



OECD-Berichte über Gesundheitssysteme
SCHWEIZ

2011



OECD-Berichte über Gesundheitssysteme Schweiz

2011



**World Health
Organization**

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der Organisation bzw. der Regierungen ihrer Mitgliedstaaten oder der Weltgesundheitsorganisation wider.

Dieses Dokument und die darin enthaltenen Karten berühren nicht den völkerrechtlichen Status und die Souveränität über Territorien, den Verlauf der internationalen Grenzen und Grenzlinien sowie den Namen von Territorien, Städten und Gebieten.

Original von der OECD in Englisch und Französisch unter folgenden Titeln publiziert:

OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011

Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011

© OECD, World Health Organization 2011

Alle Rechte vorbehalten.

© 2012 Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit für die vorliegende deutsche Ausgabe.

Veröffentlicht in Übereinkunft mit der OECD, Paris.

Die Qualität der deutschen Übersetzung und deren Übereinstimmung mit dem Originaltext liegt in der Verantwortung des Schweizerischen Bundesamts für Gesundheit.

Die statistischen Daten für Israel wurden von den zuständigen israelischen Stellen bereitgestellt, die für sie verantwortlich zeichnen. Die Verwendung dieser Daten durch die OECD erfolgt unbeschadet des völkerrechtlichen Status der Golanhöhen, von Ost-Jerusalem und der israelischen Siedlungen im Westjordanland.

Fotos: Titelseite © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images, © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images, © Jim Arbogast/Digital Vision/Getty Images, © Don Tremain/Photodisc/Getty Images, © GeoStock/Photodisc/Getty Images, © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images.

Vorwort

Der vorliegende Bericht zum schweizerischen Gesundheitswesen ist gemeinsam vom OECD-Sekretariat und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf Anfrage des Schweizerischen Bundesamts für Gesundheit verfasst worden. Er folgt auf die Gesundheitsberichte über Korea (2003), Mexiko (2005), Finnland (2005) und die Türkei (2008, in Zusammenarbeit mit der Weltbank) und bringt die im ersten Bericht zum schweizerischen Gesundheitswesen 2006 veröffentlichten Informationen auf den neuesten Stand.

Der Bericht bewertet die institutionellen Strukturen und die Leistungskraft des schweizerischen Gesundheitswesens. Dabei konzentriert er sich auf die Fragen der Solidarität und der Effizienz der Krankenversicherung, auf das Gesundheitspersonal und auf Reformen und Strukturen des schweizerischen Gesundheitssystems. Er diskutiert die Faktoren, welche die Leistungsfähigkeit beeinflussen, und beleuchtet die Herausforderungen und die notwendigen Reformen, die dem System in Zukunft bevorstehen. Mit dem Aufzeigen von Stärken und Schwächen des gegenwärtigen Systems und einer Evaluation möglicher Alternativen soll die Debatte um Gesundheitsreformen in der Schweiz gefördert werden.

Francesca Colombo (OECD) und Pascal Zurn (WHO, Genf) waren für die Leitung und Koordinierung der Arbeiten zum vorliegenden Bericht verantwortlich. Die wichtigsten Verfasserinnen und Verfasser des Berichts sind in alphabetischer Reihenfolge: Francesca Colombo (OECD), Ann-Lise Guisset (WHO-Regionalbüro für Europa), Elke Jakubowski (WHO-Beraterin, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover), Ankit Kumar (OECD), Inke Mathauer (WHO, Genf), Howard Oxley (OECD), Valérie Paris (OECD) und Pascal Zurn (WHO, Genf), mit wichtigen Beiträgen von Peter Donnelly (Universität St. Andrews) und Laura Stormont (WHO, Genf). Die Autorinnen und Autoren danken folgenden Personen für ihre Bemerkungen und Anregungen: John Martin, Stefano Scarpetta, Mark Pearson und Michael Schönstein vom OECD-Sekretariat; Jean-Marc Braichet, Manuel Dayrit, David Evans und Jean Perrot von der WHO in Genf sowie Hans Kluge, Joseph Kutzin und Galina Perfilieva vom WHO-Regionalbüro für Europa. Beim OECD-Sekretariat danken sie ausserdem Margarita Xydia-Charmanta für ihre Hilfe bei Statistiken, Judy Zinnemann für ihre Assistenz- und Marlène Mohier für ihre Redaktionsarbeit; beim Hauptsitz der WHO in Genf danken sie Lawrence Loh und Jennifer Edge für ihre Beiträge zum Bericht, insbesondere für ihre statistische und redaktionelle Unterstützung.

Die Erstellung dieses Berichts wäre ohne die grosszügige Unterstützung durch die schweizerischen Behörden nicht möglich gewesen. Der Bericht konnte vom Fachwissen und von den zur Verfügung gestellten Unterlagen vieler Behördenmitarbeitenden und Gesundheitsexperten profitieren, mit denen sich das Redaktionsteam auf einer Informationsreise in die Schweiz im Februar 2011 traf. Es waren dies insbesondere Mitarbeitende des Bundesamts für Gesundheit, des Bundesamts für Statistik und der Kantonsbehörden; Vertreterinnen und Vertreter von Krankenversicherern, Spitälern, Pflegeheimen und Gesundheitsberufen; von Konsumentenorganisationen und Nichtregierungsorganisationen, der pharmazeutischen Industrie sowie weitere Gesundheitsfachleute. René Schwendimann (Universität Basel) lieferte wertvolle Informationen zur RN4CAST-Studie. Das Redaktionsteam bedankt sich im Speziellen bei den Mitarbeitenden der Abteilung Internationales des Bundesamts für Gesundheit für deren Hilfe bei der Vorbereitung der Reise und bei der Koordinierung der Datenlieferungen, insbesondere bei Delphine Sordat, Patrizia Sieber Zürcher und Gaudenz Silberschmidt. Ein Berichtsentwurf wurde den schweizerischen Behörden zur Stellungnahme zugesandt. In die endgültige Fassung des Berichts sind wertvolle Kommentare von schweizerischen Gesundheitsexperten und Behörden eingeflossen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
Bewertung und Empfehlungen	11
Kapitel 1 Wichtigste Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems	25
1.1 Wichtigste Merkmale der Schweiz	27
1.2 Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors	35
1.3 Die politische Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens	35
1.4 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz	38
1.5 Gesundheitsversorgung	45
1.6 Zahlungen an die Leistungserbringer, Vergütung und Verträge	56
1.7 Effizienz des Systems: internationales Benchmarking und zukünftige Herausforderungen	61
Anmerkungen	64
Bibliographie	66
Kapitel 2 Krankenversicherung	69
2.1 Allgemeine Tendenzen auf dem schweizerischen Krankenversicherungsmarkt	70
2.2 Das Krankenversicherungsgesetz von 1996 hat zwar zur Stärkung der Solidarität beigetragen, doch bestehen nach wie vor Ungleichheiten bei der Gesundheitsfinanzierung	75
2.3 Der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt erfüllt nicht alle Versprechungen	84
2.4 Das Reformprogramm	93
Anmerkungen	99
Bibliographie	100
Kapitel 3 Gesundheitspersonal	103
3.1 Verteilung und Entwicklung des Gesundheitspersonals	104
3.2 Trends beim Gesundheitspersonal	109
3.3 Ausbildung	113
3.4 Die internationale Migration von Gesundheitspersonal und die Schweiz ...	118
3.5 Nicht nur eine Frage der Ausbildungszahlen	121
3.6 Nationale und langfristige Vision zum Gesundheitspersonal als Herausforderung	124
Anmerkungen	126
Bibliographie	127
Kapitel 4 Reformen und Fortschritte seit dem Bericht 2006	131
4.1 Public Health und Prävention	132
4.2 Qualität der Versorgung	138
4.3 Spitalfinanzierung	140
4.4 Arzneimittel	144
Anmerkungen	152
Bibliographie	152

Kapitel 5 Reformen und politische Steuerung des schweizerischen Gesundheitssystems	155
5.1 Governance-Probleme im Gesundheitssystem gemäss Bericht 2006	157
5.2 Traditionen und Grundlagen der Governance	158
5.3 Dynamische Governance oder politische Reformfähigkeit	159
5.4 Merkmale und Instrumente der Governance im schweizerischen Gesundheitssystem	160
5.5 Ziele des Gesundheitssystems aus Sicht der Governance	167
5.6 Schlussfolgerung	169
Anmerkungen	170
Bibliographie	172
Abkürzungsverzeichnis	173
Abkürzungen der Kantone	174

Liste der Tabellen

1.1 Pro-Kopf-Einkommen nach Kantonen, 2005 (in absteigender Reihenfolge) ..	29
1.2 Wichtige demographische Kennzahlen der Schweiz, 2009	31
1.3 Indikatoren für allgemeine Gesundheitsrisiken in OECD-Ländern, 2009	33
1.4 Finanzierung der Gesundheitskosten in der Schweiz, 2009	39
1.5 Verfügbare Ressourcen im Gesundheitswesen der Schweiz und in anderen OECD-Ländern, 2008	47
1.6 Öffentliche und private Spitäler in der Schweiz, 2009	52
1.7 Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in OECD-Ländern, 2008	56
2.1 Versicherungsformen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung ..	72
2.2 Entwicklung der Prämienverbilligungen seit 1999	79
3.1 Pflegeabschlüsse pro Jahr und prognostizierter Bedarf	117
3.2 Medizinstudium: Anzahl Bewerbungen und Kapazität nach Universität, Studienjahr 2010/11	117
3.3 Anteil an zugewandertem (im Ausland geborenen) ärztlichem Pflegepersonal in OECD-Ländern	119
4.1 Spezialfinanzierungsanteile in OECD-Ländern mit Systemen auf Versicherungsbasis 2007	143

Liste der Abbildungen

1.1 BIP pro Kopf in OECD-Ländern, 2010	28
1.2 Lebenserwartung bei der Geburt in den OECD-Ländern, 2008	30
1.3 Die schweizerische Bevölkerung nach Altersgruppen, 2010 und 2050	30
1.4 Bevölkerungsanteil in den OECD-Ländern, der seine Gesundheit als gut oder sehr gut betrachtet, 2008	34
1.5 Anteile ausgewählter Mortalitätsursachen, 2007	34
1.6 Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern als Prozentanteil am BIP, 2003	36
1.7 Gesundheitsausgaben pro Kopf und Pro-Kopf-BIP in OECD-Ländern, 2009 ..	37
1.8 Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsart, 2009	40
1.9 Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention als Anteil an den aktuellen Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, 2008	48
1.10 Finanzierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in der Schweiz nach Finanzierungsquelle, 2009	48

1.11	Wichtige Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme des Bundesamts für Gesundheit nach Finanzvolumen, 2011.....	49
1.12	Akutbetten in der Schweiz und in ausgewählten OECD-Ländern, 1998–2008	51
1.13	Anteil der Ausgaben der vom Staat oder den Sozialversicherungen bezahlten Arzneimittel für ambulante Patientinnen und Patienten in der OECD, 2009	55
1.14	Potenzielle Erhöhung der Lebenserwartung durch Effizienzsteigerung.....	61
2.1	Tendenzen beim Abschluss der verschiedenen Versicherungsformen in der versicherten Bevölkerung zwischen 1996 und 2009	73
2.2	Verteilung der KVG-Prämien für Erwachsene über 25 Jahre nach Kanton, 2011	76
2.3	Summe der Ausgaben für Leistungserbringer, Prämien und Selbstbehalte pro Kopf und nach Kanton, 2007	76
2.4	Anteil der Bevölkerung mit Prämienverbilligung und durchschnittliche Verbilligung pro Begünstigten nach Kanton, 2009.....	79
2.5	Durchschnittliche Prämienlast nach Auszahlung der Prämienverbilligung als Anteil am verfügbaren Einkommen für fünf Haushaltstypen, 1998, 2002 und 2007	80
2.6	Selbstzahlungen der Haushalte von Gesundheitskosten in OECD-Ländern, 2009	82
2.7	Gesundheitsausgaben nach Einkommensquintil 2007	83
2.8	Vergleich der Entwicklung von Nettotransfervolumen im Risikoausgleich und Kosten der sozialen Krankenversicherung von 1996 bis 2009	87
3.1	Verhältnis Pflege-/Arztpersonal Schweiz und OECD-Durchschnitt	104
3.2	Anzahl Ärztinnen/Ärzte pro 1000 Einwohner nach Kanton, 2009.....	105
3.3	Anzahl Ärztinnen/Ärzte in freier Praxis pro 1000 Einwohner nach Kanton, 1980, 1990, 2000 und 2009	105
3.4	Allgemeinarztdichte in OECD-Ländern.....	108
3.5	Altersverteilung der praktizierenden Ärzteschaft 1980 und 2010.....	109
3.6	Altersverteilung der Pflegefachkräfte 2010.....	110
3.7	Altersverteilung der Ärzteschaft nach Geschlecht 2010.....	111
3.8	Geschlechtsverteilung nach Facharztgebiet.....	111
3.9	Anzahl Medizin- und Pflegeabschlüsse in der Schweiz 1980–2009.....	115
3.10	Medizinabschlüsse pro 100 000 Einwohner 1995–2008, Schweiz und OECD-Durchschnitt	116
3.11	CiPS-Beratungen pro Jahr	124
4.1	Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Schweizer Kindern von 6 bis 12/13 Jahren	133
4.2	Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung in OECD-Ländern 2009	141
4.3	Anteil an ambulant vorgenommenen Eingriffen in Spitälern 2008	141
4.4	Relatives Publikumspreisniveau für Arzneimittel in OECD-Ländern 2005 ...	146
4.5	Trends bei Generikamarktanteilen seit 2002	149

Einleitung

Im vorliegenden Bericht wird das schweizerische Gesundheitssystem untersucht. Der Bericht enthält eine Aktualisierung der Informationen und Analysen, die im Jahr 2006 von der OECD und der WHO in *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz* veröffentlicht wurden. Ferner werden drei gesundheitspolitische Themen beleuchtet, die für die Schweiz besonders wichtig sind, nämlich die Krankenversicherung, das Gesundheitspersonal und die politische Steuerung (Governance) des schweizerischen Gesundheitssystems. Der Bericht enthält eine Beschreibung der wichtigsten Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems mit dem Ziel, vorrangige Reformvorschläge zu formulieren und Erkenntnisse zu liefern, aus denen andere Länder lernen können.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist sehr leistungsfähig und reagiert flexibel auf Veränderungen. Dies zeigt sich insbesondere durch die hohe Patientenzufriedenheit und eine der höchsten Lebenserwartungen weltweit. In der Schweiz wird ein stark dezentralisiertes Gesundheitssystem mit einer nahezu uneingeschränkten Wahl der Leistungserbringer und einer vergleichsweise hohen Verfügbarkeit an Gesundheitsdiensten kombiniert. Dies hat jedoch seinen Preis: Die Gesundheitskosten sind in der Schweiz höher als in den meisten anderen OECD-Ländern. Technische Fortschritte, Bevölkerungsalterung und die Verbreitung chronischer Krankheiten werden dazu führen, dass die Ansprüche an das Gesundheitssystem und der damit einhergehende wirtschaftliche Druck immer mehr zunehmen.

Diese Veränderungen werden die Gesundheitspolitik vor neue Herausforderungen stellen und anhaltende Reformen verlangen. Die Krankenversicherung mit dem Konzept des regulierten Wettbewerbs hat zu einer umfassenden Deckung und zu einer breiten Auswahl geführt. Der Schwerpunkt zukünftiger Reformen sollte darin bestehen, die Versorgungsqualität zu steigern (insbesondere für Personen, die häufiger Leistungen in Anspruch nehmen und verschiedene Versorgungsangebote benötigen) und gleichzeitig die Kosten zu dämmen. Dies könnte damit beginnen, dass zur Bestimmung der von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckten Leistungen systematisch Kostenwirkungskriterien angewendet werden. Die Auseinandersetzung mit Kosten und Qualität bedeutet für die Schweiz ebenfalls, dass Koordinierungsprobleme bei der Festlegung einer nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungs politik – die nachweislich zu einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis führt – überwunden werden müssen. Damit zukünftige Reformen richtig ausgerichtet sind, sollte sich die Schweiz auf die Verbesserung von Gesundheitsinformation und Informationstechnologien konzentrieren, welche die Steigerung der Versorgungsqualität vorantreiben können. Parallel zu diesen Reformen sollte an einer langfristigen nationalen Perspektive gearbeitet werden, mit der mehr Gesundheitspersonal ausgebildet und das in der Schweiz vorhandene Personal wirkungsvoller eingesetzt werden könnte.

Die Reformen, die in den letzten fünf Jahren durchgeführt wurden, dürften bald Früchte tragen. Insbesondere dürfte die derzeit laufende Revision des Spitalfinanzierungssystems zur Verringerung der Inanspruchnahme von Spitälern beitragen. Die Überprüfung der Arzneimittelpreise hat bereits erste Ergebnisse gezeitigt, und es bestehen noch mehr Reformmöglichkeiten, mit denen das Preis-Leistungs-Verhältnis der Arzneimittelkosten verbessert werden könnte.

Bei der Durchführung zukünftiger gesundheitspolitischer Reformen werden die einzigartigen Lenkungsstrukturen des schweizerischen Gesundheitswesens dafür sorgen müssen, dass die Gesundheitsleistungen auf lokaler Ebene innovativ und anpassungsfähig bleiben. Gleichzeitig wird die politische Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens aber auch mit mehr Flexibilität Massnahmen treffen müssen, die den Interessen der gesamten schweizerischen Bevölkerung dienen. Wenn das schweizerische Gesundheitswesen in der Lage ist, sich besser an die zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen anzupassen, gibt es allen Anlass zu glauben, dass es auch weiterhin zu den leistungsfähigsten in der OECD gehören wird.

In den fünf Kapiteln des vorliegenden Berichts sind die Analyse und die Reformvorschläge der OECD und der WHO zum schweizerischen Gesundheitswesen enthalten. Einleitend werden Empfehlungen darüber formuliert, wie sich das schweizerische Gesundheitswesen heute verbessern kann und wie zukünftige Herausforderungen angegangen werden können. Kapitel 1 enthält einen Überblick über die politischen, demografischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten der Schweiz und die wichtigsten Merkmale des schweizerischen Gesundheitswesens. In Kapitel 2 werden die Trends im Krankenversicherungsmarkt im Hinblick auf Gleichheit bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen und Wettbewerbsintensität zwischen den Versicherern analysiert, mit einem besonderen Schwerpunkt auf Risikoausgleichsmechanismen, Managed-Care-Plänen und Reformprogramm zur Krankenversicherung. Kapitel 3 widmet sich der Untersuchung neuerer Tendenzen beim schweizerischen Gesundheitspersonal, einschliesslich in Fragen der Ausbildung und Migration, und behandelt einige der künftigen Herausforderungen. In Kapitel 4 werden die jüngsten Entwicklungen in den Bereichen Spitalfinanzierung, Prävention, Versorgungsqualität und Arzneimittelpolitik bewertet, während sich Kapitel 5 mit den Governance-Strukturen des schweizerischen Gesundheitswesens und dem Reformprozess auseinandersetzt.

Bewertung und Empfehlungen

Das schweizerische Gesundheitssystem ist leistungsfähig und erfüllt seinen Zweck, ist aber auch teuer

Die Menschen in der Schweiz leben länger als beinahe überall sonst auf der Welt. Dies wird vom hohen wirtschaftlichen Entwicklungsstand und einem patientenorientierten Gesundheitssystem begünstigt. Die Bevölkerung verfügt über nahe gelegene Gesundheitsdienste, eine grosse Auswahl an Leistungserbringern und Versicherern und eine breite Deckung der grundlegenden medizinischen Leistungen und Arzneimittel. Das schweizerische Gesundheitssystem gehört zu den besten der OECD. Doch dieser hohe Standard hat seinen Preis: 2009 lagen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz bei 11,4% des BIP, also klar über den durchschnittlichen 9,5% in der OECD.

Mit 26 Kantonen, von denen jeder einzelne eine wesentliche Rolle für die Gesundheit seiner Bevölkerung spielt, stellen Innovation und lokale Flexibilität Stärken des schweizerischen Gesundheitssystems dar. Das einzigartig hohe Niveau der direkten politischen Beteiligung auf allen Regierungsebenen in der Schweiz bietet der Schweizer Bevölkerung die Möglichkeit, auf die Ausrichtung der Gesundheitspolitik Einfluss zu nehmen. Die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems spiegelt sich in einer hohen Patientenzufriedenheit wider.

Höhere Ansprüche an das System sind zu erwarten, insbesondere bei der Behandlung chronischer Krankheiten

Trotz dieser bemerkenswerten Errungenschaften werden sich die politischen Entscheidungsträger der Schweiz in Zukunft bedeutenden Herausforderungen stellen müssen, um die Leistungen des Gesundheitssystems aufrecht zu erhalten und zu verbessern. Die Bevölkerung der Schweiz ist älter als in den meisten anderen OECD-Ländern. Gleichzeitig lassen die heutigen Änderungen im Lebensstil für die Zukunft eine Zunahme der Gesundheitsrisiken unter der Schweizer Bevölkerung vorausahnen. Die Prävalenz der Adipositas ist zwar noch niedrig, doch im Steigen begriffen, insbesondere unter jüngeren Menschen. Diese Tendenz dürfte zusammen mit medizintechnischen Fortschritten dazu führen, dass in den kommenden Jahrzehnten für Schweizer Einwohner und Einwohnerinnen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, an einer oder mehreren chronischen Krankheiten zu leiden. Hält diese Tendenz an, so werden die Ansprüche an das schweizerische Gesundheitswesen ebenfalls steigen.

Die Stärken des schweizerischen Systems sind gleichzeitig ein Hindernis für dynamisches Handeln angesichts der bevorstehenden Herausforderungen

Um sich den zukünftigen Herausforderungen stellen zu können, wird sich das heutige schweizerische Gesundheitswesen anpassen müssen. Insbesondere könnte sich die hohe Verfügbarkeit an Spitalleistungen, die sich in der Schweiz in der Vergangenheit bewährt hat, in Zukunft als inadäquat erweisen, wenn immer mehr Patienten über längere Zeit mit Gesundheitsleistungen versorgt werden müssen, auf welche die Akutspitäler nicht ausgerichtet sind. Es ist daher dringend notwendig, das andere Ende des Spektrums zu stärken, nämlich die Förderung der Gesundheit über die Schwerpunkte Public Health, Prävention und Grundversorgung.

Darüber hinaus ist das schweizerische Gesundheitswesen gemessen am BNE eines der teuersten der Welt, auch wenn sich das Ausgabenwachstum in den letzten Jahren verlangsamt hat. Es spricht einiges dafür, dass der Kostendruck auch in Zukunft hoch bleiben wird. Der Spitalbereich ist oft ein wichtiger Faktor für Kostenwachstum und die Schweiz verfügt im Vergleich zu anderen OECD-Ländern gemessen an ihrer Bevölkerungszahl und geographischen Grösse über eine hohe Anzahl an Spitälern. Der von der Versicherung abgedeckte breite Leistungskatalog wird regelmässig ausgedehnt. Das wäre durchaus positiv, wenn es gleichzeitig einen soliden und transparenten Rahmen zur Bewertung der Kostenwirksamkeit gäbe. Ausser bei Versicherungen mit hoher Jahresfranchise oder Managed-Care-Modellen haben Kunden und Leistungserbringer jedoch wenig Anreiz, eine angemessene Menge an Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen bzw. anzubieten. Auch haben die verschiedenen am Gesundheitswesen beteiligten Regierungsebenen bislang keine strengen Budgetkontrollen vorgenommen. Informationen stehen zwar nur beschränkt zur Verfügung, doch scheinen die Preise für Gesundheitsleistungen in der Schweiz relativ hoch zu sein. Eine teure Gesundheitsversorgung ist nicht unbedingt gleichbedeutend mit hoher Leistungsqualität. Im schweizerischen Gesundheitswesen muss daher für ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis gesorgt werden.

Auch wenn die universelle Abdeckung erreicht ist, die Patienten guten Zugang zu den Leistungen haben und generell mit diesen zufrieden sind, sollte die Schweiz ihre Gesundheitsreformen weiter vorantreiben. Das schweizerische politische System legt grossen Wert auf Konsensbildung. Auf diese Weise finden Reformen zwar einen breiten Konsens, doch kann zuweilen die Umsetzung sinnvoller Massnahmen erschwert oder unnötig verzögert werden. In den kommenden Jahren wird die Herausforderung darin bestehen, ein System zu entwickeln, das den sich verändernden Gesundheitsrisiken und Versorgungsbedürfnissen der Schweizer Bevölkerung gerecht wird. Dazu gehören folgende Punkte:

- Reformen sind notwendig, um eine effiziente Koordination von Leistungen zu fördern, die durch mehrere Anbieter und statt zu einem bestimmten Zeitpunkt über einen längeren Zeitraum hinweg erbracht werden. Eine solche Reform könnte beispielsweise das Abrücken von der Bezahlung auf Einzelleistungsbasis sein.
- Das schweizerische Gesundheitspersonal wird einen anderen Qualifikations-Mix aufweisen müssen, womit der Bedarf an Allgemeinärzten und Pflegepersonal in der Grundversorgung zunehmen wird.
- Die zahlreichen und stark dezentralisierten für Gesundheitsfragen zuständigen Regierungsebenen müssen schneller auf Veränderungen reagieren und bei nationalen Prioritäten wirksamere (und zuweilen stärker zentralisierte) Massnahmen ergreifen können.
- Die Unterschiede zwischen den Kantonen bei Finanzierung und Zugang zum Gesundheitssystem werden in der Schweiz eher geschätzt, können aber auch Ungleichheiten

maskieren. Die gegenwärtig zur Verfügung stehenden Informationen erlauben es nicht, zu überprüfen, ob einkommensbezogene Ungleichheiten bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung bestehen.

Die Suche nach möglichen Richtungen, die das schweizerische Gesundheitssystem einschlagen könnte, um zukünftige Herausforderungen zu bewältigen, wird aufgrund des mangelhaften Gesundheitsinformationssystems erschwert. Wenn nicht genug in das Sammeln von Informationen investiert wird, um eine angemessene Wissensgrundlage zu schaffen, kann es auch keine «wissensbasierte» Politik geben. Mehr Angaben über Behandlungsergebnisse und Morbidität in Verbindung mit der Gesundheitsversorgung sind notwendig, damit die politischen Entscheidungsträger in der Schweiz genau identifizieren können, welches die grössten Gesundheitsrisiken sind und wer in der Bevölkerung diesen Risiken am meisten ausgesetzt ist. Die Überwachung und Erfassung der Versorgungsqualität beschränkt sich derzeit auf eine Reihe von Spitalindikatoren, die jedoch nicht ausreichen, um Patienten, Versicherer und Regierungen zu befähigen, zwischen den zahlreichen Leistungserbringern und -Settings eine gut informierte Auswahl zu treffen. Auch über die Leistungen und das Gesundheitspersonal im ambulanten Bereich müssen Statistiken entwickelt werden. Für eine qualifizierte Politik ist ein minimaler Datenbestand mit den wichtigsten Gesundheitsinformationen unerlässlich.

Der gelenkte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern hat zu umfassendem Versicherungsschutz und grosser Auswahl geführt. Als Nächstes müssen Qualität und Kosten angegangen werden.

Die schweizerische Krankenversicherung bietet einen umfassenden Versicherungsschutz mit einer grossen Auswahl für die Konsumenten. Die Prämienverbilligungen tragen dazu bei, dass sich auch Familien und einkommensschwache Personen die Krankenversicherungsprämien leisten können. Doch selbst unter Berücksichtigung der Prämienverbilligungen gibt es sowohl innerhalb als auch unter den Kantonen grosse Unterschiede in der effektiven Prämienlast für die Haushalte. Die nach wie vor regressive Finanzierung der Krankenversicherung stellt zusammen mit dem relativ hohen Anteil an Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen für manche Haushalte eine finanzielle Belastung dar. Zugleich setzen wachsende Krankenversicherungskosten die Kantonshaushalte unter Druck.

Nach wie vor gibt es für Versicherer nur schwache Anreize und wenige Hebel, durch Wirksamkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten miteinander zu konkurrieren. Die Tarife für Leistungen werden vorwiegend auf kantonaler Ebene zwischen den Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer vereinbart. Die für die meisten Versicherungsprodukte geltende gesetzliche Verpflichtung, dass alle zugelassenen Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein können, trägt nicht zur Eindämmung der Kosten oder zur Verbesserung der Qualität bei.

Die Anzahl der Versicherten, die den Versicherer wechseln, ist zwar insbesondere unter jungen und gesunden Menschen in letzter Zeit gestiegen, bleibt aber dennoch niedrig. Das zeigt, dass die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten den Prämienwettbewerb zwischen den Versicherern nicht so stark beleben, wie es potenziell möglich ist. Zwischen den Kantonen gibt es nach wie vor grosse Prämienunterschiede und Versicherer treten vornehmlich über die Risikoselektion in Konkurrenz. Die Verbesserung der Risikoausgleichs-

mechanismen mit der Einführung einer neuen Variablen ab 2012, die auf früheren Spital- oder Pflegeheimaufenthalten basiert, wird dieses Problem teilweise beheben. Ohne eine aktivere Rolle beim Erwerb von Gesundheitsdiensten übernehmen zu können schränkt die Vielzahl an Versicherern jedoch deren Möglichkeit ein, Mittel und Gesundheitsrisiken zu poolen und kann hohe Verwaltungskosten verursachen.

Obwohl sich eine wachsende Zahl Versicherter Managed-Care-Modellen wie Hausarzt-netze, HMOs oder Callcenter mit Telefontriage anschliesst, haben diese Modelle noch keine nennenswerten Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Es ist davon auszugehen, dass das Potenzial der derzeitigen Managed-Care-Modelle, innovative Lösungen zu entwickeln und die Leistungsqualität voranzutreiben, von den Versicherern nicht voll ausgeschöpft wird. Da bei Managed-Care-Verträgen für eine Prämienreduktion der Verzicht auf die freie Arztwahl hingenommen werden muss, ziehen diese erfahrungsgemäss vor allem Personen mit gutem gesundheitlichen Risikoprofil an. Versicherte mit höheren Risiken wechseln nur ungern zu Managed-Care-Verträgen und damit zu einer eingeschränkten Anbietersauswahl, da sie einerseits befürchten, der Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen könnte eingeschränkt werden, und andererseits nicht darauf vertrauen, dass durch Managed-Care auch für Menschen mit grossem Bedarf an Gesundheitspflege oder mehreren chronischen Krankheiten eine bessere Versorgungsqualität möglich ist. Je mehr gesunde Personen sich jedoch für Managed-Care-Pläne entscheiden, desto mehr könnte die wachsende Beliebtheit dieser Versicherungsprodukte (wie auch der Versicherungsprodukte mit hoher Jahresfranchise) zu einer stärkeren Fragmentierung des Versicherungsmarktes nach Gesundheitsstatus und Risikoprofil führen.

Dennoch bieten Managed-Care-Produkte einen Rahmen, in dem der schweizerische Versicherungsmarkt seine Leistung verbessern könnte. Sowohl für Versicherer als auch für Versicherte sind mehr Anreize notwendig zur Förderung von Managed-Care-Produkten, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität, -effizienz und -koordination bewirken. Diese Versicherungsprodukte sollten die Leistungsanbieter dazu ermutigen, als Team bei der Erbringung koordinierter Leistungen zusammenzuarbeiten, indem sie sich Qualitätsanreize und Evidenz für Best-Practice Medizin zunutze machen. So könnte beispielweise die Verbreitung von Versicherungsprodukten gefördert werden, mit denen die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten verbessert wird (z.B. Disease-Management-Programme), oder von Produkten, bei denen der Einsatz von elektronischen Patientendossiers und Entscheidungshilfen für die Praxis dazu beiträgt, Qualitätsmängeln und unbegründeten Behandlungsunterschieden entgegen zu wirken. Sie könnten ebenfalls dazu dienen, dass Alternativen zur Einzelleistungsvergütung vorangetrieben werden.

Die Schweiz sollte zur Festlegung des Leistungskatalogs Kostenwirksamkeitskriterien anwenden

Die Gesundheitskosten in den meisten OECD-Ländern sind im Steigen begriffen, und bei der Bestimmung der von den Versicherern abzudeckenden Leistungen wird immer öfter auch die Kostenwirksamkeit neuer Behandlungsverfahren berücksichtigt. In der Schweiz wird der Pflichtleistungskatalog zentral festgelegt, und das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für die Aufnahme in den Leistungskatalog. Da die Kostenwirksamkeit jedoch nicht systematisch mit Hilfe

einer klar definierten und konsequenten Methodologie untersucht wird, mangelt es dem Entscheidungsprozess an Transparenz. Angesichts des wachsenden finanziellen Drucks im Gesundheitswesen würde es sich lohnen sicherzustellen, dass der Einsatz der Mittel nachweislich auf der Grundlage der Kostenwirksamkeit getätigt wird.

Der zukünftige Mangel an Gesundheitspersonal verlangt eine langfristige nationale Planung, mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen und eine bessere Nutzung der in der Schweiz vorhandenen Arbeitskräfte

Die Schweiz verfügt über eine höhere Dichte an Gesundheitspersonal als die meisten anderen OECD-Länder, doch ist in bestimmten Berufsgruppen und geographischen Gebieten ein Mangel zu befürchten. In einer Zeit, in der die Schweiz mehr Personal in der Grundversorgung benötigen wird, um Leistungen für Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten sicherzustellen und zu koordinieren, ist die Anzahl an Allgemeinärzten und -ärztinnen im Verhältnis zu spezialisierten Fachärzten kontinuierlich am Sinken; auch bestehen zwischen den Kantonen grosse Unterschiede.

Der Personalmangel droht dann aufzutreten, wenn sich auch die Demographie der Beschäftigten im Gesundheitswesen verändern wird. Ärzteschaft und Pflegepersonen werden älter und in den kommenden zwanzig Jahren werden viele in den Ruhestand treten. Zugleich führt die zunehmende Feminisierung des Berufsstandes zusammen mit den Präferenzen der jüngeren Generation zu einer zunehmenden Flexibilisierung der Arbeitszeiten. Diese begrüssenswerte Tendenz könnte mit der weiteren Verbreitung von Gruppenpraxen gefördert werden. Damit liesse sich auch die berufliche Isolierung reduzieren, mit der selbständige Ärzte und Ärztinnen häufig konfrontiert sind.

Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit einer langfristigen nationalen Beschäftigungsstrategie für das Gesundheitswesen. Bei der gesundheitlichen Beschäftigungspolitik ist mehr Koordination und Planung erforderlich, insbesondere zwischen den Bereichen Bildung und Gesundheit. Um den zukünftigen Gesundheitsbedürfnissen einer alternden Bevölkerung gerecht werden zu können, muss die Anzahl der Studenten an medizinischen Fakultäten und Pflegeschulen noch einmal zunehmen. Bislang hat sich die Schweiz in hohem Masse auf ausländisches Gesundheitspersonal verlassen, um die zu erwartenden Engpässe zu bewältigen. Langfristig ist dies keine wirksame Strategie, denn die Schweiz könnte in eine allzu starke Abhängigkeit von der Einwanderung geraten, um ihren Bedarf an Gesundheitspersonal zu decken. Zudem stellt sich das Problem der internationalen Gerechtigkeit gegenüber den Herkunftsländern. Anstrengungen auf nationaler Ebene sollten darauf abzielen, den zukünftigen Personalmangel zu antizipieren und dafür zu sorgen, dass Bildungs- und Schulungseinrichtungen über ausreichend Kapazitäten verfügen, um mehr Studenten aufnehmen und zugleich die Ausbildungsqualität aufrechterhalten zu können. Dabei sind die Ausbildungskapazitäten in der Grundversorgung von vorrangiger Bedeutung, doch muss auch anderen unterbesetzten Fachbereichen gebührende Aufmerksamkeit zukommen.

Zugleich gibt es Spielraum zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, indem mehr finanzielle und nicht-finanzielle Anreize geschaffen und diese besser gestaltet werden. Dazu gehören die Entlohnung der Arbeitskräfte, um weniger beliebte Berufe und Fachbereiche

zu unterstützen, die Nutzung von Managed-Care-Verträgen, um Vergütungsmodelle mit besserer Leistungsqualität zu entwickeln, sowie flexiblere Entlohnungssysteme, mit denen Fachkräfte für die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten (wie z.B. Pflegepersonen mit besonderen Qualifikationen) eingestellt werden können. Derartige Massnahmen können dazu beitragen, Gesundheitspersonal anzuziehen und zu behalten, was notwendig sein wird, soll die Schweiz auch weiterhin zu den Ländern mit der weltweit besten Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung gehören.

Finanzierungsreformen können die Inanspruchnahme der Spitäler in der Schweiz reduzieren

Mehr Gesundheitsversorgung bedeutet nicht notwendigerweise bessere Gesundheitsversorgung, doch bildet die gegenwärtige Organisations- und Finanzierungsstruktur der schweizerischen Spitäler einen Anreiz für deren Beanspruchung. Die Vereinbarung der Vergütung auf Einzelleistungsbasis im ambulanten Bereich und kantonale Subventionen für öffentliche Spitäler ermutigen die Spitäler mehr zu tun und sind kaum ein Anreiz Kosten zu dämmen. Dies erklärt zum Teil, weshalb die Verweildauer zwar in den letzten zehn Jahren zurückgegangen ist, aber immer noch über dem OECD-Durchschnitt liegt, und warum es in den Schweizer Spitälern immer noch einen geringeren Anteil von eintägigen Spitalaufenthalten an der gesamten Fallzahl gibt als in mehreren anderen Ländern. Die jüngsten Reformen zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen sind ein wesentlicher Schritt in Richtung Effizienzsteigerung der Spitäler. Sie bieten einen Anreiz zur Kosteneindämmung und zur Konzentration auf jene Leistungen, in denen die einzelnen Spitäler am kompetentesten und wirtschaftlichsten sind. Sie dürften ebenfalls von früheren Praktiken abhalten, die einer lockeren Haushaltsdisziplin förderlich waren, wie beispielsweise die Deckung finanzieller Defizite am Jahresende durch kantonale Spitalsubventionen.

Diese durchaus sinnvollen Reformen der Spitalfinanzierung werden sicher zur Effizienzsteigerung beitragen. In welchem Masse das jedoch der Fall sein wird, hängt davon ab, wie sie umgesetzt werden. Die von der Vergütung mittels leistungsbezogener Pauschalen erwartete Effizienzsteigerung könnte gefährdet werden, wenn die kantonalen Spitalsubventionen über die case-mix-angepassten Zahlungen hinaus gehen. Ebenso könnte die Doppelrolle der Kantone als Finanzierer und Betreiber von Spitälern zu einer Verzerrung der Ressourcenzuteilung führen, die der Effizienz schadet. Da die Schweiz zu den OECD-Ländern mit der höchsten Spitaldichte pro Kopf gehört, könnte sich durch die Finanzreform auch die wichtige Frage stellen, ob bestimmte (insbesondere kleine) Spitäler über ausreichend Volumen verfügen, um im DRG-System bestehen zu können. Bevor die Kantone entscheiden, wie viele Spitalbetten in Zukunft angebracht wären, sollten sie sich neue Informationen über die Kosten von Spitalleistungen, die Sicherheit der Spitäler sowie die Ergebnisqualität beschaffen.

Die Schweiz sollte Koordinationsprobleme bei der Ausarbeitung einer nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik überwinden

In der Schweiz sind nachhaltige und koordinierte Anstrengungen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung notwendig. Das vor kurzem eingeführte Rauchverbot ist eine der wenigen grösseren Präventionsmassnahmen seit dem letzten Bericht der OECD und der WHO vor fünf Jahren (2006). Das ist im Vergleich zu vielen anderen OECD-Ländern in den letzten Jahren eine recht bescheidene Entwicklung. Die stark dezentrale Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens förderte vor allem die Ausarbeitung lokal relevanter Präventionsprogramme, aber erschwerte die Entwicklung einer breit angelegten Politik zu den wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten wie Alkoholmissbrauch und Adipositas. Auch die Umsetzung von Massnahmen, die ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben – wie nationale Brustkrebs-Früherkennungsprogramme – schreitet zu langsam voran.

Dies spiegelt zum Teil die fragmentierten Zuständigkeiten für Präventionsfragen in der Schweiz wider. Nach zahlreichen Diskussionen in den letzten Jahren wurde nun der Entwurf für ein nationales Präventionsgesetz vorgelegt, in dem unter anderem die Schaffung einer nationalen Einrichtung zur Koordinierung von Public-Health-Prioritäten und -Anstrengungen unter den Kantonen vorgesehen ist. Ob diese Einrichtung über die notwendigen institutionellen Einflussmöglichkeiten und Finanzmittel zur effektiven Durchführung breit angelegter Präventionsprogramme verfügt, wird sich zeigen. Da die Kantone nach wie vor für die Durchführung (und Finanzierung) von Public-Health-Programmen zuständig sind, muss Public Health innerhalb der bestehenden Strukturen der öffentlichen Verwaltungen in den Kantonen und auf Bundesebene personell und fachlich ausgebaut werden. Dies wird dazu beitragen, dass sich der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik von kurativer Versorgung auf eine aktive Förderung der Gesundheit verlagert.

Anders als bei nichtübertragbaren Krankheiten hat sich die Koordinierung beim Schutz vor übertragbaren Krankheiten in der Schweiz deutlich verbessert. Aufgrund der dezentralisierten über die Kantone verteilten Zuständigkeiten können aber immer noch erhebliche Schwierigkeiten auftreten (wie die Erfahrung mit dem H1N1-Ausbruch gezeigt hat). Die vorgesehene Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) bietet eine Gelegenheit, die Rechenschaftspflicht klarer abzustecken und die internationale Vernetzung zu fördern. Dies würde der Schweiz helfen, schneller und wirksamer auf zukünftige Herausforderungen zu reagieren.

Aufgrund der spärlichen Informationen über gesundheitsbezogene Ungleichheiten und Leistungsqualität fällt es schwer zu beurteilen, ob das Preis-Leistungs-Verhältnis der grossen Investitionen in das Gesundheitswesen angemessen ist

Über gesundheitsbezogene Ungleichheiten stehen in der Schweiz zwar inzwischen mehr Informationen zur Verfügung, aber dennoch sind sie nach wie vor eher spärlich. Mit einem unvollständigen Bild der Verteilung der Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung ist es für Regierungen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen schwierig, eine zielgerichtete Politik durchzuführen. Landesweit vergleichbare Daten über gesundheitliche Ergebnisse und Mortalität in Verbindung mit der Gesundheitsversorgung sind notwendig, um Unterschiede im sozioökonomischen und geographischen Querschnitt der Schweizer Bevölkerung identifizieren zu können.

Wie die lückenhafte Erfassung und komplizierte Struktur der schweizerischen Krebsregister zeigt, ist es in einem System mit zahlreichen kleinen und stark autonomen Kantonen schwierig, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung notwendigen Daten zu sammeln. Informationen über die Leistungsqualität der Anbieter im Gesundheitswesen beschränken sich allzu oft auf die Akutversorgung und werden nur dank Initiativen auf lokaler oder kantonaler Ebene bereitgestellt. Die Schweiz ist in hohem Masse davon abhängig, dass sich jeder Arzt, jede Ärztin selber an «best practice» Methoden orientiert, und besitzt nur begrenzte Möglichkeiten für ein landesweites Benchmarking der Qualität von Gesundheitsleistungen. Während die Konsumenten über eine beträchtliche Auswahl an Leistungserbringern im Gesundheitswesen verfügen, besitzen sie oft erstaunlich wenig Informationen über deren Qualität, um eine gute Auswahl treffen zu können. Jüngste Bemühungen um eine landesweit einheitliche Messung von Fällen, Mortalität und anderen ausgewählten Indikatoren zur Versorgungsqualität in Spitälern sind zwar sehr begrüßenswert, könnten aber durch die Erweiterung des Indikatorenumfangs verbessert und durch die Messung der spitalexternen Versorgungsqualität ergänzt werden.

Durch weitere Reformen liesse sich in der Schweiz das Preis-Leistungs-Verhältnis bei Arzneimitteln verbessern

Die Schweizer Bevölkerung hat Zugang zu einer breiten Palette bezahlbarer Arzneimittel. Die Liste der von der Krankenversicherung zurückerstatteten Arzneimittel ist umfangreich und der Selbstbehalt relativ niedrig. Neue Produkte werden von den Leistungserbringern schnell angenommen. Die Ausgaben für Arzneimittel im ambulanten Bereich machen nur 10% der gesamten Gesundheitskosten aus, was im Vergleich zum OECD-Durchschnitt von 17% relativ wenig ist. Dies spiegelt sowohl die relativ geringen Verbrauchsvolumina als auch die hohen Kosten anderer Gesundheitsleistungen wider.

In den letzten sechs Jahren hat die Regierung mit einigem Erfolg Schritte zur Senkung der relativ hohen Preise für patentierte Arzneimittel und zur Unterstützung des Generika-Marktes unternommen. Inzwischen stimmen die Preise patentierter Arzneimittel mehr als zuvor mit den Preisen in Vergleichsländern überein. Dennoch ist der Anteil der Generika am gesamten Arzneimittelmarkt mit nur 10% weit niedriger als in vielen anderen Ländern. Es bedarf zusätzlicher Anstrengungen, um das Potenzial des Wettbewerbs mit den Generika voll auszuschöpfen, beispielsweise durch weitere Preissenkungen oder durch die Anwendung evidenzbasierter Richtlinien für die Praxis, um wo angemessen den Einsatz der günstigeren Generika-Ersatzprodukte zu fördern.

Entscheidungen über Preise und Rückerstattung von Arzneimitteln könnten in Anlehnung an formalisiertere Verfahren in anderen Ländern transparenter und evidenzbasierter getroffen werden. Die Schweizer Behörden sollten sich auf die in einigen Vergleichsländern in den kommenden Jahren bevorstehenden Veränderungen einstellen. So werden beispielsweise Frankreich und Deutschland Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführen, um einen Höchstpreis für die Vergütung von Arzneimitteln festzusetzen, während das Vereinigte Königreich beabsichtigt zu wertbasierter Preisbildung überzugehen.

Governance-Strukturen stellen die lokale Anpassungsfähigkeit sicher, können aber auch die im nationalen Interesse notwendigen Veränderungen behindern

Die Aufteilung der Regierungsbefugnisse zwischen Bund und Kantonen kann zuweilen einen Mangel an politischer Führung und Reformstreben im schweizerischen Gesundheitssystem nach sich ziehen. Der Bund verfügt zwar bei der Regelung des regulierten Wettbewerbs über breite Kompetenzen, jedoch nicht über die zur Verbesserung des gesamten Systems notwendigen Hebel. Kleine und stark dezentralisierte Kantonsregierungen sind in der Regel sowohl Finanzträger als auch Leistungserbringer, was ihre Motivation zum Aufbau stark rechenschaftspflichtiger und patientenfreundlicher Systeme schmälern kann. Die Versicherer in der Schweiz befinden sich in einem Kontext, in dem sie von der einen Regierungsebene reguliert werden und sich die Spitalkosten im stationären Bereich mit einer anderen Regierungsebene teilen. Dies beschränkt ihre Fähigkeit, ihren finanziellen Einfluss geltend zu machen, um Veränderungen voranzutreiben.

Diese Governance-Strukturen haben die Einführung von Reformen erschwert, mit denen die Prioritäten im System verlagert werden oder gar institutionelle Änderungen eintreten. Die Kantone haben die schwierige Aufgabe, dauernd zwischen ihrer ressourcen-intensiven Rolle als Spitalbetreiber einerseits und den Ergebnissen, die sie in anderen wichtigen nationalen Prioritäten erzielen müssen, andererseits abwägen zu müssen. Innerhalb der Kantone konkurrieren lokale Mittel für Prävention und Public-Health-Programme häufig mit den teuren aber scheinbar «unmittelbaren» kurativen Ergebnissen der Spitäler. Zugleich hat der Bund wenig finanziellen Einfluss, um die Kantone zu ermutigen, sich vermehrt auf die Prävention zu konzentrieren, weshalb er Veränderungen weder herbeizwingen noch breitangelegte Massnahmen vom Bund aus durchsetzen kann.

- Der Bund kann aber seinen Einfluss auf die Krankenversicherungen dazu nutzen, eine Führungsrolle in Bewertungsverfahren zu übernehmen und langfristig die Ausarbeitung nationaler Vereinbarungen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes anstreben:
- Obwohl der Bund laut Gesetz für die Bewertung der von der Krankenversicherung abgedeckten Leistungen zuständig ist, werden solche Bewertungen gegenwärtig ad hoc durchgeführt.
- Oft werden neue Produkte keiner wissenschaftlichen Bewertung (HTA, Health Technology Assessment) unterzogen. Der Bund sollte dafür sorgen, dass dies der Fall ist.
- Versicherer haben nur beschränkt die Möglichkeit, mit Hilfe ihrer Einkaufsmacht Kostensenkung und Qualitätssteigerung voranzutreiben. Dies liesse sich verbessern, wenn Versicherer vermehrt selektiv mit Leistungserbringern Verträge abschliessen könnten und für die gesamten Kosten von Spitalleistungen aufkommen müssten.
- Eine bessere «Aufsicht» über die Krankenversicherer, wie sie in einem Gesetzentwurf vorgesehen ist, hat das Potenzial für mehr Transparenz bei der Steuerung der Krankenversicherung.

Aufgrund einer Reihe von Spezifitäten im politischen System der Schweiz ist es schwierig, umfassende Reformen durchzuführen und zugleich Innovation und Flexibilität auf lokaler Ebene zu fördern. Die Schweiz muss zwischen den unterschiedlichen Präferenzen der verschiedenen kulturellen Regionen ein Gleichgewicht finden. Die Einflussmöglichkeiten

profiliertes Interessengruppen sind in einem politischen System mit einem potenziellen Vetorecht via Referendum und langwierigen Entscheidungsprozessen stärker. Langfristig wird das schweizerische Gesundheitswesen jedoch vermehrt in der Lage sein müssen, sich verändernden gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Schweizer Bevölkerung anzupassen. Dazu sind Einrichtungen nötig, die Innovationen und eine grössere Abstimmung zwischen den Akteuren fördern können und eine strategische Vision davon haben, wie sich das Gesundheitssystem auf Veränderungen von Morbidität und Behinderung einstellen sollte, insbesondere durch Präventionsförderung, Verbesserung der Leistungsqualität und Entwicklung der notwendigen Kompetenz- und Qualifikations-Mixe beim Gesundheitspersonal. Das Projekt Nationale Gesundheitsstrategie und das Präventionsgesetz (falls es angenommen wird) sind wichtige Meilensteine in diese Richtung. Durch die Planung und Abstimmung von Anreizen für Bürger, Leistungserbringer, Gemeinden, Kantone und Krankenversicherer könnten noch mehr Fortschritte erzielt werden. Insbesondere könnten organisatorische und finanzielle Anreize in den Bereichen Prävention und ambulante Versorgung geprüft werden, beispielsweise durch geteilte Verantwortung auf lokaler Ebene.

Wie in der neuen Europäischen Gesundheitspolitik des Regionalbüros der WHO für Europa (Gesundheit 2020) empfohlen wird, werden Plattformen notwendig sein, um die Entwicklung von kantons- und gemeindeübergreifenden Politiken und Praktiken zu verbessern. Anstrengungen sind notwendig, um den Austausch von Fachwissen und Praktiken auf lokaler Ebene zu fördern. Wichtig ist dabei die Schaffung von starken Public-Health-Einrichtungen mit nationalem Einfluss, um strategische gesundheitspolitische Ziele zu formulieren und politische Massnahmen zu bewerten. Dieser Bedarf an starken Public-Health-Einrichtungen ist in der Schweiz erhöht, da die Kantone aufgrund ihrer unterschiedlichen Grösse nicht alle dieselben Kapazitäten zur Entwicklung politischer Massnahmen besitzen.

Starke öffentliche Einrichtungen müssen durch verbesserte Gesundheitsinformationen ergänzt werden. Die bestehenden Gesundheitsinformationssysteme sind begrenzt und Angaben zu gesundheitlichen Schlüsselindikatoren werden allzu häufig freiwilligen Initiativen oder Leistungserbringern überlassen. Der Bund sollte die Erfassung eines minimalen gesundheitsbezogenen Datensets in allen Kantonen institutionalisieren, um Inkonsistenzen in den von den Kantonen gesammelten Informationen zu beheben. Langfristig sollte die Datenerfassung über Versorgungsqualität, Public Health und ambulante Versorgung beim Bund angesiedelt werden. Damit liesse sich sicherstellen, dass die erfassten Daten einheitlich und vergleichbar sind, und – was noch wichtiger ist – es würde eine Trennung vorgenommen zwischen der Regierungsebene, die für den Gesundheitsbetrieb zuständig ist, und der Ebene, die dessen Leistungen überwacht. Gesundheitsinformationen ermöglichen auch eine bessere Information der Öffentlichkeit über die Gründe für einschneidende Veränderungen wie etwa die Reorientierung des Systems auf Prävention und Grundversorgung, Angleichung des Spitalangebots an die Bedürfnisse der Bevölkerung und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Heimpflege.

Mit der Zeit sollte sich die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen weiterentwickeln. Zunächst besteht die Aufgabe darin, bessere Koordinierungsmechanismen zu entwickeln. Langfristig ist aber ein ambitionierterer Ansatz notwendig, mit dem die Kompetenzen so umverteilt werden, dass eine nationale Politik umgesetzt werden kann, ohne jedoch den Handlungsspielraum für eine auf die lokalen Bedürfnisse zugeschnittene Gesundheitsversorgung einzuschränken, die lange Zeit eines der Hauptmerkmale des schweizerischen Gesundheitswesens war.

Schlussbemerkung

Das schweizerische Gesundheitssystem bietet der Schweizer Bevölkerung eine gesundheitliche Versorgung von hoher Qualität. Wie in anderen OECD-Ländern werden auch in der Schweiz kontinuierliche Reformen des Gesundheitssystems notwendig sein, um sich auf die Herausforderungen der Zukunft einzustellen. Mehr Informationen sind notwendig, um die Qualität der verschiedenen Leistungserbringer miteinander vergleichen zu können; zwischen den Leistungserbringern muss der Informationsaustausch fließender werden; die Grundversorgung muss stärker in den Vordergrund rücken; kantonsübergreifende Zusammenarbeit ist erforderlich, um in Zukunft über Gesundheitspersonal mit dem richtigen Qualifikations-Mix zu verfügen und um breitangelegte Präventionsmassnahmen zu fördern. Um die laufenden Reformen voranzutreiben, werden im schweizerischen Gesundheitssystem mehr Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und auf Seiten der Kantone mehr gemeinsame Zukunftsplanung notwendig sein. Dies wird notwendig sein, damit die Dynamik und Anpassungsfähigkeit entstehen, mit denen das schweizerische Gesundheitssystem auch weiterhin einen Platz unter den Besten in der OECD einnehmen kann.

Reformempfehlungen für das schweizerische Gesundheitssystem

Für das schweizerische Gesundheitssystem besteht die grundlegende Herausforderung darin, wirksam auf die Verlagerung hin zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität reagieren zu können. Dazu werden Änderungen in folgende Richtungen notwendig sein:

1. Verbesserung der strategischen Steuerung (Governance) sowie die Entwicklung verbesserter Informationen für das Gesundheitssystem mittels:

- Erarbeitung eines übergreifenden Rahmengesetzes für Gesundheit auf Bundesebene, in dem eine gemeinsame Vision und konkrete Ziele für das Gesundheitssystem definiert und zugleich die unterschiedlichen Ansätze, Vielfalt an Ressourcen, Bedürfnisse und Präferenzen der Kantone anerkannt werden. Es sollte ferner die Rollen und Zuständigkeiten der verschiedenen Regierungsebenen klarstellen, Datenaustausch-Plattformen fördern, Wissen und Analysen für die Erarbeitung von politischen Massnahmen bereitstellen und für die Verbreitung von «Best Practice» sorgen.
- Aufstellung national vereinbarter Zeitpläne und Standards zur Einrichtung besserer Gesundheitsinformationssysteme und Berichterstattungspflicht mit minimalem Datenset für alle Kantone. Datenbanken und regelmässige Erhebungen sollten umfassen: Gesundheitsrisiken; Grundversorgung, Gesundheitspersonal (einschliesslich Pflegepersonal und anderer verwandter Gesundheitsberufe) und ambulante Versorgung; Leistungsqualität im ambulanten, Spital- und Langzeitpflegebereich; Morbidität und Mortalität in Verbindung mit Gesundheitsleistungen sowie gesundheitsbezogene Ungleichheiten (z.B. durch Einkommen, Bildungsniveau oder andere soziale Gegebenheiten).
- Einführung von elektronischen Patientendossiers, einer eindeutigen Patientenidentifizierung und individuellen computerlesbaren Smart Cards, um die Koordinierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu verbessern.

- Stärkung und Institutionalisierung der Koordination zwischen Bundes- und Kantonebenen sowie unter den Kantonen, insbesondere um eine bessere Organisation und Planung der Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

2. Änderung von Finanzierungs- und Abgeltungsmechanismen zur:

- Förderung der Qualität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Koordination der Leistungen. Kostenwirksamkeitsanalysen der KVG-Leistungen sollten durch den formelleren und systematischeren Einsatz von HTA verbessert werden. Kostenbeteiligungsvereinbarungen sollten derart gestaltet werden, dass der Einsatz kostenwirksamer medizinischer Güter und Leistungen sowie die Prävention gefördert werden. Integrierte Versorgungs- und Managed-Care-Modelle sollten durch Überwachung und Berichterstattung über qualitative Ergebnisse und Erfolge beim Krankheitsmanagement gefördert werden. Vernetzte Leistungsanbieter sollten über Anreize verfügen, um die Prävention in ihr Angebot zu integrieren und eine Kontinuität bei der Versorgung ihrer Patienten sicherzustellen.
- Verbesserung des wertbasierten Wettbewerbs unter Krankenversicherungen. Die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern sollte schrittweise zugelassen und die Risikoausgleichsmechanismen weiter verfeinert werden, indem morbiditätsrelevante Risikofaktoren hinzugefügt und vermehrt prospektive Kompensationsberechnungen eingeführt werden.
- Überwachung der Gleichheit bei der Finanzierung, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen von Versicherungsverträgen mit hohem Selbstbehalt oder hohen Jahresfranchisen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Wirksamkeit von Mechanismen zum Schutz der sozial Schwächeren (z.B. Prämienverbilligungen) sollte weiter überwacht und die mögliche Festlegung von Mindestanforderungen für die Gewährung von Prämienverbilligungen für anspruchsberechtigte Haushalte soll geprüft werden.

3. Stärkung der strategischen und nationalen Planung des Gesundheitspersonals, um sicherzustellen, dass das zukünftige schweizerische Gesundheitssystem auf die wachsenden Anforderungen und die Veränderungen in Morbiditätsmustern reagieren kann, und zwar mittels:

- Ausbau des Informationssystems zum Gesundheitspersonal, insbesondere zu Pflegepersonal und verwandten Gesundheitsberufen, und Einführung einer systematischen Überwachung, Evaluation und Berichterstattung über die nationale Beschäftigungspolitik im Gesundheitswesen.
- Unterstützung von medizinischen Fakultäten und Ausbildungsgängen im Pflegebereich bei der allmählichen Anhebung der Anzahl im Inland ausgebildeter Gesundheitsfachleute, insbesondere in Fachbereichen, in denen ein Mangel zu erwarten ist, wie z.B. in der Allgemeinmedizin.
- Auseinandersetzung mit Fragen der Gerechtigkeit und Wirksamkeit im Zusammenhang mit der internationalen Migration von Gesundheitspersonal auf der Grundlage des WHO-Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.
- Baldiger TARMED-Revision zur Erhöhung des relativen Einkommensniveaus für Leistungen der Grundversorger und anderer Fachbereiche, in denen Mangel herrscht.

- Förderung guter Praktiken wie fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit.
- Verbreitung von Informationen über «Best Practice» bei der Personalverwaltung in Spitälern («Magnet-Spitäler»), um diese Erfahrungen als Vorbild zu nehmen.
- Entwicklung von politischen Massnahmen, um die Anwerbung und Verweildauer (insbesondere in entlegenen und bergigen Regionen) sowie die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern.
- Unterstützung berufsübergreifender Ansätze sowie beruflicher Weiterbildung, beispielsweise im Kontext von integrierten Versorgungsmodellen oder Disease-Management-Programmen.
- Entwicklung einer umfassenderen und nachhaltigeren Laufbahnstruktur im Bereich öffentlicher Gesundheit und Gründung eines nationalen Kompetenzzentrums, das mit Public-Health-Fachleuten aus der Praxis, akademischen Einrichtungen sowie Bundes- und Kantonsverwaltungen gemeinsam eine evidenzbasierte politische Beratung im Bereich der öffentlichen Gesundheit erbringen kann.

4. Die Verbesserung der Gesundheit sowie der Qualitätssicherung bei der Gesundheitsversorgung stärken, mittels:

- Systematischer Bewertung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention mit besonderem Augenmerk auf die Durchführung und Überwachung von präventiven Public-Health-Massnahmen, die bislang noch nicht flächendeckend verfügbar sind (Brustkrebs-Früherkennung), nicht konsequent aufgenommen werden (Impfungen) oder kostenwirksam sind (Tabak- und Alkoholbesteuerung).
- Wesentlicher Anhebung des Stellenwerts der Prävention im schweizerischen Gesundheitssystem, indem beispielsweise Leistungserbringer ermutigt werden, Prävention in ihre Praxis zu integrieren, sowie durch Annahme eines weitreichenden Bundesgesetzes zur öffentlichen Gesundheit und Prävention, in dem die Aufgabenteilung klar definiert wird und ausreichend finanzielle Mittel vorgesehen sind, um Massnahmen landesweit umsetzen zu können.
- Stärkung der Rechenschaftspflicht und der Führungskapazitäten innerhalb des Gesundheitssystems, um grössere Fortschritte bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erzielen und zugleich auf nationale Notsituationen besser vorbereitet zu sein.
- Grösserer finanzieller Unterstützung von nationalen Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.
- Gesundheitsberichterstattung und Datenerhebung aufgrund von nationalen Qualitätsindikatoren durch Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich.

5. Stärkung der Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsversorgung und Arzneimittelausgaben mittels:

- Prüfung eines Wechsels von der gegenwärtigen dualen Spitalfinanzierung durch Kantone und Versicherer zu einem System, in dem die kantonalen Beiträge an einen einzigen Direktzahler gehen.
- Gewährleistung, dass die Umsetzung von DRGs mit grösserer Autonomie für Kantonsspitäler verbunden wird, dass neue Informationen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer für die Spitalplanung genutzt und dass DRG-Zahlungen zur Sicherstellung von Grundleistungen (wie Unfall- und Notfalldienste) ergänzt werden.

- Reduktion der durch Einzelleistungstarife ausgelösten Anreize zur Überversorgung durch Kombination mit anderen Vergütungsarten.
- Vermehrter Verlegung der Akutversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich, Entwicklung horizontaler Versorgung in ambulanten oder stationären Strukturen für Personen, die Langzeit- oder Palliativpflege benötigen oder solche, die an psychischen Erkrankungen leiden.
- Ausweitung der politischen Massnahmen, welche die Aufmerksamkeit für Qualität und Kostenwirksamkeit bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln fördern (z.B. durch den Einsatz von HTAs und verstärkte Förderung von Generika).

Kapitel 1

Wichtigste Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems beschrieben. Mit ihrer niedrigen Einwohnerzahl und zunehmenden Alterung gehört die Schweiz zu den OECD-Ländern mit den besten Gesundheitsergebnissen, wenn auch zu höheren Kosten als in den meisten anderen Ländern. Die Gesundheitsversorgung leistet einen wesentlichen Beitrag zur Schweizer Wirtschaft. Hauptmerkmal des schweizerischen Gesundheitswesens ist die obligatorische Krankenversicherung, die durch kontrollierten Wettbewerb zwischen den Versicherern bereitgestellt wird. Dank der obligatorischen Krankenversicherung sind von der ambulanten Versorgung bis hin zur Spitalpflege alle gesundheitlichen Grundbedürfnisse der Schweizer Bevölkerung versichert. Bei der Finanzierung, Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen spielen die Kantone eine wesentliche Rolle.

Wie in vielen OECD-Ländern war die Entwicklung des Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert auch in der Schweiz durch eine starke Betonung der Kurativmedizin gekennzeichnet. Im Mittelpunkt des Systems stehen die Kantonsregierungen, die bei der Bereitstellung und Bezahlung der Gesundheitsleistungen seit über 150 Jahren eine Schlüsselrolle spielen. Die immer wiederkehrenden Debatten über die Rollen und Zuständigkeiten der Kantone haben in jüngerer Zeit zu einer moderaten Erweiterung der Bundeskompetenzen über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung hinaus geführt. Seit rund 25 Jahren wird auch der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention mehr Aufmerksamkeit gewidmet.

Zu Beginn der 20. Jahrhunderts war nur ein Bruchteil der Schweizer Bevölkerung krankenversichert. Im Jahr 1903 gab es Schätzungen zufolge rund 2006 gemeinnützige Krankenkassen, die nur 14% der Bevölkerung erfassten. Die Mitgliedschaft bei einer dieser Krankenkassen war hauptsächlich an die Zugehörigkeit zu Gewerkschaften, an Beschäftigung oder an religiöse oder geographische Bedingungen geknüpft. Diese Kollektivversicherungen waren oft klein (die Hälfte zählte weniger als 100 Mitglieder) und 50% waren nur in einer einzigen Gemeinde präsent. Es mangelte an Koordination zwischen den Versicherern, die Aufnahme von Versicherten erfolgte willkürlich und die Mechanismen zur Prämienfestlegung waren oft unklar (Mulheim, 2003).

Das erste Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG)¹ wurde im Jahr 1911 angenommen, hatte jedoch eine geringere Reichweite als der erste Vorschlag der Regierung, der ein Obligatorium für alle Arbeiter bis zu einem bestimmten Einkommen vorsah. Ziel des Gesetzes war die finanzielle Unterstützung anerkannter Krankenversicherungen und die Durchsetzung gesetzlicher Mindeststandards (Kasten 1.1). In Laufe der Jahre wurden diverse Revisionen vorgenommen, um den Versicherungswechsel zu vereinfachen und den Leistungsumfang besser zu definieren. Probleme mit steigenden Gesundheitskosten, Überlegungen zur Chancengleichheit und Diskussionen über die Qualität der erbrachten Leistungen führten schliesslich im Jahre 1994 zur Annahme eines neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)². Dieses Gesetz bildet heute die wichtigste Grundlage für die Funktionsweise der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz.

Heute wird rund ein Drittel der schweizerischen Gesundheitsausgaben durch die Pflichtversicherung finanziert. Die Versicherer legen Einheitsprämien fest, mit denen eine Prämiengestaltung je nach Risiko vermieden werden soll. Im Jahr 2009 hatten über 7,7 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz eine Pflichtversicherung, davon 73% Erwachsene, 19% Kinder und 9% junge Menschen in Ausbildung (BFS, 2009 a). Die Anzahl der Versicherten ist seit 1996 relativ konstant; Einwohner ohne Versicherung gibt es praktisch nicht.

Kasten 1.1 **Das soziale Krankenversicherungssystem unter dem KUVG**

Das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung aus dem Jahr 1911 (KUVG) bildete die Grundlage der schweizerischen Krankenversicherung, bis es im Jahr 1996 durch das KVG ersetzt wurde. Das Gesetz von 1911 legte einen Grundleistungsumfang fest, der Beitritt blieb jedoch weitgehend freiwillig, und die Versicherungsbedingungen variierten zwischen den Versicherern beträchtlich (die sämtlich nicht gewinnorientierte Krankenkassen waren). Die individuellen Prämien wurden auf der Grundlage des Eintrittsalters in die Kasse und des Geschlechts der/des Versicherten festgelegt. Die Prämien für Frauen konnten bis zu 10% über denen für Männer liegen, und die unterschiedlichen Eintrittsalter brachten ebenfalls erhebliche Prämienunterschiede mit sich. Schlechte Risiken konnten nicht frei zwischen den Versicherern wechseln, da die Krankenkassen die Aufnahme verweigern bzw. Prämien verlangen konnten, die völlig unabhängig von den früher bezahlten waren. Die universelle Behandlung aller Patienten liess sich unter solchen Umständen nur schwer erreichen.

Auch der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen war nicht fair. Diese bekamen Subventionen vom Staat, die die unterschiedlichen Risikostrukturen unter den Versicherern nur unzureichend ausglich. Die Kassen mit einem höheren Anteil schlechter Risiken waren gezwungen, höhere Durchschnittsprämien zu verlangen, was jüngere und gesündere Menschen dazu anregte, die Kasse zu verlassen. Einige Krankenkassen verschwanden vom Markt oder fusionierten mit anderen, um der Zahlungsunfähigkeit zu entgehen. Obwohl die Notwendigkeit einer Revision und Modernisierung des KUVG aufgrund des Kostendrucks und der Defizite bei Gleichbehandlung und universellem Zugang bereits in den 1960er-Jahren zutage trat, lehnte das Stimmvolk alle Versuche einer Korrektur der Schwachpunkte des Gesetzes ab, bis im Jahr 1994 das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom Parlament (und durch Volksabstimmung) angenommen wurde und 1996 in Kraft trat (Gilliand, 1990).

Quelle: adaptiert von Colombo (2001).

1.1 Wichtigste Merkmale der Schweiz

Die Schweiz ist ein kleines Land mit 7,7 Millionen Einwohnern und einer Gesamtfläche von 41 285 km². Es handelt sich um einen Bundesstaat bestehend aus 26 Kantonen. Es gibt drei offizielle Sprachen: etwa 64% der Bevölkerung haben Deutsch, 20% Französisch und 6,5% Italienisch als Muttersprache. Ein kleiner Teil der Bevölkerung spricht Rätoromanisch oder eine andere nicht-offizielle Sprache.

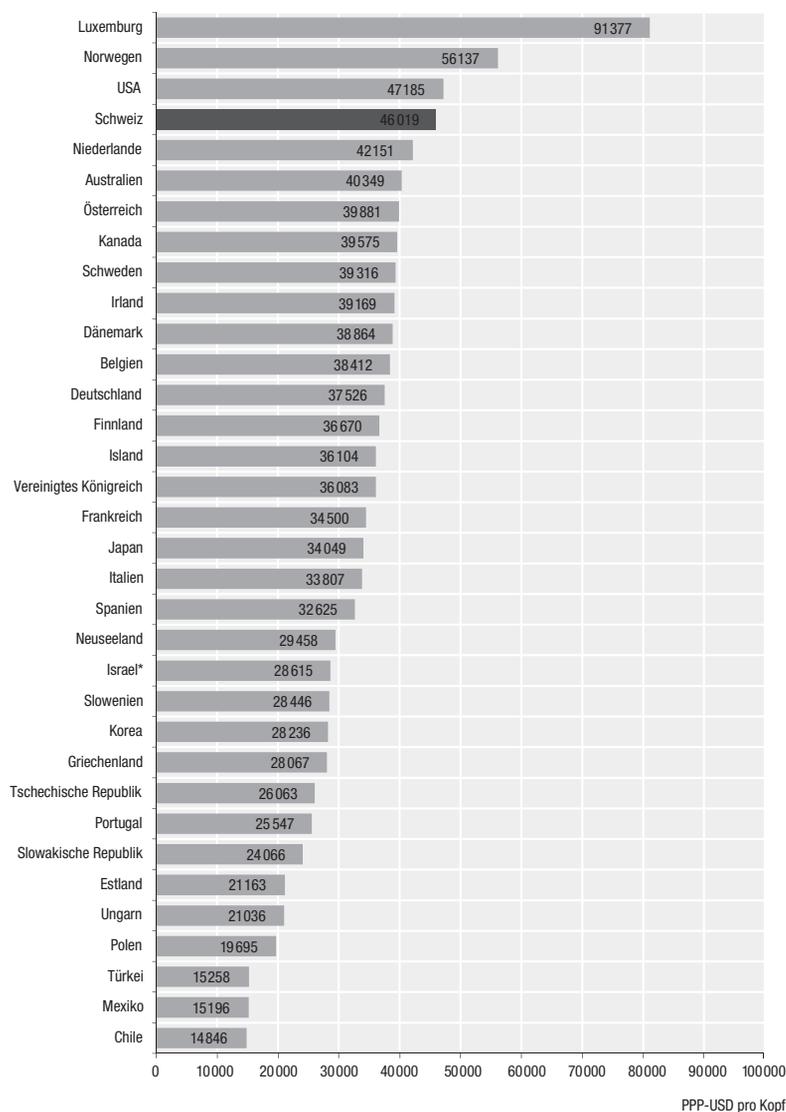
Sozialer und wirtschaftlicher Kontext

Die Schweiz ist eines der reichsten OECD-Länder. Mit einem BIP pro Kopf in Höhe von über 46 000 USD im Jahr (jeweils in Kaufkraftparitäten) liegt das Land an vierter Stelle in der OECD (nach Luxemburg, Norwegen und den USA) und um ein Drittel über dem OECD-Durchschnitt von 34 200 USD (Abbildung 1.1). Zu den wichtigsten schweizerischen Wirtschaftszweigen gehören die Mikrotechnologie, die Biotechnologie und die Pharmaindustrie, ausserdem Banken und Versicherungen. Ein Wesensmerkmal der schweizerischen Wirtschaft ist deren Offenheit für den internationalen Handel und Investitionen, wenngleich nach wie vor hohe Importbarrieren bestehen und einheimische Erzeuger zum Teil hoch subventioniert werden (OECD, 2009).

