

# Demografische Alterung und Gesundheitswesen – Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege

Der demografische Wandel verbunden mit der überaus dynamischen Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen stellen grosse Herausforderungen für die Gesundheitspolitik dar. Die vom Ökonomenteam der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) für die Entwicklungsszenarien der Legislaturfinanzplanung 2009–2011 erstellten Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen verdeutlichen, dass die Alterung der Gesellschaft zu spürbaren finanziellen Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege führen dürfte. Im Bereich Gesundheit ohne Langzeitpflege überwiegt der Druck nicht-demografischer Kostentreiber, was einen grossen Handlungsspielraum für die Politik eröffnet.



Angesichts der demografischen Entwicklung hat der Bundesrat Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen bis zum Jahr 2050 in Auftrag gegeben. Wie international üblich, wurden das Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege und die Langzeitpflege der Über-65-Jährigen getrennt projiziert, weil teilweise unterschiedliche Kostentreiber in diesen beiden Bereichen wirken.

Bild: Keystone

## Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

Gemäss dem mittleren Demografieszenario des Bundesamtes für Statistik (A-00-2005) wird sich die Zahl der Über-80-Jährigen bis 2050 gegenüber 1991 praktisch vervierfachen und diejenige der 65- bis 80-Jährigen fast verdoppeln. Dies dürfte einen erheblichen Druck auf die Gesundheitsausgaben ausüben. Dazu gesellt sich eine überaus dynamische Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit. So ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt (BIP) im Zeitraum von 1970 bis 2005 von 5,4% auf 11,4% angestie-

gen. Dies zeigt auf, dass im Gesundheitswesen auch anderen Kostentreibern – wie dem medizinisch-technischen Fortschritt – eine erhebliche Bedeutung zukommt.

Angesichts dieser Herausforderungen hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die EFV beauftragt, Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen zu erstellen (siehe *Kasten 1*).<sup>1</sup> Die Ausgabenentwicklung ist für den Zeitraum von 2005 bis zum Jahr 2050 projiziert worden. Dieser Zeithorizont wurde gewählt, um die Folgen der demografischen Alterung – insbesondere durch die «Baby-Boom»-Generation – zu erfassen. Den Projektionen der Gesundheitsausgaben liegt die zentrale Annahme zugrunde, dass sich die geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht ändern werden (No-Policy-Change-Annahme).<sup>2</sup> Damit soll der Handlungsbedarf für die Politik aufgezeigt werden.

<sup>1</sup> Vgl. BR (2008).

<sup>2</sup> Für eine ausführliche Darstellung der Projektionen vgl. Colombier und Weber (2008a). Die am 13. Juni 2008 vom Parlament beschlossene Neuordnung der Pflegefinanzierung konnte in den vorliegenden Projektionen nicht berücksichtigt werden. Für die Neuordnung vgl. [www.admin.ch](http://www.admin.ch), Rubriken «Dokumentation», «Gesetzgebung», «Bundesblatt».

### Kasten 1

#### Entwicklungsszenarien

Entwicklungsszenarien sind erstmals im Januar 2008 im Rahmen der Legislaturfinanzplanung 2009 bis 2011 vom Bundesrat für das Gesundheitswesen veröffentlicht worden. Die Entwicklungsszenarien basieren auf dem im April 2006 in Kraft getretenen Artikel 8 der Finanzhaushaltsverordnung. Danach soll der Bundesrat periodisch, aber mindestens alle vier Jahre, für ein Aufgabengebiet des Staates Entwicklungen mit ihren finanziellen Folgen und mögliche Steuerungs- und Korrekturmaassnahmen aufzeigen, die über den Horizont der Finanzplanung hinausgehen.

Internet: [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch), Rubriken «Themen», «Bundesfinanzen», «Finanzplan».



