

Dank Rabatt zu tieferen Kosten

Die Reform des Gesundheitswesens kommt nicht vom Fleck. Dabei liegt die Lösung auf der Hand: Kranken Menschen muss der Schritt in HMO-Netzwerke durch eine tiefere Prämie versüsst werden. So lassen sich gut 4 Milliarden pro Jahr sparen, ohne dass die Behandlung schlechter wird.

Reiner Eichenberger und Mark Schelker*

Die Parteien präsentieren immer wieder die gleichen Rezepte, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu dämpfen: Die Linke pocht auf eine möglichst soziale Abfederung der teuren Prämien, derweil die bürgerlichen Parteien den Leistungskatalog entschlaken und den Vertragszwang zwischen den Versicherern und den Ärzten aufheben wollen. Nach dem Willen der Krankenkassen sollen ältere Menschen gar eine «Pflegeversicherung» abschliessen müssen (siehe Box).

Diese Vorschläge sind zwar alle gut gemeint, zielen aber ins Leere. Wer die Kosten im Gesundheitswesen wirklich eindämmen will, muss effizienzorientierte Versicherungsformen wie HMO, Preferred Provider Organizations oder Hausarztmodelle etablieren. Diese gibt es zwar schon, doch sind in der Vergangenheit die falschen Anreize gesetzt worden: Branchenleader Helsana hat sein Hausarztmodell Ende Juni fallen gelassen, da sich unter den 70'000 Versicherten vornehmlich gesunde junge Männer befanden. Diese verursachten fast keine Kosten, profitierten aber vom Prämienrabatt, der den Hausarzt-Versicherten gewährt wird. Diese Rechnung geht für die Versicherer nicht auf.

Tiefer Prämien für Alte und Kranke

Das Gesetz verbietet es den Kassen, wirksamere HMO-Anreize zu schaffen. Denn die entsprechenden Prämien müssen für alle gleich sein und dürfen um höchstens 20 Prozent unter den ordentlichen Prämien liegen. Eine so kleine Ersparnis lohnt sich daher nur für besonders mobile und gesunde Versicherte. Doch älteren und kranken Menschen, die statt 250 allenfalls bloss noch 200 Franken pro Monat für ihre Prämie bezahlen müssten, bringt eine derartige Lösung zu wenig. Schliesslich verlangen die HMO-Modelle von den Versicherten, auf die freie Arztwahl zu verzichten. Eine erfolgreiche Reform muss den Krankenkassen deshalb die Möglichkeit geben, Modelle anzubieten, die auch für ältere und kranke Menschen attraktiv sind. Denn bei diesen kann im Unterschied zu den gesunden Leuten bei effizienter Behandlung tatsächlich gespart werden.

* Prof. Dr. Reiner Eichenberger ist Leiter des Seminars für Finanzwirtschaft der Universität Fribourg; Mark Schenker ist als Assistent tätig.

Mit der «Äquivalenzprämie» präsentieren wir ein ebenso gerechtes wie effizientes Modell: Statt den Senioren eine spezielle Pflegeversicherungen aufzubrummen, muss man die Prämien für Kranke, Alte und für Frauen in den alternativen Versicherungsmodellen tiefer ansetzen als für Gesunde, Junge und Männer. So werden HMO-Modelle auch für jene attraktive, welche häufiger als andere einen Arzt aufsuchen müssen. Ein solcherart differenzierter Prämienrabatt belohnt die Versicherten für die Kostensenkungen, die dank ihrem Verzicht auf die freie Arztwahl möglich werden. Und er entschädigt sie für die Unannehmlichkeiten, die mit der allenfalls längeren Anreise zu einer Gruppenpraxis verbunden sind.

Studien zeigen, dass dank HMO-Modellen 30 bis 50 Prozent gespart werden könnten. Bei Ausgaben von 16 Milliarden in der Grundversicherung entspricht dies immerhin 4 bis 8 Milliarden Franken pro Jahr. Mit einem Teil davon müssten zwar die Prämienrabatte kompensiert werden, doch wären unter dem Strich beträchtliche Einsparungen möglich. Zur Erinnerung: Der Tessiner Gesundheitsökonom Gianfranco Domenighetti beziffert die Kosten der medizinischen Behandlungen, die von den Ärzten auf Wunsch der Patienten erfolgen, auf satte 2,7 Milliarden Franken pro Jahr. Gewünscht werden sie von Personen, die ein schlechtes subjektives Gesundheitsempfinden aufweisen und überdurchschnittlich häufig eine Praxis aufsuchen.

Die Äquivalenzprämie hat den Vorteil, besonders stark von Krankheit betroffene Gruppen zu entlasten, ohne dass eine andere Gruppe zusätzlich belastet würde. Zudem könnte sie rasch realisiert werden. Schliesslich sorgt der auf Alter und Geschlecht beruhende Risikoausgleich bereits heute dafür, dass Kassen mit «schlechten Risiken» von jenen mit vielen Jungen und Gesunden entschädigt werden. Folglich würde es sich für die Kassen trotz der tiefen HMO-Prämien lohnen, auch «schlechten Risiken» anzulocken.

Die Reform des Krankenversicherungsgesetzes, die nächste Woche im Nationalrat beraten wird, bietet die Chance, unkonventionelle Lösungen zu prüfen. Doch setzt dies sowohl bei den Politikern als auch bei den Krankenkassen eine gewisse Innovationsbereitschaft voraus. Ein Umdenken lohnt sich, wie das Beispiel des Hausärzte-Netzwerks der Stadt Zürich zeigt. Es hat die durchschnittlichen Kosten pro Versicherten und Monat von 231.60 auf 176.30 Franken verringern können, was aufs Jahr hochgerechnet Einsparungen von 22 Mio. Franken ergibt: Wer den Hausarzt aufsuchen muss, bevor er einem Spezialisten überwiesen wird, hilft Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

BOX: Senioren im Visier (Cash)

Die Krankenkassen sehen sich mit immer höheren Pflegekosten konfrontiert. Betrugten sie 1996 noch 793 Millionen Franken, sind es heute bereits 1,5 Milliarden. An diesem Trend wird sich in den nächsten Jahren nichts ändern, da die Pflegeheime ihren Kunden vom Januar an die effektiven Kosten und nicht bloss Rahmentarife verrechnen dürfen. Das führt bis 2006 zu einem Kostenschub von 1,2 Milliarden. Kein Wunder, schlagen die Krankenkassen Alarm: Sie möchten die älteren Leute neuerdings dazu verpflichten, eine obligatorische Pflegeversicherung abzuschliessen. Personen ab 50 müssten tiefer ins Portemonnaie greifen, dafür würde die jüngere Generation entlastet. Doch dieser Vorschlag ist nicht populär. Die Linke warnt vor einer Entsolidarisierung der Gesellschaft. Und die bürgerlichen Parteien möchten viel lieber Leistungen beschränken und den Vertragszwang aufheben: Die Krankenkassen sollen künftig nicht mehr automatisch mit jedem Arzt geschäften müssten.