

9. Ökonomisierung der Medizin

Leidet das Schweizer Gesundheitswesen wirklich an zu hohen Kosten – oder an einer krankhaften Fixierung auf Geld?



Prof. Dr. Reiner Eichenberger
Departement für Volkswirtschaftslehre,
Universität Freiburg i.Ue., Forschungsdirektor
des CREMA

«Das Schweizer Gesundheitswesen leidet nicht an zu viel Ökonomie, sondern an zu wenig guter Ökonomie.»

In Diskussionen zum Schweizer Gesundheitswesen stechen zwei Themen hervor: Kostenexplosion und Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Das ist wundersam. Denn aus ökonomischer Perspektive ist sowohl die Kostendiskussion als auch die Gesundheitspolitik wirr. Echte Problemlösungen bedingen ökonomisch fundierte Symptombeschreibungen, Ursachenanalysen und Massnahmen. Dafür muss die Politik ihre Fixierung auf monetäre Kosten überwinden und endlich fruchtbaren Wettbewerb schaffen.

Ökonomischer Problembeschrieb

Die Gesundheitskosten wachsen schon lange. Gemäss Bundesamt für Statistik sind sie von 1970 über 2000 bis 2024 von 5,5 über 43,0 auf 97,2 Milliarden Franken gewachsen. Doch einen grossen Teil davon erklären ganz natürliches Nachfragewachstum durch Inflation, Bevölkerungs- und Wohlstandswachstum. Zudem war andersorts das Kostenwachstum ähnlich. Interessanter ist deshalb der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Er ist auf den ersten Blick wenig auffällig. Sein Niveau von 11,8 Prozent (2024, gemäss OECD) und sein Wachstum waren in den letzten zehn Jahren zwar höher als in den Niederlanden und Dänemark, aber ähnlich hoch wie in Österreich, Frankreich oder Schweden und leicht tiefer als im europäischen Spitzenreiter Deutschland mit 12,3 Prozent. Aber Vorsicht! Eine vernünftige ökonomische Betrachtung von Schweizer Problemen bedingt zweierlei:

Erstens muss die Wirkung der Grenzgänger herausgerechnet werden, denn nur die Schweiz hat (neben Luxemburg) viele Grenzgänger. Sie stellen etwa 8 Prozent der Erwerbstätigen dar, Tendenz zunehmend. Ihre Leistung zählt ins BIP, aber sie nicht zu den Einwohnern, und ihre Gesundheitsversorgung findet zumeist in ihrem Wohnland statt. Bei Herausrechnung der Grenzgänger aus dem BIP resultiert ein Anteil der Gesundheitskosten am BIP von 12,8 Prozent. Damit hat die Schweiz in Europa den weitaus höchsten Anteil der Gesundheitskosten am BIP.

Zweitens sind für eine Beurteilung der Höhe und Effizienz des Gesundheitswesens nicht nur die Ausgaben relativ zum BIP bedeutend, sondern auch die Ausgaben pro Kopf. Das Schweizer BIP pro Kopf ist zum Wechselkurs umgerechnet rund 86 Prozent höher als das Deutsche. Folglich sind die Schweizer Gesundheitskosten pro Kopf zu Wechselkursen umgerechnet gut 93 Prozent höher als in Deutschland – und rund 100 bzw. 98 Prozent höher als in Dänemark und den Niederlanden. Angesichts des hohen Einkommens in der Schweiz ist das dann ein Problem, wenn die Kunden dafür nicht einen entsprechenden Mehrwert erhalten. Aber ist das so? Zweifel sind angebracht. Doch kein Mensch weiss es genau, weil die Qualität der Leistungen viel zu schlecht erfasst wird.

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 aber nicht. Die ökonomische Perspektive hilft, dies zu verstehen.

