

## **Explosionsspiele im Gesundheitssektor**

Das Gesundheitswesen gleicht einem riesigen System, das von Jahr zu Jahr saisonale Launen zeigt und dabei immer grösser wird. Seit Jahrzehnten spricht man von der drohenden Kostenexplosion, und im Frühling beginnen sich jeweils neue Kräfte zu regen, die viele Beobachter mit einer Mischung aus Faszination und Furcht verfolgen. Rasch rückt die Frage ins Zentrum, wie gefährlich es dieses Mal werden könnte; etwas später kommt dann meist der Spreng- bzw. Entschärfungsmeister aus Bern mit einer raffinierten Anlage, um allzu brisante Entwicklungen unter Kontrolle zu bringen; er macht sich am Moloch zu schaffen, und im Herbst bei der Bekanntgabe der neuen Prämien sieht die Lage oft nur noch halb so dramatisch aus; das Gesundheitswesen geht ziemlich zahm in den Winter, wobei man ahnt, dass viele Massnahmen nicht lange wirken werden.

### **ANGST VOR DEM PRÄMIENSCHOCK**

Dieses Jahr ist es nicht anders. Als die Krankenkassen in den vergangenen Wochen ihre Bilanzen präsentierten, bestätigte sich, dass es bei ihnen eine gefährliche Lücke zwischen den unaufhaltsam gestiegenen Krankheitskosten und den zu niedrig angesetzten Prämien in der Grundversicherung gibt. Viele machten 2008 deshalb Verluste. Dies war freilich politisch gewollt, denn ihnen war befohlen worden, die Reserven zum Teil aufzuzehren, um die Prämien niedrig zu halten. Nun sind die Reserven der Kassen aber bald an der unteren Grenze; käme es zu einer grossen Epidemie, wären sie wohl rasch aufgebraucht.

So werden die Versicherer fürs nächste Jahr wohl nicht darum herumkommen, die Prämien so anzusetzen, dass die Krankheitskosten ungefähr gedeckt werden. Dass dies Prämien erhöhungen in der Nähe von 10% bedeuten dürfte, versetzt nun viele Beobachter in Aufregung, und dieser Tage hat der Entschärfungsmeister denn auch schon Schraubzwingen und Schläuche hervorgeholt, um Kosten zu drücken und zusätzliches Geld von den Patienten abzusaugen, wenn sie zum Arzt gehen.

Was Bundesrat Couchepin soeben an Massnahmen angekündigt hat, kann durchaus etwas nützen gegen exzessive Bagatellkonsultationen und so prämiendämpfend wirken. Um das Gesundheitswesen auf einen solideren Weg zu bringen, wären jedoch andere Massnahmen nötig. Sie wären nicht schwierig zu finden, man müsste einfach etwas ernsthafter jene wettbewerblich ausgerichtete Ordnung anstreben, die seinerzeit bei der Lancierung des Krankenversicherungsgesetzes Mitte der neunziger Jahre im Grunde zur Orientierung gedient hatte. Im Kern ist das Schweizer System trotz allen Mängeln darauf ausgerichtet, das Angebot von Spital-, Arzt-, Pflegeleistungen, Medikamenten und anderem möglichst gut auf die Nachfrage der Patienten bzw. Versicherten abzustimmen und dabei Marktkräfte und Wettbewerb wirken zu lassen.

### **KRANKENKASSEN ALS MAKLER**

Da Krankheitsfälle als teure und unvorhersehbare Einschnitte im Leben einer Person gelten, wurde eine obligatorische Grundversicherung mit kassenweise einheitlicher Prämie eingerichtet. So treten die Krankenkassen als eine Art Makler zwischen Nachfrager- und Anbieterseite auf. Ihre Kunden lösen durchs Bezahlen der Prämie sozusagen ein Jahresabonnement für Gesundheitsleistungen. Dies verführt zwar Versicherte oft dazu, mehr zu konsumieren, als nötig wäre, zumal die daran verdienenden Anbieter ebenfalls zur Mengenausweitung neigen und zudem mit ihrem Wissensvorsprung die Nachfrage stark bestimmen können. Würde man aber einige Mängel beheben, die seit langem bekannt sind und auch schon in parlamentarischer Behandlung waren, dann aber von den Politikern fallengelassen wurden, wäre man schon viel weiter.

