Ein Vergleich der kurativen und präventiven Gesundheitskosten von 2002 und 2012

Schweizweit fliessen deutlich mehr Mittel in die kurative Medizin als in die Prävention. Das Verhältnis der durchschnittlichen Nettoausgaben pro Kopf vergrösserte sich zwischen 2002 und 2012 deutlich. Diese Entwicklung steht im Gegensatz zum Public-Health-Paradigma des «Healthy Ageing», welches eine Stärkung der Prävention gegenüber der Kuration empfiehlt, um der ungünstigen Kostenentwicklung im Gesundheitssystem mittelfristig Gegensteuer zu geben.

Markus Kaufmann
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Vier systemische Faktoren prägen das Schweizer Gesundheitswesen wesentlich: Neben der föderalistisch bedingten subsidiären Rolle des Bundes, der liberal geprägten Bevorzugung privater Versicherungslösungen und dem Konzept der sozialstaatlich abgesicherten Solidarität ist v.a. die beherrschende Stellung der kurativen Medizin augenfällig.[1] Ausgehend von der Hypothese, dass die kantonalen und kommunalen Ausgaben für die kurative Medizin deutlich höher sind und stärker wachsen als jene für die präventive Gesundheitsversorgung (nachfolgend: Prävention), stellt der vorliegende Beitrag die entsprechenden Kosten des Jahres 2002 den Kosten für 2012 gegenüber. Der Vergleich basiert auf einer quantitativen Analyse, die Teil einer grösseren Untersuchung war, welche die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung mithilfe von Experteninterviews mit zentralen Akteuren aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung und Verbänden in den politischen Kontext einzuordnen suchte, um sich schliesslich der Frage anzunähern, wie sich die Entwicklung der Gesundheitskosten künftig wirksamer steuern liesse. Die Studie wurde im Rahmen eines Sabbaticals durchgeführt, das von der Swiss School of Public Health + (SSPH+) finanziert worden war.[2]

Methodischer Ansatz

Jährlich veröffentlicht das Bundesamt für Statistik neue Zahlen zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.[3] 2012 beliefen sich die Nettoausgaben der Kantone und Gemeinden für die Gesundheit, ohne die Beiträge an die Sozialversicherungen, auf 13,6 Mrd. Franken. Das entspricht 20 Prozent der insgesamt für das Gesundheitswesen aufgewendeten Kosten.

