

Kosten sparen mit Massnahmen ausserhalb der Krankenversicherung?

Die Gesundheitskosten werden auch in Zukunft steigen. Effizienzgewinne innerhalb der Krankenversicherung (KV) sind aber möglich, und es ist dringend notwendig, sie zu realisieren. Allerdings werden diese Gewinne den grundlegenden Trend kaum ändern. Zunehmend rücken daher Massnahmen ausserhalb der KV in den Blickpunkt, insbesondere in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung. Sind die Menschen gesünder, dann werden sie auch weniger Leistungen in Anspruch nehmen.

- 1 Vgl. Camenzind (2008) und Camenzind et al. (2008).
- 2 Vgl. Bachmann/Furrer (1999).
- 3 Vgl. beispielsweise OECD/WHO (2006), Leu et al. (2008).

Die Gesundheitskosten steigen in der Schweiz seit vielen Jahren. Von «Kostenexplosion» oder «Prämienexplosion» sprach man schon in den 1970er-Jahren. Das Bild der Explosion trifft jedoch nicht zu. Die Gesundheitskosten haben seit 1960 vielmehr kontinuierlich zugenommen. Dies zeigt der internationale Vergleich (vgl. *Grafik 1*): Im OECD-Durchschnitt stiegen die Kosten zwischen 1960 und 2007 stetig von 48 US-Dollar auf 3075 US-\$ pro Kopf an (zu Kaufkraftparitäten).

Mit Ausnahme der USA durchliefen die meisten hoch entwickelten Länder eine ähnliche Entwicklung. Deutschland und die Niederlande, deren Gesundheitssysteme mit der Schweiz vergleichbar sind, zeigen ähnliche Wachstumsraten, wenn auch auf einem etwas tieferen Kostenniveau. Der Verlauf in Grossbritannien – als Stellvertreter für ein staatliches Gesundheitswesen – ist ebenfalls vergleichbar, allerdings auf einem Kostenniveau leicht unter dem OECD-Durchschnitt.

Grafik 1 suggeriert eine exponentielle Entwicklung. Betrachtet man den Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP), sieht die Entwicklung bereits moderater aus (vgl. *Grafik 2*). Aufgrund des starken Wirtschaftswachstums in den vergangenen Jahren ist in der Schweiz der Anteil am BIP sogar leicht zurückgegangen.

Verschiedene Faktoren für die Kostenentwicklung ursächlich

Welche Faktoren stehen hinter der längerfristigen Kostenentwicklung? Neuere Literaturübersichten verweisen sowohl auf angebots- wie auch auf nachfrageseitige Faktoren.¹ Nachfrageseitig spielt die Entwicklung des Wohlstandes eine zentrale Rolle. Je grösser der Wohlstand, umso grösser ist der prozentuale Anteil der Ressourcen, die für Gesundheit ausgegeben werden. Ebenfalls wichtig sind die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung sowie das Inanspruchnahmeverhalten. Untersuchungen im Bereich der Invalidenversicherung zeigen eindrücklich, wie sich der Krankheitsbegriff in den letzten Jahren verändert hat.² Angebotsseitig spielt die Dichte und die Qualität des Angebotes eine wichtige Rolle. Empirische Analysen weisen zudem dem medizinisch-techno-

logischen Fortschritt eine grosse Bedeutung zu. Schliesslich sind auch die Regelungen der Krankenversicherung wesentlich: Liberal-offenere Systeme führen zu höheren Kosten als stärker staatlich regulierte Systeme.

In den jüngsten Diskussionen um die Zunahme der Prämien 2010 war immer wieder von der «Konsumhaltung» der Versicherten die Rede; sie würden sich wie in einem «Selbstbedienungsladen» verhalten. Bisher wurden noch keine Studien veröffentlicht, die diese Hypothesen bestätigen. Die Kostenbeteiligungen – in der Schweiz sind sie im internationalen Vergleich überdurchschnittlich – sowie die ärztlichen Kompetenzen sollten einem solchen Verhalten aber wesentlich entgegenwirken. Ein Blick auf die Verteilung der Kosten zeigt, dass die Wirkungen einer Konsumhaltung nur beschränkt sein können (vgl. *Grafik 3*). 80% der Bevölkerung weisen unterdurchschnittliche Kosten aus (unter 3000 Franken) und verursachen zusammen lediglich 19% der Gesamtkosten. Die 6% der Bevölkerung, die am kränksten sind, haben demgegenüber einen Anteil von 52% der Gesamtkosten. Bei dieser Gruppe dürfte eine Konsumhaltung kaum einen wesentlichen Einfluss auf die Kosten haben.

