



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

# Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen

---

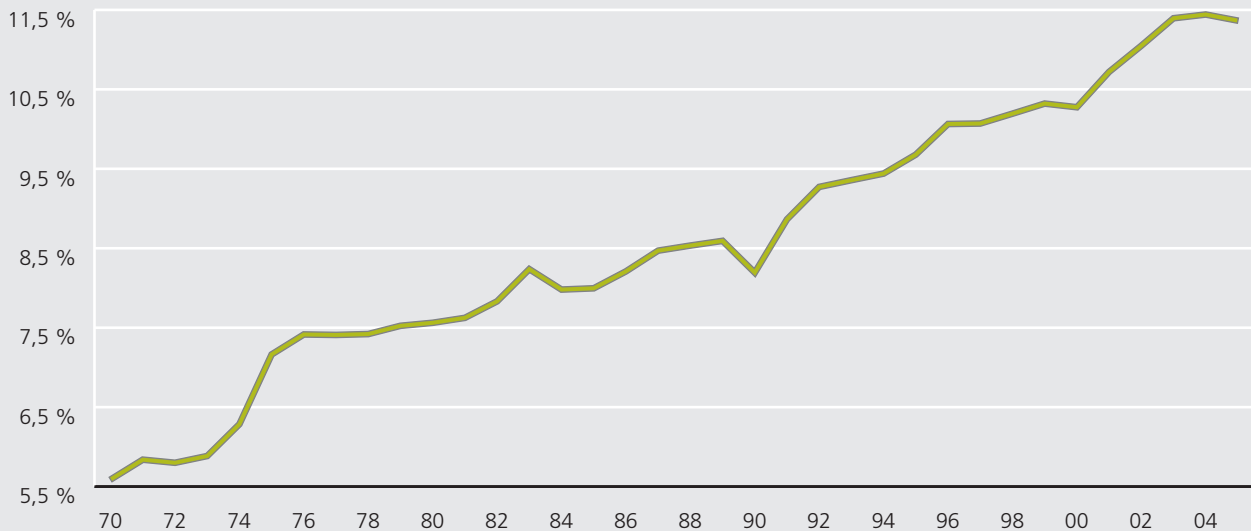
Auszug aus dem Bericht zum Legislaturfinanzplan 2009–2011 vom 23. Januar 2008



## Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen

### 1 Einleitung

**Grafik 1: Ausgaben im Gesundheitswesen von 1970 bis 2005**  
(in BIP-%)



Die Finanzpolitik muss sich vermehrt mit den *Herausforderungen der Zukunft* beschäftigen. Nur wenn die Weichen frühzeitig gestellt werden, kann der Handlungsspielraum bewahrt werden. Ansonsten würde der demografisch bedingte Druck auf die öffentlichen Finanzen die Gesellschaft zu verspäteten, dafür umso massiveren Kurskorrekturen zwingen. Das Budget und der Finanzplan des Bundes bilden langfristige Entwicklungen wie die Demografie nur ungenügend ab. Aus diesem Grund benötigt der Bund ein Instrument, das eine langfristige Optik ermöglicht. Diesem Bedürfnis wurde in Artikel 8 der Finanzhaushaltsverordnung Rechnung getragen, welcher seit April 2006 in Kraft ist. Dieser Artikel besagt, dass der Bundesrat mindestens alle vier Jahre als Ergänzung des Finanzplans Entwicklungsszenarien für bestimmte Aufgabenbereiche unterbreitet. Diese greifen über den Horizont der Finanzplanung hinaus und zeigen Entwicklungstendenzen und ihre finanziellen Folgen sowie Ansatzpunkte für mögliche Steuerungs- und Korrekturmaßnahmen auf.<sup>1</sup>

Für die Erarbeitung der vorliegenden ersten *Entwicklungsszenarien* wurde als Aufgabenbereich das Gesundheitswesen gewählt, da dieses von demografischen Faktoren stark beeinflusst wird und alle drei Staatsebenen betrifft. Das Gesundheitswesen bezie-

hungsweise der Bereich der obligatorischen Krankenversicherung ist zudem von einer Vielzahl von Akteuren sowie von komplexen Zusammenhängen geprägt und hat in den letzten Jahren eine hohe Kostendynamik entfaltet. So hat sich das Verhältnis der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) in der Zeit von 1970 bis 2005 von 5,6 Prozent auf 11,4 Prozent mehr als verdoppelt (s. Grafik 1).

Die Ausgaben werden in diesem Bericht, wenn es nicht anders ausgeführt ist, aufgrund der folgenden Überlegungen ausschliesslich im Verhältnis zum BIP angegeben. Das BIP stellt einen Indikator für die Einkommensentwicklung der inländischen Volkswirtschaft dar. Die Ausgaben sollten im Verhältnis zum BIP ausgewiesen werden, um die Änderung der finanziellen Belastung der öffentlichen und privaten Haushalte durch die Ausgaben für das Gesundheitswesen erfassen zu können. Eine zum BIP über- beziehungsweise unterproportionale Ausgabenzunahme im Gesundheitswesen bedeutet dann eine steigende beziehungsweise sinkende finanzielle Belastung der Haushalte durch das Gesundheitswesen. Die Zunahme der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens im Verhältnis zum BIP um knapp 6 Prozentpunkte in den vergangenen 35 Jahren bedeutet also, dass die finanzielle Belastung der Haushalte mit Gesundheitskosten um 6 Prozentpunkte zugenommen hat (s. Grafik 1). Eine Angabe der Gesundheitsausgaben in absoluten Werten (in Milliarden Franken) würde für Projektionen über 50 Jahre wenig aussagekräftig sein, da dies das Bild eines enormen Ausgabenwachstums vermittelt, jedoch noch keine Information darüber enthält, ob die relative finanzielle Belastung durch das Gesundheitswesen wächst oder nicht. An dieser Stelle sollte ausserdem betont werden, dass ein gut organisiertes Gesundheitswesen den Gesund-

<sup>1</sup> Artikel 8 der Finanzhaushaltsverordnung lautet wie folgt:

- 1 Zur Ergänzung der Finanzplanung unterbreitet der Bundesrat periodisch, mindestens aber alle vier Jahre, längerfristige Entwicklungsszenarien für bestimmte Aufgabenbereiche.
- 2 Die Entwicklungsszenarien greifen mehrere Jahre über die Finanzplanperiode hinaus und werden aufgrund der längerfristigen Entwicklung
- 3 Sie zeigen Entwicklungstendenzen mit ihren finanziellen Folgen sowie mögliche Steuerungs- und Korrekturmaßnahmen auf.

heitszustand der Bevölkerung und damit auch der Erwerbsbevölkerung verbessern kann und folglich einen positiven Beitrag zur wirtschaftlichen Entwicklung zu leisten vermag.

