



**Gesundheit
Institut für Pflege**
Zur Sache

Ökonomisierung
des Gesundheitswesens –
Erkundungen aus
der Sicht der Pflege

**Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen
und auf die Pflege**



3.1

Das Institut für Pflege am Departement Gesundheit veröffentlicht in regelmässiger Folge Berichte aus der Hochschulperspektive zu aktuellen und zukunftsgerichteten Themen rund um die professionelle Pflege im schweizerischen Gesundheitswesen.

Impressum

Herausgeber/Verlag

ZHAW Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
8401 Winterthur

ipf.gesundheit.zhaw.ch
www.gesundheit.zhaw.ch/pflege

Autorin

Mascha Madörin, Ökonomin, lic. rer. pol.

Titel

Ökonomisierung des Gesundheitswesens –
Erkundungen aus der Sicht der Pflege
Teil 1: Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen
und auf die Pflege

Redaktionelle Mitarbeit/Korrektorat/Lektorat

Ingrid Essig, Winterthur, vinegar@hispeed.ch

Gestaltung/Titelgrafik

Driven GmbH, Zürich, www.driven.ch

Druck

Ziegler Druck- und Verlags-AG, Winterthur,
www.zieglerdruck.ch

Auflage

1. Auflage, März 2014



Dass das schweizerische Gesundheitswesen zu teuer ist, scheint eine unumstössliche Tatsache zu sein. Landauf, landab wird in allen Medien debattiert, behauptet und widersprochen – das Thema ist brisant und betrifft uns alle. Gespart muss werden, lautet die Losung. Tatsächlich sind in den letzten Jahren zahlreiche (vermeintliche) Sparmassnahmen vollzogen worden, wie zum Beispiel die Fallpauschalen in den Spitälern. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange und die Pflege ist massgeblich davon betroffen. Eine zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist: Wer profitiert von welchen neu geregelten Geldflüssen beziehungsweise hat das Nachsehen? Als Bildungsinstitution im Bereich Pflege tragen wir die Verantwortung dafür, dass die Pflegefachpersonen nach dem Studium ihren Beruf professionell ausüben können. Während ihrer Ausbildung sollen sie sich das nötige Rüstzeug erarbeiten, um in ihrem späteren beruflichen Umfeld dank ihres Wissens, ihrer Fähigkeiten und ihrer Kompetenzen gebührend Respekt und Wertschätzung – auch finanzieller Art – zu erlangen. Nur so können die Pflegefachpersonen zum Wohl der Patientinnen und Patienten arbeiten.

Mit der vorliegenden und den zwei darauffolgenden Publikationen von «Zur Sache» bieten wir eine Diskussionsplattform für Pflegefachpersonen, Studierende, Lehrpersonen, Management- und Leitungsbeauftragte sowie die entsprechenden politischen Vertreterinnen und Vertreter respektive Gremien im Bereich Gesundheit im Allgemeinen und in der Pflege im Speziellen, aber auch für die interessierte breite Öffentlichkeit. Die Studie soll mit der Beleuchtung verschiedenster Fragestellungen sowohl wirtschafts- als auch gesellschaftspolitischer Art zum Wissens- und Meinungsaustausch unter den betroffenen Interessensgruppen anregen. Sie liefert keine fertigen Antworten, sondern neue Denkanstösse, die es zu verfolgen gilt, damit die Diskussion um das komplexe Thema der Finanzierung des Gesundheitswesens möglichst differenziert und ganzheitlich geführt werden kann.

Mit Mascha Madörin konnten wir eine Autorin engagieren, die sich seit vielen Jahren intensiv mit der hier behandelten Thematik auseinandersetzt und sich durch profunde Kenntnisse über die hochkomplexen Zusammenhänge der schweizerischen Gesundheitsökonomie und -politik auszeichnet. Sie wagt es als eine der wenigen Ökonominen und Ökonomen, auf diesem undurchsichtigen Terrain bisher unbekannte Wege auszukundschaften und so neue Perspektiven aufzuzeigen. Ihrer vorliegenden Arbeit verdanken wir es, dass das Institut für Pflege das Thema Ökonomisierung des Gesundheitswesens und insbesondere der Pflege einem breiten Publikum zur Diskussion vorlegen kann, sowohl innerhalb als auch ausserhalb der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Gelegenheit, sich auszutauschen, bietet sich auch an hochschulinternen als auch öffentlichen Veranstaltungen, die parallel zur Herausgabe der drei Publikationen stattfinden. Die entsprechenden Informationen finden Sie auf der Website www.gesundheit.zhaw.ch/pflege.

Der erste Teil der dreiteiligen Studie widmet sich dem heutigen Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege. Mit internationalen Vergleichen, der Untersuchung der Geldflüsse und Kosten in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens sowie der kritischen Auseinandersetzung mit den aktuellen von Bund und Kantonen vorgeschriebenen Sparmassnahmen wird der umfangreiche, hochkomplexe Themenkreis eröffnet. Die weiteren Publikationen folgen im Halbjahresabstand.

Ich wünsche Ihnen eine motivierende Lektüre.

Heidi Longgerich
Leiterin Institut für Pflege

5 Vorwort

7 1 Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich

- 7 1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens als Teil der Volkswirtschaft
- 7 1.1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens verglichen mit dem Bruttoinlandprodukt
- 9 1.1.2 Die Kosten des Gesundheitswesens in Dollar
- 10 1.2 Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens verglichen mit seinen Kosten
- 11 1.3 Das Wachstum der Gesundheitsausgaben aus volkswirtschaftlicher Sicht

14 2 Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand und der obligatorischen Krankenkassen – ein internationaler Vergleich

16 3 Die Unterfinanzierung der Pflege

- 16 3.1 Die unterschiedlichen Finanzierungsregimes
- 16 3.2 Die (Pflege)kosten in Spitälern
- 19 3.3 Die Pflegekosten in Pflegeheimen und zu Hause

20 4 Überlegungen zur Um- und Auslagerung von Behandlungs- und Pflegekosten

- 20 4.1 Die Externalisierung von Kosten
- 21 4.2 Das Verschwinden von Leistungen aus den Abgeltungssystemen und den Effizienz kalkülen

23 5 Zusammenfassung und Ausblick

24 Glossar

26 Referenzen

Vorwort

Seit Jahrzehnten geht es im Gesundheitswesen um viel Geld, um sehr viel Geld. Nur diskutieren Ökonominen und Ökonomen nicht immer mit den gleichen Argumenten darüber, was es braucht, damit ein Gesundheitswesen gut funktioniert und für alle bezahlbar ist. Die Ökonomie des Gesundheitswesens befasst sich schon lange mit diesem Thema. Aber die ökonomische Begründung, wieso ein Gesundheitswesen in einer bestimmten Art und Weise reguliert werden soll, hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Das ist am sichtbarsten bei der Frage, was denn eigentlich unter «Wirtschaftlichkeit» respektive «wirtschaftlicher Effizienz» zu verstehen und wie sie zu verwirklichen sei.

Seit Inkrafttreten des Krankenpflegeversicherungsgesetzes (KVG) 1996 hat sich die Auffassung darüber, wie Gesundheitskosten vom Staat und von der obligatorischen Krankenkasse finanziert werden sollen, entschieden gewandelt: Es gab einen Wechsel von der Finanzierung der Spitalbetriebskosten zu einer Finanzierung von Leistungen (BAG Bundesamt für Gesundheit, 2012, S. 5). Ähnliche Konzepte gibt es für die spitalexterne Pflege und die ambulante medizinische Versorgung. Die angestrebte Ökonomisierung besteht nun problematischerweise darin, dass der monetäre Wert einer Leistung gegenüber ihrem medizinischen oder pflegerischen Wert (bzw. ihrer Wirkung) deutlich an Bedeutung gewinnt. Voraussetzung für eine derart gestaltete Reorganisation ist die vorherrschende politische Überzeugung, dass das Gesundheitswesen zu viel kostet.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird gegenwärtig also durch zwei Arten von Regulierungen durchgesetzt: zum einen durch das Finanzierungsregime, in dem geregelt ist, welche Leistungen der Staat und die Grundversicherung der Krankenkassen obligatorisch bezahlen; zum andern durch die Systeme der Leistungsabgeltung, die festlegen, was überhaupt als Leistung zählt und wie hoch diese entgolten wird. Die wirtschaftstheoretischen Annahmen und Vorstellungen über Arbeitsprozesse, die hinter diesem Finanzierungskonzept und hinter der Definition der Preise stehen, sind eines der zentralen Themen der Studie «Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege» (Madörin, 2014), deren Teil 1 in dem vorliegenden Heft gekürzt abgedruckt ist.*

Ausgangspunkt dieser Studie sind die heutigen gesundheitsökonomischen Debatten. Sie sind im Wesentlichen von vier Annahmen bzw. Behauptungen geprägt:

- Die Kosten des Gesundheitswesens sind zu hoch und

wachsen zu schnell. Sie müssen eingedämmt werden (BAG, 2012, S. 4).

- Die Kosten sind so hoch, weil das Gesundheitswesen zu wenig wirtschaftlich ist. Der Hauptgrund dafür ist eine «ungenügende Steuerung der Leistungsmenge» (BAG, 2012, S. 4).
- Die Leistungen des Gesundheitswesens müssen durch neue Regulierungen optimiert und damit verbilligt werden.
- Durch eine neue Steuerung via Geldflüsse – das heisst durch die Reorganisation der Finanzierung (obligatorische Leistungen von Staat und obligatorischer Krankenkasse) und der Leistungsabgeltung (Fallpauschalen, Spitalfinanzierung, Tarifordnungen) – soll mehr Wirtschaftlichkeit durchgesetzt und ein Kostenwettbewerb in möglichst vielen Bereichen des Gesundheitswesens eingeführt werden (Ökonomisierung).

Die Studie besteht aus drei Teilen, die sich aus verschiedenen Blickwinkeln mit diesen Grundannahmen der gesundheitsökonomischen Politik und den damit verbundenen Regulierungen befassen:

- Teil 1: Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege
- Teil 2: Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsetts für die Pflege
- Teil 3: Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienz kalkül.

Ursprünglich lautete der Arbeitstitel der Studie «Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Pflege». Dem Titel wurde nachträglich ein Wort hinzugefügt: Erkundungen. Erkundungen aus der Sicht der Pflege. In allen drei Teilen der Studie werden zuerst generell neue Regulierungen und gesundheitsökonomische Konzepte sowie Diskussionen dargestellt und kritisch hinterfragt. Die anschliessenden Abschnitte, die sich mit der Situation der Pflege und der Ökonomisierung aus deren Sicht befassen, haben sich bei allen drei Teilen als schwieriger erwiesen als zuerst gedacht. Denn zum Thema Gesundheitsökonomie aus der Sicht der Pflege gibt es wenige und nur in verschiedenen Fachbüchern verstreute Analysen von Teilaspekten. Datenerhebungen, die die Pflegearbeit explizit ausweisen, sind rar und die hier verwendeten Zahlen deswegen zum Teil Schätzungen. Dabei stellen die Pflegenden heute mit Abstand die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Trotzdem sind ihre Leistungen, ihre Diagnosen und ihre Sicht des Pflegebedarfs von Kranken kaum ein Thema der Gesundheitsökonomie. Falls etwas thematisiert wird, sind

es die Kosten der Pflege. Im Fokus der Gesundheitsökonomie stehen heute die Ärztinnen und Ärzte, die Diagnosen stellen und Behandlungsentscheide fällen, welche die staatlichen Ausgaben fürs Gesundheitswesen und die Ausgaben der obligatorischen Krankenkasse entscheidend beeinflussen.

Wie alle Ökonominnen und Ökonomen habe ich in Wirtschaftstheorien denken gelernt, die von den Erfahrungen der Industrialisierung der Güterproduktion, der Gütermärkte und der damit verbundenen Finanzierungssysteme geprägt sind. Der Begriff Erkundungen deutet an, dass ökonomisches Denken, das den Eigenarten des Gesundheitswesens gerecht wird, meiner Ansicht nach erst langsam am Entstehen ist, wenn überhaupt. Besonders die personenbezogene Logik und die Komplexität der Pflegearbeit unterscheiden sich grundlegend von den Arbeits- und Austauschprozessen, die mit der Produktion von Gütern und ihrem Verkauf einhergehen. Diesbezügliche Markt- und Wettbewerbstheorien zielen an den Realitäten der Pflege vorbei. Die im Text dargelegten Überlegungen zur Ökonomisierung der Pflege stellen deshalb Schritte auf kaum erforschem Gebiet dar.

Mein Dank gebührt dem Institut für Pflege: Ohne den Auftrag zu dieser Studie und ohne den informativen und inspirierenden Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Pflege wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Sie war für mich nicht nur herausfordernd und zum Teil auch irritierend, sondern auch ein grosses Vergnügen, so wie diese Art von Erkundungen sich eben gestaltet.