Innerhalb der Schweiz herrschen beim Einkommen und der Finanzkapazität grosse Ungleichheiten. Wie aus Tabelle 1.1 hervorgeht, ist das Pro-Kopf-Einkommen im Kanton Basel Stadt – das höchste in der Schweiz – mehr als drei Mal so hoch als das geringste im Kanton Jura (BFS, 2005). Die Eidgenossenschaft und die wohlhabendsten Kantone kompensieren die Unterschiede bei den kantonalen Steuereinnahmen durch einen steuerlichen Ausgleichsmechanismus. Trotz einer niedrigen Arbeitslosenrate (ca. 3,5% im Jahr 2008) fehlt es der Schweizer Wirtschaft an Dynamik und die Produktivitätszunahmen sind im Vergleich zu anderen OECD-Ländern niedrig (OECD, 2009).

Abbildung 1.1 **BIP pro Kopf in OECD-Ländern, 2010**

in PPP-USD¹



¹ Kaufkraftparitäten (Purchasing Power Parities – PPP) entstehen durch die Umrechnung mit Wechselkursen, welche durch die Beseitigung des Unterschieds im Preisniveau die Kaufkraft verschiedener Währungen ausgleichen.

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2011.

Tabelle 1.1 **Pro-Kopf-Einkommen nach Kantonen, 2005**
in absteigender Reihenfolge

Kanton	Pro-Kopf-Einkommen (in CHF)	
BS	Basel-Stadt	115 178
ZG	Zug	93 753
NW	Nidwalden	73 286
GL	Glarus	73 236
ZH	Zürich	68 804
GE	Genf	62 839
SH	Schaffhausen	55 126
BL	Basel-Landschaft	53 502
VD	Waadt	52 901
SZ	Schwyz	50 170
NE	Neuenburg	49 775
GR	Graubünden	49 355
AG	Aargau	49 209
SO	Solothurn	46 844
AI	Appenzell Innerrhoden	45 936
UR	Uri	45 712
BE	Bern	45 644
TG	Thurgau	44 918
SG	St. Gallen	44 866
AR	Appenzell Ausserrhoden	44 215
LU	Luzern	43 910
TI	Tessin	41 335
OW	Obwalden	39 646
FR	Freiburg	39 559
VS	Wallis	38 385
JU	Jura	38 070

Quelle: BFS, Bundesamt für Statistik (2005), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Kantonale Volkseinkommen nach Empfänger.

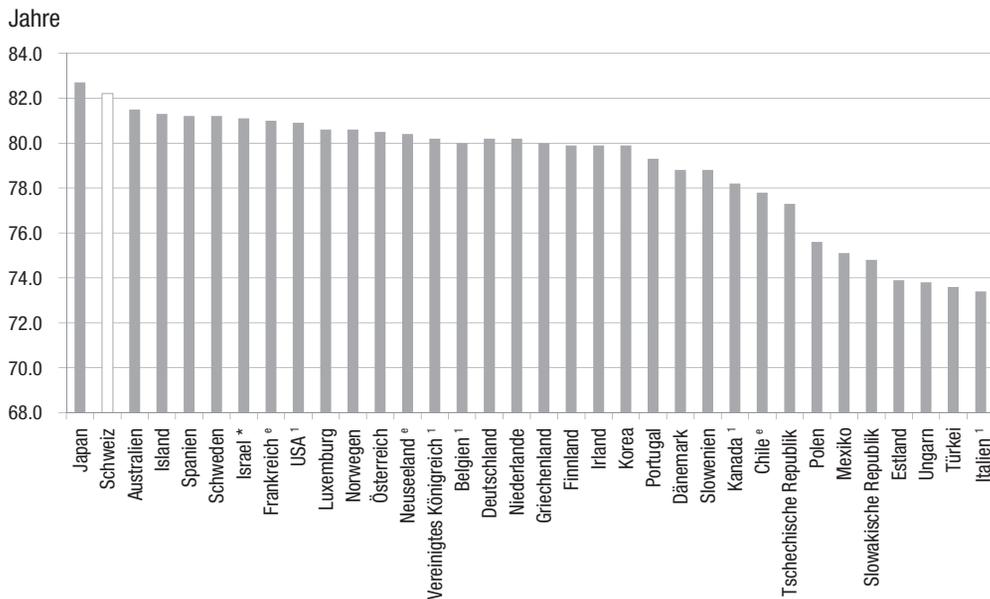
Bevölkerung und demographische Trends

Das Bevölkerungswachstum der Schweiz wird voraussichtlich weiterhin mit dem OECD-Durchschnitt gleichhalten. Mit einem Anstieg von 5,3 Millionen Einwohnern 1960 auf fast 7,7 Millionen im Jahr 2010 liegt die durchschnittliche Steigerung von 0,8% pro Jahr in etwa beim OECD-Durchschnitt von 0,9% (OECD, 2010a). Der ausländische Bevölkerungsanteil von schätzungsweise 21% ist einer der höchsten aller OECD-Länder (OECD, 2010b). Unter der Annahme einer kontinuierlichen Verlängerung der Lebenszeit sowie stabiler Geburtenraten und Immigrationsströme ist in den kommenden 50 Jahren mit einem anhaltenden Rückgang des Bevölkerungswachstums zu rechnen (OECD, 2011b).

Die Schweizer Bevölkerung ist im Vergleich zu anderen OECD-Ländern relativ alt und wird voraussichtlich immer älter. Im Jahr 2008 lag der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren bei 16,5%, und 21,4% waren jünger als 20 Jahre alt; in der OECD liegen diese Werte bei durchschnittlich 14,7% bzw. 24,4% (OECD, 2010a). Dies spiegelt den beständigen Rückgang der Fertilität seit den 1970er-Jahren und die im letzten Jahrhundert stetig ansteigende Le-

benserwartung wider. Mit einer prognostizierten Lebenserwartung bei der Geburt von 79,8 Jahren für Männer und 84,6 Jahren für Frauen liegt die Schweiz um 3,4 bzw. 2,6 Jahre über dem jeweiligen OECD-Durchschnitt.

Abbildung 1.2 **Lebenserwartung bei der Geburt in den OECD-Ländern, 2008**



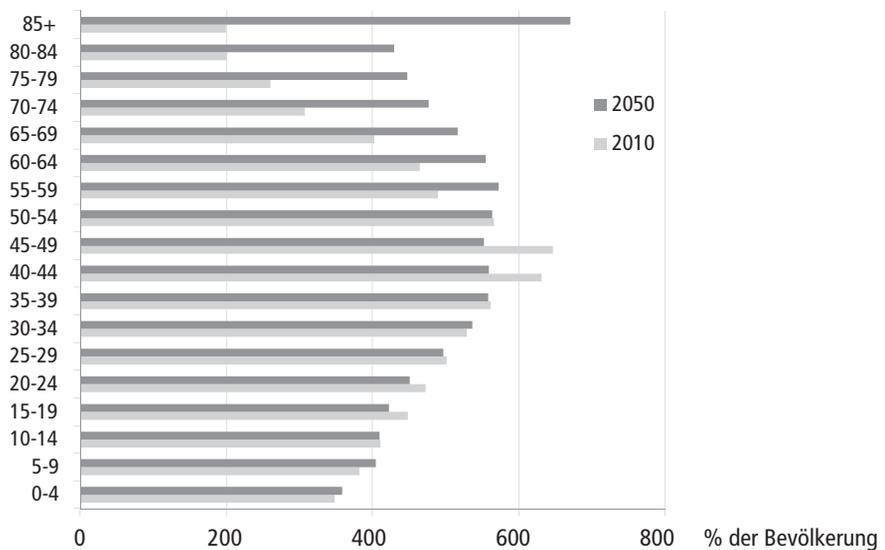
* Schätzungen.

¹ Angaben beziehen sich auf das Jahr 2007.

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2010.

Abbildung 1.3 **Die Schweizerische Bevölkerung nach Altersgruppen, 2010 und 2050**



Quelle: OECD Health Data 2011.

Die Schweiz verzeichnet die höchste Lebenserwartung bei Männern im OECD-Raum und die zweithöchste bei Frauen, hinter Japan (Abbildung 1.2) (OECD, 2010a). All dies hat dazu geführt, dass sich die Anzahl der über 65-Jährigen seit 1950 mehr als verdoppelt und die Anzahl der über 80-Jährigen mehr als verfünffacht hat. Es wird erwartet, dass der so genannte Alterabhängigkeits-Quotient (Verhältnis der Bevölkerung über 65 Jahren zur Bevölkerung zwischen 20 und 65 Jahren in Prozent) von 26,5 Prozent im Jahr 2008 auf beinahe 50,8% im Jahr 2050 steigen wird (OECD, 2011b). Umgekehrt wird ein Rückgang des Anteils der Bevölkerung im Erwerbsalter von 68% im Jahr 2008 auf 59% im Jahr 2050 vorausgesagt (OECD, 2011b).

Die Mehrheit der schweizerischen Bevölkerung lebt in städtischen Gebieten, doch gibt es grosse Unterschiede in der Bevölkerungsdichte. Etwa 75% der Bevölkerung leben in städtischen Gebieten, 35% in den grössten Städten³ Zürich, Genf, Basel, Bern und Lausanne (BFS, 2009a). Die Bevölkerungsdichte variiert um den Faktor 190 zwischen dem dichtest besiedelten Kanton Basel-Stadt und dem vergleichsweise dünn besiedelten Kanton Graubünden (BFS, 2009b) (Tabelle 1.2).

Tabelle 1.2 **Wichtige demographische Kennzahlen der Schweiz, 2009**

	Bevölkerung ¹	Anteil städtischer Bevölkerung ²	Anteil ländlicher Bevölkerung ²	Bevölkerungsdichte ³	Abhängigkeitsquotient ⁴	Alters-Abhängigkeitsquotient ⁵
CH Schweiz	7 786	74%	26%	195	33	27
AI Appenzell Innerrhoden	16	0%	100%	91	41	29
AR Appenzell Ausserrhoden	53	53%	47%	218	36	29
AG Aargau	600	66%	34%	430	34	25
BL Basel-Landschaft	273	92%	8%	527	33	32
BS Basel-Stadt	188	100%	0%	5 078	26	33
BE Bern	974	62%	38%	167	32	31
FR Freiburg	273	56%	44%	171	39	23
GE Genf	453	99%	1%	1 844	35	25
GL Glarus	38	0%	100%	57	34	29
GR Graubünden	192	50%	50%	27	31	29
JU Jura	70	30%	70%	84	40	31
LU Luzern	373	51%	49%	261	35	26
NE Neuenburg	172	75%	25%	239	37	30
NW Nidwalden	41	88%	12%	169	32	26
OW Obwalden	35	0%	100%	73	36	25
SH Schaffhausen	76	76%	24%	254	32	32
SZ Schwyz	145	80%	20%	170	34	24
SO Solothurn	253	77%	23%	320	33	29
SG St. Gallen	475	67%	33%	243	36	26
TG Thurgau	245	50%	50%	284	35	25
TI Tessin	336	87%	13%	122	31	34
UR Uri	35	0%	100%	33	36	30
VS Wallis	307	57%	43%	59	34	28
VD Waadt	702	75%	25%	249	37	26
ZG Zug	111	96%	4%	535	33	24
ZH Zürich	1 351	95%	5%	814	31	26

¹ in Tausend.

² Gemäss Definition der Volkszählung 2000 (eidgenössische Volkszählung, VZ, 2000).

³ Bewohner pro Quadratkilometer.

⁴ Definiert als Anzahl Personen von 0 bis 19 Jahren pro 100 Personen von 20 bis 64 Jahren.

⁵ Definiert als Anzahl Personen von 65 Jahren und darüber pro 100 Personen von 20 bis 64 Jahren.

Quelle: BFS, Bundesamt für Statistik, Online-Statistiken zur Bevölkerung.

Epidemiologisches Profil

In der Schweiz geben mehr Einwohner an, in guter gesundheitlicher Verfassung zu sein, als in den meisten anderen OECD-Ländern. Etwa 87% der in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung betrachten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, verglichen mit dem OECD-Durchschnitt von 69% (Abbildung 1.4) (OECD, 2010a). Der Anteil der Menschen, die sich als gesund empfinden ist nur in Neuseeland, Kanada und den USA höher. Andererseits geben annähernd 27% der Bevölkerung an, dass sie unter einem chronischen Gesundheitsproblem oder einer Krankheit leiden, und zwischen 9,8% und 11,4% der in einem Privathaushalt lebenden Bevölkerung über 65 Jahren sagen, dass sie nicht mehr selbstständig sind und in ihren täglichen Verrichtungen (wie Ankleiden, Essen, Verrichtung der Notdurft usw.) Hilfe benötigen (BFS, 2007).

Zwar liegt der Anteil der Bevölkerung, der unter Übergewicht oder Fettleibigkeit leidet, unter dem OECD-Durchschnitt (37% der Schweizer Bevölkerung verglichen mit 50% in der OECD), doch entwickelt sich auch hierzulande die übermässige Körperfülle zu einem bedeutenden Anliegen der öffentlichen Gesundheit. Andere Indikatoren der Risiken für die öffentliche Gesundheit sind der Tabak- und der Alkoholkonsum, die leicht unter bzw. leicht über dem OECD-Durchschnitt liegen (Tabelle 1.3) (OECD, 2011c).

Die Mortalitätsrate ist in der Schweiz niedriger als in den meisten OECD-Ländern. Altersspezifische Leiden und nichtübertragbare Krankheiten sind die hauptsächlichen Todesursachen. Mit 8,0 Sterbefällen pro 1 000 Einwohner liegt die Sterberate in der Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt von 8,8 Sterbefällen pro 1 000 Einwohner (OECD, 2010a). Für die Mehrheit der Todesfälle sind Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (37%) verantwortlich, gefolgt von malignen Neoplasmen oder Krebs (25%) und Atemwegserkrankungen (6%) (Abbildung 1.5). Aufgrund der geringeren Anzahl an Todesfällen infolge Herz-Kreislauf-Krankheiten hat die Gesamtmortalität in den letzten Jahren weiter abgenommen. Allerdings hat die Sterblichkeit wegen psychischer Störungen zugenommen, was in erster Linie auf die gestiegene Sterblichkeit infolge von Alzheimer-Krankheit und Demenz zurückzuführen ist (BFS, 2010a).

Politische und administrative Strukturen

In der föderalen Struktur der Schweiz ist die Regierungsverantwortung auf drei Ebenen verteilt, unter denen die Kantone die meisten Befugnisse besitzen. Der Eidgenossenschaft kommt in unterschiedlichem Ausmass Verantwortung für die Aussenpolitik, die nationale Sicherheit, die Geldpolitik, Umwelt, Gesundheit und Verkehr zu. Die 26 Kantone der Schweiz haben einen hohen Grad an Unabhängigkeit, namentlich in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Bildung und Kultur. Jeder Kanton hat seine eigene Verfassung, sein eigenes Parlament, seine eigene Regierung und seine eigenen Gerichte. Bei den Kantonen liegt alle Macht, die nicht ausdrücklich an den Bund delegiert ist. Schliesslich gibt es rund 2551 Gemeinden, denen von den jeweiligen Kantonen in einigen Bereichen wie Bildung, Sozialpolitik und lokaler Planung in unterschiedlichem Ausmass Entscheidungsautonomie zugestanden wird.

Die schweizerische Eidgenossenschaft ist durch die Stabilität und Kontinuität ihrer politischen Einrichtungen gekennzeichnet. Die Legislative wird von einem Parlament mit zwei Kammern ausgeübt: dem Nationalrat, in dem die einzelnen Kantone proportional zur Zahl ihrer Einwohner vertreten sind, und dem Ständerat, in dem jeder Kanton mit zwei Mitgliedern vertreten ist.⁴ Die Mitglieder beider Kammern werden direkt vom Volk gewählt.⁵ Die Regierung besteht aus einem siebenköpfigen Bundesrat und wird alle vier Jahre von der Versammlung beider parlamentarischer Kammern gewählt.

Tabelle 1.3 **Indikatoren für allgemeine Gesundheitsrisiken in OECD-Ländern, 2009**

	Alkoholkonsum (Liter pro Kopf der Bevölkerung über 15 Jahre)	Tabakkonsum (% der täglich Rauchenden der Bevölkerung über 15 Jahren)	Übergewichtige und Fett- leibige (% der Bevölkerung mit BMI ¹ > 25kg/m ²)
Australien	10.1	16.6 ²⁰⁰⁷	56.0 ²⁰⁰⁷
Belgien	9.7 ²⁰⁰⁶	20.5 ²⁰⁰⁸	46.9 ²⁰⁰⁸
Chile	8.6 ²	29.8	55.5
Dänemark	10.1	19.0	46.7 ²⁰¹⁰
Deutschland	10.2	21.9	51.4
Estland	12.0	26.2 ²⁰⁰⁸	49.6 ²⁰⁰⁸
Finnland	10.0	18.6	49.3
Frankreich	12.3 ²⁰⁰⁸	26.2 ²⁰⁰⁸	38.2 ²⁰⁰⁸
Griechenland	9.2 ²⁰⁰⁸	39.7 ²⁰⁰⁸	58.9 ²⁰⁰⁸
Irland	11.3	29.0 ²⁰⁰⁷	51.0 ²⁰⁰⁷
Island	7.3 ²⁰⁰⁸	15.8	60.2 ²⁰⁰⁷
Israel*	2.5 ²⁰⁰⁵	20.3	47.7 ²⁰⁰⁸
Italien	8.0 ²⁰⁰⁶	23.3	46.3
Japan	7.4	24.9	
Kanada	8.2	16.2	47.9
Korea	8.9	25.6	
Luxemburg	11.8 ²⁰⁰⁵	19.0	
Mexiko	5.9 ² ²⁰⁰⁸	13.3 ²⁰⁰⁶	
Neuseeland	9.3	18.1 ²⁰⁰⁷	
Niederlande	9.4	28.0	47.2
Norwegen	6.7	21.0	46.0 ²⁰⁰⁸
Österreich	12.2	23.2 ²⁰⁰⁶	47.7 ²⁰⁰⁶
Polen	10.2	27.0	45.3 ²⁰⁰⁴
Portugal	12.2	18.6 ²⁰⁰⁶	51.6 ²⁰⁰⁶
Schweden	7.4	14.3	46.3
Schweiz	10.1	20.4 ²⁰⁰⁷	37.3 ²⁰⁰⁷
Slowakische Republik	9.0	19.4 ³	47.6 ²⁰⁰³
Slowenien	11.5	18.9 ²⁰⁰⁷	55.1 ²⁰⁰⁷
Spanien	10.0	26.2	53.6
Tschechische Republik	12.1	24.6 ²⁰⁰⁸	54.3 ²⁰⁰⁸
Türkei	1.5	27.4 ²⁰⁰⁸	47.6 ²⁰⁰⁸
Ungarn	11.8	26.5	53.6
USA	8.8	16.1	63.5
Vereinigtes Königreich	10.2	21.5	
OECD-Durchschnitt	9.2	22.3	50.1

¹ BMI steht für Body Mass Index und wird definiert als Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Meter. Die Schätzungen beziehen sich auf die erwachsene Bevölkerung (normalerweise die Bevölkerung über 15 Jahre, wenn nicht anders angegeben) und basieren für die meisten Länder auf nationalen Gesundheitsumfragen (Selbsteinschätzungen), ausser für Australien, Kanada, Chile, Tschechische Republik, Irland, Japan, Korea, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, Slowakische Republik, Vereinigtes Königreich und die USA, wo die Angaben auf tatsächlichen Messungen von Gewicht und Grösse beruhen. Dieser Unterschied der Befragungsmethode schränkt die Datenvergleichbarkeit ein, da die aus tatsächlichen Messungen von Gewicht und Grösse gewonnenen Werte signifikant höher liegen als die Selbsteinschätzungen.

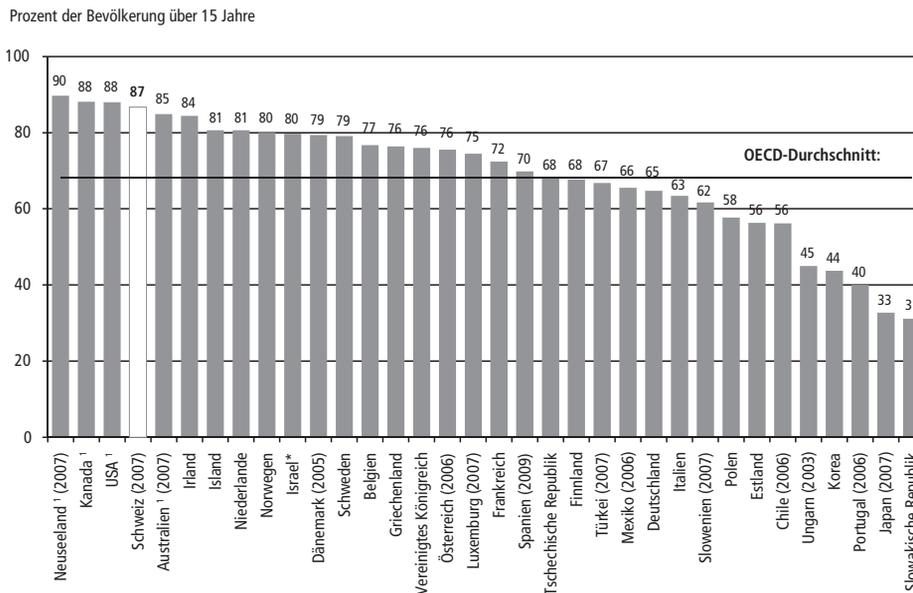
² Lücke in der Reihe.

³ Schätzungen.

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2011.

Abbildung 1.4 **Bevölkerungsanteil in den OECD-Ländern, der seine Gesundheit als gut oder sehr gut betrachtet, 2008**

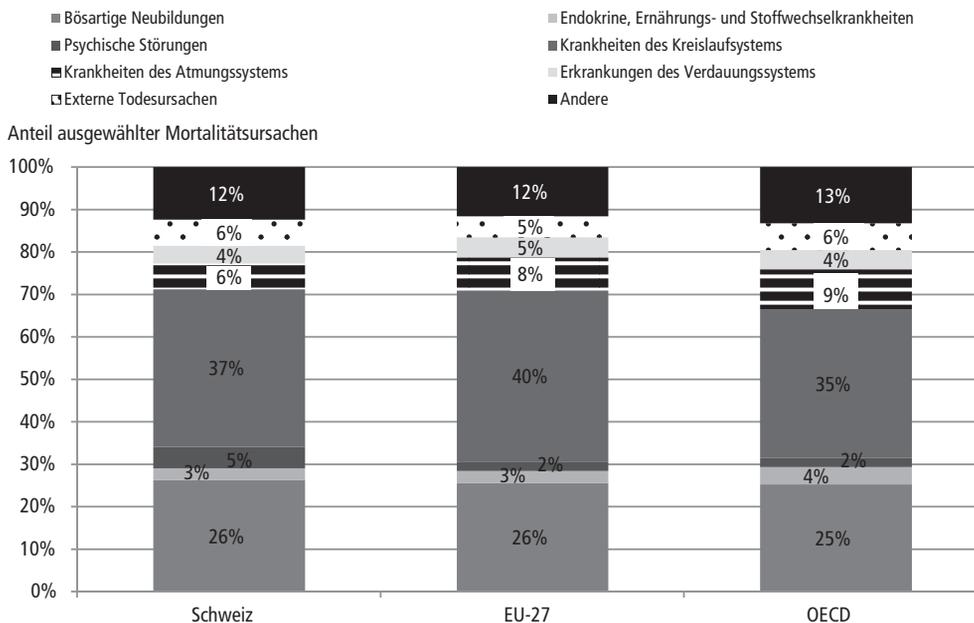


¹ Die Ergebnisse für diese Länder sind aufgrund methodologischer Unterschiede im Erhebungsfragebogen im Vergleich zu den anderen Ländern nach oben verzerrt.

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2010.

Abbildung 1.5 **Anteile ausgewählter Mortalitätsursachen, 2007**



Quelle: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database.

Die Präsidentschaft wechselt zwischen den sieben Bundesräten im Rotationsverfahren. Die obersten Gerichte im Land sind das Schweizerische Bundesgericht in Lausanne und (seit 2004) das Bundesstrafgericht in Bellinzona.

Ein spezielles Merkmal des schweizerischen Politsystems sind das Initiativrecht und das Referendumsrecht der Bevölkerung. Die Bürger können durch die Sammlung der Unterschriften von mindestens 100 000 Wahlberechtigten innerhalb von 18 Monaten eine Volksinitiative zur Änderung der Bundesverfassung ergreifen. Ebenso kann mit der Unterschrift von mindestens 50 000 Wahlberechtigten gegen ein neues oder geändertes Gesetz ein Referendum eingereicht werden. In einigen Fällen ist ein Referendum von der Verfassung verpflichtend vorgeschrieben, beispielsweise bei Verfassungsänderungen oder wenn es um den Beitritt zu supranationalen Organisationen geht.

Die Schweiz hat mit der Europäischen Union mittels bilateraler Verträge engere Verbindungen hergestellt. Sie wickelt mit der EU rund die Hälfte ihres Handels ab und die bilateralen Verträge haben die Personenfreizügigkeit zwischen den EU-Mitgliedsstaaten und der Schweiz erleichtert. Dies hat zu einer allmählichen Öffnung der Arbeitsmärkte zwischen der EU und der Schweiz beigetragen. Die gegenseitige Anerkennung der Diplome von Ärzten und Pflegepersonal ist eine Massnahme, die diesen Trend im Gesundheitsbereich illustriert.⁶

1.2 Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitssektors

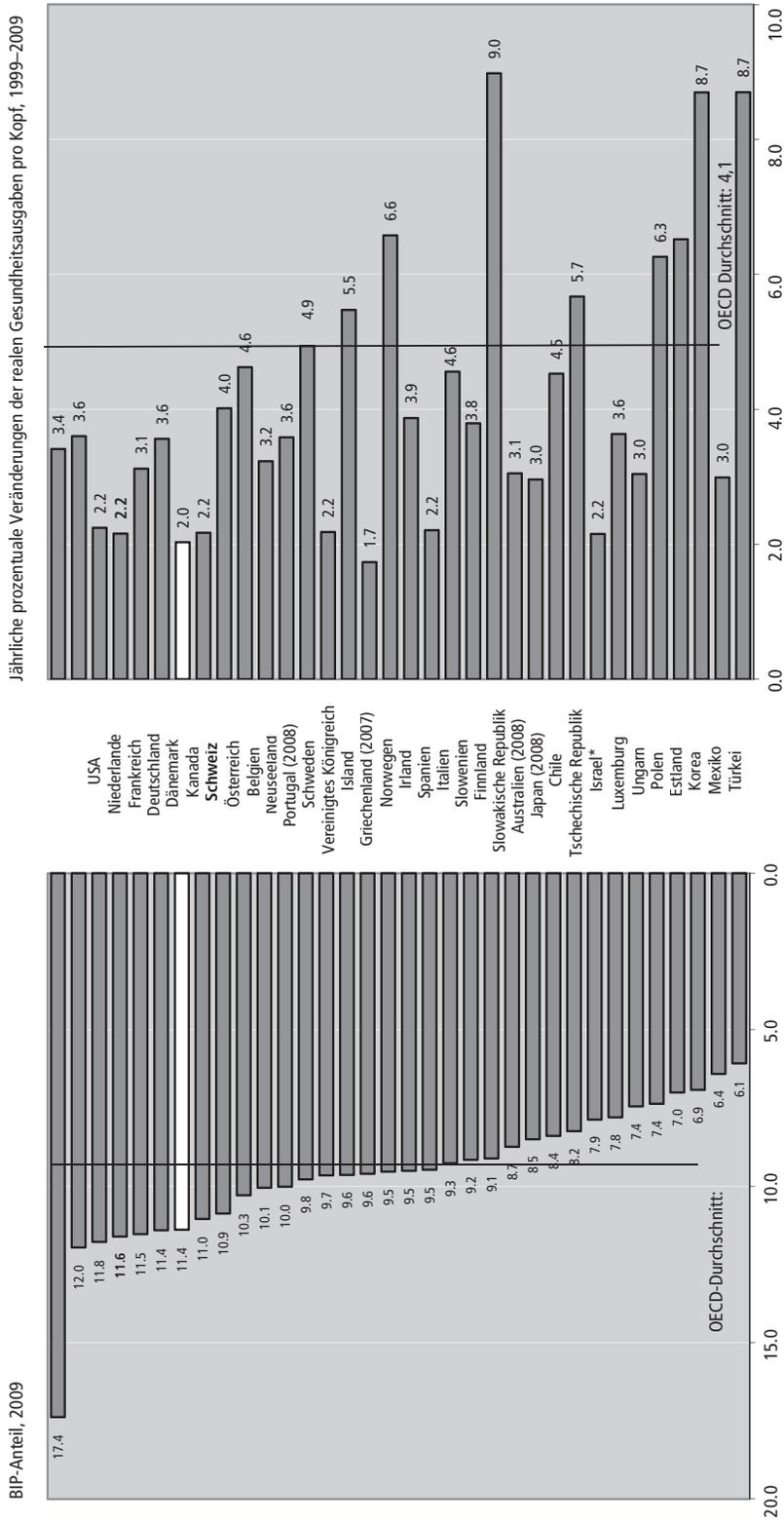
Gemessen als Anteil am BIP wendet die Schweiz für den Gesundheitssektor mehr Ressourcen auf als die meisten anderen Länder in der OECD. Im Jahr 2009 lag die Schweiz mit 11,4% des BIP für Gesundheitsausgaben an siebter Stelle in der OECD (Abbildung 1.6). Auch in Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gehört sie zu den Spitzenreitern (Abbildung 1.7). Die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP haben im Laufe der Zeit stetig zugenommen, lagen aber zwischen 1999 und 2009 mit einer jährlichen Zuwachsrate von 2,0% unter dem OECD-Durchschnitt von 4,1%. Diese Verlangsamung ist zum einen auf ein stärkeres Wachstum in der Zeit vor dem weltweiten Konjunkturrückgang und zum anderen auf eine gewisse Mässigung bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben zurückzuführen. Im Jahr 2008 lag der Anteil der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit bei 20% der gesamten Ausgaben (OECD, 2010a).

Der Gesundheitssektor ist einer der wichtigsten und am schnellsten wachsenden Arbeitgeber in der Schweiz. Im Jahr 2008 beschäftigte er mit mehr als einer halben Million Personen rund 13,5% der Schweizer Bevölkerung. Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitssektor ist zwischen 2001 und 2008 um 20% und damit wesentlich schneller gestiegen als nur um 9% in der gesamten schweizerischen Wirtschaft (BFS, 2010b).

1.3 Die politische Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens

Entsprechend der historischen Entwicklung der Eidgenossenschaft spielen die Kantone eine Schlüsselrolle bei der Erbringung und Finanzierung von Gesundheitsdiensten in der Schweiz. Bei den politischen und regulativen Prozessen und der Kontrolle des Gesundheitswesens teilen sie sich die Verantwortung mit dem Bund, delegieren aber auch oft Aufgaben an die Gemeinden. Im Laufe der Zeit haben Entscheidungen auf kantonaler Ebene zu leicht unterschiedlichen Gesundheitssystemen in den 26 Kantonen geführt.

Abbildung 1.6 Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern als Prozentanteil am BIP, 2009, und Veränderung der realen Gesundheitsausgaben pro Kopf, 1999–2009



Anmerkungen: Die folgenden Reihen enthalten Lücken, entsprechende Jahre in Klammern: Griechenland (1999–2007), Portugal (1999–2008), Australien (1999–2008), Japan (1999–2008), Korea (1999–2006). Die Ausgaben für Langzeitpflege, einem Teil der gesamten Gesundheitsausgaben, sind für die Schweiz möglicherweise zu hoch eingeschätzt.

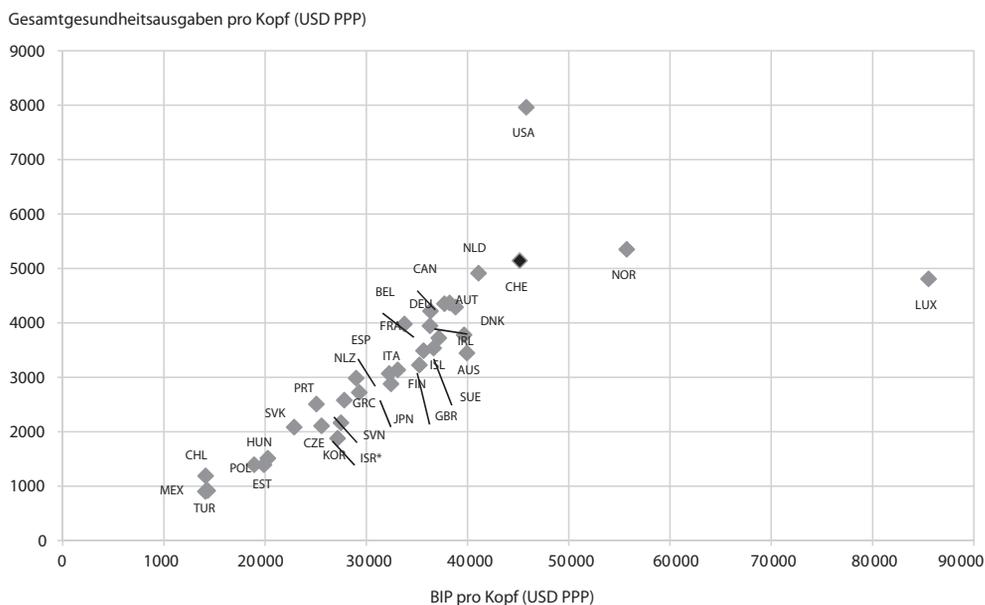
* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2011.

Im Laufe der Zeit hat der Bund mehr Kompetenzen für die systemübergreifenden Aspekte des Gesundheitswesens übernommen. Generell geschah dies auf Betreiben der Kantone oder aber durch die Einführung neuer oder die Revision bestehender Bundesgesetze. So wurde beispielsweise nach der Gründung von Swissmedic⁷ die Verantwortung für die Registrierung und Marktzulassung von Arzneimitteln und medizinischen Geräten an den Bund übertragen. Ebenso spielt der Bund seit einiger Zeit eine aktivere Rolle in Forschung und Postgraduate-Ausbildung. Die Zuständigkeiten für die Beschäftigung im Gesundheitssektor sind nach wie vor zwischen Kantons- und Bundesbehörden verteilt. Die Kantone haben als Finanzträger der Ausbildung Einfluss auf die Anzahl der im Land angebotenen medizinischen Ausbildungsstellen, während der Bund die generelle Migrationspolitik für Beschäftigte im Gesundheitswesen bestimmt.

Die Kantone besitzen in der Regel ihre eigenen Gesundheitsämter, doch wurden auch einige Einrichtungen geschaffen, um die Koordinierung und Kooperation auf kantonaler wie auch auf Bundesebene zu verbessern. Dazu gehören auf Bundesebene das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Statistik (BFS) – beide unter dem Dach des Departements des Inneren. Eine politische Koordinierungsstelle, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), hat seit 1919 die Aufgabe, die Kooperation und die Entwicklung gemeinsamer Politiken zwischen den 26 Kantonen und zuweilen auch zwischen Bund und Kantonen zu fördern. Allerdings handelt es sich bei dieser Einrichtung nicht um eine beratende Versammlung, sondern sie dient vielmehr der Konsensbildung. Im Jahr 2003 wurde der Dialog Nationale Gesundheitspolitik eingerichtet, eine ständige Plattform, auf der die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger von Bund und Kantonen über gemeinsame Anliegen und Herausforderungen diskutieren können.

Abbildung 1.7 **Gesundheitsausgaben pro Kopf und Pro-Kopf-BIP in OECD-Ländern, 2009 (oder letztes verfügbares Jahr)**



* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2011.

Kasten 1.2 **Wichtige Kompetenzen und Aufgaben im Gesundheitswesen auf eidgenössischer, kantonaler und kommunaler Ebene**

Bund

Legislative und Aufsichtsfunktionen in folgenden Bereichen:

- Unfall- und Krankenversicherung
- Bekämpfung und Ausrottung übertragbarer Krankheiten
- Förderung von Bewegung und Sport
- Sozialversicherung
- Aufsicht über Prüfungen für Medizinalberufe und Anerkennung ärztlicher Qualifikationen
- Förderung von Wissenschaft, Forschung und Weiterbildung
- Gentechnik, Reproduktionsmedizin, Transplantationsmedizin und medizinische Forschung
- Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz
- Umweltschutz
- Qualitäts- und Sicherheitsprüfung von Arzneimitteln und medizinischen Geräten
- Lebensmittelsicherheit
- Suchtmittelmissbrauch
- Aus- und Weiterbildung aller nicht-universitären Gesundheitsberufe
- Gesundheitsstatistiken

Kantone

- Gesundheitsversorgung und Teilfinanzierung von Spalkosten
- Zulassungsbewilligungen für Arztpraxen und Apotheken
- Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung
- Vollzug von Bundesgesetzen, wenn vom Bund angeordnet

Gemeinden

- Vollzug von Verantwortlichkeiten, die von den Kantonen delegiert werden, beispielsweise Erbringung von Krankenpflege- und Spitex-Dienstleistungen.

Quelle: European Observatory on Health Care Systems (2000), Kocher (2007).

1.4 Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 ist jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz zum Abschluss einer Grundversicherung bei einer der zugelassenen Krankenkassen verpflichtet. Diese Krankenkassener sind das Vehikel, über das eine Person ihre hauptsächliche Gesundheitsversorgung beanspruchen kann, und kommen zusammen mit dem Staat (vornehmlich den Kantonen) für den grössten Teil der Gesundheitsausgaben in der Schweiz auf. Ebenfalls ein wichtiger Teil wird durch Kostenbeteiligung bezahlt, entweder durch Selbstbehalte in der Versicherungspolice oder vom Einwohner aus eigener Tasche. Diese drei wichtigsten Finanzierungsquellen werden durch andere Sozialversicherungen (wie die Unfallversicherung) und freiwillige Krankenversicherungsprodukte ergänzt, die mehr als den obligatorischen Leistungskatalog anbieten.

Finanzierung der Gesundheitsausgaben

Die obligatorische Krankenversicherung deckte 2009 35% der gesamten schweizerischen Gesundheitsausgaben ab und war damit die grösste einzelne Finanzierungsquelle (Tabelle 1.4). Die öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben machten im gleichen Jahre 19% aus, aufgeteilt zwischen den Kantonen (16%), den Gemeinden (2%) und der Eidgenossenschaft (0,4%). Die öffentlichen Mittel werden für die Unterstützung institutioneller Leistungserbringer (Spitäler, Einrichtungen der Langzeitpflege, spitalexterne Krankenpflege) sowie für Prävention, Public Health und Verwaltungsaufwand ausgegeben.⁸

Tabelle 1.4 Finanzierung der Gesundheitskosten in der Schweiz, 2009

Anteil an der Gesamtfinanzierung	2009* (%)
Total	100.0%
Staat	18.9%
<i>Bund</i>	0.4%
– Gesundheitseinrichtungen	0.0%
– Prävention	0.4%
– Verwaltung	0.0%
<i>Kantone</i>	16.3%
– Gesundheitseinrichtungen	13.0%
– häusliche Pflege	0.5%
– Prävention	0.5%
– Verwaltung	0.3%
– Invalidität	1.9%
– Öffentlicher Gesundheitsschutz, Notdienste	0.1%
<i>Gemeinden</i>	2.2%
– Gesundheitseinrichtungen	1.2%
– häusliche Pflege	0.5%
– Prävention	0.2%
– Verwaltung	0.1%
– Invalidität	0.1%
– Öffentlicher Gesundheitsschutz, Notdienste	0.1%
Sozialversicherungen	40.8%
obligatorische Krankenversicherung (KVG)	35.1%
Unfallversicherung (UVG)	3.0%
Invalidenversicherung (AHV-IV)	2.7%
Militärversicherung (MV)	0.1%
Private Versicherungen	8.8%
Krankenzusatzversicherung (VVG) ¹	2.6%
Andere Privatversicherer	6.2%
Private Haushalte	30.5%
Kostenbeteiligung, Sozialversicherung	5.5%
Kostenbeteiligung, private Versicherungen	0.1%
Selbstzahlungen	24.9%
Anderweitige private Finanzierung	1.0%

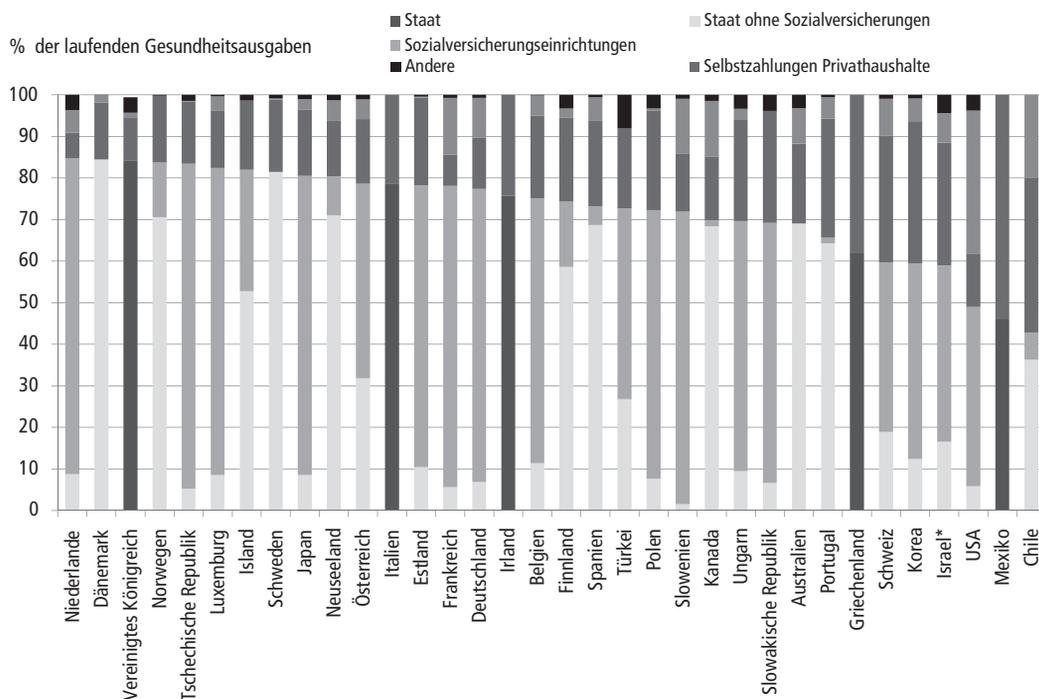
* Vorläufige Angaben.

¹ Zusatzversicherer gemäss KVG.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Online-Tabellen zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitssystems, eingesehen am 5. April 2011.

Individuelle Selbstzahlungen sind ebenfalls eine bedeutende Finanzierungsquelle für das schweizerische Gesundheitssystem. Mit 31% hat die Schweiz innerhalb der OECD einen der höchsten Selbstzahlungsanteile der Versicherten an den Gesamtgesundheitsausgaben (Abbildung 1.8). Weitere 9% der Gesundheitsausgaben werden von freiwilligen Privatversicherungen bezahlt, was relativ hoch ist für ein Land, in dem Privatversicherungen nur zur Ergänzung der Grundversicherung dienen. In dieser Kategorie wird der Anteil der Privatversicherung an den Gesundheitsausgaben nur von Kanada, Frankreich, Slowenien und Irland übertroffen.

Abbildung 1.8 **Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsart, 2009**



* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.1>. Zusatzversicherer gemäss KVG.

Quelle: OECD Health Data 2011.

Obligatorische Krankenversicherung

Das Krankenversicherungsgesetz von 1994 (KVG)⁹

Das KVG bildet den gesetzlichen Rahmen für die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz mit dem Ziel, einen wettbewerbsfähigen Markt für die Sicherstellung einer hochwertigen Grundversorgung zu schaffen, in dem ebenfalls gleiche Versicherungsbedingungen hergestellt und die Kosten eingedämmt werden.¹⁰ Das Gesetz bestimmt die wichtigsten Anforderungen, welche die zugelassenen Versicherer bei der Erbringung ihrer Leistungen einhalten müssen (vgl. Kasten 1.3 zu den Details der gesetzlichen Anforderungen für Versicherer).

Die wichtigsten Merkmale der obligatorischen Krankenversicherung sind folgende:

- Der Abschluss einer Grundversicherung ist für alle Personen mit festem Wohnsitz in der Schweiz *obligatorisch*, wobei jedes Familienmitglied individuell versichert ist. Der Arbeitgeber leistet keinen Beitrag.
- Die Versicherung deckt die Kosten für alle ärztlichen Diagnose- und Behandlungsleistungen der Einwohner in der Schweiz im Falle von Krankheit, Mutterschaft und Unfall – sie sind für alle Versicherer verbindlich.
- Die Versicherung muss mit einem *Versicherer im jeweiligen Wohnsitzkanton* abgeschlossen werden. Die Versicherten haben damit in ihrem Kanton die freie Wahl des Leistungserbringers und wenn sie wünschen auch in einem anderen Kanton, indem sie selbst für den Preisunterschied zwischen den Spitälern innerhalb und ausserhalb ihres Kantons aufkommen.¹¹
- *Reichweite der Versicherungsleistungen.* Die Versicherung muss im jeweiligen Wohnsitzkanton abgeschlossen werden. Die Versicherungen legen in jedem Kanton ihres Tätigkeitsbereichs unterschiedliche Prämien fest. Die Versicherten haben in dem Kanton, in dem sie versichert sind, die freie Wahl des Versicherungsanbieters. Im Notfall oder wenn eine medizinisch indizierte Behandlung in ihrem Kanton nicht angeboten wird, erhalten die Versicherten auch ausserhalb des eigenen Kantons erbrachte Leistungen vergütet.¹⁶
- Jede Person hat die *freie Wahl* der Versicherung und Versicherungen sind verpflichtet, alle in einem Kanton wohnhaften Personen zu akzeptieren. Die Versicherten können aus allen Versicherungen in ihrem Kanton wählen und diese an zwei Stichtagen im Jahr wechseln.
- Für die Grundversicherung legen die Versicherer eine *Einheitsprämie* fest, die für alle Versicherten im Kanton dieselbe ist. Die Prämien sind nicht einkommensabhängig, die wirtschaftlich Schwachen zahlen also gleich viel wie die Wohlhabenden.
- Einkommensschwache Personen werden vom Kanton durch *Prämienverbilligungen* unterstützt. Diese Ermässigungen werden vom Bund mitfinanziert.
- Die Versicherten *beteiligen sich an den Kosten* ihrer Gesundheitsleistungen mit einer Franchise, einem Selbstbehalt und mit Spitaltaxen (es sei denn, sie haben Anspruch auf Kostenbefreiung).¹² Die Kostenanteile sind bei der Grundversicherung und besonderen Versicherungsformen unterschiedlich festgelegt.
- Mit bestimmten *«besonderen» Versicherungsformen* haben die Versicherten die Möglichkeit, von Prämienreduzierungen zu profitieren, wenn sie dafür Einschränkungen bei den Grundleistungen in Kauf nehmen. Diese besonderen Versicherungsformen bedeuten für die Versicherten entweder eine grössere finanzielle Belastung oder aber die Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer.

Kasten 1.3 Wichtigste Merkmale des gesetzlichen Rahmens für die Versicherer gemäss KVG

Keine Gewinnorientierung und Trennung der Grundversicherung von anderen Versicherungsaktivitäten

Die zugelassenen Krankenversicherungen dürfen mit der obligatorischen Krankenversicherung keinen Profit machen. Dieser Tätigkeitsbereich muss von anderen freiwilligen Zusatzversicherungen, die sie anbieten möchten, getrennt sein.

Risikoausgleich

Mit einem Risikoausgleichssystem wird versucht, die Versicherer für die Kosten zu entschädigen, die ihnen aus den unterschiedlichen Risikoprofilen ihrer Versicherten erwachsen. Die Ermittlung der Risikostruktur eines Versicherers erfolgt durch Einteilung seiner Versicherten in Risikogruppen auf der Grundlage von Alter und Geschlecht. Versicherer mit weniger Frauen und Betagten als der Durchschnitt zahlen in einen Gemeinschafts-Pool («Gemeinsame Einrichtung») ein, aus dem die Versicherungen mit mehr Frauen und Betagten entschädigt werden. Die «Gemeinsame Einrichtung» wickelt die Transfers auch zwischen den Kantonen ab und kann so die unterschiedlichen Risikostrukturen in der Schweiz berücksichtigen. Ursprünglich sollte dieser Mechanismus nach zehn Jahren abgeschafft werden, weil man annahm, die Risikostrukturen der Versicherungen würden sich in der Zwischenzeit angleichen. Statt dessen hat das Parlament mehrmals einer Verlängerung des Systems sowie der Einführung eines zusätzlichen Anpassungsfaktors (Spitalaufenthalt von mehr als drei Tagen im Vorjahr) ab 2012 zugestimmt. Es wird nach wie vor aktiv über die zukünftige Einbeziehung weiterer Risikoausgleichsfaktoren diskutiert.

Freie Wahl des Versicherers

Die Versicherten können für die obligatorische Krankenversicherung jedes Jahr per Ende Juni und Dezember zu einem anderen in ihrem Kanton zugelassenen Versicherer wechseln. Sie müssen diese Absicht mindestens drei Monate im Voraus bekannt geben. Ebenso müssen die KVG-Versicherungen Prämienänderungen für das folgende Jahr mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen. Bei Prämienänderungen dürfen die Versicherten mit nur einem Monat Vorankündigung die Versicherung wechseln. Der Versicherer kann die Entscheidung eines Versicherten zum Wechsel nur anfechten, wenn die Prämie nicht bezahlt wurde. Ferner müssen die Versicherer der Vorgängerversicherung in einer Bestätigung mitteilen, dass eine neue Versicherung abgeschlossen wurde. Personen mit einer besonderen KVG-Versicherung können jeweils nur am 31. Dezember wechseln, jene mit einer Bonusversicherung müssen sich für einen Zeitraum von fünf Jahren binden, um den maximalen Bonus von 45% gegenüber der ordentlichen Prämie zu erhalten.

Prämiengleichheit

Obwohl das übergeordnete Ziel des KVG in der Förderung der Prämiengleichheit besteht, erlaubt es einen gewissen Spielraum für Prämiendifferenzierungen. Zwischen den Kantonen gibt es erhebliche Unterschiede in den Prämien: Im Jahr 2010 lag die Prämie im Kanton mit den durchschnittlich höchsten Prämien um 75% über jener des Kantons mit den durchschnittlich niedrigsten Prämien. Zudem können Personen, die bereits eine obligatorische Unfallversicherung abgeschlossen haben, eine Herabsetzung der Grundversicherungsprämie beantragen. Der Bund hat ausserdem maximal drei Prämienstufen für die Kantone vorgesehen,

um unterschiedliche Gesundheitskosten innerhalb eines Kantons zu berücksichtigen. Drittens können die Versicherer drei (zunehmend höhere) altersbezogene Prämienkategorien festlegen: Kinder (0–18 Jahre), junge Erwachsene (19–25 Jahre) und Erwachsene. Schliesslich erhalten Versicherte, die sich für besondere Krankenversicherungsformen entscheiden, Prämienreduzierungen (vgl. Kasten 2.1).

Prämienermässigungen für einkommensschwache Versicherte

Der Bund stellt den Kantonen jedes Jahr einen bestimmten Betrag für Prämienermässigungen zur Verfügung. Um Bundesbeiträge zu erhalten, müssen die Kantone selbst einen Mindestbeitrag leisten. Die Gesamtförderung des Bundes wird auf die Kantone nach deren Einwohnerzahl aufgeteilt. Die Höhe der individuellen Verbilligungen, die Berechtigungskriterien und das Verfahren werden von den einzelnen Kantonen bestimmt. Die Kantone sind ebenfalls verpflichtet, die Versicherungsprämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung, die in Familien mit niedrigem oder mittlerem Einkommen leben, um mindestens 50% herabzusetzen. Im Jahr 2009 kamen ein Drittel aller Versicherten in den Genuss von Verbilligungen.

Leistungskatalog

Der Umfang der versicherten Leistungen wird in einer eigenen Verordnung geregelt (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Für alle in der Schweiz wohnhaften Personen umfassen die versicherten Risiken Krankheit, Mutterschaft und Unfall.* Bei den ärztlichen Leistungen basiert der Pflichtleistungskatalog auf einer nicht-ausschliesslichen Liste von Diagnoseleistungen und Behandlungen. Die Spitalleistungen sind für die Behandlungskosten in der allgemeinen Abteilung eines Spitals gedeckt, doch sieht das Gesetz auch einige Leistungsausschlüsse vor. Arzneimittel, komplementärmedizinische Leistungen und allgemeine nichtmedizinische Leistungen (z.B. Physiotherapie) sind in einer Positivliste erfasst. Einige Präventions- und Screeningmassnahmen, etwa Papanicolaou-Abstriche, HIV-Tests, Koloskopien und Impfungen, einschliesslich der Grippeimpfung, sind ebenfalls versichert, jedoch in der Regel auf der Grundlage einer Positivliste. Zahnbehandlungen sind dann enthalten, wenn es sich um eine ernsthafte Erkrankung handelt. Seit 2011 sind Sehhilfen nicht mehr abgedeckt, fünf Methoden der Alternativmedizin hingegen sind in den kommenden sechs Jahren, während ihre Wirksamkeit geprüft wird, eingeschlossen.

Besondere Versicherungsformen

Es gibt drei «besondere» Versicherungsformen, die von der Grundversicherung mit *ordentlicher* Jahresfranchise abweichen. Die erste besteht darin, dass der Versicherer eine *Wahlfranchise* mit Rabatten anbietet, wenn der Versicherte bereit ist, Leistungen bis zu einer bestimmten Höhe aus eigener Tasche zu bezahlen. Bei der Bonusversicherung erhält der/die Versicherte einen Rabatt auf die nächste Jahresprämie, wenn er/sie in einem Jahr keine Versicherungsleistung in Anspruch nimmt. Schliesslich gewähren Versicherungen den Versicherten Rabatte auf die Grundprämien, wenn sie sich bereit erklären, nur ganz bestimmte Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen (Managed-Care-Modelle). Die meisten KVG-Versicherer bieten eine Grundversicherung und eine Versicherung mit Wahlfranchise an.

* Unter dem KVG sind nur diejenigen Personen unfallversichert, die nicht mit der gesetzlichen Unfallversicherung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer versichert sind.

Quelle: BAG (2010); KVG (Stand 1. Januar 2011); Brunner et al. (2007); Gilliland und Rossini (1997); Colombo (2001).

Die Aufsicht über die verschiedenen Aspekte der obligatorischen Krankenversicherung erfolgt auf mehreren Regierungsebenen, doch liegt die oberste Verantwortung für das KVG beim Bund. Versicherer, die eine obligatorische Krankenversicherung anbieten möchten, benötigen hierfür die Zulassung des Eidgenössischen Departements des Innern und müssen bestimmte Anforderungen hinsichtlich ihrer finanziellen und organisatorischen Struktur erfüllen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kontrolliert den Vollzug des Gesetzes. KVG-Versicherungen müssen dem BAG Jahresberichte, Budgets und Bilanzen vorlegen und die Prämienliste für das kommende Jahr zur Genehmigung einreichen. Das BAG ist auch für die Kontrolle der finanziellen Gesundheit der KVG-Versicherungen zuständig. Zwar sind sowohl kommerzielle Krankenversicherungen wie auch (nicht gewinnorientierte) Krankenkassen berechtigt, KVG-Versicherer zu werden, doch hat bislang noch keine kommerzielle Krankenversicherung um die Bewilligung für ein Angebot im Bereich der Grundversicherung nachgesucht. Dem Parlament soll ein Entwurf für ein neues Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vorgelegt werden (vgl. Kapitel 3). Die Kantone sind dafür verantwortlich, den Beitritt aller Personen zur Grundversicherung zu prüfen und können all jene automatisch versichern, die dies unterlassen haben. In diesem Fall hat der/die Versicherte nicht die freie Wahl des Versicherers und ist zur Bezahlung der Grundprämie verpflichtet.

Andere Sozialversicherungssysteme, die für Gesundheitskosten aufkommen

Nebender obligatorischen Krankenversicherung gibt es drei weitere Sozialversicherungseinrichtungen, die den Einwohnern der Schweiz ebenfalls helfen können, ihre Gesundheitskosten zu decken: Unfallversicherung, Invaliditätsversicherung und Militärversicherung.

Nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)¹³ sind alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmerinnen und -nehmer durch den Arbeitgeber gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Die Prämien werden im Verhältnis zu den Gehältern festgelegt und hängen von der jeweiligen Beschäftigung ab. Die Versicherungsleistungen setzen sich aus Geld- und Sachleistungen zusammen. Zu ersteren gehören oft auch Invaliden- und Hinterlassenenrenten infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit. Die Unfallversicherung machte 2008 einen Anteil von 3% an den gesamten Gesundheitsausgaben aus (BFS, 2008b) (Tabelle 1.4).

Die obligatorische Unfallversicherung bietet in der Regel Versicherungsleistungen, die nach gesetzlicher Vorgabe an unterschiedliche Wirtschaftssektoren angepasst sind. Bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) sind 53% aller Arbeiter versichert, hauptsächlich aus dem sekundären Wirtschaftssektor (Industrie, Handwerk, industrieller Handel usw.). Weitere Versicherungsträger sind private Versicherungseinrichtungen, Krankenkassen und öffentliche Unfallversicherungskassen (Ludwig, 2007). Im Gegensatz zur obligatorischen Krankenversicherung hat sich die SUVA auf ein Case-Management-Verfahren festgelegt, in dem die Mitarbeiter aktiv eine optimale Betreuung der Versicherten auswählen und koordinieren, um die Zeit bis zur Wiedereingliederung der Versicherten in den Arbeitsmarkt zu minimieren. Alle nach UVG unfallversicherten Personen haben Anspruch auf eine prozentuale Reduktion der vom Versicherer festgelegten KVG-Grundprämie.

Die Invalidenversicherung wird nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) bereitgestellt.¹⁴ Sie ist dezentral organisiert, mit Agenturen in jedem Kanton, die gemeinsam die Alters- und Invalidenleistungen verwalten (AHV/IV) (Leuenberger und Mauro-Potenza, 2007). Die Hälfte der Invaliditätsausgaben wird von der öffentlichen Hand finanziert (Bund und Kantone), der Rest mit Lohnprozenten. Die Leistungen umfassen Kosten für die Rehabilitation (einschliesslich der Kosten für ärztliche, pflege-

rische und andere Rehabilitationsleistungen), Invalidenrenten und Entschädigungen. Dazu kommen noch Ergänzungsleistungen. Die gesundheitsbezogenen Ausgaben der AHV/IV machten im Jahr 2008 3% der gesamten Gesundheitsaufwendungen aus (BFS, 2008b).

Die 1852 gegründete Militärversicherung (MV) ist für Personen vorgesehen, die in den Bereichen Verteidigung und Gewährleistung der Sicherheit tätig sind (Gebel und Stampfli, 2007). Die Leistungen reichen von der Erstattung von Einkommensverlusten bis zu IV-Renten, Unfall-, Krankheits- sowie Altersleistungen. Die gesundheitsbezogenen Aufwendungen unter der Militärversicherung beliefen sich im Jahr 2008 auf 0,1% der gesamten Gesundheitsausgaben (BFS, 2008b).

Freiwillige Krankenversicherung

In der Schweiz existieren zwei Haupttypen der freiwilligen Krankenversicherung: i) die Taggeldversicherung und ii) die Krankenzusatzversicherung.

Die *Taggeldversicherung* wird in vielen Fällen von den Arbeitgebern zu Gunsten ihrer Mitarbeitenden abgeschlossen und deckt deren Verpflichtung zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder bei Spitalaufenthalt ab. Die Versicherer können die Taggeldversicherung nach dem KVG oder dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anbieten.¹⁵

KVG-Versicherungen¹⁶ und andere Lebens- oder Nichtlebensversicherungen können eine *Krankenzusatzversicherung* nach dem VVG anbieten. Die Krankenzusatzversicherung dient dazu, Leistungen oder Beträge zu finanzieren, die nach KVG nicht gedeckt sind, etwa Unterbringung in Privat- oder Halbprivatabteilungen eines Spitals oder Zahnbehandlungen. Bei Zusatzversicherungen dürfen die Versicherer die Prämien nach Risiken abstimmen, schlechte Risiken ablehnen und Verträge kündigen, wenn sich herausstellt, dass der/die Versicherte nicht alle gesundheitlichen und medizinischen Daten zur Bestimmung seines/ihrer Risikos bekannt gegeben hat. Die Krankenzusatzversicherung wird in der Regel individuell abgeschlossen. Seit dem 1. Januar 2001¹⁷ dürfen die Kostenbeteiligungspflichten der obligatorischen Krankenversicherung nicht mehr von einer Zusatzversicherung abgedeckt werden.

Der Markt für Zusatzversicherungen ist seit Einführung des Obligatoriums im Schrumpfen begriffen. Auch hat sich das Schwergewicht von den KVG-Versicherungen zu kommerziellen Versicherungen verlagert.

1.5 Gesundheitsversorgung

Die Kantone spielen bei der Bereitstellung der von der Bevölkerung benötigten Gesundheitsleistungen die Schlüsselrolle. Die meisten Spitäler – im schweizerischen Gesundheitssektor die grössten wirtschaftlichen Einheiten – stehen im Eigentum der Kantone und Gemeinden, auch wenn Spezialkliniken nicht selten Privateigentümern gehören. Die ambulanten Ärztinnen und Ärzte sind in der Regel selbständig und arbeiten in unabhängigen Praxen. Die Verantwortung für Public-Health-Initiativen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderungsprogramme liegt bei den Kantonen und in beschränktem Ausmass beim Bund.

Entsprechend den überdurchschnittlich hohen Gesundheitsausgaben sind in der Schweiz auch die zur Erbringung von Gesundheitsleistungen bereitgestellten Ressourcen im Allgemeinen höher als im OECD-Durchschnitt. Dies trifft besonders für die Beschäftigung zu, für das Krankenpflegepersonal, für Langzeitpflegebetten und einige technische Einrichtungen wie beispielsweise MRIs (Tabelle 1.5).

Public-Health-Programme

Ähnlich wie in anderen OECD-Ländern machen die Gesamtausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nur einen Bruchteil der Ausgaben für die kurative Medizin aus. In der Schweiz werden rund 1,3 Mrd. CHF (2,3% der Gesundheitsausgaben) für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung aufgewendet, also etwas weniger als der OECD-Durchschnitt von 2,7% (Abbildung 1.9) (OECD, 2010a).¹⁸ Dieser Betrag wird aus Beiträgen von allen Regierungsebenen sowie von privaten Organisationen aufgebracht. Die meisten Programme des Bundesamts für Gesundheit sind auf primärpräventive Massnahmen in den Bereichen HIV/Aids, Tabak und Substanzenmissbrauch ausgerichtet (Abbildung 1.11).

Tabelle 1.5 **Verfügbare Ressourcen im Gesundheitswesen der Schweiz und in anderen OECD-Ländern, 2008**

	Beschäftigte (je 1000 Einwohner)				Spitalbetten (je 1000 Einwohner)				Medizinische- sozialen Institutionen (je 1000 Einwohner)			MRI-Geräte
	Total Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich	Praktizierende Ärztinnen und Ärzte	Praktizierende Krankenpflegekräfte	Total	Akut- pflege	Psychiat- rische Pflege	Langzeit- pflege	Andere	Betten in medizinisch- sozialen Institutionen (je 1000 Einwohner)	CT-Scanner		
Australien	52.7	3.0	10.1	3.9	3.5	0.4	..	..	7.9	38.8	2009	5.6
Belgien	53.6	3.0	..	6.7	4.3	1.8	0.2	0.4	12.3	13.6	4	10.6
Chile	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Dänemark	94.0	3.4	14.3	3.6	3.0	0.6	..	..	2.3	21.5	..	15.4
Deutschland	54.2	3.6	10.7	8.2	5.7	0.5	..	2.1	9.7	16.4	4	8.6
Estland	..	3.4	6.4	5.7	3.8	0.6	1.1	0.2	5.8	14.9	..	8.2
Finnland	72.4	2.7	15.5	6.5	1.9	0.8	2.3	1.4	10.1	16.5	2007	16.2
Frankreich	38.5	3.3	7.9	6.9	3.5	0.9	1.5	1.0	8.4	11.0	4	6.1
Griechenland	21.5	6.0	3.4	4.8	4.0	0.8	..	..	..	30.7	..	19.6
Irland	52.7	3.2	16.2	5.2	2.7	0.9	1.6	0.1	5.4	15.1	..	9.4
Island	81.4	3.7	14.8	5.8	..	..	..	..	7.3	31.3	..	18.8
Israel*	..	3.4	5.0	3.6	2.0	0.6	0.9	0.1	2.3	7.1	..	1.8
Italien	28.2	4.2	6.3	3.8	3.0	0.1	0.2	0.4	3.2	31.0	2007	20.0
Japan	46.8	2.2	9.5	13.8	8.1	2.7	2.8	0.1	5.8	97.3	..	43.1
Kanada	57.5	2.3	9.2	3.5	2.7	0.3	0.4	0.1	..	12.7	2009 ⁷	6.7
Korea	17.5	1.9	4.4	7.8	5.4	0.8	1.6	0.0	1.4	36.8	..	17.6
Luxemburg	53.3	2.8	10.9	5.8	4.5	0.9	..	0.4	6.8	27.6	2007	12.7
Mexiko	12.0	2.0	2.4	1.7	1.6	0.0	..	..	..	4.2	..	1.5
Neuseeland	47.8	2.5	9.7	..	2.2	..	..	..	..	12.4	..	9.6
Niederlande	83.6	3.7	10.5	4.3	2.9	1.4	0.0	0.0	10.3	10.3	..	10.4
Norwegen	105.3	4.0	14.0	3.5	2.5	0.9	..	0.1	9.5	..	..	..
Österreich	43.8	4.6	7.5	7.7	5.6	0.8	0.3	1.0	..	29.9	..	18.0
Polen	22.9	2.2	5.2	6.6	4.4	0.6	0.4	1.2	2.3	10.9	..	2.9
Portugal	28.7	3.7	5.3	3.4	2.8	0.6	..	0.0	..	26.0	2007	8.9
Schweden	78.2	3.6	10.8	3.0	2.2	0.5	0.3	..	14.7	..	2007	..
Schweiz	68.4	3.8	14.9	5.2	3.3	1.0	..	0.9	11.9	32.0	..	14.0
Slowakische Republik	28.6	3.0	6.3	6.6	4.9	0.8	0.7	0.1	5.7	13.7	..	6.1
Slowenien	..	2.4	7.9	4.8	3.8	0.7	0.0	0.2	..	10.9	2007	3.5
Spanien	28.8	3.6	4.8	3.3	2.6	0.4	0.3	0.0	3.6	15.3	2006	9.9
Tschechische Republik	31.9	3.6	8.1	7.3	5.2	1.1	0.7	0.4	2.7	13.5	..	5.1
Türkei	7.9	1.5	1.3	2.3	2.2	0.1	..	0.0	..	10.2	..	6.9
Ungarn	24.8	3.1	6.2	7.0	4.1	0.3	1.1	1.5	8.1	7.1	..	2.8
USA	59.9	2.4	10.8	3.1	2.7	0.3	0.1	0.1	5.4	34.3	2007	25.9
Vereinigtes Königreich	60.1	2.6	9.5	3.4	2.7	0.6	..	0.0	8.7	7.4	3	5.6
OECD-Durchschnitt	48.2	3.2	8.7	5.3	3.6	..	..	..	6.8	21.8	..	11.5

¹ Die Zahlen umfassen nicht nur Ärzte/Pflegepersonen, die Patienten direkt versorgen, sondern auch alle übrigen im Gesundheitsbereich in Verwaltung, Lehre und Forschung tätigen Personen.

² Die Zahlen beziehen sich auf zugelassene Ärzte/Pflegepersonen.

³ Zahlen ohne Privatwirtschaft.

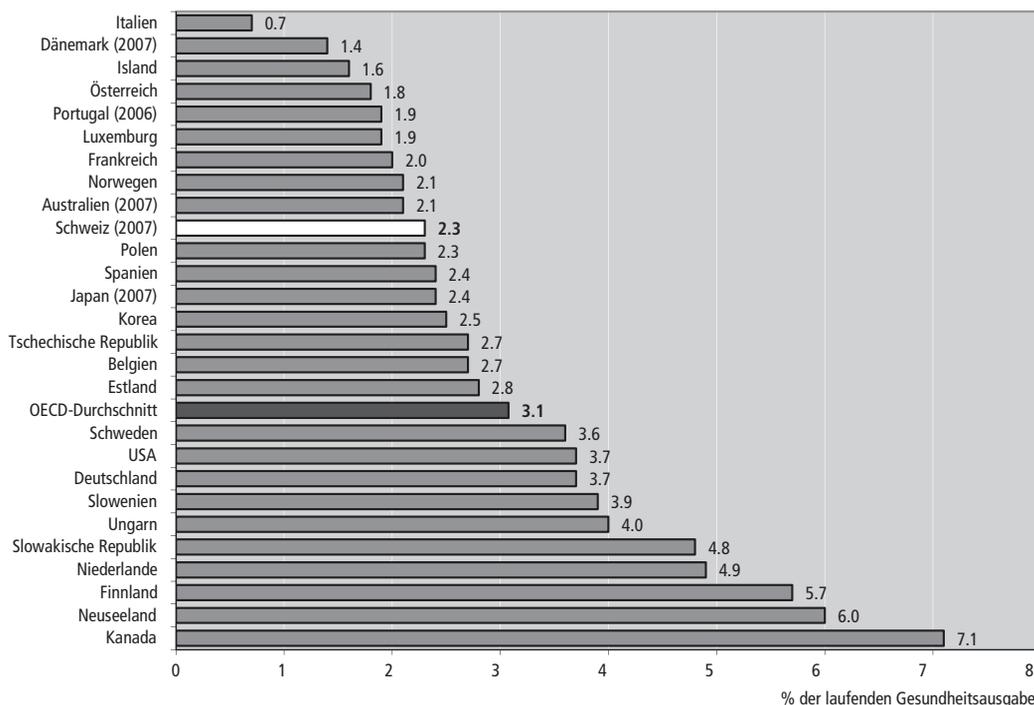
⁴ Die Zahlen betreffen nur Geräte in Spitälern.

⁵ Anzahl der Spitäler mit mindestens einer MRI-Einheit.

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2010.

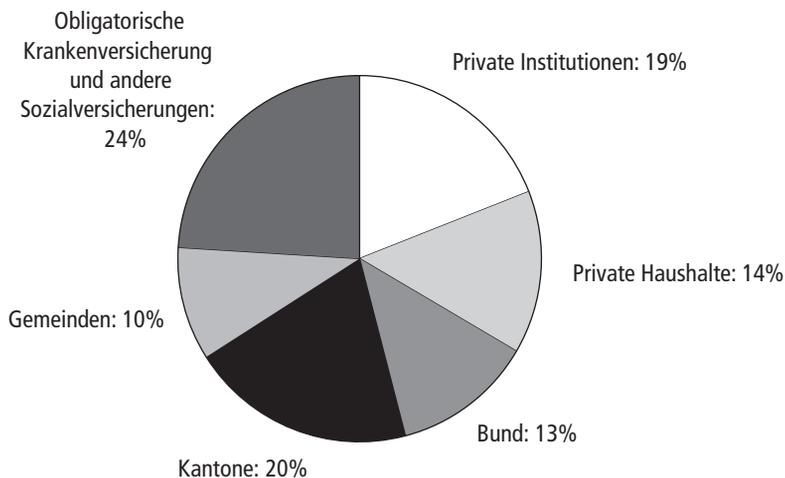
Abbildung 1.9 Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention als Anteil an den aktuellen Gesundheitsausgaben in OECD-Ländern, 2008



¹ In der Schweiz werden einige Ausgaben für Geburtshilfe- und Kindergesundheitsprogramme als ambulante Leistungen und nicht als Prävention oder Public Health verbucht.

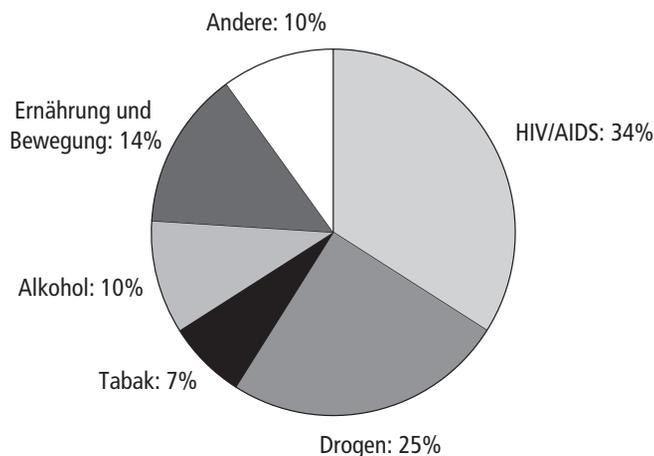
Quelle: OECD Health Data 2010.

