

Spital stationär

Leistungen der Grundversicherung

5,14 Mia. Franken

Patienten pro Jahr

923 529

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

10,02 Tage

Oberschenkeloperationen: In der Romandie werden sie viel häufiger durchgeführt.

So sinken die Kosten

Schrumpfnieren. So lautete die Diagnose für Beatrice-Helena Ariano. Die lebenswichtigen Organe waren auf einen Drittel geschrumpft. Jahrelang musste sich die Patientin viermal täglich mehrere Liter Dialyselösung in den Bauchraum füllen, über einen Schlauch, der in die Bauchhöhle implantiert worden war. «Das erforderte extreme Sauberkeit und präzise Logistik, weil immer genug dieser Flüssigkeit vorhanden sein musste», erinnert sich die Frau. Die Therapie war nicht nur umständlich, sondern auch teuer: etwa 80 000 Franken pro Jahr.

Inzwischen lebt Ariano dank einer Spenderniere viel unkomplizierter: «Ich habe jetzt noch mehr Respekt vor meinem Körper und versuche, sehr gesund zu leben.» Natürlich seien die Kosten des Gesundheitssystems in der Schweiz insgesamt hoch, aber dafür bekämen wir auch eine der besten medizinischen Versorgungen der Welt, ist sie überzeugt. Ein weitverbreiteter Irrtum. Tatsächlich krankt das Schweizer Gesundheitssystem an einem schlechten Preis-Leistungs-Verhältnis.

Das Gesundheitswesen funktioniert wie eine gigantische Maschine – eine mit gravierenden Konstruktionsfehlern. Ihr Motor ist die Bevölkerung. Je mehr sie konsumiert,

Wie bremsen wir den Anstieg der Krankenkassenprämien? Politiker diskutieren eifrig, wo man an der «Maschine Gesundheitswesen» schrauben müsste. Doch diese hat Konstruktionsfehler – eine Totalsanierung ist fällig.

Text: Matieu Klee

Beobachter direkt

Wie stark bekommen Sie die hohen Gesundheitskosten zu spüren? Wie kann man das Gesundheitswesen heilen? Diskutieren Sie online mit: www.beobachter.ch/direkt

umso hohtouriger läuft der Motor, umso mehr Treibstoff, sprich Geld, verbraucht sie. Jahr für Jahr läuft die Maschine schneller. Inzwischen gibt die Schweiz für Gesundheit über 55 Milliarden Franken pro Jahr aus; vor zehn Jahren waren es noch 41.

Die Niederlande machens vor

Gemessen am Bruttoinlandprodukt, haben bald nur noch die USA ein teureres Gesundheitswesen. Dabei liesse sich in der Schweiz mit wesentlich tieferen Kosten mindestens dieselbe Qualität erreichen. Dies zeigt eine grossangelegte Vergleichsstudie zwischen der Schweiz und Holland der Universitäten Bern und Rotterdam.

Die Holländer liegen weniger häufig und weniger lang im Spital als die Schweizer, werden seltener operiert und schlucken weniger Medikamente. Im Vergleich mit Holland geben wir pro Kopf fast 30 Prozent mehr aus – und sind trotzdem nicht gesünder. Dies belegen Statistiken und Befragungen: Die Menschen fühlen sich in beiden Ländern praktisch gleich gesund.

«Die Schweiz kann von Holland lernen, wie gute Qualität auch wesentlich günstiger erreicht werden kann», so die Schlussfolgerung des Volkswirtschaftsprofessors und Studienleiters Robert E. Leu.



Was teuer ist, muss ausgelastet werden: Diagnosegerät MRI für Magnetresonanztomographie

**Spital
ambulant**
Leistungen der
Grundversicherung
2,82 Mia. Franken
Anzahl Spitäler
321
Anzahl Konsultationen
(geschätzt)
8 bis 10 Millionen

Weshalb aber kostet dieselbe Gesundheit in der Schweiz fast einen Drittel mehr? Dafür gibt es drei Hauptgründe: das Überangebot an Spitätern, der direkte Zugang zu Spezialisten in der Grundversicherung – und das Tarifsystem. Ärzte, die sich bemühen, ihre Patienten möglichst effizient zu heilen, sind die Dummen. Sie verdienen viel weniger als ihre Kollegen, die möglichst viel Aufwand betreiben. Diese können beim geltenden Tarifsystem jede Leistung einzeln verrechnen – je aufwendiger die Behandlung, desto mehr verdient ein Arzt.