Mascha Madörin

1 Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich

Schon vor der Abstimmung über das Krankenversicherungsgesetz (KVG, Dez. 1994, in Kraft seit Januar 1996) wurde beim Stimmvolk unter anderem für das neue KVG damit geworben, dass ein beschränkter und staatlich regulierter Wettbewerbsmechanismus zu weniger starken Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen würde, was aber schliesslich nur begrenzt der Fall war: Die Kosten, gerechnet als Anteil vom Bruttoinlandprodukt (BIP), sind von 1996 bis 2003 von 9,6 auf 11,3 Prozent gestiegen. In den Jahren danach ist ihr Anteil am BIP praktisch gleich geblieben. Im Vorfeld der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der Fallpauschalen (seit 1.1.2012; DRG: Diagnosis Related Groups) wurde dasselbe versprochen, in diesem Fall bezüglich der Kosten der Spitäler. Diese machen in der Schweiz im Vergleich mit westeuropäischen Ländern einen relativ hohen Anteil der gesamten Gesundheitskosten aus, was in einem Gutachten von 2011 für das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO als ein Grund für die relativ hohen Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens angesehen wird (Kirchgässner und Gerritzen, 2011, S. 63–64). Bereits zeichnet sich ab, dass die tatsächliche Kostenentwicklung anders verlaufen wird, als bei der Einführung der DRG versprochen wurde. Im Vorfeld zur Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage (2012), welche die ambulante medizinische Versorgung betrifft, wurde abermals gleich argumentiert, wobei folgende Zahlen genannt wurden: eine Milliarde Schweizer Franken könnte man sparen, wenn 60 Prozent der Krankenversicherten einem Managed-Care-Netzwerk beitreten würden («Tages Anzeiger» online 13.5.2012). Auch da sind Zweifel angebracht. Da die Managed-Care-Vorlage vom Stimmvolk abgelehnt wurde, lässt sich nachträglich nicht überprüfen, ob ihre Umsetzung tatsächlich das gebracht hätte, was ihre Verfechter versprochen hatten.

Worauf basiert die Behauptung, das Gesundheitswesen sei zu teuer für die Volkswirtschaft und die Kosten müssten gesenkt werden? Was spricht dagegen, dass dieser Bereich ein wichtiger Wachstumssektor ist, sowohl was die Arbeitsplätze als auch seine Bedeutung für das BIP und für die Wohlfahrt der Menschen anbelangt? Es bieten sich drei Argumente an:

- Das schweizerische Gesundheitswesen kostet im internationalen Vergleich sehr viel.
- Es ist in Bezug auf seine Leistungsfähigkeit zu teuer.
- Die Gesundheitskosten sollten nicht deutlich stärker wachsen als das BIP.

Im Folgenden wird auf diese drei Punkte genauer eingegangen.

1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens als Teil der Volkswirtschaft

In den Statistiken und auch in der öffentlichen Debatte werden in der Regel zwei verschiedene Indikatoren aufgeführt, um die Kosten des Gesundheitswesens international zu vergleichen: Die Kosten pro Kopf der Bevölkerung in Dollar oder Euro und die Kosten berechnet als Prozentsatz des BIP. Letzteres ist insofern ein guter Indikator, weil die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes im BIP enthalten ist und mit diesem Indikator die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens eines Landes ausgedrückt wird. Es ist deshalb auch der am häufigsten gebrauchte Indikator.

1.1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens verglichen mit dem Bruttoinlandprodukt

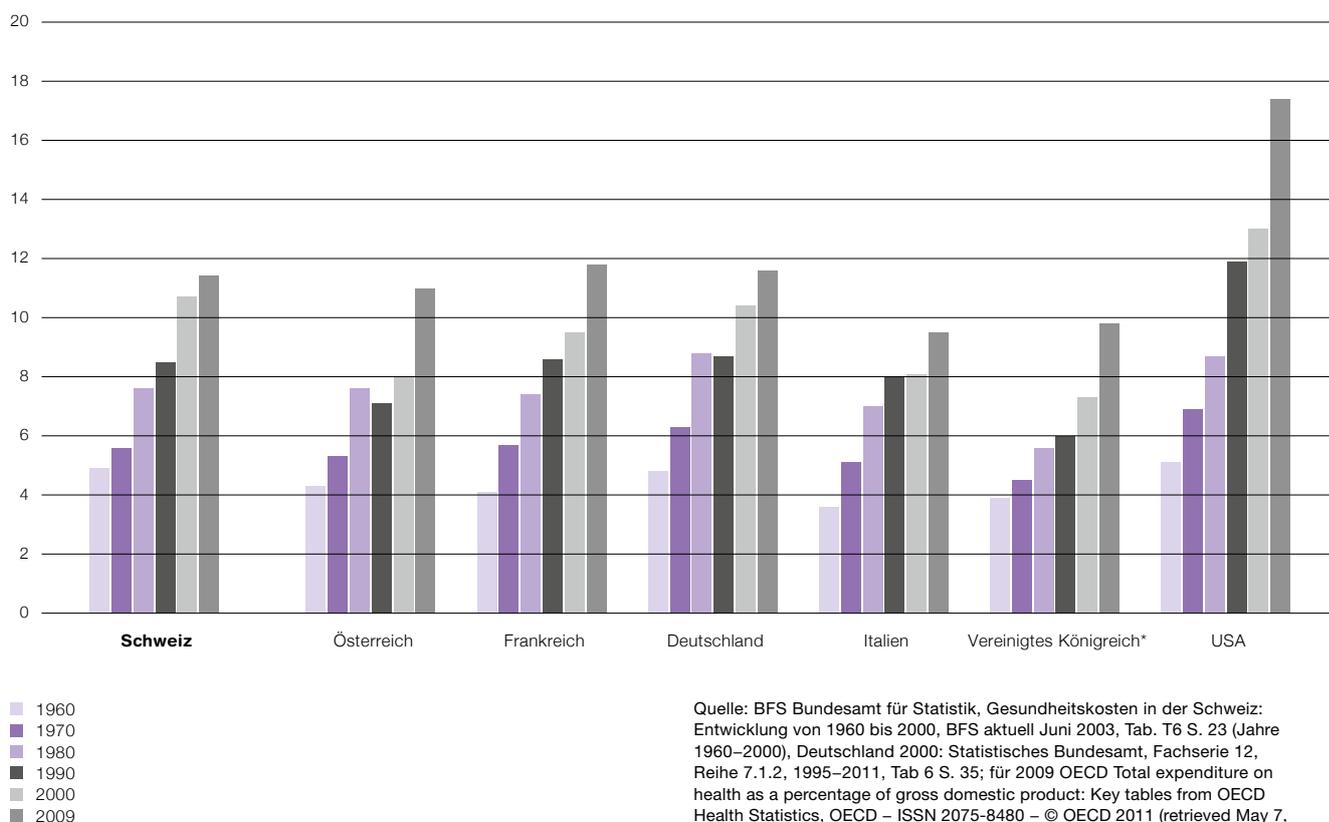
Grafik 1 zeigt, dass sich die Gesundheitskosten in der Schweiz seit den 1960er Jahren parallel zu denjenigen unserer Nachbarländer und des Vereinigten Königreichs entwickelt haben. In Letzterem und in Italien ist der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zwar tiefer als in der Schweiz, aber die Tendenz der steigenden Anteile über die Jahrzehnte verläuft parallel. Nur in den USA sind ab den 1980er Jahren die Gesundheitskosten relativ zum BIP ungleich viel stärker gewachsen als in den andern Ländern der Grafik. Im Jahr 2009 machte der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den USA fast das Doppelte von demjenigen Italiens aus. Was die Gesundheitsausgaben anbelangt, so stellen die USA eine eigene Spitzenklasse dar im Vergleich zu allen anderen Ländern.

Wegen fehlender Daten für die ersten Jahrzehnte enthält Grafik 1 keine skandinavischen Länder. Neuere Statistiken der OECD zeigen, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz von 2003 bis 2009 von 11,3 auf 11,4 Prozent des BIP (s. Grafik 1) gestiegen sind, in Schweden von 9,3 auf 9,9 Prozent und in Dänemark von 9,5 auf 11,5 Prozent (OECD.Stat). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP liegt also in Schweden deutlich tiefer als in der Schweiz, nicht aber in Dänemark.

Grafik 1

Gesundheitskosten in ausgewählten OECD-Ländern

in % des BIP (Bruttoinlandprodukt) in den Jahren 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2009



Quelle: BFS Bundesamt für Statistik, Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000, BFS aktuell Juni 2003, Tab. T6 S. 23 (Jahre 1960–2000), Deutschland 2000: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, 1995–2011, Tab 6 S. 35; für 2009 OECD Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product: Key tables from OECD Health Statistics, OECD – ISSN 2075-8480 – © OECD 2011 (retrieved May 7, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480).

* 2009 lt. OECD Statistiken Vereinigtes Königreich, die andern Jahren lt. BFS: Grossbritannien
Zusammenstellung: M. Madörin

Kommentar zur Grafik

In der Schweiz wird – vorwiegend von Frauen – sehr viel Pflege- und vor allem Betreuungsarbeit zu Hause unbezahlt geleistet, in anderen Ländern wird wesentlich mehr dieser Arbeit bezahlt. Was nicht bezahlt wird, erscheint in der Statistik nicht; dies macht Vergleiche schwierig. Seit der Erstellung dieser Grafik wurde in der Schweiz die BIP-

Berechnung nach oben korrigiert, das heisst, die Anteile der Gesundheitsausgaben sind aus der Sicht der Statistik neuerdings etwas kleiner.

Weitere Kommentare siehe Studie Madörin (2014): Teil 1, Grafik 1.

1.1.2 Die Kosten des Gesundheitswesens in Dollar

Zu einer ähnlichen Grafik wie Grafik 1, die aber mehr Länder umfasst, schreiben Kirchgässner und Gerritzen im erwähnten SECO-Gutachten:

«Welches Mass man auch immer verwendet: Die Schweiz befindet sich sowohl bei den Indikatoren für die Qualität als auch bei jenen für die Kosten dieses Systems im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe. Andererseits gibt es Länder wie z. B. [in] Skandinavien, die ebenfalls eine sehr hohe Qualität liefern, jedoch zu deutlich geringeren Kosten.» (Kirchgässner et. al., 2011, Kap. 1, s. dazu Abb. 4.2., S. 17).

Diese Interpretation der Gesundheitskosten ist etwas einseitig: Mit den Gesundheitskosten gemessen am BIP liegt die Schweiz nicht an der Spitze der westeuropäischen Ländern. Die Kosten in Franken, Euro oder Dollar sind in der Schweiz zwar einiges höher als in westeuropäischen Ländern, aber bedeutend niedriger als in den USA: Laut OECD-Statistiken (retrieved October 12, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480) betragen die Ausgaben pro Kopf (der Wohnbevölkerung) im Jahr 2009 (in Kaufkraftparität gemessen):

- in den USA 7990 Dollar,
- in der Schweiz 5135 Dollar,
- in Deutschland 4225 Dollar,
- in Schweden 3711 Dollar.

Einer der Gründe für die relativ hohen Dollar-Kosten in der Schweiz ist vor allem beim Lohnniveau zu suchen. Bei der Berechnung der Kaufkraftparität, die international standardisiert ist, werden nicht nur Franken in Dollar umgerechnet, sondern es wird durch international standardisierte Umrechnungen auch berücksichtigt, wie hoch das Preisniveau in einem Land ist. Mit 100 Franken kann in der Schweiz weniger gekauft werden als mit in Dollar umgewandelten 100 Franken in den USA, deshalb ist das kaufkraftbereinigte BIP der Schweiz in Dollar kleiner als das von Franken in Dollar umgerechnete BIP. Letztlich kommt es aber für die Konsumentinnen und Konsumenten nicht nur darauf an, wie viel sie im Vergleich zu andern Ländern für Leistungen bezahlen müssen, sondern auch, wie lange sie dafür erwerbstätig sein müssen, um das zu bezahlen, was sie kaufen möchten oder müssen, wenn sie krank sind. Nicht nur das Preis-, sondern auch das Lohnniveau ist wichtig. Letzteres ist aber in der Kaufkraftberechnung nicht enthalten. Eine solche Masseinheit ist schwierig zu erfassen. Im internationalen Vergleich wird beispielsweise folgende Berechnung angestellt:

Wie viel Zeit muss ein Angestellter von McDonald's arbeiten, um einen Big Mac kaufen zu können? Es zeigt sich, dass Big Macs hier sehr viel teurer sind als in den USA, dass aber die Löhne bei den Schweizer McDonald's-Unternehmen eben auch wesentlich höher sind als in den USA. In Arbeitsminuten gerechnet ist schliesslich der Big Mac in der Schweiz etwa gleich teuer wie in den USA (mehr dazu s. Glossar Kaufkraftparität).

Entsprechende Vergleiche gibt es für das Gesundheitswesen nicht. Weil das Gesundheitswesen arbeitsintensiv ist, stellen die Löhne einen hohen Teil der Kosten dieses Sektors dar. Wie hoch der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt ist, hängt deshalb auch vom Niveau der Stundenlöhne und -honorare im Gesundheitswesen ab, verglichen mit Löhnen anderer Branchen respektive Wirtschaftszweige. Ein wichtiger Indikator dafür stellen die Arbeitskosten pro Stunde dar (Löhne, Sozialversicherungen, Ferien, Weiterbildung, Berufskleidung usw.). Grafik 2 zeigt, dass die Arbeitskosten im Gesundheitswesen – verglichen mit denjenigen in den Sektoren Industrie und Dienstleistungen (hier: alle Dienstleistungen ohne Staat, Gesundheits- und Sozialwesen usw.) – je nach Land sehr unterschiedlich ausfallen, was darauf hindeutet, dass auch das Einkommensniveau im Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich mit demjenigen anderer Wirtschaftszweige je nach Land sehr unterschiedlich ist. In der Schweiz und in den Niederlanden liegen die Arbeitskosten pro Erwerbsarbeitsstunde im Gesundheitsbereich und in der Industrie nahe beieinander, während in Deutschland in der Industrie pro Arbeitsstunde substantiell höhere Lohn- und Sozialkosten anfallen als im Gesundheits- und Sozialwesen. Dies hat einen wesentlichen Einfluss nicht nur auf die durchschnittlichen Kosten des Gesundheitswesens in Franken oder Euro, sondern auch auf den Anteil der Gesundheitskosten am BIP.

