

Im Supermarkt der Gesundheit

Von Tilman Slembeck und Urs Brügger, Zürcher Hochschule Winterthur

Wir leisten uns das zweitbeste Gesundheitssystem der Welt.

Kein Wunder bei so vielen Fehlreizen und so wenig Koordination in der Gesundheitspolitik.

Es ginge auch anders, mit mehr Markt und mehr Demokratie.

Um es vorwegzunehmen: kein Land der Welt verfügt heute über ein «ideales» Gesundheitssystem, auch die Schweiz nicht. Unser System ist uns lieb und teuer. In Umfragen zeigt sich immer wieder, dass die Schweizer Bevölkerung überaus zufrieden mit den Gesundheitsleistungen ist. Besonders die Beziehung zum eigenen Arzt oder der Ärztin wird positiv beurteilt. Dies war allerdings schon vor zehn Jahren so, als die Kosten noch wesentlich tiefer waren. Die Zufriedenheit steigt also nicht mit den Kosten und hängt auch nicht von der Versorgungsdichte ab. In Regionen mit weniger Ärzten pro Kopf der Bevölkerung, etwa der Ost- und der Innerschweiz, fällt das Urteil gleich positiv aus wie in Genf und Basel-Stadt, wo das ärztliche Angebot gut doppelt so hoch ist.

Diese Unterschiede im Gesundheitsangebot haben aber Folgen für den Geldbeutel. So betragen die Kosten in der Grundversicherung im Jahre 2005 im günstigen Appenzell CHF 1864 pro Kopf, im teuren Genf aber CHF 3714. Entsprechend sind die Prämien in Genf etwa doppelt so hoch wie in Appenzell oder Nidwalden.

57 Milliarden für die Gesundheit

Gesamthaft geben wir jährlich weit über CHF 50 Milliarden für Gesundheitsleistungen aus. 2007 werden es voraussichtlich CHF 57 Milliarden sein, Tendenz steigend. Das war nicht immer so. Während vor 40 Jahren noch etwa 5 % des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen aufgewendet wurden, sind es inzwischen über 12 %. Hinter den USA liegen wir damit weltweit auf Rang 2. Und der Anteil der Gesundheitsausgaben im Warenkorb von Herrn und Frau Schweizer ist allein seit 2000 von 13,2 auf 16,3 % geklettert.

Sollte uns dies beunruhigen? Ja, denn in repräsentativen Erhebungen gaben in den letzten drei Jahren zwischen 40 und 50 % der Befragten an, dass hohe Krankenkassenprämien ein gelegentliches oder dauerhaftes Problem darstellen. Und dies, obwohl die Prämien mit jährlich über CHF 3 Milliarden verbilligt werden, was rund 40 % der Schweizer Haushalte zugute kommt. Zudem übernehmen die Steuerzahler jährlich über CHF 6 Milliarden für die Subventionierung der defizitären öffentlichen Spitäler. Würde dieser Betrag auf die Prämien überwältigt und wären diese nicht massiv verbilligt, wäre die direkte Prämienlast für die Haushalte deutlich höher und das wahre Ausmass der Kosten wäre viel stärker spürbar. Prämienverbilligungen und Subventionen sind heute das stärkste Beruhigungsmittel im Gesundheitswesen. Sie tragen dazu bei, dass echte Reformen nur schleppend an die Hand genommen werden. Und mit den steigenden Prämien steigen zugleich auch die Ansprüche und Erwartungen der Prämienzahler an das Gesundheitssystem. So kommt es zu einer Spirale aus steigenden Ansprüchen, Kosten und Prämien, deren Ende nicht abzusehen ist.

Doch ist das Anspruchsdenken längst nicht

die einzige Kraft hinter dieser Entwicklung. Unser heutiges System gleicht einem Supermarkt, in dem sich die Kunden ihren Einkaufswagen mit qualitativ hochwertigen Produkten füllen dürfen, während die Rechnung an der Kasse fast gar nicht von der ein-

«Den Kunden bleibt nichts anderes übrig, als sich mit dem Besten zu bedienen.»

gekauften Menge abhängt. Grund ist ein umfassendes Versicherungsobligatorium mit umfangreichem Leistungskatalog und relativ bescheidener Kostenbeteiligung. Weil der grösste Teil der Rechnung in Form von Prämien für die Konsumenten einmal jährlich vom Bundesrat festgelegt wird, bleibt Kunden nicht viel anderes übrig, als sich mit dem Besten zu bedienen. Wer also krank ist oder das Gefühl hat krank zu sein, verspürt keinen Anreiz den günstigsten Arzt zu suchen, sondern den besten und sich von ihm maximal versorgen zu lassen.