Das ist der vielleicht schlimmste Konstruktionsfehler des Gesundheitswesens. Funktionierten alle Branchen so, käme es wohl zum wirtschaftlichen Kollaps. Wer würde zum Beispiel einem Maler einen Auftrag erteilen, der offeriert, die Fassade eines eingeschossigen Hauses komplett mit einem Gerüst einzukleiden und dazu mit einem Hebekran anzurücken, wenn es ohne all das viel billiger geht?

Doch das Gesundheitswesen funktioniert genau nach diesem Mechanismus – zusätzlicher Aufwand wird belohnt. Kein Wunder, explodieren die Kosten förmlich. Der jüngste Prämienschok für nächstes Jahr mit einem Anstieg von bis zu 20 Prozent ist zwar aussergewöhnlich hoch, reiht sich aber letztlich nahtlos in die Entwicklung der letzten Jahre ein: So stieg die durchschnittliche Prämie schon vor dem aktuell angekündigten Sprung von 197 Franken im Jahr 1998 auf 315 im Jahr 2008 – ein Anstieg von 60 Prozent.

5 Massnahmen mit grossem Spareffekt

1. Pauschalen einführen statt Ärzten alles zahlen



Es ist geradezu eine Einladung zum Verschenden: das Tarifsystem im schweizerischen Gesundheitswesen. Frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte können jede Position einzeln verrechnen und bekommen sie entsprechend vergütet. Am besten verdient dabei ein Arzt, der möglichst viel abklärt, untersucht und verschreibt. Das ist gegen jede wirtschaftliche Logik, denn in der Marktwirtschaft überleben sonst nur die Effizientesten.

Zum Sparen animieren würde ein System, bei dem die Ärzte pro Patient einen fixen Betrag erhalten, abgestuft nach Alter der Versicherten. Dann wären Ärzte daran interessiert, möglichst effizient zu arbeiten. Patienten müssten dennoch keine Angst haben, unterversorgt zu sein. Denn am meisten verdienten Mediziner in diesem System, wenn sie Patienten heilen würden und wenn diese auch gesund bleiben würden.

**Geschätztes Sparpotential:
mehrere Milliarden Franken**

Tilman Slembeck, Ökonomeprofessor an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und spezialisiert auf das Gesundheitswesen, hat untersucht, was die Kosten derart in die Höhe treibt: «Es sind nicht primär die Preise, die gestiegen sind. Für die jährlichen Mehrkosten in Milliardenhöhe sorgt eine Mengenausweitung.» Im Klartext: Wir alle haben schlicht mehr konsumiert. Herr und Frau Schweizer absolvieren beispielsweise sieben Arztbesuche pro Jahr. Dazu beigetragen hat nicht zuletzt der technische Fortschritt: Immer mehr ist machbar, vor allem im Diagnosebereich. Dass die Bevölkerung immer älter wird, verstärkt diesen Effekt zwar noch, allerdings viel schwächer als häufig vermutet.

«Vorausbezahlte Leistung» – ein Denkfehler

Daneben ortet Slembeck eine ganze Reihe von falschen Anreizen. Die steigenden Kosten selbst setzen einen regelrechten Teufelskreis in Gang. Je stärker die Krankenkassenprämien ansteigen, desto eher neigen Versicherte dazu, das System auch zu beanspruchen. Dies wiederum treibt die Kosten weiter in die Höhe. «Die Versicherten sehen in der Krankenkassenprämie keine Versicherung, sondern empfinden sie als vorausbezahlte Leistung», sagt denn auch Felix Schneuwly, Mediensprecher des Krankenkassenverbands Santésuisse. Tilman Slembeck ist überzeugt, dass die Stimmbürger genau aus diesem Grund an der Urne der Vorlage zur Komplementärmedizin zugestimmt haben. ▶

Medikamente

Leistungen der
Grundversicherung

4,41 Mia. Franken

Anzahl kassenpflichtige
Medikamente

7284

Anzahl verkaufte
Packungen

195 Millionen

Zahlreiche, teure Arzneien:
Der Anteil von Generika liegt
unter zehn Prozent.



