

Die Entwicklung der Gesundheitskosten : wer zahlt, befiehlt?

Autor(en): **Oggier, Willy**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Rote Revue : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur**

Band (Jahr): **74 (1996)**

Heft 2

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-341248>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Entwicklung der Gesundheitskosten: Wer zahlt, befiehlt?

Eine Analyse der Kostenentwicklung für das schweizerische Gesundheitswesen vorzunehmen, ist ein heikles Unterfangen. Die Schweiz ist auf dem Gebiet der Statistik nämlich ein Entwicklungsland. Dies gilt im ganz besonderen Ausmass für das Gesundheitswesens. Zuverlässige Daten, die zu dessen Steuerung dienen könnten, fehlen fast vollständig. Umso schwieriger wird es, allfällige Ursachen für den Kostenanstieg ausfindig zu machen und diese

Willy Oggier

zu quantifizieren. Dennoch soll dies im folgenden zumindest ansatzweise erfolgen, indem unter Berücksichtigung der vorhandenen Datenlage einzelne Faktoren näher analysiert werden. Ausgangspunkt dafür bildet der Umstand, dass es auch im Gesundheitswesen zwei Aspekte zu unterscheiden gilt: den Preis- und den Mengeneffekt.

Die Entwicklung der Gesundheitskosten

Eine Analyse der Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen seit

dem 2. Weltkrieg lässt sich in Anlehnung an den Lausanner Ökonomeprofessor Pierre Gilliand mit folgenden Zahlen vornehmen (siehe Tabelle unten).

Die Tabelle bringt deutlich zum Ausdruck, dass die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens seit dem 2. Weltkrieg nicht nur in absoluten Milliardenbeträgen, sondern auch relativ zur Wirtschaftsentwicklung zugenommen haben.

Eine letztes Jahr erschienene Analyse des Bundesamtes für Gesundheitswesen zeigt, dass die Kosten von 1985 bis 1992 um rund drei Viertel auf 31,7 Milliarden Franken angestiegen sind. Die Schweiz wendete damit 9,3 % des Bruttoinlandprodukts für die Gesundheit auf. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt erhöhte sich in den acht Jahren von 8,1 auf 9,3 % (Neue Zürcher Zeitung Nr. 24, 30. Januar 1995).

Wie in den Vorjahren machte auch 1992 die stationäre Behandlung – hauptsächlich in Spitälern – rund die Hälfte der Kosten (50,3 %) aus. Der Anteil der ambulanten

Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens und deren Anteil am Bruttosozialprodukt (BSP)¹

	1950	1960	1970	1975	1980	1985
Mia. Franken	0,7	1,4	5,0	10,0	13,5	19,0
Anteil am Bruttosozialprodukt	3,5 %	4 %	5,5 %	7 %	7,5 %	8 %

¹ Quelle: Gilliand, Lausanne, 1990, zitiert nach: Schweizerische Nationalkommission Justitia et Pax (Hrsg.), Zürich 1994

Beim Gesundheitswesen versagt der Markt.

Behandlung (32 %) ist erstmals seit 1988 wieder angestiegen. Der Anteil der Medikamente ist weiter rückläufig. Er betrug 1992 nur noch 10,6 % der gesamten Gesundheitskosten.

Die Kosten stiegen 1992 um 6,8 % gegenüber dem Vorjahr an, was einer Verlangsamung des Wachstums gegenüber 1991 (13 %) entspricht. Diese Verlangsamung dürfte in erster Linie auf den dringlichen Bundesbeschluss gegen die Teuerung in der Krankenversicherung zurückzuführen sein.

Neben der Preiskomponente ist im schweizerischen Gesundheitswesen auch die Mengenkomponekte von Bedeutung. Gesundheitsökonomisch lässt sich dies damit erklären, dass im Gesundheitswesen Marktversagen vorliegt. Der Patient als Kunde fällt in der Regel nur einen Entscheid, nämlich zum Arzt zu gehen. Alle anderen Entscheide überlässt er dem Arzt. Der Arzt befindet sich seinerseits in einer Doppelrolle. Er ist einerseits der Berater des Patienten, andererseits bietet er jene Leistungen selbst an, zu welchen er den Patienten rät. Der Patient vermag in aller Regel die Angemessenheit einer verordneten medizinischen Leistung nicht zu beurteilen. Wegen der vorherrschenden Finanzierungsmechanismen sind insbesondere die frei praktizierenden Ärzte, aber auch an halbprivat- oder privatversicherten Patienten tätige Ärzte stationärer Einrichtungen an einer Mengenausweitung interessiert. Je mehr Leistungen sie verordnen, desto höher ist ihr Einkommen. Statt nach einer optimalen wird nach einer maximalen Behandlung gestrebt.

