

Kapitel 2

Gesundheitswesen der Schweiz

Das schweizerische Gesundheitswesen gilt als undurchdringlich und komplex. Diese – wenn auch zutreffende – Feststellung darf allerdings nicht dazu verleiten, die Bearbeitung einer konkreten Fragestellung von Anbeginn auf dessen Einzelheiten zu beschränken, ohne diese wiederholt im Gesamtkontext zu reflektieren. Um die Frage erörtern zu können, auf welche Weise Health Technology Assessment (HTA) im Schweizer Gesundheitswesen zum Einsatz kommen könnte, müssen die allgemeinen Herausforderungen, Spannungsfelder und Merkmale des Schweizer Gesundheitswesens vor die Klammer gezogen werden.

Neben einer Einführung in die allgemeinen Wesensmerkmale werden nachfolgend ausgewählte Gesundheitsthemen skizziert, welche die Schweizer Gesundheitspolitik derzeit beschäftigen.

2.1 Allgemeines

Das schweizerische Gesundheitswesen sorgte in den vergangenen 30 Jahren wiederholt für negative Schlagzeilen. Kritisiert wird es bis heute für seine hohen – und nach wie vor kontinuierlich ansteigenden – Kosten, für seine nur schwer überschaubare Regulierungsdichte und die undurchsichtige Verflechtung von Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen. Das Gesundheitswesen sei „strukturell fragmentiert und unsteuerbar“.¹ Es gleiche einem „Supertanker“, welcher nur unwillig und träge auf neue Steuermanöver reagiere.²

Der berechtigten Kritik sind allerdings auch die Stärken unseres Systems entgegenzuhalten, wie z.B. die durchschnittlich hohe Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung, welche im internationalen Vergleich weiterhin einen Spitzenplatz

¹ ACHTERMANN/BERSET, 16.

² Vgl. ABRAHAMSEN et al., 5.

belegt. Ebenfalls zu verzeichnen ist eine kontinuierlich abnehmende Sterblichkeit bei Säuglingen und Kleinkindern.³ Diese Zahlen werden oft als Kriterien herangezogen, um die Qualität der medizinischen Versorgung zu belegen.

Andererseits sieht sich das Schweizer Gesundheitswesen auch mit grossen Herausforderungen konfrontiert. Beispiele dafür sind die demografische Entwicklung, die Alterung der Gesellschaft sowie die zunehmenden chronischen Krankheiten wie Diabetes, Alzheimer oder Krebs.

Diese Entwicklung wird von rasanten Fortschritten in der medizinischen Versorgung begleitet, wie etwa in Bereichen der Transplantations- oder Fortpflanzungsmedizin, aber auch im Rahmen der personalisierten Medizin.⁴ Wo früher u.U. gar keine Behandlung mehr möglich war, sind heute hoch spezialisierte Therapien im Einsatz, welche zumeist mit hohen Therapiekosten verbunden sind.

Den kostenintensiven Innovationen in Kombination mit der zunehmenden Nachfrage scheint mit einer gewissen Ohnmacht begegnet zu werden. Einerseits ist man sich der zunehmenden Belastung des Prämienzahlers bewusst, andererseits kann einem hilfsbedürftigen Patienten im Einzelfall eine wirksame Behandlung nur schwer verwehrt werden. Dies vor allem dann, wenn der Behandlungsentscheid am Krankenbett und in Absprache mit der Patientin gefällt werden soll. Es fällt schwer, einer Ärztin einen Vorwurf zu machen, nur weil sie ihrem Patienten die bestmögliche Behandlung ermöglichen will und dabei die ökonomische Komponente in den Hintergrund stellt.

In der Schweizer Bevölkerung zeigt sich ein ausgeprägtes Bedürfnis zur Anwendung alternativmedizinischer Heilverfahren: 2007 wurde die „besondere Berücksichtigung der Komplementärmedizin“ mithilfe einer Volksinitiative explizit auf Verfassungsstufe verankert.⁵ Ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung befürwortet auch die Aufnahme der Alternativmedizin in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).⁶ Zugleich wird von verschiedenen Seiten ein Umdenken gefordert. Ein modernes Gesundheitsverständnis soll sich nicht nur an Krankheit, Therapie und Heilung orientieren, sondern vermehrt um Schutz, Erhalt und Förderung von Gesundheit besorgt sein (Prävention).⁷ Präventive Massnahmen machen bis auf weiteres nur einen marginalen Anteil der Gesundheitskosten aus.