Ökonomisches Problemverständnis

Ökonomie sieht alles durch eine Brille von Nutzen und Kosten. Entgegen der Standardkritik ist das nicht eng, sondern umfassend. Denn Nutzen und Kosten sind nur andere Worte für Vor- und Nachteile. Während Ökonomen immer versuchen, alle Vor- und Nachteile abzuwägen, fokussieren NichtökonomInnen gerne auf die Vorteile ihrer eigenen Projekte und die Nachteile fremder Projekte. Zudem verstehen Ökonomen unter Kosten nicht wie NichtökonomInnen nur Geldkosten, sondern eben alles, was die Betroffenen als Nachteile sehen, also insbesondere auch Zeitverlust, Risiken und Nebenwirkungen. Aus dieser Perspektive werden zwei Aspekte wichtig.

Wegen des fixen Pensionierungsalters haben die immer mehr Alten immer mehr Zeit zum Konsum von Gesundheitsleistungen. Zugleich wirkt der technologische Fortschritt im Gesundheitsbereich nicht wie in den allermeisten Branchen geldkostensparend. Weil heute in den meisten Ländern Krankenversicherungen einen grossen Teil der Geldkosten tragen,

zielen die Entwickler neuer Technologien weniger als in anderen Branchen auf die Reduktion der Geldkosten und mehr auf die Reduktion der Kosten durch Zeitverlust, Risiken und Nebenwirkungen, die die Leistungsempfänger belasten. So sinken die für diese relevanten Kosten dauernd, was ihre Leistungsnachfrage und die Geldkosten aufbläht.

Der enge Fokus der Gesundheitspolitik auf das Geldkostenwachstum 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 gesund sein, wenn die Geldsucht der Gesundheitspolitik kuriert wird.

Auf zu fruchtbarem Wettbewerb

Zur Senkung der Kosten und Steigerung der Qualität müssen die Anreize aller rele-



Fabian Kuhn
Diplomassistent, Universität Freiburg i.Ue.

«Unsere Gesundheitspolitik starrt nur aufs Geld und leidet an Geldsucht.»

vanten 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:

«Bessere Versorgung entsteht durch bessere Daten, klügere Anreize und fruchtbareren Wettbewerb.»

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 sparsamen Leistungskonsum. Deshalb wollen viele Experten diese Beiträge erhöhen. Wir empfehlen einen anderen Weg. Entscheidend ist die richtige «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 Automatischer Anreiz Anpassung – 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 würde 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.

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.

Die Autoren

Prof. Dr. Reiner Eichenberger (*1961) ist Professor für Theorie der Wirtschafts- und Finanzpolitik an der Universität Freiburg und Forschungsdirektor des CREMA (Center for Research in Economics, Management and the Arts). Er zählt zu den bekanntesten Vertretern der politischen Ökonomie im deutschsprachigen Raum und beschäftigt sich insbesondere mit Fragen des Wettbewerbs im öffentlichen Sektor, der direkten Demokratie, des Föderalismus sowie der Gesundheits- und Finanzpolitik. Eichenberger studierte, promovierte und habilitierte in Volkswirtschaftslehre an der Universität Zürich. In seiner Forschung verbindet er ökonomische Analysen

mit institutionellen und politischen Fragestellungen. Seine Arbeiten wurden in zahlreichen internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht und haben die Debatte über staatliche Anreizsysteme, politische Reformen und effiziente Governance geprägt.

Fabian Kuhn ist Diplomassistent am Lehrstuhl für Theorie der Wirtschafts- und Finanzpolitik an der Universität Freiburg.



www.unifr.ch

«Wer nur auf Geldkosten starrt, verkennt die eigentlichen Stellschrauben.»

Zum Schluss: Das Schweizer Gesundheitswesen leidet nicht an zu viel Ökonomie, sondern an zu wenig guter Ökonomie. Wer nur auf Geldkosten starrt, verkennt die eigentlichen Stellschrauben. Besser wird das System nicht durch mehr Vorschriften und Planung, sondern durch bessere Daten, klügere Anreize und fruchtbareren Wettbewerb. Dann könnte Gesundheitspolitik endlich leisten, was sie sollte: bessere Versorgung zu geringeren Kosten.