



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

# ENTWICKLUNGSSZENARIEN IM GESUNDHEITSWESEN

---

Auszug aus dem Bericht zum Legislaturfinanzplan 2013–2015 vom 25. Januar 2012

## Inhaltsverzeichnis

Seite

### Zusammenfassung

---

91.2	Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen	54
------	---	----

---

### Erläuterung der Ergebnisse

---

Anhang 7	Entwicklungsszenarien Ausgaben im Gesundheitswesen	157
----------	--	-----

---

## Zusammenfassung

### 2 Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen wurde bereits in den ersten Entwicklungsszenarien des Legislaturfinanzplans 2009–2011 untersucht. Gründe für die erneute Wahl des Gesundheitswesens sind unter anderem die starke Abhängigkeit von der Demografie sowie die anhaltend hohe Ausgabendynamik. Zudem sind seit den ersten Entwicklungsszenarien des Legislaturfinanzplans 2009–2011 die Neuordnung der Pflegefinanzierung (seit 1.1.2011 in Kraft) und die Neue Spitalfinanzierung (ab 1.1.2012 in Kraft) beschlossen worden, welche einen spürbaren Einfluss auf die Ausgaben der öffentlichen Hand haben. Beide Reformen führen nach Schätzungen des Bundesamts für Gesundheit zunächst zu einer Zusatzbelastung der öffentlichen Hand in Höhe von knapp 0,3 Prozent des BIP. Längerfristig wird jedoch erwartet, dass die Neue Spitalfinanzierung aufgrund der durch die Fallkostenpauschalen gesetzten Anreize kostendämpfend wirkt (s. unten).

Für die Projektionen der Ausgaben für das Gesundheitswesen sind neben der Alterung der Bevölkerung noch weitere Kostentreiber berücksichtigt worden:

- Der Zusammenhang zwischen zunehmender Lebenserwartung und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung (Morbidität);

- eine erhöhte Nettoeinwanderung;
- der medizinisch-technische Fortschritt;
- wachsende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen;
- der Zusammenhang zwischen Produktivitäts- und Lohnentwicklung im Gesundheitswesen;
- der aus der Verknappung von Gesundheitsfachkräften (insb. Pflegefachkräften) entstehende Lohndruck.

Verschiedene Annahmen über diese Kostentreiber bilden unterschiedliche Szenarien für die Ausgabenentwicklung im gesamten Gesundheitswesen. Auf dieser Basis sind Projektionen für die Ausgaben der öffentlichen Hand für die Gesundheit für den Zeitraum von 2009 bis 2060 erstellt worden. Diese Projektionen zeigen, dass in der Zukunft spürbare finanzielle Zusatzlasten auf die öffentlichen Haushalte zukommen dürften (s. Tabelle). Dabei werden die Ausgaben im Verhältnis zum BIP ausgewiesen. Damit lässt sich die finanzielle Belastung der Gesellschaft mit der Gesundheit in Prozent ihres jährlichen Einkommens, dem BIP, angeben.

Eine ausführliche Beschreibung der Methodik und Resultate der Entwicklungsszenarien findet sich im Anhang 7.

### Ausgaben für das Gesundheitswesen – Entwicklung im Referenzszenario

in % des BIP			
Ebene	2009	2060	Veränderung 2009–2060
<b>Gesamtes Gesundheitswesen</b>	<b>11,3<sup>1</sup></b>	<b>15,8</b>	<b>4,5</b>
Gesundheit ohne Langzeitpflege	9,5	11,4	1,8
Langzeitpflege (ab 65 Jahren)	1,5	4,3	2,7
<b>Staat</b>	<b>3,5<sup>1</sup></b>	<b>5,6</b>	<b>2,1</b>
Bund	0,4	0,6	0,1
Kantone	2,3	3,9	1,7
Gemeinden	0,3	0,6	0,3
AHV/IV <sup>2</sup>	0,4	0,5	0,1

1 inklusive Ausgaben für die Pflege von Personen unter 65 Jahren

2 Hilflosenentschädigung, Beiträge an medizinische Leistungen und therapeutische Apparate

### Ergebnisse der Projektionen

Die wesentlichen Ergebnisse der Projektionen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der massive Ausgabenanstieg im gesamten Gesundheitswesen von 4,5 Prozent des BIP ist in etwa zu gleichen Teilen auf demografische und nicht-demografische Kostentreiber wie zunehmende Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen. Die grössten Herausforderungen aufgrund der Alterung der Bevölkerung stellen sich in der Langzeitpflege von Personen ab 65 Jahren, was sich in einer sehr hohen Ausgabendynamik manifestiert. In der Gesundheit ohne Langzeitpflege überwiegt der Einfluss der oben genannten nicht-demografischen Kostentreiber sogar etwas. Sehr sensitiv reagiert die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zudem darauf, wie sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung mit der Lebenserwartung ändert. Auch die Lohnkostenentwicklung übt einen hohen Kostendruck aus. Durch eine erhöhte Nettoeinwanderung lässt sich der Druck auf die Gesundheitsausgaben hingegen kaum mildern.
- Für die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben ist die Demografie aufgrund des höheren Gewichts der Langzeitpflege im öffentlichen Sektor noch bedeutender. Die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen nehmen stärker zu als die Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen (60% gegenüber 40% Zuwachs im Verhältnis zum BIP). Aufgrund der Finanzierung von Spitälern und der Langzeitpflege ab 65-Jähriger, etwa durch Ergänzungsleistungen der AHV und Beiträge an Pflegeheime, entstehen die grössten Zusatzlasten bei den Kantonen und Gemeinden. Der Bund ist hauptsächlich durch den Ausgabenanstieg der individuellen Prämienverbilligung betroffen. Bei den Sozialversicherungen (AHV/IV) werden die Zusatzlasten der AHV-Hilflosenentschädigung für pflegebedürftige Personen ab 65 Jahren fast vollständig durch Entlastungen bei den Leistungen der IV kompensiert (etwa tiefere Beiträge für medizinische Leistungen oder therapeutische Apparate). Dies ist auf den erwarteten Rückgang der Erwerbsbevölkerung zurückzuführen.
- Die vorliegenden Projektionen zeigen zudem, dass verschiedene gesundheitspolitische Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen könnten. Dazu zählen die Förderung von Managed-Care-Modellen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die Neue Spitalfinanzierung (Fallkostenpauschalen) und die bundesrätliche Strategie «eHealth» (Einführung eines elektronischen Patientendossiers). Allerdings ist das Einsparungspotential im Vergleich zu den Effekten einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung gering. Ähnlich hohe

Kosteneinsparungen wie bei Letzterem könnten durch eine deutliche, jedoch nicht einfach umzusetzende Anhebung des Produktivitätsfortschritts in der Langzeitpflege erreicht werden.

Ein internationaler Vergleich mit den aktuellen Projektionen der EU-Kommission zeigt, dass der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben der Schweiz (hier: plus Ausgaben der OKP) höher als in den 15 westlichen EU-Staaten ausfällt (Gesundheit ohne Langzeitpflege CH: +1,7% des BIP, EU-15: +1,5% des BIP). Dies gilt insbesondere für die Langzeitpflege (CH: +1,8% des BIP, EU-15: +1,2% des BIP). Verantwortlich dafür könnten eine konservativere Annahme zum inländischen Produktivitätsfortschritt oder höhere Gesundheitsausgaben für die ältere Bevölkerung im Basisjahr 2009 sein.

Im Vergleich zu den Entwicklungsszenarien zum Legislaturfinanzplan 2009–2011 wird eine stärkere Alterung der Bevölkerung erwartet, was sich in einem höheren Anstieg der Gesundheitsausgaben äussert (Zusatzlast rund 0,5% des BIP). Diese Entwicklung wird aber durch einen gegenläufigen Basisjahreffekt überdeckt.

### Handlungsempfehlungen

Insgesamt weisen die Projektionsergebnisse darauf hin, dass der aus der Alterung der Bevölkerung resultierende Druck auf die Gesundheitsausgaben sich insbesondere durch Massnahmen dämpfen liesse, welche den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern, ein moderates Lohnkostenwachstum im Gesundheitswesen gewährleisten und die Effizienz im System der Gesundheitsversorgung erhöhen. Aus den vorliegenden Projektionen können die folgenden gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen zur Kosteneindämmung abgeleitet werden:

- Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, u.a. durch Präventionsmassnahmen;
- eine langfristige Ausbildungs- und Personalplanung, insbesondere zur Verhinderung eines Engpasses im Pflegebereich;
- Produktivitäts- und Effizienzsteigerungen, beispielsweise durch eine integrierte Versorgung chronisch Kranker, den effizienten Einsatz neuer Technologien und die Setzung zielorientierter Anreize im Tarifbereich;
- Stärkung der Langzeitpflege zu Hause und der informellen Pflege.

Schliesslich dürften die bereits angesprochenen gesundheitspolitischen Massnahmen dämpfend auf die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen wirken.

## Erläuterung der Ergebnisse

### 1 Einleitung

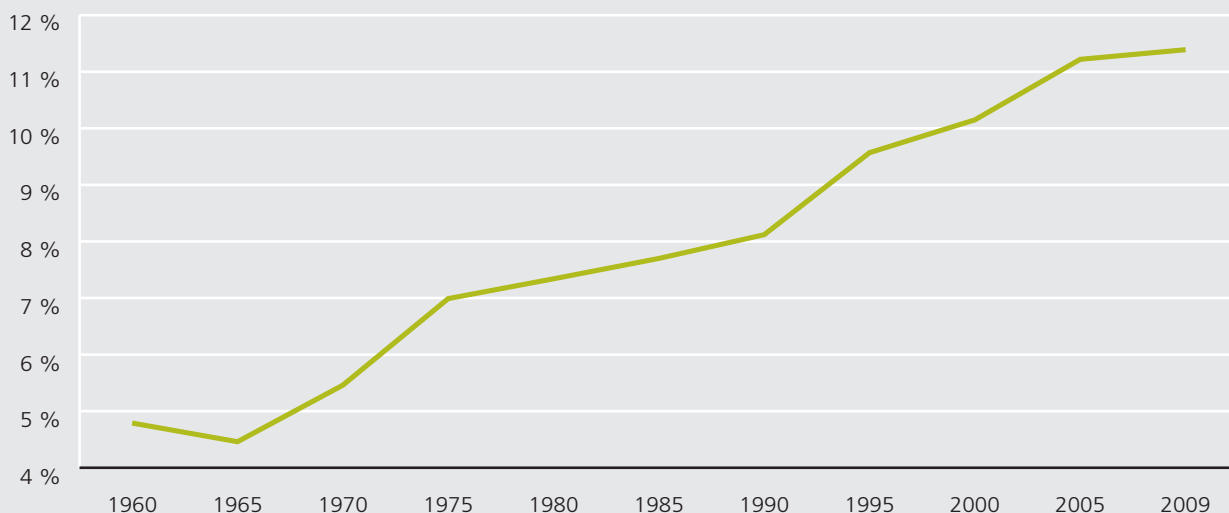
Damit in der Finanzpolitik langfristige Entwicklungen wie die Demografie berücksichtigt werden können, benötigt der Bund entsprechende Instrumente. Artikel 8 der Finanzhaushaltsverordnung (seit 2006 in Kraft) trägt diesem Bedürfnis Rechnung, indem er den Bundesrat beauftragt, mindestens alle 4 Jahre Entwicklungsszenarien für bestimmte Aufgabenbereiche zu unterbreiten. Diese greifen über den Horizont der Finanzplanung hinaus und zeigen Entwicklungstendenzen und ihre finanziellen Folgen auf, sowie Ansatzpunkte für mögliche Steuerungs- und Korrekturmassnahmen.