Abbildung 1.10 Finanzierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen in der Schweiz nach Finanzierungsquelle, 2009



Quelle: Publikation des Bundes

Abbildung 1.11 **Wichtige Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme des Bundesamts für Gesundheit nach Finanzvolumen, 2011**



Quelle: Publikation des Bundes.

Public-Health-Themen sind nicht auf den Gesundheitssektor beschränkt. Auch die politischen Entscheidungen in anderen Sektoren – Bildung, Wohnen, Verkehr, Umwelt, Steuern – können sich auf die Bedingungen und Ergebnisse im Gesundheitswesen auswirken (Allin et al., 2004). Der Bund nimmt in bestimmten von der Verfassung und anderen Bundesgesetzen definierten Bereichen eine Public-Health-Rolle wahr. Dazu gehören die Überwachung übertragbarer Krankheiten, Lebensmittelsicherheit, Strahlenschutz und die Kontrolle chemischer Produkte, die Besteuerung von Suchtmitteln (Alkohol, Tabak), die Förderung sportlicher Betätigung sowie die Gesundheitsförderung und Prävention mit Bezug auf das KVG und die Unfallversicherung (OECD und WHO, 2006). In den letzten Jahren hat sich der Bund bemüht, seine Rolle in der Gesundheitsförderung und in der Prävention auszubauen und hat zu diesem Zweck nationale Politiken in Gebieten erarbeitet, in denen er zuvor keine oder nur beschränkte Verantwortung hatte. So wurden beispielsweise neue und überarbeitete nationale Programme zur HIV/Aids-Prävention, zur Tabakprävention und gegen Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch sowie zu Ernährung und körperlicher Betätigung lanciert. Gegenwärtig zielen die Bemühungen darauf ab, die Präventionsmassnahmen zu Tabak, Alkohol, Ernährung und körperlicher Betätigung zu koordinieren. Seit Ende 2009 wird im Parlament ein Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung behandelt, mit dem die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Regierungsebenen klar geregelt und ein neues schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene geschaffen werden soll (vgl. Kapitel 4).

Die Kantone sind für Massnahmen der Primärprävention verantwortlich wie beispielsweise die Durchführung von Impfprogrammen und die Überwachung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung.¹⁹ Die Sekundär- und Tertiärprävention fällt ebenfalls in den Verantwortungsbereich der Kantone. Beispielsweise wird die KVG-Deckung zwar auf Bundesebene festgelegt, doch ist jeder Kanton für seine eigenen Programme verantwortlich.²⁰ Die Kantone sind zudem für die Umsetzung von Interventionen zur Eindämmung der Verbreitung von Krankheiten gemäss Vorgaben und Koordination der Bundesbehörden zuständig.

Die Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen wird, dort wo sie existieren, weitgehend den zahlreichen Non-Profit-Organisationen und Stiftungen überlassen. Wichtige Institutionen sind die «Gesundheitsförderung Schweiz», «Radix» und die «Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz»²¹ (vgl. Kasten 1.4).

Ambulante Behandlung

Der ambulante Sektor erbringt Leistungen in der allgemeinen ärztlichen Versorgung, in der Diagnostik, Geburtshilfe, Perinatalpflege, Kinderbehandlung, Familienplanung, Kleinchirurgie, Rehabilitation, Zahnmedizin und in der häuslichen Pflege. Die ambulanten Leistungen werden in der Hauptsache von Ärztinnen und Ärzten in unabhängigen Praxen bzw. Einzelpraxen durchgeführt. Zusätzlich zu unabhängigen Praxen werden ambulante Leistungen auch von den Ambulanzabteilungen öffentlicher und privater Spitäler und von Managed-Care-Organisationen erbracht. Auch Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegefachleute, Logopädinnen und Logopäden sowie Ernährungsberaterinnen und -berater sind in der Regel als Selbständige tätig.

Der ambulante Sektor ist durch eine uneingeschränkte Freiheit der Arztwahl und den unbeschränkten Zugang zu Allgemeinärzten und Fachärzten gekennzeichnet. Obwohl es kein Gatekeeping-System gibt, scheint der Grossteil der Bevölkerung einen Hausarzt oder Familienarzt zu konsultieren. Versicherte mit besonderen Versicherungen akzeptieren im Gegenzug zur Prämienreduktion eine eingeschränkte Auswahl an Leistungsanbietern. Im Rahmen eines solchen HMO-Modells, eines Hausarzt-Modells (HAM), einer PPO (Organisation bevorzugter Leistungserbringer) oder ähnlicher Managed-Care-Modelle erfolgt die Auswahl der Leistungen durch den Erbringer der Grundversorgung.

Kasten 1.4 Einige schweizerische Institutionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung Schweiz

Die Gesundheitsförderung Schweiz ist eine von den Kantonen und den Versicherungen im Jahr 1989 ins Leben gerufene Stiftung. Im Jahr 1998 legte das KVG die rechtliche Grundlage für eine führende Rolle der Stiftung in der Gesundheitsförderung unter staatlicher Aufsicht. Die drei wichtigsten Programme betreffen gesundes Körpergewicht, psychische Gesundheit und Stressbewältigung sowie Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Die Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt auch Projekte, die in Zusammenarbeit mit den Kantonen und Gemeinden geplant und umgesetzt werden. Die Aktivitäten der Stiftung werden über einen Jahresbeitrag finanziert, den alle Personen zahlen müssen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Dieser Beitrag ergibt ein Jahresbudget von ungefähr 17 Millionen CHF. Die Beiträge werden von den KVG-Versicherungen über die Versicherungsprämien erhoben.

Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz

Das Ziel dieses Verbands ist die Verbesserung der Koordination der gesundheitsfördernden Massnahmen der Kantone und die bessere Koordination zwischen der Bundesregierung und den kantonalen Projekten in der Gesundheitsförderung. Der Verband besteht aus vier regionalen Gruppen: Romandie, Nordwestschweiz, Ostschweiz und Zentralschweiz, die ihrerseits koordinierte Aktivitäten zur Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene durchführen.

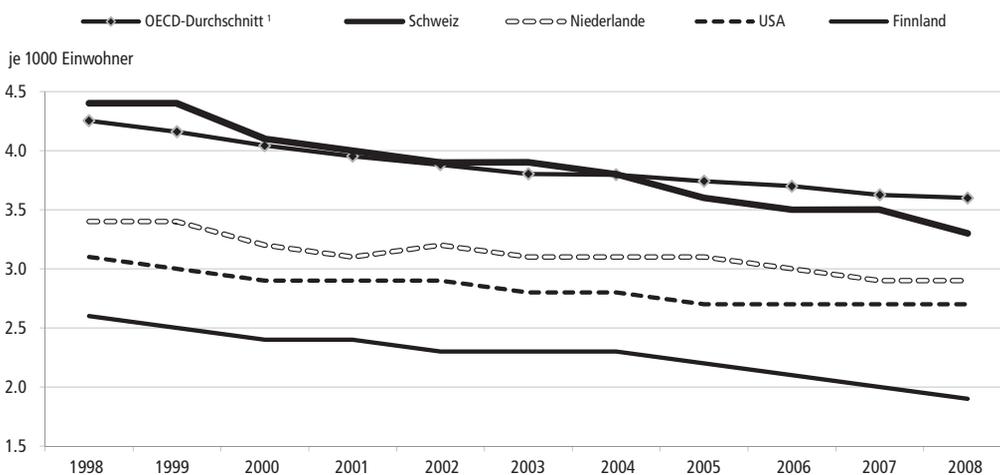
Radix

Radix ist eine Stiftung, die auf Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Gemeinden, Schulen und Unternehmen spezialisiert ist. Ihr geht es darum, die Gemeinden und Kantone dazu anzuregen, der Gesundheitsförderung mehr Bedeutung einzuräumen. Sie steht Gemeinden, Schulen und Betrieben mit ihren Dienstleistungen zur Verfügung und verfügt über ein Jahresbudget von annähernd 3,5 Millionen CHF, das hauptsächlich aus Bundes- und Kantonssubventionen sowie Spenden finanziert wird.

Spitäler

Bei der Spitalversorgung mit Akutbetten liegt die Schweiz mit 3,3 Betten pro 1000 Einwohner etwas unter dem OECD-Durchschnitt von 3,4 Betten (Abbildung 1.12). Die Bettenzahl pro Kopf ist in den letzten zwei Jahrzehnten zurückgegangen, gleich wie in anderen OECD-Ländern. Dieser Trend ist auf Spitalrationalisierungen in einigen Kantonen und auf die kürzeren Durchschnittsaufenthalte zurückzuführen (vgl. Kapitel 4).

Abbildung 1.12 **Akutbetten in der Schweiz und in ausgewählten OECD-Ländern, 1998–2008**



¹ Ungewichteter OECD-Durchschnitt. Ohne Chile, Island, Luxemburg und Neuseeland.

Quelle: OECD Health Data 2010.

Die Spitäler sind sowohl hinsichtlich ihrer Eigentümerschaft als auch hinsichtlich der angebotenen Leistungen sehr unterschiedlich. Die öffentlichen Spitäler stehen im Eigentum von Kantonen, Gemeinden oder Stiftungen und werden von diesen vielfach auch geführt. Private Spitäler sind entweder gewinnorientiert (for-profit) oder nicht gewinnorientiert (not-for-profit). Der Grossteil der Notdienste wird von den öffentlichen Spitälern geleistet. Neben Allgemeinspitälern gibt es spezialisierte Kliniken für Rehabilitation und psychiatrische Behandlung. Einige Institutionen bieten spitzenmedizinische und hochspezialisierte medizinische Behandlungen an, darunter die fünf Universitätsspitäler (Zürich, Bern, Basel, Lausanne und Genf) und einige grosse Kantonsspitäler. Private Einrichtungen, die etwa einen

Fünftel aller Spitalbetten bereitstellen, erbringen in der Regel chirurgische Standardeingriffe, Tagespflege und elektive Operationen. Eine kleine Anzahl privater Kliniken bieten aber auch hochspezialisierte Behandlungen (Saladin et al., 2007).

Der Bund hat unlängst Vorgaben zur Spitalplanung erlassen, doch bleibt diese in der Verantwortung der Kantone. Diese Pläne sind je nach Kanton sehr unterschiedlich. In das Planungsverfahren werden in der Regel alle öffentlichen Spitäler und ein Teil der privaten Spitäler aufgenommen.

Tabelle 1.6 **Öffentliche und private Spitäler in der Schweiz, 2009**

	Anzahl Spitäler					
	privat		öffentlich oder subventioniert		Total	
	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate	Anzahl	Rate
Zürich (ZH)	16	1.2	32	2.4	48	3.6
Bern (BE)	15	1.5	18	1.9	33	3.4
Luzern (LU)	4	1.1	3	0.8	7	1.9
Uri (UR)			1	2.8	1	2.8
Schwyz (SZ)	1	0.7	3	2.1	4	2.8
Obwalden (OW)			1	2.9	1	2.9
Nidwalden (NW)			1	2.5	1	2.5
Glarus (GL)			1	2.6	1	2.6
Zug (ZG)	2	1.8	3	2.7	5	4.5
Freiburg (FR)	2	0.7	7	2.6	9	3.3
Solothurn (SO)	2	0.8	2	0.8	4	1.6
Basel-Stadt (BS)	3	1.6	10	5.3	13	6.9
Basel-Landschaft (BL)	7	2.6	6	2.2	13	4.8
Schaffhausen (SH)	1	1.3	2	2.6	3	4.0
Appenzell Ausserrhoden (AR)	5	9.4	3	5.7	8	15.1
Appenzell Innerrhoden (AI)	1	6.4	1	6.4	2	12.8
St. Gallen (SG)	4	0.8	10	2.1	14	3.0
Graubünden (GR)	6	3.1	12	6.3	18	9.4
Aargau (AG)	11	1.8	10	1.7	21	3.5
Thurgau (TG)	11	4.5	3	1.2	14	5.8
Tessin (TI)	12	3.6	8	2.4	20	6.0
Waadt (VD)	11	1.6	22	3.2	33	4.7
Wallis (VS)	2	0.7	11	3.6	13	4.3
Neuenburg (NE)	2	1.2	7	4.1	9	5.3
Genf (GE)	9	2.0	6	1.3	15	3.3
Jura (JU)	1	1.4	3	4.3	4	5.7
Schweiz	128	1.7	186	2.4	314	4.1

Anmerkung: «Rate» bedeutet Anzahl Spitäler je 100 000 Einwohner.

Quelle: Bundesamt für Statistik, Online-Krankenhausstatistiken.

Langzeitpflege

Für die Langzeitpflege sind die Kantone verantwortlich. Sie können die Organisation und Bereitstellung der Pflege an die Gemeinden delegieren. Die formelle Betreuung erfolgt in Pflegeheimen, in Pflegeabteilungen von Institutionen für Betagte oder Behinderte und in den eigenen Wohnungen der Leistungsempfänger (über einen Verband namens «Spitex»). Mit rund 10,8% der Bevölkerung, die ihren Mitmenschen bei der Bewältigung des Alltags

helfen, spielt die informelle Betreuung ebenfalls eine wichtige Rolle (OECD, 2011a). Für das Jahr 2009 wurde der Anteil der Personen über 65 Jahre, die Langzeitpflegeleistungen benötigen, auf knapp 19% (rund 243 000 Betagte) geschätzt. Davon wurden 12,5% zu Hause und 6,3% in sozialmedizinischen Institutionen oder anderen Pflegeeinrichtungen betreut (OECD Health Data 2011).

Die (öffentlichen und privaten) Gesamtkosten der (medizinischen und nicht-medizinischen) Langzeitpflege für hilfsbedürftige Betagte werden auf ca. 2,1% des BIP geschätzt, von denen 1,8% auf die institutionelle Pflege und 0,3% auf die häusliche Pflege entfallen. Damit liegt die Schweiz über dem OECD-Durchschnitt von 1,5%. Dies scheint mit dem im Vergleich zu anderen OECD-Ländern höheren Anteil der über Achtzigjährigen an der Gesamtbevölkerung zu korrelieren (OECD, 2011a).

Zwei Drittel der Pflegeheime und anderer Anbieter institutioneller Pflege sind öffentliche Institutionen oder Non-Profit-Organisationen, das restliche Drittel entfällt auf private For-Profit-Einrichtungen (OECD, 2011a). Die Kantone subventionieren im Allgemeinen die Errichtungs- und Betriebskosten öffentlicher und bestimmter privater Alters- und Pflegeheime. Die gesamte Bettenkapazität beträgt ungefähr 89 000, die Bettenbelegung lag 2005 bei 95–97% (BFS, 2011; Mosle, 2005). Die Mehrheit der Pflegeheimpatientinnen und -patienten ist 80 Jahre und älter. Die Schweiz verfügt über 72 Betten in Pflegeeinrichtungen pro 1000 Einwohner über 65 Jahren, eine der höchsten Raten in den OECD-Ländern (OECD, 2010a). Zwar hat sich die Versorgung von den Langzeitabteilungen der Allgemeinspitäler weg verlagert, doch einige pflegebedürftige ältere Patientinnen und Patienten werden aufgrund der Wartelisten für Alterspflegeheime nach wie vor in den Spitälern aufgenommen.

Gemäss der schweizerischen Gesundheitsrechnung wird die Langzeitpflege zu rund 40% durch Krankenversicherung, Kantone und Gemeinden und zu 60% durch Selbstzahlungen finanziert. Diese Finanzlast der Haushalte wird jedoch durch die Leistungen der Invalidenversicherung und die altersbezogenen Ergänzungsleistungen der Sozialhilfe (insgesamt rund 24% der Gesamtausgaben) auf rund 36% reduziert. Das KVG deckt die medizinischen Kosten und einen Teil der Pflegekosten in Alters- und Pflegeheimen (Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen) und in der häuslichen Pflege.

Das oben genannte Finanzierungssystem der Langzeitpflege wurde 2011 eingeführt und betrifft die häusliche Pflege sowie sozialmedizinische Institutionen. Mit der Neuregelung werden für die Pflege- und Betreuungsleistungen für Betagte nach Pflegestufen nationale von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckte Rahmentarife festgelegt. In Zukunft wird die obligatorische Krankenversicherung ausserdem während zwei Wochen nach einem Spitalaufenthalt für die vom Spitalarzt angeordneten Übergangsleistungen für betagte Menschen aufkommen. Pensionskosten und andere (nicht gesundheitsbezogene) soziale Leistungen werden weiterhin von der Sozialversicherung oder durch Eigenmittel der pflegebedürftigen Personen finanziert und auf maximal 20% des vom Bundesrat bestimmten höchsten Deckungsbeitrages der Krankenkasse beschränkt.

Die wachsenden Sorgen hinsichtlich der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung haben der Frage der häuslichen Pflege zu mehr Aufmerksamkeit verholfen. Das deutschschweizerische Akronym für Pflege ausserhalb der Spitäler lautet «Spitex». Die Spitex wird auf lokaler oder kantonaler Basis organisiert, und zwar überwiegend (93%) von nicht gewinnorientierten, privaten Organisationen. Sie bietet recht umfassende und weitreichende Dienstleistungen: 44% entfallen auf Langzeitpflege, 56% auf Haushaltshilfe und soziale Unterstützungsleistungen. Etwa die Hälfte der Kosten wird von öffentlichen Quellen getragen.

Gesundheitspersonal

Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Sektor für die Beschäftigung. Schätzungen zufolge sind rund 542 000 Personen, also 13,5% der erwerbstätigen Bevölkerung in diesem Sektor beschäftigt. Die meisten Stellen befinden sich in den Spitälern (163 000 Stellen), gefolgt von Pflegeheimen (155 000 Stellen) und dem ambulanten Sektor (100 000 Stellen) (BFS, 2010b). In der Herstellung von Arzneimitteln und medizinischen Geräten sind 61 000 Personen beschäftigt. Das Gesundheitswesen ist ein dynamischer Wirtschaftszweig, in dem die Beschäftigung im Laufe der Jahre immer wieder gewissen Schwankungen unterlag. Zwischen 2001 und 2008 ist die Zahl der Beschäftigten im schweizerischen Gesundheitswesen um 2,6% gestiegen (in der Herstellung von Arzneimitteln und medizinischen Geräten sogar um 4,4%), die Gesamtbeschäftigung in der Schweiz während desselben Zeitraums jedoch nur um 1,2% (BFS, 2008a). Auch die Dichte an Gesundheitsfachkräften ist im Laufe der letzten Jahrzehnte stetig gestiegen. So hat sich beispielsweise die Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zwischen 1980 und 2008 von 2,4 auf 3,9 pro 1000 Einwohner erhöht.

Das Pflegepersonal stellt die zahlenmässig grösste Berufsgruppe im schweizerischen Gesundheitswesen dar. Laut Schätzungen praktizieren in der Schweiz rund 79 000 professionelle Pflegepersonen, von denen die meisten der qualifizierten Krankenschwestern und -pfleger in Spitälern arbeiten (64%), gefolgt von Pflegeheimen (25%) und Haus- und Gemeindepflege (11%) (BFS, 2006, auf der Grundlage von Informationen für das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel). Die Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte liegt bei knapp 30 000 (BFS, 2011). Die meisten (53,1%) sind im ambulanten Sektor tätig, doch erfreuen sich die Spitäler mit 45,3% aller praktizierenden Ärzte auch grosser Beliebtheit. Nur 1,6% sind ausserhalb dieser beiden Bereiche tätig (Kraft, 2011). Im ambulanten Sektor können Ärzte ihr Fachgebiet und ihren Praxisort frei wählen. Allerdings gilt seit 2002 für die Eröffnung neuer unabhängiger Arztpraxen nach KVG ein Zulassungsstopp, der bis Ende 2011 verlängert wurde.

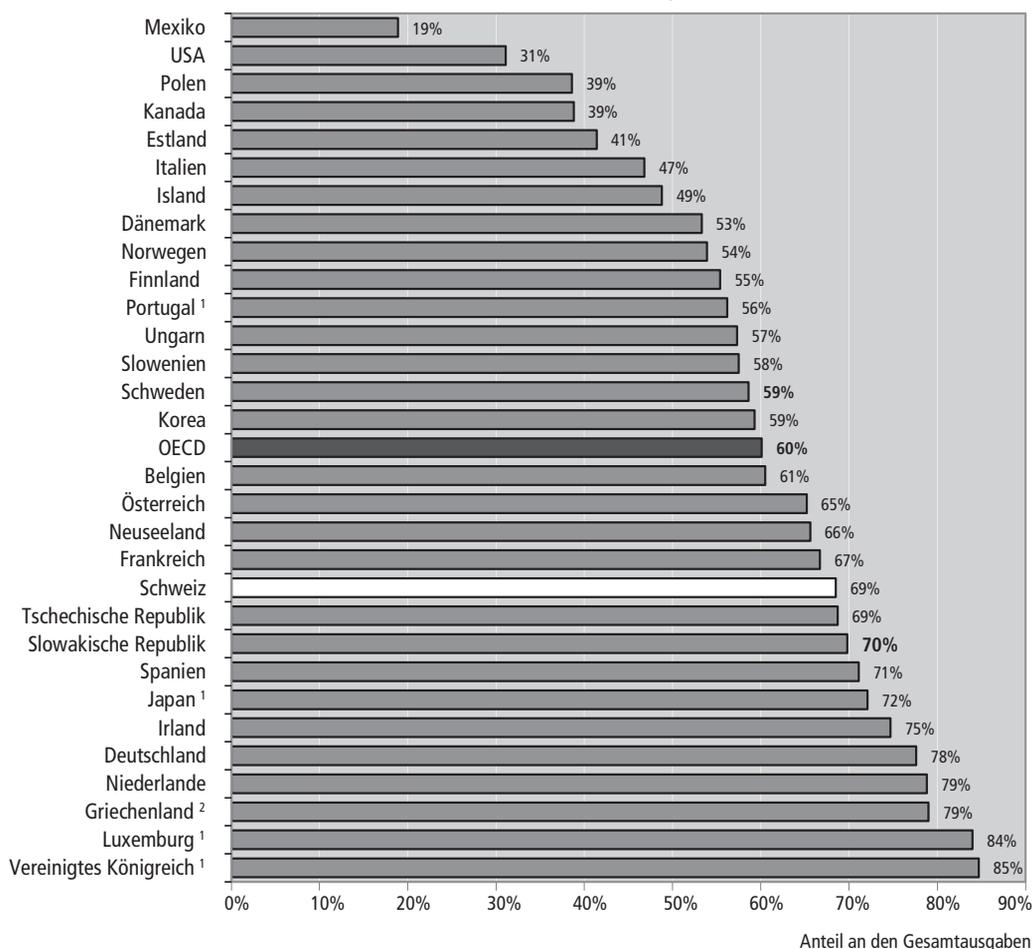
Neben Ärzten und Pflegepersonal spielen zahlreiche andere verwandte Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle. Dazu gehören beispielsweise anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten, Ernährungsberaterinnen und -berater, Rettungssanitäter, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Arzthelferinnen und -helfer, medizinische Labortechnikerinnen und -techniker, medizinisch-technische Radiologie- und operationstechnische Assistentinnen und Assistenten.

Die zahlreichen ausländischen Gesundheitskräfte machen in der Schweiz einen höheren Anteil am Gesundheitspersonal aus als durchschnittlich in den OECD-Ländern (OECD, 2007). Die Mehrzahl der ausländischen Beschäftigten im Gesundheitswesen kommen aus den Nachbarländern, Ärzte und Ärztinnen vor allem aus Deutschland (vgl. Jaccard-Ruedin und Widmer, 2010 und Kapitel 3).

Arzneimittel

Im Jahr 2009 gab die Schweizer Bevölkerung pro Kopf 499 PPP-USD für Arzneimittel aus und lag damit über dem OECD-Durchschnitt von 410 PPP-USD pro Kopf (OECD, 2011). Die an ambulante Patientinnen und Patienten abgegebenen Arzneimittel waren 2008 mit einem Anteil von 10,3% an den gesamten Gesundheitskosten deutlich niedriger als der OECD-Durchschnitt von über 17%. Zwei Drittel dieser Ausgaben, also ein leicht über dem OECD-Durchschnitt von 60% liegender Anteil, werden von der obligatorischen Krankenversicherung oder anderen Sozialversicherungen getragen (OECD, 2011c) (Abbildung 1.13).

Abbildung 1.13 **Anteil der Ausgaben der vom Staat oder den Sozialversicherungen bezahlten Arzneimittel für ambulante Patientinnen und Patienten in der OECD, 2009**



Anmerkung: Die Ausgaben umfassen Arzneimittel und andere medizinische Verbrauchsgüter.

¹ 2007.

² 2006.

Quelle: OECD Health Data 2011.

Swissmedic, das am 1. Januar 2002 gegründete Schweizerische Heilmittelinstitut, ist für die Registrierung und Marktzulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zuständig. Swissmedic untersucht und bestätigt, dass die auf den schweizerischen Markt gelangenden Medikamente und Medizinprodukte von hoher Qualität, sicher und wirksam sind. Die Begutachtungen dauern im Durchschnitt sechs bis acht Monate; für Behandlungen lebensgefährlicher Krankheiten, für Krankheiten, gegen die keine zufriedenstellende Therapie zur Verfügung steht und für Arzneimittel mit hohem therapeutischen Wert ist ein Schnellverfahren vorgesehen (drei bis fünf Monate). Die Begutachtung wird fünf Jahre nach der Marktzulassung in der Schweiz wiederholt. Nach der Marktzulassung kann der Hersteller um die Aufnahme des Heilmittels in die Spezialitätenliste des Bundesamts für Gesundheit ansuchen, wo entschieden wird, welches Medikament von den Kassen bezahlt wird und zu welchem Höchstpreis dies der Fall ist.

Die grosse Mehrheit der in der Schweiz verkauften Arzneimittel sind Markenprodukte, von denen wiederum die meisten verschreibungspflichtig sind. Im Jahr 2010 wurden 85% aller Umsätze auf dem einheimischen Arzneimittelmarkt mit verschreibungspflichtigen Medikamenten erzielt (Interpharma, 2010). Der Umsatz mit Generika ist mit der Einführung differenzierter Kostenbeteiligungen für Generika in den letzten Jahren deutlich gestiegen und liegt inzwischen bei einem Marktanteil von 11,5% der von der Krankenkasse zurückerstatteten Medikamente.

Etwa 52% der in der Schweiz konsumierten Arzneimittel (wertmässig in Fabrikabgabepreisen) werden über Apotheken verkauft. Als zweitwichtigster Vertriebskanal fungieren selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte (25% des Marktes), gefolgt von den Spitälern (21%) und Drogerien (2%) (Interpharma, 2010). Zur Abgabe von Arzneimitteln sind nur unabhängige Ärztinnen und Ärzte mit einer vom Kanton gewährten Sonderbewilligung befugt. Dies betrifft in erster Linie Ärztinnen und Ärzte, die in ländlichen Gebieten oder in Kantonen mit relativ wenigen Apotheken praktizieren. Diese Praxis besteht in 13 Kantonen. Die selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte machen etwa ein Viertel aller unabhängigen praktischen Ärzte aus (Hänggeli et al., 2007). Die Anzahl der Apotheken ist während des letzten Jahrzehnts gestiegen, während die Zahl der Drogerien und der selbstdispensierenden Ärzte zurückgegangen ist (Interpharma, 2010).

1.6 Zahlungen an die Leistungserbringer, Vergütung und Verträge

Die Schweiz wendete 2008 einen Anteil von 46% der gesamten Gesundheitskosten für die Behandlung stationärer Patientinnen und Patienten auf, 29% für ambulante Patienten und 10% für Arzneimittel an ambulante Patienten. Der Anteil der Behandlung stationärer Patientinnen und Patienten ist wesentlich höher und jener für Arzneimittel niedriger als im OECD-Durchschnitt (Tabelle 1.7). Die relative Aufteilung der Ausgaben nach Behandlungstyp ist im Laufe der Zeit konstant geblieben.

Tabelle 1.7 **Verteilung der Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten in OECD-Ländern, 2008**

	Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben				medizinische Güter	
	stationär	ambulant	häuslich	Hilfsleistungen	Total ambulant verschrieben	davon Arzneimittel und andere medizinische Verbrauchsgüter
Australien (2007)	35.4	31.4	0.0	5.7	17.4	14.3
Belgien	38.1	20.0	7.9	2.3	16.2	15.1
Dänemark	36.4	26.9	12.7	4.5	12.7	8.6
Deutschland	34.1	22.2	6.0	4.5	19.8	15.1
Estland	33.0	22.1	0.4	9.7	23.8	20.7
Finnland	35.0	29.5	1.7	3.0	17.0	14.4
Frankreich	37.3	17.1	2.8	5.0	20.8	16.4
Island	45.4	25.4	1.0	2.3	16.0	13.9
Israel (2006)*	35.0	46.0	n.v.	n.v.	14.3	n.v.
Italien	45.6	30.6	n.v.	n.v.	18.4	18.4
Japan (2007)	38.3	32.1	0.5	0.7	21.2	20.1
Kanada	27.3	25.4	2.2	6.0	19.8	17.2
Korea	29.4	32.9	0.3	0.2	25.7	23.9
Luxemburg	38.1	27.7	5.0	5.3	11.3	9.1
Mexiko	15.2	37.4	0.4	0.7	28.5	28.3
Neuseeland	31.7	26.0	10.4	4.7	10.9	9.6

	Prozent der Gesamtgesundheitsausgaben				medizinische Güter	
	stationär	ambulant	häuslich	Hilfsleistungen	Total ambulant verschrieben	davon Arzneimittel und andere medizinische Verbrauchsgüter
Norwegen	42.4	18.3	9.5	6.1	11.7	7.6
Österreich	40.0	22.9	6.4	3.0	17.1	13.3
Polen	32.0	19.5	5.8	5.5	25.1	22.6
Portugal (2006)	20.8	33.8	2.5	8.2	23.6	21.8
Schweden	29.2	33.3	4.0	4.6	16.0	13.2
Schweiz (2007)¹	45.6	29.3	2.2	3.3	12.2	10.3
Slowakische Republik	20.8	23.0	0.7	7.1	35.1	27.6
Slowenien	33.7	24.2	2.4	2.9	21.8	18.7
Spanien	28.2	29.5	2.9	5.1	22.7	20.5
Tschechische Republik	32.1	25.7	0.8	5.5	24.0	20.4
Ungarn	29.6	20.4	0.3	4.4	35.5	31.6
USA	24.5	44.2	2.8	n.v.	13.1	11.9
OECD-Durchschnitt²	33.4	27.7	3.5	4.4	19.7	17.2

¹ Für die Schweiz liegt die Angabe für die Langzeitpflege-Ausgaben – ein bedeutender Anteil der stationären Kosten – vermutlich zu hoch. Daten zu den stationären Gesundheitsausgaben schliessen auch Investitionskosten mit ein, die andere OECD-Länder getrennt verbuchen. Diese Faktoren können für die Schweiz den Gesamtanteil der stationären Gesundheitsaufwendungen im Vergleich mit anderen OECD-Ländern in die Höhe treiben.

² OECD-Durchschnitt ohne Italien und Israel für häusliche Pflege; Italien, USA und Israel für Hilfsleistungen; Israel für Arzneimittel und andere Verbrauchsgüter.

Chile, Griechenland, Irland, die Niederlande, die Türkei und das Vereinigte Königreich wurden nicht in die Tabelle aufgenommen, da keine oder kaum Daten vorliegen.

n.v.: nicht verfügbar.

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2010.

Die schweizerischen Leistungserbringer erhalten Vergütungen von Versicherungen, den Kantonen oder direkt von den Patientinnen und Patienten. Zurzeit werden ambulante Behandlungsleistungen meist auf Basis bestimmter Einzelleistungstarife bezahlt. Die Spitäler hingegen sind dabei, von einer Vielfalt an unterschiedlichen Zahlungsstrukturen in den Kantonen zu einer einheitlichen nationalen Finanzierung auf Fallbasis überzugehen.

Nach dem Gesetz müssen die Rechnungen der Leistungserbringer auf Tarifen basieren, die zwischen Versicherungen und Leistungserbringern abgeschlossen oder von den Behörden festgelegt wurden. Sämtliche erbrachte Leistungen, die vom KVG gedeckt sind, müssen von den Versicherungen all jenen Leistungserbringern vergütet werden, die unter dem KVG zur Leistungserbringung befugt sind. Nach KVG zugelassene Versicherer und andere Sozialversicherungen (UVG, IV, MV) haben Sondervereinbarungen mit den Leistungserbringern. Zahlungen für Leistungen, die von den Sozialversicherungen nicht vergütet werden, orientieren sich an den Marktpreisen.

Zahlungsmechanismen, Preis- und Tarifstufen

Ambulanter Sektor

Allgemeinärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte, die im ambulanten Bereich und in ambulanten Abteilungen von Spitälern tätig sind, werden auf Einzelleistungsbasis bezahlt. Dies ist auch die hauptsächliche Form der Entschädigung für andere selbständig Beschäftigte im Gesundheitssektor (wie Pflegepersonen, Zahnärzte, Hebammen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten). Die Zahlungen an die Mehrzahl der Apothekerinnen und Apotheker erfolgen auf Einzelleistungsbasis («Leistungsorientierte

Abgeltung», LOA), statt wie früher nach einem an den Margen auf die Arzneimittel orientierten System.²³ Die Versicherten bezahlen die Leistungserbringer in der Regel direkt und erhalten ihre Auslagen später von den Versicherern vergütet. Für Arzneimittel bezahlen die Patienten die Apothekentaxen und den vorgesehenen Kostenanteil, der Rest wird von der Versicherung direkt vergütet.

Die meisten Ärzte und Gesundheitsfachkräfte in Spitälern sind Lohnempfänger. Ärztinnen und Ärzte, die Patienten behandeln, die sich für ein KVG-Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entschieden haben, werden je nach dem spezifischen Managed-Care-Modell unterschiedlich entschädigt.

Im Rahmen der Sozialversicherungsmodelle gilt für alle medizinischen und verwandten Berufe eine national vereinbarte Tarifstruktur, in der auf der Grundlage eines Kostenmodells die relativen Wertungen der unterschiedlichen Leistungen festgelegt sind. Diese relativen Gewichtungen wurden von den wichtigsten Berufsverbänden²⁴ und den Versicherern (Gesundheit, Unfall, Militär und Invalidität) vereinbart, wobei jeder Leistung eine bestimmte Punktezahl zugeordnet wird (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Die Arzthonorare basieren beispielsweise seit dem 1. Januar 2004 auf einem solchen einheitlichen relativen Tarifsystem (TARMED). TARMED legt für jede Art der medizinischen Behandlung auf der Grundlage der wahrscheinlich dafür notwendigen Ressourcen Taxpunktwerte fest. Auf den Taxpunktwerten beruhen ebenfalls die Tarife ambulanter Dienstleistungen von Ärzten in Privatpraxen und von Seiten der Spitäler. Auch für die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung wird der jedem Punkt zugemessene Wert auf nationaler Ebene bestimmt. Für KVG-Versicherer bestehen nationale Vereinbarungen über die Taxpunktwerte für Zahnärzte und Ernährungsberaterinnen. Im Fall der Arzthonorare wird der Wert der Punkte jedoch kollektiv zwischen den kantonalen Versicherungsverbänden und den Leistungserbringern verhandelt, weshalb dieser die Einkommens- und Preisunterschiede zwischen den Kantonen widerspiegeln kann. Ähnliche Vereinbarungen auf kantonaler Ebene bestehen für Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie für Pflegefachkräfte.

Ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung legen die Leistungserbringer ihre Preise frei fest, obwohl dies normalerweise in Anlehnung an die landesweit vereinbarte Punktestruktur erfolgt. Das betrifft Dienstleistungen, die nicht vom KVG erfasst sind, Ärztinnen und Ärzte, die eine Partizipation am KVG-System ausdrücklich abgelehnt haben (und folglich zur Vergütung durch KVG-Versicherer nicht berechtigt sind) oder alle, die von KVG-Versicherern im Zusammenhang mit dem Bewilligungsstopp für Praxis-Neueröffnungen keine Vergütungen verlangen können.

Spitäler und Pflegeheime

Zur Abgeltung der stationären Leistungen in den Spitälern setzt sich die fallbezogene Vergütung immer mehr durch. Seit 2009 gehen die Spitäler zur Vergütung nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG, Diagnosis Related Groups) über, die ab 2012 eingeführt wird. Anhand der Daten von 40 Spitälern (die 60% der Spitaltätigkeit ausmachen) wurde eine Tarifstruktur für die DRG-Fallpauschalen ausgearbeitet. Die auf der Ebene der Kantone geltenden Basispreise pro DRG werden zwischen den Spitälern und Versicherern des jeweiligen Kantons ausgehandelt und von der Kantonsregierung genehmigt. In der DRG-Tarifstruktur werden Investitionskosten berücksichtigt, andere Kosten wie beispielsweise für universitäre Lehre und Forschung sind jedoch nicht anrechenbar.

Die Fallpauschalen für die stationäre Behandlung im Spital werden zu mindestens 55% von den Kantonen übernommen; für den Rest kommen die Versicherungen auf. Leistungen, die nicht von den Sozialversicherungen gedeckt sind, wie zusätzliche Kosten für eine höherwertige Unterbringung oder Komfortleistungen, werden von den Leistungsempfängern direkt oder von einer Krankenzusatzversicherung bezahlt. Die Kosten von Medikamenten sowie diagnostischen und therapeutischen Leistungen bei stationärer Behandlung sind in den Tarifen eingeschlossen, falls nicht anders verhandelt. Es wird erwartet, dass nach vollständiger Umsetzung des neuen nationalen Finanzierungssystems sämtliche stationäre Behandlungen über DRG-Zahlungen abgegolten werden.

Das KVG vergütet die medizinischen Kosten von Pflegeheimaufenthalten, nicht aber andere Kostenfaktoren wie Unterkunft und Unterhaltung. Die Versicherer können im Einklang mit der ab 2011 geltenden nationalen Tarifstruktur mit den Pflegeheimen Zahlungen auf Fallbasis vereinbaren. Wie bei den Spitälern gewähren die Kantone traditionell Subventionen für öffentliche und einige private Pflegeheime.

Arzneimittel

Das Bundesamt für Gesundheit ist für die Vergütung und Preisfestlegung von Arzneimitteln unter dem KVG verantwortlich. Nur Arzneimittel, die in einer Positivliste des BAG (der so genannten «Spezialitätenliste», SL) enthalten sind, werden von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet. Die Liste enthält für jedes Arzneimittel zwei unterschiedliche Preise: einen Handelspreis, der der KVG-Vergütung (vor Abzug von Selbstbehalten) entspricht und eine Mehrwertsteuer von 2,5% enthält, und einen Fabrikabgabepreis. Im Jahr 2011 umfasste die SL rund 2600 Arzneimittel, was 8600 Varianten entspricht.²⁵ Nichtvergütete Arzneimittel unterliegen keinen Preiskontrollen, obgleich die Preisüberwachung dafür zuständig ist, auch hier für ein «angemessenes» Preisniveau zu sorgen.

Das Bundesamt für Gesundheit prüft nach Beratung durch die Eidgenössische Arzneimittelkommission, ob ein Arzneimittel für die Vergütung geeignet ist und zu welchem Höchstpreis dies der Fall ist. Die Arzneimittelkommission prüft die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit des Medikaments, bevor sie dem BAG ihren Rat erteilt. Diesem Gremium gehören neben Medizinerinnen Vertreter von Krankenversicherungen, der Pharmaindustrie, der amtlichen Preisüberwachung, der Swissmedic sowie Versichertenvertreter an. Die Entscheidungen beruhen auf Preisvergleichen mit anderen, therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln sowie den Fabrikabgabepreisen in Referenzländern (Österreich, Frankreich, Deutschland, Dänemark, Niederlande und das Vereinigte Königreich). Wenn das Arzneimittel in den Referenzpreisländern noch nicht angeboten wird – die Schweiz ist in vielen Fällen ein Ersteinführungsmarkt –, wird die Entscheidung über den Vergütungspreis vom Preisvergleich mit anderen therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln abhängig gemacht. Wie in Frankreich wird auch in der Schweiz bei der Prüfung eines neuen Präparats zur Aufnahme in die Spezialitätenliste der Innovationsgrad zur Preisfestsetzung berücksichtigt. Für die ersten oder zweiten Produkte einer bestimmten Klasse auf dem Markt kann zum Preis bereits existierender therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel ein «Innovationsbonus» von 10% bis 20% zugeschlagen werden. Auch für Produkte mit therapeutischem Mehrwert kann ein «Innovationsbonus» gewährt werden.

Die vom Bundesamt für Gesundheit festgelegten Preise werden regelmässig überprüft. Die Prüfungen finden nach der Aufnahme in die SL und anschliessend alle drei Jahre statt. Bei diesen Gelegenheiten wird der Preis des Arzneimittels an den Durchschnittspreis in den Referenzländern angepasst. Die Preise für Generika müssen bei Markteinführung in

die Schweiz je nach Marktgrösse zwischen 10% und 60% unter jenen für die ursprünglichen (Marken-)produkte liegen (vgl. Kapitel 5 für weitere Einzelheiten).

Nachdem ein Arzneimittel in die SL aufgenommen ist, vergüten die Versicherer den Preis desselben, abzüglich des von den Patienten zu leistenden Selbstkostenanteils (Franchise und Selbstbehalt). Seit Anfang 2006 gelten unterschiedliche Selbstbeteiligungen für Markenprodukte, die durch Generika ersetzt werden können. Die Vertriebsmargen im Arzneimittelhandel teilen sich Grossisten und Einzelhandel. Seit einiger Zeit wird die Vergütung der Apotheker nicht mehr an die Menge der abgegebenen Arzneimittel sondern an die erbrachten Leistungen gekoppelt (vgl. Kapitel 4).

Vertragsabschlüsse

Den Leistungserbringern ist es vom Gesetz freigestellt, ob sie sich einer Tarifvereinbarung anschliessen. Die Leistungserbringer (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Pflegepersonen) können sich einem Tarifmodell auch dann anschliessen, wenn sie nicht Mitglied eines Berufsverbands sind. Wer Mitglied ist, ist umgekehrt auch nicht gezwungen, sich einer Tarifvereinbarung mit den Versicherern anzuschliessen (Brunner et al., 2007). Diejenigen, die sich gegen einen Anschluss entscheiden – zurzeit nur einige wenige – müssen mit den Versicherungen separate Tarifvereinbarungen treffen.

Umgekehrt besteht für die Versicherer eine De-facto-Verpflichtung zur Vergütung der Leistungen aller Leistungserbringer, die berechtigt sind, im gesetzlichen Rahmen zu praktizieren. Dazu gehören alle Spitäler, die eine bestimmte Infrastruktur besitzen, definierte Leistungsanforderungen erfüllen und in den kantonalen Spitalplan aufgenommen sind, sowie alle Ärztinnen und Ärzte, die in einer freien Praxis tätig sind.²⁶ Abgesehen von Ärztinnen und Ärzten in Managed-Care-Modellen, besteht für die Versicherer keine Möglichkeit zu selektiven Vertragsabschlüssen.

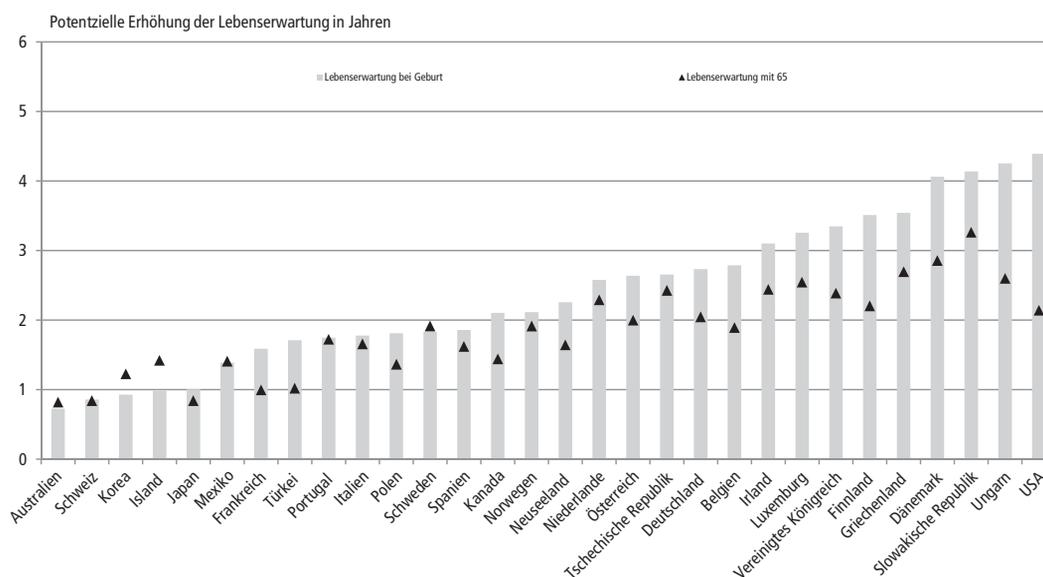
In der ambulanten Versorgung gelten kantonale Tarife für alle Behandlungen, die von den Leistungserbringern des betreffenden Kantons erbracht werden. Im stationären Sektor können die Leistungserbringer für Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen höhere Preise festsetzen. Wenn eine versicherte Person eine Behandlung ausserhalb des Wohnsitzkantons erhält, wird diese von ihrer Versicherung bis zu dem Tarif vergütet, den der Leistungserbringer den Einheimischen verrechnen würde, wenn es sich um Notfälle handelt oder eine Leistung im Heimatkanton des Versicherten nicht erhältlich ist. Unter diesen Umständen deckt der Heimatkanton jegliche Differenz zwischen den dem Patienten tatsächlich verrechneten Kosten und dem von der Versicherung vergüteten Tarif ab. Ein solches System aus Tarifschutz und Vergütungen wird aber dann nicht wirksam, wenn eine Person eine medizinische Behandlung ausserhalb des Wohnsitzkantons ohne medizinische Notwendigkeit bzw. ohne Zustimmung durch den Heimatkanton in Anspruch nimmt. In diesen Fällen müssen die Patientinnen und Patienten die Differenz zwischen der vom Leistungserbringer gestellten Rechnung (gemäss den für ausserkantonale Patienten geltenden Tarifen) und dem in ihrem eigenen Kanton gültigen (und folglich vergüteten) Tarif selbst bezahlen. Die Kantone können Vereinbarungen betreffend die Kostendeckung für ausserhalb des Kantons vorgenommene Behandlungen abschliessen.²⁷ Ab 2012 können die Einwohner der Schweiz unabhängig von ihrem Wohnsitzkanton frei wählen, in welchem Spital der Schweiz sie sich behandeln lassen möchten, und werden zu den Tarifen ihres Heimatkantons vergütet.

1.7 Effizienz des Systems: internationales Benchmarking und zukünftige Herausforderungen

Das schweizerische Gesundheitssystem gilt zwar als teuer, doch hat es in der jüngsten OECD-Studie über die Effizienz der Gesundheitssysteme (OECD, 2010d) gut abgeschnitten. In diesem Bericht wurde zur Effizienzprüfung der Gesundheitssysteme der OECD-Mitgliedsstaaten eine Datenumhüllende Analyse (Data Envelopment Analysis, DEA) verwendet, mit der die Effizienzgrenzen ermittelt werden. Als bester verfügbarer Proxy für Gesundheitsergebnisse wurde die Lebenserwartung herangezogen; als Indikatoren für Inputs wurden alternativ sowohl die Gesamtgesundheitskosten als auch die Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen verwendet. In das Modell wurden weitere Determinanten der Lebenserwartung in Form eines zusammengesetzten Indikators aufgenommen (Einkommen, sozioökonomische Verhältnisse und Lebensstil) und die Sensitivität des Modells für verschiedene Ergebnisse und Input-Kombinationen getestet.

Mit dieser Methodologie wurde geschätzt, um wie viel sich die Lebenserwartung in jedem Land potentiell erhöhen liesse, wenn es seine Effizienz bis an die Effizienzgrenze steigern könnte. Dazu wurden die Inputs konstant gehalten und gleichbleibende Skalenerträge unterstellt (vgl. Abbildung 1.14 weiter unten). Gemäss diesen Schätzungen gehört die Schweiz zu den effizientesten Ländern.

Abbildung 1.14 **Potenzielle Erhöhung der Lebenserwartung durch Effizienzsteigerung¹**



Anmerkung: Die potenzielle Erhöhung der Lebenserwartung wird gemessen in der Anzahl zusätzlicher Lebensjahre, die in einem Land erzielt werden könnten, wenn es seine Effizienz bis an die geschätzte Effizienzgrenze steigern würde.

¹ In diesem Panel wurden sämtliche datenumhüllenden Analysen (DEAs) mit zwei Inputs durchgeführt: Gesundheitsausgaben pro Kopf und ein zusammengesetzter Indikator des sozioökonomischen Umfelds (BIP pro Kopf, Bildungsabschluss) und Lebensstil (Stickoxidemissionen, Obst- und Gemüseverzehr, verzögerter Alkohol- und Tabakkonsum, Daten von 1990). Alle DEAs beziehen sich auf 2007 ausser in den Fällen, in denen die vermeidbare Mortalität als Outcome verwendet wurde. Diese Daten liegen nur bis 2003 und für 27 Länder vor.

Quelle: OECD (2010d).

Wie viele andere Länder mit hohem Einkommen steht auch die Schweiz vor der Herausforderung, die Errungenschaften ihres Gesundheitssystems aufrechtzuerhalten. Heute ist praktisch die gesamte Bevölkerung krankenversichert und hat Zugang zu einer breiten Palette an Gesundheitsleistungen, wenn auch mit einem relativ hohen Selbstzahlungsanteil. Aber es wird immer schwieriger werden, den allgemeinen Versicherungsschutz mit einer breiten Palette an Leistungen aufrechtzuerhalten, insbesondere angesichts der demographischen Entwicklung, mehr chronisch kranker Menschen, Fortschritten in medizinischen Technologien, steigender Behandlungskosten und höherer Nachfrage und Erwartungen von Seiten der Versicherten. Der Weltgesundheitsbericht 2010 Gesundheitsfinanzierung: Der Weg zur universellen Absicherung im Krankheitsfall enthält Optionen und Empfehlungen auch für Länder mit hohem Einkommen (vgl. Kasten 1.5).

**Kasten 1.5 Empfehlungen aus dem Weltgesundheitsbericht 2010 –
Gesundheitsfinanzierung: Der Weg zur universellen Absicherung im
Krankheitsfall: Schlüsselbotschaften für Länder mit hohem Einkommen**

Herausforderung

In vielen Ländern leiden Millionen von Menschen, weil sie notwendige Gesundheitsleistungen nicht erhalten können oder ihre Bezahlung eine finanzielle Belastung für sie bedeutet. Finanzielle Not ist nicht auf Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen beschränkt: Knapp 4 Millionen Menschen in nur sechs OECD-Ländern (Griechenland, Portugal, Mexiko, Korea, Ungarn und Polen) sind in die eine oder andere Form von finanziellen Schwierigkeiten geraten, weil sie ihre Gesundheitsleistungen selbst bezahlen mussten. In den USA waren gesundheitsbezogene Schulden der häufigste Grund für persönlichen Ruin.

Selbst in Ländern, in denen die Gesundheitsversorgung traditionell erreichbar und erschwinglich ist, fällt es den Regierungen immer schwerer, die wachsende Nachfrage und höheren Erwartungen ihrer Bevölkerung zu befriedigen und rasch expandierende Technologien sowie andere Wege zur Verbesserung der Gesundheit zu finanzieren. Einkommensstarke Länder, die ein hohes Mass an finanziellem Risikoschutz und Absicherung erreicht haben, müssen sich fortlaufend selbst bewerten, um sicherzustellen dass ihr Finanzierungssystem angesichts steigender Nachfrage und finanzieller Engpässe seine Ziele erreicht. Darüber hinaus ist in vielen einkommensstarken Ländern der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Sinken begriffen, weshalb neben der herkömmlichen Finanzierung durch Einkommenssteuern und Krankenversicherungsbeiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern alternative Einnahmequellen gesucht werden müssen. Schliesslich wird im Allgemeinen ein Teil der Gesundheitsausgaben verschwendet, was zahlreiche Menschen ihrer notwendigen Behandlungen beraubt.

WHO-Empfehlungen

Jedes Land kann durch – teils geringfügige, teils umfassende – Anpassungen der Gesundheitsfinanzierung die Absicherung seiner Bevölkerung im Krankheitsfall verbessern und das durch Krankheit und Behandlungskosten entstehende Leiden lindern. Alle Länder, ob reich oder arm, können mehr tun, um der universellen Absicherung näher zu kommen oder um Errungenschaften aus der Vergangenheit zu schützen. Der Weltgesundheitsbericht 2010 bietet praktische Orientierungshilfe darüber wie die Deckung für Gesundheitsdienste ausgedehnt, Menschen vor finanziellen Katastrophen und Verarmung wegen Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten geschützt und Effizienz und Gerechtigkeit gesteigert werden können. Wichtig ist, dass die Effizienzsteigerung dazu dient, Absicherung, finanziellen Schutz und Gesund-

heitsergebnisse mit den vorhandenen Ressourcen zu verbessern und nicht die Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung zu reduzieren. Auf der Grundlage der Ländererfahrungen werden im Bericht Lösungsansätze in den folgenden drei grossen Bereichen skizziert:

1. Sowohl aus herkömmlichen Quellen als auch durch innovative Ansätze ausreichend Ressourcen für die Gesundheit mobilisieren

Mögliche Ansätze bestehen darin, der Gesundheit im vorhandenen Staatshaushalt eine höhere Priorität einzuräumen und Einnahmequellen zu diversifizieren, beispielsweise durch Mehrwertsteuern oder «Laster»-Besteuerung (insbesondere Tabak und Alkohol). Ebenso wichtig ist die Effizienzsteigerung bei der Erhebung öffentlicher Abgaben – auch in manchen Ländern mit hohem Einkommen, wo Steuervermeidung und eine ineffiziente Einziehung von Steuern und Versicherungsbeiträgen schwerwiegende Probleme darstellen.

2. Sich weitgehend auf verschiedene Formen der Vorauszahlung verlassen (z.B. Versicherungen und/oder Steuern)

Vorauszahlungen dienen dazu, Mittel aufzubringen und sie zu poolen, um den Zugang zu sichern und das finanzielle Risiko zu streuen und damit die Abhängigkeit von Direktzahlungen zu reduzieren.

3. Gelder effizienter und gerechter ausgeben

Alle Länder können mehr Effizienz und Gerechtigkeit anstreben, indem sie bei der Entscheidung, welche Leistungen angeboten oder gekauft werden sollen, einen strategischeren Ansatz beruhend auf Informationen über die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung wählen. Effizienz, und damit auch Gerechtigkeit, können durch einige der folgenden Ansätze gesteigert werden:

unnötiger Ausgaben für Arzneimittel durch den systematischeren Einsatz von Generika, rationalere Verschreibung und Verwendung, angemessene Preisbestimmungsmechanismen und bessere Qualitätskontrolle;

- Verbesserung der Effizienz von Krankenhäusern durch Vermeidung unnötiger Einweisungen und Aufenthaltstage, indem der Umfang und die Art der angebotenen Leistungen optimiert und die Produktivität der Krankenhäuser gesteigert wird;
- Auswahl der richtigen Behandlungskombination durch kostengünstigere und wirksamere Behandlungen und eine geeignete Mischung zwischen Prävention, Gesundheitsförderung und Therapie;
- Herstellung von optimal ausgewogenen Anreizen für Leistungserbringer, angemessene Gesundheitsleistungen zu bieten, indem die Vergütung an die Leistungsfähigkeit und an Informationen über Leistungskosten, -qualität und -wirkung gekoppelt wird. Besondere Vorsicht ist bei der Einzelleistungsvergütung geboten, da diese einen Anreiz zur Überversorgung darstellt. Durch Kopfpauschalenhonorierung liessen sich alle Gesundheitsbedürfnisse der bei einem Leistungserbringer eingeschriebenen Bürger decken und eine Schwerpunktverlagerung auf die Prävention fördern.
- Vermeidung fragmentierter Finanzierungskanäle, -pools und Versorgungsstrukturen, um Doppelspurigkeiten und Verwaltungsaufwand zu reduzieren.

Quelle: WHO (2010).

Im vorliegenden Bericht werden drei zentrale Themen behandelt: Krankenversicherung, Gesundheitspersonal und Governance des schweizerischen Gesundheitssystems. In einem weiteren Kapitel werden (etwas kürzer) verschiedene politische Bereiche skizziert, die sich in den letzten fünf Jahren verändert haben oder die von besonderem Interesse sind. Insgesamt wird im vorliegenden Bericht versucht Möglichkeiten aufzuzeigen, mit denen die Schweiz ihre Leistungsfähigkeit und damit die Wirksamkeit, den Zugang und die Gleichheit in der Gesundheitsversorgung weiter verbessern könnte.

Anmerkungen

- 1 Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung.
- 2 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung. Das Gesetz trat am 1. Januar 1996 in Kraft.
- 3 Einschliesslich der Agglomeration dieser Städte.
- 4 Mit einem Mitglied im Fall von Halbkantonen, wie beispielsweise Basel-Stadt und Basellandschaft.
- 5 Der Nationalrat hat 200 Mitglieder, der Ständerat 46.
- 6 Das Interesse an einer gemeinsamen Gesundheitspolitik hat in der Schweiz und in der EU im Laufe der Jahre zugenommen.
- 7 Die Swissmedic ist die Überwachungsbehörde für Heilmittel. Sie sorgt dafür, dass nur hochwertige, sichere und wirksame Arzneimittel und medizinische Geräte auf den schweizerischen Markt gelangen.
- 8 Die Beiträge für einkommensschwache Personen und Familien zur Verbilligung der Krankenversicherungsprämien, deren Kosten von Bund und Kantonen geteilt werden, sind hier nicht berücksichtigt, da sie zu den Gesundheitsausgaben für Versicherungsprämien gerechnet werden.
- 9 Dieser Abschnitt bezieht sich in grossen Teilen auf frühere Arbeiten über das Pflichtversicherungssystem von Colombo (2001) und von OECD und WHO (2006).
- 10 Diese Ziele wurden in der Botschaft des Bundesrats betreffend die Revision des alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes 1911 (KUVG) vom 6. November 1991, S. 3–5, formuliert.
- 11 Versicherten, die ohne medizinische Notwendigkeit oder aus persönlichen Erwägungen eine Leistung ausserhalb ihres Wohnsitzkantons in Anspruch nehmen, kann die Kostendifferenz zwischen dem Heimatkanton und dem leistungserbringenden Kanton verrechnet werden. Allerdings dürfen die vom leistungserbringenden Kanton verlangten Kosten den eigenen «externen Tarif» dieses Kantons nicht überschreiten. Die Patientinnen und Patienten können die anfallenden Zusatzkosten natürlich auch mit einer Zusatzversicherung abdecken.
- 12 Franchisen sind Pauschalbeträge, die von den Versicherten bis zu dem Betrag zu leisten sind, ab dem die Versicherungsdeckung greift. Der Selbstbehalt bezieht sich auf Kostenbeteiligungsbestimmungen, nach denen die Versicherten einen Anteil der Kosten der medizinischen Leistung übernehmen (z.B. 10%). Spitaltaxen sind Festbeträge (z.B. 15 CHF), die pro Tag Spitalaufenthalt zu entrichten sind (z.B. eine Nacht im Spital).
- 13 Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG).
- 14 Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG).
- 15 Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG).
- 16 In Art. 12 KVG wird den Versicherungen, die die obligatorische Deckung anbieten, gestattet, parallel dazu auch freiwillige Krankenversicherungsprodukte anzubieten. In der Regel gründen die Versicherungen für das Management der obligatorischen und der freiwilligen Krankenversicherung unterschiedliche Gesellschaften.
- 17 Inkrafttreten der KVG-Revision vom 24. März 2000.
- 18 Die schweizerischen Daten zu Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sind tendenziell leicht unterbewertet, weil: i) die Kosten einiger Mutterschafts- und Kindergesundheitsprogramme der ambulanten Patientenversorgung zugerechnet werden; ii) die Gesamtgesundheitsausgaben eine Überschätzung der Aufwendungen für die Langzeitbehandlung enthalten. Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung als Anteil am BIP liegen folglich wahrscheinlich nahe am OECD-Durchschnittswert.
- 19 Das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht Impfpfehlungen. Es gibt allerdings keine nationale Impfpolitik und auch keine gesetzlichen Impfvorgaben des Bundes.

- 20 Dies wird am Beispiel der Brustkrebs-Früherkennung deutlich. In den meisten Kantonen werden die Screening-Massnahmen auf Initiative von Patientinnen durchgeführt, die sich selbst bei einem praktischen Arzt oder einer Fachärztin anmelden (so genanntes «opportunistisches Screening»). Obwohl die Kosten für Screenings auf nationaler Ebene von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt sind, haben nur einige wenige Kantone ein systematisches, qualitätsgesichertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm entwickelt (vgl. Kapitel 4 für mehr Einzelheiten).
- 21 Es gibt noch eine Reihe weiterer Institutionen, wie z.B. folgende: Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen, Krebsliga Schweiz und Lungenliga Schweiz.
- 22 Gemäss KVG können die Tarife auf der Arbeitszeit (z.B. für Pflegepersonal, das Spitex-Leistungen erbringt), den Einzelleistungen (z.B. Ärztinnen und Ärzte in unabhängigen Praxen) oder auf Pauschalen beruhen (z.B. pro Patientin oder Patient, pro Diagnosegruppe, Patientengruppe oder prospektive Globalbudgets für eine Gruppe von Versicherten). Wenn sich die Berufsverbände und die Versicherungen auf keine einheitliche landesweite Tarifstruktur einigen können, wird diese vom Bundesrat festgelegt.
- 23 Das Grundprinzip der LOA ist die Entschädigung der Apothekerinnen und Apotheker auf Basis der erbrachten Leistungen für Fachberatung der Kundschaft sowie für die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Investitions- und Logistikkosten. Die Apothekerinnen und Apotheker erhalten ein Honorar für die Bearbeitung von Rezepten und die Beratung der Kundschaft sowie für die Verwaltung der Patientendossiers (Jordan and Ray, 2007).
- 24 Ärzerverbindungen (FMH), Spitalverband (H+), Schweizerischer Apothekerverband usw.
- 25 Die Liste ist im Internet abrufbar: www.bag.admin.ch/kv/gesetze/sl/d/index.htm.
- 26 Allerdings sind jene Ärztinnen und Ärzte ausgenommen, die am KVG-System nicht teilnehmen oder mit KVG-Versicherungen nicht verrechnen können.
- 27 Zurzeit sind vom KVG nur solche Behandlungen abgedeckt, die von in der Schweiz praktizierenden Leistungserbringern erbracht werden. Das Eidgenössische Departement des Innern hat einen Vorschlag eingebracht, auch Vergütungen für im Ausland vorgenommene Behandlungen zuzulassen, zumal damit auch der Preiswettbewerb stimuliert würde. Ein entsprechendes Pilotprojekt wurde in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft in Zusammenarbeit mit dem deutschen Bezirk Lörrach lanciert.

Bibliographie

- Allin, S. et al. (2004), *Making Decisions on Public Health: A Review of Eight Countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, Kopenhagen, abrufbar unter www.euro.who.int/observatory/publications/20041014_1
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2009), *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung*, BAG, Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010), *Statistiken zur Krankenversicherung 2008*, BAG, Bern.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2000), *Eidgenössische Volkszählung 2000, Sprachenlandschaft in der Schweiz*, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2005), *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Kantonale Volkseinkommen nach Empfänger*, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2007), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007*, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2008a), *Arbeitsstätten und Beschäftigte im Gesundheitswesen 2008*, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2009a), *Bevölkerungsstand und -struktur – Indikatoren*, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2009b), *Fläche und Bevölkerung nach Kantonen*, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2010a), *Todesursachen des Jahres 2008: Sinkende Sterberaten bei Herz-Kreislaufkrankheiten*, Medienmitteilung, BFS, Neuenburg, 7. September 2010.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2010b), *Beschäftigte und Berufe in der Gesundheit – Hohes Beschäftigungswachstum im Gesundheitsbereich*, BFS, Neuenburg, 25. November 2010.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2011), *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen – Standardtabellen 2009*, BFS, Neuenburg.
- Brunner, H.H., S. Cueni und R. Januth (2007), «Krankenversicherung», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 151–170.
- Colombo, F. (2001), *Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland*, Labour Market and Social Policy Occasional Paper, Nr. 53, OECD Publishing, Paris.
- European Observatory of Health Care Systems (2000), *Health Systems in Transition – Switzerland*, European Observatory of Health Care Systems, Kopenhagen.
- Gebel, F. und K. Stampfli (2007), «Militärversicherung», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 211–214.
- Gilliand, P. (1990), *Assurance-maladie: Quelle révision?*, Editions Réalités Sociales, Lausanne.
- Gilliand, P. und S. Rossini (1997), *La protection sociale en Suisse*, Editions Réalités Sociales, Lausanne.
- Hänggeli, C. et al. (2007), «Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 47–58.
- Interpharma – Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (2010), *Medikamentenmarkt Schweiz 2010*, 17. Auflage, Interpharma, Basel.
- Jaccard-Ruedin, H. und M. Widmer (2010), *Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz*, Obsan-Bericht 39, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.

- Jordan, D. und D. Ray (2007), «Apotheken und Drogerien», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 13–28.
- Kocher, G. (2007), «Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 109–118.
- Kraft, E. (2011), «30273 Ärztinnen und Ärzte für die Schweiz», *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 92, Nr. 12, S. 440–444.
- Leuenberger, R. und G. Mauro-Potenza (2007), «Invalidenversicherung», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 101–108.
- Ludwig, C.A. (2007), «Unfallversicherung», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 395–402.
- Mösle, H. (2005), «Pflegeheime und Pflegeabteilungen», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 226–235.
- Mulheim, D. (2003), «Caisses privées et assurances sociales: retour sur les premiers projets d'assurance maladie (1893–1912)», *Aspect de la sécurité sociale: Dossiers problèmes non résolus*, FEAS, Lausanne.
- OECD (2009), *OECD Economic Surveys: Switzerland*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010a), *OECD Health Data*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010b), *International Migration Outlook*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010c), *Value for Money in Health Spending*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010d), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011a), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011b), *OECD Population Projections, OECD Employment and Labour Market Statistics*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011c), *OECD Health Data*, OECD Publishing, Paris.
- OECD und WHO (2006), *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*, OECD Publishing (Paris) und WHO (Genf).
- Saladin, P. et al. (2007), «Spitäler», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 333–352.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2010), *The World Health Report – Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO, Genf.

Kapitel 2

Krankenversicherung

In diesem Kapitel wird das Krankenversicherungssystem der Schweiz untersucht. Abschnitt 2.1 enthält einen Überblick über die allgemeinen Tendenzen des schweizerischen Krankenversicherungsmarktes, einschliesslich der Rolle der privaten Zusatzversicherungen. In Abschnitt 2.2 werden Fragen der Gleichheit bei der Gesundheitsfinanzierung und der finanziellen Belastung der Haushalte behandelt und insbesondere Prämienunterschiede, Prämienverbilligungsmechanismen und Selbstzahlungen unter die Lupe genommen. Abschnitt 2.3 ist dem Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt gewidmet, mit besonderem Augenmerk auf Risikoausgleichsmechanismen und Managed-Care-Modellen. Abschnitt 2.4 schliesslich befasst sich mit dem gegenwärtigen Reformprozess und prüft insbesondere die Vorschläge zur Aufsicht über den Krankenversicherungsmarkt sowie die Entwicklung integrierter Versorgungsnetze.

Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) verfolgte im Wesentlichen drei Ziele: grössere Solidarität im schweizerischen Gesundheitssystem, Eindämmung der Gesundheitsausgaben und Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung. Im vorliegenden Kapitel wird untersucht, wie sich der Versicherungsschutz und der Krankenversicherungsmarkt in den letzten fünfzehn Jahren seit der Einführung des KVG entwickelt haben.

2.1 Allgemeine Tendenzen auf dem schweizerischen Krankenversicherungsmarkt

Die Annahme des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1994 zielte darauf ab, den Krankenversicherungsschutz ab 1996 für alle Einwohner in der Schweiz zum Obligatorium zu machen. Der schweizerische Krankenversicherungsmarkt beruht auf einem System des gelenkten Wettbewerbs mit folgenden drei Grundsätzen: Die Krankenversicherer dürfen mit der obligatorischen Krankenversicherung keine Gewinne erwirtschaften,¹ die Versicherten haben die freie Wahl des Versicherers und die Versicherungen sind zur Aufnahme jedes Antragstellers verpflichtet. Das Leistungspaket wird auf nationaler Ebene für alle Versicherten festgelegt und die Versicherer müssen allen Versicherten für das gleiche Modell in derselben Alterskategorie (0–18; 19–25; 26 und älter) und derselben Region dieselben Prämien anbieten. Die Versicherer können besondere Krankenversicherungsverträge anbieten, wie beispielsweise einen Rabatt auf die Grundprämie im Gegenzug zu einer höheren Jahresfranchise («Wahlfranchise») oder «Managed-Care»-Verträge. Ferner gibt es «Bonus»-Modelle mit jährlicher Prämienreduktion, wenn die Versicherten bei ihrer Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenrückerstattung erheben. Schliesslich erhalten bestimmte Personengruppen zur Bezahlung ihrer Krankenversicherung staatliche Unterstützung in Form von Prämienverbilligungen.

Die schweizerische Krankenversicherung bietet eine umfassende Deckung von Gesundheitsleistungen

Der Leistungskatalog der schweizerischen Grundversicherung umfasst eine breite Palette an Gütern und Dienstleistungen der kurativen und rehabilitierenden Gesundheitsversorgung. Grundsätzlich werden alle von einem Arzt oder einer Ärztin verschriebenen und von einer zugelassenen Gesundheitsfachkraft bereitgestellten medizinischen Behandlungs- oder Diagnoseleistungen vergütet, es sei denn, sie sind explizit vom Leistungskatalog ausgeschlossen. Arzneimittel und andere medizinische Güter hingegen müssen auf einer Positivliste aufgeführt sein, um von der Krankenversicherung übernommen zu werden. In letzter Zeit wurden weitere Leistungen aufgenommen, wie z.B. ärztliche Psychotherapien, die seit 2009 zurückerstattet werden. Nach einem Referendum im selben Jahr hat der Bundesrat beschlossen, ab Januar 2012 während sechs Jahren fünf alternative

Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog aufzunehmen (anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und traditionelle chinesische Medizin), die aber von einem Arzt durchgeführt werden müssen. Während der sechs Jahre soll die Wirksamkeit dieser Methoden geprüft werden. Die Grundversicherung deckt ebenfalls die Kosten der medizinischen Versorgung von Personen, die in Pflegeheimen oder zu Hause Langzeitpflege erhalten.² Zahnbehandlungen und Prothesen waren schon immer von diesem Leistungspaket ausgeschlossen. Seit Januar 2011 werden auch Sehhilfen nicht mehr zurückerstattet. Die Krankenversicherung übernimmt eine Zahnbehandlung oder Sehhilfen nur im Zusammenhang mit ganz bestimmten medizinischen Bedürfnissen (wie beispielsweise einer chronischen Gesundheitseinschränkung).

Obwohl alle von der KVG abgedeckten Güter und Leistungen laut Gesetz wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Art. 32 KVG), werden die meisten keiner formellen Prüfung unterzogen. Die einzige Ausnahme bilden Arzneimittel und manche medizinische Geräte (Paris und Docteur, 2007). Demnach sind im KVG-Katalog viele Leistungen enthalten, für deren Wirksamkeit es möglicherweise nur wenig wissenschaftlichen Nachweis gibt.

Für die meisten Grundversicherungsleistungen werden die Tarife auf nationaler Ebene festgelegt (medizinische Güter) oder auf kantonaler Ebene verhandelt (Dienstleistungen). Nach Bezahlung der Jahresfranchise (300 CHF bei Verträgen mit ordentlicher Franchise) beteiligen sich die Patienten bis zu einem kumulierten jährlichen Höchstbetrag durch einen Selbstbehalt – in der Regel 10% – an den Kosten. Sie beteiligen sich ebenfalls an den Kosten eines Spitalaufenthaltes (die sogenannte Spitaltaxe wurde 2011 von 10 auf 15 CHF pro Tag erhöht). Für andere medizinische Güter als Arzneimittel kommt es häufig vor, dass die Marktpreise höher sind als die offiziellen Tarife. In diesem Falle tragen die Patienten den Preisunterschied zusätzlich zum Selbstbehalt. Von der Krankenversicherung übernommen wird eine kleine Auswahl an Präventivmassnahmen wie beispielsweise bestimmte Impfungen für Kinder, Mammographien für Frauen ab 50, usw.³

Der Zeitpunkt der Rückerstattung kann je nach Art der medizinischen Leistung sehr unterschiedlich ausfallen. In der Regel werden die Kosten für eine ambulante Gesundheitsleistung (z.B. Arztbesuch) durch den Patienten selbst beglichen und im Nachhinein von der Krankenkasse zurückerstattet. Spitalkosten hingegen werden direkt von der Versicherung bezahlt und der Selbstbehalt wird nach der Behandlung durch den Patienten an den Versicherer überwiesen.