Der folgende Abschnitt erläutert nun die Methodik, die bei der Erarbeitung der Projektionen verwendet wurde, und diskutiert die zugrunde liegenden Annahmen. Abschnitt drei stellt die Hauptergebnisse der Berechnungen dar. Diese zeigen auf, wie sich die gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen unter alternativen Annahmen entwickeln und wie sich diese Entwicklung in den öffentlichen Haushalten niederschlagen könnte (Abschnitt 3.1). In den Abschnitten 3.2 und 3.3 werden die Ergebnisse für die gesamten und die öffentlichen Ausgaben getrennt nach den Bereichen Gesundheit ohne Langzeitpflege und Langzeitpflege dargestellt. 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. Sie wurde mit in- und ausländischen Experten diskutiert. Ausgehend von den Gesundheitsausgaben im Basisjahr 2005 werden in einem ersten Schritt die Ausgaben nach Alterskohorten und Geschlecht projiziert. Dabei basieren die Projektionen auf dem mittleren Bevölkerungsszenario (A-00-2005) des Bundesamtes für Statistik. In einem zweiten Schritt erfolgen die Projektionen für die öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit, wobei die Ausgaben für die individuelle Prämienvorbereitung, die in den öffentlichen Finanzen der sozialen Wohlfahrt zugeordnet sind, ebenfalls berücksichtigt werden. Es werden ein Referenzszenario und verschiedene Alternativszenarien dargestellt. Das Referenzszenario orientiert sich an den entsprechenden Arbeiten der EU-Kommission.<sup>2</sup> Die im dritten Abschnitt vorgestellten Ergebnisse der Projektionen sind daher mit denjenigen für die EU vergleichbar.

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

- Als erster Faktor ist der *Gesundheitszustand* (Morbidity) der Bevölkerung zu nennen. Im mittleren Bevölkerungsszenario (A-00-2005) des Bundesamtes für Statistik wird von einer steigenden Lebenserwartung ausgegangen. Es stellt sich nun die Frage wie sich die Morbidity 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 Morbidity unterstellt, welche weiter unten im Text erläutert werden.

- Als zweiter nicht-demografischer Einflussfaktor wird dem empirisch beobachtbaren Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen *Einkommensentwicklung* und dem Wachstum der Gesundheitsausgaben Rechnung getragen. So stiegen in der Vergangenheit letztere gegenüber den 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 dritte 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 in der kapital- und technologieintensiveren stationären Krankenpflege 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.
- Als vierter Faktor schliesslich sind *gesellschaftliche Trends* zu nennen. So ist beispielsweise angesichts der sich verändernden Familienstrukturen und der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen nicht auszuschließen, dass die Bereitschaft beziehungsweise die Möglichkeit von Familienmitgliedern, pflegebedürftige Angehörige zu betreuen, künftig weniger gross sein könnte als heute. Dadurch würde die Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen (Spitex resp. Pflegeinstitutionen) zusätzlich steigen. Diese zunehmende Bedeutung der formellen Pflege würde im Bereich der Langzeitpflege einen zusätzlichen Kostenschub verursachen.

Für die Projektionen der Gesundheitsausgaben wurden 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*. Dabei ist entsprechend einem international anerkannten Vorgehen zwischen den Bereichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege und Langzeitpflege unterschieden worden, da diese Bereiche unterschiedlich von den Kostentriibern betroffen sind. Für die Projektionen der *Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege* wurden die folgenden Szenarien aufgestellt:

- *Referenzszenario*: Die Hälfte der zunehmenden Lebenserwartung kann die Bevölkerung in einem guten Gesundheitszustand verbringen (teilweise Ausweitung der Morbidity). Zudem beeinflusst die Zunahme des gesamtwirtschaftlichen Einkommens den Anstieg der Gesundheitsausgaben über Angebots- und Nachfrageeffekte überproportional. Der Baumoleffekt wird nicht explizit berücksichtigt.

<sup>2</sup> Economic Policy Committee und EU-Kommission (2006), The impact of ageing on public expenditure: projections for EU25 member states on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfer (2004–2050).

- *Pure Ageing*: Die steigende Lebenserwartung erlebt die Bevölkerung in einem schlechten Gesundheitszustand (Ausweitung der Morbidität). Die Annahmen bezüglich der anderen Kostentreiber entsprechen denjenigen des Referenzszenarios.
- *Healthy Ageing*: Im Unterschied zum Referenzszenario wird unterstellt, dass die Bevölkerung die zunehmende Lebenserwartung in einem guten Gesundheitszustand verbringt (Ver-ringerung der Morbidität).
- *Baumolszenario*: Abweichend vom Referenzszenario ist der Baumoleffekt wirksam. Darüber hinaus bewirkt die gesamtwirtschaftliche Einkommenszunahme einen proportiona-len Anstieg der Gesundheitsausgaben.

Im Bereich der *Langzeitpflege* wird ebenfalls ein *Referenz-, Pure Ageing und Healthy Ageing Szenario* unterstellt, für welche dieselben Annahmen über den Zusammenhang zwischen der zuneh-menden Lebenserwartung und dem Gesundheitszustand, oder genauer der Pflegebedürftigkeit, der Bevölkerung wie im Bereich der Gesundheit ohne Langzeitpflege getroffen werden. Zudem wird in allen im Bereich der Langzeitpflege berechneten Szena-rien davon ausgegangen, dass keine Produktivitätsfortschritte erzielbar sind und somit der *Baumoleffekt* vollständig wirksam ist. Weiterhin wird angenommen, dass durch das gesamtwirtschaft-liche Einkommen kein Einfluss auf die Ausgaben der Langzeit-pflege ausgeübt wird. Schliesslich wird in einem weiteren Alter-nativszenario (Trend zur formellen Pflege) dem Kosteneffekt durch den oben beschriebenen gesellschaftlichen Trend von der informellen Pflege in der Familie zur formellen Pflege in Pflege-heimen und durch die Spitex Rechnung getragen.

