

1.1 Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz - Aufgabenverteilung, Stärken und Schwächen, Resultate im internationalen Vergleich



Anna Sax*

1. Zusammenfassung

Das schweizerische Gesundheitssystem ist das Resultat historisch gewachsener Strukturen. Damit scheinen Ineffizienzen und widersprüchliche Anreize unvermeidbar zu sein. Obwohl die Gesundheitsversorgung im Prinzip Sache der Kantone ist und diese auch den grössten Teil der Kosten der öffentlichen Hand tragen, regelt das Krankenversicherungsgesetz wichtige gesundheitspolitische Fragen auf nationaler Ebene. Die unklare Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und Privaten, die komplexe Finanzstruktur sowie die Einflussnahme starker Interessengruppen behindern Reformen, Qualitätsförderung und eine effektive Kontrolle des Kostenwachstums.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz gehört weltweit zu den teuersten, weist aber zugleich eine hohe Qualität auf. Es enthält sowohl marktwirtschaftliche wie auch politisch gesteuerte Elemente und vermeidet so die grössten Nachteile der jeweils „idealtypischen“ Systeme: Einschränkung der Wahlfreiheit und Wartezeiten in staatlichen Gesundheitsdiensten auf der einen Seite, Mehrklassen-Medizin und soziale Härtefälle in marktwirtschaftlichen Systemen auf der anderen Seite. Die Patientinnen und Patienten in der Schweiz bezahlen für die umfassende und rasch verfügbare Gesundheitsversorgung mit hohen finanziellen Eigenleistungen und Einheitsprämien für die obligatorische Grundversicherung.

Das Potenzial für eine qualitativ hochstehende, zukunftsfähige und bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung ist vorhanden, doch die Politik hat es bisher nicht genügend genutzt. Dringende Probleme, die gelöst werden müssen, sind die Eliminierung der finanziellen Fehlanreize, die Qualitätsüberprüfung und die finanzielle Absicherung der Langzeitpflege.

2. Einführung und Ausgangslage

Der schweizerische Sozialstaat entstand nicht „in einem Guss“, sondern ist das historisch gewachsene Resultat von politischen Reaktionen auf soziale Lücken und Missstände: Der Altersarmut wurde nach dem 2. Weltkrieg mit der AHV und knapp 40 Jahre später mit der obligatorischen beruflichen Vorsorge begegnet. Das Erwerbsausfallrisiko durch Behinderung führte 1959 zur Einführung der Invalidenversicherung. Das Risiko der Heilungs- und Pflegekosten im Krankheitsfall wurde erst Mitte der 1990er-Jahre mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) offiziell zu einer sozialstaatlichen Angelegenheit. Historisch gewachsene Strukturen blieben aber auch im neuen Gesetzeskleid erhalten, und so haben wir es nach wie vor eher mit einem „Flickenteppich“ als mit einer systematisch aufgebauten Konstruktion zu tun. Unklare Kompetenzen, komplizierte Organisationsformen und widersprüchliche Anreizsysteme kennzeichnen das Schweizer Gesundheitssystem sowohl innerhalb wie auch ausserhalb des KVG. Neben der Sozialen Krankenversicherung spielen weitere Sozialversicherungen (Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung) eine Rolle. Die Schnittstellen sind nicht immer klar auszumachen. Die OECD schreibt denn auch in ihrem Bericht zum Gesundheitssystem der Schweiz: „Die Undurchsichtigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems ist in mehreren Bereichen und auf mehreren Ebenen offensichtlich, wozu auch der Mangel an Informationen über die Qualität des Gesundheitssystems und über die Responsiveness gehören.“[1]

Die unklaren Kompetenzen und intransparenten Strukturen des schweizerischen Gesundheitswesens beinhalten zugleich Risiken und Chancen. Die Risiken liegen in der beschränkten Steuerbarkeit des Systems, bedingt durch Fehlanreize und Machtmissbrauch einzelner Interessengruppen. Die Chancen liegen in den Nischen und Kompetenzlücken, die innovative Entwicklungen und Projekte ermöglichen. Beispiele für solche Innovationen sind Managed Care und neue Ansätze in der Pflege, wie z.B. das Haus für Pflege in Bern.