In den kommenden Jahren werden die Gesundheitskosten, sofern gesundheitspolitisch keine wesentlich anderen Weichenstellungen vorgenommen werden, weiter zunehmen. *Colombier (2008)* geht von einer Zunahme des Anteils der Gesundheitskosten am BIP von heute 10,8% auf 13,5% (2030) und auf 15,4% (2050) aus. *Vuilleumier et al. (2007)* kommen mit anderen Schätzmethoden bereits im Jahr 2030 auf Werte zwischen 15,4% und 16,7%. Die Ursachen für die Zunahme in den kommenden Jahren sind die gleichen wie in der Vergangenheit.

Finanzierungs- oder Kostenproblem?

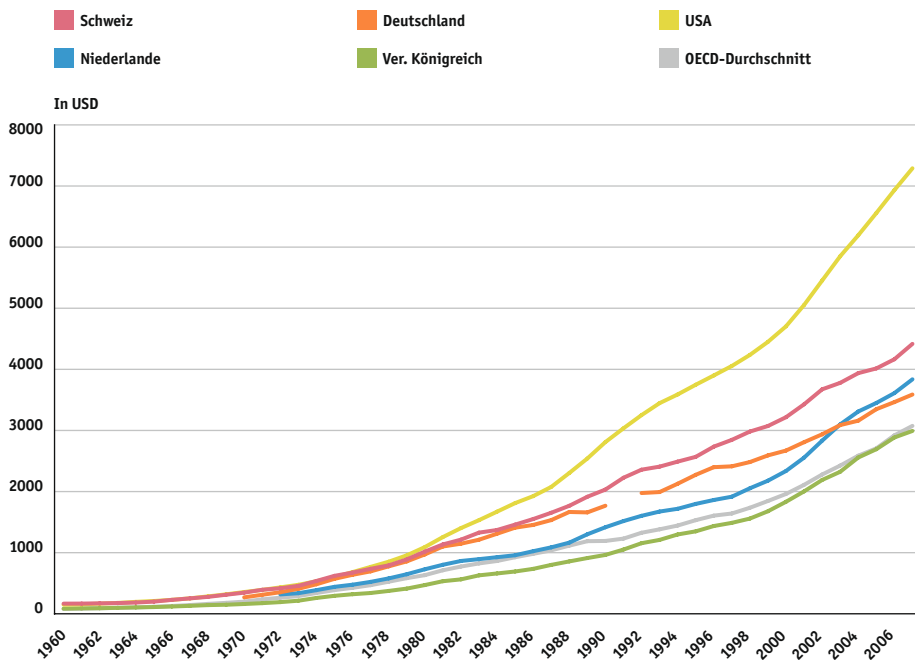
Es gibt keine optimale Höhe der Gesundheitskosten, keinen optimalen Anteil der Gesundheitskosten am BIP und auch kein optimales Kostenwachstum. Aus wissenschaftlicher Sicht kann man lediglich Aussagen darüber treffen, ob die heutigen Leistungen effizient erbracht werden. Hier zeigt die Literatur, dass wir es in der Schweiz besser machen könnten.³



Dr. Stefan Spycher
Ökonom, Leiter
Direktionsbereich
Gesundheitspolitik, Vize-
direktor Bundesamt für
Gesundheit BAG, Bern

