

Mittags- veranstaltung: Fünf Mythen in der Schweizer Gesundheits- politik

An der diesjährigen Mittagsveranstaltung der BEKAG am 12. September hielt Dr. rer. pol. Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik von *economiesuisse*, ein Referat über die grossen und kleinen Mythen in der Schweizer Gesundheitspolitik. Im Anschluss wurden die frischgewonnenen Erkenntnisse mit den anwesenden Grossrätinnen und Grossräten rege diskutiert.

Text: Nicolas Felber, Verantwortlicher Printmedien BEKAG

Bild: Dan Riesen, berner-fotograf.ch

Marty startete sein Referat mit einer Erklärung zum Begriff «Mythos» in Verbindung mit Gesundheitspolitik. Er sieht den Ursprung von schlechter Gesundheitspolitik in den falschen Narrativen, die zirkulieren und einen Mythencharakter angenommen haben. Durch den Glauben an diese populären Mythen wiederum wird die Gesundheitsversorgung stark gefährdet – nicht zuletzt wegen der entstehenden Imageschäden für die Gesundheitsbranche und des daraus resultierenden Fachkräftemangels. Marty plädierte, dass diese gefährlichen Mythen durch adäquate Datenanalysen widerlegt und klargestellt werden können und müssen. Nichtsdestotrotz betonte er aber, dass sein

Referat nicht die Meinung vertritt, dass das Gesundheitswesen perfekt sei oder kein Reformbedarf existiere. Sein Referat sei «reine Kritik» und dafür da, gängige Falschauffassungen in der Gesundheitspolitik aufzudecken.

1. Kosten- explosion

Der erste Mythos, den Marty widerlegen will, ist die oft diskutierte «Kostenexplosion». Sowohl in den Medien wie auch in der Bevölkerung sei die Meinung gängig, dass die Kosten im Gesundheitswesen explosionsartig in die Höhe schiessen würden. Dies ist aber gar nicht der Fall gemäss Marty. Er zeigte das



**Der Referent Dr. rer. pol.
Fridolin Marty mit Dr. iur.
Thomas Eichenberger,
Sekretär der BEKAG.**

Kostenwachstum anhand einer Grafik auf, die illustrierte, dass sich das Kostenwachstum linear und nicht exponentiell entwickelt. Da die öffentliche Finanzierung stärker steigt als die private, wirke sich dies dementsprechend auf die OKP-Kosten aus. Eine zentrale Feststellung hierzu: Die Kostenwachstumsraten in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP sinken trotz Ausschlägen in gewissen Jahren. Dies wurde gemäss Marty von Bundesrat Alain Berset vor kurzem sogar in einem Interview bestätigt.

2. Zwei Sündenböcke: Krankenkassen und Pharma

Als Nächstes widmete sich Marty zwei beliebten Sündenböcken in der Ursachendiskussion für das strapazierte schweizerische Gesundheitswesen. Einerseits werden die Krankenkassen oftmals als Schuldige für die – bereits widerlegte – Kostenexplosion identifiziert. Hierbei sei ein gängiger Mythos, dass die immensen Verwaltungskosten, die die Krankenkassen generieren würden, einen direkten Einfluss auf die angeblich wachsenden Kosten hätten. In den letzten über 20 Jahren ist der Verwaltungsaufwand aber

relativ gesunken und trägt laut Marty somit sicherlich nicht zu einem Kostenwachstum bei. Es sei jedoch möglich, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren ändere, da 2021 erstmals seit langer Zeit wieder ein Anstieg dokumentiert wurde. Dass die Verwaltungskosten aber ohnehin nur fünf Prozent der Nettokosten betragen, unterstreicht die Überbewertung der Verwaltungskosten für ein massgebliches Kostenwachstum.

Ein zweiter angeblicher Sündenbock sind die hohen Medikamentenkosten, die zwangsläufig zu hohen Prämien führen sollen. Marty betont hierzu jedoch, dass die Medikamentenkosten in Relation zu den Bruttokosten pro Kopf leicht unterdurchschnittlich ansteigen würden und dass auch hier nicht von einer «Explosion» gesprochen werden kann. Das Wachstum der Medikamentenpreise steige nicht stärker an als dies in anderen Bereichen des Gesundheitswesens der Fall sei. Ganz im Gegenteil zum kursierenden Mythos, dass Medikamentenkosten überdurchschnittlich zur Kostenentwicklung beitragen, sei in der OKP der Kostenanteil stabil; die Medikamentenkosten würden sich weniger stark entwickeln als andere Leistungsbereiche. Wo hingegen eine grössere Kostendynamik zu verzeichnen sei, ist bei Spitalmedikamenten (ambulant), deren Gesamtkostenanteil mit 4,1% aber tief sei. Zusätzlich unterstrich Marty, dass das Wachstum der Bruttowertschöpfung pharmazeutischer Produkte



Dr. med. Esther Hilfiker,
Co-Präsidentin der BEKAG,
während der Begrüssung
der Gäste.

massiv höher sei als die Kostenentwicklung der Medikamente in der Grundversicherung.