Bei aller Kritik an den ineffizienten Strukturen ist zu sagen, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz von guter Qualität und für die ganze Bevölkerung zugänglich ist – auch dies wird im oben erwähnten OECD-Bericht bescheinigt. Die obligatorische Krankenversicherung deckt alle Bewohnerinnen und Bewohner des Landes ab. Die freie Arztwahl ist gewährleistet und es gibt keine nennenswerten Wartezeiten für Behandlungen und Operationen. Das schweizerische Gesundheitswesen kostet viel Geld, aber es funktioniert relativ gut. Dies zeigt sich regelmässig in internationalen Vergleichen (mehr dazu in Abschnitt 3).

2.1 Nebeneinander von Planung und Markt

Das Gesundheitssystem in der Schweiz beruht zugleich auf politisch gesteuerten und auf marktwirtschaftlichen Elementen. Die *obligatorische Grundversicherung* deckt einen staatlich festgelegten Leistungskatalog ab und wird hauptsächlich über Kopfprämien finanziert. Diese sind für alle Versicherten einer Krankenversicherung gleich, unabhängig von Alter, Geschlecht oder vorhandenen Gesundheitsrisiken. Die Höhe der Kopfprämien unterscheidet sich in den verschiedenen Kantonen und teilweise auch innerhalb der Kantone, abhängig von den jeweiligen Pro-Kopf-Kosten. Diese wiederum hängen eng mit der Versorgungsdichte zusammen. Die Versicherten können ihre individuelle Prämie beeinflussen, indem sie die Höhe der jährlichen Selbstbeteiligung (Franchise) selber festlegen oder eine Versicherungsform mit eingeschränkter Arztwahl wählen. Kantone und Bund subventionieren zudem die Prämien für einkommensschwache Personen. Fast ein Drittel der Schweizer Haushalte bezieht solche Prämienverbilligungen.

Die rund 90 *Krankenversicherer* stehen in Bezug auf die Höhe der Prämien in Konkurrenz zueinander. Sie haben zudem die Möglichkeit, besondere Versicherungsformen z.B. im Bereich Managed Care anzubieten. Grundsätzlich gilt für die Versicherer der Vertragszwang, das heisst, sie müssen für die Leistungen aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aufkommen. Die Versicherer sind zudem zur vollen Freizügigkeit verpflichtet: Alle Personen müssen ohne Vorbehalte und zu den gleichen Bedingungen in die obligatorische Grundversicherung aufgenommen werden. Als Korrektiv für die ungleiche Risikostruktur bei den Krankenversicherern dient ein Risikoausgleich, der Alter und Geschlecht berücksichtigt. Weitere Kriterien

dürften in nächster Zeit hinzu kommen. Damit soll erreicht werden, dass sich der Wettbewerb unter den Krankenversicherern stärker über Service und Leistungen und weniger über die „Jagd nach guten Risiken“ abspielt.

Das Leistungsangebot im *ambulanten Bereich* ist fast ausschliesslich privat organisiert. Hier gilt für die Patientinnen die freie Arztwahl, falls sie sich nicht für ein Versicherungsmodell entschieden haben, das eine Einschränkung beinhaltet. Im *stationären Bereich* existieren öffentliche und private Leistungsanbieter nebeneinander. Die Kantone erstellen eine Liste mit den Spitälern auf ihrem Gebiet, die auf Kosten der Grundversicherung abrechnen können.

Ausserhalb der Grundversicherung gilt der freie Wettbewerb: Auf privater Basis können weitere Leistungen versichert werden, etwa im Bereich der Komplementärmedizin, der Spitalwahl, Hotellerie oder Arztwahl innerhalb des Spitals. Einen wesentlichen Teil der Gesundheitsleistungen finanzieren die Haushalte aus eigener Tasche, so z.B. die Kosten für Zahnbehandlungen oder Medikamente, die ohne ärztliche Verschreibung gekauft werden. Auch die Kosten für die Pflege zu Hause oder im Pflegeheim müssen durch die Patienten zum Teil selber getragen werden.