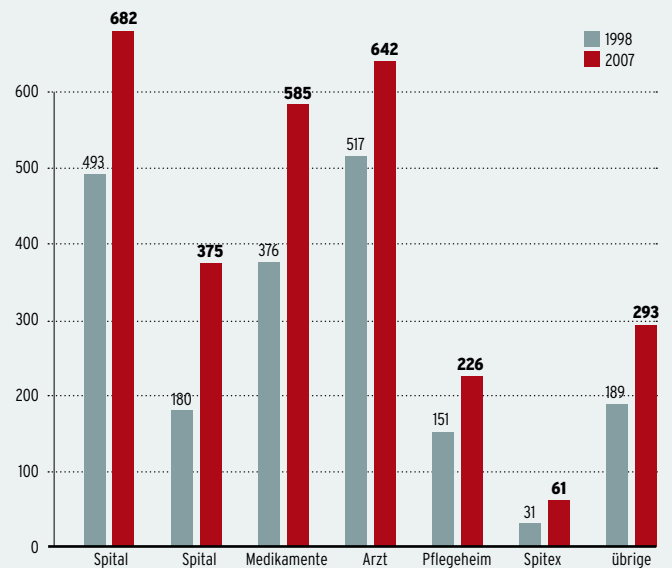
Hauptverantwortlich für die Kostenspirale sind aber immer noch die Anbieter von Gesundheitsleistungen. Diverse Studien wiesen nach: Je mehr Ärzte in einem Kanton praktizieren, desto teurer wird die Behandlung pro Versicherten. So sind etwa die Prämien im Kanton Waadt 35 Prozent höher als im vergleichbaren Kanton St. Gallen. Publizist Urs Gasche hat nachgerechnet, dass es in der Waadt 22 Prozent mehr Allgemeinärzte und 68 Prozent mehr Spezialärzte gibt. Dort wird auch häufiger operiert; so gibt es im Waadtland 70 Prozent mehr Oberschenkel- und 20 Prozent mehr Gallenblasenoperationen.

Medizinisch lässt sich dies nicht erklären. «Ein Patient kann selber nur sehr beschränkt die Qualität einer medizinischen und therapeutischen Massnahme beurteilen – und erst recht nicht, ob sie überhaupt nötig ist», sagt Ökonomieprofessor Slembeck. Im Klartext: Je mehr Ärzte um dieselben Patienten buhlen, desto eher werden

Die grössten Kostentreiber 1998 und 2007 im Vergleich (in Franken je versicherte Person)

Die Kosten steigen zwar durchs Band, am stärksten wirken sich jedoch die vier grössten Ausgabenposten aus: Spitalaufenthalte stationär und ambulant, die Medikamente und Arztbesuche ambulant.

Obwohl sich die Spitex-Kosten praktisch verdoppelt haben, fällt dies in der Grundversicherung kaum ins Gewicht.



QUELLE: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT; INFOGRAFIK: BEOBACHTER/DO



2. Regional- spitäler schliessen

Bis zur Hälfte der schweizweit 320 Spitäler sind überflüssig, schätzen Experten. Die Spitäler werden von Prämienzahlern mitfinanziert. Wohl am meisten einsparen liesse sich mit Schliessungen. Doch Exekutivpolitiker, die dies wollen, setzen ihr Amt aufs Spiel, wie die Abwahl des St. Galler Gesundheitsdirektors Anton Grüninger 2004 gezeigt hat. Aktuell gibt es heftigen Widerstand

gegen die Schliessung des Gemeindespitals Riehen BS. Festgehalten wird am Spital vor der Haustür selbst auf Kosten der Qualität: Denn Spitälern mit kleinem Einzugsgebiet fehlt automatisch die Erfahrung, um nicht alltägliche Krankheiten und Unfälle zu behandeln. Mit der Schliessung von kleinen Spitälern könnte man deshalb die Qualität gar verbessern. Solange aber die Profiteure solcher

Regionalspitäler einen Grossteil der Kosten mit sämtlichen Prämienzahlern teilen können, wird der Bettenabbau kaum vorankommen. Regionen müssten für die vollen Kosten aufkommen und dann selbst entscheiden, ob sie für diesen Preis das Spital offen halten wollen oder nicht.

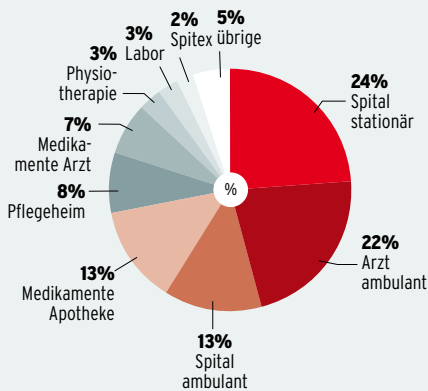
**Geschätztes Sparpotential:
mehrere Milliarden Franken**

**Kardiologen und andere Spezialisten:
Der direkte Zugang zu ihnen treibt
die Kosten in die Höhe.**

**Ärzte
ambulant**
Leistungen der
Grundversicherung
4,84 Mia. Franken
Ärzte mit
Praxistätigkeit
15 588
Anzahl
Allgemeinpraktiker
3512



**Obligatorische Krankenversicherung:
Was sie am meisten beansprucht**



Leistungen der Grundversicherung 2007, prozentual aufgeteilt in einzelne Kosten­gruppen. Gesamtsumme: 21,58 Milliarden Franken.