Der verständliche Wunsch nach bestmöglicher medizinischer Versorgung innerhalb der OKP steht in einem Konflikt mit der zunehmenden Belastung der Prämienzahler. Bereits heute ist rund ein Drittel der Bevölkerung auf staatliche Hilfe angewiesen. Die Prämienverbilligungen kosten den Staat jährlich rund vier Milliar-

³ Vgl. BfS, Gesundheitspanorama, abrufbar unter: <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/pan.html>> (besucht am: 11.06.2013).

⁴ Vgl. ACHTERMANN/BERSET, 16 ff.

⁵ Vgl. Art. 118a BV.

⁶ LONGCHAMP et al., Gesundheitsmonitor 2010, 2.

⁷ ACHTERMANN/BERSET, 16.

den Franken.⁸ Dementsprechend wird auch der Druck auf den Entscheidungsträger weiter zunehmen. Die bezahlten Leistungen der OKP werden langfristig wohl an strengere Voraussetzungen geknüpft werden müssen, indem z.B. nur noch Leistungen übernommen werden, die in ein gewisses Kosten/Nutzenverhältnis aufweisen.

Solche Entscheide bewegen sich auf einem schmalen Grat zwischen Rationalisierung und Rationierung. Aus Sicht des betroffenen Individuums könnte eine solche Leistungskürzung im konkreten Fall als Letzteres empfunden werden. Die medizinische Versorgung wird dadurch zunehmend politisiert.⁹

2.2 Föderalistisch organisiertes Gesundheitswesen

Unter den formulierten Sozialzielen von Art. 41 BV befindet sich in Abs. 1 lit. b die Aufforderung, dass sich Bund und Kantone in Ergänzung zu ihrer persönlichen Verantwortung und privater Initiative (gemeinsam) dafür einsetzen, jeder Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege zu ermöglichen. Damit ergibt sich bereits aus der Verfassung die Pflicht für Bund und Kantone, sich um die Gesundheitsbedürfnisse der Schweizer Bevölkerung zu kümmern. Die Gesundheitsversorgung wird in weiteren Verfassungsartikeln konkretisiert. In ihrer Gesamtheit wird sie auch als Gesundheitsverfassung bezeichnet.¹⁰

Die Schweiz ist geprägt durch eine föderalistische Gesundheitsorganisation. Die Verfassung lässt dem Bund eine subsidiäre Rolle zukommen.¹¹ Die Hauptverantwortung liegt bei den Kantonen und Gemeinden.¹² Der Bund wird im Gesundheitswesen nur dort tätig, wo ihn die Verfassung explizit dazu verpflichtet.¹³ Dies ist i.d.R. nur dort der Fall, wo eine Aufgabe von nationaler Bedeutung ist und sich eine einheitliche Regelung auf nationaler Ebene besonders aufdrängt.¹⁴ Somit sind die Kantone sowohl im Vollzug als auch in der Finanzierung des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung.¹⁵ Allerdings hat der Bund seinen Zuständigkeitsbereich kontinuierlich ausbauen können (vgl. Tabelle zu den unterschiedlichen Kompetenzen von Bund und Kantonen).¹⁶

⁸ Vgl. NZZ-Online vom 10.04.2012, Fast jeder dritte erhält Prämienverbilligungen, abrufbar unter: <http://www.nzz.ch/nachrichten/politik/schweiz/schweiz-kranken-kassen-praemienverbilligung-statistik-2010_1.16367073.html> (besucht am: 11.06.2013).

⁹ Vgl. dazu das Interview mit Georg Kohler, in: Spectra, Nr. 96, 1/13, Bern 2013, 4 f., abrufbar unter: <<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>> (besucht am: 11.06.2013): „Der Staat kann nicht alle glücklich machen. Er kann höchstens die Rahmenbedingungen setzen. Gelegentlich auch durch Prävention.“

¹⁰ Vgl. GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 76.

¹¹ Zum föderalistischen Subsidiaritätsprinzip vgl. Art. 3 und 5a BV sowie Art. 42 ff. BV.

¹² ACHTERMANN/BERSET, 29.

¹³ Art. 42 Abs. 1 BV.