Obwohl es keine Hinweise für eine generelle Überlegenheit von privatwirtschaftlich geprägten gegenüber politisch gesteuerten Gesundheitssystemen im Hinblick auf Qualität oder Kosteneffizienz gibt, nimmt in der gesundheitspolitischen Diskussion zur Zeit die Forderung nach mehr Wettbewerb viel Raum ein. Zur Diskussion stehen insbesondere der Vertragszwang der Krankenversicherer mit den Ärztinnen, die Höhe der Kostenbeteiligung, die freie Spitalwahl und die Einschränkung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung. Auch das Versicherungsobligatorium wird wieder zur Disposition gestellt.[2] Die Frage nach mehr Staat oder mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist umstritten. Mehr Einigkeit ist dagegen in der Beurteilung der Fehlanreize vorhanden, die zu Leistungsausweitungen oder ineffizienten Angebotsstrukturen führen.

Anreiz	Wirkung	Lösungsmöglichkeit
Vergütung von Einzelleistungen in der privaten Arztpraxis (TARMED)	Je mehr und je teurere Leistungen erbracht werden, desto höher das Einkommen der Ärztin. Qualität von Diagnose und Therapie hat keine Auswirkung auf Einkommen.	Managed Care (mit Budgetverantwortung)
Vergütung von Tagespauschalen in den Spitälern	Patientinnen werden länger als medizinisch erforderlich im Spital behalten.	DRG in Verbindung mit Förderung von Spitex, Rehabilitation und Langzeitpflege
Aufteilung der Kosten der stationären Spitalaufenthalte zwischen Kantonen und Krankenversicherern (Duale Spitalfinanzierung)	Patienten werden ins Spital eingewiesen, obwohl ambulante Pflege zu Hause möglich und volkswirtschaftlich günstiger wäre.	Monistische Finanzierung mit einheitlichem Finanzierungsschlüssel ambulant / stationär.

Administrative Festsetzung von Arzneimittelpreisen unter Berücksichtigung von „Innovationsleistungen“	Pharmaindustrie sucht nach zusätzlichen Anwendungen für ihre Produkte (neue „Krankheiten“) und erreicht überhöhte Preise für geringfügig veränderte Medikamente.	Einschränkung des Innovationszuschlags auf echte Innovationen
---	--	---

1.1 Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz, Abb. 1: Finanzanreize und Wirkungen

Eine umfassende Darstellung der finanziellen Anreize im schweizerischen Gesundheitssystem findet sich bei Widmer u.a.[2]

2.2 Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten

Die Verteilung der Zuständigkeiten unter Bund, Kantonen und Gemeinden im Gesundheitswesen ist ein viel diskutiertes Thema in der Schweiz. Gesetzgebung und Vollzug liegen grundsätzlich in kantonaler Kompetenz. Faktisch regelt jedoch das KVG wichtige Fragen der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene. Der Bund hat in den letzten Jahren bestehende Gesetzgebungskompetenzen verstärkt ausgeschöpft und zusätzlich von Volk und Ständen neue Kompetenzen erhalten, z.B. in der Zulassung von Arzneimitteln, in der Fortpflanzungs- und Transplantationsmedizin. Die Kantone sind hauptsächlich für die Planung und Teilfinanzierung der stationären Einrichtungen sowie für die Prämienverbilligungen zuständig. Eine Reihe von Aufgaben, wie z.B. Spitex oder schulärztliche Dienste, werden von den Gemeinden wahrgenommen. Diese wiederum delegieren einzelne Aufgaben an Private. Die Zuständigkeiten variieren so von Kanton zu Kanton und von Gemeinde zu Gemeinde. Eine detaillierte Darstellung der Kompetenz- und Aufgabenteilung findet sich bei Kocher/Oggier.[3]