Im internationalen Vergleich beinhaltet die Grundversicherung ein umfassendes Leistungspaket – mit Ausnahme der Zahnbehandlungen und Sehhilfen (Paris et al., 2010). «Rationierung» hat nie zum gesundheitspolitischen Programm gehört. Das Selbstbeteiligungsniveau ist jedoch eines der höchsten in der OECD (vgl. Abschnitt 2.2 in diesem Kapitel).

Die Verbraucher haben die Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen

Die Verbraucher können nicht nur ihren Versicherer sondern auch die Art des Versicherungsmodells frei wählen. Ordentliche Versicherungen bieten den höchsten finanziellen Schutz für Gesundheitskosten (d.h. sie bieten die niedrigste Jahresfranchise, nämlich 300 CHF), haben aber auch die höchste Prämie. Andere Versicherungsformen gewähren niedrigere Prämien im Gegenzug zu höheren Jahresfranchisen oder Einschränkungen bei der Arzt- oder Spitalwahl (vgl. Tabelle 2.1).

Nach der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 wählten die meisten Konsumentinnen und Konsumenten (55%) eine ordentliche Versicherung, 37,4% eine Versicherung mit höherer Jahresfranchise und nur 7,5% ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Im Laufe der Jahre hat sich die Auswahl bei den Versicherten verlagert: Die Aufnahme einer ordentlichen Versicherung ist stetig gesunken, zunächst zugunsten von Versicherungsformen mit höheren Jahresfranchisen, während der Anteil der Modelle mit eingeschränktem Versorgernetzwerk bei 7-8% stagnierte. Seit 2004 finden die Versicherungsmodelle mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer wesentlich mehr Anklang, so dass ihr Anteil (36,9%) inzwischen höher ist als jener der ordentlichen Versicherungen (35,2%), der Versicherungen mit höherer Franchise (27,9%) und der Bonus-Modelle (0,1%) (vgl. Abbildung 2.1 und BAG, 2011a).

Tabelle 2.1 **Versicherungsformen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung**

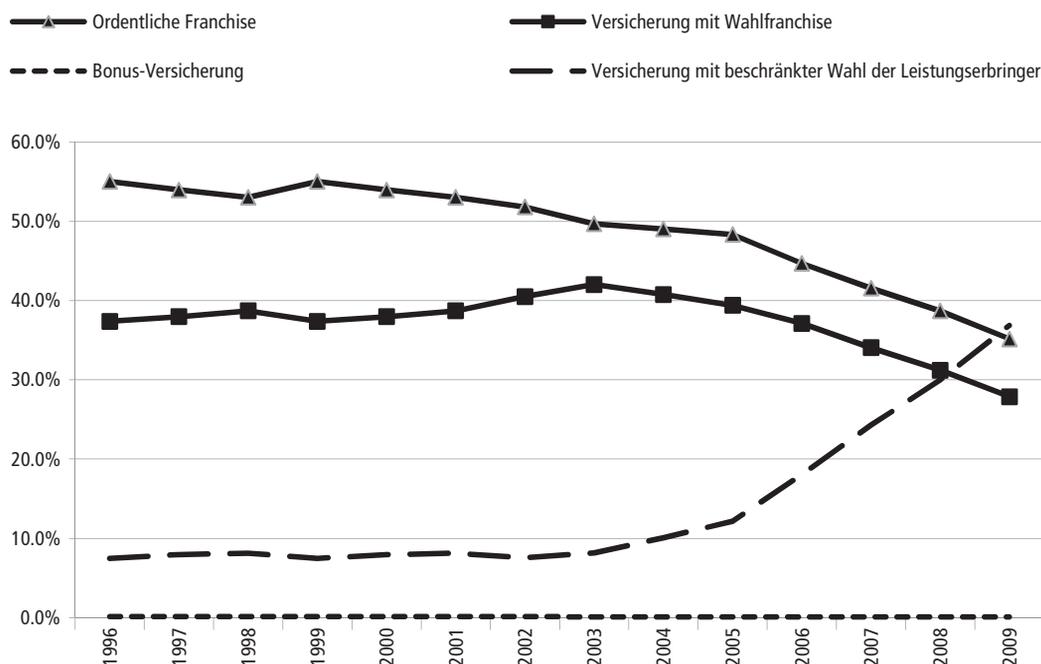
	Ordentliche Grundversicherung	Versicherung mit Wahlfanchise	Bonus-Versicherung	Versicherung mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer
Prämienstufe	Die ordentlichen Prämien werden von jedem KVG-Versicherer nach «Region» ¹ und einer von drei Altersgruppen (0–18, 19–25, über 26) festgelegt.	Die Prämienreduktion kann bis zu 50% der ordentlichen Prämie des Versicherers betragen, darf aber 70% des Unterschieds zwischen der gewählten und der ordentlichen Franchise nicht überschreiten: beispielsweise beträgt die Verbilligung bei einer Franchise von 1000 CHF max. $0,70 \times (1000 - 300) = 490$ CHF.	Jährliche Prämienreduktionen, wenn im betreffenden Zeitraum keine Kostenrückerstattung verlangt wird. Die Anfangsprämie des ersten Jahres liegt 10% höher als die ordentliche Prämie; nach fünf Jahren kann sie gegenüber der ordentlichen Prämie bis zu 45% sinken.	Prämienreduktionen auf die ordentliche Prämie werden von der Krankenkasse festgelegt, dürfen aber 20% nicht übersteigen.
Kostenbeteiligung²	Franchise: Kinder: Keine Erwachsene: 300 CHF/Jahr	Auswahl an Franchisen-Stufen: Kinder: 100/200/300/400/ 500/600 CHF Erwachsene: 500/1000/ 1500/2000/2500 CHF	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung
	Selbstbehalt: 10% der die Franchise überschreitenden Kosten von medizinischen Leistungen und Gütern. 20% für Markenarzneimittel, wenn günstigere Generika existieren.	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung. Die Versicherer können Policen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer anbieten, die ganz oder teilweise vom Selbstbehalt befreit sind.
	Spitaltaxen: 15 CHF pro Patient für jeden Tag Spitalaufenthalt	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung
	Höchstbeträge: Der Selbstbehalt von 10% darf einen kumulierten Jahresbetrag pro Person von 700 CHF für Erwachsene, 350 CHF für Kinder und 1000 CHF für alle Kinder einer Familie nicht überschreiten.	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung
Arzt- und Spitalwahl	frei unter allen von der Krankenversicherung genehmigten Ärzten und Spitälern des Kantons	wie bei der ordentlichen Versicherung	wie bei der ordentlichen Versicherung	beschränkt auf Leistungserbringer des Netzwerks.

¹ Die Kantone sind in maximal 3 Regionen eingeteilt, in denen die Versicherer für bestimmte Versicherungsformen Einheitsprämien festlegen müssen.

² Befreiungen von der Kostenbeteiligung sind möglich für Frauen während und nach der Schwangerschaft sowie für Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe oder AHV/IV-Ergänzungsleistungen.

Quelle: OECD (2006); BAG (2011a).

Abbildung 2.1 **Tendenzen beim Abschluss der verschiedenen Versicherungsformen in der versicherten Bevölkerung zwischen 1996 und 2009**



Quelle: BAG (2011a), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009.

Trotz der nationalen Marktkonzentration haben die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten auf kantonaler Ebene zugenommen

Seit dem Inkrafttreten des KVG ist auf nationaler Ebene eine Marktkonzentration zu beobachten: Zwischen 1996 und 2009 ist die Anzahl der Versicherer, die obligatorische Krankenversicherungen anbieten, von 145 auf 81 gesunken. Im internationalen Vergleich ist die Konzentration des Krankenversicherungsmarktes aber dennoch relativ niedrig. So machten im Jahr 2008 die fünf grössten Versicherungen 43% des Marktes aus, in der Tschechischen Republik hingegen 89% und in den Niederlanden sogar 94%. Nur in Deutschland war die Konzentration mit 39% des Marktanteils in den Händen der fünf grössten Versicherer niedriger (Paris et al., 2009). Trotz der höheren Konzentration bei der Krankenkassenzahl haben die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten auf kantonaler Ebene zugenommen, wo die durchschnittliche Zahl der in einem Kanton tätigen Versicherer zwischen 1997 und 2011 von 38 auf 59 gestiegen ist (Franck und Lamiraud, 2009; BAG, 2011a).

Ein Drittel der Bevölkerung besitzt eine private Krankenzusatzversicherung

Neben der obligatorischen Grundversicherung können private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Laut Gesetz dürfen solche Zusatzversicherungen keine Leistungen oder Kostenbeteiligungspflichten der obligatorischen Krankenversicherung abdecken. Der Umfang der versicherten Leistungen und die Prämien werden von den Anbietern dieser Zusatzversicherungen festgelegt. In der Regel sind mit der Zusatzversicherung eine oder mehrere der folgenden Leistungen abgedeckt: Privatabteilungen in Spitälern, Zahnbehandlungen, Alternativmedizin oder Barleistungen bei krankheitsbedingtem Arbeitsausfall.

Laut Bundesamt für Privatversicherungen besaßen im Jahr 2001 75% der Bevölkerung mindestens eine Zusatzversicherung (zitiert von Dormont et al., 2009). Neueren Angaben zufolge waren 2007 88% der Versicherten im Besitz mindestens einer Zusatzversicherung (Lamiraud, 2011). Private Zusatzversicherungen für die stationäre Versorgung in Privat- oder Halbprivatabteilungen – mit freier Arztwahl und höherwertiger Unterbringung – leisten den grössten Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitskosten. Laut Gesundheits-erhebungen waren 2007 29,5% aller Personen über 14 Jahre Inhaber einer solchen Zusatzversicherung. Mit einem Anteil von 8,8% an den gesamten Gesundheitskosten im Jahre 2009 spielen die privaten Zusatzversicherungen bei der Finanzierung in der Schweiz eine wichtige Rolle. Unter den Ländern, in denen Zusatzversicherungen nur eine sekundäre Deckung darstellen (zusätzlich zu einem staatlichen oder sozialen Versicherungssystem), haben nur Frankreich, Kanada und Slowenien höhere Ausgaben (respektive 13,6%, 13,4% und 13,3%).

Bei den Zusatzversicherungen gab es im Jahr 2011 rund 1000 verschiedene Produkte. Diese werden von privaten Versicherungsunternehmen und Krankenkassen angeboten, wobei private gewinnorientierte Versicherer rund drei Viertel des Marktes besetzen. Sämtliche Produkte der Krankenzusatzversicherung unterlagen bis 2008 gemäss Versicherungsvertragsgesetz der formellen Aufsicht durch das Bundesamt für Privatversicherungen (BPV). Seit der Gesetzesrevision 2008 ist die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) nicht mehr nur für die Überwachung von Banken und anderen Finanzintermediären sondern auch von Versicherungsunternehmen verantwortlich (BPV, 2008). Neben den für alle von der FINMA überwachten Sektoren geltenden Anforderungen (im wesentlichen hinsichtlich der Zahlungsfähigkeit) gibt es für die Krankenzusatzversicherungen eine Reihe von Bestimmungen in anderen Bereichen. Dazu gehören namentlich die Vorabprüfung und Genehmigung von Prämien und Vertragsbedingungen sowie Einschränkungen bei der Festlegung der Tarife: Diese dürfen weder solvenzgefährdend tief noch missbräuchlich hoch sein, d.h. es darf keine tarifliche Ungleichbehandlung von Versicherten geben, die versicherungstechnisch nicht begründbar ist. Ausserdem sind die zur Vermeidung der Insolvenz notwendigen versicherungstechnischen Rückstellungen zu bilden, die bei der Prämienkalkulation bewertet und berücksichtigt werden. Ferner müssen die Versicherer für eine transparente Rechnungslegung sorgen (FINMA, 2010).

Häufig erwerben die Versicherten sowohl die obligatorische Grundversicherung als auch die Zusatzversicherung beim selben Versicherer (vgl. Abschnitt 2.1). Dies scheint jedoch der Transparenz und dem fairen Wettbewerb auf dem Sozialversicherungsmarkt entgegenzuwirken. Die Tatsache, dass die Krankenkassen dieselben Infrastrukturen (Büorräume, Personal) für Tätigkeiten in beiden Sektoren verwenden, trägt nicht zu transparenten Verwaltungskosten bei und wirft auch Datenschutzprobleme auf. So können beispielsweise die im Rahmen von Krankenzusatzversicherungen (auf Fragebögen oder durch Untersuchungen) eingeholten Informationen über den Gesundheitsstatus eines Versicherten bei der Verwaltung der Grundversicherungsverträge oder zur Risikoselektion verwendet werden. Andererseits sind Reformgegner der Ansicht, dass schlanke Verfahren zur Bearbeitung von Ansprüchen auch für die Benutzer einfacher sind und getrennte Prozesse insgesamt zu mehr Verwaltungskosten führen würden, insbesondere für die obligatorische Krankenversicherung (die teilweise durch Zusatzversicherungen querfinanziert wird). Gegenwärtig wird an einem Gesetzesentwurf gearbeitet, mit dem die Tätigkeiten der obligatorischen Krankenversicherung klarer von den Tätigkeiten der Zusatzversicherung getrennt werden sollen.

2.2 Das Krankenversicherungsgesetz von 1996 hat zwar zur Stärkung der Solidarität beigetragen, doch bestehen nach wie vor Ungleichheiten bei der Gesundheitsfinanzierung

In der Schweiz ist die universelle Absicherung erreicht

Seit 1996 ist die Krankenversicherung für jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz obligatorisch. Die Versicherungspflicht gilt ebenfalls für nicht in der Schweiz wohnhafte Personen, die einer regelmässigen Erwerbstätigkeit in der Schweiz nachgehen oder im Ausland von einem Arbeitgeber mit Hauptsitz in der Schweiz beschäftigt werden. Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Versicherungspflicht und die Kantonsbehörden weisen jede Person, die ihrer Versicherungspflicht nicht nachkommt, einem Versicherer zu.

Es gibt nur wenige Einwohnerinnen und Einwohner, die keine Krankenversicherungsprämien bezahlen, und noch weniger, die nicht versichert sind. Im Jahr 2006 wurde im Krankenversicherungsgesetz eine Änderung in Kraft gesetzt, um der fahrlässigen Nichtbezahlung (d.h. vergessenen Bezahlungen) entgegenzuwirken. Seitdem sind die Versicherer verpflichtet, die Übernahme der Kosten für Gesundheitsleistungen einer/s säumigen Versicherten abzulehnen, bis die ausstehenden Prämien und damit verbunden Verzugszinsen vollständig bezahlt sind. Dies hat zuweilen dazu geführt, dass Behandlungen durch das Gesundheitspersonal verweigert wurden, allerdings nicht in Notfällen. Laut Angaben des BAG (2011a) haben die Versicherer im Jahre 2009 gegen mehr als 366 000 Versicherte wegen säumiger Zahlungen Betreibungsverfahren eingeleitet und für 93 000 säumige Zahler die Kostenübernahme sistiert (BAG, 2011a).

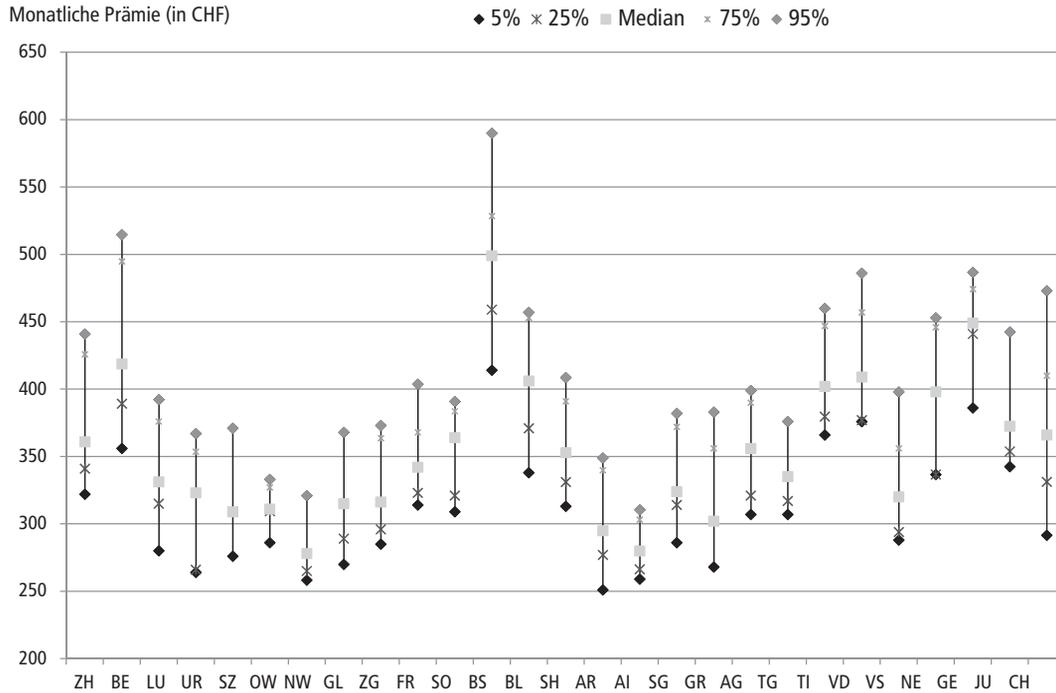
Neuerdings gibt es unter Gesundheitsfachleuten aber auch Anlass zur Sorge, wenn nicht versicherte Personen Leistungen in Anspruch nehmen wollen. Im März 2010 genehmigte das Parlament eine Gesetzesrevision mit dem Ziel, Personen mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Prämienbezahlung zu schützen: Ab Januar 2012 übernehmen die Kantone anstelle der Berechtigten 85% der unbezahlten Prämien und anderer (vom Versicherer ausgewiesenen) Forderungen aus der obligatorischen Krankenversicherung und richten die Prämienverbilligungen direkt den Krankenversicherern aus. Säumige Zahler werden zur schnellstmöglichen Begleichung ihrer Schulden gemahnt, sollen aber nicht aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten müssen. Die Versicherer erstatten dem Kanton die Hälfte der bezahlten Schulden zurück.

Sowohl zwischen den Kantonen als auch innerhalb der Kantone gibt es grosse Prämienunterschiede

Die Höhe der Prämien ist sowohl zwischen den Kantonen als auch zwischen den Versicherern in den einzelnen Kantonen und sogar zwischen den Subregionen der Kantone sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung 2.2). Die Prämienunterschiede innerhalb der Kantone sind darauf zurückzuführen, dass die Versicherer Risikoselektion betreiben (vgl. weiter unten) und pro Jahr nur relativ wenig Versicherte die Versicherung wechseln – obgleich diese Zahl in letzter Zeit gestiegen ist (vgl. nächster Abschnitt).

Abbildung 2.2 Verteilung der KVG-Prämien für Erwachsene über 25 Jahre nach Kanton, 2011

Geschätzte Prämien für Versicherungsmodelle mit ordentlicher Franchise und Unfallversicherung

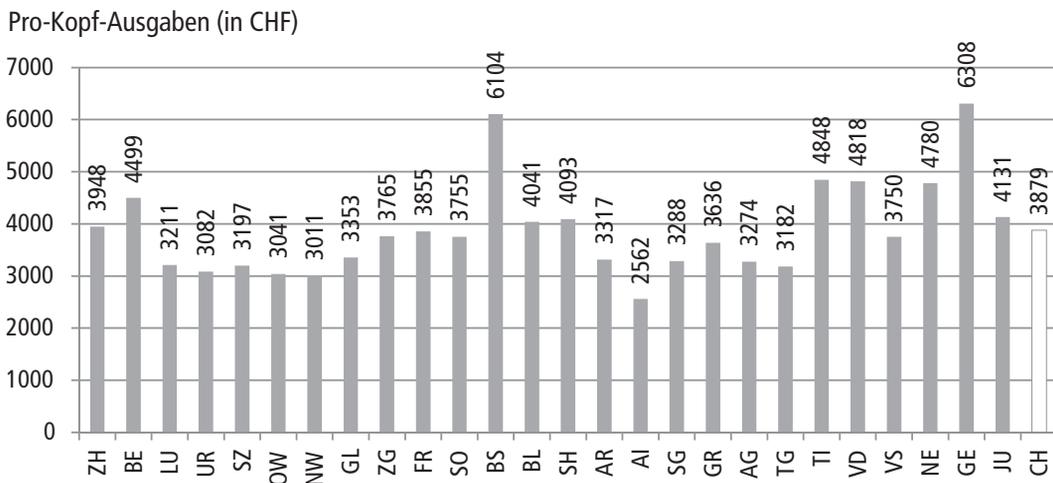


Lesart: Im Kanton Zürich bezahlen 5% der erwachsenen Versicherten für die Basisversicherung weniger als 322 CHF pro Monat, 50% der Versicherten weniger als 361 CHF und 5% mehr als 441 CHF.

Anmerkung: Diese Schätzungen beruhen auf den jüngsten Daten über die Verteilung der Versicherten auf Versicherer und Versicherungsmodelle (2009) und auf den für 2011 genehmigten Prämien. Sie gelten nur für Versicherte über 25 Jahre mit Unfallversicherung und ordentlicher Franchise. Im Jahr 2009 schlossen 31% der Erwachsenen über 25 Jahre Versicherungen mit ordentlicher Franchise ab, 60% davon mit Unfallversicherung.

Quelle: BAG (2011a), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

Abbildung 2.3 Summe der Ausgaben für Leistungserbringer, Prämien und Selbstbehalte pro Kopf und nach Kanton, 2007



Quelle: Adaptiert von Reich et al. (2011).

Die Prämienunterschiede zwischen den Kantonen spiegeln zum grossen Teil (wenn auch nicht ausschliesslich) die unterschiedlichen Gesundheitskosten wider. In Abbildung 2.3 ist die Summe der Zahlungen an Leistungserbringer, für Prämien und für die Selbstbeteiligung an KVG-Leistungen im Jahr 2007 nach Kanton veranschaulicht. Diese Summe lag in den 26 Kantonen zwischen 2562 CHF und 6308 CHF pro Kopf (Reich et al., 2011). Es ist anzunehmen, dass diese Variationen die grossen geographischen Unterschiede in den Faktoren widerspiegeln, welche die Gesundheitskosten in der Schweiz bestimmen. Dazu gehören die Höhe der Entlohnung der Leistungserbringer, die Versorgungsdichte (z.B. Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und Anzahl der Spitalbetten) und in manchen Kantonen höhere Kosten für Spitäler, die Lehrtätigkeiten durchführen (Leu et al., 2009, Reich et al., 2011).

Prämienverbilligungen helfen manchen Personen und Familien bei der Bezahlung ihrer Krankenversicherungsprämien

Nicht einkommensabhängige Prämien sind naturgemäss sehr regressiv. Im Jahr 2008 machten die Prämien im untersten Einkommensquartil 11,8% des Haushaltseinkommens aus, im obersten Quartil 3,4% (Haushaltsbudgeterhebung, 2008). Um die Last einkommensschwacher Haushalte zu reduzieren, sind im Krankenversicherungsgesetz Prämienverbilligungen vorgesehen. Die Prämienverbilligungen werden zwar von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert, doch sind die Kantone innerhalb eines vom KVG abgesteckten Rahmens für deren Verwaltung verantwortlich. Jeder Kanton legt die Anspruchsvoraussetzungen, die Höhe der individuellen Verbilligung und das Auszahlungsverfahren fest. Laut KVG müssen für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% verbilligt werden, wobei die Kantonsbehörden die Schwelle für «untere und mittlere Einkommen» bestimmen.

Die Prämienverbilligungen werden vom Bund durch einen zweckgebundenen Bundesbeitrag mitfinanziert. Ursprünglich wurde der Bundesbeitrag nach Wohnbevölkerung, Finanzkraft und durchschnittlichen Prämien im jeweiligen Kanton festgesetzt. Im Jahr 2001 wurde der Aufteilungsschlüssel geändert, um statt den durchschnittlichen Prämien die tatsächlich vom Kanton ausgezahlten Prämienverbilligungen zu berücksichtigen. Dabei mussten die Kantone die Beiträge für die Prämienverbilligungen zu mindestens einem Drittel mitfinanzieren. Dieses System wurde 2008 wieder geändert, um der Neuregelung des interkantonalen Finanzausgleichs zu entsprechen. Nach dem neuen Aufteilungsschlüssel wird der gesamte Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung so ermittelt, dass für 30% aller Versicherten 25% der sozialen Krankenversicherungskosten (einschliesslich Kostenbeteiligung) übernommen werden (das entspricht 7,5% der Bruttokosten). Anschliessend wird der Bundesbeitrag auf die Kantone nach deren Wohnbevölkerung sowie gemäss der Anzahl der nach KVG für eine Verbilligung anspruchsberechtigten Versicherten verteilt (BAG, 2010 und KVG).

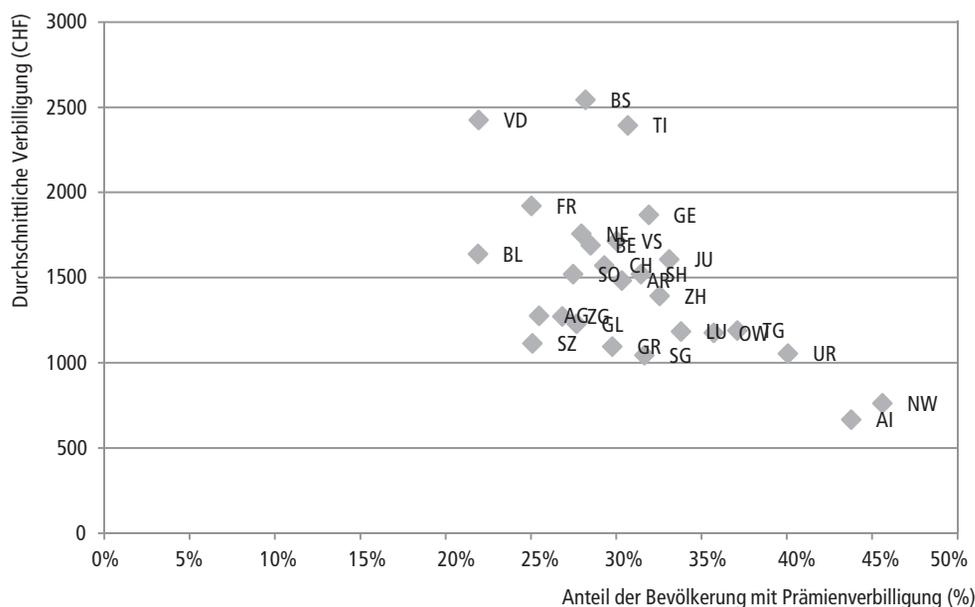
Die Handhabung der Prämienverbilligung kann sich von Kanton zu Kanton stark unterscheiden. Die Zahlungsfähigkeit – ausgedrückt in der Differenz zwischen verfügbarem Budget und tatsächlich bezahlten Geldern – variiert zwischen den Kantonen. Mehr als die Hälfte der Kantone greift auf die KVG-Klausel zurück, wonach sie die für Prämienverbilligungen ausgegebenen Beträge reduzieren können (vgl. Kapitel 1), was zu einer entsprechenden Kürzung der Bundeszuteilungen führt. Unterschiede gibt es auch bei den für die Verbilligung ausschlaggebenden Einkommensgrenzen und bei der Vermögensprüfung. Darüber hinaus haben die Kantone je ihre eigene Steuergesetzgebung und wenden nicht alle

die gleiche Methode zur Berechnung des steuerbaren Einkommens an. Das kann dazu führen, dass Haushalte mit gleichem Einkommen in einem Kanton Anspruch auf Prämienverbilligung haben, in einem anderen jedoch nicht. Schliesslich gibt es auch beim Verfahren um Nachsuchen der Prämienverbilligung Unterschiede; der zeitliche Ablauf und die Fristen sind nicht einheitlich geregelt. In manchen Kantonen wird den Haushalten ihr Anspruch auf Prämienverbilligung automatisch mitgeteilt und der Beitrag automatisch ausgerichtet. In anderen Kantonen müssen die Versicherten selber einen Antrag auf Verbilligung stellen. Manche Kantone überweisen den Unterstützungsbeitrag direkt an die Versicherer, andere an die Begünstigten, und einige wenige ziehen ihn von der Steuer ab (OECD und WHO, 2006; GDK, 2011; Balthasar, 2008). Infolge der jüngsten KVG-Revision⁴ werden die Kantone in Zukunft ihre Prämienverbilligungsbeiträge direkt an die Versicherer ausrichten müssen.

Im Jahr 2001 empfahl der Ständerat ein Sozialziel, wonach die Prämien 8% des steuerbaren Familieneinkommens (d.h. etwa 6% des versteuerten Familieneinkommens) nicht übersteigen sollten. Das Parlament beschloss jedoch, den Kantonen die Festlegung des maximalen Prämienanteils am Familieneinkommen zu überlassen. Neben der Anspruchsgrenze für die Prämienverbilligung variiert auch die Berechnungsgrundlage des Verbilligungsbetrages (vgl. GDK, 2011; BAG, 2008). Sechzehn Kantone haben einen Höchstanteil der Prämie am Haushaltseinkommen festgelegt, über dem sie den Rest übernehmen. Damit ist der tatsächlichen Belastung der Haushalte zwar eine Grenze gesetzt, doch bleibt die Prämienbezahlung regressiv. Darüber hinaus haben die Familien in diesen Kantonen keinen Anreiz, zu einem Versicherer mit niedrigeren Prämien oder zu einem Managed-Care-Modell zu wechseln – für sie ist der Prämienwettbewerb zwischen den Versicherern nicht relevant. In acht anderen Kantonen werden die Prämienverbilligungen als fester Betrag nach Einkommenskategorien ausgerichtet. Für diese Familien bleibt ein gewisser Anreiz, zu einem Versicherer mit niedrigeren Prämien zu wechseln. In zwei Kantonen wird eine Kombination dieser beiden Methoden angewandt.

Im Jahr 2009 erhielten rund 29% der versicherten Bevölkerung in der Schweiz Prämienverbilligungen. Zwischen den Kantonen gab es jedoch starke Variationen: von 21,9% in den Kantonen Waadt und Basel-Landschaft bis 45,6% im Kanton Nidwalden. Die durchschnittliche Höhe der Verbilligung lag landesweit bei 1571 CHF, variierte aber auch erheblich zwischen 666 CHF in Appenzell Innerrhoden und 2543 CHF in Basel-Stadt (vgl. Abbildung 2.4). Der Anteil und die Anzahl der Begünstigten sind in den letzten zehn Jahren stabil geblieben, doch ist der Anteil der Kantone an den gesamten Prämienverbilligungen deutlich gestiegen. Auch der Gesamtbetrag der Verbilligungen und die Höhe der Verbilligung pro Haushalt sind in dieser Zeit gestiegen.

Abbildung 2.4 Anteil der Bevölkerung mit Prämienverbilligung und durchschnittliche Verbilligung pro Begünstigten nach Kanton, 2009



Quelle: BAG (2011a), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, 2009.

Tabelle 2.2 Entwicklung der Prämienverbilligungen seit 1999

Jahr	Prämienverbilligungen der obligatorischen Krankenversicherung (Mio. CHF)	Davon: Anteil der Kantone (%)	Anzahl der individuellen Begünstigten	Anteil der Begünstigten an der versicherten Bevölkerung (%)	durchschnittl. jährliche Verbilligung pro Kopf (CHF)	Anzahl begünstigter Haushalte	durchschnittl. jährliche Verbilligung pro Haushalt (CHF)
1999	2689.7	33.1%	2 334 267	32.1%	1152	1 230 090	2187
2000	2545.3	32.5%	2 337 717	32.2%	1089	1 242 695	2048
2001	2657.2	32.3%	2 376 421	32.5%	1118	1 268 943	2094
2002	2892.0	33.5%	2 433 822	33.1%	1188	1 289 405	2243
2003	3065.5	35.0%	2 427 518	32.9%	1263	1 287 365	2381
2004	3169.8	35.2%	2 361 377	32.0%	1342	1 245 875	2544
2005	3201.8	35.6%	2 262 160	30.4%	1415	1 215 989	2633
2006	3308.7	35.4%	2 178 397	29.1%	1519	1 182 675	2798
2007	3420.5	35.1%	2 271 950	30.1%	1506	1 225 436	2791
2008	3398.3	47.6%	2 249 481	29.5%	1511	1 211 670	2805
2009	3542.4	48.8%	2 254 890	29.3%	1571	1 229 418	2881

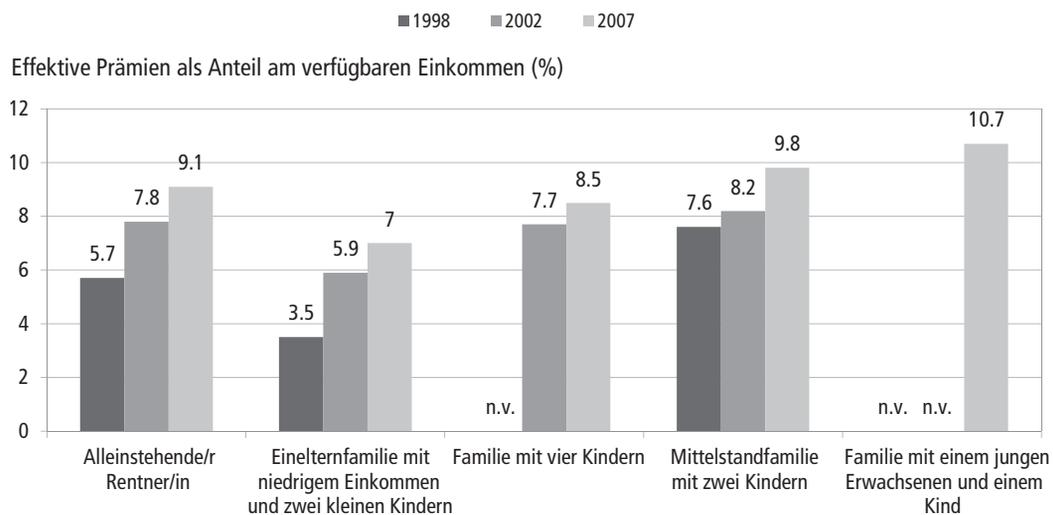
Quelle: BAG (2011a), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, 2009.

Insgesamt sind Prämienverbilligungen ein wirksames Mittel, um den regressiven Charakter der Krankenversicherungsprämien für Erwachsene (ob erwerbstätig oder nicht) und Kinder zu mildern. Da die Schwelle für die Anspruchsberechtigung und die Höhe der Prämienverbilligung jedoch sehr unterschiedlich sind, bestehen zwischen den Kantonen auch Unterschiede in der effektiven Prämienlast⁵ von Haushalten mit ähnlichem Einkommen (vgl. Abbildung 2.5 und Balthasar, 2008). Diese Unterschiede können aber nicht unabhängig von den Variationen in der Besteuerung und der Prämienhöhe interpretiert werden.

Darüber hinaus ist die effektive Prämienbelastung zwischen den Haushalten innerhalb desselben Kantons unterschiedlich. Hierzu ist zu bemerken, dass die horizontale Gerechtigkeit bei der Gesundheitsfinanzierung kein explizites politisches Ziel der staatlichen Prämienzuschüsse in der Schweiz darstellt. Auch die durch Selbstzahlungen – wie vom Haushaltseinkommen unabhängige Spaltaxen und Jahresfranchisen – entstehenden Ungleichheiten in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen lassen sich durch Prämienverbilligungen nicht beheben.

Da die Prämien in den letzten Jahren schneller gestiegen sind als Einkommen und Verbilligungen, hat die Prämienlast zugenommen. Laut Angaben der schweizerischen Behörden hat sich diese Entwicklung im Jahr 2007 jedoch leicht verlangsamt. Für vier standardisierte Modell-Haushaltstypen (alleinstehende/r Rentner oder Rentnerin, einkommensschwache Einelternfamilie mit zwei kleinen Kindern, Familie mit vier Kindern und Mittelstandfamilie mit zwei Kindern) ist die effektive Prämienlast zwischen 1998 und 2002 von 5,6% auf 7,4% gestiegen und lag 2007 bei 8,9% des verfügbaren Haushaltseinkommens (vgl. Abbildung 2.5 sowie Balthasar, 2003; Balthasar, 2008).

Abbildung 2.5 **Durchschnittliche Prämienlast nach Auszahlung der Prämienverbilligung als Anteil am verfügbaren Einkommen für fünf Haushaltstypen, 1998, 2002 und 2007**



Quelle: BAG (2008), Monitoring 2007.

Unterschiede in Prämien und Prämienverbilligungen führen sowohl innerhalb als auch zwischen den Kantonen zu beträchtlichen Ungleichheiten bei der Gesundheitsfinanzierung. Nach Ansicht verschiedener Akteure sind die kantonalen Ungleichheiten eine akzeptable Folge des föderalen Systems. Allerdings fehlt es an Analysen, welche das Ausmass der Ungleichheiten bei der Gesundheitsfinanzierung aufzeigen. Insbesondere enthalten die Daten der gegenwärtigen Haushaltserhebungen keine detaillierten Angaben über die Höhe der Prämienverbilligung für die Haushalte, was die Ermittlung der effektiven Prämienlast nach Einkommenskategorie erschwert. Es wird daher empfohlen, dass die Schweizer Behörden mehr Daten über diese finanzielle Belastung der Haushalte erheben. Ein

Übergang zu einkommensabhängigen Prämien würde nicht nur zu mehr Gerechtigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitskosten führen sondern auch zur Einsparung der mit der Verwaltung des Prämienverbilligungssystems verbundenen administrativen Kosten.

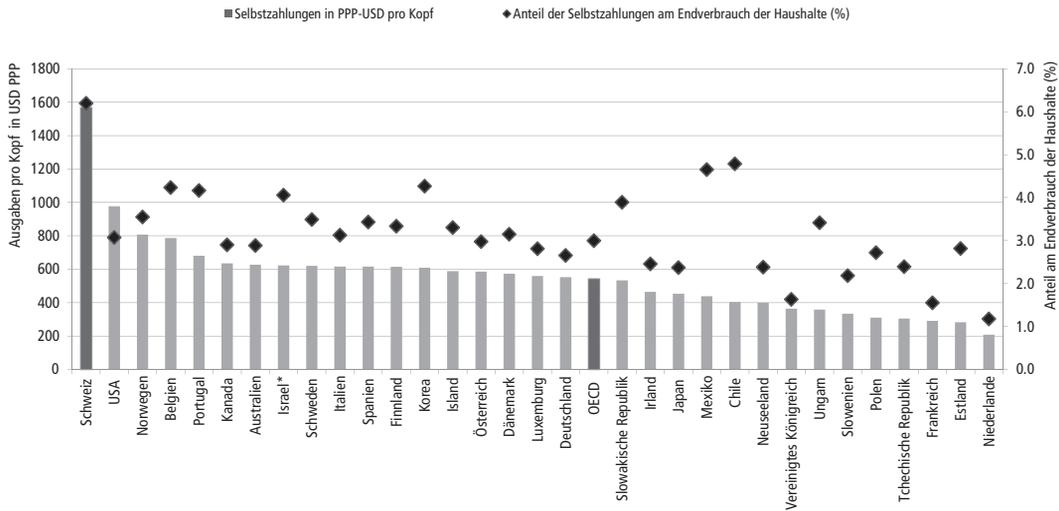
Die Patienten in der Schweiz bezahlen einen relativ hohen Anteil der Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche

In der Schweiz findet die Kostenbeteiligung an den von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen in mehreren Formen statt. Zunächst bezahlen die Versicherten die Gesamtkosten für medizinische Güter und Leistungen, bis die in der Versicherungspolice festgelegte Jahresfranchise erreicht ist (für Erwachsene liegt die ordentliche Jahresfranchise bei 300 CHF). Danach zahlen die Versicherten bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 350 CHF für Kinder und 700 CHF für Erwachsene 10% der Kosten für Gesundheitsleistungen. Daneben entrichten sie für jeden Tag Spitalaufenthalt eine feste Spitaltaxe von 15 CHF.

Mehrere Bevölkerungsgruppen sind ganz oder teilweise von der Kostenbeteiligung befreit. Bei der ordentlichen Krankenversicherung gibt es für Kinder keine Jahresfranchise. Ausserdem darf die gesamte Kostenbeteiligung von Familien mit mehreren Kindern an deren Gesundheitskosten die für Erwachsene geltende Obergrenze von Jahresfranchise plus Selbstbehalt (d.h. 1000 CHF) nicht überschreiten. Für medizinische Leistungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gibt es keine Selbstbeteiligung. Höchstbeträge und Befreiungen von der Kostenbeteiligung sind wichtige Mechanismen zur Reduzierung der Selbstzahlungen. Allerdings sind sie vom Haushaltseinkommen unabhängig, was dazu führen kann, dass Haushalte mit niedrigem Einkommen keine finanzielle Absicherung gegen hohe Selbstzahlungen haben, selbst wenn diese unter der festgelegten Obergrenze liegen.

Im internationalen Vergleich ist die Selbstbeteiligung an den Kosten für Gesundheitsleistungen in der Schweiz hoch. Mit einem Anteil der Haushalte von 30% an den Kosten der Gesundheitsversorgung lag die Schweiz 2009 an fünfter Stelle in der OECD nach Chile, Mexiko, Griechenland und Korea (OECD, 2011). Die Selbstzahlungen pro Kopf sind in der Schweiz wesentlich höher als in allen anderen OECD-Ländern: 60% höher als in den USA und fast drei Mal höher als der OECD-Durchschnitt. Sie machen 6% des Endverbrauchs der privaten Haushalte aus, der höchste Anteil in der OECD und vier Mal höher als in den Ländern mit dem niedrigsten Anteil, d.h. in Frankreich und den Niederlanden (vgl. Abbildung 2.6). Diese Angaben müssen jedoch mit Vorsicht ausgelegt werden. Der Anteil der privaten Haushalte an den Langzeitpflegekosten (die in der Schweiz ein Drittel der Selbstzahlungen ausmachen) wird bekanntlich von mehreren Ländern im System of Health Accounts (SHA) unterschätzt. In der Schweiz erhalten die Empfänger von Langzeitpflegeleistungen zur Deckung ihrer Kosten auch oft Barzahlungen, die per definitionem in den SHA-Daten nicht erfasst werden, aber offensichtlich die finanzielle Last der Haushalte erleichtern (vgl. Kapitel 1, Abschnitt 1.5).

Abbildung 2.6 **Selbstzahlungen der Haushalte von Gesundheitskosten in OECD-Ländern, 2009**



Anmerkung: Die Daten für Australien und Japan beziehen sich auf das Jahr 2008. Die Daten über Selbstzahlungen pro Kopf beziehen sich für Portugal auf 2008, für die Türkei und Österreich auf 2007 und für die Niederlande auf 2006. Die Daten über den Anteil der Selbstzahlungen am Endverbrauch der Haushalte beziehen sich für Österreich auf 2008 und für Portugal auf 2007. * Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Quelle: OECD Health Data 2011.

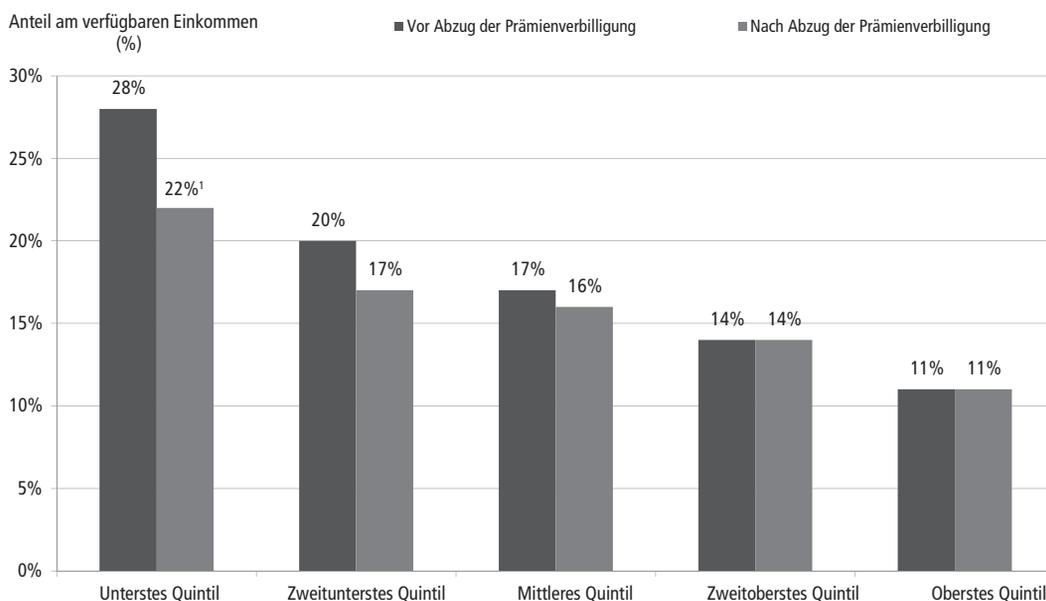
Zum Beitrag der Haushalte zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen gehören verschiedene Arten von Zahlungen: Selbstbehalte bei der Pflicht- oder Zusatzkrankenversicherung und in manchen OECD-Ländern auch informelle Zahlungen (Ungarn, Tschechische Republik und Polen) oder Bezahlungen von nicht versicherten Personen (USA, Mexiko und Türkei). In der Schweiz handelte es sich bei den Direktzahlungen für Gesundheitsleistungen im Jahr 2009 vor allem um Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die nicht von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckt sind (85% der Selbstzahlungen). Im Jahr 2009 entfielen 35,5% der Selbstzahlungen der Haushalte auf die Langzeitpflege, 20% auf ärztliche Grundleistungen (davon mehr als die Hälfte als Selbstbehalt) und weitere 18% auf Zahnbehandlungen (OECD Health Data 2011).

Selbstzahlungen sind in der Regel regressiv und somit die am wenigsten gerechte Finanzierung der Gesundheitsausgaben. In wohlhabenden Ländern geben die Konsumenten eher Geld für «nicht essentielle Leistungen» wie die Privatabteilung im Spital oder verschiedene Arten von Sehhilfen aus, die als Entscheidung eines Privathaushalts keine Bedenken bezüglich der Gerechtigkeit aufwerfen. In der Schweiz scheinen zu den Selbstzahlungen der Haushalte jedoch auch Ausgaben für wichtige Leistungen zu gehören (insbesondere Langzeitpflege und Zahnbehandlungen). Ausserdem führt die Tatsache, dass sich immer mehr Konsumenten für Versicherungen mit hohen Jahresfranchisen entscheiden, sehr wahrscheinlich zu einer Zunahme der vom Empfänger getragenen Kosten für «essentielle Leistungen» und zur Schwächung der Solidarität des Krankenversicherungssystems. Die Schweizer Behörden sollten daher die Art der Selbstzahlungen im schweizerischen Gesundheitssystem und deren Folgen für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen untersuchen. Datenerhebungen über Haushalte sollten so gestaltet werden, dass die Selbstzahlungen unter Abzug der Rückerstattung durch die Versicherung⁶ und nach Einkommenskategorien besser erfasst werden.

Die Finanzierung der Gesundheitskosten ist nicht gerecht verteilt

Bei der Finanzierung der Gesundheitskosten gibt es zwischen den Einkommensquintilen sowohl hinsichtlich der Prämien als hinsichtlich der Selbstzahlungen Ungleichheiten. Selbst unter Berücksichtigung der Prämienverbilligungen ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am verfügbaren Haushaltseinkommen im untersten Einkommensquintil wesentlich höher (22%) als in den anderen Einkommensquintilen (17% und weniger), wie Abbildung 2.7 zeigt (Iten et al., 2010).

Abbildung 2.7 **Gesundheitsausgaben nach Einkommensquintil 2007 (vor und nach Abzug der Prämienverbilligung)**



¹ Diese Zahl ist wahrscheinlich zu hoch, da die Sozialhilfeempfänger in der Haushaltsbudgeterhebung unterrepräsentiert sind und ihre Prämienverbilligungen daher in der Kostenlast nicht berücksichtigt wurden. Die ausgleichende Wirkung der Prämienverbilligung wurde also wahrscheinlich in der untersten Einkommensgruppe unterschätzt.

Quelle: Iten et al. (2010).

Die Finanzierung der Gesundheitskosten ist für einkommensschwache Familien eine grosse Belastung

Es weist einiges darauf hin, dass manche Personen aufgrund der hohen Selbstzahlungen auf Gesundheitsleistungen verzichten und dass dies mit der sozioökonomischen Gruppe der Person zusammenhängt. Gemäss der Studie SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) von 2004–2005 gaben 3,7% der Schweizer Einwohner über 50 an, dass sie in den vorangegangenen 12 Monaten auf Gesundheitsleistungen verzichten mussten. Diese Rate war im Vergleich zu anderen Ländern in der Umfrage verhältnismässig niedrig. Nur Dänemark und die Niederlande hatten wesentlich niedrigere Raten (1,6% respektive 2,5%) während sie in Deutschland und Frankreich bei 6% lag (Litwin und Sapir, 2009). Die Studie legt jedoch nahe, dass in der Schweiz einkommensschwache Personen eher aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten.

In einer anderen bevölkerungsbasierten Querschnittsstudie in der Schweiz gaben 14,5% der Befragten an, aus wirtschaftlichen Gründen auf Gesundheitsleistungen – vor allem Zahnbehandlungen aber auch andere Leistungen – verzichtet zu haben (Wolff et al., 2011). Die internationale Stichprobenbefragung zur Gesundheitspolitik des Commonwealth Fund von 2010 zeigt auf, dass in der Gruppe mit unterdurchschnittlichem Einkommen 9% angaben, Arztrechnungen gar nicht oder nur unter erheblichen Schwierigkeiten bezahlen zu können, während dies in der Gruppe mit überdurchschnittlichem Einkommen nur 2% waren. Ebenso zeigten sich in der Gruppe mit unterdurchschnittlichem Einkommen nur 67% zuversichtlich bis sehr zuversichtlich, dass sie sich notwendige Behandlungen würden leisten können (Schoen et al., 2010). Erhebungen mit Selbstangaben werden bekanntlich durch sozial und kulturell bedingte Erwartungen beeinflusst und liefern daher nur einen Ausschnitt aus dem Gesamtbild der finanziellen Belastung. Dennoch steht dieses Ergebnis im Einklang mit den Daten aus der Haushaltsbudgeterhebung und bestätigt, dass den anfälligsten Gruppen der Bevölkerung Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

2.3 Der Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt erfüllt nicht alle Versprechungen

Auf dem Schweizer Krankenversicherungsmarkt, wo der von den Versicherungen abgedeckte Leistungskatalog einheitlich ist und es keine Einschränkungen beim Zugang zu Leistungserbringern gibt, könnte man erwarten, dass die Konsumentinnen und Konsumenten ihren Versicherer anhand von zwei Hauptkriterien auswählen, nämlich Prämienhöhe und Dienstleistungsqualität (z.B. Rückerstattungsfrist, Patientenorientierung usw.). Ohne Information hinsichtlich der Qualität der Versicherungsleistungen wird erwartet, dass sich die Konsumenten am Preis orientieren, und die Prämien sollten sich annähern. Die Rate der Versicherungswechsel ist aber noch relativ niedrig und es gibt keine Anzeichen einer Prämienkonvergenz.

Die Rate der Versicherungswechsel ist zwar in letzter Zeit gestiegen, bleibt aber dennoch niedrig

Jede Person kann in ihrem Wohnsitzkanton oder in dem Kanton, in dem sie arbeitet, ihren Versicherer frei wählen. Mit durchschnittlich 59 Versicherern, die alle mehrere Modelle anbieten, haben die Konsumenten eine grosse Auswahl. Sie können ihre Police und/oder den Versicherer alle sechs Monate im Juni und Dezember unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist wechseln. Teilt der Versicherer eine Prämienänderung (Erhöhung oder Senkung) für das kommende Jahr mit, verringert sich die Kündigungsfrist auf einen Monat.

Die Konsumenten können sich auf speziell zu diesem Zweck geschaffenen Websites informieren, auf denen ausgehend von bestimmten Gegebenheiten (Wohnort, Zusammensetzung des Haushalts, Jahresfranchise für jedes Familienmitglied) die gesamte Auswahl (an Versicherern und Versicherungsmodellen) und die entsprechenden Prämien sowie eine «Zufriedenheitsnote» auf der Grundlage einer nicht erschöpfenden Kundenumfrage angezeigt werden.

Die Wechselraten sind nicht genau bekannt, da die Personen, die ihre Versicherung wechseln, nicht als solche erfasst werden. Jeder Versicherer kennt die Anzahl seiner neuen und «verlorenen» Versicherungsnehmer, unterscheidet aber nicht zwischen Versicherten, die gewechselt haben, und anderen neuen Versicherten (Neugeborene, neu in den Kanton zugezogene Personen) oder anderen Abgängen (Personen, die verstorben oder umgezo-

gen sind). Im Jahr 2009 haben die Versicherungen einschliesslich Neugeborener und neuer Einwohner 961884 neue Versicherte aufgenommen, was 12,5% aller Versicherungsnehmer entspricht (BAG, 2011a). Laut verfügbaren Schätzungen lagen die Wechselraten zwischen 1997 und 2008 bei rund 3 bis 5% jährlich, scheinen in letzter Zeit jedoch aufgrund der steigenden Prämien zugenommen zu haben (Angaben aus Umfragen). In Ländern mit Wettbewerb zwischen den Versicherern sind die Wechselraten oft überraschend niedrig. Im Jahr 2008 haben in den Niederlanden nur 3,5% und in der Tschechischen Republik nur 3% der Versicherten die Versicherung gewechselt (Paris et al., 2010).

Frank und Lamiraud (2009) haben untersucht, welche Faktoren zwischen 2000 und 2004 in der Schweiz das Wechselverhalten beeinflusst haben. Sie stellten fest, dass Konsumentinnen und Konsumenten – wenn alle übrigen Faktoren gleich bleiben – eher die Versicherung wechseln, wenn sie weniger Auswahl haben und der potenzielle Gewinn durch den Wechsel höher ist (der von ihnen bezahlte relative Preis im Vergleich zu den Alternativen). Hingegen waren die Konsumenten weniger geneigt zu wechseln, wenn sie schon länger mit dem gleichen Modell versichert waren. Die in einer Haushaltsumfrage angegebene «Absicht zu wechseln» hing in der Regel mit der Unzufriedenheit mit ihrer derzeitigen Versicherung zusammen. Welchen Einfluss das Vorhandensein einer Zusatzversicherung hatte, war weniger klar, es schien jedoch die Auswahl noch komplexer zu machen und die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels zu reduzieren. Eine andere Studie (Dormont et al., 2009) zeigte auf, dass die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels für Versicherte mit Krankenzusatzversicherung wesentlich geringer war, ausser wenn sie ihre Gesundheit als «sehr gut» einschätzten. Die Autoren schlossen daraus, dass «schlechte Risiken» möglicherweise befürchten, ihr Antrag auf eine Zusatzversicherung könne von einem neuen Versicherer abgelehnt werden. Diese Erkenntnisse liefern eine überzeugende Erklärung für die niedrige Wechselrate in der Schweiz. Von den 88% der Versicherten mit mindestens einer Krankenzusatzversicherung haben seit 2007 nur 9% einen solchen Vertrag mit einem anderen als ihrem KVG-Versicherer abgeschlossen (Lamiraud, 2011).

Durch Fragmentierung steigen Verwaltungsaufwand und Prämien

In der Schweiz wird die Krankenversicherung innerhalb der Kantone bereitgestellt, wodurch die Pooling-Funktion über das Versicherungssystem auf die kantonale Ebene beschränkt ist. Mit 26 Kantonen und 7,7 Millionen Einwohnern ist das System stark fragmentiert. Darüber hinaus wird eine grosse Vielfalt an Versicherungspolicen angeboten, wie ordentliche Versicherungen, Managed-Care-Modelle, Hausarzt-Modelle, Bonus-Versicherungen und Versicherungen mit höherer Jahresfranchise (wie weiter oben beschrieben). Die Versicherer können die Prämien ausserdem in jedem Kanton nach bis zu drei Regionen abstufen. So gibt es beispielsweise im Kanton Aargau für 600 000 Einwohner 63 Versicherer und über 1300 verschiedene Policen/Prämien allein für die Kategorie der Erwachsenen über 25 Jahre (BFS, 2010). In der Regel lässt sich in fragmentierten Pools keine vollständige Querfinanzierung zwischen Gesunden und Kranken erreichen, da die meisten Risikoausgleichsmechanismen die Risikoselektion nicht völlig verhindern.

Mehrkassensysteme insbesondere mit kleinen Pools sind häufig mit vergleichsweise hohen Verwaltungskosten verbunden (Carrin und James, 2005), da aufgrund der Doppelspurigkeiten in den Verwaltungsstrukturen das Potenzial von Grössenvorteilen nicht völlig ausgeschöpft werden kann. Darüber hinaus führt ein Risikoausgleichsmechanismus auch zu administrativem Mehraufwand. Wie in anderen Krankenversicherungssystemen mit mehreren Versicherern, beispielsweise in Deutschland, Luxemburg und Frankreich,

sind die Verwaltungskosten sowohl der sozialen als auch der privaten Krankenversicherung vergleichsweise hoch. Zwischen 2000 und 2007 lagen sie bei 5,9% respektive 17,0% der gesamten Krankenversicherungskosten und damit über dem Durchschnitt von 3,8% und 12,7% in den OECD-Ländern mit hohem Einkommen (Mathauer und Nicolle, 2011). Demnach könnten sich weitere Massnahmen zur Verbesserung der administrativen Effizienz auch auf die Senkungen der Kosten bei den schweizerischen Versicherern konzentrieren. Kleinere Pools erschweren ausserdem den Risikoausgleich, was sich auf die Höhe der Prämien auswirkt.

Versicherer treten vornehmlich über die Risikoselektion in Konkurrenz

In der Schweiz gibt es einen von der Krankenversicherung abgedeckten einheitlichen Leistungskatalog, Kostenbeteiligungen werden zentral festgelegt (einschliesslich verfügbarer «Wahlfranchisen») und die Versicherer sind verpflichtet, alle Leistungserbringer unter Vertrag zu nehmen. Gleichzeitig gibt es fast keine Informationen über die Qualität der Leistungserbringer, und selbst wenn solche Informationen vorliegen würden, könnten die Versicherer sie aufgrund der geltenden Bestimmungen nicht wirklich nutzen. Die Preise für Gesundheitsleistungen werden meist auf kantonaler Ebene zwischen allen Versicherern und allen Leistungserbringern ausgehandelt, mit einigen Ausnahmen.⁷ Aufgrund dieser Gegebenheiten bleibt den Versicherern nicht viel anderes übrig, als durch Risikoselektion und Senkung der Verwaltungskosten über die Prämien oder die Qualität der Gesundheitsleistungen miteinander zu konkurrieren.

Van de Ven et al. (2007) haben mögliche Strategien aufgeführt, mit denen die Versicherer trotz der Verpflichtung, jeden Antragsteller aufzunehmen, gute Risiken auswählen können. Dazu gehören:

- Marketing mit Werbung, die auf gesunde Personen ausgerichtet ist;
- Selektive Vertragsabschlüsse mit Anbietern (z.B. in Managed-Care-Verträgen), deren Leistungen Personen anziehen, die gesünder und eher bereit sind, eine eingeschränkte Auswahl der Leistungserbringer zu akzeptieren;
- Die Leistungen und Prämien der Zusatzversicherungen so gestalten, dass sie Personen mit niedrigem Risiko anziehen;
- Ausschliesslich Verträge mit hohen Jahresfranchisen anbieten, die Personen mit höherem Risiko zurückhalten;
- Schaffung von Versicherungskonglomeraten, in denen neue Versicherungsnehmer je nach Risikoprofil zu bestimmten Verträgen gelenkt werden; diese Strategie funktioniert meist aufgrund der enormen Anzahl an verschiedenen Verträgen, die angeboten werden und es dem Konsumenten schwer machen, sich vollumfänglich zu informieren;
- Identifizierung hoher Risiken mittels Erklärungen über den Gesundheitsstatus von Personen, die eine Zusatzversicherung beantragen;
- Verzögerung der Rückerstattungen an chronisch kranke Personen, um sie zum Austritt aus der Versicherung zu veranlassen;
- Einstellung von Versicherungsaktivitäten in Bereichen mit vielen teuren Patienten.

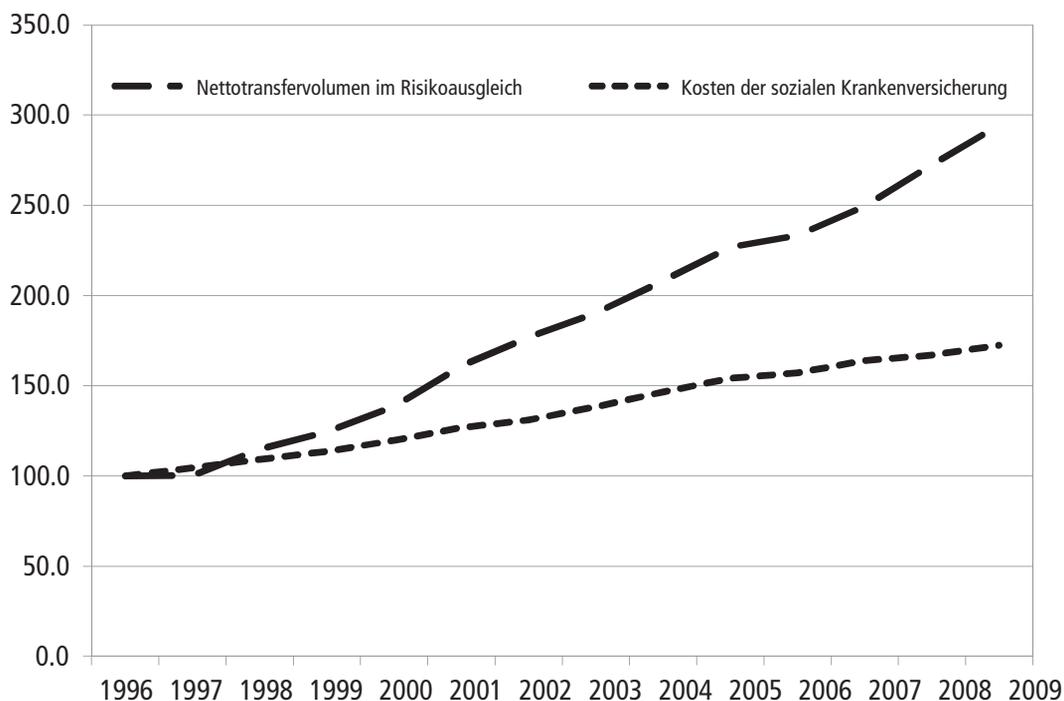
Viele dieser Strategien bieten für die Schweizer Versicherer durchaus realisierbare Möglichkeiten. Inwieweit sie tatsächlich angewendet werden, ist jedoch nicht leicht festzustellen.

Die Aufnahme eines weiteren Risikofaktors in die Risikoausgleichsformel ist ein guter Schritt, reicht aber möglicherweise nicht aus

Der Risikoausgleich wird als notwendig erachtet, um die Attraktivität der Selektion guter Risiken zu unterlaufen, vor allem angesichts der Vorgabe der Einheitsprämie und der grossen Unterschiede der Risikostrukturen in den einzelnen Kantonen. Ursprünglich fand der Ausgleich auf der Basis von zwei einfachen Risikofaktoren statt: Alter und Geschlecht. Mehrere Studien haben gezeigt, dass sich damit nur ein sehr geringer Prozentsatz (6%) der Kostenvariationen erklären lässt (Holly et al., 2004, Beck 2004). Die 30 bestehenden Risikogruppen (15 Alters- und 2 Geschlechterkategorien) sind sehr heterogen, wodurch die Anreize zur Risikoselektion nur geringfügig reduziert werden. Im Gegenteil ist die Risiko-selektion für die Versicherer immer noch gewinnbringend (Beck et al., 2010). Die Probleme des bestehenden auf zwei Risikofaktoren beruhenden Ausgleichsmechanismus wurden in mehreren Studien aufgezeigt (Überblick in OECD und WHO, 2006; Beck et al., 2010; Leu et al., 2009). Insbesondere haben grosse Versicherungskonzerne mit Tochtergesellschaften die Möglichkeit, unterschiedliche Versicherungspolice zu unterschiedlichen Prämien anzubieten und zu versuchen, neue Versicherungsnehmer zu jenen Verträgen zu lenken, die am besten an die erwarteten Gesundheitsrisiken angepasst sind (Hammer et al., 2008).

Der Grad der Risikoselektion zeigt sich auch an den grossen und anhaltenden Prämienunterschieden zwischen den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone (vgl. Abschnitt 2.1 in diesem Kapitel). Darüber hinaus scheinen sich die Risikostrukturen immer ungleicher zu verteilen: Wie Abbildung 2.8 weiter unten zeigt, ist das Transfervolumen im Risikoausgleich schneller gestiegen als die Kosten der sozialen Krankenversicherung.

Abbildung 2.8 Vergleich der Entwicklung von Nettotransfervolumen im Risikoausgleich und Kosten der sozialen Krankenversicherung von 1996 bis 2009



Quelle: OECD Health Data 2011; Sutter und Wunderlin (2009).

Kasten 2.1 Risikostrukturausgleich in Deutschland und den Niederlanden

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich in Deutschland und erste Erfahrungen damit

Im Jahr 2009 wurde ein zentraler Gesundheitsfonds eingerichtet, um die finanziellen Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung zu poolen. Ebenfalls 2009 wurde das Ausgleichssystem so umgestaltet, dass neu auch Morbiditäten bei der Berechnung der Ausgleichszahlungen/Transfers berücksichtigt werden und zu einem prospektiven System übergegangen wird. Zusätzlich zu den zwanzig Alters- und zwei Geschlechterkategorien und den sechs Stufen der Erwerbsminderungsrenten wird die Krankheitslast von achtzig Krankheiten berücksichtigt. Aufgrund der unterschiedlichen Schweregrade ergeben sich daraus 106 «hierarchische Morbiditätsgruppen». Auswahlkriterien für diese Gruppen waren kostenintensive chronische Krankheiten oder Krankheiten mit schwierigem Verlauf, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen. Die entsprechende Codierung wird nicht von den Versicherungen sondern von den Ärzten vorgenommen. Wichtig ist ebenfalls, dass die morbiditätscodierten Patientendaten anonymisiert an den Gesundheitsfonds übermittelt werden und dieser die risikoadjustierten Zahlungen an die Versicherer vornimmt.

Eine erste Beurteilung der Auswirkungen des neuen Risikostrukturausgleichs fällt insgesamt positiv aus: Die Anreize zur Risikoselektion konnten reduziert werden und die Transfervolumen zwischen den Krankenkassen haben sich drastisch verändert. Durch die neu berechneten Transferzahlungen für Kranke wurde die Finanzierungslücke zu den Gesamtkosten wesentlich verringert. Das bedeutet, dass Kranke nicht mehr nur «schlechte Risiken» sind, sondern dass sich Investitionen in strukturierte Behandlungsprogramme lohnen. Dennoch sind die Gesunden nach wie vor die besten Risiken, da die für sie geleisteten Transfers (Standardkosten) immer noch höher sind als die durch sie verursachten Kosten. Aktivitäten zur Gesundheitsprävention zahlen sich aus, da die Krankenkassen mehr bekommen, wenn ein Mitglied gesünder ist als im Vorjahr.

Sehr wichtig ist auch, dass die Vergütung der Leistungserbringer morbiditätsorientiert erfolgt. Seit 2004 gelten für stationäre Spitalbehandlungen diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) und zur Bezahlung von ambulanten Arztleistungen werden jetzt Regelleistungsvolumina verwendet, um die Steuerung der Finanzmittel patientengerechter zu gestalten.

Es wurde aber auch Kritik laut. Die Krankenkassen finden die Finanzplanung und Budgetierung schwierig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung warnt vor Manipulationen durch Allianzen zwischen Versicherern und Leistungserbringern, die zu sogenanntem «Up-Coding» führen. Die Versicherer hingegen verweisen auf die Notwendigkeit des «richtigen Coding». Ausserdem ist keine systematische Evaluierung des neuen Mechanismus geplant oder vorgesehen.

Das auf mehreren Risikofaktoren beruhende Risikoausgleichssystem der Niederlande und Erfahrungen damit

Das niederländische Risikoausgleichssystem beruht auf folgenden Risikofaktoren: Alter, Geschlecht, Art des Einkommens (fünf Kategorien), zehn Regionen (basierend auf Urbanitätsgrad, Ausländeranteil, Durchschnittseinkommen, Anteil Alleinstehender, standardisierter Sterbewahrscheinlichkeit, Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Hausärzten, Anzahl der Pflegebetten), 20 Medikamentenkostengruppen (PCGs) und zehn Diagnosekostengruppen (DCGs). Die beiden letzten Ausgleichsfaktoren wurden 2002 bzw. 2004 eingeführt und sind wichtige neue Merkmale im Risikoausgleichssystem. Die PCG ist ein Morbiditätsindikator, der auf ambulant verschriebenen Arzneimitteln beruht, während mit DCGs anhand der ärztlichen Diagnose zukünftige Spalkosten geschätzt werden. Mit diesen beiden risikoadjustierenden Faktoren lassen sich über 20% der Unterschiede in den Jahresausgaben für die einzelnen Versicherten erklären.

Laut einer von Van de Ven et al. (2007) in fünf Ländern durchgeführten Studie bringt die Risikoselektion aber immer noch «mässige/hohe» Vorteile mit sich. Tatsächlich besitzen die niederländischen Versicherer trotz der umfassenden Risikofaktoren nach wie vor eine Rei-

he von Selektionsinstrumenten, bzw. sogar noch mehr als vor den Reformen im Jahr 2006. Dazu gehören die Möglichkeit, Managed-Care-Modelle vorzusehen, eine gewisse Flexibilität bei der genauen Ausgestaltung des Leistungskatalogs, der Verkauf von Zusatzversicherungen zusammen mit der obligatorischen Basisversicherung sowie Prämienermässigungen von bis zu 10% für Kollektivverträge. Die Erfahrungen in den Niederlanden zeigen somit, dass neben einem soliden Risikoausgleichsmechanismus die übrige Ausgestaltung der Krankenversicherung von grösster Bedeutung ist.

Quelle: AOK Bundesverband (2011); Schang (2009); Ministry of Health, Welfare and Sports (2008); Van de Ven et al. (2007).

Ab Januar 2012 wird in der Risikoausgleichsformel ein dritter Faktor zur Anwendung kommen, der Spitalaufenthalte von mehr als drei Tagen im Vorjahr berücksichtigt. Wie Simulationsstudien (Beck et al., 2010) gezeigt haben, dürfte mit der Einführung dieses Ausgleichsfaktors der Hospitalisierung im Vorjahr die Risikoselektion abnehmen, wenn auch weniger stark als mit Medikamentenkostengruppen (PCGs) möglich gewesen wäre. Der neue Risikofaktor wird die Risikoselektion also nicht völlig verhindern, doch wird es sich jetzt für die Versicherer lohnen, in innovative Produkte wie die Erweiterung von Managed-Care-Angeboten zu investieren (Hammer et al., 2008).

Andererseits ist es unwahrscheinlich, dass der neue Ausgleichsfaktor zu längeren Spitalaufenthalten führt. Mit DRGs haben die Spitäler einen stärkeren Anreiz, die durchschnittliche Verweildauer niedrig zu halten, und es ist fraglich, ob die Versicherer auf die Leistungserbringer Druck ausüben können. Dies könnte aber in Managed-Care-Verträgen geschehen, indem die Versicherer die Spitäler beeinflussen, bestimmte (kostengünstige) Patienten länger als drei Tage zu behalten, um höhere Risikoausgleichsbeiträge zu bekommen. Eine weitere Sorge hinsichtlich des gegenwärtigen Risikoausgleichssystems ist die Tatsache, dass mit der bestehenden Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich die zukünftigen Ausgaben für die Versicherer völlig unvorhersehbar sind. Dies wiederum schafft einen weiteren Anreiz für die Versicherer, Risikoselektion zu betreiben.

Simulationen der Gemeinsamen Einrichtung KVG haben gezeigt, dass das Umverteilungsvolumen zwischen den Versicherern von den jetzigen 25% nur um rund 2-3% insgesamt zunehmen wird, auch wenn sich für manche Versicherer die Zahlungen/Transfers drastisch verändern werden. Der neue Risikofaktor ist also nur eine vorübergehende Lösung, auf die man sich als Kompromiss geeinigt hat. Langfristig sollten wie in anderen Ländern auch morbiditätsorientierte Risikofaktoren hinzugezogen werden. Diskussionen über morbiditätsorientierte Risikofaktoren finden auch bereits statt und die baldige Einführung wirksamerer Risikofaktoren wird von den Akteuren im schweizerischen Gesundheitssystem geprüft. Eine gewisse Risikoselektion wird sicher weiterbestehen, da die Versicherer sogar anhand der Rechnungen unkomplizierte von komplizierten Spitalaufenthalten trennen können.