QUELLE: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT; INFOGRAFIK: BEOBACHTER/DO

diese übertreibt; es wird also unnötig operiert, übertrieben aufwendig behandelt und alles nur Erdenkliche abgeklärt.

Teure Apparate müssen ständig laufen

Die Spitäler wiederum locken Patienten mit modernen Diagnosegeräten wie Magnetresonanztomographen (MRI): Auch wenn sie noch so teuer sind, will jedes Spital am liebsten ein eigenes Gerät haben. Und sind die Apparaturen erst einmal angeschafft, müssen sie auch ausgelastet wer-

den, um sie zu amortisieren. Das geht nur, wenn sich nicht nur komplexe Fälle, sondern bald jeder mit Schmerzen in die Röhre legen muss. Ökonomieprofessor Slembeck spricht von einem «Wettrüsten», in dem sich Anbieter mit den neusten Methoden und Techniken positionieren. Als Beispiel nennt er den Kanton Wallis mit hochgerechnet 32,1 MRI-Geräten pro Million Einwohner – international ein Rekordwert.

Eine aufwendige Behandlung braucht auch Helena Nufer (Name geändert). 2002 spürte sie, dass mit ihr etwas nicht stimmte, und ging zum Arzt. Bei der Untersuchung entdeckten die Ärzte mehrere Tumore; Nufer hatte Brustkrebs. Sie wurde operiert, bestrahlt und musste eine Chemotherapie über sich ergehen lassen. 2003 erklärten die Ärzte sie für geheilt. Der Rückfall kam vor drei Jahren: Metastasen in der Leber. Seither ist Nufer wieder in Behandlung. «Natürlich kostet die Behandlung viel, aber ich habe ja keine Wahl», sagt sie. «Die Medikamente sind lebenswichtig für mich.»

Behandelt wird sie im neuen Brustzentrum am Kantonsspital St. Gallen. Den Löwenanteil der Kosten des Zentrums bilden die Löhne. An zweiter Stelle: Medikamente. «Als Zentrum für Krebs brauchen wir auch die teuersten Medikamente», sagt der Chef­arzt Beat Thürlimann. Würde mehr geforscht, wie teure Medikamente wirksam eingesetzt werden, könnte gespart werden, ist er überzeugt. So wird zum Beispiel ein sehr teures Krebsmedikament vorschriftsgemäss auch nach der Chemotherapie

**3. Billigkassen
einen Riegel
schieben**



Die Krankenkassen jagen sich gegenseitig die besten Risiken ab: Junge und Gesunde.

Stattdessen würden sie besser Sparmodelle realisieren. Inzwischen haben viele grosse Krankenkassen selber Billigableger. Das ist volkswirtschaftlich ein kompletter Unsinn, denn mit dem Geld, das die Kassen dafür investieren, gute Risiken zu sich zu holen, wird kein Franken Kosten gespart. Lukrativ macht diese Jagd ein falsch ausgerichteter Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen.

In zahlreichen Regionen sind die Prämien der Billigkassen gar tiefer als bei echten Sparmodellen, bei denen zum Beispiel Versicherte vor der Visite beim Spezialisten ihren Hausarzt aufsuchen müssen. Dies führt wiederum dazu, dass diese Sparmodelle noch immer ein Nischen-dasein fristen. Immerhin hat die Politik jetzt erkannt, dass der Risikoausgleich geändert werden muss. Allerdings tritt die Änderung erst 2012 in Kraft, und die Bewährungsprobe steht noch aus.

**Geschätztes Sparpotential:
nicht bezifferbar, aber eine
entscheidende Grundlage
für weitere Einsparungen**

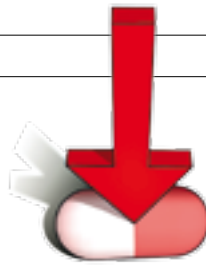
abgegeben. «Ob es überhaupt nötig ist, auch nach der Chemotherapie das Mittel weiter zu verabreichen, wissen wir nicht», sagt er.