Grafik 1

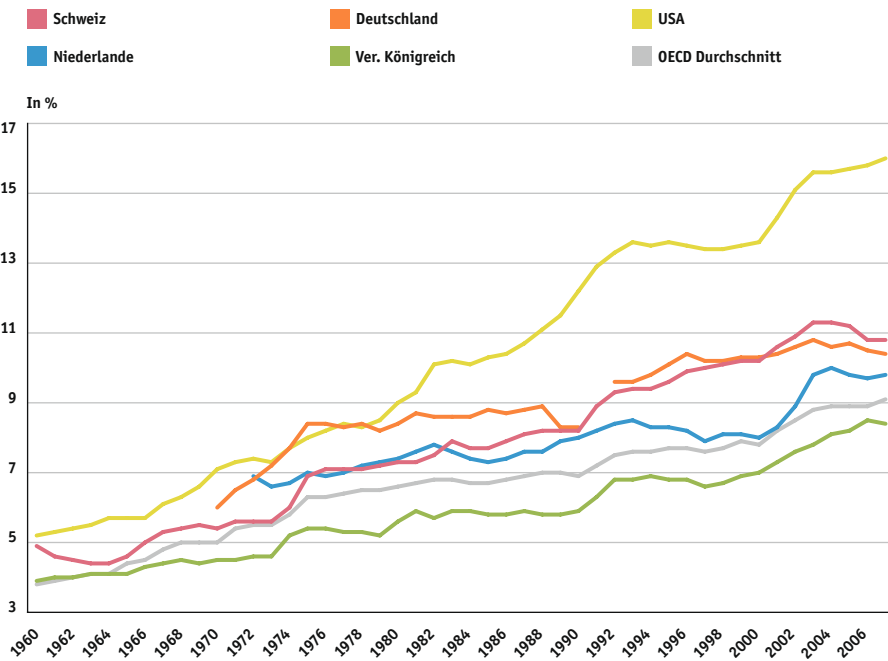
Entwicklung der Pro-Kopf-Gesundheitskosten in ausgewählten Ländern, 1960–2007
(in USD zu Kaufkraftparitäten)



Quelle: OECD Health Data 2009; Spycher / Die Volkswirtschaft

Grafik 2

Entwicklung der Gesundheitskosten als Anteil am Bruttoinlandprodukt in ausgewählten Ländern, 1960–2007



Quelle: OECD Health Data 2009; Spycher / Die Volkswirtschaft

Vorerst stellt sich aber die Frage, warum gesundheitspolitisch die Kosten- und die Prämienentwicklungen als derart problematisch eingestuft werden. Mindestens zwei Bevölkerungsgruppen stehen dabei im Zentrum: Zum einen die *Gruppe der Gesunden*. Sie bezahlen jedes Jahr Prämien und erhalten

ten kurzfristig – aus ihrer Sicht – nur wenig direkte Gegenleistungen, ausser der Sicherheit, im Bedarfsfall gut versorgt zu sein. Im statistischen Durchschnitt verschlechtert sich die Gesundheit mit zunehmendem Lebensalter, so dass für die heute Gesunden auch eine intertemporale Sicht angebracht wäre. Leider gibt es heute noch keine intertemporale Inzidenzanalyse, die nachweist, wer über den Lebenszyklus vom Gesundheitswesen netto profitiert und wer netto zahlt.⁴ Zum anderen geht es um die *Gruppe der Haushalte mit tieferen Einkommen und keinen oder keinen wesentlichen Prämienverbilligungen*. Diese Gruppe ist von den jährlichen Prämienzunahmen am stärksten betroffen. Auch hierzu haben wir keine neueren empirischen Untersuchungen, die aufzeigen, wie viele Personen und Haushalte betroffen sind und wie sich die Prämienzunahmen konkret auswirken.