Die Grafik gibt nur über die Höhe von Löhnen und Gehältern Auskunft in Betrieben mit zehn oder mehr Angestellten, nicht aber über Honorare von Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen bzw. Therapeuten mit eigener Praxis, also auch nicht über Einkommen von Ärztinnen und Ärzten, die in Spitälern auf Honorarbasis arbeiten. Die Grafik ist deshalb nur beschränkt aussagekräftig, sie ist aber ein Indiz für die sehr unterschiedlichen Lohnniveaus für die Pflegenden in den verschiedenen Ländern. Rund drei Viertel der im Gesundheitswesen Erwerbstätigen arbeiten in Krankenhäusern und sozialmedizinischen Institutionen, sie beziehen meistens Löhne oder Gehälter und sind deshalb statistisch

in der Grafik 2 erfasst. In ihrem SECO-Gutachten betonen Kirchgässner et al. (2011, S. 63–64), wie schon erwähnt, dass der Anteil der Spitalkosten in der Schweiz an den gesamten Gesundheitskosten hoch sei im internationalen Vergleich. Die Annahme liegt nahe, dass das vergleichsweise hohe Lohnniveau in der Schweiz zu einem relativ hohen Anteil der Spitalkosten führt. Die hier betrachteten Daten sind allerdings nicht genau genug, um mehr als Vermutungen anzustellen.

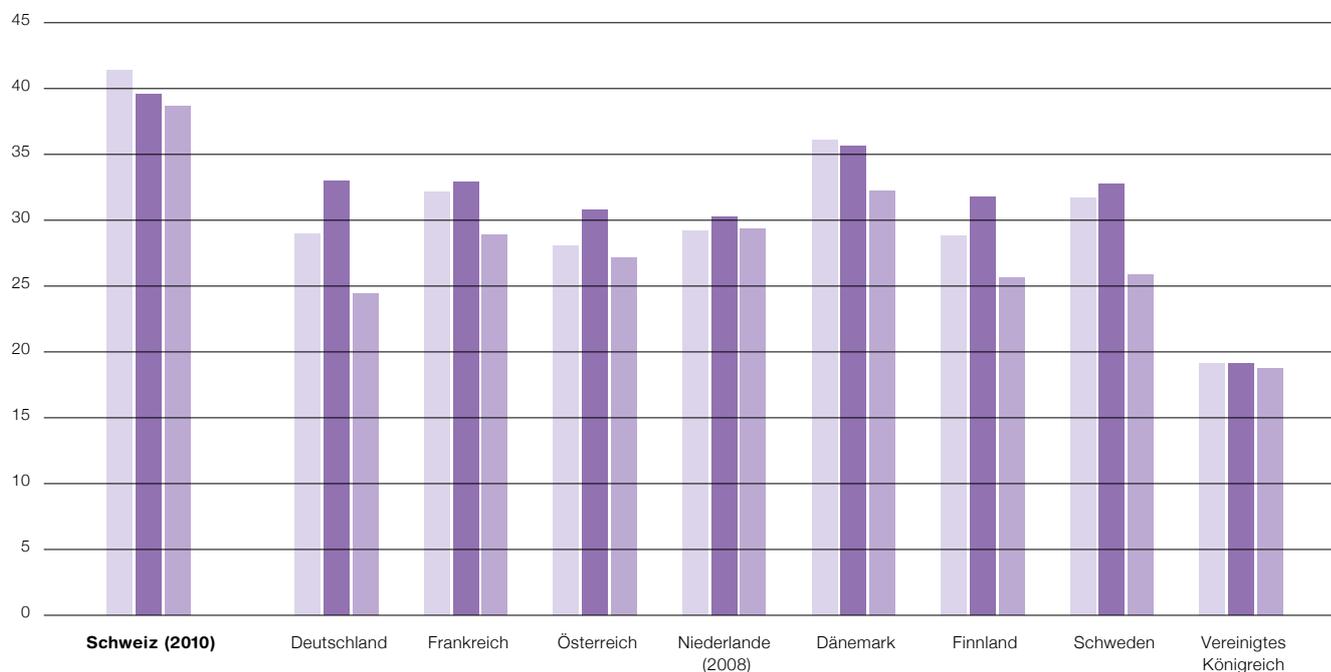
1.2 Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens verglichen mit seinen Kosten

In allen wirtschaftlich weit entwickelten Ländern werden die Gesundheitsausgaben problematisiert. Nur fragt sich, ob die Kosten des Gesundheitswesens als zu hoch angesehen werden, weil die Leistungen als hoch und vielleicht als nicht wirklich notwendig angesehen werden, oder weil die

Grafik 2

Arbeitskosten pro Stunde in der verarbeitenden Industrie und in ausgewählten Dienstleistungen* verglichen mit Arbeitskosten im Gesundheits- und Sozialwesen

2009, in Euro (Kaufkraftparität PPP)



■ Alle: Industrie und ausgewählte Dienstleistungen*
 ■ Verarbeitende Industrie
 ■ Gesundheits- und Sozialwesen

Quelle: Bundesamt für Statistik

Die Arbeitskosten setzen sich in der Schweiz aus Bruttolöhnen und -gehältern (83,7 %), Sozialbeiträgen der Arbeitgeber (15 %) und weiteren, insbesondere mit der beruflichen Bildung und der Personalrekrutierung verbundenen Kosten (1,3 %) zusammen.

Diese Statistik gibt nur grobe Anhaltspunkte über das Niveau der Löhne und Honorare im Gesundheitswesen.

* Es sind nur Handel, Verkehr, Gastgewerbe, Finanz- und Versicherungsleistungen, Immobilienwesen, freiberufliche wissenschaftliche und technische und weitere Dienstleistungen enthalten, nicht aber die öffentliche Verwaltung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Kunst, Unterhaltung und Erholung usw.

Zusammenstellung: M. Madörin

Leistungen vergleichsweise zu teuer sind im Vergleich zu ihren Behandlungserfolgen. Das ist nicht einfach abzuklären, weil die Erfassung von Behandlungserfolgen generell sehr schwierig ist, insbesondere dann, wenn Gesundheitswesen verschiedener Länder miteinander verglichen werden sollen.

Die OECD hat inzwischen einen umfangreichen statistischen Apparat zu den Gesundheitswesen in den verschiedenen Ländern aufgebaut, was sehr viele internationale Vergleiche ermöglicht. Es geht dabei vor allem um die Kosten und ihre Struktur sowie um Finanzierungsregimes (s. Kapitel 3.1) und weniger um Vergleiche der Kosten mit der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Es gibt jedoch zunehmend Versuche, Indikatoren für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens international zu standardisieren und zu vergleichen.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist laut OECD-Berichten und laut dem Euro Health Consumer Index (www.healthpowerhouse.com) im internationalen Vergleich auch leistungsfähig (Kirchgässner et al., 2011, S. 12 ff.). Insbesondere sticht hervor, dass die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten in der Schweiz sehr kurz sind, jedenfalls wenn es um Operationen und Behandlungen beispielsweise im Fall eines Krebsverdachts und um Zugang zu Spezialisten geht. Das setzt grosse Kapazitäten voraus (z. B. in den Spitälern) und das kostet. Hingegen schneidet die Schweiz im internationalen Ranking vergleichsweise schlecht ab, wenn es um die Rechte und die Information der Patienten geht, ebenso sind die Rechte der Kranken im Fall von Behandlungsfehlern schlecht geschützt. Patienten sind nicht gegen Schäden versichert (Kirchgässner et al., 2011, S. 14, Tab. 3.3.). Die OECD schreibt in ihrem Bericht von 2011 über das schweizerische Gesundheitswesen: «Die Patientenrechte waren in den 1970er Jahren ein grosses Thema. Inzwischen hat sich der Fortschritt auf diesem Gebiet aber deutlich verlangsamt, und die Schweiz ist in diesem Bereich von andern Ländern überholt worden. Die Patientenorganisationen leisten auf individueller Ebene und als Koordinationsmechanismus wichtige Dienste, sind aber oft fragmentiert» (OECD, 2011, S. 163). Bis vor Kurzem fehlte es laut OECD weitgehend an öffentlich zugänglichen Daten zum Qualitätsranking von Spitälern (OECD, 2011, S. 165 ff.).

Die Resultate dieser internationalen Vergleiche und die verschiedenen Studien zu den Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens zeigen, dass es sehr schwierig ist, zu identifizieren, was nun zu viel kostet, falls überhaupt: Sind

die Leistungen zu teuer? Wenn ja, welche? Oder werden zu viele Leistungen erbracht? Wenn ja, welche? Welche Gründe gibt es dafür? In der öffentlichen Debatte wird meistens die Fragestellung nicht differenziert, sondern einfach pauschal mit den hohen Kosten argumentiert, wie wenn sie an und für sich zu hoch wären und wie wenn es klar wäre, was mit «zu hoch» gemeint ist. Zudem fällt auf, dass über die Qualität der Pflege in diesen internationalen Vergleichen nichts zu finden ist.

Die folgenden Kapitel zeigen, dass je nach Land die Leistungen des Gesundheitswesens sehr unterschiedlich durch die Sozialversicherungen abgedeckt sind und dass deshalb auch das, was an Leistungen von der breiten Bevölkerung beansprucht werden kann, von Land zu Land stark variiert. Dies betrifft auch die Pflegeleistungen.

1.3 Das Wachstum der Gesundheitsausgaben aus volkswirtschaftlicher Sicht

Die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz haben sich seit den 1960er Jahren in einem sehr ähnlichen Wachstumsrhythmus entwickelt wie in anderen westeuropäischen Ländern, obwohl in den verschiedenen Ländern die Gesundheitswesen sehr ungleich organisiert sind. Diese statistische Evidenz stellt die These in Frage, die heute ein wesentlicher Teil des gesundheitsökonomischen Diskurses in der Schweiz ist, nämlich dass das Gesundheitswesen falsch reguliert sei und mehr Markt und Wettbewerb eingeführt werden müssten. Auch anders regulierte Länder haben vergleichbare Kostenprobleme mit den Gesundheitswesen; die USA, die am meisten Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen vorweisen, haben das grösste Problem von allen. Kirchgässner und Gerritzen betonen denn auch im Gutachten, dass mehr Wettbewerb oder das Vorhandensein von mehr privaten Versicherungen (anstelle von staatlicher Finanzierung und obligatorischen Krankenkassen) nicht notwendigerweise zu niedrigeren Kosten führt (s. Studie Madörin, 2014: Teil 2, Kapitel 5). Die Anteile der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt sind, wie Grafik 1 zeigt, in den aufgeführten westeuropäischen Ländern über Jahrzehnte ungefähr im gleichen Rhythmus gewachsen, trotz unterschiedlicher Institutionen und Regulierungen. Dies verlangt nach Erklärung.

Weshalb sind die Kosten des Gesundheitswesens schneller gestiegen als das BIP, und zwar in allen Ländern? Kirchgässner zählt in einem früheren Artikel folgende Gründe auf:

1. die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung;
2. die Tatsache, dass mit wachsendem Wohlstand mehr für Gesundheitsdienste ausgegeben wird;
3. der technische Fortschritt ermöglicht mehr Diagnosen und zusätzliche Behandlungsverfahren;
4. die Arbeitsintensität des Gesundheitswesens: Die Produktivität der Arbeit kann nicht im selben Mass erhöht werden wie in der Industrie (Kirchgässner, 2009, S. 7/8).

In der öffentlichen Debatte der Schweiz werden hauptsächlich die Punkte 1 bis 3 angeführt. Es gibt jedoch Ökonomen vor allem in den USA, die im Punkt 4 die wichtigste Erklärung für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sehen (Baumol, 2012, in der Schweiz Jochen Hartwig, 2006 a, 2006 b, 2007). Schon in den 1960er Jahren haben US-Ökonomen darauf hingewiesen, dass es arbeitsintensive Wirtschaftszweige gibt, die unter einer chronischen «Kostenkrankheit» leiden, nämlich daran, dass sie die Arbeitskosten nicht senken können, ohne die Leistungen zu vermindern oder die Arbeit schlechter zu bezahlen. Die Ökonomen haben diese These zuerst am Beispiel der Kunst entwickelt: Konzertpreise steigen im Vergleich zu andern Leistungen (beispielsweise Autos und Uhren) überdurchschnittlich. Diese Gesetzmässigkeit gilt aber auch für die Reparatur von Uhren, die im Vergleich zu einer neuen Uhr immer teurer wird. Es ist heute billiger, eine neue Uhr zu kaufen, als die alte reparieren zu lassen. Das war nicht immer so. Dieselbe ökonomische Regel gilt zum einen für zwei grosse Sektoren öffentlicher Dienstleistungen: für das Gesundheits- und Sozialwesen sowie für das Erziehungs- und Unterrichtswesen (Baumol, 2012). Zum andern sind auch klassisch privatwirtschaftliche Dienstleistungsbranchen wie das Gastgewerbe und der Detailhandel von den beschränkten Möglichkeiten, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen, betroffen (Madörin, 2011).