Nach dem das Gesundheitswesen bereits in den ersten Entwicklungsszenarien des Legislaturfinanzplans 2009–11 berücksichtigt wurde, liegen nun zum zweiten Mal Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen vor. Die Wahl lässt sich folgendermassen begründen: Das Gesundheitswesen wird durch demographische Faktoren stark beeinflusst. Von diesen wird in den kommenden Jahrzehnten zunehmender Druck ausgehen. So wird gemäss dem «mittleren» Szenario (A-00-2010) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für die Bevölkerungsentwicklung etwa der Anteil der über 80-Jährigen von 5 Prozent im Jahr 2010 auf 12 Prozent im Jahr 2060 steigen. Das Gesundheitswesen betrifft zudem alle drei Staatsebenen und wird von einer Vielzahl von Akteuren sowie von komplexen Zusammenhängen geprägt. Dementsprechend hat sich in den letzten Jahren eine hohe Kostendynamik entfaltet, die nach wie vor anhält: das Verhältnis

der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) hat sich in der Zeit von 1960 bis 2009 von 4,8 Prozent auf 11,4 Prozent (2009) weit mehr als verdoppelt (s. Grafik 1). Des Weiteren können mittels dieses Berichtes die Auswirkungen von Reformen abgeschätzt werden, etwa der Neuordnung der Pflegefinanzierung (seit 01.01.2011 in Kraft) und der Neuen Spitalfinanzierung (ab 01.01.2012 in Kraft). Zudem ermöglicht dieser Bericht einen Vergleich mit den Ergebnissen der ersten Entwicklungsszenarien aus dem Jahr 2008 (Zeithorizont 2005–2050). An dieser Stelle sollte ausserdem betont werden, dass ein gut organisiertes Gesundheitswesen den Gesundheitszustand der Bevölkerung und damit auch der Erwerbsbevölkerung verbessern kann und folglich einen positiven Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung zu leisten vermag.

In diesem Bericht werden Projektionen der Entwicklung der Gesundheitskosten vom Jahr 2009 bis zum Jahr 2060 vorgestellt. Sie sollen aufzeigen, wie sich die finanzielle Belastung der öffentlichen und privaten Haushalte durch die Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum verändert. Weil die Projektionen jedoch über einen langen Zeithorizont erstellt werden, sind sie mit einer grossen Unsicherheit behaftet. Dieser Problematik wurde Rechnung getragen, indem die Projektionen nicht als Prognosen erstellt wurden, sondern als «wenn-dann»-Aussagen, basierend auf verschiedenen Szenarien mit jeweils unterschiedlichen zugrundeliegenden Annahmen (s. Abschnitt 2). Die Ausgaben werden in diesem Bericht, wenn es nicht anders ausgeführt ist, in Prozent des um die Konjunktur bereinigten BIP angegeben.

**Grafik 1: Ausgaben im Gesundheitswesen von 1960 bis 2009**  
(in BIP %)



Das BIP stellt einen Indikator für die Einkommensentwicklung der inländischen Volkswirtschaft dar. Werden die Ausgaben im Verhältnis zum BIP ausgewiesen, lassen sich die Änderungen der finanziellen Belastung der öffentlichen und privaten Haushalte in Prozent des Einkommens erfassen. Für die Abschätzung der Kosteneffekte wurden Annahmen für einige makroökonomische Kennzahlen getroffen. Sie sind dem Basisszenario der Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen entnommen.<sup>1</sup>

Der folgende Abschnitt erläutert die Methodik, die bei der Erarbeitung der Projektionen verwendet wurde, und diskutiert die zugrunde liegenden Annahmen. In den Abschnitten 3 und 4 werden die Hauptergebnisse der Berechnungen präsentiert. Für diese Berechnungen ist unterstellt worden, dass keine Reformmassnahmen im Gesundheitswesen ergriffen werden. Sie zeigen auf, wie sich die gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen entwickeln (Abschnitt 3) und wie sich diese Entwicklungen in den öffentlichen Haushalten niederschlagen könnten (Abschnitt 4). Abschnitt 5 präsentiert Resultate aus den Projektionen sogenannter Effizienzzenarien. Sie dienen dazu abzuschätzen, welche Kosteneinsparungspotentiale sich durch Politikreformen realisieren liessen. Im Abschnitt 6 werden die Ergebnisse mit denjenigen der Entwicklungsszenarien von 2008 (Legislaturfinanzplan 2009–2011) verglichen. Der letzte Abschnitt diskutiert mögliche Ansatzpunkte für Steuerungs- und Korrekturmassnahmen.

## 2 Methodik und Annahmen

Die Vorgehensweise bei der Erarbeitung der Projektionen im Gesundheitswesen stützt sich auf eine international verbreitete Methodik ab.<sup>2</sup> Ausgehend von den Gesundheitsausgaben im Basisjahr 2009 werden in einem ersten Schritt die Ausgaben, aufgeteilt nach Alterskohorten und Geschlecht, mit der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2060 projiziert. Für die Bevölkerungsentwicklung wird entweder das mittlere Bevölkerungsszenario (A-00-2010) oder ein Szenario mit höherer Migration (A-17-2010) des Bundesamts für Statistik herangezogen.<sup>3</sup> Basierend auf den projizierten gesamten Gesundheitsausgaben erfolgen in einem zweiten Schritt die Projektionen für die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit, wobei die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung und die Ergänzungsleistungen der AHV, welche in den öffentlichen Finanzen der sozialen Wohlfahrt zugeordnet sind, ebenfalls berücksichtigt werden. Dabei ist in Entsprechung zu Arbeiten von OECD und EU-Kommission zwischen den Bereichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege und der Langzeitpflege (ab 65 Jahren) unterschieden worden, da diese Bereiche unterschiedlich von den Kostentreibern

im Gesundheitswesen betroffen sind. Im Unterschied zu den ersten Entwicklungsszenarien werden zwei Arten von Szenarien vorgestellt. Einerseits werden ein Referenzszenario und Alternativszenarien unter der Annahme aufgestellt, dass sich der Status Quo der Regulierungen im Gesundheitswesen nicht ändert («no-policy-change»). Das Referenzszenario orientiert sich im Wesentlichen an den entsprechenden Arbeiten der EU. Dies erhöht die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der EU (s. Kasten 1). Andererseits werden Effizienzzenarien vorgestellt, welche die Kosteneinspareffekte von Reformmassnahmen gegenüber den projizierten Ausgaben des Referenzszenarios abzuschätzen versuchen.

Neben den unmittelbaren Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Gesundheitsausgaben, sollen diejenigen Effekte dargestellt werden, welche über eine Veränderung des Gesundheitszustands (Morbidität) der Bevölkerung ausgabenwirksam werden können. In den verwendeten Bevölkerungsszenarien wird von einer steigenden Lebenserwartung ausgegangen. Es stellt sich nun die Frage wie sich die Morbidität der Bevölkerung mit der zunehmenden Lebenserwartung verändert. Da es über diese Veränderung empirisch kaum Anhaltspunkte gibt, werden Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Veränderung der Morbidität unterstellt, welche weiter unten im Text erläutert werden.

Neben den Auswirkungen des demografischen Wandels sollen die Projektionen die Effekte wichtiger nicht-demografischer Kostentreiber aufzeigen.

- Als erstem nicht-demografischem Einflussfaktor wird dem empirisch beobachtbaren Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben Rechnung getragen. So stiegen in der Vergangenheit Letztere gegenüber dem gesamtwirtschaftlichen Einkommen überproportional an. Dieser Zusammenhang erfasst nachfrage- wie auch angebotsseitige Effekte wie zum Beispiel Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und den medizinisch-technischen Fortschritt.
- Der zweite Faktor betrifft die Produktivitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Empirisch ist diese schwierig zu messen und dürfte je nach Bereich unterschiedlich sein. So dürften die Produktivitätsfortschritte in der arbeitsintensiven Langzeitpflege gering sein, während im kapital- und technologieintensiveren Spitalsektor eher Produktivitätsfortschritte zu erwarten sind. Ein im Vergleich zur Gesamtwirtschaft geringeres Produktivitätswachstum erzeugt einen Kostendruck, wenn die Löhne im Gesundheitswesen längerfristig im Gleichschritt mit den Löhnen in der übrigen Wirtschaft wachsen. Als Folge steigen die Preise im Gesundheitswesen stärker als in der übrigen Volkswirtschaft. Dieser Preiseffekt wird in der Gesundheitsökonomik als Baumoleffekt bezeichnet. Diesem wird vorwiegend für die Langzeitpflege eine hohe Bedeutung beigemessen, so dass der Baumoleffekt nur für diesen Bereich des Gesundheitswesens berücksichtigt wird.

<sup>1</sup> Die Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen stellen eine Gesamtschau der öffentlichen Finanzen für alle drei Staatsebenen und die Sozialversicherungen bis 2060 dar (s. Kapitel 91/1 Legislaturfinanzplan 2013–15; Eidgenössische Finanzverwaltung (2012), Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz 2012).

<sup>2</sup> Für weitere Erläuterungen zur Methodik und eine detaillierte Übersicht der Ergebnisse s. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung Nr. 18.

<sup>3</sup> Das Bundesamt für Sozialversicherungen verwendet das Bevölkerungsszenario A-17-2010 für die Finanzperspektiven von AHV und IV.

- Im personalintensiven Gesundheitswesen, das etwa 70 Prozent seiner Ressourcen für Personal aufwendet, ist die Lohnkostenentwicklung als ein gewichtiger dritter Faktor zu nennen. Vor dem Hintergrund der Alterung von Bevölkerung und Gesundheitspersonal müssten zur Aufrechterhaltung des heutigen Versorgungsniveaus im Gesundheitswesen gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums bis zum Jahr 2030 120 000 bis 190 000 Personen rekrutiert werden (derzeitiger Beschäftigungsstand: 300 000 Personen).<sup>4</sup> Der Löwenanteil des Bedarfs entfällt mit 90 Prozent auf die Langzeitpflege. Hinzu kommt der Rückgang der Erwerbsbevölkerung in ganz Europa, so dass es zu einer merklichen Verknappung an Gesundheitsfachkräften kommen kann. Die Folge kann ein vergleichsweise hoher Lohnzuwachs im Gesundheitswesen mit einer entsprechenden Verteuerung der Gesundheitsleistungen sein.
- Compression of Morbidity: Abweichend vom Referenzszenario kann die Bevölkerung über das Plus an Lebensjahren hinaus noch zusätzliche Lebenszeit in einem guten Gesundheitszustand verbringen. Die Lebenszeit, welche in Krankheit verbracht wird, nimmt ab (absolute Verringerung der Morbidität).
- Lohndruck: Die erwartete Verknappung an Gesundheitsfachkräften führt zu einer beschleunigten Lohndynamik. Dabei wird im Unterschied zum Referenzszenario unterstellt, dass der jährliche Reallohnzuwachs mit einsetzendem Rückgang der Erwerbsbevölkerung um das 1,2-fache stärker als die mit 1 Prozent unterstellte jährliche Zunahme für die gesamte Volkswirtschaft ausfällt.