¹⁴ Art. 43a Abs. 1 BV.

¹⁵ GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 103.

¹⁶ ACHTERMANN/BERSET, 33.

Kompetenzen des Bundes im Gesundheitswesen	Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen (am Beispiel des Kt. Zürich)
Vorschriftspflicht im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung (Art. 63, 64a BV) ^a	Bewilligungs-, Vorschriftspflicht und Aufsicht betreffend die Ausübung von Medizinalberufen (§ 3–34 GesG ZH) ^b
Allgemeine Forschungsförderungspflicht (Art. 64 BV), insbesondere die Vorschriften zur Forschung am Menschen (Art. 118b BV) ^c	Die Organisation und Gewährleistung eines kantonalen Notfalldienstes (§ 17 Abs. 2 GesG ZH)
Kompetenz zum Erlass von Vorschriften für die Ausübung privatwirtschaftlicher Erwerbstätigkeit (Art. 95 BV) ^d	Massnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung bei aussergewöhnlichen Ereignissen und Information der Bevölkerung, (§ 23 und 24 GesG ZH)
Vorschriftspflicht im Bereich Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV) ^e	Organisation und Förderung der kantonalen Aus- und Weiterbildung im Bereich der Medizinalberufe (§ 21 und 22 GesG ZH)
Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV) ^f : a. im Umgang mit Lebensmitteln, Heil- und Betäubungsmitteln, Chemikalien und Gegenständen (lit. a); b. in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (lit. b) und c. dem Schutz vor ionisierenden Strahlen (lit. c.)	Planung, Bewilligung, (gesundheitsspolizeiliche) Aufsicht über Spitäler, Pflegeheime und andere Institutionen des Gesundheitswesens (§ 35 ff. GesG ZH) ^g
Berücksichtigung der Komplementärmedizin (Art. 118a BV) ^h	Spitalplanung (§ 41 ff. GesG ZH)
Vorschriftspflicht im Bereich Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV) ⁱ	Gewährleistung von Krankentransport- und Rettungswesen (§ 44 GesG ZH)
Vorschriftspflicht im Bereich Transplantationsmedizin (Art. 119a BV) ^j	Vollzug von Bundesgesetzgebungen im Bereich der kontrollierten Abgabe von Arznei-, Medizinalprodukten, Lebensmitteln, Gebrauchsgegenständen sowie Chemikalien (§ 45 GesG ZH) und im Bereich des Vollzugs zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (§ 54 GesG ZH)

Kompetenzen des Bundes im Gesundheitswesen	Kompetenzen der Kantone im Gesundheitswesen (am Beispiel des Kt. Zürich)
	Gesundheitsförderung und Prävention (§ 46 ff. GesG ZH)
	Organisation des Bestattungswesens (§ 55 ff. GesG ZH)
	Die Berücksichtigung der Komplementärmedizin (Art. 118a BV) ^k

^a GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 104 ff., m.w.H.

^b Dabei gilt es zu beachten, dass mit der Einführung des MedBG (nur) selbstständig erwerbende Medizinalpersonen jeweils der Bundesgesetzgebung – und nicht der kantonalen Gesetzgebung – unterstehen. Die irreführende Regelung wird kritisiert von FELLMANN, Medizinalberufegesetz, 4 ff.

^c Vgl. dazu das neue Bundesgesetz über die Forschung am Menschen, welches am 01.01.2014 in Kraft treten wird, vgl. dazu die Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), abrufbar unter: <<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00701/00702/07558/>> (besucht am: 11.06.2013).

^d Darunter fällt z.B. das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) oder das am 01.04.2013 in Kraft getretene Psychologieberufegesetz (PsyG).

^e Vgl. dazu die Bundesgesetze über die Krankenversicherung (KVG) und Unfallversicherung (UVG).

^f Darunter fallen z.B. das Lebensmittelgesetz (LMG), das Epidemiengesetz (EPG) sowie das Strahlenschutzgesetz (StSG).

^g Vgl. exemplarisch das Gesetz über das Universitätsspital Zürich (USZG).

