, den 3M-Libor unverändert bei 0,75% zu halten, wurde auch damit begründet, dass die Konjunkturentwicklung aufgrund der hohen und volatilen Erdölpreise mit grosser Unsicherheit behaftet sei und deshalb eine abwartende Haltung der Geldpolitik angezeigt erscheine. Gleichzeitig wies die Nationalbank erneut darauf hin, dass sich eine Korrektur des expansiven Kurses aufdränge, sobald sich die Zeichen für eine Verbesserung der Wirtschaftslage verdichten würden. Weiter machte sie darauf aufmerksam, dass die reichliche Liquiditätsversorgung der Wirtschaft insbesondere

die Lage im Immobiliensektor stark prägen und deshalb die Entwicklungen in diesem Bereich sorgfältig zu beobachten seien.

Die Lagebeurteilung vom Dezember 2005 stand im Zeichen einer weiter erstarkten Konjunktur. Die Nationalbank erhöhte ihre Wachstumsschätzung für 2005 auf gut 1,5%, und für 2006 ging sie von einem sich auf breiter Front fortsetzenden Aufschwung und einem BIP-Wachstum von gut 2% aus. Infolge der robusten Weltkonjunktur sei weiterhin mit einer kräftigen Expansion der Exporte zu rechnen, während sich die Auftriebskräfte bei den Investitionen von den sehr expansiven Bau- zu den Ausrüstungsinvestitionen verlagern würden. Aufgrund der zunehmenden Nachfrage nach Arbeitskräften und der rückläufigen Arbeitslosigkeit würden sich auch die Einkommensperspektiven der Haushalte verbessern, so dass beim privaten Konsum mit einem weiteren deutlichen Zuwachs zu rechnen sei. Vor diesem Hintergrund beschloss die Nationalbank, das Zielband für den 3M-Libor um 0,25 Prozentpunkte auf 0,5% bis 1,5% zu erhöhen und wiederum die Zielbandmitte von 1% anzupeilen. Unter dieser Festzinsannahme wurde ein Rückgang der durchschnittlichen Teuerung von 1,2% im Jahr 2005 auf 0,8% im Jahr 2006 und für 2007 ein Wiederanstieg auf 1,2% prognostiziert. Ab Mitte 2008 kam auch diese Inflationsprognose wieder über der 2%-Marke zu liegen, woraus die Nationalbank den Schluss zog, dass ein 3M-Libor von 1% im Rahmen des erwarteten Konjunkturverlaufs nicht mit Preisstabilität vereinbar sei.

Interessant ist an dieser Stelle ein Blick auf die wechselnden Schätzungen der Nationalbank für das BIP-Wachstum im Jahre 2005. Im Dezember 2004 hatte die Nationalbank das BIP-Wachstum 2005 auf Werte «zwischen 1,5% und 2%» veranschlagt. Im Juni 2005 war dann nur noch von einem BIP-Zuwachs in der Grössenordnung von 1% die Rede. Im Dezember 2005 lag die Wachstumsschätzung für 2005 wieder bei gut 1,5%. Mittlerweile wird der BIP-Zuwachs für 2005 auf 1,9% geschätzt. Die Nationalbank hat somit die laufende Konjunkturentwicklung vor allem Mitte 2005 deutlich zu pessimistisch beurteilt. Dabei stand sie unter dem Eindruck der BIP-Quartalsschätzungen des Seco, die ein ähnliches Bild vermittelten. So wurde zum Beispiel das BIP-Wachstum für das 1. Quartal 2005 vom Seco im Mai 2005 mit 0,2% (annualisiert) beziffert. In den nachfolgenden Schätzungen (August und November 2005, Februar und Mai 2006) wurden für die gleiche Periode revidierte Wachstumsraten zwischen 1,0% und 1,9% ausgewiesen. Gleichzeitig hat das Seco auch die Schätzung für das 4. Quartal 2004 von ursprünglich 0,4% auf 0,7% angehoben. Man kann sich vor diesem Hintergrund fragen, ob sich die Nationalbank

auch dann für eine Pause in der Zinsanhebung entschieden hätte, wenn sie nicht unter dem Eindruck der zunächst sehr ungünstigen Seco-Quartalsschätzungen gestanden hätte.

Schrittweise Rücknahme des geldpolitischen Expansionsgrades bei schwungvoller Konjunktur 2006

In der Lagebeurteilung vom März 2006 sah sich die Nationalbank in ihrer Einschätzung eines fortschreitenden und breit abgestützten Konjunkturaufschwungs in der Schweiz bestätigt. Für das Jahr 2006 ging sie unverändert von einem BIP-Wachstum von gut 2% aus. Weiter erwartete sie, dass die Auslastung der Produktionskapazitäten rasch Normalwerte erreichen würde. Um einer inflationstreibenden Überauslastung der Wirtschaft vorzubeugen, hob sie das Zielband für den 3M-Libor um 0,25 Prozentpunkte auf 0,75% bis 1,75% an. Die weitgehend erdölbedingte Inflation sollte aufgrund der unterstellten Stabilisierung der Erdölnotierungen im Verlauf des Jahres 2006 etwas nachlassen, was eine jahresdurchschnittliche Teuerung von 1% erwarten liess. Unter der Annahme eines beim Mittelwert des Zielbandes konstant gehaltenen 3M-Libors von 1,25% wurde für 2007 eine Jahresteuerung von 1,1% und für 2008 eine solche von 2,0% prognostiziert.

Unter dem Einfluss weiterhin expansiver monetärer Bedingungen, eines zur Schwäche neigenden Frankens und einer prosperierenden Weltwirtschaft gewann die Konjunktur in der Schweiz in den ersten Monaten 2006 weiter an Schwung. Das reale BIP verzeichnete im ersten Quartal gegenüber der Vorperiode einen Zuwachs von 3,8% (annualisiert). Das kräftige BIP-Wachstum war zudem von einer markanten Ausweitung der Ausrüstungsinvestitionen sowie von einer Zunahme der Beschäftigung begleitet. Die Teuerung blieb zwar moderat, doch tendierte sie nun nicht nur erdölpreisbedingt, sondern allmählich auch infolge sich verengender Kapazitätsspielräume leicht nach oben. So war es wenig erstaunlich, dass die Nationalbank anlässlich der Lagebeurteilung vom Juni 2006 das Zielband für den 3M-Libor um einen weiteren Viertelprozentpunkt auf 1% bis 2% anhebte. Dabei erwartete sie für 2006 neu ein BIP-Wachstum von gut 2,5%. Gemäss ihrer Inflationsprognose sollte sich die Teuerung bis Ende 2006 auf 1% zurückbilden. Die für die Jahre 2007 und 2008 prognostizierten Inflationsraten blieben mit Werten von 1,2% bzw. 1,9% gegenüber der Einschätzung vom März weitgehend unverändert, da den verstärkten konjunkturellen Auftriebskräften die dämpfenden Effekte der geldpolitischen Straffung gegenüberstanden. Auch die Inflationsprognose vom Juni 2006 zeigte jedoch, dass die

Teuerung bei unverändertem 3M-Libor von 1,5% gegen Ende des dreijährigen Prognosehorizonts über die Marke von 2% ansteigen würde. Damit wurde von der Nationalbank wiederum signalisiert, dass bei einer erwartungsgemäss verlaufenden wirtschaftlichen Entwicklung demnächst mit weiteren Zinserhöhungsschritten zu rechnen sei.

2.4.3 Schweizerische Kurz- und Langfristzinsen im internationalen Vergleich

Die unterschiedliche zyklische Position der industrialisierten Volkswirtschaften widerspiegelt sich in der Entwicklung der Kurzfristzinsen. Die US-Notenbank führte ihre schon Mitte 2004 begonnene Politik der sukzessiven Leitzinsanhebungen angesichts des anhaltenden Aufwärtstrends in der Wirtschaft fort. Der Tagesgeldsatz, der von Juni bis Dezember 2004 von 1% auf 2,25% erhöht worden war, wurde bis zum Juni 2006 in zwölf weiteren Schritten von je 0,25 Prozentpunkten auf 5,25% angehoben. Die den letzten Straffungsschritt begleitenden Erläuterungen der US-amerikanischen Zentralbank (FED), insbesondere die Erwartung eines sich graduell abschwächenden amerikanischen Wirtschaftswachstums, lassen vermuten, dass die Phase steigender Kurzfristzinsen sich rasch ihrem Ende nähert. Die Bank of England senkte den Reposatz, der zuvor längere Zeit bei 4,75% notiert hatte, im August 2005 auf 4,5%. Sie reagierte damit auf die wirtschaftliche Abschwächung, die sich insbesondere beim privaten Konsum akzentuiert hatte. Bis zum Juli 2006 blieb der Leitzins unverändert bei 4,5%, bevor er im August nach Überwindung der temporären Konjunkturschwäche und bei leicht verstärktem Preisdruck auf 4,75% erhöht wurde. Die Europäische Zentralbank (EZB) beliess den Hauptrefinanzierungssatz in den ersten elf Monaten des Jahres 2005 bei 2%. Nachdem sich die Konjunkturaussichten gefestigt hatten und monetäre Indikatoren wie das Kreditvolumen oder das Geldaggregat M3 weiterhin eine starke Expansion anzeigten, sah sich die EZB veranlasst, den Leitzins im Dezember 2005 um 0,25 Prozentpunkte auf 2,25% anzuheben. Im März, Juni und August folgten weitere Zinsschritte von je 0,25 Prozentpunkten auf 3%. Dabei rechnet die EZB mit einem BIP-Wachstum von rund 2%. Die japanische Notenbank behielt ihre seit dem Jahr 2000 in einem deflationären Umfeld praktizierte Nullzinspolitik bis vor kurzem bei. Im Juli 2006 wurde der Leitzins angesichts einer verbesserten Konjunkturlage und leicht steigender Konsumentenpreise vorsichtig auf 0,25% angehoben.

Ordnet man die Entwicklung der schweizerischen Kurzfristzinsen in dieses internationale Umfeld ein, so ergibt sich das folgende Bild: Die Zinsdifferenz zum Euro, die sich wegen der

relativ stark gelockerten Politik der Nationalbank von Mitte 2003 bis Mitte 2004 bei hohen 1,8 Prozentpunkten bewegt hatte, verengte sich bis Anfang 2005 auf 1,4%, was ungefähr dem historischen Mittelwert entspricht. Anschliessend blieb die Zinsdifferenz Franken/Euro annähernd auf diesem Wert konstant, weil die EZB und die Nationalbank den geldpolitischen Expansionsgrad mehr oder weniger im Gleichschritt zurücknahmen. Die Zinsdifferenz zum Dollar, die Anfang 2005 noch rund 2 Prozentpunkte betragen hatte, weitete sich in der Folge aufgrund einer vergleichsweise stark gestrafften US-Geldpolitik bis Ende 2005 auf 3,5 Prozentpunkte und bis Mitte 2006 weiter auf 4 Prozentpunkte aus.

Die Renditen langfristiger Staatsanleihen in den Industrieländern zeigten von Mitte 2004 bis Mitte 2005 eine rückläufige Tendenz. Im Euroraum fiel der Zins für zehnjährige Staatspapiere von 4,4% im Juni 2004 auf 3,3% im Juni 2005. In Japan bildeten sich die Langfristzinsen im selben Zeitraum von 1,8% auf 1,2% zurück. Selbst in den USA war ein Rückgang der Langfristzinsen von 4,7% im Juni 2004 auf 4,0% im Juni 2005 zu beobachten, obwohl die US-Wirtschaft stark wuchs und eine weitere Straffung der amerikanischen Geldpolitik abzusehen war. Diese eher untypische Entwicklung kann möglicherweise mit dem massiven Aufbau von Dollarbeständen durch asiatische Notenbanken, insbesondere die Zentralbank Chinas, erklärt werden. Die schweizerische Bundesobligationenrendite lag Mitte 2004 bei 3% und fiel bis Mitte 2005 auf 2%. Sie bewegte sich somit auf einem um gut einen Prozentpunkt tieferen Niveau parallel zur Verzinsung langfristiger Staatspapiere im Euroraum nach unten. Einzig in Japan lag die Rendite langfristiger Staatsanleihen noch tiefer als in der Schweiz. Seit Mitte 2005 haben die Langfristzinsen weltweit wieder angezogen, wobei sich der zunächst recht deutliche Anstieg in den letzten Monaten abgeschwächt hat. Der Zins für langfristige Staatspapiere im Euroraum stieg innert Jahresfrist von 3,3% auf 4,1%. Die Rendite langfristiger US-Staatsanleihen erhöhte sich in ähnlichem Umfang und lag im Juli 2006 bei 5,1%. In Japan stiegen die Langfristzinsen von 1,2% auf 1,9%. Die Rendite eidgenössischer Bundesobligationen tendierte seit Mitte 2005 ebenfalls nach oben. Sie notierte im Juni 2006 bei 2,8% und lag damit um 0,8 Prozentpunkte über ihrem Tiefstand von Mitte 2005. Das günstige Konjunkturmilieu und der restriktivere Kurs der meisten Zentralbanken dürften die Haupttriebkraft hinter dem weltweit zu beobachtenden Renditeanstieg am Kapitalmarkt gewesen sein. Weiter könnte die Abkehr Chinas von einer strikten Anbindung des Yuan an den Dollar die über längerer Zeit unüblich tiefen US-Langfristzinsen nach oben

getrieben haben. Im August bildeten sich die Langfristzinsen allerdings weltweit wieder zurück. Die Rendite der schweizerischen Bundesobligationen fiel von 2,8% im Juni auf 2,5% im August.

2.4.4 Internationale Devisenmärkte und Frankenkurs

Nach einer deutlichen Abschwächung in den letzten Monaten von 2004 konnte sich der Dollar im Laufe von 2005 – angesichts des anhaltend hohen Ertragsbilanzdefizits der USA für die meisten Beobachter eher überraschend – spürbar erholen. Er wertete sich zwischen Januar und Dezember gegenüber dem Euro von 1,31 auf 1,19 USD/EUR auf. Gegenüber dem japanischen Yen fiel die Höherbewertung des Dollar ähnlich stark und gegenüber dem britischen Pfund etwas schwächer aus. Eine mögliche Erklärung für die Aufwertung des Dollar liegt in der dynamischeren amerikanischen Konjunktur und der sich zunehmend zugunsten von Dollaranlagen verändernden Zinsdifferenz. Im laufenden Jahr tendierte der Dollar dann aber erneut schwächer. Er wertete sich zum Euro von 1,19 im Dezember 2005 auf 1,28 USD/EUR im Mai 2006 ab. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass mittlerweile auch die EZB einen weniger expansiven geldpolitischen Kurs verfolgte. In Relation zum britischen Pfund und zum japanischen Yen waren ähnliche, wenn auch weniger ausgeprägte Veränderungen des Dollarkurses zu beobachten. Im Juni und Juli 2006 erholte sich der Dollar leicht. Aus Sicht des Euroraums wurde die in der zweiten Hälfte 2004 eingetretene handelsgewichtete Realaufwertung des Euro von rund 5% durch die Erstarkung des Dollar bis Mitte 2005 wieder rückgängig gemacht. Seit Anfang 2006 legte der reale handelsgewichtete Aussenwert des Euro aufgrund der erneuten Dollarschwäche aber wieder um rund 3% zu.

Von Anfang 2005 bis Mitte 2006 bewegte sich der Franken zum Euro in einem engen Band zwischen 1,54 und 1,58 CHF/EUR. Folglich vollzog er die Schwankungen des Euro zum Dollar weit gehend mit. Im Laufe von 2005 schwächte sich der Franken gegenüber dem Dollar von 1,15 auf 1,30 CHF/USD ab, um sich anschliessend bis zum Mai 2006 wieder auf 1,21 CHF/USD aufzuwerten. Bis zum Juli 2006 fiel der Franken zum Dollar wieder auf 1,24 CHF/USD zurück. Gemessen am realen handelsgewichteten Aussenwert hat sich der Franken von Dezember 2004 bis Dezember 2005 um rund 5% abgewertet. Im April und Mai 2006 gewann er etwas an Stärke, fiel aber bis zum August insbesondere gegenüber dem Euro wieder spürbar zurück. Im August 2006 lag der reale handelsgewichtete Aussenwert des Frankens um knapp 4% unter dem Durchschnitt der Jahre 1990 bis 2005.

2.4.5 Aktienkurse, Kapitalmarktbeanspruchung und Kreditvolumen

Der Swiss Performance Index (SPI) hat von Anfang 2005 bis zum Mai 2006 um rund 50% zugelegt. Die stärksten Kursgewinne wurden in der Industrie verzeichnet, aber auch die Titel der Bauwirtschaft, der Energieversorgung und der Banken entwickelten sich sehr gut. Nur unterdurchschnittliche Avancen waren hingegen in den Bereichen Chemie, Technologie und Telekommunikation zu beobachten. Auch auf den ausländischen Aktienmärkten war die Tendenz bis im Frühjahr 2006 positiv. Ähnlich gut wie in der Schweiz war die Performance in Japan und Kontinentaleuropa, während die Entwicklung in Grossbritannien und vor allem in den USA gedämpfter verlief. Im Mai und Juni 2006 kam es weltweit zu Kursrückgängen, wodurch ungefähr ein Drittel des seit Anfang 2005 verzeichneten Wertzuwachses zunichte gemacht wurde. Im August war die Entwicklung dann aber wieder deutlich nach oben gerichtet. Besonders kräftig war der Anstieg beim SPI, der sich bis auf das Spitzenniveau vom Mai erholte.

Die Nettobeanspruchung des schweizerischen Kapitalmarktes (Neuemissionen minus Rückzahlungen) lässt sich in drei Kategorien aufteilen, nämlich in Nettoemissionen von Frankenanleihen inländischer bzw. ausländischer Schuldner und Nettoemissionen von schweizerischen Aktien. Insgesamt wurden am schweizerischen Kapitalmarkt im Jahre 2005 mit netto 10,1 Mrd. CHF weniger Mittel aufgenommen als im Vorjahr (14,3 Mrd. CHF). Entgegen der allgemeinen Entwicklung stieg aber der Nettoemissionswert von Frankenanleihen ausländischer Schuldner markant von 9,2 auf 15,8 Mrd. CHF an. Die inländische Nettobeanspruchung war hingegen – nach 5,2 Mrd. CHF im Vorjahr – mit 5,7 Mrd. CHF negativ. Während sich bei den Frankenanleihen schweizerischer Schuldner die Neuemissionen und Rückzahlungen ungefähr die Waage hielten, übertrafen bei den schweizerischen Aktien die Rückzahlungen die Neuemissionen deutlich.

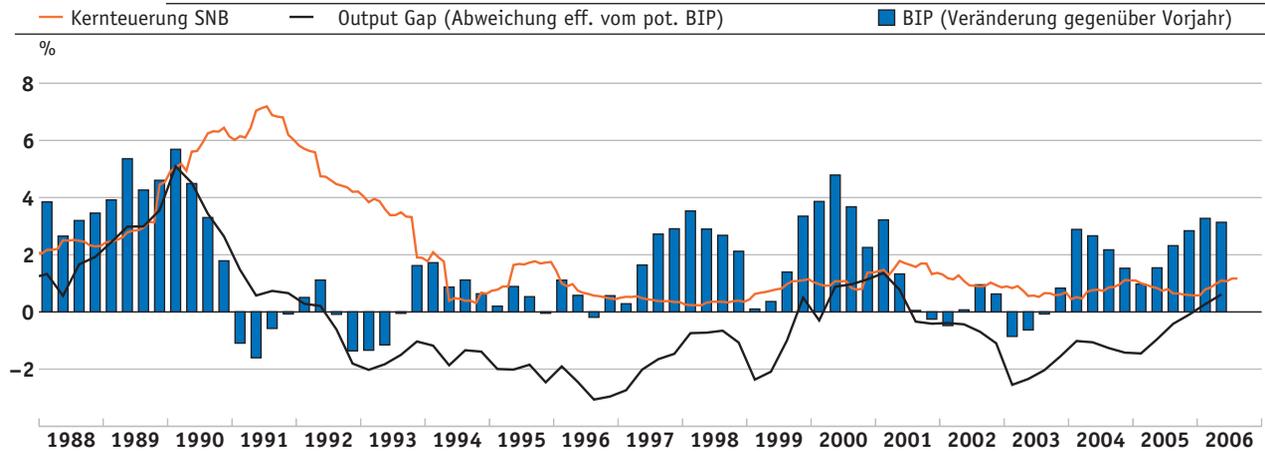
Im ersten Halbjahr 2006 betrug die Nettobeanspruchung des Kapitalmarktes insgesamt 17,5 Mrd. CHF. Sie war damit grösser als im ganzen Jahr 2005. Der Grossteil davon ging mit 14,9 Mrd. CHF auf das Konto der Frankenanleihen ausländischer Schuldner, während die Nettoemissionen von Anleihen schweizerischer Schuldner 0,3 Mrd. CHF und diejenigen schweizerischer Aktien 2,4 Mrd. CHF absorbierten.

Von den Krediten der Banken an inländische Kunden entfallen ca. 80% auf Hypothekendarlehen und 20% auf übrige Kredite. Im Laufe des Jahres 2005 erhöhte sich das insgesamt ausstehende Kreditvolumen um 4,4%

und damit etwas stärker als im Vorjahr (3,2%). Die Zunahme ging grösstenteils auf das Konto der Hypothekarkredite, die um 5,2% wuchsen (Vorjahr 5,0%). Die stärker konjunkturabhängigen übrigen Kredite, die im Vorjahr noch um 3,8% geschrumpft waren, nahmen 2005 mit 1,1% ebenfalls leicht zu. Mitte des laufenden Jahres lag das gesamte Kreditvolumen um 4,8% über dem Stand Mitte 2005. Dabei weiteten sich die Hypothekarkredite um 5,0% und die übrigen Kredite nochmals verstärkt um 3,9% aus. Darin widerspiegelt sich der konjunkturelle Aufschwung der Schweizer Wirtschaft, wobei das momentane Kreditwachstum aber noch nicht mit der sehr dynamischen Entwicklung im Winterhalbjahr 1999/2000 vergleichbar ist.

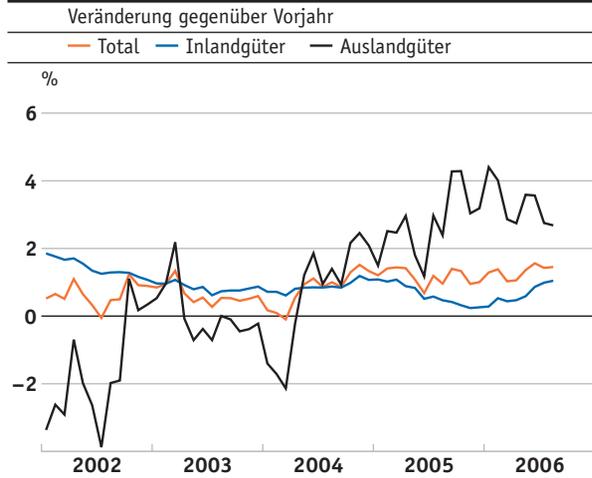
Grafik 1

BIP-Wachstum, Kernteuerung SNB und Output Gap



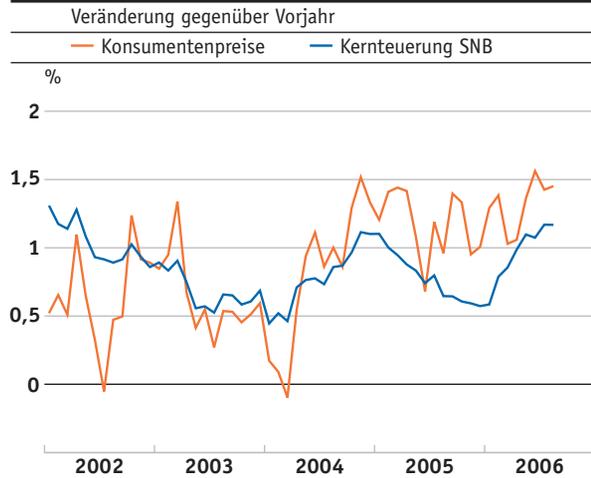
Grafik 2

Konsumentenpreise



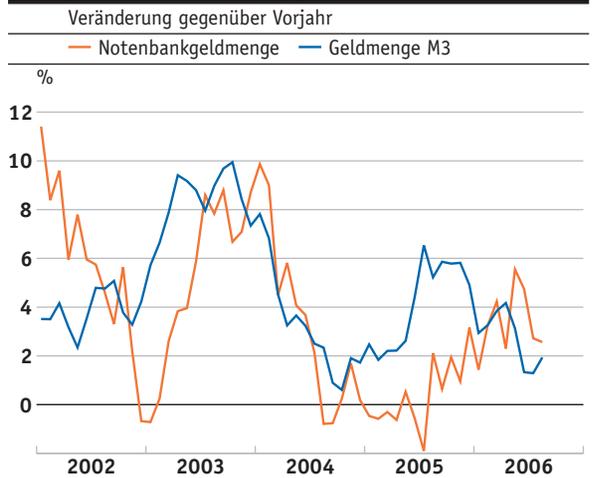
Grafik 3

Konsumentenpreise



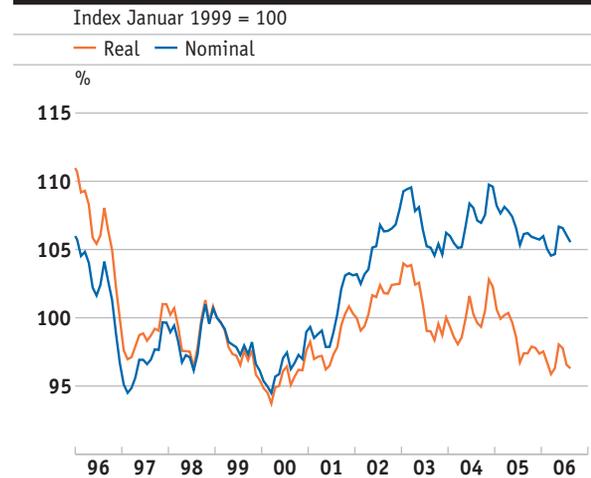
Grafik 4

Notenbankgeldmenge und Geldmenge M3



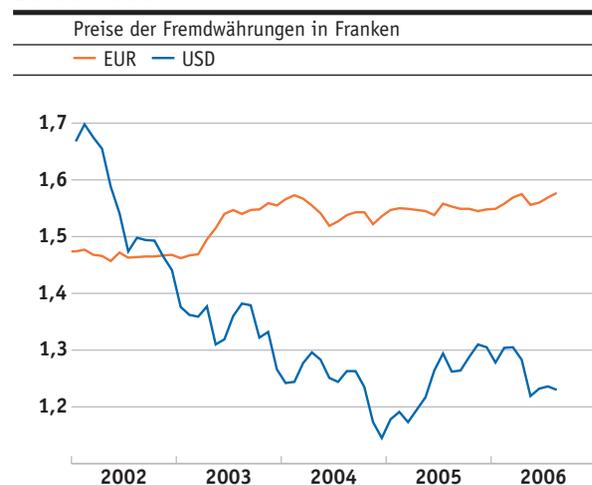
Grafik 5

Exportgewichtete Wechselkurse des Frankens

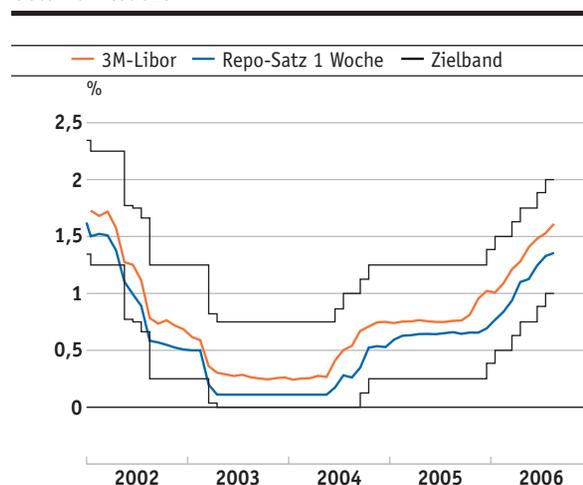


Quelle: SNB

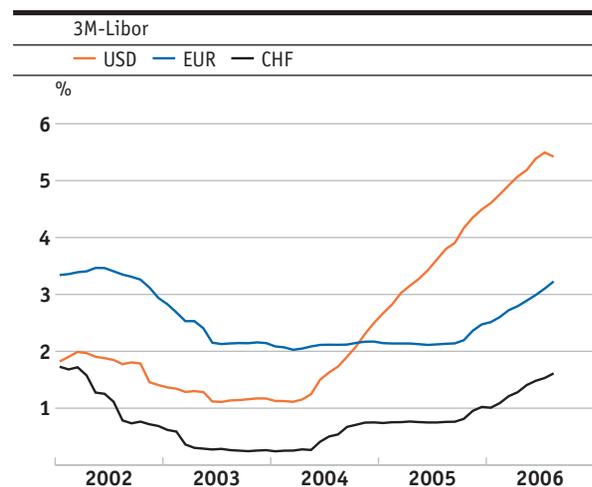
Grafik 6
Devisenkurse



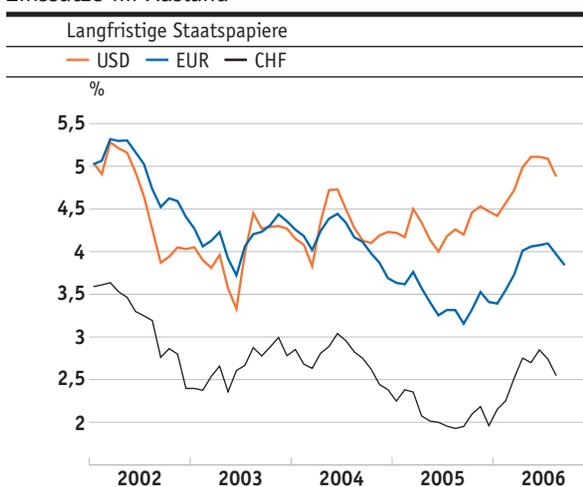
Grafik 7
Geldmarktsätze



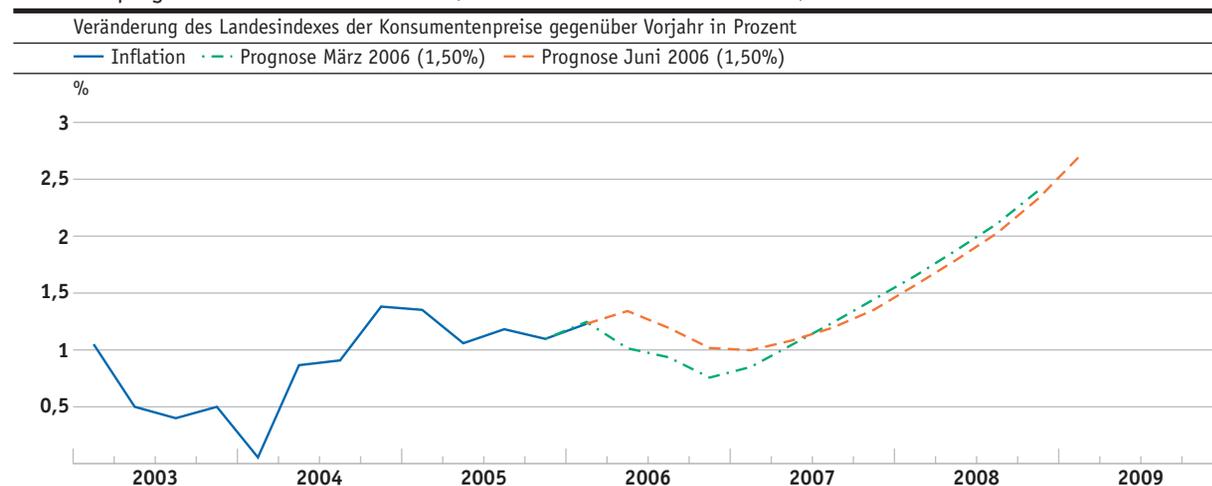
Grafik 8
Zinssätze im Ausland



Grafik 9
Zinssätze im Ausland



Grafik 10
Inflationsprognose März 2006 mit Libor 1,25% und Juni 2006 mit Libor 1,25%



Quelle: SNB

3. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte¹

Wie in der Einleitung ausgeführt wurde, handelt es sich bei den Problemen des Gesundheitswesens nicht nur um Finanzierungs-, sondern auch um Effizienzprobleme, wobei beide eng miteinander zusammenhängen und überdies noch mit Gerechtigkeitsproblemen verknüpft sind. Daher versuchen wir die Problematik in diesem Bericht möglichst umfassend darzustellen. Da in der politischen Diskussion die «Kostenexplosion» im Zentrum steht, ist es sinnvoll, zunächst die Entwicklung der Kosten im Verlauf der letzten Jahrzehnte aufzuzeigen. Dabei geht es auch um den Vergleich mit anderen Ländern und um eine Darstellung, wie sich die Struktur der Kosten entwickelt hat (*Kapitel 3.1*). In einem zweiten Schritt soll gezeigt werden, woraus sich die für den Gesundheitssektor typischen Probleme ergeben (*Kapitel 3.2*). 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 (*Kapitel 3.3*). Um Möglichkeiten zur Senkung der damit verbundenen Lasten aufzuzeigen, muss auf die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens eingegangen werden. Dies wird in *Kapitel 3.4* 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.

3.1 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 (*Kapitel 3.1.1*), wobei auch auf Indikatoren für die Qualität des Systems eingegangen wird. Danach betrachten wir die Veränderung in der Struktur des Systems (*Kapitel 3.1.2*), bevor wir in *Kapitel 3.1.3* die Entwicklungen der Preise und Mengen betrachten.

3.1.1 Die Entwicklung in der Schweiz im internationalen Vergleich

Tabelle 3.1a und *Grafik 3.1a* zeigen die Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf, umgerechnet mit Kaufkraftparitäten in US-Dollar, für einige ausgewählte Länder und den Zeitraum ab 1970.² Die im Zeitablauf mit zunehmendem Abstand höchsten Ausgaben fallen in den Vereinigten Staaten an; sie betragen im Jahr 2003 5711 US-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% pro Jahr.

Die Schweiz nimmt heute mit 3847 US-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% 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 durch-

¹ Zu *Kapitel 3* findet sich ein Hintergrundpapier unter www.kfk.admin.ch, Studien und Hintergrundpapiere/Reform des Gesundheitswesens in der Schweiz, Übersicht und grundsätzliche Aspekte, Kirchgässner G. Universität St. Gallen

² Mit Ausnahme der unten verwendeten Daten aus dem *World Value Survey* stammen alle Daten, die wir hier für den internationalen Vergleich 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.

Tabelle 3.1a

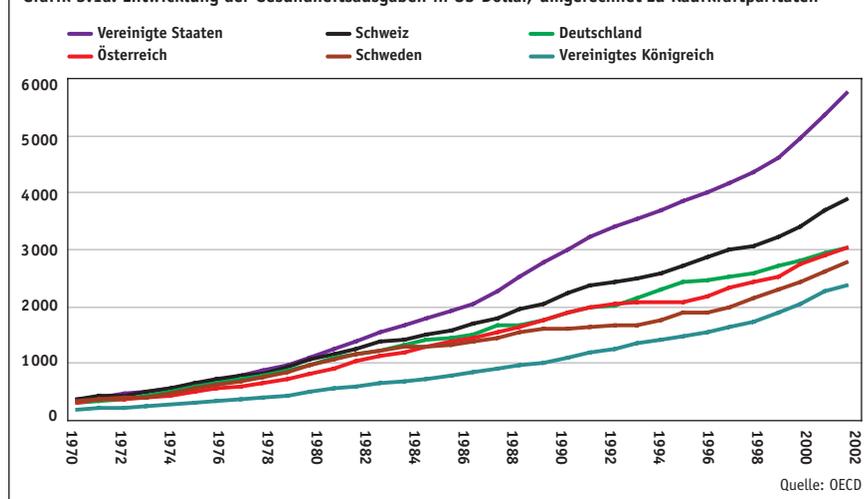
Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf in Kaufkraftparitäten, umgerechnet in US-Dollar, 1970–2003

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Dänemark	384 ¹⁾	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 ²⁾	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

¹⁾ Wert von 1971 ²⁾ Wert von 1972

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

Grafik 3.1a: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in US-Dollar, umgerechnet zu Kaufkraftparitäten



schnittliche Steigerungsrate betrug 6,8% in Schweden und 6,3% in Dänemark. Das Vereinigte 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% der amerikanischen und nur 62,6% der schweizerischen Ausgaben, mit durchschnittlich 8,4% 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.

Die Umrechnung nach Kaufkraftparitäten in US-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 Bruttoinlandprodukt zu betrachten, der eben-

falls von der OECD erfasst wird.³ Die entsprechenden Werte sind in *Tabelle 3.1b* und für eine engere Auswahl von Ländern, in *Grafik 3.1b* angegeben. Dabei zeigt sich, dass auch hier die Vereinigten Staaten die Spitzenposition einnehmen; die Gesundheitsausgaben betragen im Jahr 2003 15,2% des Bruttoinlandprodukts. Gegenüber dem Jahr 1970 ist dieser Anteil um 117% gestiegen und hat sich damit mehr als verdoppelt.⁴

Dieser erhebliche Anstieg ist insofern interessant, als das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten als (im Vergleich mit den anderen Ländern) stark wettbewerbsmäßig ausgerichtet gilt; dennoch haben sie nicht nur das absolut, sondern auch das relativ teuerste System. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass im Gesundheitsbereich die Zulassung von Wettbewerb zwar hilfreich sein kann, aber allein nicht ausreichend ist, um ein befriedigendes Ergebnis zu erzielen, sondern dass es daneben einer «intelligenten» Regulierung bedarf. Der Reformbedarf ist in den Vereinigten Staaten nicht geringer als etwa in der Schweiz oder in Deutschland.⁵

An zweiter Stelle folgt auch hier wieder die Schweiz. Ihr Anteil betrug im Jahr 2003 11,5%; er hat sich gegenüber dem Jahr 1970 um 109% erhöht und damit ebenfalls mehr als verdoppelt. An dritter Stelle folgt Deutschland mit einem Anteil von 10,9% und einem Anstieg um 76%. Demgegenüber weist Finnland mit einem Anteil von 7,4% und einer Steigerung um 32% sehr geringe Werte aus. Einen ähnlich niedrigen Wert hat auch das Vereinigte Königreich mit einem Anteil von 7,9%; allerdings ist dieser Anteil zwischen 1970 und 2002 um 76% 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 Bruttoinlandprodukt betrifft, mit Werten zwischen 8,9 und 9,3% im Mittelfeld und weisen von den hier betrachteten Ländern mit 12,7%, 37,9% sowie 36,8% vergleichsweise geringe Anstiege dieser Quote auf.

Man muss sich jedoch die Frage stellen, ob dieser in den meisten Ländern gewaltige, auch relative Anstieg der Ausgaben den Gesundheitszustand der Bevölkerung wirklich gehoben 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

3 Eigentlich sollte man den Anteil am Einkommen, d.h. am Bruttonationaleinkommen, und nicht an der Produktion, dem Bruttoinlandprodukt, 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.

4 Diese Entwicklung existiert nicht erst seit den Siebzigerjahren. Siehe z.B. *Besley und Gouveia (1994, S. 206f.)*, die die Entwicklung in wichtigen OECD-Staaten von den Sechziger- bis zu den Achtzigerjahren beschreiben.

5 Zur Situation in den Vereinigten Staaten siehe z.B. *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 *Oberender und Zerth (2005)*.

3. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte

Tabelle 3.1b

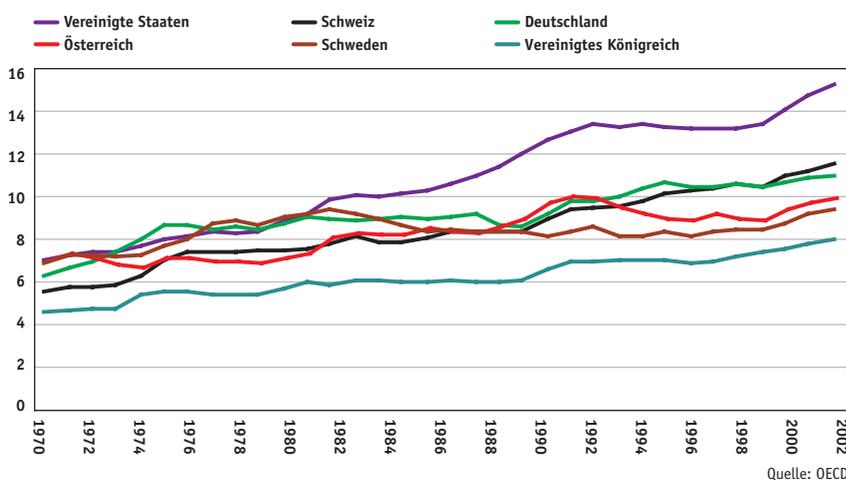
Entwicklung der Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt, 1970–2003

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Dänemark	7.9 ¹	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 ²	7.1	7.1	8.2	9.0	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	7.0	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	6.0	7.0	7.3	7.9
Vereinigte Staaten	7.0	7.9	8.8	10.1	11.9	13.3	13.3	15.2

¹) Wert von 1971 ²) Wert von 1972

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

Grafik 3.1b: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt



Quelle: OECD

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 Säuglingssterblichkeit 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.

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. Grafik 3.2a zeigt das Verhältnis zwischen Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsausgaben pro Kopf, wiederum gemessen in US-Dollar zu Kaufkraftparitäten, Grafik 3.2b 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 ist für die

Pro-Kopf-Werte auf dem 5%-Niveau statistisch signifikant.⁶ 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 US-Dollar pro Kopf, dann wird die Korrelation sogar positiv und beträgt 0,166; auch wenn man nur Länder mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von mehr als 7% 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, dass sie aber danach keine weitere Wirkung mehr erzielen.⁷

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man die Beziehung zwischen den Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung betrachtet, wie sie in den Grafiken 3.3a und 3.3b 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; eine höhere Lebenserwartung führt aber auch zu höheren Kosten. Die entsprechenden Korrelationen betragen 0,472 und 0,435 und sind auf dem 1%- bzw. dem 5%-Niveau statistisch signifikant. 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 US-Dollar pro Kopf, so erhalten wir eine negative Beziehung mit einer Korrelation von $-0,036$ zwischen den Gesundheitsausgaben und der Lebenserwartung, während dann, wenn nur die Länder mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben von mehr als 7% des BIP betrachtet werden, eine positive Korrelation von 0,043 zwischen diesem Anteil und der Lebenserwartung resultiert. Beide Werte sind verschwindend gering.

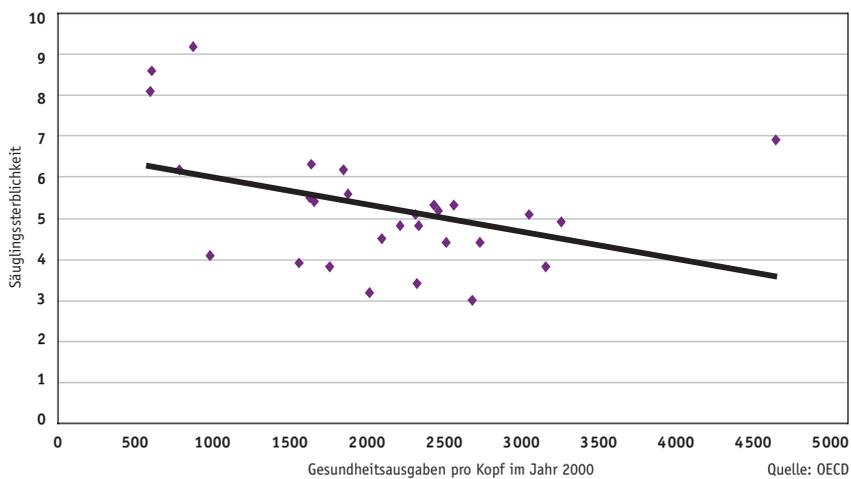
Die «falschen» Vorzeichen bei Ausschluss der Länder mit niedrigen Gesundheitsausgaben ergeben sich durch die Beobachtung für die Vereinigten Staaten: Sie weisen trotz ihrer sehr hohen Gesundheitsausgaben eine vergleichsweise hohe Säuglingssterblichkeit und geringe Lebenserwartung auf.⁸ Nimmt man die Vereinigten Staaten aus der Stichprobe heraus, dann 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

6 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 sie sind beide signifikant von null verschieden.

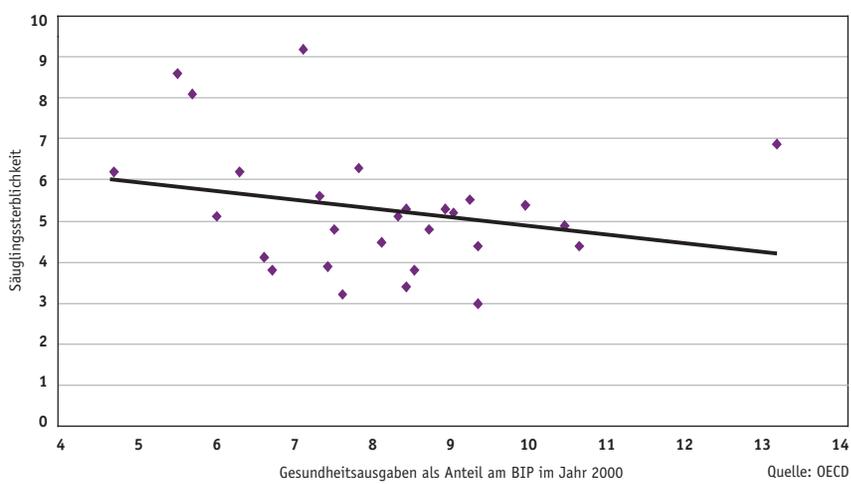
7 Die verfügbare Evidenz zeigt, dass höhere Gesundheitsausgaben in Entwicklungs- und Übergangsländern den Gesundheitszustand einer Gesellschaft verbessern. Siehe hierzu Gupta, Verhoeven und Tiongson (1999, 2002).

8 Zu Sonderfaktoren, die dies zu einem erheblichen Teil erklären, wie z.B. der hohe Anteil an Übergewichtigen, siehe Camonar, French III und Miller (2006). Dennoch liegt auch nach dieser Studie die Produktivität des US-amerikanischen Gesundheitssystems etwas unter dem Durchschnitt der OECD-Staaten.

Grafik 3.2a: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Kindersterblichkeit



Grafik 3.2b: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und Kindersterblichkeit



halb die Reihenfolge bei geringfügig anderer Gewichtung der verwendeten Indikatoren auch anders hätte lauten können. Das Gesamturteil über die Schweiz lautet: «Gut, aber teuer.»⁹

Bisher haben wir objektive Indikatoren für den (durchschnittlichen) Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger in einer Gesellschaft bzw. für ihre medizinische Versorgung 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 wurden die Teilnehmer einer repräsentativen 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.¹⁰

Grafik 3.4a 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.¹¹ Die Beziehung ist – wie erwartet – positiv: Je höher die Gesundheitsausgaben pro Kopf, desto zufriedener sind die Bürgerinnen und Bürger mit ihrem Gesundheitssystem. Die Korrelation beträgt 0,484 und ist auf dem 5%-Niveau statistisch signifikant. Betrachten wir dagegen die Beziehung zwischen diesem Index und dem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (Grafik 3.4b), 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. Allerdings ergeben alle Indikatoren im Wesentlichen ein gemeinsames Bild: Bis zu einer bestimmten Höhe gehen 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 erkauft. Dies lässt vermuten, dass erhebliche Kosteneinsparungspotenziale bestehen. Be-

auf den Gesundheitszustand in einer Gesellschaft zu haben.

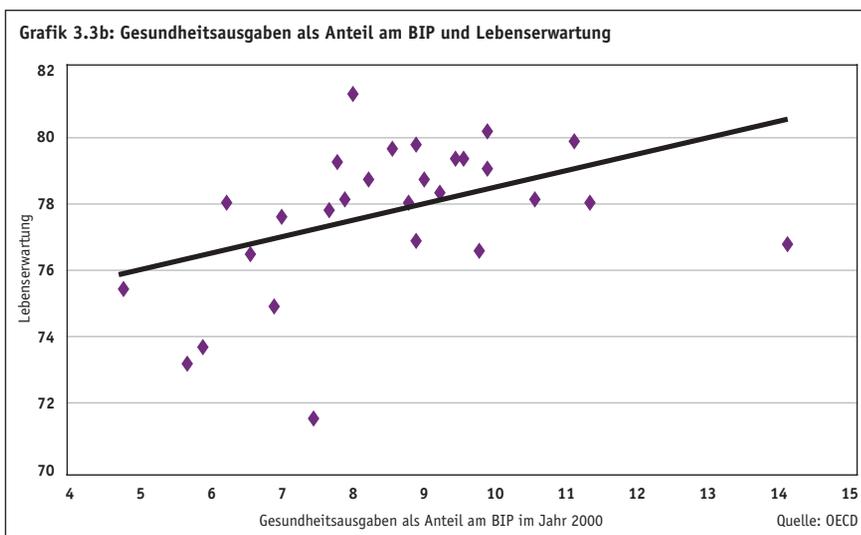
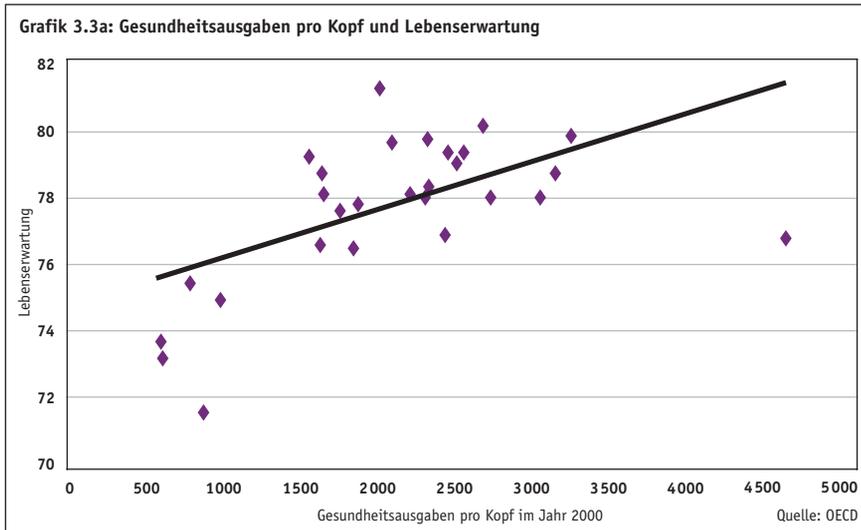
Wichtig für die Erfassung der Qualität eines Gesundheitssystems sind jedoch nicht nur diese relativ leicht erfassbaren «harten» Grössen, sondern z.B. auch, wie schnell die Patienten Zugang zu einer Behandlung oder zu neuen Medikamenten haben. Was Letzteres betrifft, ist – verglichen mit anderen europäischen Staaten – nach Wilking und 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, wes-

⁹ 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.

¹⁰ Siehe hierzu Inglehart et al. (2004, E084_1).

¹¹ 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.

3. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte



sonders 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 Länder recht gut ab. Bei der Lebenserwartung liegen sie 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 Lebendgeburt 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. Und auch die subjektive Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist mit Indexwerten von 76 bei einem Mittelwert von 62,8 in beiden Ländern recht hoch. Finnland mit seinem deutlich geringeren Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt schneidet bei den objektiven Indikatoren nicht wirklich schlechter ab als

die Schweiz. Die Säuglingssterblichkeit beträgt dort 3,8 Todesfälle je 1000 Lebendgeburt, 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 geringeren Ressourcen als in der Schweiz eine hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem erzielen.

3.1.2 Die Struktur der Kosten und ihre Entwicklung

Die Grafiken 3.5a und 3.5b zeigen die Struktur der Gesundheitskosten in den Jahren 1985 und 2003.¹² Dabei fällt auf, dass sich diese Struktur in diesem Zeitraum kaum verändert hat.¹³ Knapp die Hälfte der Ausgaben wurde für die stationäre Behandlung aufgewendet: 46,7% im Jahr 1985 und 47,8% im Jahr 2003. Auch der Anteil der Arzneimittel veränderte sich kaum; er sank leicht von 13,4% im Jahr 1985 auf 12,6% im Jahr 2003. Das Gleiche gilt auch für die anderen Leistungen, deren wichtigste Komponenten «Medizinische Laboruntersuchungen» sowie «Transport und Rettung» sind und die von 3,4 auf 3,1% abgenommen haben. Die Verwaltungsausgaben sind von 5,66% auf 4,81% zurückgegangen. Fast verdoppelt hat sich dagegen der Anteil der Prävention, auch wenn er mit 2,25% immer noch sehr gering ist. Deutliche Veränderungen ergaben sich bei der ambulanten Behandlung (ohne Zahnbehandlung), deren Anteil von 20,6% auf 23,2% gestiegen ist, sowie bei der Zahnbehandlung. Ihr Anteil sank von 8,5 auf 6,2% und ging damit immerhin um 30% zurück. Dieser Rückgang ist insofern bemerkenswert, als dies jener Teil der Gesundheitsausgaben ist, der durch Versicherungen kaum abgedeckt ist.

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% gestiegen, während derjenige der ambulanten Behandlung (einschliesslich der Zahnbehandlung und der anderen Leistungen) von 36,6 auf 31,6% gesunken ist und jener der Arzneimittel von 24,2 auf 14,5%. Die wesentlichen Verschiebungen in der Kostenstruktur des Gesundheitswesens liegen damit um mehr als zwei Jahrzehnte zurück.¹⁴

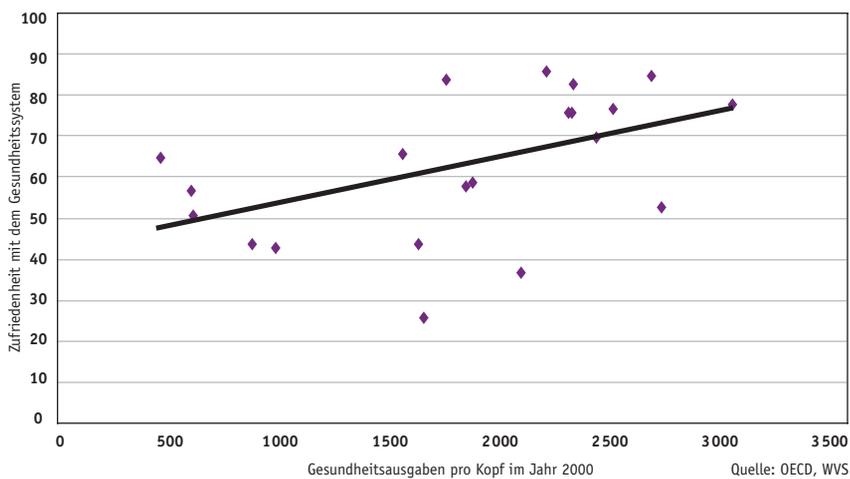
Dabei ist es interessant festzustellen, dass die Schweiz – wie Grafik 3.6 zeigt – von allen hier betrachteten Ländern den höchsten Anteil der Spalkosten an den gesamten Kosten des Gesundheitswesens hat. Dies war in den Achtzigerjahren noch anders. Damals gab es eine Reihe von Ländern, die deutlich höhere Anteile hatten, wie z.B. Norwegen, Dänemark oder die Niederlande. Sie haben diesen Anteil in den letzten 20 Jahren jedoch zum Teil dras-

12 Quelle der Daten: Bundesamt für Statistik.

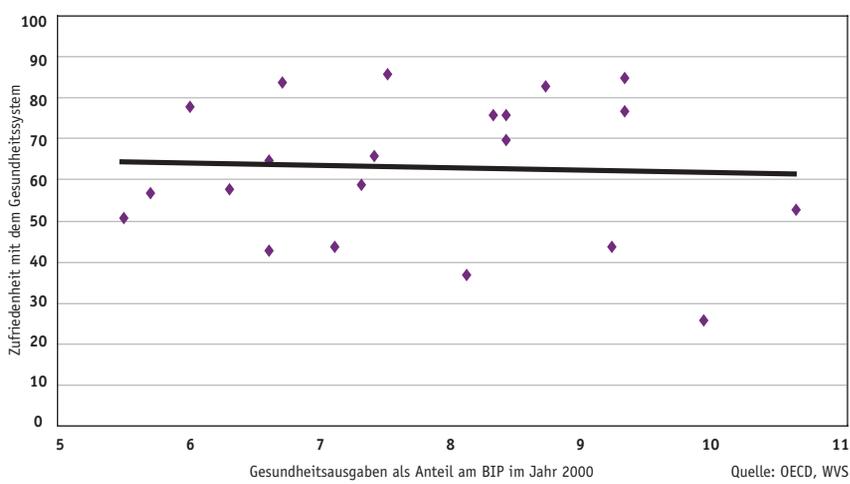
13 Siehe auch die entsprechende Grafik für das Jahr 1996 in Biersack (2005, S. 8), die ebenfalls fast die gleiche Struktur aufzeigt.

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

Grafik 3.4a: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem



Grafik 3.4b: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem



schnitt nur um ein knappes halbes Prozent pro Jahr und damit deutlich geringer als das allgemeine Niveau der Konsumentenpreise zugenommen haben, sind die Konsumentenpreise für zahnärztliche Leistungen seit damals fast parallel zum Konsumentenpreisindex um durchschnittlich knapp 1,5% und die Konsumentenpreise für Spitalleistungen deutlich stärker als das allgemeine Preisniveau sogar um fast 3% pro Jahr gestiegen. Dabei ist indes 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.

Die Werte für die Wachstumsraten sind für die verschiedenen Perioden in *Tabelle 3.2* 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 gestiegen sind 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

tisch reduziert, während er in der Schweiz sogar minimal zugenommen hat.

3.1.3 Die Entwicklung der Preise und Mengen

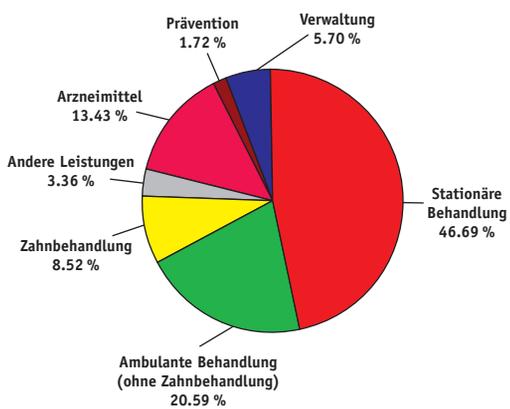
Bisher haben wir nur die gesamten Kosten, d.h. die Umsätze, betrachtet. Deren Steigerung kann durch drei Faktoren bewirkt werden: (i) eine Erhöhung der Preise bei gleich bleibender Qualität, (ii) eine reine Mengenexpansion sowie (iii) eine Erhöhung der Qualität, die zu einer Preiserhöhung führt und diese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

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 *Grafik 3.7* wiedergegeben sind.¹⁵ Während die Konsumentenpreise für ärztliche Leistungen und für Medikamente etwa ab dem Jahr 1992 im Durch-

15 Diese Konsumentenpreise decken nur einen Teil der Kosten ab und nicht die tatsächlichen, d.h. von der Krankenkasse zu erstattenden Preise. – Quelle der Daten: Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens: Detaillierte Ergebnisse und Entwicklungen, verschiedene Jahrgänge, Neuenburg.

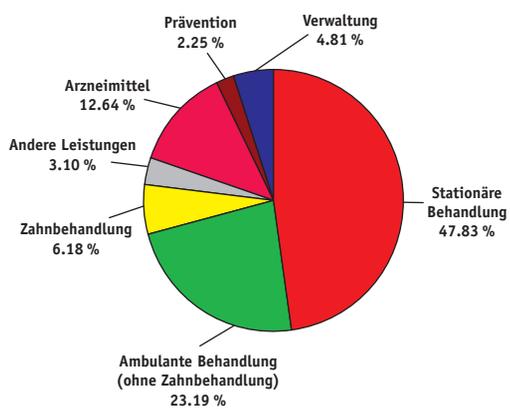
3. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte

Grafik 3.5a: Struktur der Gesundheitsausgaben im Jahr 1985



Quelle: BFS

Grafik 3.5b: Struktur der Gesundheitsausgaben im Jahr 2003



Quelle: BFS

mente während der Laufzeit des Patentschutzes kaum verändert werden, bedeutet dies, dass die neuen Medikamente, die in aller Regel auch einen Qualitätsfortschritt bringen, im Schnitt deutlich teurer waren als die alten und dass die Preissenkungen durch das Auftauchen von Generika nach Ablauf der Patentfrist (zumindest in dem hier betrachteten Zeitraum) dies nicht ausgeglichen haben.

Es wäre informativ, weitere Mengenindikatoren (wie die Zahl der Zahnarztbesuche) 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 *Grafik 3.8* wiedergegeben ist. Dabei zeigen sich sehr unterschiedliche Entwicklungen. Während die Zahl der Ärzte pro Kopf der Bevölkerung im betrachteten Zeitraum um 1,9% pro Jahr und damit um insgesamt 42,9% gewachsen ist, blieb sowohl die Zahl der Zahnärzte als auch jene der Apotheken nahezu konstant; beide weisen mit 0,2% bzw. 0,3% pro Jahr und damit über 19 Jahre insgesamt 3,2% bzw. 6,0% 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.

Für die stationäre Behandlung sind als Indikatoren die Verweildauer bei akuter Versorgung sowie (ab 1986) die Anzahl der Spitalbetten verfügbar.¹⁹ Wie *Grafik 3.9* zeigt, sind beide in den letzten zwei Jahrzehnten (wie auch in anderen Ländern) deutlich zurückgegangen: die Bettendichte um 43% und die Verweildauer um 41%. 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% der Betten abgebaut, während die Kosten im gleichen Zeitraum um 9% gestiegen sind.²⁰

Die Verringerung der Verweildauer dürfte auch auf politischen Druck zurückzuführen sein; schliesslich wird schon seit längerem moniert, dass die Verweildauer in der Schweiz wie auch in anderen Ländern relativ hoch ist. Wie *Grafik 3.10* zeigt, gilt das auch heute noch: Nach Japan und Korea mit 9 Tagen hat die Schweiz die längste durchschnittliche Verweildauer im akuten Bereich. Dagegen ist die in *Grafik 3.11* dargestellte Bettendichte im Vergleich mit den betrachteten Staaten zwar nicht

von 1,6 im Jahr 1992 über 1,3 im Jahr 1997 auf 1,2 im Jahr 2002 zurückgegangen.¹⁶

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, aber auf die Nachfrage im Inland dämpfend ausgewirkt zu haben. 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.¹⁷

Da die Mengen bei den Arzneimitteln nicht sehr stark gestiegen sind, deren Anteil an den Gesamtausgaben aber, wie oben gezeigt wurde, nur geringfügig abgenommen hat, sind deren Preise gestiegen.¹⁸ Da die Preise neuer Medika-

16 Quelle der Daten: OECD (2006).

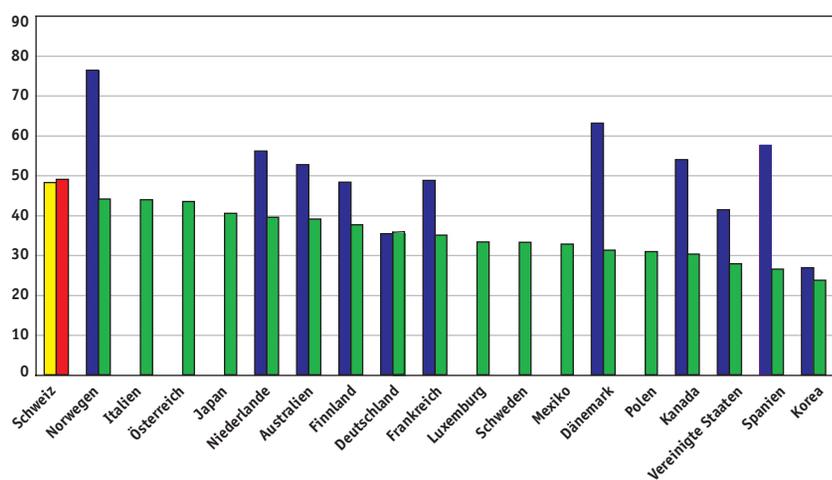
17 Entsprechend einer Umfrage von Pulsus haben 11% der Bevölkerung ihre Zähne bereits einmal im Ausland reparieren lassen. Siehe hierzu <http://www.pulsus.info/06-02-01.Tabellen.pdf> (06/09/06).

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

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

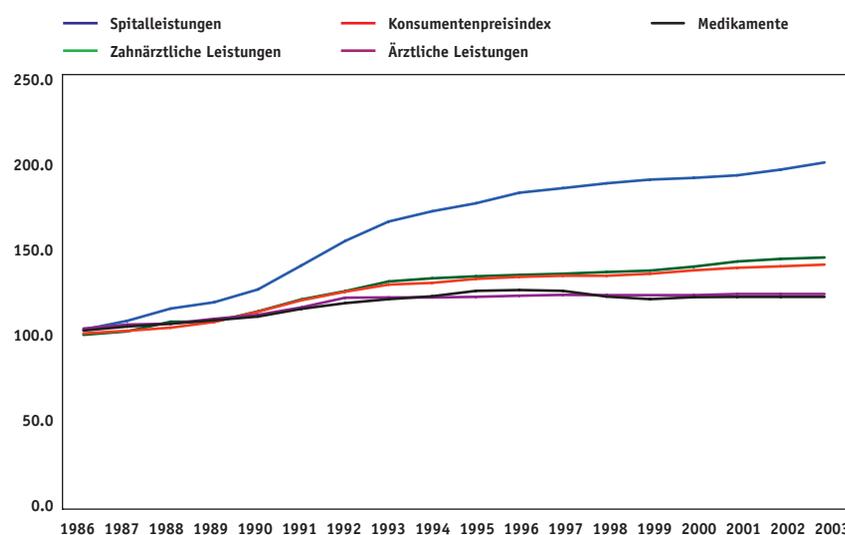
20 Siehe Interdepartementale Arbeitsgruppe, Finanzierung der Sozialversicherungen (IDA FiSo 2) (1997, S. 70) sowie die dort angegebene Quelle. – Abgenommen hat in den letzten 20 Jahren auch die Zahl der Pflegegebeten pro Kopf in der Akutversorgung. Siehe hierzu Abrahamson, Hartwig und Schips (2005, S. 110).

Grafik 3.6: Anteile der Kosten für die stationäre Behandlung an den gesamten Gesundheitskosten (gelb/blau = 1985, grün/rot = 2003)



Quelle: OECD

Grafik 3.7: Konsumentenpreisindex der Gesundheitsleistungen (1985=100)



Quelle: BFS

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.

Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen

(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 Bruttoinlandprodukt. 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 Bruttoinlandprodukt) 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 singulär, 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 zugenommen 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 zusammenhängen 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.

3.2 Die grundsätzliche Problematik im Gesundheitswesen

In diesem Abschnitt geht es zunächst darum, die besondere ökonomische Problematik herauszuarbeiten, die mit dem Gesundheitswesen verbunden ist, sowie die Gründe aufzuzeigen, die zu überhöhten bzw. zu stark steigenden Kosten führen. 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

3. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte

Tabelle 3.2

Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten der realen Gesundheitsleistungen pro Kopf (in Prozent)

	1986–1994	1996–2004	1986–2004
Stationäre Behandlung ohne langfristige Behandlung ¹		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 ²	0.43	0.28	0.35

¹) Die Zuzahlungen der privaten Haushalte an die Krankenhäuser ohne Einschluss der sozialmedizinischen Institutionen werden erst seit 1995 getrennt erfasst.

²) Im Zeitraum bis 1994 werden die durch Ärzte abgegebenen Arzneimittel nicht erfasst.

Quelle: Eigene Berechnungen nach Unterlagen des Bundesamts für Statistik

und Bürger ihre Nachfrage entsprechend ihrer Kaufkraft entfalten sollen, hätten wir mit diesem Markt vergleichsweise wenige 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 beschriebenen, im Zeitablauf zunehmenden Belastung der öffentlichen Haushalte. Sie wird vor allem deshalb zum politischen Problem, weil 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 – 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.²¹

3.2.1 Die Furcht vor einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Es gibt eine in der Bevölkerung weit verbreitete Auffassung, dass die Gesundheit ein so hohes Gut sei, 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 führte, dass man überlegt, ob bestimmte Massnahmen im Gesundheitsbereich den Aufwand rechtfertigen.²² 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:

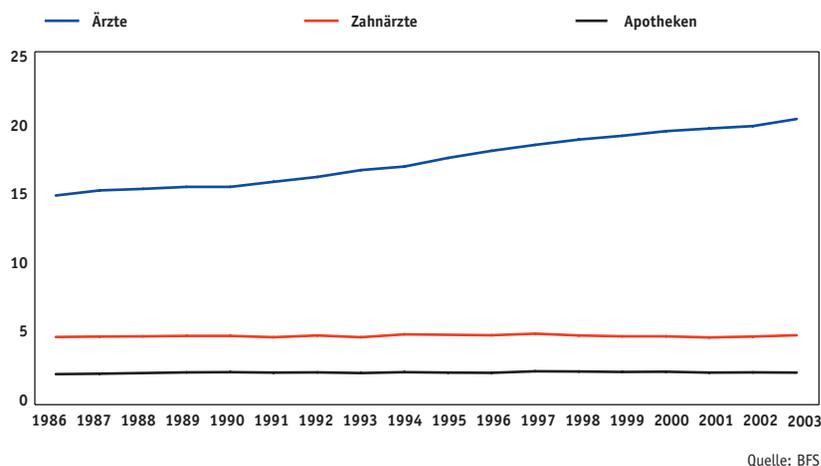
- (i) Zum einen wägen wir individuell sehr wohl ab, ob wir bestimmte Aufwendungen für unsere Gesundheit erbringen wollen oder nicht. Wir gehen sogar noch sehr viel weiter: Wir riskieren (zumindest langfristig) unsere Gesundheit, indem wir z.B. Genussmittel wie Tabak und Alkohol zu uns nehmen, aber auch 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.²³ Wenn z.B. über die Einrichtung eines regionalen Herzzentrums entschieden wird, geht es auch darum, wie gross bei einem Herzinfarkt die Überlebenschancen 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.

²¹ Zur allgemeinen (ökonomischen) Problematik des Gesundheitswesens siehe auch Weisbrod (1991).

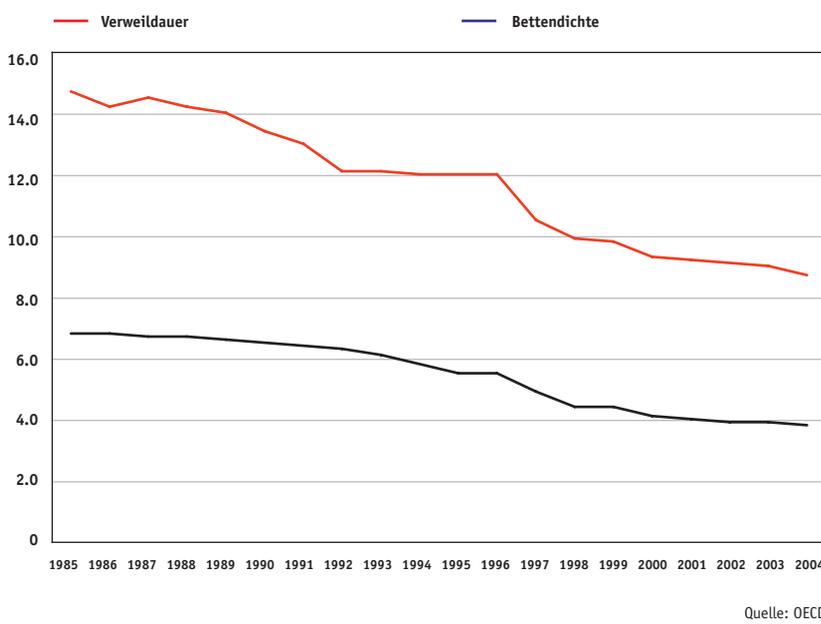
²² Siehe z.B. Blanke und Kania (1996) oder Simon (2001).

²³ Siehe hierzu auch Gäfgen (1985).

Grafik 3.8: Anzahl der Ärzte, Zahnärzte und Apotheken pro 10000 Einwohner



Grafik 3.9: Bettendichte (pro 1000 Einwohner) und Verweildauer (in Tagen) in der Akutversorgung



In diesen Fällen handelt es sich bei den betroffenen 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. Daher wird im konkreten Fall eine Hilfeleistung, wenn sie möglich ist, 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 werden. Dabei ist Rationierung im Gesundheitswesen heute bereits alltäglich, soweit sie sich auf statistische Personen bezieht, und sie wird in Zukunft vermutlich noch stärker wer-

den.²⁴ 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 langfristig mit einer höheren Rate ansteigen.

(iii) Dazu kommt, dass es die heute verfügbare Hochtechnologie in zunehmendem Masse erforderlich macht, auch in konkreten Fällen Rationierungen vorzunehmen.²⁵ 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 Normal-situationen 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 Leichtverletzten, 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.²⁶ Dieses System ist eine Rationierung, die allerdings 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

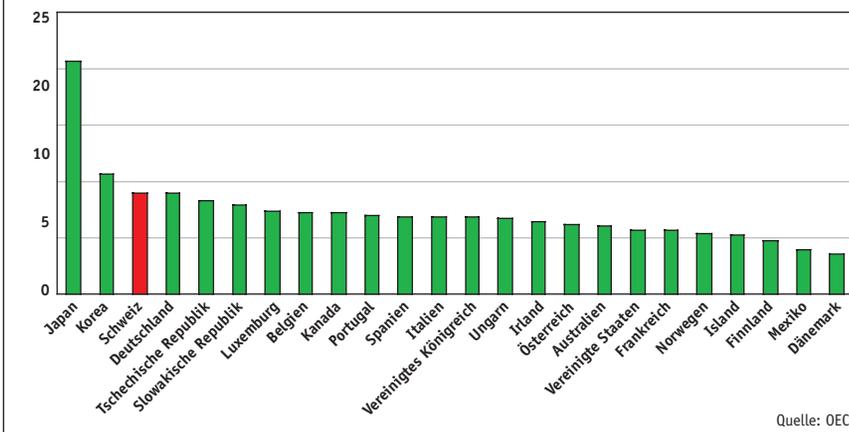
24 Zur Notwendigkeit der Rationierung sowie zu ihrer Realität in verschiedenen Ländern siehe z.B. Hoffmann, *Müssen Arme früher sterben?*, DIE ZEIT Nr. 32 vom 5. August 1999, S. 17f., oder Baumberger, *Wann, wie, wo?: Im Gesundheitswesen knappe Mittel fair verteilen*, St. Galler Tagblatt vom 6. April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

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

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

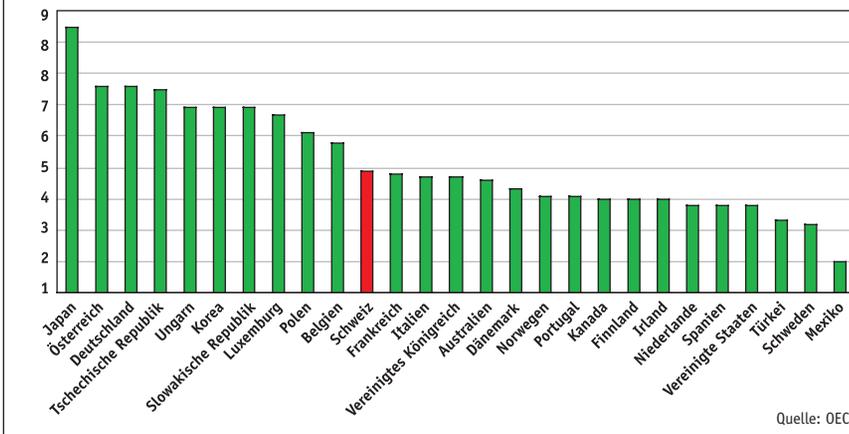
3. Probleme des Gesundheitswesens in der Schweiz: Übersicht und grundsätzliche Aspekte

Grafik 3.10: Verweildauer in der Akutversorgung (in Tagen) im Jahr 2003



Quelle: OECD

Grafik 3.11: Bettendichte in der Akutversorgung (pro 1000 Einwohner) im Jahr 2003



Quelle: OECD

sorgung 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.

3.2.2 Die statische Ineffizienz des Gesundheitswesens

In der Schweiz gibt es einen weit gehenden 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 Versicherung zumindest in schweren Krankheitsfällen 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 die Patienten über die entsprechenden Mittel in ausreichendem Masse verfügten, 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,

konkrete Abwägungen unvermeidlich. Zwar gibt es eine weit gehende 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.²⁷ 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 Grundver-

²⁷ Zum Organhandel siehe z.B. Aumann und Gaertner (2004) oder Blankart (2005). Zum faktisch existierenden internationalen Organhandel siehe z.B. Versek, *Verkaufe gesunde Niere, Die Weltwoche* Nr. 46 vom 12. November 1998, S. 79.

eher bereit sein, einen Arzt aufzusuchen oder sich in ein Krankenhaus zu begeben, als wenn sie nicht versichert wären.²⁸ 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.

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 von Seiten der Patienten freiwillig, während die Versicherungen 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.²⁹ 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 Bevölkerung 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 bemü-

hen 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 Wirkstoffverbrauch in den letzten Jahren.³⁰

- (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 zu viel anordnet. Die Tendenz wird dadurch verstärkt, dass der Arzt 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, das freilich wieder andere Probleme in sich birgt. Zumindest im ambulanten Bereich, in dem man, sieht man 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

²⁸ Die eigentlichen Kosten sind dann die Zeitkosten. Riphahn, Wambach und Million (2003) zeigen, dass Gruppen mit hohen Opportunitätskosten wie Selbstständige oder Mütter mit kleinen Kindern deutlich seltener einen Arzt aufsuchen als andere Gruppen.

²⁹ Dies dürfte ein wesentlicher Grund dafür sein, dass Versicherungen für Zahnbehandlung in der Schweiz zwar angeboten, aber kaum nachgefragt werden. Zu empirischer Evidenz für negative Auslese bei privaten Zusatzversicherungen siehe auch Riphahn, Wambach und Million (2003).

³⁰ Zum Risikoausgleich in der Schweiz siehe z.B. Beck et al. (2003) oder Beck (2004).

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.

3.2.3 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 gilt unabhängig vom Alter, in welchem die Patienten sterben.³¹ 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.³² Wie *Steinmann und 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.³³ In diesem Sinne dürfte Gesundheit ein «superiores Gut» sein, d.h. die Einkommenselastizität liegt über eins. Dafür spricht 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 *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 technischen Fortschritts 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 weit gehenden 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 *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.³⁴ Dabei ist ein indirekter vom direkten Effekt zu unterscheiden. Der direkte Effekt bedeutet, dass neue Untersuchungs- und Therapieformen entwickelt wurden, die so

31 Siehe hierzu *Zweifel (1990)*, *Zweifel et al. (1999)*.

32 Siehe hierzu *Outreville (2001)*, *Seshamani und Gray (2004)*, *Felder (2006)* oder *Westerhout (2006)* sowie die entsprechenden Ausführungen im *Jahresbericht 2005*.