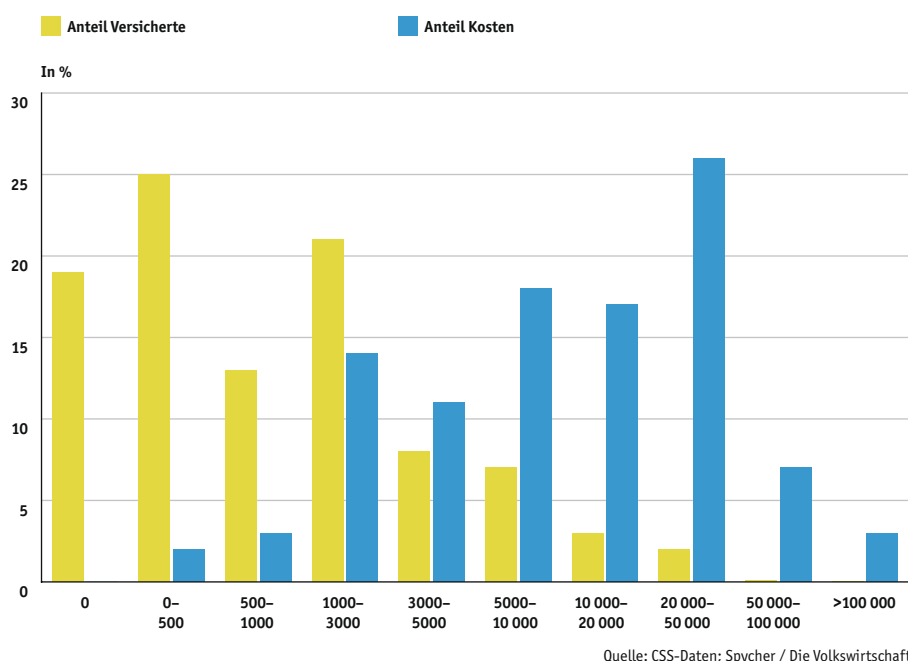
Wenn wir einen kurzen Moment vom vorhandenen Effizienzpotenzial in der KV abstrahieren und davon ausgehen, dass der Kostenentwicklung eine entsprechende Mehrleistung des Gesundheitswesens und eine Erhöhung der Lebensqualität gegenüber stehen, dann ist die Kosten-/Prämienzunahme kein Problem per se. Es besteht aber für gewisse Bevölkerungsgruppen ein Finanzierungsproblem und für andere – die «Gesunden» – ein Solidaritätsproblem.

Wo ansetzen?

Akzeptieren wir für die folgenden Überlegungen den Ausgangspunkt, dass Gesundheitskosten eingespart werden sollen. Wo soll aber angesetzt werden? Zu allererst gilt es, einen oder den Systementscheid zu fällen. Zur Auswahl stehen stark staatliche oder stark marktwirtschaftliche Ausgestaltungen des Gesundheitswesens. In der Schweiz haben wir uns bereits mit dem KUVG (vor 1996) und dann noch stärker mit dem KVG für eine modifizierte Variante des «regulierten Wettbewerbs»⁵ entschieden. Im Kern beinhaltet das Konzept im Rahmen der staatlichen Regulierungen den Einsatz marktwirtschaftlicher Koordination zwischen Angebot und Nachfrage (sei es bei den Versicherern oder bei den Leistungserbringern). Diese Offenheit führt zu Kostenzunahmen, wenn das Produkt – und dies ist bei den Leistungen des Gesundheitswesens der Fall – zunehmend nachgefragt wird und die Produktivitätsfortschritte beschränkt sind. In mehr staatlich organisierten Gesundheitswesen ist es eher möglich, die Kostenentwicklung zu kontrollieren. Der Preis dafür sind allerdings oft anderweitige negative Auswirkungen (z.B. Warteschlangen, Zweiklassenmedizin etc.).

Grafik 3

Verteilung der Bruttokosten in der Krankenversicherung, 2008



gehen oder viele kleine Baustellen eröffnen sollte. Aus unserer Sicht ist ein «sowohl als auch» sinnvoll, allerdings mit klarer Priorität bei den grossen Brocken. Wichtig ist zudem der Blick auf die Kostenverteilung (siehe Grafik 3). Substanzielle Kosteneinsparungen müssen bei den besonders Kranken ansetzen. Die Gruppe der Hochkostenfälle ist aber sehr heterogen.⁶ Folglich kann es auch keine einfachen, sondern nur differenzierte Antworten geben. Überdies stellen sich bei dieser Gruppe von Versicherten sofort auch ethische Fragen (namentlich der Rationierung).