Man kann immer schneller Autos produzieren, aber nicht immer schneller pflegen oder Kinder betreuen. Im Jahr 2012 hat William J. Baumol, einer der führenden Theoretiker der Kostenkrankheit, sich in dieser Frage nochmals gemeldet. Baumol hat als Ökonom vor allem im Bereich der Industrie- und Technikentwicklung gearbeitet. In seinem Buch «The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't» (Baumol, 2012) bekräftigt er nochmals seine Thesen zur Kostenkrankheit, die er vor mehr als 35 Jahren aufgestellt hatte, und prophezeit, dass der Anteil der Gesundheitskosten am BIP weiterhin im gewohnten Rhythmus steigen werde – stärker also als das BIP, es sei denn, es werden immer wieder Leistungen abgebaut

und Löhne gekürzt. Damit schliesst er nicht aus, dass in einzelnen Ländern (wie z. B. in den USA) nicht Kosten gespart werden oder neuere medizinische Entwicklungen zu Kosteneinsparungen führen können, aber dies immer nur vorübergehend. In der Tendenz werden die Kosten des Gesundheitswesens stärker steigen als das BIP. Ökonomen nennen diesen Zusammenhang das Erste Gesetz der Gesundheitsökonomie (Baumol, 2012, S. 95).

Statistische Analysen verschiedenster Länder (auch von wirtschaftlich wenig entwickelten Ländern) zeigen, dass die Gesundheitskosten generell stärker wachsen als das BIP und ihr Anteil umso höher ist, je höher das BIP pro Kopf der Bevölkerung ist. Andere Faktoren wie Ineffizienz, Profitinteressen von Spitalern oder Versicherungen, überrassene Medikamentenpreise oder besonders geldgierige Ärztinnen und Ärzte usw. können diese generelle Wachstumstendenz nicht erklären, ebenso nicht die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung. Das zeigen laut Baumol umfangreiche Korrelationsrechnungen zu vielen Ländern über mehrere Jahrzehnte (Baumol, 2012, S. 94 ff.).

Das ökonomische Problem der Kostenkrankheit des Gesundheitswesens oder anderer «stagnierender» Wirtschaftszweige ist laut Baumol eigentlich gar keines: Es reflektiert eine Erfolgsstory der Industrialisierung, des technischen Fortschritts, der in der Güterproduktion oder in anderen Branchen zu steigender Arbeitsproduktivität führt (Baumol spricht von «progressiven» Wirtschaftszweigen). Baumols Argument lautet verkürzt dargestellt so: In der Industrie erlaubt es der technische Fortschritt, den Arbeitsaufwand durch den Einsatz von Maschinen massiv zu senken. Dadurch werden die Arbeitskosten stark gesenkt, auch wenn höhere Löhne bezahlt werden. Ebenso ist es möglich, die Preise der Produkte zu senken – auch bei steigender Qualität. Wenn jedoch ein Spital beispielsweise ein MRI-Gerät anschafft, dann stellt dies zwar einen technischen Fortschritt für die Diagnose dar, aber damit wird der Aufwand der Behandlung von Kranken nicht oder kaum verkleinert. Im Gegenteil, zur Bedienung des MRI-Geräts braucht es Personal.

Wegen des Ersten Gesetzes der Gesundheitsökonomie ändern sich die Preisrelationen innerhalb einer Volkswirtschaft: Das Gesundheitswesen scheint immer teurer zu werden – und wird es auch im Vergleich zu industriell hergestellten Gütern. Nur bleibt, so Baumol, trotz überproportional zunehmender Gesundheitsausgaben noch genügend Einkommen übrig, das es erlaubt, immer noch viele Güter zu konsumie-

ren. Die Produktion von Gütern nimmt weiterhin rasant zu. Damit sich aber alle Menschen Bildung und die Behandlung ihrer Krankheiten leisten können, die im Verhältnis immer teurer werden, braucht es kollektive Transfersysteme (z. B. durch obligatorische Krankenkassen oder Steuern), durch welche die Kosten im Bildungs- und Gesundheitswesen voll bezahlt oder mindestens stark subventioniert werden.

In der Schweiz als auch in anderen Ländern wird jedoch anders argumentiert: Die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen neu zu organisieren, wird mit den überproportional steigenden Kosten begründet und mit den falschen Anreizen, welche die Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Staat und die Sozialversicherungen schafft. Mit viel Aufwand wird nach Möglichkeiten gesucht, die Kosten einzudämmen oder zu senken. Das ist aber, wenn die These von Baumol stimmt, aus folgenden Gründen eine Fehlargumentation:

- Die Kosten lassen sich nicht durch den Ersatz von Arbeit durch Maschinen wesentlich reduzieren. Die Qualität von personenbezogenen Dienstleistungen hängt wesentlich vom Zeiteinsatz ab.
- Die pflegerische Arbeit lässt sich kaum standardisieren, sie muss wie die Reparatur von Uhren «von Hand» gemacht werden. Die Arbeitskosten steigen relativ zu den Arbeitskosten in der industriellen Fertigung.
- Kranke Menschen sind – im Unterschied zu Uhren – nicht standardisiert, weil sie eben sehr unterschiedlich sind. Die Behandlung und Pflege der Kranken ist noch weniger standardisierbar als die Uhrenreparatur (Baumol, 2012, S. 36–38; s. dazu auch Madörin, 2014, Teil 3, Kap. 2).

Das Auseinanderdriften der Arbeitsproduktivitäten in den sogenannten stagnierenden und den progressiven Wirtschaftszweigen hat unter anderem zwei Auswirkungen: 1. Es entsteht eine Wegwerfgesellschaft, weil Reparaturen von Industriegütern relativ zu deren Produktionskosten immer teurer werden. 2. Im Fall von personenbezogenen Dienstleistungen ist die ökonomische Dynamik bei wachsendem technischen Fortschritt eine andere: Sie werden vergleichsweise (wie die Reparaturen von Uhren) immer teurer. Da die Kosten des Gesundheitswesens überproportional zu andern Kosten steigen, müssen die Steuern oder die Krankenkassenprämien erhöht werden, um sie finanzieren zu können.

Das Problem liegt, so Baumol, nicht daran, dass wir uns ein teurer werdendes Gesundheitswesen nicht leisten könnten, sondern darin, dass diese ökonomischen Mechanismen und die damit verbundenen Konsequenzen nicht Thema der

öffentlichen Diskussion sind und damit die Illusion geschaffen wird, die Kosten liessen sich eindämmen. Es wird am falschen Ort gespart. Seiner Ansicht nach führt der Versuch, die Gesundheitsausgaben des Staates und der obligatorischen Krankenkassen dem Wachstum des BIP anzupassen, notwendigerweise zu einem Abbau der Leistungen im Gesundheitswesen oder der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in diesem Sektor.

Kosten eindämmen im Gesundheitswesen bedeutet also im Wesentlichen Arbeitskosten sparen, weil sie einen grossen Teil der Gesamtkosten ausmachen: Das ist beschränkt möglich, wenn Löhne weniger steigen als in anderen Sektoren oder indem ein Teil der qualifizierten Arbeit als unqualifiziert eingestuft und damit schlechter bezahlt wird. Dieser Prozess ist gegenwärtig in Spitälern im Bereich der Pflege tendenziell festzustellen (mehr dazu in Madörin, 2014: Teil 2, Kapitel 6.1). Eine weitere Variante ist, Arbeit in Privatfirmen auszugliedern und sie von rechtlosen, aber genügend gut ausgebildeten Migrantinnen und Migranten zu Niedriglöhnen verrichten zu lassen – gegenwärtig eine Entwicklung vor allem im Bereich der Spitex (Theobald, 2009) und der Pflegeheime sowie in der Hauswirtschaft der Spitäler. Aber auf die Dauer, so Baumol, setze sich immer wieder die Tendenz durch, dass die Gesundheitsausgaben stärker wachsen als das BIP.

Auch in der Schweiz ist in der Öffentlichkeit von Seiten der Gesundheitsökonomien, der zuständigen Fachleute bei Bund und Kantonen oder bei den Versicherungen von diesem Ersten Gesetz der Gesundheitsökonomie nichts oder kaum etwas zu hören. Die Sichtweise des Problems der «Kostenexplosion im Gesundheitswesen» orientiert sich bei den genannten Akteuren primär an der Dynamik des technischen Fortschritts in der Industrie. Das zeigen ihre Erwartungen an die Einführung der Fallpauschalen sowie der neuen Spitalfinanzierungsregelungen und auch ihre Begründung, weshalb ein Managed-Care-System im ambulanten Bereich angestrebt werden sollte. Es wird sehr viel Hoffnung auf die Standardisierung der Behandlung von Kranken, die Reorganisation der Betriebe, die Finanzierung durch Fallpauschalen, auf standardisierte Leistungstarife sowie auf den Kostenwettbewerb gesetzt, die es ermöglichen sollen, die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen und damit die Kosten zu senken.

2 Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand und der obligatorischen Krankenkassen – ein internationaler Vergleich

In der öffentlichen Debatte wird oft getäuscht: Es wird generell von den Gesundheitskosten geredet. Gemeint und Gegenstand politischer Kontroversen sind jedoch meistens die Kosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) oder vom Staat (vor allem von den Kantonen) finanziert werden müssen. Wenn diese Kosten steigen, dann werden auf die Dauer auch die Steuern und die Krankenkassenprämien steigen müssen. Mit der Forderung nach Kostensenkung ist vorwiegend Kostensenkung für den Staat (in der Schweiz vorwiegend für die Kantone) und für die OKP gemeint.

Wer für welche Gesundheitsleistungen bezahlt, unterscheidet sich von Land zu Land. In internationalen Vergleichen werden die vom Staat getragenen Kosten, die also von Steuern finanziert werden, und die von der OKP getragenen Kosten

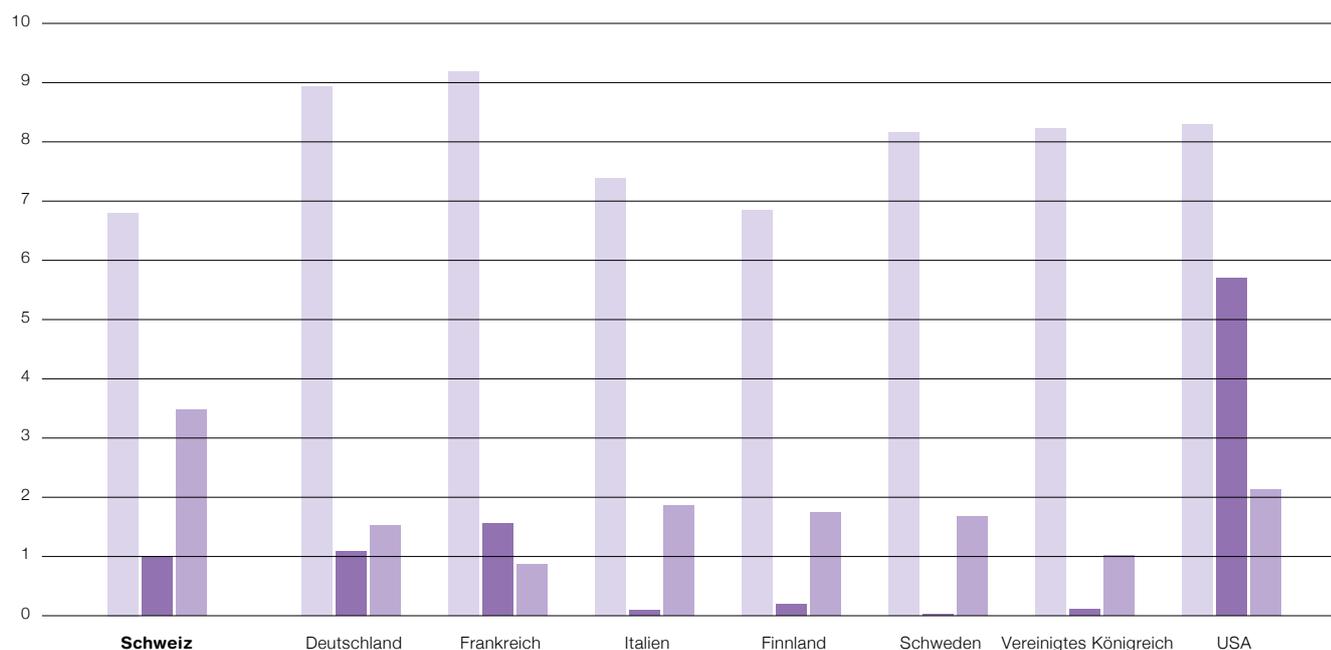
meistens in die gleiche Kategorie eingeteilt. Prämien für eine OKP werden in dieser Statistik als vergleichbar mit Steuern behandelt, weil sie für alle obligatorisch sind – ähnlich eben wie Steuern.

Grafik 3 zeigt: Im internationalen Vergleich sind in der Schweiz die Gesundheitskosten, die der Staat und die OKP tragen müssen, tief. Es gibt kein überzeugendes Argument dafür, dass in der Schweiz die Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörige einen grösseren Teil der Kosten tragen sollten. Denn dieser Anteil ist bereits vergleichsweise hoch, sehr hoch sogar. Das Problem mit den Prämien für die obligatorische Krankenversicherung muss also anders als durch an und für sich zu hohe Kosten des Gesundheitswesens erklärt werden. Weder sind die Gesundheitskosten im internationalen Vergleich exorbitant hoch, noch sind die

Grafik 3

Kosten des Gesundheitswesens nach ausgewählten Finanzierungsregimes

2009, in % des Bruttoinlandsprodukts



■ Staat und Sozialversicherungen
 ■ Private Versicherungen
 ■ Haushalte, Out-of-Pocket

Berechnet aus: Key tables from OECD Health Statistics, OECD – ISSN 2075-8480 – © OECD 2011 Health. Expenditure and Finance, Financing Agents (retrieved May 7, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480)
 Zusammenstellung: M. Madörin

Kosten, welche die Sozialversicherungen zu tragen haben, hoch. Ganz im Gegenteil, Letztere sind im Vergleich zu jenen westeuropäischer Länder und der USA relativ tief.