3. Zuwanderung als Schuldiger in der Kosten- entwicklung

Martys dritter zu widerlegender Mythos war die Verantwortung der Zuwanderung in Sachen Kostenentwicklung. Dazu galt es zuerst zu klären, welche demographische Gruppe die höchsten Kosten verursacht: Hier lässt sich eine klare Grenze ziehen zwischen unter 60-Jährigen und über 60-Jährigen. Während unter 60 Jahren die Kosten pro Kopf im Jahr 2021 zwischen 1200.– bis 4500.– CHF lagen, betrug sie bei über 60-Jährigen 4500.– bis 19 500.– CHF! Die Gesundheitskosten würden klar mit dem Alter einer Person korrelieren. Dies gilt es nun auf die Zuwanderung in der Schweiz anzuwenden. Nur circa 4% der Zuwanderer sind über 60 Jahre alt, während es in der Schweizer Bevölkerung rund 25% sind. Die ständige Bevölkerung ist an der Spitze der Alterspyramide stärker vertreten als die eingewanderten Personen. 52% der Gesundheitskosten in der Schweiz werden durch über 60-jährige Personen verursacht und dementsprechend erhöht die Zuwanderung die Kosten

nicht, ganz im Gegenteil, sie senkt diese sogar im Durchschnitt pro Kopf, weil die zugewanderten Personen jünger sind.

4. Kosten- beteiligung in der Grund- versicherung

Ein Narrativ, das sich ebenfalls hartnäckig hält, ist die Mär, dass die Kostenbeteiligung in der Grundversicherung in der Schweiz zu den weltweit höchsten gehört. Effektiv ist gemäss Marty die Schweiz in Sachen Kostenbeteiligung ohne Zahngesundheit aber sogar eher tief im internationalen Vergleich; denn seit 2004 wurde die Kostenbeteiligung nicht mehr an die Kostenentwicklung angepasst. Somit sei unsere Kostenbeteiligung weltweit durchschnittlich. Die Kostenbeteiligung habe unter anderem zwei zentrale Vorteile: sie senke die Prämienlast gesunder Personen und könne die Überbeanspruchung gewisser Leistungen dämpfen. Für die Zukunft sei es aber wichtig zu beachten, dass die Franchise nicht so stark erhöht werde wie die Selbstbehaltobergrenze, da letztere diejenigen Personen am meisten belaste, die bereits mit bis zu 90%-Rabatt stark vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG profitieren würden. Marty vertritt die Meinung, dass

die Franchise niedrig gehalten werden sollte, sodass die Bevölkerung nicht von der gesundheitlichen Versorgung ferngehalten wird. Die Selbstbehaltobergrenze hingegen könnte und sollte erhöht werden, da – wie vorherig festgehalten – seit langem keine Anpassung an die Kostenentwicklung mehr stattfand. Eine höhere Kostenbeteiligung würde helfen, das Prämienniveau zu senken.

5. Kostentrend als Gefahr für unser Gesundheitswesen

Martys letzter Fokus in der Dekonstruktion der populären Mythen zur Schweizer Gesundheitspolitik betraf die weitverbreitete Angst, dass sich die Schweizer Bevölkerung ihr Gesundheitswesen zukünftig nicht mehr leisten kann, falls der angebliche Kostentrend anhält. Er begann seine Gegenargumentation damit, dass er die Reserven der OKP mit denen anderer Sozialversicherungen verglich. Während die OKP 2021 10636 Mio. CHF Reserven plus 5,8 Mrd. CHF Rückstellungen hatte, war beispielsweise die Invalidenversicherung (IV) mit 10284 Mio. CHF verschuldet. Zusätzlich zeigte er auf, wie in den Jahren 1996–2021 die Reserven kontinuierlich aufgebaut werden konnten und 2021 33,9% der Nettoleistungen betragen. Da die Daten aber aus 2021 stammen und keine späteren offiziellen Zahlen existieren, konnte er nicht beurteilen, ob die Reserven, wie in den Medien behauptet, seither stark gesunken sind.