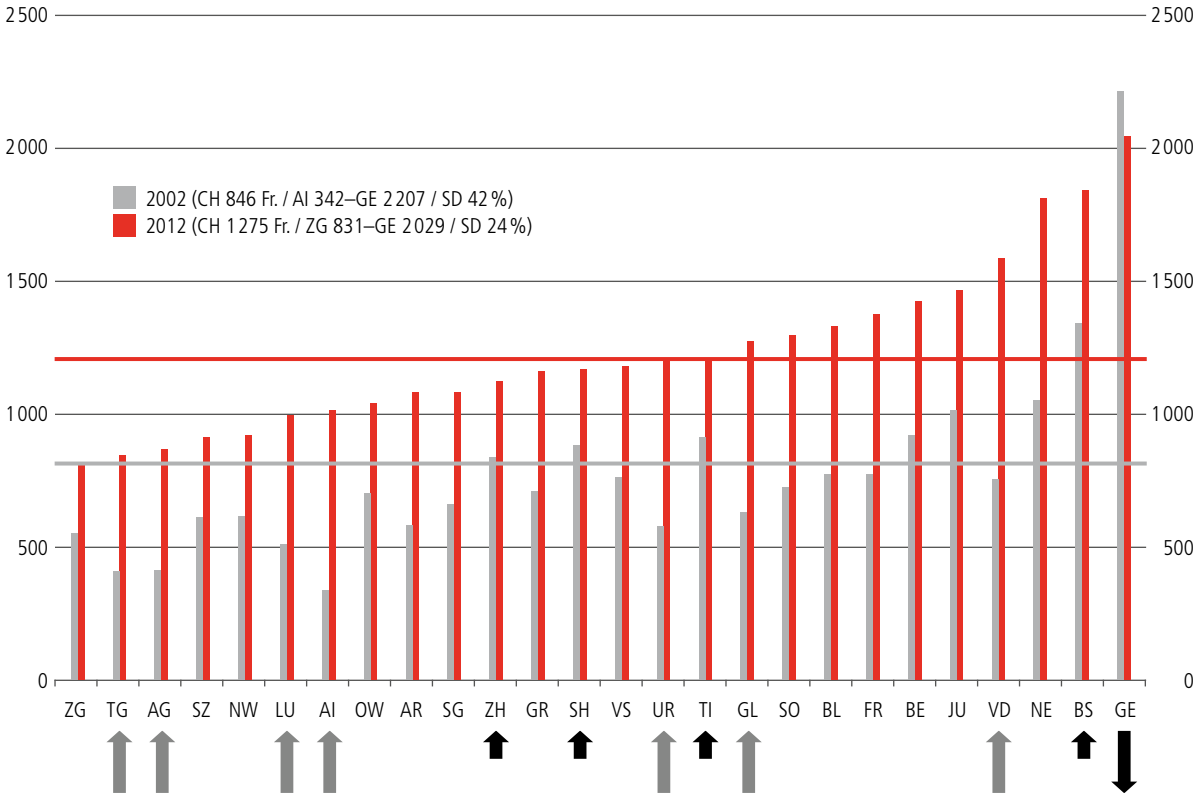
In Vorbereitung der quantitativen Analyse wurden die Nettoausgaben von 2002 und 2012 den Kategorien zugeteilt, wie sie das BFS bei seinen Berechnungen der Gesundheitskosten verwendet, und diese wurden schliesslich den beiden Vergleichsgruppen zugewiesen. Rettung sowie Forschung und Entwicklung bildeten 2002 noch keine eigenständigen Kategorien, weshalb sie aus der Studie ausgeschlossen wurden. Die Kategorien Spital, Heime, Psychiatrie und Ambulant wurden der kurativen Medizin zugewiesen, die Kategorien Lebensmittelkontrolle, Krankheitsbekämpfung, Alkohol/Sucht, Schulgesundheit und Gesundheitswesen der Prävention. Unter der Annahme, dass die einzelnen Kantone ihre Daten jedes Jahr nach vergleichbarem Muster den BFS-Kategorien zuordnen, ist der Vergleich der Kosten entlang der Zeitachse vertretbar. Dies obschon die einzelnen Kantone die Daten teilweise nach unterschiedlichen Kriterien erfassen. Die Psychiatrie beispielsweise wird in einigen Fällen unter der Kategorie Spital subsummiert, sodass neun Kantone die Psychiatriekosten nicht explizit ausweisen. Fünf Kantone wiederum ordnen die Krankheitsbekämpfung

1 Achtermann, Wally und Christel Berset, *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik*, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern 2006

2 Die SSPH+ unterstützt den Austausch zwischen nichtakademischen Institutionen (Bundesämter, Gesundheitsdienste etc.) und Universitäten für Public Health, indem sie Fachexperten und Forschern Kurzzeitsabbaticals von drei bis sechs Monaten im jeweils anderen Berufsumfeld ermöglicht: www.ssphplus.ch → Forschung → Sabbaticals.

3 www.statistik.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Kosten, Finanzierung (Direktzahler Gemeinden: BFS Dokument 111160; Direktzahler Kantone: BFS Dokument 111161; Einwohnerzahlen: BFS Dokument 67125)

Die kantonalen Nettokosten im kurativen Bereich 2002 und 2012 (in Franken) **G1**



Die horizontalen Linien stellen den schweizerischen Durchschnitt der Nettokosten im kurativen Bereich 2002 bzw. 2012 dar.

Quelle: eigene Darstellung

der Kategorie Gesundheitswesen zu, ohne sie separat aufzuführen.