Zu den grossen Brocken an möglichen Einsparungen zählen:

- Die Veränderung der Form der heute weitgehend unkoordinierten Leistungserbringung hin zur integrierten, auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Versorgung (auch durch Managed Care und den Einsatz von E-Health-Instrumenten);
- Korrektur von Fehlanreizen für einzelne Akteure, damit sie in ihren Überlegungen sowohl Kosten wie auch Nutzen ihrer Handlungen berücksichtigen (z.B. Einführung der Vertragsfreiheit, stärkerer Einsatz von Pauschalabgeltungen, Einführung des Finanzierungsmonismus, weitere Reform des Risikoausgleichs durch stärkere Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten).

Die Schaffung von grösseren Versorgungsregionen wird oft und aus plausiblen Gründen als grosser Brocken bezeichnet, gleichwohl ist das Kosteneinsparungspotenzial (leider) noch nicht ausreichend mit validen Studien belegt. Wohl entscheidender als die Regionengrösse ist der Zentralisierungsgrad. Zu den kleineren bis mittleren Brocken gehören Tarifkorrekturen, die Anpassungen bei den Medikamentenpreisen sowie die Zulassung der Parallelimporte. Nur kleine Effekte sind zu erwarten von der Einführung der Telefonberatung, der Behandlung von Versicherten im Ausland sowie der punktuellen Substitution von Ärzten durch Nichtärzte.

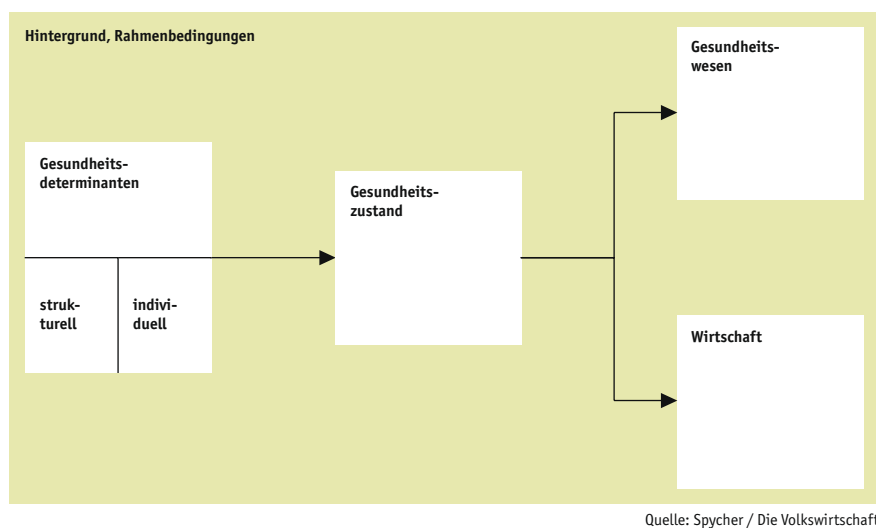
Die oben genannten Massnahmen werden an dieser Stelle nur mit Blick auf ihre Kostenwirkungen dargestellt. Selbstverständlich können und sollen sie sich auch in anderen Bereichen auswirken. So hat die Einführung von E-Health und der Vertragsfreiheit ganz wesentliche Konsequenzen in der Verbesserung der Qualität.

Reduktion des Grundleistungskatalogs: Fragliche Wirkung

Natürlich könnte man zwecks Kostenreduktion auch wesentliche Pfeiler der heutigen Ausgestaltung verändern, ohne das Grundkonzept des KVG in Frage zu stellen.

Grafik 4

Zusammenhang zwischen Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitswesen



Welche Ansatzpunkte zum Kosten sparen bleiben aber, wenn der grundsätzliche Systementscheid des KVG zur Aufgabenteilung zwischen Markt und Staat nicht in Frage gestellt werden soll? Es gibt Einsparungsmöglichkeiten mit Massnahmen innerhalb und ausserhalb der Krankenversicherung.