33 Siehe hierzu *Sigrist (2006)* sowie *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 Bruttoinlandprodukt gestiegen, wenn auch weniger stark als jener der öffentlichen Gesundheitsausgaben.

34 Siehe z.B. *Feldstein (1977)*, *Kopetsch (2000)* oder *Jones (2002)*.

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 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 Bruttoinlandprodukt 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 Bruttoinlandprodukt 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 sinnvoll 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.

3.2.4 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 Berei-

chen 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 – Spitalisten 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.³⁵ 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, möglicherweise ebenfalls 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 Kostenwirksamkeit 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».³⁶ 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 wenige 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.

Die grundsätzliche Problematik des Gesundheitswesens

- (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, wenn auch ein Teil der Ineffizienz systembedingt ist. Die Auswirkungen des moralischen Risikos wie der anbieterinduzierten Nachfrage können durch geeignete institutionelle Massnahmen nicht gänzlich verhindert, aber begrenzt werden. Damit lassen sich Einsparungen durch eine Anhebung der statischen Effizienz erzielen. Sie bewirken eine zeitweise Verringerung des Kostenanstiegs (und damit auch des Anstiegs

³⁵ Siehe Biersack (2005).

³⁶ Zur Kosten-Wirksamkeitsanalyse siehe z.B. Russel et al. (1996) oder Garber und Phelps (1997).

- 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-Wirksamkeitsanalysen 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.

3.3 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.

3.3.1 Die Ausgestaltung der Krankenversicherung³⁷

Das schweizerische System unterscheidet zwischen einer Grund- und einer Zusatzver-

sorgung. Die Grundversorgung, auf deren Diskussion wir uns hier beschränken, sieht eine Pflichtversicherung aller Personen mit Wohnsitz in der Schweiz vor, wobei eine Aufnahmepflicht 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 CHF pro Jahr (für Erwachsene), die zu einer entsprechenden Beitragsreduktion führen, und einen Selbstbehalt von 10%,³⁸ der jedoch auf 700 CHF 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.³⁹ 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.⁴⁰ 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.

Die im schweizerischen System vorgesehene Einheitsprämie bewirkt, dass die Versicherungen versuchen, «gute Risiken», d.h. Personen mit geringem Krankheitsrisiko, an-

³⁷ Siehe zu diesem Teil auch *Kapitel 4.1* dieses Berichts.

³⁸ Die minimale Franchise von 300 CHF ist vorgeschrieben. Bei Originalmedikamenten, für die es ein um mindestens 20% günstigeres Generikum gibt, beträgt der Selbstbehalt seit Januar 2006 20%.

³⁹ Beahlt jemand seine Prämie – aus welchen Gründen auch immer – nicht, muss letztlich die Gemeinde einspringen.

⁴⁰ Zum amerikanischen System, in dem ein Sechstel der Bevölkerung keinen Versicherungsschutz hat, siehe z.B. 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.

zuziehen 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.⁴¹ 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 Möglichkeit der Risikoselektion. Der grosse Nachteil dieser Lösung wäre, dass damit zumindest im Bereich der Grundversorgung kein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mehr stattfinden würde. 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 Potenzial zur Prämienverbilligung ausser Acht lassen. Es ist zu befürchten, dass dies sehr viel 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.⁴² 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 es 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 jeweili-

gen Risiko abhängen und – idealerweise – von der konkret geforderten Prämie unabhängig sein. Ein solches System würde für die Versicherten Anreize bieten, 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 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 liefen 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 mög-

41 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.

42 Siehe zu einem solchen Vorschlag 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.

lich, 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,⁴³ bereits erprobt, sondern liegen auch für die Schweiz vor.⁴⁴

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 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.⁴⁵ 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 (in der Schweiz) zumindest Gruppenpraxen sind, die alle ambulanten ärztlichen Dienste anbieten, handelt es sich bei MCO 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.⁴⁶ Damit können Doppelspurigkeiten und überflüssige Leistungen vermieden werden sowie die erforderlichen Leistungen zielgenauer erbracht werden. Folgt man *Lehmann und Zweifel (2004)*, dann betragen diese Einsparungen bei den HMO in der Schweiz mehr als 35%. 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% 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 Arztwahl liegen, sondern auch darin, dass die mögliche Reduktion der Prämien auf 25% 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 gegenübersteht. 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.⁴⁷ 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.

Man kann auch überlegen, bestimmte Lebensstile über die Krankenversicherung zu belohnen bzw. zu bestrafen. So wird z.B. vorgeschlagen, dass von Rauchern oder übergewichtigen Personen höhere Prämien verlangt werden sollen. Dies sind tatsächlich Faktoren, die die Gesundheit beeinträchtigen bzw. die Lebenserwartung reduzieren. Ob sie

43 Siehe hierzu z.B. *Beck (2004)* sowie *Gress und Wasem (2006)*.

44 Siehe hierzu *Holly et al. (2004)*.

45 Siehe hierzu *Zweifel et al. (2006)*.

46 Siehe hierzu *Kapitel 4.1* dieses Berichts unter Verweis auf *Folland et al. (2006)*.

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

deshalb die Sozialversicherungen insgesamt stärker in Anspruch nehmen, ist jedoch umstritten. Zudem stellt sich hier ein erhebliches Kontrollproblem. Dies gilt auch für Bonusversicherungen, die auf freiwilliger Basis und über mehrere Jahre Prämienverbilligungen an das Durchhalten bestimmter Lebensstile knüpfen.

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.⁴⁸ Wie oben ausgeführt wurde, geschieht dies durch die Franchisen und den Selbstbehalt. Beide sind jedoch durch staatliche Vorschriften nach oben eng begrenzt. Dies ist insbesondere bei den Franchisen wenig sinnvoll. Weshalb soll ein Erwachsener nicht z.B. eine Franchise in Höhe von 10% 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 die Patienten 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, 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 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 Schwerst-süchtige, umstritten, ob diese Leistungen in den Katalog aufgenommen werden sollen oder nicht.⁴⁹ 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.⁵⁰

3.3.2 Die Vergütung der ärztlichen Leistungen⁵¹

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 Kapitel 4.2 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 versicherte 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 Krankenkassen (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 (Tar-

48 Zur Rolle von Selbstbeteiligungen siehe z.B. Riedel (1998) sowie Werblow und Felder (2003).

49 Zur Komplementärmedizin siehe z.B. Mattmann-Allamand, *Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind erwiesen*, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 83 vom 11. April 2005, S. 11, sowie Adler, *Auch die sanfte Medizin kann Schäden anrichten*, ebenda.

50 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 Breyer und Schultheiss (2001) in die Diskussion gebracht und auch in der NZZ vorgestellt (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.

51 Siehe zu diesem Teil auch Kapitel 4.2 dieses Berichts.

Med) 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, unnötiges oder doppeltes 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 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.

3.3.3 Die Finanzierung der Spitäler⁵²

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 Einsparpotenziale 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 aufwendige 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.⁵³ Durch politischen Druck sind zwar, wie oben aufgezeigt wurde, sowohl die Bettendichte als auch die Verweildauer zurückgegangen, im internationalen Vergleich ist aber ins-

52 Siehe zu diesem Teil auch Kapitel 4.3 dieses Berichts sowie Leu (2004).

53 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 abgebildert.

besondere Letztere immer noch sehr hoch.

Eine Alternative zu dieser Vergütungsart ist die Fallpauschale.⁵⁴ 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 Voraus 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.⁵⁵

- (ii) Die heute bestehende duale Finanzierung sieht vor, dass die Krankenkassen bei stationärer Behandlung im Allgemeinen bis zu 50% 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 auch 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 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 be-

⁵⁴ Siehe hierzu z.B. Breyer (1985).

⁵⁵ Siehe hierzu z.B. Gruber und Rudnitsky (2002), Snyder und Anderson (2005) sowie Weiner et al. (2006). – Ein Wettbewerb zwischen Spitälern mit unterschiedlichen Eigentums- und Organisationsformen kann hier zur Kostendämpfung sogar sehr hilfreich sein.

schränktes 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.⁵⁶ 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 Trägerschaft. Dies schafft bzw. verstärkt den Wettbewerb zwischen den Spitalern, der, nach allem, was wir heute darüber wissen, die (heute im Allgemeinen bereits sehr gute) Qualität der stationären Behandlung noch verbessern sollte.⁵⁷ 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 ange-

sprochen 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 Spitalern zur Verfügung steht.⁵⁸

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.⁵⁹ 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.⁶⁰

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 Prämienhöhungen von 30 bis 40% aber nicht voll auf die Versicherten überwälzt 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.

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 Prämienhöhung, bei den unteren Einkommen eine Prämienenkung bewirken. Damit könnte die Netto-Einkommensverteilung sogar noch gleichmässiger sein als heute, weshalb Verteilungsargumente gegen eine monistische

56 Auch Lehre und Forschung könnten an den Spitalern selbstverständlich weiterhin staatlich finanziert werden.

57 Siehe hierzu die Übersicht bei *Gaynor (2006)*.

58 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 *Ho (2005)*.

59 Siehe hierzu *Shen et al. (2005)* sowie *Eggleston et al. (2006)*.

60 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.»*

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 *Leu und Poledna (2006)* vorgeschlagen wurde und in *Kapitel 4.3* dieses Berichts ausführlich dargestellt wird.⁶¹ 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% liegen und anschliessend abgesenkt werden könnte, bis die gewünschte Strukturereinigung 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 zusätzlich 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.

3.3.4 Die Preise von Arzneimitteln⁶²

Wie oben aufgezeigt wurde, machen Arzneimittel (einschliesslich der medizinischen Hilfsmittel) nur etwa 13% 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.⁶³ 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 wenige 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) Wie viele Untersuchungen zeigen, sind die Preise für Medikamente in der Schweiz höher als im benachbarten Ausland. So lagen nach Angaben des Preisüberwachers im Dezember 2005 die Preise von Originalpräparaten in der Schweiz um etwa 20% über den deutschen Preisen.⁶⁴ Dabei hat Deutschland innerhalb der Europäischen Union die höchsten Medikamentenpreise. Durch die inzwischen ergriffenen Massnahmen hat sich der Abstand bis zum August 2006 zwar

61 Siehe hierzu auch: *Wehrli et al., Patient und Qualität im Zentrum der Spitalfinanzierung, Neue Zürcher Zeitung Nr. 200 vom 30. August 2006, S. 17.*

62 Siehe zu diesem Teil auch *Kapitel 4.4* dieses Berichts.

63 Dabei sind die von den Spitälern abgegebenen Medikamente eingeschlossen. Siehe hierzu *santesuisse, 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, die nicht reguliert werden, denjenigen der «Horse-List», mit über 40% besonders hoch.

von 20 auf 16% verringert, aber nach wie vor besteht damit eine deutliche Preisdifferenz.⁶⁵ 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.⁶⁶

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.⁶⁷ 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.⁶⁸ 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 gibt, Parallelimporte zu erschweren, indem sie z.B. ein Land nur mit der 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.⁶⁹ Die Pharmaindustrie wehrt sich verständlicherweise dagegen.⁷⁰ 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.⁷¹ Ihr widersprechen jedoch u.a. die Wettbewerbskommission und die OECD; sie halten sie für wenig überzeugend.⁷²

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,

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% 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. 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.

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 hierzu z.B. <http://www.interpharma.ch/de/215.asp> (11/09/06).

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

72 Siehe hierzu OECD (2004, S. 121) sowie die Medienmitteilung der Wettbewerbskommission vom 5. März 2003.

wie die Aufteilung der Gewinne unter diese beiden Gruppen ist.

Hierzu gibt es zwei neuere Arbeiten, die – zumindest prima facie – zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Während *West und Mahon (2003)* erhebliche Nutzen für die Krankenkassen und die Patienten sehen, glauben *Kavanos et al. (2004)*, dass die Zulassung von Parallelimporten diesen nur zu einem sehr geringen Teil und im Wesentlichen den Importeuren zugute kommt. *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%.⁷³ 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. *West und 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%.⁷⁴ Insgesamt ist die Differenz jedoch deutlich niedriger; sie liegt im Durchschnitt bei 8,2%.

Genau betrachtet müssen sich die Aussagen der beiden Studien nicht widersprechen. Darüber, wie hoch die Gewinne der Importeure sind, findet sich bei *West und Mahon (2003)* nichts. Aber auch die Angaben in *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 aber bleiben alle Aussagen über die Gewinne der Parallelimporteure 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. *West und 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 aufge-

zeigt. Zu einem analogen Ergebnis kommen auch *Ganslandt und Maskus (2004)*. Sie betrachten Schweden im Zeitraum von 1994 bis 1999 und finden, dass Parallelimporte die Preise um 12 bis 19% reduziert haben, wobei die Preisreduktion grösser ist, wenn mehrere Importeure miteinander in Wettbewerb stehen. Ähnliche Ergebnisse finden *Enemark, Pedersen und Sørensen (2006)*. Die direkten und indirekten Effekte ergaben für Schweden bei den betroffenen Medikamenten eine Verbilligung von etwa 20% der Medikamente mit Parallelimport und an den Gesamtausgaben für Medikamente von etwa 2%. Umgerechnet auf die Schweiz mit einem Ausgabenvolumen für Medikamente von 5,4 Milliarden CHF im Jahr 2004 würde dies etwas über 100 Millionen CHF betragen.

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.⁷⁵

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 stärker einzubeziehen. Man könnte ihnen z.B. ein Rekursrecht gegen Aufnahmeentscheide in die Spezialitätenliste einräumen, wie sie auch den Arzneimittelproduzenten zusteht.⁷⁶ Zudem sollten (wie im Ausland) regelmässige Überprüfungen der Medikamentenpreise stattfinden. Dann könnte die sich im Zeitablauf zwischen der Schweiz und dem Ausland öffnende 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.

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

74 Siehe *West und Mahon (2003, Tabelle 5.3, S. 50)*. Die Angaben beziehen sich ebenfalls auf das Jahr 2002.

75 Zu den möglichen quantitativen Auswirkungen siehe auch *Frontier Economics und Plaut (2002)* sowie *Vaterlaus und Wild (2004)*.

76 Siehe hierzu *Bieler, Wer bestimmt den Preis, NZZ am Sonntag Nr. 26 vom 25. Juni 2006, S. 31*.

- (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, aber sie sind häufig deutlich preisgünstiger als die Originalpräparate. Das Problem ist, wie deren Verbrauch anstelle der Originalpräparate gesteigert werden kann. Die Ärzte haben zumindest insoweit, als sie die Medikamente selbst verkaufen, von sich aus kein Interesse daran. Daher muss man die Konsumenten dazu bewegen, Generika zu verlangen.

Die zum 1. Januar 2006 eingeführte neue Regelung war in dieser Hinsicht offensichtlich sehr erfolgreich, nämlich dass der Selbstbehalt bei Originalmedikamenten, für die es Generika gibt und deren Preis mindestens 20% tiefer ist, das Doppelte des üblichen Selbstbezalts beträgt. Seit Jahresbeginn ist der Umsatz von Originalpräparaten, für die es Generika gibt, massiv eingebrochen, und jener der Generika hat deutlich zugenommen. In den ersten sechs Monaten dieses Jahres hat deren Umsatz gegenüber dem Vorjahr um 61,5% zugenommen, und er beträgt jetzt 11,9% 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 etwa 6% der gesamten Ausgaben für Medikamente.⁷⁷

- (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 Ärzte die Medikamente 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 Selbstbezalts 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.

3.3.5 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 möglich. Selbst die extra zum Zweck solcher Abschätzungen in den Neunzigerjahren eingesetzten *Interdepartementalen Arbeitsgruppen «Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherung» (IDA FiSo)* sehen es als «ausserordentlich schwierig» an, «das Kostendämpfungspotenzial in der Krankenversicherung zu schätzen», und sie wollen ihre Angaben nur als «grobe Hinweise» verstehen.⁷⁸ 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 *Grafik 3.9* gezeigt wurde, seit Mitte der Neunzigerjahre 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% der Gesamtausgaben eingespart werden. Änderungen der Spitalfinanzie-

⁷⁷ Siehe Vogt, *Im Schweizer Pharmamarkt geht's zur Sache*, *NZZ am Sonntag* Nr. 32 vom 6. August 2006, S. 23.

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.

rung könnten zu einer Einsparung von 7 bis 8% führen. Durch Abbau von Überkapazitäten könnten die Kosten im ambulanten wie im stationären Bereich jeweils um 5% der Gesamtausgaben verringert werden. Mit Massnahmen im Tarifbereich, insbesondere bei den Medikamentenpreisen, könnte man 2 bis 4% 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%. Dies könnte über einen Zeitraum von zehn Jahren eine Verringerung der Steigerungsrate von etwa 2,5% 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.

Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen

(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 Spitalern Verträge abzuschliessen, soweit dadurch die Erbringung der in der Grundversorgung vorgesehenen Leistungen gewährleistet ist. Zumindest sollte es 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 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 sollte im Spitalwesen ein Binnenmarkt realisiert werden. Dies erforderte die Einsetzung eines nationalen Kontrollorgans, welches sowohl den Leistungskatalog festlegt als auch bundesweite Qualitäts- und Kostenvergleiche zwischen den Spitälern bzw. ihren Abteilungen durchführt. Dies würde 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 Kosten-

senkungen durchzusetzen. Die dabei erforderlichen Prämienhöhungen 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 monetarische 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 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) Es ist sorgfältig zu überprüfen, ob nicht von der heute gültigen nationalen Erschöpfung bei patentgeschützten Gütern zur regionalen Erschöpfung übergegangen werden sollte: d.h. ob Re- bzw. Parallelimporte aus den Ländern der Europäischen Union nicht auch bei diesen Gütern zugelassen werden sollten und wie dies bewerkstelligt werden könnte. Daraus könnte sich ein merklicher Preisdruck auf die Medikamentenpreise in der Schweiz ergeben.

schnell erfolgen, während andere, wie z.B. ein Übergang zur monetarischen 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 sich die Kommission durchaus dessen bewusst, dass ein Gesundheitswesen mit einer so hohen Qualität wie derjenigen in der Schweiz relativ teuer ist. Dies sollte aber von der Politik 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.

3.4 Abschliessende Bemerkungen

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, sehen wir 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.

Die oben aufgelisteten Massnahmen sind die – nach Ansicht der Kommission für Konjunkturfragen – wichtigsten Reformschritte, die zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen können. Dabei könnte eine Reihe von Massnahmen – wie z.B. die Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder die Verfeinerung des Risikoausgleichs – relativ

Literatur

- Abrahamsen, Y., J. Hartwig und B. Schips (2005), *Empirische Analyse des Gesundheitswesens Schweiz*, Vdf Hochschulverlag, Zürich.
- Aumann, Ch., und W. Gaertner (2004), Das Organdilemma: Ein Plädoyer für eine Marktlösung, in: V. Arnold (ed.), *Wirtschaftsethische Perspektiven VII*, Duncker und Humblot, Berlin, S. 205–224.
- Baumol, W.J. (1967), Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crises, *American Economic Review* 57, S. 415–426.
- Beck, K., S. Spycher, A. Holly und L. Garciol (2003), Risk Adjustment in Switzerland, *Health Policy* 65, S. 63–74.
- Beck, K. (ed.) (2004), *Reformstau beim Risikoausgleich? Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz*, RAN, Zürich.
- Besley, T., und M. Gouveia (1994), Alternative Systems of Health Care Provision, *Economic Policy* 19, S. 199–257.
- Biersack, O. (2005), *Kantonale Spitalplanungen und Spitalisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Dissertation.de – Verlag im Internet, Berlin.
- Blankart, Ch.B. (2005), Spender ohne Rechte: Das Dilemma der Organtransplantation, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 6, S. 275–301.
- Blanke, B., und H. Kania (1996), Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik, *Leviathan* 24, S. 512–538.
- Breyer, F. (1985), Die Fallpauschale als Vergütung von Krankenhausleistungen: Idee, Formen und vermutete Auswirkungen, *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* 105, S. 743–767.
- Breyer, F., und C. Schultheiss (2001), Alter als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen: Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: Gutmann und Schmidt (eds.), *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Velbrück Wissenschaft, Weilerswist, 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. (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. 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. (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.
- Camonar, W.S., H.E. French und R.D. Miller (2006), Is the United States an Outlier in Health Care and Health Outcomes? A Preliminary Analysis, *International Journal of Health Care Finance and Economics* 6, S. 3–23.
- Eggleston K. et al. (2006), Hospital Ownership and Quality of Care: What Explains the Different Results?, NBER Working Paper Nr. 12241, Cambridge (Mass.), Mai.
- Enemark, U., 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.
- Felder, S. (2006), Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7 (Special Issue), S. 49–73.
- Feldstein, M. (1977), Quality Change and the Demand for Hospital Care, *Econometrica* 45, S. 1681–1702.
- Folland, S., A.C. Goodman und M. Stano (2006), *The Economics of Health and Health Care*, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J., 5. Auflage.
- Frontier Economics und Plaut (2002), Erschöpfung von Eigentumsrechten: Auswirkungen eines Systemwechsels auf die schweizerische Volkswirtschaft, Studie im Auftrag des Bundesrats, London/Bern. (http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/Studie_Systemwechsel_und_Anhang.pdf (12/07/06)).
- Gäfgen, G. (1985), Die ethische Problematik von Allokationsentscheidungen – am Beispiel des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen, in: Enderle (ed.), *Ethik und Wirtschaftswissenschaft*, Duncker und Humblot, Berlin, S. 249–274.
- Ganslandt, M., und K.E. Maskus (2004), Parallel Imports and the Pricing of Pharmaceutical Products: Evidence from the European Union, *Journal of Health Economics* 23, S. 1035–1057.
- Garber, A.M., und C.E. Phelps (1997), Economic Foundations of Cost-Effectiveness Analysis, *Journal of Health Economics* 16, S. 1–31.
- Gaynor, M. (2006), What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?, NBER Working Paper Nr. 12301, Cambridge (Mass.), June.
- Gress, S., und J. Wasem (2006), Vertragswettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Lehren aus dem Ausland, *Wirtschaftsdienst* 86, S. 288–291.
- Gruber, T., 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, S. 171–174.
- Gupta, S., 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.
- Gupta, S., 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, S. 717–737.
- Hartwig, J. (2006), What Drives Health Care Expenditure?, Baumol's Model of «Unbalanced Growth» Revisited, Konjunkturforschungsstelle an der ETH Zürich, Arbeitspapier Nr. 133, Zürich, März.
- Ho, K. (2005), The Welfare Effects of Restricted Hospital Choice in the US Medical Care Market, NBER Working Paper Nr. 11819, Cambridge (Mass.), Dezember.
- Holly, A., L. Gardiol, Y. Eggli 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.
- Inglehart R. et al. (2004), *Human Beliefs and Values: A Cross-Cultural Sourcebook Based on the 1999 – 2002 Values Surveys*, Siglo XXI Editores, Mexico.
- 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.
- Jones, Ch.I. (2002), Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much, NBER Working Paper Nr. 9325, November.
 - Kavanos, P., 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 (<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/Workingpapers/Paper.pdf> (12/07/06))
 - Kopetsch, Th. (2000), Der medizinische Fortschritt und die Grenzen seiner Finanzierbarkeit, *List Forum* 26, S. 33–50.
 - Lehmann, H., und P. Zweifel (2004), Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance, *Journal of Health Economics* 23, S. 997–1012.
 - Leu, R.E. (2004), Ein Wettbewerbsmodell für das Schweizerische Gesundheitswesen, in: Ch.A. Schaltegger und S.C. Schaltegger (eds.), *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, vdf, Zürich, S. 631–645.
 - Leu, R.E., und T. Poledna (2006), Spitalfinanzierung: Ein alternatives Modell mit Regulator, selektivem Kontrahierungszwang und Binnenmarkt, mimeo, Bern/Zürich.
 - Oberender, P., und J. Zerth (2005), Zur Zukunft der flächendeckenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen: Gesundheitspolitische Implikationen, *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften* 56, 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))
 - Outreville, F. (2001), The Ageing Population and the Future of Healthcare Plans, *Geneva Papers on Risk and Insurance* 26, S. 126–131.
 - Preisüberwacher (2005), Jahresbericht 2005, in: *Recht und Politik des Wettbewerbs* 2005/5, S. 732–762.
 - Riedel, M. (1998), Selbstbeteiligungen in Krankenversicherungen: Theoretische Wirkungen und internationale Erfahrungen, *Wirtschaftspolitische Blätter* 45, S. 95–103.
 - Riphahn, R.T., 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, S. 387–405.
 - Russel, L.B., 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, S. 1172–1177.
 - Seshamani, M., und A. Gray (2004), Ageing and Health Care Expenditure: The Red Herring Argument revisited, *Health Economics* 13, S. 303–314.
 - Shen, Y.-C., 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.
 - Sigrist, S. (2006), *Health Horizons: Guide zu den neuen Gesundheitsmärkten*, GDI-Studie Nr. 20, Rüşchlikon/Zürich. (Kurzfassung: http://www.gdi.ch/fileadmin/user_uploads/pdf_media/studien/Health_Horizons_2006_D.pdf (20/07/06)).
 - Steinmann, L., und H. Telser (2005), *Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft*, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich.
 - Simon, M. (2001), Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Wissenschaftszentrum Berlin, Arbeitspapier Nr. P01-25, September.
 - Snyder, C., und G. Anderson (2005), Do Quality Improvement Organizations Improve the Quality of Hospital Care for Medicare Beneficiaries?, *Journal of the American Medical Association* 293, S. 2900–2907.
 - Vaterlaus, S., und J. Wild (2004), Auswirkungen eines Wechsels zur regionalen Erschöpfung im Patentrecht, SECO/Plaut Economics, Bern, 30. September. (http://www.evd.admin.ch/imperia/md/content/dossiers/importations_paralleles/d/regionale_erschoeffung_im_patentrecht.pdf (12/07/06)).
 - Weiner, B.J. et al. (2006), Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators, *Health Services Research* 41, S. 307–334.
 - Weisbrod, B.A. (1991), The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment, *Journal of Economic Literature* 29, S. 523–552.
 - Werblow, A., und S. Felder (2003), Der Einfluss von freiwilligen Selbsthalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz, *Schmollers Jahrbuch* 123, S. 235–264.
 - West, P. und J. Mahon (2003), Benefits to Payers and Patients from Parallel Trade, University of York, Mai. (<http://mednet3.who.int/prioritymeds/report/append/8210ParallelTradeReport.pdf> (12/07/06)).
 - Westerhout, E.W.M.T. (2006), Does Ageing Call for a Reform of the Health Care Sector?, *CEifo Economic Studies* 52, S. 1–31.
 - Wilking, N., und B. Jönsson (2005), A Pan-European Comparison Regarding Patient Access to Cancer Drugs, Karolinska Institutet, Stockholm.
 - Zweifel, P. (1990), The Great Challenge to Health Care Reform, *European Economic Review* 34 (1990), S. 646–658.
 - Zweifel, P. (2006), Auftrag und Grenzen der Sozialen Krankenversicherung, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7 (Sonderheft), S. 5–26.
 - Zweifel, P., S. Felder und M. Meiers (1999), Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, *Health Economics* 8, S. 485–496.
 - Zweifel, P., H. Telser und S. Vaterlaus (2006), Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care?, *Journal of Regulatory Economics* 29, S. 319–323.

4. Analysen zu ausgewählten Themen

4.1 Probleme der Krankenversicherung

4.1.1 Einleitung

Ein Gesundheitswesen besteht aus einer Vielzahl von Institutionen und Mechanismen, mit denen eine Gesellschaft über die Art der Bereitstellung, Inanspruchnahme und Erbringung medizinischer Leistungen bestimmt. Die funktionsweise Struktur des Gesundheitswesens ist deshalb von Bedeutung, weil durch diese Entscheidungsbefugnisse in grundsätzlichen Fragen in diesem Bereich determiniert werden. Ein allgemeingültiges Modell für das Gesundheitswesen lässt sich durch ein Dreieck-Diagramm mit Hauptakteuren darstellen, die in jedem System vorkommen: die Patienten oder Konsumenten, die Leistungserbringer oder Produzenten und die Versicherer oder Tiers Payants. Ein Regulator, normalerweise der Staat, ist ebenfalls Bestandteil des allgemeinen Modells. Gemeinsam sind allen Gesundheitssystemen drei weitere Komponenten: die Finanzierung, die Rückerstattung und die Leistungserbringung.

Neben den drei bereits erwähnten Akteuren spielen in der Schweiz auch die Kantone im Gesundheitswesen eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Die nationale und kantonale Gesetzgebung überträgt ihnen nämlich wichtige Funktionen als Leistungserbringer in öffentlichen Einrichtungen, als Käufer von Spitalleistungen und als Verantwortliche für die kantonale Planung. Wir werden im Folgenden noch genauer auf den Umstand eingehen, dass die Kantone teilweise Aufgaben übernehmen, die einer sinnvollen Regulierung des Gesundheitswesens im Wege stehen.

In der Schweiz und zahlreichen anderen Ländern ist das Gesundheitswesen stark dezentralisiert. Über die grundsätzlichen Fragen entscheiden Konsumenten, Produzenten und Versicherer, einschliesslich Bund und Kantone, durch ihre Interaktionen. Die gegenseitige Abhängigkeit dieser Hauptakteure ist ein wichtiger Aspekt, dem bei der Analyse eines Gesundheitssystems in jedem Fall Rechnung zu tragen ist: Für fast alle Fragen zum Gesundheitssystem lässt sich die Argumentation nicht auf einen einzigen Akteur beschränken. Andernfalls ist die Analyse nicht nur unvollständig, sondern sie verleitet auch zu Fehlschlüssen.

Die Steuerungsinstrumente als Ganzes sind die Spielregeln, an die sich die Akteure halten müssen. In der Schweiz sind die wichtigsten Regulierungsinstrumente, mit denen der Leistungskatalog, die Entschädigung der Leistungserbringer und die Rückerstattung geregelt

werden, im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankert. Das vorliegende Kapitel widmet sich einzelnen Aspekten dieser Steuerungsinstrumente, da diese einen Einfluss auf Preis, Menge und Qualität der medizinischen Leistungen haben und sie die Effizienz bei der Ressourcenverteilung fördern oder behindern können.

Das Kapitel ist wie folgt aufgebaut: In einem ersten Schritt werden in *Kapitel 4.1.2* einige allgemeine Aspekte im Zusammenhang mit dem Leistungskatalog beleuchtet. Anschliessend wird in *Kapitel 4.1.3* die Frage gestellt, wie sich die Versicherten an den Kosten beteiligen sollen, damit dem Aspekt des Moral Hazard auf der Nachfrageseite Rechnung getragen wird. Gegenstand von *Kapitel 4.1.4* ist der Selbstselektionseffekt beim Abschluss einer Krankenversicherung. *Kapitel 4.1.5* befasst sich mit der Risikoselektion durch die Krankenkassen und der Umsetzung eines geeigneten Systems zum Risikoausgleich. In *Kapitel 4.1.6* werden die Mechanismen beim Einkauf von Leistungen diskutiert. Diese Rolle wird neben der traditionellen Versicherungsfunktion ebenfalls von den Krankenkassen wahrgenommen. Anschliessend wird in *Kapitel 4.1.7* die Entwicklung von koordinierten Netzen zur Erbringung von medizinischen Leistungen («Managed Care Organizations») analysiert. Im *Kapitel 4.1.8* schliesslich werden gewisse Schlussfolgerungen gezogen.

4.1.2 Leistungskatalog

Die Definition des Leistungskatalogs ist im Konzept der Krankenversicherung ein wichtiges Steuerungsinstrument. Angebot und Nachfrage im Bereich der medizinischen Versorgung werden im Wesentlichen dadurch bestimmt, welche Produkte und Leistungen von den Versicherern rückerstattet werden. Mit der Festlegung des Leistungskatalogs werden verschiedene Ziele angestrebt; das Hauptziel besteht jedoch darin, die finanziellen Risiken im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen zu verteilen. Der Umfang der gedeckten Risiken ist deshalb für einen gerechten Zugang zum Leistungsangebot entscheidend.

Die Gesellschaft nimmt daher mit der Definition des Leistungskatalogs Stellung zur Frage, wie stark die Eigenverantwortung bzw. wie stark die gesellschaftliche Solidarität in Sachen Gesundheitsrisiken zu gewichten ist. Bei diesem Prozess stellen sich Grundsatzfragen in Bezug auf einen angemessenen Zugang zur medizinischen Versorgung oder bzgl. der Rolle der Zusatzversicherungen und der Grundversicherung.

Diese Fragen werden jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht vertieft diskutiert, da sie den Rahmen der Analyse sprengen würden.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zwar die Zusammenstellung eines Leistungskatalogs die Gesamtkosten des Gesundheitswesens beeinflusst, dass sich damit allein diese Ausgaben jedoch nicht begrenzen lassen. Die beiden entscheidenden Faktoren für die Gesamtausgaben sind der Preis und die Menge der medizinischen Leistungen und der Leistungskatalog hat praktisch keinen Einfluss auf diese Faktoren. Dies bedeutet, dass eine sinnvolle Analyse nicht auf den Leistungskatalog beschränkt werden kann. Ebenfalls einzubeziehen sind die Steuerungsinstrumente, die zur Verringerung der Moral-Hazard-Effekte (Einfluss der Vertragsgestaltung auf das Verhalten der Versicherten) eingeführt wurden und die implizit oder explizit die Nachfrage rationieren. Bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung muss eine grundlegende Wahl zwischen Risikoabdeckung und Moral Hazard erfolgen, sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer.

Weil in der Schweiz kein Mechanismus zur Festlegung eines Gesamtrahmens für die Gesundheitsausgaben existiert, geschieht dies durch individuelle Entscheidungen der Akteure des Gesundheitswesens. Zudem ist die Liste der rückerstattungspflichtigen Produkte zwar ein wichtiges Steuerungsinstrument, dies gilt aber noch stärker für die Instrumente zur Entschädigung der Leistungserbringer und zur Rückerstattung der medizinischen Kosten. Von grosser Bedeutung sind insbesondere die Regelungen zur Abgeltung der Leistungserbringer, da in erster Linie die an die Leistungserbringer bezahlten Preise darüber bestimmen, welcher Anteil der nationalen Ressourcen dem Gesundheitssystem zugewiesen wird und wie diese Mittel innerhalb des Systems zugeteilt werden. Diese Regelungen haben somit einen substanziellen Einfluss auf die allokativen Effizienz und die produktive Effizienz des Gesundheitswesens.

In einer sehr detaillierten Studie haben *Polikowski und Santos-Eggiman (2002)* den kassenpflichtigen Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz mit dem entsprechenden Katalog von Frankreich, Deutschland, Israel, Luxemburg und der Niederlande verglichen. Diese Wahl ist sinnvoll, weil diese fünf Länder eine obligatorische Krankenversicherung haben, die eine breite Palette von Leistungen abdeckt. Die Studie kommt zum Schluss, dass 23 Leistungen, die im Rahmen der OKP gedeckt sind, auch in anderen Ländern vergütet werden. Die garantierten Mindestleistungen sind häufig auf ambulante allgemeinmedizinische Leistungen und Spitalkosten beschränkt. Demgegenüber sind folgende Leistungen in mindestens einem Land nicht gedeckt: die zahnärztliche Behand-

lungen, die Chiropraktik, die nichtärztliche Psychotherapie, die Ernährungsberatung, die ambulante Ergotherapie, die Balneotherapie und Spitex.

In Übereinstimmung mit unserer Beobachtung kann gemäss *Polikowski und Santos-Eggiman (2002)* ein Vergleich der kassenpflichtigen Leistungen in den von ihnen untersuchten Ländern zu Fehlschlüssen führen, wenn dazu ausschliesslich der Leistungskatalog herangezogen wird. Ebenfalls zu berücksichtigen sind Volumenbeschränkungen oder eine Kostenbeteiligung der Versicherten an den bezogenen Leistungen. Allgemein werden in den Ländern mit einer relativ umfassenden obligatorischen Krankenversicherung Medikamente, Zahnprothesen und Optikerkosten nur teilweise oder gar nicht rückerstattet. Selbst in Ländern, in denen die garantierten Mindestleistungen kostenlos sind, gilt dies nicht unbedingt auch für zahnärztliche Behandlungen. Dass gewisse Leistungen nicht in den Katalog aufgenommen wurden, kann entweder daran liegen, dass Zweifel in Bezug auf die Wirksamkeit dieser Leistungen besteht oder dass der Aspekt des Moral Hazard sehr hoch gewichtet wurde, insbesondere in Bezug auf Präventionsmassnahmen seitens der Versicherten. Zahnärztliche Behandlungen sind dafür ein gutes Beispiel. Wir werden im folgenden Kapitel näher auf diese Aspekte im Zusammenhang mit dem Moral Hazard eingehen.

4.1.3 Moral Hazard und Kostenbeteiligung

Aus Gründen der Klarheit gehen wir im vorliegenden Kapitel davon aus, dass die Patienten ihre Entscheidung selbst und auf Grund optimaler Informationen treffen. Dabei wird insbesondere vorausgesetzt, dass die Patienten ihre Krankheit, die möglichen Behandlungen und die entsprechenden Behandlungskosten genau kennen und auf dieser Grundlage die Menge der von ihnen gewünschten Leistungen auswählen. Diese Annahme wird im nächsten Kapitel ausgeklammert. Dort kommt die ärztliche Beratung ins Spiel.

Im Rahmen der OKP übernehmen die Krankenversicherer die im KVG aufgeführten Leistungen. Bei Krankheit beteiligen sich die Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten. Ihre Kostenbeteiligung (engl. Cost Sharing) beinhaltet folgende Elemente:

1. Eine wählbare Jahresfranchise, die für die Erwachsenen CHF 300, 500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 beträgt;
2. einen Selbstbehalt von 10% der übernommenen Beträge;
3. der jährliche Selbstbehalt ist auf CHF 700 beschränkt.

Die Franchise wird vom Versicherten gewählt und gibt Anrecht auf einen Prämienrabatt, der proportional zur Franchise ist.

Interessant ist die Frage, ob es bei einer Krankenversicherung, welche die Leistungen rückerstattet, eine optimale Form der Kostenbeteiligung gibt. Im Gegensatz zum Fall der Schadenversicherung scheint es dazu in der Literatur keine Antwort zu geben. Fest steht, dass für eine optimale Lösung zwei Auswirkungen der Kostenbeteiligung ins Gleichgewicht gebracht werden müssen. Eine Auswirkung besteht darin, dass einem übermässigen Konsum entgegenwirkt wird, die zweite in einem reduzierten Risikoausgleich. Bei einer höheren Kostenbeteiligung tragen die Versicherten ein grösseres Risiko, was ihr Wohlbefinden beeinträchtigt.

Falls der Moral-Hazard-Effekt von der Leistungsart abhängt, müsste für eine optimale Kostenbeteiligung auch nach Leistungsart oder sogar nach Krankheit unterschieden werden. Grundlage einer solchen Kostenbeteiligung wären die Werte der Parameter für die Nachfrageelastizität, die sich aus dem Preis ergibt, den die Versicherten für die Nutzung der Leistungen bezahlen müssen. Unseres Wissens wird jedoch in der Literatur nirgends überzeugend dargelegt, wie die Nachfrageelastizitäten in der Schweiz im Bereich der Gesundheitsversorgung aussehen. Der Hauptgrund liegt darin, dass geeignete statistische Daten zur Erstellung einer solchen Schätzung fehlen.