Zögerlicher Noch-Bundesrat

Medikamente sind starke Kostentreiber (siehe Grafik, Seite 34). Allein die jährlichen Ausgaben pro Versicherten für Medikamente stiegen seit 1998 um 209 Franken. Wie hier gespart werden könnte, weiss das Büro des Preisüberwachers längst, doch stiessen dessen Vorschläge bisher in der Politik auf taube Ohren. Unter dem jüngsten Prämienschock dreht nun der Wind: Die Krankenkassen haben die Forderungen des Preisüberwachers übernommen und rechnen inzwischen mit einem kurzfristigen Sparpotential von 800 Millionen.

Unter anderem sollen bei Medikamenten die Margen sinken und beim Vergleich mit dem Ausland, der zur Festsetzung der Preise dient, nicht nur Hochpreisländer berücksichtigt werden. Wären zudem Mittel mit schlechtem Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht mehr kassenpflichtig, könnte gar doppelt so viel gespart werden, hat Josef Hunkeler, Spezialist für Medikamente im Büro des Preisüberwachers, errechnet.

4. Preise der Medikamente runter



Am schnellsten und einfachsten umsetzbar wäre eine Senkung der Medikamentenpreise. Das hat inzwischen unter starkem politischem Druck auch Bundesrat Pascal Couchepin erkannt. Allerdings rechnet das Bundesamt für Gesundheit nur mit bescheidenen Einsparungen. Ganz anders die Krankenkassen und Gesundheitsökonomien: Würden zum Beispiel die Preise alle drei Jahre überprüft und nicht nur wie bisher mit Hochpreisländern verglichen, müssten Hersteller periodisch nachweisen, dass ihre Medikamente wirtschaftlich sind. Würden schliesslich Medikamente nur noch auf Zeit zugelassen, liessen sich riesige Beträge einsparen.

Geschätztes Sparpotential: 800 Millionen bis 1,5 Milliarden Franken oder rund 4 bis 7,5 Prozent an Prämien

Bundesrat Pascal Couchepin hat jüngst Sparmassnahmen bei den Medikamenten angekündigt, ohne sich jedoch festzulegen, wie viel gespart werden soll. Das ist typisch: Obwohl längst bekannt ist, dass die Maschine Gesundheitswesen im roten Bereich dreht, reagiert die Politik erst nach dem angekündigten Prämienschock, und dies noch immer sehr zaghaft. Couchepin selbst bietet sich mit seinen hilflos wirkenden Schnellschüssen wie der Idee, eine Praxisgebühr einzuführen, als idealer Sündenbock an – was seinen Teil dazu beigetragen haben dürfte, dass er nun seinen Rücktritt auf Ende Oktober bekanntgegeben hat.

Sehr viele befangene Parlamentarier

Gleichzeitig demonstrieren die Volksvertreter im Parlament Betroffenheit über die explodierenden Kosten. Dabei lassen sich viele von ihnen gern einspannen als Lobbyisten der Pharmaindustrie, von Ärzten, Krankenkassen, Spitälern, Versicherungen und Pflegeangestellten. Aber nicht von den Prämienzahlern: Wer das Register der Interessenbindung der Parlamentarier abklopft, findet nur gerade eine Handvoll Räte, die auf verlorenem Posten für die Anliegen der Versicherten kämpfen.

Übermächtige Gesundheitslobby im Parlament

Die Aufschlüsselung der beiden Kammern nach Interessengruppen zeigt deutlich: Vertreter von Patienten sind eine verschwindend kleine Gruppe im Vergleich zur Gesundheitslobby, bestehend aus Krankenkassen, Versicherungen, Ärzten, Spitälern, Pflege und Pharma.

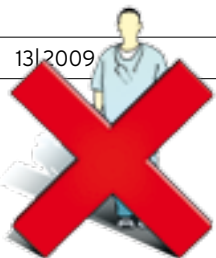
Ständerat

Anzahl vertretener Interessengruppen Gesundheitswesen

	SVP	SP	CVP/EVP/GLP	FDP	Die Grünen	BDP	
Krankenkassen (K)	-	-	5	1	-	-	6
Versicherungen (V)	-	-	1	4	-	-	5
Ärzte (A)	-	1	1	-	-	-	2
Spitäler (S)	1	3	4	4	-	-	12
Pflege (Pf)	-	3	-	-	1	-	4
Pharma (Ph)	-	-	-	3	-	-	3
Andere (A)	1	5	2	4	-	-	12
Patienten (Pa)	-	1	-	-	-	-	1