^h Dabei gilt es zu beachten, dass es bei diesem Artikel nicht um eine explizite Umsetzungspflicht, sondern (lediglich) um eine Berücksichtigungspflicht handelt (sog. Zielnorm). Am ehesten dürfte dieser Verfassungsartikel Wirkungen im Leistungsrecht des KVG zeitigen, indem alternativmedizinische Leistungen künftig vermehrt berücksichtigt werden. Ebenfalls denkbar ist die Anerkennung und Förderung von Ausbildungsstudiengängen in der Komplementärmedizin; vgl. Anhang 1 Ziff. 10 KLV „Komplementärmedizin“; GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 115; vgl. auch die Informationen des BAG zum provisorischen Entscheid des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI), fünf Methoden der Komplementärmedizin provisorisch bis 2017 zu vergüten, abrufbar unter: <<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/03153/index.html?lang=de>> (besucht am: 11.06.2013).

ⁱ Vgl. dazu das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG), das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG) sowie das Stammzellenforschungsgesetz (StFG). Neben der Kompetenzzuteilung enthält Art. 119 BV auch eine Auflistung gewichtiger Grundsätze, welche bei der Gesetzgebung zu beachten waren; vgl. dazu auch GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 117 ff.

^j Vgl. Transplantationsgesetz vom 8. Oktober 2004 (SR 810.21).

^k Vgl. h.

Die Herausforderung des schweizerischen Gesundheitswesens liegt in einer gut funktionierenden horizontalen und vertikalen Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen.¹⁷ Dass das Gesundheitssystem föderalistisch aufgebaut ist, vermag die Durchdringung des Systems vielleicht zu komplizieren. Dies hat aber auch den Vorteil, dass alle Regionen durch ihre persönliche – politische als auch finanzielle – Eigenständigkeit in die Fragen des Gesundheitswesens aktiv eingebunden sind. Dies fördert nicht nur die Eigenverantwortung der Regionen, sondern kann sich

¹⁷ Vgl. ACHTERMANN/BERSET, 52; vgl. auch das Interview mit Georg Kohler, in: Spectra, Nr. 96, 1/13, Bern 2013, 3 f., abrufbar unter: <<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>> (besucht am: 11.06.2013).

auch vorteilhaft auf die Akzeptanz von Regulierungen auswirken. Individuelle Änderungen scheinen auch schneller möglich als auf nationaler Ebene, wo alle Regionen mit teilweise divergierenden Interessen mitbestimmen müssen. Die Tatsache, dass 26 Kantone gleichzeitig an den gleichen Themen arbeiten, mag zwar ineffizient wirken, birgt aber auch eine zusätzliche Chance für Innovationsgewinn und Austausch von Erfahrungswerten. In der föderalistischen Grundstruktur liegt somit auch eine Chance für ein innovatives, flexibles und breit abgestütztes Gesundheitswesen.¹⁸

Dennoch wird diese dezentralisierte Gesundheitsversorgung kritisiert. Die OECD und WHO sehen für die Schweiz die Notwendigkeit, dass die zuständigen Regierungsebenen künftig schneller auf Veränderungen reagieren und insbesondere bei nationalen Prioritäten wirksamere und stärker zentralisierte Massnahmen ergreifen.¹⁹

2.3 Internationale Verflechtung

Im Zusammenhang mit der organisatorischen Ausgestaltung des Gesundheitswesens gibt es neben dem föderalistischen Grundprinzip auch die weiter zunehmende internationale Verflechtung zu berücksichtigen. Der internationale Handel, der Personenverkehr und der zunehmende Informationsaustausch haben auch auf die Schweiz spürbare Auswirkungen. Dies zeigt sich nicht nur bei der Zunahme internationaler Vereinbarungen, sondern auch in der zunehmend internationalisierten medizinischen Versorgung.

Die Notwendigkeit der länderübergreifenden Zusammenarbeit zeigt sich etwa bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten.²⁰ Auch hinsichtlich wirtschaftlicher Aspekte sind vermehrt Harmonisierungstendenzen erkennbar, die sich schliesslich auch auf den internationalen Handel mit Medizinalprodukten oder Dienstleistungen auswirken. Ebenfalls seit einigen Jahrzehnten erkennbar ist eine intensiviertere internationale Zusammenarbeit zum Schutze des Individuums.²¹ So verpflichtet z.B. Art. 12 UNO-Pakt I die Schweiz dazu, „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anzuerkennen.

