

BEWERTUNG UND EMPFEHLUNGEN

Das schweizerische Gesundheitssystem ist leistungsfähig und erfüllt seinen Zweck, ist aber auch teuer

Die Menschen in der Schweiz leben länger als beinahe überall sonst auf der Welt. Dies wird von der hohen wirtschaftlichen Entwicklung und einem patientenorientierten Gesundheitssystem begünstigt. Die Bevölkerung verfügt über nahe gelegene Gesundheitsdienste, eine grosse Auswahl an Leistungserbringern und Versicherern und eine breite Deckung der grundlegenden medizinischen Leistungen und Arzneimittel. Das schweizerische Gesundheitssystem gehört zu den besten der OECD. Doch diese Exzellenz hat ihren Preis: 2009 lagen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz bei 11,4% des BIP, also klar über den durchschnittlichen 9,5% in der OECD.

Mit 26 Kantonen, von denen jeder einzelne eine wesentliche Rolle für die Gesundheit seiner Bevölkerung spielt, stellen Innovation und lokale Flexibilität Stärken des schweizerischen Gesundheitssystems dar. Das einzigartig hohe Niveau der direkten politischen Beteiligung auf allen Regierungsebenen in der Schweiz bietet den Schweizer Bürgern und Bürgerinnen die Möglichkeit, auf die Ausrichtung der Gesundheitspolitik Einfluss zu nehmen. Die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems spiegelt sich in einer hohen Patientenzufriedenheit wider.

Höhere Ansprüche an das System sind zu erwarten, insbesondere bei der Behandlung chronischer Krankheiten

Trotz dieser bemerkenswerten Errungenschaften werden sich die politischen Entscheidungsträger der Schweiz in Zukunft bedeutenden Herausforderungen stellen müssen, um die Leistungen des Gesundheitssystems aufrecht zu erhalten und zu verbessern. Die Bevölkerung der Schweiz ist älter als in den meisten anderen OECD-Ländern. Gleichzeitig lassen die heutigen Änderungen im Lebensstil für die Zukunft eine Zunahme der Gesundheitsrisiken unter der Schweizer Bevölkerung voraussehen. Die Prävalenz der Fettleibigkeit ist zwar noch niedrig, doch im Steigen begriffen, insbesondere unter jüngeren Menschen. Diese Tendenz dürfte zusammen mit medizintechnischen Fortschritten dazu führen, dass in den kommenden Jahrzehnten für mehr Schweizer Einwohner und Einwohnerinnen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, an einer oder mehreren chronischen Krankheit zu leiden. Hält diese Tendenz an, so werden die Ansprüche an das schweizerische Gesundheitswesen ebenfalls steigen.

Die Stärken des schweizerischen Systems sind gleichzeitig ein Hindernis für dynamisches Handeln angesichts der bevorstehenden Herausforderungen

Um sich den zukünftigen Herausforderungen stellen zu können, wird sich das heutige schweizerische Gesundheitswesen anpassen müssen. Insbesondere könnte sich die hohe

Verfügbarkeit an Spitalleistungen, die sich in der Schweiz in der Vergangenheit bewährt haben, in Zukunft als inadäquat erweisen, wenn immer mehr Patienten über längere Zeit mit Gesundheitsleistungen versorgt werden müssen, auf welche die Akutspitäler nicht ausgerichtet sind. Es ist daher dringend notwendig, das andere Ende des Spektrums zu stärken, nämlich die Förderung der Gesundheit über die Schwerpunkte Public Health, **Prävention** und Grundversorgung.

Darüber hinaus ist das schweizerische Gesundheitswesen gemessen am BSP eines der teuersten der Welt, auch wenn sich das Ausgabenwachstum in den letzten Jahren verlangsamt hat. Es spricht einiges dafür, dass der Kostendruck auch in Zukunft hoch bleiben wird. Der Spitalbereich ist oft ein wichtiger Faktor für Kostenwachstum und die Schweiz verfügt im Vergleich zu anderen OECD-Ländern gemessen an ihrer Bevölkerungszahl und geographischen Grösse über eine hohe Anzahl an Spitälern. Der von der Versicherung abgedeckte breite Leistungskatalog wird regelmässig ausgedehnt. Das wäre durchaus positiv, wenn es gleichzeitig einen soliden und transparenten Rahmen zur Bewertung der Kostenwirksamkeit gäbe. Ausser bei Versicherungen mit hoher Jahresfranchise oder Managed-Care-Modellen haben Kunden und Leistungserbringer jedoch wenig Anreiz, eine angemessene Menge an Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen bzw. anzubieten. Auch haben die verschiedenen am Gesundheitswesen beteiligten Regierungsebenen bislang keine strengen Budgetkontrollen vorgenommen. Informationen stehen zwar nur beschränkt zur Verfügung, doch scheinen die Preise für Gesundheitsleistungen in der Schweiz relativ hoch zu sein. Eine teure Gesundheitsversorgung ist nicht unbedingt gleichbedeutend mit hoher Leistungsqualität. Im schweizerischen Gesundheitswesen muss daher für ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis gesorgt werden.