Der Kostenanteil der Haushalte variiert sehr stark, je nachdem, ob Leistungen im Spital, ambulant bei Ärzten, in Pflegeheimen oder bei der Spitex beansprucht werden müssen. Der Unterschied zu anderen Ländern besteht vor allem darin, dass in der Schweiz der Staat und die OKP Zahnbehandlungen nicht und die Pflege in Pflegeheimen sowie die Hauspflege nur äusserst knapp versichert haben, was für diesen Bereich einschneidende Konsequenzen hat. Das zeigt Grafik 4 im nächsten Kapitel deutlich. Sie zeigt auch, dass der Kostenanteil des Staates und der OKP bei Spitälern im Vergleich zu andern Leistungen hoch ist. Deshalb werden gegenwärtig besondere Anstrengungen gemacht, diese Kosten zu senken und sie in den ambulanten Sektor zu verschieben, wo weniger Leistungen obligatorisch versichert sind, auch wenn es sich um die gleichen Leistungen wie in den Spitälern handelt. Die Finanzierung durch den Staat wird damit kleiner, ein grösserer Teil fällt dafür auf die Krankenkassen oder auf die Patienten selbst. Diese Verschiebung ist gegenwärtig die wichtigste Ursache für die Erhöhung der Krankenkassenprämien.

3 Die Unterfinanzierung der Pflege

Das Recht auf die Bezahlung einer adäquaten und erfolgreichen medizinischen Behandlung ist im KVG verankert. Aber über die Leistung der Pflegenden und über das Recht auf eine gute Pflege (der Pflegenden und der Gepflegten) in Spitälern ist im Gesetz fast nichts zu finden. Was die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause anbelangt, ist erst 2011 ein zusätzlicher Gesetzesparagraf in Kraft getreten (s. Studie Madörin, 2014, Teil 2, Kapitel 6.2).

Es bestehen zwei Finanzierungsregimes, welche die Pflege besonders betreffen. Erstens sind verschiedene Leistungen des Gesundheitswesens sehr unterschiedlich finanziert (s. Grafik 4) und zweitens gelten heute für Krankenhäuser (Fallpauschalen) einerseits und für Pflegeheime und die ambulante Pflege andererseits jeweils unterschiedliche Abgeltungssysteme (s. Kapitel 3.2. und 3.3).

3.1 Die unterschiedlichen Finanzierungsregimes

Wie Grafik 4 zeigt, unterscheiden sich die Finanzierungsregimes im schweizerischen Gesundheitswesen enorm: Sie sehen sehr anders aus für Spitäler als für Pflegeheime oder die Spitex. Weiter sind ärztliche Leistungen, Medikamente, Labortests usw. im ambulanten Bereich besser versichert als Leistungen insbesondere in Pflegeheimen. Bezieht man die unbezahlte Arbeit der Pflege und Begleitung zu Hause in die Kostenrechnung mit ein, so übernehmen Private (die Patientinnen und Patienten und/oder ihre Angehörigen) die Pflegekosten in Pflegeheimen und in der Spitex zu etwa drei Vierteln. Der Staat (Kantone) finanziert vor allem die Akut-/Hightechmedizin in Spitälern. Ebenso ist der Anteil der Kosten, welche die obligatorische Versicherung trägt, im ambulanten Bereich höher als in Pflegeheimen. Bei der Spitex lässt die Definition, was eine OKP-pflichtige Pflegeleistung ist, aber wenig Spielraum: In der Grafik sind bei der Rubrik «Spitex» nur die Leistungen erfasst, die als Pflege gelten. Daneben gibt es aber Care-Leistungen (Begleitung, Unterstützung im Alltag, teilweise Grundpflege), die aus pflegewissenschaftlicher Sicht eigentlich zur Pflege gehören, die aber in den schweizerischen Verordnungen als nicht OKP-pflichtige Leistungen definiert sind.

Die unbezahlte Arbeit für Kranke zu Hause muss dem Tätigkeitsfeld der Spitex zugeordnet werden. Sie beträgt nach sehr vorsichtigen Schätzungen im Durchschnitt etwa das Vierfache der Leistungen der Spitex. Es gibt aber keine Studien dazu, die genauere Daten für die ganze Schweiz liefern

könnten. Das liegt nicht zuletzt daran, dass der Bedarf an Pflege-, Unterstützungs- und Begleitarbeit je nach Krankheit und Situation der Kranken enorm variieren kann, weswegen Erhebungen sehr aufwändig sind.

Man muss sich bewusst sein, dass sich die Finanzierungsregimes für die Pflege anders gestalten als für die medizinische Behandlung; es gelten vor allem für die Spitäler andere Massstäbe als für die Spitex und die Pflegeheime. Die Art und Weise, wie gegenwärtig das Gesundheitswesen und seine Finanzierung reorganisiert werden, bewirkt, dass die Entwicklungen der Finanzierung der Pflege im Spitalsektor anders verlaufen als im Bereich der Pflegeheime und der Spitex. In allen Bereichen aber besteht ein Kostendruck auf die Pflege. Er dürfte sich aufgrund der neuen Regulierungen verstärken. Aber die institutionellen Mechanismen und die Abgeltungssysteme (Fallpauschalen, Tarife), die ihn erzeugen, unterscheiden sich entscheidend, wie in den nächsten beiden Kapiteln ausführlicher aufgezeigt wird.

3.2 Die (Pflege)kosten in Spitälern

Wenn wir uns die Zunahme der Beschäftigung (Vollzeitäquivalente VZÄ) und der Lohnkosten in Spitälern in Tabelle 1 ansehen, dann sind zwischen 2000 und 2009 folgende Tendenzen für die Krankenhäuser bezüglich der allgemeinen Pflege auszumachen:

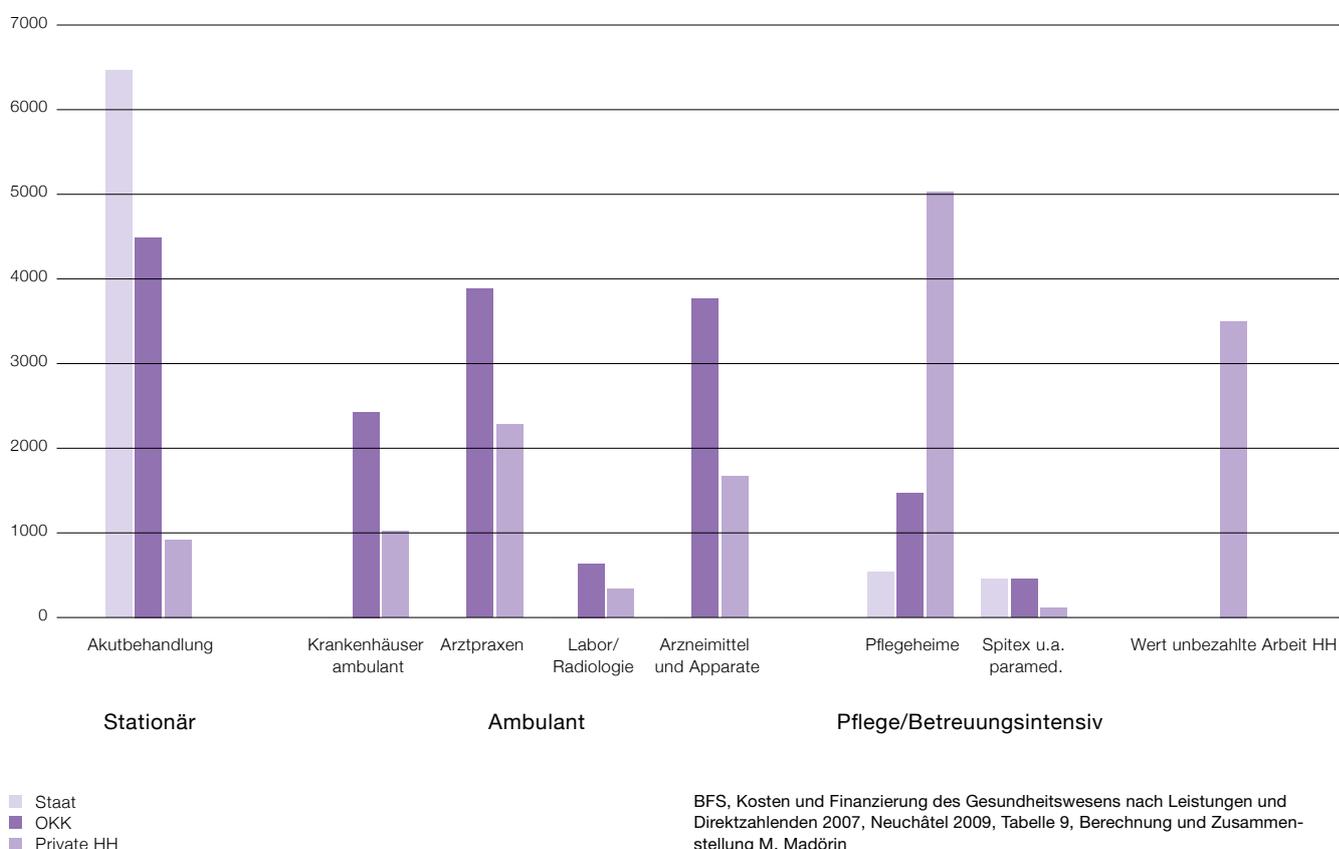
Tabelle 1 bestätigt die These von Baumol, dass die Kosten der Krankenhäuser stärker wachsen als das BIP. Im Detail betrachtet, stimmt das aber nur zum Teil: Die Lohnsumme für Ärztinnen und Ärzte als auch deren Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten gemessen sind bedeutend stärker gestiegen als jene des Personals im Pflegebereich. Dessen Lohnsumme ist etwa gleich stark gestiegen wie das BIP, aber die Beschäftigung gerechnet in Vollzeitäquivalenten hat weniger zugenommen als das BIP. Auch Löhne und Beschäftigung von Verwaltungspersonal und Personal in anderen medizinischen Fachbereichen haben stärker zugenommen als bei der Pflege. Hier sei angemerkt, dass die Berechnung der Spitalkosten in Tabelle 1 insofern problematisch ist, als in der Krankenhausstatistik nicht alle Spitäler und nicht immer die gleichen erfasst wurden. Es handelt sich daher um grobe Indizien; die Spitalkosten müssten genauer analysiert werden.

Die Tabelle zeigt aber: An der Zunahme der Pflegekosten in Spitälern kann es nicht liegen, wenn die Kosten im Gesundheitswesen von 2000 bis 2009 um 42,3 Prozent und die

Grafik 4

Finanzierung ausgewählter Leistungen durch den Staat, die obligatorische Krankenkasse und durch Haushalte

2007, in Millionen CHF



Kommentar zur Grafik

In dieser Grafik sind nicht alle Leistungen des Gesundheitswesens dargestellt. Es sind nur die wichtigsten Kostenträger aufgeführt: der Staat (ohne Beiträge der AHV/IV und Hilflosenentschädigung), nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung (z. B. ohne Suva und Zusatzversicherungen) und die privaten Haushalte (mit den Selbstbehalten, Franchisen und mit den Out-of-Pocket-Zahlungen, d. h. beispielsweise selbst gekaufte Medikamente), ebenso eine grobe Minimalschätzung des Werts der unbezahlten Pflege- und Betreuungsarbeit für Kranke (Säule ganz rechts), die zu

Hause leben, und für Betreuungsbedürftige in Haushalten (Schätzung von M. Madörin im Rahmen des Forschungsberichts 4 zur politischen und sozialen Ökonomie in der Schweiz berechnet, UNRISD-unveröffentlicht, Projekt 2006–2009). Siehe dazu auch EBG 2010.

Die neuesten Erhebungen des BFS zur unbezahlten Arbeit und zu den Gesundheitskosten, welche die Daten zu den neu eingeführten Regulierungen für die Pflegefinanzierung enthalten, fanden im Jahr 2013 statt.

Tabelle 1

Entwicklung der Spitalkosten, 2000–2009 in %

Zunahme der Personalkosten in Spitälern (für allgemeine Pflege) 2000–2009 in %	Lohnsumme	Beschäftigte (VZÄ)	Differenz
Ärztinnen/Ärzte	75.2 %	55.1 %	20.1 %-Punkte
Pflegepersonal im Pflegebereich	30.4 %	17.9 %	12.5 %-Punkte
Personal anderer medizinischer Fachbereiche	51.6 %	33.2%	18.4 %-Punkte
Verwaltungspersonal	54.6 %	40.0 %	14.6 %-Punkte
Personal Ökonomie, Transport- und Hausdienste	17.1 %	13.2 %	3.9 %-Punkte
Personal technischer Betriebe	7.2 %	–5,3 %	12.5 %-Punkte
Im Vergleich dazu (2000–2009)	Zunahme in %		
BIP	28.2 %		
Kosten des Gesundheitswesens	42.3 %		
Betriebsaufwand von Krankenhäusern*	50.5 %		
Personalkosten von Krankenhäusern	45.6 %		
Anzahl Pflgetage (stationär)	–10.0 %		
Hospitalisationen (stationär)	11.2 %		

* ohne Zinsen und Investitionen

BFS Krankenhausstatistiken, Kosten des Gesundheitswesens, Berechnung M. Madörin

In der Statistik von 2009 sind die ambulanten Behandlungen der Spitäler nicht abgebildet, deshalb sind die Daten zum Pflegepersonal nur schlecht vergleichbar mit den Pflgetagen.