Natürlich wird die Risikoselektion nicht nur von den Versicherern betrieben. Auch die Versicherungsnehmer treffen aufgrund ihres eigenen gesundheitlichen Risikoprofils (und der voraussichtlichen Ausgaben für Gesundheitsleistungen) eine Auswahl zwischen den verschiedenen Verträgen und Versicherern. Dies zeigt sich an der gesunden, jungen und gebildeteren Bevölkerungsgruppe, die häufiger wechselt, meist um niedrigere Prämien zu bezahlen. Zugleich neigt diese Gruppe eher dazu, Managed-Care-Verträge zu wählen (Leu et al., 2009). Wie in Deutschland und in anderen Ländern hat die freie Wahl des Versicherers nicht zu einer neuen (und ausgewogeneren) Verteilung der Risiken unter den Versicherern geführt. Die meisten Konsumentinnen und Konsumenten bleiben ihrer Versicherung treu, insbesondere diejenigen mit höheren Gesundheitsrisiken.

Da der Risikoausgleich über die retrospektive Vergütung der tatsächlichen Kosten erfolgt, bestehen weniger Anreize für Wirtschaftlichkeit und Kosteneindämmung. Der Übergang zu einem prospektiven Risikoausgleichsmechanismus ist daher zu empfehlen. Dies würde nicht nur die Prämienberechnung vereinfachen, sondern letztlich auch die Versicherer zu mehr Wirtschaftlichkeit anregen.

Der Risikoausgleich ist mit den Kantonen verbunden und nach Kantonen strukturiert. Er ist daher nicht geeignet, die kantonalen Unterschiede in den Pro-Kopf-Ausgaben für die soziale Krankenversicherung auszugleichen. Die kantonale Organisationsstruktur des Risikoausgleichssystems spiegelt sich in den je nach Kanton sehr unterschiedlichen Durchschnittskosten für die Durchführung des Ausgleichs wider. So lagen beispielsweise 2009 für die Risikogruppe der Frauen im Alter von 19 bis 24 Jahren die für den Risikoausgleich massgeblichen Durchschnittskosten (effektive Kosten) je nach Kanton zwischen 93 CHF und 211 CHF (Daten für 2009 der Gemeinsamen Einrichtung KVG).

Aufgrund der starken Fragmentierung in einem Land mit niedriger Bevölkerungszahl stellt sich in der Schweiz die Frage der Einheitskasse. Theoretisch wäre mit einer Einheitskasse ein wirksames Risikopooling möglich. Da Risikoausgleichssysteme niemals perfekt sind, so lange Selektionsanreize bestehen bleiben, wäre eine Einheitskasse im Prinzip besser geeignet, für eine gerechte Finanzierung der Gesundheitskosten über die gesamte Bevölkerung hinweg, eine starke Einkaufsmacht und tendenziell niedrigere Verwaltungskosten zu sorgen. Auch würde sie einen grösseren Anreiz bieten, sich vermehrt auf die Prävention zu konzentrieren. Ein Einheitskassensystem hätte somit einige bedeutende Vorteile. Es hat aber auch den Nachteil, die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten abzuschaffen, kann sich hemmend auf Innovationen bei Versicherungsprodukten auswirken und die Gefahr der Unterversorgung und der Rationierung von Gesundheitsleistungen mit sich bringen, wenn die Preise zu tief verhandelt werden (OECD und WHO 2006).

Der Wechsel von einem System mit mehreren Versicherern zu einer Einheitskasse ist zweifelsohne eine enorme Herausforderung, wenn auch Korea bewiesen hat, dass die schrittweise Fusionierung zu einer einzigen Krankenkasse möglich ist (Mathauer et al., 2009). Vermutlich ist dies aber besonders schwierig für die Schweiz, wo seit über 100 Jahren verschiedene Versicherungen existieren, eine starke Präferenz für Auswahlmöglichkeiten besteht, und wo als Abbild des Föderalismus grosser Wert auf die kantonale Struktur gelegt wird. Darüber hinaus sind erhebliche Transaktionskosten und nicht zuletzt die Frage der zukünftigen Beschäftigung der jetzigen Versicherungsangestellten zu berücksichtigen. Derartige Reformvorschläge müssen daher hinsichtlich ihrer gesamten finanziellen Auswirkungen, der praktischen Umsetzung und der politischen Machbarkeit sorgfältig geprüft werden (Mathauer und Carrin, 2011). Tatsächlich haben die Schweizer Stimmbürgerinnen und Stimmbürger bereits mehrere Vorstösse zur Schaffung einer Einheitskrankenkasse abgelehnt, doch wurde 2011 eine neue Volksinitiative lanciert.

Managed-Care-Modelle haben seit 2006 zugelegt, doch betreiben die Versicherer nur wenig «Care Management»

Seit 1996 haben die Versicherer die Möglichkeit, besondere Formen von Krankenversicherungsverträgen anzubieten. Unter diesen besonderen Formen sehen die «Managed-Care-Modelle» vor, dass die Versicherten im Gegenzug zu einer niedrigeren Prämie einen bestimmten Weg in der Versorgungskette verfolgen und/oder von einem beschränkten Netz an Leistungserbringern versorgt werden.

Managed Care kann – mit oder ohne formelle Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern – verschiedene Formen annehmen (vgl. Kasten 2.2). Bis 2004 war nur ein kleiner Teil der Bevölkerung (unter 10%) mit solch einem Vertrag versichert. Seitdem ist der Bevölkerungsanteil, der sich für Managed-Care-Produkte entscheidet, auf 36,9% im Jahr 2009 gestiegen. Eine Gesetzesvorlage zielt darauf ab, eine bestimmte Form von Managed Care – nämlich Versicherungsmodelle mit integrierten Versorgungsnetze⁸ – zu fördern, die gegenwärtig in der deutschsprachigen Schweiz und im Kanton Genf stärker verbreitet ist als in den übrigen französisch- und italienischsprachigen Regionen der Schweiz.

In der Regel verlangen integrierte Versorgungsnetze die eine oder andere Form von Gatekeeping, in der Regel durch den Hausarzt, der die Patienten an einen Facharzt oder ein Spital überweist (ausgenommen sind Kinderärzte, Augenärzte, Gynäkologen und Notdienste).

Kasten 2.2 **Managed Care und integrierte Versorgungsnetze in der Schweiz 2011**

Managed-Care-Modelle können in der Schweiz verschiedene Formen annehmen:

- In «Vertragsmodellen» schliessen die Krankenversicherer Verträge mit Ärztenetzen, HMOs (Health Maintenance Organisations) oder Callcentern ab.
 - Es gibt zwei Arten von HMOs: Angestellten-Modelle, bei denen die HMOs Eigentum der Versicherungen und die Ärzte dort angestellt sind (die häufigste Form), oder Gruppenmodelle, bei denen die Ärzte Eigentümer der HMO sind. Im Mittelpunkt der HMO steht ein HMO-Zentrum, in dem meist angestellte Gesundheitsfachleute Leistungen verschiedener Fachrichtungen erbringen. Die Wahlmöglichkeiten der Patienten sind bei HMOs in der Regel etwas stärker eingeschränkt als bei Ärztenetzen, da die Patienten zwar das Zentrum nicht aber den Arzt auswählen können.
 - In Ärztenetzen verpflichten sich die Ärzte (hauptsächlich Allgemeinmediziner), ihren Mitgliedern kontinuierliche Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten, ein Qualitätssicherungsverfahren einzurichten (meist über Qualitätszirkel) und Management-Kontrollen durchzuführen. Ärztenetze teilen sich oft das finanzielle Risiko mit den Versicherern über Bonus-Malus-Systeme oder Kopfpauschalen. Die angeschlossenen Ärzte erhalten von den Versicherern Beiträge für die Teilnahme an medizinischer Weiterbildung oder an anderen Initiativen zur Qualitätsverbesserung. Ärztenetze existieren in Form von Integrated Medical Groups (IMG) oder Zusammenschlüssen von Einzelpraxen (Individual Practice Associations (IPA)) oder als Mischform.

Im Jahr 2010 gab es in der Schweiz 86 Ärztenetze und HMOs, von denen sich 84% die finanzielle Verantwortung mit den Versicherern teilen. Das bedeutet, dass sich Ärzteverbände und Versicherer bei den Gesundheitsleistungen für bestimmte Patientengruppen vertraglich auf ein Kostenziel einigen und sich die Gewinne oder Verluste teilen, wenn die effektiven Kosten über oder unter dem vereinbarten Kostenziel liegen. In den Verträgen werden sowohl die Ziele als auch die Modalitäten für die Teilung des finanziellen Risikos festgelegt. Im Jahr 2007 lagen die Kopfpauschalen zwischen weniger als 50 CHF für Kinder ohne Spitalaufenthalt im Vorjahr und 1200 CHF für 90-jährige Personen mit Spitalaufenthalt im Vorjahr. Für Ausreisser (z.B. über 20000 CHF) kommen die Versicherungen auf. Gewinne und Verluste haben eine Obergrenze (z.B. 3000 CHF oder 10000 CHF pro Jahr und Arzt).

Praktisch alle Ärztenetze haben die eine oder andere Form der Qualitätssicherung implementiert: Qualitätszirkel (96%), Critical Incident Reporting (53%), Verwendung von Behandlungsleitlinien (41%), Offenlegung von Qualitäts- und/oder Kostendaten an die

Krankenversicherer (55%). Viele Ärztenetzwerke sind vertragliche Kooperationen mit anderen externen Leistungserbringern eingegangen (43% mit Spitälern, Notfalldiensten oder Callcentern) und 51% überweisen ihre Patienten an ausgewählte Leistungserbringer (sogenannte «Preferred Providers»).

– Callcenter sind in der Regel selbständige Organisationen, die Gesundheitsfachleute anstellen und eine mit den Krankenversicherern vertraglich vereinbarte «Triagefunktion» der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen übernehmen.

- Bei anderen Modellen (ohne Vertragsabschluss zwischen Versicherern und Leistungserbringern) beschränkt sich die Auswahl der Versicherten auf die Leistungserbringer, die auf einer vom Versicherer gemäss eigenen Kriterien zusammengestellten Anbieterliste aufgeführt sind. Die Leistungserbringer gehen keine besonderen Verpflichtungen ein und wissen manchmal gar nicht, dass sie auf der Liste von Versicherern stehen.

Gemäss Santésuisse waren im Jahr 2010 11,2% der Versicherten einem Managed-Care-Modell angeschlossen, bei dem der Grundversorger Budgetmitverantwortung trug, 32,4% hatten Modelle ohne Budgetmitverantwortung. Die Einwohner im nordöstlichen Teil der Schweiz entscheiden sich häufiger für ein Managed-Care-Gatekeeping als die in anderen Regionen.

Quelle: Baumberger (2007); Berchtold und Peytremann-Bridevaux (2011).

In welchem Ausmass die bestehenden Managed-Care-Netzwerke die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung steigern, ist weitgehend unbekannt. Die Auswirkungen von Managed Care sind naturgemäss schwer zu beurteilen und von der Risikoselektion zu entkoppeln, da diese besonderen Versicherungsformen bekanntlich Personen mit gutem gesundheitlichem Risikoprofil anziehen (Conklin und Nolte, 2010). Daher reichen alters- und geschlechterangepasste Vergleiche zwischen den Gesundheitskosten von Versicherungsnehmern mit Managed-Care-Verträgen und den Kosten der übrigen Versicherten nicht aus, um die durch Managed Care erzielten Einsparungen einschätzen zu können.

Laut Beck et al. (2009) wurden die durch Managed Care erzielten Einsparungen nur in zwei Studien mit einer geeigneten Methodologie anhand der Schweizer Daten ermittelt. Lehmann und Zweifel (2004) schätzten die Kostendifferenz zwischen den Versicherungsnehmern mit Managed-Care-Verträgen und den anderen Versicherten für die Jahre 1997–2000 auf 34% (für Zusammenschlüsse von Einzelpraxen) bis 62% für HMOs. Im Falle der HMOs war die Kostendifferenz zu zwei Dritteln auf Effizienzsteigerung und zu einem Drittel auf Risikoselektion zurückzuführen. Bei Zusammenschlüssen von Einzelpraxen (Independent Practice Associations, IPAs) und Preferred Providers Organisations (PPOs) war die Kostendifferenz geringer (34% respektive 39%) und Risikoselektion war für einen grösseren Teil davon verantwortlich (zwei Drittel für IPAs und ein Drittel für PPOs). Beck et al. (2009) untersuchten im Jahr 2007 bei einer bestimmten Krankenkasse den Kostenunterschied zwischen den Versicherungsnehmern mit Managed-Care-Verträgen und anderweitig Versicherten. Sie stellten fest, dass die Kostendifferenz zur Hälfte auf Risikoselektion zurückzuführen war und schätzten die Effizienzsteigerung für die 18 von dieser Versicherung angebotenen Managed-Care-Modelle auf 8,7%.

Die wenigen wissenschaftlichen Studien über die Wirkung von Managed Care auf die Versorgungsqualität konzentrieren sich eher auf die Abläufe als auf Gesundheitsergebnisse. Eine Studie, die auf einer Ärzteumfrage beruhte, schien darauf hinzuweisen, dass in den Praxen von Ärztenetzen bei der Behandlung von chronisch Kranken die Elemente des Chronic-Care-Modells eher umgesetzt werden als in Gruppen- oder Einzelpraxen (Steuer-

Stey et al., 2010, zitiert durch Berchtold und Peytremann-Bridevaux, 2011). Informationsaustausch ist zweifelsohne ein positiver Aspekt von Managed-Care-Netzen angesichts des Potenzials der Informations- und Kommunikationstechnologien für die Versorgungseffizienz und -qualität (OECD, 2010). Nach Angaben des Vereins Forum Managed Care tauschen 60% der Ärztenetze elektronische Informationen mit anderen Leistungserbringern aus und 30% haben Kooperationsverträge mit Spitälern und Notfalldiensten abgeschlossen.

Seit 2002 wird an einem Reformvorschlag gearbeitet, der darauf abzielt, die Gesundheitsversorgung durch integrierte Versorgungsnetze besser zu koordinieren. Im folgenden wird dieser Vorschlag erläutert, sowie jener zur Aufsicht über die Krankenversicherung.

2.4 Das Reformprogramm

Reformvorschlag zur Verbreitung integrierter Versorgungsnetze

Im Jahr 2002 nahm der Bundesrat eine Wirkungsanalyse zum KVG vor und kam zu dem Schluss, dass die ursprünglichen Ziele insgesamt erreicht wurden – ausser bei der Kostendämpfung. In der Analyse stellte sich Managed Care als ein Teil der Lösung zur Eindämmung der Kosten heraus. Daraufhin richtete das Eidgenössische Departement des Innern eine Arbeitsgruppe ein, mit dem Auftrag, zusammen mit Experten und verschiedenen Akteuren (Vertretern von Gesundheitsfachleuten, Leistungserbringern und Versicherern) Vorschläge zur Verbreitung der Managed-Care-Modelle auszuarbeiten. Die Arbeitsgruppe empfahl, den Begriff «eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer» durch «integriertes Versorgungsmodell» zu ersetzen, Anreize für die Entwicklung solcher Netzwerke zu schaffen, bessere Verträge zwischen Versicherern und einem Kreis von Leistungserbringern zur Bestimmung der wirtschaftlichen Mitverantwortung auszuarbeiten, die Mindestdauer von integrierten Versicherungsmodellen aufzuheben, ex post Prämienreduktionen am Jahresende und mehr Flexibilität bei der Prämienfestlegung in Managed-Care-Modellen zuzulassen, den Kontrahierungszwang aufzuheben, zu einer monistischen Spitalfinanzierung überzugehen und die Risikoausgleichsformel besser zu gestalten. Die genannten Vorschläge sollten klar der Kostendämpfung dienen.

Seitdem wurde die entsprechende Vorlage zur Gesetzesrevision dem Parlament unterbreitet (2004) und in die Vernehmlassung geschickt. Neue Vorschläge wurden formuliert, wie beispielsweise die Versicherer zu verpflichten, alternative Versicherungsmodelle anzubieten und den Selbstbehalt für diese Versicherungen zu senken (und zugleich den Selbstbehalt für jene Versicherten zu erhöhen, die diese Modelle nicht wählen). Eine Gruppe wichtiger Akteure (FMH, Santésuisse, GDK, H+ und der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen) scheint sich auf einen Konsens zu folgenden Vorschlägen geeinigt zu haben:

- Die Konsumenten sollten weiterhin zwischen Managed-Care- und anderen Verträgen wählen können;
- In Managed-Care-Modellen sollten vertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern verbindlich sein. Den «Listen ausge-

wählter Leistungserbringer», die weder anhand transparenter Auswahlkriterien durch die Versicherer aufgestellt werden noch von den Leistungserbringern Verpflichtungen verlangen, würde damit ein Ende gesetzt;

- Managed-Care-Modelle sollten Patienten mit chronischen Krankheiten oder Multimorbidität nicht ausschliessen;
- Versicherer sollten für Patienten und Leistungserbringer finanzielle Anreize schaffen;
- Patienten sollten einen Spezialisten als Gatekeeper wählen können und direkten Zugang zu Psychiatern haben.

In den letzten Jahren haben mehrere OECD-Länder politische Massnahmen und Programme umgesetzt, um die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung – namentlich durch bessere Koordination – zu steigern (OECD, 2010a). So wurden in Deutschland beispielsweise Disease-Management-Programme (DMP) und in den Niederlanden neue Vergütungsmechanismen zur Förderung der integrierten Gesundheitsversorgung eingeführt (vgl. Kasten 2.3). Aus diesen Erfahrungen lassen sich eine Reihe von Lehren ziehen: Erstens konzentrieren sich diese Programme alle auf das Management chronischer Krankheiten und auf Patienten mit komplexen Bedürfnissen, d.h. auf die Bedingungen, welche die Morbidität und die Gesundheitskosten am meisten belasten. Zweitens können diese Programme, wenn sie richtig gestaltet sind, sowohl die Koordination als auch die Qualität der Gesundheitsversorgung hinsichtlich der Prozessabläufe verbessern, doch sind die Auswirkungen auf die Gesundheitsergebnisse schwerer zu beurteilen und praktisch unbekannt. Drittens führt die Koordination der Gesundheitsversorgung nicht immer zu Einsparungen. Die Verbesserung der Versorgungsqualität hat oft ihren Preis, der nicht systematisch durch Einsparungen dank besserer Koordination wettgemacht wird. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitssystem wird aber zweifelsohne verbessert (OECD, 2010a).

Die Strategien in Deutschland und den Niederlanden – zwei Länder, die der Schweiz in mehrerer Hinsicht relativ ähnlich sind – haben mehreres gemeinsam: Versorgungsstandards (oder wenigstens Mindestanforderungen) wurden von den verschiedenen Akteuren auf der Grundlage der jüngsten wissenschaftlichen Evidenz auf nationaler Ebene festgelegt. Beide Systeme sehen die eine oder andere Form der Evaluation vor: In den Niederlanden müssen die Versorgergruppen zu einer umfassenden, auf nationaler Ebene festgelegten Reihe von Leistungsindikatoren Bericht erstatten. In Deutschland ist die systematische Evaluation der Disease-Management-Programme fester Bestandteil der gesetzlichen Zulassungsvoraussetzungen. Diese Anforderungen sind von gut strukturierten Informationssystemen abhängig. In beiden Ländern wird viel Wert auf Patientenschulung und Selbstversorgung durch die Patienten gelegt. Die Schweiz würde sicher davon profitieren, die (guten und schlechten) Erfahrungen in anderen Ländern eingehender zu studieren, um angemessene Anreize für eine bessere Koordination der Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Kasten 2.3 Disease- und Fall-Management-Programme in Deutschland und den Niederlanden

Disease-Management-Programme in Deutschland

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2000 wurden die Bestimmungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen ambulant praktizierenden Ärzten und Krankenhäusern durch selektive Vertragsabschlüsse verstärkt. Zielgruppe waren Patienten mit chronischen Krankheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung, über die rund 88% der deutschen Bevölkerung versichert sind. Als Folge davon wurden im Jahr 2002 Disease-Management-Programme (DMP) eingeführt – zunächst für Diabetes Typ II, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen. Später wurden die Programme auf Diabetes Typ I, Asthma und Herzinsuffizienz ausgedehnt. Krankenkassen wurde es erlaubt, mit Leistungserbringern selektiv Verträge zur Durchführung von DMPs abzuschliessen, die mit folgenden Anforderungen verbunden sind: Einhaltung von Richtlinien für die Behandlung und Überweisung an einen Spezialisten, Qualitätssicherung, Dokumentation, Schulungen und Information der Leistungserbringer und Versicherten sowie Evaluation drei Jahre nach der Zulassung. DMP-Verträge werden selektiv zwischen den Krankenkassen und Allgemeinärzten abgeschlossen und Patienten müssen sich zur Teilnahme am DMP für einen bestimmten Leistungserbringer entscheiden. Behandlungsrichtlinien werden auf nationaler Ebene vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, dem obersten Beschlussgremium der Ärzte-, Zahnärzte-, Krankenhäuser- und Krankenkassenverbände.

Bis 2008 erhielten die Krankenkassen für die an einem DMP teilnehmenden Versicherten einen höheren Beitrag aus dem Risikostrukturausgleich, was für die Versicherungen starke Anreize zur Einführung von DMPs schuf. So berichten Schreyögg und Busse, dass die Krankenkassen für jede an einem DMP teilnehmende Brustkrebs-Patientin 2003 einen Zuschlag von 2600 Euro erhielten (Schreyögg und Busse, 2005). Nach anfänglichem Widerstand der Ärzteschaft – die Bürokratisierungen befürchtete, hinsichtlich der Fähigkeit der Krankenkassen zur Anspruchsprüfung und Programmplanung skeptisch war und ergebnisorientiertere Anforderungen wünschte – wurden die DMPs schliesslich sowohl von den Leistungserbringern als auch von den Patienten besser angenommen. Im November 2010 waren 5,9 Millionen Patientinnen und Patienten – rund 7% aller Mitglieder bei der gesetzlichen Krankenversicherung – in einem DMP eingeschrieben und über 60 000 Leistungserbringer daran beteiligt (Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, www.kbv.de/themen/23272.html).

Die Evaluation der DMPs ist gesetzlich vorgeschrieben und es wurden bereits mehrere Evaluationen über die jeweiligen Bedingungen im akademischen oder institutionellen Rahmen durchgeführt, meist durch die Krankenkassen selbst. Laut ersten Ergebnissen zu Patienten mit koronaren Herzkrankheiten, die über die AOK – mit 24 Millionen Mitgliedern eine der grössten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland – in DMPs eingeschrieben sind, wiesen nach zwei Jahren Teilnahme rund ein Drittel einen niedrigeren systolischen Blutdruck auf und hatten das Rauchen aufgegeben; rund 15% litten unter weniger Brustschmerzen; die Anzahl an akuten Koronarsyndromen und an Herzinfarkten war deutlich zurückgegangen (AOK, 2009). Die vergleichende Longitudinalstudie ELSID ergab, dass sich die Teilnehmer an einem DMP Diabetes Typ II stärker am Behandlungsablauf beteiligen und mehr Unterstützung bei der Zielsetzung für Ernährung und körperliche Betätigung erhalten als Patienten in der Kontrollgruppe. Gemäss einer anderen Studie erhielten die Patienten in DMPs wesentlich bessere Beratung zu Ver-

haltensänderungen (Szecsenyi et al. 2008). ELISID und selektive Evaluationen einzelner Krankenkassen ergaben einige geringfügige Kostensenkungen bei Patienten in DMPs im Vergleich zu nicht teilnehmenden Patienten. In einer jüngeren Studie (Stock et al., 2010) wurde die Wirksamkeit der DMPs für Diabetes nach vier Jahren untersucht. Obwohl die Autoren eine potenzielle Verzerrung aufgrund der Auswahl der Kontrollgruppe einräumen, sind die Ergebnisse frappierend: Die Programme verringern das Mortalitätsrisiko (innerhalb von vier Jahren) und das Risiko einer chronischen Niereninsuffizienz um die Hälfte, das Risiko eines Herzinfarkts um ein Viertel, das Risiko eines Schlaganfalls um 20% und das Risiko einer Unterschenkelamputation um 40%. Zu guter Letzt waren die Versorgungskosten für die an DMPs teilnehmenden Patienten um 25% niedriger.

Insgesamt sind in Deutschland bei der Definition der Anforderungen an die systematische Evaluation der DMPs nach wie vor erhebliche Schwierigkeiten zu überwinden, so dass noch keine umfassenden Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der DMPs in Deutschland gezogen werden können (Schaufler, 2006).

Integrierte Versorgung und gebündelte Vergütung in den Niederlanden

Im Jahr 2010 wurde vom niederländischen Gesundheitsministerium ein neues System eingeführt, mit dem die finanziellen Hindernisse zur integrierten Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten überwunden werden sollten. Das System besteht in der prospektiven Vergütung multidisziplinärer Versorgungsteams für Personen mit chronischen Krankheiten. Die Vergütung betrifft sämtliche Gesundheitsleistungen, schliesst aber vorläufig noch Arzneimittel, Diagnostik und medizinische Geräte aus. Das Programm zielte auf vier chronische Krankheiten ab; es wurde zunächst für zwei – nämlich Diabetes und kardiovaskuläres Risiko – eingeführt und später auf chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und Herzinsuffizienz ausgedehnt.

Bei diesem System wird die Versorgung durch Leistungserbringergruppen («Versorgergruppen») koordiniert. Die Krankenversicherer schliessen mit den Versorgergruppen unter Berücksichtigung des voraussichtlichen Case-Mix an Patienten mit chronischen Krankheiten Verträge ab, in denen die pro Patient und Jahr verhandelten Preise festgelegt werden. Anschliessend steht es den Versorgergruppen frei, die Leistungen selber zu erbringen oder ambulante Leistungen (nur Konsultationen) bei Allgemeinärzten in Gruppenpraxen, bei in Spitälern praktizierenden Spezialisten oder Pflegefachkräften oder bei individuellen Leistungserbringern (z.B. Ernährungsberatern und Physiotherapeuten) einzukaufen. Die Verhandlungen über die Versorgungsinhalte beruhen auf «Versorgungsstandards», die gemeinsam von Leistungserbringer- und Patientenverbänden und den zuständigen Gesundheitsbehörden im Einklang mit bestehenden Richtlinien ausgearbeitet werden. Alle integrierten Versorgungsprogramme beinhalten ein allgemeines Modul, in dem Hilfe zur Selbstversorgung und Förderung eines gesunden Lebensstils im Vordergrund stehen, sowie krankheitsspezifische Module, die in folgende vier Phasen eingeteilt sind: Frühdiagnose und -erkennung; Diagnose; individueller Versorgungsplan und Behandlung; Koordinierung, Rehabilitation, Mitwirkung und Sekundärprävention. In Verbindung mit den einzelnen Modulen stehen Leistungsindikatoren in Form von minimalen Datensätzen zur Verfügung. So gibt es beispielsweise für die integrierte Versorgung von Diabetikern 35 Leistungsindikatoren, die bei Preisverhandlungen zwischen Versicherern und Versorgergruppen herangezogen werden können. Diese Versorgung mit gebündelter Vergütung ist für den Patienten kostenfrei (Tsiachristas, 2010).

Im Jahr 2007 wurde parallel zu einer laufenden Evaluation von zehn Versorgergruppen die gebündelte Vergütung für Diabetes erprobt. Die Evaluation zeigte über mehrere Jahre anhaltend grosse Unterschiede in der Höhe der gebündelten Vergütungen für Diabetiker, was sowohl die Auswirkung der Verhandlungen als auch unterschiedliche Vorstellungen in den verschiedenen Versorgergruppen hinsichtlich der Versorgungsstandards für Diabetiker widerspiegelte. Der Versuch zeigte Verbesserungen bei Versorgungscoordination, Einhaltung der Protokolle, Verwendung der elektronischen Patientendossiers sowie zunehmende Transparenz. Allerdings ist es noch zu früh, um die Wirkung auf die Versorgungsqualität beurteilen zu können. Auf der anderen Seite hatte die Einführung der gebündelten Vergütung aber auch den Nachteil, dass für die Benutzer die Wahl der Leistungserbringer stärker eingeschränkt war, sowie offensichtliche Interessenskonflikte für Allgemeinmediziner in Versorgergruppen, die zugleich Leistungserbringer und Auftraggeber waren. Eine weitere Sorge ist die starke – vielleicht zu starke – Marktposition der Versorgergruppen gegenüber den vertragsnehmenden Leistungserbringern (Struijs und Baan, 2011).

Quelle: Busse et al. (2010); Schreyögg und Busse (2005); AOK (2009); Tsiachristas (2010); Struijs und Baan (2011); Szecsenyi et al. (2008); Schaufler (2006).

Reformvorhaben zur verbesserten Funktionsweise des Krankenversicherungsmarktes

Statt einer Revision des bestehenden KVG wurde ein neues Gesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung ausgearbeitet und Anfang 2011 in die Vernehmlassung geschickt. Politisches Ziel des neuen Gesetzes ist es, die Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung auch in Zukunft zu garantieren und die Versicherten zu schützen. Es soll die Grundlage für eine wirksame Aufsicht schaffen und durch erhöhte Transparenz zur Stärkung des gelenkten Wettbewerbs auf dem Markt beitragen. Mittelfristig soll eine eigenständige Aufsichtsbehörde eingerichtet werden, die auf drei Stufen tätig wird: 1) Auskünfte einholen und Weisungen erlassen; 2) vorbeugende Massnahmen ergreifen; und 3) intervenieren.

Laut Gesetzesentwurf soll das BAG (oder allenfalls eine Aufsichtsbehörde) bei der Genehmigung der Prämientarife (d.h. Erhöhungen oder Senkungen) eine Schlüsselrolle spielen. Damit werden die neuen Rahmenbedingungen zur Festlegung angemessener risikobasierter Reserven eingehalten, die letztlich leicht erhöht würden, um wie vom BAG beabsichtigt die Insolvenz der Versicherer zu vermeiden. Im Falle der Nichtgenehmigung hat die Aufsichtsbehörde das Recht, angemessene Prämien zu verfügen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Prämien die erwarteten Kosten decken und gleichzeitig übermässige Reserven- und Rückstellungsbildung vermeiden. Insbesondere würde sich die Quersubventionierung aus anderen Versicherungszweigen erübrigen, doch würde es ebenfalls bedeuten, dass die Versicherer die Prämien nicht mehr künstlich tief halten können. Zu tiefe Prämien müssten mittels Reserven aufgefangen werden. Wären die Prämien hingegen zu hoch angesetzt, so müssten die zu hohen Prämieinnahmen von den Versicherern zurückerstattet werden, vorausgesetzt dass sie solvent sind und einige andere Kriterien erfüllen. Vor allem aber wird dadurch zum gleichmässigen Anstieg der Prämien beigetragen.

Das Gesetz enthält eine Reihe weiterer wichtiger Bestimmungen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Rückversicherung sollen verbessert und ergänzt werden, um Versicherte und Krankenkassen vor Insolvenz zu schützen. Um Vorschriften zu vermei-

den haben die Versicherer einem Konsens zur Selbstregulierung von Makleraktivitäten und Vermittlungsgebühren bei der Akquisition neuer Versicherter zugestimmt. Ziel ist es nicht nur die Verwaltungskosten zu reduzieren, sondern auch der Risikoselektion einen Riegel vorzuschieben.

Insgesamt gehen die neuen Bestimmungen über die KVG-Aufsicht in die richtige Richtung, nämlich Stärkung eines fairen Wettbewerbs zwischen den Versicherern. Nach Auffassung der Versicherer sind diese Änderungen jedoch sehr aufwendig. Es wird wichtig sein, die Auswirkungen dieser Reform auf den Versicherungsmarkt und auf das Verhalten der Versicherer aufmerksam zu beobachten. Von den Massnahmen wird erwartet, dass sie das Vertrauen wiederherstellen und zu administrativer Effizienz beitragen. Schliesslich wird die Aufsichtsbehörde über mehr wirksame Vollzugsinstrumente verfügen, einschliesslich Strafsanktionen in Form angemessen hoher, für die Versicherer spürbarer Bussen.

Für manche (vor allem kleine) Versicherer schafft dieses Gesetz möglicherweise mehr administrativen Aufwand. Der Gesetzesentwurf könnte also auch die Tendenz zu Versicherungszusammenschlüssen fördern. Ebenso mögen die Kantone bei der Festlegung der Prämien weiterhin eine wichtige Rolle spielen, selbst wenn die Kompetenz hierfür beim Bund und später bei der Aufsichtsbehörde liegt. Es wird sich zeigen, ob dadurch das Verfahren zur Prämienfestlegung einfacher und reibungsloser verläuft oder sich aus der Sicht des Systems als ineffiziente Doppelspurigkeit erweist. Darüber hinaus müssen sowohl das BAG als auch die zukünftige Aufsichtsbehörde mit ausreichend Mitteln und Kapazitäten ausgestattet werden, um ihre Aufgaben voll und ganz erfüllen zu können. Die Kostenentwicklung bei allen Versicherern zu prognostizieren wird eine gewaltige Aufgabe sein. Schliesslich müssen mit den strengeren Bestimmungen für die Versicherer auch Massnahmen und Vorschriften einhergehen, die den Wettbewerb auf der Anbieterseite stärken, allen voran die Möglichkeit selektiver Vertragsabschlüsse.

Anmerkungen

- 1 Sowohl «Krankenkassen» als auch kommerzielle Versicherungsunternehmen können KVG-Versicherungsverträge anbieten, vorausgesetzt dieser Tätigkeitsbereich ist nicht gewinnorientiert. Bis jetzt haben die kommerziellen Krankenversicherer jedoch kein grosses Interesse an der sozialen Krankenversicherung bekundet, weshalb nur Krankenkassen die KVG-Deckung bereitstellen.
- 2 Ausführlichere Informationen zur Finanzierung der Langzeitpflege unter: www.oecd.org/dataoecd/61/28/47878092.pdf.
- 3 Folgende Leistungen der medizinischen Prävention werden vollumfänglich vergütet: Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft für sechs Krankheiten; sonographisches Hüftscreening nach Graf bei Neugeborenen im Alter von 0 bis 6 Wochen; Rachitisprophylaxe während des 1. Lebensjahres; max. acht Untersuchungen des Gesundheitszustandes bei Kindern im Vorschulalter; bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps und Röteln; Haemophilus-Influenza-Impfung bei Kleinkindern bis 5 Jahre; Hepatitis-B-Impfung (vorrangig bei Neugeborenen positiver Mütter und bei Kindern zwischen 11 und 15 Jahren); Impfungen bei Erwachsenen: Diphtherie und Tetanus alle 10 Jahre (oder Letztere nach einer Verletzung), Grippe-Impfungen bei Personen, die älter als 65 Jahre sind oder an einer schweren Erkrankung leiden; Hepatitis-B-Impfung; HIV-Test bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter oder Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind; gynäkologische Untersuchung alle drei Jahre; Mammographie alle 2 Jahre ab dem 50. Altersjahr, jährlich für Frauen mit hohem Risiko; Kolonoskopie bei familiärem Kolonkarzinom; Untersuchungen der Haut bei familiär erhöhtem Melanomrisiko.
- 4 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Änderung vom 19. März 2010.
- 5 Die effektive Prämienlast ist der Anteil der Prämien – unter Abzug der Verbilligungen – am Einkommen eines Haushalts.
- 6 In der Haushaltsbudgeterhebung werden gegenwärtig alle Gesundheitsausgaben eines Haushalts erfasst, einschliesslich der Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die später von der Krankenversicherung zurückerstattet werden (Rossel, 2009).
- 7 In manchen Fällen haben einzelne Krankenversicherer beschlossen, aus den kollektiven Preisverhandlungen auszutreten und direkt mit den Leistungserbringern zu verhandeln.
- 8 «Réseaux de soins intégrés» auf Französisch. Der Begriff «integrierte Versorgung» wird je nach Land und System sehr unterschiedlich verwendet (Nolte and McKee, 2008). In den USA bezieht sich die integrierte Versorgung auf Organisationen, die von der Krankenversicherung bis hin zur Erbringung der Gesundheitsleistungen sämtliche Funktionen eigenverantwortlich integrieren. Im europäischen Kontext bezeichnet der Begriff eher die Koordination von «Behandlung und Pflege» oder die Koordination verschiedener Arten von Gesundheitsleistungen in der Versorgungskette. In der Schweiz bezieht sich der Begriff eher auf Letzteres – obgleich es keine eindeutige Definition gibt.

Bibliographie

- AOK (2009). Sonderauswertung zum DMP KHK mit Differenzierung nach Geschlechtern und zum Diabetes mellitus Typ 2, Juni 2009, abrufbar unter www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/gesetzlich/bund/index.html
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010), *Krankenversicherungs-Statistik 2008*, BAG, Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011a), *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2009*, BAG, Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011b), *Prämienübersicht*, BAG, Bern.
- Balthasar, A. (2003), *Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002*, Daniel Wiedmer (Hrsg.), Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 20/03, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.
- Balthasar, A., O. Bieri und B. Gysin (2008), *Monitoring 2007. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen*, Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Baumberger, J. (2007), «Managed Care», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 171–180.
- Beck, K. (Hrsg.) (2004), *Reformstau beim Risikoausgleich? Internationale Erfahrungen und konkrete Lösungen für die Schweiz*, Risk Adjustment Network, Luzern.
- Beck, K., M. Trotmann und P. Zweifel (2010), «Risk Adjustment in Health Insurance and its Longterm Effectiveness», *Journal of Health Economics*, Jg. 29, S. 489–498.
- Berchtold, P. (2010), «Budgetmitverantwortung in der integrierten Versorgung», *Schweizerische Ärztezeitung – Forum Managed Care*, Jg. 91, Nr. 18, S. 714.
- Berchtold, P. und I. Peytremann-Bridevaux (2011), «Integrated Care Organisations in Switzerland», *International Journal of Integrated Care*, Jg. 11.
- BPV – Bundesamt für Privatversicherungen (2008), *Jahresbericht 2007*, BPV, Bern.
- Bundeskanzlei (2011), *Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz, KVAG)*, Bundeskanzlei, Bern, Januar.
- Conklin, A. und E. Nolte (2010), *Disease Management Evaluation – A Comprehensive Review of the Current State of Art*, Rand Europe, Cambridge.
- Dormont, B., P.Y. Geoffard und K. Lamiraud (2009), «The Influence of Supplementary Health Insurance on Switching Behavior: Evidence from Swiss Data», *Health Economics*, Jg. 18, S. 1339–1356.
- FINMA – Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (2010), *FINMA präzisiert aufsichtsrechtliche Vorgaben für Krankenzusatzversicherungen*, Medienmitteilung, 27. April 2010.
- Frank, R.G. und K. Lamiraud (2009), «Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance», *Journal of Economic Behavior and Organization*, Jg. 71, S. 550–562.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011), *Krankenversicherung: Prämienverbilligung, Synoptische Übersicht 2011*, GDK, Bern.
- Hammer, S., M. Peter und J. Trageser (2008), *Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung*, Schlussbericht, Forschungsprotokoll 9, Obsan, Neuenburg.

- Holly, A., L. Gardiol und Y. Eggli (2004), *Health-based Risk Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalisation*, Institut d'Economie et de Management de la Santé, Universität Lausanne, Lausanne.
- Iten, R. et al. (2010), *Economic Impact of Rising Healthcare Expenditures*, Infrac, Zürich.
- Lamiraud, K. (2011), *Le rôle des consommateurs dans la concurrence des systèmes d'assurance santé : L'exemple de la Suisse*, Präsentation, Paris, März 2011.
- Leu, R.E. et al. (2009), *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*, The Commonwealth Fund, Nr. 1220.
- Litwin, H. und E.V. Sapir (2009), «Forgone Health Care Due to Cost Among Older Adults in European Countries and in Israel», *European Journal of Ageing*, S. 167–179.
- Mathauer, I. und G. Carrin (2011), «The Role of Institutional Design and Organizational Practice for Health Financing Performance and Universal Coverage», *Health Policy*, Jg. 99, S. 183–192.
- Mathauer, I. und E. Nicolle (2011), «A Global Overview of Health Insurance Administrative Costs: What Are the Reasons for Variations Found?», *Health Policy* (erscheint demnächst).
- Mathauer, I., K. Xu, G. Carrin und D. Evans (2009), *An Analysis of the Health Financing System of the Republic of Korea and Options to Strengthen Health Financing Performance*, Department of Health Systems Financing; WHO, Genf.
- Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (2008), *Beschreibung der Risikostrukturausgleichssystematik des niederländischen Krankenversicherungsgesetzes*, Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport.
- OECD (2010a), *Value for Money in Health Systems*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010b), *Health Care Systems Efficiency and Policy Setting*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010c), *Health Care Systems: Getting More Value for Money*, Economics Department Policy Note Nr. 2, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010d), *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technology*, OECD Publishing, Paris.
- OECD und WHO (2006), *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*, OECD Publishing, Paris.
- Paris, V., M. Devaux und L. Wei (2010), *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, Health Working Paper Nr. 50, OECD Publishing, Paris.
- Rossel, R. (2009), *Private Health Expenditure – Data Sources and Estimation Methods, Country Case Study: Switzerland*, Dokument für den Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework, 12. Juni 2009, OECD-Konferenzzentrum, Paris.
- Schang, L. (2009), «Morbidity-based Risk Structure Compensation», *Health Policy Monitor*.
- Schaufler, T. (2006), «Anforderungen an die Evaluation von Disease Management Programmen: Defizite und ihre Ursachen», *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, Jg. 12, Nr. 2, S. 50–54.

- Schoen, C., R. Osborn, D. Squires, M.M. Doty, R. Pierson und S. Applebaum (2010), «How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries», *Health Affairs*, Jg. 29, Nr. 12, S. 2323–2334.
- Schreiben an Herrn Pascal Strupler, Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, Bern, 28. März 2011.
- Schreyögg, J. und R. Busse (2005), «Disease Management in Germany», *Euro Observer*, Jg. 7, Nr. 2, S. 3–4.
- Struijs, J.N. und C.A. Baan (2011), «Integrating Care Through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands», *New England Journal of Medicine*, Jg. 364, Nr. 11, S. 990–991.
- Sutter, R. und U. Wunderlin (2009), *Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs im Jahr 2009*, gemeinsame Einrichtung KVG, Solothurn.
- Szecsényi, J., T. Rosemann, S. Joos, F. Peters-Klimm und A. Miksch (2008). «German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care Instrument», *Diabetes Care*, Jg. 31, Nr. 6, S. 1150–1154, Juni.
- Tsiachristas, A. (2010), «Towards Integrated Care for Chronic Conditions: Dutch Policy Developments to Overcome the (Financial) Barriers», *Health Policy*, Jg. 101, S. 122–132.
- van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem and I. Zmora (2007), «Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 Years Later», *Health Policy*, Vol. 83, pp. 162–179.
- van Kleef, R.C., K. Beck, W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet (2008), «Risk Equalization and Voluntary Deductibles: A Complex Interaction», *Journal of Health Economics*, Vol. 27, pp. 427–443.
- Wolff, H., J.-M. Gaspoz and I. Guessous (2011), «Health Care Renunciation for Economic Reasons in Switzerland», *Swiss Medical Weekly*, Vol. 141, Article No. w13165.

Kapitel 3

Gesundheitspersonal

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Gesundheitspersonal in der Schweiz. Nach einem Überblick über dessen Verteilung und Entwicklung behandelt Abschnitt 3.1 den prognostizierten Mangel an Gesundheitsfachkräften in der Schweiz. Abschnitt 3.2 untersucht Trends beim Gesundheitspersonal wie seine Alterung, die Feminisierung des Arztberufs und die Erwartungen jüngerer Generationen von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf ihre persönliche Work-Life-Balance. Abschnitt 3.3 geht kurz auf die Ausbildungsreformen der letzten Jahre und deren Auswirkungen ein. Weiter prüft er, ob die Schweiz genügend Gesundheitspersonal ausbildet. Abschnitt 3.4 beleuchtet die Thematik der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften, und Abschnitt 3.5 zeigt Strategien zur besseren Nutzung der vorhandenen Ressourcen auf. Abschnitt 3.6 schliesslich beschreibt die wichtigsten Herausforderungen für die Schweiz bei der Bewältigung der Personalfragen im Gesundheitswesen.

3.1 Verteilung und Entwicklung des Gesundheitspersonals

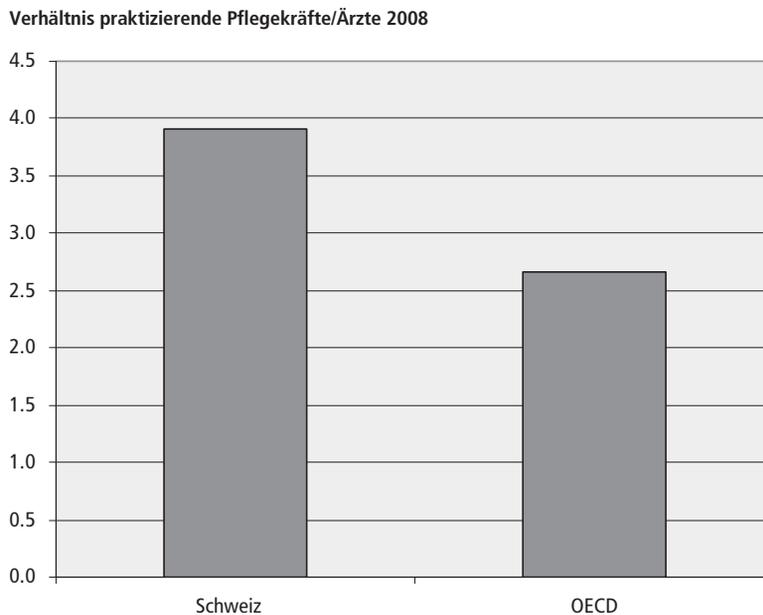
Bestand insgesamt über dem OECD-Durchschnitt...

Die Schweiz ist insgesamt besser mit Gesundheitspersonal vorsorgt als der OECD-Durchschnitt. Pro 1000 Einwohner sind in der Schweiz 68,4 im Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt, in der OECD sind es durchschnittlich 48,6 (OECD, 2010). Namentlich bei den Pflegefachkräften liegt die Schweiz mit 10,15 Pflegefachfrauen und -männern¹ und 4,76 Fachangestellten pro 1000 Einwohner über dem OECD-Mittel von 6,88 respektive 2,26. Auch die Zahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und des Betreuungspersonals pro 1000 Einwohner ist höher als im OECD-Durchschnitt. Bei den Hebammen hingegen liegt die Schweiz mit 0,28 unter dem OECD-Mittel von 0,35 pro 1000 Einwohner.

...aber Unterschiede bei den Berufen und der geografischen Verteilung

Innerhalb des gesamthaft überdurchschnittlichen Bestands in der Schweiz sind beträchtliche Unterschiede unter den Berufen auszumachen. Die Verhältniszahl von Pflege- zu Arztpersonal ist in den letzten zehn Jahren von 3,67 auf 3,9 gestiegen und liegt damit über dem OECD-Durchschnitt (Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1 **Verhältnis Pflege-/Arztpersonal Schweiz und OECD-Durchschnitt**

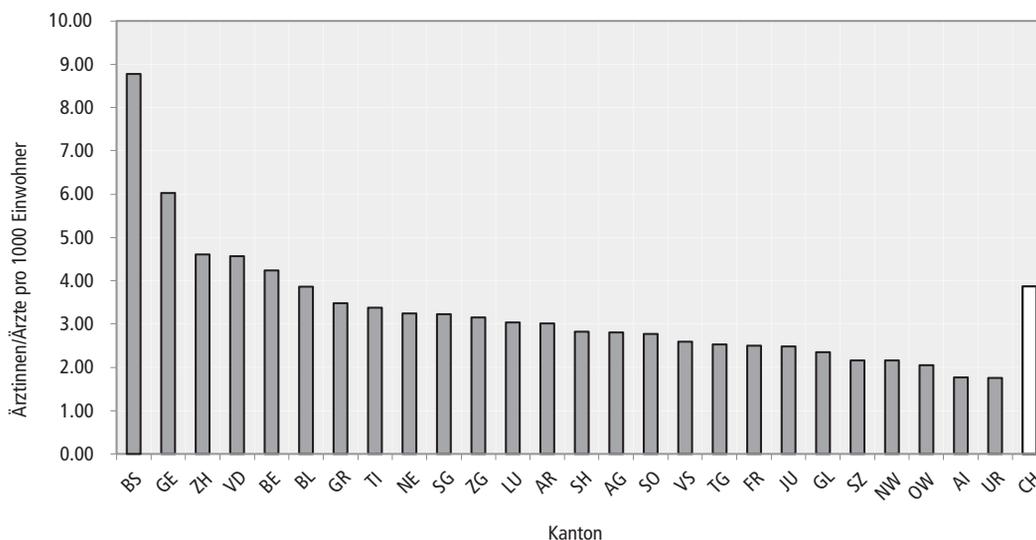


Quelle: OECD Health Data 2010.

Im ambulanten Sektor ist der Anteil der Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte² gegenüber den Fachärzten im Lauf der Jahre zurückgegangen. Der Anteil der Allgemeinärzte am Gesundheitspersonal hat zwischen 1980 und 2010 von 37 auf 30 Prozent abgenommen (FMH, 2011).

Was die geografische Verteilung anbelangt, so sind deutliche Unterschiede unter den Kantonen auszumachen. Nicht überraschend weisen Kantone mit Universitätspitälern wie Genf, Waadt, Bern, Zürich und Basel-Stadt die höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten auf, wie Abbildung 3.2 zeigt.

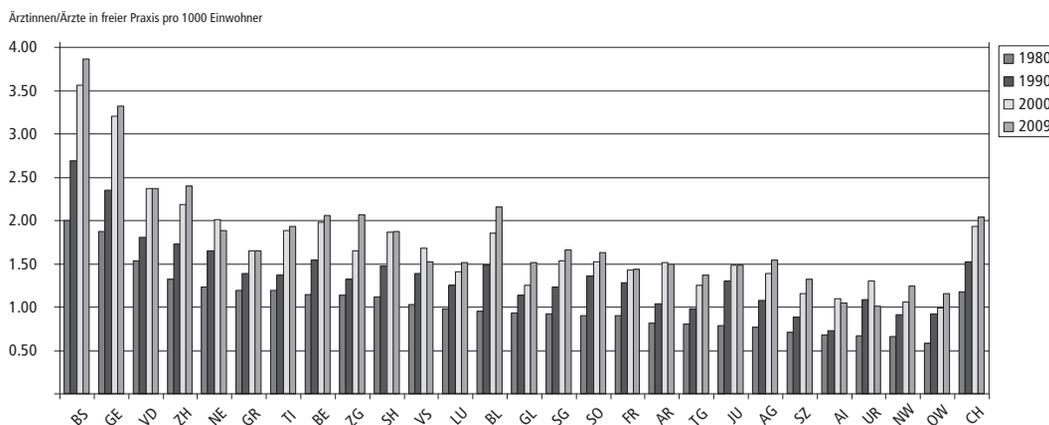
Abbildung 3.2 Anzahl Ärztinnen/Ärzte pro 1000 Einwohner nach Kanton, 2009



Quelle: FMH (2011).

Im ambulanten Sektor ist die Dichte der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis zwischen 1980 und 2009 von 1,2 auf 2,0 pro 1000 Einwohner deutlich gestiegen (FMH, 2011). Die Zunahme war wie Abbildung 3.3 zeigt zwischen 1980 und 1990 und auch zwischen 1990 und 2000 ausgeprägter als zwischen 2000 und 2009.

Abbildung 3.3 Anzahl Ärztinnen/Ärzte in freier Praxis pro 1000 Einwohner nach Kanton, 1980, 1990, 2000 und 2009



Quelle: FMH (2011).

Die Entwicklung zwischen 2000 und 2009 verlief nicht in allen Kantonen gleich. Die Kantone Genf, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Zug, Glarus, Nidwalden und Obwalden verzeichnen einen Anstieg bei der Ärztedichte in freier Praxis, die Kantone Neuenburg, Wallis, Appenzell Innerrhoden und Uri hingegen einen Rückgang. In den Kantonen Waadt, Schaffhausen, Aargau und Jura blieb der Wert stabil. 1980 führten Basel-Stadt, Genf, Waadt, Zürich, Neuenburg, Graubünden und Tessin die Rangliste bei der Dichte an Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis an. 2009 wurden die Kantone Neuenburg, Graubünden und Tessin von Basel-Landschaft, Zug und Bern verdrängt.

2002 hat ein Parlamentsentscheid in der Schweiz zu einem Zulassungsstopp für neue Arztpraxen mit Tätigkeiten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) geführt, der bei der Entwicklung der Ärztedichte im ambulanten Sektor in den letzten Jahren vermutlich auch eine Rolle gespielt hat (vgl. Kasten 3.1).

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der Verteilung des Gesundheitspersonals sind die Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gegenden und insbesondere den Bergregionen. Grössenmässig ist die Schweiz zwar nicht mit Ländern wie Kanada oder Australien vergleichbar, die Versorgung von dezentralen Regionen und Berggebieten stellt aber eine grosse Herausforderung dar (vgl. Kasten 3.2). Die Suche nach Nachfolgern für Hausarztpraxen in Rand- und Berggebieten in der Schweiz und die Versorgung medizinischer Notfälle in diesen Gegenden erweist sich Hinweisen zufolge zunehmend als schwierig. In ländlichen Gegenden liegt die Hausarztmedizin auch bei den Zuwachsraten hinter der Gynäkologie, Pädiatrie und Chirurgie zurück (Roth, 2010).

Kasten 3.2 **WHO-Empfehlungen, um Gesundheitspersonal in dezentralen und ländlichen Gebieten zu halten**

Die Versorgung durch ausgebildetes Gesundheitspersonal auf dem Land und in Randgebieten sicherzustellen ist eine komplexe Herausforderung für die Politik. Rund die Hälfte der Bevölkerung weltweit lebt in ländlichen Gegenden, auf die aber insgesamt nur 38 Prozent des Pflege- und weniger als ein Viertel des ärztlichen Personals entfallen. Im Juli 2010 hat die WHO die Global-Policy-Empfehlungen «Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention» herausgegeben. Sie sind als Leitlinien gedacht und berichten über bisherige Erfahrungen mit Strategien in den vier Bereichen Ausbildung, Regulierung, finanzieller Anreiz sowie persönliche und berufliche Unterstützung (vgl. www.who.int/hrh/migration/retention/en/index.html).

... und ein drohender Mangel an Gesundheitspersonal

Der Bestand an Gesundheitspersonal wurde in der Schweiz bis vor Kurzem nicht als grösseres Problem wahrgenommen und von der Politik auch entsprechend wenig beachtet. Die Diskussionen über Einsparungen im Gesundheitswesen und ein drohender Personalengpass haben die Frage aber mehr und mehr ins Zentrum gerückt.

Die Angst vor einem Überschuss vor allem bei den Ärzten ist in der Diskussion in den letzten Jahrzehnten der Angst vor einem Mangel an Gesundheitspersonal gewichen (Pécoud, 2006). In den 1980er- und 1990er-Jahren wurden nicht nur in der Schweiz, sondern auch in anderen OECD-Ländern ein Ärzteüberschuss und eine entsprechende Zunahme der Gesundheitsko-

Kasten 3.1 Zulassungsstopp für neue Arztpraxen

Aus Angst vor einer Kostenexplosion und weil mit der Unterzeichnung der bilateralen Abkommen³ zwischen der Schweiz und der Europäischen Union eine Ärzteschwemme aus dem EU-Raum befürchtet wurde, hat die Schweiz 2002 aufgrund eines Parlamentsentscheids einen Zulassungsstopp für neue Arztpraxen im obligatorischen Krankenpflegeversicherungsbereich (KVG) verhängt. Zuständig für den Vollzug der entsprechenden Verordnung des Bundesrats sind die Kantone, die bei der Umsetzung über einen gewissen Spielraum verfügen.

Die ursprünglich für drei Jahre geplante Massnahme (Bundeskanzlei, 2002) wurde bis Ende 2011 verlängert. Die Verordnung gilt für Ärztinnen und Ärzte aus dem In- und Ausland mit freier Praxis im KVG-Bereich – die Hauptform der Praxisausübung in der Schweiz. Seit Januar 2010 gilt der Zulassungsstopp für Allgemein- und nicht spezialisierte Kinder- und Jugendärzte nicht mehr (Bundeskanzlei, 2009). Ärztinnen und Ärzte, die keine Zulassung für eine eigene Praxis erhalten, können sich einer bestehenden Praxis anschliessen, ausserhalb des KVG-Bereichs praktizieren oder im Spital arbeiten.

Es kann darüber diskutiert werden, ob die Massnahme ihr Ziel erreicht hat. Die Gesundheitskosten und die Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten aus der Europäischen Union sind auch nach dem Zulassungsstopp weiter gestiegen – ob weniger stark als dies ohne die Massnahme der Fall gewesen wäre, lässt sich schwer sagen. Die Kantone haben verstärkte Befugnisse, die Zahl der Arztpraxen im KVG-Bereich zu regulieren. Sie stützen ihre Zulassungsentscheide auf unterschiedliche Faktoren. Rund die Hälfte der Kantone wendet zusätzlich zu den Vorgaben der Verordnung (Anzahl, Dichte) eigene Kriterien zur Zulassung neuer Praxen an. Der Zulassungsstopp hat vermutlich auch dazu beigetragen, dass die Zuwachsraten der Ärztinnen und Ärzte in ambulanter Praxis zwischen 2000 und 2009 rückläufig waren (Abbildung 3.3). Nicht überraschend ist auch die Zahl der Praxiseröffnungen zurückgegangen. Vor diesem Rückgang stieg sie aber in den Jahren 2003, 2002 und weniger ausgeprägt 2001 stark an (BAG, 2009), wahrscheinlich weil im Hinblick auf den bevorstehenden Zulassungsstopp noch viele Gesuche gestellt wurden. Auf die Differenz zwischen Kantonen mit hoher Ärztedichte in freier Praxis wie Basel-Stadt oder Genf und solchen mit tiefen Werten wie Uri oder Appenzell Innerrhoden scheint sich der Zulassungsstopp nicht ausgewirkt zu haben. Kritiker führen weiter an, mit dem Zulassungsstopp könnten junge Ärztinnen und Ärzte nur schwer Gruppenpraxen eröffnen, würden dadurch länger im Spital bleiben und sich zu Fachärzten ausbilden, was den Mangel an Hausärzten verschärfe (VSAO, 2007). Die Zunahme der Hausarztpraxen⁴ erweist sich im Vergleich zu den Facharztpraxen in den letzten Jahren als sehr gering (Roth, 2010).

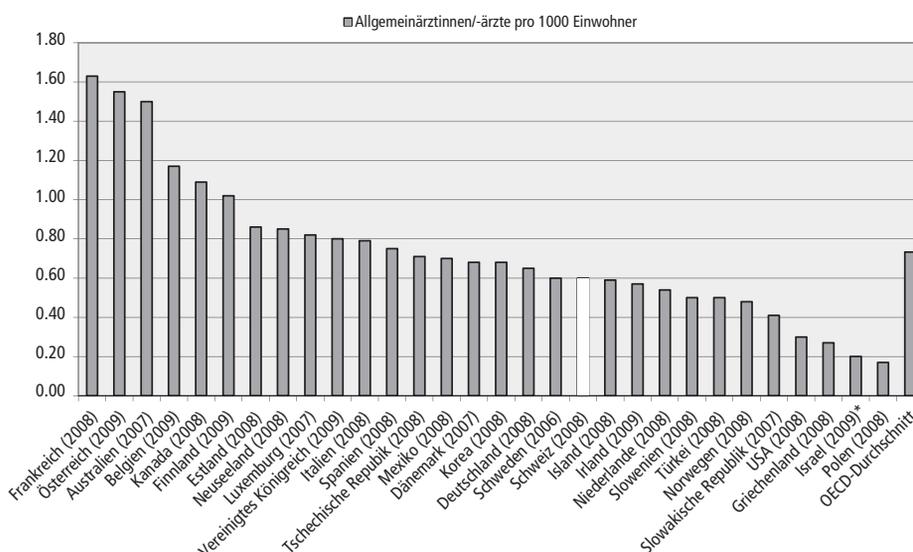
2012 endet der Zulassungsstopp, und es muss über eine weitere Verlängerung entschieden werden. Der Zulassungsstopp wurde bereits zweimal verlängert, 2005 und 2008. Damals wurde darüber diskutiert, den Stopp aufzuheben und eine selektive Kontrahierung zuzulassen, das heisst die Versicherer wären nicht mehr verpflichtet mit allen frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten Verträge abzuschliessen. Diese Idee war aber sehr umstritten und wurde verworfen. Der Zulassungsstopp hat seit seiner Einführung zu keinen grösseren Diskussionen oder neuen Vorschlägen geführt. Ein systematisches Monitoring und eine Untersuchung über die Auswirkungen des Zulassungsstopps sind bisher ausgeblieben, was sicher die Gesamtbeurteilung der Frage und eine solide evidenzbasierte Entscheidungsfindung erschwert.

sten befürchtet. Damals stieg die Ärztedichte in der Schweiz immer weiter an, weil nach dem zunehmenden Andrang beim Medizinstudium in den 1960er- und 1970er-Jahren viele neue Ärztinnen und Ärzte auf den Arbeitsmarkt kamen (Danon-Hersh und Paccaud, 2005). Dazu wurde wie bereits erwähnt befürchtet, nach der Unterzeichnung der bilateralen Abkommen könnte es wegen der attraktiven Einkommen in der Schweiz zu einer Ärzteschwemme aus der Europäischen Union kommen. Dies führte zu einer restriktiveren Politik bei der Zulassung zum Medizinstudium mit Einführung eines Numerus clausus an den Universitäten Bern, Basel, Freiburg und Zürich sowie bei der Bewilligung neuer Praxen (vgl. Kasten 3.1).

Statt der Überversorgung, gegen die diese Massnahmen ergriffen wurden, zeichnete sich aber mehr und mehr ein drohender Personalmangel im Gesundheitsbereich ab. Ausschlaggebend dafür sind Faktoren wie die Alterung der Bevölkerung, epidemiologische Verlagerungen, technologische Fortschritte und Merkmale beim Gesundheitspersonal wie dessen Alterung. Diverse Studien (Seematter-Bagnoud und andere, 2008; Jaccard-Ruedin und andere, 2009; Jaccard-Ruedin und Weaver, 2009) weisen auf eine künftige Personalverknappung hin. Die Studien gehen davon aus, dass in der Schweiz bis 2030 zwischen 120 000 und 190 000 Personen im Gesundheitsbereich rekrutiert werden müssen. Rund zwei Drittel werden als Nachfolge für Pensionierungen benötigt, der Rest um den zunehmenden Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen zu decken. Ein besonders akuter Mangel zeichnet sich bei den Allgemeinärztinnen und -ärzten (Pécoud, 2006; Waeber und andere, 2009) sowie bei den Pflegefachkräften in der Langzeitpflege wie zum Beispiel in Pflegeheimen ab (Jaccard-Ruedin und Weaver, 2009). Die Befürchtungen in Bezug auf die Hausärzte werden noch dadurch genährt, dass die Allgemeinärztdichte in der Schweiz im Gegensatz zu insgesamt überdurchschnittlichen Werten mit 0,6 Allgemeinärzten unter dem OECD-Durchschnitt von 0,73 pro 1000 Einwohner liegt (vgl. Abbildung 3.4).

Prognosen zu Nachfrage und Angebot beim Gesundheitspersonal sind schwierig wie alle Vorhersagen, die naturgemäss von nicht gesicherten Annahmen ausgehen. Es lassen sich aber Trends ausmachen, die bereits angefangen haben das Profil des Gesundheitspersonals in der Schweiz zu formen und zu verändern.

Abbildung 3.4 **Allgemeinärztdichte in OECD-Ländern**



* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

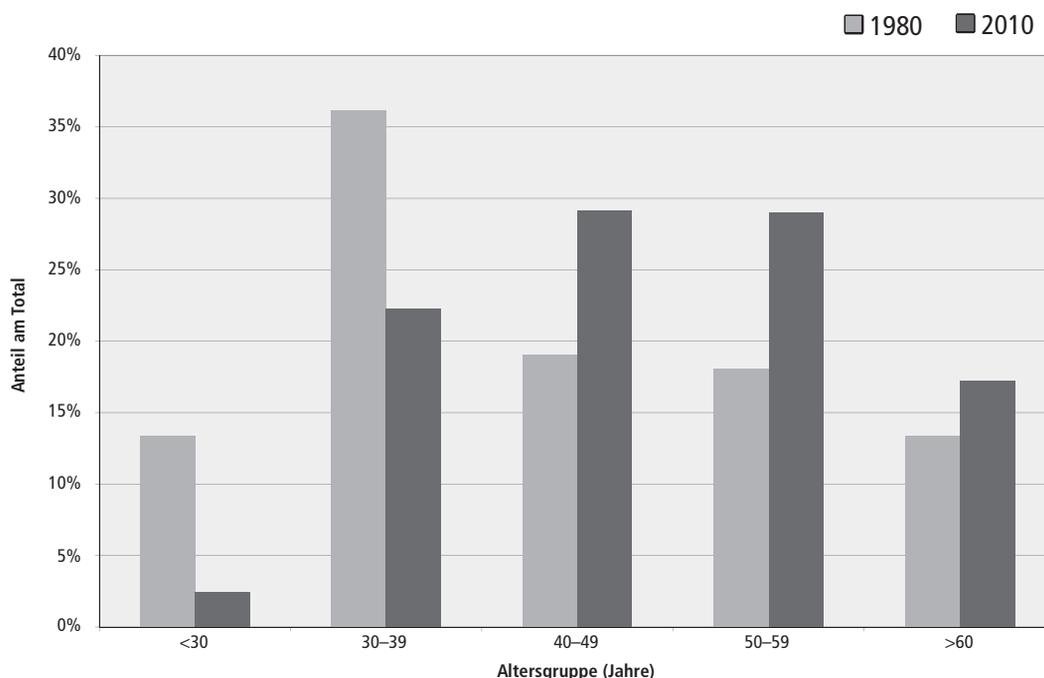
Quelle: OECD Health Data 2010.

3.2 Trends beim Gesundheitspersonal

Die Alterung des Gesundheitspersonals, die Feminisierung des Arztberufs und neue Anforderungen an die Arbeitsbedingungen gehören zu den wichtigsten Einflussfaktoren beim Gesundheitspersonal in der Schweiz und in anderen OECD-Ländern (OECD, 2008).

Wie in vielen anderen OECD-Ländern ist das Gesundheitspersonal in der Schweiz gealtert. Zwischen 1980 und 2010 ist das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte von 44 auf 48,4 Jahre gestiegen (FMH, 2011). Im ambulanten Sektor sind die Ärztinnen und Ärzte sogar im Schnitt 53 Jahre alt (FMH, 2011). Wie Abbildung 3.5 zeigt, hat die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen in den letzten zwanzig Jahren deutlich ab- und die der 50- bis 59-Jährigen zugenommen, was zu entsprechend vielen Altersrücktritten in den nächsten 15 Jahren führen wird.

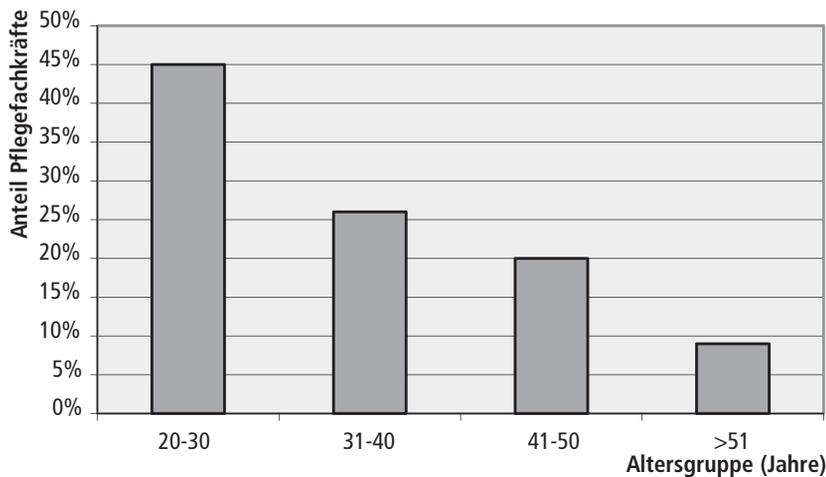
Abbildung 3.5 Altersverteilung der praktizierenden Ärzteschaft 1980 und 2010



Quelle: FMH (2011).

Zur Alterung der Pflegefachkräfte in der Schweiz liegen keine genauen Informationen vor. Laut ersten Resultaten der Studie RN4CAST⁵, der grössten europäischen Pflegepersonal-Untersuchung, ist aber ein erheblicher Anteil der Pflegefachkräfte in der Schweiz über 40 Jahre alt (Abbildung 3.6). Die grösste Altersgruppe des Pflegepersonals machen die 20- bis 30-Jährigen aus (45%), gefolgt von den 31- bis 40-Jährigen und den 41- bis 50-Jährigen mit 26 respektive 20 Prozent. Damit stellen die Altersgruppen 41 bis 50 und 51 und mehr Jahre zusammen rund einen Drittel der Pflegefachkräfte. Eine Erklärung für die Abgänge zwischen der Altersgruppe 20 bis 30 und 31 bis 40 Jahre könnten die vorübergehende oder definitive Aufgabe des Berufs oder ein Wechsel in andere Bereiche sein.

Abbildung 3.6 Altersverteilung der Pflegefachkräfte 2010

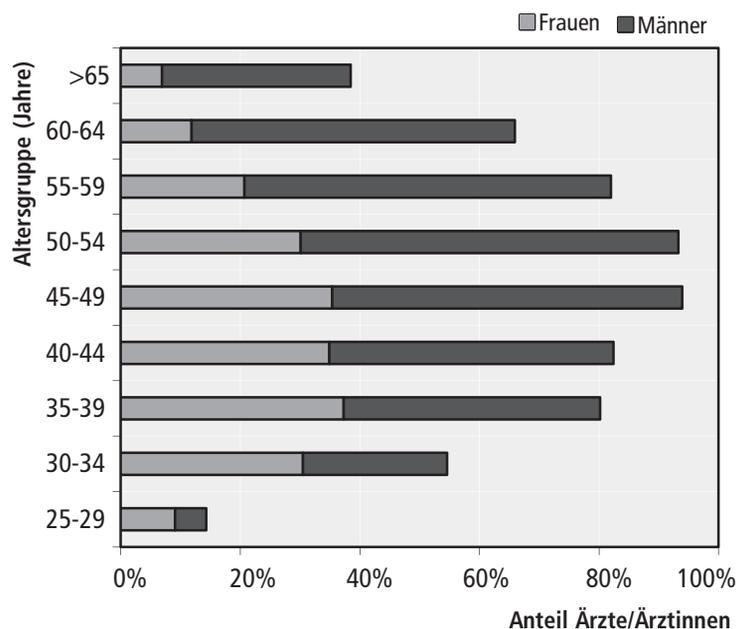


Quelle: RN4CAST (2011).

Die Alterung des Personals kann Auswirkungen auf die Ausübung gewisser vor allem körperlicher Tätigkeiten haben und könnte in diesem Zusammenhang zu einem ernst zu nehmenden Thema werden. Der Pflegeberuf stellt erhebliche körperliche Anforderungen – Patienten müssen umgelagert, schwere Lasten gehoben und auf alle Arten von Notfällen muss schnell reagiert werden. Oft sind auch Arbeiten in mühsamen Stellungen zu verrichten oder langes Stehen ist nötig (z.B. im Operationssaal). Eine direkte Folge davon können Ermüdungserscheinungen sein, und anhaltendes, langes oder häufiges schweres Tragen kann zu Beschwerden oder Unfällen führen (Estryn-Behar und andere, 1990; Videman und andere, 1984). In Kanada beispielsweise weisen die Pflegefachkräfte eine der höchsten Abwesenheitsraten aller Beschäftigten auf, die zum Teil auf Beschwerden am Bewegungsapparat zurückzuführen ist (Shamian und andere, 2003).

Ein weiterer Trend beim Gesundheitspersonal in der Schweiz betrifft die Feminisierung. Der Anteil der Ärztinnen hat sich zwischen 1980 und 2010 von 17 auf 36 Prozent im Durchschnitt mehr als verdoppelt (Kraft und Hersperger, 2009d; Kraft, 2011). Im stationären Sektor (40%) ist der Frauenanteil weiterhin höher als im ambulanten Sektor (31%), wobei im letzteren Bereich eine rasche Zunahme erwartet wird (Kraft und Hersperger, 2009d). Ausgehend von der Überzahl der Frauen bei den Abschlüssen der letzten Jahre wird die Feminisierung des Arztberufs noch fortschreiten. 2009 wurden über 60 Prozent der medizinischen Abschlüsse von Frauen erlangt, 1980 noch weniger als 30 Prozent (persönliche Mitteilung BFS, 2010). In der Altersgruppe der unter 30-Jährigen sind die Ärztinnen wie aus Abbildung 3.7 ersichtlich ist bereits in der Überzahl (Kraft, 2011).