### 3 Ergebnisse der Projektionen

**Tabelle 1: Ausgaben für das Gesundheitswesen im Referenzszenario\***

	2005 (in BIP-%)	2050 (in BIP-%)	Veränderung 2005–2050 (in BIP-PP)
<b>Gesamt</b>	<b>11,4</b>	<b>15,5</b>	<b>4,1</b>
Staat (inkl. Sozialwerke)	4,9	7,1	2,2
Bund	0,5	0,5	0,0
Kantone	3,1	4,7	1,6
Gemeinden	1,2	1,7	0,5

\* Bei den staatlichen Ausgaben handelt es sich um Bruttogrössen der Finanzstatistik

#### 3.1 Gesundheitswesen insgesamt

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>3</sup>

Im Referenzszenario steigen die Ausgaben von 11,4 Prozent des BIP im Basisjahr 2005 auf 15,5 Prozent des BIP im Jahr 2050 (s. Tabelle 1). Die Ausgaben der öffentlichen Hand würden im gleichen Zeitraum von 4,9 Prozent des BIP auf 7,1 Prozent des BIP zunehmen. Bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben wird die Hauptlast der Dynamik von den Kantonen getragen, welche auch gegenwärtig den Löwenanteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben schultern. Diese Entwicklungen werden weiter unten näher erläutert. Als Residuum verbleibt die Ausgabenlast der privaten Haushalte, welche bis zum Jahr 2050 um ungefähr 2 Prozentpunkte des BIP ansteigen würde.

Um die Sensitivität der Projektionen bezüglich der angenom-menen Szenarien zu verdeutlichen, ist in Grafik 2 das Intervall

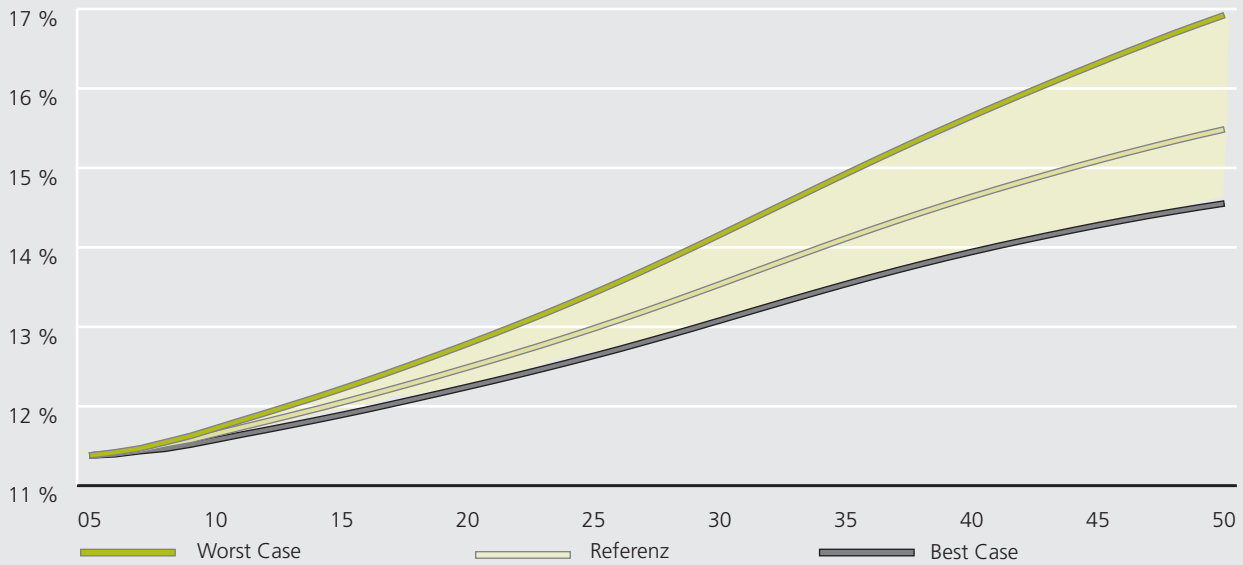
der Projektionen zwischen der optimistischsten (Best Case) und der pessimistischsten Variante (Worst Case) angegeben. Da die Projektionen getrennt nach den Bereichen Gesundheit ohne Langzeitpflege und Langzeitpflege durchgeführt worden sind, stellen der Best und Worst Case für die Ausgabenentwicklung im gesamten Gesundheitswesen jeweils eine Zusammensetzung aus den optimistischsten beziehungsweise pessimistischsten Szena-rien dieser beiden Bereiche dar. So spiegelt der Worst Case die Ausgabenentwicklung für das gesamte Gesundheitswesen unter den Annahmen des Baumolszenarios im Gesundheitswesen ohne die Langzeitpflege und des Pure-Ageing Szenarios in der Langzeitpflege wider. Hingegen setzt sich der Best Case aus den Healthy Ageing Szenarien der beiden Bereiche zusammen. Dabei sind die Abweichungen im Worst Case mit gut 30 Prozent (+1,4 BIP-Prozentpunkte) und im Best Case mit circa 20 Prozent (-0,9 BIP-Prozentpunkte) von der projizierten Ausgabenzunahme im Referenzszenario von 4,1 Prozentpunkten (PP) des BIP deutlich. Dies zeigt, dass die Ausgabenentwicklung recht sensitiv hinsicht-lich unterschiedlicher Annahmen reagiert (s. Grafik 2).

Entsprechend den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen werden auch die *Ausgaben der öffentlichen Hand* von den unter Zif-fer 2 beschriebenen Kostentreibern beeinflusst. Daraus ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die Gesamtausgaben des Gesundheits-wesens (s. Grafik 3). Gemäss dem Referenzszenario nehmen die

<sup>3</sup> Für eine Gesamtübersicht der Ergebnisse gemäss Referenzszenario s. Tabellenanhang, Tabelle A1.

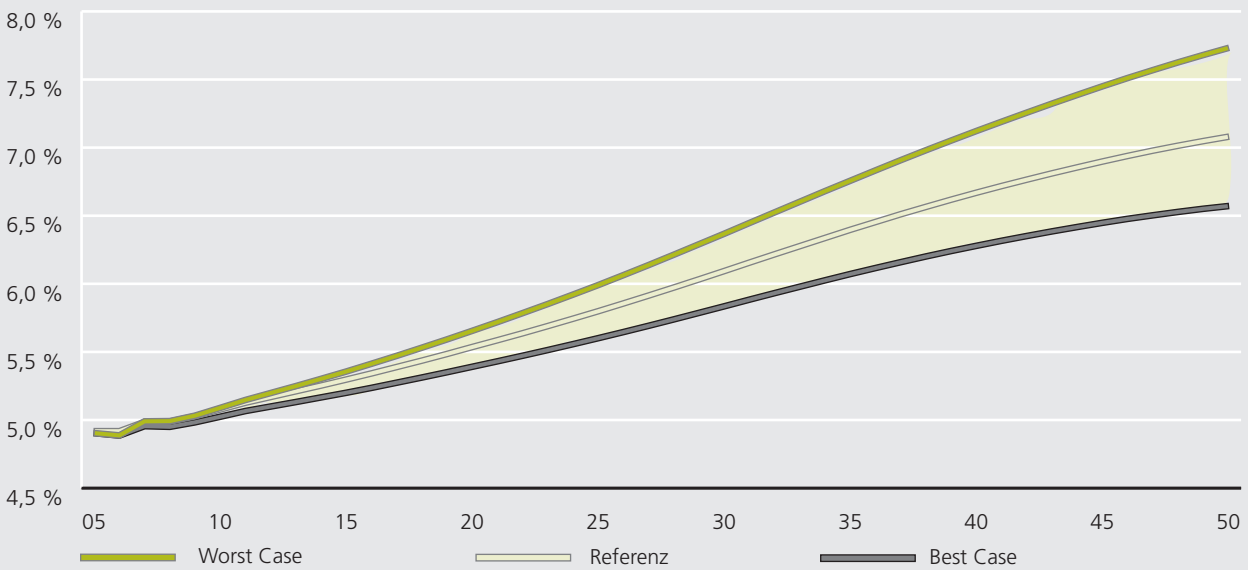
**Grafik 2: Szenarien gesamtes Gesundheitswesen**