Eine grundsätzliche Unterscheidung ist laut Marty zentral im Verständnis der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Indexierung versus absolute Werte. Obwohl die Prämien nämlich prozentual höher ansteigen würden als das durchschnittliche Einkommen, sei der absolute Wert des Einkommensanstieges in Franken pro Monat höher als der Prämienanstieg. In den Jahren 2015–2020 schwankten die Prämien für die Grundversicherung zwischen 6,3%–6,7% und stiegen somit keineswegs immens an. Der prognostizierte Anstieg der Finanzlast von Haushalten durch die Grundversicherung hat sich bis anhin noch nicht bestätigt, müsse aber weiter beobachtet werden. In zwanzig Jahren könne beispielsweise die Prämienbelastung einer Familie auf 9% ansteigen, was aber immer noch finanziert werden könnte. Finanzschwächere Haushalte sollten mit Prämienverbilligungen auf ein akzeptables Niveau der Prämien subventioniert werden, da sonst für gewisse Haushalte die

Belastung bis auf 15%–20% steigen könnte.

Marty sieht die Verbreitung des Mythos dieser ominösen Übertreibung des Gesundheitswesens durch die Medien befeuert, die schon «jahrelang» mahnen würden, dass es «fünf vor zwölf» sei und der baldige Kostenkollaps drohe. Er beteuerte, dass die Prämien für die Normalbevölkerung zwar «lästig» seien, diese aber kein reelles finanzielles Problem darstellen würden. Zusätzlich sei es möglich, die Prämienbelastung durch Prämienverbilligungen zu entschärfen. Sollten die Wachstumsraten des Bruttoinlandsproduktes und der Gesundheitskosten gleichbleiben wie in den letzten Jahren, sei das Schweizer Gesundheitswesen auch in Zukunft «systemisch gut finanzierbar».

Ausblick

Zum Schluss seines Referates bot Marty den Zuhörenden Tipps an, die dem Abbau der destruktiven Mythen in der Schweizer Gesundheitspolitik dienen sollen. Ein erster, zentraler Schritt zur Besserung sei ein Blick auf die wirkliche Datenlage. Die mediale oder auch von einzelnen Meinungsmachern betriebene Bewirtschaftung von Mythen sei nicht im Geringsten hilfreich und eine schlichte Konsultation von öffentlichen Daten könne bereits einige verbreitete Mythen widerlegen. Während das Schweizer Gesundheitswesen einige Aspekte in sich trage, die verbessert werden könnten, sei es keineswegs kurz vor dem Kollaps. Ein Blick über die Landesgrenzen würde genügen, um zu realisieren, dass die Schweiz sich in Sachen Gesundheitswesen «im Vorraum des Paradieses» wähnen dürfe. Darum kämen auch so viele ausländische Gesundheitsfachpersonen in die Schweiz, um ihren Berufen nachzugehen. Es sei zukünftig essenziell, dass die Schweizer Politik und Bevölkerung dieses erwiesene Erfolgsmodell weder im Gesundheitswesen noch in der Wirtschaft gefährde oder zerlege.

Diskussion

Im Anschluss an Martys Referat leitete Dr.med. Esther Hilfiker, Co-Präsidentin der BEKAG, die Diskussion mit den anwesenden Grossrätinnen und -räten ein. Sie fragte Marty provokativ: Gibt es für das Gesundheitswesen keine Lösung, weil es kein Problem gibt? Marty versicherte daraufhin, dass Probleme definitiv bestünden. Allen voran betonte er die Versorgungsproblematik, die durch die Babyboomergeneration und deren Pension entstünde. Schliesslich appellierte Marty an die

Grossrätinnen und Grossräte: «Es gibt viel zu tun, aber man muss die richtigen Massnahmen ergreifen.» Daraufhin meldeten sich diverse Gäste zu Wort und diskutierten ihre Fragen und Gedanken mit Marty. Die prägnantesten Wortmeldungen sind untenstehend zusammengefasst:

Ein erster Grossrat erkundigte sich, ob es kantonale Unterschiede bezüglich der Reserven gebe. Marty betonte hierzu, dass Krankenkassen kantonsübergreifend aktiv seien und dass kantonale Reserven dementsprechend schwierig zu berechnen sind. Gleichzeitig plädierte er dafür, dass man nur schweizweite Zahlen beachtet: «Kantonale Reserven machen versicherungstechnisch keinen Sinn». Einzelne Versicherte einer in einem gewissen Kanton wenig vertretenen Krankenkasse können mit sehr hohen Einzelkosten die Gesamtkosten dieser Kasse derart verzerren, dass sie nicht mehr repräsentativ sind. Solche Versicherte können die Reserven in diesem Kanton stark beeinflussen.