Auch wenn die gesamte Bevölkerung krankenversichert ist, die Patienten guten Zugang zu den Leistungen haben und generell mit diesen zufrieden sind, sollte die Schweiz ihre Gesundheitsreformen weiter vorantreiben. Das schweizerische politische System legt grossen Wert auf Konsensbildung. Auf diese Weise finden Reformen zwar einen breiten Konsens, doch kann zuweilen auch die Umsetzung sinnvoller Massnahmen erschwert oder unnötig verzögert werden. In den kommenden Jahren wird die Herausforderung darin bestehen, ein System zu entwickeln, das den sich verändernden Gesundheitsrisiken und Versorgungsbedürfnissen der Schweizer Bevölkerung gerecht wird. Dazu gehören folgende Punkte:

- Reformen sind notwendig, um eine effiziente Koordination von Leistungen zu fördern, die durch mehrere Anbieter und statt zu einem bestimmten Zeitpunkt über einen längeren Zeitraum hinweg erbracht werden, indem beispielsweise von der Bezahlung auf Einzelleistungsbasis abgerückt wird.
- Das schweizerische Gesundheitspersonal wird einen anderen Qualifikations-Mix aufweisen müssen, womit der Bedarf an Allgemeinärzten und Pflegepersonal in der Grundversorgung zunehmen wird.
- Die zahlreichen und stark dezentralisierten für Gesundheitsfragen zuständigen Regierungsebenen müssen schneller auf Veränderungen reagieren und bei nationalen Prioritäten wirksamere (und zuweilen stärker zentralisierte) Massnahmen ergreifen können.
- Die Unterschiede zwischen den Kantonen bei Finanzierung und Zugang zum Gesundheitssystem werden in der Schweiz eher geschätzt, können aber auch Ungleichheiten maskieren. Die gegenwärtig zur Verfügung stehenden Informationen erlauben es nicht, zu überprüfen, ob einkommensbezogene Ungleichheiten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens bestehen.

Die Formulierung einer Empfehlung dazu, welche Richtung das schweizerische Gesundheitssystem einschlagen sollte, um zukünftige Herausforderungen bewältigen zu können, wird aufgrund des mangelhaften Gesundheitsinformationssystems erschwert. Wenn nicht genug in das Sammeln von Informationen investiert wird, um eine angemessene Wissensgrundlage zu schaffen, kann es auch keine «wissensbasierte» Politik geben. Mehr Angaben über Behandlungsergebnisse und Morbidität in Verbindung mit der Gesundheitsversorgung sind notwendig, damit die politischen Entscheidungsträger in der Schweiz genau identifizieren können, welche die grössten Gesundheitsrisiken sind und wer in der Bevölkerung diesen Risiken am meisten ausgesetzt ist. Die Überwachung und Erfassung der Versorgungsqualität beschränkt sich derzeit auf eine Reihe von Spitalindikatoren, die jedoch nicht ausreichen, um Patienten, Versicherer und Regierungen zu befähigen, zwischen den zahlreichen Leistungserbringern und -Settings eine gut informierte Auswahl zu treffen. Auch über Leistungen und Gesundheitspersonal im ambulanten Bereich müssen Statistiken entwickelt werden. Für eine qualifizierte Politik ist ein minimaler Datenbestand mit den wichtigsten Gesundheitsinformationen unerlässlich.

Der gelenkte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern hat zu umfassendem Versicherungsschutz und grosser Auswahl geführt. Als nächstes müssen Qualität und Kosten angegangen werden.

Die schweizerische Krankenversicherung bietet einen umfassenden Versicherungsschutz mit einer grossen Auswahl für die Konsumenten. Die Prämienverbilligungen tragen dazu bei, dass sich auch Familien und einkommensschwache Personen die Krankenversicherungsprämien leisten können. Doch selbst unter Berücksichtigung der Prämienverbilligungen gibt es sowohl innerhalb als auch unter den Kantonen grosse Unterschiede in der effektiven Prämienlast für die Haushalte. Die nach wie vor regressive Finanzierung der Krankenversicherung stellt zusammen mit dem relativ hohen Anteil an Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen für manche Haushalte eine finanzielle Belastung dar. Zugleich setzen wachsende Krankenversicherungskosten die Kantonshaushalte unter Druck.

Nach wie vor gibt es für Versicherer nur schwache Anreize und wenige Hebel, durch Wirksamkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten miteinander zu konkurrieren. Die Tarife für Leistungen werden vorwiegend auf kantonaler Ebene zwischen den Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer vereinbart. Die für die meisten Versicherungsprodukte geltende gesetzliche Verpflichtung, dass *alle* zugelassenen Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein können, trägt jedoch nicht zur Eindämmung der Kosten oder zur Verbesserung der Qualität bei. Die Anzahl der Versicherten, die den Versicherer wechseln, ist zwar insbesondere unter jungen und gesunden Menschen in letzter Zeit gestiegen, bleibt aber dennoch niedrig. Das zeigt, dass die Wahlmöglichkeiten der Konsumenten den Prämienwettbewerb zwischen den Versicherern nicht so stark belebt wie potenziell möglich ist. Zwischen den Kantonen gibt es nach wie vor grosse Prämienunterschiede und Versicherer treten vornehmlich über die Risikoselektion in Konkurrenz. Die Verbesserung der Risikoausgleichsmechanismen mit der Einführung ab 2012 einer neuen Variablen, die auf früheren Spital- oder Pflegeheimaufenthalten basiert, wird dieses Problem teilweise beheben. Ohne eine aktivere Rolle beim Erwerb von Gesundheitsdiensten übernehmen zu können schränkt die Vielzahl an Versicherern jedoch ihre Möglichkeit ein, Mittel und Gesundheitsrisiken zu poolen und kann hohe Verwaltungskosten verursachen.