(in % des BIP)



**Grafik 3: Szenarien Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand**

(in % des BIP)



staatlichen Ausgaben um 2,2 Prozentpunkte des BIP zu (s. Tabelle 1). Der in Grafik 3 dargestellte trichterförmige Verlauf zwischen dem Best und Worst Case verdeutlicht wiederum die Sensitivität der Projektionen bezüglich der oben genannten Szenarien. So fällt die Ausgabenzunahme im Worst Case um knapp 30 Prozent beziehungsweise 0,6 Prozentpunkte des BIP höher als im Referenzszenario aus, während sie im Best Case um rund 20 Prozent beziehungsweise 0,5 Prozentpunkte des BIP darunter bleibt.

Der in der Vergangenheit zu beobachtende Trend eines steigenden Anteils der kantonalen Ausgaben an den staatlichen Ausgaben für die Gesundheit setzt sich gemäss Referenzszenario, allerdings mit einer deutlichen Verlangsamung, fort (s. Grafik 4). Demnach würde der Kantonsanteil von 65 Prozent im Basis-

jahr 2005 auf 68 Prozent im Jahr 2050 zunehmen. Diese Ausgabenverschiebung zu Lasten der Kantone erfolgt hauptsächlich zu Gunsten der Gemeinden, deren Anteil bereits in der Zeit von 1990 bis 2005 um 6 Prozentpunkte gesunken ist. Hingegen würde der Anteil des Bundes an den öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit im Zeitraum von 1990 bis 2050 mehr oder weniger stabil bei 9 Prozent bleiben. Die Verschiebung der staatlichen Ausgabenstruktur für die Gesundheit von den Gemeinden hin zu den Kantonen ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Kantone im Basisjahr einen etwa dreimal so hohen Anteil an den Ausgaben für die Langzeitpflege aufweisen wie die Gemeinden. Die Ausgaben für die Langzeitpflege dürften sich zukünftig weitaus dynamischer als die Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege entwickeln (s. Abschnitt 3.3).

### Kasten 1: Internationaler Vergleich

#### Öffentliche Ausgaben im Gesundheitswesen exkl. Langzeitpflege im Referenzszenario

	2004*	2050	Veränderung 2005–2050
	(in BIP-%)	(in BIP-%)	(in BIP-PP)
Schweiz	4,4	5,7	1,3
EU-15	6,4	8,1	1,7
Niederlande	6,1	7,4	1,3
Deutschland	6,0	7,2	1,2
Österreich	5,3	6,8	1,5
Dänemark	6,9	7,8	0,9

\* Bei den Berechnungen der EU ist 2004 das Basisjahr

#### Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege im Referenzszenario

	2004*	2050	Veränderung 2005–2050
	(in BIP-%)	(in BIP-%)	(in BIP-PP)
Schweiz	0,5	1,3	0,8
EU-15	0,9	1,5	0,6
Niederlande	0,5	1,1	0,6
Deutschland	1,0	2,0	1,0
Österreich	0,6	1,5	0,9
Dänemark	1,1	2,2	1,1

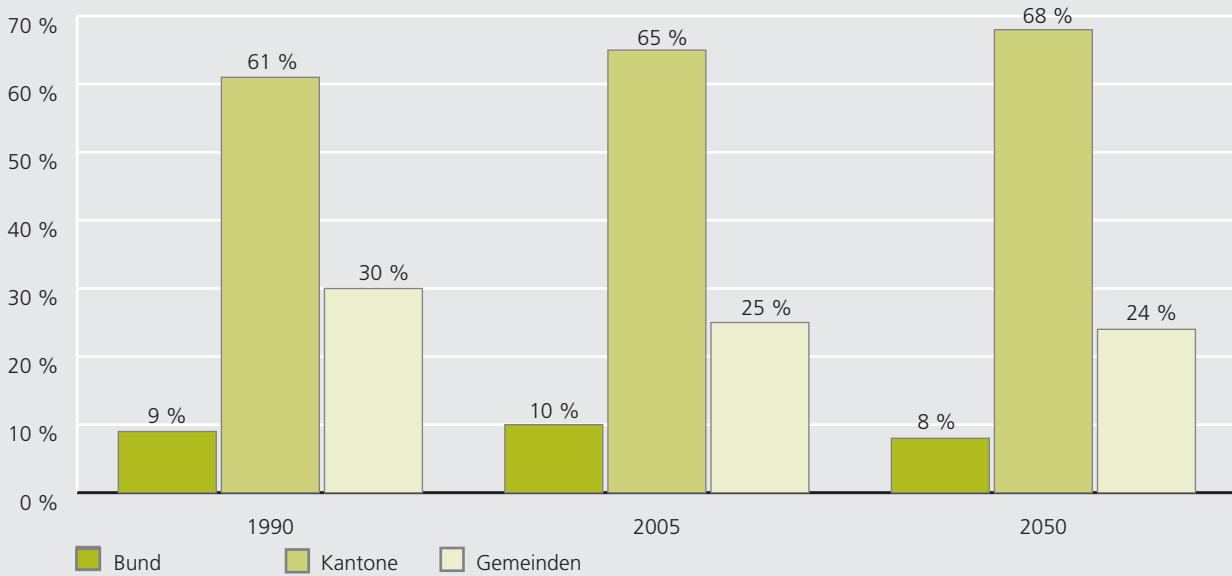
\* Bei den Berechnungen der EU ist 2004 das Basisjahr

Bei diesem Vergleich ist zu beachten, dass der Anteil der öffentlichen Ausgaben im Bereich Gesundheit in der Schweiz 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, während in der Schweiz der Staat gemäss der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des BFS heute rund ein Drittel des Gesundheitswesens finanziert<sup>4</sup>.