Für die Projektionen der Gesundheitsausgaben werden unterschiedliche Annahmen für die oben beschriebenen Kostentreiber getroffen, um der Unsicherheit bezüglich der Bedeutung dieser Kostentreiber Rechnung zu tragen. Dies mündet in unterschiedliche Szenarien für die Gesundheitsausgaben. Ein Schwerpunkt dieser Projektionen wird auf die Wirkungen unterschiedlicher Annahmen über die demografischen Kostentreiber gelegt. Für die Projektionen wurden die folgenden Szenarien für die Gesundheit ohne Langzeitpflege aufgestellt:

- Referenzszenario: Die Hälfte der gewonnenen Lebensjahre kann die Bevölkerung in einem guten Gesundheitszustand verbringen (teilweise Ausweitung der Morbidität). Zudem beeinflusst die Zunahme des gesamtwirtschaftlichen Einkommens den Anstieg der Gesundheitsausgaben über Nachfrage- wie auch Angebotseffekte überproportional (Faktor: 1.1). Der Baumoleffekt wird nicht berücksichtigt. Die Bevölkerungsentwicklung wird mit dem Szenario A-00-2010 des Bundesamts für Statistik fortgeschrieben.
- Migration: Im Unterschied zum Referenzszenario basiert das Szenario Migration auf dem Bevölkerungsszenario A-17-2010, welches eine höhere Nettoeinwanderung in die Schweiz als das Szenario A-00-2010 unterstellt. Aufgrund der stärkeren Zunahme der Erwerbsbevölkerung nimmt die wirtschaftliche Dynamik gegenüber dem Referenzszenario zu, was dämpfend auf die Zunahme der Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP wirkt.
- Pure Ageing: Abweichend vom Referenzszenario erlebt die Bevölkerung die zusätzlichen Lebensjahre in einem schlechten Gesundheitszustand (Ausweitung der Morbidität).
- Healthy Ageing: Im Unterschied zum Referenzszenario wird unterstellt, dass die Bevölkerung die gewonnenen Lebensjahre in einem guten Gesundheitszustand verbringt (relative Verringerung der Morbidität).

Im Bereich der Langzeitpflege wurden dieselben Szenarien konstruiert. Für diese wurden analog zum Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege dieselben Annahmen bezüglich der Demografie und der Morbidität, das heisst der Pflegebedürftigkeit, getroffen. Aufgrund des enormen Bedarfs an Pflegekräften wird für das Lohndruckszenario der Langzeitpflege eine noch höhere jährliche Reallohnzunahme als für die Gesundheit ohne Langzeitpflege unterstellt, das 1,3-fache des durchschnittlichen Reallohnzuwachses. Zudem wird in den genannten Szenarien für die Langzeitpflege davon ausgegangen, dass keine Produktivitätsfortschritte erzielbar sind und somit der Baumoleffekt vollständig wirksam ist. Hingegen spielt kein Einkommenseffekt.

Zusätzlich wurde für die Langzeitpflege ein Effizienzzenario Produktivitätsfortschritt berechnet, in dem im Unterschied zum Referenzszenario davon ausgegangen wird, dass die Gesundheitspolitik den Baumoleffekt abschwächen kann (s. Abschnitt 5).

Für die Gesundheit ohne Langzeitpflege wurde versucht auf Basis empirischer Analysen und Expertenwissen abzuschätzen, inwieweit die neue Spitalfinanzierung, die Strategie «ehealth» des Bundesrates sowie die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes zur Förderung von Managed-Care-Modellen die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen zu dämpfen vermögen (s. Abschnitt 5). Um der Unsicherheit über die Reformwirkungen Rechnung zu tragen, wurden zwei unterschiedliche Annahmen getroffen. In einem moderaten Effizienzzenario wurde unterstellt, dass sich der Spareffekt bis zum Jahr 2020 auf 10 Prozent der projizierten Ausgaben des Referenzszenarios kumuliert. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) geht dabei davon aus, dass sich ungefähr die Hälfte der Einsparungen durch eine Erhöhung des Anteils von derzeit circa 10 Prozent auf 60 Prozent der in Managed-Care-Modellen Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) realisieren liesse. Die weiteren Einsparungen sind auf die neue Spitalfinanzierung und die Strategie «eHealth» zurückzuführen. In einem optimistischen Szenario, dem hohen Effizienzzenario, wurde mit einem Spareffekt von 20 Prozent bis zum Jahr 2020 gerechnet. Dies setzt insbesondere eine deutlich höhere Steigerung des Anteils von Managed-Care-Modellen in der OKP voraus.

<sup>4</sup> Jaccard-Ruedin, H, Weaver, F. (2009) Ageing Workforce in an Ageing Society, Careum Working Paper Nr.1, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

3 Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen

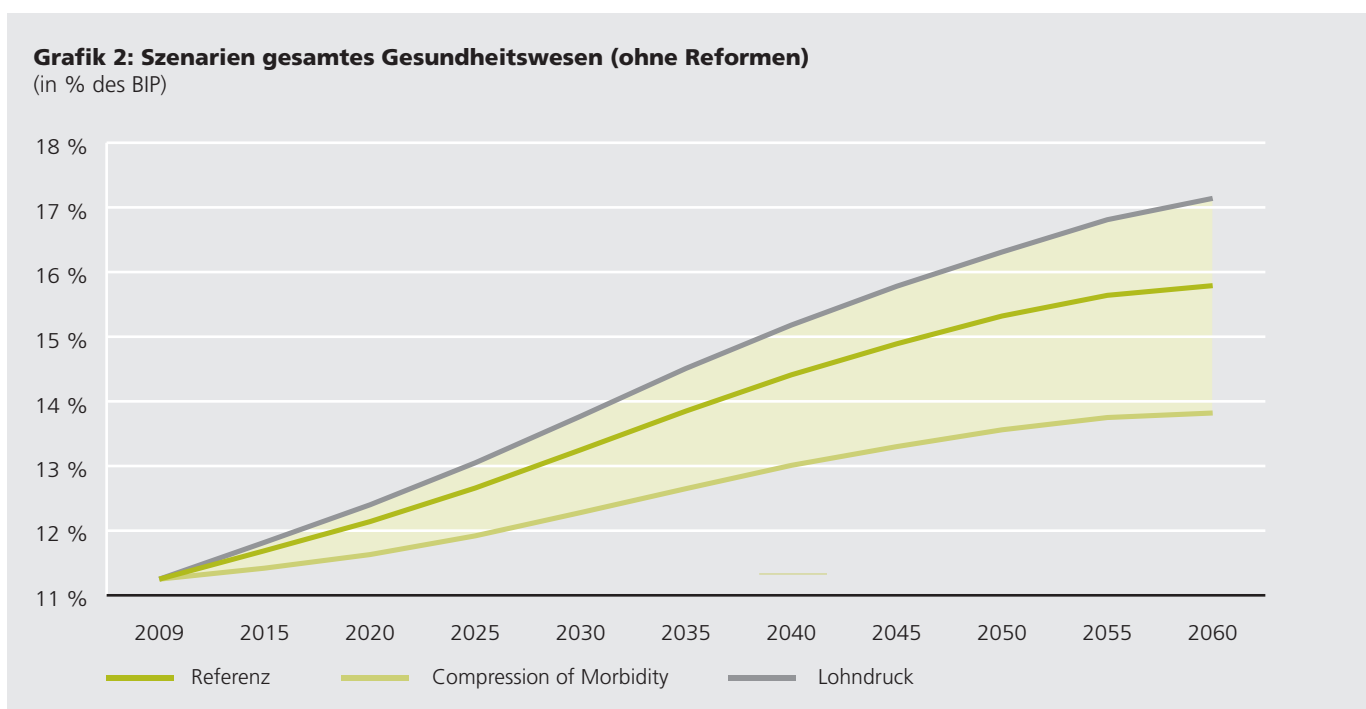
Tabelle 1: Gesamtausgaben für die Gesundheit

in % des BIP Szenario	Basisjahr 2009	2060	Veränderung 2009–2060	Delta zum Referenz- szenario
Referenz		15,8	4,5	
Morbidität				
Pure Ageing		16,9	5,7	1,1
Healthy Ageing	11,3	14,8	3,5	-1,0
Compression of Morbidity		13,8	2,6	-2,0
Migration		15,4	4,2	-0,4
Lohndruck		17,1	5,9	1,4

Die Szenarien im Gesundheitswesen zeigen, dass unabhängig von den unterstellten Annahmen bezüglich der verschiedenen Kostentreiber die Alterung der Bevölkerung zu einem deutlichen Wachstum der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen führen kann, was eine zusätzliche finanzielle Belastung für die privaten und öffentlichen Haushalte bedeutet.<sup>5</sup>

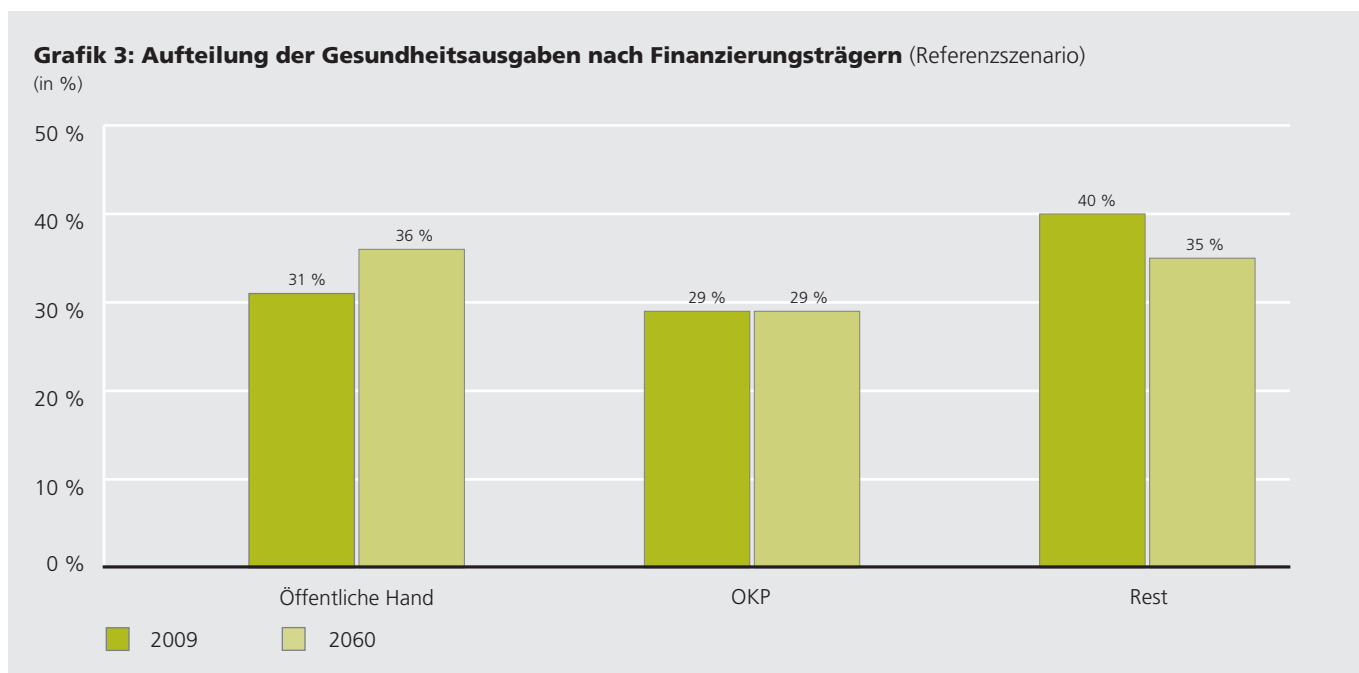
Im Referenzszenario steigen die Ausgaben von 11,3 Prozent des (konjunkturbereinigten) BIP im Basisjahr 2009 auf 15,8 Prozent des BIP im Jahr 2060 (s. Tabelle 1). Dabei ist dieser Ausgabenanstieg jeweils ungefähr zur Hälfte auf demografisch bedingte Entwicklungen und auf nicht-demografische Einflussfaktoren wie die steigende Nachfrage nach Gesundheitsdiensten, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Lohnkosten (Baumolefekt) zurückzuführen.