Die Entwicklung der Personalkosten im stationären Bereich

In den Jahren 1977 bis 1987 hat sich der Personalbestand in den schweizerischen Krankenhäusern um über 39 % erhöht. Der Anteil der Personalkosten an den Net-

tobetriebsaufwendungen der Krankenhäuser ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen und betrug 1987 durchschnittlich 78,8 %. 1950 belief sich der entsprechende Wert auf 44,3 %, 1960 auf 56,5 % und 1970 auf 64,9 %.

Die Ursachen für die steigenden Personalausgaben lassen sich in preis- und mengenseitige Massnahmen unterteilen. Zu den preisseitigen Massnahmen zählen etwa die Verkürzung der Arbeitszeiten des Pflegepersonals auf 42 Stunden, die Anrechnung von Pikett- und Präsenzdiensten zur Arbeitszeit, höhere Löhne oder die Verkürzung der Arbeitszeiten für die Assistenz- und Oberärzte. Zu den mengenmässigen Faktoren gehören die Verbesserungen des pflegerischen und des medizinischen Leistungsangebots. Dazu zählen etwa bessere diagnostische und therapeutische Geräte.

Gilliand² schätzt für den Zeitraum 1950 bis 1977, dass insgesamt 3/4 der gesamten Krankenhausaufgaben auf die Personalausgaben entfielen. Rund 1/4 dieses Anstiegs lässt sich mit dem Bevölkerungswachstum und der Teuerung erklären. Die verbleibende knappe Hälfte (48 %) des gesamten Wachstumsanteils entfällt auf die eigentliche Personalkomponente. Diese lässt sich auf die Steigerung der Reallöhne (13 %), die Erhöhung der Personaldichte (25 %) und einen qualitativen Saldo (10 %) zurückführen. Letzterer stellt den durch die anderen Faktoren nicht erklärten Beitrag dar und beinhaltet neben der Verbesserung der Personalqualifikationen auch die Aufwertung der Frauenlöhne.

Der spezielle Einfluss der quantitativen und qualitativen Veränderung des Krankenhauspersonals auf die Entwicklung der Lohnkosten war Gegenstand einer Arbeit des Interdisziplinären For-

² A.a.O.

schungszentrums für die Gesundheit in St. Gallen.³ Die Steigerung der Lohnkosten lässt sich vor allem auf die zunehmende Zahl der Ärzte und des medizinisch-technischen Personals in den Kliniken zurückführen. Die in der öffentlichen Diskussion vielfach genannte Arbeitszeitverkürzung beim Pflegepersonal scheint als Ursache dagegen von zweitrangiger Bedeutung zu sein.

Die Entwicklung im ambulanten Bereich

In der Schweiz waren 1993 24'446 diplomierte Ärzte tätig. Davon arbeiteten 11'563 als frei praktizierende Ärzte. Eine Analyse der Entwicklung für den Zeitraum 1945 bis 1993 zeigt, dass sich deren Zahl allein zwischen 1965 und 1988 beinahe verdoppelt hat. Das Wachstum der Bevölkerung ist hinter dieser Entwicklung zurückgeblieben. Die Zahl der EinwohnerInnen pro Arzt hat sich bis 1983 auf 604 reduziert. Die Ärztedichte liegt damit erheblich über derjenigen anderer Länder wie etwa der Bundesrepublik Deutschland. Der seit den sechziger Jahren erfolgte Anstieg erhöht vor allem das Angebot an Fachärzten, welche im Jahr 1993 mit einem Anteil von 66,5 % die Mehrheit unter den frei praktizierenden Ärzten darstellten. Die allgemeinmedizinische Versorgung hat sich dagegen zahlenmässig nur leicht verbessert.