**Dr. Carsten Colombier**  
Mitglied des Ökonomenteam, Eidg. Finanzverwaltung EFV, Bern

Kasten 2

### Baumol- und Einkommenseffekt

#### Baumol-Effekt

Dieser angebotsseitige Effekt besagt, dass die Preise in einigen arbeitsintensiven Branchen – wie dem Gesundheitswesen – stärker als in anderen Branchen steigen (Baumol, 1967). Dies lässt sich wie folgt erklären: Eine relativ unelastische Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht eine über den annahmegemäss tiefen Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen hinausgehende Lohnsteigerung. Gewöhnlich wird davon ausgegangen, dass die Reallöhne im Gesundheitswesen mit dem höher liegenden Produktivitätsfortschritt der Gesamtwirtschaft wachsen. Die Preissteigerung im Gesundheitswesen übersteigt dann die allgemeine Inflationsrate um die Differenz zwischen dem gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsfortschritt und dem Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen. Ein vollständiger Baumol-Effekt liegt vor, wenn es keinen Produktivitätsfortschritt im Gesundheitswesen gibt.

#### Einkommenseffekt

Empirisch lässt sich ein positiver überproportionaler Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Einkommensentwicklung und den Gesundheitsausgaben beobachten. Allerdings ist es anhand der Daten schwierig, zwischen der vom Einkommen abhängigen Nachfrage und Angebotseffekten, welche sich im Einkommen niederschlagen, zu unterscheiden. Daher wird davon ausgegangen, dass durch den Einkommenseffekt eine Vielzahl von angebots- und nachfrageseitigen Kostentreibern erfasst werden kann. Dazu gehören etwa der medizinisch-technische Fortschritt, die zunehmenden Ansprüche der Bevölkerung an das Gesundheitswesen oder die durch Anbieter im Gesundheitswesen aufgrund von Informationsasymmetrien – etwa zwischen Arzt und Patient – zusätzlich generierte Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen.

## Projektionen der Gesundheitsausgaben

Die Ausgabenprojektionen wurden für das gesamte Gesundheitswesen und für die öffentliche Hand, welche ein gutes Drittel der Ausgabenbelastung trägt, durchgeführt. Wie international üblich, wurden die Ausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege und die Langzeitpflege der Über-65-Jährigen getrennt projiziert, weil teilweise unterschiedliche Kostentreiber in diesen beiden Bereichen wirken.<sup>3</sup> Neben einem Referenzszenario, welches mit dem Referenzszenario der diesbezüglichen Arbeiten der Europäischen Kommission übereinstimmt, werden mehrere Alternativszenarien vorgestellt, um die Sensitivität der Gesundheitsausgaben auf die einzelnen Kostentreiber zu verdeutlichen und eine Idee über das Ausmass der Unsicherheit der Projektionen zu gewinnen. Gleichzeitig fliesst das Referenzszenario in den Bericht über die Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz ein.<sup>4</sup> Dabei wurden die makroökonomischen Annahmen aus den Langfristperspektiven übernommen. Für die Ermittlung der demografischen Wirkungen wurde das mittlere Basisszenario des BFS (A-00-2005) herangezogen.

Ein grosses Augenmerk wurde auf den Zusammenhang zwischen der Morbidität – als Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung – und der Veränderung der Lebenserwartung gelegt. Aufgrund der bestehenden Unsicherheit über diesen Zusammenhang sind in beiden Gesundheitsbereichen drei Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustands aufgestellt worden. So wird im Referenzszenario angenommen, dass die Bevölkerung nach 2005 eine Zeitspanne, welche der Hälfte der gestiegenen Lebenserwartung entspricht, in einem besseren Gesundheitszustand als die Bevölkerung im Basisjahr 2005 erleben wird. Im Pure-Ageing-Szenario ändert sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung gegenüber dem Basisjahr nicht, während im Healthy-Ageing-Szenario die Zeitspanne bei besserer Gesundheit der gesamten gestiegenen Lebenserwartung entspricht.

In allen Szenarien der Langzeitpflege wird davon ausgegangen, dass in diesem Bereich kein Produktivitätsfortschritt herrscht und damit der Baumol-Effekt, ein spezieller Preiseffekt, vollständig wirksam ist (siehe *Kasten 2*). Im Bereich Gesundheit ohne die Langzeitpflege wird nur in einem gesonderten Szenario – dem Baumol-Szenario – unterstellt, dass der Produktivitätsfortschritt ein Viertel geringer als in der Gesamtwirtschaft ist. Für die anderen Szenarien wird – wie in den Studien der OECD<sup>5</sup> und der EU-Kommission<sup>6</sup> – kein

Baumol-Effekt für die Gesundheit ohne die Langzeitpflege angenommen.

