

Tiefere Gesundheitskosten durch tiefere Prämien

Reiner Eichenberger
Universität Fribourg

Im Parlament ist die Revision des Krankenversicherungsgesetzes gescheitert, und die Parteien überbieten sich mit Vorschlägen, wie die explodierenden Kosten herumgeschoben werden können, statt sie zu senken. Dabei gibt es eine Massnahme, die wirkt und nur Vorteile hat: Die Prämien senken. Genauer, die Prämien von Alten und Kranken in besonders kostensparenden Versicherungsmodellen. Wie kann das funktionieren?

Die Experten sind sich einig, dass die Kosten nur kontrolliert werden können, wenn die Ärzte die Kostenverantwortung übernehmen, so wie in einer HMO (Health Maintenance Organization) mit Budgetverantwortung. Erst wenn die Ärzte nicht mehr an jeder einzelnen Leistung verdienen, sondern pauschal pro Patient entschädigt werden, haben sie wirksame Anreize, die Patienten nicht überzuversorgen. Wissenschaftliche Analysen weisen ein Sparpotential von 30 bis 50 Prozent nach – bei gleicher Behandlungsqualität.

Tatsächlich wollen auch Vorschläge wie die Aufweichung des Vertragszwang HMOs und andere Anreizmodelle fördern. Nur vernachlässigen sie den entscheidenden Punkt. Die Versicherer dürfen nämlich schon heute solche effizienten Modelle anbieten. Trotzdem entwickeln sich die HMOs nur sehr langsam. Weshalb? Heute verbietet das Gesetz den Krankenkassen, den Versicherten wirksame Anreize zu bieten, in kostensparende Versicherungsmodelle zu wechseln. Denn erstens müssen die Prämien für alle Versicherten eines Modells einheitlich sein. Zweitens dürfen sie um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der normalen Grundversicherung liegen,

trotz dem viel höheren Einsparpotential. Damit können Kassen bei der heutigen Grundprämie von durchschnittlich rund CHF 250 den Versicherten höchstens CHF 50 als Anreiz für den Eintritt in kostensparende Modelle geben. Das ist aber für Menschen, die öfter zum Arzt müssen, viel zu wenig. Denn die Einschränkung der Arztwahl ist für sie besonders belastend. Deshalb treten vor allem Gesunde in effizienzorientierte Versicherungsmodelle ein. Da sie aber sowieso nur wenig Leistungen konsumieren, kann an ihnen auch kaum etwas gespart werden. Deshalb blieben die Kostenersparnisse weit unter dem tatsächlichen Sparpotential. Eine erfolgreiche Reform muss die kostensparenden Modelle auch für überdurchschnittlich oft kranke Menschen attraktiv machen. Dazu müssen die Kassen die Prämien für Kranke, Alte und auch Frauen in den alternativen Modellen tiefer ansetzen können als für Gesunde, Junge und Männer. So können sie den Versicherten eine ihrem Sparbeitrag äquivalente Entschädigung für die Unannehmlichkeiten bieten, die sie durch die freiwillige Beschränkung ihrer Arztwahl erfahren. Das vorgeschlagene Modell – nennen wir es „Äquivalenzprämie“ – ist besonders effizient und gerecht, denn es entlastet die besonders stark von Krankheit betroffenen Gruppen, ohne andere zusätzlich zu belasten. Dank dem grossen Einsparpotential bleibt selbst bei grossen Prämiennachlässen für die Alten ein Überschuss, der für die Senkung der Prämien der Jungen verwendet werden kann. Die Versicherer können auch bei sehr tiefen HMO-Prämien noch an den Alten verdienen, da sie für diese „schlechten Risiken“ aus dem Risikoausgleich zwischen den Kassen und Patientengruppen entschädigt werden.

Die Äquivalenzprämie kann schnell umgesetzt werden. Sie funktioniert bereits mit der heutigen Form des Risikoausgleichs und ist deshalb nicht von weiteren, komplexen Neuerungen abhängig. Gleichzeitig wird sie durch andere Reformen nicht überflüssig. Vielmehr würde sie noch wirkungsvoller, wenn der Risikoausgleich auch auf die frühere Krankengeschichte der Versicherten abstellen würde.