Die Zunahme der Ärztedichte konnte die kantonalen Unterschiede nicht beheben, die teilweise bis in die vierziger Jahre zurückzuverfolgen sind. In den kantonalen Zahlen zur Ärztedichte zeigen sich sowohl ein Stadt-Land- als auch ein Ost-West-Gefälle. Die Ärztedichte ist besonders hoch in den städtischen Ballungsgebieten. Sie ist tendenziell in der Westschweiz höher als in der Ostschweiz. Die kantonalen Unter-

³ U. Gessner / B. Huwiler / B. Horisberger: Entwicklung und Wandlung der schweizerischen Akutspitäler, St. Gallen 1982.

schiede werden selbst in den ostschweizerischen Kantonen, wo die Werte teilweise deutlich unter der gesamtschweizerischen Ärztedichte liegen, nicht als Unterversorgungsproblem angesehen. Die Kleinräumigkeit macht es möglich, ohne grösseren zeitlichen Aufwand von einer Region mit geringer Ärztedichte aus einen Arzt in einer mittleren bis grösseren Schweizer Stadt zu besuchen.

Anhand der voraussehbaren Studienabschlüsse im Fach Medizin wurden bereits anfangs der achtziger Jahre ein Anstieg der niedergelassenen Ärzte und eine zunehmende Ärztedichte auf 1:420 im Jahr 2000 und 1:290 im Jahr 2030 prognostiziert. Zwischen der Ärztedichte und den Behandlungs- und Medikamentenkosten besteht eine positive Beziehung. So zeigen etwa Berechnungen der Krankenkassen, dass mit jeder neuen Arztpraxis Kosten von rund einer halben Million Franken entstehen, ohne dass sich die Gesundheit der Bevölkerung spürbar verbessern würde. Dies lässt sich durch das Verhalten der ÄrztInnen und PatientInnen erklären. Bei sinkenden PatientInnenzahlen steigen die Ärzte die Behandlungsintensität, um ein bestimmtes Einkommensziel zu erreichen. Die grössere «Konkurrenz» unter den Ärzten zwingt den Arzt, den Ansprüchen der Patienten auch dann Folge zu leisten, wenn sie medizinisch nicht gerechtfertigt sind.

Fazit

Wenn der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Einhalt geboten werden soll, muss sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich bei der Leistungsausweitung angesetzt werden. Die mengenseitigen Faktoren vermögen den Ausgabenanstieg gerade in den letzten statistisch verfügbaren Jahren besser zu erklären als die preisseitigen Ursachen. Mit einer restriktiveren Planung der Investitionen für medizintechnische Geräte und mit der Re-

Die Ärztedichte liegt in der Schweiz erheblich über derjenigen anderer Länder.

duktion des Ärzteangebots im Bereich der Spezialisten lassen sich die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens wenigstens teilweise steuern. Preisseitige Massnahmen wie beispielsweise die Senkung der Löhne und Gehälter für das Pflegepersonal und die Assistenz- und OberärztInnen scheinen dagegen wenig wirksame Mittel zu sein, weil auch die öffentlichen Spitäler Rücksicht auf die Konkurrenzsituation auf den Arbeitsmärkten nehmen müssen.

Die hier vorgenommene Analyse der Entwicklung der Gesundheitskosten muss die einleitend gestellte Frage deshalb verneinen. Nicht wer zahlt, befiehlt, sondern wer profitiert, befiehlt. Um diesem Grundsatz nicht noch weiter zu fröhnen und auch

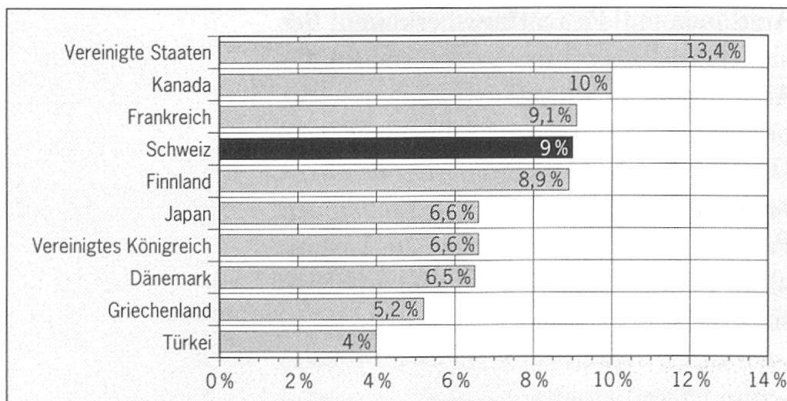
nicht der Rationierung das Wort zu reden, sind Effektivitäts- und Effizienzverbesserungen zu realisieren, welche die Versorgungsqualität der PatientInnen erhöhen. Zu viele, unnötige Eingriffe sind teilweise mindestens so schädlich wie keine Eingriffe. Wer Interesse an einem sozialen Gesundheitswesen hat, tut daher gut daran, insbesondere die Stellung der frei praktizierenden SpezialistInnen kritisch zu hinterfragen.

