



# Die Gesundheitskosten sind gut tragbar. Nur die Lastenverteilung ist vielleicht untragbar

Health Care Costs Are Easily Affordable, but What About Burden Sharing?

Pius Gyger

Erlenbach

## Gesundheitskosten sind nicht am Bruttoinlandprodukt zu messen

«Bei den Gesundheitskosten ist mittlerweile die Schmerzgrenze erreicht.» Niemand wird müde, dieses Zitat zu wiederholen. Vielfach wird dabei auf eine Kennzahl verwiesen – den Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP). In der Tat steigt er seit Jahren an. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes sind die Gesundheitskosten durchschnittlich um 3,63% jährlich angestiegen (CAGR, Compound Aggregate Growth Rate). Im gleichen Zeitraum ist das Bruttoinlandprodukt durchschnittlich um 2,37% gewachsen. Aus dieser Tatsache wird gemeinhin abgeleitet, so könne das nicht weitergehen. Das stimmt allerdings nur, wenn man in alle Ewigkeit denkt. Doch wie akut ist das Problem wirklich?

Einen Hinweis erhält man, wenn neben den Wachstumsraten auch die absoluten Niveaus der beiden Grössen berücksichtigt werden. Das BIP betrug 2016 rund 661 Milliarden Schweizerfranken. Die Gesundheitskosten beliefen sich auf 76 Milliarden Schweizerfranken. Steigt das BIP um 2,37%, dann nimmt es in einem Jahr um 15,7 Milliarden zu. Steigen die Gesundheitskosten um 3,63%, steigt das BIP im Jahr um 2,7 Milliarden Schweizerfranken. Das entspricht 17% des BIP-Wachstums. In absoluten Zahlen steigt das BIP somit über fünfmal stärker als die Gesundheitskosten. Wie lange kann das nun theoretisch so weitergehen? Folgendes Bild zeigt die Entwicklung von BIP und Gesundheitskosten, wenn man sie mit den durchschnittlichen Wachstumsraten für viele Jahre hochrechnet (Abb. 1.).

Ginge es tatsächlich längerfristig so weiter wie in den vergangenen zwanzig Jahren, dauert es bis ins Jahr 2158, bis die Differenz zwischen dem BIP abzüglich Gesundheitskosten und den Gesundheitskosten abnehmen würde. Mit anderen Worten: Bis dahin würde der nicht für die Gesundheitskosten «verwendete» BIP-Anteil weiterhin steigen.

Das BIP läge dann auf einem Niveau von 18380 Milliarden und die Gesundheitskosten lägen bei 12004 Milliar-

den Schweizerfranken. Interpretierte man die Differenz zwischen BIP und den Gesundheitskosten (6375 Milliarden) als Wohlstandsmass (Konsum, Investitionen etc.), wäre die Schweiz dann über zehnmal «reicher» als heute – trotz über 140 Jahren höheren Wachstumsraten der Gesundheitskosten. Die Gesundheitskosten würden dann 65% des BIP ausmachen.

Es könnte sehr lange so weitergehen, ohne dass Wohlstandsverluste eintreten. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist die Entwicklung der vergangenen Jahre auf Basis der Quote Gesundheitskosten/BIP daher keineswegs als dramatisch zu bezeichnen.

Mit anderen Worten: Bis im Jahr 2158 würde der nicht für die Gesundheitskosten «verwendete» BIP-Anteil weiterhin steigen (Tabelle 1). Abgesehen davon, dass strukturelle Verschiebungen im BIP völlig normal sind – diese stetige Entwicklung daher unrealistisch ist – enthält diese Darstellung aber einen grundsätzlichen Fehler. Und zwar, weil die Gesundheitskosten in Relation zum BIP gesetzt werden.