Im Dreieck Krankenkassen - Patienten bzw. Versicherte - Ärzte, Spitäler und Pharma ist vor allem die Beziehung zwischen Kassen und Leistungserbringer zu renovieren. Die Krankenkassen müssen ihre Rolle als Makler zwischen Versicherten und Leistungserbringern ernsthafter übernehmen als bisher. Statt sich auf das Rennen um die Auswahl guter Risiken in der Kundschaft zu konzentrieren und als Zahlstellen zu fungieren, sollten sie für ihre Kunden möglichst gute Leistungsbündel zusammenzustellen versuchen. Dazu benötigten sie freilich Spielräume. Deshalb sollte der sogenannte Vertragszwang endlich abgeschafft werden, also die Vorgabe, dass Krankenkassen jeden Leistungserbringer automatisch als Vertragspartner akzeptieren müssen - ob sie seine Arbeit gut finden oder nicht. Man könnte auch, wie es kürzlich ebenfalls erfolglos auf der politischen Traktandenliste war, die Spielräume für Managed-Care-Modelle erweitern, die eine Art Sonderzone mit Vertragsfreiheit darstellen. Wirksamer wäre aber die volle Vertragsfreiheit für die Kassen.

Darüber hinaus ist die aus mehreren Quellen stammende, intransparente, meist Verantwortung verwischende und Umverteilung provozierende Finanzierung der Spitäler abzulösen. Die Kantone treten heute meist als Spitalfinanzierer, Leistungsanbieter und Regulator in einem auf, mit all den damit verbundenen Doppelspurigkeiten, Widersprüchlichkeiten, Zielkonflikten und Ineffizienzen. Die Rolle des Regulierers würde genügen.

## **VERTUSCHEN UND UMVERTEILEN**

Ein Rückzug täte vielen Politikern naturgemäss weh, denn das Gesundheitssystem bietet viele Ansatzpunkte für Umverteilung zwischen Generationen, Patientengruppen, Gesund und Krank, Jung und Alt, zwischen den Geschlechtern, Arm und Reich, Einkommensklassen, zwischen Kantonen, staatlich und privat oder Berufsgruppen. Welches andere Gebiet der Sozialpolitik bietet derartige Möglichkeiten mit so vielen Akteuren und komplexen Zusammenhängen?

Gelegenheit macht nicht nur Diebe, sondern auch Interventionisten. Ihre Taten sind etwa ein Zulassungsstopp für Ärzte, ein altmodisches, auf feste «Stückpreise» ausgerichtetes System zur Abgeltung von Arztleistungen (Tarmed), komplexe Preisregulierungen für Medikamente, die Steuerung der Versorgung bei Praxen oder Spitälern, das Verschleiern von Kosten durch Umverteilung oder Verlagerung in die Zukunft, etwa durch das Aufbrauchen von Reserven oder durch das Belasten der Jungen. Und bei der Finanzierung der Krankenversicherung liebäugelt man als Alternative zur heutigen Kopfprämie beispielsweise mit einkommens- und vermögensabhängigen Prämien, weiteren Prämienverbilligungen aus der allgemeinen Staatskasse oder gar mit der vollen Finanzierung durch den Staat.

Es liegt nahe, dass die Politiker dieses Terrain nicht ohne Not den «Autopiloten» des Wettbewerbs und der Marktkräfte überlassen möchten. Sie basteln lieber, fast wie Pyromanen, am Moloch herum, den sie bei Explosionsgefahr sofort publikumswirksam zu entschärfen suchen. Irgendwann wird jedoch das stetige Wachstum der Krankheitskosten sowie des Konsums von Gesundheitsleistungen - auch genährt durch die Demografie - das Gesundheitswesen derart mächtig werden lassen, dass die Bürger dem Spiel wohl nicht mehr länger zuschauen wollen. Zu diesem Zeitpunkt wird man wahrscheinlich auch sehen, dass in dem noch bestehenden privaten Teil der Krankenversicherung inzwischen Marktkräfte und Wettbewerb am Werk waren, die die Arzt- und Spitalleistungen eher in die von den Leuten gewünschte Richtung beeinflusst haben als die Sprengstoffspezialisten. **Gy.**

© **Neue Zürcher Zeitung**