Betriebsausgaben der Krankenhäuser noch stärker gestiegen sind. Im Zeitraum von 2000 bis 2009 hat die Zahl der Pflgetage (stationär in Krankenhäusern) um zehn Prozent abgenommen, während die Anzahl der Hospitalisationen (stationär) zugenommen hat. Das heisst, die Dauer des Aufenthalts der Patientinnen und Patienten hat sich verkürzt, was zu Mehrarbeit für die Pflege pro Pflgetag führt, weil in den ersten Tagen des Spitalaufenthalts meistens eine intensive Pflege benötigt wird. Deshalb ist es schwierig, die Abnahme der Pflgetage mit der Entwicklung der Anzahl Beschäftigten in der Pflege zu vergleichen.

Es muss auch betont werden, dass die Zunahme der Lohnsumme im Vergleich zur Beschäftigungszunahme (s. Spalte «Differenz») bei der Pflege – betrachtet man die anderen Berufskategorien – klein geblieben ist: Bei den Ärzten hat die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten um rund 55 Prozent zugenommen, die Lohnsumme jedoch um 75 Prozent. Das heisst, die Löhne sind im Durchschnitt um 20 Prozentpunkte stärker gestiegen als die Beschäftigung. Bei der Pflege ist die Lohnsumme nur um knapp 13 Prozentpunkte stärker

gestiegen als die Beschäftigung. Dies lässt vermuten, dass der Anteil der Fachpflegepersonen am Pflegepersonal im gleichen Zeitraum abgenommen hat. Fazit: Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bzw. bei den Spitälern von 2000 bis 2009 liefert keinen Grund, in Zukunft an Pflegekosten zu sparen – ganz im Gegenteil.

In Tabelle 1 handelt es sich um eine Zeitperiode vor Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz. In Deutschland hat eine ähnliche Entwicklung nach Einführung der Fallpauschalen stattgefunden (Bartholomeyczik, 2007). Es sprechen etliche Gründe für die Vermutung, dass durch die Einführung der Fallpauschalen der Kostendruck auf die Pflege noch weiter zunehmen wird. Er dürfte für die Pflege auch stärker sein als für die Ärzteschaft (s. Studie Madörin, 2014, Teil 2, Kapitel 6.2).

3.3 Die Pflegekosten in Pflegeheimen und zu Hause

Der Grund für die sehr hohen Leistungen der privaten Haushalte für die Pflege zu Hause und für den hohen privaten Finanzierungsanteil bei den Pflegeheimen liegt darin, dass die OKP-pflichtigen Pflegeleistungen sehr eng definiert sind: Tätigkeiten, die vor allem Begleitung und Unterstützung im Alltag umfassen, sind von der obligatorischen Versicherung nicht gedeckt. Dazu kommt, dass der Zeitaufwand, der für die medizinische Pflege und die Grundpflege verrechnet wird, sehr knapp bemessen ist, ebenso die Höhe der verrechneten OKP-Tarife (s. Studie Madörin, 2014, Teil 3, Kapitel 3.3 und 4).

Tabelle 2 zeigt das Ausmass der finanziellen Verpflichtungen privater Haushalte bei der Langzeitpflege (Out-of-Pocket, Selbstbehalte usw.) in einem internationalen Vergleich.

Der Anteil der Kosten, den die Langzeitpatienten oder ihre Angehörigen tragen müssen, ist in der Schweiz sehr hoch. In Tabelle 2 zudem nicht sichtbar ist der Aufwand für die unbezahlte Care-Arbeit für Kranke zu Hause. Diese wird zu über 70 Prozent von Frauen verrichtet. Die Ehepartnerinnen (die Frauen leben in der Regel länger) von Kranken haften mit ihrem ganzen Einkommen und Vermögen für die (meist teuren) nicht OKP-pflichtigen Kosten von Pflege, Begleitung und Unterstützung im Alltag, bis das ganze Vermögen aufgebraucht ist. Die Hilflosenentschädigungen sind viel zu tief, um die Kosten der nichtversicherten Pflege und Betreuung bei stark pflege- und betreuungsbedürftigen Personen zu decken. Wenn die Ehefrauen später selbst krank und pflegebedürftig werden, verfügen sie über keine finanziellen Reserven mehr. Die Regulierung bezüglich der OKP-pflichtigen Pflegeleistungen in Pflegeheimen und der Homecare stellt de facto eine grosse Ungerechtigkeit gegenüber Frauen dar (s. dazu Madörin et al., 2012). Sie führen tendenziell auch zu einem Graumarkt für Hauspflegedienste, in dem «Migrantinnen zumeist unter schlechten Arbeitsbedingungen als ‚Live-ins‘ in den Familien eine 24-stündige Betreuung leisten» (Theobald, 2009, S. 69). Aus international vergleichenden Studien geht hervor, dass nicht genügend soziale Absicherungen insbesondere der Langzeitpflegekosten zu einer Beschäftigung von schlecht bezahlten Migrantinnen führen (Theobald, 2009, S. 66 ff.). Das ist in der Schweiz und beispielsweise auch in Deutschland der Fall.

Bei den nicht OKP-pflichtigen Kosten in Pflegeheimen und bei der Homecare geht es um Milliarden von Franken. Im Fall

Tabelle 2

Anteil privater Ausgaben an den Langzeitpflegekosten, 2007 in %

Deutschland	29.3 %	Niederlande	0.0 %
Frankreich	1.2 %	Schweden	4.5 %
Schweiz	61.2 %	USA	38.0 %

Quelle: Kirchgässner et al. (2011), Tab.7.2., S. 52. Bei dieser Tabelle ist die unbezahlte Arbeit nicht einberechnet. Diese miteinbezogen, tragen Haushalte rund drei Viertel aller Langzeitpflegekosten in der Schweiz. Zur Problematik der Berechnungen siehe Studie des BFS: Frey, Miriam et al. (2011). Weitere internationale Vergleiche zu aktuellen und zukünftigen Kosten der Langzeitpflege: siehe auch Bericht der OECD (2011a).

der Schweiz muss in dieser Hinsicht von einer Unterfinanzierung durch die Sozialversicherungen, oder den Sozialstaat, und damit tendenziell von einer Unterversorgung von Pflege- und Care-Leistungen gesprochen werden. Das ist nicht in allen westeuropäischen Ländern so. Die Niederlanden, Österreich oder Schweden kennen beispielsweise weit grosszügigere Regulierungen der OKP-pflichtigen Leistungen, die gemessen am Bruttoinlandprodukt das Mehrfache derjenigen der Schweiz ausmachen. Das zeigt die Eurostatistik zur Altenpflege (Eurostat tsdde530).

Generell muss festgestellt werden, dass die Schweiz im westeuropäischen Vergleich ein gutes System sozialer Sicherheit aufweist (Zugang zu einem hohen technischen Standard der Gesundheitsleistungen, Altersvorsorge, Arbeitslosenversicherung usw.). Dies gilt jedoch ausgesprochen nicht im Fall traditioneller Care-Pflichten von Frauen: für die Pflege und Betreuung von Kranken oder die Kinderbetreuung. Diesbezüglich ist die Schweiz im Rückstand mit öffentlichen Einrichtungen und entsprechenden Ausgaben. Es kann nicht genug betont werden, dass dies der Fall ist, denn die Erwerbstätigkeit von Frauen im erwerbsfähigen Alter ist in der Schweiz im westeuropäischen Vergleich hoch. Dies gilt nicht nur für die Erwerbstätigkeit in Prozent der Frauen im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre), sondern auch für die durchschnittliche Anzahl von Stunden, welche die Frauen pro Jahr erwerbstätig sind (Madörin, 2010, Madörin et al., 2012).

4 Überlegungen zur Um- und Auslagerung von Behandlungs- und Pflegekosten

Durch die jahrelangen Kämpfe um Kostensenkung im Gesundheitswesen und die Debatten zu mehr Wirtschaftlichkeit ist eine neue Frage in den Fokus geraten, nämlich, wie eigentlich ein Gesundheitswesen gut funktionieren kann. Angenommen wird, dass dies durch ein strenges Kostenkalkül jeder Institution, jedes Spitals, Pflegeheimes, der Arztpraxen und der Spitex, aber auch der wichtigsten Akteure der Sozialversicherungen, namentlich des Staates und der obligatorischen Krankenkasse, erreicht werden kann. Der Zwang, zu sparen, führt zu einer Dynamik mit eigenen Logiken und Entwicklungen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass jede Institution versucht, ihre Kosten zu verringern.

4.1 Die Externalisierung von Kosten

In der Realität handelt es sich bei der Verringerung von Kosten oft lediglich um deren Verschiebung. Wie dies getan werden kann, hängt sowohl vom Finanzierungsregime (Finanzierung durch Staat, Versicherungen, Haushalte) als auch von den Abgeltungssystemen ab (Pauschalen, Tarife usw.). Was wie viel kostet, ergibt sich auch daraus, ob es unbezahlte oder schlecht bezahlte Leistungen gibt. In der Fachsprache werden Kostenverschiebungen mit Externalisierung der Kosten bezeichnet. Der Begriff stammt aus der Umweltökonomie. Damit ist gemeint, dass Kosten der Produktion abgeschoben werden, zum Beispiel in Form von «ökologischen Kosten», die anderswo Umweltschäden anrichten, oder in Form von «sozialen Kosten», die andere Menschen finanziell belasten oder zur Verschlechterung ihrer Lebenssituation führen. Wenn die externalisierten Kosten nicht in der Kosten-Ertrags-Rechnung eines Projekts berücksichtigt sind, bildet das Effizienzkalkül eine Art potemkinsches Dorf der Wirtschaftlichkeit und Kostengünstigkeit ab. Dazu ein Beispiel aus dem Gesundheitswesen:

Wegen einer komplizierten Augenoperation, die ambulant durchgeführt wurde, musste der Patient mit dem Auto am Morgen früh in eine Universitätsklinik geführt werden. Die Reise mit dem Auto dauerte eine gute Stunde. Er brauchte dazu eine Fahrerin. Seine erwerbstätige Partnerin fuhr ihn hin. Er wurde erst am frühen Nachmittag operiert, blieb bis 19.00 Uhr im Spital und wurde dann aus der Klinik entlassen. Man empfahl ihm, ein nahegelegenes Hotel für die Übernachtung. Auf die Frage, was er tun soll, wenn er an dem operierten Auge starke Schmerzen bekomme oder etwas nicht stimmte, riet man ihm, ein Taxi zu rufen und möglichst schnell in die Klinik zu kommen. Seine Partnerin holte ihn im Spital ab, begleitete ihn ins Hotel, übernachtete ebenfalls

dort und fuhr mit ihm am nächsten Morgen zwecks Kontrolle in die Klinik. Er wartete auf die Nachuntersuchung im gleichen Bett, in dem er sich tags zuvor von der Anästhesie erholt hatte. Das Spitalbett war immer noch mit den gleichen Leintüchern bezogen. Das Paar hat Kinder und musste für den Abend und die Nacht nach der Operation eine Kinderbetreuung organisieren.

Diese Geschichte ist ein klassisches Beispiel für die Externalisierung von Kosten. Welche Kosten werden externalisiert? In diesem Fall ist es der Anteil der Spitalkosten, die der Kanton tragen muss. Wie Grafik 4 zeigt, trägt der Kanton den höchsten Anteil der Spitalkosten, aber nur für stationäre Behandlungen. Im Fall ambulanter Behandlungen müssen die obligatorischen Krankenkassen den grössten Teil der Kosten der Operation übernehmen, ein Teil wird an die Patienten und Patientinnen überwält. Immer mehr Operationen werden von Spitälern ambulant durchgeführt, deshalb steigen gegenwärtig die Prämien der obligatorischen Krankenkassen. Die Kantone können damit bei den Spitalausgaben sparen. Der Patient im Beispiel muss die «Hoteldienstleistungen» (Übernachtung, Abendessen, Frühstück), die bei stationärer Behandlung im Spital von Staat und Krankenkassen bezahlt worden wären, selbst übernehmen. Dazu kommen noch andere Aufwendungen, die bei einer stationären Behandlung nicht angefallen wären: die Hin- und Rückfahrt vom und zum Hotel, die Hotelkosten auch für die Partnerin und die Kosten für die Kinderbetreuung.

Faktisch sind also die gesamten Kosten dieser Behandlung höher, als wenn der Patient nachtsüber im Spital geblieben wäre. Sie sind aber in zwei Hinsichten gesunken: real für den Kanton, der nichts für ambulante Spitalkosten bezahlen muss, und fiktiv in der Statistik der Gesundheitskosten. Ein Teil der Kosten ist auf die Krankenkassen verschoben worden und erscheint in dieser Statistik immer noch. Ein weiterer Teil der Kosten ist auf den Patienten abgewälzt worden (höherer Anteil an Operationskosten, Mahlzeiten und Übernachtung). Die Hotelkosten für ihn und zusätzlich für seine Begleiterin sind aber aus der Statistik der Gesundheitskosten verschwunden, sie sind nun in der volkswirtschaftlichen Rechnung unter der Rubrik «Gastgewerbe» verbucht. Die unbezahlte Begleitung und der Hütedienst der Grosseltern verschwinden im statistischen Nirwana der nicht entlohnten Arbeit.