Um die Sensitivität der Projektionen bezüglich der angenommenen Szenarien zu verdeutlichen, ist in Grafik 2 das Intervall der Projektionen zwischen dem optimistischsten Szenario aus Tabelle 1 (Compression of Morbidity) und dem pessimistischsten Szenario (Lohndruckszenario) angegeben. Dabei sind die Abweichungen von der projizierten Ausgabenzunahme im Referenzszenario (4,5 % des BIP) deutlich, im Lohndruckszenario mit rund 30 Prozent (+1,4 % des BIP) und im Szenario Compression of Morbidity mit über 40 Prozent (-2,0 % des BIP). Dies zeigt, dass die Ausgabenentwicklung recht sensitiv hinsichtlich der Veränderung der Morbidität und der Lohnkostenentwicklung reagiert (s. Grafik 2). Im Unterschied dazu führt die Annahme einer im Schnitt um circa 20 000 Personen pro Jahr höher liegenden Nettoeinkwanderung im Szenario Migration zu einer moderaten Kosteneinsparung gegenüber den Ausgabenprojektionen des



5 Für eine Gesamtübersicht der Ergebnisse gemäss Referenzszenario s. Tabelle A1 im Anhang.





Referenzszenarios von knapp 10 Prozent (-0,4 BIP-%) (s. Tabelle 1). Diese Entwicklung ist auf die höhere Dynamik der BIP-Entwicklung zurückzuführen, welche sich kaum auf die Zunahme der Ausgaben auswirkt.<sup>6</sup>

Der Druck der demografischen Entwicklung lastet insbesondere auf den Ausgaben für die Langzeitpflege. Während im Referenzszenario der Langzeitpflege rund 70 Prozent des Ausgabenanstiegs durch die demografische Entwicklung zu erklären ist, sind es im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege nur rund 40 Prozent. Daraus ergibt sich im Referenzszenario, dass sich der Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege an den Gesamtausgaben bis zum Jahr 2060 mit 27 Prozent gegenüber einem Anteil von 14 Prozent im Basisjahr praktisch verdoppelt. Dahingegen sinkt der Anteil der Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege im selben Zeitraum von 67 Prozent auf 59 Prozent.

Zusammen mit der seit dem 1.1.2011 in Kraft getretenen Neuordnung der Pflegefinanzierung (s. auch Abschnitt 4.2), wonach die Finanzierungsanteile der OKP und der privaten Haushalte an den Pflegekosten gedeckelt werden sollen, dürfte dies zu Mehrbelastungen von Kantonen und Gemeinden führen. Grafik 3 spiegelt diese Entwicklung wider.<sup>7</sup> Danach steigt der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand an den gesamten Gesundheitsausgaben zwischen 2009 und 2060 im Referenzszenario

von 31 Prozent auf 36 Prozent, während der Anteil der OKP praktisch konstant bei 29 Prozent verharrt. Der Anteil der restlichen Finanzierungsträger, zu denen etwa die obligatorische Unfallversicherung (SUVA: Finanzierungsanteil 2009: 3%), die Zusatzversicherungen als auch die privaten Haushalte zählen, würde im Jahr 2060 somit niedriger als im Basisjahr sein.

### 31 Gesundheit ohne Langzeitpflege

In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Ergebnisse für das Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege dargestellt. Es wird aufgezeigt, dass neben der Demografie noch weitere wichtige Kostentreiber auf die Entwicklung der Ausgaben für das Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege wirken könnten. Als relevanter Kostenfaktor ist ein stetig wachsendes gesamtwirtschaftliches Einkommen zu nennen. Im Referenzszenario nehmen die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in den Jahren von 2009 bis 2060 um 1,8 Prozent des BIP zu (s. Tabelle 2).<sup>8</sup> Dabei lässt sich circa 40 Prozent der Ausgabenzunahme auf die Alterung der Bevölkerung zurückführen. Mehr als die Hälfte ist jedoch durch die mit der Einkommenssteigerung verbundenen Nachfrage- und Angebotseffekte erklärbar. Folglich spielen nicht-demografische Kostentreiber wie die steigenden Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen und der medizinisch-technische Fortschritt für die Ausgabenentwicklung eine noch gewichtigere Rolle als die Demografie selbst.

Sehr sensitiv reagieren die Ausgaben zudem auf eine Veränderung der Annahme über den Gesundheitszustand (Morbidität) der Bevölkerung und auf eine überproportionale Lohnzunahme im Gesundheitswesen aufgrund einer Verknappung der Gesundheitsfachkräfte. So steigen zum Beispiel die Ausgaben im Szenario Compression of Morbidity mit knapp einem Prozent

6 Weiterhin liessen sich einige Szenarien miteinander kombinieren, zum Beispiel das Pure-Ageing- mit dem Lohndruckscenario, was entsprechend eine grössere Bandbreite der Ergebnisse als in Grafik 2 angegeben, nach sich ziehen würde. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Berechnungsmethode das Ergebnis einer Kombination von Szenarien nicht einfach der Summe der Ausgabenanstiege in den einzelnen Szenarien entsprechen würde.

7 Die Ausgaben der OKP sind um die Kostenbeteiligung der Versicherten und die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung bereinigt worden. Letztere werden von Bund und Kantonen getragen.

8 Zur Erläuterung der einzelnen Szenarien s. Abschnitt 2.

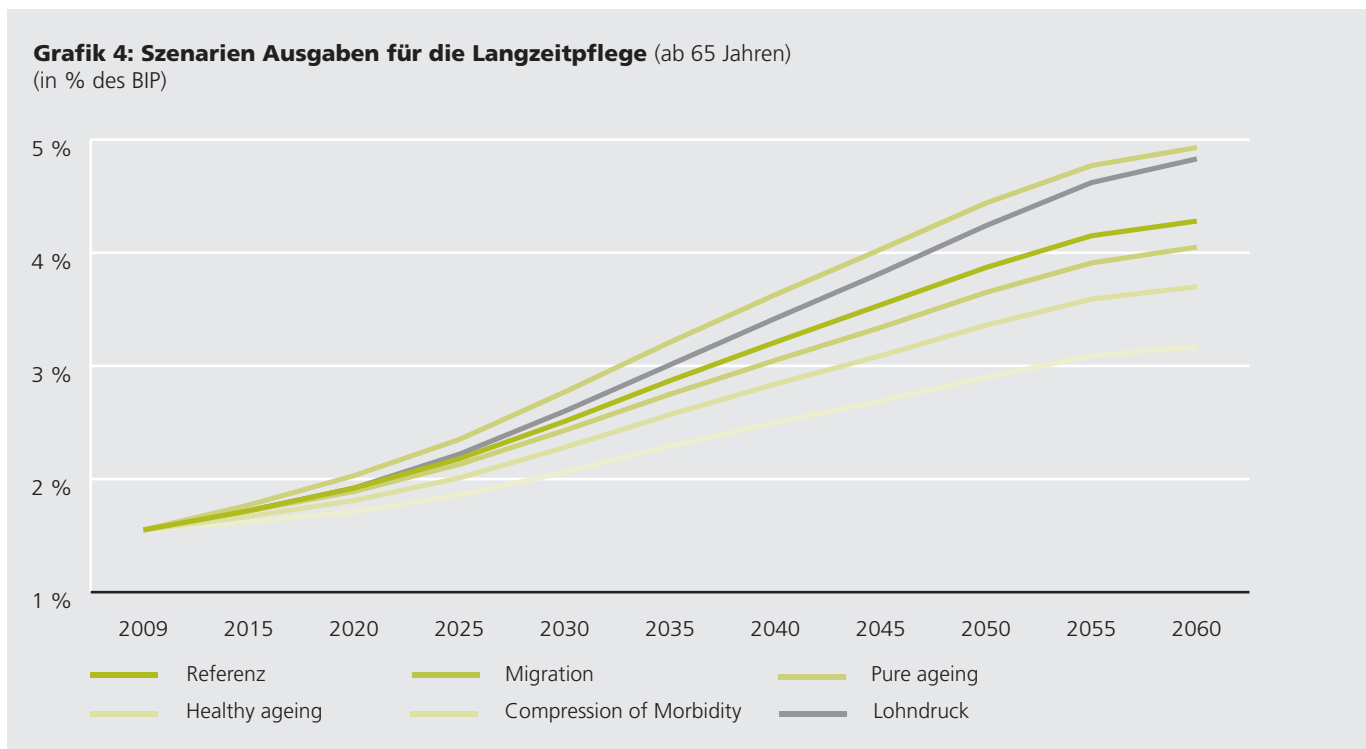
**Tabelle 2: Gesamtausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege**

in % des BIP Szenario	Basisjahr 2009	2060	Veränderung 2009–2060	Delta zum Referenz- szenario
Referenz		11,4	1,8	
Morbidität				
Pure Ageing		11,8	2,3	0,5
Healthy Ageing	9,5	10,9	1,4	-0,4
Compression of Morbidity		10,5	0,9	-0,9
Migration		11,2	1,7	-0,2
Lohndruck		12,2	2,6	0,8

des BIP deutlich weniger stark als im Referenzszenario. Für das Lohndruckszenario verhält es sich genau umgekehrt. Die im Szenario Migration unterstellte höhere Nettoeinwanderung entlastet die Gesundheitsausgaben kaum. Die Verlangsamung der Kostendynamik ist mit einer gegenüber dem Referenzszenario um 0,2 Prozent des BIP geringeren Ausgabenzunahme vernachlässigbar. Zwar wirkt die höhere wirtschaftliche Dynamik aufgrund der Zuwanderung in die erwerbsfähigen Alterskohorten im Szenario Migration tendenziell darauf hin, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP langsamer steigt. Zugleich führt eine höhere Zuwanderung jedoch zu einer stärker wachsenden Bevölkerung als im Referenzszenario, was unter sonst gleichen Annahmen zu einer Steigerung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen führt.

**32 Langzeitpflege ab 65 Jahren**

Wie in der Einleitung erwähnt, ist der Bereich der Langzeitpflege stärker von der Alterung der Gesellschaft betroffen als andere Bereiche des Gesundheitswesens. Die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge von Ende der vierziger bis Mitte der sechziger Jahre (die Baby-Boom-Generation) und die weitere Zunahme der Lebenserwartung führt in den kommenden Jahrzehnten zu einem starken Anwachsen der Alterskohorten über 80. Daraus resultiert mit einer jährlichen Wachstumsrate von 4,6 Prozent pro Jahr (nominal, im Durchschnitt) eine weitaus stärkere Dynamik bei den Ausgaben für die Langzeitpflege als bei den Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege, welche durchschnittlich eine nominale Wachstumsrate von knapp 3,0 Prozent pro Jahr aufweisen. Insgesamt beliefen sich die Ausgaben für die



Langzeitpflege im Basisjahr 2009 auf gut 1,5 Prozent des BIP. Im Referenzszenario steigen diese Ausgaben bis 2060 auf 4,3 Prozent des BIP, dies entspricht fast einer Verdreifachung im Bereich Langzeitpflege.<sup>9</sup>

Eine Aufspaltung der Kosten nach Pflegeheimen und Spitex zeigt, dass das Kostenwachstum zu einem wesentlichen Teil durch die Zunahme der Ausgaben für Pflegeheime getrieben ist. Allerdings ist die Kostendynamik in beiden Bereichen sehr stark: die Ausgaben für die Spitex wachsen im Referenzszenario bis 2060 um das 2,5-fache, diejenigen für Pflegeheime werden sich sogar fast verdreifachen.