## Gesundheitskosten sind nur teilweise volkswirtschaftlicher Mehrwert

### Unechte Quote

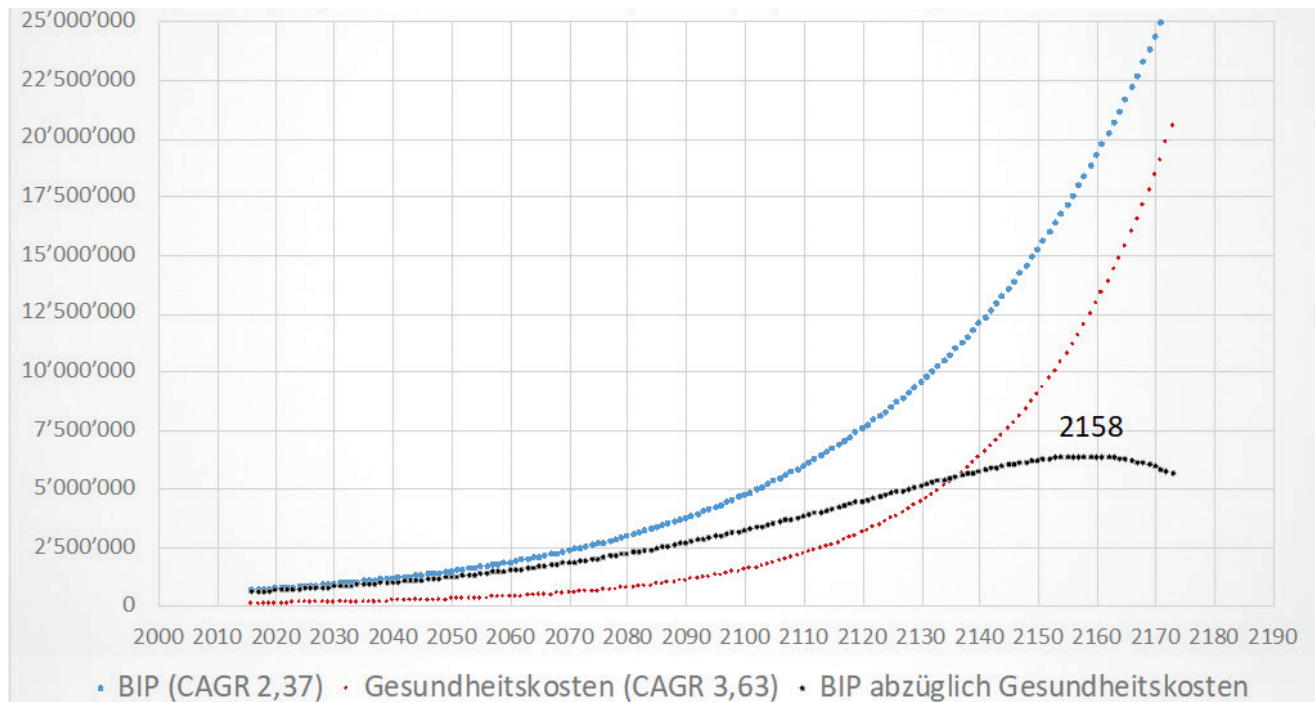
Das Bruttoinlandprodukt beinhaltet den Wert aller Waren und Dienstleistungen, die innerhalb der Landesgrenzen (Inlandprodukt) als Endprodukte hergestellt werden, nach Abzug aller Vorleistungen [Zur Illustration das Beispiel des

#### Im Artikel verwendete Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
Bfs	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung

**Tabelle 1.** Entwicklung BIP und Gesundheitskosten

JAHR	BIP (CAGR 2,37) in Mia	Gesundheitskosten (CAGR 3,63) in Mia	BIP abzüglich Gesundheitskosten in Mia	Anteil Gesundheitskosten am BIP in %
2016	661	76	585	11,45
2158	18380	12004	6375	65,31

**Abbildung 1.** Entwicklung BIP und Gesundheitskosten mit der durchschnittlichen Wachstumsrate 1996–2016. Quelle: BfS, Projektion Gyger.

Bäckers: Er kauft Mehl für 100 Brote zu 100 Franken. Er verarbeitet es mit anderen Zutaten, für die er für die 100 Brote 50 Franken bezahlt. Seine Vorleistungen betragen damit 150 Franken. Er verkauft die 100 Brote für 350 Franken. Der Umsatz beträgt 350 Franken, und der Mehrwert beläuft sich auf 200 Franken (Kosten für Löhne und Kapital und Gewinn)]. Die Gesundheitskosten sind aber Umsatzzahlen bzw. Bruttoproduktionswerte. Das BIP ist somit eine Rechnung, die den im Inland anfallenden Mehrwert aufzeigt. Dieser wird berechnet, indem man vom Produktionswert die Vorleistungen abzieht. Die Vorleistungen machen in der Schweiz rund 50 % des Produktionswertes aus. Die Differenz zwischen Produktion und Vorleistungen entspricht dem BIP (ohne Berücksichtigung von Subventionen und Steuern).