QUELLE: SANTÉSUISSE; INFOGRAFIK: GOLDEN SECTION GRAPHICS





5. Kein direkter Zugang zu Spezialisten

In Europa praktisch einzigartig und teuer: der direkte Zugang zu Spezialisten in der Grundversicherung. Dies zeigt ein Vergleich zwischen Kantonen: So sind die Prämien im Kanton Waadt, wo es viele Spezialisten hat, deutlich höher als im vergleichbaren St. Gallen. Auch ein internationaler

Vergleich zwischen dem schweizerischen und dem holländischen System kommt zum selben Ergebnis. Kostenwirksam wäre es, wenn die Allgemeinmediziner als sogenannte Gatekeeper wirkten: Sie sollten entscheiden, wer zum teuren Spezialisten gehört und welche Behandlung

problemlos und günstiger ein Allgemeinpraktiker vornehmen kann. Patienten, die trotzdem direkt zum Spezialisten wollen, könnten eine Zusatzversicherung abschliessen.

Geschätztes Sparpotential: mindestens 1 Milliarde Franken

Weshalb die meisten Sparvorschläge im Parlament Schiffbruch erleiden, wird noch deutlicher, wenn man die «Gäste» des Parlamentes unter die Lupe nimmt. Jede Parlamentarierin und jeder Parlamentarier kann zwei Gäste mit einem Zugangsbadge fürs Bundeshaus ausrüsten. Die Zeitung «Sonntag» hat ausgerechnet, dass im Parlament mehr Lobbyisten ein und aus gehen als Politiker. An der Spitze stehen dabei Interessenvertreter aus dem Gesundheitswesen, noch vor jenen aus der Wirtschaft.

Wenn nicht das Parlament, könnte ja die Bevölkerung selbst Druck machen. Doch diese wird mit Prämienverbilligungen ruhiggestellt. Ursprünglich als Instrument gedacht, um die sozial Schwächsten zu entlasten, sind sie Teil einer gigantischen Umverteilungsaktion: Bald vier Milliarden Fran-

ken werden jährlich umverteilt. Die Verbilligungen sind quasi das Überdruckventil der Maschine Gesundheitswesen. Ökonom Slembeck spricht denn auch von «Valium fürs Volk». «Müssten alle Versicherten die tatsächlichen Prämien bezahlen und nicht verbilligte, wäre es schon längst zu einem Aufstand gekommen», ist er überzeugt. So aber spürt ein Grossteil der Bevölkerung die steigenden Kosten nur gedämpft.

Wie wenig sich Direktbeteiligte für Sparmassnahmen interessieren, musste Martin Lütolf erfahren. Der Direktor der Klinik für Radioonkologie am Unispital Zürich plant, im Rahmen einer Studie die Anzahl Bestrahlungssitzungen bei Prostata- und Brustkrebs drastisch zu reduzieren. Dies spart jährlich nahezu eine Million Franken. Um zu klären, ob die Behandlung mit weni-

ger Sitzungen, aber dafür stärkerer Strahlendosis funktioniert, musste das Spital klinische Studien durchführen. Dazu fragte Lütolf eine grosse Krankenkasse an, ob sich diese an einer solchen Abklärung beteiligen würde. Die Kasse lehnte ab, obwohl klar war, dass sie bei positivem Ergebnis künftig bei jeder Behandlung Geld sparen könnte. Begründung: Das sei nicht ihre Aufgabe. Für Lütolf «ein typisches Beispiel für die vielfach falschen Anreize im Gesundheitswesen: Niemand hat ein Interesse daran, wirklich zu sparen». Der Kanton als Betreiber des Spitals nicht, weil er dann auf eine Million Franken Einnahmen verzichten müsste. «Und die Krankenkasse und der behandelnde Arzt nicht, weil beide nichts davon haben.»

Mitarbeit: Gian Signorelli



Nationalrat

Anzahl vertretener Interessengruppen Gesundheitswesen

	SVP	SP	CVP/EVP/GLP	FDP	Die Grünen	BDP	EDU	
Krankenkassen (K)	3	-	2	3	-	-	-	8
Versicherungen (V)	3	-	4	4	-	1	-	12
Ärzte (A)	2	2	-	1	2	-	-	7
Spitäler (S)	2	1	2	3	-	-	1	9
Pflege (Pf)	1	6	5	3	1	-	1	17
Pharma (Ph)	2	-	1	2	-	1	-	6
Andere (A)	2	6	4	5	1	1	-	19
Patienten (Pa)	-	5	-	-	1	-	-	6