Diese Entwicklung der Langzeitpflegeausgaben wird massgeblich von folgenden Faktoren bestimmt (in Klammern: Anteile am realen Ausgabenwachstum im Referenzszenario):

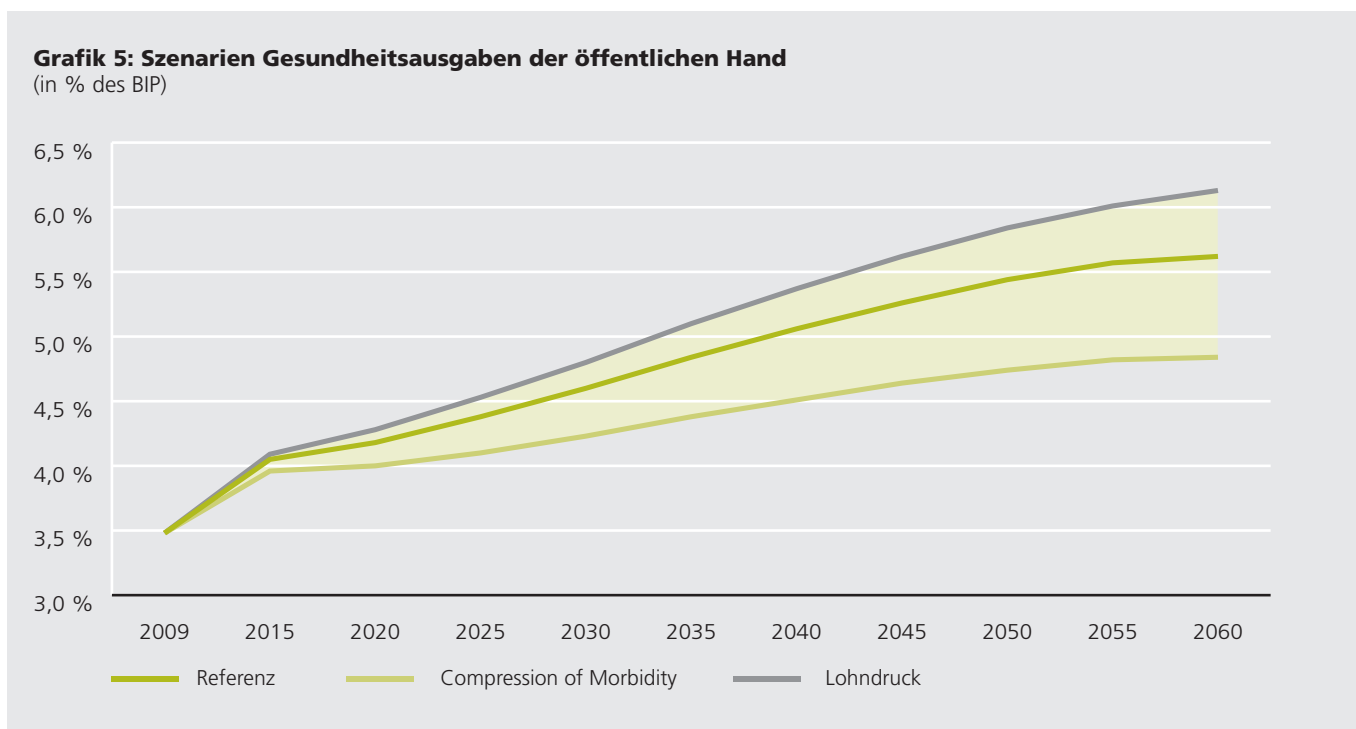
- Alterung der Gesellschaft, bzw. steigende Lebenserwartung (stärkster Effekt; 76 %);
- Baumoleffekt (steigende Lohnkosten im Gesundheitswesen; 33 %);
- Auswirkung der Morbidität (der Pflegebedürftigkeit; -9 % gegenüber Pure Ageing).

Die kostentreibende Wirkung der Demographie wird bei den Ausgaben für die Langzeitpflege noch verstärkt durch die Lohnkostenentwicklung: Wie erwähnt wird in den Szenarien für die Langzeitpflege davon ausgegangen, dass keine Produktivitätsfortschritte erzielbar sind und somit der Baumoleffekt vollständig wirksam ist. Dies bedeutet, dass es im Bereich Langzeitpflege zu einem Kostenwachstum kommt, welches darauf zurückzuführen ist, dass die Löhne des Gesundheitspersonals trotz des geringeren Rationalisierungspotentials im Gleichschritt mit den Löhnen in der übrigen Wirtschaft steigen.

Die Veränderung der Pflegebedürftigkeit (Morbidität) ist einer der grössten Hebel, um die Ausgabenentwicklung in der Langzeitpflege zu beeinflussen, (s. Grafik 4). So ist der Ausgabenanstieg für die Langzeitpflege bis zum Jahr 2060 im Szenario Compression of Morbidity (+ 1,6 % des BIP auf 3,2 % des BIP) am geringsten, während der Anstieg im Szenario Pure Ageing am höchsten ist (+3,4 % des BIP auf 4,9 % des BIP). Ähnlich stark wirkt eine beschleunigte Reallohnzunahme in der Langzeitpflege (Lohndruckszenario: +3,3 % des BIP auf 4,8 % des BIP im Jahr 2060), welche durch eine Verknappung der Pflegefachkräfte ausgelöst werden könnte. Mit einer erhöhten Nettoeinwanderung (Szenario Migration) lässt sich hingegen der Ausgabenanstieg gegenüber dem Referenzszenario kaum dämpfen (Differenz: -0,2 % des BIP).

<sup>9</sup> Für die Erläuterung der Szenarien im Bereich der Langzeitpflege s. Abschnitt 2.

## 4 Öffentliche Ausgaben für das Gesundheitswesen



Für die Projektionen der öffentlichen Gesundheitsausgaben ist zunächst zu beachten, dass in den Jahren bis 2013 zwei Sondereffekte wirksam sind. Diese beruhen auf der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Neuen Spitalfinanzierung. Aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist ein Anstieg des Anteils der öffentlichen Hand an den Pflegekosten ab dem Jahr 2011 vorgesehen. Dies führt gemäss den vorliegenden Projektionen, welche auf Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit über die Auswirkungen der Pflegefinanzierung basieren, zu einer einmaligen Erhöhung des Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand um knapp 0,1 Prozent des BIP. Zusätzlich ist zu beachten, dass mit der Einführung der Neuen Spitalfinanzierung ab 1.1.2012 ein neuer Finanzierungsschlüssel für stationäre Leistungen zwischen Kantonen und OKP vorgesehen ist (55 zu 45 %), welcher insgesamt zu Zusatzbelastungen der Kantone, allerdings auch der OKP, und damit der öffentlichen Hand führen wird. Für die Projektionen wird gemäss einer Schätzung des Bundesamtes für Gesundheit unterstellt, dass die kantonalen Ausgaben im Jahr 2012 einmalig um knapp 0,2 Prozent des BIP steigen. Der aus Grafik 5 ablesbare steile Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben von 2009 bis 2013 lässt sich im Wesentlichen auf diese Sondereffekte zurückführen.

Im Referenzszenario nehmen die öffentlichen Ausgaben, welche die Ausgaben der drei Staatsebenen und von AHV und IV für die Gesundheit umfassen, von 3,5 Prozent des BIP auf 5,6 Prozent des BIP zu (s. Tabelle 3). Die Beiträge von AHV und IV umfassen zum Beispiel Ausgaben für die Hilflosenentschädigung, medizinische Leistungen und therapeutische Apparate. Da die Projektionen der öffentlichen Ausgaben auf den Projektionen der Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen basieren, dominieren

dieselben Kostentreiber. Ebenfalls reagieren die Staatsausgaben am sensitivsten auf eine Veränderung des Gesundheitszustands der Bevölkerung (Compression of Morbidity: Ausgabenzunahme von 1,4 % des BIP) und einer überproportionalen Lohnkostenentwicklung im Gesundheitswesen (Lohndruckszenario: Ausgabenzunahme von 2,6 % des BIP; s. Grafik 5).

Werden die öffentlichen Ausgaben nach Staatsebenen und Sozialversicherungen aufgeschlüsselt, so fällt auf, dass die Kantone im Basisjahr mit 66 Prozent den Löwenanteil an der Finanzierung öffentlicher Gesundheitsausgaben leisten, was 2,3 Prozent des BIP entspricht (s. Tabelle 3). Dies ist insbesondere auf die kantonalen Beiträge an die Spitäler zurückzuführen, welche knapp 60 Prozent der kantonalen Ausgaben ausmachen. Dementsprechend fällt der Ausgabenzuwachs für die Kantone mit 1,7 Prozent des BIP am stärksten aus. Diese Entwicklung spiegelt die geltende Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen im Bereich der Gesundheits- und Spitalpolitik sowie in der Finanzierung von Pflegeleistungen wider.<sup>10</sup> Hingegen ist die grösste Dynamik bei den Gemeinden zu beobachten, deren Ausgaben sich gemessen am BIP von 0,3 Prozent auf 0,6 Prozent verdoppeln. Letzteres rührt hauptsächlich von der Ausgabendynamik in der Langzeitpflege

<sup>10</sup> In diesem Zusammenhang ist darauf aufmerksam zu machen, dass auch der Bund Aufgabenbereiche mit einer sehr hohen Ausgabendynamik finanziert. So ist beispielsweise mit der NFA die AHV-Finanzierung durch die öffentliche Hand in die alleinige Zuständigkeit des Bundes übergegangen, welche zuvor in der gemeinsamen Zuständigkeit von Bund und Kantonen lag. Die AHV-Finanzierung wird deshalb den Bundeshaushalt in der Zukunft stark belasten.

**Tabelle 3: Öffentliche Ausgaben für das Gesundheitswesen im Referenzszenario**

in % des BIP	2009	2060	Veränderung 2009–2060
Gesamte Gesundheit	11,3	15,8	4,5
<b>Staat (inkl. Sozialwerke)</b>	<b>3,5</b>	<b>5,6</b>	<b>2,1</b>
Bund	0,4	0,6	0,1
Kantone	2,3	3,9	1,7
Gemeinden	0,3	0,6	0,3
AHV/IV	0,4	0,5	0,1

(s. Abschnitt 4.2). Hingegen fällt der Anstieg der Bundesausgaben, welcher fast ausschliesslich von den Ausgaben der individuellen Prämienverbilligung getrieben ist, bis zum Jahr 2060 mit 0,1 Prozent des BIP vergleichsweise moderat aus (s. Abschnitt 4.1). Im Bereich der Sozialversicherungen werden die Zusatzlasten der AHV aufgrund der Ausgabendynamik im Pflegebereich fast vollständig durch Entlastungen bei der IV für die Pflege von Personen unter 65 Jahren kompensiert (s. Abschnitt 4.2). Letzteres ist unter anderem mit dem erwarteten Rückgang der Erwerbsbevölkerung ab dem Jahr 2020 zu erklären. Dies führt insgesamt zu einer Verschiebung der Finanzierungsanteile an den öffentlichen Gesundheitsausgaben zu Lasten von Kantonen und Gemeinden. Deren Anteil steigt von 75 Prozent im Jahr 2009 auf 80 Prozent im Jahr 2060, wobei 80 Prozent der Zunahme auf die Kantone entfallen. Dies ist die Folge der durch die eidgenössischen Räte beschlossenen Änderungen in der Spital- und Pflegefinanzierung mit entsprechenden Mehrbelastungen für den Staat und insbesondere für die Kantone, welche ab 2011 (Pflege) und 2012 (Spitäler) wirksam sind.