Beispielsweise sind im schweizerischen Umsatzwert der Medikamente – die in der Statistik als Gesundheitskosten erscheinen – auch schweizerische Vorleistungen enthalten, die für die Berechnung des Mehrwertes abgezogen werden (z.B. Materialien für die Produktion des Medikaments).

Die gemessenen Gesundheitskosten sind daher Umsatzwerte bzw. Bruttoproduktionswerte. Im BIP sind allerdings nur die in der Schweiz erzielten Mehrwerte berücksichtigt. Mit anderen Worten ist ein Teil der Gesundheitskosten nicht im BIP enthalten. Die Kennzahl Gesundheitskosten gemessen am BIP ist damit unechte

Quote. Sie ist zugleich nur sehr beschränkt aussagekräftig, denn sie überschätzt den Anteil des Gesundheitswesens.

## Importe

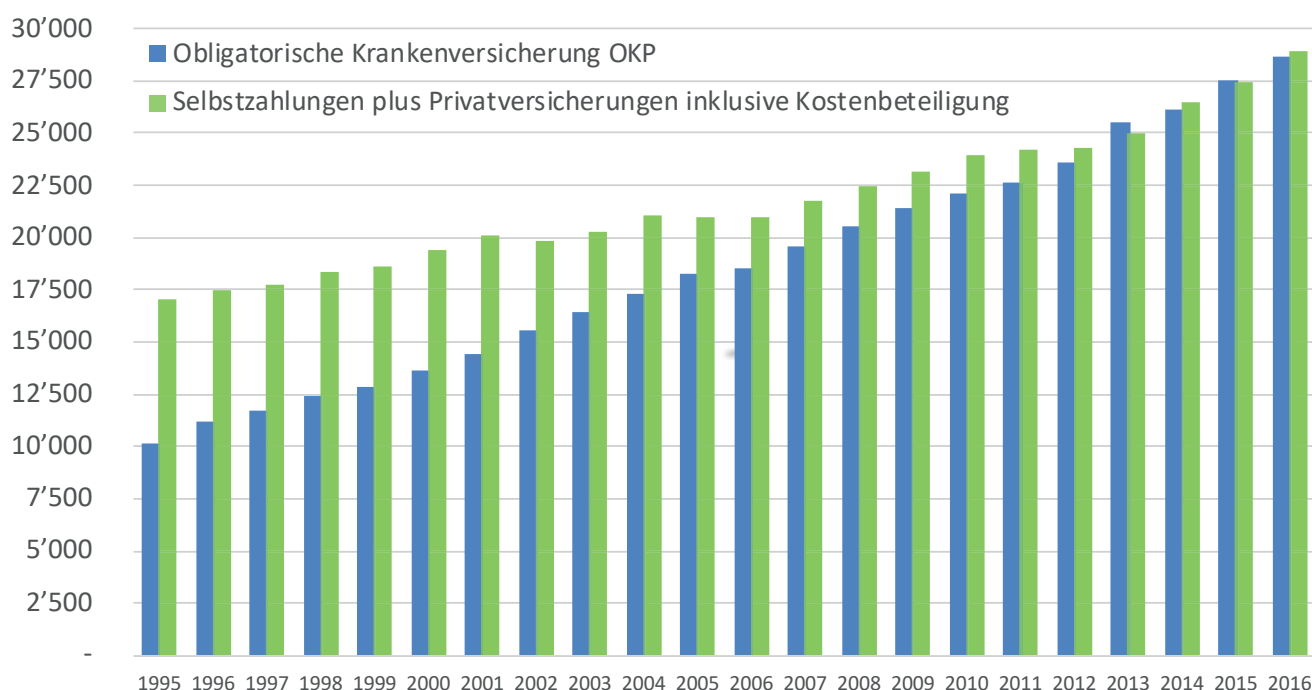
Wenn Medikamente, Medizinalprodukte oder andere Gesundheitsdienstleistungen in die Schweiz importiert und von den Schweizer Patientinnen und Patienten gekauft werden, fließen diese Ausgaben in die Statistik der Gesundheitskosten ein. Importe gehören aber nicht zum Bruttoinlandprodukt, denn es beinhaltet nur den in der Schweiz geschaffenen Mehrwert.