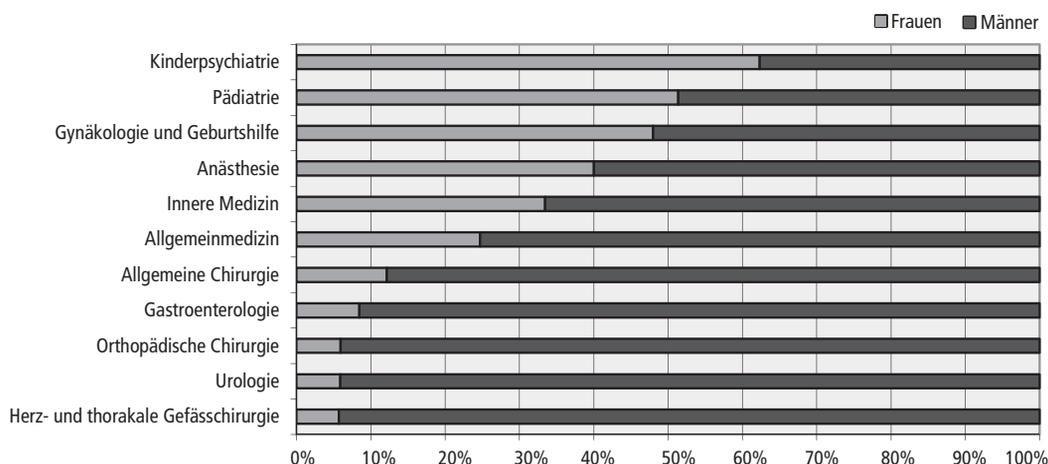
Abbildung 3.7 Altersverteilung der Ärzteschaft nach Geschlecht 2010



Quelle: FMH (2011).

Neben dem allgemeinen Feminisierungstrend sind aber je nach Facharztbereich deutliche Unterschiede zu beobachten (Abbildung 3.8). In Fachgebieten wie Orthopädische Chirurgie, Chirurgie und Kardiologie liegt der Frauenanteil unter 15 Prozent, während er in der Anästhesiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychologie überdurchschnittlich hoch ist (Kraft und Hersperger, 2009d). Beim ärztlichen Führungspersonal in den Spitälern ist der Frauenanteil mit weniger als 10 Prozent weiterhin gering (Kraft, 2011). Auch in akademischen Funktionen sind die Frauen Hinweisen zufolge untervertreten.

Abbildung 3.8 Geschlechterverteilung nach Facharztgebiet



Quelle: FMH (2011).

Die Feminisierung des Berufsstands hat auch Auswirkungen auf die Art, wie die Medizin praktiziert wird, zum Beispiel in Bezug auf Arbeitsmodelle. Ärztinnen tendieren eher zu Teilleistungsarbeit als ihre männlichen Kollegen (Kraft, 2010). Dieser Unterschied ist im ambulanten Sektor deutlicher, wo die Frauen durchschnittlich einen Tag pro Woche weniger arbeiten als die Männer (FMH, 2011). Ärztinnen bevorzugen auch eher Gruppenpraxen, wo sie zu 47 Prozent, die Männer nur zu 32 Prozent arbeiten (Kraft, 2010). Internationale Studien zeigen, dass Ärztinnen den Patienten mehr Zeit widmen als ihre männlichen Kollegen (Roter und andere, 2002). Sie können vielleicht deshalb auch besser mit den Patienten kommunizieren und umgehen (Contandriopoulos und Fournier, 2007). Die Feminisierung des Arztberufs könnte somit den ganzheitlicheren Zugang zu den Patientinnen und Patienten allenfalls zusammen mit der Entwicklung von Krankheitsmanagement-Programmen fördern.

Ein Trend zur Angleichung der Geschlechteranteile wie beim Arztberuf ist beim Pflegepersonal nicht zu beobachten. Diese Domäne bleibt weitgehend in Frauenhand. Der Anteil männlicher Pflegefachkräfte ist nach wie vor gering. Nach einer Schätzung waren 2009 nur rund 16 Prozent des Pflegepersonals in den Spitälern Männer (BFS, 2009). Daran wird sich auch in nächster Zeit kaum etwas ändern, denn in den letzten Jahrzehnten machten die Männer nur rund 10 Prozent der Berufsabschlüsse aus (BFS, 2007).

Neben der Feminisierung wird das Gesundheitswesen auch neuen Erwartungen des Personals namentlich in Bezug auf eine bessere Work-Life-Balance gerecht werden müssen (Buddeberg und andere, 2008). Die neue Generation der Ärztinnen und Ärzte will oft weniger lang arbeiten als ihre Vorgänger. Im ambulanten Sektor beispielsweise arbeiten Ärztinnen und Ärzte unter 45 Jahren im Durchschnitt 4,1 Tage, die über 45-Jährigen 4,4 Tage pro Woche (FMH, 2011). Junge Ärztinnen und Ärzte tendieren auch stärker zu Gruppenpraxen als die älteren (BAG, 2010). Gruppenpraxen bieten mehr Flexibilität vor allem bei den Arbeitszeiten und wirken beruflicher Isolierung entgegen, wie sie in Einzelpraxen vorkommen kann.

Die Erwartungen der neuen Ärztegeneration werden dazu führen, dass Anpassungen bei den Arbeitsbedingungen nötig werden. Vor allem die Hausärztinnen und Hausärzte klagen zunehmend über Verschlechterungen und dass der Beruf an Prestige, Autonomie und Einkommen eingebüsst habe (Buddeberg-Fischer und andere, 2006; Waeber und andere, 2009). Die Differenz zwischen den Einkommen der Allgemein- und der Fachärzte besonders mit komplexen Behandlungsverfahren ist ein anerkanntes Problem. 2004 wurde das einheitliche Tarifsystem für die Vergütung der Ärzte in freier Praxis TARMED eingeführt, das diese Differenz verringern sollte. Trotz einiger Verbesserungen bleibt sie aber weiterhin erheblich (BAG, 2010). Schlechtere Arbeitsbedingungen spielen auch bei der Zunahme von Burnoutfällen unter der Ärzteschaft eine Rolle. Laut der Studie Arigoni und andere (2010) haben die Burnouts in den letzten zehn Jahren gesamtschweizerisch zugenommen. Allgemeinärzte haben insgesamt ein grösseres Risiko für stressbedingte Erkrankungen als Fachärzte. Laut Goehring und andere (2005) sind die Burnoutfälle der Allgemeinpraktiker im Schnitt Männer zwischen 45 und 55 Jahren und betreffen häufiger Hausärzte in nicht-urbanen Gegenden.

Die Arbeitsbedingungen sind auch bei den Pflegefachkräften ein wichtiges Anliegen. Die NEXT Studie, an der die Schweiz nicht teilnimmt, untersucht in 11 europäischen Ländern die Gründe, Umstände und Folgen eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Beruf. Sie stellt einen naheliegenden Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Ausstiegsplänen fest (Hasselhorn und andere, 2004). Der Verbleib der Pflegefachkräfte im Beruf ist in der Schweiz wenig dokumentiert. Erste Resultate der RN4CAST-Studie zeigen aber, dass nahezu 28 Prozent der

Pflegefachkräfte ihre derzeitige Stelle verlassen wollen, 46 Prozent davon um in einem anderen Spital, 30 Prozent um noch im Beruf, aber nicht mehr in einem Spital, und 24 Prozent um nicht mehr im Beruf zu arbeiten (RN4CAST, 2011). Wer gutes Personal bei hoher Fluktuation nicht halten und rekrutieren kann, muss mit negativen Folgen auf die Versorgungsleistungen vor allem bezüglich Qualität und Kosten rechnen, weil die Teams und der Betrieb insgesamt an Effizienz einbüßen (OECD, 2008).

Es gibt in der Schweiz Anzeichen, die auf eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen bei den Pflegefachkräften hinweisen. Laut der RICH-Studie⁶ können die Strategien des Personals zur Priorisierung und zur Verteilung der beschränkten Ressourcen auf die Patienten zu einer Rationierung der Pflege führen, die sich negativ auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege auswirken. Weiter stellt die Studie einen Zusammenhang zwischen Rationierungsgrad, seelischer Erschöpfung und sinkender Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal fest.

3.3 Ausbildung

Landschaft im Umbruch ...

Das Bildungswesen im Gesundheitsbereich hat in den letzten Jahrzehnten grosse Reformen und Veränderungen erlebt, die vor allem darauf abzielen, die Qualität und Attraktivität der Ausbildungen, den Einbezug neuer Gegebenheiten im Berufsalltag und die Durchlässigkeit bei den Gesundheitsberufen zu verbessern. Die Änderungen haben sich im Medizinalberufegesetz (MedBG), dem Berufsbildungsgesetz (BBG) und dem Fachhochschulgesetz (FHSG) niedergeschlagen. Zudem sind weitere Revisionen und Gesetzesentwürfe in Diskussion wie das Gesetz über nicht-universitäre Gesundheitsberufe.

Die medizinische Ausbildung ist mit dem MedBG⁷, das 2007 das alte Berufsgesetz aus dem Jahr 1877 ablöste, gestärkt worden. Zum Beispiel ist mit dem neuen Gesetz permanente Weiterbildung obligatorisch geworden. Das Gesetz gilt als positiver Schritt bei der medizinischen Ausbildung. Allerdings stellt die Koordinierung unter den einzelnen Beteiligten wie Bund, Kantone, Universitäten, Spitälern, FMH usw. eine Herausforderung dar (BAG, 2010). Die Umsetzung der Bologna-Reform (vgl. Kasten 3.3) in der Schweiz hat einige Änderungen der Studienpläne nach sich gezogen, die sich auf das Gesundheitspersonal ausgewirkt haben dürften. Mittlerweile haben alle medizinischen Fakultäten der Schweiz die Bologna-Reform erfolgreich umgesetzt (Banz und andere, 2011), was zu mehr Flexibilität bei der medizinischen Ausbildung geführt hat (SWTR, 2006). Der Bachelor in Medizin wird nach drei Jahren erreicht, der anschliessende Master nach drei weiteren Jahren (zwei an der Universität und ein Jahr in der praktischen Ausbildung). Die Erfahrungen der Schweiz sind zwar noch beschränkt, weisen aber darauf hin, dass der Bachelor nicht nur als Station auf dem Weg zum Arzttitel, sondern auch als Zugang zu anderen Bereichen dient wie beispielsweise Biomedizin oder Public Health (Banz und andere, 2011). Dadurch kann die Durchlässigkeit bei den Gesundheitsberufen erhöht werden (SWTR, 2006).

Anderen Änderungen gegenüber werden zum Teil Befürchtungen laut. So sehen einige das neue Spitalfinanzierungsmodell mit Fallpauschalen als potenzielle Gefahr für die Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte (Rindlisbacher, 2010): Mit dem höheren Druck auf die Spitalkosten und der relativ geringen Kostentransparenz der Postgraduate-Ausbildung könnte deren Qualität und/oder die Anzahl Plätze für junge Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern leiden. Es ist noch zu früh, um die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Postgraduate-Ausbildung in den Spitälern beurteilen zu können. Die Frage wird

aber ernst genommen und über die neu lancierte Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» thematisiert, die den Austausch unter den kantonalen Gesundheitsdirektoren und Bundesbehörden fördern will.

Kasten 3.3 **Bologna-Reform**

Der Zweck der Bologna-Reform ist die Schaffung eines europäischen Hochschulraums (EHR). Standards sollen die Abschlüsse vergleichbar und kompatibel machen, die Qualität sichern, die Mobilität von Studierenden und Lehrenden fördern und die Wettbewerbsfähigkeit des Bildungsstandorts Europa stärken. Die Bologna-Reform wurde 1999 lanciert, der EHR ist mit der Erklärung von Budapest und Wien vom März 2010 eröffnet worden. 47 Länder haben sich bisher dem Bologna-Prozess angeschlossen. Die Kernpunkte der Bologna-Reform sind ein dreistufiges System für Hochschultitel (Bachelor, Master und Doktorat) und ein Punktesystem zur Anrechnung vergleichbarer Studienleistungen (European Credit Transfer Systems ECTS). Bei der medizinischen Ausbildung haben nicht alle Länder die Bologna-Reform umgesetzt.

Quelle: adaptiert von der Webseite Europäischer Hochschulraum (European Higher Education Area): www.ehea.info/

Auch bei den nicht-universitären Gesundheitsberufen gab es in der Schweiz einige signifikante Änderungen. Mit Inkrafttreten des Berufsbildungsgesetzes (BBG) 2004 sind Regulierungskompetenzen für diese Berufe von den Kantonen an den Bund übergegangen. Das BBG wurde als Rahmen für eine bessere Ausrichtung an die Anforderungen des Marktes konzipiert. Es fördert die Durchlässigkeit der Ausbildungen und im Gesundheitssystem allgemein. Im Zuge des BBG wurden einige Ausbildungen überarbeitet und neue Titel/Kader geschaffen (z.B. Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ). Der Bund hat mehr Einfluss und Gewicht bei den Berufen, für die Finanzierung und für die Zahl der Ausbildungsplätze bleiben aber vorwiegend die Kantone zuständig.

Wie weitreichend und komplex die Veränderungen sind, lässt sich anhand der Ausbildung in der Pflege darstellen. Anders als in anderen OECD-Ländern ist für die Ausübung des Pflegeberufs in der Schweiz kein Universitätsniveau erforderlich. Es gibt in der Schweiz verschiedene Ausbildungswege für Pflegeberufe. Einer davon sind die Höheren Fachschulen. Ihr neues Angebot umfasst mit mehr als 5000 eingeschriebenen Personen am meisten Pflegeabsolvierende (BBT, 2010). Die Reformen zielten darauf ab, mehr junge Leute für Pflegeberufe zu gewinnen. Die Nachfrage an den Höheren Fachschulen blieb aber unter den Erwartungen (BBT, 2010). Hinweisen zufolge könnte dies zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass der Praktikumslohn nicht hoch genug ist. Ein weiterer Ausbildungsweg in der Pflege sind die Fachhochschulen. In der Schweiz gibt es sieben Fachhochschulen, die als «regionale Ausbildungszentren» Ausbildungen für Pflegefachkräfte, Hebammen und andere Gesundheitsberufe anbieten.

Diese beiden Ausbildungswege haben sich in der deutschen und der lateinischen Schweiz unterschiedlich entwickelt. In der Westschweiz und im Tessin bilden die Fachhochschulen die meisten Pflegefachkräfte aus⁸ und verzeichnen in den letzten Jahren eine steigende Nachfrage. In der Deutschschweiz dagegen haben die Höheren Fachschulen die Nase vorn⁹. Das Fachhochschulmodell scheint in der Deutschschweiz Mühe zu haben sich zu etablieren. Es stellt sich die Frage, ob dies zu zwei unterschiedlichen Ausbildungssystemen

men mit den Fachhochschulen in der lateinischen und den Höheren Fachschulen in der Deutschschweiz führen könnte. Obschon die beiden Ausbildungswege nicht verschiedene Arten von Pflegefachkräften schaffen wollten, blieb einiges unklar, vor allem aufgrund unterschiedlicher Zulassungsbestimmungen der Fachhochschulen und fehlender Harmonisierung der Lehrpläne (BBT, 2010). Schliesslich werden seit Kurzem auch Master und PhD in Pflegewissenschaften angeboten¹⁰. Diese Entwicklung ist wichtig, da sie die Forschung auf dem Gebiet fördert und auch eine wichtige Rolle bei der Ausbildung von Lehrpersonen an der Fakultät spielen kann.

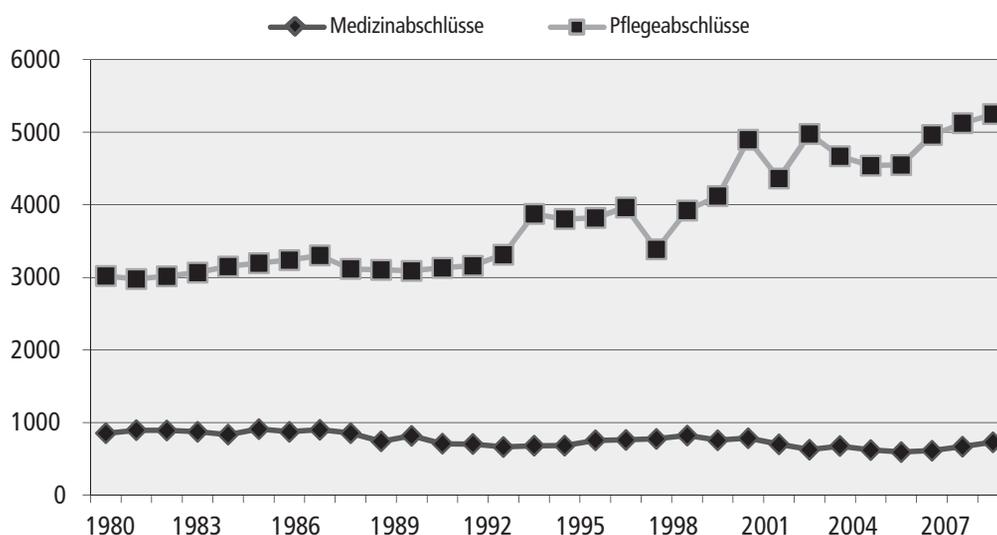
In Anbetracht der vielen und komplexen Reformen haben Bund, Kantone und die Dachorganisation der Gesundheitsberufe im nicht-universitären Bereich (OdASanté) einen «Masterplan Bildung Pflegeberufe» erstellt, um die Zusammenarbeit und Koordinierung unter den wichtigsten Beteiligten sicherzustellen. Er will zur Klärung der Situation Höhere Fachschulen/Fachhochschulen beitragen und für eine angemessene, bedarfsorientierte Zahl von Ausbildungsplätzen und einheitliche Anforderungen der Fachhochschulen in der Schweiz sorgen.

Bildet die Schweiz genügend Gesundheitspersonal aus?

Wie aus Abbildung 3.9 zur Entwicklung der Medizin- und Pflegeabschlüsse zwischen 1980 und 2009 hervorgeht, sind die Medizinabschlüsse mit der Zeit zurückgegangen. In den 1980er-Jahren waren es durchschnittlich 860 pro Jahr, in den 2000er-Jahren noch 676. In den letzten Jahren ist aber wieder eine leichte Zunahme zu beobachten.

Im Hinblick auf den prognostizierten Mangel an Gesundheitspersonal sind Massnahmen ergriffen worden, um die Ausbildungszahlen in Medizin und Pflege zu erhöhen. Die Universitäten Zürich, Bern und Basel haben den Numerus clausus¹¹ im ersten Studienjahr gelockert. In der Folge ist die Zahl der Erstsemestrigen zwischen 2005 und 2010 von 937 auf 1160 gestiegen (persönliche Mitteilung BFS, 2011).

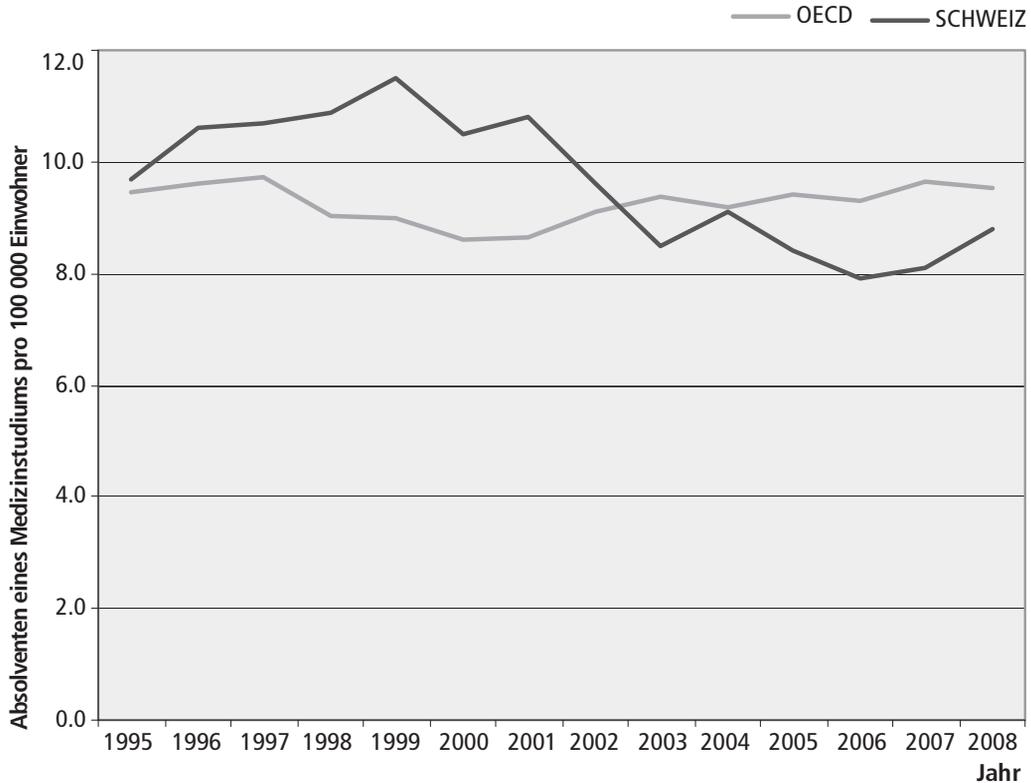
Abbildung 3.9 **Anzahl Medizin- und Pflegeabschlüsse in der Schweiz 1980–2009**



Quelle: Persönliche Mitteilung BFS (2011).

Die Zahl der Medizinstudium-Absolventinnen und -Absolventen pro 100 000 Einwohner in der Schweiz ist wie Abbildung 3.10 zeigt zurückgegangen, dies im Gegensatz zur allgemeinen Entwicklung in den OECD-Ländern. Zwischen 1995 und 2002 hat die Schweiz überdurchschnittliche Jahresquoten verzeichnet, seit 2003 liegt sie unter dem OECD-Durchschnitt.

Abbildung 3.10 **Medizinabschlüsse pro 100 000 Einwohner 1995–2008, Schweiz und OECD-Durchschnitt**



Quelle: OECD Health Data 2010.

Bei den Pflegeabschlüssen (d.h. Pflegefachkräfte mit Pflegefachfrauen/-männern und Pflegefachangestellten) zeigte der Trend zwischen 1980 und 2009 wie aus Abbildung 3.9 ersichtlich ist stark nach oben. Die Zahl der Abschlüsse pro Jahr ist zwischen 1980 und 2009 von 3018 auf 5250 gestiegen, was einer Zunahme von mehr als 50 Prozent entspricht. Anders als bei den Medizinabschlüssen gehört die Schweiz bei den Pflegeabschlüssen pro 100 000 Einwohner zur Spitzengruppe der OECD.

Es wurden zwar Massnahmen zur Steigerung der Medizin- und Pflegeabschlüsse getroffen, die aber nicht auszureichen scheinen, um den prognostizierten Mangel an Gesundheitspersonal zu kompensieren. Die aktuellen jährlichen Pflegeabschlüsse beispielsweise vermögen den künftigen Bedarf nicht zu decken, wie Tabelle 3.1 zeigt. Die Abschlüsse der letzten Jahre mit 2279 Pflegefachfrauen/-männern und 2320 Pflegefachangestellten liegen um 2415 respektive 2103 unter dem veranschlagten Bedarf an bis 2020 jährlich Auszubildenden (GDK und OdASanté, 2009¹²).

Tabelle 3.1 **Pflegeabschlüsse pro Jahr und prognostizierter Bedarf**

	Abschlüsse pro Jahr Durchschnitt	Bedarfsprognose pro Jahr	Differenz Bedarf/Abschlüsse
Pflegefachfrauen/-männer	2279	4694	-2415
Pflegefachangestellte	2320	4423	-2103

Quelle: GDK und OdASanté (2009).

Ein Ausbau der Ausbildungskapazitäten zur Erhöhung des Bestands an Gesundheitspersonal ist deshalb eine echte und attraktive Option, die zu berücksichtigen ist. Dabei müssen aber Machbarkeit und Nachhaltigkeit geprüft werden. Die Kostenfolgen sind namentlich bei der Medizinausbildung erheblich. Jede Massnahme zur Steigerung der Absolventenzahlen ist mit Folgen für die Haushalte der Kantone als massgebliche Finanzierungsträger der Ausbildung verbunden. Ausserdem könnte sich eine starke Zunahme der Studierendenzahlen negativ auf die Qualität der Ausbildung auswirken, wenn die Fakultät nicht ausreichend dotiert ist oder es an Plätzen für die praktische Ausbildung in den Einrichtungen mangelt.

Neben den vorwiegend finanziellen und organisatorischen Schwierigkeiten bei höheren Ausbildungszahlen stellt sich eine weitere Frage, nämlich ob in Anbetracht der gemäss demografischen Prognosen rückläufigen Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen auch mehr Studierende rekrutiert werden können (OECD, 2008). Der Wettbewerb zur Gewinnung junger Leute für die einzelnen Berufe wird zunehmen. Beim Medizinstudium dürfte dies allerdings in der Schweiz kein grösseres Problem sein, denn die Nachfrage ist grösser als das Studienplatzangebot der Medizinischen Fakultäten¹³ (vgl. Tabelle 3.2), und Image und Prestige des Berufsstands sind weiterhin hoch (Portenier und andere, 2007). Dies trifft aber nicht unbedingt auf alle Fachbereiche gleich zu. Vor allem die Allgemeinmedizin scheint für Medizinstudierende und junge Ärztinnen und Ärzte an Attraktivität verloren zu haben. Laut einer Untersuchung der Medizinischen Fakultät der Universität Basel wollen beispielsweise nur 10 Prozent der Medizinstudierenden Richtung Allgemeinmedizin gehen (IHAMB, 2005). Auch andere Studien ergaben, dass nur ein kleiner Teil der Medizinstudierenden oder jungen Ärztinnen und Ärzte plant Allgemeinmedizin zu praktizieren (Buddeberg-Fischer und andere, 2006; Waeber und andere, 2009; Jeannin und andere, 2007).

Tabelle 3.2 **Medizinstudium: Anzahl Bewerbungen und Kapazität nach Universität, Studienjahr 2010/11**

Universität	Bewerbungen	Kapazität
Basel	618	130
Bern	581	180
Freiburg	179	103
Genf	537	187
Lausanne	548	197
Neuenburg	88	47
Zürich	1273	240
TOTAL	3824	1084

Quelle: Schweizerische Universitätskonferenz (2010).

Beim Pflegepersonal dürften die demografischen Prognosen zu einem grösseren Problem führen, deutlich mehr Nachwuchs zu gewinnen. Die Nachfrage in der Pflege liegt nämlich anders als beim Medizinstudium nicht über den angebotenen Kapazitäten. Das Potenzial für zusätzliche Rekrutierungen ist somit nicht sehr gross. Wie gesagt haben die Höheren Fachschulen bereits Schwierigkeiten, die vorhandenen Ausbildungsplätze in der Pflege zu besetzen. Erschwerend für zusätzliche Anwerbungen kommt hinzu, dass das Image der Pflegeberufe nicht mit dem des Arztberufs vergleichbar ist (Hutmacher, 2004). Dennoch lassen Reformen und Veränderungen bei der Pflegeausbildung mit dem Erfolg von neuen Berufen wie Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (Lehmann und andere, 2011) und steigende Ausbildungszahlen in den letzten Jahren von einem zusätzlichen Rekrutierungspotenzial ausgehen.

Ausbau und Stärkung der Ausbildungskapazitäten im Gesundheitsbereich in der Schweiz stellen somit eine solide Option dar. Für diese Option spricht als weiteres Argument auch der grosse Anteil an zugewandertem Gesundheitspersonal in der Schweiz.

3.4 Die internationale Migration von Gesundheitspersonal und die Schweiz

Die internationale Migration von Gesundheitspersonal ist in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr zum Thema geworden. Die Migrationsströme haben in Bezug auf die Menge und die Komplexität zugenommen (OECD und WHO, 2010). Die Migration kann vielfältige Auswirkungen haben. Auf der einen Seite stärkt sie das Gesundheitspersonal in den Aufnahmeländern, auf der anderen Seite kann sie instabile Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern weiter schwächen (OECD und WHO, 2010).

Die internationale Migration spielt in den OECD-Ländern mit einem durchschnittlichen Zugewandertenanteil von 18 Prozent beim ärztlichen und 11 Prozent beim Pflegepersonal (Tabelle 3.3) eine wichtige Rolle (OECD, 2007). In der Schweiz wird von noch mehr Zugewanderten beim Gesundheitspersonal ausgegangen und der Anteil auf 30 Prozent geschätzt (OECD, 2007).

Die Studie von Jaccard-Ruedin und Widmer 2010 nimmt eine detaillierte Analyse des ausländischen Gesundheitspersonals in der Schweiz vor. Der Zugewandertenanteil ist besonders in Spitälern hoch. Nach Schätzungen liegt er beim Hilfspersonal bei 39 Prozent, dem nicht-universitären qualifizierten Pflegepersonal bei 38 Prozent, und bei den Ärzten und anderen universitären Berufen bei 35 Prozent (ebenda). Der Ausländeranteil hat in den letzten Jahren zugenommen. Der Anteil an zugewandertem Personal ist zwischen 2002 und 2008 insgesamt von 33 auf 36 Prozent gestiegen. Beim ärztlichen Personal war der Anstieg (von 29 auf 35 Prozent) noch deutlicher. In Bezug auf demografische Merkmale ergibt der Vergleich der Gesundheitsberufe in Schweizer Spitälern einen tendenziell tieferen Frauenanteil beim ausländischen Personal ausser bei den Ärzten und anderen universitären Berufen (ebenda). Unterschiede sind auch bei der geografischen Verteilung mit einem höheren Anteil von Zugewanderten in Westschweizer und Tessiner als in Deutschschweizer Spitälern auszumachen (ebenda). Angaben zur Verweildauer des zugewanderten Gesundheitspersonals in der Schweiz sind sehr beschränkt. Aus der qualitativen Untersuchung über das ausländische Gesundheitspersonal in der Schweiz und dessen Rekrutierung von Huber und Mariéthoz (2010) geht hervor, dass die meisten Befragten in der Schweiz bleiben wollen. Das ausländische Personal stammt grösstenteils aus angrenzenden Ländern, bei den Ärztinnen und Ärzten 2008 beispielsweise zu rund 77 Prozent aus Deutschland (Jaccard-Ruedin und Widmer, 2010). Die Zuwanderung aus Ländern mit niedrigen Einkommen in die Schweiz ist zwar sehr beschränkt, die Schweiz trägt aber indirekt über den «Dominoeffekt» zu einer Verschärfung des Gesundheitspersonalnotstands in einigen Ländern bei.¹⁴

Tabelle 3.3 **Anteil an zugewandertem (im Ausland geborenem) ärztlichem Pflegepersonal in OECD-Ländern**

	Pflegepersonal	Ärztliches Personal
Neuseeland	23.2%	46.9%
Australien	24.8%	42.9%
Irland	14.3%	35.3%
Kanada	17.2%	35.1%
Vereinig. Königreich	15.2%	33.7%
Luxemburg	25.8%	30.2%
Schweiz	28.6%	28.1%
USA	11.9%	24.4%
Schweden	8.9%	22.9%
Portugal	13.9%	19.7%
Frankreich	5.5%	16.9%
Niederlande	6.9%	16.7%
Norwegen	6.1%	16.6%
Österreich	14.5%	14.6%
Belgien	6.6%	11.8%
Deutschland	10.4%	11.1%
Ungarn	3.1%	11.0%
Dänemark	4.1%	10.9%
Griechenland	9.7%	8.6%
Spanien	3.4%	7.5%
Türkei	–	6.2%
Finnland	0.8%	4.0%
Polen	0.4%	3.2%
Mexiko	0.2%	1.5%
OECD-Durchschnitt	10.7%	18.2%

Quelle: OECD (2007).

Welche Bedeutung die Zuwanderung für die Schweiz hat, zeigt sich auch beim Vergleich der Anzahl zugewanderter Ärztinnen und Ärzte mit den jährlichen Abschlüssen in der Schweiz. Sie waren in den letzten Jahren praktisch gleich hoch, 2008 lag die Zuwanderung sogar vorn (Jaccard-Ruedin und Widmer, 2010). Es stellt sich die Frage, wie wünschbar und nachhaltig ein solcher Rückgriff auf Gesundheitspersonal aus dem Ausland ist.

Diese Frage stellt sich insbesondere in Bezug auf die Abhängigkeit von Deutschland. Sie könnte die Schweiz in eine schwierige Lage bringen, wenn in Deutschland der Trend zur Abwanderung in die Schweiz plötzlich abbricht. Die Einkommen der «selbständigen Ärztinnen und Ärzte» vor allem in unterversorgten Gebieten in Deutschland sind in der letzten Zeit durch Neuerungen bei der Vergütung verbessert worden (GKV, 2011). Auch die geplanten Massnahmen, um junge Ärztinnen und Ärzte im Land zu halten (Bundesgesundheitsministerium, 2011), könnten den Zustrom in die Schweiz in den nächsten Jahren bremsen. Ausserdem wurde in Deutschland Kritik laut, die Schweiz profitiere von der Abwanderung deutscher Ärztinnen und Ärzte, ohne sich an den Ausbildungskosten beteiligen zu müssen. Buschle und Hänsel (2010) veranschlagen die Ausbildungskosten für die 3300 deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz auf 917 Millionen Euro. In der Schweiz wurden vor Kurzem in Basel und Zürich öffentliche Debatten geführt, wie sich die Zuwan-

derung deutscher Ärzte in Schweizer Spitälern auswirkt, besonders in Bezug auf die Interaktion mit Patientinnen und Patienten und dem Personal.

Allgemein werden auf internationaler Ebene Kosten und Nutzen der internationalen Migration von Gesundheitspersonal für die Herkunfts- und Aufnahmeländer viel diskutiert, und auch ethische Aspekte bei der weltweiten Rekrutierung von Gesundheitspersonal sind zunehmend zum Thema geworden. Im Zuge dieser Debatte hat die WHO einen globalen Kodex erarbeitet, den die Weltgesundheitsversammlung im Mai 2010 verabschiedet hat.

Kasten 3.4 **Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften**

Der Weltgesundheitsbericht 2006 beziffert die weltweite Knappheit beim Gesundheitspersonal auf rund 4,3 Millionen Personen und ortet in 57 Ländern vorwiegend Afrikas und Asiens einen akuten Mangel an Gesundheitspersonal. Ein massgeblicher Faktor dafür ist die Abwanderung von Gesundheitspersonal auf der Suche nach besseren Berufsaussichten und Lebensbedingungen im Ausland. Die Migration von Gesundheitspersonal hat in den letzten Jahren stark zugenommen, die Ströme werden immer komplexer, und immer mehr Länder sind involviert. Internationale und interne Migration kann alle Länder treffen, sie stellt aber für Länder mit instabileren Gesundheitssystemen eine besondere Herausforderung dar. In Ländern wie Tansania, Mosambik, Haiti und Sierra Leone liegen die Abwanderungsraten der Ärztinnen und Ärzte bei über 50 Prozent (OECD und WHO, 2010).

2004 hat die Weltgesundheitsversammlung für eine globale Antwort auf die Migrationsproblematik die WHO beauftragt, einen Verhaltenskodex für die Rekrutierung von Gesundheitspersonal weltweit auszuarbeiten. Das WHO-Sekretariat hat daraufhin einen Entwurf erarbeitet und in Konsultation geschickt. Nach der Beratung anlässlich von zahlreichen internationalen und nationalen Foren ist der globale Verhaltenskodex der WHO zur grenzüberschreitenden Anwerbung von Gesundheitsfachkräften von den 193 Mitgliedstaaten der 63. Weltgesundheitsversammlung am 21. Mai 2010 verabschiedet worden.

Dieser Kodex – er ist nicht verbindlich – will die internationale Rekrutierung der Mitgliedstaaten nach ethischen Grundsätzen und Standards fördern und so die Gesundheitssysteme stärken. Er soll als dynamischer Rahmen für den permanenten Dialog und die Zusammenarbeit weltweit dienen.

Der Kodex umfasst Grundsätze wie das Recht aller auf den besten erreichbaren Gesundheitszustand; das Recht aller Menschen, auch der Gesundheitsfachleute, ihr Land zu verlassen und in jedes andere Land einzuwandern, das sie aufnehmen und beschäftigen will; ethische Praktiken bei der internationalen Rekrutierung; Einbezug der Entwicklung und Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme; faire Behandlung der Arbeitskräfte; Förderung der internationalen Zusammenarbeit und Unterstützung der Entwicklungsländer.

Die Mitgliedsländer erstatten ab 2012 alle drei Jahre über den Stand bei der Problematik und die Massnahmen zur Umsetzung des WHO-Kodexes in ihrem Land Bericht. Diese Länderberichte bilden die Grundlage für den Bericht, den der WHO-Generaldirektor erstmals 2013 und dann alle drei Jahre der Weltgesundheitsversammlung zum Stand der Umsetzung vorzulegen hat.

Quelle: WHO (2010).

Um die nationale und die internationale Gesundheitspolitik besser aufeinander abzustimmen, hat die Schweiz die Migrationsfrage beim Gesundheitspersonal in ihre Gesundheitsaussenpolitik aufgenommen (Eidgenössisches Departement des Innern und Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten, 2006). Die schweizerische Gesundheitsaussenpolitik bezweckt unter anderem «die Migration von Gesundheitspersonal so zu leiten, dass die Bedürfnisse der Arbeitsmärkte in Industrie- und Schwellenländern befriedigt werden, ohne die Entwicklungsländer des von ihnen benötigten Personals zu berauben» (ebenda). Die Verabschiedung des WHO-Kodexes zur grenzüberschreitenden Anwerbung von Gesundheitsfachkräften stellt somit eine positive Entwicklung für die Schweizer Gesundheitsaussenpolitik dar. In diesem Zusammenhang haben drei Studien – Jaccard-Ruedin und Widmer (2010), Huber und Mariéthoz (2010) und Wyss und andere (2010) – die Rolle der Schweiz bei der weltweiten Personalknappheit untersucht.

Der WHO-Verhaltenskodex dient der Schweiz als Leitplanke bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal. Unter den heutigen Umständen ist für die Schweiz sicher vor allem die Kodex-Empfehlung von Bedeutung, mehr Gesundheitspersonal im eigenen Land auszubilden (Artikel 5.5).

3.5 Nicht nur eine Frage der Ausbildungszahlen

In der Schweiz herrscht zunehmend Konsens darüber, dass mehr Gesundheitspersonal im Land ausgebildet werden muss. Gleichzeitig wird auch erkannt, dass es in der Personalfrage nicht nur auf die Ausbildungszahlen ankommt. Das Plus, das durch zusätzliche Ausbildungsplätze gewonnen wird, könnte je nach Verhalten des Nachwuchses weitgehend neutralisiert werden. Die Nachwuchskräfte könnten beispielsweise weiterhin nicht die Berufe oder Spezialisierungen wählen, für die der Bedarf am grössten ist, oder sich in Gegenden niederlassen, wo bereits ein Überschuss herrscht. Neben den Ausbildungszahlen kann die Personalsituation auch über die Reduzierung der Abgänge oder Produktivitätssteigerungen erheblich verbessert werden. In diesem Sinne ist auch entscheidend, für eine bessere Nutzung der vorhandenen Ressourcen zu sorgen. Strategien zu den Anstellungs- und Arbeitsbedingungen gewinnen denn auch auf internationaler Ebene zunehmend an Bedeutung (OECD, 2010).

Bei den Pflegefachkräften erweisen sich Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen wie flexible Arbeitsplanung, Familienfreundlichkeit (insbesondere mehr Betreuungsplätze), Urlaubs- und Ausgleichsentschädigungen und mehr Sicherheit als positiv, um das Pflegepersonal zu halten (OECD, 2008). Die Magnetspitäler sind ebenfalls ein interessanter Ansatz, was die Gewinnung und das Halten von Personal anbelangt (vgl. Kasten 3.5). Zu den gängigsten Mitteln, um die Fluktuation bei den Pflegefachkräften zu reduzieren, gehören Lohnerhöhungen. In der Schweiz liegen dazu nur sehr wenige Daten vor. Nach internationalen Studien führten finanzielle Anreize aber zu gemischten Ergebnissen (OECD, 2008).

Gegen den Attraktivitätsverlust der Allgemeinartzkarriere wurden verschiedene Massnahmen getroffen wie vermehrte Weiterbildung in den Praxen und bessere Entschädigungen für die Notfallversorgung (BAG, 2010b). Die betroffenen Kreise waren aber der Meinung, angesichts des drohenden Mangels an Gesundheitspersonal müsste mehr getan werden, um die Zahl der Allgemeinärztinnen und -ärzte zu erhöhen. Es wurde eine Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» lanciert, die vors Volk kommen wird. Die Initiative will die Rolle der Hausarztmedizin über einen neuen Verfassungsartikel stärken und den Beruf des Allgemeinarztes attraktiver machen. Der Bund erhielt mehr Befugnisse in Bezug auf die Ausbildung, bei der Aufsicht über die Abgeltung, um die Hausarztmedizin aufzuwerten und um für ad-

Kasten 3.5 **Magnetspital**

Einige Spitäler haben sich beim Rekrutieren und Halten ihres Personals als erfolgreicher erwiesen als andere. Sie haben die Bezeichnung «Magnetspital» erhalten. Magnetspitäler zeichnen sich durch bessere Ergebnisse, geringere risikobereinigte Mortalitätsraten, besseres Abschneiden bei der Pflegequalität, höhere Patientenzufriedenheit, weniger Burn-outs und höhere Arbeitszufriedenheit bei den Pflegefachkräften aus. Die personalpolitischen Merkmale der Magnetspitäler sind eine starke Führung in der Pflege, dynamische Organisationsstrukturen, ein partizipativer Führungsstil, Flexibilität bei der Planung und selbständiges Arbeiten. Die wachsende Zahl der Spitäler, die das Magnetspitalprogramm durchlaufen, lässt auf einen positiven Kurs bei den Arbeitsbedingungen in der Pflege schliessen (Aiken und Cheung, 2008). Das Magnetspitalprogramm wurde in den 1990er-Jahren in den USA durch das «American Nursing Credentialing Center» lanciert. Heute dürfen sich mehr als 100 Spitäler in den USA und auf der ganzen Welt Magnetspital nennen.

Kasten 3.6 **Pflege-Master: das Beispiel «Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse» (APN)**

«Nurse Practitioners/Advanced Practice Nurses» (APN) sind spezialisierte Pflegefachkräfte mit vertieftem Wissen, der Fähigkeit zu komplexer Entscheidungsfindung und klinischen Kompetenzen für die erweiterte Praxis, deren Profil durch den Kontext und/oder das Land festgelegt werden, in dem sie zugelassen sind. Als Ausbildungsniveau wird ein Master empfohlen» (ICN, 2008). Diese Master-Funktionen sind in einigen Ländern wie Kanada und den USA bereits seit Jahren anerkannt. Zahlen und Nachfrage variieren je nach Land. In Kanada beispielsweise waren 2008 mehr als 2000 spezialisierte klinische Pflegefachkräfte (clinical nurse specialists) registriert, in den USA im gleichen Jahr über 59000. Auch der Praxisrahmen unterscheidet sich je nach Land. In England beispielsweise dürfen gewisse APN-Kategorien seit Jahren Medikamente verschreiben, während ihnen dies in Finnland erst seit 2010 und nur in beschränktem Mass erlaubt ist. Auch das Ausbildungsniveau der APN ist nicht überall gleich, es reicht von einem Bachelor mit entsprechender Berufserfahrung bis zu einem Master. Die Master-Funktionen wurden aus vielerlei Gründen geschaffen. Einer davon ist den Zugang zu medizinischer Versorgung vor allem in Ländern mit einem Ärztemangel zu verbessern und durch eine Übertragung von Arbeiten an die APN weniger Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in Anspruch zu nehmen. APN gelten auch als kostendämmend, da sie oft günstiger sind als Ärzte.

Die OECD hat 2010 eine Evaluation der APN in 12 Ländern vorgenommen. Sie kommt zu folgendem Schluss: «Die verfügbaren Untersuchungen zeigen insgesamt, dass die Verwendung von APN den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern und Wartezeiten verringern kann. Weiter ist vielfach nachgewiesen, dass die APN bei entsprechender Ausbildung die Versorgung für eine ganze Reihe von Aufgaben, die ihnen übertragen werden (z.B. Routinekontrollen bei Chronischkranken, Anlaufstelle für Menschen mit leichteren Krankheiten) in gleicher Qualität erbringen können wie Ärztinnen und Ärzte» (Delamaire und Lafortune, 2010). Jedes Land muss aber wie bei anderen neuen Gesundheitsberufen bei der Einführung von APN den eigenen Gesundheits- und politischen Kontext berücksichtigen. Es ist wichtig, dass Ausbildungs- und Praxisrahmen vorgängig klar definiert und mit allen Beteiligten aus den Gesundheitsberufen, den Behörden, den Arbeitgebern und den Regulatoren breit abgesprochen werden.

Quelle: Delamaire und Lafortune (2010).

ministrative Vereinfachungen zu sorgen. Der Bundesrat hat einen Gegenvorschlag zur Initiative vorgelegt, der zwar die Bedeutung der Hausarztmedizin anerkennt, sich aber nicht auf einen Beruf beschränken will, sondern die Betonung auf die Förderung der medizinischen Grundversorgung und der interprofessionellen Zusammenarbeit legen will (Bundeskanzlei, 2011). Der Gegenvorschlag will deshalb auch andere Berufe der medizinischen Grundversorgung einbeziehen, insbesondere Pflegefachleute. Der Bund hätte dabei etwas weniger Kompetenzen, könnte aber eingreifen, sobald die Qualität der medizinischen Grundversorgung unter ein noch zu definierendes Niveau fallen sollte (BAG, 2011).

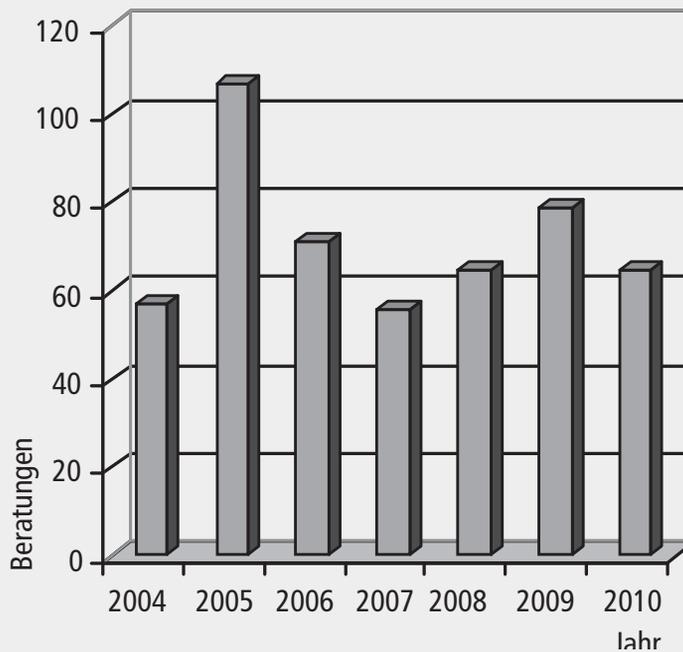
In Bezug auf neue Aufgaben könnte der Aufbau von Master- und PhD-Studiengängen in Pflegewissenschaften in der Schweiz das Potenzial für Master-Funktionen wie «Advanced Practice Nurse» (vgl. Kasten 3.6) erhöhen und die Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und Pflegepersonal erleichtern. Diese Master-Funktionen spielen bereits in vielen Ländern eine wichtige Rolle (vgl. Kasten 3.6).

Ebenfalls als lohnend schliesslich können sich Bemühungen zur Wiedereingliederung von Gesundheitspersonal namentlich durch die Rekrutierung von Wiedereinsteigerinnen erweisen. In den USA beispielsweise sind laut einer nationalen Studie 2008 rund 15 Prozent der lizenzierten Pflegekräfte nicht mehr im Beruf tätig. In der Schweiz liegen zu dieser Frage nur sehr wenige Daten vor. Nach ersten Resultaten der RN4CAST-Studie könnte aber ein Potenzial an ausgestiegenen Pflegefachkräften vorhanden sein, da rund 24 Prozent der aktiven Pflegefachkräfte auf der Suche nach einer anderen Stelle angaben, nicht mehr im Beruf arbeiten zu wollen (RN4CAST, 2011). Verstärkt wird dieser Eindruck durch die Erfahrungen mit dem Projekt «Informationszentrum Gesundheits-/Sozialberufe» im Kanton Waadt, mit dem seit 2004 über 270 Pflegefachkräfte in den Gesundheitssektor reintegriert werden konnten (vgl. Kasten 3.7).

Kasten 3.7 Wiedereingliederung von Pflegefachkräften – Erfahrungen im Kanton Waadt

Angesichts warnender Statistiken wie zum Beispiel einem grossen Nachwuchsbedarf beim Gesundheitspersonal hat der Kanton Waadt 2004 eine Reihe von Programmen zur Förderung und Stärkung des Gesundheitspersonals im Kanton verabschiedet. Eines davon ist das «Centre d'Information des Professions Santé-Social» (CiPS), das den Fokus auf Erleichterung der Wiedereingliederung von Pflegefachkräften legt, die nach längerer Abwesenheit wieder in den Beruf zurückkehren oder sich in einem Gebiet der Gesundheitsversorgung spezialisieren wollen. Am Anfang aller Beratungen steht immer ein persönliches Gespräch, mit dem die CiPS-Angestellten die Pläne, Erfahrungen, Kompetenzen und spezifischen Interessen für die künftige Arbeit abklären. Ausgehend davon unterbreitet CiPS dann je nach Bedarf verschiedene Vorschläge wie Kompetenzenbeurteilung oder Module zur Auffrischung/Erweiterung von Berufskennntnissen. Für Pflegefachkräfte, die ein neues Gebiet der Gesundheitsversorgung kennen lernen wollen oder länger nicht mehr aktiv waren, organisiert CiPS auch Kurzpraktika in verschiedenen Bereichen und bei verschiedenen Einrichtungen im Kanton. Das bisherigen Ergebnisse des CiPS, das alle vier Jahre beurteilt wird, sind ermutigend. Seit 2004 hat das CiPS über 500 Pflegefachkräfte beraten, von denen über 270 in den Gesundheitssektor des Kantons wiedereingegliedert werden konnten. Laut einer wirtschaftlichen Beurteilung des Programms 2009 liegen die Kosten pro wiedereingegliederte Pflegefachkraft bei 8800 Franken, das ist weit weniger als die Ausbildung und Rekrutierung von neuem Personal kostet. Die CiPS-Angebote sind vor allem bei Pflegefachkräften mittleren Alters und gegen Ende der beruflichen Laufbahn auf Interesse gestossen.

Abbildung 3.11 **Beratungen zur Wiedereingliederung von Pflegefachkräften in den Beruf pro Jahr**



Quelle: Persönliche Mitteilung, J. Rouge, CiPS, Lausanne, 2011. Information unter: www.cips-vd.ch

3.6 Nationale und langfristige Vision zum Gesundheitspersonal als Herausforderung

Ein Hemmschuh bei der Bewältigung der personellen Herausforderungen im Gesundheitswesen ist die Schwierigkeit, in der Schweiz eine nationale und langfristige Vision zum Gesundheitspersonal zu entwickeln. Die Hauptgründe dafür sind die stark aufgesplitterten Zuständigkeiten vor allem zwischen Bund und Kantonen und die mangelnde Koordinierung unter den Akteuren. Kantone, Bund, Spitäler, Universitäten, Berufsschulen, Berufsverbände, Versicherer usw. – sie alle sind massgeblich an den Fragen rund um das Gesundheitspersonal beteiligt. Zwar sind in der Schweiz verschiedene Plattformen und Mechanismen zur Koordinierung eingeführt worden, die sich aber alle tendenziell auf eine Berufsgruppe, ein Ausbildungsniveau oder einen Sektor konzentrieren, z.B. die Bildung oder den Gesundheitssektor. Das Fehlen langfristiger Strategieplanung wirkt sich auch negativ auf die Entwicklung gemeinsamer Vorgehen der Akteure aus. Vor diesem Hintergrund ist es schwieriger, Personalstrategien wie zum Beispiel die Festlegung der Skillmix-Anforderungen zur Deckung des künftigen Bedarfs zu entwickeln oder eine interprofessionelle Zusammenarbeit aufzubauen.

Zudem sind die Informationssysteme zum Gesundheitspersonal trotz Fortschritten in den letzten Jahren vor allem dank den Obsan-Studien weiterhin relativ spärlich, insbesondere was die Pflege- und verwandten Berufe anbelangt. Nationale Datenbanken und regelmässige Personalsurveys sind sehr beschränkt (vgl. Kasten 3.8 für Erfahrungen in einem anderen föderalistischen Staat). Diese mangelhaften Informationssysteme sind ein anhaltendes Hindernis für die Entwicklung einer evidenzbasierten Politik.

Kasten 3.8 **Nationale Strategie zur Personalplanung in Kanada**

Die nationale Personalplanungsstrategie «Pan-Canadian Health Human Resource Planning Initiative» will die Evidenzbasis und die Möglichkeit einer koordinierten Personalplanung in der Gesundheitsversorgung fördern und stärken. Dadurch sollen die Tätigkeiten auf Bundes-, Provinz- und Territoriums-Ebene unterstützt und eine Kultur geschaffen werden, um die Herausforderungen beim Gesundheitspersonal orten und angehen zu können. Die bisher identifizierten Probleme betreffen einen Mangel an einheitlichen und qualitativ hochstehenden Daten, nationalen Datenstandards und Informationen zu Produktivität, Einsatz und Nachfrage von Gesundheitspersonal sowie mangelhafte Informationen zu Ausbildungseinrichtungen und deren Kapazitäten. Dazu kommen Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit wie beispielsweise die Balance zwischen überregionaler Kooperation und regionaler Flexibilität, beim Abgrenzen von gemeinsamen und separaten Aufgaben, dem Vermeiden von Doppelspurigkeiten und beim Einbezug von Nicht-Regierungsakteuren. Ein erfolgreiches Projekt der Strategie ist der Aufbau einer nationalen Datenerfassung für fünf regulierte Gesundheitsberufe (Apotheker, Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten, Labortechniker, Röntgentechniker) für die Planung und Forschung im Gesundheits- und Personalbereich. Diese gemeinsame Datengrundlage löst bisherige Datensammlungen der Provinzen ab. Die Daten wurden in die bestehende Gesundheitspersonal-Datenbank beim Kanadischen Institut für Gesundheitsinformation (CIHI) integriert und betreffen das Total, das Alter und die Geschlechterverteilung sowie die Abschlüsse auf nationaler und auf regionaler Ebene. Das Projekt diente auch als Anstoss für verschiedene Publikationen zum Thema Gesundheitspersonal.

Insgesamt scheint die Existenz einer nationalen Kommission notwendig, um über die gemeinsamen Ziele wie die Verbesserung der Datenlage und eine koordinierte Personalplanung auf allen Ebenen des föderalistischen Systems zu wachen. Die kanadische Initiative hat seit ihrer Lancierung 2002 dazu beigetragen nationale Daten, Programme und Publikationen aufzubauen, mit deren Hilfe sich Trends beim Gesundheitspersonal in Kanada vergleichen und allfällige Ungleichheiten beseitigen lassen.

Anmerkungen

- 1 Ohne Einbezug von Belgien, Chile, Irland, Italien, Portugal, Schweden, Slowakische Republik, Tschechische Republik und Türkei.
- 2 In dieser Studie gelten Allgemeinärzte, Allgemeinmediziner und Hausärztinnen und Hausärzte als äquivalent. Dazu gehören auch Fachärztinnen und Fachärzte der Inneren Medizin und Praktische Ärztinnen und Ärzte.
- 3 Mit den bilateralen Abkommen wurde die Mobilität der Arbeitnehmer zwischen der Europäischen Union (EU) und der Schweiz erleichtert. Zu diesem Zweck wurde die gegenseitige Anerkennung von Berufstiteln wie unter anderem Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte, Pflegefachkräfte und Hebammen vereinbart. Aufgrund der bilateralen Abkommen können in der EU ausgebildete Ärzte in der Schweiz arbeiten und auch eine Praxis eröffnen, die KVG-Leistungen erbringt.
- 4 Die Aussage basiert auf dem Zahlstellenregister, das die Praxen erfasst, die Leistungen zulasten der Grundversicherung (KVG) verrechnen dürfen.
- 5 An der Studie RN4CAST sind 11 europäische Länder, drei internationale Kooperationspartner und die USA beteiligt. Die Federführung für die Schweiz hat das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel inne.
- 6 Bei der RICH-Nursing-Studie (Rationing of Nursing Care in Switzerland) ging es darum, die Frage der Priorisierung und Rationierung der Pflege und die Zusammenhänge zwischen Rationierung und Ergebnissen bei den Patienten und dem Personal in der Schweiz zu untersuchen.
- 7 Das Gesetz umfasst die Berufe Human-, Zahn- und Veterinärmedizin, Pharmazie und Chiropraktik.
- 8 Im Mai 2004 hat die SDK vorgeschlagen, die Pflegeausbildung in der französischsprachigen Schweiz nur noch in den Fachhochschulen anzubieten.
- 9 Aber auch Höhere Fachschulen haben Schwierigkeiten, alle Ausbildungsplätze zu besetzen. Zum Beispiel waren 2009 von den 450 Plätzen am «Berner Bildungszentrum Pflege» nur 274 besetzt (BBT, 2011).
- 10 Masterlehrgänge werden an den Fachhochschulen und an der Universität Basel angeboten, ein PhD in Pflege allerdings nur an den Universitäten Basel und Lausanne.
- 11 Auch die Universitäten Genf, Lausanne und Neuenburg, die keinen Numerus clausus haben, verzeichneten mehr Erstsemestrierte.
- 12 Der ambulante Sektor ist nicht in die Prognosen eingeschlossen.
- 13 Die Universitäten Basel, Bern und Zürich haben einen Numerus clausus.
- 14 Der «Dominoeffekt» widerspiegelt die Verkettung der Gesundheitssysteme und die Globalisierung des Arbeitsmarkts im Gesundheitsbereich: Wenn ein Land in einem anderen Personal rekrutiert, sucht dieses wiederum nach Ersatz in einem dritten, um die Abwanderung zu kompensieren.

Bibliographie

- Aiken, L. und R. Cheung (2008), *Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy*, OECD Health Working Paper Nr. 35, OECD Publishing, Paris, abrufbar unter www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/236153608331
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010), *Krankenversicherungs-Statistik 2008*, BAG, Bern.
- Arigoni, F., P.A. Bovier und A.P. Sappino (2010), «Trend in Burnout Among Swiss Doctors», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 140, Artikel-Nr. w13070.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2009), *Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung*, BAG, Bern, abrufbar unter www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=de
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010a), *Die internationale Migration des Gesundheitspersonals in der Schweiz: Bestandesaufnahme und Denkanstösse*, BAG, Bern, abrufbar unter www.bag.admin.ch/themen/internationales/11287/11326/11330/index.html?lang=de
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010b), *Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung*, BAG, Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011), *Erläuternder Bericht zum Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»*, BAG, Bern.
- Banz, Z., P. Mégevand und L. Feldmeyer (2011), «Bologna Reform und Karrieremöglichkeiten», *Schweizerische Ärztezeitung – Medical Education*, Jg. 92, Nr. 10, S. 385–387.
- Bauer, W. und C. Hänggeli (2010), «Eine neue Epoche: das Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin», *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 91, Nr. 49, S. 1929–1932.
- BBT – Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2010), *Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone*, März 2010, BBT, Bern.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2007), *Beschäftigte im Gesundheitswesen. Fakten und Trends auf der Basis der Betriebzählungen von 1995 bis 2005*, November 2007, BFS, Neuenburg.
- Buddeberg-Fischer, B. und M. Stamm (2010), «The Medical Profession and Young Physicians' Lifestyles in Flux: Challenges for Specialty Training and Health Care Delivery Systems», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 140, Artikel-Nr. w13134.
- Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm und R. Klaghofer (2010), «Career Paths in Physicians' Postgraduate Training – An Eight-year Follow-up Study», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 140, Artikel-Nr. w13056.
- Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm, C. Buddeberg und R. Klaghofer (2008), «The New Generation of Family Physicians – Career Motivation, Life Goals and Work-life Balance», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 138, Nr. 21–22, S. 305–312.
- Buddeberg-Fischer, B., R. Klaghofer, M. Stamm, F. Marty, P. Dreiding, M. Zoller und C. Buddeberg (2006), «Primary Care in Switzerland – No Longer Attractive for Young Physicians?», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 136, S. 416–424.
- Bundesgesundheitsministerium (2011), *Eckpunkte zum Versorgungsgesetz*, abrufbar unter www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsgesetz/Eckpunkte_Versorgungsgesetz_110408.pdf

- Bundeskanzlei (2002), Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung, Bundeskanzlei, Bern.
- Bundeskanzlei (2009), Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Bundeskanzlei, Bern, AS 2009 5339.
- Bundeskanzlei (2011), Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung (Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»), Entwurf 6.4.2011, Bundeskanzlei, Bern, abrufbar unter www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2013/Hausarztmedizin_Gegenentwurf_d_MBversion.pdf
- Buschle, N. und K. Hänsel (2010), Leaving for Switzerland? Getting Migration Fever, Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Contandriopulos, A.P. und M.A. Fournier (2007), *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur santé publique, Medizinische Fakultät, Universität Montreal.
- Danon-Hersch, N. und F. Paccaud (2005), Future Trends in Human Resources for Health Care: A Scenario Analysis, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Delamaire, M.-L. und G. Lafortune (2010), Nurses in Advanced Roles: A Description and evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers Nr. 54, OECD Publishing, Paris, abrufbar unter www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5kmbrcfms5g7.pdf?expires=1309944142&id=id&accname=guest&checksum=6EB0730373C8C22498B79303D8AABCCC
- Eidgenössisches Departement des Innern und Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (2006), Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik: Aussenpolitische Zielvereinbarung im Bereich Gesundheit, Eidgenössisches Departement des Innern und Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten, Bern.
- Estryn-Behar, M., M. Kaminski, E. Peigne, M.F. Maillard, A. Pelletier, C. Berthier, M.F. Delaporte, M.C. Paoli und M. Leroux (1990), «Strenuous Working Conditions and Musculo-skeletal Disorders Among Female Hospital Workers», *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Jg. 62, S. 47–57.
- FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2011), persönliche Mitteilung.
- GDK und OdASanté – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (2009), Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009, GDK-OdASanté, Bern.
- Giger, M. (2009), «Das neue Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin: Stärkung der Hausarztmedizin», *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 90, Nr. 50, S. 1951–1952.
- GKV-Spitzenverband (2011), Faktenblatt Ärztliche Vergütung, 21. März 2011, abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de/upload/Faktenpapier_Aerzte_Verguetung_16164.pdf
- Goehring, C., M.B. Bouvier-Gallacchi, B. Künzi und P. Bovier (2005), «Psychosocial and Professional Characteristics of Burnout in Swiss Primary Care Practitioners: A Cross-sectional Survey», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 135, S. 101–108.
- Hasselhorn, H.-M., P. Tackenberg und B.H. Müller (2004), Working Conditions and Intent to Leave the Profession Among Nursing staff in Europe, NEXT: Nurses Early Exit Study, National Institute for Working Life, Stockholm.
- Huber, K. und E. Mariéthoz (2010), Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz und über dessen Rekrutierung, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, Bern, abrufbar unter www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Publikationen/Berichte/BT_Bericht_GDK_MigrationGesundheitspersonal_201011_d.pdf
- ICN – International Council of Nurses (2008), Definition and Characteristics of the Role, ICN, Genf, abrufbar unter www.icn.ch/networks.htm

- IHAMB – Institut für Hausarztmedizin Basel (2005), Hausärztliche Versorgungssituation in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Workforce-Studie, Universität Basel.
- Jaccard-Ruedin, H. und F. Weaver (2009), Ageing Workforce in an Ageing Society, Careum Working Paper 1, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Careum, Neuenburg.
- Jaccard-Ruedin, H. und M. Widmer (2010), Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz, Obsan-Bericht 39, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.
- Jaccard-Ruedin, H., F. Weaver, M. Roth und M. Widmer (2009), Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, Arbeitsdokument 35, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.
- Jeannin, A., G. Meystre-Aguston und F. Paccaud (2007), Relève des médecins dans le canton de Vaud, Hospices/CHUV, Département universitaire de médecine et de santé communautaires, und Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Kraft, E. (2010), persönliche Mitteilung.
- Kraft, E. (2011), «30273 Ärztinnen und Ärzte für die Schweiz», Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 92, Nr. 12, S. 440–444.
- Kraft, E. und M. Hersperger (2009a), «Daten und Demographie – informativ und spannend (1)», Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 90, Nr. 39, S. 1493–1494.
- Kraft, E. und M. Hersperger (2009b), «Daten und Demographie – informativ und spannend (3): Ärzteschaft in der Schweiz – Ärztedichte und regionale Verteilung», Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 90, Nr. 43, S. 1647–1649.
- Kraft, E. und M. Hersperger (2009c), «Daten und Demographie – informativ und spannend (4): Ärzteschaft in der Schweiz und deren Aus- und Weiterbildung», Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 90, Nr. 45, S. 1733–1735.
- Kraft, E. und M. Hersperger (2009d), «Daten und Demographie – informativ und spannend (5): Ärzteschaft in der Schweiz – die Feminisierung der Medizin», Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 90, Nr. 47, S. 1823–1825.
- Kraft, E. und M. Hersperger (2009e), «Daten und Demographie – informativ und spannend (6): Ärzteschaft in der Schweiz – Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland», Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 90, Nr. 49, S. 1911–1913.
- Lehmann, P., S. Dumas, N. Viens Python und B. Guinchard (2011), Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud, Haute école de la santé La Source, Lausanne, und Haute école cantonale vaudoise de la santé, Schlussbericht, Januar 2011, Lausanne.
- OECD (2007), International Migration Outlook, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2008), The Looming Crisis in the Health Workforce. How Can OECD Countries Respond?, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010), OECD Health Data, OECD Publishing, Paris.
- OECD und WHO (2010), «International Migration of Health Care Workers», OECD Policy Briefs, OECD Publishing, Paris.
- Pécoud, A. (2006), «De la pléthore à la pénurie de médecins: tentative de comprendre», Revue médicale suisse, Jg. 89, Nr. 3089.
- Portenier, L., A. Bischoff und R. Spirig (2007), «Pflege», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009, Eine aktuelle Übersicht, Verlag Hans Huber, Bern, S. 229–244.
- Rindlisbacher, B. (2010), «DRG und die Weiterbildung der Hausärzte», PrimaryCare, Jg. 10, Nr. 17, S. 336–338.
- RN4CAST (2011), Medienmitteilung.

- Roter, D.L., J.A. Hall et al. (2002), «Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review», *Journal of the American Medical Association*, Jg. 288, Nr. 6, S. 756–764.
- Roth, M. (2010), *Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007*, Obsan-Dossier 14, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.
- Schubert, M. (2008), *Rationing of Nursing Care: Associations with Patient Safety and Quality of Hospital Care*, Dissertation, eingereicht an der Universität Basel, Juli 2008.
- Schweizerische Universitätskonferenz (2010), *Eignungstest 2010 für das Medizinstudium*, Pressemitteilung.
- Seemater-Bagnoud, L., J. Junod, H. Jaccard Ruedin, M. Roth, C. Foletti und B. Santos-Eggimann (2008), *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030*, Arbeitsdokument 33, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.
- Shamian, J., L. O’Brien-Pallas, D. Thomson, C. Alksnis und M.S. Kerr (2003), «Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What Are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done About It?», *International Journal of Sociology and Social Policy*, Jg. 23, S. 81–103.
- SWTR – Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat (2006), *Für eine zukunftsorientierte Hochschulmedizin?*, SWTR-Schrift 1/2006, SWTR, Bern.
- Videman, T., T. Nurminen, S. Tola, I. Kuorinka, H. Vanharanta und J.D.J. Troup (1984), «Low Back-pain in Nurses and Some Loading Factors of Work», *Spine*, Jg. 9, S. 400–404.
- VSAO – Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (2007), *5 Jahre Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte*, Pressekonferenz des VSAO vom 3.7.2007 in Bern.
- Waeber, G., J. Cornuz, J.M. Gaspoz, A. Pécoud und A. Perrier (2009), «Relève en médecine interne générale: enjeux et perspectives», *Revue médicale suisse*, Jg. 5, S. 232–236.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2010), *User’s Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, WHO, Genf, abrufbar unter www.who.int/hrh/resources/guide/en/index.html
- Wyss, K., S. Weiss und C. Stucki (2010), *Swiss Contributions to Human Resources for Health Development in Low- and Middle-Income Countries. Current Practices and Possible Future Orientations*, Schweizerisches Tropen- und Public-Health-Institute, Basel.

Kapitel 4

Reformen und Fortschritte seit dem Bericht 2006

Dieses Kapitel untersucht aktuelle Fortschritte im Bereich Public Health und Prävention, bei der Versorgungsqualität, der Spitalfinanzierung und den Arzneimitteln. In den letzten Jahren sind einige ermutigende Vorstösse zu verzeichnen, Public Health und Prävention in der Schweiz bleiben aber in weiten Teilen unkoordiniert und variieren je nach Politik und Kapazität der Kantone. Da die Debatte zum neuen Präventionsgesetz angedauert hat, sind kostenwirksame Präventionspolitiken und erfolgreiche Präventionsmassnahmen – wie das Brustkrebs-Screening – nur langsam vorangekommen. Bei den Daten zur Versorgungsqualität besteht trotz lohnenswerter Bemühungen weiterhin Bedarf an einheitlichen, nationalen Informationen um beurteilen zu können, ob die Schweizer Bevölkerung tatsächlich die Best-Practice-Versorgung erhält. Der Wechsel der Schweiz zur Spitalfinanzierung über Fallpauschalen ist ein positiver Schritt, der die Effizienz steigern dürfte. Das Ausmass der Effizienzsteigerung hängt allerdings davon ab, wie die Kantone die Reform umsetzen. Die Arzneimittelpolitik hat in den letzten Jahren einige Erfolge aufzuweisen, wobei mehr getan werden könnte, um das Preis-Leistungs-Verhältnis zu verbessern.

Der OECD/WHO-Bericht über das Gesundheitssystem der Schweiz 2006 hat politische Empfehlungen für kurz- oder längerfristige Verbesserungen im schweizerischen Gesundheitssystem formuliert. Die vorangehenden Kapitel befassten sich mit den seitherigen Massnahmen bei der Krankenversicherung und dem Gesundheitspersonal, auf die sich viele Empfehlungen des Berichts 2006 bezogen. Dieses Kapitel nun untersucht Public Health und Prävention, die Qualität der Versorgung, die Spitalfinanzierung und die Arzneimittel als weitere Bereiche, zu denen der Bericht 2006 Empfehlungen enthält oder in denen in letzter Zeit nennenswerte Entwicklungen stattgefunden haben.

4.1 Public Health und Prävention

Schutz der Gesundheit

Die Koordination beim Schutz der Gesundheit ist besser geworden

Beim Schutz der Gesundheit hat die Schweiz durch die Stärkung der rechtlichen Rahmenbedingungen und bei der Umsetzung erhebliche Fortschritte erzielt. Ein klarer Gesetzesauftrag ermöglicht den Bundesstellen (koordiniert vom Bundesamt für Gesundheit) das Land vor übertragbaren Krankheiten, Chemikalien oder Kontamination zu schützen. Die Bundesebene ist für die Steuerung, die Kantone für die Detailpläne und die Umsetzung zuständig. Die Verantwortung und die Zusammenarbeit zwischen den federführenden Bundesämtern und den zuständigen Stellen auf kantonaler Ebene sind klar geregelt. Auf der kantonalen Ebene sind für die Überwachung der übertragbaren Krankheiten die Kantonsärzte, bei Chemieunfällen die Kantonschemiker zuständig.

Aber selbst in diesem gut organisierten Bereich des Gesundheitssystems können beim politischen Vollzug Koordinationsprobleme auftreten, wie sich beim H1N1-Ausbruch 2009 gezeigt hat. Viele Leistungen auf diesem Gebiet sind an die bevölkerungs-, bedarfs- und ressourcenmässig sehr unterschiedlichen Kantone delegiert, was zu erheblichen Abweichungen bei der Reaktion auf Gesundheitsbedrohungen in der Schweiz führen kann. Zum Beispiel war beim Pandemieausbruch ohne zentrale Regelung der Entscheid, welche Bevölkerungsgruppen mit Tamiflu abgedeckt werden, den Kantonen überlassen – und fiel entsprechend unterschiedlich aus. Die Evaluation der H1N1-Impfstrategie der Schweiz hat ergeben, dass es an Standardisierung und Harmonisierung der kantonalen Pandemiepläne und an der Koordination bei der Verteilung des Impfstoffs an die Kantone fehlte und eine Gesamtleitung für die Kommunikation nötig gewesen wäre (Ernst und Young, 2010).