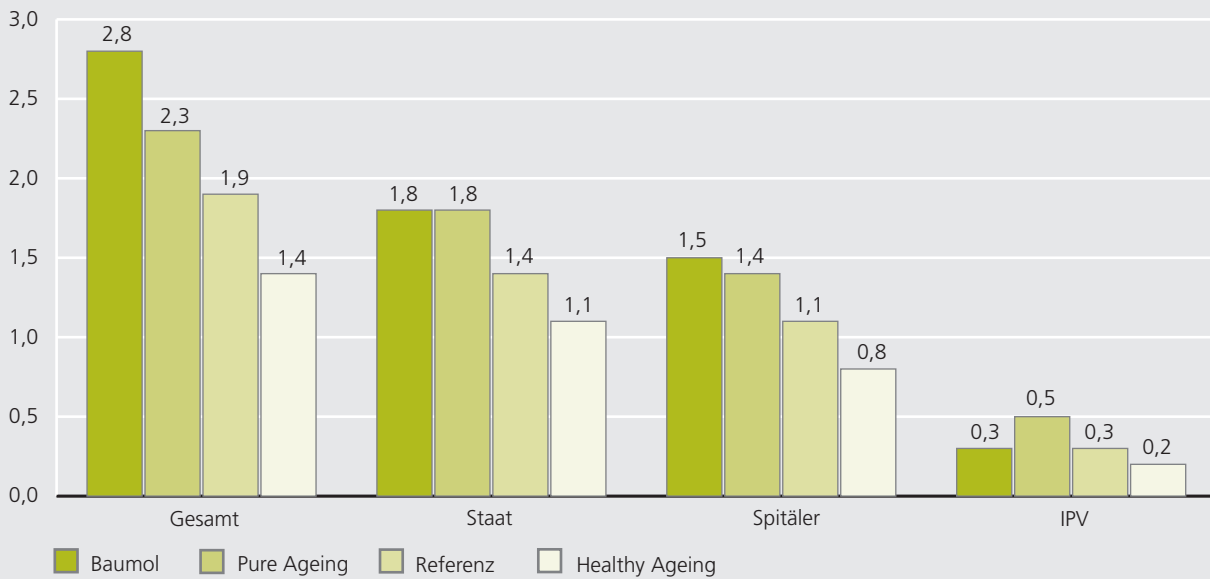
Die Projektionen im Rahmen des Referenzszenarios gehen von denselben Annahmen aus und sind daher vergleichbar. Die Zunahme der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen bis 2050 bewegt sich in der Schweiz in derselben Grössenordnung wie in der EU.

<sup>4</sup> Diese Statistik führt die Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsträgern aus der Sicht der sozialen Sicherheit auf. Die Finanzstatistik, welche die Grundlage der Ausgabenprojektionen in den vorliegenden Entwicklungsszenarien darstellt, geht von den Staatsrechnungen und damit vom Bruttoprinzip aus. Die beiden Statistiken sind daher nicht deckungsgleich.

**Grafik 4: Anstieg des kantonalen Ausgabenanteils**  
 (in % der staatlichen Gesundheitsausgaben)



**Grafik 5: Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen exkl. Langzeitpflege von 2005 bis 2050 in verschiedenen Szenarien (in BIP-PP)**





**Tabelle 2: Ausgaben im Gesundheitswesen exkl. Langzeitpflege in Prozent des BIP**

Ausgabenebene	Ausgaben 2005	Ausgaben 2050 in verschiedenen Szenarien			
		Referenz	Pure Ageing	Healthy Ageing	Baumol
<b>Gesamt</b>	<b>9,1</b>	<b>11,0</b>	<b>11,4</b>	<b>10,5</b>	<b>11,8</b>
Staat	4,4	5,7	6,2	5,4	6,2
Spital	3,4	4,5	4,8	4,3	5,0
IPV	0,7	1,0	1,2	0,9	1,0

### 32 Gesundheitswesen 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, welches über die Nachfrageseite zu steigenden Ansprüchen der Bevölkerung an das Gesundheitswesen führen und über die Angebotsseite den medizinisch-technischen Fortschritt befördern kann. So nehmen im Referenzszenario die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege in den Jahren von 2005 bis 2050 um 1,9 Prozentpunkte des BIP zu (s. Grafik 5 und Tabelle 2).<sup>5</sup> Dabei lässt sich circa ein Drittel der Ausgabenzunahme auf die Alterung der Bevölkerung, aber fast die Hälfte auf die mit der Einkommenssteigerung verbundenen Angebots- und Nachfrageeffekte zurückführen.<sup>6</sup> Folglich spielen nicht-demografische Kostentreiber 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 (Morbidity) der Bevölkerung. Würde die Bevölkerung die steigende Lebenserwartung bei schlechter Gesundheit erleben, würde das zu einer Zunahme der Ausgaben gegenüber dem Referenzszenario um rund einen halben Prozentpunkt des BIP führen (Pure Ageing Szenario). Wird die zunehmende Lebenserwartung bei guter Gesundheit verbracht, fällt die Ausgabenzunahme um etwa einen halben Prozentpunkt des BIP geringer als im Referenzszenario aus (Healthy Ageing Szenario). Noch sensitiver als auf eine Veränderung des Gesundheitszustands reagieren die Ausgaben auf den Baumoleffekt und damit auf eine über dem Produktivitätsfortschritt liegende Reallohnentwicklung. So würde das Wachstum der Gesundheitsausgaben mit 2,8 Prozentpunkten des BIP deutlich höher als im Referenzszenario ausfallen (s. Grafik 5).

Für die *öffentliche Hand* sind neben der in der Finanzstatistik unter dem Aufgabengebiet Gesundheit aufgeführten Position Spitäler die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) projiziert worden, weil letztere auch wesentlich durch die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen beeinflusst wer-

den. Allerdings haben die Kantone nach dem Regimewechsel durch die «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen» weiterhin einen grossen Handlungsspielraum bei der individuellen Prämienverbilligung, so dass verlässliche Projektionen für die kantonalen Ausgaben kaum möglich sind (s. auch Kasten 2). Daher wurde mit der vereinfachten Annahme gearbeitet, dass sich die kantonalen Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung bis auf das Jahr des Regimewechsels 2008 mit den entsprechenden Bundesausgaben entwickeln.