Am Beispiel des schweizerischen Medikamentenmarktes heisst das, dass der Herstellermehrwert der ausländischen Medikamente im ausländischen BIP enthalten ist und nur der in der Schweiz anfallende Mehrwert (Transport, Verpackung, Lagerung, Abgabe durch Apotheken etc.) Bestandteil des BIP ist. Der Umsatz von ausländischen Medikamenten in der Schweiz gehört aber vollumfänglich zu den Gesundheitskosten.

Als Hinweis möge das Frankenvolumen von importierten Medikamenten aufgeführt werden. 2018 wurde ein Volumen von rund 6 Milliarden Schweizerfranken zu Ex-factory-Preisen umgesetzt. Ich schätze, dass rund 70 % davon – über 4 Milliarden – ausländische Produkte betreffen. Die-

**Tabelle 2.** Entwicklung Haushaltseinkommen und Gesundheitsausgaben. Quelle: BfS.

	2006	2016	Wachstum %	Wachstum absolut
Bruttoeinkommen pro Haushalt	8551	10 033	17,3	1482
Haushaltsgrösse	2,23	2,20		
Prämien für die Grundversicherung	476	616	29,3	140
• Anteil am Bruttoeinkommen	5,6%	6,1%	10,2%	
Gesundheitsausgaben	266	244	-8,4	-22
• Anteil am Bruttoeinkommen	3,1%	2,4%	-21,9%	
Steuern	990	1153	16,4	162
• Anteil am Bruttoeinkommen	11,6%	11,5%	-0,8	



**Abbildung 2.** Entwicklung Selbstzahlungen plus Privatversicherungen und OKP in Millionen Schweizerfranken. Quellen: BAG und BfS.

ser Betrag ist in den Gesundheitskosten enthalten, nicht aber im BIP. Das Gleiche gilt für andere Importgüter, die im Gesundheitswesen zum Einsatz kommen. Weil die Import-Export-Strukturen von Land zu Land unterschiedlich sind, ist diese Grösse zugleich international nicht vergleichbar.

## Haushaltseinkommen und Gesundheitskosten

Ein «Niveaueffekt», den man bei Betrachtung der Gesundheitskosten und dem BIP antrifft zeigt sich auch, wenn man die Einkommens- und Prämienentwicklung der Grundversicherung pro Haushalt anschaut.

Die Prämienzahlungen pro Haushalt sind von 2006 auf 2016 zwar 29,3% gestiegen, das Bruttoeinkommen pro

Haushalt – mit dem die Prämien bezahlt werden müssen – jedoch nur um 17,3%. Da das Bruttoeinkommen auf höherem Niveau wächst, liegt das absolute Wachstum des Bruttoeinkommens um das 10-Fache über dem Wachstum für die Prämienzahlungen (Tabelle 2).

Mit anderen Worten hat das höhere Prämienwachstum nicht dazu geführt, dass der durchschnittliche Haushalt nun weniger Bruttoeinkommen erzielen würde.

## Zahlungsbereitschaft

Wie alle anderen Kosten müssen auch die Gesundheitskosten finanziert sein. Die entsprechenden Entscheide werden bei den Sozialversicherungen politisch und demokratisch gefällt. Bei den privaten Zahlungen ist es die Privatwirtschaft: Konsumenten und Privatversicherun-

gen. Vor der Kostenentwicklung stehen damit auch entsprechende Zahlungsbereitschaften. Vereinfacht gesagt gibt es die öffentliche (obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP und Kantone) und die private Zahlungsbereitschaft (Private). Annäherungsweise kann man sie abbilden, indem man die von der OKP getragenen Kosten und die Selbstzahlungen der Privatpersonen (hier inkl. Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten) sowie Zahlungen der Privatkrankenversicherungen darstellt (Abb. 2).

In den vergangenen zwanzig Jahren ist die öffentliche Zahlungsbereitschaft stärker gestiegen als die private. Allerdings wachsen beide Grössen seit 2012 auf fast gleichem Niveau gleich an. Ein wesentlicher Anteil des gesamten Kostenanstiegs basiert somit auf freiwilligen privaten Entscheidungen.