Statistisch gesehen sind nun die Behandlungskosten für die Augenoperationen verglichen mit einer stationären Behand-

lung tiefer, die Operationen sind effizienter geworden (Kosten pro Operation). Das Gesundheitswesen scheint dadurch wirtschaftlicher geworden zu sein, obwohl gesamtwirtschaftlich gesehen genau das Gegenteil der Fall ist. Aber diese Unwirtschaftlichkeit, die faktisch ein Sozialabbau darstellt für Leute mit niedrigen Einkommen, zählt kaum in der gesundheitspolitischen Debatte.

Wie schon dargestellt (Kapitel 1.3.), drehen sich die Diskussionen über die Kosten des Gesundheitswesens vorwiegend um die Kosten, welche Kantone, Gemeinden und obligatorische Krankenkassen zu tragen haben. Wie können nun die Kosten der OKP eingeschränkt werden respektive wohin werden sie abgeschoben?

1. Wie obiges Beispiel zeigt, durch Abwälzen auf andere, auf für die OKP billigere Leistungen (Homecare statt Pflegeheim, Pflegeheim oder Reha statt Spital, ambulante Behandlung anstatt Spital usw.);
2. durch Einschränkung respektive Rationierung OKP-pflichtiger Leistungen (z. B. Fallpauschalen);
3. durch schlechtere Bezahlung und Rationalisierung der Arbeit;
4. durch medizinischen Fortschritt, der Behandlungsleistungen verbilligt;
5. durch Prävention. Inwiefern diese der Kostenverminderung dient, ist allerdings meistens unklar.

Am besten eignen sich für die Reduktion der OKP-pflichtigen Gesundheitskosten die drei ersten Varianten. Es handelt sich dabei aber oft gleichzeitig um eine Externalisierung der Kosten. Bei der Externalisierung sozialer und ökologischer Kosten stellt sich immer die Frage, wo beziehungsweise von wem diese schliesslich bezahlt werden und nicht mehr weiterverschoben werden können, wenn es nicht auf Kosten der Arbeitsbedingungen derjenigen geht, welche die Leistungen erbringen. Im Krankheitsfall ist die «Endstation» unvermeidlich bei den Kranken und ihren Nächsten, die sich um sie kümmern. Kranke sind immer das «End of Pipe» der Kostenverschiebungen, die Opfer von dysfunktionalen Behandlungskalkülen. Wenn die Patienten und ihre Angehörigen diese Kosten nicht tragen können, enden die verschobenen Kosten bei den Sozialversicherungssystemen, für deren Kosten meistens die Gemeinden aufkommen müssen (z. B. Sozialhilfe für die Finanzierung von Pflegeheimen, Defizitdeckung für Spitex). Aus der Sicht der Kantone (steuerpflichtige Bevölkerung) und der OKP (Prämienzahler) ist es heute in der Schweiz dort am billigsten, wo ihr Anteil an den Kosten am niedrigsten ist: in Pflegeheimen oder noch bes-

ser, wenn die Patientinnen und Patienten zu Hause gepflegt werden. Die Kosten, die dadurch für die Kranken und ihre Angehörigen entstehen, sind nur am Rande Gegenstand der Kostensenkungsbestrebungen der Politik. Damit wird die Illusion genährt, dass das Gesundheitswesen billiger werden kann. Die Frage lautet: billiger für wen?

Durch den notorischen Kostendruck auf das Gesundheitswesen durch den Staat und die obligatorischen Krankenkassen wird das finanzielle Effizienzkalkül jeder Institution, jedes Spitals, aber auch der wichtigsten Finanzierer wie des Staates und der obligatorischen Krankenkasse selbst immer wichtiger. Die Neigung, Kostenverschiebungsspiele zu treiben, nimmt unvermeidlich zu sowohl für die Versicherer (Staat und obligatorische Krankenkasse) als auch für die Leistungserbringer. Je unrealistischer die Kostensenkungsforderung ist, desto intensiver und verzweifelter werden die Versuche der Akteure im Gesundheitswesen, Kosten loszuwerden, indem sie die finanzielle Effizienz ihrer Leistungen durch Kostenverschiebungen erhöhen. Diese Kostenspiele überlagern die Frage, welchen Versorgungsbedarf es gibt und geben wird, wie adäquat darauf reagiert werden kann, welche Kosten anfallen werden und welche bei frühzeitiger Erkennung von Problemen vermieden werden können. Sie überlagern vor allem auch die Frage, was denn aus der Sicht der Patientin oder des Patienten am sinnvollsten wäre. Die professionelle Ethik wird zunehmend dominiert vom Glauben an das Sparen im Rahmen eines Effizienzkalküls, das zudem volkswirtschaftlich fragwürdig ist.

4.2 Das Verschwinden von Leistungen aus den Abgeltungssystemen und den Effizienzkalkülen

In der Berechnung zu den Behandlungskosten im obigen Beispiel sind nicht nur massive Kostenverschiebungen und -erhöhungen nicht enthalten, sondern auch eine erhöhte Gefahr von Komplikationen geht nicht in die Kostenrechnung ein: das Risiko, mit einem frisch operierten Auge die Nacht im Hotel zu verbringen und allenfalls notfallmässig ins Spital zurückkehren zu müssen. Es handelt sich hier nicht nur um eine Kostenverschiebung im Sinn der Verschiebung finanzieller Kosten, sondern auch um die Frage der Sicherheit der Behandlung und Gefahren von Nebenwirkungen. Leistungen, die dieses Risiko verkleinern könnten, werden vom Spital nicht erbracht und vom Kanton nicht finanziert: die Nacht im Spital. Sie verschwinden aus dem Effizienzkalkül.

Der verstorbene bekannte Basler Soziologe Lucius Burckhardt, der sich vor allem mit dem Design und der Infrastruktur in öffentlichen Räumen befasst hat, beschrieb folgendes Beispiel, das zeigt, dass Effizienzmassnahmen undefinierte, aber wichtige Leistungen zum Verschwinden bringen können:

«Wir verbringen den Sommer auf dem Land bei Bauern. Der Hof steht einsam, und an manchen Tagen sieht man niemanden als den Briefträger, der vormittags die Zeitung bringt. Nun kommt ein Erlass der Postverwaltung: Die Postkunden sind gehalten, zur Rationalisierung der Postverteilung am Rande der Strasse Briefkästen aufzustellen. Auch unser Hof beteiligte sich an der Aktion: Wir kauften einen hochmodernen, gelb und schwarz lackierten Doppelbriefkasten und verankerten ihn nahe der Einfahrt am Strassenrand. Seither sind wir von der Information abgeschnitten. Der Hof hat zwar Fernsehen und tägliche Zeitung, aber das sind überlokale Nachrichten, die man hier nur am Rande zur Kenntnis nimmt. Briefe schreiben sich die Bauern keine. Die Nachricht von Hof zu Hof geschah durch das Gerede des Briefträgers, der in die Stube trat und die Zeitung ablieferte. Durch den Briefkasten-Erlass hat die Post eine Leistung abgeschafft, von der sie selber gar keine Kenntnis hatte, die aber auf dem Land gerade die wichtigste war. «Tools for Conviviality» wollten wir beschreiben. Der Briefkasten im angeführten Beispiel ist keines. Er ist ein Objekt, das desintegriert, das Verbindungen zwischen Menschen unterbricht.» (Burckhardt, 1995, S. 22/3)

Mit diesem Beispiel wollte Burckhardt auf die «Nichtneutralität der Objekte» hinweisen, die im geschilderten Fall «Verbindungen zwischen Menschen» unterbrechen (Burckhardt, 1995, S. 23). In einem Workshop der Gewerkschaftsausbildung, in dem von der Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Rede war, meldeten sich Briefträger zu Wort und berichteten, ähnlich wie Burckhardt von Stubengerede auf Bauernhöfen, von Gesprächen in der Stadt: Sie hätten keine Zeit mehr, um ein paar Worte mit alten Menschen zu reden, die manchmal am Morgen vor der Haustür auf die Post warten. Sie empfanden das als Abwertung ihrer Arbeit; sie könnten so ihren Job nicht mehr richtig machen.

Ähnliches liesse sich im Fall des Gesundheitswesens als «Nichtneutralität von standardisierten Leistungen und deren Preisen» beschreiben. Hinter der Definition von Leistungen (z. B. Augenoperation) stecken Vorstellungen darüber, was eine OKP-pflichtige Leistung ist und welche Tätigkeiten sie beinhaltet. Burckhardt spricht von einem «unsichtbaren Design». Definitionsgemäss werden noch immer Briefe in Briefkästen verteilt und Augen operiert. Und trotzdem hat sich etwas geändert: Leistungen sind verschwunden. Definiert und sichtbar, weil gemessen, sind nur die Leistungen, die Teile des Effizienzkalküls sind.

5 Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Teil 1 der Studie (Madörin, 2014) ist es vor allem darum gegangen, die vermeintlich zu hohen Kosten des Gesundheitswesens und deren Finanzierung genauer unter die Lupe zu nehmen. Die Analyse des Finanzierungsregimes zeigt, dass Pflege anders finanziert wird als ärztliche Behandlung. Man muss von einer Unterfinanzierung der Pflege durch die sozialen Versicherungen vor allem in den Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege sprechen.

Teil 2 der Studie (Madörin, 2014) geht der Frage nach, wie sich das Wirtschaftlichkeitskonzept des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von 1996 verändert hat. Die Studie zeigt, wie irrational und problematisch diese neuen Wirtschaftlichkeitskonzepte sind, die durch neue Abgeltungssysteme (z. B. Fallpauschalen) durchgesetzt werden sollen. Sie lassen wesentliche Eigenheiten und ökonomische Logiken des Gesundheitssystems, insbesondere der Pflege, ausser Acht. Ihre Dynamik führt tendenziell zu einem starken Kostendruck auf die Pflege und zu absurden volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Entscheiden.

Ausgangspunkt von Teil 3 der Studie (Madörin, 2014) ist die Tatsache, dass das neu eingeführte Wirtschaftlichkeitskonzept nur dann die gewünschten Kostensenkungen ermöglicht, wenn der Pflege und der medizinischen Behandlung Leistungen mit bestimmten Preisen zugeordnet werden, was einer Standardisierung dieser Arbeitsbereiche gleichkommt. Teil 3 befasst sich mit der Über- und Fehlregulierung respektive der Überstandardisierung der Pflegearbeit. Es geht um die Frage, inwiefern die neuen Effizienz kalküle in der Lage sind, ärztliche Behandlungen und Pflegearbeit adäquat abzubilden.

Glossar

Arbeitskosten: Die Arbeitskosten setzen sich in der Schweiz aus Löhnen und Gehältern (83,7 %), Sozialbeiträgen der Arbeitgeber (15 %) und weiteren, insbesondere mit der beruflichen Bildung und Personalrekrutierung verbundenen Kosten (1,3 %) zusammen (heruntergeladen von www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/06/04/blank/key/01.html).

BAG Bundesamt für Gesundheit: «Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist Teil des Eidgenössischen Departements des Innern. Es ist – zusammen mit den Kantonen – verantwortlich für die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und für die Entwicklung der nationalen Gesundheitspolitik. Zudem vertritt das BAG als nationale Behörde die Schweiz in Gesundheitsbelangen in internationalen Organisationen und gegenüber anderen Staaten.» (heruntergeladen von www.bag.admin.ch)

BIP, Bruttoinlandprodukt: Das BIP (entspricht der Bruttowertschöpfung [BWS] aller Wirtschaftszweige eines Landes) ist ein Mass für die wirtschaftlichen Leistungen eines Landes. Es ist zusammengesetzt aus dem Wert der Produktion/ Dienstleistungen minus allen Vorleistungen wie Rohstoffe, Energie, beanspruchte Dienstleistungen von aussen usw. Die Arbeitskosten sind Teil des BIP. Arbeit wird als wertschöpfende Tätigkeit verstanden. Bruttowertschöpfung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Abschreibungen (z. B. auf Maschinen) beim BIP mitgerechnet sind (heruntergeladen von www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02/01.html). Es gibt seit 1997 ein Haushalts-Satellitenkonto, in dem auch der Wert der unbezahlten Arbeit als Teil eines erweiterten BIP berechnet wird (heruntergeladen von www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02/08.html).

Branchen/Wirtschaftszweige/Sektoren: Die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR), in der auch das BIP enthalten ist, weist in ihren Statistiken zur Bruttowertschöpfung (BWS) einerseits Branchen aus, zum Beispiel: BWS der Uhrenproduktion, des Detailhandels, des Unterrichts, der öffentlichen Administration und des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Branchen sind dabei unterteilt in drei Wirtschaftssektoren: Landwirtschaft, Industrie und Bauwesen, Dienstleistungen. Zu Letzteren gehört auch das Gesundheits- und Sozialwesen. Zum andern unterscheidet die VGR auch die BWS der institutionellen Sektoren, in denen gewirtschaftet wird: Staat, nichtfinanzielle Kapitalgesellschaften (z. B. industrielle Unternehmen), finanzielle Kapitalgesellschaften (Banken, Versicherungen) sowie private Organisationen ohne Erwerbszweck, zu denen auch

Haushalte und gemeinnützige Institutionen (wie Pflegeheime und Spitex) gehören.

Care-Arbeit: «Der englische Begriff Care umfasst mehr als Betreuung oder Pflege. Care bedeutet, sich – unbezahlt oder bezahlt – um die körperlichen, psychischen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse eines oder mehrerer Menschen zu kümmern» (EBK, 2010, S. 34). Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK schreibt zur Caring-Arbeit: «Caring bedeutet, sich um andere zu sorgen, sich mit Wertschätzung auf jemanden einzulassen. Es geht um Engagement, Mitgefühl und Vertrauen, um den menschlichen Beistand in der Pflege» (SBK-ASI, 2011). In der feministischen Ökonomie wird der Begriff Care-Arbeit weiter und anders gefasst: als bezahlte und unbezahlte Sorge- und Versorgungsarbeit, die direkt dem Wohlergehen anderer Menschen dient, auch arbeitsfähigen und gesunden Erwachsenen. Pflegearbeit und ärztliche Behandlung sind nur ein kleiner Teil der so verstandenen Care-Arbeit.