Weiteres Verbesserungspotenzial besteht bei den Beziehungen der Schweiz zur Europäischen Union zwecks Frühwarnungen vor Gesundheitsbedrohungen. Die Kontakte sollten umgehend intensiviert werden, da Ausbrüche von übertragbaren Krankheiten oder Kontaminationen nicht vor Landesgrenzen haltmachen. Eine verstärkte Zusammenarbeit

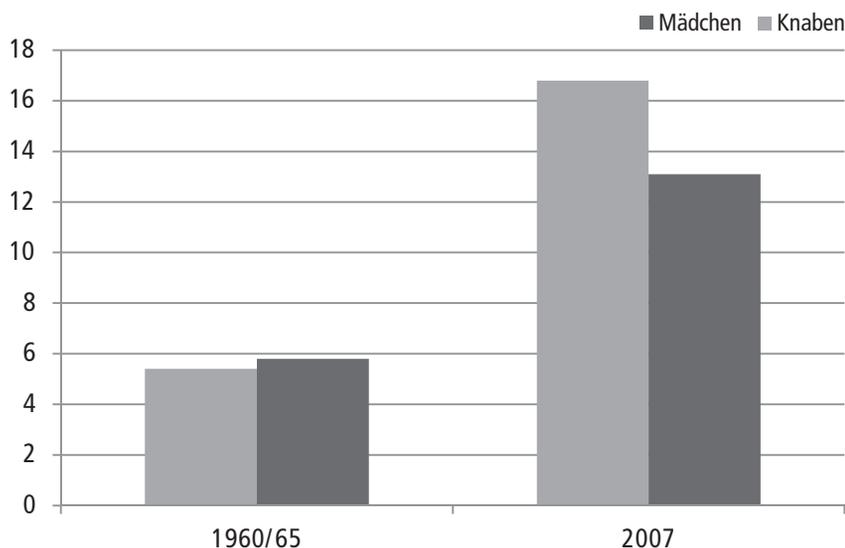
zwischen den Schweizer Expertinnen und Experten und dem Europäischen Zentrum für die Kontrolle und die Prävention von Krankheiten wäre allgemein für beide Seiten von Vorteil. Die Beziehungen zur WHO sind bereits gut ausgebaut.

Prävention von (nichtübertragbaren) Krankheiten und Gesundheitsförderung

Trotz nennenswerter Entwicklungen bleiben Prävention und Gesundheitsförderung unkoordiniert

Wie in anderen OECD-Ländern stellen die nichtübertragbaren Krankheiten das grösste Gesundheitsrisiko in der Schweiz dar. Rauchen hat nach einer Schätzung 2007 9201 Todesfälle verursacht – das sind 15 Prozent aller Sterbefälle – und wird damit zur wichtigsten vermeidbaren Todesursache in der Schweiz (BFS, 2009). Wie Abbildung 4.1 zeigt, sind Übergewicht und Adipositas im Vormarsch. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern von 6 bis 13 Jahren ist zwischen 1960/65 und 2007 bei den Knaben von 5,4 auf 16,8 Prozent und bei den Mädchen von 5,8 auf 13,1 Prozent gestiegen (Schneider und andere, 2009). Vom Bund finanzierte Studien haben ergeben, dass die in der Schweiz durchgeführten wichtigsten Massnahmen im Bereich Tabak-, Alkohol- und Verkehrsunfallprävention ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis aufweisen (Wieser und andere, 2009). Auch eine Studie der OECD hat unlängst eine Reihe vorbeugender Adipositas-Interventionen analysiert, um den Regierungen mit Angaben zum Preis-Leistungs-Verhältnis die Wahl der Massnahmen nach den zur Verfügung stehenden Mitteln zu erleichtern (Kasten 4.1).

Abbildung 4.1 **Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Schweizer Kindern von 6 bis 12/13 Jahren**



Quelle: Schneider und andere (2009).

Die Schweiz hat bei der Bekämpfung der grossen Risikofaktoren einige Fortschritte gemacht. Im Mai 2010 ist ein neues Rauchverbot in geschlossenen öffentlichen Räumen in Kraft getreten. Das nationale Rauchverbot setzt Mindestanforderungen fest und kombiniert sie mit dem lokalen Vollzug, indem die Kantone die Möglichkeit haben, das Verbot nach Bedarf zu verschärfen. Nach Angaben der Bundesverwaltung hatten im Januar 2010 14 Kantone eine Gesetzgebung, die über die Anforderungen auf Bundesebene hinausging

(BAG, 2011). Das nationale Rauchverbot ist ein gutes Beispiel, wie die Schweiz ihre ausgeprägt föderalistisch-dezentrale Struktur nutzt, um einerseits unterschiedliche Regelungen in den Kantonen zuzulassen, andererseits aber auch für die ganze Schweiz verbindliche Mindeststandards zu schaffen.

Kasten 4.1 **Adipositas-Prävention und ihre Kostenwirksamkeit**

In allen Industrieländern ist der Anteil an übergewichtigen und fettleibigen Menschen in den letzten Jahrzehnten laufend gestiegen. Regierungen auf der ganzen Welt haben landesweit oder lokal Adipositas-Interventionen eingeleitet, ohne sich dabei auf eine fundierte Evidenzbasis über deren Wirksamkeit oder Verteilungswirkung stützen zu können. In Zusammenarbeit mit der WHO hat die OECD deshalb eine Reihe von Interventionen untersucht, die chronischen Krankheiten durch bessere Ernährung und mehr Bewegung vorbeugen wollen. Die Studie sollte den Regierungen helfen, diejenigen Interventionen auszuwählen, mit denen sie ihre verfügbaren Mittel am besten nutzen können.

Allgemein betrachtet können auf einzelne Faktoren oder Gruppen ausgerichtete Interventionen das Ausmass des Adipositas-Problems nicht signifikant verringern. Es braucht mehr als eine Einzelprävention, um die vielfältigen und komplexen Adipositas-Risikofaktoren zu bekämpfen. Am wirksamsten sind Interventionen, die mehrere Beteiligte – wie Regierungen, Industrie und Berufsstände – einbeziehen, da jeder für sich das Ausmass des Problems nicht signifikant beeinflussen kann.

In Anbetracht dessen hat die OECD ein Modell über die Effizienz und die Wirksamkeit von Interventionen entwickelt, die chronische Krankheiten als Folge von ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung verhindern sollen. Die Entwicklung eines solchen Modells erforderte die Messung der gesundheitlichen Folgen von Lifestyle-Risikofaktoren, die typischerweise mit Übergewicht assoziiert werden. Mit dem Modell konnte die Übergewichtsdynamik einer europäischen Bevölkerung simuliert werden. Entsprechende kürzlich veröffentlichte OECD-Studien beziehen sich auf England und Italien, die Schlussfolgerungen könnten aber auch für die Schweiz Gültigkeit haben.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie lauten:

- Adipositas-Interventionen können signifikante Gesundheitsgewinne in Europa erzielen – von 39000 (Massenmedien-Kampagnen) bis 490000 DALYs oder gewonnene Lebensjahre (intensive Beratung in der Primärversorgung) – und sind sehr kostenwirksam im Vergleich zur Behandlung einmal aufgetretener Krankheiten.
- Am wirksamsten sind Interventionen ausserhalb des Gesundheitssektors (z.B. Lebensmittelkennzeichnungen, Besteuerungen).
- Die Beratung von Risikopersonen in der Primärversorgung ist die Einzelintervention mit der grössten Wirkung bezüglich Adipositas und chronischen Folgeerkrankungen, gleichzeitig aber auch die teuerste.
- Auf jüngere Altersgruppen ausgerichtete Interventionen werden ihre Wirkung in einigen Jahrzehnten entfalten und dann erst einen höheren Kostenwirksamkeitsgrad aufweisen.
- Kombinierte Interventionsstrategien zielen auf verschiedene Altersgruppen ab, wirken flächendeckender und können Synergien untereinander nutzen: Mehrfach-Ansätze sind wie Analysen zeigen bei vergleichbarer Kostenwirksamkeit mehr als doppelt so wirksam als die effektivste Einzelmassnahme.
- Interventionen gegen Adipositas durch bessere Ernährung und mehr Bewegung, die mindestens drei Bereiche abdecken – Gesundheitserziehung und -förderung, Regulie-

rung und Besteuerung und Beratung in der Primärversorgung – schneiden bei der Kostenwirksamkeit gut ab.

- Alle Interventionen im europäischen Raum zeigen mehr gesundheitliche Wirkung bei Bevölkerungsgruppen mit sozioökonomisch schlechteren Voraussetzungen als bei besser gestellten.

Insgesamt erfordern die meisten untersuchten Interventionen zusätzliche Ressourcen, um sie zugänglich zu machen, und weisen einen signifikanten, oft aber verzögert eintreffenden gesundheitlichen Nutzen auf. Präventionsmassnahmen bleiben dennoch sehr kostenwirksam im Vergleich zur Behandlung einmal aufgetretener Krankheiten.

Quelle: OECD (2010b).

Auch in der Alkoholprävention und auf dem Gebiet der Ernährung und Bewegung gibt es Koordinationsbestrebungen, dies im Rahmen des Nationalen Programms Alkohol 2008–2012 und im Rahmen des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung 2008–2012. Diese nationalen Programme streben einen breiten Konsens in Bezug auf die Handlungsschwerpunkte unter den institutionellen Ebenen, Non-Profit-Organisationen und anderen Akteuren an. Auf diese Weise wird das Vorgehen breiter abgestützt – ein wichtiger Schritt bei politischen Prozessen in der Schweiz. Ausser dem neuen Rauchverbot wurden in den letzten Jahren aber keine flächendeckenden bevölkerungsbezogene Massnahmen eingeführt (von denen wohl die besten Gesundheitsergebnisse zu erwarten sind). Auf diesem Hintergrund wurden Präventionsgelder in die Entwicklung kleinräumiger Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme investiert, die meist von Non-Profit-Organisationen und Stiftungen geführt werden.

Das Schweizer Public-Health-System ist teilweise hervorragend, erfordert aber weitere Ressourcen und bleibt im Allgemeinen fragmentiert. Die Schaffung eines übergeordneten gesetzlichen Rahmens zur Koordination der Politik auf den verschiedenen Ebenen wurde im Bericht 2006 als Priorität eingestuft. Seither haben zahlreiche Debatten und Diskussionen stattgefunden und vor Kurzem zu einem Entwurf für ein Präventionsgesetz geführt (vgl. Kasten 4.2), der derzeit (zum Publikationszeitpunkt des Berichts) im Parlament behandelt wird.

Der Gesetzesentwurf enthält eine Reihe von Vorstössen zur verstärkten Koordination der öffentlichen Gesundheit, wobei aber fehlende Mechanismen zur Sicherstellung nationaler Public-Health-Politiken seine Wirkung einschränken könnten. Nach dem Gesetzesentwurf sind die Kantone weiterhin sehr autonom in Bezug auf das Ausmass, in dem sie Massnahmen zu den nationalen Präventionsvorgaben umsetzen. Jedoch sind viele Kantone im Rahmen der Kompetenzordnung bereits mit der Bereitstellung und Finanzierung der stationären Gesundheitsleistungen stark gefordert. Es scheint, dass sie nicht über die nötigen Mittel verfügen, um eine Führungsrolle in der Gesundheitsförderung und Prävention übernehmen zu können. Die Frage stand zur Diskussion, ob eine neue Einrichtung auf Bundesebene als Kompetenzzentrum für die Prävention und Gesundheitsförderung nötig wäre. Es wird sich zeigen, ob es der Schweiz mit der Reform durch den gegenwärtig im Parlament behandelten Gesetzesentwurf gelingt, die Ressourcen auf ein national koordiniertes Vorgehen über evidenzbasierte Massnahmen zu kanalisieren.

Kasten 4.2 Fortschritt beim Gesetzesrahmen für Prävention

Der OECD/WHO-Bericht 2006 erachtete die gemeinsame Zielformulierung und klare Regelung der Zuständigkeiten unter den einzelnen institutionellen Ebenen als Voraussetzung für wirksame Strategien gegen flächendeckende Gesundheitsrisiken in der Schweiz. Die dezentrale Struktur des schweizerischen Gesundheitssystems ermöglicht es den Kantonen, eigene Präventionstätigkeiten zu entwickeln und durchzuführen, erschwert aber gleichzeitig die Koordination von breiteren Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen.

Auch nach vielen Debatten und Diskussionen über den Entwurf zum Präventionsgesetz besteht bisher noch kein klarer Führungsauftrag für den Bund bei der Gesundheitsförderung und Prävention. Der Gesetzesentwurf wird gegenwärtig im Parlament behandelt.

Er sieht vor:

- Die Rolle des Bundes in der Prävention und Früherkennung chronischer Krankheiten zu klären und ihm Bereiche zu unterstellen, die einen gesamtschweizerischen Ansatz erfordern wie Informationskampagnen, Anreize für Forschung und Entwicklung und die finanzielle Unterstützung von Non-Profit-Organisationen mit nationalem Auftrag.
- Alle acht Jahre nationale Ziele und alle vier Jahre strategische Prioritäten für die Prävention und Gesundheitsförderung festzulegen, um die Massnahmen unter den staatlichen Ebenen und den privaten Organisationen zu koordinieren.
- Die Umsetzung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen primär weiterhin den Kantonen zuzuweisen, die in ihrem Kantonsgebiet auch die Kosten dafür tragen.
- Die Zuständigkeit für die Verteilung der Einnahmen aus Präventionsabgaben und Tabaksteuern einer Organisation zu übertragen. Die erwähnten Einnahmen sollen zu einem Teil in kantonale Programme fliessen, die sich an nationalen Zielen ausrichten.

Quelle: adaptiert von «Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung», BAG (September 2009).

Die Schweiz sollte – ob über das Präventionsgesetz oder auf anderem Weg – die Koordination im Bereich Public Health verbessern. Die stark lokal orientierte und partizipative Art der «Civic Governance» in der Schweiz ist eine Stärke, wenn es um die Entwicklung von lokal relevanten Lösungen bei der öffentlichen Gesundheit geht. Auf der anderen Seite ist damit die Herausforderung verbunden klar zu regeln, wer auf den einzelnen staatlichen Ebenen was tut und wie diese Bemühungen koordiniert werden. Dies ist keine unbedeutende Aufgabe, die es sich lohnen dürfte, genauer zu prüfen.

Eine weitere Herausforderung für die Schweiz ist das Personal, das benötigt wird, um Public Health zu einem Schwerpunkt im Gesundheitssystem zu machen. Es scheint an Weiterbildungen sowohl für medizinische als auch für nicht medizinische Public-Health-Fachleute zu fehlen. Dabei bestünde auf kantonaler und auf Bundesebene Spielraum zum proaktiven Aufbau von Public-Health-Funktionen in ihren Strukturen. Diese könnten als Wegbereiter für den dringend benötigten Fokus auf breit abgestützte Verbesserungen der bestehenden Gesundheitssysteme, -strukturen und -politiken dienen, wie er unter den bisherigen Voraussetzungen mit kantonalen (und oft weniger breit angelegten) Public-Health-Programmen kaum möglich ist.

Ein Beispiel für Koordinationsschwierigkeiten ist das Brustkrebs-Screening

Wie schwierig die Umsetzung nationaler Präventions- und Public-Health-Programme in der Schweiz unter den heutigen Voraussetzungen ist, lässt sich am landesweiten Brustkrebs-Screening aufzeigen, das der Bericht 2006 empfohlen hat und das nur langsam vorankommt. Über das optimale Alter und die optimale Häufigkeit wird weiterhin debattiert, die Brustkrebs-Früherkennung durch regelmässige Mammographie stellt aber eine kostenwirksame Früherkennungsmethode dar, die die Heilungschancen verbessert. Die meisten OECD-Länder verfügen über nationale Empfehlungen und Programme zur breitflächigen Brustkrebs-Früherkennung als Teil einer Gesamtstrategie. Frühere Studien zu den in einigen Kantonen eingeführten Screenings haben gezeigt, dass die Mortalität bei den Frauen der Altersgruppe 55-74 Jahre zurückging (NICER, 2010). Eine spezifische Studie für die Schweiz ergab, dass Reihen-Mammografie-Screenings kostenwirksamer sind als sogenannt opportunistische, das heisst auf eigene Initiative erfolgende Screenings (Gelder und andere, 2008). Weiteren Studien zufolge kann ein einfacher und günstiger Zugang zu Brustkrebs-Screenings auch dazu beitragen, Ungleichheiten bei der Brustkrebsprävention in Bezug auf Immigrantinnen und Frauen aus einkommensschwächeren Schichten zu verringern (Fontana und Bischoff, 2008).

Trotz Versuchen der Krebsorganisationen, in der ganzen Schweiz einheitliche Mammografie-Screenings einzuführen, ist die Situation weiterhin von Kanton zu Kanton verschieden. Routinemässige Mammografien für bestimmte Zielgruppen werden in der Schweiz derzeit nur in den sechs Kantonen mit einem kantonalen Präventionsprogramm von der Krankenkasse übernommen (und sind somit für die Patientinnen kostenlos). Ein Parlamentsentscheid hat unlängst geklärt, dass die Krankenkassen die Kosten für Mammografie-Screenings übernehmen müssen, wenn diese Teil eines kantonalen Programms sind. Dies ist ein wichtiger Schritt, eine weiter gefasste Abdeckung ist aber weiterhin von den Massnahmen (und Mitteln) der Kantone abhängig. Mammografie-Screenings werden zwar nach und nach eingeführt – im letzten Jahr zum Beispiel von den Kantonen St. Gallen, Graubünden und Bern –, die Schweiz kommt auf dem Weg zu einem koordinierten nationalen Ansatz aber nur langsam voran.

Gesundheitsbezogene Ungleichheiten

Zur Beurteilung von Ungleichheiten braucht es einen Mindestsatz an nationalen Daten

Die Schweiz scheint grössere Unterschiede unter Gemeinden und Kantonen in Bezug auf Wohlstand und Wohlbefinden zu akzeptieren als viele andere Länder. Politische Initiativen zu gesundheitlichen Ungleichheiten konzentrieren sich oft auf einzelne Themen, die «Strategie Migration und Gesundheit» beispielsweise zielt auf ein besseres Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung ab. Es mag sein, dass gesundheitliche Ungleichheiten in der Schweiz weniger ausgeprägt sind als in anderen OECD-Ländern, um dies festzustellen, werden aber Informationen über Gesundheitsergebnisse der einzelnen Bevölkerungsgruppen benötigt. Es liegt genügend Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus oder Gesundheitsergebnissen und der sozialen Klasse oder Benachteiligung vor. Dies haben grosse nationale Studien wie unlängst die Marmot-Review im Vereinigten Königreich und internationale Ländervergleiche (Mackenbach und andere, 2008) gezeigt. Einheitliche, nationale Daten zu Gesundheitsstatus und Gesundheitsergebnissen der Schweizer Bevölkerung nach sozioökonomischen und geografischen Querschnitten sind beschränkt. Gesundheits- und Mortalitätsdaten in Bezug auf das Einkommen und das Bildungsniveau liegen zwar vor, es scheint aber kein systematisches Interesse für die Ermittlung von Gruppen zu geben, die von systemischen Ungleichheiten betroffen sind, beispielsweise im Zusammenhang mit der frühkindlichen Entwicklung, dem Bezug staatlicher Leistungen, der Be-

schäftigung oder den Familienstrukturen. Für aussagekräftige Indikatoren zu diesem Thema könnten sich die politischen Entscheidungsträger in der Schweiz an den Datenbanken «Health Data» der OECD und «Gesundheit für alle» der WHO Europa orientieren.

4.2 Qualität der Versorgung

Es werden mehr Daten benötigt, um die Qualität der Versorgung zu monitorisieren. Die unternommenen Schritte in Bezug auf die Empfehlung im Bericht 2006 zu einem nationalen Rahmen für die Qualitätsbeurteilung von Gesundheitsleistungen sind ermutigend, aber beschränkt. Der Bericht 2006 ergab, dass sich das Gesundheitssystem der Schweiz im klinischen Bereich stark auf Selbstregulierung verlässt, kombiniert mit einigen Vorstössen auf institutioneller Ebene zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Seither wurden Umfang und Konsistenz der Daten zur Versorgungsqualität schrittweise verbessert. Seit 2009 veröffentlicht das Bundesamt für Gesundheit Fallzahlen und Mortalitätsraten für 30 verschiedene Diagnosegruppen. Eine neue Organisation – der «Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)» – wurde beauftragt, Indikatoren zur Messung der Qualität in Spitälern und Kliniken zu entwickeln. Das vom ANQ erarbeitete Programm umfasst eine Reihe von Kennzahlen zur Qualität wie Wiedereintritts-, Reoperations- und Wundinfektionsraten, Sturz- und Dekubitusprävalenz und Patientenzufriedenheit. Die Teilnahme am ANQ-Programm war bisher in der Pilotphase freiwillig. Es ist aber geplant, dass alle Spitäler die Zahlen obligatorisch erheben und melden müssen.

Auch die unlängst eingeführte Versichertenkarte eignet sich als Grundlage für Gesundheitsinformationssysteme, um Patientenergebnisse (und -erfahrungen) genauer zu erfassen und die Qualität der Versorgung dadurch zu verbessern. Die Versichertenkarte enthält vorerst nur administrative Daten. In einigen Kantonen wird aber nach einer Möglichkeit gesucht, im Hinblick auf einen Austausch unter den beteiligten Fachleuten eines Behandlungspfads auch medizinische Angaben auf der Karte zu speichern. Dieses System kann die Diagnosegenauigkeit verbessern und Doppelspurigkeiten von Tests und Untersuchungen vermeiden. Es könnte auch Daten erfassen, die den Entscheidungsträgern helfen, die Versorgungsqualität der einzelnen Leistungserbringer zu beurteilen.

Insgesamt bleibt die Sammlung von Gesundheitsdaten in der Schweiz fragmentiert. Neben dem erwähnten ANQ sammelt das Bundesamt für Gesundheit nationale Daten zur Überwachung übertragbarer Krankheiten. Das Bundesamt für Statistik erhebt Daten zur Sterblichkeit und führt die Schweizerische Gesundheitsbefragung durch. Ein Grossteil der übrigen erhobenen – und zur Verbesserung der Versorgungsqualität genutzten – Daten wird nur auf lokaler Ebene in spezifischen Bereichen von einzelnen Leistungserbringern oder Kantonen erfasst. Die Fehlermeldesysteme beispielsweise, wie sie einige Spitäler kennen, sind Sache der Institutionen und Versicherer und die entsprechenden Programme sind oft nicht miteinander verbunden oder vergleichbar. Politik, Gesundheitsfachleute und Statistik sollten gemeinsame Ziele definieren, damit die Schweiz die Lücken in der bisherigen Datensammlung beheben kann. Die Schweiz sollte einen Mindestsatz an nationalen Gesundheitsdaten definieren – der idealerweise die Gesundheitsergebnisse der gesamten Bevölkerung und die Versorgungsqualität aller Gesundheitsleistungen umfasst. Die Daten können von verschiedenen Stellen und Organisationen erfasst und bereitgestellt werden, die den Entscheidungsträgern geeignet scheinen. Entscheidend dabei sind die Koordination und der Fokus auf die ganze Schweiz, um eine nachhaltige Datengrundlage im Schweizer Gesundheitssystem zu schaffen, die Qualitätsverbesserungen ermöglicht.

Kasten 4.3 Versorgungsqualität: Fortschritte bei der Krebsregistrierung in der Schweiz

Ein Beispiel für den limitierten Fortschritt beim Aufbau der nötigen einheitlichen (oder koordinierten) Datensysteme zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Schweiz sind die Krebsregister. Neben kantonalen Früherkennungsprogrammen und regionalen Krebsregistern (11 Krebsregister, die 22 Kantone abdecken) gibt es wenig aktuelle, einheitliche Daten zu Überlebens- und Früherkennungsraten für die ganze Schweiz (BAG 3. Dezember 2010).

Register für Krebs als einzelnes und nur einen kleinen Teil der Bevölkerung treffendes Ereignis brauchen für gute Analyse- und Überwachungsdaten eine gewisse Grösse, was die Aussagekraft regionaler Lösungen in einem flächen- und bevölkerungsmässig vergleichsweise kleinen Land wie der Schweiz potenziell verringert. Bei einer geschätzten Abdeckung durch die Krebsregister von rund 68 Prozent der Schweizer Bevölkerung (NICER, 2010) sind die Aussagen zu zeitlichen und geografischen Prävalenzunterschieden entsprechend beschränkt. Patientinnen und Patienten reisen für spezialisierte Behandlungen über mehrere Gebiets- und Überwachungsbereiche hinaus in Zentren (wie Bern oder Zürich). Es stellt sich auch die Frage, wie fortlaufend die Datenerfassung von Registern ist, die meist von Kantonen, Universitäten und Forschungsgruppen finanziert werden (BAG, 3. Dezember 2010).

Die Kombination von limitierter Abdeckung und Vergleichbarkeit schränkt die Aussagen der Krebsbeobachtung in Bezug auf Trends und mögliche Verbesserungen der Behandlungsergebnisse ein. Der für 2012 geplante Gesetzesentwurf zur Harmonisierung der kantonalen Grundlagen und zur Regulierung der Krebsregister ist deshalb ein positiver Schritt, vor allem wenn er neben der epidemiologischen Überwachung auch die Prüfung der medizinischen Leistungen umfasst. Gemessen an wirtschaftlich vergleichbaren Ländern wie den Niederlanden, Frankreich oder Australien mit flächendeckender Krebsregistrierung in ihren regionalen (oder nationalen) Systemen ist der Schritt ausserdem überfällig.

Quelle: adaptiert von «Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung», BAG (September 2009).

Zusätzliche Anstrengungen sind nötig, um Leistungserbringer, Versicherer und Kantone aufeinander abzustimmen

Nach positiven Vorstössen bleibt wie beim letzten Bericht abzuwarten, ob die aktuelle «Qualitätsstrategie des Bundes» den Rahmen zur gesamtschweizerischen Messung der Versorgungsqualität bilden und die Best-Practice-Versorgung für die Schweizer Bevölkerung sicherstellen kann. Für die Kantone als gleichzeitige Eigner und Qualitätssicherer der Spitäler könnten die Anreize zur Aufdeckung von Qualitätsdefiziten nach wie vor gemischt sein, insbesondere wenn die lokale Versorgung auf dem Spiel steht. Zudem konzentrieren sich die bisherigen Qualitätsprogramme auf kantonaler Ebene meist auf die Spitäler, und zur Qualität im Grundversorgungs- oder ambulanten Bereich liegen nur wenige Informationen vor.

Die Schweiz sollte deshalb die Bemühungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität vereinheitlichen und koordinieren. Die Politik muss sich bewusst sein, dass die Kantone finanziell und operativ erheblichen Einfluss auf die Gesundheitsleistungen und einzelnen Leistungserbringer haben. Die Schweizer Behörden können am besten beurteilen, welche Strukturen und Kooperationsmechanismen für die Überwachung von Gesundheitsergebnissen und die Performance der Leistungserbringer am geeignetsten sind,

wobei ein weniger auf Selbstregulierung (durch Leistungserbringer) ausgerichteter Kurs konstruktiv sein könnte. In einem Land, das so viel in sein Gesundheitswesen investiert wie die Schweiz, müsste dieser Punkt eine Priorität darstellen. Verbesserungen auf diesem Gebiet werden informierten Patientinnen und Patienten die Wahl und Versicherern und Behörden die Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses bei der Finanzierung der Leistungen erleichtern.

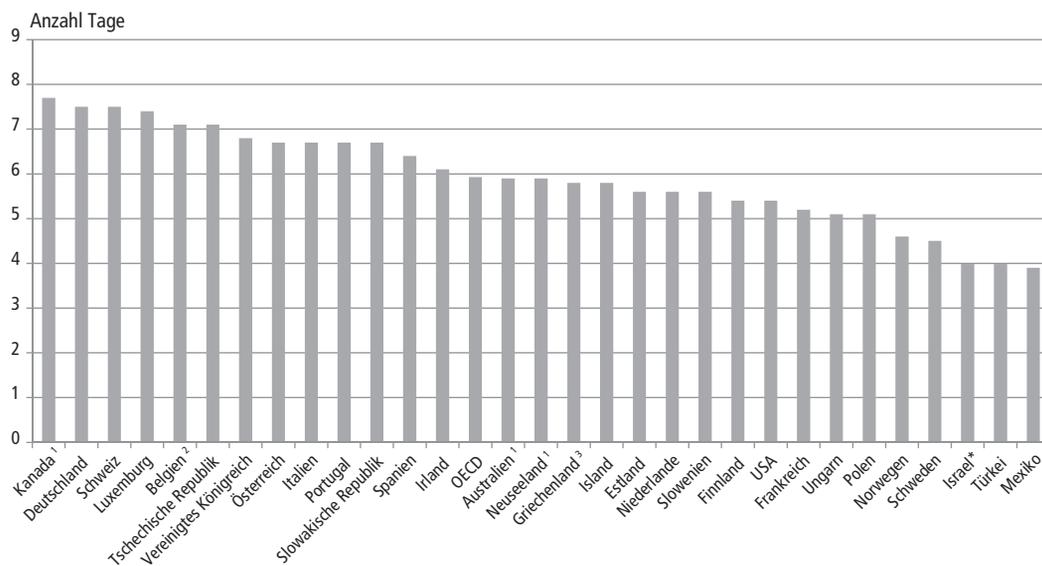
4.3 Spitalfinanzierung

Der Wechsel zu DRG-basierter Preisbildung und Finanzierung dürfte zu mehr Effizienz verhelfen...

Beachtliche Fortschritte sind bei den Reformen zur Spitalfinanzierung nach diagnosebezogenen Fallgruppen DRG (Diagnosis Related Groups) zu verzeichnen, eine zentrale Empfehlung im OECD/WHO-Bericht 2006. Die Organisation Swiss DRG AG wurde geschaffen und mit der Entwicklung und Pflege eines nationalen DRG-Systems auf der Basis des deutschen DRG-Modells beauftragt (Swiss DRG, 2005). 2012, wenn die neue Finanzierung gesamtschweizerisch umgesetzt wird, werden alle Spitäler (einschliesslich Privatspitäler) im obligatorischen Sozialversicherungsbereich (Krankheit, Unfall, Militär und Invalidität) nach dem DRG-System abgegolten. Basierend auf 42 Spitälern, die der Swiss DRG Daten geliefert haben, werden Skalen berechnet. Der Kostenteiler für die Leistungen ist auf mindestens 55 Prozent für die Kantone und maximal 45 Prozent für die Versicherer festgelegt.

Der Wechsel zur DRG-basierten Abgeltung stationärer Leistungen sollte dazu führen, dass die Schweizer Spitäler ihre Leistungen effizienter erbringen. Bisher erfolgte die Spitalfinanzierung je nach Kanton über Tagespauschalen oder eine DRG-Vergütung¹. Das Tagespauschalen-System kann Anreize für eine Überversorgung der Spitäler schaffen, da zusätzliche Leistungen belohnt werden (OECD und WHO, 2006). Zusätzlich zu den Tagespauschalen übernehmen einige Kantone Ende Jahr eine Defizitdeckung, was bei lockerer Haushaltsdisziplin Spitalleistungen fördert, die ambulant oder spitalextern kostenwirksamer erbracht werden könnten. Mit dem Wechsel zur Abgeltung eines Benchmark-«Preises» für Leistungen mit vergleichbarer Diagnose werden effizientere Spitäler finanziell profitieren, während bei den anderen der Effizienzdruck steigt. In verschiedenen OECD-Ländern konnten die Kosten und die Aufenthaltsdauer dadurch nachweislich reduziert werden (Böcking und andere, 2005). Erste Ergebnisse in Kantonen, die bereits eine DRG-basierte Vergütung eingeführt haben, weisen auf eine mögliche Verschiebung von Ressourcen in die ambulante Versorgung hin (Busato und Below, 2010). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern ist in den letzten zehn Jahren allmählich zurückgegangen, liegt aber immer noch über dem OECD-Durchschnitt (vgl. Abbildung 4.2). Weiteren Indikatoren zufolge nehmen die Schweizer Spitäler im Vergleich zu anderen OECD-Ländern anteilmässig auch weniger ambulante Eingriffe vor (vgl. Abbildung 4.3). Somit ist von einem erheblichen Potenzial für Effizienzsteigerungen auszugehen.

Abbildung 4.2 **Durchschnittliche Verweildauer in der Akutversorgung in OECD-Ländern 2009**



¹ Daten 2008

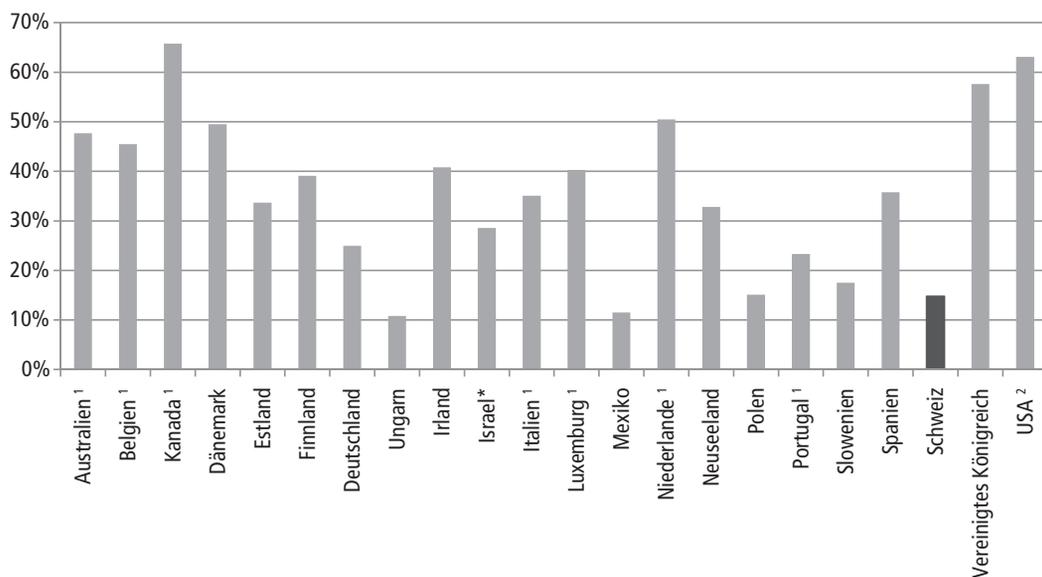
² Daten 2007

³ Daten 2006

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Quelle: OECD Health Data 2010.

Abbildung 4.3 **Anteil an ambulant vorgenommenen Eingriffen in Spitälern 2008**



¹ Daten 2007

² Daten 2006

* Angaben für Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Quelle: OECD Health Data 2010.

Die neuen «Spitallisten» und die Änderungen bei der Finanzierung werden zu einer Gleichbehandlung der öffentlichen und privaten Spitäler führen und für mehr Wettbewerb unter den Spitalern sorgen. Bisher bestimmten die Kantone, welche Spitäler subventioniert wurden. Mit der DRG-Reform wird eine Liste mit den Spitalern erstellt, die für jede erbrachte Leistung zu 55 Prozent vom Kanton abgegolten werden dürfen. Zudem sind die Investitionskosten künftig im Abgeltungssystem mit Fallpauschalen enthalten. Auf diese Weise werden die ungleichen Spiesse abgeschafft, dass Spitäler mit subventionierten Investitionskosten tiefere Grenzkosten pro Leistung aufweisen als nicht subventionierte. Weniger Subventionen und die Abgeltung nach Fallkosten und einheitlichem Tarifsysteem sollten die Aktivitäten grundsätzlich auf die effizientesten Spitäler lenken – ob öffentliche oder private. Durch die Spitallisten lässt sich die Leistungsabgeltung langfristig auch mit Qualitäts- und Sicherheitsstandards verbinden (wie Spitalbewilligungen oder Meldepflicht für bestimmte Daten).

Ausserdem stellt das fallbasierte Abgeltungssystem eine Plattform für Innovation und künftige Reformen dar. Indem die Spitäler ermutigt werden, ihre Aktivitäten und Kosten offenzulegen, wird der Übergang zum neuen nationalen DRG-System auch die Information über die Leistung verbessern. Die Klassifikation der Leistungen dürfte auch zu besseren Daten über die wichtigsten Morbiditäten (und Co-Morbiditäten) führen, die in Schweizer Spitalern behandelt werden. Dadurch könnten sich die DRGs als nützliches Instrument erweisen, um Finanzierung und Performance künftig vermehrt zu verknüpfen.

... aber der Umfang des Effizienzgewinns hängt davon ab, wie die DRGs umgesetzt werden

Ob das DRG-basierte Abgeltungssystem effizienzsteigernd umgesetzt werden kann, ist vor allem eine Herausforderung für die Kantone, die viele Spitäler nicht nur besitzen und betreiben, sondern die Spitalleistungen auch mehr als zur Hälfte finanzieren. In der Regel sind DRG-basierte Abgeltungssysteme ein Anreiz für die Spitäler, die Kosten zu senken, könnten aber auch zu einem höheren Behandlungsvolumen führen (OECD, 2010a). Davon könnten vor allem Kantone betroffen sein, die gleichzeitig mit dem Übergang zur nationalen Tarifstruktur auch zu DRG-basierter Abgeltung wechseln. Best-Practice-Modelle zur Einführung von DRGs in OECD-Ländern beinhalten explizit Strategien zum Umgang mit einem allfälligen Anstieg der Behandlungs- und Aufnahmezahlen. Die USA beispielsweise haben die erste Einführung von DRGs bei Medicare mit Kontrollen und Sanktionen verbunden, falls die Aufnahmezahlen drastisch steigen sollten (Böcking und andere, 2005). In Frankreich werden DRG-Tarife nach unten angepasst, wenn die Vorgabe der Krankenversicherung bei den Spitalausgaben überschritten wird (französisches Gesundheitsministerium, 2010).

Beim Schweizer DRG-Ansatz beruht der Fallpauschalenkatalog auf einer nationalen Basis, die jeweiligen Preise werden von Leistungserbringern und Verbänden der Versicherer aber auf kantonaler Ebene ausgehandelt. Als Eigner der Spitäler werden viele Kantone auch eine wichtige Rolle bei den Verhandlungen spielen. Einige Kantone haben bereits Erfahrung bei der Einschätzung und Planung von DRG-Kosten und Preisen, andere weniger. Ein sorgfältiges Vorgehen der Kantone wird nötig sein, um die Gefahr einer Volumenerhöhung einzudämmen.

Auch bei der Regulierung der Preise, die auf Kantonsebene ausgehandelt werden, können die Kantone eine wichtige Rolle mit erheblichen Auswirkungen auf die Höhe der Leistungen an die Spitäler spielen. Nach den heutigen Plänen amten die Kantone als Bewilligungsbehörde für die kantonal ausgehandelten Preise. Sie können zudem in die Preisbildung eingreifen,

wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Der am Prozess beteiligte Preisüberwacher hat Empfehlungen für angemessene Basispreise als Berechnungsgrundlage für die Leistungspreise angekündigt (Preisüberwachung, 2011). Genehmigen die Kantone höhere als die empfohlenen Preise, werden sie dies begründen müssen. Die transparente Architektur hilft den Kantonen, den Kostendruck im Rahmen zu halten. Neigen die Kantone aber stark dazu, Preise zu genehmigen, die nicht der jeweiligen örtlichen Kostenstruktur entsprechen, wären potenzielle Effizienzgewinne gefährdet. Dieses Risiko besteht angesichts der bisherigen Defizitdeckung durch die Kantone auch insofern, als die Spitäler andere kantonale Beiträge als die DRG-Gelder für die akutstationäre Leistungserbringung einsetzen könnten (z.B. indem sie Gelder für Forschung oder andere Tätigkeiten für die Leistungserbringung zweckentfremden).

Strukturmerkmale des schweizerischen Gesundheitssystems könnten der optimalen Wirkung der Finanzierungsreformen im Wege stehen

Als allgemeines Hindernis für eine optimale Effizienzwirkung der neuen Spitalfinanzierung könnte sich die Struktur des Marktes erweisen, in dem die DRG-basierte Abgeltung erfolgt. Neben Österreich und Japan ist die Schweiz das einzige OECD-Land mit einem Gesundheitssystem auf Versicherungsbasis, in dem der Staat ein wesentlicher Partner der direkten Spitalfinanzierung ist (vgl. Tabelle 4.1). Bei der dualistischen Finanzierung sind wie im letzten Bericht dargelegt die Anreize zur Senkung der Spitalkosten geringer, da die Mehrfachrolle der Kantone als Eigner, Finanzierer und Leistungserbringer potenziell mit Interessenskonflikten verbunden ist und den Anreiz zur Kostenkontrolle senkt (OECD und WHO, 2006). Mit dem neuen Finanzierungssystem werden die kantonalen Spitäler weiterhin zu mehr als der Hälfte von den Kantonen finanziert. Gleichzeitig sind Grundversorgungsspitäler verpflichtet, einen Mindestsatz an Leistungen zu erbringen (der von Kanton zu Kanton variieren kann). Diese Kombination von Finanzierungsstruktur und reguliertem Spitalangebot lässt wenig Raum für autonome Entscheide der Spitalleitung, welchen Leistungsmix sie anbieten will (wie sich auf gewisse Leistungen zu spezialisieren und andere Angebote zu reduzieren) – insbesondere wenn dieser den Prioritäten der Kantone als Eigner der Spitäler nicht entspricht. Der Effizienzgewinn bei den Spitälern dank dem neuen DRG-System und seinen Preissignalen könnte dadurch geschmälert werden.

Tabelle 4.1 Spitalfinanzierungsanteile in OECD-Ländern mit Systemen auf Versicherungsbasis 2007

	Staat	Sozialversicherung	Privatversicherung	Privat Andere
Österreich	44.5%	45.8%	7.2%	2.6%
Belgien	0.0%	73.8%	8.8%	17.4%
Tschechische Republik	2.8%	95.4%	0.5%	1.3%
Estland	2.4%	91.6%	0.5%	5.5%
Frankreich	1.3%	91.5%	4.5%	2.6%
Deutschland	6.2%	82.2%	9.4%	2.2%
Japan	23.5%	63.8%	4.1%	8.6%
Korea	14.8%	46.7%	5.6%	33.0%
Niederlande	4.1%	90.1%	0.0%	5.8%
Slowenien	0.3%	87.7%	8.2%	3.8%
Schweiz	34.2%	44.0%	11.2%	10.5%

Anmerkung: Beim Anteil «Staat» sind in der Schweiz die Abschreibungskosten eingeschlossen, wodurch er möglicherweise etwas höher ist. Der Einschluss der Kapitalkosten in anderen Ländern würde aber die Aussage nicht wesentlich verändern.

Quelle: OECD Health Data 2010.

Ein weiteres Hindernis für die optimale Effizienzwirkung könnte die geringe Grösse der Kantone – und dadurch der Spitalmärkte, die diese im Wesentlichen ausmachen – darstellen. In zwölf Kantonen gibt es nur ein oder zwei allgemeine (d.h. nicht spezialisierte) öffentliche Spitäler (BFS, 2011). Angesichts kantonal ausgehandelter Preise verfügen die Spitäler in diesen kleineren Kantonen über eine gewisse Verhandlungsmacht. Eine neuere Studie geht von Abweichungen unter den Kantonen beim Preisniveau für Spitalleistungen von derzeit bis zu 60 Prozent aus (Schleiniger, 2008). Mit dem Wechsel zu einer deutlich freieren Spitalwahl können Patientinnen und Patienten auch Spitäler in anderen Kantonen wählen, was den Wettbewerb der Spitäler bei der Qualität über die Kantonsgrenzen hinaus fördert. Interkantonalen Wettbewerb bei den Kosten zu erreichen dürfte jedoch schwierig sein. Es ist schwer ersichtlich, wie tiefere Preise in einem Kanton Wettbewerbsdruck auf Spitäler in anderen Kantonen ausüben können. Zudem können die kantonal ausgehandelten Spitalpreise zu von Kanton zu Kanton verschiedenen (über die Unterschiede bei den Lebenskosten hinaus) Erbringungskosten führen. Durch das Vorhandensein vieler kleiner Märkte könnten die potenziellen Effizienzgewinne durch leistungsbezogene Abgeltung beschränkt sein auf die Ergebnisse innerhalb der einzelnen Kantone. In Kantonen mit hoher Spitaldichte kann dies zu positiven Resultaten führen, wird aber kaum auf die unterschiedlichen Kosten in der Schweiz Einfluss haben.

Die Einführung der DRG-basierten Finanzierung wird der Schweiz auch Gelegenheit geben, neben den Qualitätsinformationen neue Effizienzdaten für die künftige Spitalplanung zu gewinnen. Mit der neuen Spitalfinanzierung wechseln alle Spitäler in der Schweiz zur DRG-basierten Abgeltung für ihre stationären Fälle. Beim Zugang zu Spitalleistungen erreicht die Schweiz mit mehr als 41 Spitälern pro Million Einwohner im Vergleich zum OECD-Durchschnitt von 30 Spitälern pro Million Einwohner einen Spitzenwert. Von den 314 Schweizer Spitälern verbleiben nach Abzug von 185 spezialisierten Zentren und 40 grossen Spitälern vermutlich einige Betriebe, die mit geringen Fallzahlen und hohen Anforderungen bezüglich Verfügbarkeit (z.B. den Notfall beizubehalten) konfrontiert sein werden. In anderen OECD-Ländern – wie den USA, Australien und Kanada – erhielten kleine und regionale Spitäler bei der Umsetzung von DRG-basierter Abgeltung zusätzliche Vergütungen, um ihre Verfügbarkeit aus Gründen des Spitalzugangs sicherzustellen. Mit einer Spitalfinanzierung basierend auf der Anzahl und Komplexität der erbrachten Leistungen wird sich bei einigen Spitälern die Frage stellen, ob ihr Volumen gross genug ist, um den operativen Anforderungen weiterhin zu genügen. Die potenzielle Unterfinanzierung einiger Spitäler könnte wie schon gesagt dadurch gelöst werden, dass der Kanton höhere Tarife zulässt, um die Verfügbarkeit der Spitäler sicherzustellen. Die Finanzierungsreform mit ihren neuen Informationen wird vorab Aufschluss über kleine Spitäler mit ineffizientem Betrieb geben. Die Kantone können dann besser beurteilen, ob die Kosten für das hohe Niveau beim Zugang zu Spitalleistungen, das die Schweiz heute aufweist, eine Priorität bei den Ausgaben darstellt.

4.4 Arzneimittel

Die 2007 veröffentlichte Analyse der OECD zur Arzneimittelpolitik der Schweiz ergab, dass die Preise für patentierte Medikamente überhöht, die Generikamärkte nicht effizient genug und Preis- und Rückerstattungsentscheide nicht transparent genug waren (wichtigste Ergebnisse der Studie vgl. Kasten 4.4). Seither hat die Schweiz Massnahmen ergriffen, um die Preise zu senken und den Generikamarkt zu fördern. In den folgenden Abschnitten wird die Wirkung dieser Massnahmen untersucht. Weniger Fortschritte sind bei den Prozessen zu Preis- und Rückerstattungsentscheiden zu verzeichnen.

Kasten 4.4 **Arzneimittelpolitik der Schweiz im globalen Kontext**

Die Arzneimittelpolitik agiert mehr als andere Bereiche der Gesundheitspolitik in einem globalen Markt. Der OECD-Bericht «Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market» aus dem Jahr 2008 untersuchte die Auswirkungen nationaler Preispolitiken im Inland und über die Grenzen hinaus. Eine der sechs Fallstudien betraf die Schweiz. Die wichtigsten Schweizer Ergebnisse werden hier kurz vorgestellt (wo möglich unter Einbezug aktualisierter Daten).

1. Medikamente sind für die Schweizer Bevölkerung rasch zugänglich und bezahlbar.

- Der Markt ist wenn auch klein so doch attraktiv für Hersteller, die meist zügig beim Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic eine Marktbewilligung für die Schweiz beantragen. Swissmedic kann die Bearbeitungsfristen nicht immer einhalten, der 2008 beanstandete Rückstand wurde aber abgebaut und dürfte seit 2010 aufgeholt sein (Swissmedic, 2010). Swissmedic bewilligt inzwischen mehr Medikamente ohne neuerliche wissenschaftliche Prüfung, wenn sie im Ausland bereits durch eine von ihr anerkannte Stelle bewilligt worden sind.
- Der zeitliche Abstand zwischen Marktbewilligung und Marktzugang ist in der Schweiz geringer als in den anderen europäischen Ländern (ausser Dänemark und Österreich) mit Preis- und Rückerstattungsprozessen (140 Tage gemäss Patientenindikator «Waiting to Access Innovative Therapies» der EFPIA).

2. Die Publikumspreise der Arzneimittel waren in der Schweiz relativ hoch:

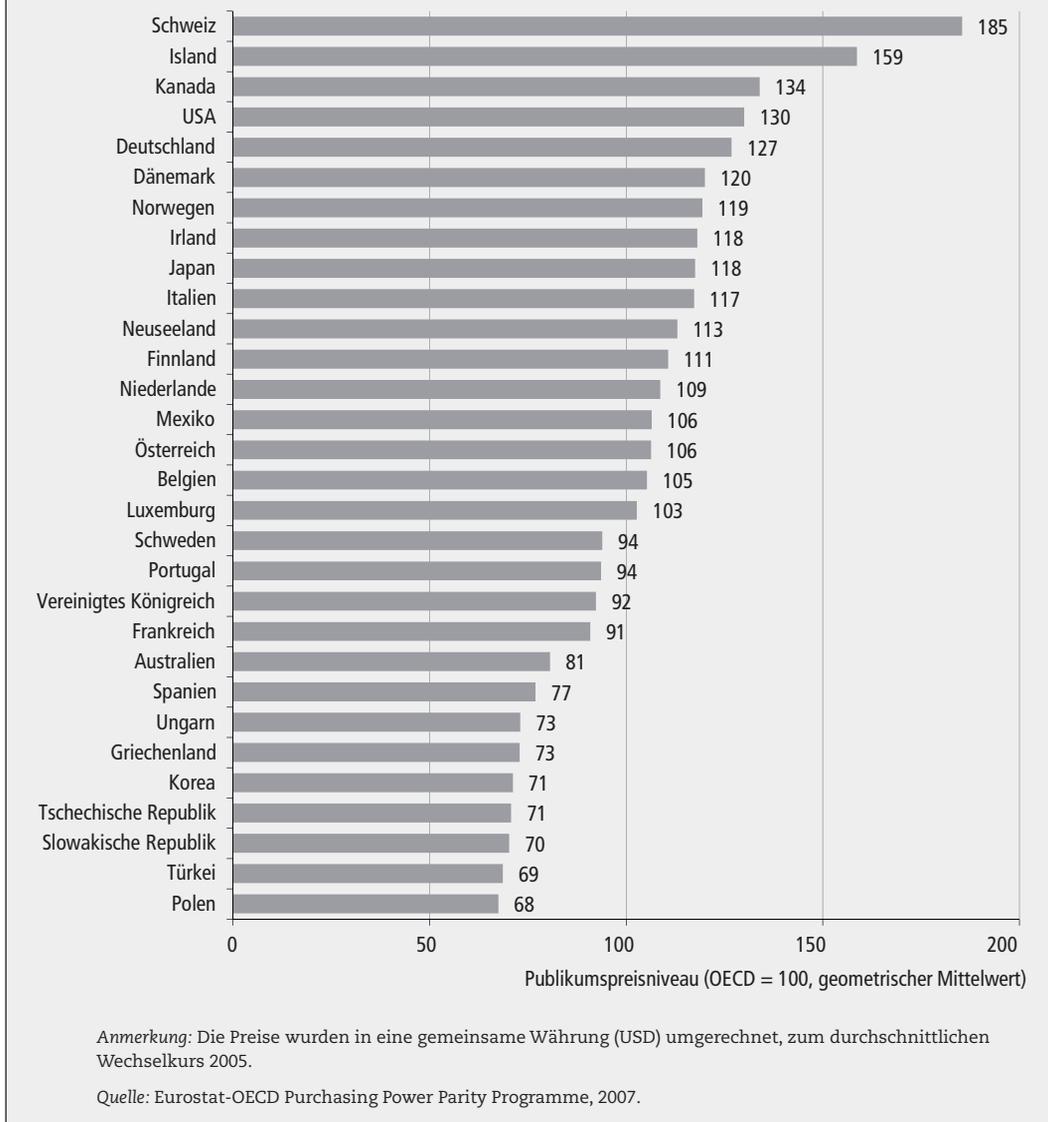
- Nach den Daten der OECD zur Berechnung der Kaufkraftparität erreichte das Preisniveau der Arzneimittel in der Schweiz 2005 den Höchstwert von 185 Prozent des OECD-Durchschnitts und führte die Rangliste der OECD-Länder an (vgl. Abbildung 4.4). Das Preisniveau für Originalprodukte lag 74 Prozent, das für Generika 125 Prozent über dem OECD-Durchschnitt.
- Auch unter Berücksichtigung eines allgemeinen Preisniveaus der Schweiz von 140 Prozent des OECD-Durchschnitts waren die Arzneimittelpreise in der Schweiz noch relativ hoch.
- Die hohen Publikumspreise trotz tieferer Mehrwertsteuer als in anderen Ländern dürften auf relativ hohe Fabrikabgabepreise kombiniert mit relativ hohen Vertriebskosten (Apotheke und Margen) zurückzuführen sein.

3. Die Pharmaindustrie ist ein wichtiger Zweig der Schweizer Wirtschaft:

- Zwei der zehn führenden Pharmaunternehmen weltweit haben ihren Sitz in der Schweiz. Die Pharmaherstellung machte 2004 3,1 Prozent des BIP aus und trug erheblich zum schweizerischen Wirtschaftswachstum in den 1990er-Jahren bei.
- Die industriefinanzierte Forschung und Entwicklung ist in der Schweiz wichtiger als in jedem anderen OECD-Land. Die Pharmafirmen gaben 2004 2 Milliarden USD für F+E in der Schweiz aus, rund 0,8 Prozent des BIP.
- Die Schweiz und Irland waren 2006 mit 29,5 respektive 28,7 Milliarden USD die grössten Arzneimittelexporteure.

Quelle: OECD (2008); Paris und Docteur (2007); OECD Health Data 2011, Swissmedic (2010); EFPIA (2009); OECD Stan Bilateral Trade Database 2011.

Abbildung 4.4 **Relatives Publikumspreisniveau für Arzneimittel in OECD-Ländern 2005**



Die Preise für patentierte Medikamente wurden gesenkt

Die Preise für patentierte Medikamente wurden in den letzten Jahren etwas revidiert und korrigiert. Die Medikamentenpreise werden in der Schweiz wie in vielen OECD-Ländern ausgehend von einem internationalen Benchmarking mit der Industrie verhandelt. 2006 sind Frankreich und Österreich zur Gruppe der bisherigen Referenzländer Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und Vereinigtes Königreich gestossen. Seit 2006 wurden die Preise in der Schweiz in drei Etappen revidiert², die letzte Runde überprüfte die Preise aller Medikamente, die zwischen 1955 und 2006 eingeführt wurden, auf der Basis des neuen Länderkorbs (IMS, 2011). Dies mag mit ein Grund gewesen sein für den – erstmaligen – Rückgang des Pharmamarktes in der Schweiz um 1,3 Prozent 2010. Von nun an werden die Preise alle drei Jahre oder bei neuen Einführungen überprüft (und revidiert).

Von 2006 bis 2010 ist der Preisunterschied zwischen der Schweiz und den sechs Referenzländern von 38 auf 6 Prozent zurückgegangen (Gnägi, 2010). 2010 waren die Preise für Originalpräparate sowohl in Deutschland als auch in Dänemark höher als in der Schweiz (um 17 resp. 13%). Inzwischen könnte sich der Preisunterschied aber aufgrund von Währungsschwankungen wieder etwas vergrößert haben.

Die Schweizer Behörden sollten bevorstehende Änderungen in den Referenzländern vorausschauend antizipieren. Deutschland und das Vereinigte Königreich wollen die Rückerstattung neuer Produkte durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen und wertbasierte Preisbildung regulieren. Auch Frankreich plant den stärkeren Einbezug wirtschaftlicher Beurteilungen bei der Preisbildung und Vergütung. Dies führt im besten Fall zu einem besseren Preis-Leistungs-Verhältnis der Arzneimittelausgaben in den Vergleichsländern, das über den internationalen Benchmark auch der Schweiz zugute kommt. Wirtschaftlichkeitsbeurteilungen sind allerdings stark kontextabhängig, und die Resultate anderer Länder könnten nicht den Wert abbilden, den ein neues Produkt für die Schweiz hat.

Nach einigen Jahren mit steigenden Zahlen stagniert der Generikamarkt

Die Schweiz hat Massnahmen ergriffen, um die Verwendung von Generika und den Wettbewerb bei patentabgelaufenen Medikamenten zu fördern (vgl. Kasten 4.5).

Im Zuge der Massnahmen legte der Schweizer Generikamarkt zwischen 2003 und 2006 jährlich um durchschnittlich 42 Prozent zu. Seit 2006 schwächt sich der Zuwachs ab, und der Generikaanteil am gesamten Pharmamarkt zu Fabrikabgabepreisen stagniert bei rund 10 Prozent (Interpharma 2010). Dies ist teilweise auf Preissenkungen der Originalhersteller – um konkurrenzfähig zu bleiben – zurückzuführen, die Generika für Konsumentinnen und Konsumenten weniger attraktiv machen, ohne sich auf die Ausgaben der Krankenversicherung auszuwirken.

Der Schweizer Generikamarkt hat mehr Effizienzpotenzial. Zum Einen ist er mit zwei Herstellern (Sandoz und Mepha), die 70 Prozent Marktanteil halten (Sandoz, 2011), weiterhin stark konzentriert. Zweitens sind die Generikapreise immer noch sehr hoch, fast doppelt so hoch als der Durchschnitt der sechs Referenzländer und drei Mal höher als in den Niederlanden, zweieinhalb Mal so hoch wie in Dänemark und doppelt so hoch wie in Deutschland und dem Vereinigten Königreich. Im Gegensatz dazu sind Preise von patentabgelaufenen Originalen vergleichbar mit denen in anderen Ländern und liegen sogar unter den deutschen und dänischen Listenpreisen³ (Krause, 2010). Dass der Schweizer Markt für Generikahersteller wegen seiner geringen Grösse weniger attraktiv ist, wird teilweise durch die relativ hohen Originalpreise kompensiert. Für den geringen Generikaanteil am Schweizer Markt dürften andere Faktoren eine Rolle spielen, welche die Schweizer Behörden ausfindig machen und beheben sollten.

Kasten 4.5 Politische Massnahmen zur Förderung des Generikaanteils in der Schweiz

Die Schweizer Behörden haben in den letzten fünf Jahren eine Reihe von generikafördernden Massnahmen getroffen. Dazu gehören:

1. Finanzielle Anreize für Konsumentinnen und Konsumenten

Der Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten bei Medikamenten beträgt in der Schweiz normalerweise 10 Prozent (nach Überschreiten der Franchise). Ende 2005 wurde er für Medikamente, für die günstigere und austauschbare Generika erhältlich sind, auf 20 Prozent erhöht (bis maximal 933 CHF pro Jahr). Ab Ende 2006 erhielten Originalhersteller Gelegenheit, sich mit einer einmaligen Preissenkung ihrer Produkte auf das Generikaniveau vom höheren Selbstbehalt «freizukaufen», die viele nutzten.

Im Juli 2011 wurde das System zusätzlich dynamisiert: Zwei Jahre nach Eintritt eines Generikums gilt automatisch wieder der differenzierte Selbstbehalt, sobald der Preis eines Medikaments den Durchschnitt des günstigsten Drittels wirkstoffgleicher Präparate um 20 Prozent übersteigt.

2. Abstandsregeln für Generikapreise

Der Preisabstand, den Generika beim Markteintritt in der Schweiz zum Referenzpreis des jeweiligen Originalpräparats aufweisen müssen, lag früher bei 40 Prozent. Seit 2008 wird er, um den Generikaeintritt in der Schweiz zu fördern, nach dem Marktanteil des Originalherstellers festgelegt: Je grösser der Marktanteil, desto grösser muss der Preisabstand sein (vgl. Tabelle unten). Ab Januar 2012 gelten fünf Marktanteilkategorien mit Preisabständen von 10 Prozent (was sehr wenig ist) bis 60 Prozent.

Januar 2008		Oktober 2009		Januar 2012	
Umsatz ¹	Abstandsregel	Umsatz ¹	Abstandsregel	Umsatz ¹	Abstandsregel
< 4 Mio.	20%			< 4 Mio.	10%
> 4 Mio.	40%	< 8 Mio.	20%	4–8 Mio.	20%
		8–16 Mio.	40%	8–16 Mio.	40%
		> 16 Mio.	50%	16–25 Mio.	50%
				> 25 Mio.	60%

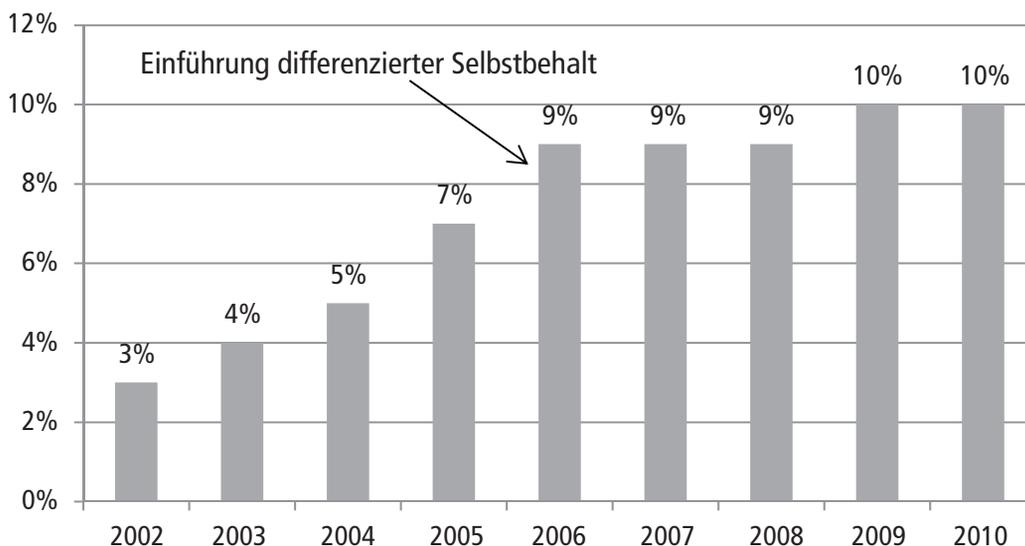
¹ Umsatz des Originalherstellers bei Patentablauf

3. Generikasubstitution durch die Apotheken

Apothekerinnen und Apotheker können seit über 10 Jahren Originalpräparate durch Generika ersetzen, wenn die Patientinnen und Patienten einverstanden sind und der Arzt oder die Ärztin nicht ausdrücklich das Originalpräparat verlangt. Von Gesetzes wegen müssen die Apotheken die verschreibende Person über die Substitution informieren, rufen aber in der Praxis nicht jedes Mal an, wenn der Arzt oder die Ärztin normalerweise mit Substitution einverstanden ist. Zudem erhalten die Apotheken eine «Generikagebühr», wenn sie Generika abgeben.

Quelle: Paris und Docteur (2007); Sandoz (2011).

Abbildung 4.5 Trends bei Generikamarktanteilen seit 2002
(Marktanteil zu Herstellerpreisen)



Quelle: IMS, zitiert in Sandoz (2011).

Könnten die Versicherer die Arzneimittelkosten über Verträge mit den Herstellern senken?

Nach Erfahrungen in Ländern mit Wettbewerb unter den Versicherern – USA, Deutschland oder die Niederlande – können selektive Listen und Tenderverfahren die Arzneimittelpreise deutlich senken.

Das amerikanische Modell ist das liberalste: Jeder Versicherer definiert die Liste der vergüteten Medikamente («Formulary») sowie die Selbstzahlungen nach eigenem Plan. Normalerweise unterliegen die Versicherer dabei keinen regulativen Beschränkungen. Innerhalb therapeutischer Gruppen mit mehreren Medikamenten, die eine geeignete Alternative darstellen, können Versicherer mit den Herstellern im Gegenzug zur Aufnahme des Medikaments in die Liste Preisnachlässe oder Rabatte aushandeln. Dieser Ansatz liesse sich jedoch nicht mit der grundsätzlich gesamtschweizerischen Abdeckung im Sinne des KVG vereinbaren. Der deutsche und niederländische Ansatz könnte eher mit der nationalen Schweizer Positivliste kompatibel sein, da dort selektive Listen und Tenderverfahren nur (oder hauptsächlich) Generika betreffen (vgl. Kasten 4.6). Die Erfahrungen dieser Länder zeigen, dass durch diese Verfahren substantielle Einsparungen für die Krankenkassen möglich sind. Sie zeigen aber auch, dass bei solchen Tenderverfahren sorgfältig vorgegangen werden muss. Einerseits muss sichergestellt werden, dass der Hersteller, der den Zuschlag erhält, den Markt angemessen versorgt – oder er riskiert Sanktionen –, andererseits gilt es eine zu grosse Konzentration im Generikamarkt zu verhindern.

Könnte die Schweiz diese Politik übernehmen und dadurch die Effizienz steigern? Im Prinzip steht Vertragsfreiheit für Generika nicht im Widerspruch zur nationalen Medikamentenliste, da Generika ja definitionsgemäss austauschbar sind. Inwieweit einzelne Versicherer bessere Konditionen aushandeln könnten als der Bund für die ganze Schweiz ist schwer zu sagen, aber auf diesem Gebiet könnte der Wettbewerb zwischen den Versicherern genutzt werden. Allerdings schränkt dieser Ansatz die Wahl für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker deutlich ein. Es wird also darum gehen, das Einsparungspotenzial und die eingeschränkte Wahl als Preis dafür gegeneinander abzuwägen.

Kasten 4.6 Selektive Listen und Tenderverfahren in Ländern mit Wettbewerb unter den Versicherern: Lehren der USA, Deutschlands und der Niederlande

In den USA legen private Krankenversicherer ihre kassenpflichtigen Medikamentenlisten frei fest. Krankenversicherer und Arzneimittelkaufsorganisationen schliessen seit den 1980er-Jahren Verträge mit Pharmafirmen ab. Sie erhalten von den Herstellern als Gegenleistung für die Aufnahme in die Liste, einen Vorzugs- oder Exklusivstatus Preisnachlässe oder vertrauliche Rabatte für Originale, patentabgelaufene Originale und Generika (US Federal Trade Commission, 2005).

In den Niederlanden können Krankenversicherer eines oder mehrere Produkte aus einer Produktgruppe mit demselben Wirkstoff als kassenpflichtig erklären. Sie handeln als Gegenleistung für einen exklusiven Vergütungsstatus für eine bestimmte Zeit Rabatte mit Pharmaunternehmen aus. Patientinnen und Patienten müssen für nicht kassenpflichtige Produkte den vollen Preis aus eigener Tasche bezahlen, wenn diese von Arzt oder Ärztin nicht ausdrücklich verordnet werden. Die niederländischen Krankenversicherer haben sowohl kollektive als auch individuelle Tenderverfahren durchgeführt. 2005 taten sich bei drei absatzstarken patentabgelaufenen Wirkstoffen (Simvastatin, Pravastatin und Omeprazol) sieben private Krankenversicherer zusammen, die insgesamt rund 70 Prozent der Bevölkerung abdeckten. Die Hersteller mit dem günstigsten Preis (oder nicht mehr als 5% darüber) wurden berücksichtigt, das heisst nur deren Medikamente werden den Patientinnen und Patienten vollumfänglich vergütet, während die Medikamente anderer Hersteller überhaupt nicht vergütet werden. Bisher fanden bei keinen weiteren Wirkstoffen kollektive Tenderverfahren statt, 33 Substanzen wurden als mögliche Kandidaten für individuelle Tenderverfahren von Krankenversicherern aufgelistet. Die Versicherer können mit zusätzlichen Anreizen arbeiten: Ein Versicherer beispielsweise befreit Patienten, die Vorzugsmedikamente benutzen, von den jährlichen Selbstkosten für Arzneimittel im ambulanten Bereich (Maarse, 2009; Kanavos, 2009). Die Tenderverfahren führten in den Niederlanden zu substanziellen Einsparungen (355 Millionen EUR): Die Preissenkungen betragen in gewissen Fällen bis zu 90 Prozent, und die Generikasubstitution nahm zu. Der Staat musste aber die Apothekengebühren erhöhen, um die Einbussen der Apotheken zu kompensieren, was die Einsparungen um 200 Millionen Euro reduzierte (Kanavos, 2009).

In Deutschland enthielt das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung 2007 eine Reihe von Anreizen, damit Krankenkassen Vertragsabschlüsse fördern. Haben Krankenkassen mit einem Pharmahersteller (in der Praxis hauptsächlich Generikahersteller) Rabattverträge abgeschlossen, sind die Apotheken nach dem neuen Gesetz verpflichtet, das verordnete Medikament durch ein Vertragsmedikament auszutauschen, sofern der Arzt oder die Ärztin dies nicht explizit ausschliesst. Es gibt zwei Vertragsarten: Verträge für einen spezifischen Wirkstoff oder Verträge für ein Produktportfolio. Die Verträge sind vertraulich und die effektiven Preise damit nicht bekannt, aber der grösste Versicherer (AOK) geht 2010/2011 von Einsparungen in der Höhe von 1,2 Milliarden Euro dank Rabattverträgen aus (AOK, 2011).

Quelle: OECD (2010); Kanavos (2009); Maarse (2009); US Federal Trade Commission (2005); AOK (2011).

Das Entscheidungsverfahren zur Rückerstattung könnte rationaler sein

Neben den erfolgreichen Bemühungen zur Senkung der Arzneimittelpreise wäre wie in anderen OECD-Ländern genauer zu prüfen, ob die vergüteten Medikamente wirtschaftlich und kostenwirksam sind. Die Schweizer Positivliste ist relativ umfassend, die Nichtaufnahme von Medikamenten selten.

Krankenversicherer zeigen zunehmend Interesse am kostenwirksamen Einsatz von Medikamenten und haben unlängst nach einem Gerichtsurteil entschieden, die Kostenübernahme für die «off-label»-Verwendung (ausserhalb der zugelassenen Indikationen) sehr teurer Medikamente auf schwere Fälle zu beschränken. Es bestünde kurzfristig Spielraum für die Schweiz, das Verfahren zur Rückerstattung von Leistungen und Arzneimitteln transparenter zu gestalten und stärker zu formalisieren, was auch die Kenntnislage verbessern würde. Anstatt eigene Beurteilungskapazitäten aufzubauen, was für ein kleines Land schwierig sein dürfte, könnte eine Zusammenarbeit mit europäischen und internationalen wissenschaftlichen Bewertungsstellen wie das «National Institute for Health and Clinical Excellence» im Vereinigten Königreich, die «Haute Autorité de Santé» in Frankreich und das «Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information» DIMDI sinnvoll sein. Für mehr Qualität und Transparenz beim Entscheidungsverfahren muss in Bewertungstätigkeiten investiert werden, was sich aber lohnen dürften.

Weiterhin verkehrte Anreize bei Vertrieb und Abgabe von Arzneimitteln

Änderungen bei der Vergütung der Apotheken im Sinne der Abgeltung erbrachter Leistungen statt des abgegebenen Volumens sind ein positiver Schritt, um die Versorgungsqualität zu verbessern. In Hinblick auf die Zunahme von Multimorbiditäten und drohenden Ärztemangel könnten Apothekerinnen und Apotheker potenziell einen konstruktiven Beitrag zur Medikation und zur Koordination der Versorgung leisten. Auch der Aufbau von «Qualitätszirkeln» ist ein Beispiel für Zusammenarbeit, um die Verschreibung der Arzneimittel zu verbessern und evidenzbasierte Politiken zu fördern. Qualitätszirkel bestehen aus fünf bis acht Ärztinnen/Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern mit dem Ziel, gemeinsame, evidenzbasierte Richtlinien zu entwickeln und diese Empfehlungen in die Praxis umzusetzen. Die qualitäts- und effizienzsteigernde Wirkung ist belegt, die Einsparungen fielen unterschiedlich aus (OECD, 2007). Einige Versicherer unterstützen bereits Qualitätszirkel, die zu Einsparungen geführt haben. Bemühungen und Anreize für mehr Qualität bei der Verschreibung und Medikation dürften sich im Hinblick auf neue Bedürfnisse an Gesundheitsleistungen durch die alternde Bevölkerung und die Zunahme an chronischen Krankheiten als sinnvoll erweisen.

Auf der einen Seite sind Bemühungen im Gang, den Fokus bei den Apotheken auf die Qualität der Versorgung zu legen, auf der anderen Seite lassen einige Kantone weiterhin die Medikamentenabgabe durch Ärztinnen und Ärzte (Selbstdispensation) zu und schaffen damit verkehrte Anreize, die zu Überverschreibung führen können. Selbstdispensation, auch wenn sie gelegentlich in abgelegenen Gegenden der Schweiz zur Versorgung der Bevölkerung begründet sein mag, erschwert den Aufbau eines nachhaltigen Geschäftsmodells der Apotheken zur Versorgung dezentraler Gebiete.

Anmerkungen

- 1 Die bisherige Finanzierung basiert auf einem APDRG-System, das ab 1. Januar 2012 durch das neue Swiss DRG-System abgelöst wird.
- 2 Die erste Preisrunde 2005/2006 bestand aus einem Benchmark aller seit 1955 auf den Markt gekommenen Medikamente mit den Preisen des ursprünglichen Länderkorbs (Deutschland, Dänemark, Vereinigtes Königreich und Niederlande) vorgenommen. Die zweite Runde 2007 revidierte die Preise der zwischen 1993 und 2002 eingeführten Medikamente ausgehend vom gleichen Länderkorb, wobei die Schweizer Preise 8 Prozent über denen der Referenzländer liegen durften. Die beiden Preisrunden führten zu Einsparungen von 250 respektive 150 Millionen CHF (Mitteilung Schweizer Behörden).
- 3 In Ländern wie Deutschland mit Verträgen zwischen Zahlern und Herstellern können die Listenpreise von den tatsächlich bezahlten abweichen.