Ärzte und Patienten bedienen sich

Günstig ist diese Situation für die Erbringer medizinischer Leistungen. Ärzte haben einen geringen Anreiz, ihren Patienten von diesen verlangten Leistungen vorzuenthalten, selbst wenn diese medizinisch nicht notwendig sind – solange die Kasse zahlt. Hingegen ist aufgrund umfassender Versicherungsdeckung der Anreiz gross, möglichst viele Leistungen zu erbringen, um die Auslastung zu sichern oder Einkommen zu erzielen. Für ein Abwägen von Kosten und Nutzen medizi-



Das Schweizer Gesundheitssystem gleicht einem Supermarkt mit Selbstbedienungseigenschaften, frei nach dem Motto: Viel hilft viel.

nischer Massnahmen ist im Einzelfall der Anreiz gering. Stattdessen wird verordnet, was einen Patientennutzen verspricht. Selbst wenn dieser gering ist und die Kosten hoch sind.

Insgesamt können die Verkäufer des Gesundheitssupermarkts den Kunden ihre Produkte also gleich selbst in den Einkaufswagen legen, weil diese selten in der Lage sind zu beurteilen, was wirklich nötig ist. Die unsichere Natur ärztlicher Kunst und Ängste vor juristischen Folgen verstärken diese Tendenz zur Ausweitung des Behandlungsvolumens.

Ähnliches gilt für den medizinisch-technischen Fortschritt, der uns zwar in der Diagnose und Therapie von Krankheiten laufend neue Möglichkeiten eröffnet, aber eben auch das Volumen der Leistungen und damit die Kosten emporschnellen lässt. Internationale Studien zeigen immer wieder, dass die Technisierung der Medizin ein hauptsächlich Kostentreiber ist, weil Innovationen, selbst wenn sie zunächst kostensparend wirken, über eine Ausbreitung auf weitere Anwendungsgebiete zu einer Mengenausweitung führt. Auch wo dies möglich wäre, werden alte Technologien oftmals nicht durch neue ersetzt. Die Mittel für die ärztliche Kunst und pflegerische Leistungen kom-

men dabei oft zu kurz. Das zur Auslastung der teuren Technik notwendige Volumen verdrängt dann die notwendige Zeit am Krankenbett oder für das Patientengespräch.

«Pseudo-Innovationen» der Pharmaindustrie

Neben wichtigen neuen Medikamenten bringt die Pharmaindustrie laufend eine grosse Zahl von «Pseudo-Innovationen» auf den Markt, die zwar teuer, aber nicht besser als die alten Mittel sind. Gemäss der US-Zulassungsbehörde FDA waren nur 18% der in den letzten 15 Jahren neu zugelassenen Medikamente wirklich neu. Und von diesen enthielten wiederum nur 65% neue Wirkstoffe. Ein Weiteres ist charakteristisch für das Schweizer Gesundheitswesen. Es besteht aus 26 mehr oder weniger abgeschotteten Hoheitsbereichen. Gemäss Territorialprinzip legt nämlich jeder Kanton sein Spitalangebot selbst fest. Weil die Spitalplanung aber an der Kantonsgrenze endet, sind die Regierungen und angestellten Ärzte darauf erpicht, im Kanton selbst über eine technisch hochstehende Ausstattung zu verfügen und diese auch auszulasten. Nur mit solchem Ausstattungswettbewerb lässt sich erklären, warum das Wallis im weltweiten Vergleich bei der

Versorgung mit teuren Magnetresonanztomographen (MRI) an der Spitze liegt und warum in manchen Kantonsspitalen bis zu 40% der Geburten per Kaiserschnitt erfolgen. Der internationale Vergleichswert liegt hier unter 20%.

Gründe für den Kostenanstieg

Insgesamt liegen die wichtigsten Gründe für den laufenden Kostenanstieg in den Fehlreizen des Versicherungssystems, einem zu umfassenden Leistungskatalog, der Einführung und Diffusion technischer Innovationen sowie im Kantönligeist der Spitalplanung und -finanzierung. Damit unser Gesundheitswesen auch langfristig bezahlbar bleibt, ist eine nationale Gesundheitspolitik nötig, die diesen Titel verdient. Gegenwärtig dominiert eine kurzfristige Pflasterlipolitik mit geringer Wirkung und unklarer Richtung.

«Damit unser Gesundheitswesen bezahlbar bleibt, ist eine nationale Gesundheitspolitik nötig.»

Das Ziel einer Gesundheitspolitik für das Jahr 2020 muss in einem Gesundheitswesen liegen, das für die gesamte Bevölkerung qualitativ hochstehende Leistungen zu tragbaren Preisen erbringt. Es soll also finanziell nachhaltig gestaltet und auf die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet sein. Hierüber dürfte Einigkeit bestehen.

Doch wie gelangen wir dorthin? Nachhaltigkeit, Qualität und Bürgernähe lassen sich am besten durch zwei Ingredienzen erreichen, die uns Schweizern wohl vertraut, heute aber im Gesundheitsbereich kaum verbreitet sind: Markt und Demokratie.