2.2.1 Der Bund und das Krankenversicherungsgesetz

Das KVG wurde 1996 nach einer heiss umstrittenen Volksabstimmung in Kraft gesetzt. Damit erhielt der Bund eine Reihe von neuen Kompetenzen zugewiesen, angefangen bei der Durchsetzung des Versicherungsobligatoriums bis hin zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Die im KVG geregelte obligatorische Grundversicherung deckt zwar nur rund ein Drittel der gesamten Gesundheitskosten ab, dennoch bildet sie den Kern der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Von ihrer Ausgestaltung hängt nicht nur die Versorgungssicherheit der Bevölkerung ab, sondern auch das Einkommen einer grossen Zahl von Leistungserbringern und Zulieferern für das Gesundheitswesen. Wegen der weit gehenden Kompetenzen des Bundes und der grossen wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens ist die seit Jahren im Gang befindliche Revision des KVG Gegenstand von zähen politischen Auseinandersetzungen. Verschiedene starke Interessengruppen spielen dabei eine Rolle (Abbildung 2).

- Patientinnen und Patienten
- Krankenversicherer
- Pharmaindustrie
- Kantone
- Leistungserbringer (Heime und Spitäler, Spitex, Therapie etc.)
- Berufsgruppen (Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, Physio-, Ergo- und weitere Therapeutinnen)
- Berater, Gesundheitsökonominnen etc.

1.1 Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz, Abb. 2: Interessengruppen in der Gesundheitspolitik

Die Leistungen, die im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung zu erbringen sind, werden im KVG aufgeführt und in der Leistungsverordnung spezifiziert.

Der Leistungskatalog umfasst neben medizinischen und Pflegeleistungen auch Positivlisten samt Höchstpreisen der Arzneimittel (Spezialitätenliste), Analysen sowie Mittel und Gegenstände, die im Rahmen der Grundversicherung vergütet werden. Auch die Zulassung von Leistungserbringern zu Lasten der Grundversicherung wird im KVG geregelt und ist damit Aufgabe des Bundes.

Weiter überträgt das KVG dem Bund Kompetenzen im Bereich der Gestaltung der Prämien und Tarife, der Qualitätssicherung und der Kostendämmung. Eine Voraussetzung für die Leistungen der Grundversicherung ist zudem das oft zitierte „WZW-Prinzip“: Alle Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Überprüfungsinstanz für die Einhaltung des WZW-Prinzips ist das Bundesamt für Gesundheit. Faktisch kann das Bundesamt diese Aufgabe mangels Ressourcen nur teilweise erfüllen.[4]

Das KVG regelt die obligatorische Grundversicherung und darin folgende Bereiche:

Versicherungspflicht:

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen sich obligatorisch einer Krankenversicherung ihrer Wahl anschliessen. Die Krankenversicherer müssen jede Person aufnehmen (Freizügigkeitsprinzip).

Organisation:

Die Krankenversicherer brauchen eine Bewilligung des Bundes. Sie müssen u.a. Mindestreserven anlegen, einen Risikoausgleichsfonds einrichten und eine Stiftung für Gesundheitsförderung finanzieren.

Leistungen:

Der versicherte Leistungskatalog in der Grundversicherung ist bei allen Versicherern der gleiche. Einige Leistungen sind explizit ein- oder ausgeschlossen (z.B. Mutterschaft bzw. Zahnbehandlungen), bei anderen braucht es eine ärztliche Verordnung (z.B. Physio- oder Ergotherapie).

Leistungserbringer:

Das KVG regelt, welche Institutionen und Berufsgruppen ihre Leistungen unter welchen Voraussetzungen (Qualitätssicherung) und zu welchen Tarifen über die obligatorische Krankenversicherung abrechnen dürfen.

Finanzierung:

Das KVG verlangt von den Versicherern, dass sie eine Einheitsprämie festlegen. Es erlaubt Prämienreduktionen für besondere Versicherungsformen (z.B. Managed Care oder höhere Selbstbeteiligung). Die Kantone werden verpflichtet, für Kinder und wirtschaftlich schwache Personen Prämienverbilligungen zu finanzieren, welche vom Bund teilweise kompensiert werden.