Im Bereich der Gesundheit ohne Langzeitpflege wird – mit Ausnahme des Baumol-Szenarios – unterstellt, dass die Ausgaben überproportional zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen – d.h. dem BIP – steigen. Zudem gehen einige GesundheitsökonomInnen davon aus, dass die Nähe zum Tod einen wichtigen Einfluss auf die Ausgaben im Bereich der Gesundheit ohne die Langzeitpflege als die Alterung hat.<sup>7</sup> Dies wird im Death-Related-Costs-Szenario berücksichtigt, das zwischen den Ausgaben für die Menschen eines Jahrgangs, welche innerhalb eines Jahres sterben, und für diejenigen, welche das Jahr überleben, unterscheidet. Schliesslich werden die Auswirkungen der zu beobachtenden Verlagerung der Altenpflege aus der Familie in die Spitex und die Pflegeheime im Szenario «Trend zu formeller Pflege» illustriert.

## Gesamte Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege

Die Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege bestehen zu drei Vierteln aus Ausgaben für Spitäler, ambulante Behandlung und Arzneimittel; sie betragen im Jahr 2005 9,1% des BIP. Die Projektionen zeigen, dass bei Berücksichtigung des Baumol-Effekts die Ausgabenzunahme mit 2,8 Prozentpunkten des BIP bis zum Jahr 2050 am stärksten ausfällt (siehe *Tabelle 1*). Demgegenüber steigen die Ausgaben im Referenzszenario nur um 1,9 Prozentpunkte. Einen ähnlich grossen Einfluss wie der Baumol-Effekt hat eine Veränderung des Gesundheitszustands der Bevölkerung auf die Ausgabenentwicklung. Im Pure-Ageing-Szenario nehmen die Ausgaben um 2,3 Prozentpunkte zu, während im Healthy-Ageing-Szenario der Ausgabenanstieg mit 1,4 Prozentpunkten deutlich geringer ausfällt. Die Zunahme um 1,4 Prozentpunkte ist dann zu rund zwei Dritteln auf den Einkommenseffekt und zu einem Drittel auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Im Death-Related-Cost-Szenario steigen die Ausgaben um 1,8 Prozentpunkte, also um 0,1 Prozentpunkte weniger als im Referenzszenario. Entgegen der Annahme einiger GesundheitsökonomInnen fallen somit die Todesfallkosten nicht ins Gewicht. Dies ist damit zu erklären, dass sich die Ausgaben für Todesfälle und Überlebende in Jahrgängen mit hohen Todesfallzahlen – also in hohem Alter – nur wenig voneinander unterscheiden.<sup>8</sup>

## Anteil der öffentlichen Hand

Die staatlichen Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege setzen sich hauptsächlich aus kantonalen und kommunalen Subven-

Tabelle 1

**Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege**  
 (in % und Prozentpunkten des BIP)

Szenario	Gesamt		Staat		Spitäler		IPV	
	2050 (in %)	Anstieg (in Prozentpunkten)						
Pure Ageing	11.4	2.3	6.2	1.8	4.8	1.4	1.2	0.5
Referenz	11.0	1.9	5.7	1.4	4.5	1.1	1.0	0.3
Healthy Ageing	10.5	1.4	5.4	1.1	4.3	0.8	0.9	0.2
Baumol	11.8	2.8	6.2	1.8	5.0	1.5	1.0	0.3
Death-Related Costs	10.9	1.8	5.7	1.3	4.5	1.1	1.0	0.3
<b>Ausgaben 2005</b>	<b>9.1</b>		<b>4.4</b>		<b>3.4</b>		<b>0.7</b>	