DRG, Diagnosis Related Groups: s. Fallpauschale

Fallpauschale für Spitäler: Anstelle von der Verrechnung der Betriebskosten der Spitäler (durch Pauschalen für Aufenthaltstage) ist seit 2012 die Finanzierung von Leistungen gesetzlich vorgeschrieben. Die Entschädigungspauschalen werden nun aufgrund von Kosten von Behandlungsbündeln (Leistungen) berechnet, die je nach Diagnose und Schweregrad der Krankheit (DRG: Diagnosis Related Groups) variieren, aber für jede Kategorie der DRG standardisiert sind. Zuständig für die Berechnungen ist die SwissDRG AG (www.swissdr.org).

Gesundheitskosten, Kosten des Gesundheitswesens, Gesundheitsausgaben: Darin enthalten sind die Kosten aller Leistungen von Krankenhäusern, sozialmedizinischen Institutionen, Zahnärzten, die Verkäufe der Apotheken, Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlungen und der Pflege (z. B. Spitex), Kosten von Medikamenten sowie von medizinischen Hilfsmitteln und Tests.

Gesundheits- und Sozialwesen: Die Daten zu den Gesundheitsausgaben müssen von den Berechnungen der Produktionswerte (Bruttowertschöpfung BWS als Teil des BIP) des Gesundheits- und Sozialwesens unterschieden werden. In der BWS-Berechnung sind das Gesundheitswesen und das Sozialwesen (Sozialarbeit, soziale Betreuung

von Jugendlichen, von Betagten usw.) zusammengefasst. Die Produktion der Medikamente (BWS der Pharmaindustrie) und der medizinischen Hilfsmittel wird statistisch unter den Produktionskonten der Industrie aufgeführt.

Kaufkraftparität: Um die Kaufkraftparität (in Englisch: Purchasing Power Parity PPP) auszurechnen, wird eine bestimmte Zusammensetzung von Gütern und Dienstleistungen ausgewählt und ausgerechnet, wie viele Franken respektive Dollar der betreffende Warenkorb in den USA und in der Schweiz vergleichsweise kostet. Die PPP-Werte des BIP sind für die Schweiz wegen des hohen Preisniveaus niedriger als die direkt in Euro oder Dollar umgerechneten Grössen. 1986 wurde von der Zeitschrift «The Economist» der «Big Mac Index» erfunden. Er vergleicht die lokalen Preise eines Big Mac umgerechnet in Währungen (Dollar, Yen, Euro, Yuan, Sterling) mit den Preisen der Kaufkraftparität. Der Big Mac Index wurde weiterentwickelt und Folgendes ausgerechnet: Wie lange muss ein Angestellter von McDonald's arbeiten, um sich einen Big Mac kaufen zu können? Die UBS veröffentlicht inzwischen jährlich ähnliche Kaufkraftberechnungen aufgrund von Löhnen und Preisen für grosse Städte in aller Welt (UBS, 2012, S. 11).

KVG Krankenversicherungsgesetz (vom 18. März 1994, in Kraft seit 1. Januar 1996): Eine gute Übersicht über den Stand der Debatte und die Gesetzesänderungen seit 1996 findet sich auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG 2012). Das Gesetz enthält im Wesentlichen die Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Taggeldversicherung (www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/). Dazu kommen implizit im KVG sowie in anderen Gesetzen zum Gesundheitswesen (z. B. Spitalfinanzierungs- und Pflegeversicherungsgesetze) und Sozialversicherungsgesetzen weitere Regelungen zu den Beiträgen des Staates. In den internationalen Statistiken wird die Finanzierung von Leistungen des Gesundheitswesens durch die obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung OKP und durch den Staat (Spitalfinanzierung, Beiträge zu Prämien, Hilflosenentschädigung usw.) zu den Ausgaben für die «Soziale Sicherheit» gezählt.

Managed-Care-Vorlage: Am 17. Juni 2012 wurde die Managed-Care-Vorlage vom Schweizer Stimmvolk mit 76 Prozent der Stimmen abgelehnt. Mit der Vorlage sollte eine integrierte ambulante medizinische Versorgung gewährleistet werden, in der Ärzte sich zu Netzwerken zusammen-

schliessen sollten. Es entstand eine breite Front gegen die Vorlage im Wesentlichen wegen drei Punkten: 1) Einschränkung der freien Arztwahl (Zugang zu Spezialärzten nicht mehr direkt möglich), 2) Erhöhung des Selbstbehaltes, wenn die Patientinnen/Patienten nicht einem solchen integrierten Versorgungsnetz beitreten (Gefahr einer Zweiklassenmedizin) und 3) «Budgetmitverantwortung» der Ärzte, bei der ähnlich wie bei den Fallpauschalen in Spitälern von Behandlungsbudgets ausgegangen werden sollte.

OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development: Sie wurde 1961 hauptsächlich von westeuropäischen Ländern (darunter auch die Schweiz) sowie von den USA, von Kanada und der Türkei gegründet. Nebst weiteren west- und osteuropäischen Ländern sind inzwischen auch Korea, Japan und Neuseeland Mitglied (insgesamt 34 Mitglieder). Die OECD ist heute eine sehr einflussreiche internationale Organisation in Sachen wirtschaftspolitischer Meinungsbildung, besonders auch, was die Gesundheitspolitik anbelangt.

OKP, obligatorische Krankenpflegeversicherung (siehe KVG): Die OKP enthält ein Paket mit Versicherungsleistungen, das die Krankenversicherungen jeder Person in der Schweiz anbieten müssen (Grundversicherung). Die Versicherung ist für die gesamte Wohnbevölkerung in der Schweiz obligatorisch.

Out-of-Pocket-Zahlungen: Ausgaben für Güter und Gesundheitsdienste der privaten Haushalte, die nicht durch die Versicherungen (OKP, Privatversicherungen) oder Staatsausgaben gedeckt sind, zum Beispiel vom Arzt nicht verschriebene Medikamente und andere Käufe in Apotheken, hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex, nicht verschriebene Massagen, teilweise Psychotherapien, zahnärztliche Behandlungen.

SECO, Staatssekretariat für Wirtschaft: Das SECO sieht sich laut Website (www.seco.admin.ch) «als Kompetenzzentrum des Bundes für alle Kernfragen der Wirtschaftspolitik». Deshalb wurde der Bericht von Kirchgässner und Gerritzen (2011) vom SECO in Auftrag gegeben: Es geht in diesem Bericht um die volkswirtschaftlichen Fragen, die das Gesundheitswesen und Gesundheitsaufgaben aufwerfen können. Das SECO gehört zum Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, früher Volkswirtschaftsdepartement.

Referenzen

- BAG Bundesamt für Gesundheit (2012). Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG), Bern April 2012. Heruntergeladen von www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung
- Bartholomeyczik, S. (2007). Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. Langfassung des Artikels aus *Dr. med. Mabuse*, Nr. 166, März/April 2007. Heruntergeladen von www.mabuse-verlag.de/chameleon/outbox/public/4/166_Bartholomeyczik.pdf am 15.1.2013
- Baumol, W. J. (2012). *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. New Haven & London: Yale University Press.
- Burckhardt, L. (1995). *Design = unsichtbar*. Hg. von Hans Höger für den Rat für Formgebung. Ostfildern b. Stuttgart: Cantz.
- EBG Eidg. Büro für Gleichstellung von Frau und Mann (2010). *Care-Arbeit. Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus gleichstellungspolitischer Sicht*. Bern. Kann auch gratis bestellt werden. www.gleichstellung-schweiz.ch
- Frey, M., Liechti, D., Feer, M. (2011). Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Obsan Dossier 17, Neuchâtel.
- Hartwig, J. (2007). Can Baumol's Model of Unbalanced Growth Contribute to Explaining the Secular Rise in Health Care Expenditure? *KOF Arbeitspapier 178*, November. Zürich: KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH.
- Hartwig, J. (2006 a). Sind unsere gesamtwirtschaftlichen Probleme überhaupt lösbar? *Diskussionspapier der Keynes-Gesellschaft 3/2006*, KOF Zürich.
- Hartwig, J. (2006 b). Productivity Growth in Service Industries – Has «Baumol's Disease» Really Been Cured? *KOF Arbeitspapier 155*, November. Zürich: KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH.
- Kirchgässner, G., Gerritzen, B. (2011). *Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO, überarbeitete Fassung vom 5.4.2011 (via Google online).
- Kirchgässner, G. (2009). Das schweizerische Gesundheitswesen: Kostenentwicklung und grundsätzliche Probleme. *Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik* 11/2009, 4–8.
- Madörin, M. (2014). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. ISBN 978-3-9524121-2-1. www.gesundheit.zhaw.ch/zursache
- Madörin, M., Schnegg, B., Baghdadi, N. (2012). Advanced economy, modern welfare state and traditional gender regimes: political and social economy of care in Switzerland. In: Razavi, S. and Staab, S. (eds). *Global Variations in the Political and Social Economy of Care: Worlds Apart*. New York: United Nations Research Institute for Social Development UNRISD/Routledge, 43–60.
- Madörin, M. (2011). Das Auseinanderdriften der Arbeitsproduktivitäten: Eine feministische Sicht. In: *Denknetz Jahrbuch 2011*, 56–70. www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Inhalt_Jahrbuch_Denknetz_2011.komprimiert.pdf
- Madörin, M. (2010). Weltmarkterfolg auf Kosten der Frauen. Steuerpolitik, Care- und Genderregimes in der Schweiz. In: *Widerspruch*, Heft 58, Jg. 30, Halbjahr, 97–108.
- OECD (2011). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz*. OECD/World Health Organization: Paris. Deutschsprachiger Bericht: Bundesamt für Gesundheit Schweiz (beim BAG gratis erhältlich).
- OECD (2011a). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD May 2011, online verfügbar: www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf
- SBK-ASI (2011). *Professionelle Pflege in der Schweiz. Perspektive 2020*. Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Bern. www.sbk-asi.ch
- UBS (2012). *Preise und Löhne. Ein Kaufkraftvergleich rund um die Welt*. Hrsg.: CIO Wealth Management, erscheint jährlich. Online via Google oder UBS verfügbar.
- Theobald, H. (2009). Restrukturierung informeller, familiärer Versorgung und Ungleichheitsdynamiken. Ergebnisse im internationalen Vergleich. *Femina Politica* 1/2009, 59–72.
- Wichtige statistische Quellen bezüglich Kosten und Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens:
Das Bundesamt für Statistik BFS (www.bfs.admin.ch) behandelt Kosten des Gesundheitswesens im statistischen Thema 14 (Gesundheit). Das BFS gibt für jedes Jahr Statistiken zu den Kosten des Gesundheitswesens heraus. Ebenso hat das BFS eine spezielle Abteilung für die Auswertung von Daten und Studien zum Thema Gesundheit und Gesundheitswesen: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01.html
Das Bundesamt für Gesundheit BAG ist auch eine wichtige Quelle für Studien und gesetzgeberische Anstrengungen.
- OECD-Statistiken und Berichte: www.oecd.org/health/. Die OECD (s. Glossar) baut die Analysen und Statistiken zu den Gesundheitswesen aus. Da die Schweiz Mitglied der OECD ist, sind die Daten der Schweiz in den internationalen Studien enthalten und vergleichbar mit anderen Ländern. Die Daten der OECD werden von den Mitgliedsländern erhoben und geliefert. Zudem erstellt die OECD periodisch eigene Berichte über einzelne Länder, so auch beispielsweise zum Thema Gesundheitswesen. Es existiert auch eine Dokumentation über zukünftige Herausforderungen der Langzeitpflege (OECD 2011a). In der OECD ist Deutsch keine Amtssprache, hingegen Englisch und Französisch. Die OECD-Berichte werden in der Schweiz zum Teil ins Deutsche übersetzt.
- Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Der statistische Apparat der Europäischen Union verarbeitet und systematisiert die Statistiken ihrer Mitgliedsländer und verfügt auch über viele statistische Daten zur Schweiz. Es gibt zwei Themen (zum Anklicken), die im Zusammenhang mit der Finanzierung und den Leistungen des Gesundheitswesens Informationen enthalten: Gesundheit, Soziale Sicherheit. Die Eurostat-Website ist auch in Deutsch verfügbar.
- Weitere Datenquellen:
Health Consumer Powerhouse (www.healthpowerhouse.com) gibt den jährlichen Bericht «Euro Health Consumer Index» heraus, in dem auch die Schweiz vorkommt. HCP ist eine private Organisation, arbeitet laut Website mit der EU-Kommission zusammen und wird von «Stakeholdern» finanziell unterstützt. Sie versteht sich als Unternehmen, das sich für Konsumentenschutz und Patientenrechte einsetzt.
The Commonwealth Fund (www.commonwealthfund.org), «A Private Foundation Working Toward a High Performance Health System», ist stark auf die USA ausgerichtet, aber gibt auch Studien mit internationalen Vergleichen heraus, die aus gesundheitsökonomischer und -politischer Perspektive interessant sind und in denen die Schweiz als eines von 13 Ländern vorkommt.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail ipf.gesundheit@zhaw.ch
Web www.gesundheit.zhaw.ch/pflege