1.1 Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz, Abb. 3. Das Krankenversicherungsgesetz KVG

In den Verantwortungsbereich des Bundes gehören neben der Umsetzung des KVG weitere Aufgaben des Gesundheitswesens, so z.B. die Zulassung und Kontrolle von Arzneimitteln, Organtransplantationen, Arbeitssicherheit, Gesundheitsberufe, Prävention und Gesundheitsförderung.

2.2.2 Kantone und Gemeinden

Die Kantone spielen eine wichtige Rolle als Planer und Betreiber von Spitälern und Pflegeheimen, in der Finanzierung und Subventionierung verschiedener Einrichtungen sowie als Aufsichtsinstanz über Berufszulassungen und Praxisbewilligungen. Sie betreiben die Fachhochschulen und Universitäten. Die Universitätsspitäler stellen einerseits die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicher und spielen andererseits eine wichtige Rolle in der Forschung und Weiterentwicklung der Medizin. Die Konkurrenz unter den Universitätskantonen und ihren Spitälern um die Führungsrolle in der Spitzenmedizin fördert nicht nur den medizinischen Fortschritt, sondern führt wegen der kleinräumigen Struktur der Schweiz (und entsprechend kleinen Fallzahlen) auch zu Qualitätseinbussen und kostspieligen Überkapazitäten.

Die Beiträge der öffentlichen Hand an das Gesundheitswesen werden zu über 80 Prozent durch die Kantone aufgebracht. Nicht zuletzt deshalb sind diese gegenüber weiteren Kompetenzübertragungen an den Bund skeptisch eingestellt. So wehren sie sich mit allen Mitteln gegen eine überregionale oder gar nationale Spitalplanung und ebenso gegen eine Neuordnung der Spitalfinanzierung, welche ihre Planungskompetenzen einschränken würde. Um weiteren Zentralisierungstendenzen entgegen zu wirken, haben die Kantone in den letzten Jahren ihre Zusammenarbeit im Rahmen der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) verstärkt.

Schliesslich tragen auch die Gemeinden einen Teil zum Gesundheitswesen bei. Einerseits betreiben sie allein oder in Zweckverbänden Spitälern und Pflegeeinrichtungen, andererseits übernehmen sie Spitex-Dienste und verschiedene Beratungsaufgaben. Insgesamt beteiligen sie sich mit 16 Prozent an der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens.

2.2.3 Der private Sektor im Gesundheitswesen

Wie bereits weiter oben ausgeführt, ist das schweizerische Gesundheitssystem eine Mischform von staatlicher Planung und privatem Wettbewerb. Von den 345 Spitälern in der Schweiz sind 132 Privatkliniken. Bei diesen handelt es sich jedoch nur teilweise um gewinnorientierte Spezialkliniken. Viele Privatkliniken haben einen gemeinnützigen Hintergrund. Sie erfüllen einen Versorgungsauftrag und erhalten dafür Subventionen von Kantonen und Gemeinden. Auch die öffentlichen Spitälern werden nicht mehr ausschliesslich durch die Kantone geführt, sondern haben in den letzten Jahren eine Verselbstständigung erlebt, teilweise als öffentlich-rechtliche Anstalten und in einigen Fällen als privatrechtliche Aktiengesellschaften.

Ambulante Arztpraxen, Zahnärztinnen und -ärzte, Spitex-Dienste, Apotheken, Labors sowie zahlreiche Angebote der Komplementärmedizin und im Wellness-Bereich arbeiten auf privater Basis. Teilweise stehen sie zueinander im Wettbewerb. Der Wettbewerb ist allerdings dort stark eingeschränkt, wo die Leistungserbringer in jedem Fall zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen können, z.B.

bei den frei praktizierenden Ärzten (mit Ausnahme der Zahnärzte). Zudem unterstehen private Arztpraxen einem Werbeverbot. Nachdem der Bund 2002 als Kostendämpfungsmaßnahme einen Zulassungsstopp für frei praktizierende Ärzte verhängt (und 2005 um weitere drei Jahre verlängert) hat, ist ein Wettbewerb um die Übernahme frei werdender Arztpraxen vor allem in den Städten entbrannt, der die Preise teilweise in astronomische Höhen treibt. Andererseits befürchten viele Grundversorger, dass die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten mangels Nachwuchs an Hausärztinnen gefährdet ist.