**41 Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege**

Neben der gemäss Finanzstatistik zum Gebiet Gesundheit zählenden Position Spitäler sind für die öffentliche Hand die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) projiziert worden. Auch letztere werden wesentlich durch die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen beeinflusst. Allerdings haben die Kantone Handlungsspielraum bei der Ausgestaltung der individuellen Prämienverbilligung, so dass verlässliche Projektionen für die kantonalen Ausgaben kaum möglich sind.<sup>11</sup> Daher wurde mit

der vereinfachten Annahme gearbeitet, dass sich die kantonalen Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) im Gleichschritt mit den entsprechenden Bundesausgaben entwickeln. Die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung werden annahmegemäss je zur Hälfte von Bund und Kantonen finanziert.

Im Referenzszenario steigen die Ausgaben des Staates von 2009 bis 2060 um knapp 40 Prozent von 2,5 Prozent des BIP auf 3,5 Prozent des BIP an (s. Tabelle 4). Der wesentliche Teil dieses Anstiegs ist auf die hauptsächlich von den Kantonen finanzierten Beiträge an die Spitäler zurückzuführen (knapp +0,6 % des BIP). Ein kleiner Teil von rund 6 Prozent der Spitalausgaben wird von den Gemeinden finanziert. Der geringere Anteil entfällt auf die gemäss Annahme je zur Hälfte von Bund und Kantonen getragenen Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung, welche um 0,3 Prozent des BIP zunehmen. Dabei ist zu beachten, dass die den Projektionen für die individuelle Prämienverbilligung zu Grunde liegende Entwicklung der Ausgaben der OKP auch durch die bereits oben beschriebene höhere Ausgabendynamik bei der Langzeitpflege beeinflusst wird. Insgesamt steigen die Ausgaben der OKP unter den Annahmen des Referenzszenarios von 3,3 Prozent des BIP auf 4,6 Prozent des BIP.

Die durch die Einkommensentwicklung und die Demografie geprägte Dynamik der Staatsausgaben lässt sich sowohl durch eine Veränderung des Gesundheitszustands der Bevölkerung (Morbidität) als auch durch eine überproportionale Lohnentwicklung im Gesundheitswesen stark beeinflussen (s. Tabelle 4). So würde der Ausgabenanstieg bis zum Jahr 2060 im Szenario Pure Ageing, als auch im Lohndruckszenario um 0,2 Prozent bzw. 0,3 Prozent des BIP höher als im Referenzszenario ausfallen. Die

**Tabelle 4: Öffentliche Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege**

in % des BIP	Gesamt		Spital		IPV	
	Basisjahr 2009	Jahr 2060	Basisjahr 2009	Jahr 2060	Basisjahr 2009	Jahr 2060
Szenario						
Referenz		3,5		2,1		1,0
Morbidität						
Pure Ageing		3,7		2,3		1,0
Healthy Ageing	2,5	3,3	1,5	2,0	0,6	0,9
Compression of Morbidity		3,2		1,9		0,9
Migration		3,5		2,1		1,0
Lohndruck		3,8		2,3		1,0

<sup>11</sup> s. Legislaturfinanzplan 2009–2011, Anhang 7, Kasten 3.

**Tabelle 5: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren**

in % des BIP Szenario	Basisjahr 2009	2060	Veränderung 2009–2060	Delta zum Referenz- szenario
Referenz		1,9	1,3	
Morbidität				
Pure Ageing		2,1	1,5	0,3
Healthy Ageing	0,6	1,6	1,0	-0,3
Compression of Morbidity		1,4	0,8	-0,5
Migration		1,8	1,2	-0,1
Lohndruck		2,1	1,5	0,2

Dynamik bei den Staatsausgaben könnte gebremst werden, wenn sich wie im Szenario Compression of Morbidity angenommen, mit zunehmender Lebenserwartung der Gesundheitszustand der Bevölkerung stark verbessern würde (Differenz zum Referenzszenario: -0,3 Prozent des BIP). Dies ist insbesondere bei den Spitalausgaben spürbar. Da für die öffentlichen Ausgaben dieselben Faktoren wie für die gesamten Ausgaben spielen, zeitigt die im Szenario Migration unterstellte höhere Nettoeinzwanderung auch im Bereich der öffentlichen Hand kaum eine Wirkung (s. Tabelle 4).

#### 42 Öffentliche Gesundheitsausgaben für die Langzeitpflege ab 65 Jahren

Die öffentlichen Ausgaben im Bereich der Langzeitpflege umfassen (gem. Finanzstatistik) einen Teil der Ausgaben der Kantone und Gemeinden für die Alters- und Pflegeheime sowie für die ambulante Krankenpflege (Spitex). Zu den öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege gehören des Weiteren ein Teil der Ergänzungsleistungen der AHV (EL AHV) und die Hilflosenentschädigung der AHV.

Mit dem im Juni 2008 beschlossenen Bundesgesetz zur Neuordnung der Pflegefinanzierung wurde die Aufteilung der Pflegekosten und deren Übernahme durch die Krankenversicherung, durch die Versicherten und die öffentliche Hand neu geregelt.<sup>12</sup> Die am 01.01.2011 in Kraft getretene Neuordnung der Pflegefinanzierung zielt untern anderem darauf ab, die Belastung der Krankenversicherung (OKP) durch die Pflegekosten auf das heutige Niveau zu begrenzen (Anteil knapp 21 %). Zudem soll der Finanzierungsanteil der pflegebedürftigen Versicherten an den Pflegekosten höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags der OKP betragen. Die Restfinanzierung der Pflegekosten wird gemäss den Beschlüssen der eidgenössischen Räte von den Kantonen geregelt und sichergestellt, wobei es den Kantonen freisteht, den Beitrag der pflegebedürftigen Personen zu reduzieren. Neben dieser Mehrbelastung der kantonalen Budgets, die je nach kantonaler Regelung auch die Gemeinden betreffen kann, führt die Einführung eines leichten Hilflosigkeitsgrads zu Zusatzausgaben für die AHV und den

Bund und die Erhöhung des Freibetrags bei den Ergänzungsleistungen der AHV zu weiteren Mehrbelastungen für die Kantone wie auch für den Bund.

Gemäss den Schätzungen im Rahmen dieses Berichts führt die Neuordnung der Pflegefinanzierung dazu, dass sich der Anteil der öffentlichen Hand an den Kosten im Bereich der Langzeitpflege von 2009 bis 2011 um 5 Prozentpunkte auf 43 Prozent erhöhen würde. Dieser Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand entspricht im Basisjahr 2009 0,6 Prozent des BIP und steigt bis im Jahr 2011 auf 0,7 BIP-Prozent. Im Referenzszenario wird der Finanzierungsbedarf der öffentlichen Hand im Bereich Langzeitpflege bis zum Jahr 2060 um 1,3 Prozent des BIP auf 1,9 Prozent des BIP steigen (s. Tabelle 5).

Gemäss der no-policy-change-Annahme wird davon ausgegangen, dass die Anteile an der Finanzierung der Langzeitpflege zwischen den privaten Haushalten, dem Staat und der Krankenversicherung ab 2011 konstant bleiben. Die Kantone tragen mit über zwei Dritteln die Hauptlast der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege insgesamt (für eine Gesamtübersicht der Ergebnisse gemäss Referenzszenario s. Tabellenanhang, Tabelle A1). Die Subventionen an die Pflegeheime werden zu rund 30 Prozent von den Gemeinden und 70 Prozent von den Kantonen erbracht. Bei der ambulanten Pflege werden die Subventionen je ungefähr zur Hälfte von Kantonen und Gemeinden getragen. Durch die sehr dynamische Entwicklung der Langzeitpflegekosten wird die finanzielle Belastung der Kantone und Gemeinden weiter zunehmen.

Wie für den gesamten Bereich der Langzeitpflege reagieren die Ausgaben der öffentlichen Hand besonders sensitiv auf eine Veränderung der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung (Morbidität) (s. Tabelle 5). Mit einer Zunahme von gut 1,5 Prozent des BIP steigen die Ausgaben bis zum Jahr 2060 am stärksten im Szenario Pure Ageing, während die Zunahme im Szenario Compression of Morbidity mit +0,8 Prozent des BIP am schwächsten ausfällt.

Grosser Druck geht auch bei den öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege von den Lohnkosten aus (Lohndruckszenario). Demgegenüber hat eine erhöhte Nettoeinzwanderung praktisch keinen Einfluss auf die Veränderung der öffentlichen Ausgaben (Szenario Migration).

Ein Vergleich der projizierten Zusatzlasten der öffentlichen Hand im Bereich Gesundheitswesen in der Schweiz mit anderen europäischen Staaten findet sich im untenstehenden Kasten 1.

<sup>12</sup> Die Berücksichtigung der Neuordnung der Pflegefinanzierung in den vorliegenden Projektionen führt dazu, dass bei einem Vergleich der Ausgabenprojektionen mit den Resultaten der Vorgängerstudie nur die Gesamtkosten für die Langzeitpflege betrachtet werden können, nicht jedoch die Verteilung auf einzelne Finanzierungsträger.

**Kasten 1: Internationaler Vergleich**

Öffentliche Ausgaben im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege im Referenzszenario<sup>1</sup>

in % des BIP	2007 <sup>2</sup>	2060	Delta 2007–2060
Schweiz <sup>3</sup>	2,5 (5,3)	3,5 (7,0)	1,0 (1,7)
EU-15	6,9	8,4	1,5
Niederlande	4,8	5,8	1,0
Deutschland	7,4	9,2	1,8
Österreich	6,5	8,0	1,5
Dänemark	5,9	6,9	1,0

Öffentliche Ausgaben im Bereich Langzeitpflege ab 65-Jähriger im Referenzszenario<sup>1</sup>

in % des BIP	2007 <sup>2</sup>	2060	Delta 2007–2060
Schweiz <sup>3</sup>	0,6 (0,9)	1,9 (2,7)	1,3 (1,8)
EU-15	1,3	2,5	1,2
Niederlande	3,4	8,1	4,7
Deutschland	0,9	2,4	1,4
Österreich	1,3	2,5	1,2
Dänemark	1,7	3,2	1,5

1 Für die EU-Zahlen s. Ageing Working Group of the Economic Policy Committee and European Commission (2009): Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States 2008–2060, European Economy 2/2009.