Aus diesem Grund beziehen wir uns auf die Ergebnisse der kontrollierten Studie «Rand Health Insurance Experiment» (RHIE) (*Newhouse et al. 1993*), die insbesondere zur Schätzung der Nachfrageelastizität im Zusammenhang mit den Preisen im Gesundheitswesen durchgeführt wurde. Der Durchschnittswert gemäss RHIE liegt bei rund $-0,2$. Diese Preiselastizität ist zwar statistisch gesehen nicht mit null gleichzusetzen, sie ist aber klein. Überdies ist der Elastizitätswert gemäss RHIE bei den ambulanten Leistungen höher als bei den stationären. Im ambulanten Bereich ist die Nachfrageelastizität zudem bei den Leistungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen am grössten (*Manning 1987*).

Aus diesem Grund wäre es angesichts der ökonomischen Schätzungen der RHIE denkbar, dass in den Versicherungsverträgen der OKP je nach Leistung oder sogar Krankheit unterschiedliche Selbstbehalte gelten. Allerdings wird in der RHIE darauf hingewiesen, dass bei einer höheren Kostenbeteiligung der Versicherten der Bezug sämtlicher Leistungen eingeschränkt wird, dass also auf sinnvolle Leistungen ebenso verzichtet wird wie auf weniger sinnvolle. Daher ist bei der Anwendung dieses Steuerungselements Vorsicht geboten.

4.1.4 Wahl des Krankenversicherungsmodells und Selbstselektion

Dass bei der Krankenversicherung aus verschiedenen Varianten ausgewählt werden kann,

trägt den individuellen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung. Dabei bevorzugt ein Teil der Versicherten ein umfassendes System mit sehr wenigen Einschränkungen, während andere ein «Managed Care»-Modell wählen, das die Wahlfreiheit einschränkt, dafür aber günstiger ist. Im Rahmen eines traditionellen OKP-Vertrags sind die versicherten Personen in unterschiedlichem Ausmass bereit, ein höheres finanzielles Risiko zu tragen, weshalb sie unterschiedliche Franchisen wählen können.

In der Schweiz ist es den Krankenversicherern untersagt, sich über die vergüteten Leistungen zu konkurrenzieren. Wie wir bereits gezeigt haben, können die Versicherten jedoch aus verschiedenen Franchisen auswählen. Dabei geben höhere Franchisen Anrecht auf eine entsprechende Prämienreduktion. Die Versicherten bewegen sich somit in einem System mit finanziellen Anreizen. In aktuellen Arbeiten (*Geoffard et al. 2004*, *Grandchamp 2006*) wurde der Zusammenhang zwischen finanziellen Anreizen und Ausgaben für Leistungen im Rahmen der OKP untersucht.

Gemäss Standardtheorie zur Krankenversicherung müssten die Gesundheitskosten aus zwei Gründen in einem positiven Zusammenhang mit dem Umfang der von den Versicherern übernommenen Leistungen stehen: Einerseits können Versicherte, die davon ausgehen, dass sie hohe Gesundheitskosten verursachen werden, einen umfassenderen Schutz wählen (Selbstselektionseffekt). Andererseits kann eine umfassendere Deckung zur Folge haben, dass die Gesundheitskosten steigen (Anreizeffekt), und zwar über folgende zwei Mechanismen: Entweder auf Grund einer steigenden Wahrscheinlichkeit zur Inanspruchnahme von Leistungen, die dadurch bedingt ist, dass der Anreiz weniger gross ist, Präventionsmassnahmen zu treffen (Ex-ante Moral Hazard), oder aber weil in einem bestimmten Gesundheitszustand mehr Leistungen bezogen werden (Ex-post Moral Hazard). Die Arbeiten von *Geoffard et al. (2004)* und *Grandchamp (2006)* beschränkten sich auf den Ex-post Moral Hazard. Untersucht wurde der Anreizeffekt auf die Kosten, wenn die Versicherten bei einem Leistungsbezug einen kleinen Teil selbst bezahlen müssen (engl. «Out-of-pocket Payments»). Der empirische Teil dieser Arbeit basiert auf den rückerstatteten Leistungen einer grossen Krankenversicherung im Kanton Waadt. Es wird gezeigt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und dem von den Versicherern getragenen Leistungsumfang besteht (hier in Form einer Kostenbeteiligung, engl. «Cost Sharing»). Dieser Zusammenhang besteht aus zwei Effekten: 75% davon sind auf einen Selektionseffekt zurückzuführen, womit 25% auf einen Anreizeffekt zurückzuführen sind (ebenfalls ein Ex-post Moral Hazard).

Diese Ergebnisse sind aus gesundheitspolitischer Sicht von Bedeutung. Sie liefern objektive

Argumente für eine Diskussion über eine allfällige Einführung eines neuen Systems zur Aufteilung der Kosten zwischen Versicherten und Versicherern. Während der Anreizeffekt für eine Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten spricht, wird die Wirkung des Anreizes durch einen ausgeprägten Selbstselektionseffekt erheblich abgeschwächt. Dies zeigt, dass es im Gesundheitswesen Steuerungsinstrumente braucht, welche diesem Selbstselektionseffekt Rechnung tragen.

4.1.5 Kompromiss («Trade-off») zwischen Wettbewerb unter den Krankenkassen und Risikoselektion

Wie bereits erwähnt, ist es den Krankenkassen untersagt, sich über die von ihnen im Rahmen der OKP rückvergüteten Leistungen zu konkurrenzieren. Die Möglichkeiten der Versicherer, sich durch die Leistungsqualität zu konkurrenzieren, sind aktuell ebenfalls sehr beschränkt. Wir werden dieses Thema bei der Besprechung der Gesundheitsnetzwerke («Managed Care») nochmals aufgreifen. Möglich ist ein Wettbewerb unter den Versicherten über die geforderten Prämien. Zur Stärkung dieser potenziellen Konkurrenz haben die Versicherten das Recht, die Krankenkasse zwei Mal pro Jahr zu wechseln.

In diesem Abschnitt analysieren wir die möglichen Auswirkungen dieser Art von Wettbewerb auf die Gerechtigkeit und die Effizienz des schweizerischen Gesundheitssystems.

Wichtig ist dabei in einem ersten Schritt die Feststellung, dass im Gegensatz zu anderen Märkten die Kosten für die Produkte, die von einem Krankenversicherer angeboten werden (Leistungen), von den Merkmalen des Käufers abhängig sind, d.h. vom Gesundheitszustand des Versicherten. Aus diesem Grund hat die Konkurrenz zwischen Versicherern im Gesundheitswesen andere Auswirkungen als in den übrigen Märkten. Eine der möglichen negativen Folgen dieser Konkurrenz besteht in einem Anreiz für die Versicherer, schlechte Risiken zu meiden und gute anzuziehen. Dieses Phänomen ist als «Risikoselektion» bekannt.

In der Schweiz ist der Risikoausgleich wie in anderen Ländern ein umstrittenes Thema. Wenn man die Gründe dafür verstehen will, muss man auf die Frage der Einheitsprämie und auf die Merkmale des Risikoausgleichsystems gemäss KVG zurückkommen.

Während überall dieselben Leistungen rückerstattet werden, bieten die Versicherer unterschiedliche Prämien zur Deckung der ihnen entstehenden Kosten an. Innerhalb der einzelnen Versicherungseinrichtungen sind die Prämien hingegen einheitlich, unabhängig von Einkommen, Alter oder Geschlecht der Versicherten. Einzige Ausnahme sind die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen (bis 18 Jahre) und der

jugen Erwachsenen in Ausbildung (bis 25 Jahre), die von reduzierten Prämien profitieren.

Das Prinzip der Einheitsprämie für alle Versicherten derselben Krankenkasse bietet für die Versicherer einen Anreiz, die Kunden nach ihrem Risikoprofil auszuwählen: Sie suchen Versicherte, die ein geringes Risiko aufweisen und mit deren Prämien sich vermutlich ein Gewinn erwirtschaften lässt, und sie meiden Versicherte mit hohem Risiko, für die hohe Ausgaben wahrscheinlich sind. Verstärkt wird dieser Trend dadurch, dass die Gesundheitskosten sehr stark auf einen relativ kleinen Personenkreis konzentriert sind.

Aus diesem Blickwinkel weist das aktuelle System zum Risikoausgleich zwei wesentliche Nachteile auf: Erstens handelt es sich um ein retrospektives und nicht um ein prospektives System, d.h. es basiert auf vergangenen, nicht auf vorausschauenden Daten. Dabei erhalten die Versicherer nachträglich einen Ausgleich für ihre Kosten, womit es sich nicht eigentlich um einen Mechanismus zum Risikoausgleich handelt. Das System bietet für die Krankenkassen keine Anreize für eine Optimierung ihrer Arbeit, mit der sie einen Beitrag zur Kosteneindämmung leisten könnten. Das geltende System ist ausserdem zum Erreichen des angestrebten Ziels absolut ungeeignet, da der Gesundheitszustand der Versicherten nicht berücksichtigt wird. Es beruht ausschliesslich auf Alter, Geschlecht und Wohnregion der Versicherten.

Obwohl die Krankenkassen im Rahmen der OKP verpflichtet sind, alle Personen zu akzeptieren, die sich bei ihnen versichern lassen wollen, ist eine Risikoselektion möglich, weil beim Risikoausgleich der Gesundheitszustand nicht mit einbezogen wird. Einige Krankenkassen nehmen eine Risikoselektion vor. Dazu verwenden sie verschiedene Mittel. Die Zusatzversicherungen gehören zu den Elementen, welche die Mobilität einschränken und die Risikoselektion begünstigen. Obwohl nämlich gemäss Gesetz Verträge über Zusatzversicherungen nicht mit der Grundversicherung gekoppelt sein dürfen, schliessen die meisten Versicherten aus praktischen Gründen beide Verträge beim gleichen Versicherer ab. Auf Grund dieses de facto existierenden Zusammenhangs erhalten die Versicherer Zugang zu Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten, die ihnen im Rahmen der OKP nicht zur Verfügung stehen würden. Dies kann eine Risikoselektion begünstigen. Die Versicherten wiederum sind weniger mobil, wenn bei einem Kassenwechsel sowohl die Grund- als auch die Zusatzversicherung betroffen sind.

Ansichts des in der Praxis bestehenden Zusammenhangs zwischen Grund- und Zusatzversicherung wäre eine klarere Trennung zwischen diesen beiden Versicherungskategorien notwendig. Dies könnte dadurch erfolgen, dass Unternehmen, die Zusatzversicherungen anbieten,

nicht gleichzeitig auch die soziale Krankenversicherung durchführen dürfen. Allerdings ist diese Trennung zwar theoretisch vertretbar, politisch jedoch möglicherweise chancenlos. Deshalb müsste man auch über andere realistische Lösungen nachdenken, die dazu beitragen würden, dass die Mobilität der Versicherten erhöht und die Möglichkeit zur Risikoselektion eingeschränkt wird.

Wie dem auch sei: Wie soeben erwähnt, haben Erfahrungen sowohl aus der Schweiz als auch aus dem Ausland gezeigt, dass den Krankenkassen selbst dann, wenn sie alle Antragsstellenden aufnehmen müssen, verschiedene Mittel zur Risikoselektion auf der Grundlage des Gesundheitszustands der Versicherten zur Verfügung stehen. In der Schweiz und in den meisten übrigen Ländern schliesst das angestrebte Ziel der Solidarität eine Lösung aus, bei der die Prämien für die soziale Krankenversicherung vom Gesundheitszustand der Versicherten abhängig sind. Deshalb sind die meisten GesundheitsökonomInnen der Ansicht, dass unter Berücksichtigung des Solidaritätsziels ein prospektiver Risikoausgleich wichtig wäre, der auf Kriterien zum Gesundheitszustand der Versicherten beruht, wie sie von den Versicherern verwendet werden. Dadurch liessen sich die Anreize für eine Risikoselektion der Versicherer verringern, was zum Solidaritätsziel der sozialen Krankenversicherung beitragen würde. Ein solcher Risikoausgleich ist ein wesentliches Steuerungsinstrument, das die Rahmenbedingungen für einen sinnvollen Wettbewerb verbessern und dadurch einen positiven Einfluss auf die Prämien und die Qualität der Leistungen haben kann.

Der Ständerat hat eine neue Formel für den Risikoausgleich verabschiedet, und der Nationalrat wird dieser Entscheidung möglicherweise folgen. Das neue Modell bedeutet gegenüber dem in der OKP geltenden Mechanismus einen erheblichen Fortschritt. Die aus den parlamentarischen Beratungen hervorgegangene Lösung wurde von Konstantin Beck erarbeitet (*Beck 1998*). Es handelt sich dabei um einen prospektiven Mechanismus zum Risikoausgleich, mit dem der Gesundheitszustand der Versicherten in Form einer Binärvariablen Eingang findet («mindestens ein Spitalaufenthalt» und «kein Spitalaufenthalt»).

Die GesundheitsökonomInnen, die sich eingehend mit dem Mechanismus zum Risikoausgleich beschäftigt haben, gehen jedoch darin einig, dass eine Formel, die auf dem Kriterium eines Spitalaufenthalts im Vorjahr in Form einer Binärvariablen beruht, als provisorische Massnahme betrachtet werden sollte. Gemäss diesem Konsens wird ein Mechanismus mit Indikatoren zur Gesundheit empfohlen, der auf medizinischen Daten beruht. Dabei müssten die persönlichen Daten streng vertraulich behandelt werden. Ein solcher Mechanismus ist in *Holly et al.*

(2004) beschrieben. Diese Modellierung des Risikoausgleichs berücksichtigt nicht nur Alter und Geschlecht der Versicherten, sondern anhand von Spitaldaten auch ihren Gesundheitszustand. Wir werden nachfolgend kurz das von *Holly et al. (2004)* beschriebene Modell vorstellen. Dabei ist anzumerken, dass der Gesundheitszustand lediglich zum Risikoausgleich zwischen den Versicherern dient und nicht dazu, für Personen mit grösseren Risiken höhere Prämien festzulegen.

Um dem Gesundheitszustand der Versicherten Rechnung zu tragen, muss ein Modell zum Risikoausgleich die Möglichkeit bieten, die Patienten aufgrund ihrer medizinischen Daten einer Risikogruppe zuzuordnen. Die einzigen Daten, die dazu in der Schweiz vorliegen, sind derzeit im Wesentlichen die Spitaldaten. Es wäre jedoch denkbar, Anstrengungen für eine verbesserte Datenqualität im Bereich der ambulanten Leistungen und insbesondere der Medikamente zu unternehmen. Die Grundidee zur Bildung dieser Risikogruppen besteht darin, dass bestimmte Diagnosen mit vorhersehbaren Kosten verbunden sind: Gewisse Spitaldaten geben nämlich nicht nur Aufschluss über den aktuellen Zustand des Patienten, sondern auch über die wahrscheinliche Weiterentwicklung. Insbesondere bei chronischen oder rezidivierenden Erkrankungen ist langfristig mit einem problematischen Gesundheitszustand zu rechnen (und deshalb mit höheren künftigen Ausgaben), während Spitalaufenthalte infolge von Unfällen oder Geburten den Gesundheitszustand nur beschränkt und kurzfristig beeinflussen.

Der erste Schritt bei der Einführung eines Risikoausgleichs besteht in der Wahl eines geeigneten Systems zur Einteilung der Patienten. In *Holly et al. (2004)* wurde ein System zur Klassifikation der Patienten in 17 medizinische Risikokategorien entwickelt. Da diese Arbeit jedoch ausschliesslich auf Daten aus dem Kanton Waadt beruht, schlagen die Autoren vor, weitere Klassifikationssysteme zu testen und eine nationale Datenbank zu erstellen. Es gibt verschiedene Patientenklassifikationssysteme, die von Unternehmen entwickelt wurden. Die medizinischen Risikokategorien eines Patientenklassifikationssystems bilden zusammen mit den demografischen und geografischen Daten (Alter, Geschlecht und Kanton) so genannte «Risk Adjuster» (Risikoregulierer).

Die Risikoregulierer helfen, die künftigen Gesundheitsausgaben der Versicherten einzuschätzen, ohne unerwünschte Anreize bei den Versicherern zu schaffen. Sie dienen als Grundlage für den Risikoausgleich, der auf einem Umverteilungsmechanismus beruht. Konkret besteht dieser Mechanismus darin, dass die Prämien, die ein Versicherer erhält, durch «risikobasierte Zahlungen» ausgeglichen werden, die auf den Risikoregulierern beruhen. Diese werden mit den beim

Versicherer eingegangenen Prämien verrechnet. Diese Verrechnung entspricht der Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten der Personengruppe desselben Risikoprofils, die durch den Risikoregulierer festgelegt werden, und den durchschnittlichen Kosten pro versicherter Person. Die Versicherer müssten somit für sämtliche Versicherten einer Risikogruppe, deren durchschnittliche Kosten unter dem Gesamtdurchschnitt liegen eine Risikoprämie entrichten. Die Höhe entspräche der Differenz zwischen Gruppendurchschnitt und Gesamtdurchschnitt. Wenn hingegen die durchschnittlichen Kosten, die für diese Risikogruppe vermutlich aufgewendet werden müssen, über dem Gesamtdurchschnitt der Kosten für alle Versicherten liegen, erhielten die Versicherer einen Ausgleichsbetrag.

Holly et al. (2004) zeigen, dass dieses Risikoausgleichsmodell in der Schweiz einfach anzuwenden wäre. Zur Umsetzung reicht ein einfaches Verfahren, bei dem die Daten der Spitäler und der Versicherer gepoolt werden und mit dem die Vertraulichkeit gemäss Datenschutzbestimmungen gewährleistet ist. Nach der Erstellung der Datenbank würde die mit dem Risikoausgleich beauftragte Stelle ähnliche Berechnungen durchführen wie im aktuellen Modell. Der einzige Unterschied läge in der Verwendung zusätzlicher medizinischer Daten. Damit wäre kein wesentlicher administrativer Mehraufwand verbunden. Auch die Einhaltung des Schutzes persönlicher Daten wäre vollumfänglich gewährleistet, da die Versicherer zu keinem Zeitpunkt dieses Verfahrens Zugang zu den medizinischen Daten ihrer Versicherten hätte.

Falls die Schweiz eine solche Richtung einschlägt, würde sie dem Beispiel Deutschlands folgen, wo 2001 beschlossen wurde, ein System zum Risikoausgleich einzuführen, das auf dem Gesundheitszustand der Versicherten beruht. Deutschland hat kürzlich beschlossen, ein Patientenklassifikationssystem mit dem Namen DxCG zu verwenden, das in den USA als System zum Risikoausgleich weit verbreitet ist.

4.1.6 Patienten, Ärzteschaft und Versicherer in ihren Rollen als «Principal» und «Agent»

4.1.6.1 Komplexes Dreiecksverhältnis

In *Kapitel 4.1.3* waren wir davon ausgegangen, dass die Patienten ihre Entscheidungen auf der Grundlage vollständiger, korrekter Daten fällen und dass sie insbesondere für die erwünschte Leistungsmenge auf genaue Kenntnisse über ihre Krankheit, die Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungskosten zurückgreifen können.

In Wirklichkeit ist die Rolle der Patienten als Nachfragende, d.h. als Konsumenten, im Gesundheitswesen in der Regel deutlich weniger ausgeprägt als in anderen Wirtschaftsbereichen. Aus diesem Grund richtet sich die Aufmerksamkeit vor allem auf die Leistungserbringer und die Krankenkassen.

Im Gesundheitswesen befinden sich Patienten, Ärzteschaft und Versicherer in einem Principal-Agent-Verhältnis: Der Patient (Principal) erwartet, dass der Arzt (Agent) voll und ganz in seinem Interesse handelt. Der Versicherer möchte jedoch ebenfalls, dass der Arzt seine Interessen wahrnimmt.

Dieses Problem der Dreiecksbeziehung führt in der Krankenversicherung zu substanziellen Problemen. Weil Patient und Arzt gemeinsam über die richtige Behandlung entscheiden, kommt der Angebotsseite in den Versicherungsverträgen (Regelungen zur Entschädigung der Leistungserbringer) eine ebenso grosse Bedeutung zu wie der Nachfrageseite (Regelungen zur Rückerstattung der medizinischen Kosten). In den meisten Fällen treffen die Ärzte die Entscheidungen, die Auswirkungen auf die Ausgaben oder den Einsatz der Ressourcen haben, da die Kosten vom Versicherer getragen werden, und die Patienten erfahren erst, wie viel eine Behandlung gekostet hat, wenn sie die Rechnung sehen.

Gemäss *Cutler und Zeckhauser (2000)* haben bei herkömmlichen Krankenversicherungsverträgen die Ärzte und die Patienten häufig ähnliche Interessen, die jedoch von den Interessen des Versicherers abweichen können. Patienten, die lediglich einen kleinen Teil der von ihnen verursachten Kosten übernehmen, könnten übermässig viele Leistungen in Anspruch nehmen. Gleichzeitig bezahlen im Modell der Einzelleistungsvergütung die Versicherer denjenigen Ärzten mehr, die mehr Leistungen erbringen. Das Ergebnis besteht darin, dass Patienten und Ärzte im Wesentlichen sämtliche Leistungen beanspruchen möchten, die der Gesundheit förderlich sind, ohne die damit verbundenen Kosten zu kennen oder sich ihrer bewusst zu sein. Andererseits verlangen die Gesellschaft oder die Versicherer vom Gesundheitswesen, dass mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das bestmögliche Gesundheitsniveau erzielt wird. Somit wird der Schwerpunkt auf Leistungen gelegt, die ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen und aus Sicht der Gesellschaft rentabel sind (im Sinne des «Value for Money»). Nicht prioritär sind Leistungen, die pro aufgewendetem Franken einen weniger grossen Beitrag leisten, selbst wenn sie ebenfalls zur Verbesserung der Gesundheit der Betroffenen beitragen können.

4.1.6.2 Die Funktion des Leistungseinkaufs

Traditionell übernehmen die Versicherer eine Hauptrolle, welche darin besteht, die Versicherten vor den krankheitsbedingten finanziellen Risiken zu schützen. In Wirklichkeit haben die Versicherer aber noch eine andere, ebenfalls sehr wichtige Funktion: Sie kaufen die Leistungen ein.

Wenn man diese Funktion genauer analysieren will, ist in Erinnerung zu rufen, dass allge-

mein drei voneinander abhängige Funktionen wichtig sind, um zu gewährleisten, dass die Versicherten Zugang zur medizinischen Versorgung haben: das Einsammeln der Prämien, das Zusammenlegen der Ressourcen (engl. «Pooling») und der Einkauf von Leistungen (WHO 2000).

Der Einkauf von Leistungen ist der Mechanismus, mit dem eine Krankenkasse Mittel an Leistungserbringer überweist. Dieser Einkauf kann passiv oder strategisch erfolgen. Ein passiver Einkauf besteht darin, dass einfach die eingehenden Rechnungen bezahlt werden. Umgekehrt wird bei einer Kaufstrategie ständig versucht, die Performance des Gesundheitssystems zu optimieren, indem aktiv entschieden wird, welche Leistungen wie und bei wem eingekauft werden (WHO 2000). Dies bedeutet, dass die Leistungen so ausgewählt werden, dass das bestmögliche Ergebnis erzielt wird, sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesamtbevölkerung, und zwar auf der Grundlage von selektiven Verträgen und Anreizsystemen.

2004 waren in der Schweiz mehr als 89,5% der über 19-jährigen Versicherten durch einen Standardvertrag abgedeckt (ordentliche Franchise oder Wahlfranchise). In diesen Verträgen ist die Beziehung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern nicht sehr eng. Der Hauptmechanismus der Versicherer zur Kosteneindämmung besteht darin, zu überprüfen, ob die bezogenen Leistungen berechtigt waren (engl. «Utilization Review»). Die Versicherer können versuchen, die Leistungen anhand von Statistiken zu überwachen, indem sie sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Leistungen ein umfassendes Monitoring für die bezogenen Leistungen durchführen. Aufgrund solcher Überprüfungen können bezogene Leistungen nicht oder nur teilweise rückvergütet werden. Ein solcher Mechanismus, der jedoch meistens als Einmischung des Versicherers wahrgenommen wird, bewirkt nicht viel und kann ineffizient sein, weil er zu spät ansetzt.

Übrigens werden solche Mechanismen im Rahmen von «Health Maintenance Organizations» (HMO) in den USA aus den genannten Gründen immer seltener verwendet. In den USA wurden während vieler Jahre Profile für die Leistungserbringer erarbeitet (engl. «Profiling»). Die Studien kamen im Allgemeinen zum Schluss, dass sowohl bezüglich Kosten als auch bezüglich Qualität der Leistungen nur eine geringe Wirkung der Profilings festzustellen war. In den USA gibt es seit einigen Jahren auch Versuche mit der Bildung von Fachpersonengruppen, die in der Westschweiz als »Qualitätszirkel« bekannt sind.

4.1.7 Koordinierte Gesundheitsnetzwerke («Managed Care Organization, MCO»)

Die Vorstellung, dass sich die produktive Effizienz des Leistungssystems durch koordinierte Leistungsnetzwerke oder durch «Managed

Care»- Techniken verbessern lässt, setzt sich in der Schweiz wie auch in zahlreichen anderen Ländern zunehmend durch.

Vielleicht muss dabei in Erinnerung gerufen werden, welches die wichtigsten Merkmale einer solchen «Managed Care Organization» (MCO) sind. Gemäss *Folland et al. (2004)* kann eine MCO als ein organisiertes System zur Leistungserbringung mit folgenden Merkmalen beschrieben werden:

- Es handelt sich dabei um ein Netz von Institutionen (zum Beispiel Spitäler, Ärzte, Kliniken, Eingliederungsstätten oder Alters- und Pflegeheime).
- Das Netz erbringt für eine festgelegte Bevölkerungsgruppe eine koordinierte Leistungspalette (Primärversorgung bis Notfallchirurgie).
- Dieses System ist in medizinischer und finanzieller Hinsicht für den Gesundheitszustand und die Behandlungsergebnisse der bedienten Bevölkerungsgruppe verantwortlich.
- Das System ist durch die finanzielle und medizinische Verantwortung mit der festgelegten Bevölkerungsgruppe verbunden.
- Meistens zeichnet sich das organisierte Leistungssystem durch die Kombination mit einer jeweils spezifisch ausgestalteten Krankenversicherungform aus.

Wichtig ist die Feststellung, dass sich dieses Netz um sämtliche gesundheitlichen Probleme der Versicherten kümmert. Der Einkauf von Leistungen betrifft deshalb den gesamten Markt und nicht nur ein bestimmtes Segment. Anders ist dies bei den bestehenden HMO in der Schweiz, da hier insbesondere die Spitäler nicht Teil des Netzes sind.

Zusätzlich gibt es gemäss *Folland et al. (2004)* drei spezielle Mechanismen, mit denen die Krankenversicherer versuchen, die Kosten einzudämmen und/oder die Qualität der Leistungen zu verbessern:

- Selektive Vertragsabschlüsse mit den Leistungserbringern;
- Zuweisung der Versicherten an die gewählten Leistungserbringer;
- Überprüfung der Berechtigung der Leistungen des Leistungserbringers. Diese Prüfung kann im Voraus, begleitend oder nachträglich erfolgen.

Von den traditionellen Gesundheitssystemen heben sich die MCO somit durch die beiden Instrumente der selektiven Vertragsabschlüsse und der Zuweisung der Versicherten ab. Einfluss auf die Qualität und die Kosten der beanspruchten Leistungen nehmen MCO aber über alle drei Instrumente.

Wichtig ist der Hinweis, dass die Funktionsweise der MCO eine Kombination von medizinischem und finanziellem Ansatz ermögli-

chen soll. Unabhängig von der Selektionsform (Akkreditierung, Ausschreibung) ist nämlich entscheidend, dass die MCO in ihrem Netz sämtliche Leistungserbringer berücksichtigen, die bereit sind, sich an die Qualitätsnormen, die Bewertungsprotokolle und die Tarife der MCO zu halten. Es handelt sich somit nicht um eine strenge Selektion, sondern eher um eine Zertifizierung der Leistungserbringer durch die MCO.

Es wird ein Vertrag zwischen MCO und Leistungserbringer abgeschlossen, in dem die Verpflichtungen des Leistungserbringers in Bezug auf die Qualität und Art der medizinischen Versorgung sowie die finanzielle Abgeltung der Leistungen festgehalten werden. Der MCO steht es frei, die Akkreditierung nicht zu verlängern, falls die Vertragsbedingungen nicht eingehalten werden. Umgekehrt kann die MCO die Beziehung nicht von sich aus auflösen, wenn der Leistungserbringer die Vertragsbestimmungen einhält. Der Vertrag schützt somit den Leistungserbringer insofern, als er medizinisch begründete Entscheidungen treffen kann und nicht ausschliesslich die finanziellen Interessen der MCO vertreten muss.

Nachdem wir nun die Merkmale der MCO präzisiert haben, möchten wir untersuchen, was die Entwicklung solcher Organisationen in der Schweiz derzeit bremst.

Erstens sind selektive Vertragsabschlüsse mit Ärzten im Rahmen der geltenden OKP nicht erlaubt. Diese Frage wird gegenwärtig von den involvierten Parteien heftig diskutiert, und der Ausgang dieser Debatte ist ungewiss. Die dabei geäusserten Vorbehalte gründen möglicherweise darauf, dass die mit diesem Instrument verfolgten Ziele nicht klar sind. Einerseits befürchten die medizinischen Fachpersonen zu Recht eine Einmischung der Versicherer in ihre medizinischen Entscheidungen. Andererseits legen die Versicherer den Schwerpunkt verstärkt auf die Kosteneindämmung und nicht auf die Qualität der Leistungen. Medizinische Logik und finanzielle Logik müssen sich jedoch nicht zwingend widersprechen. Weil eine Einmischung der MCO in die Leistungserbringung bei den medizinischen Fachpersonen auf Widerstand stossen dürfte, wäre es durchaus denkbar, dass die MCO einen Teil ihrer Organisationsfunktionen an die Leistungserbringer delegieren, da diese ohnehin besser beurteilen können, ob eine bestimmte Leistung angemessen und qualitativ gut ist.

Zweitens sind zwar selektive Vertragsabschlüsse im ambulanten Bereich denkbar, selbst wenn es zu diesem Schritt käme, ist aber derzeit eine Erweiterung auf die in den kantonalen Listen aufgeführten Spitäler und Alters- und Pflegeheime ausgeschlossen, da sie Teil der kantonalen bzw. interkantonalen Spitalplanung sind. Diese Frage ist insofern wichtig, als sie auch aufzeigt, dass die Kantone zuweilen widersprüchliche Rollen wahrnehmen. Ihnen obliegen

drei Aufgaben. In erster Linie sind sie Leistungserbringer. Diese Funktion übernehmen die öffentlichen Einrichtungen. Zweitens sind sie Einkäufer von Leistungen, da sie mindestens 50% der Spitalkosten tragen (duale Finanzierung). Drittens müssen sie eine kantonale und eine interkantonale Planung erstellen, die gewährleisten soll, dass die Ressourcen für das Gesundheitssystem sinnvoller eingesetzt werden. Dass selektive Vertragsabschlüsse nicht für Spitäler und Alters- und Pflegeheime angewendet werden können, die auf den kantonalen Listen aufgeführt sind, beschneidet den Spielraum der Krankenkassen als Leistungseinkäufer sehr stark. Erfahrungen aus den USA haben nämlich gezeigt, dass die MCO die grössten Einsparungen durch eine geringere Zahl von Hospitalisierungen dank geeigneter ambulanter und präventiver Behandlungen erzielen.

Die Frage, ob eine monistische einer dualen Spitalfinanzierung vorzuziehen ist, würde den Rahmen dieses Kapitels sprengen und wird deshalb nicht diskutiert. Die Aspekte im Zusammenhang mit der Finanzierung durch die Kantone und mit der kantonalen Planung wirken jedoch als institutionelle Bremse, welche die Entwicklung der MCO erheblich erschweren.

Schliesslich äussern auch verschiedene Beteiligte Zweifel daran, dass die Krankenversicherer in der Lage sind, beim Einkauf von Leistungen nach der beschriebenen MCO-Strategie sinnvoll vorzugehen. Die meisten Krankenversicherer sind im Wesentlichen damit beschäftigt, ihre traditionelle Funktion als Versicherer zu erfüllen, und nicht alle scheinen über alle für einen strategischen Leistungseinkauf erforderlichen Kompetenzen zu verfügen. Ein Teil des Problems liegt zweifellos darin, dass es sehr viele kleine Krankenkassen gibt. 2003 hatten 45,2% der Krankenkassen weniger als 10 000 Mitglieder; bei diesen Kassen waren lediglich 1,6% der Gesamtbevölkerung versichert. Von den Krankenkassen mit weniger als 10 000 Mitgliedern lag der Durchschnitt bei 2500 Versicherten. Demgegenüber decken die Krankenkassen mit zwischen 100 001 und 1 Million Mitgliedern 80,1% der Versicherten ab. Schliesslich haben die grössten Krankenkassen über 1 Million Mitglieder, was rund 17% der Versicherten entspricht.

Insgesamt gibt es verschiedene Hindernisse, welche die Entwicklung koordinierter Gesundheitsnetze bremsen. Diese stehen nicht in erster Linie damit in Zusammenhang, dass die Versicherten einem liberaleren System mit möglichst wenigen Einschränkungen den Vorzug geben, sondern mit verschiedenen institutionellen Hindernissen. Es wäre sinnvoll, diese aus dem Weg zu räumen.

4.1.8 Schlussfolgerungen

Wir haben in diesem Kapitel einige wichtige Aspekte des Schweizer Gesundheitssystems zur

Literaturangaben zu Kapitel 4.1

- Beck, K. (1998), La compensation des risques – fondement d’une concurrence appropriée dans l’assurance-maladie/ Risikoausgleich – Basis für sinnvollen Wettbewerb in der Krankenversicherung, CSS Insurance, Luzern.
- Cutler D. und Zeckhauser R. J. (2000), The anatomy of health insurance, in A. J. Culyer und J. P. Newhouse (Eds), *Handbook of Health Economics*, North Holland.
- Folland S., Goodman A. C. und Stano M. (2006), *The Economics of Health and Health Care* (5th Edition), Prentice Hall.
- Geoffard P.-Y, Gardiol L. und Grandchamp Ch. (2004), Separating Selection and Incentive Effects: an Econometric Study of Swiss Health Insurance Claims, mimeo, Institut d’économie et management de la santé (IEMS), *Insurance Economics: Recent advances*, P.-A. Chiappori and Ch. Gollier, eds, MIT Press.
- Grandchamp Ch. (2006), Self-Selection and Risk Selection on the Swiss Health Insurance Market. Ph. D. Thesis, University of Lausanne.
- Holly A., Gardiol L., Eggli Y., Yalcin T. und Ribeiro T. (2004), Health-Based Risk Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalisation (Rapport final pour le Fonds national suisse (FNS)), Institut d’économie et management de la santé (IEMS), Université de Lausanne.
- Manning W. G., Newhouse J. P., Duan N., Keeler E. B. und Leibowitz A. (1987), Health Insurance and the Demand of Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review*, 77, 251–277.
- Newhouse J. P. (1993), Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Harvard University Press.
- Polikowski M. und Santos-Eggimann B. (2002), How comprehensive are the basic packages of health services? An international comparison of six health insurance systems, *Journal of Health Services Research & Policy*, 7: 133–142.
- WHO (2000), The world health report – Health systems: improving performance, WHO.

Sprache gebracht, die mittels verschiedener im KVG verankerter Instrumente reguliert werden. Unsere Analyse zeigt, dass zwar das KVG einen guten Rahmen bildet, das Gesundheitswesen aber effizienter sein könnte. Neben einer angemessenen Kostenbeteiligung der Versicherten könnten dazu vor allem Versorgungsnetze («Managed Care») und bessere Wettbewerbsbedingungen für die Krankenversicherer beitragen. Das vorliegende Kapitel hat gezeigt, dass sich Effizienzsteigerungen nur umsetzen lassen, wenn gewisse institutionelle Mechanismen verändert werden, die einem solchen Fortschritt im Wege stehen.

4.2 Auswirkungen des Vergütungsmodells für ärztliche Leistungen¹

4.2.1 Einleitung

Die Kosten für das Schweizer Gesundheitssystem sind im internationalen Vergleich hoch: Unser Land liegt bei der Rangliste der Gesundheitskosten im Verhältnis zum BIP nach den Vereinigten Staaten auf dem zweiten Platz. Verantwortlich für die hohen Ausgaben im Gesundheitswesen sind verschiedene Faktoren: Der hohe Lebensstandard, die hohe Ärztedichte, die umfassende Risikodeckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und der Mangel an echtem Wettbewerb. Die Gründe für das umfangreiche Leistungsangebot und die hohen Gesundheitsausgaben in der Schweiz liegen einerseits darin, dass Ärzte und Ärztinnen mit Praxis-tätigkeit nicht pro Patient oder in Form eines fixen Lohns, sondern für eine bestimmte Leistung bezahlt werden (sog. Einzelleistungsvergütung), und andererseits im markanten Anstieg der Ärztezahls um +36,4% zwischen 1996 und 2001.² Im vorliegenden Kapitel werden die Auswirkungen des ärztlichen Vergütungsmodells auf das Verhalten der Ärzte untersucht. Genauer wird der kombinierte Einfluss von Einzelleistungsvergütung und steigender Ärztezahls auf das Leistungsvolumen und die Kosten besprochen.

Das Vergütungsmodell für ärztliche Leistungen beeinflusst zahlreiche Parameter des Gesundheitswesens: Die Produktivität der Ärzteschaft (bei einer Einzelleistungsvergütung wird länger gearbeitet und es werden mehr Patienten betreut und mehr Leistungen erbracht als bei einer Vergütung pro Patient oder pro Monat), die Qualität der Leistungen, das Erbringen präventiver Leistungen, den einfachen Zugang zur medizinischen Versorgung, die Wahrscheinlichkeit einer Überweisung des Patienten an eine Facharztpraxis oder ein Spital und ganz allgemein die Kosten. Das Vergütungssystem kann so ausgestaltet werden, dass es nicht nur als Instrument zur Bezahlung der ärztlichen Leistungen dient, sondern auch als Mittel zum Erreichen gesundheitspolitischer Ziele. Alle reinen Vergütungssysteme haben ihre Vor- und Nachteile.

Deshalb ist es empfehlenswert, verschiedene Systeme zu kombinieren oder finanzielle und nicht-finanzielle Anreize einzubauen. Mit einem gemischten System lassen sich die Vorteile der Einzelleistungsvergütung (hohe Produktivität und Qualität) erhalten und übermässig steigende Kosten vermeiden.³

In einem traditionellen Markt decken die Produzenten eine exogen gegebene Nachfrage ab. Wenn dies auch im Gesundheitsbereich der Fall wäre, würde die ärztliche Tätigkeit durch die Merkmale der Bevölkerung, das Einkommen der Haushalte und die Zahl der in einer Region praktizierenden Ärzte und Ärztinnen bestimmt. Eine Zunahme der Ärztedichte hätte eine Reduktion der Nachfrage gegenüber einem einzelnen Arzt zur Folge. Es wäre einem Arzt nicht möglich, eine aufgrund der steigenden Ärztedichte rückläufige potenzielle Patientenzahl oder eine Tarifeinbusse durch eine Ausweitung des Leistungsvolumens pro Patient zu kompensieren und so sein Einkommen zu halten. Der Markt der Pflegeleistungen weist jedoch besondere Merkmale auf, weil er durch die Beziehung zwischen Arzt und Patient geprägt ist. Die Leistungsbezüger verfügen nicht über die zur Diagnose ihrer Krankheit und zur Wahl der besten Behandlung erforderlichen Kenntnisse. Aus diesem Grund übertragen sie dem so genannten Agent – dem Arzt bzw. der Ärztin – die Aufgabe, ihren Gesundheitszustand zu prüfen und eine geeignete Behandlung zu wählen. Ob diese angemessen ist, können sie nicht beurteilen. Durch dieses Informationsgefälle, das die Agent-Beziehung auszeichnet, kann der Arzt die Nachfrage nach Leistungen und damit das von ihm erbrachte Leistungsvolumen beeinflussen. Man spricht dabei von einer angebotsinduzierten Nachfrage.