Wie weiter oben erwähnt, ist die private Finanzierung von Gesundheitsleistungen in der Schweiz von grosser Bedeutung. Insgesamt beträgt der Anteil der privaten Haushalte an den Gesundheitskosten über 30 Prozent. Dieser Anteil setzt sich vor allem aus Kostenbeteiligungen und Out-of-Pocket-Zahlungen zusammen. Privatversicherungen kommen für weitere neun Prozent der Gesundheitskosten auf. Verschiedene politische Vorstösse zielten in letzter Zeit darauf ab, im Sinne einer „Stärkung der Eigenverantwortung“ die privaten Kostenbeteiligungen weiter zu erhöhen oder mittels differenzierter Kostenbeteiligungen Anreize zu schaffen, einen gesunden Lebensstil zu pflegen.

3. Das schweizerische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Es gibt kaum ein Land auf der Welt, in dem nicht eine permanente Auseinandersetzung über die Ausgestaltung des Gesundheitssystems stattfindet. Von Südafrika bis Finnland, von Indien bis Grossbritannien werden immer wieder die gleichen Fragen diskutiert: Ist der Zugang zur medizinischen Versorgung für alle sicher gestellt? Wer trägt die Kosten? Ist die Qualität zufrieden stellend? Wie steht es mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis? Braucht es mehr staatliche Regulierung oder mehr Wettbewerb? Vergleiche zwischen Gesundheitssystemen sind denn auch ebenso beliebt wie gefährlich, denn hinter Vergleichen stehen normalerweise Werthaltungen: So gelingt es fast immer, einen Vergleich zu finden, der genau das bestätigt, was man beweisen möchte.[5] Die folgenden Ausführungen geben nur einen groben Überblick über Kosten und Resultate verschiedener Gesundheitssysteme.

Über Kriterien wie Effizienz, Qualität oder soziale Gerechtigkeit können aber die hier aufgeführten Zahlen keine Auskunft geben.

3.1 Vielfalt von Systemen

Die verschiedenen Länder zeichnen sich durch eine Vielfalt von Gesundheitssystemen aus. Bezeichnend ist dabei, dass sich – zumindest im OECD-Raum – alle Regierungen mit Reformen einigermaßen schwer tun. Das Beharrungsvermögen der Gesundheitssysteme ist hoch, und grundlegende Veränderungen scheitern in der Regel am Widerstand der Bevölkerung oder der starken Interessengruppen. Dies hat einerseits mit handfesten wirtschaftlichen Interessen zu tun, andererseits aber auch mit einem gewissen Gewöhnungseffekt an Versorgungsstrukturen, die selbstverständlich von der gesamten Bevölkerung in Anspruch genommen werden.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Einteilung in idealtypische Systeme. Oggier [6] unterscheidet zwischen den drei Grundtypen Nationaler Gesundheitsdienst, Sozialversicherungsmodell und Privatversicherungssystem. Er betrachtet damit vor allem die Art der Finanzierung. Die hier vorgenommene Einteilung unterscheidet nach der Rolle des Staates bei der Steuerung des Systems und damit zwischen den Grundtypen politisch gesteuert bzw. marktwirtschaftlich. Es gibt heute, unabhängig von der Art der Einteilung, kaum mehr reine Systeme. Im Folgenden werden einige typische Gesundheitssysteme mit ihren Resultaten miteinander verglichen.