2 Bei den Berechnungen der EU ist 2007 das Basisjahr

3 Basisjahr 2009; Zahlen in Klammern = Öffentliche Ausgaben + OKP

Bei diesem Vergleich ist darauf hinzuweisen, dass der Anteil der öffentlichen Ausgaben im Bereich Gesundheit in der Schweiz mit 31 Prozent tief ist. In den EU-15 Ländern (d.h. EU ohne die mittel- und osteuropäischen Länder und ohne Zypern und Malta) beläuft sich der Anteil der öffentlichen Hand an den gesamten Gesundheitsausgaben im Durchschnitt auf rund drei Viertel. Die Differenz ist u.a. darauf zurückzuführen, dass in der Schweiz – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern – die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ausschliesslich von privaten Versicherern angeboten und deshalb nicht dem Staatssektor zugerechnet wird. Würden die Ausgaben der OKP dem Staatssektor hinzugerechnet, ergäbe sich ein staatlicher Finanzierungsanteil von circa 60 Prozent der Gesundheitsausgaben.<sup>13</sup>

Die Annahmen des Referenzszenarios lehnen sich an diejenigen der EU-Projektionen an, die Ergebnisse der Referenzszenarios beider Projektionen lassen sich daher vergleichen. Dabei zeigt sich, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben (plus OKP), in Prozent des BIP, in der Schweiz dynamischer wachsen als in der EU, dies gilt insbesondere für den Bereich Langzeitpflege. Ursachen dafür könnten die höheren Pro-Kopf-Ausgaben für die ältere Bevölkerung in der Schweiz sein, oder unterschiedliche Annahmen bezüglich des durchschnittlichen Produktivitätsfortschritts (EU-15: 1,7%, Schweiz: 1%).

Für die Niederlande fällt das hohe Ausgangsniveau und die starke Wachstumsdynamik der öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege auf. Grund dafür ist in erster Linie die umfassende Abdeckung des Pflegefallrisikos durch die öffentliche Hand.

13 Überdies wird im vorliegenden Bericht eine konstante Einkommenselastizität von 1,1 angenommen, während in den EU-Projektionen davon ausgegangen wird, dass die im Basisjahr unterstellte Elastizität von 1,1 gegen 1,0 bis zum Jahr 2060 konvergiert. Allerdings wirkt sich dieser methodische Unterschied kaum auf die Endergebnisse aus.

## 5 Kostendämpfende Wirkungen von Massnahmen im Gesundheitswesen

Die bisher vorgestellten Status-Quo-Szenarien beruhen auf der Annahme eines «no-policy-change». Im Unterschied dazu werden im Folgenden die Effizienzzenarien vorgestellt, welche die möglichen kostendämpfenden Effekte von gesundheitspolitischen Massnahmen einbeziehen (s. Abschnitt 2).

Wie in Abschnitt 2 dargelegt, wird gemäss der Einschätzung des BAG davon ausgegangen, dass die im Folgenden beschriebenen Massnahmen zu Kosteneinsparungen von 10 bis 20 Prozent (moderates bzw. hohes Effizienzzenario, s. Abschnitt 2) gegenüber der Ausgabenentwicklung des Referenzszenarios führen. Diese wirken annahmegemäss bis zum Jahr 2020 und sind auf die Gesundheit ohne Langzeitpflege beschränkt:

- Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung, welche die Einführung von Fallkostenpauschalen («Diagnosis-related groups») in den Spitälern ab 2012 vorsieht.
- Die vom Bundesrat am 27.6.2007 genehmigte Strategie «eHealth» Schweiz, welche die Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen fördern soll, zum Beispiel das elektronische Patientendossier.
- Die mit der bundesrätlichen Vorlage 2B zur Förderung von Managed-Care Modellen intendierte Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes. Managed-Care Modelle liegen vor, wenn die Versicherten ihre freie Arztwahl einschränken und einen bestimmten Arzt, i. d. R. den Hausarzt, oder eine Gruppe von Ärzten als Türsteher für den Einlass in die ambulante Gesundheitsversorgung akzeptieren.

Dabei soll ungefähr die Hälfte der Kosteneinsparungen durch eine deutliche Anhebung des Anteils der Versicherten in Managed-Care-Modellen erreicht werden (s. Abschnitt 2). Annahmegemäss beeinflussen die oben angeführten Massnahmen die Ausgabendynamik im Gesundheitswesen nur vorübergehend, weil der Einspareffekt ab 2020 konstant gehalten wird.

Gemäss einer Studie des Gesundheitsobservatoriums lassen sich selbst im Pflegebereich Produktivitätsgewinne durch Innovationen, technologischen Fortschritt und Reorganisation der Versorgungsprozesse erzielen (s. Fussnote 4). Diese Möglichkeit wird in einem Effizienzzenario, Produktivitätsfortschritt, für die Langzeitpflege illustriert (s. Abschnitt 2). Dabei wird angenommen, dass der Baumoleffekt durch produktivitätsfördernde Massnahmen um die Hälfte abgeschwächt werden kann. Hier ist zu berücksichtigen, dass mit diesem Szenario lediglich illustriert

werden soll, wie gross die Hebelwirkung produktivitätsfördernder Massnahmen in der Langzeitpflege sein könnte. Dass sich der Baumoleffekt halbiert, dürfte aber eine überaus optimistische Annahme sein.

Die kostendämpfenden Effekte der oben genannten Reformen fallen im Vergleich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands gering aus. So kann der Ausgabenanstieg bis zum Jahr 2060 im hohen Effizienzzenario und im moderaten Effizienzzenario gegenüber der Entwicklung im Referenzszenario lediglich um 0,6 Prozent des BIP bzw. 0,3 Prozent des BIP gebremst werden. Demgegenüber kann beispielsweise im Szenario Healthy Ageing der Ausgabenanstieg gegenüber dem Referenzszenario allein um 1 Prozent des BIP gedämpft werden. Immerhin könnte die ungefähr gleiche Wirkung wie im Healthy-Ageing-Szenario bei einem kontinuierlichen Produktivitätsfortschritt in der Langzeitpflege realisiert werden (Szenario Produktivitätsfortschritt).

Bei den öffentlichen Ausgaben ist die Wirksamkeit der Reformen im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege im Vergleich noch geringer als bei den Gesamtausgaben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Finanzierungsanteil des Staates an der ambulanten Gesundheitsversorgung im Bereich der Gesundheit ohne Langzeitpflege mit einem Anteil von circa 11 Prozent relativ gering ausfällt. Bei den gesamten Gesundheitsausgaben beträgt dieser Anteil hingegen rund 39 Prozent. Entsprechend liessen sich durch die Reformmassnahmen bis zum Jahr 2060 gegenüber dem Referenzszenario selbst im optimistischen Fall (hohes Effizienzzenario) nur 0,1 Prozent des BIP einsparen. Im moderaten Effizienzzenario geht die Einsparung sogar auf 0,05 Prozent des BIP zurück. Dies schlägt sich auch in den Wachstumsraten der nominalen Ausgaben nieder, welche im hohen Effizienzzenario mit durchschnittlich gut 3,4 Prozent pro Jahr kaum geringer als im Referenzszenario mit knapp 3,5 Prozent ausfallen. Im Vergleich dazu würde die im Healthy-Ageing-Szenario unterstellte Verbesserung des Gesundheitszustands allein eine Kostendämpfung von 0,4 Prozent des BIP gegenüber dem Referenzszenario bewirken und entsprechend das Wachstum der nominalen Ausgaben im Mittel auf 3,3 Prozent pro Jahr begrenzen. Die gleichen Kostenersparnisse wie durch eine Verbesserung des Gesundheitszustands gemäss Healthy-Ageing-Szenario könnten wiederum durch kontinuierliche Produktivitätsgewinne in der Langzeitpflege herbeigeführt werden (Szenario Produktivitätsfortschritt).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Effizienzzenarien, dass unter den getroffenen Annahmen einzig Massnahmen zur Förderung der Produktivität in der Langzeitpflege (Reduktion des Baumoleffekts) zu einer deutlichen Dämpfung des Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen führen können. Allerdings dürfte es angesichts der hohen Personalintensität im Pflegesektor schwierig sein, geeignete Massnahmen zur Förderung der Produktivität zu treffen.



**6 Vergleich mit den Entwicklungsszenarien des Legislaturfinanzplans 2009–2011**

Bei einem Vergleich der vorliegenden Resultate mit denjenigen der Entwicklungsszenarien von 2008 ist zu berücksichtigen, dass die beobachtete Zeitperiode (2009–2060) nicht dieselbe ist wie in den Arbeiten von 2008 (2005–2050).<sup>14</sup> Eine direkte Gegenüberstellung des projizierten Ausgabenwachstums ist aus diesem Grund nicht aussagekräftig. Um einen Vergleich zu ermöglichen, wurde deshalb das Referenzszenario aus dem Jahr 2008 mit den neuen Demografieszenarien aktualisiert und die Ergebnisse mit dem Horizont 2050 errechnet. Dabei wurden auch weitere Differenzen berücksichtigt, etwa geringfügige methodische Unterschiede und ein Strukturbruch in den Daten aufgrund der Revision der Finanzstatistik 2008. Die

Ergebnisse dieses «angepassten Szenarios» werden in Tabelle 6 den Ergebnissen des Referenzszenarios 2008 gegenübergestellt. Dabei ist zu beachten, dass die Resultate dieses angepassten Szenarios vom Referenzszenario im vorliegenden Bericht abweichen.

Das «angepasste Szenario» weist von 2009 bis 2050 eine um gut 0,5 BIP-Prozent höhere Zusatzlast (+4,5 BIP-%) aus als das Referenzszenario 2008 (+3,9 BIP-%). Auch für die öffentlichen Gesundheitsausgaben ergibt sich aus dem «angepassten Szenario» eine leicht höhere Wachstumsdynamik (+0,3 BIP-%). Diese höhere Wachstumsdynamik ist in erster Linie auf das neue Demografieszenario (A-00-2010) zurückzuführen, welches von einem höheren Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung ausgeht als vor vier Jahren (A-00-2005).

**Tabelle 6: Vergleich der Resultate mit den Ergebnissen der Entwicklungsszenarien 2008**

in % des BIP	Basisjahr 2009		Referenzszenario 2008		Angepasstes Szenario (Basis 2008)		
	Aktuelle Werte	2009	2050	Veränderung 2009–2050	2009	2050	Veränderung 2009–2050
Ausgabenebene							
Gesamtausgaben Gesundheitswesen	11,3	11,6	15,5	3,9	11,5	15,9	4,5
Öffentliche Ausgaben Gesundheit	3,1	5,0	7,0	2,0	5,0	7,3	2,3

**7 Schlussfolgerungen**

Langfristprojektionen über 50 Jahre sind immer mit bedeutenden Unsicherheiten behaftet und daher mit einer angemessenen Vorsicht zu interpretieren. Trotzdem liefern sie ausserhalb der tagespolitischen Aktualität die Möglichkeit zur Einordnung und Bewertung von beobachtbaren statistischen Trends.

Die analysierten Projektionen beruhen in erster Linie auf dem mittleren Bevölkerungsszenario des BFS. Trotzdem ist die Entwicklung nicht nur deterministisch vorgezeichnet. Demographische Faktoren sind zwar nur schwer zu beeinflussen – am ehesten über die Migrationspolitik –, aber die getroffenen Annahmen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes und über die Kosteneinsparungen, welche durch Reformmassnahmen und den effizienten Einsatz von neuen Technologien erzielt werden können, spielen eine bedeutende Rolle für die projizierte Ausgabenentwicklung. Hier hat die Politik wichtige Ansatzmöglichkeiten, um den künftigen Pfad bei den Gesundheitsausgaben günstig zu beeinflussen.

