

Staatl. verteuerte Prämien

Regulierungen im Gesundheitssektor ziehen uns das Geld aus der Tasche. Gesetze verhindern eine sparsame Medizin. Die Nebenwirkungen sind gefährlich. Von Pierre Heumann und Miroslav Barták (Illustration)

Die Operation hat einen Namen, der verharmlost: Prämienschub. Das tönt so, als ob es sich bei der Explosion der Gesundheitskosten um einen unabänderlichen Trend handeln würde, um eine Konstante der Natur. Die Verteuerung der obligatorischen Krankenversicherung um jährlich über fünf Prozent ist indessen nicht nur die Folge davon, dass wir länger und besser leben und noch dazu immer mehr Ansprüche stellen. Wir müssen auch deshalb Jahr für Jahr mehr Prämien bezahlen, weil der Staat den Markt ausschaltet. Das kommt uns teuer zu stehen. Im vergangenen Jahr wurden die Prämien um über acht Prozent teurer, im nächsten Jahr müssen wir für die Krankenversicherung nochmals über sechs Prozent mehr bezahlen. Insgesamt stiegen die Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung während der letzten Jahre 1,7-mal schneller als die Löhne.

Um den Trend zu brechen, hat Gesundheitsminister Didier Burkhalter Massnahmen angekündigt. Doch in der Regel führen staatliche Vorschriften nicht zu weniger, sondern zu höheren Auslagen für die Gesundheit.

Das «Geld spielt keine Rolle»-Prinzip

Die ständig steigende Nachfrage im Gesundheitssektor ist kein Naturgesetz. Überall dort, wo sich die privaten Haushalte den richtigen Marktpreisen oder risikogerechten Prämien gegenübersehen, fällt das Wachstum deutlich zurückhaltender aus. Je mehr die Patienten aus der eigenen Tasche bezahlen müssen, desto schwächer fällt der Anstieg der Gesundheitskosten aus, zeigt eine Analyse des CSS-Gesundheitsökonom Konstantin Beck. Der Anteil der obligatorischen Krankenversicherung an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen nimmt seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1996 ständig zu. In der Zwangsversicherung steigen die Ausgaben schneller und stärker als die Gesamtkosten, weil im Obligatorium Geld keine Rolle spielt, das Verursacherprinzip ausgeschaltet ist. Im überobligatorischen Bereich aber, also dort, wo der Kunde selber entscheidet und bezahlt, fällt das Wachstum deutlich bescheidener aus. Im Bereich der freiwilligen Krankenversicherung ist es sogar rückläufig.

Leistungen zu Höchstpreisen

Mit der Einführung des Obligatoriums vor vierzehn Jahren wurde der Leistungskatalog

ausgebaut und vereinheitlicht. Die Versicherten haben keine Wahl: Die Grundversicherung ermöglicht kein Ausscheren. Alle Krankenkassen müssen dieselben Mindestleistungen anbieten. In Verordnungen schreibt der Staat vor, welche Leistungen von den Kassen übernommen werden müssen. Die sogenannte «Mittel- und Gegenstände-Liste» (MiGeL) des Bundesamtes für Gesundheit führt aber nicht nur die Pflichtleistungen auf. Sie schreibt auch die Höchstpreise vor und schafft damit für die Branche einen Anreiz, das Maximum in Rechnung zu stellen. Der Markt wird ausgeschaltet. Mehr als das: Der Staat bestimmt auch, dass die Verkäufe, die über die Krankenkasse abgerechnet werden, nur über die im Gesetz zugelassenen Abgabestellen erfolgen dürfen, also zum Beispiel in Apotheken oder Drogerien.

Dreissig Prozent der Bürger ist die Entwicklung der Gesundheitskosten gleichgültig.

Bei rezeptpflichtigen Arzneien ist das verständlich. Aber ein grosser Teil medizinischer Produkte könnte im Selbstbedienungsladen gekauft werden, wo sie um 20 bis 50 Prozent billiger sind. Der Staat verhindert aber, dass ein ansehnliches Sparpotenzial realisiert wird. Coop macht sich zwar seit Jahren für eine Liberalisierung stark. Aber «bisher konnte bei den entsprechenden Instanzen nichts ausgerichtet werden», heisst es bei Coop. Der Staat verhindert auch, dass Spitäler Medikamente oder Medizinalprodukte im Ausland einkaufen, obwohl dort, um nur einige Beispiele zu nennen, Verbandsmaterial, Katheter für Herzoperationen oder Prothetik bei gleicher Qualität deutlich günstiger zu haben sind.