Obwohl sich eine wachsende Zahl Versicherter Managed-Care-Modellen wie Hausarztnetze, HMOs oder Callcenter mit Telefontriage anschliesst, haben diese Modelle noch keine nennenswerten Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Es ist davon auszugehen, dass das Potenzial der derzeitigen Managed-Care-Modelle, innovative Lösungen zu entwickeln und die Leistungsqualität voranzutreiben, von den Versicherern nicht voll ausgeschöpft wird. Da bei Managed-Care-Verträgen für eine Prämienreduktion der Verzicht auf die freie Arztwahl hingenommen werden muss, ziehen diese erfahrungsgemäss vor allem Personen mit gutem gesundheitlichen Risikoprofil an. Versicherte mit höheren Risiken wechseln nur ungern zu

Managed-Care-Verträgen und damit zu einer eingeschränkten Anbietersauswahl, da sie einerseits befürchten, der Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen könnte eingeschränkt werden, und andererseits nicht darauf vertrauen, dass durch Managed-Care auch für Menschen mit grossem Bedarf an Gesundheitspflege oder mehreren chronischen Krankheiten eine bessere Versorgungsqualität möglich ist. Je mehr gesunde Personen sich jedoch für Managed-Care-Pläne entscheiden, desto mehr könnte die wachsende Beliebtheit dieser Versicherungsprodukte (wie auch der Versicherungsprodukte mit hoher Jahresfranchise) zu einer stärkeren Fragmentierung des Versicherungsmarktes nach Gesundheitsstatus und Risikoprofil führen.

Dennoch bieten Managed-Care-Produkte einen Rahmen, in dem der schweizerische Versicherungsmarkt seine Leistung verbessern könnte. Sowohl für Versicherer als auch für Versicherte sind mehr Anreize notwendig zur Förderung von Managed-Care-Produkten, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität, -effizienz und -koordination bewirken. Diese Versicherungsprodukte sollten die Leistungsanbieter dazu ermutigen, als Team bei der Erbringung koordinierter Leistungen zusammenzuarbeiten, indem sie sich Qualitätsanreize und Evidenz für Best-Practice Medizin zunutze machen. So könnte beispielweise die Verbreitung von Versicherungsprodukten gefördert werden, mit denen die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten verbessert wird (z.B. Disease-Management-Programme), oder von Produkten, bei denen der Einsatz von elektronischen Patientendossiers und Entscheidungshilfen für die Praxis dazu beiträgt, Qualitätsmängeln und unbegründeten Behandlungsunterschieden entgegen zu wirken. Sie könnten ebenfalls dazu dienen, dass Alternativen zur Einzelleistungsvergütung vorangetrieben werden.

Die Schweiz sollte zur Festlegung des Leistungskatalogs Kostenwirksamkeitskriterien anwenden

Die Gesundheitskosten in den meisten OECD-Ländern sind im Steigen begriffen, und bei der Bestimmung der von den Versicherern abzudeckenden Leistungen wird immer öfter auch die Kostenwirksamkeit neuer Behandlungsverfahren berücksichtigt. In der Schweiz wird der Pflichtleistungskatalog zentral festgelegt, und das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für die Aufnahme in den Leistungskatalog. Da die Kostenwirksamkeit jedoch nicht systematisch mit Hilfe einer klar definierten und konsequenten Methodologie untersucht wird, mangelt es dem Entscheidungsprozess an Transparenz. Angesichts des wachsenden finanziellen Drucks im Gesundheitswesen würde es sich lohnen sicherzustellen, dass der Einsatz der Mittel nachweislich auf der Grundlage der Kostenwirksamkeit getätigt wird.

Der zukünftige Mangel an Gesundheitspersonal verlangt eine langfristige nationale Planung, mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen und eine bessere Nutzung der in der Schweiz vorhandenen Arbeitskräfte

Die Schweiz verfügt über eine höhere Dichte an Gesundheitspersonal als die meisten anderen OECD-Länder, doch ist in bestimmten Berufsgruppen und geographischen Gebieten ein Mangel zu befürchten. In einer Zeit, in der die Schweiz mehr Personal in der Grundversorgung benötigen wird, um Leistungen für Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten sicherzustellen und zu koordinieren, ist die Anzahl an Allgemeinärzten und -ärztinnen im Verhältnis zu spezialisierten Fachärzten kontinuierlich am Sinken; auch bestehen zwischen den Kantonen grosse Unterschiede.

Der Personalmangel droht dann aufzutreten, wenn sich auch die Demographie der Beschäftigten im Gesundheitswesen verändern wird. Ärzte und Pflegepersonen werden älter und in den kommenden zwanzig Jahren werden viele in den Ruhestand treten. Zugleich führt die zunehmende Feminisierung des Berufsstandes zusammen mit den Präferenzen der jüngeren Generation zu einer zunehmenden Flexibilisierung der Arbeitszeiten. Diese begrüssenswerte Tendenz könnte mit der weiteren Verbreitung von Gruppenpraxen gefördert werden. Damit liesse sich auch die berufliche Isolierung reduzieren, mit der selbständige Ärzte und Ärztinnen häufig konfrontiert sind.

Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit einer langfristigen nationalen Beschäftigungsstrategie für das Gesundheitswesen. Bei der gesundheitlichen Beschäftigungspolitik ist mehr Koordination und Planung erforderlich, insbesondere zwischen den Bereichen Bildung und Gesundheit. Um den zukünftigen Gesundheitsbedürfnissen einer alternden Bevölkerung gerecht werden zu können, muss die Anzahl der Studenten an medizinischen Fakultäten und Pflegeschulen noch einmal zunehmen. Bislang hat sich die Schweiz in hohem Masse auf ausländisches Gesundheitspersonal verlassen, um die zu erwartenden Engpässe zu bewältigen. Langfristig ist dies keine wirksame Strategie, denn die Schweiz könnte in eine allzu starke Abhängigkeit von der Einwanderung geraten, um ihren Bedarf an Gesundheitspersonal zu decken. Zudem stellt sich das Problem der internationalen Gerechtigkeit gegenüber den Herkunftsländern. Anstrengungen auf nationaler Ebene sollten darauf abzielen, den zukünftigen Personalmangel zu antizipieren und dafür zu sorgen, dass Bildungs- und Schulungseinrichtungen über ausreichend Kapazitäten verfügen, um mehr Studenten aufnehmen und zugleich die Ausbildungsqualität aufrechterhalten zu können. Dabei sind die Ausbildungskapazitäten in der Grundversorgung von vorrangiger Bedeutung, doch muss auch anderen unterbesetzten Fachbereichen gebührende Aufmerksamkeit zukommen.