Willy Oggier hat an der Hochschule St. Gallen Volkswirtschaftslehre studiert. Er ist Regionalleiter der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik und arbeitet als selbständiger Berater für die Health Management Institute (HMI) in St. Gallen.

Statistiken

Alle abgebildeten Grafiken sind dem Dossier «Kosten des Gesundheitswesens; Ergebnisse 1985-1992 und Entwicklung in der Periode 1985-1990» des Bundesamtes für Statistik entnommen.

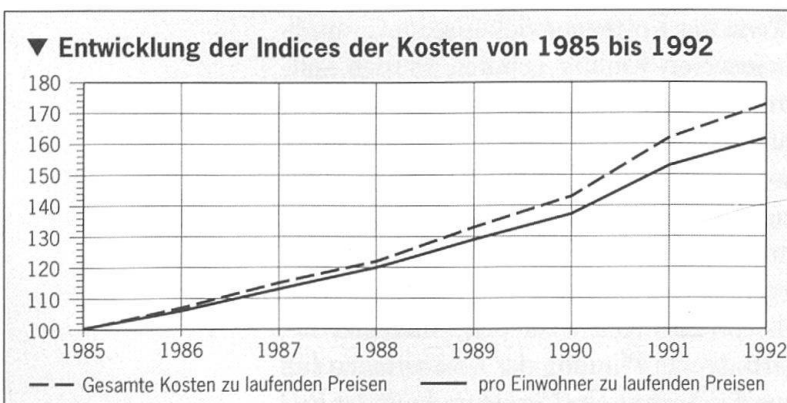
Quelle: Bundesamt für Statistik



◀ **Anteile der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt in den OCDE-Ländern 1991** (in Prozent des Bruttoinlandproduktes)

Wie alle internationalen Vergleiche der Kosten des Gesundheitswesens muss auch diese Grafik mit Vorsicht angegangen werden: Es gibt keine allgemein gültige Definition des Begriffes «Gesundheitswesen».

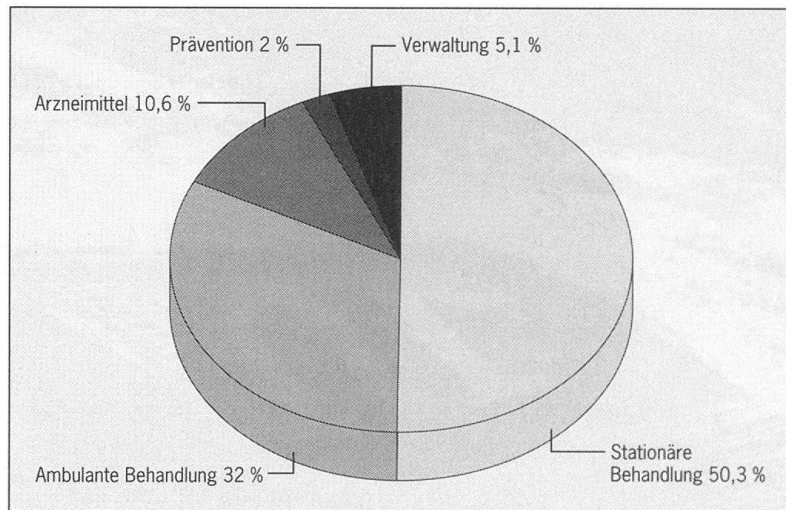
Quelle: Bundesamt für Statistik



Im Zeitraum von 1985 bis 1992 nahmen die Kosten des Gesundheitswesens um 72,5 % zu, betrachtet man jedoch die Kosten pro EinwohnerIn, so beträgt die Zunahme «nur» 62,4 % (1985 betrug die Gesundheitskosten pro EinwohnerIn 2814 Franken, 1992: 4568 Franken). Die Differenz ist nicht auf eine eigentliche Steigerung der Gesundheitskosten zurückzuführen, sondern entspricht der Zunahme der Wohnbevölkerung und damit auch der totalen Gesundheitskosten.