Was in der Autoversicherung möglich ist, verhindert der Gesetzgeber in der obligatorischen Krankenversicherung: dass nämlich Kunden, die keine Leistungsansprüche anmelden, einen Bonus erhalten. Das Modell wird zwar offeriert. Aber wer sich dafür entscheidet, muss zunächst während eines Jahres einen zehnprozentigen Prämienaufschlag bezahlen. Deshalb ist dieses Modell, das zu mehr Eigenverantwortung führen und einen Beitrag zur Reduktion der Gesundheitskosten leisten würde, unpopulär. So haben sich zum Beispiel von den 1,1 Millionen Versicherten der CSS lediglich 186 Kunden für dieses Modell entschieden. Bei den privaten Versicherungen wird hingegen rege von den Sparmöglichkeiten Gebrauch gemacht: Wer keine Leistung bezieht, erhält einen Rabatt. Die Kostensteigerung in diesem Bereich des Gesundheitswesens ist denn auch deutlich tiefer als dort, wo Eigenverantwortung ausgeschlossen wird.

Der Staat meint es gut mit uns: Bei jedem dritten Prämienzahler bezahlt er die ganze oder zumindest einen Teil der Ausgaben für die Krankenkassen: Sie sollen das Budget eines Haushaltes nicht übermässig belasten. Im vergangenen Jahr liessen sich Bund und Kantone die Prämienverbilligung 3,5 Milliarden Franken kosten, etwa gleich viel, wie die Landwirtschaft an Subventionen erhält. Das Giesskannenprinzip in der obligatorischen Krankenversicherung kommt 2,2 Millionen Bezüger zugute, pro Haushalt werden im Durchschnitt 2800 Franken ausgeschüttet. Das Geld ist schlecht angelegt. Denn die Subventionen sorgen dafür, dass rund dreissig Prozent der Bürger die Entwicklung der Gesundheitskosten gleichgültig ist. «Die Prämiensubventionen reduzieren das Preisbewusstsein», sagt CSS-Gesundheitsökonom Beck. Wer nicht weiss, was eine Dienstleistung kostet, neigt zum Überkonsum.

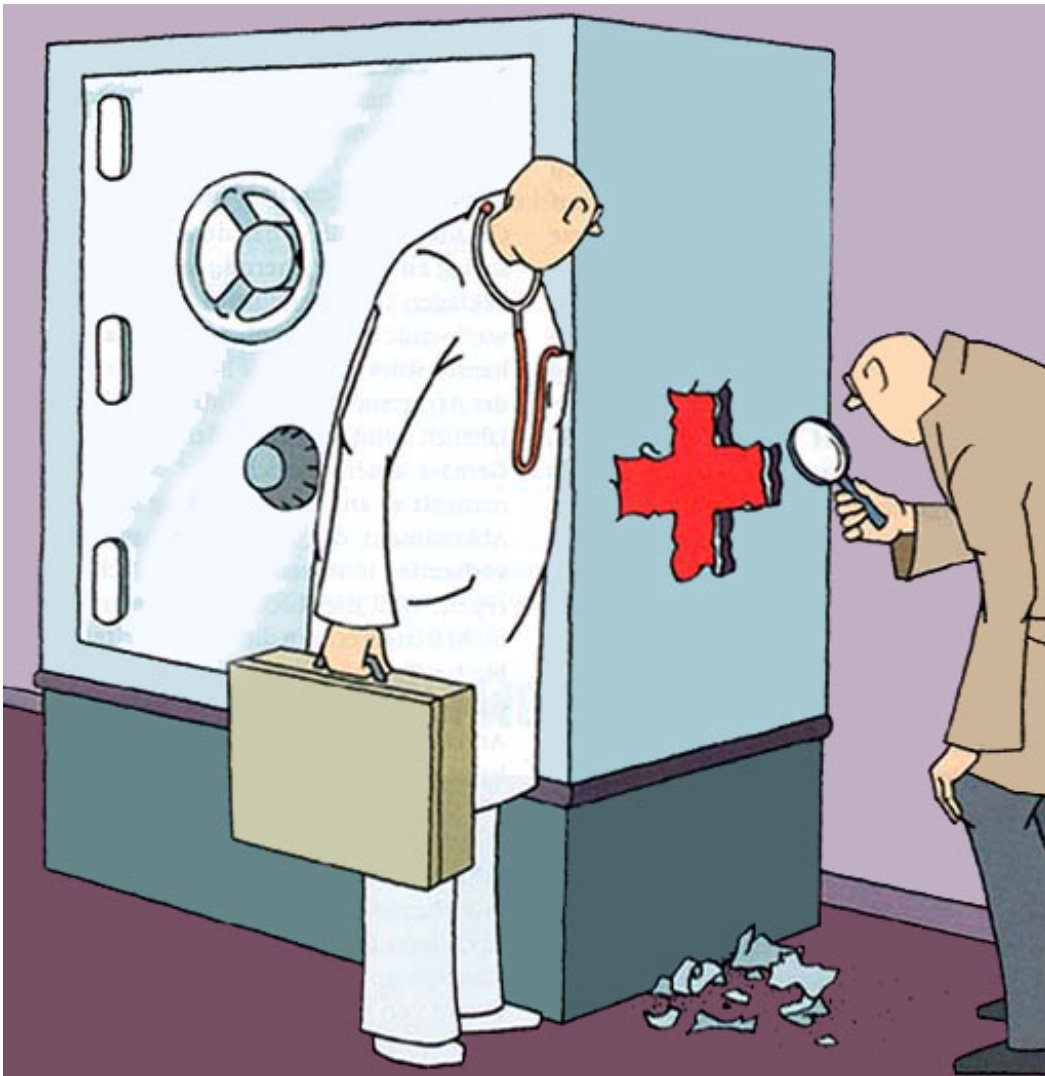
Jeder Arzt muss von der Krankenkasse akzeptiert werden: Das schreibt das Gesetz