Politisch gesteuert (GB, Finnland)	Gemischt (Schweiz)	Marktwirtschaftlich (USA)
Tiefe Kosten Gute/mittlere Resultate*	Mittlere/hohe Kosten Gute Resultate	Hohe Kosten Mittlere Resultate
Zugang für alle Tiefe Kostenbeteiligung	Zugang für alle Wahlfreiheit	Wahlfreiheit Innovationen
Wartezeiten Eingeschränkte Wahl	Hohe Kostenbeteiligung Unübersichtlich	Versicherungsschutz nicht für alle gewährleistet „Mehrklassen-Medizin“

1.1 Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz, Abb. 4: Idealtypische Systeme, Vor- und Nachteile

* Resultate gemessen an den Indikatoren Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit

Die Darstellung in Abbildung 4 zeigt einige typische Eigenschaften sowie Vor- und Nachteile von ausgewählten Gesundheitssystemen im OECD-Raum. Die USA, die einem marktwirtschaftlichen System am nächsten kommen, zeichnen sich durch hohe Wahlfreiheit und eine hoch innovative Gesundheitsindustrie aus. Diese Errungenschaften kommen jedoch nicht allen Bürgern gleichermassen zu Gute. Zudem sind die Gesundheitskosten in den USA weltweit mit Abstand die höchsten. Grossbritannien und Finnland sind typische Beispiele für Gesundheitssysteme, die stark politisch gesteuert und über Steuern finanziert werden. Der Zugang zu den Gesundheitsleistungen ist zwar für alle gleichermassen gesichert, die Arztwahl ist jedoch eingeschränkt. Auch ist bei gewissen Wahloperationen mit längeren Wartezeiten zu rechnen. Dafür bezahlen die Britinnen und Finnen über die Steuern hinaus keine weiteren Beiträge an ihre Grundversorgung. Die Schweiz setzt, wie in Kapitel 2 beschrieben, sowohl auf staatliche Planung wie auch auf Wettbewerb. Sie leistet sich eine sehr weit gehende freie Arztwahl für alle und kennt praktisch keine Wartezeiten. Oder etwas überspitzt ausgedrückt: Alles ist für alle sofort erhältlich. Die Schweizerinnen nehmen dafür relativ hohe Kosten und hohe Kostenbeteiligungen in Kauf.

3.2 Aufwand und Resultate

Der finanzielle Aufwand, den die einzelnen Länder für ihre Gesundheitssysteme betreiben, zeigt beträchtliche Unterschiede.

Die Schweiz leistet sich nach den USA weltweit das zweitteuerste Gesundheitssystem. Obwohl der schweizerischen Gesundheitsversorgung eine gute Qualität attestiert wird,[1] muss sie sich angesichts der Zahlen anderer Länder, die mit viel weniger Aufwand gleich gute Gesundheitsresultate erzielen, die Frage nach ihrer Effizienz gefallen lassen.

Land	Gesundheitsausgaben		Resultate	
	pro Kopf	% vom BIP	Lebenserwartung 1)	Säuglingssterblichkeit 2)
USA	6'401	15.3	77.8	6.8
Schweiz	4'177	11.6	81.3	4.2
Deutschland	3'287	10.7	79.0	3.9
Grossbritannien	2'724	8.3	79.0	5.1
Finnland	2'331	7.5	78.9	3.0
Spanien	2'255	8.2	80.7	4.1
Ungarn	1'337	8.1	72.8	6.2
Türkei	586	7.6	71.4	23.6

1.1 Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz, Abb. 5: Gesundheitsausgaben und Resultate, 2005, Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007

Wie Abbildung 5 zeigt, gibt es nur bedingt einen Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben und den Resultaten, die ein Gesundheitssystem erzielt. So weisen die USA trotz exorbitant hohen Gesundheitsausgaben eine relativ tiefe Lebenserwartung und eine hohe Säuglingssterblichkeit auf. Spanien, dessen Gesundheitsausgaben nur rund ein Drittel derjenigen der USA betragen, weist bei beiden Indikatoren deutlich bessere Resultate auf. Und Finnland kann trotz tiefer Gesundheitsausgaben, sowohl absolut wie auch gemessen am Bruttoinlandprodukt, mit der weltweit tiefsten Säuglingssterblichkeit aufwarten. Bei den aufgeführten Ländern liegt einzig die Türkei sowohl bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf wie auch bei den beiden ausgewählten Gesundheitsindikatoren deutlich an letzter Stelle. Für die Schweiz kann schliesslich gesagt werden, dass sie mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben gute Resultate erzielt. Es würde in diesem Rahmen zu weit führen, die Gründe für die oben aufgeführten Resultate ausführlicher zu diskutieren. Die Gegenüberstellung von Gesundheitsausgaben und Resultaten zeigt immerhin, dass neben den Aufwendungen für die Güter und Dienstleistungen, die man gemeinhin dem Gesundheitssystem zuordnet, andere Faktoren für die Gesundheit der Bevölkerung eine Rolle spielen.