Der Arzt ist ein perfekter Agent, wenn er dem Patienten diejenige Behandlung empfiehlt, die dieser selbst wählen würde, wenn er die notwendigen Informationen hätte. Bestimmend für die ärztlichen Entscheidungen sind die Berufsethik und die Wahrnehmung der Patienteninteressen, aber auch das persönliche Interesse des Arztes und sein Wunsch, ein bestimmtes Einkommen zu erzielen. Das System der Einzelleistungsvergütung, eine steigende Zahl von Ärzten für dieselbe Bevölkerungsgruppe und eine geringe Kostenbeteiligung der Versicherten schaffen ein Umfeld, das dem Arzt Anreize bietet, nicht als idealer Agent zu handeln. Er erbringt dann mehr Leistungen, als die Bevölkerungsgruppe eigentlich benötigen würde, was zu steigenden Gesundheitskosten beiträgt.

4.2.2 Vergütungsmodelle

Die wichtigsten Systeme und ihre Auswirkungen

Die drei wichtigsten Vergütungsmodelle für ärztliche Leistungen sind die Einzelleistungsvergütung, die Kopfpauschale («Capitation») und

1 Zu Kapitel 4.2 findet sich ein Hintergrundpapier unter: [www.kfk.admin.ch/ Studien und Hintergrundpapiere/ Soins de longue durée des personnes âgées](http://www.kfk.admin.ch/Studien_und_Hintergrundpapiere/Soins_de_longue_duree_des_personnes_agees), Jeanrenaud C., Université de Neuchâtel.

2 Quelle: Datenpool *Santésuisse 2003*.

3 Durch eine abnehmende Vergütung ab einem bestimmten Leistungsvolumen oder die Kombination aus Pauschalvergütung (Lohn) und variabler Vergütung (Einzelleistung) liess sich eine Reduktion der ärztlich induzierten Nachfrage herbeiführen.

der fixe Lohn. Ein viertes, weniger häufig zitiertes System besteht darin, dem Arzt eine Fallpauschale zu entrichten («Case-Based-Reimbursement»). In der Praxis kommen häufig gemischte Systeme, bei denen verschiedene Vergütungsmodelle mit finanziellen und nicht-finanziellen Anreizen kombiniert werden, zur Anwendung. Damit sollen die Nachteile einer bestimmten Vergütungsart verringert und die Ärztinnen und Ärzte für den Kostenaspekt sensibilisiert und zum Erreichen der gesundheitspolitischen Ziele motiviert werden. Der fixe Lohn ist die pauschalste Vergütungsform, die am wenigsten Anreize bietet. Die Einzelleistungsvergütung ist das Modell mit dem geringsten Pauschalaspekt und den höchsten Anreizeffekten. Die Kopfpauschale und die Fallpauschale liegen zwischen diesen beiden Polen.

Das Vergütungssystem beeinflusst die Entscheidungen des Arztes und seine Produktivität. Bei einer Einzelleistungsvergütung wird ein Tarif für eine bestimmte Leistung festgelegt. Das Einkommen des Arztes hängt davon ab, wie viele und welche Leistungen er erbringt. Für Ärzte, die im System der Einzelleistungsvergütung entschädigt werden, besteht ein Anreiz, möglichst viele Patienten zu betreuen und für diese viele Leistungen zu erbringen⁴. Es besteht dann die Gefahr einer Überversorgung (*Simoens et al. 2004*). Wird der grösste Teil der Kosten durch die Versicherung gedeckt, dann schafft eine Einzelleistungsvergütung die Voraussetzung für eine angebotsinduzierte Nachfrage: Der Arzt setzt seinen Wissensvorsprung ein, um für den Patienten Leistungen zu erbringen, die dieser nicht nachgefragt hätte, wenn er über dieselben Informationen wie der Arzt verfügen würde. Wenn der Preis für eine Leistung infolge einer Tarifänderung sinkt, dann reagiert der Arzt, indem er das Leistungsvolumen ausweitet (*Grignon et al. 2002*). Eine Studie von *Gerdtam et al. (1992)* zu 19 OECD-Ländern hat gezeigt, dass die ärztliche Einzelleistungsvergütung ein Faktor für die Zunahme der Gesundheitskosten ist: Länder mit einem solchen System haben, wenn die übrigen Faktoren gleich sind, 11% höhere Ausgaben als Länder mit einem anderen Vergütungssystem. Vorteil der Einzelleistungsvergütung ist ein einfacher Zugang, da der Arzt keinen Grund hat, Patienten komplexe und teure Behandlungen zu verweigern. Die Verwaltungskosten sind in diesem System hoch.

Im System der Kopfpauschale erhält der Arzt einen Pauschalbetrag für jeden Patienten, der ihm zugeteilt wird (Bevölkerung aus einer bestimmten Region oder Personen auf einer Liste). Das Leistungsniveau und der Leistungskatalog sind vorgegeben. Der Katalog kann sich auf die Primärversorgung beschränken (einschliesslich Diagnosen) oder auch die Spitalleistungen einbeziehen. Für die Berechnung des Pauschalbetrags werden grundsätzlich die

Merkmale der betreuten Bevölkerung berücksichtigt (Alter und Geschlecht, seltener auch sozioökonomische Variablen). Was das Einkommen betrifft, hängt es von der Fähigkeit des Arztes ab, die Kosten so niedrig wie möglich zu halten. Anders als bei der Einzelleistungsvergütung besteht für den Arzt bei einer Kopfpauschale ein Anreiz, die Leistungen zu rationieren, was eine Qualitätseinbusse zur Folge haben kann (*Forsberg et al. 2001*). Man kann dabei sozusagen von einer negativen angebotsinduzierten Nachfrage sprechen. Es besteht nicht das Risiko einer Überversorgung und ein geringeres Risiko für unnötige Behandlungen. Es scheint auch, dass Ärzte und Ärztinnen im System der Kopfpauschale mehr Prävention betreiben, um künftige Kosten zu vermeiden. Im Bestreben um eine Reduktion seiner Kosten wird der Arzt im System der Kopfpauschale einen Patienten tendenziell schneller an eine Facharztpraxis oder ein Spital überweisen, wenn er diese Leistungen nicht mit der Pauschale abdecken muss. Der Arzt hat zudem ein grosses Interesse an einer Liste mit Patienten in guter gesundheitlicher Verfassung, die weniger Leistungen benötigen. Hingegen wird er Patienten, die besonders kostspielige Behandlungen benötigen, vermeiden wollen. Dass es zu einem solchen «Cream-Skimming» kommt, ist allerdings bisher nicht erwiesen. Die Nachteile dieses Vergütungsmodells – schlechtere Leistungsqualität, schwieriger Zugang – lassen sich vermeiden, wenn neben der Pauschalvergütung positive Anreize und eine Qualitätskontrolle eingeführt werden.

Eine Entschädigung der Ärzteschaft über einen fixen Lohn ist die extremste Form der Pauschalvergütung, da keine Anreize bestehen, die ein bestimmtes Verhalten der Ärzte oder ihre Einsatzbereitschaft fördern. Bei dieser Vergütungsart entfällt das Risiko, dass der Arzt zu viele Behandlungen verschreibt oder seine Patienten gezielt auswählt. Die Kapazität des Arztes ist durch seine Arbeitszeit beschränkt, und es kann zu Versorgungsproblemen kommen. Wie bei der Kopfpauschale kann für den Arzt ein Anreiz bestehen, Patienten für eine Behandlung schnell an eine Facharztpraxis oder ein Spital zu überweisen. Es hat sich gezeigt, dass die Ärzte in Ländern, in denen die Gesundheitskosten über Steuern finanziert werden und wo sie einen festen Lohn erhalten (Griechenland, Portugal, Spanien, Schweden) weniger Arbeitsstunden leisten als in anderen Ländern (*Simoens et al. 2006*). Im Gegensatz zur Kopfpauschale besteht für die Ärzte kein Anreiz, die Kosten einzudämmen. Es gibt bei diesem System keinen Mechanismus, der den Ärzten einen Anreiz bietet, Leistungen in angemessener Menge und Qualität zu erbringen. Vorteile des Systems sind die Einfachheit und die geringen Verwaltungskosten.

⁴ Der Tarif ist so festgelegt, dass sowohl die fixen als auch die variablen Kosten abgedeckt sind. Bei einer zusätzlichen Leistung erhöht sich somit das Nettoeinkommen des Arztes (*Grignon et al. 2002*).

Vergütungsmodell für ärztliche Leistungen in der Schweiz

Die überwiegende Mehrheit der Ärzte und Ärztinnen im Bereich der Primärversorgung wird nach dem Modell der Einzelleistungsvergütung bezahlt; nur eine kleine Minderheit erhält einen fixen Lohn (4%) oder Kopfpauschalen.⁵ Nicht viel anders präsentiert sich die Situation für die Fachärzteschaft im ambulanten Bereich (90% Einzelleistungsvergütung, 10% fester Lohn). Der Arzttarif (TarMed), der den relativen Preis der verschiedenen Leistungen in Punkten ausdrückt, ist das Ergebnis einer Verhandlung zwischen den verschiedenen Partnern, d.h. dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassens (KSK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Der Tarif besteht aus einer Liste der verschiedenen medizinischen Leistungen (rund 5000 Positionen). Jeder Position wurde eine gewisse Punktzahl zugewiesen, einerseits für den medizinischen Wert (Arbeit, Ausbildung des Arztes), andererseits für den technischen Wert (notwendige Infrastruktur zur Erbringung der Leistung). Der Taxpunktwert ist je nach Kanton unterschiedlich. Er wird von den einzelnen Kantonen auf der Basis eines Vorschlags festgelegt, der von den kantonalen Partnern, von Santésuisse und von den Kantonalen Ärztesgesellschaften ausgearbeitet wurde.⁶ Damit ist man von einem echten Wettbewerb sehr weit entfernt, und es wird gegen die grundlegenden Mechanismen eines freien Marktes und einer liberalen Medizin verstossen. In den USA gelten gemeinsame Verhandlungen der Ärztesorganisationen als nicht vereinbar mit den Bestimmungen des Wettbewerbsrechts. Dies nicht ohne Folgen: Während in den USA die wachsenden Gesundheitskosten zu einem grossen Teil auf steigende Preise pro Leistung zurückzuführen sind, ist dieser Trend in der Schweiz weitgehend durch eine Volumenausweitung bedingt.

4.2.3 Hypothese einer ärztlich induzierten Nachfrage

These

Rice (1983) definiert die angebotsinduzierte Nachfrage als Fähigkeit der Ärzte, eine Behandlungsmenge oder -intensität anzubieten, die nicht dem entspricht, was gut informierte Patienten selbst gewählt hätten. Gemäss *Donaldson und Gerard (1993)* entspricht die induzierte Nachfrage der Differenz zwischen der Leistungsmenge, die der Arzt auf Grund seines Ermessensspielraums wählt, und der Leistungsmenge, die ein Patient gewählt hätte, der über die Schwere seiner Krankheit und die verfügbaren Behandlungen richtig informiert ist. Manchmal wird die induzierte Nachfrage als ein Fall von Moral Hazard auf Seiten des Arztes dargestellt, der eine intensivere und teurere Behandlung als nötig verschreibt. Der Arzt profitiert so von einer Informationsrente, dank der er sein Einkommen

halten kann, auch wenn sein Marktanteil schrumpft. Unter diesem Blickwinkel beschreibt die Nachfrageinduktion den Spielraum des Arztes zur «Ausdehnung» der Nachfrage auf das ursprüngliche Niveau, ohne dass der Patient dies merkt und ohne Kostenrückgang.

Erste Voraussetzung für eine Nachfrageinduktion ist das Informationsdefizit des Patienten, welches ihn zwingt, seinem Arzt zu vertrauen (Agent-Beziehung). Die Tatsache, dass die Behandlungskosten durch einen Dritten getragen werden (Aufteilung von Risiken), fördert eine Induktion. So hat eine schwedische Studie gezeigt, dass der Arzt eher ein Generikum verschreibt, wenn der Patient das Medikament selbst bezahlen muss, und ein Originalmedikament, wenn die Krankenversicherung die Kosten trägt (*Lundin 2000*). Ein Informationsdefizit seitens des Patienten ist jedoch keine Voraussetzung dafür, dass der Arzt über einen Ermessensspielraum verfügt: Eine persönliche Beziehung und das Vertrauen zum Arzt bewirken, dass ein Patient nur ungern eine andere Praxis aufsucht. Für die Kostenzunahme ist in diesem Fall ein unvollkommener Wettbewerb verantwortlich (*Grignon et al. 2002*).

Falls die Voraussetzungen für eine Induktion gegeben sind – Einzelleistungsvergütung, Kostenübernahme durch die Versicherung, vorgegebener Tarif – ,führt eine zunehmende Ärztedichte und damit ein Rückgang des Marktanteils der einzelnen Ärzte häufig dazu, dass das Leistungsvolumen ausgeweitet wird und die Kosten für das Gesundheitswesen steigen. In der Schweiz wird eine Induktion dadurch begünstigt, dass die Grundversicherung ein sehr umfangreiches Leistungspaket abdeckt und dass die meisten Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit unabhängig arbeiten.

Der positive Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Leistungsvolumen pro Patient oder pro Kopf muss mit Vorsicht analysiert werden. Gemäss der Induktionshypothese ist das Angebot (oder der ärztliche Ermessensspielraum) der (kausale) Grund für die Kostenzunahme. Ein Zusammenhang ausgehend von der Nachfrage hin zum Angebot ist jedoch ebenfalls nicht auszuschliessen (*Zweifel und Breyer 1997*). Sobald die Ärztezahle in einer bestimmten Region wächst, findet der Patient leichter eine Allgemein- oder Facharztpraxis in der Nähe, und die Zugangskosten reduzieren sich. Gemäss der These des «Clinical Icebergs» sind die behandelten Krankheiten mit dem sichtbaren Teil eines Eisbergs vergleichbar, und es gibt in der Bevölkerung wesentlich mehr Krankheitssymptome, die jedoch grösstenteils nicht entdeckt und nicht behandelt werden. Demnach hätten viele Personen eine Behandlung nötig; sie suchen jedoch keine Arztpraxis auf und nehmen keine Behandlung in Anspruch. Mit steigender Ärztedichte wird ein grösserer Anteil dieser Gesundheitsprobleme

⁵ Im Jahr 2005 wählten weniger als 2% der in der Schweiz versicherten Personen ein Modell (HMO oder Hausarztmodell), bei dem der Arzt ein Budget verwaltet (Kopfpauschalen), *Santésuisse 2005*.

⁶ Falls die Partner als Vergütungsmodell die Einzelleistungsvergütung wählen, so sind sie verpflichtet, den TarMed-Tarif anzuwenden. Sie sind jedoch frei, ein anderes Vergütungsmodell, wie zum Beispiel die Kopfpauschale, zu wählen.

diagnostiziert. Der unter dem Wasserspiegel liegende Teil des Eisbergs wird dadurch kleiner. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass eine höhere Ärztedichte mit einer Qualitätsverbesserung einhergeht (siehe allerdings *Domenighetti und Crivelli 2003*).

Wissenschaftliche Erkenntnisse

Mit verschiedenen Tests lässt sich in Erfahrung bringen, ob der Arzt wirklich in der Lage ist, das Volumen der von ihm erbrachten Leistungen unabhängig vom Bedarf zu bestimmen. Dazu wird das Verhalten der Ärzteschaft in der Realität beobachtet. Ein erster Test besteht darin, die Auswirkungen einer Tarifänderung auf das Volumen oder die Häufigkeit dieser Leistung zu messen. Es geht dabei um einen Vergleich «vorher-nachher» im Modell der Einzelleistungsvergütung. Da es sich um eine unmittelbare Veränderung handelt, ist es relativ einfach, den Einfluss der Tarifänderung von den übrigen Faktoren abzugrenzen. Analog wurde in anderen Arbeiten das Verhalten der Ärzte beobachtet, wenn das Vergütungsmodell ändert (von der Kopfpauschale zur Einzelleistungsvergütung oder umgekehrt). Ein drittes häufig angewandtes Vorgehen besteht darin, die Auswirkungen einer Veränderung der Ärztedichte zwischen genügend homogenen Zonen zu vergleichen. Das Ziel besteht darin, zu bestimmen, ob die Ärzte in Gebieten mit hoher Ärztedichte ihre Tätigkeit ausdehnen, um das Einkommen zu erzielen, das sie als angemessen erachten. Dieser Test ist schwieriger, weil man sicher sein muss, dass es sich um vergleichbare Gebiete handelt, und weil andere Einflussfaktoren als Kontrollvariablen ins Modell integriert werden müssen (Merkmale der Bevölkerung und der Region). Zudem muss zwischen der Volumenveränderung auf Grund des ärztlichen Ermessensspielraums einerseits (Nachfrageinduktion) und den Auswirkungen eines besseren Zugangs bzw. einer Unterversorgung zum Zeitpunkt des Systemswechsels andererseits unterschieden werden. Selbst wenn davon ausgegangen werden kann, dass das Verhalten des Arztes für die Veränderung verantwortlich ist, kann eine Kausalität in der anderen Richtung nicht ausgeschlossen werden. Am aussagekräftigsten ist derjenige Test, bei dem die Ergebnisse am wenigsten durch Verzerrungen verfälscht sind und der darin besteht, die Häufigkeit einer bestimmten Leistung bei gut informierten Patienten (Ärzte und Angehörige) bzw. in der allgemeinen Bevölkerung zu untersuchen. Wenn eine Leistung bei der allgemeinen Bevölkerung wesentlich häufiger erbracht wird, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt das fehlende Wissen der Patienten ausnützt, um unnötige Leistungen zu erbringen.

In Dänemark haben die Allgemeinärzte in der Hauptstadt von einer Kopfpauschale zu einem gemischten System aus Kopfpauschale und Ein-

zelleistungsvergütung gewechselt, während die Ärzteschaft in der Umgebung weiterhin im System der Kopfpauschale arbeitete. Der Vergleich des Verhaltens der Ärzteschaft vor und nach dem Modellwechsel zeigt, dass die Volumina in der Hauptstadt auf Grund des Anreizes, den die Einzelleistungsvergütung bietet, stark anstiegen (*Krasnik 1990*). Dieses Ergebnis bestätigt die Induktionshypothese. Die These, wonach die Ärzte mehr und intensivere Behandlungen verschreiben, wenn die Bevölkerungszahl pro Arzt zurückgeht, wurde in verschiedenen Arbeiten belegt (*Cromwell und Mitchell 1986, Rochaix 1989*). *Delattre und Dormont (1999)* zeigen sowohl für die Allgemein- als auch für die Fachärzte eine Nachfragereduktion – weniger Konsultationen zwischen Arzt und Patienten – bei einem Anstieg der Ärztedichte. Die Elastizität der Tätigkeit in Bezug auf die medizinische Dichte ist jedoch sehr weit von -1 entfernt, was auf ein Induktionsverhalten hinweist.

Die Mehrheit der Studien, in denen das Volumen und die Kosten für die Leistungen von Ärzten mit Praxistätigkeit in unterschiedlichen Vergütungsmodellen untersucht wurden, kommt zum Schluss, dass eine Einzelleistungsvergütung zu einer Leistungsausweitung führt. In diesem Sinne wird im System der Einzelleistungsvergütung eine Einkommenseinbusse infolge einer Tarifsenkung und einer höheren Ärztezahl tendenziell durch eine Ausweitung des Volumens kompensiert.

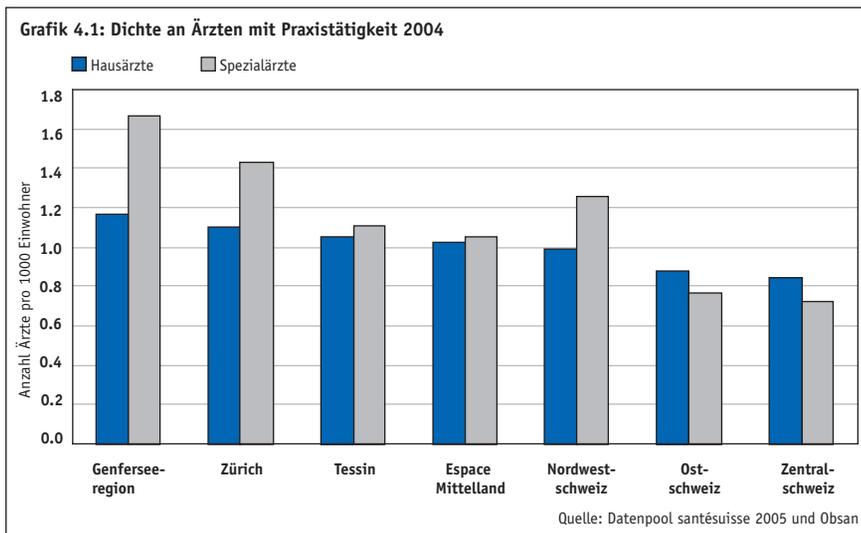
4.2.4 Ärztedichte und Gesundheitsausgaben in der Schweiz

Auswirkungen der Ärztedichte und der Einzelleistungsvergütung

Es gibt kein perfektes Vergütungsmodell für ärztliche Leistungen. Jedes System hat seine Vor- und Nachteile und ist mit spezifischen Interessenkonflikten verbunden. Die in der Schweiz im Allgemeinen verwendete Einzelleistungsvergütung für ambulante Behandlungen begünstigt die Produktivität und gewährleistet eine gute Qualität der Leistungen. Im Gegensatz zu Modellen mit Pauschalabgeltung haben komplexe Fälle keinen erschwerten Zugang zu Behandlungen. Der grösste Nachteil besteht in einer Überversorgung und einer schwierigeren Kosteneindämmung bei zunehmender Ärztedichte. Jede Zunahme der Ärztedichte führt zu einem Anstieg der Kosten für das Gesundheitswesen.

Es gibt Lösungen für dieses Problem; zum Beispiel die Einführung von Anreizmechanismen beim (Einzelleistungs-)Tarif, den Übergang zu einem Pauschalvergütungssystem, Spielraum für die Versicherer als «Gesundheitsunternehmer» (Aufhebung des Vertragszwangs) oder eine Kontrolle des medizinischen Angebots zur Verringerung des Kostendrucks.

Wenn Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit einen Ermessensspielraum haben, der es



ihnen erlaubt, auf die Nachfrage einzuwirken, besteht auch ein Risiko, dass sie ihren beruflichen Standort auf Grund der Qualitäten des Wohnorts und des beruflichen Klimas wählen und nicht auf Grund der Bedürfnisse der Bevölkerung. Wenn die Induktionshypothese zutrifft, kann sich ein Arzt in einer Agglomeration mit höherer Ärztedichte niederlassen, ohne das Risiko einer Einkommenseinbusse in Kauf zu nehmen. Dies würde einem doppelten Misserfolg des Marktes gleichkommen: Überversorgung in Regionen mit hoher Ärztedichte und Unterversorgung in den übrigen Regionen. Eine regional sehr unterschiedliche Ärztedichte würde bestätigen, dass eine Nachfrageinduktion vorliegt; ein Trend zum Ausgleich hingegen würde dafür sprechen, dass der Ermessensspielraum des Arztes und seine Möglichkeiten zur Schaffung einer Nachfrage durch den Wettbewerb beschränkt sind.

Stand der Kenntnisse in der Schweiz

Nocera und Wanzenried (2002) verwendeten Querschnitts- und Zeitreihendaten (1960–1998), um die Dynamik der Ärzterverteilung in der Schweiz zu untersuchen. Die Standortwahl der Ärzteschaft wird durch zwei entgegengesetzte Kräfte beeinflusst: Einerseits suchen die Ärzte ein gutes berufliches Umfeld, eine hohe Lebensqualität und eine Wachstumsregion, weshalb sie Agglomerationen bevorzugen. Da jedoch in den Agglomerationen die Ärztedichte höher ist, spricht der Wettbewerbseffekt dafür, diese Regionen zu meiden. Die Qualitäten der Agglomerationen haben somit einen positiven Einfluss auf die Standortwahl der Fachärzte, die sich jedoch nicht dort niederlassen werden, wo die Ärztedichte hoch ist. Der ärztliche Ermessensspielraum wird somit durch die Marktkräfte begrenzt.

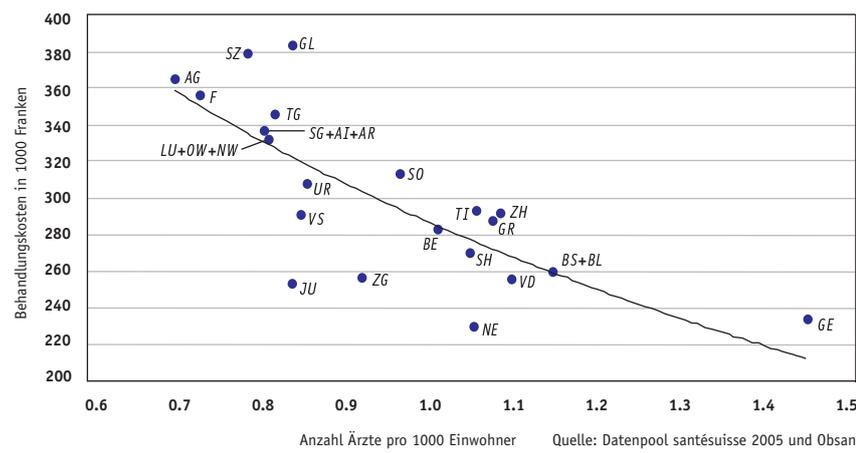
Im Rahmen einer Studie zu den Faktoren der Gesundheitskosten in der Schweiz haben *Abrahamson, Hartwig und Schips (2005)* untersucht, ob zwischen der Anzahl Einwohner pro Arzt mit

Praxistätigkeit (Indikator zur Dichte) und den Gesundheitskosten pro Kopf ein Zusammenhang besteht. Dabei wurde für dieses Modell eine einzige zusätzliche Erklärungsvariable eingeführt: das kantonale Pro-Kopf-Einkommen. Das Ergebnis der Regression zeigt, dass eine Zunahme der Ärztedichte um 1% mit einer Zunahme der Gesundheitsausgaben von 0,61% einhergeht. *Crivelli, Filippini und Mosca (2006)* befassten sich ebenfalls mit der Frage nach möglichen Gründen für unterschiedliche kantonale Pro-Kopf-Ausgaben. Mit ihrem Modell lassen sich bis zu 90% der Differenzen der Ausgaben erklären, die zulasten der Krankenversicherung und der öffentlichen Hand gehen. Der positive Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Gesundheitskosten pro Kopf ($E = 0,179$) wird als Hinweis für eine wahrscheinliche angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert.

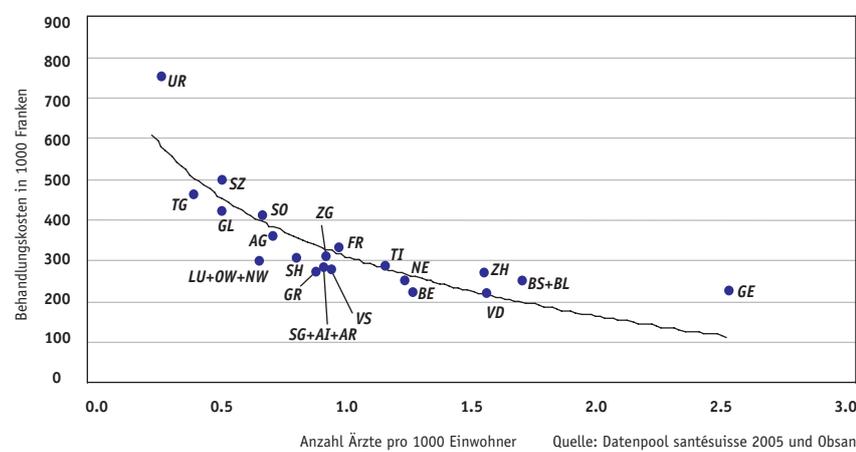
Dass die medizinischen Ausgaben pro Kopf mit steigender Ärztedichte ansteigen, lässt noch nicht darauf schliessen, dass die Ärzte eine zusätzliche Nachfrage schaffen. Die Hypothese einer Unterversorgung in Regionen mit geringer Ärztedichte muss ebenfalls in Betracht gezogen werden. Im Übrigen könnten auch die geringeren Transportkosten für den Weg zur Arztpraxis erklären, weshalb in Regionen mit hoher Ärztedichte mehr Leistungen konsumiert werden. Eine dritte mögliche Erklärung für eine Kostenzunahme ohne Induktionseffekt ist schliesslich eine Qualitätssteigerung, da jeder Arzt weniger Patienten behandelt (*Zweifel und Breyer 1997*). Es gibt somit kein einfaches Modell zur Identifikation eines Induktionseffekts, da die Dynamik sowohl vom Angebot hin zur Nachfrage (Induktion) als auch von der Nachfrage hin zum Angebot gehen kann. Wenn jedoch die Annahme einer Unterversorgung stimmt, weshalb ist dann dieser Effekt nicht zu beobachten, wenn die Ärzte durch einen fixen Lohn entschädigt werden? Selbst wenn ein doppelter Zusammenhang nicht auszuschliessen ist, legen zahlreiche Arbeiten den Schluss nahe, dass die Zunahme der Ärztezahls die Hauptursache ist.

Die eindeutigsten und aufschlussreichsten Arbeiten zum ärztlichen Ermessensspielraum und zur angebotsinduzierten Nachfrage stammen von *Domenighetti*. In einer Vergleichsstudie zwischen zwei Regionen im Tessin zeigten *Domenighetti et al. (1984)*, dass die Häufigkeit von Hysterektomien eng mit der Dichte von Gynäkologen in der entsprechenden Region korreliert. Die Hypothese einer Unterversorgung in Regionen mit geringer Ärztedichte muss ebenfalls in Betracht gezogen werden. Gemäss *Domenighetti et al. (1997)* erfolgen Hysterektomien jedoch bei Ärztinnen – den am besten informierten Leistungsbezügerinnen – und bei Frauen von Anwälten signifikant seltener als in der Gesamtbevölkerung. Die Induktionshypothese beruht auf der Tatsache, dass zwischen Arzt

Grafik 4.2: Ärztedichte und jährliche Behandlungskosten pro Arzt (bezogen auf den Wohnort des Versicherten): Hausärztinnen und Hausärzte, 2004



Grafik 4.3: Ärztedichte und jährliche Behandlungskosten pro Arzt (bezogen auf den Wohnort des Versicherten): Fachärztinnen und Fachärzte, 2004



Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um einen Induktionsmechanismus zu identifizieren. Ein erster Ansatz besteht darin, die Beziehung zwischen der Tätigkeit des Arztes (gemessen in Konsultationen oder Umsatz pro Praxis) und der Ärztedichte zu untersuchen. Bei diesem Ansatz werden mikroökonomische Elastizitätskoeffizienten verwendet, die Auskunft darüber geben, ob der Arzt in der Lage ist, das Leistungsvolumen oder das Einkommen beizubehalten, wenn er in Wettbewerb zu einer höheren Anzahl von Ärzten steht. Ein anderer Ansatz zur Beurteilung der Folgen einer höheren Ärztedichte besteht darin, die Auswirkungen auf die Zahl der Arztbesuche oder die Behandlungskosten pro Patient zu untersuchen. Die daraus resultierenden makroökonomischen Elastizitätskoeffizienten widerspiegeln die Auswirkungen einer veränderten Ärztedichte auf das Leistungsvolumen insgesamt und die Gesamtkosten zulasten der Krankenversicherung.⁷

Ohne Induktionsverhalten bewirkt eine steigende Ärztedichte lediglich eine Verringerung der Kundschaft, aber keine Veränderung des Gesamtleistungsvolumens und der Gesundheitskosten. Das Leistungsvolumen pro Arzt ist dann umgekehrt proportional zur Ärztedichte und das Verhältnis⁸ zwischen (mikroökonomischer) Elastizität des ärztlichen Leistungsvolumens zur Ärztedichte (E) beträgt -1 . Wenn die Ärzte hingegen von einem Ermessensspielraum profitieren, wäre der (relative) Rückgang der Leistungen weniger gross als die (relative) Zunahme der Dichte ($-1 < E \leq 0$). In diesem Fall bewirkt eine zunehmende Dichte einen weniger deutlichen proportionalen Rückgang des ärztlichen Leistungsvolumens. Eine Zunahme der Ärztedichte führt dann zu einem Anstieg der Gesamtkosten für Behandlungen zulasten der Krankenversicherung. Falls im Extremfall ausschliesslich ein Induktionseffekt vorliegt, reagieren weder Umsatz noch Einkommen der Ärzte auf Veränderungen der Ärztedichte ($E = 0$). Die makroökonomische Elastizität beschreibt den Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Gesamtbehandlungskosten. Ohne Induktionsverhalten ist die makroökonomische Elastizität null. Eine zunehmende Ärztedichte bleibt dann ohne Folgen für das ärztliche Leistungsvolumen und die Gesundheitskosten insgesamt. Liegt hingegen ein Induktionsverhalten vor, dann wird die makroökonomische Elastizität positiv, was auf ein Wachstum der Gesundheitskosten im Zusammenhang mit einer steigenden Ärztedichte hinweist.

Die Ärztedichte pro Kanton wird gemessen, indem die Zahl der Ärzte mit Praxistätigkeit pro 1000 Einwohner angegeben wird, wobei zwischen Hausärzteschaft (Allgemeinmedizin, innere Medizin und Pädiatrie) und Fachärzteschaft unterschieden wird. Für das Leistungs-

und Patient ein Informationsgefälle besteht. Wenn der Arzt gleichzeitig Patient ist, verschwindet dieses Informationsgefälle und die Wahl erfolgt ausschliesslich auf Grund medizinischer Überlegungen.

Selbst wenn eine Kausalität in beiden Richtungen nicht auszuschliessen ist, spricht eine ganze Palette von Hinweisen dafür, dass eine steigende Ärztedichte und damit eine geringere Patientenzahl pro Praxis der Faktor ist, der den Arzt veranlasst, bei den einzelnen Konsultationen mehr Leistungen zu erbringen und intensivere Behandlungen vorzuschlagen.

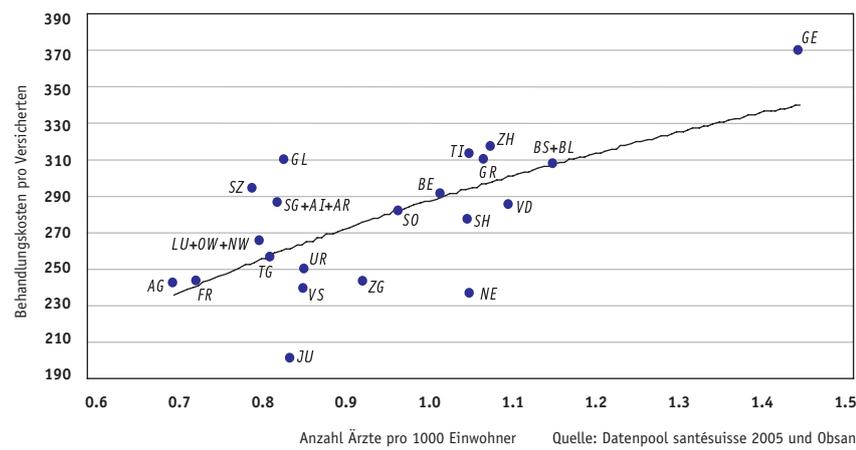
Beobachtungen zum Zusammenhang Ärztedichte – Leistungsvolumen

Die Daten zu den Kantonen bieten gutes Anschauungsmaterial zur Identifizierung einer möglichen Nachfrageinduktion durch die Ärzteschaft. Es geht dabei um eine einfache beschreibende Analyse der Beziehung zwischen Ärztedichte (Anzahl Ärzte pro 1000 Einwohner) und Leistungsvolumen. Die übrigen Nachfragefaktoren wie Bevölkerungsmerkmale (Alter, Geschlecht) oder Region (Stadt, Land) werden nicht berücksichtigt.

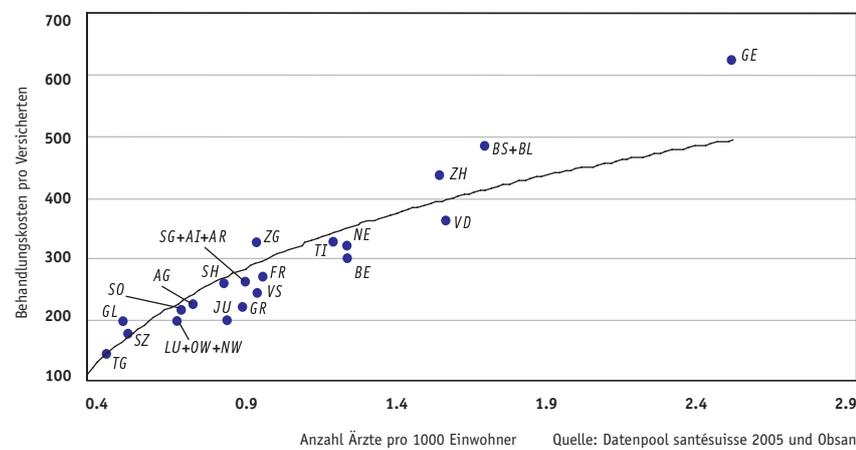
7 Die mikroökonomische Elastizität definiert den Zusammenhang zwischen prozentualer Veränderung der Leistungen eines repräsentativen Arztes und prozentualer Veränderung der Ärztedichte. Auf makroökonomischer Ebene entspricht die Elastizität der relativen Veränderung des Tätigkeitsvolumens (Konsultationen) oder der Gesamtbehandlungskosten im Verhältnis zur relativen Veränderung der Ärztedichte (siehe Delattre et Dormont 1999).

8 Bei identischen Ärzten (Delattre und Dormont 1999).

Grafik 4.4: Ärztedichte und jährliche Behandlungskosten pro Versicherten (bezogen auf den Standort des Arztes): Hausärztinnen und Hausärzte, 2004



Grafik 4.5: Ärztedichte und jährliche Behandlungskosten pro Versicherten (bezogen auf den Standort des Arztes): Fachärztinnen und Fachärzte, 2004



volumen werden zwei Indikatoren verwendet: Das Grundleistungsvolumen – das der jährlichen Zahl von Konsultationen pro Arzt entspricht – und die jährlichen Behandlungskosten (Behandlungen in Arztpraxen, ohne Medikamente).

In den *Grafiken 4.2 und 4.3* ist der Zusammenhang zwischen Ärztedichte und Behandlungskosten pro Arzt dargestellt. Eine Zunahme der Ärztedichte geht mit einem unterproportionalen Rückgang der Leistungen der Hausärzteschaft einher ($E = -0,67$). Ohne Induktionseffekt hätte die Elastizität bei rund -1 gelegen.⁹ Die Hausärzteschaft scheint mehr Einfluss auf den Umfang der Leistungen und die Wahl der technischen Verfahren im Rahmen einer Konsultation zu haben als auf die Zahl der Konsultationen.¹⁰ Das Induktionsverhalten ist bei der Fachärzteschaft etwas ausgeprägter ($E = -0,56$). Die Fachärzte können rund die Hälfte der durch stärkere Konkurrenz bedingten Leistungseinbussen kompensieren, indem sie mehr Patienten empfangen und (oder) teurere Behandlungen durchführen. Dass das Verhältnis zwischen Elastizität der ärztlichen Leistungen und Ärztedichte sehr weit von -1 entfernt ist, spricht sehr stark dafür, dass ein Verhalten

existiert, welches eine angebotsinduzierte Nachfrage auslöst.