Bibliographie

- AOK (2011), Erfolgsmodell AOK-Arzneimittelrabattverträge, Antworten auf häufig gestellte Fragen, Stand: Juni 2011.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2009), Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, Medienrohstoff, BAG, 30. September 2009, abrufbar unter www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHfX15f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010), Registrierung von Krebs und weiteren Diagnosen, Factsheet, BAG, 3. Dezember 2010.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011), Das Gesetz. Ein Gesetz der öffentlichen Gesundheit, BAG, abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/07322/07324/index.html?lang=de>, Stand: 18. Juli 2011.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2009), Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz. Schätzung für die Jahre 1995 bis 2007, BFS Aktuell, BFS, Neuenburg.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2011), Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 – Standardtabellen, BFS Aktuell, BFS, Neuenburg.
- Böcking, W., U. Ahrens, W. Kirch und M. Milakovic (2005), «First Results of the Introduction of DRGs in Germany and Overview of Experience from Other DRG Countries», *Journal of Public Health*, Jg. 13, S. 128–137.
- Busato, A. und G. von Below (2010), «The Implementation of DRG-based Hospital Reimbursement in Switzerland: A Population-based Perspective», *Health Research Policy and Systems*.
- de Gelder, R., J-L. Bulliard, C. de Wolf, J. Fracheboud, G. Draisma, D. Schopper und H.J. de Koning (2008), «Cost-effectiveness of Opportunistic Versus Organised Mammography Screening in Switzerland», *European Journal of Cancer*, Jg. 45, S. 127–138.
- Ernst & Young AG (2010), Evaluation der H1N1-Impfstrategie der Schweiz, im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern, Zürich.
- Fontana, M. und A. Bischoff (2008), «Uptake of Breast Cancer Screening Measures Among Immigrant and Swiss Women in Switzerland», *Swiss Medical Weekly*, Jg. 138, Nr. 49/50, S. 752–758.
- Gnägi, M. (2010), Auslandpreisvergleich 2010, Präsentation an der Medienkonferenz vom 21. Dezember 2010 in Bern, organisiert von Interpharma, VIPS und Santésuisse.
- IMS (2011), Medikamentenmarkt Schweiz 2010, IMS Health GmbH.
- Kanavos, P. (2009), Tender Systems for Outpatient Pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium, London School of Economics, London.
- Krause, S. (2010), Swiss generic and off-patent brand price comparison, Präsentation an der Medienkonferenz vom 21. Dezember 2010 in Bern, organisiert von Interpharma, VIPS und Santésuisse.
- Maarse, H. (2009), «Drug Preference Policy», *Health Policy Monitor*, Oktober, abrufbar unter www.hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/14/Drug_preference_policy.html

- Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A.-J.R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu und A.E. Kunst (2008), «Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries», *New England Journal of Medicine*, Jg. 358, S. 2468–2481.
- Ministère de la Santé et des Sports (2010), Rapport au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A), Ministère de la Santé et des sports, Paris.
- NICER – National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (2010), Krebs in der Schweiz. Stand und Entwicklung von 1983 bis 2007, Autoren: Bouchardy, C., J.-M. Lutz, C. Kühni, P. Pury, N. Wyss und M.-P. Strippoli, NICER, Neuenburg.
- OECD (2010a), Value for Money in Health Spending, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010b), Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat, OECD Publishing, Paris.
- OECD und WHO (2006), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland, OECD Publishing (Paris) und WHO (Genf).
- Preisüberwacher (2011), Jahresbericht des Preisüberwachers 2010, Bern.
- Sandoz (2011), Pharmamarkt Schweiz 2010, Sandoz Jahres-Medienorientierung 2011.
- Schleiniger, R. (2008), «Wieso haben die Kantone so unterschiedliche Gesundheitskosten?», Soziale Sicherheit CHSS 1/2008.
- Schneider, H., W. Venetz und C. Gallani Berardo (2009), Overweight and Obesity in Switzerland, Part 2: Overweight and Obesity Trends in Children, Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Health Econ, Basel.
- Swiss DRG (2005), Die Schweiz setzt auf das deutsche Spital-Tarifsystem G-DRG, Pressemitteilung, Verein SwissDRG, Bern, 19. Dezember 2005, abrufbar unter www.swissdrg.org/assets/pdf/de/Pressemitteilung_Systemwahl_19_12_05-d.pdf
- Swissmedic (2010), Geschäftsbericht 2009, Swissmedic, Bern.
- US Federal Trade Commission (2005), Pharmacy Benefit Managers: Ownership of Mail-order Pharmacies, US FTC.
- Wieser, S., L. Kauer, S. Schmidhauser, M. Pletscher und U. Brügger (2009), Synthesis Report – Economic Evaluation of Prevention Measures in Switzerland, Institut de recherche économiques, Universität Neuenburg, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Dezember.

Kapitel 5

Reformen und politische Steuerung des schweizerischen Gesundheitssystems

Dieses Kapitel beschreibt die politische Steuerung oder Governance und den Reformprozess des schweizerischen Gesundheitssystems. Die Governance ist in der Schweiz dezentral und auf Konsensfindung ausgerichtet. Dies schränkt die politische Reformfähigkeit oft ein, bietet aber auch Möglichkeiten für innovative Politiken und den Austausch von Wissen und Best Practice auf kommunaler oder kantonaler Ebene. Vor diesem Hintergrund wird verbesserte Governance in der Schweiz von der Fähigkeit der Behörden und der anderen Beteiligten abhängen, eine strategische Vision für die Zukunft des schweizerischen Gesundheitssystems zu entwickeln und umzusetzen. Die laufenden Diskussionen über ein mögliches Präventionsgesetz und eine nationale Gesundheitsstrategie stellen wichtige Vorstösse in diese Richtung dar. Bessere Governance wird auch den Aufbau nationaler Informationssysteme erfordern, damit mehr Evidenz zur Information der Politik vorliegt.

Einleitung

Das schweizerische Gesundheitssystem weist wie in Kapitel 1 dargelegt drei Hauptmerkmale auf: erstens die föderale Struktur und ein komplexes System von Befugnissen und Zuständigkeiten der staatlichen Ebenen; zweitens die politische Tradition direkter Demokratie und Steuerung durch Konsens; und drittens eine stärkere Betonung auf reguliertem Wettbewerb als auf staatlicher Regelung (z.B. in der Art des britischen National Health Service) des Gesundheitssystems. Grob gesagt wird wie Kapitel 1 zeigt die Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene gesteuert, während in Bezug auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen die Kantone zuständig sind.

Vor diesem Hintergrund werden in diesem Kapitel einige Bereiche betrachtet, in denen bessere Steuerung die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems verbessern könnte. Gute Governance fördert die Effizienz der Gesundheitsversorgung unter anderem durch den Aufbau von geeigneten Standards, Anreizen, Informationen und Verantwortlichkeiten. Gute Governance im Finanzbereich muss das Einholen und Verteilen der finanziellen Mittel in einer Weise sicherstellen, die den Einzelnen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung garantiert, die ihren Bedürfnissen entspricht, ohne ihr Haushaltsbudget übermässig zu belasten (Lewis und Musgrove, 2008).

Das Kapitel befasst sich mit folgenden Merkmalen und Instrumenten der Governance:

- Entwickeln einer Vision für die Zukunft des Gesundheitssystems;
- Konsens über den Weg, um diese Vision zu erreichen, unter anderem durch stärkere Partizipation von Bevölkerungs-/Patientengruppen, Gesundheitsfachkräften und anderen Hauptakteuren;
- Verbesserung von Transparenz, Rechenschaftspflicht und Leistungsmanagement durch verstärkte Datenproduktion und -erhebung zur Information der Politik und zur Beurteilung der Fortschritte; und
- Sicherstellen von geeigneten Standards und angemessener Regulierung.

Nach der allgemeinen Einleitung identifiziert das Kapitel ausgehend vom OECD-/WHO-Bericht 2006 die wichtigsten Schwachpunkte der Governance und wo und wie die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems verbessert werden könnte. Angesichts der relativ bescheidenen Fortschritte in Bezug auf die Reformempfehlungen des Berichts 2006 wird kurz auf Governance-Faktoren eingegangen, die institutionelle Veränderungen in der Schweiz verzögern. Anschliessend untersucht das Kapitel, wie die genannten Merkmale und Instrumente der Governance das Erreichen der Ziele im Gesundheitswesen behindern oder unterstützen. Die drei Ziele des Gesundheitswesens gemäss OECD-/WHO-Bericht 2006 sind:

- Qualität und Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung;
- Zugang zu Gesundheitsleistungen und zu finanzieller Unterstützung; und
- Effizienz der Versorgung und finanzielle Nachhaltigkeit.

Die einzelnen Abschnitte befassen sich mit den aktuellen Problemen und jüngsten governancerelevanten Reformen (inkl. obige Konzepte) und schlagen zusätzliche Verbesserungsmaßnahmen vor. Es geht in erster Linie um eine Einschätzung, wie die Merkmale und Instrumente der Governance die Voraussetzungen für ein hohes Niveau der Gesundheitsergebnisse und vorgelagert der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention schaffen können. In der kurzen Schlussfolgerung schliesslich werden einige zentrale Bereiche aufgezeigt, in denen Governance in Zukunft zum Tragen kommen könnte.

5.1 Governance-Probleme im Gesundheitssystem gemäss Bericht 2006

Der OECD-/WHO-Bericht 2006 hat verschiedene Bereiche identifiziert, wo bestehende Governance-Strukturen die Gesamtleistung des Gesundheitssystems einschränken. Kurz zusammengefasst sind dies: Nach dem Scheitern der 2. Revision versucht der Bundesrat nun, die gleichen Massnahmen in einer weiteren KVG-Revision durchzubringen. Dieses Mal wählt er aber die Form von zwei Gesetzespaketen, wobei jedes eine Revision bestimmter Aspekte des Systems enthält, die getrennt behandelt werden sollen. Der Schwerpunkt der jüngsten Revision zielt auf eine Kostenkontrolle mittels einer besseren Abstimmung der finanziellen Anreize für die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens (ein Überblick über die Massnahmen findet sich in Tabelle 5.1).

- Durch die fragmentierten Zuständigkeiten (vgl. vorangehende Kapitel) trägt keiner der Akteure die Gesamtverantwortung für die Performance des Systems. Mit 26 primär für ihre Gesundheitsversorgung zuständigen Kantonen erhöht sich das Risiko für politische Inkohärenz oder verzögerte Reformen (vgl. Hurst, 2010)¹
- Widersprüchliche Anreize innerhalb des Systems können die Governance schwächen, insbesondere auf kantonaler Ebene, wo die Mehrfachrolle der Kantone als Spitaleigner, Leistungserbringer, Finanzierer und Regulatoren potenziell mit Interessenskonflikten und geringen Anreizen zur Kostenkontrolle verbunden ist. In dieser Hinsicht sind besser abgestimmte Anreize, mehr Rechenschaftspflicht und Leistungsmanagement, mehr Daten, Transparenz und Datennutzung bei der politischen Entscheidung erforderlich.
- Die Verteilung der Zuständigkeiten und schwachen Anreize widerspiegeln auch den Mangel an einem übergeordneten Rahmen oder nationalen Gesundheitsgesetz, mit dem der Bund die Gesamtzielsetzung des Gesundheitssystems auf allen Regierungsebenen definieren, Ziele und Standards festlegen und deren Erreichung überwachen könnte. Das Fehlen eines solchen Gesundheitsgesetzes schränkt den Reformspielraum des Gesundheitssystems in anderen Bereichen ein – wie z.B. in der Prävention (vgl. Kapitel 4). Um dies zu ändern, müssen aus Sicht der Governance Koalitionen für einen Wandel aufgebaut werden.
- Der Aufbau kostenwirksamer Präventionsprogramme muss stärker gewichtet werden: Das System weist nur geringe Anreize zur Förderung von Prävention und Präventionspolitiken auf, und kostenwirksame – von der WHO identifizierte – Interventionen werden zu wenig genutzt. Beispielsweise haben OECD-Vergleiche der WHO ergeben, dass höhere «Strafsteuern» ein kostenwirksames Mittel zur Senkung des Alkohol- oder Tabakkonsums sind.²
- Das föderalistische Modell trägt zwar lokalen Bedürfnissen und innovativen Vorgehen besser Rechnung, viele der 26 Kantone sind aber zu klein, um die nötige Grösse für eine

Streuung der Gesundheitsrisiken oder eine effiziente und hoch stehende Versorgung zu erreichen. Die Öffentlichkeit wird sich dieses Problems zunehmend bewusst, und die Kantone arbeiten vermehrt zusammen, um Probleme gemeinsam anzugehen und Ressourcen zu poolen (GDK, 2006).³ Mehr Informationen über die Qualität und Angemessenheit der Versorgung in den kleineren Kantonen wäre für die Governance von Vorteil.

- Es gibt in der Schweiz nur wenig Information über die Versorgungsqualität und Bemühungen zur Qualitätsverbesserung. Internationale Daten (z.B. die OECD-Initiative Health Care Quality Indicators) liefern einige Vergleichsdaten zur Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Auch in der Schweiz sind Initiativen vorhanden (vgl. OECD-/WHO-Bericht 2006, Kasten 2.4), meist aber auf lokaler Ebene. Das Potenzial für Verbesserungen auf diesem Gebiet scheint gross.
- Die Debatte über nötige Gesundheitsreformen zur Bewältigung von Mängeln im System erfolgt vor dem Hintergrund, dass nicht genügend Daten vorliegen, um evidenzbasierte Entscheide zu treffen. Geeignete Regulierung und Standards zur Erweiterung und Vertiefung der Datenlage können zur Verbesserung der Governance beitragen, vor allem in Verbindung mit mehr Transparenz, Rechenschaftspflicht und Leistungsmanagement. Öffentliche Statistiken sind nur beschränkt vorhanden, weil schweizweite Erhebungspflichten fehlen. Datenerhebungen durch die Kantone sind nicht immer standardisiert, interne Statistiken (z.B. der Versicherer) nicht immer öffentlich oder für die Statistikbehörden zugänglich.

Wie nachstehend ausgeführt wird, sind viele der Bemerkungen und Empfehlungen des Berichts 2006 auch 2011 noch aktuell, und der Fortschritt ist sehr beschränkt. Zum besseren Verständnis erfolgt eine Betrachtung vor dem Hintergrund der Traditionen und Grundlagen der Governance (Abschnitt 5.4), der die politische Reformfähigkeit stark beeinträchtigt, aber auch viele Möglichkeiten für innovative Politiken auf kommunaler und kantonaler Ebene bietet, die als Inspiration dienen und sich über einen Bottom-up-Ansatz verbreiten können.

5.2 Traditionen und Grundlagen der Governance

Die Governance findet in der Schweiz auf drei Ebenen statt: Bund, Kantone und Gemeinden.⁴ Primär haben die 26 Kantone für eine angemessene Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung zu sorgen.

Häufig wird davon ausgegangen, die Governance des Gesundheitssystems sei zur Hauptsache bei den Kantonen angesiedelt, was aber zunehmend nicht mehr der Fall ist. Ein Beispiel für die wichtige Rolle des Bundes ist das KVG, das wichtigste Gesetz zur Steuerung des Gesundheitswesens, das weit über die Aufsicht über das Grundversicherungssystem hinausgeht. Faktisch ist das KVG heute die zentrale Gesetzgebung, die das Gesundheitswesen regelt (Kocher, 2009). Der Bund hat in den letzten Jahren durch Gesetzesrevisionen und neue Bundesgesetze zusätzliche Kompetenzen erhalten. Dadurch ist der Bund in verschiedenen Bereichen⁵ vermehrt involviert, meist direkt oder indirekt via GDK in Zusammenarbeit mit den Kantonen (vgl. unten).

Da die Kapazität der einzelnen Kantone für Gesundheitsaktivitäten stark variieren kann, wurde 1919 eine politische Koordinationsstelle – die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – gegründet, um die Kooperation und gemeinsame Politiken vorab unter den Kantonen und in gewissen Fällen auch mit dem Bund zu fördern. Die GDK ermöglicht durch regelmässiges Zusammentreffen die Entwicklung

gemeinsamer Politiken unter den Kantonen und mit dem Bund. Das Vorgehen führt nicht zu verbindlichen Entscheiden, sondern erleichtert die Konsensbildung. Nur mit formaler Zustimmung der Kantone trifft die GDK einen für alle Kantone verbindlichen Entscheid (OECD 2006). Ein allgemeines Merkmal der schweizerischen Governance-Strukturen ist die politische Tradition, dass Gesetzgebung und Verfassung angefochten werden können. Obwohl dies in der Praxis nur in 4 Prozent der Fälle vorkommt, hat sich daraus eine besonders ausgeprägte Kultur der Konsensfindung entwickelt.⁶ Der Gesetzgebungsprozess in der Schweiz ist damit am besten als ein Bottom-up- und Konsensansatz zu definieren.

Hinzu kommt eine permanente Auseinandersetzung zwischen den Befürwortern eines marktorientierten Ansatzes und denjenigen einer staatlichen Regelung. In der Praxis wird in der Schweiz bei der «Regulierung» des Gesundheitssystems erheblich von Markt und Wettbewerb Gebrauch gemacht. Die Schweiz ist neben Deutschland und den Niederlanden eines der OECD-Länder, die Marktkräfte im Gesundheitsbereich am meisten nutzen, und der Regulierungsgrad bei den Gesundheitsressourcen wird als relativ tief eingestuft (OECD, 2010). Regulierter Wettbewerb in der Grundversicherung beispielsweise (KVG) strebt die Beibehaltung eines marktbasierten Ansatzes bei gleichzeitig vollständiger Abdeckung durch das Grundversicherungsobligatorium an. Zusätzlich wirken sich hohe Beteiligungskosten disziplinierend auf die Inanspruchnahme aus. Ausserdem spielt der Staat in weiten Bereichen der Gesundheitsversorgung und Versicherung nur beschränkt eine Rolle.⁷

5.3 Dynamische Governance oder politische Reformfähigkeit

Gute Governance des Gesundheitssystems besteht auch darin, dass Reformen implementiert werden können. Reformen im Gesundheitssektor sind naturgemäss oft umstritten und langsam in der Umsetzung, was in besonderer Weise auf die Schweiz zutreffen scheint (vgl. Kasten 6.1 im OECD-/WHO-Bericht 2006 und Mitteilung der Schweizer Behörden). In der Praxis ist es offenbar im politischen System der Schweiz schwieriger, Reformen auf nationaler Ebene einzuleiten, was die beschränkte Zahl von Reformen seit dem letzten Bericht teilweise erklären mag. Die Hauptgründe dafür sind:

- Die Schweiz weist drei nach Sprache und Kultur eigenständige Regionen auf (Deutsch, Französisch, Italienisch), sodass keine gemeinsame Mentalitäts- oder sprachliche Identität und kulturelle Tradition besteht. Dies kann sich in einer sehr unterschiedlichen Einstellung beispielsweise in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen äussern und erschwert die Konsensfindung.
- Die Legislaturperiode ist zu kurz, um im Parlament eine Gesetzgebung in einem so umstrittenen Bereich wie der Gesundheit abschliessen zu können. Die Zeitspanne für Entscheide, die nicht auf Wahlen ausgerichtet sind, ist relativ kurz.⁸
- Durch die Möglichkeit (und Androhung) von Volksinitiativen und/oder Referenden müssen die Gesetzgeber einen Konsens finden – bei zunehmender Polarisierung des Parteiensystems und steigendem Bedarf an Konsens zwischen mehreren Parteien im Land. Bei der Endabstimmung werden Gesetze teilweise abgelehnt, weil sie im legislativen Prozess zu viel Substanz eingebüsst haben.
- Durch die Aufteilung der sich teilweise überlappenden Zuständigkeiten auf Bund und Kantone kann es an zentraler Koordination der Tätigkeiten im Gesundheitsbereich fehlen, was in gewissen Fällen die Umsetzung des Gesetzes im Sinne der ursprünglichen Absicht des Gesetzgebers erschwert.
- Der eher lange Reformprozess kann auch die Länge des Entscheidungsprozesses und

Probleme bei der Einführung komplexer Gesetzgebungen widerspiegeln. Da ein Konsens gefunden werden muss, können zwischen der bundesrätlichen Vorlage und dem effektiven Inkrafttreten einer Gesetzgebung mehrere Jahre verstreichen.

- Schliesslich gibt es im Parlament starke Lobbys – die Ärzteschaft, die Versicherer, die Pharmaindustrie – die Gesundheitsreformen je nach den Interessen ihrer Mitglieder blockieren oder vorantreiben können (Zeltner, 2010).

Diese Faktoren sind in vielen föderalen Demokratien anzutreffen, dürften aber in der Schweiz deshalb besonders ausgeprägt sein, weil Gesetzgebungen über Instrumente der direkten Demokratie angefochten werden können. Dies kann insofern ein Vorteil sein, als Gesetze, wenn sie einmal verabschiedet sind, von der breiten Bevölkerung besser nachvollzogen und akzeptiert werden. Auf der anderen Seite ist es bei diesen Gesetzen auch schwieriger, später Änderungen vorzunehmen, wie der langwierige Prozess bei KVG-Änderungen seit der Annahme des Gesetzes 1994 zeigt. Diese Aspekte können die Kompetenz der Behörden zur Steuerung des Systems einschränken.

Andererseits gibt es bei 26 Kantonen mit erheblichen Zuständigkeiten bei der Gesundheitspolitik ebenso viele Möglichkeiten, Politiken in einem kleineren Rahmen zu «testen». Die Kantone können auch Aufgaben an die Gemeinden delegieren, die oft Präventionsmassnahmen an Schulen durchführen, die zu Früherkennung und früher Behandlung beitragen. Dadurch entstehen auf lokaler Ebene zahlreiche Gelegenheiten für Innovation. Erfolgreiche Praktiken können sich danach rasch verbreiten und in anderen Kantonen nachgeahmt werden. Die «European Health Policy» des WHO-Regionalbüros für Europa (Health 2020) befürwortet mehr Zusammenarbeit bei der Erprobung und dem Austausch politischer Erfahrungen auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene. Entsprechend mehr Gewicht erhält in Health 2020 die strategische Rolle internationaler und nationaler Public-Health-Ämter bei der Bereitstellung von Evidenz und politischen Analysen (WHO, 2011).

Der OECD-Bericht «Governance im 21. Jahrhundert» wies darauf hin, dass neue Führungsformen die Machtverteilung laufend ändern und zentralisierte Top-down-Strukturen ablösen (OECD, 2001). Das WHO-Regionalbüro für Europa teilt diese Meinung (Health 2020) und hält fest, dass Governance auf dem Gebiet der Gesundheit heute auf verschiedene Bereiche in der Gesellschaft verteilt ist und in Zukunft weniger mittels Kontrolle als mittels Einflussnahme wird überzeugen müssen. Die Schweiz sollte daher bei der Entscheidungsfindung auf ihre Governance-Tradition aufbauen und die Innovation und vorgelagert die Partizipation fördern anstatt eine völlige Neuordnung der Kompetenzen anzustreben. Dies bedeutet Rahmen, Institutionen und Mechanismen zu stärken, welche die Innovation, den Konsens für übergeordnete Gesundheitsziele als Kursrichtung für die lokalen Politiken und die Verbreitung unter den Kantonen fördern. Voraussetzung dafür wären wie bereits angesprochen unter anderem Plattformen, um Lernprozesse zu ermöglichen und Wissen und politische Erfahrung auszutauschen, die auf lokaler Ebene gesammelt werden.

5.4 Merkmale und Instrumente der Governance im schweizerischen Gesundheitssystem

Konsens über eine strategische Vision und längerfristige Politiken entwickeln und aufbauen

Governance kann auch als «der Versuch der Steuerung von Gemeinschaften, Ländern oder Ländergruppen durch staatliche und andere Akteure im Hinblick auf gemeinsame Ziele» definiert werden (Bell und Hindmoor, 2009). Somit fördert gute Governance Planung

und Politik, die durch Entscheidungsfindung die Komponenten des Systems stärkt und darauf hinarbeitet, gemeinsam bessere Gesundheitsergebnisse zu erreichen.

Das historisch gewachsene schweizerische Gesundheitssystem basiert wie bereits erwähnt auf dezentralisierten Entscheidungsstrukturen, Wettbewerb und privater Leistungserbringung und Krankenversicherung. Die Übertragung der Entscheidungsgewalt an die Kantone führt zusammen mit deren unterschiedlichen Bevölkerungszahlen, Gesundheitsbedürfnissen und Mitteln zu erheblichen Unterschieden in der Gesundheitspolitik der Kantone und beim Zugang zu den Leistungen, dem Leistungsumfang und der Höhe der Prämien. Dezentrale Regierungen und autonome Leistungserbringer und Versicherer neigen dazu, ihre eigenen Interessen höher zu bewerten als die allgemeinen sozialen und nationalen Ziele. Dadurch wurde die Ausrichtung des Systems an sozialen Zielen und flächendeckenden Gesundheitsergebnissen auf nationaler Ebene erschwert.

Die politische Aufteilung hat auch dazu geführt, dass eine Gesamtvision des Gesundheitssystems, die über das im KVG verankerte Finanzierungssystem hinausgeht, nur beschränkt vorhanden ist. Mit anderen Worten, es gibt ein nationales Krankenversicherungsgesetz, aber kein nationales Gesundheitswesen. Deshalb sind die Bemühungen für übergeordnete Prävention im Hinblick auf eine einheitliche Gesamtvision der Gesundheitspolitik besonders wichtig. Der Bundesrat hat ein neues Präventionsgesetz erarbeitet und den Entwurf dem Parlament vorgelegt. Wird der Entwurf verabschiedet, werden vom Bund in Zusammenarbeit mit Kantonen und NGOs künftig nationale Präventionsziele festgelegt.⁹ Das Gesetz stärkt den Konsens auf Ebene der Kantone und die Rolle von Interessengruppen und NGOs im Hinblick auf den Austausch bisheriger Erfahrungen. Es besteht aber die Gefahr, dass es bei der Festlegung einiger Ziele auf nationaler Ebene bleibt, ohne grösseren Einsatz von Mitteln und Kapazitäten.¹⁰ Deshalb ist wichtig, auf allen Ebenen für die nötigen Kapazitäten zur Implementierung zu sorgen.

Es wurden einige Zweifel laut, ob das am Ende verabschiedete Gesetz seinen Zweck werde erfüllen können, da die Vernehmlassung zu einer Verwässerung geführt habe. Ausserdem scheinen nur sehr wenige Kantone ausreichend dotiert, um ohne zentrale Ressourcen einen Schwerpunkt Prävention setzen zu können. Die Kantonsärzte konzentrieren sich oft auf übertragbare Krankheiten und fördern Initiativen in diesem Bereich. In der Prävention nicht übertragbarer Krankheiten sind meist einzelne nicht-staatliche Organisationen lokal aktiv, wodurch es auf diesem Gebiet an breiter Abdeckung und Koordination fehlt.

In der Praxis richteten sich die Bemühungen des Bundes im Hinblick auf einen Konsens bei der Prävention seit dem OECD-/WHO-Bericht 2006 auf krankheits- oder risikobezogene Programme für Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten, Suchtmittel (Alkohol, Tabak, Betäubungsmittel) sowie Ernährung und Bewegung. Diese Programme laufen in der Regel von 2008-2012. In letzter Zeit fanden Bestrebungen im Hinblick auf einen Konsens unter den Kantonen und nicht-staatlichen Organisationen statt, bei diesen Programmen den Erfahrungsaustausch in der Schweiz und auf internationaler Ebene zu fördern. Zu diesem Zweck hat der Bund auch vermehrt Informationen im Internet bereitgestellt.

Auf der politischen Ebene spielen in der Praxis Organisationen wie die GDK eine wichtige Rolle, indem sie die Gesundheitsminister der kantonalen und der nationalen Ebene an einen Tisch bringen. Diese Institution – im Wesentlichen ein Beratungsorgan der Kantone – nimmt auch operative Aufgaben wahr, zum Beispiel bei der Erarbeitung von Grundlagen für die Spitalplanung auf kantonaler oder interkantonaler Ebene. Sie hat zum Aufbau neu-

er gesundheitspolitischer Plattformen beigetragen, die den Fokus stärker auf längerfristige und ausserpolitische Themen legen und strategisches Denken in der Präventionspolitik fördern sollen.^{11,12}

Der Bund hat erhebliche Befugnisse zur Regulierung des Wettbewerbs, aber keine Handhabe, um systemweit Verbesserungen vorzunehmen. Die relativ kleinen, weitgehend autonomen Kantone sind häufig gleichzeitig Finanzierer und Leistungserbringer, was den Anreiz für rechenschaftspflichtige und patientenorientierte Regelungen verringert. Die Krankenversicherer sind in einem Rahmen tätig, in dem sie einerseits durch den Bund gesetzlich reguliert werden, in dem sie andererseits aber zusammen mit den Kantonen als Co-Finanzierer der Spitalleistungen tätig sind. Diese Konstellation schränkt ihre Möglichkeiten ein, über die Steuerung der Finanzströme Änderungen durchzusetzen.

Aus diesen Gründen sind in der Schweiz Massnahmen und Institutionen besonders wichtig, welche die Governance durch Koordination und Konsensbildung fördern. Sie können über formale Mechanismen wie ein übergeordnetes Gesundheitsrahmengesetz erreicht werden, wie es der Bericht 2006 empfahl. Ein solches Gesetz soll die Ziele und Prioritäten festlegen und die Zielerreichung durch die Kantone und Versicherer sicherstellen, beim Weg, wie diese Ziele erreicht werden, aber verschiedene Ansätze zulassen, die den unterschiedlichen Mitteln, Bedürfnissen und Präferenzen der Kantone Rechnung tragen. Neben der Anpassung der nationalen Gesundheitsgesetzgebung (z.B. durch Schaffung eines Rahmengesundheitsgesetzes) fassen Bund und Kantone die Institutionalisierung der bisherigen Zusammenarbeit und der Koordination unter den beiden Ebenen ins Auge. Es ist aber noch ein weiter Weg, bis ein Gleichgewicht in Bezug auf die Kompetenzen und Zuständigkeiten erreicht ist. Ein wichtiger Schritt auf diesem Weg ist das Projekt einer nationalen Gesundheitsstrategie. Das von der Plattform von Bund und Kantonen «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» geführte Projekt soll die Koordination und die Definition der Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen in gemeinsam zu bestimmenden Bereichen optimieren. Ein weiterer Meilenstein bei der Entwicklung einer gemeinsamen Gesundheitsvision mit stärkerer Gewichtung der Prävention ist der Fortschritt beim Präventionsgesetz. Der Gesetzesentwurf sieht nationale Präventionsziele vor, die der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den NGOs erstellt. Kommt das Gesetz durch, könnte es frühestens 2013 in Kraft treten.

Partizipation der Bevölkerung und Wahl der Patientinnen und Patienten ermöglichen

Eine der grossen Stärken der schweizerischen Governance- und Demokratiestrukturen ist die grundsätzliche Mitbestimmung des Volks bei politischen Entscheidungen auf allen staatlichen Ebenen – Gemeinde, Kanton und Bund – und die erfahrungsgemäss relativ hohe politische Beteiligung. Die stark lokal und partizipativ orientierte Civic Governance in der Schweiz ist für das Gesundheitssystem vor allem insofern ein Plus, als sie lokal relevante Public-Health-Lösungen ermöglicht. Die Partizipation der Bevölkerung und die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten werden aber durch die schlechte Datenlage oder fehlende Evidenz behindert: Es gibt beispielsweise wenig öffentliche Daten über Gesundheitsstatus, Gesundheitsdeterminanten, Versorgungsqualität oder die Wirksamkeit von Interventionen. Das Engagement der Bevölkerung sollte deshalb durch Bemühungen zur Erfassung und Publikation von Informationen gestärkt werden.

Bei der Wahl von Versicherung und Leistungserbringern wird der individuellen Wahlmöglichkeit von Konsumentinnen und Konsumenten grosse Bedeutung beigemessen. Bei

den Leistungserbringern beruht sie vor allem auf dem guten Zugang zur Versorgung im Wohnkanton, was in der Bevölkerung stellvertretend für Qualität gelten könnte. Die Spitalwahl wurde kürzlich auf Spitäler ausserhalb des Wohnkantons erweitert, völliger Wahlfreiheit scheint aber weiterhin einiges im Wege zu stehen. In Bezug auf die Wahlfreiheit bei den Versicherungen ist in den letzten Jahren etwas Bewegung in den Versicherungsmarkt gekommen, indem rund 15 Prozent der Versicherten, meist junge und gesunde, die Krankenkasse gewechselt haben. Angesichts des Mangels an transparenter Information ist ein vollständiger Wettbewerb über Preis und Qualität aber wenig realistisch. Auch der begrenzte Risikoausgleich im Versicherungsmarkt und mögliches «Abschöpfen» der besten Risiken dürften dabei eine Rolle spielen. Um den Informationsfluss für alle Beteiligten im Gesundheitswesen zu verbessern, könnte ein Patientenleitbild sinnvoll sein, das klar definiert, welche Informationen öffentlich sein müssen und welche Rechte und Pflichten die Patientinnen und Patienten haben.

Um die Information der Bevölkerung zu verbessern, muss auch die Gesundheitskompetenz gestärkt werden, zum Beispiel über das Bewusstsein für Sicherheits- und Qualitätsfragen wie ein höheres Risiko bei geringerem Volumen medizinischer Behandlung oder die Bedeutung koordinierter Versorgung für bessere Resultate. Fehlt dieses Bewusstsein (das die Bereitstellung von Daten in einer für das allgemeine Publikum verständlichen Form voraussetzt), könnte die Bevölkerung wichtige politische Vorlagen bekämpfen und ablehnen, beispielsweise wenn es um die Schliessung kleiner Spitäler, die Konsolidierung tertiärer oder quartärer Versorgungsdienste, die Einführung von integrierten Systemen, Netzwerken und Managed-Care-Modellen geht. Heute sehen die Patienten das Spital oft als erste Instanz für die meisten Gesundheitsbedürfnisse – in der Annahme, sekundäre oder tertiäre Gesundheitsdienste böten eine bessere Versorgung. Die Spitalzentrierung des Systems wird dadurch verstärkt.

Daneben wären Anstrengungen für eine stärkere Gewichtung der Prävention erforderlich. Trotz der zunehmenden Last der nicht übertragbaren Krankheiten hat Prävention politisch keinen hohen Stellenwert, und wirksame Präventionsmethoden zum Beispiel in Bezug auf das Verhalten sind politisch oft umstritten.

Es gibt viele Organisationen, die Konsumenten- und Patienteninteressen vertreten, es wird aber sehr wenig getan, um das Bewusstsein beispielsweise für die Qualität der Leistungserbringung oder Ungleichheiten beim Zugang und den Ergebnissen zu verbessern. In der Praxis bieten eine Reihe nicht-staatlicher Organisationen Beratung und Information sowie allenfalls Rechtsschutz für Patientinnen und Patienten und vertreten allgemeine Patienteninteressen.¹³ Die Patientenrechte waren in den 1970er-Jahren ein grosses Thema, inzwischen hat sich der Fortschritt auf diesem Gebiet aber deutlich verlangsamt, und die Schweiz ist in diesem Bereich von anderen Ländern überholt worden. Die Patientenorganisationen leisten auf individueller Ebene und als Koordinationsmechanismen wichtige Dienste, sind aber oft fragmentiert. Sie sollten in einen grösseren gesundheitspolitischen Rahmen eingebettet werden. Schritte in dieser Richtung werden insofern unternommen, als vorhandene Präventionsmassnahmen (z.B. Aids und sexuell übertragbare Krankheiten oder Suchtmittel) bei der Einführung die Erfahrungen auf kantonaler und NGO-Ebene nutzen.

Koalitionen mit anderen Sektoren anstreben und aufbauen: «multisektorale Gesundheitspolitik»

Es herrscht zunehmend Einigkeit darüber, dass gesundheitliche Ergebnisse von vielfältigen Determinanten abhängen, die sich auf alle Bereiche der Gesellschaft erstrecken.

Diese Erkenntnis und die Tatsache, dass die Verbesserung der Gesundheit eine Staatsaufgabe ist, haben zu einem stärkeren Fokus auf die Auswirkungen anderer Politikbereiche auf die Gesundheit geführt. Der Ansatz wird als «multisektorale Gesundheitspolitik» («Health in All Policies») bezeichnet. Viele gesundheitsrelevante Politiken fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums. In der Praxis liegen die Bereiche mit den wichtigsten sozialen Determinanten ausserhalb des Gesundheitssektors oder Gesundheitsministeriums. Die sozialen Determinanten der Gesundheit und die Anlagen für gesundheitliche Ungleichheiten in der Gesellschaft werden zum Beispiel durch die Landwirtschafts-, Bildungs-, Wohnungs-, Arbeits-, Verkehrs-, Steuer- und Sozialpolitik bestimmt und beeinflusst. Mit den (meist unbeabsichtigten) Folgen auf die Gesundheit muss sich aber später das Gesundheitsministerium befassen. Multisektorale Gesundheitspolitik will deshalb Gesundheit auf die erweiterte Agenda von Gesellschaft und Staat setzen, um über gemeinsame Zielsetzungen und Indikatoren die Verbesserung und Gleichheit der Gesundheit in anderen politischen Bereichen und Sektoren zu fördern und zu unterstützen.

Diese horizontale Governance erkennt, dass staatliche und nicht-staatliche Akteure bei Fragen, für die sie gemeinsam zuständig sind, zur politischen Entscheidungsfindung beitragen können (Philips, 2006). Horizontale Governance wird auch definiert als Arbeit über Netzwerke statt Hierarchien; Interdependenzen statt Machtbeziehungen; Verhandeln statt Kontrollieren; Befähigen statt Managen (Philips, 2004). Viele dieser Merkmale sind wie bereits erwähnt im schweizerischen Gesundheitssystem ausgeprägt, weil sie untrennbar mit Governance-Traditionen und -Grundlagen in der Schweiz – wie die Konsensbildung – verbunden sind. Im Bereich Public Health ist der Koordinationsgrad hoch und Zusammenarbeit existiert, es besteht aber noch Potenzial für Verbesserungen und Allianzen mit dem privaten Sektor.

Die WHO-Kommission für Soziale Determinanten der Gesundheit (WHO CSDH, 2008) erachtet den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten als Kernaufgabe der Governance. Die Schweiz scheint gesundheitlichen Ungleichheiten – für die es keine regelmässiges Monitoring auf nationaler Ebene gibt – nicht die gleiche Priorität beizumessen. Gesundheitliche Ungleichheiten werden meist lediglich aus der Sicht der Gleichheit beim Zugang zu Versorgungsleistungen betrachtet, und der Fokus wird auf Migrationsbevölkerung und Gender gelegt. Mit dem Nationalen Programm «Migration und Gesundheit» beispielsweise arbeitet das BAG seit 2002 auf eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung und auf eine ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung hin. Aktuell gibt es eine Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2008–2013» (siehe www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html). Das BAG klärt derzeit den Bedarf an einer spezifischen Politik zur Bekämpfung von gesundheitlichen Ungleichheiten ab, was dazu führen dürfte, dass mehr Evidenz zu Art und Ausmass der Problematik benötigt wird.¹⁴

Zusammenarbeit mit anderen Sektoren besteht – beispielsweise im Bereich Verkehr und Raumentwicklung. Sie funktioniert lokal auf Projektbasis dank dem Einsatz und Engagement der einzelnen Beteiligten meist reibungslos, als Konzept steckt sie aber in den Kinderschuhen und wird nicht als politische Priorität betrachtet. Die Aufteilung der Zuständigkeiten auf kantonaler und kommunaler Ebene erhöht die Komplexität einer Zusammenarbeit mit anderen Sektoren, wenn zum Beispiel die Akteure von 26 Gesundheits- und Bildungssystemen zusammen gebracht werden sollen. Ausnahmen stellen in diesem Kontext die zwei horizontal angelegten Policies «Migration und Gesundheit» und Migration des Gesundheitspersonals dar. Diese können sich auf eine intensive Zusammenarbeit zwischen dem BAG und anderen Bundesämtern (Bundesamt für Migration, Bundesamt für Statistik,

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, Staatssekretariat für Wirtschaft, Bundesamt für Raumentwicklung) abstützen, was wiederum sektorübergreifendes Handeln ermöglicht.

Transparenz, Rechenschaftspflicht und Leistungsmanagement

Mehr öffentliche Gesundheitsdaten sind wie bereits erwähnt für eine bessere Steuerung des schweizerischen Gesundheitssystems entscheidend. Es sind einige Initiativen in diese Richtung unternommen worden. Die Behörden – allen voran das BAG, das BFS und das Schweizerische Gesundheitsobservatorium – haben Anstrengungen unternommen, um die Gesundheitsstatistik in verschiedenen Bereichen zu verbessern und die Qualität zu fördern. Wichtige Daten (z.B. nationale Krebsregister) sind aber weiterhin nicht schweizweit vorhanden (Vorentwurf für ein Gesetz voraussichtlich 2012; ebenfalls geplant sind Register für Krankheiten wie Herzinfarkt und Diabetes – vgl. Kapitel 4). Es wird von erheblichen regionalen Unterschieden bei Qualität, Preis und Kosten ausgegangen, wobei keine solide Evidenz vorliegt, um die Annahme zu bestätigen. Solche Unterschiede müssen ermittelt und, wenn sie sich bestätigen, im Hinblick auf mehr Transparenz und Rechenschaftspflicht öffentlich gemacht werden.

Die Kantone haben mehrere – teilweise gegensätzliche – Rollen bei der Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sie sind die Eigner und Mitfinanzierer der Spitäler und sind an der Planung und Kontrolle beteiligt, welche Spitäler in die Spitalliste aufgenommen und damit vom Kanton (mit)finanziert werden. Die Mehrfachrolle der Kantone kann zu Fehlanreizen führen. Die neue Spitalfinanzierung (Fallkostenpauschalen) will die Transparenz verbessern und potenzielle Interessenskonflikte, die aus der gleichzeitigen Finanzierung und Erbringung von Leistungen resultieren, verringern.

Auch eine stärkere Professionalisierung und Rechenschaftspflicht bei den Leistungserbringern würde die Governance stärken. Besonders wichtig wäre die Entwicklung von Best-Practice-Richtlinien, Fehlermeldesystemen und klinischen Governance-Strukturen wie Peer-Review oder einem internen System von Belohnungen und Sanktionen. Ein Monitoring der Situation in all diesen Bereichen ist im Gang, für Resultate ist es aber noch zu früh. Solange ein mit Vollmachten ausgestattetes Qualitätsinstitut auf nationaler Ebene fehlt, könnten die Kantone als Qualitätssicherer und gleichzeitig Eigner der Spitäler zumindest theoretisch versucht sein, über Qualitätsdefizite hinwegzusehen oder gar nicht danach zu suchen. Die Gefahr besteht besonders dann, wenn es um das Überleben lokaler Einrichtungen geht: Unter dem Druck der Öffentlichkeit wird die gute und rasche Erreichbarkeit von lokalen Gesundheitseinrichtungen oft über die Qualität der Gesundheitsversorgung gestellt.

Ebenso wären mehr Transparenz und Rechenschaftspflicht bei den Krankenversicherern wünschenswert. Auch diesbezüglich wurden bereits einige Fortschritte erzielt. Im Februar 2011 hat der Bundesrat ein neues Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz in die Vernehmlassung geschickt, das unter anderem stärkere Kontrollen, schärfere Sanktionen und einen besseren gesetzlichen Schutz der Versicherten vorsieht.

Evidenz für die Politik erzeugen und nutzen

Der OECD-/WHO-Bericht 2006 betonte, dass Governance- und entsprechende Qualitätsverbesserungen ohne bessere statistische Information, auf die sich Entscheidungsträger stützen können, kaum zu erreichen sind. Aber während die Kompetenz zur Erhebung und Diffusion von Daten beim Bund ist, hängen deren Produktion und Sammlung vom

guten Willen der Kantone ab, die nötigen Informationen bereitzustellen. Es sind weitere Anstrengungen erforderlich, um die Datensammlung zu verbessern.

Ein zusätzliches Hindernis in Bezug auf Evidenz für die Politik ist das mangelnde Bewusstsein der Bevölkerung für Fragen der Gesundheitsversorgung, bei denen relativ schwache Patientenorganisationen starken Lobbys gegenüberstehen. Entsprechend wird die politische Diskussion weiterhin stark von emotionalen Debatten geprägt. Die Qualität der Versorgung beispielsweise ist wie bereits erwähnt nicht einfach zu vermitteln, und die Bevölkerung misst Qualität oft hauptsächlich an der Nähe zur Versorgung.

Weitere Governance-Aspekte betreffen die Frage, ob der Umfang der unter dem KVG abgedeckten Leistungen der Krankheitslast in der Schweiz entspricht und ob die abgedeckten Leistungen kostenwirksam sind. Das KVG nimmt alle ärztlichen Leistungen bis zum Beweis des Gegenteils ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit durch Leistungserbringer, Krankenkassen, Gesundheitsbehörden oder Patientenorganisationen automatisch als kassenpflichtig auf. Prävention, Medikamente und Laboranalysen hingegen müssen evaluiert werden, bevor sie in die Kassenpflicht aufgenommen werden. Die Positivliste gewährt bereits eine breite Abdeckung, mittel- und langfristig sollte aber die Transparenz verbessert werden, indem die Kassenpflicht gestützt auf evidenzbasierte Vorgehen bestimmt und sichergestellt wird, dass die Abdeckung wirksam ist und der aktuellen Krankheitslast entspricht. Diese Fragen sind in einem System von besonderer Bedeutung, dessen Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien weiter steigen, teils aufgrund der laufenden Aufnahme neuer Technologien.

Zur Bewertung klinischer Praxis werden – trotz klarer Grenzen bezüglich Zeit und Information – vermehrt wissenschaftliche Methoden wie Health Technology Assessment (HTA) benötigt, zumindest für die Entscheidung über die Aufnahme neuer Produkte und Behandlungen in die Grundversicherung, insbesondere bei erheblich kostensteigernden Medikamenten oder Leistungen. Ein Beispiel ist das Referendum zur Kostenübernahme ausgewählter Komplementärmedizin-Bereiche unter dem KVG (die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Neuraltherapie, die Phytotherapie und die traditionelle chinesische Medizin), in denen die Evidenzbasis für die Wirksamkeit besonders schwach ist. Diese Bereiche wurden auf fünf Jahre befristet mit der Auflage der «vertieften Evaluation» gemäss KVG für die Aufnahme neuer Technologien in den Leistungskatalog aufgenommen.

Auch die 1999 in der Verfassung verankerte Überprüfung der Wirksamkeit, wonach wichtige Massnahmen des Bundes in einer Form evaluiert werden müssen (z.B. durch Leistungsmanagement/Controlling, Monitoring und/oder Evaluation), stärkt die Forderung nach HTA. Aufgrund eines fehlenden Überblicks über das Leistungsspektrum und mangelnder Anreize auf Seiten der Leistungserbringer und Versicherer wird nur ein Bruchteil der kassenpflichtigen Leistungen evaluiert. Der Bundesrat ist beauftragt, eine HTA-Agentur aufzubauen, und das BAG ist an internationalen HTA-Netzwerken (wie das European Network for Health Technology Assessment und das International Network of Agencies for Health Technology Assessment) über eine Vertretung durch eigenes Personal oder nationale Fachleute aktiv beteiligt. Da die Kosten für eine HTA-Agentur hoch sind und die Schweiz relativ klein ist, könnte sie die HTA-Untersuchungen an eine internationale Organisation vergeben. Eine parlamentarische Kommission kam zum Schluss, das heutige System beizubehalten, wonach ärztliche Leistungen bis zur Bestreitung ihrer Wirksamkeit durch einen Stakeholder automatisch kassenpflichtig sind, schlug allerdings diverse Verbesserungen vor, die nun umgesetzt werden.¹⁵

5.5 Ziele des Gesundheitssystems aus Sicht der Governance

Wirksamkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern

Die Aufteilung der Zuständigkeiten und unterschiedlichen Finanzflüsse auf lokaler Ebene behindern auch den Aufbau von Netzwerken und die Organisation der Versorgung nach Behandlungspfaden und institutionellen Settings (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, häusliche Pflege). Höhere Spitaliausgaben beispielsweise werden zum Teil vom Kanton, eine Zunahme bei der ambulanten Versorgung hingegen von der Krankenversicherung finanziert. Lokale Investitionen in Prävention oder häusliche Pflege wirken sich nicht direkt für die Behörde positiv aus, die die Investition vornimmt. Die Schweizer Bevölkerung scheint zudem zurückhaltend gegenüber Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer und dem Zugang zur Versorgung, wie der bescheidene Zuwachs beim HMO-Modell zeigt.

Die Wirksamkeit des Gesundheitswesens hängt auch von der Sicherstellung ab, dass der Einsatz der Ressourcen für die Gesundheitsversorgung auf die Krankheitslast in der Schweiz abgestimmt ist. Psychische Gesundheit ist ein Gebiet, an dem sich viele governan- cerelevante Fragen in der Schweiz aufzeigen lassen. In Bezug auf die Prävalenz von psychischen Krankheiten hat sich wenig geändert. Die Selbstmordrate 2008 ist die achthöchste Europas und liegt über dem europäischen Durchschnitt.¹⁶ Die Kosten für die medizinische Psychotherapie werden seit Mitte 2009 von der Grundversicherung übernommen. Darüber hinaus dürfte der Spielraum auf Bundesebene darauf beschränkt sein, den Aufbau von Allianzen unter interessierten Kantonen zu fördern, was potenziell zu unterschiedlichen politischen Ansätzen auf diesem Krankheitsgebiet führt. Die heutige Aufteilung der Kompetenzen behindert den Aufbau von kohärenteren nationalen Politiken.

Der letzte OECD-WHO-Bericht 2006 stellte einen Rückstand bei der nationalen Gesundheitsförderung und klinischen Präventionsstrategien sowie einen Mangel an Evidenz bezüglich der Kostenwirksamkeit von Interventionen zur Vorbeugung frühzeitiger Mortalität und Morbidität fest. Auf diesem Gebiet zeichnen sich nur langsam Fortschritte ab. Die Durchführung von Brust-, Gebärmutterhals-, Dickdarm- und anderen Krebs-Screenings beispielsweise ist weiterhin den Kantonen überlassen und wird nicht systematisch bei den jeweiligen Risikogruppen der Bevölkerung durchgeführt. Die Verbesserung nationaler Regulierung in einigen Bereichen der Gesundheitsförderung ist eine weitere Empfehlung des Berichts 2006. Anderswo wurden zum Beispiel Rauchverbote und höhere Tabak- und Alkoholsteuern erfolgreich umgesetzt, um von Tabak- und Alkoholkonsum abzuhalten, und diese Erfahrungen eignen sich für eine nationale und interkantonale Bearbeitung und Zusammenarbeit.

Bezüglich der Versorgungsqualität ist die Selbstregulierung weiterhin der Hauptmechanismus, durch den die Schweiz klinische Qualität sicherstellt, und bis vor Kurzem gingen Bemühungen zu Qualitätsverbesserungen vorwiegend von unkoordinierten lokalen Initiativen aus, die von einzelnen Anbietern, Gruppen oder Verbänden durchgeführt werden (OECD-/WHO-Bericht, 2006, Kasten 2.4). Aktuelle Massnahmen diesbezüglich zielen auf mehr Transparenz und Wettbewerb bei der Qualität ab:

- *Regulierung/Registrierung der Medizinalberufe*: Ein erster Schritt zur Abkehr von der Selbstregulierung ist ein öffentliches Register, das alle Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Apothekerinnen/Apotheker, Chiropraktorerinnen/Chiropraktoren, Tierärztinnen/

Tierärzte mit Angaben zu ihren Spezialisierungen enthält. Das Register ist ein Mittel zur Qualitätssicherung und schützt Patientinnen und Patienten, indem es transparent macht, welcher Kanton die Aufsicht über eine bestimmte Medizinalperson hat. Es wird zusätzliche Informationen zur Demografie der Gesundheitsfachkräfte liefern und nach und nach weitere Gesundheitsberufe aufnehmen.

- *Daten zur Wirksamkeit und Versorgungsqualität der Spitäler* werden vermehrt systematisch gesammelt. Seit 2009 publiziert das BAG Fallzahlen und Sterblichkeitsraten bei 30 Diagnosegruppen, ab 2011 werden diese Daten für einzelne Akutspitäler publiziert. Daneben erhebt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) im Zusammenhang mit der Einführung von Swiss DRG fünf Qualitätsindikatoren.¹⁷ Auch die Zahl der Indikatoren, zu denen die Schweiz Daten für das OECD-Qualitätsindikatorprojekt liefert, ist inzwischen auf rund 30 gestiegen, was den Spielraum für internationales Benchmarking erhöht.¹⁸ Schliesslich hat der Bundesrat ein Programm zur Versorgungsqualität und Patientenorientierung verabschiedet, die «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen».¹⁹

Demnach haben die Behörden damit begonnen, in der Schweiz ein nationales Informationssystem zur Versorgungsqualität und Patientenorientierung aufzubauen. Daneben sind einige bescheidene Fortschritte bei der Erhebung von Daten zu vermerken, anhand derer die Behörden die Performance im kantonalen und internationalen Vergleich besser beurteilen und herausfinden können, wo zusätzliche Ressourcen die Gesundheitsergebnisse verbessern würden. Diese Daten beziehen sich aber weitgehend auf den Spitalsektor, während es im ambulanten Sektor an Informationen zur Qualität fehlt.

Koordinationschwierigkeiten bei der Reaktion auf ein akutes Public-Health-Problem zeigen, wie sich das Fehlen klarer Entscheidungsaufträge auswirken kann. Bei den Pandemie-Vorbereitungen 2009 fehlte es an einer zentralen Weisung, welche Bevölkerungsgruppen geimpft werden. Damit hat man den Entscheid den kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren überlassen, was zu unterschiedlichen Massnahmen führte.

Mehr Effizienz und Nachhaltigkeit

2009 belegte die Schweiz bei den Gesundheitsausgaben gemessen am Anteil des BIP den siebten Rang in der OECD (11,4%). Das Resultat beruht weniger auf einem Kostenanstieg als einem flauen Wachstum des BIP, hat aber zu Krankenkassenprämien geführt, die dem Thema Gesundheitskosten einen Platz weit oben auf der politischen Agenda sichern. Projektionen (Vuilleumier und andere, 2007) erwarten weiteren Kostendruck, die Schätzungen gehen – je nach Szenario – von einer Zunahme der Gesundheitskosten auf rund 15 Prozent am BIP bis 2030 aus.

Das Nebeneinander von privaten und öffentlichen Finanzierungsquellen sowie von privaten und öffentlichen Leistungserbringern hat zu einer Differenzierung in der Finanzierung und im Angebot geführt. Versicherer und Leistungserbringer sind weiterhin relativ autonom, auch wenn der Bund zunehmend die Versorgungsqualität und Registrierung der Medizinalberufe beaufsichtigt (vgl. oben). Bedenken in diesem Bereich betreffen Probleme bei der Regulierung sowohl des Krankenversicherungswesens und dessen Management als auch des Versorgermarktes. Hier gibt es hohe Verwaltungskosten. Zudem könnten autonome Erbringer und Versicherer dazu neigen, eigene Interessen höher zu werten als gemeinsame soziale Ziele, was die Ausrichtung auf bessere Gesundheitsergebnisse gefährden könnte.

In Sachen Preisbildung haben TARMED und Swiss DRG die Transparenz erhöht, enthalten aber weiterhin Anreize zur Überversorgung. Ab 2012 sollte DRG zu mehr Effizienz in den Spitälern führen (vgl. Kapitel 4). Die Schweiz könnte auch Alternativen zur bisherigen dualen Spitalfinanzierung ins Auge fassen, um die Position der Versicherer zu stärken und das Risiko der Kostenverschiebung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu verringern. Auch neue Vertragsarten zwischen Versicherern und Leistungserbringern können via Managed-Care zur Kostendämmung beitragen (vgl. Kapitel 2).

Auf Seiten der Leistungserbringung stellt sich für die Governance die schwierige Frage der Spitalplanung. Die Planung könnte verbessert werden, wenn auch dem zunehmenden Unterbringungsbedarf älterer Menschen und mehr Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Leistungserbringer Rechnung getragen würde. Aus Sicht der Governance verschafft grössere Wahlfreiheit den Patientinnen und Patienten mehr Gehör und sorgt für mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Damit einhergehen würde aber ein über die Kantone hinaus reichender, interkantonaler oder allenfalls nationaler Prozess bei der Spitalplanung. Die Spitalplanung der Kantone soll bis Ende 2014 an die neuen Anforderungen und das neue Umfeld angepasst werden.

5.6 Schlussfolgerung

Dieses Kapitel hat ausgewählte Governance-Fragen untersucht und Bereiche aufgezeigt, in denen sich die Zielsetzungen des Gesundheitssystems durch bessere Governance leichter erreichen liessen. Einige der Probleme sind bereits im OECD-/WHO-Bericht 2006 angesprochen worden. Sie haben sich seit 2006 nicht wesentlich geändert.

Bessere Governance hängt auch davon ab, ob die Schweizer Behörden eine gemeinsame, von allen Akteuren unterstützte Vision entwickeln können, die – wie im letzten Bericht angesprochen – in ein übergeordnetes Gesundheitsgesetz münden könnte. Die Lösung wird sich am besten an den Governance-Traditionen in der Schweiz (bottom-up) und den internationalen Trends in Bezug auf neue Governance-Formen (horizontal und partizipativ) orientieren statt eine völlige Neuordnung und Zentralisierung der Zuständigkeiten anzustreben. Die Herausforderung besteht darin, Mechanismen für einen koordinierten Kurs der Akteure auf eine gemeinsame Vision aufzubauen: durch besser abgestimmte Anreize, verstärkten Dialog, stärkere Informationssysteme, mehr Analysekompetenz, Rechenschaftspflicht und Transparenz bei Public-Health-Ergebnissen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass auf der lokalen Ebene Lösungen je nach Bedarf, Präferenzen und Ressourcen unterschiedlich ausfallen können. Das Präventionsgesetz und das Projekt «Nationale Gesundheitsstrategie» sind wichtige Meilensteine auf diesem Weg. Weitere Fortschritte sind möglich, indem die Anreize für die Bevölkerung, die Leistungserbringer, die Gemeinden, Kantone und Versicherer geprüft und angepasst werden. Besonders die finanziellen und organisatorischen Anreize in der Prävention und ambulanten Versorgung gilt es zu revidieren, beispielsweise durch gemeinsame Verantwortlichkeit auf lokaler Ebene.

Ein Hindernis auf dem Weg zu besserer Governance ist die ungenügende Datensammlung, die keine evidenzbasierten Entscheidungen zulässt. Daten zu Status und Determinanten der Gesundheit oder zur Versorgungsqualität beispielsweise oder andere Informationen, die zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Systems benötigt werden, sind nur beschränkt vorhanden.

Weiter gilt es Politiken zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu stärken. Zwar sind in einigen Präventionsbereichen (z.B. Rauchverbote) und Public-Health-Pro-

grammen wie Aids- und Suchtmittelprävention Fortschritte erzielt worden, das Budget für Prävention ist aber rückläufig, da es der Prävention an starken Lobbys und Öffentlichkeit fehlt. Es gibt einige nachweislich kostenwirksame Präventionsmassnahmen, die bisher nicht genutzt werden.

Schliesslich wird es auch darum gehen, den Anstieg der Gesundheitsausgaben zu bremsen. Positive Wirkung diesbezüglich dürfte von mehr Transparenz bei den Preisen der ambulanten Versorgung (TARMED) und der Spitäler (Swiss DRG) und allenfalls stärkerem Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu erwarten sein. Kostenkontrolle bedingt aber Reduktionen bei der Spitalversorgung und interkantonale Zusammenarbeit im Spital- und stationären Versorgungsbereich. Ein Schritt in Richtung Versorgungsregionen oder Gruppierungen über mehrere Kantone – wie im OECD-/WHO-Bericht 2006 empfohlen – könnte die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöhen. Einige kantonsübergreifende Vereinbarungen bei der Versorgung sind offenbar bereits zustande gekommen oder werden geprüft (GDK, 2009; und Mitteilung der Schweizer Behörden). Damit steigt das Potenzial für kantonsübergreifende Rationalisierungen im Spitalbereich.

Anmerkungen

- 1 Daraus ergeben sich viele Governance-Fragen wie: nötige Verbesserung von Effizienz und Wirksamkeit des Systems bezüglich Überschneidungen (z.B. Zuständigkeiten auf Bundes- und kantonaler Ebene für die Präventionsförderung), unterschiedliche Entscheidungen (und fragmentierte Ansätze und Haltungen was Verbesserungen beim Zugang zu Standardleistungen und der Patientenorientierung anbelangt.)
- 2 Vgl. Kasten 2.3 OECD-/WHO-Bericht 2006.
- 3 GDK (2006), «Interkantonale Kooperation in der stationären Gesundheitsversorgung: Auswertung der Erhebung der interkantonalen Zusammenarbeit und Zusammenfassung der Koordinationsmerkmale», Webseite der GDK (www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Spitalplanung_und_Spitalisten/Interkant_Kooperation.pdf). www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-d.pdf
- 4 Es gibt rund 2900 Gemeinden, deren Gesundheitspolitik weitgehend von den kantonalen Gesetzgebungen bestimmt wird. Da eine allgemeine Aussage zu deren Rolle bei der Governance schwierig ist, wird darauf nicht näher eingegangen.
- 5 Dazu gehören Hightech-Medizin, Arzneimittel, Rettungssanitäter- und Postgraduate-Ausbildung.
- 6 www.telegraph.co.uk/news/1435383/How-direct-democracy-makes-Switzerland-a-better-place.html.
- 7 Vgl. Kocher (2009), Tabelle 5: Danach sind die Sektoren mit beschränkten staatlichen Kompetenzen die ambulante Versorgung; Spitäler und Pflegeheime, Laboratorien, Röntgenkliniken, Apotheken und Pharmahersteller, Zusatzversicherung, Forschung.
- 8 Nach Braun und Uhlmann (2009) beispielsweise war die Einführung des KVG 1996 das Ergebnis einer speziellen Konstellation der politischen Parteien, die sich nicht so schnell wiederholen dürfte.
- 9 Ein zentraler Punkt der Vorlage ist, dass alle acht Jahre nationale Ziele formuliert werden. Wie die Ziele zu erreichen sind, wird mit Hilfe einer vierjährigen Roadmap (die bundesrätliche Strategie) festgelegt.
- 10 Die Präventionsausgaben waren tendenziell rückläufig und wurden bei den letzten Ausgabenkürzungen um weitere 8 Prozent gesenkt.
- 11 In diesem Zusammenhang wurde unlängst eine verwaltungsinterne Intranetplattform für gesundheitspolitische Themen aufgeschaltet. Sie ermöglicht Austausch, gemeinsame Datenablage und die Erarbeitung und Konsultation von Stellungnahmen z.B. zu wichtigen globalen Gesundheitsanliegen. Die Plattform wurde in die Intranetplattform CH@World des EDA integriert, die von der gesamten Bundesverwaltung für die Mehrheit der aussenpolitischen Themen verwendet wird.
- 12 Zusätzlich ermöglicht der Dialog Nationale Gesundheitspolitik Kantonen und Bund wichtige anstehende Herausforderungen zu diskutieren und ihr Vorgehen zu koordinieren. Für eine Auflistung der bisher behandelten Themen siehe www.nationalegesundheits.ch/de/projekte.

- 13 Die Patientenstelle und die Stiftung Patientenschutz beispielsweise bieten den Patientinnen und Patienten Information und Schutz und vertreten bei Bedarf ihre Rechte. In Bezug auf einzelne Krankheiten leisten «Ligen» (z.B. Krebsliga) primäre und sekundäre Präventionsdienste, und über private Mittel wird auch die Forschung unterstützt. Weiter gibt es ein Netz von NGOs für einzelne Gruppen wie die Migrationsbevölkerung oder Selbsthilfegruppen für bestimmte Krankheiten. Einige davon werden ganz oder teilweise von staatlichen Stellen finanziert, ausser sie vertreten Patienten bei rechtlichen Konflikten, und es besteht die Gefahr eines Interessenskonflikts.
- 14 Studien der Swiss National Cohort weisen auf einen systematischen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Sterblichkeitsraten hin.
- 15 Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 21. August 2008.
- 16 Die Zahl der psychiatrischen stationären und ambulanten Behandlungen in der Schweiz hat seit einigen Jahren zugenommen. Dennoch gibt es Menschen mit psychischen Problemen, namentlich sozial benachteiligte, die nicht in Behandlung sind (www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/02.html).
- 17 Wiedereintritts-, Reoperations- und Wundinfektionsraten, Sturz- und Dekubitusprävalenz und Patientenzufriedenheit. Sie sollen sicherstellen, dass DRGs keine negativen Effekte auf die Qualität der Spitalpflege haben.
- 18 Mit der Wirkung, dass einige Spitäler nun mehr Daten erheben (Schweiz, Umfrage-Antworten).
- 19 Weitere Informationen zur Qualitätsstrategie siehe www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=de.

Bibliographie

- Bell, S. und A. Hindmoor (2009), *Rethinking Governance: The Centrality of the State in Modern Society*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Braun, D. und B. Uhlmann (2009), «Explaining Policy Stability and Change in Swiss Health Care Reforms», *Swiss Political Science Review*, Jg. 15, Nr. 2.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2006), *Interkantonale Kooperation in der stationären Gesundheitsversorgung. Auswertung der Erhebung der interkantonalen Zusammenarbeit und Zusammenfassung der Kooperationsmerkmale*, GDK, abrufbar unter http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Spitalplanung_und_Spitalisten/Interkant_Kooperation.pdf
- Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats (2008), *Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung*, Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle vom 21. August.
- Hurst, J. (2010), *Effective Ways to realise Policy Reforms in Health Systems*, OECD Health Working Paper Nr. 51, OECD Publishing, Paris.
- Kocher G. (2009), «Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden», in G. Kocher und W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009. Eine aktuelle Übersicht*, Verlag Hans Huber, Bern, S. 109–118.
- Lewis, M. und P. Musgrove (2008), «Governance Issues in Health Financing», *International Encyclopaedia of Public Health*, 1. Auflage, Bd. 3.
- OECD (2001), *Governance in the 21st century*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010), *Health Care Systems – Efficiency and Policy Settings*, OECD Publishing, Paris.
- OECD und WHO (2006), *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*, OECD Publishing (Paris) und WHO (Genf).
- Phillips, S. (2004), *The Myths of Horizontal Governance: Is the Third Sector Really a Partner?*, abrufbar unter www.istr.org/conferences/toronto/workingpapers/phillips.susan.pdf
- Phillips, S. (2006), «The Intersection of Governance and Citizenship in Canada: Not Quite the Third Way», *IRPP Policy Matters*, Institute for Research on Public Policy, Montreal, abrufbar unter www.irpp.org/pm/archive/pmv07no4.pdf
- Vuilleumier, M. et al. (2007), *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse: Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*, Statistik der Schweiz, Bundesamt für Statistik, Neuenburg.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation, *Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008), Final Report*.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2011), *Health 2020*, erscheint demnächst, WHO, Genf.
- Zeltner, T. (2010), «Understanding the 'Swiss Watch' Function of Switzerland's Health System», *Health Affairs*, Jg. 29, Nr. 8, S. 1442–1451.

Abkürzungsverzeichnis

AHV/IV	Alters- und Hinterlassenenversicherung – Invalidenversicherung
AP-DRG	All-patients Diagnosis-related Group Classification
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
BMI	Body Mass Index
BNE	Bruttonationaleinkommen
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
DALY	Disability Adjusted Life Years
DRG	Diagnosis-related Group
EU	Europäische Union
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HMO	Health Maintenance Organisation
HTA	Health Technology Assessment
IPA	Independent Practice Association (Hausarztmodell)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LOA	Leistungsorientierte Abgeltung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
PPO	Preferred Provider Organisation
PPP	Purchasing Power Parity (Kaufkraftparität)
SPITEX	Hauspflege und Haushaltshilfe
SUVA	Schweizerische Unfall- und Versicherungsanstalt
SWISSMEDIC	Schweizerisches Heilmittelinstitut
TARMED	Gesamtschweizerischer einheitlicher Einzelleistungstarif
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abkürzungen der Kantone

CH	Schweiz
AI	Appenzell Innerrhoden
AR	Appenzell Ausserrhoden
AG	Aargau
BE	Bern
BL	Basel-Landschaft
BS	Basel-Stadt
FR	Freiburg
GE	Genf
GL	Glarus
GR	Graubünden
JU	Jura
LU	Luzern
NE	Neuenburg
NW	Nidwalden
OW	Obwalden
SG	St. Gallen
SH	Schaffhausen
SO	Solothurn
SZ	Schwyz
TG	Thurgau
TI	Tessin
UR	Uri
VD	Waadt
VS	Wallis
ZG	Zug
ZH	Zürich

ORGANISATION FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG

Die OECD ist ein in seiner Art einzigartiges Forum, in dem die Regierungen gemeinsam an der Bewältigung von Herausforderungen der Globalisierung im Wirtschafts-, Sozial- und Umweltbereich arbeiten. Die OECD steht auch in vorderster Linie bei den Bemühungen um ein besseres Verständnis der neuen Entwicklungen und durch sie ausgelöster Befürchtungen, indem sie Untersuchungen zu Themen wie Corporate Governance, Informationswirtschaft oder Bevölkerungsalterung durchführt. Die Organisation bietet den Regierungen einen Rahmen, der es ihnen ermöglicht, ihre Politikerfahrungen auszutauschen, nach Lösungsansätzen für gemeinsame Probleme zu suchen, empfehlenswerte Praktiken aufzuzeigen und auf eine Koordinierung nationaler und internationaler Politiken hinzuarbeiten.

Die OECD-Mitgliedstaaten sind: Australien, Belgien, Chile, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Korea, Luxemburg, Mexiko, Neuseeland, die Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, die Slowakische Republik, Slowenien, Spanien, die Tschechische Republik, Türkei, Ungarn, das Vereinigte Königreich und die Vereinigten Staaten. Die Europäische Union nimmt an den Arbeiten der OECD teil.

OECD Publishing sorgt dafür, dass die Ergebnisse der statistischen Analysen und der Untersuchungen der Organisation zu wirtschaftlichen, sozialen und umweltpolitischen Themen sowie die von den Mitgliedstaaten vereinbarten Übereinkommen, Leitlinien und Standards weite Verbreitung finden.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION

Die Weltgesundheitsorganisation wurde 1948 als die in internationalen Gesundheitsangelegenheiten und Fragen der öffentlichen Gesundheit richtungsweisende und koordinierende Sonderorganisation der Vereinten Nationen gegründet. Eine der in der Verfassung verankerten Hauptaufgaben der WHO besteht in der Beschaffung objektiver und verlässlicher Informationen im Bereich der menschlichen Gesundheit und der Erteilung einschlägiger Ratschläge – eine Aufgabe, die auch mit einem umfassenden Publikationsprogramm erfüllt wird.

Mit ihren Publikationen will die WHO nationale Gesundheitsstrategien unterstützen und zur Bewältigung der weltweit drängendsten Gesundheitsprobleme beitragen. Damit den Bedürfnissen von Mitgliedsländer aller Entwicklungsstufen entsprochen werden kann, veröffentlicht die WHO praktische Handbücher und Schulungsmaterial für spezifische Kategorien von Gesundheitsfachleuten; international gültige Richtlinien und Standards; Berichte und Analysen zu Gesundheitspolitiken, -programmen und -forschung sowie aktuellste Konsens-Berichte mit technischen Empfehlungen und Ratschlägen für Entscheidungsträger. Diese Publikationen sind eng verbunden mit den Hauptaktivitäten der Or-

ganisation, die sich mit Krankheitsprävention und -überwachung, mit der Entwicklung gerechter Gesundheitssysteme auf Basis einer Grundversorgung sowie mit Gesundheitsförderung für Individuen und Gemeinschaften befassen. Der Weg zu einer besseren Gesundheit für alle führt unter anderem über die weltweite Verbreitung und den Austausch von Informationen, die auf dem Wissen und der Erfahrung aller WHO-Mitgliedsländer sowie auf der Zusammenarbeit von Führungspersonlichkeiten auf der ganzen Welt im Bereich Public Health und der biomedizinischen Wissenschaften beruhen.

Um massgebliche Informationen und Leitlinien in Gesundheitsfragen bestmöglich verfügbar zu machen, sorgt die WHO für eine breite internationale Streuung ihrer Schriften und fördert deren Übersetzung und Anpassung. Die Publikationen leisten einen Beitrag zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit und zur Prävention und Kontrolle von Krankheiten auf der ganzen Welt und entsprechen damit einem der Hauptziele der Organisation: der Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitsniveaus für alle Menschen.

OECD-Berichte über Gesundheitssysteme

SCHWEIZ 2011

Inhalte

1. Kapitel Wichtigste Merkmale des schweizerischen Gesundheitssystems
2. Kapitel Krankenversicherung
3. Kapitel Gesundheitspersonal
4. Kapitel Reformen und Fortschritte seit dem Bericht 2006
5. Kapitel Reformen und politische Steuerung des schweizerischen Gesundheitssystems

Die Originalversion dieser Broschüre wurde unter dem Titel «OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011» (ISBN 9789264120907), © OECD, World Health Organization 2011, publiziert.

Diese Übersetzung wird in Absprache mit der OECD und der WHO veröffentlicht. Es handelt sich nicht um eine offizielle OECD- oder WHO-Übersetzung.