Unter diesen Umständen soll die Frage erlaubt sein, ob es eben der Schweizer Politik (inkl. Volk, vgl. Abstimmungen zu Gesundheitsvorlagen) nicht einfach auch Wert ist,

die hinter den Kosten stehenden Leistungen finanzieren zu wollen.

Aus einer Investorensicht steigert eine hohe Zahlungsbereitschaft den Investitionswillen, das führt zu neuen Angeboten und Fortschritten in der Medizin. Dieser Nutzen wird manchmal übersehen.

### Lastenverteilung

Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind die Kostenentwicklung und der steigende Anteil am BIP also keineswegs dramatisch. Und der durchschnittliche schweizerische Haushalt kann die Prämienlasten und seine privaten Zahlungen für Gesundheitsleistungen gut tragen.

Weshalb also dieses Tamtam um die explodierenden Kosten? Im Kern geht es um Folgendes: Wenn eine Demokratie die Einführung einer Zwangsversicherung be-

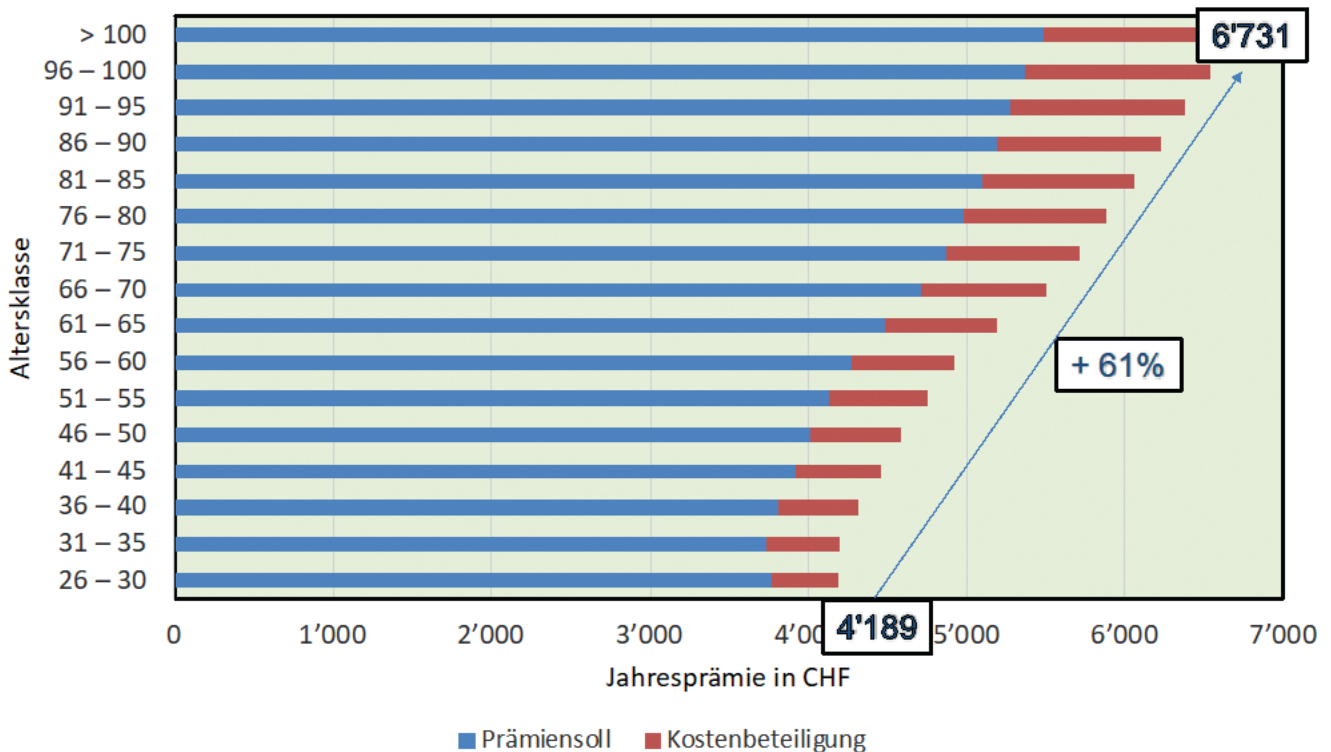


Abbildung 3. Prämiensoll und Kostenbeteiligung 2017 nach Altersklassen. Quelle: BAG.