Für das Gesundheitsrecht bedeutende internationale Verträge und Vereinbarungen sind:

¹⁸ Vgl. dazu etwa das Interview mit Georg Kohler, in: Spectra, Nr. 96, 1/13, Bern 2013, 4 f., abrufbar unter: <<http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01269/01277/index.html?lang=de>> (besucht am: 11.06.2013): „Der Staat kann nicht alle glücklich machen. Er kann höchstens die Rahmenbedingungen setzen. Gelegentlich auch durch Prävention.“

¹⁹ OECD/WHO, 12.

²⁰ Zuletzt auf die Probe gestellt wurde die internationale Zusammenarbeit durch die Grippepandemie im Jahr 2009 (H1N1).

²¹ GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 83 f.

Internationale Verträge
UNO-Pakt I und II
Übereinkommen über die Rechte des Kindes ^a
Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)
Europäisches Patentübereinkommen (EPÜ 2000)
Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Biomedizinkonvention) ^b und seine Zusatzprotokolle
Internationale Gesundheitsvorschriften (IGV)

^a Vgl. SR 0.107.

^b Vgl. SR 0.810.2.

Vereinbarungen und Richtlinien von internationaler Bedeutung
Helsinki Deklaration des Weltärztebundes ^a
Richtlinien über die Gute klinische Praxis im Rahmen von klinischen Versuchen mit Menschen (CIOMS-Richtlinien) ^b
Richtlinien der ICH betreffend der klinischen Forschung mit Menschen (GCP-Richtlinien) ^c
Richtlinie der Europäischen Union für gute klinische Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln (GCP-Richtlinie) ^d
Empfehlungen des Europarates im Bereich des Gesundheitswesens ^e

^a Die Deklaration ist abrufbar unter: <<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>> (besucht am: 11.06.2013).

^b Die Richtlinien sind abrufbar unter: <http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf> (besucht am: 11.06.2013).

^c Die Richtlinien der ICH sind abrufbar unter: <<http://www.ich.org/products/guidelines.html>> (besucht am: 11.06.2013).

^d Die Richtlinie ist abrufbar unter: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:121:0034:0044:DE:PDF>> (besucht am: 11.06.2013).

^e Die Publikationen sind abrufbar unter: <http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Texts_and_documents/default_en.asp> (besucht am: 11.06.2013).

2.4 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist für die schweizerische Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung. Art. 117 BV räumt dem Bund die umfassende Kompetenz ein, über die Unfall- und Krankenpflegeversicherung Vorschriften zu erlassen. Es kann die Krankenpflege- und Unfallversicherung allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen für obligatorisch erklären. Der Bund involviert die Kantone in die Umsetzung der Gesetzgebung, z.B. bei den Prämienvorbereitungen, an welchen sich die Kantone organisatorisch und finanziell beteiligen.²²

²² Art. 65 ff. KVG.

Seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahr 1996 ist der Abschluss einer Versicherungspolice für alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch.²³ Finanziell schwächer gestellte Personen werden bei der Bezahlung der Prämien unterstützt.²⁴ Mit der OKP wird das Ziel verfolgt, eine qualitativ hochstehende und für alle zugängliche medizinische Grundversorgung zu gewährleisten.²⁵ Der Solidaritätsgedanke scheint sich im Gerechtigkeitsempfinden der Stimmbürgerinnen tief verankert zu haben. Es käme heute einem Skandal gleich, wenn einer Patientin wegen ihres tiefen Einkommens eine lebenswichtige Behandlung verwehrt würde.²⁶

Die OKP wird durch freiwillige (private oder halbprivate) Zusatzversicherungen ergänzt, die Leistungen übernehmen, welche von der OKP nicht abgedeckt werden. Dazu gehören klassischerweise die Spitaleinzel- und Zweizimmerversicherung, die freie Arztwahl, diverse Formen von Taggeldversicherungen, stationäre Behandlungen innerhalb und ausserhalb des Wohnkantons usw.²⁷

Neben der Stärkung der Solidarität wollte der Gesetzgeber mit der OKP ein Instrument zur Kosteneindämmung schaffen. Dabei konnte er sich nicht eindeutig für ein Markt- oder Planmodell entscheiden und setzte bei der Ausgestaltung des KVG auf eine Kombination von Wettbewerb und Regulierung²⁸, um ökonomische Fehlanreize vorzubeugen. Aufseiten der Versicherer besteht Gefahr der sog. adversen Risikoselektion²⁹, aufseiten der Versicherten der Versicherungsmissbrauch (sog. Moral Hazard³⁰). Gegen diese Fehlanreize hat der Bund verschiedene Massnahmen ergriffen. Diese entfalten sich nicht nur auf Versicherte und Krankenversicherungen, sondern auch auf die Leistungserbringer.