Bei der Hausärzteschaft kommt es zu einem deutlichen Leistungsrückgang. Die Zahl der Konsultationen pro Arzt entwickelt sich umgekehrt proportional zur Ärztedichte. Bei den Fachärzten hingegen ist der Nachfragerückgang in dem Sinne unvollständig, als dass die Zahl der Konsultationen um 0,64% zurückgeht, wenn die Zahl der Ärzte in der Region um 1% steigt. Die Fachärzte können offensichtlich mehr Einfluss auf die Zahl der Konsultationen nehmen als die Allgemeinärzte.¹¹

Der (makroökonomische) Elastizitätskoeffizient zwischen Behandlungskosten pro versicherter Person und Dichte beträgt 0,51 bei den Allgemeinärzten und 0,72 bei den Fachärzten (*Grafiken 4.4 und 4.5*). Je höher die Zahl der Ärzte in einer Region, desto mehr ärztliche Leistungen nehmen die Versicherten in Anspruch. Die plausibelste Erklärung besteht darin, dass es den Ärzten gelingt, den geringeren Marktanteil sowohl durch eine grössere Zahl von Konsultationen als auch von Leistungen pro Konsultation zu kompensieren.

Das Induktionsverhalten trägt in Kombination mit einer steigenden Ärztedichte zur Zunahme der medizinischen Kosten bei. Zum Beispiel geht eine um 30% höhere Allgemeinärztedichte mit einem Anstieg der Gesamtbehandlungskosten zulasten der Grundversicherung von 14,4% bei diesen Ärzten einher, wenn die Patientenpopulation dieselbe bleibt. Bei den Fachärzten bewirkt eine Zunahme der Ärztedichte von 30% einen Kostenanstieg von 20,9%.

Die genannten Zusammenhänge weisen darauf hin, dass vom Angebot der Fachärzteschaft vermutlich eine Nachfrageinduktion ausgeht. Trotzdem muss man sich wohl darauf beschränken, auf den Zusammenhang zwischen der Anzahl Ärzte einer Region und dem Leistungsvolumen bzw. den Behandlungskosten in einer Region zu verweisen. Auch ein verbesserter Zugang zu den Leistungen in Regionen mit höherer Ärztedichte (bzw. Unterversorgung in Regionen mit geringer Dichte) könnte zumindest einen Teil des beobachteten Zusammenhangs erklären.

4.2.5 Strategie

Für die hohen Kosten des Gesundheitswesens sind mehrere Faktoren verantwortlich; sowohl solche ausserhalb des Gesundheitssystems (technologischer Fortschritt, Alterung, steigender Lebensstandard) als auch solche innerhalb des Systems (mangelnde Konkurrenz, geringe finanzielle Beteiligung der Patienten, Einzelleistungsvergütung und hohe Ärztedichte).

Die hohe Ärztedichte allein reicht nicht als Erklärung für einen umfangreichen Leistungsbezug und hohe Gesundheitskosten. Im System der Kopfpauschale geht nämlich eine zuneh-

9 Das ärztliche Leistungsvolumen kann am Wohnort des Arztes oder des Versicherten gemessen werden. Falls die Patienten ausschliesslich Ärzte am Wohnort konsultieren, resultieren identische Ergebnisse. Diese Hypothese ist jedoch nicht realistisch für Regionen, die in der Nähe einer Agglomeration liegen. Die Mobilität der Patienten beeinflusst bei dieser Messung sowohl das ärztliche Leistungsvolumen als auch die Ärztedichte. In den städtischen Kantonen wird die Ärztedichte überschätzt, weil ein Teil der Patienten (vor allem von Fachärzten) ausserhalb des Kantons wohnt. Eine Simulation hat gezeigt, dass für diesen Indikator die Verzerrung weniger gross ist, wenn zur Erfassung der Behandlungen auf den Wohnort der Versicherten abgestellt wird.

10 Delattre und Dormont (1999) bestätigen dieses Phänomen sowohl für die Allgemein- als auch für die Fachärzteschaft.

11 Genier et al. (1997) stellten ebenfalls fest, dass die Dichte von Allgemeinärzten keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, dass ein Allgemeinarzt konsultiert wird, dass aber mehr Fachärzte konsultiert werden, wenn die Fachärztedichte steigt.

mende Ärztedichte nicht mit höheren Kosten (pro Patient und insgesamt) einher, sondern lediglich mit einer Reduktion des Leistungsvolumens und des Einkommens pro Arzt. Erst die Kombination aus hoher Ärztedichte, Einzel Leistungsvergütung und fehlendem Wettbewerb bewirkt eine Kostenzunahme. Um die Auswirkungen von ärztlichem Vergütungsmodell und Ärztedichte auf das Gesundheitssystem abschätzen zu können, müssen deshalb auch die übrigen Variablen berücksichtigt werden.

Was den Wettbewerb betrifft, sind zwei Arten von Märkten zu unterscheiden: der Versicherungsmarkt (Beziehung zwischen Versicherern und Versicherten) und der Leistungsmarkt (Beziehung zwischen Versicherern und Leistungserbringern). Auf dem Versicherungsmarkt besteht zwar ein Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherern; dieser beschränkt sich jedoch auf die Auswahl guter Risiken und die Vermeidung schlechter Risiken. Das heutige Umfeld bewirkt einen fruchtlosen Wettbewerb, dessen Hauptauswirkung höhere administrative Kosten sind, da keine Anreize für eine effiziente Verwaltung bestehen. Für die Versicherer ist es nämlich rentabler, Risiken zu selektionieren als Leistungen effizient zu verwalten. Dies bestätigt ein Versicherer in seinem Geschäftsbericht (*CSS 2005*). Auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen – insbesondere des Vertragszwangs – besteht im Leistungsmarkt kein Wettbewerb, da der Versicherer nicht als «aufgeklärter Einkäufer» oder «Fund Holder» auftreten kann. Die Feststellung, dass in diesem Markt kein Wettbewerb besteht, bedeutet jedoch nicht, dass ein System mit freiem Wettbewerb wünschbar wäre. Im Gesundheitsbereich muss der Wettbewerb in einem Rahmen stattfinden, der sicherstellt, dass alle Versicherten unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand qualitativ gute Behandlungen erhalten. Wettbewerb und freie Wahl der Vertragspartner stellen die Garantie eines minimalen Leistungspakets nicht in Frage und schränken die freie Arztwahl nur unwesentlich ein.

Was das Vergütungsmodell betrifft, gewährt das Gesetz auf den ersten Blick einen beträchtlichen Spielraum. Wenn die beiden Parteien – Versicherer und Leistungserbringer – eine Einzelleistungsvergütung vereinbaren, müssen sie nach der vorgegebenen Tarifstruktur abrechnen (*TarMed, siehe Art. 43 Abs. 5 KVG*). Wenn sie sich jedoch auf eine Pauschalvergütung einigen können, verbietet ihnen niemand eine solche Regelung. Das einzige Hindernis besteht darin, dass das geltende System für die Ärzteschaft angenehm ist. Für die Ärzteschaft spricht deshalb kaum etwas dafür, zu einem System mit Kopfpauschalen überzugehen. Aus diesem Grund finden sich heute weniger als 2% der Versicherten und vermutlich ein vergleichbarer Anteil der Ärzteschaft im Vergütungssystem mittels Kopfpauschalen (*Santésuisse 2005*).

Regulierung des medizinischen Angebots

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Ärztedichte so zu beeinflussen, dass eine Zunahme der Ärztezahle nicht automatisch eine Mengenausweitung und eine Kostenexplosion zur Folge hat. Eine erste Möglichkeit besteht darin, den Zugang zum Medizinstudium einzuschränken. Eine Begrenzung beim Studieneintritt äussert sich nach rund 15 Jahren in einem Rückgang bei den diplomierten Ärztinnen und Ärzten. Die zweite Möglichkeit besteht darin, die Zahl der im Rahmen der Grundversicherung tätigen Ärzte zu reglementieren, wie dies der Bundesrat mit der im Juli 2002 in Kraft getretenen Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getan hat. Die ursprünglich für einen Zeitraum von drei Jahren vorgesehene Verordnung wurde bis Mitte 2008 verlängert. Das Ziel besteht darin, den Zustrom von Ärzten aus dem EU-Raum nach der Unterzeichnung der bilateralen Verträge einzudämmen. Mit einer Studienplatzbegrenzung lässt sich zwar die Ärztedichte steuern, diese Massnahme ist jedoch deshalb problematisch, weil man noch nicht weiss, ob es im Jahr 2020 zu wenig, oder zu viele Ärztinnen und Ärzte geben wird. Seit Ärztinnen und Ärzte aus dem EU-Raum in der Schweiz praktizieren können, ist es im Übrigen nicht mehr möglich, das medizinische Angebot über den Zugang zum Medizinstudium zu regeln. Die Zulassungsbeschränkung für praktizierende Ärzte wiederum eignet sich nur als zeitlich begrenzte Massnahme.

Das Gleichgewicht zwischen medizinischem Angebot und entsprechender Nachfrage muss durch Marktmechanismen erreicht werden. Da die Ärzte praktizieren dürfen, wenn sie die formalen Anforderungen erfüllen, gibt es dazu keine wirklichen Alternativen. Der Markt kann jedoch nur spielen, wenn die Vertragspartner frei gewählt werden können. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs soll im Übrigen ab 2008 an die Stelle der Zulassungsbeschränkung treten. Wenn kein Anspruch mehr darauf besteht, zulasten der obligatorischen Krankenversicherung praktizieren zu können, verliert der Schweizer Markt für Ärzte aus der EU erheblich an Attraktivität.

Freie Wahl des Vergütungsmodells

Die hohe Ärztedichte allein ist kein Problem. Vielmehr führt die Kombination aus hoher Ärztedichte und fehlendem Wettbewerb zu höheren Kosten und einer ineffizienten Ressourcenverwendung. Hauptgrund für den fehlenden Wettbewerb und die Informationsrente zugunsten der Leistungserbringer ist der Kontrahierungszwang. Wie *Leu (2003)* bemerkt, ist diese Informationsrente ein Fremdkörper in einem liberalen Gesundheitssystem.

Literaturangaben zu Kapitel 4.2

- Abrahamsen Y., Hartwig J., Schips B. (2005), Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz, KOF-ETHZ, Zürich.
- Crivelli L., Filipini M., Mosca I. (2006), Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons, *Health Economics* (15), 535–541.
- Cromwell J., Mitchell J. (1986), Physician-induced demand for surgery, *Journal of Health Economics* (5), 293–313.
- Delattre E., Dormont B. (1999), Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Etude microéconométrique sur des données de panels, Thema, Université de Paris X-Nanterre.
- Domenighetti G., Casabianca A., Luraschi P. (1984), Service de santé: l'offre induit-elle la demande? L'exemple de l'hystérectomie dans le canton du Tessin (Suisse), *Communication présentée au colloque de l'Association de science régionale de langue française*, 3.–4. September, Lugano.
- Domenighetti G., Casabianca A. (1997), Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyer's wives, *British Medical Journal* 1417.
- Domenighetti G., Crivelli L. (2003), Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers, *Cahier de sociologie et de démographie médicales* 397–425.
- Donaldson C., Gerard K. (1993), *Economics of the health care finance*. Macmillan, London.
- Forsberg E., Axelsson R., Bengt A. (2001), Financial incentives in health care. The impact of performance-based reimbursement, *Health Policy* 58 (3), 243–262.
- Genier P., Rupprecht F., Harnois J., Tomasini M., Wiltien F. (1997), Analyse empirique de la consommation des soins de santé au niveau microéconomique, *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale* (3).
- Gerdtham U., Sogaard J., Andersson F., Jönsson B. (1992), Econometric analysis of health expenditure: A cross-section study of the OECD countries, *Journal of Health Economics* (11), 63–84.
- Grignon M., Paris V., Polton D. (2002), L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins, *CREDES*, Paris.
- Krasnik A., Groenwegen P., Pedersen P. (1990), Changing remuneration system: Effects on activity in general practice, *British Medical Journal* (300), 1698–1701.
- Lundin D. (2000), Moral Hazard in Physician Prescription Behavior, *Journal of Health Economics* (19), 639–662.
- Nocera S., Wanzenried G. (2002), On the Dynamics of Physician Density: Theory and Empirical Evidence for Switzerland, *Diskussionsschriften*, 02–08, Universität Bern.
- Rice T. (1983), The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand, *Medical Care* (21), 803–815.
- Rochaix L. (1989), Information asymmetry in the market for physician's services, *Journal of Health Economics* (8), 53–89.

Selektive Verträge zwischen einem Versicherer und einer Gruppe von Leistungserbringern, die nicht auf einer Einzelleistungsvergütung basieren, sind zwar mit dem geltenden Gesetz theoretisch vereinbar. In der Praxis sind solche Verträge jedoch selten, da die Leistungserbringer wenig Interesse an einer entsprechenden Vereinbarung haben. Die Einführung der Vertragsfreiheit würde auf die Leistungserbringer einen gesunden Druck ausüben und die Beteiligung an einem Netz wie HMO oder PPO attraktiver machen. In einer PPO, einem flexibleren Modell, werden die Ärzte grundsätzlich pro Leistung bezahlt, und der Patient kann sich mittels höherer Kostenbeteiligung die Möglichkeit von Behandlungen ausserhalb des Netzes bewahren.

Eine zweite Wettbewerbsbeschränkung ist die Verpflichtung der Parteien, den Vertragstarif (TarMed) zu verwenden, wenn sie eine Einzelleistungsvergütung wählen. In diesem Fall ist nicht nur die Struktur des Tarifs, sondern auch die Höhe vorgegeben. Mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs verliert diese Beschränkung ihre Berechtigung, und es obliegt den Versicherern und Ärzten oder Ärztgruppen, das geeignetste Vergütungsmodell zu wählen. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass es häufig von Vorteil ist, mehrere Vergütungsformen zu kombinieren und nicht ausschliesslich Einzelleistungsvergütungen oder Kopfpauschalen anzuwenden. Wenn jedoch der Einheitstarif angewendet werden muss, ist eine solche Option ausgeschlossen. Wenn dem Markt die Aufgabe überlassen wird, die beste Vergütungsform zu finden, werden neue Modelle mit Anreizelementen auftauchen, die zur Steigerung der Qualität, der Produktivität und der Kosteneindämmung beitragen oder zu Präventionsmassnahmen motivieren.

Im Sinne eines Anreizes zur Effizienz ist es wichtig, den Leistungserbringern eine gewisse finanzielle Verantwortung zu übertragen. Genau diesen Zweck erfüllt eine prospektive Pauschalvergütung (Kopf- oder Fallpauschale). Arbeiten aus dem Ausland zeigen, dass diese Vergütungsart die Effizienz fördert, ohne die Qualität zu beeinträchtigen. Mit einer Pauschalvergütung (Kopf- oder Fallpauschale) wird der Kostenaspekt in die Entscheidung einbezogen, und der Arzt versucht, sein Budget für Behandlungen einzusetzen, die ein gutes Ergebnis zu tragbaren Preisen versprechen. Damit besteht für ihn ein Anreiz, auf kostspielige, für den Gesundheitszustand aber nur wenig relevante Behandlungen zu verzichten.

4.3 Krankenhausfinanzierung

4.3.1 Einleitung

Bei der Krankenhausfinanzierung geht es um die Frage, wer sich wie und in welchem Umfang

an der Finanzierung (teil-)stationärer Leistungen beteiligen soll. In der Schweiz sind das traditionell die Kantone und die Krankenversicherer. Im Grundversicherungsbereich spricht man demzufolge von einer dualen Finanzierung. Weil diese duale Finanzierung mit zahlreichen Problemen behaftet ist, sind in jüngerer Zeit verschiedene Versuche auszumachen, dieses System zu modifizieren oder zu einem monistischen Finanzierungssystem überzuwechseln, bei welchem den Leistungserbringern auf der Finanzierungsseite jeweils nur ein Kostenträger gegenüber steht.

Im vorliegenden Beitrag werden in *Kapitel 4.3.2* zunächst die geltende Finanzierungsregelung und ihre Probleme diskutiert. In *Kapitel 4.3.3* werden die in der Botschaft des Bundesrates zur 2. KVG-Revision (2000) angestrebte Spitalfinanzierung (sog. dual-fixe Finanzierung) mit ihren Vor- und Nachteilen sowie ausgewählten Änderungen durch das Parlament vorgestellt. Nach dem Scheitern der Vorlage Ende 2003 hat der Ständerat als Erstrat im März 2006 erneut eine Revision verabschiedet und an den Nationalrat überwiesen. Die Eckwerte dieser Vorlage, die sich ebenfalls auf eine duale Finanzierung abstützt, werden – soweit sie die Krankenhausfinanzierung betreffen – in *Kapitel 4.3.4* skizziert. In *Kapitel 4.3.5* wird ein Ansatz vorgestellt, der von unabhängigen Experten und Parlamentariern entwickelt worden ist, verstärkt auf Wettbewerb setzt und die Qualität und Kostengünstigkeit der stationären Leistungen ins Zentrum rückt. Auch in diesem Ansatz wird die duale Spitalfinanzierung aus Gründen der politischen Durchsetzbarkeit zunächst beibehalten. *Kapitel 4.3.6* schliesslich befasst sich mit den zentralen Merkmalen einer monistischen Spitalfinanzierung (single payer system).

Unterschieden werden muss in diesem Zusammenhang zwischen Krankenhausfinanzierung einerseits und Vergütungsform der stationär erbrachten Leistungen andererseits. Im ersten Fall geht es um die Frage, wer die stationär erbrachten Leistungen bezahlt (Kantone/Gemeinden, Versicherte, Patienten), im zweiten darum, in welcher Form die Leistungen verrechnet werden (Einzelleistungsvergütung, Pauschalen etc.). Die Frage der Vergütungsform stellt sich in jedem Finanzierungssystem. Im Vordergrund stehen heute diagnosespezifische Fallpauschalen, wie sie in einigen Kantonen bereits eingesetzt werden. Auch der bundesrätliche Revisionsvorschlag enthält leistungsbezogene Fallpauschalen. Im Moment scheint der Wechsel auf diese Art der Vergütung auf breiten Konsens zu stossen. Wir gehen hier nicht weiter auf die (bekannten) Vor- und Nachteile dieser Vergütungsform ein (vgl. z.B. Breyer, Zweifel, Kifmann 2002; Leu 2004a) und beschränken uns auf das Problem der Spitalfinanzierung.

- Simoens S., Giuffrida A. (2004), The Impact of Physician Payment Methods on Raising the Efficiency of the Healthcare System – An International Comparison, *Applied Health Economics and Health Policy* 3 (1), 39-46.
- Simoens S., Hurst J. (2006), The Supply of Physician Services in OECD Countries, *OECD Health Working Papers* (21).
- Zweifel P., Breyer F. (1997), *Health Economics*, Oxford University Press.

4.3.2 Die heutige Spitalfinanzierung und ihre Probleme

Das heutige System ist dual in dem Sinne, dass öffentliche Hand (Kantone und Gemeinden) und Krankenkassen sich getrennt und teilweise unabhängig voneinander an der Finanzierung des stationären Bereichs beteiligen. Die Kantone tragen die Investitionskosten, mindestens 50 Prozent der sog. anrechenbaren Betriebskosten und zusammen mit den Gemeinden die Defizite der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler (Objektsubventionierung). Die Krankenkassen ihrerseits übernehmen bei stationärer Behandlung in der allgemeinen Abteilung maximal 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten.

Für die duale Art der Finanzierung sprachen bei der Ausgestaltung des KVG zwei Gründe: ein Verteilungs- und ein Effizienzargument. Unter Verteilungsgesichtspunkten wäre eine reine Finanzierung über pauschale Prämien, d.h. allein durch die Krankenkassen, nach vorherrschender Ansicht zu regressiv gewesen und stellte damit politisch keine Option dar. Gleichzeitig wurde aber auch ein Wechsel auf eine reine Steuerfinanzierung, welche die Pauschalprämie als zentrales Wettbewerbsselement aus dem KVG eliminiert hätte, als politisch nicht opportun empfunden. Die heute bestehende duale Finanzierung stellte somit einen für alle Seiten akzeptablen Kompromiss dar. Darüber hinaus gibt die Objektsubventionierung den Kantonen aber auch ein Steuerungsinstrument zur Spitalplanung in die Hand. Entsprechend gehört die heutige duale Spitalfinanzierung vom Konzept her eher zu einem planwirtschaftlichen (Globalbudget-) Ansatz. Die Kantone bestimmen über die Objektsubventionierung und weitere Regulierungsinstrumente (Spitalplanung, Spitallisten) Gesamtkapazität und Struktur des Spitalsektors.

Die beschriebene Finanzierung ist mit einer Reihe von Problemen verbunden:

- a) Die einseitige Subventionierung der stationären Behandlung durch Kantone und Gemeinden führt für die Kostenträger zu einer Verzerrung der relativen Kosten zwischen stationärer Behandlung einerseits, teilstationärer und ambulanter Behandlung andererseits.
 - b) Die Kantone haben nur ein beschränktes Interesse an niedrigen Tarifen im stationären Bereich, weil sie allenfalls entstehende Defizite selber tragen müssen (Defizitgarantie für öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler). Dies wirkt sich insbesondere dann nachteilig aus, wenn sich Krankenkassen und Spitäler nicht auf einen Tarifvertrag einigen können. Gemäss Art. 47 KVG kommt den Kantonen in diesem Fall die Schiedsrichterrolle zu. Damit reduziert sich der Druck, kosteneffizient zu produzieren. Die Kantone sind so in der Lage, Strukturbereinigungen
- aufzuhalten oder zu verzögern. Allerdings haben die Krankenversicherer die Möglichkeit, gegen ihres Erachtens zu hohe Tarife beim Bundesrat Beschwerde zu führen.
- c) Alternative Versicherungsmodelle¹² werden benachteiligt. HMO z.B. erzielen ihre Kostenersparnisse zum grössten Teil über geringere Hospitalisationsraten und kürzere Spitalaufenthalte im stationären Behandlungsfall (vgl. Manning et al. 1984). Wegen der Subventionierung der stationären Leistungen können sie nur einen Teil der effektiven Kosteneinsparungen selber realisieren und in Form reduzierter Prämien an ihre Versicherten weitergeben. Mehr als die Hälfte dieser Kosteneinsparung kommt der öffentlichen Hand zugute. Dadurch wird die Entwicklung dieser Managed-Care-Modelle behindert und der an sich mögliche Wettbewerbs- und Prämiendruck auf die traditionellen Versicherungen reduziert.
 - d) Die heutige Regelung führt in vielen Fällen zu aufwändigen Abklärungen und Querelen darüber, wer welchen Teil der Kosten zu übernehmen hat (z.B. bezüglich Abgrenzung stationärer von teilstationären Leistungen). Leidtragende dieser Situation sind insbesondere die stationären Leistungserbringer.
 - e) Durch eine Fehlinterpretation des KVG waren die Zusatzversicherten bis Ende 2001 gezwungen, eine Quersubvention in Höhe von rund 700 Mio. CHF an die ausschliesslich Grundversicherten zu leisten. Diese Quersubvention erfolgte über zwei Kanäle. Einmal wurde den Zusatzversicherten der sog. Sockelbeitrag des Kantons verwehrt, obwohl auch sie mit ihren Steuern die Behandlung der ausschliesslich Grundversicherten sowie die Defizite in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern mitfinanzierten. Zum zweiten wurden und werden die «Gewinne» in den halbprivaten und privaten Abteilungen, welche durch die überhöhten Tarife für Zusatzversicherte Patienten zustande kommen, zur Reduktion der Defizite in der allgemeinen Abteilung verwendet.
 - f) Nach dem zweiten Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) bezüglich innerkantonalen Hospitalisationen haben Zusatzversicherte nun grundsätzlich Anrecht auf gleiche kantonale Kostenbeiträge wie die ausschliesslich grundversicherten Patienten, allerdings nur, wenn sie sich in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern stationär behandeln lassen. Konkret bedeutet dies, dass die Kantone im Gegensatz zur vorher geltenden Praxis mindestens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten aller Patienten in allen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern des Wohnkantons, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, unabhängig von ih-

¹² Health Maintenance Organizations (HMOs), Hausarztmodelle (HAMs) etc.

rer Liegeklasse und Versicherungskategorie übernehmen müssen.

- g) Die vollständige Umsetzung des EVG-Entscheidung reduziert die Quersubventionierung der ausschliesslich Grundversicherten durch die Zusatzversicherten zwar deutlich, kann sie aber nicht vollständig aufheben. So können allgemeine Abteilungen weiterhin aus den «Gewinnen» der Halbprivat- und Privatabteilungen quersubventioniert werden. Ausserdem haben Zusatzversicherte, die sich in nicht subventionierten Spitälern mit privater Trägerschaft behandeln lassen, weiterhin keinen Anspruch auf einen Kantonsbeitrag.

4.3.3 Spitalfinanzierung gemäss Botschaft zur 2. KVG-Revision vom 8.9.2000

Die Vorlage des Bundesrates hatte zum Ziel, die Funktionsweise des bisherigen Systems zu verbessern und bestehende Unklarheiten und Abgrenzungsprobleme zu beseitigen. Entsprechend wurde grundsätzlich an der dualen Finanzierung im Spitalsektor festgehalten. Zentrales Element der Vorlage war der Übergang von der Spital- zur Leistungsfinanzierung. Die Kantone sollten im Wesentlichen die Hälfte der gesamten Kosten stationär erbrachter Leistungen übernehmen. Die Unterscheidung zwischen Betriebs- und Investitionskosten wurde aufgehoben. Im Einzelnen setzte sich der Vorschlag des Bundesrats aus folgenden Hauptelementen zusammen:

- a) Anrecht auf eine Vergütung von Leistungen im Rahmen der Grundversicherung haben alle Patienten in allen Spitälern und teilstationären Einrichtungen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind. Die Vergütung erfolgt unabhängig von der Trägerschaft des Spitals und der Liegeklasse der Patienten.
- b) Die Versicherten können zwischen den auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitälern frei wählen.
- c) Die Spitalliste enthält sowohl Leistungserbringer im stationären als auch im teilstationären Bereich. Die teilstationäre Behandlung wird damit dem Finanzierungs- und Planungsregime des stationären Bereiches zugeordnet.
- d) Damit eine teilstationäre Einrichtung Aufnahme in der Spitalliste finden kann, muss sie einerseits über eine Infrastruktur zur Überwachung und Betreuung des Patienten verfügen, andererseits darf die Aufenthaltsdauer des Patienten 24 Stunden nicht überschreiten. Die genauen Abgrenzungen sollen auf Verordnungsstufe festgelegt werden.
- e) Die Kantone und Krankenversicherer beteiligen sich je hälftig an der Finanzierung der stationären und teilstationären Leistungen.
- f) Der Finanzierungsschlüssel bezieht sich auf die gesamten Kosten einer bestimmten stationären oder teilstationären Behandlung.

Die unterschiedliche Behandlung von Investitions- und Betriebskosten wird aufgehoben.

- g) Die Abgeltung von Leistungen soll soweit als möglich durch leistungsbezogene prospektive Pauschalen erfolgen. Damit soll eine Abkehr von der ineffizienten automatischen Kostendeckung und Defizitübernahme einhergehen.
- h) Die Kosten für Lehre und Forschung werden separat durch Bund und Kantone abgegolten.
- i) Liegen keine medizinischen Gründe und kein Notfall vor, kommen bei ausserkantonaler Hospitalisation bzw. ausserkantonaler teilstationärer Behandlung die Tarife des Wohnkantons zur Anwendung. Der Vorteil einer solchen Regelung liegt darin, dass der Spitaltourismus eingeschränkt wird und Kantone mit niedrigen Spitaltarifen ihre Kosten besser unter Kontrolle halten können. Dem stehen als Nachteile der administrative Aufwand und der dadurch entstehende diskretionäre Entscheidungsspielraum für den Kantonsarzt gegenüber. Insbesondere wird aber der Anreiz reduziert, qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen, weil die Patienten die Leistungserbringer nur innerhalb der Kantonsgrenzen wählen können.
- j) Die Übergangsbestimmungen sahen vor, die Behandlung von Investitionen, die vor dem Inkrafttreten des revidierten Gesetzes getätigt wurden, auf Verordnungsstufe zu regeln.

Beurteilung des bundesrätlichen Vorschlags

Gegenüber der geltenden Finanzierungspraxis brachte der damalige Vorschlag des Bundesrats einige substanzielle Verbesserungen (vgl. *Leu und Hill 2002*):

- a) Die indirekte Quersubventionierung der Grundversicherten durch die Zusatzversicherten wird weiter reduziert, da auch Versicherte, die sich in Privatspitälern behandeln lassen, in den Genuss von Kantonsbeiträgen gelangen können, sofern diese Spitäler auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.
- b) Spitäler mit privater Trägerschaft werden im Prinzip gleich behandelt wie öffentliche und öffentlich subventionierte Spitäler. Allerdings sind sie darauf angewiesen, auf der Spitalliste des Kantons Aufnahme zu finden.
- c) Die fixe Kostenaufteilung verhindert Kostenüberwälzungen, schaltet Querelen bezüglich Kostendeckungsgrad aus, ermöglicht eine bessere Budgetplanung in den einzelnen Spitälern und fördert die gesamtschweizerische Harmonisierung.
- d) Von der unbesehenen Kostenübernahme wird Abstand genommen. Statt dessen sollen prospektive Vergütungsformen (Pauschalen) eingeführt werden, die den Krankheitsfall als Abgeltungsbasis heranziehen (vgl. *dazu Breyer, Zweifel, Kifmann 2002, McGuire 1995*).

- e) Weil Investitionen amortisiert werden müssen, entsteht ein Anreiz zum Abbau von Überkapazitäten in den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern.
- f) Generell wird der Anreiz für die Spitäler verstärkt, unternehmerisch zu denken und zu handeln.
- g) Positiv zu beurteilen ist die in den Übergangsbestimmungen angesprochene Regelung bereits getätigter Investitionen. Um neue Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, ist die Aufnahme einer retrospektiven Amortisationspflicht unabdingbar. Generell empfehlenswert erscheint in diesem Zusammenhang die Einrichtung kantonaler Investitionspools, aus denen die Spitäler ihre Investitionen finanzieren können. Im Gegensatz zu heute müssten die entsprechenden Kredite allerdings verzinst und amortisiert werden (vgl. *Leu et al. 1999, S. 22 ff.*).

Trotz diesen Verbesserungen bleiben aber die folgenden Schwachpunkte bestehen:

- a) Der fixe Kostenteiler bezieht sich nur auf die (teil-)stationären Behandlungskosten. Gehen diese anteilmässig zurück, sinkt auch der Anteil der Gesundheitskosten, der über Steuern finanziert wird. Der Begriff dual-fix ist in diesem Sinne irreführend.
- b) Auch wenn der Kostenteiler (für einen Teil der Behandlungskosten) fixiert ist, löst das nur einen Teil der Probleme. Die Frage ist auch, worauf er sich beziehen soll.¹³
- c) Alternative Versicherungsformen können ihre Kosteneinsparungspotenziale wegen der Beibehaltung einer dualen Finanzierung weiterhin nur zum Teil realisieren. Dies reduziert die Wettbewerbsintensität und damit den Kostendruck von der Nachfrageseite.
- d) Im Entwurf ist keine explizite Abkehr von der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand vorgesehen. Bei einer allfälligen (offenen oder verdeckten) Beibehaltung der Defizitdeckung (Objektsubventionierung) werden durch die Einführung prospektiver Vergütungsformen nur bedingt Anreize zur Kosteneinsparung wirksam.
- e) Interessenkonflikte ergeben sich für die Kantone weiterhin aus ihrer Mehrfachfunktion als Betreiber und Mitfinanzierer der öffentlichen bzw. Mitfinanzierer der öffentlich subventionierten Spitäler. Besonders ausgeprägt ist diese Situation, wenn die Vertragsparteien sich über die vorgesehenen Pauschalen nicht einigen können, weil den Kantonen gemäss *Art. 47 KVG* in diesem Fall auch die Schiedsrichterrolle zukommt. Diese Interessenvermischung reduziert den an sich möglichen nachfrageseitigen Kostendruck.
- f) Die in der Botschaft vorgesehene integrale quantitative Planung aller Spitalkapazitäten (*Art. 39 Abs. d und e*) stellt einen Schritt in

Richtung auf eine stärker planwirtschaftliche Organisation des Spitalsektors dar, weil nun auch die Leistungsanbieter mit privater Trägerschaft der Planung unterworfen werden.

- g) Bei der Festlegung der Spitalisten und der Listen für teilstationäre Einrichtungen besteht weiterhin ein diskretionärer Entscheidungsspielraum für die Kantone. Die in der Zwischenzeit erfolgten Äusserungen von kantonalen Gesundheitsdirektoren zeigen unzweifelhaft, dass eine nichtdiskriminierende Behandlung der Privatspitäler nicht erwartet werden kann (vgl. *Biersack 2005*).

Modifikationen durch das Parlament

Der Ständerat hat sich ausführlich mit der Frage auseinandergesetzt, ob der Begriff «teilstationär» zweifelsfrei von stationärer und ambulanter Behandlung abgegrenzt werden könne. Speziell auch aufgrund der schlechten Erfahrungen im Rahmen des KVG ist er zur Überzeugung gelangt, dass dieser Begriff mit Vorteil aufgehoben würde. Damit hat er ein Element der im Vergleich zu heute weiter gehenden Planungspflicht aus der Botschaft eliminiert. Der Entscheid hat Auswirkungen für die Aufteilung der Gesundheitskosten auf Kantone und Versicherer, weil die teilstationäre Behandlung gemäss Botschaft hälftig von den Kantonen zu finanzieren wäre.

Auch im stationären Bereich hat der Ständerat auf Antrag seiner Kommission für Gesundheit und Soziales die Botschaft des Bundesrats dahingehend modifiziert, dass die Planungspflicht auf KVG-Leistungen reduziert wird (Modifikation der Artikel 25 und 39 der Botschaft). Wie im Modell des Bundesrates müssen alle Spitäler bzw. Spitalabteilungen, die in den Genuss der kantonalen Leistungsbeiträge kommen wollen, auf der nach Abteilungen gegliederten Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sein. Indes ist es nunmehr möglich, auch Leistungen für Zusatzversicherte anzubieten, wenn nur die gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen (*Art. 39 Abs. 1–3*) erfüllt sind. In diesem Fall wird der Kantonsbeitrag nicht ausgerichtet, und auch die Grundversicherung ist nicht zur Zahlung verpflichtet; d.h. die Behandlungskosten müssen vollumfänglich über die Zusatzversicherung abgedeckt werden. In den Übergangsbestimmungen beauftragt der Ständerat den Bundesrat ausserdem, innerhalb von fünf Jahren eine Gesetzesrevision zu beantragen, «die den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht, so dass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht». Ausserdem sieht er die Möglichkeit vor, dass «Kantone und Versicherer (...) den Übergang zu einem monistischen System vertraglich vereinbaren können.»

4.3.4 Laufende Revision

Nachdem die beschriebene Revision in der Schlussabstimmung im Dezember 2003

¹³ Die Abgrenzung ambulant/teilstationär/stationär ist in der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) enthalten.

im Parlament knapp scheiterte¹⁴, versuchte Bundesrat Couchepin mit einer Strategie der «kleinen Schritte», die KVG-Revision wieder in Schwung zu bringen. Im Entwurf des Bundesrates vom 15. September 2004 (Teilrevision Spitalfinanzierung) wurde die dual-fixe Finanzierung aus dem Vorgängerprojekt übernommen, weil sie seinerzeit mehrheitsfähig war. Ebenfalls übernommen wurde die hälftige Aufteilung der Finanzierung auf Kantone und Kassen (Art. 49a Abs. 3). Der Ständerat als Erstrat versuchte jedoch zunächst, einen eigenen Finanzierungsvorschlag auszuarbeiten, der in Richtung monistische Spitalfinanzierung ging. Aufgrund des massiven Widerstands der Kantone erlitt aber auch dieser Vorschlag Schiffbruch. Anschliessend griff er wieder auf die in der Botschaft vorgeschlagene dual-fixe Finanzierung zurück, legte aber die Finanzierungsanteile für Kantone und Kassen anders fest (vgl. auch BAG 2005). Gemäss Art. 49a Abs 2 soll der kantonale Anteil mindestens 60 Prozent betragen. Eine Ausnahme wird den Kantonen mit im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt unterdurchschnittlichen Prämien für Erwachsene zugestanden. Diese können ihren Anteil bis auf 45 Prozent senken. Die Kantone müssen den für das kommende Kalenderjahr geltenden Anteil spätestens neun Monate vorher festlegen. Ebenfalls beibehalten wird in der Version des Ständerates der Übergang zur Leistungsfinanzierung (leistungsbezogene Fallpauschalen). Schliesslich wird in Abweichung vom Entwurf des Bundesrates eine Unterteilung in Listen- und Vertragsspitäler vorgenommen. Die Vorstellung dabei ist, dass alle grundversicherten Leistungen in den Listenspitalern von den Kantonen mitfinanziert werden müssen, unabhängig von der Eigentumsform des Krankenhauses. Bei den Vertragsspitalern ist demgegenüber weder der Kantonsbeitrag geschuldet noch sind die Kassen verpflichtet, mit diesen Spitalern eine vertragliche Bindung einzugehen. Diese Regelung ist sowohl bei den Kantonen (Konferenz der Kantonsregierungen 2006) als auch bei den Spitalern aus unterschiedlichen Gründen auf heftige Kritik gestossen.

Verschiedene Kantonsvertreter scheinen im Moment eine Rückkehr zum status quo ante, also vor Inkrafttreten des KVG, zu favorisieren. Zusatzversicherte würden in diesem Fall zwar in allen Spitalern gleich behandelt, hätten aber keinen Anspruch mehr auf den Kantonsbeitrag im Behandlungsfall. Die heute bestehende Diskriminierung der Privatspitäler gegenüber den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalern würde in diesem Bereich aufgehoben. Die Diskriminierung der Zusatz- gegenüber den ausschliesslich Privatversicherten würde demgegenüber in vollem Umfang wiedereingeführt. Hinter diesem Ansatz steht die Überzeugung, dass es weder möglich noch erwünscht sei, die Privatspitäler, die im Akutbereich immerhin ei-

nen Marktanteil von 20 bis 25 Prozent aufweisen, in eine umfassende staatliche Planung zu integrieren.

Bei den Spitalern sind es insbesondere die Privatspitäler, die sich durch die ständerätliche Revision existenziell bedroht fühlen. Während der Entwurf des Bundesrates ebenso wie das geltende KVG eine Bestimmung enthält, wonach private Trägerschaften angemessen in die Planung miteinzubeziehen seien (Art. 39 Abs. 2), fehlt ein solcher Hinweis in der ständerätlichen Version. Die in der Dissertation von Biersack (2005) zusammengetragenen und auch seither regelmässig wiederholten Äusserungen kantonaler Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren lassen ausserdem keinen Zweifel daran aufkommen, dass Privatspitäler zu einem beträchtlichen Teil in die Gruppe der Vertragsspitäler eingeteilt oder in ihrer operativen Bewegungsfreiheit so stark eingeschränkt würden, dass die wirtschaftliche Selbständigkeit weitgehend verloren ginge.