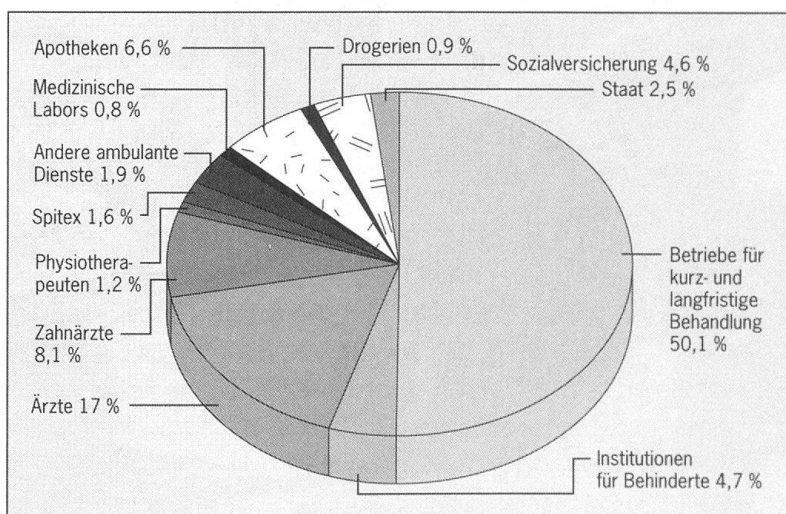
► Ausgaben nach der Art der konsumierten Güter und Dienstleistungen 1992, in %

Im Zeitraum von 1985 bis 1992 zeigen die stationäre Behandlung (1985: 47,1 %) und der Bereich der Prävention (1985: 1,2 %) steigende Tendenzen; gesunken sind die Anteile der ambulanten Behandlung (1985: 33,4 %), der Arzneimittel (1985: 12,6 %) sowie der Anteil der Verwaltung der Sozialversicherungen und des Staates (1985: 5,7 %). 1992 betrug die Ausgaben total 31'719,4 Millionen Franken.