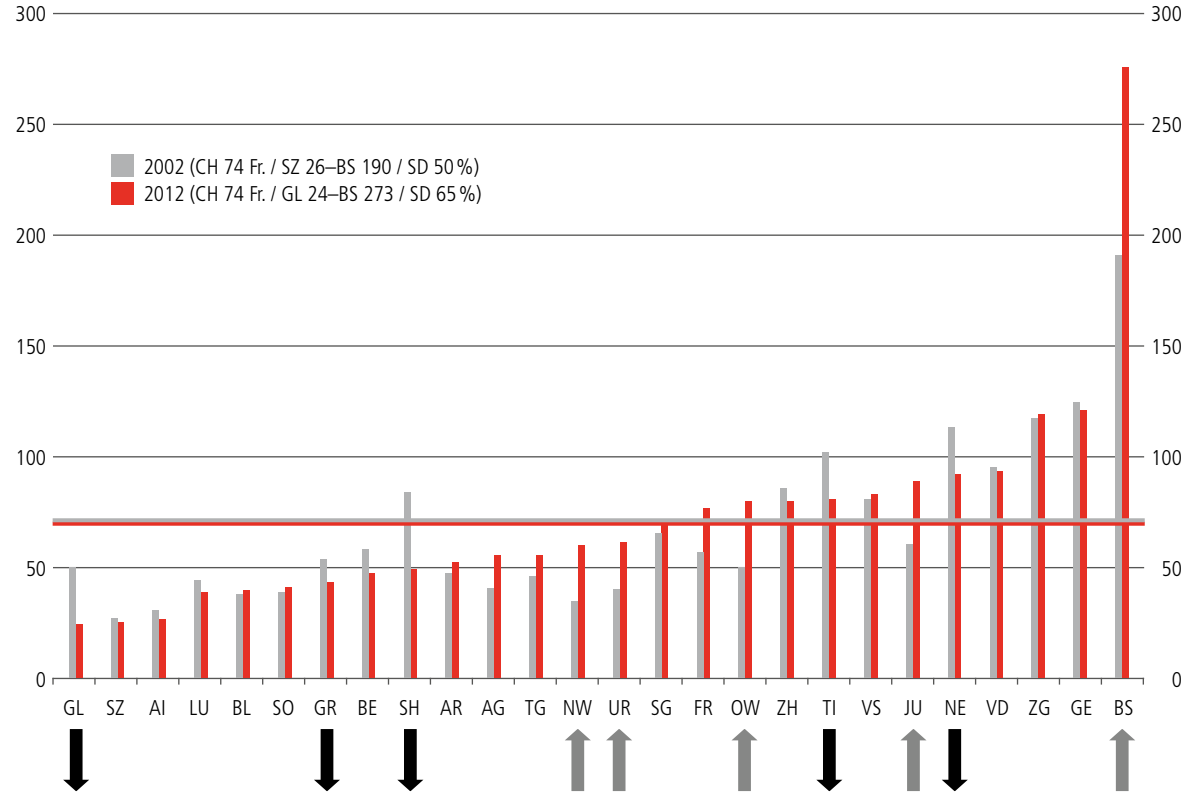
Weil die Investitionskosten von Jahr zu Jahr stark schwanken und das Resultat deshalb unkontrollierbar beeinflusst hätten, wurden sie aus der Analyse ausgeklammert und nur die laufenden Kosten verglichen. Um Verzerrungen zu vermeiden, die sich durch allfällige Wechsel bei den Geldflüssen und mögliche Kompetenzverschiebungen zwischen der Kantons- und Gemeindeebene ergeben würden, wurden stets die Nettokosten (Ausgaben minus Einnahmen) berücksichtigt und die Kosten von Kanton und Gemeinden jeweils zusammengezählt.

Resultate

Zwischen 2002 und 2012 sind die Nettoausgaben pro Einwohner für den kurativen Bereich im schweizerischen Durchschnitt um 51 Prozent gestiegen, von 846 auf 1275 Franken (vgl. Grafik **G1**). Prozentual die grössten Steigerungen gab es in Appenzell Innerrhoden, Aargau, Thurgau, Uri, Glarus und Waadt. Genf verzeichnete als einziger Kanton einen Rückgang. Prozentual am geringsten war das Ausgabenwachstum in den Kantonen Zürich, Schaffhausen, Tessin und Basel-Stadt. Über die Zeit nahm die Streuung unter den Kantonen tendenziell ab. 2002 gab der Kanton mit den höchsten Ausgaben 6,5-mal mehr aus als jener mit den tiefsten Ausgaben, 2012 betrug diese Spanne nur das 2,5-Fache.

