

erschienen leicht gekürzt in: *SonntagsZeitung*, 16.6.2024, S. 18-19

So könnte unser Gesundheitssystem besser und günstiger werden

Reiner Eichenberger und Fabian Kuhn, Universität Freiburg i.Ue.

Im Wachstum der Gesundheitskosten sehen viele ein Riesenproblem. Doch Regierung, Parlament und Parteien präsentieren keine zielführenden Massnahmen. Echte Problemlösungen bedingen ein besseres Problemverständnis, eine Abkehr von der Fixierung auf monetäre Kosten sowie konkrete Massnahmen zur Förderung von Sparanreizen und fruchtbarem Wettbewerb.

Die Gesundheitskosten wachsen schon lange. Gemäss Bundesamt für Statistik sind sie von 1970 über 2000 bis 2022 von 5,5 über 43,0 auf 91,5 Milliarden Franken gewachsen. Doch angesichts von Inflation, Bevölkerungs- und Wirtschaftswachstum ist der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt interessanter. Er und sein Wachstum waren in den letzten Jahren ähnlich hoch wie in den reichen EU-Ländern und leicht tiefer als etwa in Deutschland. Aber Vorsicht! Unser Bruttoinlandprodukt pro Kopf ist zum Wechselkurs umgerechnet rund 90 Prozent höher als in Deutschland. Folglich sind auch die Schweizer Gesundheitskosten pro Kopf etwa 90 Prozent höher als in Deutschland.

Realismus ohne Geldsucht

Im internationalen Vergleich ist also weniger das Wachstum als das Niveau der Kosten problematisch. Über dieses wollen aber weder Leistungserbringer und Versicherer noch Patientenverbände und Politiker reden. Denn seine Senkung ginge ans Eingemachte. Das Kostenwachstum hingegen können sie einem wehrlosen Sündenbock anhängen: der Alterung. Dabei macht uns die Alterung gar nicht kranker. Vielmehr werden wir älter, weil wir länger gesund bleiben. Auch die viel gescholtenen hohen Kosten in den letzten zwei Lebensjahren bringen kein Kostenwachstum. Denn wir sterben weiterhin nur einmal, einfach später. Eigentlich müssten also die Kosten pro Kopf mit der Alterung sinken. Das tun sie aus zwei Gründen nicht. Wegen dem fixen Pensionierungsalter haben die Alten immer mehr Zeit zum Konsum von Gesundheitsleistungen. Zugleich wirkt der technische Fortschritt im Gesundheitsbereich nicht wie sonst geldkostensparend. Vielmehr zielt er stark auf die Reduktion der Kosten durch

Zeitverlust, Risiken und Nebenwirkungen, die die Leistungsempfänger belasten. So sinken deren Kosten dauern, was ihre Nachfrage und die Geldkosten aufbläht.

Der enge Fokus auf das Kostenwachstum blendet aus, was wirklich zählt: die Nutzen sowie die nicht-monetären Kosten, also eben Zeitkosten, Risiken und Nebenwirkungen. Oder pointiert: Unsere Gesundheitspolitik starrt nur aufs Geld, leidet also an «Geldsucht». Eine bessere Gesundheitspolitik braucht verlässliche Daten zur Qualität des Schweizer Gesundheitswesens und den nicht-monetären Kosten. So werden zwar viele Eingriffe teurer, aber die Patienten werden oft schneller wieder gesund und arbeitsfähig, so dass ihre Lebensqualität steigt und die volkswirtschaftlichen Kosten sinken, was die finanziellen Mehrkosten weit überkompensieren kann. Es gibt aber auch negative Entwicklungen: Viele finden keinen Hausarzt mehr, die Wartezeiten scheinen zu steigen und viele Bürger fühlen sich immer kranker. Es ist an der politischen Führung, hier endlich die Perspektive zu verbreitern und die Daten zu den nicht-monetären Kosten und Nutzen umfassend aufarbeiten zu lassen. Das Gesundheitswesen kann nur gesunden, wenn die Geldsucht der Gesundheitspolitik kuriert wird.

Konkrete Massnahmen

Zur Senkung der Kosten und Steigerung der Qualität müssen die Anreize aller relevanten Handlungsträger – Konsumenten, Leistungserbringer und Krankenkassen – zum effektiven und sparsamen Einsatz der knappen Ressourcen verbessert werden. Dafür braucht es nicht mehr Zentralismus und Planwirtschaft, sondern mehr Eigenverantwortung der Bürger sowie wirksameren Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Dafür vertreten wir Folgendes:

AAA-Franchisen. Das grösste Sparpotential liegt bei der Behandlung von Patienten mit hohen Kosten. Die Franchisen von 300 bis 2500 Franken pro Jahr sowie die Selbstbeteiligung von 10 Prozent und höchstens 700 Franken gelten heute als wichtige Anreize für sparsamem Leistungskonsum. Deshalb wollen viele Experten diese Beiträge erhöhen. Wir empfehlen einen anderen Weg. Entscheidend ist die richtig «Platzierung» der Franchisen. Mit den heutigen Franchisen trägt jeder Versicherte die ersten 300 bis 2500 Franken seiner Kosten selbst. Wer erwartet, über das Jahr hohe Kosten zu verursachen, wählt vernünftigerweise die tiefste Franchise. Diese ist dann völlig wirkungslos. Kostensparen bringt den Versicherten nichts mehr, weil ihre Kosten die Franchise sowieso übersteigen.