Tabelle 3. Monatliche obligatorische Transferausgaben und Gesundheitskosten nach Einkommensklasse. Quelle: Haushaltsbudgeterhebung 2012–2014, BfS

Haushalte nach Einkommensklasse	Gesamt	Quintil	2. Quintil	3. Quintil	4. Quintil	5. Quintil
Bruttoeinkommen: Range in CHF		<5021	5021–7336	7337–9978	9979–13 687	>13 687
Bruttoeinkommen: Durchschnitt in CHF	10 064	3542	6173	8628	11 663	20302
Oblig. Transferausgaben (CHF)	27,3% (2750)	26,7% (945)	25,6% (1581)	25,4% (2191)	26,1% (3045)	29,5% (5984)
• Steuern (CHF)	11,8% (1184)	10,8% (382)	10,4% (640)	9,6% (829)	10,1% (1177)	14,2% (2890)
• Sozialversicherungen (CHF)	9,9% (997)	3,6% (128)	7,0% (434)	9,1%	10,7% (1248)	11,8% (2391)
• OKP-Prämien (CHF)	5,7% (568)	12,3% (435)	8,2% (506)	6,7% (579)	5,3% (619)	3,5% (703)

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a003401 - Pius Gyger <pius.gyger@undial.ch> - Tuesday, March 03, 2020 10:08:46 PM - IP Address: 178.197.226.117

schliesst, muss der Staat zwangsläufig folgende drei Fragen klären: Welche Leistungen deckt diese Versicherung, wie viel dürfen diese Leistungen kosten, und wer zahlt für die Kosten wie viel?

Die oben aufgeführten Zahlen sind alles Durchschnittswerte, Verdichtungen, die zur Lastenteilung keine Aussagen zulassen. Zur Frage der Lastenverteilung in der Grundversicherung hat der Gesetzgeber Grundsätze erlassen:

1. Die Prämien sind pro Versicherer und pro Region festzulegen.
2. Alle Personen zahlen Prämien. Kinder am wenigsten, junge Erwachsene etwas mehr, und die Erwachsenen ab 26 Jahre am meisten. Es gilt das Prinzip der Einheitsprämie: keine Differenzierung nach Geschlecht und keine weitere Differenzierung nach Alter.
3. Patientinnen und Patienten müssen sich an den Kosten beteiligen.
4. Die Versicherten sollen unter verschiedenen Versicherungsformen mit unterschiedlichen Rabattierungen wählen dürfen (Wahlfranchisen, alternative Versicherungsmodelle).
5. Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sollen von Bund und Kantonen finanzierte Prämienverbilligungen erhalten.

### Lastenverteilung nach Einkommen

Da die kantonalen Prämienverbilligungsregelungen unterschiedlich sind, die Prämienhöhe sich je nach Versicherer unterscheidet und die Wahlentscheidungen der Versicherten sowie deren Einkommensverhältnisse nicht flächendeckend bekannt sind, ist die Lastenverteilung wenig transparent.

Die Haushaltsbudgeterhebung des BfS gibt Hinweise, welche Einkommensklassen durch die Prämien wie hoch belastet werden (Tabelle 3).

Die Werte zeigen auf, dass Haushalte mit tieferem Einkommen weniger OKP-Prämien zahlen als jene mit höherem Einkommen. Das hängt mit den Wahlentscheidungen (Wahl Versicherer, Versicherungsmodell) dieser Personen zusammen.

### Lastenverteilung nach Alter

Man weiss, dass ältere Erwachsene weit höhere Prämien und Kostenbeteiligungen bezahlen als jüngere Erwachsene, und zwar bis zu 60%. Das ist nicht überraschend, denn jüngere und daher eher gesündere Personen wählen eher hohe Wahlfranchisen, womit sie weniger Prämien zahlen. Bei älteren, kränkeren Personen lohnt sich das nicht (Abb. 3).

Diese Schere geht in den letzten Jahren stetig auf. Nicht überraschend ist die Quote der Bezüger von Prämienverbilligungen (Bezügerquoten) der ältesten Erwachsenen in den vergangenen Jahren gestiegen, während sie bei mittleren und jüngeren Erwachsenen gesunken sind (Abb. 4).

### Lastenverteilung nach Geschlecht

Nicht zuletzt zeigen sich auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Frauen zahlen durchschnittlich in praktisch allen Altersklassen höhere Prämien, in den mittleren Altersklassen bis zu 9% mehr (Abb. 5).