Die Schweiz geniesst im Vergleich mit den anderen Industrieländern einen Spitzenplatz sowohl bei der Lebenserwartung insgesamt als auch bei den Lebensjahren, die bei guter Gesundheit verbracht werden. Der Trend zur Ausweitung der Lebenserwartung dürfte sich auch in den nächsten Jahrzehnten fortschreiben. Ziel einer vorausschauenden Gesundheits- und Sozialpolitik muss sein, dass jene Infrastrukturen und Gesundheitsdienstleistungen zu vertretbaren Kosten bereitgestellt werden können, die auch auf die künftigen Bedürfnisse der Bevölkerung angemessen zugeschnitten sind. In diesem Zusammenhang ist es für die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit von vorrangiger Bedeutung, wie sich der Gesundheitszustand der alternden Bevölkerung entwickeln wird.

Tatsächlich zeigen die dargestellten Morbiditätsszenarien eindrücklich auf, wie gross der Einfluss dieses einzelnen Parameters auf die gesamten Gesundheitsausgaben und den Pflegebedarf sein kann. Gemäss der mittleren Projektionsbasis des BFS wird die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2060 für Männer 86 Jahre und für Frauen 90 Jahre betragen, was

<sup>14</sup> Die Entwicklungsszenarien 2008 wurden als Teil des Legislaturfinanzplans 2009–2011 verfasst.

gegenüber dem Jahr 2010 einer Zunahme von rund 5,5 Jahren entspricht. Ob diese zusätzlichen Lebensjahre der Bevölkerung im Jahr 2060 bei guter oder schlechter Gesundheit verbracht werden, ist nicht nur für die Lebensqualität jedes Einzelnen entscheidend, sondern auch für das finanzielle Gleichgewicht der öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungen. Gegenüber dem Referenzszenario würde ein «gesundes Altern» (Szenario Healthy Ageing) die Gesundheitsausgaben um rund ein BIP-Prozent und gegenüber dem pessimistischeren Szenario Pure Ageing um zwei BIP-Prozent senken. Dies hätte im Jahr 2010 einem Ausgabenvolumen von rund 5,5 bzw. 11 Milliarden Franken entsprochen. Noch grösser wäre das Potenzial, wenn es gelänge, die durchschnittliche Krankheitslast im letzten Lebensabschnitt sogar zur verringern (Szenario Compression of Morbidity).

Während die steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen im Rahmen der projizierten Szenarien recht zuverlässig abgebildet sein dürfte, ist nur schwer vorauszusehen, wie sich mittelfristig das Angebot an Pflegepersonal in unserem Land entwickeln wird. Schon heute wird ein bedeutender Teil der Pflegekräfte im Ausland rekrutiert. Die globale Verknappung an ausgebildetem Pflegepersonal und die Abnahme von informell erbrachten Pflegeleistungen könnte die Lohnkosten, stärker noch als in den Szenarien skizziert, in die Höhe treiben, wobei eine allfällige Drosselung bei der Einwanderungspolitik diesen Effekt zusätzlich verschärfen würde.

Schliesslich zeigen die Entwicklungsszenarien auf, dass mit geeigneten Anreizmechanismen durchaus bedeutende Effizienzpotenziale im Gesundheitswesen ausgeschöpft werden könnten. Diese mögen zwar im Vergleich mit der Altersmorbidity langfristig eine untergeordnete Bedeutung für die Kostenwirkung haben, sie sind aber nicht vernachlässigbar. Insbesondere mit der integrierten Versorgung chronisch Kranker – unterstützt durch neue Technologien («eHealth») und zielgerichtete Anreizmechanismen im Tarifbereich – könnten bedeutende Effizienzsteigerungen in der Form von Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen erzielt werden. Derzeit ist davon auszugehen, dass Einsparungen in der Höhe von 10 – 20 Prozent im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) realistisch sind. Dies entspräche langfristig einer Dämpfung der Kostenentwicklung gegenüber dem Referenzszenario von 0,3 bis zu 0,6 Prozent des jährlichen BIP. Auf das Jahr 2010 bezogen, hätte dies rund 1,7 bis 3,3 Milliarden Franken der Ausgaben im OKP-Bereich entsprochen.

Die Berechnungen zeigen je nach Annahmen für das Jahr 2060 eine Bandbreite des BIP-Anteils der Gesundheitskosten von 13,8 bis 17,1 Prozent auf. Im Vergleich dazu weisen z.B. die USA heute bereits einen Anteil von 17,4 Prozent auf. Gestützt auf die dargestellten Resultate ergeben sich drei strategische Herausforderungen, die längerfristig für die Gesundheits- und Sozialpolitik von grosser Bedeutung sein werden:

1. Die wirksame Vorbeugung chronischer Alterskrankheiten
2. Die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung an medizinischen Fachkräften und Pflegepersonal
3. Die kontinuierliche Erhöhung der Effizienz des Versorgungssystems bei gleichzeitiger Beibehaltung der Zugangsgerechtigkeit und des hohen Qualitätsniveaus der Versorgung.

In seiner im Juni 2011 verabschiedeten gesundheitspolitischen Strategie<sup>15</sup> hat sich der Bundesrat u.a. mit diesen drei Herausforderungen auseinandergesetzt. Neben kurzfristigen Kostensenkungsmassnahmen ist die Strategie insbesondere darauf bedacht, die Leitlinien für eine nachhaltige und zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik festzulegen und damit auch die Effizienz des Gesundheitswesens weiter zu verbessern. Die in der Strategie vorgesehenen mittel- und langfristigen Reformen bestehen aus einem Zusammenspiel von verschiedenen Elementen, welche

die Qualität und Wirtschaftlichkeit des gesamten Gesundheitswesens massgeblich erhöhen sollen. Diese beinhalten u.a. eine Optimierung der Vergütungsanreize in der ambulanten und stationären Versorgung (TARMED und SwissDRG), eine systematische Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Aufsicht von spezialisierten Agenturen (Qualitätsinstitut inklusive HTA-Agentur), die flächendeckende Einführung von integrierten Versorgungsmodellen, aber auch die Verbesserung von Datengrundlagen anhand von Diagnoseregistern und die Bereitstellung von elektronischen Patientendossiers.

Um der zu erwartenden Verknappung an Gesundheitspersonal und Pflegekräften entgegenzuwirken, die den Lohn- und damit auch den Kostendruck im Gesundheitssektor erhöhen würden, sind in Zukunft Anstrengungen bei der Aus- und Weiterbildung notwendig, aber auch bei der Gewinnung und beim Erhalt von ausgebildetem Personal. Die enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen in diesem Bereich ist zentral und Gegenstand von Diskussionen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, aber auch verschiedener anderer nationaler und interkantonalen Gremien.

Im Licht der vorgestellten Szenarien kommt dem Ziel der Förderung des gesunden Alterns eine ganz besondere Bedeutung zu. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird mit zunehmendem Alter sehr stark von nicht-heilbaren und chronischen Leiden bestimmt. Krankheiten wie Diabetes, Osteoporose, Herz-Kreislauferkrankungen und Demenzerkrankungen verursachen bereits heute rund 70–80 Prozent der Gesundheitskosten. Aufgrund der Tatsache, dass die Menschen länger leben, ist in Zukunft mit einer deutlichen Zunahme des Anteils chronisch Kranker zu rechnen. Gemäss Schätzungen aus dem Jahr 2005<sup>16</sup> ist im Zeitraum 2000 bis 2020 davon auszugehen, dass die Zahl der Herzinfarktpatienten um rund 28 Prozent ansteigt. Bei der Osteoporose und bei Diabetes ist von einer Zunahme von 25 Prozent auszugehen. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation

<sup>15</sup> Verfügbar unter [www.edi.admin.ch](http://www.edi.admin.ch).

<sup>16</sup> Osteoporose und Stürze im Alter. Ein Public-Health-Ansatz. Bundesamt für Gesundheit 2005.

(WHO) sind bis zu 50 Prozent der chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten im mittleren Lebensalter mit einem gesunden Lebensstil vermeidbar. Das unterstreicht die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung bei der Bekämpfung von chronischen Krankheiten. Zudem dürfte angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung bereits der Erhalt des heutigen Niveaus der informellen Pflege eine grosse Herausforderung für die Zukunft darstellen.

Sofern in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zentrale Gesundheitsdeterminanten, wie Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum durch individuelle aber auch gesellschaftliche Massnahmen entsprechend beeinflusst werden können, könnte die künftige Krankheitslast signifikant reduziert werden. Eine zielgerichtete und koordinierte Präventionspolitik unter Einbezug sämtlicher Anspruchsgruppen kann dazu einen entscheidenden Beitrag leisten. In ihrem im Jahr 2011 publizierten Bericht zum schweizerischen Gesundheitssystem anerkennen OECD und WHO, dass die Schweiz mit den nationalen Präventionsprogrammen bedeutende Fortschritte in diesem Bereich erzielen konnte. Trotzdem liegen die öffentlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung weiterhin deutlich

unter dem Durchschnitt der OECD-Länder.<sup>17</sup> Viele der verfolgten Ziele und Massnahmen sind in den Augen der Experten und Expertinnen noch zu unkoordiniert und ihre Verbreitung hängt sehr stark von kantonalen und regionalen Gegebenheiten ab. Darüber hinaus fehlen auch zentrale Datengrundlagen, welche eine datengestützte und evidenzbasierte Präventionspolitik erst möglich machen. Ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einer solchen Politik ist das vorgeschlagene Gesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, das derzeit im Parlament beraten wird. Das Gesetz bezweckt eine bessere Koordination sowie eine Effizienzsteigerung der Massnahmen im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Erklärtes Ziel ist es, mit den vorhandenen Mitteln noch mehr Wirkung zu erzielen.

Nicht zuletzt haben Investitionen in ein gesundes Altern auch eine bedeutende sozialpolitische Komponente. Ältere Menschen bei guter Gesundheit können sich länger aktiv am Erwerbs-, Gesellschafts- und Familienleben beteiligen. Nicht nur würde damit die Entwicklung bei den Gesundheitsausgaben gebremst, vielmehr wäre dies ein bedeutender Beitrag zur langfristigen Stabilität unserer Sozialwerke.

**Tabelle A1: Ausgaben für das Gesundheitswesen – Entwicklung im Referenzszenario**

in % des BIP				Veränderung
Ebene	2009	2060		2009–2060
<b>Gesamtes Gesundheitswesen</b>	<b>11,3 <sup>1</sup></b>	<b>15,8</b>		<b>4,5</b>
Gesundheit ohne Langzeitpflege	9,5	11,4		1,8
Langzeitpflege (ab 65 Jahren)	1,5	4,3		2,7
<b>Staat</b>	<b>3,5 <sup>1</sup></b>	<b>5,6</b>		<b>2,1</b>
Bund	0,4	0,6		0,1
Kantone	2,3	3,9		1,7
Gemeinden	0,3	0,6		0,3
AHV/IV	0,4	0,5		0,1
<b>Gesundheit ohne Langzeitpflege</b>	<b>2,5</b>	<b>3,5</b>		<b>1,0</b>
Bund	0,4	0,6		0,1
Kantone	1,9	2,7		0,9
Gemeinden	0,2	0,2		0,03
<b>Langzeitpflege ab 65 Jahren</b>	<b>0,6</b>	<b>1,9</b>		<b>1,3</b>
Bund	–	–		–
Kantone	0,4	1,2		0,8
Gemeinden	0,1	0,3		0,3
AHV-Hilflosenentschädigung	0,1	0,3		0,2

1 inkl. Ausgaben für die Pflege von Personen unter 65 Jahren

<sup>17</sup> In der Schweiz liegen diese bei 2,3 Prozent der Gesamtausgaben gegenüber 3,1 Prozent im OECD-Durchschnitt.