Eine Auswahl dieser ist nachfolgend dargestellt.³¹

²³ Das Obligatorium aus Art. 3 KVG macht also keinen Unterschied zwischen In- und Ausländern, Niedergelassenen oder Asylbewerbern.

²⁴ Vgl. Art. 65 KVG.

²⁵ ACHTERMANN/BERSET, 17.

²⁶ BECK, 5; vgl. z.B. die angeführten Beispiele auf S. 33.

²⁷ DERSELBE, 15.

²⁸ GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 157; die systemischen Grundlagen des KVG stützen sich – wie in zahlreichen anderen europäischen Staaten – auf den „Consumer Choice Health Plan“ von Enthoven (1978), vgl. dazu BECK, 13 f., m.w.H.

²⁹ Unter adverser Risikoselektion wird verstanden, dass Versicherungen ein ökonomisches Interesse daran haben Versicherte mit grossen Risiken (z.B. chronisch kranke oder ältere Menschen) zu vermeiden und zugleich Versicherte mit geringen Risiken (i.d.R. junge Menschen) im Versicherungsabschluss zu bevorzugen.

³⁰ Unter Versicherungsmissbrauch oder Moral Hazard wird der durch eine Versicherung entstehende Fehlanreiz verstanden, dass Versicherte aufgrund fehlender Eigenverantwortung viel mehr Leistungen nachfragen, wie sie das ohne Versicherung getan hätten.

³¹ Vgl. dazu BECK, 14 f. und GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 157 ff.

Versicherte	Krankenversicherungen	Leistungserbringende
Freie Wahl des Versicherers und Möglichkeit des periodischen Versicherungswechsels ^a	Zwischen Versicherern und Leistungserbringern bestehen freie Vertragsbeziehungen ^b	Zwang zur Erstellung transparenter und detaillierter Rechnungen ^c
Wahlfreiheit zur Festlegung der Franchise von Versicherten ^d	Zwang zur Aufnahme jedes Versicherten in die Grundversicherung (Kontrahierungszwang) ^e	Staatliche Zulassung von z.B. Spitälern, welche ihre Tätigkeit zulasten der Krankenversicherungen abrechnen können ^f
Selbstbehalt von zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten ^g	Verbot risikogerechter Prämien. Vornahme eines Risikoausgleichs durch den Staat ^h	
Die (auf den Wohnkanton beschränkte) Wahlfreiheit des Leistungserbringers ⁱ	Minimale Deckung der OKP wird vom Staat vorgeschrieben (Leistungskatalog) ^j	

^a Grundsätzlich alle sechs Monate (vgl. Art. 4 und 7 Abs. 1 KVG).

^b So bestehen in der Schweiz spezifische – vom Staat nicht direkt beeinflussbare – Tarifvertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Dazu gehören sowohl das ambulante Tarifaufrechnungsmodell „Tarmed“ sowie die Anfang 2012 in Kraft getretene stationäre Tarifaufrechnung nach „SwissDRG“. Die Tarife müssen vom Bund genehmigt werden.

^c Vgl. Art. 42 Abs. 5 und Art. 49 Abs. 1 KVG.

^d Der Versicherte kann jeweils Ende Jahr entscheiden, wie hoch sein Selbstbehalt im darauf folgenden Jahr sein soll. Er kann dabei zwischen einem Selbstbehalt zwischen CHF 500-2.500 (für Erwachsene) auswählen. Je höher der Selbstbehalt, umso tiefer ist die monatliche Krankenkassenprämie; vgl. Art. 93 KVV.

^e Vgl. Art. 4 Abs. 2 KVG.

^f Der Staat ist gar dazu angehalten, eine bedarfsorientierte Planung durchzuführen; vgl. Art. 39 und Art. 54 ff. KVG.

^g Art. 64 Abs. 2 lit. b KVG.

^h Art. 105 f. KVG.

ⁱ Art. 99 KVV.

^j Vgl. Art. 32, 33 und 52 KVG.