All diese Darstellungen geben zwar gewisse Hinweise auf die Frage, wie denn die Lasten verteilt sind. Sie sind aber wieder alles nur Durchschnittswerte. Und Durchschnittswerte sind wenig geeignet, die individuellen Lasten von Haushalten oder Einzelpersonen exakt darzustellen.

### Fazit

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist das Wachstum der Gesundheitskosten nicht explosiv. Sie sind gut finanzierbar. Der Anteil der Gesundheitskosten am BIP ist sachlich nicht geeignet auszusagen, die Gesundheitskosten seien zu hoch. Weder die Tatsache, dass er wächst noch der Vergleich mit dem Ausland geben dazu brauchbare Hinweise.

Auch die Prämienlast ist im Durchschnitt weniger problematisch als gemeinhin dargestellt. Zur Frage der Lastenverteilung hat der Gesetzgeber Leitplanken aufgestellt. Da

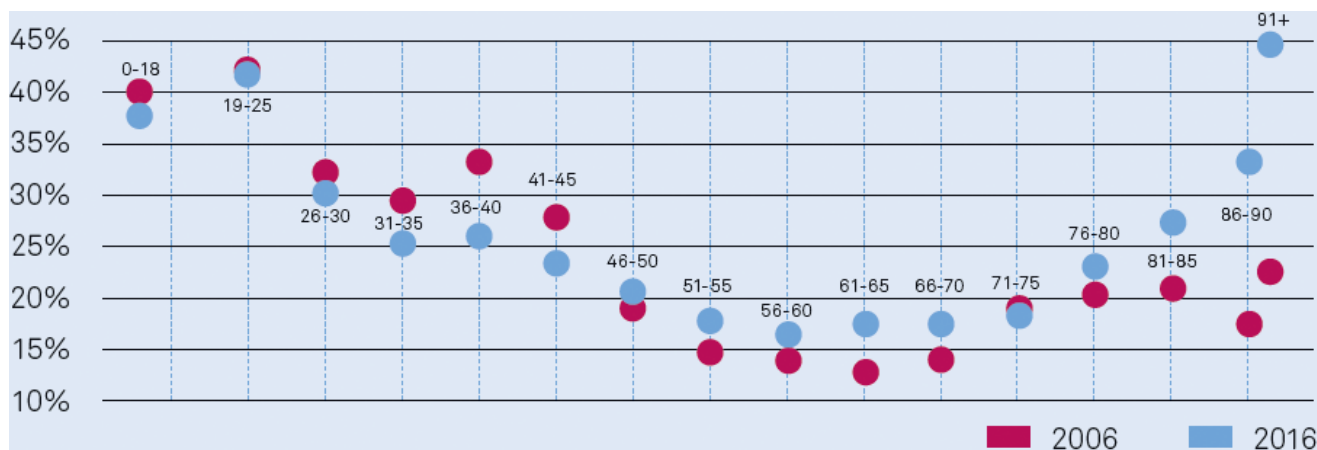
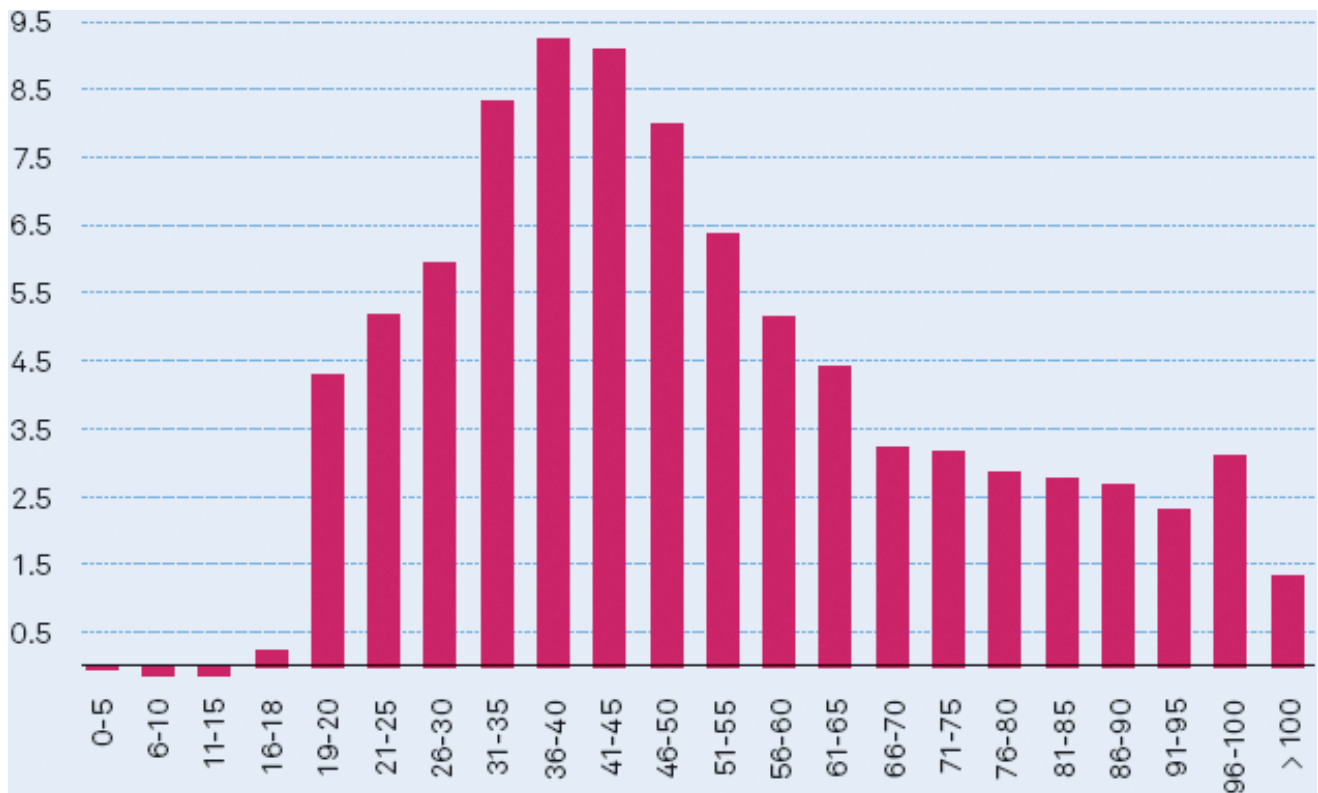