Massnahmen innerhalb der Krankenversicherung

Seit Jahren wird diskutiert, ob man beim Kosten sparen eher die grossen Brocken an-

4 Eine entsprechende Arbeit wurde vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegeben.

5 Vgl. Hammer et al. (2008).

6 Vgl. Sommer/Biersack (2005).

Dazu gehört etwa die Reduktion des Grundleistungskatalogs. Die Reduktion würde vorerst einmal zu einer Kostenverschiebung führen; Leistungen, die nicht mehr im Grundleistungskatalog enthalten wären, müssten privat bezahlt werden. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken würde reduziert. Aber würden auch echte Kosteneinsparungen resultieren? Wohl nur in sehr beschränktem Ausmass und zwar dort, wo Leistungen vorher «unnötigerweise» in Anspruch genommen worden sind. Ebenfalls eine Reduktion wäre bei den einkommensschwachen Haushalten zu erwarten. Sinnvoller scheint uns in dieser Frage ein anderer Weg zu sein: Die Anreize für die Ärztinnen und Ärzte sind so zu setzen, dass sie nur die notwendigen, wirksamen, zweckmässigen und effizienten Leistungen einsetzen. Dazu wären namentlich die Einführung der Vertragsfreiheit, die verstärkte integrierte Versorgung sowie der verstärkte Einsatz von Pauschalabgeltungen zu prüfen.

Massnahmen ausserhalb der Krankenversicherung

Grafik 4 zeigt ein stark vereinfachtes Schema zur Entstehung der Gesundheitskosten. Die individuellen und die strukturellen Gesundheitsdeterminanten beeinflussen den Gesundheitszustand. Zu den individuellen Determinanten gehören insbesondere das Lebensalter, das Geschlecht, die genetische Veranlagung sowie das Gesundheitsverhalten. Unter den strukturellen Determinanten finden sich die Arbeitsbedingungen, die Umwelt- und Verkehrsqualität, die sozialen Netzwerke, die Bildung und anderes. Der Gesundheitszustand hat Auswirkungen auf die Bereiche des Gesundheitswesens und der Wirtschaft. Gerade dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wirtschaft – «Health is Wealth» – wird in der Schweiz noch viel zu wenig Beachtung geschenkt.

Folgen wir diesem einfachen Modell, dann scheint es logisch, durch Investitionen bei den Gesundheitsdeterminanten Kosteneinsparungen anzustreben. Colombier (2008) zeigt auf, dass durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes – ceteris paribus – die Gesundheitskosten statt 15,5% im Jahre 2050 nur 14,6% betragen würden. Weaver et al. (2008) zeigen analoge Ergebnisse für den Langzeitbereich auf. Die genannten Studien abstrahieren allerdings von den Kosten, die zur Verbesserung des Gesundheitszustandes notwendig sind.

Welche Determinanten bieten sich – unabhängig von den zu leistenden Investitionen – für eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes an? Kickbusch (2008)

verweist auf folgende zentralen Ansatzpunkte:

- Reduktion der sozialen Ungleichheiten, die heute noch immer zu starken gesundheitlichen Ungleichheiten führen (vor allem durch mehr Bildung);
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen; Reduktion der Erwerbslosigkeit;
- Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenzen, damit sich u.a. das individuelle Gesundheitsverhalten verbessert (namentlich im Bereich Tabak, Alkohol und Ernährung/Bewegung).

Determinanten mit gutem Kosten-Nutzen-Verhältnis

Lassen sich im Bereich der Gesundheitsdeterminanten Massnahmen finden, die auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten gut abschneiden? Zuerst müssen wir klären, welche Kosten- und Nutzenbegriffe verwendet werden. Sehr oft wird die Perspektive der Krankenversicherung eingenommen: Kosten werden dabei als prämienvirksame Zusatzkosten, der Nutzen als eingesparte KV-Kosten definiert. Bei vielen Massnahmen bilden diese Begriffsfassungen nur einen Teil der Wirklichkeit ab. So fällt bei den durch Tabak und den missbräuchlichen Alkoholkonsum ausgelösten volkswirtschaftlichen Kosten nur ein Teil in den Bereich der Krankenversicherung. Darüber hinaus ergeben sich indirekte (z.B. durch Arbeitsunfall) und intangible Kosten (etwa durch die Reduktion der Lebensqualität). Es kann daher Massnahmen geben, die ein positives volkswirtschaftliches, aber ein negatives KV-Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, dass es Massnahmen gibt, die im Bereich der direkten Kosten (innerhalb der KV) Mehrkosten verursachen, die Nutzen Gewinne aber vor allem in der Verbesserung der Lebensqualität und somit ausserhalb der KV liegen.