Für die *gesamten Staatsausgaben*, welche neben den Spitalausgaben und den Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung noch die restlichen Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand wie Ausgaben für die Prävention umfassen, lässt sich festhalten, dass die stärksten Ausgabeanstiege mit je 1,8 Prozentpunkten des BIP einerseits bei einer über dem Produktivitätsfortschritt liegenden Lohnentwicklung, dem Baumoleffekt, und andererseits bei einer Ausweitung der Morbidität, dem Pure-Ageing Szenario, zu erwarten sind (s. Grafik 5). Dabei erklärt sich diese Entwicklung allein durch die Spitalausgaben und die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung, da die restlichen Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand mit dem BIP fortgeschrieben worden sind.

Die *Spitalausgaben von Kantonen und Gemeinden* werden wesentlich durch den Baumoleffekt und die Morbidität der Bevölkerung beeinflusst. Am stärksten würde sich der Baumoleffekt mit einer Ausgabenerhöhung von 1,5 Prozentpunkten des BIP niederschlagen, während die Spitalausgaben im Pure-Ageing Szenario mit 1,4 Prozentpunkten des BIP ansteigen würden (s. Grafik 5). Demgegenüber würden die Spitalausgaben im Referenz- und Healthy-Ageing Szenario lediglich um 1,1 beziehungsweise 0,8 Prozentpunkten des BIP zunehmen.

Im Gegensatz zu den Spitalausgaben reagieren die *Ausgaben der von Bund und Kantonen finanzierten individuellen Prämienverbilligung* sensitiver auf die Morbidität der Bevölkerung als auf den Baumoleffekt (s. Grafik 5). So würden die Ausgaben der individuellen Prämienverbilligung im Pure-Ageing Szenario um 0,5 Prozentpunkte des BIP steigen, während der Ausgabeanstieg im Baumolszenario 0,3 Prozentpunkte des BIP beträgt. Im Healthy-Ageing Szenario nähmen die Ausgaben der individuellen Prämienverbilligung noch um 0,2 Prozentpunkte des BIP zu. Die grössere Bedeutung der Morbidität der Bevölkerung als Kostentreiber für die individuelle Prämienverbilligung ist darauf zurückzuführen, dass die obligatorische Krankenversicherung gemäss geltender Regelung auch Leistungen für die Langzeit-

<sup>5</sup> Zur Erläuterung der einzelnen Szenarien s. Abschnitt 2.

<sup>6</sup> In einem weiteren, hier nicht aufgeführten, Szenario wurde zusätzlich noch eine Unterscheidung der Gesundheitsausgaben nach Todesfällen und Überlebenden eines Jahrgangs getroffen. Diese Unterscheidung führt jedoch zu kaum merklichen Veränderungen gegenüber den Ergebnissen des Referenzszenarios (s. Working Paper Ökonometeam EFV Nr. 10).

## Kasten 2: Zur Hypothese eines einheitlichen Sozialziels bei der individuellen Prämienverbilligung

Wie bereits ausgeführt, ist für die Kantone der politische Handlungsspielraum für die Gewährung der individuellen Prämienverbilligung sowohl unter der derzeitigen Regelung als auch unter der «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen» sehr gross. So kann theoretisch jeder Kanton unterschiedliche Regelungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der individuellen Prämienverbilligung erlassen, wodurch die Projektionen für die kantonalen Leistungen für die individuelle Prämienverbilligung sehr unsicher werden. Für verlässlichere Projektionen müsste zum Beispiel ein einheitliches Sozialziel für alle Kantone unterstellt werden, wie es etwa Ende des Jahres 2001 vom Ständerat vorgeschlagen, vom Parlament aber letztlich verworfen wurde. Danach sollte die Prämienbelastung eines Haushalts 8 Prozent seines steuerbaren Einkommens nicht überschreiten. Da gemäss der gewählten Szenarien die Gesundheitsausgaben schneller als die Einkommen steigen, dürfte sich bei gegebenem Sozialziel für die Kantone eine Zusatzbelastung ergeben. Wird nun dieses Sozialziel einmal als Arbeitshypothese zugrunde gelegt, lässt sich überschlagsmässig unter stark einschränkenden Annahmen kalkulieren, wie sich der Ausgabenzuwachs bei den Kantonen gegenüber dem Referenzszenario verändern würde. Wird also angenommen, dass sich die Einkommensverteilung in der Zukunft gegenüber dem Basisjahr 2005 nicht ändert, sich die Prämienbelastung von 8 Prozent auf das Bruttoeinkommen eines Haushalts bezieht und die durchschnittliche Haushaltsgrösse von Leistungsempfängern konstant bleibt, würden die Ausgaben der Kantone im Jahr 2050, grob geschätzt, um gut 0,1 Prozentpunkte des BIP höher als im Referenzszenario ausfallen. Entsprechend würde der Anteil der leistungsberechtigten Haushalte gegenüber dem Basisjahr 2005, in dem circa 40 Prozent aller inländischen Haushalte die individuelle Prämienverbilligung bezogen haben, um knapp die Hälfte steigen. Bezogen auf die gesamte Zunahme der Staatsausgaben für die Gesundheit exklusive Langzeitpflege von 1,3 Prozentpunkten des BIP im Referenzszenario würden diese zusätzlichen 0,1 Prozentpunkte des BIP zwar ins Gewicht fallen, das Gesamtbild jedoch nicht wesentlich verändern.

**Tabelle 3: Öffentliche Ausgaben für die Langzeitpflege**

Szenario	2005	2050	Veränderung 2005–2050 (in BIP-PP)
	(in BIP-%)	(in BIP-%)	
Pure Ageing	0,5	1,5	1,0
Trend zu formeller Pflege	0,5	1,4	0,9
Referenz	0,5	1,3	0,8
Healthy Ageing	0,5	1,1	0,6

pflege erbringt.<sup>7</sup> So reagieren die Ausgaben in der Langzeitpflege sehr stark auf eine Veränderung der Annahme über die Morbidität (s. Abschnitt 3.3). Dies führt dazu, dass sich die Rangfolge der wichtigen Kostentreiber bei der individuellen Prämienverbilligung gegenüber den Spitalausgaben verändert. Zudem führt die gegenüber dem Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege höhere Ausgabendynamik bei der Langzeitpflege dazu (s. Abschnitt 3.3), dass sich gemäss Referenzszenario der Anteil der Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung für die Langzeitpflege von rund 10 Prozent im Basisjahr auf 19 Prozent im Jahr 2050 praktisch verdoppeln würde. Dieser Effekt ist für ungefähr 0,1 BIP-Prozentpunkte der Ausgabenzunahme bei der individuellen Prämienverbilligung im Referenzszenario verantwortlich.