Für die Prävention blieben die Nettoausgaben pro Einwohner zwischen 2002 und 2012 konstant bei durchschnittlich 74 Franken (vgl. Grafik **G2**). In 14 Kantonen gab es Steigerungen, prozentual die grössten in Nidwalden, Obwalden, Jura, Uri und Basel-Stadt. Zwölf Kantone gaben 2012 weniger für die Prävention aus als 2002, prozentual am deutlichsten gingen die Kosten in Glarus, Schaffhausen, Tessin, Neuenburg und Graubünden zurück. Die Streuung unter den Kantonen nahm tendenziell zu,

Vergleich der kantonalen Kosten für Prävention 2002 und 2012 (in Franken) G2



Die horizontalen Linien stellen den schweizerischen Durchschnitt der Nettokosten im Bereich Prävention 2002 bzw. 2012 dar.

Quelle: eigene Darstellung

2002 gab der Kanton mit den höchsten Ausgaben 7-mal mehr aus als jener mit den tiefsten Ausgaben, 2012 betrug diese Spanne bereits 11-mal. Während 2002 das Verhältnis der Nettoausgaben pro Kopf von kurativer Medizin und Prävention schweizweit bei 11 zu 1 lag (Minimal- und Maximalwert: Zug 5:1; Schwyz 24:1), betrug es 2012 bereits 17 zu 1 (Basel-Stadt 7:1; Glarus 53:1). Die Untersuchung der Kostenentwicklung zwischen 2002 und 2012 kann damit die vermutete Bevorzugung der kurativen Medizin gegenüber der Prävention belegen.

Im interkantonalen Vergleich, der mit Vorsicht zu interpretieren ist, weil die Kantone bei der Datenerfassung teilweise unterschiedliche Kriterien anwenden, lässt sich kein eindeutiges Muster ausmachen. Es gibt sowohl städtische als auch ländlich geprägte Kantone, die überdurchschnittlich in die Prävention bzw. in die kurative Medizin investieren. Die meisten Kantone der lateinischen Schweiz verzeichnen sowohl für die Prävention als auch für die kurative Medizin höhere Ausgaben als der Landesdurchschnitt (Ausnahme Tessin und Wallis bei der kurativen Medizin). Die Nordwestschweiz gibt mehr für die kurative Medizin und weniger für die Prävention aus (Ausnahme Aargau für die kurative Medizin und Basel-Stadt für die Prävention). Die Ostschweiz und die Zentralschweiz sind in der Tendenz in beiden Bereichen sparsamer als der Landesdurchschnitt (Ausnahme Glarus bei der kurativen Medizin sowie Zürich, Zug und Obwalden bei der Prävention).

Interpretation

Im kurativen Bereich führte die neue Spital- und Pflegefinanzierung mit festgelegten Finanzierungsanteilen in nahezu allen Kantonen zu einer deutlichen Kostensteigerung. Nur der Kanton Genf wies 2012 tiefere Pro-Kopf-Kosten aus, möglicherweise weil die Ausgaben für ausserkantonale Patienten nach 2002 stark zurückgegangen sind. Durch die gesetzlichen Vorgaben des Bundes verringerten sich auch die kantonalen Unterschiede.

Bei der Prävention macht der Bund den Kantonen keine Vorgaben. Entsprechende Vorschläge scheiterten 2012 mit dem Präventionsgesetz. Die Ausgaben stagnierten in den letzten zehn Jahren und die kantonalen Unterschiede nahmen weiter zu. Dies könnte auf die Unterschiede in der kantonalen Finanzkraft zurückzuführen sein, aber auch auf die divergierende Bedeutung, welche die Kantone der Prävention traditionellerweise beimessen. Zudem verlangt der politische Diskurs in einzelnen Kantonen vermehrt eine auf Eigenverantwortung ausgerichtete Gesundheitspolitik und fordert entsprechende Budgetkürzungen bei der Prävention.