Im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung gibt es – trotz grossen methodischen Herausforderungen – bereits zahlreiche Untersuchungen im In- und Ausland, die ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von einzelnen Massnahmen nachweisen.⁷ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat in der Vergangenheit bereits verschiedentlich Wirksamkeitsanalysen und Evaluationen von Präventionsmassnahmen durchgeführt. Zudem wird das BAG demnächst die Ergebnisse von Kosten-Nutzen-Analysen von mehrjährigen Präventionsprogrammen im Bereich Tabak, Alkohol und Unfälle präsentieren. Im Bereich anderer Gesundheitsdeterminanten wurden weniger Kosten-Nutzen-Studien durchgeführt, nicht zuletzt weil die Messung der Effekte besonders schwierig ist (z.B. bei

7 Vgl. beispielsweise Abelson (2003) oder die spezialisierte Datenbank WHO-Choice (www.who.int/choice).

8 Vgl. Seematter-Bagnoud et al. (2008); Jaccard Ruedin/Weaver (2009).

Kasten 1

Literatur

- Abelson Peter, Richard Taylor et al. (2003): Returns on investment in public health: An epidemiological and economic analysis. Australian Government.
- Bachmann Ruth und Cornelia Furrer (1999): Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit.
- Camenzind Paul (2008): Erklärungsansätze regionaler Kostenunterschiede im Gesundheitswesen. Analyse der internationalen gesundheitsökonomischen und gesundheitsstatistischen Literatur – mit besonderem Fokus auf die Schweiz. Arbeitsdokument 30 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan).
- Camenzind Paul, Spycher Stefan und Raymond Rossel (2008): Kosten, Finanzierung, Effizienz und Solidarität, in: Meyer Katharina (Hrsg.) (2008): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Obsan. Verlag Huber, S. 313–324.
- Colombier Carsten (2008): Demografische Alterung und Gesundheitswesen – Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege, in: Die Volkswirtschaft 10–2008, S. 63–66.
- Hammer Stephan, Martin Peter und Judith Trageser (2008): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung. Forschungsprotokoll 9 des Obsan.
- Jaccard Ruedin Hélène und France Weaver (2009): Ageing Workforce in an Ageing Society: Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030? Web-Publikation des Obsan.
- Kickbusch Illona (2008): Auf dem Weg zu einer multisektoralen Gesundheitspolitik, in: Meyer Katharina (Hrsg.) (2008): Gesundheit in der Schweiz, S. 341–355.
- Leu Robert E., Frans Rutten, Werner Brouwer, Christian Rütschi and Pius Matter (2008): The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared: A Tale of Two Systems. Nomos Verlag.
- OECD/WHO (2006): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. Paris.
- Seematter-Bagnoud Laurence, Julien Junod, Hélène Jaccard Ruedin, Maik Roth, Claudia Foletti, Brigitte Santos-Eggimann (2008): Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l’horizon 2030. Document de travail 33, Obsan.
- Sommer Jürg und Ortrud Biersack (2005): Hochkostenfälle in der Krankenversicherung. Experten-/Forschungsbericht zur Kranken- und Unfallversicherung.
- Vuilleumier Mathieu, Sonia Pellegrini et Claude Jeanrenaud (2007): Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l’horizon 2030.
- Weaver France, Hélène Jaccard Ruedin, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud (2008): Les coûts des soins de longue durée d’ici à 2030 en Suisse. Document de travail 34, Obsan.

der Erhöhung der Gesundheitskompetenz in den Schulen und Betrieben).