Umstritten ist auch die Planung der Spitzenmedizin. Bundesrat und Ständerat gehen übereinstimmend davon aus, dass die «hochspezialisierte Medizin» einer staatlichen Planung unterworfen werden müsse (Art. 39 Abs. 2 und 3 bzw. 39a Abs. 3). Danach beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Der Bundesrat schreitet ein, wenn die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen. Aus einer ordnungspolitischen Sicht problematisch ist, dass der Begriff «hochspezialisierte Medizin» nicht definiert ist und nach Ansicht von Experten wesentlich weiter gefasst werden müsste, als dies heute der Fall ist. Damit wird auch von dieser Seite der Gefahr einer fortschreitenden Verstaatlichung und planwirtschaftlichen Ausgestaltung des Gesundheitswesens Tür und Tor geöffnet.

4.3.5 Ein alternatives Modell: Patient und Qualität im Mittelpunkt

Ein wesentliches Element im Entwurf des Bundesrates ebenso wie in der Version des Ständerates ist der weitere Ausbau der Spitalplanung. Dies erstaunt insofern, als die kantonale Spitalplanung in verschiedener Hinsicht als Misserfolg bezeichnet werden muss (Biersack 2005; Sommer und Biersack 2002). Gerade in diesem Bereich ist das Kostenwachstum am grössten; Bettendichte, Aufenthaltsdauer, Höhe der Spitalkosten und Anteil der Spitalkosten an den gesamten Gesundheitskosten erreichen weltweit Spitzenwerte (OECD 2001). Umgekehrt hinkt die Schweiz bezüglich Qualitätskontrolle im stationären Bereich deutlich hinter anderen Ländern her (OECD 2006). Die kantonale Spitalplanung ist auch eine der zentralen Ursachen für die Segmentierung und Aufsplitterung des Gesundheitswesens sowie den interkantonalen Aufrüstungswettbewerb. Dieser desolate Leistungsausweis der kantonalen Spitalplanung ruft

¹⁴ Das Scheitern war primär auf die unmittelbar zuvor erfolgte Abwahl von Frau BR Metzler zurückzuführen, welche zur Folge hatte, dass sich die CVP, die das Paket vorher grossmehrheitlich unterstützt hatte, aus Protest geschlossen der Stimme enthielt.

dringend nach einer Neuorientierung. Dabei geht es einerseits darum, verstärkt wettbewerbliche Elemente ins Gesundheitswesen zu integrieren. Andererseits ist aber auch die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen zu überprüfen.¹⁵ Das Parlament steht bei dieser Teilrevision vor einem Richtungsentscheid zwischen mehr Wettbewerb oder mehr staatlicher Planung im Gesundheitswesen. Übernimmt es die Vorlage des Ständerates, macht es einen klaren Schritt in Richtung eines noch stärker planwirtschaftlich ausgerichteten Spitalsektors. Problematisch ist neben dem weiteren Ausbau der kantonalen Spitalplanung insbesondere auch, dass keinerlei Anreize für Qualitätswettbewerb eingebaut werden. Hier setzt ein von unabhängigen Experten und Parlamentariern entwickeltes Alternativmodell an, das zwar die duale Spitalfinanzierung beibehält, aber stärker auf wettbewerbliche Elemente als auf Planung setzt (*Leu, Poledna 2006*). Es weist folgende Elemente auf:

(1) Regulator auf Bundesebene

Der Regulator (eidgenössische Krankenversicherungskommission, im folgenden Kommission) besteht aus sieben vom Bundesrat gewählten Sachverständigen, welche sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, Versicherer, Versicherten, der öffentlichen und privaten Trägerschaften sowie des Bundes zusammensetzen. Die Kommission lehnt sich von der Idee her eng an die Regulierungsbehörde im Telekommunikationsbereich (ComCom) an. Sie hat im Wesentlichen vier Aufgaben: Erstens regelt und überwacht sie die Grundversorgung mit stationären Leistungen und legt hierzu den regional und überregional abzudeckenden Mindestbedarf fest. Sie kann die Versicherer zwingen, zur Bedarfsabdeckung Verträge mit Spitälern abzuschliessen. Zweitens erarbeitet sie zusammen mit den ärztlichen Fachgesellschaften Indikatoren für die Qualität der Leistungserbringung. Basierend auf diesen Qualitätsindikatoren und den in Einführung begriffenen diagnose-spezifischen Fallpauschalen führt sie drittens einen landesweiten veröffentlichten Qualitäts- und Kostenvergleich der Spitalabteilungen durch. Viertens kann sie Streitigkeiten zwischen Versicherern und Spitälern über Abschluss und Inhalt von Verträgen regeln, gegen Beseitigungen oder Einschränkungen des Wettbewerbs einschreiten (unter vorgängiger Konsultation der Wettbewerbskommission), Daten von Bundesbehörden, Krankenversicherern und Leistungserbringern einverlangen, prüfen und auswerten sowie eigene Untersuchungen führen. Die Kommission ist nicht weisungsgebunden, verfügt über ein eigenes Sekretariat und kann Verfügungen und Verordnungen erlassen. Verfügungen der Kommission unterstehen der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht.

(2) Selektiver Kontrahierungszwang

Die Zulassung von Spitälern oder deren Abteilungen setzt in jedem Fall eine kantonale Bewilligung gemäss Art. 39, Bst. a–c voraus. Es handelt sich dabei im wesentlichen um eine gesundheitspolizeiliche Vorschrift. Dem Kontrahierungszwang¹⁶ unterliegen neu diejenigen Spitäler bzw. Spitalabteilungen, welche im von der Kommission durchgeführten Leistungsvergleich landesweit zu den qualitativ besten und kostengünstigen Leistungserbringern zählen. Der Bundesrat legt jährlich den prozentualen Anteil der Spitäler fest, die nach diesem kumulativen Kriterium (Qualität und Kostengünstigkeit) dem Vertragszwang unterstellt werden. Dieser Schwellenwert soll zwischen 75 und 100 Prozent liegen. Vorstellbar ist beispielsweise, dass man im ersten Jahr mit 100 Prozent beginnt, dann den Schwellenwert auf 98 oder 95 Prozent reduziert, bis die erwünschte Strukturbereinigung stattgefunden hat. Anschliessend kann der Schwellenwert wieder hochgefahren werden. Auf diese Weise kann die Spitalkapazität mittelfristig abgesenkt werden, ohne auf willkürliche Entscheide zurückzugreifen. Gleichzeitig wird für die Leistungserbringer ein starker Anreiz zur Sicherung und Erhöhung der Leistungsqualität geschaffen, der letztlich den Patientinnen und Patienten zugute kommt. Spitäler oder deren Abteilungen, die nach diesem kumulativen Kriterium nicht zu der Gruppe der besten Spitäler gehören, können trotzdem dem Kontrahierungszwang unterstellt werden, wenn sie zur Deckung der von der Kommission vorgegebenen Mindestversorgung unabdingbar sind. Für alle übrigen Spitalabteilungen gilt die Vertragsfreiheit. Diese sind darauf angewiesen, dass ein Krankenversicherer einen Vertrag mit ihnen abschliesst, der Inhalt und Umfang der Zulassung regelt. Das beschriebene Zulassungssystem löst die kantonale Spitalplanung mittels Spitallisten ab.

(3) Binnenmarkt

Patientinnen und Patienten können schweizweit unter den qualitativ und kostenmässig günstigsten Spitälern wählen, sofern diese dem Vertragszwang unterstehen. Die kantonalen Grenzen fallen. Dank der durch den veröffentlichten Leistungsvergleich verbesserten Information wird eine echte Wahl zwischen Spitalabteilungen möglich. Die Einführung des Binnenmarktes ist auch eine Voraussetzung für die Aufhebung des Territorialprinzips, das im Moment ja auf Projektbasis ansatzweise gelockert wird.

(4) Dual-fixe Finanzierung

Die Art der Finanzierung steht in diesem Modell nicht im Vordergrund. Weil eine monistische Finanzierung zum jetzigen Zeitpunkt am Widerstand der Kantone scheitert, wird die dual-fixe Finanzierung beibehalten. Ob sich die Vorgabe des Ständerates oder die Vorstellungen der Kan-

15 Die Ansicht «Wenn schon Spitalplanung, dann auf Bundes- und nicht auf Kantonsebene» wird von vielen Ökonomen geteilt.

16 Der Begriff «Kontrahierungszwang» ist an sich nicht korrekt, hat sich aber mit dem KVG eingebürgert. Kontrahierungszwang im Sinne des KVG Sinn bedeutet im wesentlichen, dass die Spitäler die Patientinnen und Patienten aller anerkannten Krankenversicherer mit Wohnsitz im Kanton aufnehmen und behandeln müssen; umgekehrt müssen Kantone und Versicherer anteilig für die Vergütung der erbrachten Leistungen aufkommen. Die ausserkantonale Hospitalisation wird dabei separat geregelt.

tone durchsetzen, ist für das beschriebene Modell ohne Bedeutung.

Gewinner einer solchen Reform wären in erster Linie die Patientinnen und Patienten. Die neu geschaffene Transparenz würde ihnen eine echte Wahl zwischen Spital(-abteilungen) ermöglichen und die Leistungsanbieter zur Qualitätssteigerung anhalten. Einführung und Verbreitung neuer Technologien würden gefördert. Der doppelte Leistungswettbewerb und die damit verbundene Gleichbehandlung aller kantonalen und ausserkantonalen sowie öffentlichen und privaten Spitäler würde deren unternehmerische Freiheit stärken, zu einer Strukturbereinigung führen und eine qualitätssteigernde und kostensenkende Spezialisierung fördern.

4.3.6 Monistische Spitalfinanzierung¹⁷

Im Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG vom September 2004 ist in den Übergangsbestimmungen vorgesehen, dass der Bundesrat innerhalb von drei Jahren eine weitere Gesetzesrevision vorschlagen müsse, die «den Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem vorsieht...». Obwohl dieser Passus vom Ständerat im März 2006 gestrichen wurde, werden im folgenden die Grundzüge einer monistischen Finanzierung sowie des dazu passenden Wettbewerbsmodells vorgestellt.

Zum Begriff «Monistische Spitalfinanzierung»

Die zentralen Merkmale einer monistischen Finanzierung sind der Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung (Spital- zur Leistungsfinanzierung) einerseits und die Übertragung der Finanzierungsverantwortung (Zahllast) auf jeweils einen Akteur auf der Nachfrageseite andererseits, so dass jedem Leistungsanbieter ein Kostenträger gegenüber steht. Woher dieser Akteur seine Mittel bezieht, bleibt dabei offen. Möglich sind eine ausschliessliche Finanzierung über Prämien oder Steuern oder eine Mischung zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung, wie sie auch das KVG kennt.

Monistische Finanzierungsmodelle können sich in drei Dimensionen unterscheiden (vgl. *Leu 2004a*): (1) Welcher Akteur übernimmt die Rolle des Monisten? (2) Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge rechtlich geregelt? (3) Wie werden die kantonalen Finanzierungsbeiträge ins System eingespeist? Für jede dieser Dimensionen existieren mehrere Varianten. Jedes monistische Finanzierungsmodell setzt sich dann aus je einer Variante (einem Baustein) auf jeder dieser drei Ebenen zusammen. Diese Bausteine lassen sich im Prinzip beliebig miteinander kombinieren.

Wer soll die Rolle des Monisten übernehmen?

Die Frage, welche Institution(en) die Rolle des/der Monisten übernehmen sollte(n), ist

eng verknüpft mit der politisch als erwünscht betrachteten Organisationsform des Gesundheitswesens bzw. des Spitalsektors. Soll das Gesundheitswesen wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden, kommen nur die Krankenversicherer sowie die Managed Care Organisationen (MCO), z.B. Ärztenetzwerke oder integrierte Versorgungsketten mit eigener Rechtspersönlichkeit, dafür in Frage. Bei planwirtschaftlicher Ausgestaltung des Gesundheitswesens, z.B. im Rahmen eines Globalbudgetmodells, stehen (zu schaffende) Spitalregionen oder der Bund für diese Rolle im Vordergrund. Als nicht empfehlenswert ist demgegenüber die Variante mit den Kantonen als Monisten zu bezeichnen, weil das die bereits heute bestehende Segmentierung des Gesundheitswesens weiter verschärfen würde.

Bestimmung der kantonalen Finanzierungsanteile

Bei einem Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem stellt sich die Frage, wie hoch der Anteil der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen insgesamt sein soll. Diese Frage ist politisch brisant, weil mit der Festlegung dieses Finanzierungsschlüssels die Verteilung der Finanzierungslast vorbestimmt wird. Die Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist bei gegebener Höhe der Prämienbeiträge umso regressiver, je kleiner der steuerfinanzierte Kantonsanteil ist und umgekehrt. Die Festlegung dieses Schlüssels stellt eine politische Wahlvariable dar. Je nach den vorherrschenden politischen Präferenzen kann man beim Übergang auf ein monistisches System die heutigen Kantonsanteile durch entsprechende Vorgaben im KVG etwa konstant halten oder sie nach oben oder unten verschieben. Im Jahr 2000 betrug der Finanzierungsanteil der Kantone 55% in Bezug auf die Spitalkosten und 34,5% in Bezug auf die gesamten OKP-Kosten.

Gesetzliche Regelung der kantonalen Finanzierungsanteile

Eine weitere zentrale Frage, die sich bei der Einführung einer monistischen Finanzierung stellt, ist, ob und allenfalls in welcher Form man auf Bundesebene den Kantonen vorschreiben sollte, welche Finanzierungsanteile sie übernehmen müssten. Es handelt sich dabei wiederum um eine politische Entscheidung, welche einerseits die Kompetenzverteilung Bund/Kantone und andererseits die Verteilungswirkungen des Gesundheitswesens tangiert. Im Vordergrund stehen vier Varianten: (1) Ein verbindlicher einheitlicher Mindestanteil; (2) kantonsspezifische Mindestanteile an den gesamten OKP-Kosten; (3) ein verbindlicher Mindestanteil an den gesamten Spitalkosten (ev. den gesamten stationären Kosten) und (4) ein föderalistischer Ansatz,

¹⁷ Zum Kapitel 4.3.6 findet sich ein ausführlicher Hintergrundbericht unter: [http://www.kfk.admin.ch/Studien und Hintergrundpapiere/«Monistische Spitalfinanzierung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision»](http://www.kfk.admin.ch/Studien%20und%20Hintergrundpapiere/«Monistische%20Spitalfinanzierung,%20Grundlagen%20zur%203.%20KVG-Revision»)
Leu, R. Universität Bern

bei welchem auf eine Vorschrift im KVG überhaupt verzichtet und die Festlegung der Kantonsbeiträge den Kantonen überlassen wird.

Fällt die Entscheidung zugunsten einer KVG- (Mindest-) Vorschrift, ist aus Sicht des Verfassers der Variante (1) der Vorzug zu geben. Wenn schon eine Bundeslösung als erwünscht angesehen wird, dann müssten die Kantone bezüglich Mindestanteil an der Finanzierung auch gleich behandelt werden. Dies wäre bei Variante (2) nicht der Fall. Der zentrale Vorteil von Variante (1) gegenüber Variante (3) besteht darin, dass sie den kantonalen Finanzierungsanteil auch dann konstant hält, wenn der Anteil der Spitalkosten an den gesamten Gesundheitskosten abnimmt. Dazu kommt, dass Variante (3) die kantonale Finanzhoheit im gleichen Umfang tangiert wie Variante (2), sobald der Kontrahierungszwang aufgehoben wird. Will man keine Regelung auf Bundesebene, steht demgegenüber Variante (4) im Vordergrund. Falls eine Lösung entsprechend den Varianten (1) bis (3) aus verfassungsrechtlichen (Eingriff in die kantonale Budgethoheit) oder politischen Gründen nicht in Frage käme, bliebe nur eine Lösung entsprechend Variante (4).

Wie sollen die Kantonsbeiträge ins System eingespeist werden?

Es lassen sich insgesamt sechs Varianten unterscheiden, wie die in Abhängigkeit der gesamten OKP-Kosten der Vorperiode festgelegten Finanzierungsbeiträge auf die einzelnen Kassen/MCOs aufgeteilt und über die Nachfrageseite ins Gesundheitswesen eingespeist werden können: (1) pro Kopf an die Kassen/MCO; (2) teils über einen Hochrisiko-(Hochkosten-)pool und teils pro Kopf an die Kassen/MCO; (3) gemäss OKP-Kosten in der Vorperiode an Krankenkassen/MCOs; (4) in Form zweckgebundener Gutscheine (Voucher) an die Versicherten; (5) vollumfänglich über das (modifizierte) Prämienbeitragssystem und (6) über Steuergutschriften (vgl. Gerfin und Leu 2004a). Bei den Varianten (1) bis (4) würde das heutige Prämienbeitragssystem (in ev. leicht modifizierter Form) weiterbestehen, in Variante (5) würde es grundlegend verändert und in Variante (6) wäre es überflüssig. Bei den Varianten (1) bis (3) würden die Kantonsanteile über die Versicherer, bei den Varianten (4) bis (6) über die Versicherten ins System eingespeisen.

Die insgesamt sechs Varianten unterscheiden sich weniger stark voneinander, als es auf den ersten Blick den Anschein macht. Die Kantonsbeiträge pro Versicherten fließen bei allen Varianten dorthin, wo der einzelne Versicherte sich behandeln lässt, unabhängig davon, ob sie vom Kanton direkt an die Versicherer (Varianten 1–3) oder an die Versicherten überwiesen werden (Varianten 4–6). Es handelt sich in allen Fällen um Subjektsubventionen. Die Kostentransparenz

für die Versicherten wäre bei den Varianten (4) bis (6) eindeutig grösser. Ihre Prämien lägen gegenüber heute rund 30 bis 40 Prozent höher. Im gleichen Umfang würden ihnen aber Kantonsbeiträge zufließen (Varianten 4 und 5) oder Steuerermässigungen gewährt (Variante 6). Ob diese höhere Kostentransparenz per se zu Verhaltensänderungen bei den Versicherten führen würde, ist allerdings fraglich, weil die Prämien zu gleichen Teilen wie heute von dritter Seite finanziert würden.

Negative Anreizeffekte sind vor allem bei Variante (3) zu erwarten. Versicherer, die keine Anstrengungen unternähmen, ihre Kosten zu senken, würden belohnt und umgekehrt. Es handelte sich dabei erneut um einen retrospektiven Kostenausgleich, wie man ihn im Rahmen einer Verbesserung des Risikoausgleichs gerade eliminieren will. Aus diesem Grunde kommt Variante (3) eher nicht in Frage. Auch bei Variante (2) ergäben sich je nach Ausgestaltung von Hochrisiko- bzw. Hochkostenpool unerwünschte Anreizeffekte. Die Varianten (5) und (6) weisen grössere praktische und politische Umsetzungsprobleme auf, auch wenn gerade Variante (6) aus einer wettbewerbsorientierten Optik vom Grundsatz her bestechend ist. Damit verbleiben die Varianten (1) und (4), die sich eigentlich nur dadurch unterscheiden, ob die Kantonsbeiträge direkt oder indirekt über die Versicherten an die Krankenversicherer fließen. Variante (1) ist administrativ einfacher zu handhaben, politisch leichter umzusetzen und steht damit im Vordergrund.

Monistische Finanzierung im Rahmen eines Managed Competition-Modells

Die Vorteile einer monistischen Finanzierung kommen erst mit dem Übergang zu einem Managed Competition Modell (vgl. Enthoven 1978, 1988; Leu 2004) im Gesundheitswesen voll zum Tragen¹⁸. Im Vergleich zum geltenden KVG würde ein solches Modell die folgenden Änderungen aufweisen: a) Monistische Finanzierung mit den Kassen/MCO als Monisten; b) Festlegung des Finanzierungsanteils der Kantone an den gesamten OKP-Kosten im KVG; c) Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten und stationären Bereich; d) Aufhebung der Spitalisten (subsidiäre Spitalplanung bzw. Definition von Mindeststandards zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit durch die Kantone); e) Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen (insbesondere Aufhebung der Möglichkeit, Verbandstarife festzulegen und Ausstattung der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler mit eigener Rechtspersönlichkeit); f) freie Wahl der Vergütungsformen, wie sie insbesondere im ambulanten Bereich bereits heute gilt; h) stärkere Ausdifferenzierung und prospektive Ausgestaltung des Risikoausgleichs (gemeinsame Einrichtung).

18 Auch im bestehenden regulatorischen Umfeld wäre eine monistische Spitalfinanzierung der dual-fixen Variante deutlich überlegen (vgl. ausführlich Leu 2004a)

Literaturangaben zu Kapitel 4.3

- Biersack O. (2005), *Kantonale Spitalplanung und Spitallisten in der Schweiz: Theoretisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen*, Berlin, Dissertation.de.
- Breyer F., P. Zweifel und M. Kifmann (2003), *Gesundheitsökonomie*, Berlin/Heidelberg.
- Bundesamt für Gesundheitswesen (Nov. 2005), 04.061s: Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Teilrevision (Spitalfinanzierung), Erläuternder Bericht.
- Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000 (deutsche Version).
- Chalkley, M. and J.M. Malcomson (2000), *Government Purchasing of Health Services*, in: Culyer, A.J. and J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Band 1A, Amsterdam: Elsevier, 847-890.
- Enthoven, A.C., 1978, Customer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198, 650-658 und 709-720.
- Enthoven, A.C., 1988, Theory and Practice of Managed Competition in *Health Care Finance*, North Holland, Amsterdam.
- Gerfin, M. und R.E. Leu (2005), «Erwerbsabhängige Steuergutschriften – ein Instrument zur Armutsbekämpfung», *Die Volkswirtschaft/ Magazin für Wirtschaftspolitik*, 5-2005, 19–22.
- Konferenz der Kantonsregierungen, der Gesundheitsdirektorenkonferenz sowie der Finanzdirektorenkonferenz: KVG-Teilrevision Spitalfinanzierung (04.061), Anträge an die SGK-N vom 5. April 2006.
- Leu, R.E., Ch. Eisenring, S. Nocera und M. Schellhorn (1999), *Spitalfinanzierung im Umbruch – Probleme und Lösungsmöglichkeiten*, Basel, Interpharma.
- Leu, R.E., S. Hill (2002), *Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg*, Basel, Interpharma.
- Leu, R.E. (2004), *Ein Wettbewerbsmodell für das Schweizerische Gesundheitswesen*, in: Schaltegger, C. & Schaltegger S. (Hrsg.), *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Zürich: VDF.
- Leu, R. E. (2004a), *Monistische Spitalfinanzierung. Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt, Bundesamt für Gesundheit* (Hrsg.), Bern.
- Leu, R.E. und T. Poledna (2006), *Spitalfinanzierung: Ein alternatives Modell mit Regulator, selektivem Kontrahierungszwang und Binnenmarkt*, Bern/Zürich, mimeo.
- Manning, W.G. et al. (1984), A Controlled Trial on the Effect of a Prepaid Group of Practice on Use of Service, *New England Journal of Medicine*, 310, 1505-1510.
- McGuire, A. (1995), The Provision of Health Care, in: Alban, A. and T. Christiansen (Hrsg.), *The Nordic Lights – New Initiatives in Health Care Systems*, Odense University Press, Odense.
- OECD (2001), *OECD Health Data*, Paris.
- OECD (2006), *The Swiss Health Care System*, Paris, forthcoming.
- Sommer, J.H. und O. Biersack, *Staatsversagen im Spitalwesen*, Neue Zürcher Zeitung, 14.09.2002, S. 29.

Die wichtigsten Vorteile eines so ausgestalteten Wettbewerbsmodells im Vergleich zur heutigen Situation können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs entstünden erstmals im Spitalbereich Märkte im ökonomischen Sinn, auf denen sich Leistungserbringer und Leistungseinkäufer (Krankenkassen/MCO) als autonome Handlungseinheiten gegenüberstünden.
2. Vorausgesetzt, den öffentlichen Spitälern würde der notwendige unternehmerische Freiraum zur Verfügung gestellt, wären wegen der monistischen Finanzierung bei allen Akteuren auf beiden Marktseiten Entscheidungskompetenz und Finanzierungsverantwortung jeweils in einer Hand zusammengefasst.
3. Die Vertragsfreiheit, zusammen mit einem stärker ausdifferenzierten Risikoausgleich, ermöglichte es den Krankenversicherern und Managed Care-Organisationen, sich in einem echten Leistungswettbewerb (statt im Kampf um die guten Risiken) zu konkurrieren.
4. Der Wettbewerb unter Versicherern/MCO stellt seinerseits das geeignete Vehikel dar, um den Leistungserbringern Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu vermitteln.
5. Die Freiheit der Wahl unter den Versicherern/MCO schliesslich würde sicherstellen, dass die Versicherungsprodukte und letztlich auch die medizinische Versorgung den Präferenzen der Konsumenten entsprechen.
6. Die Wiedereinführung der Vertragsfreiheit würde die Konzentration auf beiden Marktseiten weiter erhöhen. Dies ist solange kein gravierendes Problem, als beide Marktseiten über eine ähnliche Marktstellung (Konzentration) verfügen, weil dann keine wesentlichen Ausbeutungsspielräume existieren.
7. Mit der Schaffung der Voraussetzungen für die Anwendung des Kartellgesetzes im Gesundheitswesen würden die Möglichkeiten für Machtmissbrauch weiter eingegrenzt. Ausserdem wäre ein gemeinsames Vorgehen bei den Vertragsverhandlungen nicht mehr möglich. Schliesslich müssten Verbandstarife in Abhängigkeit der beabsichtigten Vergütungsform durch Einzel- oder Gruppenverträge abgelöst werden.
8. Die Freiheit der Vertragsgestaltung ermöglichte es Versicherern und MCO, alternative Vergütungssysteme mit den Leistungserbringern auszuhandeln. Entsprechend wäre mit neuen, auch innovativen Vergütungsformen zu rechnen, welche die Anreize für die Leistungserbringer nachhaltig veränderten. Insbesondere ist anzunehmen, dass die reine Einzelleistungsvergütung, die ja die ausschliessliche Ursache für das Phänomen der

anbieterinduzierten Nachfrage darstellt, rasch zurückgedrängt würde.

9. Im Gegensatz zu heute wären die zwischen den Vertragspartnern ausgehandelten Vergütungen (mittelfristig) immer kostendeckend. Unrentable Leistungen könnten auf Dauer nicht Bestand haben, weil sie die Existenz der Leistungserbringer gefährdeten. Unterschiedlich hohe Gewinnmargen auf einzelnen Leistungen würden sich einander durch den Wettbewerbsdruck tendenziell angleichen. Damit entfielen auch der Grund zum Rosinenpicken im Sinne einer Spezialisierung auf besonders rentable Leistungen.
10. Die leistungsorientierte Finanzierung dürfte zusammen mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zur Folge haben, dass sich Niveau und Struktur der Spitalkapazitäten rasch verändern und stärker an ökonomischen Realitäten orientieren würden.
11. Der zu erwartende (fachspezifische) Konzentrationsprozess würde die Qualität vieler medizinischer Leistungen nachhaltig verbessern.
12. Insgesamt ist zu erwarten, dass sich im Rahmen des skizzierten Modells des regulierten Wettbewerbs mit der Zeit eine effizientere Allokation der Ressourcen im Spitalbereich ergäbe.
13. Obwohl die Rolle der Kantone stark redimensioniert würde, käme ihnen immer noch eine ganze Reihe wichtiger Funktionen wie Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung, Finanzierung gemeinwirtschaftlicher Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienste etc.), Aufsichts- und Bewilligungspflicht, Aktionär (Besitzer) öffentlicher Spitäler etc. zu.

Das in diesem Abschnitt dargestellte Modell des regulierten Wettbewerbs (managed competition) wird weltweit und in der Schweiz von vielen GesundheitsökonomInnen vertreten¹⁹.

4.3.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

In diesem Beitrag wird die Spitalfinanzierung in der Schweiz untersucht. Zunächst werden die Probleme der heutigen dualen Spitalfinanzierung dargestellt. Anschliessend werden die Revisionsansätze von Seite des Bundesrates und im Parlament im Detail nachgezeichnet und kritisch diskutiert. Sie alle stützen sich auf die dualfixe Finanzierung ab. Unsere Überlegungen zeigen jedoch, dass eine monistische der dualfixen Finanzierung unter Effizienzgesichtspunkten eindeutig überlegen wäre, und zwar nicht nur im Rahmen eines Wettbewerbsmodells, sondern auch im bestehenden regulatorischen Umfeld. Die Einführung einer monistischen Finanzierung scheitert im Moment allerdings am Widerstand der Kantone.

In der politischen Diskussion wird die Frage der Spitalfinanzierung regelmässig mit der Spitalplanung verknüpft, obwohl dazu weder aus ökonomischer noch aus juristischer Sicht ein überzeugender Grund besteht. Insbesondere lassen sich aus der Beteiligung des Wohnkantons an der Kostenvergütung nicht zwingend Planungsbefugnisse des Wohnkantons gegenüber den Leistungserbringern ableiten. Nichtsdestoweniger stellt der weitere Ausbau der kantonalen Spitalplanung ein wesentliches Element der laufenden Teilrevision Spitalfinanzierung dar. Dies erstaunt umso mehr, als die bisherige kantonale Spitalplanung in Bezug auf zentrale Zielindikatoren als Misserfolg bezeichnet werden muss.

Eine Alternative zu dieser verstärkten kantonalen Planung stellt ein von unabhängigen Experten und Parlamentariern entwickeltes Modell dar, das verstärkt auf Wettbewerbselemente setzt und Qualität, Kostengünstigkeit und Transparenz in den Mittelpunkt rückt. Zentrale Elemente dieses Modells sind ein Regulator auf eidgenössischer Ebene, ein landesweiter Leistungsvergleich zwischen allen Spitälern bzw. Spitalabteilungen bezüglich Qualität und Kostengünstigkeit der erbrachten Leistungen sowie ein Binnenmarkt für die nach diesem Vergleich besten Spitäler. Hauptnutznießer sind Patientinnen und Patienten, die unter den landesweit besten Spitälern eine informierte Wahl treffen können. Der doppelte Leistungswettbewerb schafft Anreize zur Qualitätssteigerung für die Leistungserbringer, führt zu einer Strukturbereinigung im stationären Bereich und erhöht die Kosteneffizienz des Systems.

Als langfristige Zielvorstellung wird schliesslich das von vielen Ökonomen vertretene Modell des regulierten Wettbewerbs (managed competition) postuliert. Zentrale Eckwerte sind die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten und stationären Bereich sowie eine monistische Finanzierung aller Leistungen. Auch wenn dieses Modell politisch vorläufig nicht umsetzbar ist, hat es doch die Funktion eines Wegweisers und kann dazu dienen, kleinere Reformschritte bezüglich Zielkompatibilität zu beurteilen.

4.4 Arzneimittel und Medizinprodukte

4.4.1 Einleitung

Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte ist es den pharmazeutischen Unternehmen und den Herstellern von Medizinprodukten gelungen, verschiedene Behandlungen für weltweit häufige Krankheiten und Todesursachen zu entwickeln. Wenn man die aktuellen medizinischen Möglichkeiten mit der Situation vor einigen Jahrzehnten vergleicht, besteht der Hauptunterschied zweifellos darin, dass heute immer wirksamere Medizintechniken verfügbar sind²⁰. Da diese Medizintechniken das Ergebnis des

technologischen Fortschritts sind, hat die Allgemeinheit ein grosses Interesse daran, ein innovationsfreundliches Umfeld und damit die Bedingungen für neue Innovationen in diesem Bereich zu schaffen.

In der Schweiz gilt jedoch wie in den meisten OECD-Ländern der Fortschritt in der Medizintechnik auch als einer der Hauptgründe für die wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen. Somit besteht ein Dilemma, dem bei der Entwicklung von Strategien zur Regulierung im Bereich Arzneimittel und Medizinprodukte Rechnung zu tragen ist. Während Leistungen der Medizintechnik von Patienten, Leistungserbringern und von den für die Branchenförderung verantwortlichen Behörden sehr erwünscht werden, so stellen diese ebenso auch einen Kostenfaktor dar.

In der Schweiz und in den meisten Ländern, in denen Forschung und Entwicklung (F&E) in den Branchen Arzneimittel und Medizinprodukte eine wichtige Rolle spielen, werden vom Staat sowohl gesundheits- als auch wirtschaftspolitische Ziele verfolgt. Das Hauptziel der Gesundheitspolitik besteht darin, die Versorgung im Bereich der Medizintechnik zu einem tragbaren Preis zu optimieren: Die Branchenpolitik soll hingegen mit den zur Verfügung stehenden öffentlichen Mitteln innovationsfreundliche Rahmenbedingungen schaffen. Als Regulator der öffentlichen Gesundheitsausgaben kommt den Behörden somit eine Doppelrolle zu.

Während die pharmazeutische Industrie seit Jahren ein Gegenstand der Diskussionen im Rahmen des schweizerischen Gesundheitswesens ist, befassen sich die Akteure, welche die medizinischen Leistungen bezahlen und einkaufen, erst seit kurzem mit dem Aspekt der Medizinprodukte. In den vergangenen Jahren wurde diese Branche zwar ebenfalls eingehend geprüft und strenger reguliert, aber doch in einem wesentlich geringeren Ausmass als die pharmazeutische Industrie.

Im vorliegenden Kapitel untersuchen wir die Regulierung im Bereich Pharmaindustrie und Medizinprodukte in der Schweiz. Im Zentrum steht dabei das bereits erwähnte Dilemma, d.h. der Konflikt zwischen Kostenbewusstsein und dem möglicherweise ausgeprägteren Engagement für innovationsfreundliche Bedingungen im medizinischen Bereich. Wir werden im Folgenden noch sehen, dass dieser Konflikt praktisch identisch ist mit dem Konflikt zwischen dem Willen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen und der nationalen Innovationspolitik.

Entgegen einer weit verbreiteten Meinung sehen wir Regulierung nicht als Gegensatz zu Wettbewerb. Unseres Erachtens sind die Wettbewerbsbedingungen vielmehr Teil der Regulierungsinstrumente. Dies gilt insbesondere im Gesundheitsmarkt, wo die Konkurrenz häu-

¹⁹ Vgl. den Aufruf der im Verein für Socialpolitik zusammengeschlossenen deutschsprachigen Gesundheitsökonominnen zur Gesundheitspolitik in Deutschland vom November 2002: «Mehr wettbewerbliche Freiräume im Gesundheitswesen statt Fortsetzung von kurzatmigem Dirigismus».

²⁰ Der Begriff «Medizintechnik» umfasst Humanarzneimittel (Medikamente) und Medizinprodukte. Zur Kategorie der Medizinprodukte gehören sehr unterschiedliche Produkte. Gewisse Produkte wie Verbandsmaterial oder Kontaktlinsen sind für die Allgemeinheit bestimmt, der Begriff bezeichnet aber auch und vor allem Implantate, Diagnoseverfahren und chirurgische Instrumente.

fig als «regulierter Wettbewerb» stattfindet («Managed Competition»). Aus diesem Grund widmen wir den folgenden Abschnitt den Auswirkungen, die vom Wettbewerb im Markt der Medizintechnik zu erwarten sind. Anschliessend befassen wir uns mit verschiedenen Instrumenten zur Regulierung der Nachfrage und des Angebots im Bereich der Medizintechnik im Schweizer Gesundheitswesen. Den Abschluss bilden Überlegungen darüber, wie sich die verschiedenen Regulierungsinstrumente auf die Zielsetzungen auswirken.

4.4.2 Regulierung durch Wettbewerb

Mit der staatlichen Regulierung werden Ziele angestrebt, die manchmal in Widerspruch zu den Zielen stehen, an denen sich die Preissetzung für Leistungen in der Medizintechnik orientiert. Einerseits soll sichergestellt werden, dass die Unternehmen in einem Umfeld tätig sind, das ihnen Anreize bietet, in innovative Verfahren der Medizintechnik zu investieren. Andererseits sollen diese Unternehmen davon abgehalten werden, überrissene Preise zu verlangen. Was das erste Ziel der Anreize betrifft, greift der Staat dazu im Allgemeinen auf ein Patentsystem zurück, das während eines beschränkten Zeitraums eine exklusive Marktpräsenz gewährleistet und es den Unternehmen ermöglicht, ihre F&E-Investitionen wettzumachen. Zur Umsetzung des zweiten Ziels setzt der Staat zur Kosteneindämmung im Markt der Medizintechnik auf Wettbewerb.

Nachfolgend widmen wir uns in erster Linie dem Arzneimittelmarkt. Der Grund dafür sind die besonderen Merkmale dieses Marktes, die teilweise auch für den heterogenen Bereich der Medizinprodukte gelten. Dieser Sektor lässt sich gemäss Altenstetter (2003) in vier Märkte einteilen: a) elektrische medizinische Apparate; b) nicht-elektrische medizinische Apparate; c) Implantate; und d) Diagnosegeräte. In den verschiedenen Segmenten des Marktes für Medizinprodukte sind zudem praktisch alle Formen von Wettbewerb zu finden. An dieser Stelle konzentrieren wir uns auf die Marktsegmente, die am ehesten mit dem Arzneimittelmarkt vergleichbar sind.

Arzneimittel können in zwei Kategorien eingeteilt werden: Originalpräparate und Generika. Wettbewerb findet im Pharmamarkt im Wesentlichen in drei Formen statt: zwischen Originalpräparaten für dieselbe Behandlung, zwischen Originalpräparaten und Generika sowie zwischen verschiedenen Generika desselben Originalpräparats. Dazu kommt bei gewissen Behandlungen die Konkurrenz durch Medizinprodukte.

Was den Wettbewerb zwischen Originalpräparaten betrifft, bieten die Patente kein vollständiges Monopol. Der Grund liegt darin, dass die Unternehmen häufig mehrere verschiedene Medikamente mit demselben Grundmechanismus

zur Behandlung einer Erkrankung entdecken und patentieren lassen. Der Wettbewerb zwischen Originalpräparaten findet nicht in erster Linie über den Preis statt («Non-price Competition»). Entscheidend sind insbesondere Merkmale wie Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Arzneimittel. Der Preis kann ebenfalls ein Wettbewerbsfaktor sein, aber erst in zweiter Linie, insbesondere wenn es sich um besonders innovative Arzneimittel handelt. Mit anderen Worten: Der innovationsbedingte Wettbewerb zwischen Originalpräparaten beruht vorwiegend auf qualitativen Argumenten und besonderen Merkmalen des Produkts. Normalerweise führt dieser Wettbewerb nicht automatisch zu Preissenkungen.

Selbst wenn also auf Grund dieser Konkurrenz das Wohlbefinden der Patienten steigt, bringt der Wettbewerb zwischen Originalpräparaten allein keine direkten Einsparungen für die Versicherten und die Krankenversicherungen. Aus diesem Grund müssen spezifische Regulierungsinstrumente den Wettbewerb ergänzen, damit innovative Unternehmen einen Anreiz haben, die Preise so festzulegen, dass das Produkt für sie rentabel ist, aber auch für die Gesellschaft (im Sinne des «Value for Money»).

Die Hersteller von Generika können ihre Produkte im Gegensatz zum Unternehmen, welches das Originalpräparat entwickelte, ohne Forschungsarbeit auf den Markt bringen. Diese Hersteller haben kein Patent, und das Zulassungsverfahren ist nicht teuer. Die Markteintrittsbarrieren, die mögliche Mitbewerber abhalten könnten, sind nicht hoch. Da die Regulierungsbestimmungen den Markteintritt von Generika erleichtern und die Präparate dadurch weniger teuer sind, produzieren mehr Unternehmen Generika zu einem bestimmten Originalpräparat. Durch diese Konkurrenz sind die Generikahersteller gezwungen, ihr Produkt deutlich günstiger anzubieten als das Originalpräparat. Dieses profitiert im Allgemeinen über den Patentschutz hinaus von einem Marktvorteil, der auf dem Ruf des Originalproduzenten als Hersteller eines qualitativ hochwertigen Produkts gründet. In verschiedenen Studien mit Daten zu Ländern, in denen der Generikaeinsatz gefördert wird, wurde allerdings festgestellt, dass die Lancierung von Generika einen gewissen Einfluss auf die Preise der Originalpräparate hat. Selbst wenn die Preise der Originalpräparate nicht auf die Konkurrenz durch Generika reagieren, führt dieser Wettbewerb im Allgemeinen zu Einsparungen für Patienten und Versicherer, weil preissensitive Käufer die günstigeren Generika bevorzugen.