Zugleich gibt es Spielraum zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, indem mehr finanzielle und nicht-finanzielle Anreize geschaffen und diese besser gestaltet werden. Dazu gehören die Entlohnung der Arbeitskräfte, um weniger beliebte Berufe und Fachbereiche zu unterstützen, die Nutzung von Managed-Care-Verträgen, um Vergütungsmodelle mit besserer Leistungsqualität zu entwickeln, sowie flexiblere Entlohnungssysteme, mit denen Fachkräfte für die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten (wie z.B. Pflegepersonen mit besonderen Qualifikationen) eingestellt werden können. Derartige Massnahmen können dazu beitragen, Gesundheitspersonal anzuziehen und zu behalten, was notwendig sein wird, sollte die Schweiz auch weiterhin zu den Ländern mit der weltweit besten Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung gehören.

Finanzierungsreformen können die Inanspruchnahme der Spitäler in der Schweiz reduzieren

Mehr Leistungen bedeuten nicht notwendigerweise bessere Leistungen, doch bildet die gegenwärtige Organisations- und Finanzierungsstruktur der schweizerischen Spitäler einen Anreiz für ihre Beanspruchung. Die Vereinbarung der Vergütung auf Einzelleistungsbasis im ambulanten Bereich und kantonale Subventionen für öffentliche Spitäler ermutigen die Spitäler mehr zu tun und sind kaum ein Anreiz Kosten zu dämmen. Dies erklärt zum Teil, weshalb die Verweildauer zwar in den letzten zehn Jahren zurückgegangen ist, aber immer noch über dem OECD-Durchschnitt liegt, und warum es in den Schweizer Spitälern immer noch einen geringeren Anteil von eintägigen Spitalaufenthalten an der gesamten Fallzahl gibt als in mehreren anderen Ländern. Die jüngsten Reformen zur Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen sind ein wesentlicher Schritt in Richtung Effizienzsteigerung der Spitäler. Sie bieten einen Anreiz zur Kosteneindämmung und zur Konzentration auf jene Leistungen, in denen die einzelnen Spitäler am kompetentesten und wirtschaftlichsten sind. Sie dürften ebenfalls von früheren Praktiken abhalten, die einer lockeren Haushaltsdisziplin förderlich waren, wie beispielsweise die Deckung finanzieller Defizite am Jahresende durch kantonale Spitalsubventionen.

Diese durchaus sinnvollen Reformen der Spitalfinanzierung werden sicher zur Effizienzsteigerung beitragen. In welchem Masse das jedoch der Fall sein wird, hängt davon ab, wie sie umgesetzt werden. Die von der Vergütung mittels leistungsbezogenen Pauschalen erwartete Effizienzsteigerung könnte gefährdet werden, wenn die kantonalen Spitalsubventionen über die case-mix-angepassten Zahlungen hinaus gehen. Ebenso könnte die Doppelrolle der Kantone als Finanzierer und Betreiber von Spitälern zu einer Verzerrung der Ressourcenzuteilung führen, die der Effizienz schadet. Da die Schweiz zu den OECD-Ländern mit der höchsten Spitaldichte pro Kopf gehört, könnte sich durch die Finanzreform auch die wichtige Frage stellen, ob bestimmte (insbesondere kleine) Spitäler über ausreichend Volumen

verfügen, um im DRG-System bestehen zu können. Bevor die Kantone entscheiden, wie viele Spitalbetten in Zukunft angebracht wären, sollten sie sich neue Informationen über die Kosten von Spitalleistungen, die Sicherheit der Spitäler sowie die Ergebnisqualität beschaffen.

Die Schweiz sollte ihre Schwierigkeiten bei der **Koordination der Prävention mit der Ausarbeitung einer nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik überwinden**

In der Schweiz sind **nachhaltige und koordinierte Anstrengungen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung notwendig**. Das vor kurzem eingeführte Rauchverbot ist eine der wenigen grösseren Präventionsmassnahmen seit dem letzten Bericht der OECD und der WHO vor fünf Jahren (2006). Das ist im Vergleich zu vielen anderen OECD-Ländern in den letzten Jahren eine recht bescheidene Entwicklung. Die stark dezentralisierte Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens förderte vor allem die Ausarbeitung lokal relevanter Präventionsprogramme, aber erschwerte die Entwicklung einer breit angelegten Politik zu den wichtigsten Risikofaktoren für chronische Krankheiten wie Alkoholmissbrauch und Fettleibigkeit. Auch die Umsetzung von Massnahmen, die ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben - wie nationale Brustkrebs-Früherkennungsprogramme - schreitet zu langsam voran.

Dies spiegelt zum Teil die fragmentierten Zuständigkeiten für Präventionsfragen in der Schweiz wider. Nach zahlreichen Diskussionen in den letzten Jahren wurde nun der Entwurf für ein nationales Präventionsgesetz vorgelegt, in dem unter anderem die Schaffung einer nationalen Einrichtung zur Koordinierung von Public-Health-Prioritäten und -Anstrengungen unter den Kantonen vorgesehen ist. Ob diese Einrichtung über die notwendigen institutionellen Einflussmöglichkeiten und Finanzmittel zur effektiven Durchführung breit angelegter Präventionsprogramme verfügt, wird sich zeigen. Da die Kantone nach wie vor für die Durchführung (und Finanzierung) von Public-Health-Programmen zuständig sind, müssen innerhalb der bestehenden schweizerischen Regierungsstrukturen Humanressourcen und Know-how im Bereich Public Health ausgebaut werden. Dies wird dazu beitragen, dass sich der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik von kurativer Versorgung auf eine aktive Förderung der Gesundheit verlagert.