Gesundheitspolitische Agenda der kommenden Jahre

Die Kosten- und Prämienentwicklungen werden in den kommenden Jahren auf der politischen Agenda verbleiben. Daneben gibt es aber aus einer breiteren gesundheitspolitischen Perspektive weitere Themen, die für die Gesundheit und die Lebensqualität der Bevölkerung ebenso wichtig sein werden:

- *Health Professionals*: Die vorliegenden Studien des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums⁸ weisen darauf hin, dass wir bei den Gesundheitsberufen im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich in den kommenden 20 Jahren erstens die Altersrücktritte nicht alle werden ersetzen und zweitens den aufgrund der demografischen Verschiebungen entstehenden Mehrbedarf nicht werden decken können. Aufgrund der langen Ausbildungszeiten ist hier grosser Handlungsbedarf gegeben. Allerdings wird die Lösung des Problems nicht nur durch die Erhöhung der Abschlüsse erfolgen können. Die Lage ist komplizierter. Zuallererst braucht es den raschen Übergang zu integrierten Versorgungsformen sowie die Verstärkung von Prävention und Gesundheitsförderung; beide Schritte reduzieren den Personalbedarf. Da auch andere Branchen die Jungen stark umwerben werden, ist weiter davon auszugehen, dass wir auch längerfristig einen beträchtlichen Teil der Health Professionals aus dem Ausland werden hereinholen müssen. Weiter braucht es die Abstimmung der Lerninhalte der verschiedenen Berufe, damit eine integrierte Versorgung überhaupt möglich wird. Bildung ist die Voraussetzung für Qualitätsgewinn durch effiziente Zusammenarbeit der Health Professionals entlang der Behandlungskette und somit ein Kosten-sparfaktor. Zudem können durch breite und differenzierte Bildungsangebote auf allen Bildungsstufen Karrieremöglichkeiten in diesen Berufen aufgezeigt werden, die sie gerade für eine junge Generation attraktiver machen und Wiedereinsteigern eine Perspektive öffnen
- *EU-Harmonisierung*: Seit Herbst 2008 verhandelt die Schweiz mit der EU ein bilaterales Gesundheitsabkommen. Obschon noch keine Ergebnisse vorliegen, lässt sich dennoch bereits sagen, dass dieses Abkommen in verschiedenen Bereichen grössere Auswirkungen auf die Schweiz haben wird. Besondere Aufmerksamkeit kommt sicher einer neuen

EU-Richtlinie zur Patientenmobilität (414/2008) zu. Wenn sie Teil des zu übernehmenden Acquis wird, dann werden sich unsere Grenzen stark öffnen. Auch im Bereich E-Health und Qualitätssicherung werden neue Anforderungen auf uns zukommen.

Fazit

Mit grosser Wahrscheinlichkeit werden die Gesundheitskosten in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Die gesundheitspolitischen Massnahmen können zwar die Wachstumsraten beeinflussen, vermögen den Trend aber kaum wesentlich zu verändern. Dies hat einerseits mit den zugrundeliegenden Ursachen des Kostenwachstums zu tun, die gleich bleiben werden (demografische Alterung, medizinisch-technischer Fortschritt, Wohlstandszunahme). Andererseits erfordern wesentliche Eingriffe in die Kostenentwicklung starke Einschnitte in die Regulierung des Gesundheitswesens, die heikle Themen aufwerfen (namentlich die Rationierung) und politisch heute noch nicht als reif bezeichnet werden können.

Die Kostenzunahme hat auch eine erfreuliche Seite, weist sie doch – auch eingedenk der vorhandenen Effizienzreserven – auf eine steigende Bedeutung dieses Wirtschaftszweiges und damit die hohe Beschäftigungsrelevanz hin. Weniger erfreulich und anzugehen sind die Finanzierungsprobleme für gewisse Bevölkerungsschichten. Da es sich bei der Krankenversicherung um eine Sozialversicherung handelt, dürften die zunehmenden Kosten immer stärker auch unter dem Gesichtspunkt der «Grenzen der Solidarität» diskutiert werden. Die angesprochenen Effizienzreserven – man spricht von 20% bis 25% der heutigen Kosten – sind konsequent auszuschöpfen. Möchte man aber in Zukunft die Gesundheitskosten dauerhaft stabilisieren (z.B. auf 10% des BIP), dann sind staatliche Eingriffe notwendig, die mit anderen Zielvorstellungen (Qualität, Solidarität) in Konflikt geraten. Notwendig sind somit Strategien, welche die Menschen über die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten gesünder machen, die Lebensqualität erhöhen und dadurch indirekt zur Reduktion der Kosten beitragen. ■