In der Schweiz war der Wettbewerb zwischen Originalpräparaten und Generika sowie zwischen verschiedenen Generika desselben Originalpräparats bis vor kurzem sehr gering. 2004 waren lediglich rund 3% der neu für den Schwei-

zer Markt zugelassenen Produkte Arzneimittel, und lediglich 10% der nicht mehr patentgeschützten Originalpräparate sahen sich einer Konkurrenz durch Generika gegenüber, obwohl für 37% der rückvergüteten Arzneimittel kein Patentschutz mehr vorhanden war (Interpharma, 2005).

Die im September 2005 zwischen dem BAG und der pharmazeutischen Industrie unterzeichnete Vereinbarung über eine Reihe von Massnahmen zur Senkung der Arzneimittelpreise betrifft sowohl die Originalpräparate als auch die Generika. Diese Massnahmen sind im Juli 2006 in Kraft getreten. Die Vereinbarung zeugt von einem begrüssenswerten politischen Haltungswechsel. Es bleibt abzuwarten, ob sich die vorgesehenen Massnahmen wie erwartet auf die Preise der nicht mehr patentgeschützten Medikamente – mit oder ohne Generikakonkurrenz – auswirken werden.

4.4.3 Nachfrageregulierung

Im vorliegenden Kapitel werden wir drei spezifische Instrumente zur Regulierung der Nachfrage analysieren: die Abgrenzung des Marktes, der Einfluss der Kostenbeteiligung der Patienten auf die Nachfrage und die Frage der selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte.

Marktabgrenzung

Zu den Hauptaufgaben der öffentlichen Hand gehört es, den Markt der Medizintechnik abzustecken. Dazu gehören Zulassungsregeln für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie das Erstellen einer Liste mit den rückerstattungspflichtigen Produkten. Voraussetzung für eine Zulassung ist die Garantie, dass eine Medizintechnik genügend sicher ist. Normalerweise wird dazu geprüft, ob das Produkt gewisse Versuche zur Wirksamkeit und Sicherheit erfolgreich durchlaufen hat.

Die Liste der kassenpflichtigen Medizintechniken ist das wichtigste wirtschaftliche Instrument zur Regulierung der Nachfrage. Aus diesem Grund ist im Rahmen der Strategie zur Regulierung der Medizintechnik von entscheidender Bedeutung, wie diese Liste definiert und aktualisiert wird.

In der Schweiz gelten für die Aufnahme von Medizintechniken und -leistungen in den Leistungskatalog der OKP unterschiedliche Anforderungen, je nachdem, ob es sich um Medizinprodukte oder um Arzneimittel handelt. Bei den Arzneimitteln nimmt das BAG systematisch Evaluationen vor, die der Erstellung einer positiven Liste dienen (sog. Spezialitätenliste, SL). Durch die OKP rückerstattet werden ausschliesslich die auf dieser Liste aufgeführten Arzneimittel. Demgegenüber sind die meisten Behandlungen durch Medizinprodukte gedeckt, wenn nicht ausdrücklich das Gegenteil festgehalten ist. Aus diesem Grund werden

Behandlungen mit neuen Medizinprodukten häufig einfach deshalb vergütet, weil sie von einem Arzt verschrieben und von Leistungserbringern im Rahmen der OKP praktiziert werden.

Theoretisch müssen gemäss KVG sämtliche durch die OKP gedeckten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Zudem sind die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen periodisch zu überprüfen. In der Praxis werden Medizinprodukte meistens nicht formell evaluiert. Eine Evaluation erfolgt nur, wenn die Leistungserbringer, die Krankenversicherung, die Gesundheitsbehörden oder die Patientenorganisationen Zweifel in bezüglich der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit einer medizinischen Leistung oder eines Medizinprodukts haben und sie das BAG um eine Evaluation ersuchen.

Die Art der dabei vorgenommenen Evaluationen wirft Fragen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis gewisser kassenpflichtiger Leistungen und zur Zweckmässigkeit der Verfahren zur Aufnahme neuer Leistungen auf. Damit verbunden sind weitreichende Folgen für das Schweizer Gesundheitssystem in Bezug auf die alloкатive Effizienz und die «Rentabilität» («Value for Money»).

Kostenbeteiligung der Versicherten

Die Regulierung der Nachfrage mittels finanzieller Anreize/Instrumente kann dann gesellschaftlich wirksam sein, wenn die Patienten preissensibel reagieren, wenn gleichzeitig aber diese Regulierung keine Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand hat. Dies bedingt eine Evaluation der Preiselastizität der Nachfrage nach Arzneimitteln oder Medizinprodukten. Die Schwierigkeit einer solchen Elastizitätsschätzung besteht in zahlreichen Ländern darin, den Effekt der Krankenversicherung auszuschalten. Zwar gibt es genügend Fachliteratur zur Preiselastizität von Arzneimitteln; unseres Wissens existiert aber kein vergleichbares Material für den Bereich der Medizinprodukte.

Die Kostenbeteiligung hat zweifellos einen Einfluss auf den Konsum von Medikamenten. Gemäss den meisten Studien, die in verschiedenen Ländern zur Nachfrage nach Arzneimitteln durchgeführt wurden, ist das Verhalten der Patienten davon abhängig, wie teuer ein Medikament für sie ist. Nicht immer gleich beurteilt wurden das Ausmass dieses Effekts sowie die kurz- und langfristigen Auswirkungen.

Die wichtigste und relevanteste Studie ist nach wie vor das Rand Health Insurance Experiment (HIE) (Newhouse 1993). Diese randomisierte Studie kommt zum Schluss, dass die Nachfrage etwas stärker auf die Kosten reagiert als die Zahl der Verschreibungen. Gemäss HIE wird die

maximale Wirksamkeit in Bezug auf die Reduktion des Konsums bei einer Kostenbeteiligung von rund 25% erreicht. Allerdings kann dieser Wert nicht ohne eingehende Analyse auf die Schweiz übertragen werden. Die Evaluationen zur Nachfrageelastizität hängen nämlich vom Kontext ab, insbesondere von den Anreizmechanismen für Patienten, Ärzteschaft und Apotheken, basierend auf den Vergütungs- und Rückerstattungsmodellen des entsprechenden Gesundheitssystems.

Im Arzneimittelbereich gilt eine Kostenbeteiligung, weil hier das Kostenbewusstsein eine wesentliche Rolle spielt. Das Ziel besteht darin, dem Moral-Hazard-Effekt und einem übermässigen Konsum im Rahmen der Krankenversicherung entgegenzuwirken. Allerdings ist umstritten, ob eine Kostenbeteiligung wirklich zu einem angemessenerem Arzneimittelkonsum beiträgt. Der Effekt der Kostenbeteiligung kann sich nämlich auf alle Arzneimittel auswirken, d.h. sowohl auf nicht zweckmässige als auch auf unentbehrliche.

Die Rückerstattung ist in den meisten Ländern je nach Arzneimittelart und/oder Bezügergruppe unterschiedlich geregelt. In der Schweiz gilt für alle Leistungen unabhängig von ihrer Preiselastizität ein Selbstbehalt von 10%. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat jedoch Anfang 2006 ein differenziertes System zur Kostenbeteiligung eingeführt, das die Verwendung von Generika fördern soll. Seit dem 1. Januar 2006 wurde dazu der Selbstbehalt für Originalpräparate, für die ein mindestens 20% günstigeres Generikum erhältlich ist, von 10 auf 20% angehoben. Dieser wirtschaftliche Anreiz gehört zu den Regulierungsinstrumenten, welche den Einsatz von Generika fördern sollen.

Kurzfristig zeigen erste Statistiken zur Preisentwicklung, dass die Politik des EDI sehr erfolgreich ist. Zwischen Januar und April 2006 expandierte nämlich der Generikamarkt um 64,2% gegenüber demselben Zeitraum im Jahr 2005. Der Umsatz mit Generika (Herstellerpreis) erreichte in den ersten vier Monaten des laufenden Jahres 131,2 Millionen Schweizer Franken.²¹ Im Übrigen präsentieren sich die Perspektiven für die kommenden Jahre vielversprechend, da verschiedene Medikamente und insbesondere die umsatzstärksten Präparate den Patentschutz verlieren werden.

Die langfristige Wirksamkeit einer solchen Strategie hängt jedoch nicht nur von der Reaktion der Patienten ab, sondern auch von der Haltung der Ärzteschaft, der Apotheken und der selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte.

In den meisten OECD-Ländern, in denen heute explizit Strategien zur Förderung des Einsatzes von Generika bestehen, scheinen sich diese Präparate nur durchgesetzt zu haben, weil starke finanzielle Anreize für Patienten, Apotheken und/oder selbstdispensierende Ärzte eingeführt wurden. Dies bedingt jedoch, dass die Ärz-

te für ihre Rezepte die internationalen Bezeichnungen verwenden, dass die Apotheken ein Substitutionsrecht haben und dass für die Patienten ein finanzieller Anreiz zum Kauf von Generika besteht.

2001 wurde ein neues Abgeltungsmodell für Apotheken und selbstdispensierende Ärzte eingeführt. Seither erfolgt die Vergütung durch Pauschalbeträge pro Leistung und nicht mehr durch Margen auf den Medikamentenpreisen. Dieses Modell ist ein wichtiges Regulierungsinstrument, das einen vermehrten Einsatz von Generika fördern soll. Die Ärzte haben jedoch wenig Anreize zur Verschreibung von Generika, und die Apotheken dürften Originalpräparate eher zurückhaltend durch Generika ersetzen, weil sie den Arzt diesbezüglich jedes Mal informieren müssen. Somit besteht noch Spielraum für Verbesserungen, wenn die Anreizmechanismen für die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens gezielter auf die Förderung von Generika ausgerichtet werden.

Selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte

Was die Verschreibungspraxis von Arzneimitteln betrifft, können die Kantone entscheiden, ob Ärztinnen und Ärzte Arzneimittel verkaufen dürfen («selbstdispensierende Ärzte»). Nur frei praktizierende Ärzte mit einer kantonalen Sonderbewilligung dürfen Medikamente abgeben. Grundsätzlich handelt es sich um Ärzte mit einer Praxis in ländlichen Gebieten oder in Kantonen mit relativ wenig Apotheken. Selbstdispensierende Ärzte gibt es in 13 Kantonen.

2004 wurden rund 54,7% der Arzneimittel in der Schweiz durch Apotheken verkauft. Weitere Verkaufskanäle waren die selbstdispensierenden Ärzte (rund 23,5%), die Spitäler (rund 19,3%) und die Drogerien (rund 2,6%) (Interpharma 2005).

Grundsätzlich sieht das Gesetz die Trennung von ärztlicher und pharmazeutischer Tätigkeit vor. Wie in anderen OECD-Ländern soll sie in der Schweiz möglichst konsequent angewendet werden. Andernfalls könnte es zu einem Interessenkonflikt zwischen der Tätigkeit des Arztes als Verschreiber von Arzneimitteln und seiner Tätigkeit als Verkäufer von Arzneimitteln kommen.

Mit der Aufteilung von Verschreibung und Abgabe auf Ärzteschaft und Apotheken soll die Zweckmässigkeit von Rezepten erhöht und der Arzneimittelkonsum eingedämmt werden. Wenn die Ärzte Arzneimittel verkaufen dürfen, besteht die Gefahr eines ineffizienten Konsums, weil für sie ein Anreiz besteht, mehr Arzneimittel zu verschreiben und so substantiell zu ihrem Einkommen beizutragen. Durch die Trennung dieser beiden Funktionen fallen die Margen der selbstdispensierenden Ärzte für Medikamente weg – und damit die wirtschaftlichen Anreize für eine übermässige Verschreibung. Zahlreiche empirische Arbeiten auf der Grundlage der Daten

²¹ Diese statistischen Daten wurden dem Autor von Pascal Gentinetta zur Verfügung gestellt.

anderer Länder bestätigen diesen Mechanismus grundsätzlich. Im Fall der Schweiz müssen wir es gegenwärtig bei einer Vermutung belassen, da auf Grund fehlender individueller Daten keine empirischen Arbeiten zu diesem Thema zu existieren scheinen.

Natürlich werden sich die selbstdispensierenden Ärzte in der Regel gegen eine Trennung der beiden Funktionen wehren, weil sie befürchten, das Einkommen aus dem Arzneimittelverkauf zu verlieren. Zur Beseitigung dieses Widerstands müssten die Einkommenseinbußen selbstdispensierender Ärzte kompensiert und Erhöhungen der ärztlichen Honorare in Betracht gezogen werden.

Die Diskussion zu dieser Funktionstrennung lässt sich nicht von der Diskussion über die Vergütung der ärztlichen Leistungen trennen. In der Schweiz ist die Einzelleistungsvergütung die Regel. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen stützt sich auf den Arzttarif TarMed. Zur Lösung des Problems der Funktionstrennung ist es möglicherweise notwendig, eine Veränderung der Tarifstruktur im TarMed zu erwägen und zum Beispiel stärkere finanzielle Anreize für ärztliche Leistungen in ländlichen Gebieten einzuführen.

Bei der Trennung von Verschreibung und Abgabe zwischen Ärzteschaft und Apotheken ist möglicherweise nicht nur mit Widerstand der selbstdispensierenden Ärzte, sondern auch der übrigen Ärzteschaft zu rechnen. Dieser Widerstand hat analoge Ursachen wie der bereits beschriebene Konflikt.

Wie bereits erwähnt basiert die Entschädigung der Apotheken seit 2001 im Wesentlichen auf einer Einzelleistungsvergütung im Rahmen des «Leistungsorientierten Abgeltungsmodells (LOA)». Beim LOA handelt es sich um einen Vertrag zwischen *santésuisse* und SAV.

Der Grundgedanke des LOA besteht darin, die Apotheken für ihre Leistungen sowie für ihre Kapital- und Logistikaufwendungen zu entschädigen. Dass die Apotheken Honorare für die Beratung der Patienten erhalten, wird jedoch von gewissen Ärzten als Einmischung in ihr Berufsfeld wahrgenommen.

Dieser Konflikt zeigt ebenfalls, dass es auf dem Weg zu einer besseren allokativen Effizienz ein grundsätzliches Problem zu lösen gilt. Dieses betrifft die Ausrichtung und Abstimmung der Anreize zwischen Ärzteschaft, Apotheken, Versicherern und Patienten. Wenn dieses Problem nicht gezielt angegangen wird, dürfte der Konflikt im Bereich der Funktionstrennung nicht befriedigend zu lösen sein.

4.4.4 Angebotsregulierung

Je nachdem, welches Land man betrachtet, sehen in der Praxis die Vergütungs- und Rückvergütungsmodelle für Medizintechniken anders aus, und sie verändern sich ständig. Zudem existieren zwar zahlreiche Arbeiten zur Regulierung

im Bereich der Tarife und Rückvergütungsmodelle von Arzneimitteln, nicht aber für Medizinprodukte. Dies widerspiegelt zweifellos die Tatsache, dass im Bereich der Medizinprodukte die Regulierungsmechanismen in erster Linie auf marktwirtschaftlichen Anreizen und nicht auf anderen wirtschaftlichen Instrumenten basieren.

Was das Angebot betrifft, regulieren die meisten OECD-Länder die Arzneimittelpreise; nur wenige regulieren die Gewinne. Es existiert eine Vielzahl von Instrumenten zur Preisregulierung. Zu den beliebtesten gehören:²² a) direkte Preislimiten in Form von «internem Benchmarking» oder «externem Benchmarking»; b) Rückerstattungslimiten in Form von Referenzpreisen; c) Budgetlimiten und Limiten für die Arzneimittelausgaben; d) Kontrollen bzgl. Gewinn oder bzgl. Gewinnmargen; und e) Kosten-Nutzen-Analysen und technische Evaluationen.

In der vorliegenden Arbeit beschränken wir uns auf zwei Regulierungsinstrumente, die in der Schweiz von Bedeutung sind: Das «externe Benchmarking» der Preise und die Zulassung von Parallelimporten für patentierte Medizintechniken.

Externes Benchmarking

Das «externe Benchmarking» gehört zu den in der Schweiz eingesetzten Regulierungsinstrumenten. Es beruht auf einem Vergleich mit Verkaufspreisen in Referenzländern (Deutschland, Dänemark, die Niederlande und Grossbritannien). Ergänzend können auch die Verkaufspreise in Frankreich, Italien und Österreich herangezogen werden, wenn solche verfügbar sind (*Cueni 2005 a*). Falls das Arzneimittel in den Referenzländern noch nicht zugelassen ist, wird der Preis vom BAG festgelegt – nach Rücksprache mit der Eidgenössischen Arzneimittelkommission und einem Vergleich mit den Preisen der Arzneimittel für dieselbe Behandlungsindikation.

Für neue Produkte, die wirksamer oder qualitativ besser sind, ist ein Zuschlag von 10 bis 20% zulässig.

Das externe Benchmarking scheint als Regulierungssystem von beschränkter Wirkung. Dafür gibt es mehrere Gründe. Erstens sind in der Referenzgruppe gemäss einer aktuellen Studie der OECD (OECD 2006) Länder mit relativ hohen Arzneimittelpreisen vertreten. Überdies verwenden auch zahlreiche andere Länder das externe Benchmarking; auf den ersten Blick scheint eine Angleichung der Mechanismen zur Preisregulierung möglich, umso mehr, als in Europa lediglich fünf Länder ihre Preise unabhängig festlegen (Österreich, Deutschland, Spanien, Belgien und Grossbritannien). Das System des externen Benchmarkings ist jedoch nur eines der Regulierungsinstrumente, die in verschiedenen Ländern zur Anwendung kommen. Andere Massnahmen können das externe Benchmarking

²² Diese Definitionen sind von *Danzon und Keuffel (2005)* abgeleitet. Diese Arbeit ist sehr aufschlussreich, da sie eine detaillierte Analyse zu den verschiedenen Regulierungsinstrumenten im Arzneimittelmarkt liefert.

king ersetzen oder ergänzen. Deshalb verfügen die einzelnen Länder im Bereich der Bestimmungen zur Vergütung und Rückvergütung von Arzneimitteln über verschiedenste Strategien. Unterschiedlich behandelt werden insbesondere die Preise für innovative/neuartige patentierte Arzneimittel, die häufig einen Behandlungsdurchbruch bedeuten und für die es nur bedingt Ersatzprodukte gibt. Einige Länder regulieren die Preise dieser Arzneimittel, andere nicht. Die bestehenden Unterschiede in den nationalen Strategien führen dazu, dass trotz Annäherungen auf Grund des internationalen Benchmarkings selbst innerhalb Europas wesentliche landesspezifische Abweichungen bestehen.

Eine weitere Folge dieser Preisunterschiede ist ein erweiterter Spielraum für pharmazeutische Unternehmen in ihrer Gewinnmaximierung. Sie können bei der Zulassung ihrer Medikamente so vorgehen, dass sie die Regelungen in einem bestimmten Land zu ihrem Vorteil nutzen. Die Schweiz ist bei der Einführung eines neuen Produkts oft als erster Markt vorgesehen, obwohl hier bereits vorhandene ähnliche Behandlungen berücksichtigt werden. Dies könnte teilweise erklären, weshalb die Schweizer Preise im Vergleich zu vielen OECD-Ländern gemäss verschiedenen Publikationen hoch sind, insbesondere für neue, innovative Arzneimittel²³.

Parallelimporte

Grundsätzlich spricht man von Parallelimporten oder Graumarkt, wenn in ein Land, in welchem Bestimmungen bzgl. geistigem Eigentum existieren, ein Produkt aus dem Ausland, gemäss den Bestimmungen für geistiges Eigentum des ausländischen Marktes, importiert wird. Ein Patentinhaber hat das Recht, die Verwendung seiner patentgeschützten Produkte zu kontrollieren, bevor sie verkauft werden. Zu einem bestimmten Zeitpunkt nach dem Verkauf, aber vor Ablauf des Patents kann es jedoch sein, dass der Patentinhaber kein Eigentumsrecht auf dem spezifischen Produkt mehr hat. In diesem Fall spricht man davon, dass die Rechte des Patentinhabers erschöpft sind. Rechtliche Argumentationen, die zu einem solchen Ergebnis führen, werden als Erschöpfungstheorie bezeichnet. Wenn die Rechte erschöpft sind, wird das Produkt frei verfügbar, und es ist ein Parallelimport möglich.

In den Diskussionen zur Frage der Erschöpfung der Rechte an geistigem Eigentum (RGE) bei Patenten ist es unmöglich, einem Grundsatzkonflikt zwischen RGE und Wettbewerb aus dem Weg zu gehen. Die RGE belohnen und begünstigen Innovation und entschärfen durch die Patentvergabe für ein Monopolrecht den Wettbewerb. Umgekehrt soll mit den Wettbewerbsbestimmungen der Wettbewerb gestärkt werden, indem der Einfluss des Monopolisten beschränkt wird. Der Konflikt zwischen diesen beiden juri-

stischen Quellen ist unumgänglich und für die Frage der Parallelimporte zentral.

Die Frage der Parallelimporte und der Erschöpfung der Rechte an geistigem Eigentum ist komplex, da sie sowohl die Wettbewerbspolitik als auch die Innovationspolitik betrifft. Dieser Konflikt wird grundsätzlich nicht bestritten. Während aber die Wettbewerbspolitik für einen freien Warenverkehr plädiert, versucht man mit der Innovationspolitik, Innovation zu belohnen und zu fördern.

Die Frage der Parallelimporte von Medizintechniken und insbesondere von Arzneimitteln sorgt sowohl in der Schweiz als auch im Ausland bei den Beteiligten für heftige Kontroversen. In den Argumentationen sind zwei klare Standpunkte zu erkennen. Diese einander entgegengesetzten Standpunkte prallen auch in der Position des Bundesrats (Bundesrat 2002 und 2004) bzw. der OECD (OECD 2003) aufeinander. 2002 lehnte der Bundesrat die Möglichkeit der Zulassung von Parallelimporten für patentgeschützte Produkte ab. 2004 bestätigte er diese Position (Bundesrat 2004). Der Bundesrat argumentierte damit, dass dem Patentschutz in der Schweiz mit einer Zulassung von Parallelimporten weniger Bedeutung eingeräumt würde, was für die in der Schweiz ansässigen Unternehmen mit F&E-Aktivitäten als entmutigendes Signal aufgefasst werden könnte. Demgegenüber befürwortet die OECD Parallelimporte, weil sie sich für Wettbewerb und einen freien Warenverkehr einsetzt. In einem Kommentar zum Entscheid des Bundesrats hielt die OECD fest (OECD 2003), dass die Ablehnung von Parallelimporten «eine umfassende Strategie zur Wettbewerbsstärkung behindert und die Schweiz eine solche Strategie brauchen würde.»

Der Einkauf im Ausland zu einem günstigeren Preis und der Wiederverkauf in einem Land mit höherem Preisniveau wird in der Fachsprache als «Arbitrage» bezeichnet. Parallelimporte sind eine Form von Arbitrage, die darauf beruht, dass in den einzelnen Ländern unterschiedliche Preise bestehen, entweder infolge einer länderspezifischen Preisdiskriminierung der Hersteller oder infolge unterschiedlicher nationaler Vergütungs- und Rückvergütungsmodelle im Bereich der Medizintechnik. Das Hauptziel der Arbitrage besteht darin, solche Preisdifferenzen zwischen den einzelnen Ländern zu beseitigen oder zu verringern.

Die Frage nach dem Mechanismus zur Festlegung der Preise im Bereich der Medizintechnik ist in der Debatte zu den Parallelimporten von zentraler Bedeutung. Die Preisdiskriminierung (mittels Festsetzung der «Ramsey-Preise») ermöglicht es einem Produzenten, die länderspezifischen Preiselastizitäten auszunutzen und mehr Gewinn zu erzielen als im Falle einheitlicher Preise. Bei einer Zulassung von Parallelimporten können die Parallelimporteure das Produkt auf

²³ Siehe zum Beispiel OECD 2006 und die dort zitierte Literatur.

einem Markt mit tieferen Preisen und höherer Elastizität kaufen und es in einem Markt mit höheren Preisen und geringerer Elastizität verkaufen. Der Monopolist wird dann einheitliche Preise festlegen, womit das Ziel der Arbitrage erreicht ist.

Um die Vorteile von Parallelimporten zu prüfen, müssen zwei Situationen verglichen werden: Ein internationaler Markt mit Ramsey-Preisen und ein internationaler Markt mit einheitlichen Preisen.

Parallelimporte sind im Bereich der Medizintechnik umstritten, weil sie im Allgemeinen widersprüchliche Auswirkungen haben. Ob sich die Gesamtsituation verbessert, hängt davon ab, wie sich die Konsumentenrenten verändern. In gewissen Ländern steigen diese, in anderen sinken sie. In einer kurzfristigen statischen Analyse können Parallelimporte für die Konsumenten in Hochpreisländern wie der Schweiz zweifellos vorteilhaft sein, während sich die Lage für Konsumenten in Ländern, in denen die Preise ohne Parallelimporte niedriger wären, verschlechtert. Bei einheitlichen internationalen Preisen kann der Verkauf in einem Land mit niedrigem wirtschaftlichem Einkommen sogar unrentabel werden.²⁴

Der Parallelhandel kann also insbesondere für Hochpreisländer wie die Schweiz Vorteile bringen. Es besteht jedoch im Bereich der Medizintechnik ein Konflikt, da hier unterschiedliche Ziele verfolgt werden: Einerseits gilt es, die dynamische Effizienz durch Anreize für Innovationen zu fördern, andererseits soll die «(allokative) statische Effizienz» verbessert und damit eine Eindämmung der Gesundheitskosten bewirkt werden. Durch die Vergabe von Patenten wird Innovation stärker belohnt, da den Unternehmen für die von ihnen entdeckten Produkte ein provisorisches Monopol eingeräumt wird. Weil der Zweck dieser Belohnung darin liegt, Investitionen zu fördern, ist es entscheidend, dass der Investor im Voraus weiss, welches Potential die Entlohnung seiner Forschungsarbeit hat. Die Zulassung von Parallelimporten hat zur Folge, dass die Renditen der Investoren weniger hoch sind als bei unterschiedlichen Preisen. Das im Patentsystem geltende Prinzip von Belohnungen und Anreizen wird damit abgeschwächt.

Der vermutete Zusammenhang zwischen Preisen, realisierten oder erwarteten Unternehmensgewinnen sowie Forschung und Entwicklung beruht auf einer neu entwickelten Argumentation. Dieser Zusammenhang wurde in theoretischen und empirischen Arbeiten aufgezeigt, auf die wir hier aus Platzgründen nicht näher eingehen. Interessierte Leserinnen und Leser können insbesondere auf Arbeiten von Scherer (1993, 2001), Vernon (2005) und Giaccotto sowie von Santerre und Vernon (2005) verwiesen werden.

Zudem würden auch bei einer Zulassung von Parallelimporten weiterhin Preisdifferenzen bestehen, die auf unterschiedlichen Bestimmungen zur Rückvergütung von Medikamenten beruhen. Die im Falle von Parallelimporten zu erwartende Arbitrage wäre daher unvollständig. Falls Parallelimporte zugelassen sind, können die Parallelimporteure zudem die Arbitragemöglichkeiten nutzen, die sich aus den Preisdifferenzen im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Regulierungen ergeben.

Wie sich Parallelimporte auswirken, hängt von mehreren Faktoren ab. Sie betreffen die Nachfrage, das Angebot, die Marktstruktur und die Regulierungsinstrumente der verschiedenen Länder, in denen solche Importe zugelassen sind. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, allgemeingültige Ergebnisse zu zitieren, da Art und Umfang der Auswirkungen von Parallelimporten von den konkreten Bedingungen in den betreffenden Ländern abhängen. Bei der Analyse dieser Auswirkungen handelt es sich somit um eine empirische Frage, die auf der Grundlage statistischer Daten und der spezifischen Merkmale eines Landes beantwortet werden muss.

Aktuelle empirische Arbeiten liefern daher teilweise widersprüchliche Ergebnisse zur Frage der Wirkungen von Parallelimporten. Zum Beispiel analysierten Ganslandt und Markus (2004) die Auswirkungen im Rahmen der EU-Länder, in denen Parallelimporte zugelassen sind. Sie zeigen, dass im Fall von Schweden die Preise der Medikamente, die in Konkurrenz durch Parallelimporte stehen, im Zeitraum 1994–1999 im Vergleich zu den Preisen der übrigen Medikamente zurückgingen. Gemäss der ökonometrischen Analyse von Ganslandt und Markus (2004) haben die Parallelimporte dazu geführt, dass die Preise der Medikamente, für die Parallelimporte zulässig sind, zwischen 12 und 19% und damit signifikant gesunken sind. Diese Arbeiten sprechen daher für einen positiven Einfluss der Parallelimporte auf die Medikamentenpreise.

Demgegenüber kommen die empirischen Arbeiten von Kanavos et al. (2004) und Kanavos und Costa-i-Font (2005) zum Arzneimittelmarkt in sechs europäischen Ländern (Deutschland, Dänemark, Griechenland, Niederlande, Grossbritannien, Schweden) zu einem anderen Schluss. Gemäss diesen Arbeiten konnten für den Zeitraum 1997–2002 praktisch keine Belege dafür gefunden werden, dass in diesen sechs Ländern zwischen Arzneimitteln mit lokaler Herkunft und im Rahmen von Parallelimporten eingeführten Produkten ein Preiswettbewerb oder eine Preiskonvergenz vorliegt. Damit widerlegen die empirischen Ergebnisse von Kanavos et al. (2004) sowie Kanavos und Costa-i-Font (2005) die Hypothese, wonach der Parallelimport bei Arzneimitteln den Wettbewerb über die Preise stimuliert und die Preise in den Importländern sinken. Sie bestätigen zu-

²⁴ Siehe zum Beispiel Danzon (1998).

²⁵ Nach einer sorgfältigen Prüfung der zitierten Arbeiten tendieren wir eher zu den Schlussfolgerungen von Kanavos et al. (2004) sowie Kanavos und Costa-i-Font (2005).

Literaturangaben zu Kapitel 4.4

- Altenstetter Ch. (2003), EU and member state medical devices regulation, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19, 228-248.
- Bundesrat (2002), Parallelimporte und Patentrecht, Bericht des Bundesrates in Beantwortung der Anfrage der WAKN (00.3612) und zu den verschiedenen Regulierungen im Markt für Heilmittel.
- Bundesrat (2004), Parallelimporte und Patentrecht. Regionale Erschöpfung, Bericht des Bundesrats in Beantwortung des Postulats der WAKN (03.3423) sowie der Postulate 04.3164 und 04.3197.
- Cueni, T.B. (2005a), Medikamente, in: Kocher, G. und Oggier, W. (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*, S. 202-209, Verlag Hans Huber, Bern.
- Cueni, T.B. (2005b), Pharmaindustrie, in: Kocher, G. und Oggier, W. (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*, S. 157-163, Verlag Hans Huber, Bern.
- Danzon, P. M. (1998), The Economics of Parallel Trade, *Pharmacoeconomics*, S. 293-304.
- Danzon, P. M. und Keuffel, E. (2005), Regulation of the Pharmaceutical Industry, Draft, The Wharton School, University of Pennsylvania.
- Giaccotto C., Santerre R. E und Vernon, J. A. (2005), Drug Prices and Research and Development Investment Behavior in the Pharmaceutical Industry, *Journal of Law and Economics*, XLVIII, S. 195-214.
- Interpharma (2005), Pharma-Markt Schweiz.
- Jacobzone, S. (2000), Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals, OECD, *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 40.
- Kanavos, P. (2001), Overview of Pharmaceutical Pricing and Re-imburement Regulation in Europe, LSE Health and Social Care.
- Kanavos, P., Costa-i-Font, J., Merkur S., Gemmill, M. (2004), The Economic Impact of Parallel Trade in European Union Member States: a Stakeholder Analysis, London School of Economics.
- Kanavos, P. und Costa-i-Font, J. (2005), Pharmaceutical parallel trade in Europe: stakeholder and competition effects, *Economic Policy*, S. 751-798.
- Newhouse, J. P. (1993), Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Harvard University Press.
- OECD (2003), *Economic Survey Switzerland*, Paris.
- OECD (2006), *Economic Survey Switzerland*, Paris.
- Scherer, F. M. (1993), Pricing, Profits, and Technological Progress in the Pharmaceutical Industry, *Journal of Economic Perspectives*, 7, S. 97-115.
- Scherer, F. M. (2001), The Link between Gross Profitability and Pharmaceutical R&D Spending, *Health Affairs*, 20, S. 216-220.
- Vernon, J.A. (2005), Examining the Link between Price Regulation and Pharmaceutical R&D Investment, *Health Economics*, 14, S. 1-16.

dem, dass die Parallelimporteure tendenziell wesentlich stärker von den Parallelimporten profitiert haben als die Konsumenten und die Versicherer. Diese Ergebnisse scheinen insgesamt die Argumente für Parallelimporte teilweise zu entkräften.

Derzeit scheinen die empirischen Arbeiten keine eindeutigen Schlussfolgerungen über mögliche (positive oder negative) Auswirkungen von Parallelimporten zuzulassen.²⁵ Grundsätzlich drängt sich in der Schweiz jedoch angesichts des erwähnten Konflikts zwischen (allokativer) statischer Effizienz und dynamischer Effizienz ein Kompromiss zwischen einer wettbewerbs- und patentschutzorientierten Strategie einerseits und einer Innovationspolitik andererseits auf. Selbst wenn Parallelimporte möglicherweise zu Preissenkungen und einem weniger raschen Ausgabenwachstum in der Medizintechnik beitragen könnten, steht diesen Argumenten der Aspekt gegenüber, dass es in der Schweiz eine Vielzahl von Unternehmen gibt, die im Bereich Forschung und Entwicklung besonders aktiv sind.

4.4.5 Schlussfolgerungen

Im Bereich der Medizintechnik gilt es sowohl die gesundheitspolitischen Ziele als auch die Bestrebungen der Innovationspolitik zu berücksichtigen. Die geltende Preisregulierung ist in der Schweiz weniger streng als in anderen Ländern, was den Herstellern grössere Gewinne ermöglicht. Insgesamt scheint der aktuelle Kompromiss zwischen Innovationsförderung und Kosteneindämmung im Gesundheitswesen eher innovationsfreundlich.

Die Schweiz bildet damit keineswegs eine Ausnahme. In den meisten Ländern mit einer forschungsaktiven Medizintechnikbranche ist das Engagement für die medizinische Innovation stärker verankert als der Wille zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen. Diese Strategie geniesst in der Bevölkerung und bei den Leistungserbringern einen starken Rückhalt. Aus diesem Grund wird die Überzeugung, dass medizinische Innovation hoch zu gewichten ist, die Gesundheitspolitik auch weiterhin prägen.

Die Herausforderung besteht darin, diesen Konflikt nicht zu leugnen, sondern eine möglichst sinnvolle Lösung zu finden. Die von uns in diesem Kapitel präsentierte Analyse veranlasst uns zur Schlussfolgerung, dass zwar die untersuchten Regulierungsinstrumente für die Nachfrageseite unter gewissen Voraussetzungen gesellschaftlich effizient gestaltet werden können, nicht aber die besprochenen Instrumente zur Regulierung der Angebotsseite. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es keinerlei wirksame Instrumente zur Regulierung des Angebots gibt. Es bedeutet vielmehr, dass man versuchen muss, eine Innovationspolitik mit Anreizmechanismen

umzusetzen, die ein Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Zielen anstrebt.

Vorderhand dürfte eine gezieltere Strategie zur Bekämpfung der Probleme im Zusammenhang mit den hohen Preisen gewisser innovativer Produkte darin bestehen, die Abläufe zur Aufnahme von Medizintechniken in den Leistungskatalog der OKP zu optimieren. Erfolgversprechend wäre insbesondere eine stärkere Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Analysen und Evaluationen für Medizinprodukte. Auf deren Basis liesse sich wie zum Beispiel in Australien ein Preissetzungssystem erstellen, das auf dem therapeutischen Wert der Technik basiert. Mit diesem System sollte den Herstellern überzeugend signalisiert werden, dass echte Innovationen belohnt werden, unbedeutendere Fortschritte aber nicht. Damit würden die künftigen F&E-Aktivitäten in die gewünschte Richtung gelenkt. Voraussetzung dazu wäre ein Modell, mit dem sich der Wert einer Innovation genauer bestimmen und sich ein Preis festlegen lässt, der innovative Unternehmen angemessen belohnt, der aber auch aus Sicht der Gesellschaft rentabel ist (im Sinne des «Value for Money»).

5. Abschliessende Bemerkungen: Zur Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Dass im Gesundheitswesen erhebliche Finanzierungsprobleme bestehen, musste nicht erst durch diesen Bericht aufgezeigt werden. Die regelmässigen Prämienhöhungen 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; schliesslich will dieser Bericht aufzeigen, dass sie dringend erforderlich sind. 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 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 Prämienenkungen ermöglichen würden.¹ Tatsächlich sind aber die Prämien – aus welchen Gründen auch immer – 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.² 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 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 zu lösen, kann gelten, dass das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten, das als stark wettbewerbsorientiert 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 in diesem Bericht 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.³ So sieht die Kommission ja gerade in einem verstärkten (bzw. sinnvoller als heute ausgerichteten) Wettbewerb zwischen Krankenkassen und zwischen Spitälern ein grosses Potenzial für Kosteneinsparungen.

Aber selbst wenn Wettbewerb hinreichend wäre, die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems zu lösen, würde man ihn aus ethischen Gründen nicht überall zulassen wollen.

¹ Siehe z.B. Heberlein, *Die Reform der Krankenversicherung: Ein Gesetz für die Zukunft*, Neue Zürcher Zeitung Nr. 268 vom 16. November 1994, S. 15.

² Siehe hierzu z.B. Oberender und Rütter (1984).

³ Neben problematischen Regulierungen dürfte 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. Zum Problem dieser Versicherungen im U.S.-System siehe z.B. Danzon (1997).

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 Vorschläge der Kommission im Wesentlichen in zwei Gruppen eingeteilt werden. So sollen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die grössere Freiheit der Versicherungen bei der Ausgestaltung der Verträge, die Verwirklichung eines Binnenmarktes bei den Spitälern sowie die monistische Spitalfinanzierung zuzusätzlichen 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 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 Enthoven (1978, 1988).⁴ 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 sich nicht nur die Mitglieder der Kommission, sondern wohl auch die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger der Schweiz von ihm erwarten. Die Kommission hat hierzu Vorschläge gemacht; jetzt ist die Politik am Zuge.

Literaturangaben zu Kapitel 5

- Danzon, P.M. (1997), Tort Liability: A Minefield for Managed Care?, *Journal of Legal Studies* 26, S. 491–519.
- Enthoven, A.C. (1978), Customer-Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine* 198, S. 650–658, S. 709–720.
- Enthoven, A.C. (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland, Amsterdam.
- Leu, R.E. (2004), Ein Wettbewerbsmodell für das Schweizerische Gesundheitswesen, in: Ch.A. Schaltegger und S.C. Schaltegger (eds.), *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, vdf, Zürich, S. 631–645.
- Oberender, P., und G. Rüther (1984), *Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen*, Arbeitsgemeinschaft Selbstständiger Unternehmer, Bonn.

4 Siehe hierzu auch Leu (2004).