Ein weiterer Teilnehmer fragte Marty anschliessend, welche Lösungsansätze er für die Gesundheitspolitik sehe. Primär sei hierzu auf das Prämienverbilligungssystem zu fokussieren, erwiderte Marty. Dieses müsse genau überprüft und weiterentwickelt werden. Mit dem gleichen finanziellen Aufwand könnte man durch gezielte Anpassungen sozialpolitisch viel verbessern. Ein weiterer Lösungsansatz: die Verbesserung des Images der Gesundheitsbranche. Dieses habe sich stark verschlechtert und müsse unbedingt aufgebessert werden. Es gelte nicht die Schattenseiten der Gesundheitsberufe aufzuzeigen, sondern deren Attraktivität und Stärken zu betonen.

Die nächste Frage zur Finanzierung kam vom Gast Dr.med. Jürg Schlup, Past-President der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, der in Erfahrung bringen wollte, wie Marty die Einheitliche Finanzierung EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär) und deren Einfluss auf die Gesundheitskosten einschätzt. Marty stellte daraufhin erneut klar, dass der stationäre Bereich mit 55% eine viel höhere steuerbasierte Finanzierung erfährt als der ambulante. Sollte also nun der steuerbasierte Bereich wegen der Förderung der ambulanten Leistungen (Zielsetzung «ambulant vor stationär») weiter zurückgehen und derjenige durch die Krankenversicherungen immer weiter steigen, würde sich dies direkt auf die Kopfprämien auswirken, die steigen würden. Dies würde Druck auf die Prämien generieren, der nicht nötig sei. Marty vertrat die Meinung, dass man den steuerfinanzierten Anteil mit der Umsetzung von EFAS gleich halten könne. Durch «kleine Tricks» könnten also Prämienruckprobleme gelöst werden, was es für die Politik sehr



**Grossrätinnen und
Grossräte an der BEKAG-
Mittagsveranstaltung.**

wichtig macht, sich mit dem Thema Finanzierung auseinanderzusetzen. Sie habe sich zu lange nur mit der Steuerung beschäftigt, da man die Finanzierung nicht diskutieren wollte. So sei der privat finanzierte Bereich von 45% auf 32% zurückgegangen, ohne dass dies die Politik explizit beschlossen habe.

In einer weiteren Wortmeldung wurde angestossen, die Rolle der Ärzteschaft und der Therapie zu diskutieren. Marty erklärte hierzu, dass heutzutage viel früher interveniert wird als früher. Jeder und jede wolle schnellstmöglich behandelt werden und seine oder ihre Probleme gelöst wissen. Noch vor zwanzig Jahren sei dies anders gewesen. Als Beispiel nannte er hohen Blutdruck: Während ein Blutdruck über 120 vor zwanzig Jahren noch geduldet worden sei, würde er heutzutage und nach neuen Richtlinien stärker gesenkt. Die Schwelle zum Krankheitsstatus sei gesunken. Zusätzlich sei die Medizin bereits präventiv tätig und würde Gebrechen früher und intensiver therapieren. All dies führte in der Vergangenheit zu zusätzlicher Mengenausweitung, die nun weitgehend abgeschlossen sei. Die Kostenentwicklung sei auch deshalb stabilisiert worden sei, weil die Schweiz heute bereits ein sehr hohes Mass an gesundheitlicher Versorgung erreicht habe. Einzig in der Psychiatrie mangle es da und dort an ausreichender Versorgung.

Die letzte Frage in der Diskussionsrunde der diesjährigen BEKAG-Mittagsveranstaltung

betrug die unklaren Modalitäten für die Fakturierung von «neuen» Leistungen wie z.B. Robotereinsätzen. Marty betonte daraufhin die Wichtigkeit dieser Frage, und dass dies momentan ein riesiges Diskussionsthema sei. Das BAG weigere sich bisher, neue, moderne Entwicklungen in den Leistungskatalog mit einzubeziehen. Bei jeder neu aufkommenden Leistung, wie es der Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen sei, müsse genau überlegt werden, wie diese am zielführendsten einzusetzen und abzurechnen sei. Wie in den anderen Facetten der Finanzierung des Gesundheitswesens müsse auch hier die Politik aktiv werden und sich engagiert mit der Thematik befassen.

Abschliessend bedankte sich Esther Hilfer bei Fridolin Marty für sein fundiertes und aufrüttelndes Referat und bei den Grossrätinnen und Grossräten für ihre rege Teilnahme an der Diskussion. Die Gespräche mit ihnen zeigten, dass sie etliche Gedankenanstösse in die Sessionsarbeit und in ihre politische Tätigkeit mitnahmen.