Anders als bei nichtübertragbaren Krankheiten hat sich die Koordinierung beim Schutz vor übertragbaren Krankheiten in der Schweiz deutlich verbessert. Aufgrund der dezentralisierten über die Kantone verteilten Zuständigkeiten können aber immer noch erhebliche Schwierigkeiten auftreten (wie die Erfahrung mit dem H1N1-Ausbruch gezeigt hat). Die vorgesehene Revision des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) bietet eine Gelegenheit, die Rechenschaftspflicht klarer abzustecken und die internationale Vernetzung zu fördern. Dies würde der Schweiz helfen, schneller und wirksamer auf zukünftige Herausforderungen zu reagieren.

Aufgrund der spärlichen Informationen über gesundheitsbezogene Ungleichheiten und Leistungsqualität fällt es schwer zu beurteilen, ob das Preis-Leistungs-Verhältnis bei grossen Investitionen in das Gesundheitswesen angemessen ist

Über gesundheitsbezogene Ungleichheiten stehen in der Schweiz zwar inzwischen mehr Informationen zur Verfügung, aber dennoch sind sie nach wie vor eher spärlich. Mit einem unvollständigen Bild der Verteilung der Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung ist es für Regierungen und Leistungserbringer im Gesundheitswesen schwierig, eine zielgerichtete Politik durchzuführen. Landesweit vergleichbare Daten über gesundheitliche Ergebnisse und Mortalität in Verbindung mit der Gesundheitsversorgung sind notwendig, um Unterschiede im sozioökonomischen und geographischen Querschnitt der Schweizer Bevölkerung identifizieren zu können.

Wie die lückenhafte Erfassung und komplizierte Struktur der schweizerischen Krebsregister zeigt, ist es in einem System mit zahlreichen kleinen und stark autonomen Kantonen schwierig, die zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung notwendigen Daten zu sammeln. Informationen über die Leistungsqualität der Anbieter im Gesundheitswesen beschränken sich

allzu oft auf die Akutversorgung und werden nur dank Initiativen auf lokaler oder kantonaler Ebene bereitgestellt. Die Schweiz ist in hohem Masse davon abhängig, dass sich jeder Arzt, jede Ärztin selber an „best practice“ Methoden orientiert, und besitzt nur begrenzte Möglichkeiten für ein landesweites Benchmarking der Qualität von Gesundheitsleistungen. Während die Konsumenten über eine beträchtliche Auswahl an Leistungserbringern im Gesundheitswesen verfügen, besitzen sie oft erstaunlich wenig Informationen über deren Qualität, um eine gute Auswahl treffen zu können. Jüngste Bemühungen um eine landesweit einheitliche Messung von Fällen, Mortalität und anderen ausgewählten Indikatoren zur Versorgungsqualität in Spitälern sind zwar sehr begrüssenswert, könnten aber durch die Erweiterung des Indikatorenumfangs verbessert und durch die Messung der spitalexternen Versorgungsqualität ergänzt werden.

Durch weitere Reformen liesse sich in der Schweiz das Preis-Leistungs-Verhältnis bei Arzneimitteln verbessern

Die Schweizer Bevölkerung hat Zugang zu einer breiten Palette bezahlbarer Arzneimittel. Die Liste der von der Krankenversicherung zurückerstatteten Arzneimittel ist umfangreich und der Selbstbehalt relativ niedrig. Neue Produkte werden von den Leistungserbringern schnell angenommen. Die Ausgaben für Arzneimittel im ambulanten Bereich machen nur 10% der gesamten Gesundheitskosten aus, was im Vergleich zum OECD-Durchschnitt von 17% relativ wenig ist. Dies spiegelt sowohl die relativ geringen Verbrauchsvolumina als auch die hohen Kosten anderer Gesundheitsleistungen wider.

In den letzten sechs Jahren hat die Regierung mit einigem Erfolg Schritte zur Senkung der relativ hohen Preise für patentierte Arzneimittel und zur Unterstützung des Generika-Marktes unternommen. Inzwischen stimmen die Preise patentierter Arzneimittel mehr als zuvor mit den Preisen in benachbarten Vergleichsländern überein. Dennoch ist der Anteil der Generika am gesamten Arzneimittelmarkt mit nur 12% weit niedriger als in vielen anderen Ländern. Es bedarf zusätzlicher Anstrengungen, um das Potenzial des Wettbewerbs mit den Generika voll auszuschöpfen, beispielsweise durch weitere Preissenkungen oder durch die Anwendung evidenzbasierter Richtlinien für die Praxis, um wo angemessen den Einsatz der günstigeren Generika-Ersatzprodukte zu fördern.

Entscheidungen über Preise und Rückerstattung von Arzneimitteln könnten in Anlehnung an formalisiertere Verfahren in anderen Ländern transparenter und evidenzbasierter getroffen werden. Die Schweizer Behörden sollten sich auf die in einigen Vergleichsländern in den kommenden Jahren bevorstehenden Veränderungen einstellen. So werden beispielsweise Frankreich und Deutschland Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchführen, um einen Höchstpreis für die Vergütung von Arzneimitteln festzusetzen, während Grossbritannien beabsichtigt zu wertbasierter Preisbildung überzugehen.

Governance-Strukturen stellen die lokale Anpassungsfähigkeit sicher, können aber auch die im nationalen Interesse notwendigen Veränderungen behindern

Die Aufteilung der Regierungsbefugnisse zwischen Bund und Kantonen kann zuweilen einen Mangel an politischer Leadership und Reformstreben im schweizerischen Gesundheitssystem nach sich ziehen. Der Bund verfügt zwar bei der Regelung des regulierten Wettbewerbs über breite Kompetenzen, jedoch nicht über die zur Verbesserung des gesamten Systems notwendigen Hebel. Kleine und stark dezentralisierte Kantonsregierungen sind in der Regel sowohl Finanzträger als auch Leistungserbringer, was ihre Motivation zum Aufbau stark rechenschaftspflichtiger und patientenfreundlicher Systeme schmälern kann. Die Versicherer in der Schweiz befinden sich in einem Kontext, in dem sie von der einen Regierungsebene reguliert werden und sich die Spitalkosten im stationären Bereich mit einer anderen Regierungsebene teilen. Dies beschränkt ihre Fähigkeit, ihren finanziellen Einfluss geltend zu machen, um Veränderungen voranzutreiben.