Eckpfeiler eines idealen Systems

Ein ideales Gesundheitssystem für die Schweiz 2020 stellt die Gesundheitsgemeinde ins Zentrum. Sie ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft, ähnlich der Schulgemeinde, die als reines Zweckgebilde durch die zu erfüllende Aufgabe der Grundversorgung bestimmt wird. Die Gesundheitsgemeinde ist weitgehend unabhängig von politischen Gebilden wie Bezirken oder Kantonen und verfügt über demokratisch gewählte Gremien. Sie gewährleistet die Versorgung entweder durch eigene Gesundheitszentren, in denen zum Beispiel Hausärzte, Spezialisten, Labor, Röntgen und Spitex zusammengefasst sind und teure Einrichtungen gemeinsam genutzt werden. Oder sie kauft die Leistungen bei den inzwischen privatisierten Spitälern und der frei praktizierenden Ärzteschaft ein. Diese Make-or-buy-Entscheidungen sind durch die Bürgerschaft ebenso kontrollierbar, wie die Frage, ob das lokale Gesundheitsangebot über ein gesamtschweizerisch definiertes Mindestmass hinausgehen soll.

In der Praxis werden sich kleine Gemeinden typischerweise zu grösseren Gesundheitsregionen zusammenschliessen, um ökonomische Vorteile zu realisieren und dabei geographische und kulturelle Eigenheiten berücksichtigen. Ähnliches existiert in Grossbritannien, wo in so genannten Primary Care Trusts durchschnittlich 100 000 Personen versorgt werden. Im Schweizer Modell sind es aber letztlich die Bürgerinnen und Bürger,

«Gegenwärtig dominiert eine kurzfristige Pflasterlipolitik mit geringer Wirkung.»

die entscheiden, wie die für sie ideale Region aussieht und ob eine teure Apparatur angeschafft wird, die entsprechende Leistung eingekauft wird, oder ob es sich um unnötigen Luxus handelt. Denn sie sind es auch, die die Leistungen der Gesundheitsgemeinde finanzieren. Ob dies durch Steuern, Kopfprämien oder risikogerechte Prämien geschieht, ist Gemeindesache. Durch ihren Wohnsitz haben alle Einwohner im Sinne des Sozialziels aber auch einen garantierten Zugang zu den Leistungen ihrer Gemeinde.

Demokratische lokale und regionale Kontrolle

Dieses System hat gleich mehrere Vorteile. Erstens unterliegen das Leistungsangebot und dessen Qualität einer demokratischen Kontrolle auf lokaler beziehungsweise regionaler Ebene. Zweitens ist es der gleiche Personenkreis, der das Angebot festlegt, dieses nutzt und dafür bezahlt. Damit wird die Spirale aus steigenden Ansprüchen und Prämien durchbrochen. Zudem kann sich weiterhin jeder individuell zusätzlich versichern, falls weiter gehende Leistungen gewünscht werden. Drittens besteht unter den Leistungserbringern Konkurrenz. Diese schliessen mit einer oder mehreren Gesundheitsregionen Verträge, so dass auch ein Wettbewerb um die besten Leistungserbringer unter den Gemeinden oder Regionen entstehen kann. Weil diese für ihre Bürgerschaft kollektive

Versicherungsleistungen bei den Krankenversicherern einkaufen, entsteht ein weiteres Wettbewerbselement.

Kantonale Spitalplanungen und Ausstattungswettbewerbe haben damit ausgedient. Denn wir werden es uns zweimal überlegen, ob wir an der Urne lieber für einen neuen Computertomographen oder zugunsten einer zusätzlichen Gemeindeschwester stimmen. Schliesslich geht es im Jahre 2020 um die eigene Prämie, die nunmehr nicht vom Bundesrat festgelegt wird. □

Die Autoren

Tilman Slembeck ist Professor für Volkswirtschaftslehre und vertritt dieses Fach an der Universität St.Gallen sowie der Zürcher Hochschule Winterthur. Seine Schwerpunkte liegen in den Bereichen der Bildungs-, Verkehrs- und Gesundheitsökonomie, mit denen er sich im Rahmen verschiedener Studien, Gutachten und Weiterbildungsveranstaltungen befasst.

Urs Brügger ist der Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) an der Zürcher Hochschule Winterthur. Das WIG befasst sich mit Forschungs- und Beratungsprojekten in den Themenfeldern Gesundheitsökonomie (Evaluationen, Health Technology Assessment) und Gesundheitsmanagement (Managed Care). Zudem bietet es ein Nachdiplomstudium (Master of Advanced Studies in Managed Health Care) für Führungspersonen im Gesundheitswesen an.

Informationen im Internet:
www.wig.ch