4. Fazit und Ausblick

Die Schweiz hat das Potenzial zu einer qualitativ hochstehenden und bedürfnisgerechten Gesundheitsversorgung. Sie verfügt über eine hervorragende Infrastruktur sowie über gut ausgebildetes und motiviertes Gesundheitspersonal. Gegenwärtig wird jedoch dieses Potenzial nicht voll ausgeschöpft: Unklare Kompetenzverteilung und fragwürdige finanzielle Anreize führen zu Überversorgung in der ambulanten Medizin, Überkapazitäten im stationären Sektor und einem „Wettrüsten“ zwischen den Spitälern im medizinisch-technischen Bereich. Zugleich zeichnet sich eine Versorgungs- und Finanzierungskrise bei der ambulanten und stationären Langzeitpflege ab, die sich mit der Einführung der DRG in den Spitälern weiter akzentuieren könnte.[7] In den Bereichen Psychiatrie und Rehabilitation gibt es ebenfalls ein Risiko von Versorgungsengpässen, wie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in ihrem Bericht zur Rationierung im Gesundheitswesen warnt.[8] Um die hohen und weiter steigenden Gesundheitsausgaben in Zukunft zu rechtfertigen, müssten parallel dazu Qualitätsverbesserungen und eine

Anpassung an die Gesundheitsbedürfnisse der (alternden) Bevölkerung stattfinden. Diese Verbesserungen finden jedoch kaum statt, zumindest nicht aufgrund von messbaren Indikatoren.

Die Zukunftsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems dürfte weniger von (ideologisch geprägten) Entscheidungen in Richtung mehr Staat oder mehr Markt abhängen, als von der Fähigkeit, das vorhandene Potenzial effizienter zu nutzen. Das bedeutet unter anderem, dass ein einheitlicher Finanzierungsschlüssel für den stationären und ambulanten Sektor gefunden werden muss. Weiter gibt es Verbesserungspotenzial beim Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern, bei der Förderung von Managed Care, bei der Überprüfung der WZW-Kriterien und bei der Qualitätsmessung.

Literaturverzeichnis

- [1] OECD/WHO-Bericht zum Gesundheitssystem Schweiz. BAG, Bern 2006.
- [2] Widmer W, Beck K, Boos L, Steinmann L, Zehnder R. Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität: Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen. SGGP-Schriftenreihe Bd. 91, Zürich 2007.
- [3] Kocher G: Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden, in Kocher G, Oggier W. Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Hans Huber, Bern 2007: 109-118.
- [4] Frei W: Krankenversicherer, in Kocher/Oggier 2007: 153.
- [5] Sax A, Lister G, Kokko S. Gesundheitssysteme im Vergleich, in Zenger C.A, Jung T. Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, Hans Huber, Bern 2003.
- [6] Oggier W: Internationale Vergleiche, in Kocher/Oggier 2007: 81-92.
- [7] Indra P: Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und deren Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen. SGGP-Schriftenreihe Bd. 80, Zürich 2004.
- [8] SAMW: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzung um Empfehlungen, Bericht der Arbeitsgruppe „Rationierung“ im Auftrag der Steuerungsgruppe „Zukunft Medizin Schweiz“, Bern 2007.

* Autorinnenangaben

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP
Postfach 2160
8026 Zürich
info@sggp.ch

Anna Sax studierte Volkswirtschaft an der Universität Zürich und erlangte in einem Nachdiplomstudium den Master of Health Administration. Seit 1990 arbeitete sie in verschiedenen Non-Profit-Organisationen zu gesundheitspolitischen Themen. Seit 2004 ist sie Geschäftsführerin der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP. Daneben betätigt sie sich als Beraterin und Dozentin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik und als Redaktionsmitglied der Schweizerischen Ärztezeitung.