Quelle: EFV / Die Volkswirtschaft

Tabelle 2

**Ausgabenentwicklung in der Langzeitpflege der Über-65-Jährigen**  
 (in % und Prozentpunkten des BIP)

Szenario	Gesamt		Staat (inkl. Sozialwerke)	
	2050 (in %)	Anstieg (in Prozentpunkten)	2050 (in %)	Anstieg (in Prozentpunkten)
Pure Ageing	4.3	2.8	1.5	1.0
Referenz	3.7	2.2	1.3	0.8
Healthy Ageing	3.2	1.7	1.1	0.6
Trend zu formeller Pflege	4.0	2.5	1.4	0.9
<b>Ausgaben 2005</b>	<b>1.5</b>		<b>0.5</b>	

Quelle: EFV / Die Volkswirtschaft

Von der Ausgabenentwicklung in der Gesundheit ohne Langzeitpflege sind am stärksten die kantonalen Haushalte betroffen, da sie rund zwei Drittel der öffentlichen Spitalausgaben tragen und mit der Einführung des neuen Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen zu Beginn des Jahres 2008 einen grösseren Anteil an der IPV übernehmen. Die Belastung der kantonalen Haushalte steigt im Referenzszenario mit 1,1 Prozentpunkten des BIP von 2,8% im Basisjahr auf 3,9% im Jahr 2050. Hingegen bleibt die Belastung des Bundes bei 0,5% des BIP praktisch konstant. Die Ausgabenlast der Gemeinden nimmt von 1,0% auf 1,3% zu.

**Gesamtausgaben für die Langzeitpflege**

Die Ausgaben für die Langzeitpflege, welche sich aus den Ausgaben für die Pflegeheim- und die spitalexterne Pflege (Spitex) zusammensetzen, betragen im Jahr 2005 1,5% des BIP. Die Ausgabenentwicklung ist aufgrund des stärkeren Einflusses der Alterung und des Gesundheitszustands der Bevölkerung dynamischer als die der Gesundheitsausgaben ohne die Langzeitpflege, so dass spürbare Zusatzlasten auf die Gesellschaft zukommen dürften. Dementsprechend deutlich steigen die Ausgaben im Referenzszenario bis 2050 um 2,2 Prozentpunkte des BIP (siehe *Tabelle 2*). Ebenso ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung bedeutsam. So nehmen die Ausgaben im Healthy-Ageing-Szenario um 1,7 Prozentpunkte zu, während im Pure-Ageing-Szenario der Zuwachs im gleichen Zeitraum mit 2,8 Prozentpunkten um immerhin 1,1 Prozentpunkte höher ausfällt. Die Zunahme von 1,7 Prozentpunkten im Healthy-Ageing-Szenario lässt sich ungefähr zu zwei Dritteln mit der Alterung und zu einem Drittel mit dem Baumol-Effekt erklären. Im Szenario «Trend zu formeller Pflege» nehmen die Ausgaben um 2,5 Prozentpunkte zu. Eine jüngere Studie des Gesundheitsob-

tionen an die Spitäler (2005: 79%) und der von Bund und Kantonen an private Haushalte gezahlten individuellen Prämienverbiligung (IPV; 2005: 16%) zusammen. Für den Staat spielt die Entwicklung des Gesundheitszustands der Bevölkerung eine grössere Rolle als für die gesamten Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege. Dies ist damit zu erklären, dass die Ausgaben der IPV von der Entwicklung der Ausgaben für die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abhängig sind. Die OKP entrichtet Beiträge an die Langzeitpflege, deren Ausgaben sich dynamischer entwickeln. So nehmen die Ausgaben von Bund, Kantonen und Gemeinden bis 2050 mit 1,8 Prozentpunkten des BIP am stärksten im Baumol-Szenario und im Pure-Ageing-Szenario zu. Sowohl im Referenzszenario als auch im Death-Related-Cost-Szenario steigen die Ausgaben bis 2050 auf 5,7% des BIP an. Im Healthy-Ageing-Szenario legen die Ausgaben um 1,1 Prozentpunkte zu. Die IPV-Ausgaben steigen aufgrund der Pflegebeiträge der OKP mit 0,5 Prozentpunkten am stärksten im Pure-Ageing-Szenario. Die Ergebnisse für die Spitalbeiträge sind ein Spiegelbild der gesamten Gesundheitsausgaben.