Die Ergebnisse der Interviews mit Kantonsvertretern legen den Schluss nahe, dass die Kostensteigerungen im kurativen Bereich bei stagnierenden oder gar sinkenden kantonalen und kommunalen Einnahmen dazu führen, dass innerhalb der Gesundheitsdepartemente widerstrebend Gelder von der Prävention zur kurativen Medizin umgelagert werden. Davon sind neben traditionellen Public-Health-Anliegen wie die Lebensmittelkontrolle oder die Schulzahnmedizin auch die Tabakprävention oder der Kampf gegen Übergewicht und Adipositas betroffen.

Die Kantone folgen damit einem Trend, der in allen OECD-Ländern zu beobachten ist. Die Ausgaben für Prävention sanken dort zwischen 2009 und 2013 um 0,6 Prozent, während die Kosten für die stationäre Pflege um 0,7 Prozent, die ambulante Pflege um 1,8 Prozent und die Langzeitpflege um 2,8 Prozent anstiegen.[4]

Ausblick

Der Einfluss vieler der beschriebenen gesundheitspolitischen Kostenfaktoren, wie die Normenstruktur, Unterschiede in der kantonalen Finanzkraft und generell sinkende Erträge der öffentlichen Hand, wird sich in Zukunft tendenziell verstärken. Dies gilt insbesondere für die starke Verankerung der Spital- und Pflegefinanzierung im gesundheitspolitischen Normengefüge, aber auch die bis anhin hier noch nicht angesprochene demografische Alterung. Die Ausgaben für den kurativen Bereich und die Prävention werden sich deshalb weiter auseinanderentwickeln. Obschon die Kantone für die Prävention und Gesundheitsförderung zuständig sind, nehmen sie ihre Aufgabe tendenziell immer weniger wahr und konzentrieren ihre gesundheitspolitischen Ressourcen zunehmen auf die kurative Medizin.

Viele Prognosen über die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und der Anzahl pflegebedürftiger, kostenintensiver Personen basieren auf dem Paradigma des sog. Healthy Ageing. Dabei wird angenommen, dass die steigende Lebenserwartung keine Zunahme der individuellen Gesundheitskosten verursacht, solange die Anzahl der Lebensjahre, die in guter Gesundheit verbracht werden, mindestens gleich schnell mitansteigt. Anhand dieses Szenarios rechnet die eidgenössische Finanzverwaltung[5] für das Jahr 2060 mit Einsparungen von einem Prozent des BIP, nach heutigem Wert ca. 6,5 Mrd. Franken. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt – allerdings mit einem unterschiedlichen methodischen Ansatz – auch eine Studie der Credit Suisse.[6]

Um Healthy Ageing als gesundheitspolitischen Leitsatz verankern zu können, braucht es eine Umkehr der aktuellen Entwicklung steigender Investitionen in die kurative Medizin bei gleichzeitiger Stagnation in der Prävention. Die nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, die im Sommer 2015 in der Anhörung war,[7] bietet dazu einen wichtigen Ansatz. Zu ihrer Umsetzung müssten sich allerdings Bund, Kantone, Krankenversicherungen und Wirtschaft über die Bedeutung und Finanzierung der Prävention einigen. Mögliche Ansätze zu einem solchen Konsens lassen sich im Unfallbereich finden, in welchem Prävention und Kuration enger miteinander verbunden sind. Lernen liesse sich auch von Deutschland, das Anfang 2016 ein neues Präventionsgesetz in Kraft setzen wird.

4 Kocher, Gerhard, «Grosse nationale Unterschiede», in *Schweizerische Ärztezeitung* 96, 40 2015, S. 1454–1458

5 Colombier, Carsten; «Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060», Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 19; Bern 2012

6 Credit Suisse, «Die Zukunft des Pflegeheimmarkts», in *Swiss Issues Branchen,* 2015

7 www.bag.admin.ch → Themen → Krankheiten und Medizin → Nichtübertragbare Krankheiten

Markus Kaufmann, lic. phil I, MPH,
Projektleiter Prävention und Gesundheitsförderung, Geschäftsführer VBGF, GDK
E-Mail: kaufmann@gdk-cds.ch