Neben der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und den sich aus der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung ergebenden Nachfrage- und Angebotseffekten, kommt insbesondere den folgenden Faktoren eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege zu:

- dem Zusammenhang zwischen der Alterung und dem Gesundheitszustand (Morbidität) der Bevölkerung sowie
- dem Verhältnis zwischen dem Produktivitätsfortschritt und der Lohnentwicklung im Gesundheitswesen (Baumol-Effekt).

## 33 Langzeitpflege

Bevor auf die Ergebnisse der Projektionen im Bereich der Langzeitpflege eingegangen wird, ist hervorzuheben, dass das im Stände- und Nationalrat behandelte «Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung» (Bundesratsgeschäft Nr. 05.025) aufgrund der Beschlusslage zur Zeit der Erstellung dieser Entwicklungsszenarien nicht berücksichtigt werden konnte und daher der geltende gesetzliche Status unterstellt worden ist.

Der Bereich der Langzeitpflege ist stärker von der Alterung der Gesellschaft betroffen als andere demografieabhängige Aufgabengebiete. 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. So wird sich gemäss dem zugrunde liegenden Bevölkerungsszenario die Zahl der Personen über 80 Jahre bis zum Jahr 2030 praktisch verdoppeln und bis 2050 beinahe verdreifachen. Daraus resultiert mit einer jährlichen Wachstumsrate von nominal 4,6 Prozent eine weitaus stärkere Dynamik bei den Ausgaben für die Langzeitpflege als bei den Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege, welche eine jährlichen Wachstumsrate von nominal 3,0 Prozent aufweisen. So würde gemäss Referenzszenario der Anteil der Ausgaben für die Langzeitpflege an den gesamten Gesundheitsausgaben von 15 Prozent im Basisjahr auf 25 Prozent im Jahr 2050 ansteigen. Die Gesamtausgaben für die Langzeitpflege, welche sich aus den Ausgaben für Pflegeheime und für die ambulante Krankenpflege (Spitex) zusammensetzen, beliefen sich im Basisjahr 2005 auf

<sup>7</sup> Zur Zeit wird im Stände- und Nationalrat über ein «Bundesgesetz zur Neuordnung der Pflegefinanzierung», debattiert. Das Geschäft befand sich bei Abschluss der Arbeiten zu diesem Bericht in der Differenzvereinbarung. Deswegen ist für die Berechnung der Szenarien nur der geltende gesetzliche Status Quo zugrunde gelegt worden.

1,5 Prozent des BIP. Im Referenzszenario steigen diese Ausgaben bis 2050 auf 3,7 Prozent des BIP.<sup>8</sup>

Die *öffentliche Hand* trägt ungefähr ein gutes Drittel der Pflegekosten (Ergänzungsleistungen der AHV an Heimbewohner, Hilflosenentschädigung der AHV, Subventionen an Pflegeheime und an die Spitex). Der Finanzierungsbedarf bei der öffentlichen Hand belief sich im Basisjahr 2005 auf 0,5 Prozent des BIP und steigt im Referenzszenario bis zum Jahr 2050 um 0,8 Prozentpunkte auf 1,3 Prozent des BIP (s. Tabelle 3). Die Kantone tragen mit rund zwei Dritteln die Hauptlast der Finanzierung. Der Finanzierungsbedarf der öffentlichen Hand würde sich bis zum Jahr 2050 auf 1,5 Prozent des BIP verdreifachen, wenn sich die Pflegebedürftigkeit der über 65-Jährigen nicht ändert (Pure Ageing Szenario). Im Healthy Ageing Szenario fällt das Ausgabenwachstum mit 0,6 Prozentpunkten des BIP am geringsten aus. Unter der Annahme, dass sich in der Periode von 2010 bis 2020 eine kumulierte Zunahme der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen in der formellen Pflege von 10 Prozent ergibt, steigen die Ausgaben mit 0,9 Prozentpunkten des BIP fast so stark wie im Pure Ageing Szenario.

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Bestimmungsfaktoren für die Ausgaben der Langzeitpflege folgendes festhalten:

- die Alterung der Gesellschaft übt den stärksten Effekt aus;
- etwas weniger stark ist die Auswirkung des Gesundheitszustands;
- eine Verlagerung hin zu mehr formeller Pflege kann die Vorteile eines verbesserten Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung kompensieren oder sogar überkompensieren.

Die Auswirkungen der Demografie auf die Ausgaben der öffentlichen Hand im Bereich der Langzeitpflege werden durch den Druck von Seiten der Lohnkosten verstärkt. Da die Leistungen der Langzeitpflege sehr personalintensiv sind, stellt die Lohnkostenentwicklung ebenfalls einen wichtigen Treiber der Ausgabenentwicklung dar. Produktivitätsfortschritte können – ähnlich wie z.B. in den Bereichen Bildung und Kultur – kaum oder gar nicht realisiert werden (Baumoleffekt). So dürfte der medizinisch-technische Fortschritt kaum dazu führen, dass weniger Pflegepersonal bei gleich bleibender Qualität der Pflegeleistung eingesetzt werden kann. Unter diesem Gesichtspunkt dürfte beispielsweise eine weitere «Akademisierung» der Pflegeausbildung zu einem zusätzlichen Kostenschub führen.

## 4 Schlussfolgerungen

Eine gute Gesundheit ist eine der wesentlichen Bestimmungsgrößen für eine hohe Lebensqualität. Dies trifft insbesondere für Gesellschaften mit einem hohen Bevölkerungsanteil an über 65-Jährigen zu. Eine gute Gesundheit ist aber auch in jüngeren und mittleren Altersgruppen bedeutsam: Die Produktivität einer Gesellschaft hängt nicht zuletzt von der physischen und psychischen Gesundheit und Widerstandskraft der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab. Aus diesen Gründen setzt sich immer mehr das Bewusstsein durch, dass Investitionen in die Gesundheit auch Investitionen in die Wohlfahrt eines Landes sind. Für die Schweiz trifft dies in besonderem Masse zu, kommt doch in unserem Lande dazu, dass das Gesundheitswesen selbst, mit mehr als 10 % aller Beschäftigten, einer der wichtigsten Faktoren für unser Wirtschaftswachstum ist. Die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit liegt damit im öffentlichen Interesse, ebenso die kosteneffiziente Verwendung der öffentlichen Mittel zur Vermeidung und Behebung von Gesundheitsstörungen sowie zur Pflege von Kranken.

Bei einem der wichtigsten Kostentreiber für die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege, der Zunahme der über 65-jährigen Bevölkerung infolge der Alterung der «Baby-Boom-Generationen», handelt es sich um einen exogenen Faktor, der aus gesundheitspolitischer Sicht nicht beeinflusst werden kann. Somit ist ein Teil des Kostenanstiegs nicht vermeidbar.