- 3 Vgl. Europäische Kommission (2006) und Martins (2006).
- 4 Die Langfristperspektiven zeigen die demografischen Wirkungen auf den Gesamtstaat auf (s. Weber, 2008; Weber et al., 2008).
- 5 Vgl. Martins (2006).
- 6 Vgl. Europäische Kommission (2006).
- 7 Vgl. Zweifel et al. (1999).
- 8 Für weitergehende Ausführungen vgl. Colombier und Weber (2008b).

## Literatur

- Abrahamsen, Y. und B. Schips (2002), Quantitative Analyse des Systems der Krankenpflegeversicherung, Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich.
- Baumol, W.J. (1967), The Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review*, 57, S. 415–26.
- BR, Schweizerischer Bundesrat (2008), Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen, in: Legislaturfinanzplan 2009–11, Abschnitt 5 und Anhang 7, [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch), Rubriken «Themen», «Bundesfinanzen», «Finanzplan».
- Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008, Bundesblatt Nr. 25, 24. Juni 2008, 5247–5250, [www.admin.ch](http://www.admin.ch), Rubriken «Dokumentation», «Gesetzgebung», «Bundesblatt».
- Colombier, C. und W. Weber (2008a), Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050, Working Paper des Ökonometeams EFV Nr. 10, [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch), Rubriken «Themen», «Wirtschaft und Währung», «Wissenschaftliche Grundlagen – Ökonometeam», «Arbeitspapiere».
- Colombier, C. und W. Weber (2008b), Projecting Health Care Expenditure for Switzerland: Further Evidence Against the «Red-Herring»-Hypothesis, präsentiert an der 64. Tagung des International Institute of Public Finance im August 2008, [www.fdeb.unimaas.nl/iipf/Programme.htm](http://www.fdeb.unimaas.nl/iipf/Programme.htm).
- Europäische Kommission (2006), The Impact of Ageing on Public Expenditure: Projections for the EU 25 Member States on Pensions, Health Care, Long-term Care, Education and Unemployment Transfers 2004–2050, *European Economy Special Report Nr. 1/2006*.
- Hsiao, W. und P.S. Heller (2007), What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy?, *IMF Working Paper 07/13*.
- Martins, J.O. (2006), Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers?, *OECD Economics Department Working Paper Nr. 477*.
- Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pellegrini, S. et C. Jeanrenaud, 2008, Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg.
- Weber, W. (2008), Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen in der Schweiz, *Die Volkswirtschaft Nr. 9/2008*, S. 58–61.
- Weber, W., Bruchez, P. A., Colombier, C. und D. Gerber (2008), Bericht über die Langfristperspektiven der öffentlichen Haushalte in der Schweiz, Hrsg. Eidgenössische Finanzverwaltung, Bern, [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch), Rubriken «Dokumentation» «Zahlen und Fakten» «Berichte».
- Zweifel, P., Felder, St. und A. Werblow (1999), Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red-Herring?, *Health Economics*, 8, S. 485–96.

servatoriums, die den Ausgabenanstieg für die Langzeitpflege bis 2030 schätzt, kommt zu vergleichbaren Ergebnissen.<sup>9</sup>

## Anteil der öffentlichen Hand

Die öffentliche Hand trägt ein gutes Drittel der Ausgaben für die Langzeitpflege. Dabei setzen sich die Ausgaben der öffentlichen Hand im Jahr 2005 wie folgt zusammen: 44% der von Kantonen und Gemeinden finanzierten Beiträge an die Pflegeheime (23%) und an die Spitex (21%), 43% der von den Kantonen getragenen Ergänzungsleistungen der AHV (inkl. Sozialhilfe) und 13% Hilflosenentschädigung der AHV. Der Finanzierungsbedarf der öffentlichen Hand an der Langzeitpflege betrug im Jahr 2005 0,5% des BIP. Aufgrund der No-Policy-Change-Aannahme ist die Dynamik bei den öffentlichen Ausgaben dieselbe wie bei den Gesamtausgaben der Langzeitpflege. Die öffentlichen Ausgaben steigen im Referenzszenario bis 2050 mit 0,8 Prozentpunkten des BIP deutlich an. Im Pure-Ageing-Szenario verdreifachen sich die Ausgaben auf 1,5%, während sie im Healthy-Ageing-Szenario auf 1,1% zunehmen. Im Szenario «Trend zu formeller Pflege» erreichen die Ausgaben im Jahr 2050 1,4% des BIP.