vor. Wenn er deutlich über dem Durchschnitt seiner Kollegen liegt und fahrlässig Leistungen verordnet, kann ihn die Kasse vor Gericht ziehen. Aber ausschliessen kann sie keinen Mediziner. Dafür sorgt der sogenannte Kontrahierungszwang. Das hat zur Folge, dass auch ineffiziente Ärzte einen geschützten Markt haben.

Doppelrolle der Kantone

Die kleine Schweiz leistet sich den Luxus von 26 Gesundheitssystemen. Das mündet in einer teuren Überversorgung. Der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Spitälern wird verzerrt und unfair, weil einzelne Spitäler flächendeckend subventioniert werden, andere hingegen nicht. Kantone sind Schiedsrichter und gleichzeitig Akteure am Markt. «Die Kantone sind die grössten Anbieter medizinischer Leistungen und beeinflussen die Instrumente Spitalplanung und Praxisstopp», sagt Ole Wiesinger, Chef der Privatklinik- gruppe Hirslanden. Dieses Geflecht von Aufgaben und handfesten Interessen der öffentlichen Hand müsse diskutiert werden, fordert Wiesinger.

Der Staat – konkret: die kantonalen Gesundheitsdirektionen erstellt die Spitallisten unabhängig von Qualität und Effizienz. Weil Regierungsräte für die finanziellen Folgen ihrer Entscheide nicht geradestehen müssen, entscheiden sie aufgrund marktfremder Kriterien. Wenn Lokalpolitik höher gewertet wird als Kosteneffizienz, leisten sich Kantone verschwenderischen Luxus. Den 270 000 Einwohnern des Kantons Wallis stehen zum Beispiel neun MRI-Geräte (Magnetic Resonance Imaging) zur Verfügung, Basel-Stadt verfügt über drei Herzkatheterlabors, und Zürich hat die Konzentration der Herzzentren auf Bern und Lausanne verhindert. Fazit: Die Zahl der Krankenhäuser, die Spitzenleistungen anbieten, ist zu hoch. Die kantonalen Egoismen treiben freilich nicht nur die Gesundheitskosten in die Höhe. Je mehr Spitäler es gibt, desto weniger Patienten entfallen auf ein einzelnes Krankenhaus. Das hat zur Folge, dass die Ärzte weniger Erfahrung sammeln können. Und darunter leidet die Qualität.



Teure Versorgung: Die kleine Schweiz leistet sich den Luxus von 26 Gesundheitssystemen.

© Weltwoche, Die