Unsere AAA-Franchisen – Franchisen mit **A**utomatischer **A**nreiz **A**npassung – stärken die Anreize zu sparsamem Verhalten, indem sie statt für die ersten für die letzten zu erwartenden Kostenteile gelten. So müsste ein AAA-Versicherter, von dem die Kasse erwartet, dass er Kosten von 3000 Franken verursacht, die Ausgaben von 2700 bis 3000 Franken tragen. Dadurch hätte er permanent Anreize kostenbewusst zu handeln, so dass er nicht in den Bereich kommt, in dem er selbst zahlen muss. Als Folge müsste er zumeist weniger selbst bezahlen als heute und würden in keinem Fall schlechter gestellt. Zugleich würde es auch für Versicherte mit hohen erwarteten Kosten attraktiv, hohe AAA-Franchisen zu wählen, da sie gute Chancen hätten, den Betrag nicht voll übernehmen zu müssen, wenn sie sich sparsam verhalten. Das würde weitere Kosteneinsparungen bringen.

Für die optimale Platzierung der AAA-Franchisen bedarf es neutraler individueller Kostenprognose. Mit den Daten zu den Ausgaben nach Alter und Geschlecht, die heute schon für die Berechnung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen verwendet werden, können sie einfach erstellt werden. Für die Einführung des Modells würde es genügen, den Kassen zu erlauben, es den Versicherten als Wahloption anzubieten. Dank seiner Vorteile würde es sich dann von selbst durchsetzen.

Äquivalenzprämien. Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern spielt vor allem dann, wenn sie eine gewisse Budgetverantwortung haben, also nicht für jede einzelne Leistung entgolten werden, sondern über Fall- oder Patientenpauschalen. Darauf berufen sich die meisten Reformvorschläge für das Gesundheitswesen, gleiten aber oft in zentralistische, planwirtschaftliche Fantasien ab. Die entscheidende Frage ist, weshalb solche effizienzfördernden Abgeltungen nicht von selbst entstehen.

In der Grundversicherung darf heute jede Krankenkasse ihre eigenen Prämien festlegen. Aber jede Kasse muss all ihren über 25 Jahre alten Kunden aus derselben Region die gleiche Prämie verrechnen, gleich ob Mann, Frau, alt, jung, krank oder gesund. Entsprechend müssen auch die den Versicherten gewährten Rabatte bei Eintritt in ein sparorientiertes Versicherungsmodell mit mehr Budgetverantwortung der Leistungserbringer für die verschiedenen Kunden einheitlich sein. In sparorientierte Versicherungsmodelle wechseln deshalb vor allem relativ junge und gesunde Versicherte, an denen aber kaum viel zu sparen ist. Hingegen sind die mit dem Versicherungsmodell einhergehenden Beschränkungen gerade für diejenigen Versicherten, bei deren Behandlung ohne Qualitätsverlust viel gespart werden könnte, belastender.

Mit dem Modell der «Äquivalenzprämie» würde es den Kassen erlaubt, älteren und weniger gesunden Personen beim Übertritt in sparorientierte Versicherungsformen höhere, ihren speziellen Belastungen äquivalente Rabatte zu gewähren. Dadurch würde es für alle Versicherten attraktiver in sparorientierte Versicherungsmodelle zu wechseln. So könnten massiv Kosten eingespart werden – alles ohne Plan und Zwang dank freierem Wettbewerb und freien individuellen Entscheidungen.

Risikoabgeltung statt Risikoausgleich. Weil die Kassen die Prämien nicht risikogerecht differenzieren dürfen, machen sie Jagd auf gute Risiken. Diese wird heute durch engste Regulierungen eingeschränkt. So gibt es einen einheitlichen Leistungskatalog, der den Kassen auch Zusatzleistungen für Prävention verbietet, sie dürfen den Versicherten keine finanziellen Sparanreize geben und mit dem Risikoausgleich werden die unterschiedlichen Belastungen der Kassen durch Mann, Frau, alt, jung sowie durch hohe Krankheitskosten ausgeglichen. Damit befindet sich die Politik auf dem Holzweg. All die Vorschriften zerstören die Anreize und Möglichkeiten der Kassen, die Gesundheit ihrer Kunden zu entwickeln und erhalten. Was also tun?

Wir sollten vom Sport lernen: Viele Sportclubs neigen dazu, den sportlichen Erfolg durch die Jagd auf gute Spieler statt durch die teure Ausbildung junger Talente zu suchen. Dagegen wurde im Fussball und Eishockey eine Regel eingeführt: die Transferpreise. Klubs, die von anderen Klubs gute Spieler abwerben, müssen dafür eine Abgeltung leisten. Das gibt den Klubs starke Anreize, den eigenen Nachwuchs zu fördern, gut auszubilden, gesund zu halten und – gegen Abgeltung – an andere Klubs abzugeben.

Analog dazu sollten Krankenkassen nicht dann mehr Geld erhalten, wenn sie besonders kranke Kunden haben, sondern wenn sie von anderen Kassen Kranke übernehmen und ihnen Gesunde geben. Das gäbe den Kassen starke Anreize, das medizinisch Beste für die Gesundheit ihrer Kunden zu tun. Deshalb könnte dann der Wettbewerb von seinen heutigen Fesseln durch all die schrecklichen Regulierungen befreit werden und würde richtig fruchtbar.

Reiner Eichenberger ist Professor für Theorie der Wirtschafts- und Finanzpolitik an der Universität Fribourg und Forschungsdirektor von CREMA; Fabian Kuhn ist Diplomassistent am Lehrstuhl für Theorie der Wirtschafts- und Finanzpolitik an der Universität Fribourg.