## Internationaler Vergleich

Der internationale Vergleich mit den Projektionen der EU-Kommission zeigt, dass die öffentliche Hand in der Schweiz im Gesundheitswesen ähnlich durch den demografischen Wandel betroffen sein wird wie die europäischen Nachbarn. So liegt die projizierte Zunahme der Staatsausgaben für die Gesundheit ohne Langzeitpflege von 1,4 Prozentpunkten des BIP (im Referenzszenario) etwas unterhalb des Durchschnitts der Länder der Eurozone, für die eine Zunahme von 1,7 Prozentpunkten (EU-Basiszenario) projiziert wird. Dahingegen ist der Ausgabenzuwachs bei der Langzeitpflege mit 0,8 Prozentpunkten etwas oberhalb des Durchschnitts der Eurozone, für welche ein Plus von 0,6 Prozentpunkten geschätzt wird.

## Fazit

Die vorliegenden Projektionen zeigen, dass die demografische Alterung den erwarteten hohen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben hat. Allerdings ist die Bedeutung in den beiden untersuchten Bereichen des Gesundheitswesens unterschiedlich. So ist sie insbesondere bei der Langzeitpflege für die Über-65-Jährigen von erheblichem Gewicht. Als Prämien- und Direktzahler sind die privaten Haushalte davon

stark betroffen, weil sie heute ungefähr zwei Drittel der Ausgaben für die Langzeitpflege finanzieren. Inwieweit sich die genannten Belastungen durch die jüngst beschlossene Neuordnung der Pflegefinanzierung substanziell abfedern lassen, bleibt abzuwarten. Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Zusatzbelastung der privaten Haushalte, der damit verbundenen intergenerationalen Lastenverschiebung und einer grösseren Transparenz in der Pflegefinanzierung erscheint ein früherer Vorschlag der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich, welcher die Aufspaltung der OKP in eine Grundversicherung für den Krankheitsfall und eine obligatorische Pflegeversicherung vorsieht, weiterhin prüfenswert.<sup>10</sup>

Der bedeutendste Kostentreiber im Gesundheitswesen ohne Langzeitpflege ist der Einkommenseffekt. Nach neueren Erkenntnissen der Gesundheitsökonomik sind insbesondere angebotsseitige Kostentreiber von Relevanz.<sup>11</sup> Folglich dürfte sich durch Effizienzverbesserungen auf der Leistungsseite – wie die Einführung von Managed-Care-Modellen – eine erhebliche Dämpfung der projizierten Ausgabenentwicklung erreichen lassen.

Angesichts der Ausgabenrelevanz der Morbidität können ebenfalls Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung kostendämpfend wirken. Wegen der demografischen Entwicklung wird der Bedarf an Gesundheits- und Pflegepersonal deutlich ansteigen. Aufgrund der vergleichsweise langen Ausbildungszeiten ist eine langfristige Planung der Personalressourcen im Gesundheitswesen empfehlenswert, um Knappheiten an Arbeitskräften möglichst gering zu halten und damit den Kostendruck, der von den Löhnen und dem damit verbundenen Baumol-Effekt ausgeht, abzuschwächen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen zwar wesentlich, aber nicht zum überwiegenden Teil durch die Alterung der Bevölkerung getrieben wird. Dies bedeutet, dass durch geeignete politische Massnahmen ein nicht unbedeutender Anteil des projizierten Ausgabeanstiegs vermieden werden kann. ■

9 Vgl. Weaver et al. (2008).

10 Vgl. Abrahamsen und Schips (2002).

11 Vgl. Hsiao und Heller (2007).