



## KOSTENENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN:

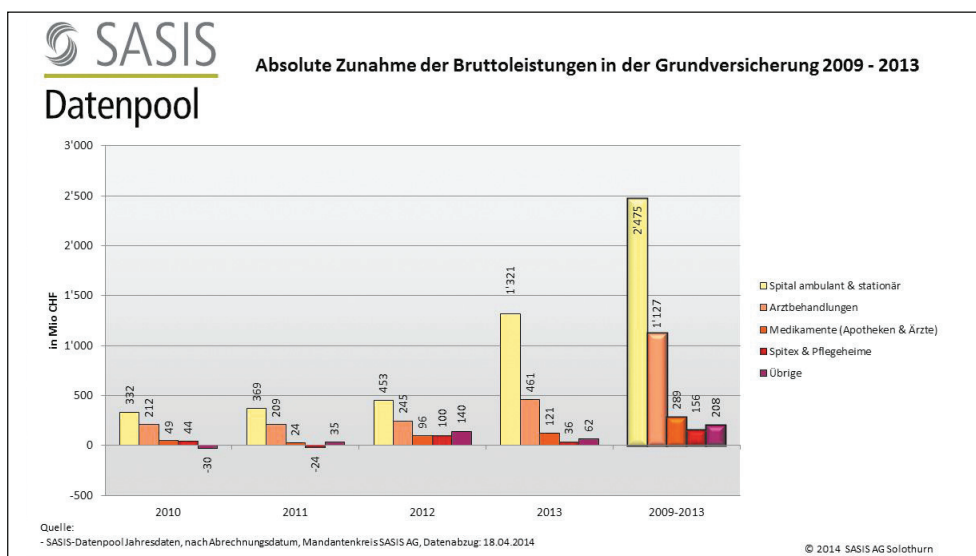
# DÜSTERE DIAGNOSE – SCHWIERIGE THERAPIE

Wir haben in der Schweiz die höchste Lebenserwartung und leisten uns das zweit-teuerste Gesundheitswesen weltweit. Wir haben einen niederschweligen Zugang zu hochstehenden medizinischen Leistungen und kaum Wartezeiten für medizinische Behandlungen. Die Patientenzufriedenheit ist gross.

Jährlich lassen wir uns unsere Gesundheit gegen 70 Milliarden Franken kosten. Es ist der grösste Wachstumsmarkt und als Branche mit über 550 000 Beschäftigten einer der grössten Arbeitgeber der Schweiz. Im internationalen Vergleich sind wir das Land mit der höchsten Dichte an Ärzten und Pflegefachpersonen. Haben wir nun einen Mangel an medizinischen Fachkräften oder haben wir keinen? Gemessen an unseren Ansprüchen verzeichnen wir einen Mangel. Nachbarländer hingegen würden sich mit einer vergleichbaren Versorgungsdichte glücklich schätzen. Ein Wachstumsmarkt ist grundsätzlich etwas Positives. Das Problem im Gesundheitswesen liegt nur darin, dass gut 61 % unserer Gesundheitskosten aus Sozialversicherungen (42 %) und Steuermitteln (19 %) finanziert werden und dieser Teil überproportional wächst. Auf die verschiedenen Ursachen gehe ich kurz ein:



Ruth Humbel  
Nationalrätin CVP



Im Bereich Spital stationär ist es mit der Einführung des SwissDRG-Fallpauschalensystems im Jahr 2012 zu Verzögerungen in der Rechnungsstellung gekommen. Dies führt zu dem Effekt, dass im Geschäftsjahr 2013 überdurchschnittlich viele Spitalrechnungen vom Vorjahr abgerechnet wurden.

## Kostenverlagerung von Steuern zu Prämien

Das Gesundheitswesen ist eine kantonale Angelegenheit und die Kantone haben einen grossen Einfluss auf ihre Versorgungsstrukturen und Preise. Bis zum Inkrafttreten des KVG 1996 war die Finanzierung der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) Sache der Kantone. Die Krankenkassen leisteten freiwillig minimale Beiträge und im Krankheitsfall mussten die Kassen nach zwei Jahren gar nichts mehr bezahlen. 1997, ein Jahr nach Inkrafttreten des KVG, bezahlten die Krankenkassen für Aargauer Patienten insgesamt 748 Millionen Franken, der Kanton 545 Millionen Franken. 2013 beliefen sich die Kosten zu Lasten der Kassen bzw. der Aargauer Prämienzahlenden auf 1,9 Milliarden Franken, während der Kanton Aargau 646 Millionen Franken Ausgaben für das Gesundheitswesen auswies. Meines Erachtens müssten sich alle Kostenträger, Krankenkassen, die öffentliche Hand und Private (via Kostenbeteiligung), gleichermassen an der Kostenentwicklung beteiligen.

## Demographische Entwicklung und medizintechnischer Fortschritt

Der medizintechnische Fortschritt ermöglicht es, immer mehr Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Und wir haben das Glück, bei guter Gesundheit immer älter zu werden. Es steigt aber auch das Risiko, an Alzheimer oder Parkinson zu erkranken und pflegebedürftig zu werden. Der demographische Wandel lässt den Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung bis 2050 von heute 17 % auf 28 % ansteigen, während der Anteil der Erwerbstätigen sinkt. Diese Entwicklung ist eine grosse Herausforderung an die Generationensolidarität, nicht bloss in der Altersvorsorge, sondern auch im Gesundheitswesen. Schätzungen gehen davon aus, dass wir 2050 gut 300 000 Demenzerkrankte haben werden mit Kosten von ca. 20 Milliarden Franken.

## Medikalisierung der Gesellschaft und Ansprüche der Versicherten

35 % der Versicherten beziehen Leistungen bei fünf und mehr Leistungsbringern und knapp 60 % der über

60-Jährigen konsumieren mehr als fünf verschiedene Medikamente. Pro Jahr werden für gut 500 Mio. Franken Medikamente zu Lasten der Kassen bezogen und entsorgt statt eingenommen: ein grosses Sparpotential, das mit besserer Kommunikation zwischen Patient und Arzt zu realisieren wäre. Die Studie Domenighetti hat schon vor über zehn Jahren aufgezeigt, dass medizinisch nicht indizierte Wünsche der Versicherten jährlich rund 2,5 Milliarden Franken kosten. In unserem System der Wahlfreiheit der Versicherten und der Therapiefreiheit der Ärzte lassen sich keine wirksamen Kostendämpfungsmaßnahmen durchsetzen. Dafür bräuchte es Reformen wie Lockerung des Vertragszwanges für Ärzte, Einschränkung der Wahlfreiheit für Versicherte sowie eine gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Nur: wirksame Reformen dürften beim Volk chancenlos sein, wenn schon die Managed-Care-Vorlage vor vier Jahren eine Abfuhr erlitten hat. Mit ihr hätten die Eigenverantwortung der Versicherten sowie eine gewisse finanzielle Mitverantwortung der Ärzte gefördert werden sollen.