Die beiden Szenarien Pure Ageing resp. Healthy Ageing zeigen deutlich, dass die Kostenentwicklung – zumindest in einem gewissen Ausmass – von der Entwicklung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung abhängig ist. Diese kann wie folgt beeinflusst werden:

- Durch Investition in Prävention und Gesundheitsförderung kann neben der Vermeidung von Krankheitsfällen auch die Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. hinausgezögert werden. Zugleich begünstigen Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung und können dadurch zu einer zusätzlichen – in den dargestellten Szenarien nicht enthaltenen – Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beitragen. Aus diesem Grund hat der Bundesrat einerseits am 28.9.2007 dem EDI den Auftrag erteilt, einen Vorentwurf für neue gesetzliche Grundlagen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Zugleich will er sein Engagement bei der Umsetzung konkreter Präventionsprogramme weiter aufrecht erhalten.
- Die Entwicklungen und Innovationen der kurativen und rehabilitativen Medizin werden die Autonomie und den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung ebenfalls positiv beeinflussen. Fortschritte bei der Behandlung von degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparats, von Herz-Kreislaufkrankungen aber auch von Beeinträchtigungen der Hör- und Sehleistungen dürften ergänzt werden durch

<sup>8</sup> Für die Erläuterung der Szenarien im Bereich der Langzeitpflege s. Abschnitt 2.

verbesserte Therapiemöglichkeiten von altersbedingten Schwächen der Hirn- und Nervenfunktionen. Der Bundesrat unterstützt diese Entwicklung im Rahmen seiner Forschungsförderungspolitik durch entsprechende Nationale Forschungsschwerpunkte oder Nationale Forschungsprogramme. Gleichzeitig ist die Abschätzung der Kostenfolgen solcher medizinischen Innovationen für die öffentliche Hand und die soziale Krankenversicherung durch eine enge Zusammenarbeit der Schweizerischen Gesundheitsbehörden mit ausländischen Institutionen zur Technologiefolgenabschätzung zu verbessern. Aber auch die vom Parlament im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes beschlossene landesweite Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen (unter Einbezug der Investitionskosten) im Spitalsektor wird zur vermehrten Berücksichtigung von Kosteneffizienzüberlegungen beim Einsatz neuer Technologien beitragen.

Neben der Beeinflussung des Gesundheitszustandes kann die Kostenentwicklung auch durch eine Produktivitäts- und Qualitätssteigerung positiv beeinflusst werden. Das grösste Potenzial besteht aus heutiger Sicht insbesondere in der systematischen Einführung von Informatiklösungen im Gesundheitssektor. So sieht auch die vom Bundesrat im 2007 verabschiedete Strategie «E-Health» Schweiz vor, bis 2015 gesamtschweizerisch elektronische Patientendossiers einzuführen.

Im Bereich der Langzeitpflege kann man erkennen, dass ein Trend zur formellen Pflege die Kostenentwicklung negativ beeinflusst. Eine Stärkung der informellen Pflege kann dieser

Tendenz entgegenwirken. Geeignete Massnahmen hierzu sind noch zu entwickeln. Und nicht zuletzt gilt es zu beachten, dass auch die Entwicklung der Lohnkosten im Gesundheitsbereich einen Einfluss auf die Kostenentwicklung hat (Baumolszenario). Auch hier ist die Gesundheitspolitik gefordert, geeignete Massnahmen zu entwickeln. Der Aufbau von Pflegeteams mit konsequenter Delegation gewisser heute der Ärzteschaft vorbehaltenen Aufgaben an andere Gesundheitsberufe hat sich im Ausland bewährt und wird auch in der Schweiz diskutiert.

Von den zur Zeit von den eidgenössischen Räten diskutierten Vorlagen zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes (Neuregelung der Spitalfinanzierung, Vertragsfreiheit, Kostenbeteiligung der Versicherten, Stärkung von Managed Care, Neuregelung der Pflegefinanzierung) stehen die beiden letztgenannten in einem direkten Bezug zu den oben genannten Projektionen. Gelingt es, im Rahmen der Weiterentwicklung von Managed Care die Attraktivität dieser Modelle für vorwiegend ältere Personen mit chronischen Krankheiten oder für Personen mit mehreren Krankheiten zu steigern indem für bestimmte Krankheiten vermehrt Case Management und wissenschaftlich gestützte Disease Management-Programme angeboten und von den Versicherten genutzt werden, kann einerseits die Qualität der Behandlungen gesteigert werden, andererseits können die finanziellen Ressourcen besser genutzt werden. Die Vorlage zur Pflegefinanzierung ihrerseits bewirkt die Umverteilung der Finanzierungslast insbesondere der Langzeitpflege zwischen der obligatorischer Krankenpflegeversicherung, der öffentlichen Hand und den privaten Haushalten, wobei auch das System der Ergänzungsleistungen sowie die AHV tangiert werden.

## Tabellenanhang

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

	2005 (in BIP-%)	2050 (in BIP-%)	Veränderung 2005–2050 (in BIP-PP)
<b>Gesamtes Gesundheitswesen</b>	<b>11,4</b>	<b>15,5</b>	<b>4,1</b>
Staat (inkl. Sozialwerke)	4,9	7,1	2,2
Bund	0,5	0,5	0,0
Kantone	3,1	4,7	1,6
Gemeinden	1,2	1,7	0,5
<b>Gesundheit exkl. Langzeitpflege</b>	<b>9,1</b>	<b>11,0</b>	<b>1,9</b>
Staat	4,4	5,7	1,4
Bund	0,5	0,5	0,0
Kantone	2,8	3,9	1,1
Gemeinden	1,0	1,3	0,3
<b>Langzeitpflege</b>	<b>1,5</b>	<b>3,7</b>	<b>2,2</b>
Staat (inkl. Sozialwerke)	0,5	1,3	0,8
Bund	–	–	–
Kantone	0,3	0,8	0,5
Gemeinden	0,1	0,3	0,2

\* Gemäss internationaler Gepflogenheit wird in diesem Bericht unter der Langzeitpflege die Pflege der über 65-Jährigen verstanden. Allerdings werden in der Gesundheitsstatistik des Bundesamtes für Statistik noch weitere Kosten für die Pflege insbesondere die Kosten der Institutionen für Behinderte erfasst, welche zu den Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen gezählt werden. Daher entspricht in Tabelle A1 die Summe der Ausgaben für die Gesundheit ohne die Langzeitpflege und für die Langzeitpflege nicht den Ausgaben für das gesamte Gesundheitswesen.