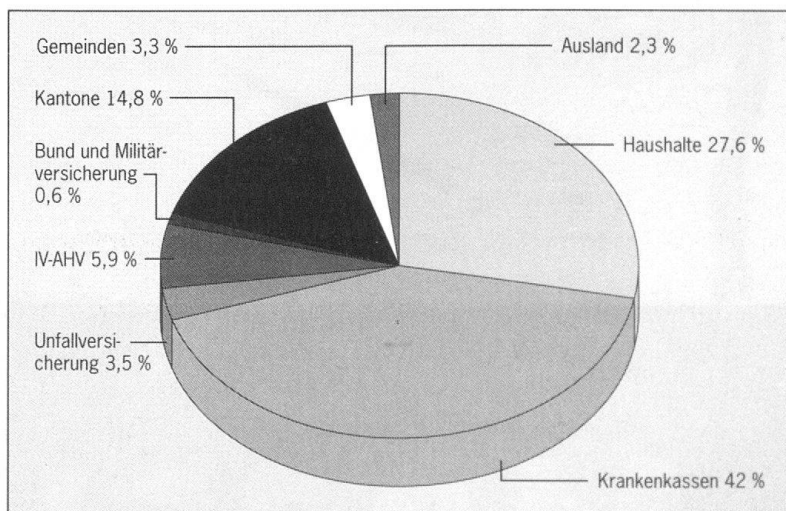
Quelle: Bundesamt für Statistik

► Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer 1992, in % des Totals



Quelle: Bundesamt für Statistik

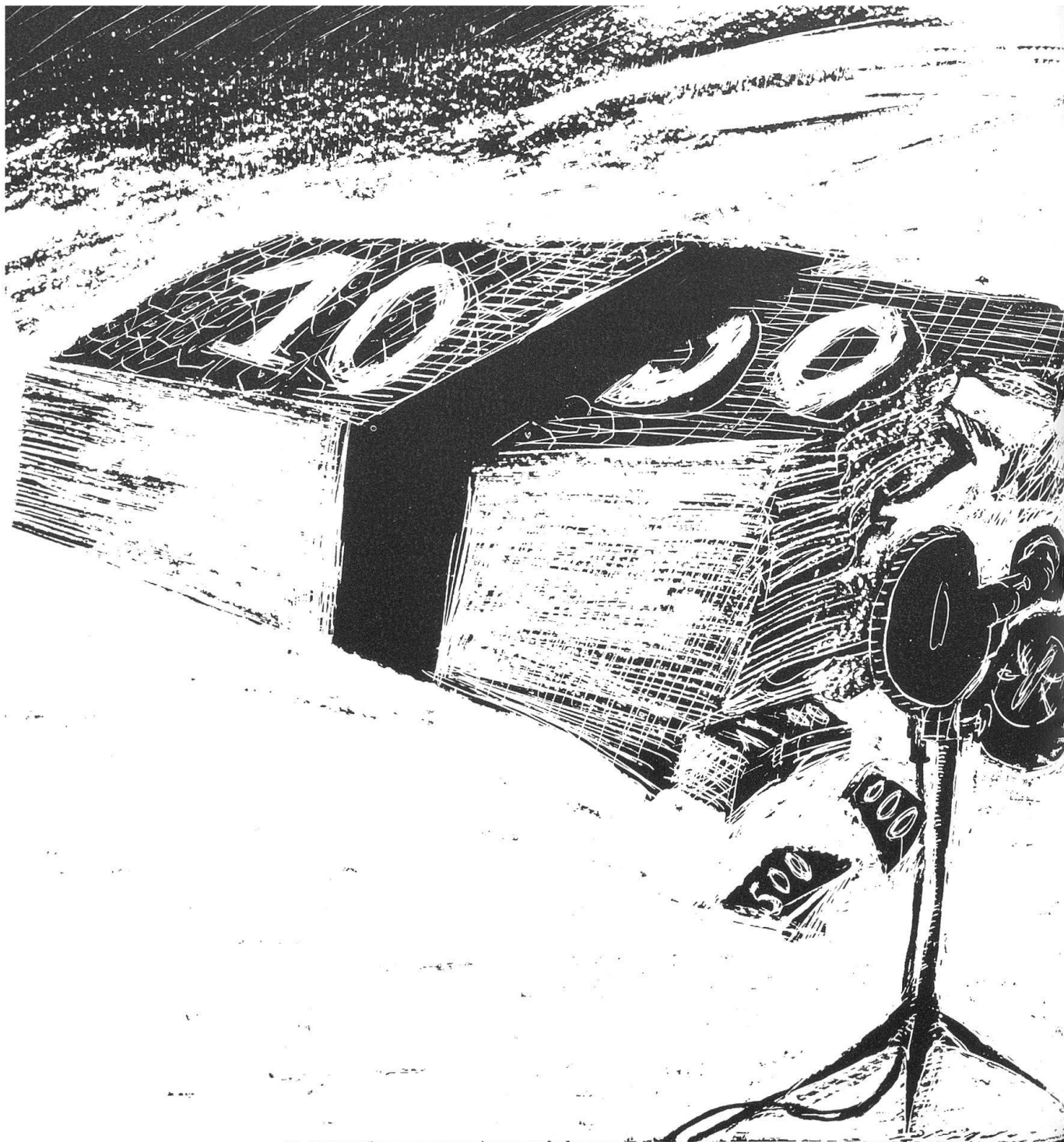
Der relativ hohe Anteil der Haushalte bei der Finanzierung der Gesundheitskosten lässt sich wie folgt erklären: Ausgaben für Arzt und Medikamente müssen teilweise rückvergütet werden (geschätzt 1,3 %); die Krankenkassen übernehmen verschiedene Leistungen nicht vollständig (Franchisen, Bonus, Kostenbeteiligungen, Nichtdeckung von Zahnbehandlungen und anderen Behandlungen); die Pflege in Altersheimen oder durch die Spitex ist schwach oder gar nicht gedeckt; ein Teil der Bevölkerung war 1992 nicht gegen Unfall oder Krankheit versichert (auf Bundesebene gibt es das Obligatorium erst seit Inkrafttreten des neuen KVG, also seit Januar 1996).



Quelle: Bundesamt für Statistik

▲ Finanzierung nach Direktzahler 1992, in %

Zusammenstellung der Grafiken und der Erläuterungen: Simone Greder Bonanomi.



Gesundheitspolitik

MODELL 500

Normkranke berücksichtigt