Abbildung 4. Bezügerquoten nach Alterklassen (2006 und 2016). Quelle: Helsana, Prämienreport.

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a003401 - Pius Gyger <pius.gyger@undial.ch> - Tuesday, March 03, 2020 10:08:46 PM - IP Address: 178.197.226.117





**Abbildung 5.** Durchschnittliche Prämienbelastungsdifferenz zwischen Männern und Frauen nach Altersklasse (in %, 2016). Quelle: Helsana, Prämienreport.

im System aber auch ein hohes Mass an Wahlfreiheiten vorhanden ist, ändert diese Verteilung sich zum einen über die Zeit hinweg. Zum anderen ist die Lastenverteilung im Rahmen dieser Leitplanken von der Politik nicht exakt steuerbar. Sie ist in erheblichem Ausmass das Ergebnis der Wahlentscheidungen der Individuen. Aufgrund mangelnder Transparenz ist sie zudem nur lückenhaft beobachtbar.

Trotzdem sind die Prämien Anlass für verschiedenste politischer Massnahmen, die auf eine Kostenkontrolle abzielen, aber mit der Verteillast meist nichts zu tun haben. Als Beispiel sei auf die Initiative der Christlichdemokratischen Volkspartei Schweiz (CVP) zur Kontrolle des Kostenwachstums verwiesen. Dem Mittelstand, für den sich die CVP einsetzt, wird damit nicht sonderlich geholfen.

Es wäre daher zu wünschen, dass diese Erkenntnisse in die gesundheitspolitischen Debatten einfliessen würden.

Denn der isolierte Fokus auf die Gesundheitskosten kombiniert mit der Behauptung, sie seien nicht mehr finanzierbar, provoziert immer häufiger radikale Kostenunterdrückungsvorschläge. Diese adressieren in der Regel weder die Bedürfnisse der Bevölkerung noch die durchaus vorhandenen Ineffizienzen und Missbräuche im System. Und sie bringen uns auch keine Klärung der Verteilungsproblematik.

#### Pius Gyger

Gesundheitsökonom  
Rietstrasse 21  
8703 Erlenbach

Pius.Gyger@uudial.ch