Diese Governance-Strukturen haben die Einführung von Reformen erschwert, mit denen die Prioritäten im System verlagert werden oder gar institutionelle Änderungen eintreten. Die

Kantone haben die schwierige Aufgabe, dauernd zwischen ihrer ressourcen-intensiven Rolle als Spitalbetreiber einerseits und den Ergebnissen, die sie in anderen wichtigen nationalen Prioritäten erzielen müssen, andererseits abwägen zu müssen. Innerhalb der Kantone konkurrieren lokale Mittel für Prävention und Public-Health-Programme häufig mit den teuren aber scheinbar «unmittelbaren» kurativen Ergebnissen der Spitäler. Zugleich hat der Bund wenig finanziellen Einfluss, um die Kantone zu ermutigen, sich vermehrt auf die Prävention zu konzentrieren, weshalb er Veränderungen weder herbeizwingen noch breitangelegte Massnahmen vom Bund aus durchsetzen kann.

Der Bund hat aber Einflussmöglichkeiten auf die Krankenversicherungen, damit diese bei Bewertungsverfahren eine Führungsrolle übernehmen und langfristig nationale Vereinbarungen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes ausgearbeitet werden:

- Obwohl der Bund laut Gesetz für die Bewertung der von der Krankenversicherung abgedeckten Leistungen zuständig ist, werden solche Bewertungen gegenwärtig ad hoc durchgeführt.
- Oft werden neue Produkte keiner wissenschaftlichen Bewertung (HTA, Health Technology Assessment) unterzogen. Der Bund sollte dafür sorgen, dass dies der Fall ist.
- Versicherer haben nur beschränkt die Möglichkeit, mit Hilfe ihrer Einkaufsmacht Kostensenkung und Qualitätssteigerung voranzutreiben. Dies liesse sich verbessern, wenn Versicherer vermehrt selektiv mit Leistungserbringern kontrahieren könnten und für die gesamten Kosten von Spitalleistungen aufkommen müssten.
- Eine bessere «Aufsicht» über die Krankenversicherer, wie in einem Gesetzentwurf vorgesehen ist, hätte das Potenzial für mehr Transparenz bei der Steuerung der Krankenversicherung.

Aufgrund einer Reihe von Spezifitäten im politischen System der Schweiz ist es schwierig, umfassende Reformen durchzuführen und zugleich Innovation und Flexibilität auf lokaler Ebene zu fördern. Die Schweiz muss zwischen den unterschiedlichen Präferenzen der verschiedenen kulturellen Regionen ein Gleichgewicht finden. Die Einflussmöglichkeiten profilierter Interessengruppen sind in einem politischen System mit einem potenziellen Vetorecht via Referendum und langwierigen Entscheidungsprozessen stärker. Langfristig wird das schweizerische Gesundheitswesen jedoch vermehrt in der Lage sein müssen, sich verändernden gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Schweizer Bevölkerung anzupassen. Dazu sind Einrichtungen nötig, die Innovationen und eine grössere Abstimmung zwischen den Akteuren fördern können und eine strategische Vision darüber haben, wie sich das Gesundheitssystem auf Veränderungen von Morbidität und Behinderung einstellen sollte, insbesondere durch **Präventionsförderung**, Verbesserung der Leistungsqualität und Entwicklung der notwendigen Kompetenz- und Qualifikations-Mixe beim Gesundheitspersonal. Das Projekt Nationale Gesundheitsstrategie und das Präventionsgesetz (falls es angenommen wird) sind wichtige Meilensteine in diese Richtung. Durch die Planung und Abstimmung von Anreizen für Bürger, Leistungserbringer, Gemeinden, Kantone und Krankenversicherer könnten noch mehr Fortschritte erzielt werden. Insbesondere könnten organisatorische und finanzielle Anreize in den Bereichen Prävention und ambulanter Versorgung geprüft werden, beispielsweise durch geteilte Verantwortung auf lokaler Ebene.

Wie in der neuen Europäischen Gesundheitspolitik des Regionalbüros der WHO für Europa (*Gesundheit 2020*) empfohlen wird, werden Plattformen notwendig sein, um die Entwicklung von kantons- und gemeindeübergreifenden Politiken und Praktiken zu verbessern. Anstrengungen sind notwendig, um den Austausch von Fachwissen und Praktiken auf lokaler Ebene zu fördern. Wichtig ist dabei die Schaffung von starken Public-Health-Einrichtungen mit

nationalem Einfluss, um strategische gesundheitspolitische Ziele zu formulieren und politische Massnahmen zu bewerten. Dieser Bedarf nach starken Public-Health-Einrichtungen ist in der Schweiz erhöht, da die Kantone aufgrund ihrer unterschiedlichen Grösse nicht alle dieselben Kapazitäten zur Entwicklung politischer Massnahmen besitzen.