Der Kompromiss zwischen Wettbewerb und Regulation stösst seit der Einführung des KVG auf Kritik. Hauptsächlich wird bemängelt, dass durch die starken Markteingriffe kein wettbewerbsorientiertes System möglich sei.

Im Zentrum steht die Debatte um den Kontrahierungszwang der Versicherer. Sie sind zudem gezwungen, mit allen zugelassenen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. So fehle es den Leistungserbringern – zumindest aus systemischer Sicht – an Anreizen zur Effizienzsteigerung. Alleine die Vielzahl an Leistungserbringern führe zu einer Kostensteigerung, da mit dem grösseren Angebot auch die Nachfrage wächst (sog. angebotsinduzierter Markt). Ebenfalls kritisiert wird, dass die Wahlfreiheit von Leistungserbringern auf den Kanton oder durch kantonale Spitalisten eingeschränkt werde und jegliche Informationen bezüglich der Qualität fehlen würden. Die Spitalliste – als Qualitätssicherungsinstrument – ist insofern eine verzerrte Vorgabe, da diese Liste von der Gesundheitsdirektion erstellt wird, welche gleichzeitig selbst Betreiberin der Kantonsspitäler ist.³²

³² Z.G. GÄCHTER/VOLLENWEIDER, 158 f.; vgl. auch die NZZ-Beiträge von EISENRING, LEU, ferner BRÄNDLI; kritisch dazu BRUNNER, Wettbewerb.

Neben der OKP gibt es noch andere Sozialversicherungszweige, welche für medizinische Leistungen aufkommen. Darunter fällt namentlich das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG). Die Kranken- und Unfallversicherung zusammen bilden die beiden Entschädigungssysteme, über welche gut 40 % der gesamten Gesundheitsausgaben finanziert werden.³³ BECK weist darauf hin, dass die finanzielle Bedeutung der OKP zudem unterschätzt werde, da die Spitalkosten zu rund 50 % durch die Kantone subventioniert würden. Unter Berücksichtigung der subventionierten Spitalkosten würden die Krankenversicherer sogar 60 % der gesamten Gesundheitsausgaben abdecken.³⁴

Die hohen Erwartungen an die OKP konnten bis heute nicht erfüllt werden. Bereits die ersten Erfahrungen mit dem revidierten Gesetz aus 1994 zeigten, dass die Kosten praktisch ungebremst weiter anstiegen. Die Gleichbehandlung der Versicherten sei – nach wie vor – nicht gewährleistet. BECK wirft deshalb die Frage auf, ob der Krankenversicherer seiner ihm zugedachten Rolle überhaupt gerecht werden könne, bzw. wolle.³⁵

2.5 Gesundheit und Gesundheitsempfinden

Der Gesundheitszustand, aber auch das individuelle Gesundheitsempfinden der Bevölkerung sind wichtige Indikatoren für die Analyse des Gesundheitswesens. Diese sollen Nachfolgend dargestellt werden.

2.5.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Die WHO definiert Gesundheit als ein Zustand vollkommen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.³⁶ Es besteht weitgehend Konsens darüber, welche Dimensionen zur Messung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung resp. einzelner Bevölkerungsgruppen herangezogen werden.³⁷ Diese Daten werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) aufbereitet.

Ein wichtiger Gesundheitsindikator ist derjenige der Lebenserwartung und Sterblichkeit. Im Jahr 2010 betrug diese bei Frauen 84.6 und bei Männern 80.2 Jahre. Die Lebenserwartung zählt damit zu den höchsten weltweit. Nur in Japan ist die Lebenserwartung noch höher.³⁸ Die altersbedingte Sterberate halbierte sich zwischen 1970 und 2010. Massgeblich dazu beigetragen hat die um zwei Drittel

³³ Vgl. Kap. 2.6.1.

³⁴ BECK, 19, m.w.Verw.

³⁵ DERSELBE, 7.

³⁶ Vgl. die Präambel der WHO Verfassung vom 22.07.1946 (amtliche Dokumente, Nr. 2, 100).

³⁷ BFS, Gesundheitsstatistik 2012, 28.

³⁸ a.a.O.; INTERPHARMA, Gesundheitswesen Schweiz 2013, 8.

Health Technology Assessment

Widrig, D.

2015, XXX, 476 S. 49 Abb., 3 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-662-46431-1