Starke öffentliche Einrichtungen müssen durch verbesserte Gesundheitsinformationen ergänzt werden. Die bestehenden Gesundheitsinformationssysteme sind begrenzt und Angaben zu gesundheitlichen Schlüsselindikatoren werden allzu häufig freiwilligen Initiativen oder Leistungserbringern überlassen. Der Bund sollte die Erfassung eines minimalen gesundheitsbezogenen Datensets in allen Kantonen institutionalisieren, um Inkonsistenzen in den von den Kantonen gesammelten Informationen zu beheben. Langfristig sollte die Datenerfassung über Versorgungsqualität, Public Health und ambulante Versorgung beim Bund angesiedelt werden. Damit liesse sich sicherstellen, dass die erfassten Daten einheitlich und vergleichbar sind, und - was noch wichtiger ist - es würde eine Trennung vorgenommen zwischen der Regierungsebene, die für den Gesundheitsbetrieb zuständig ist, und der Ebene, die dessen Leistungen überwacht. Gesundheitsinformationen ermöglichen auch eine bessere Information der Öffentlichkeit über die Gründe für einschneidende Veränderungen wie etwa die Reorientierung des Systems auf Prävention und Grundversorgung, Angleichung des Spitalangebots an die Bedürfnisse der Bevölkerung und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Heimpflege.

Mit der Zeit sollte sich die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen weiterentwickeln. Zunächst besteht die Aufgabe darin, bessere Koordinierungsmechanismen zu entwickeln. Langfristig ist aber ein ambitionierterer Ansatz notwendig, mit dem die Kompetenzen so umverteilt werden, dass eine nationale Politik umgesetzt werden kann, ohne jedoch den Handlungsspielraum für eine auf die lokalen Bedürfnisse zugeschnittene Gesundheitsversorgung einzuschränken, die lange Zeit eines der Hauptmerkmale des schweizerischen Gesundheitswesens war.

Schlussbemerkung

Das schweizerische Gesundheitssystem bietet der Schweizer Bevölkerung eine gesundheitliche Versorgung von hoher Qualität. Wie in anderen OECD-Ländern werden auch in der Schweiz kontinuierliche Reformen des Gesundheitssystems notwendig sein, um sich auf die Herausforderungen der Zukunft einzustellen. Mehr Informationen sind notwendig, um die Qualität der verschiedenen Leistungserbringer miteinander vergleichen zu können; zwischen den Leistungserbringern muss der Informationsaustausch fließender werden; die Grundversorgung muss stärker in den Vordergrund rücken; **kantonsübergreifende Zusammenarbeit ist erforderlich**, um in Zukunft über Gesundheitspersonal mit dem richtigen Qualifikations-Mix zu verfügen und **um breitangelegte Präventionsmassnahmen zu fördern**. Um die laufenden Reformen voranzutreiben, werden im schweizerischen Gesundheitssystem mehr Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und auf Seiten der Kantone mehr gemeinsame Zukunftsplanung notwendig sein. Dies wird notwendig sein, damit die Dynamik und Anpassungsfähigkeit entstehen, mit denen das schweizerische Gesundheitssystem auch weiterhin einen Platz unter den Besten in der OECD einnehmen kann.

Reformempfehlungen für das schweizerische Gesundheitssystem

Für das schweizerische Gesundheitssystem besteht die grundlegende Herausforderung darin, wirksam auf die *Verlagerung hin zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität* reagieren zu können. Dazu werden Änderungen in folgende Richtungen notwendig sein:

1. Verbesserung der strategischen Steuerung (Governance) sowie die Entwicklung verbesserter Informationen für das Gesundheitssystem mittels:
 - Erarbeitung eines übergreifenden Rahmengesetzes für Gesundheit auf Bundesebene, in dem eine gemeinsame Vision und konkrete Ziele für das Gesundheitssystem definiert und zugleich die

unterschiedlichen Ansätze, Vielfalt an Ressourcen, Bedürfnisse und Präferenzen der Kantone anerkannt werden. Es sollte ferner die Rollen und Zuständigkeiten der verschiedenen Regierungsebenen klarstellen, Datenaustausch-Plattformen fördern, Wissen und Analysen für die Erarbeitung von politischen Massnahmen bereitstellen und für die Verbreitung von „Best Practice“ sorgen.

- Aufstellung national vereinbarter Zeitpläne und Standards zur Einrichtung besserer *Gesundheitsinformationssysteme* und Berichterstattungspflicht mit minimalem Datenset für alle Kantone. Datenbanken und regelmässige Erhebungen sollten umfassen: Gesundheitsrisiken; Grundversorgung, Gesundheitspersonal (einschliesslich Pflegepersonal und anderer verwandter Gesundheitsberufe) und ambulante Versorgung; Leistungsqualität im ambulanten, Spital- und Langzeitpflegebereich; Morbidität und Mortalität in Verbindung mit Gesundheitsleistungen sowie gesundheitsbezogene Ungleichheiten (z.B. durch Einkommen, Bildungsniveau oder andere soziale Gegebenheiten).
- Einführung von *elektronischen Patientendossiers*, einer *eindeutigen Patientenidentifizierung* und *individuellen computerlesbaren Smart Cards*, um die Koordinierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu verbessern.
- Stärkung und Institutionalisierung der Koordination zwischen Bundes- und Kantonebenen sowie unter den Kantonen, insbesondere um eine bessere Organisation und Planung der Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

2. Änderung von *Finanzierungs- und Abgeltungsmechanismen* zur:

- *Förderung der Qualität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Koordination der Leistungen.* Kostenwirksamkeitsanalysen der KVG-Leistungen sollten durch den formelleren und systematischeren Einsatz von HTA verbessert werden. Kostenbeteiligungsvereinbarungen sollten derart gestaltet werden, dass der Einsatz kostenwirksamer medizinischer Güter und Leistungen sowie die Prävention gefördert werden. Integrierte Versorgungs- und Managed-Care-Modelle sollten durch Überwachung und Berichterstattung über qualitative Ergebnisse und Erfolge beim Krankheitsmanagement gefördert werden. Vernetzte Leistungsanbieter sollten über Anreize verfügen, um die Prävention in ihr Angebot zu integrieren und eine Kontinuität bei der Versorgung ihrer Patienten sicherzustellen.
- *Verbesserung des wertbasierten Wettbewerbs unter Krankenversicherungen.* Die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern sollte schrittweise zugelassen und die Risikoausgleichsmechanismen weiter verfeinert werden, indem morbiditätsrelevante Risikofaktoren hinzugefügt und vermehrt prospektive Kompensationsberechnungen eingeführt werden.
- *Überwachung der Gleichheit bei der Finanzierung*, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen von Versicherungsverträgen mit hohem Selbstbehalt oder hohen Jahresfranchisen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Wirksamkeit von Mechanismen zum Schutz der sozial Schwächeren (z.B. Prämienverbilligungen) sollte weiter überwacht und die mögliche Festlegung von Mindestanforderungen für die Gewährung von Prämienverbilligungen für anspruchsberechtigte Haushalte soll geprüft werden.

3. Stärkung der strategischen und nationalen Planung des Gesundheitspersonals, um sicherzustellen, dass das zukünftige schweizerische Gesundheitssystem auf die wachsenden Anforderungen und die Veränderungen in Morbiditätsmustern reagieren kann, und zwar mittels:

- Ausbau des Informationssystems zum Gesundheitspersonal, insbesondere zu Pflegepersonal und verwandten Gesundheitsberufen, und Einführung einer systematischen *Überwachung, Evaluation und Berichterstattung* über die nationale Beschäftigungspolitik im Gesundheitswesen.
- Unterstützung von medizinischen Fakultäten und Ausbildungsgängen im Pflegebereich bei der allmählichen Anhebung der Anzahl im Inland ausgebildeter Gesundheitsfachleute, insbesondere in Fachbereichen, in denen ein Mangel zu erwarten ist, wie z.B. in der Allgemeinmedizin.
- Auseinandersetzung mit Fragen der Gerechtigkeit und Wirksamkeit im Zusammenhang mit der internationalen Migration von Gesundheitspersonal auf der Grundlage des WHO-Verhaltenskodexes

für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.

- Baldiger TARMED-Revision zur Erhöhung des relativen Einkommensniveaus für Leistungen der Grundversorger und anderer Fachbereiche, in denen Mangel herrscht.
 - Förderung guter Praktiken wie fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit.
 - Verbreitung von Informationen über „Best Practice“ bei der Personalverwaltung in Spitälern («Magnet-Spitäler»), um diese Erfahrungen als Vorbild zu nehmen.
 - Entwicklung von politischen Massnahmen, um die Anwerbung und Verweildauer (insbesondere in entlegenen und bergigen Regionen) sowie die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern.
 - Unterstützung berufsübergreifender Ansätze sowie beruflicher Weiterbildung, beispielsweise im Kontext von integrierten Versorgungsmodellen oder Disease-Management-Programmen.
 - Entwicklung einer umfassenderen und nachhaltigeren Laufbahnstruktur im Bereich öffentlicher Gesundheit und Gründung eines nationalen Kompetenzzentrums, das mit Public-Health-Fachleuten aus der Praxis, akademischen Einrichtungen sowie Bundes- und Kantonsverwaltungen gemeinsam eine evidenzbasierte politische Beratung im Bereich der öffentlichen Gesundheit erbringen kann.
4. Die Verbesserung der Gesundheit sowie der Qualitätssicherung bei der Gesundheitsversorgung stärken, mittels:
- Systematischer Bewertung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention mit besonderem Augenmerk auf die Durchführung und Überwachung von präventiven Public-Health-Massnahmen, die bislang noch nicht flächendeckend verfügbar sind (Brustkrebs-Früherkennung), nicht konsequent aufgenommen werden (Impfungen) oder kostenwirksam sind (Tabak- und Alkoholbesteuerung).
 - Wesentlicher **Anhebung des Stellenwerts der Prävention** im schweizerischen Gesundheitssystem, **indem beispielsweise Leistungserbringer ermutigt werden, Prävention in ihre Praxis zu integrieren**, sowie durch Annahme eines weitreichenden Bundesgesetzes zur öffentlichen Gesundheit und Prävention, in dem die Aufgabenteilung klar definiert wird und ausreichend finanzielle Mittel vorgesehen sind, um Massnahmen landesweit umsetzen zu können.
 - Stärkung der Rechenschaftspflicht und der Führungskapazitäten innerhalb des Gesundheitssystems, um grössere Fortschritte bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erzielen und zugleich auf nationale Notsituationen besser vorbereitet zu sein.
 - Grösserer finanzieller Unterstützung von nationalen Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.
 - Gesundheitsberichterstattung und Datenerhebung aufgrund von nationalen Qualitätsindikatoren durch Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich.
5. Stärkung der Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsversorgung und Arzneimittelausgaben mittels:
- Prüfung eines Wechsels von der gegenwärtigen dualen Spitalfinanzierung durch Kantone und Versicherer zu einem System, in dem die kantonalen Beiträge an einen einzigen Direktzahler gehen.
 - Gewährleistung, dass die Umsetzung von DRGs mit grösserer Autonomie für Kantonsspitäler verbunden wird, dass neue Informationen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer für die Spitalplanung genutzt und dass DRG-Zahlungen zur Sicherstellung von Grundleistungen (wie Unfall- und Notfalldienste) ergänzt werden.
 - Reduktion der durch Einzelleistungstarife ausgelösten Anreize zur Überversorgung durch Kombination mit anderen Vergütungsarten.

- Vermehrter Verlegung der Akutversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich, Entwicklung horizontaler Versorgung in ambulanten oder stationären Strukturen für Personen, die Langzeit- oder Palliativpflege benötigen oder solche, die an psychischen Erkrankungen leiden.
- Ausweitung der politischen Massnahmen, welche die Aufmerksamkeit für Qualität und Kostenwirksamkeit bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln fördern (z.B. durch den Einsatz von HTAs und verstärkte Förderung von Generika).