

Krankenkassen: So sparen wir 5 Milliarden

Gibt es wirklich kein Rezept zur Kostenbremse im Schweizer Gesundheitswesen? Drei Massnahmen versprechen Ausgabensenkungen in Milliardenhöhe – nur eine davon kommt. **Von Birgit Voigt**

Die Schweiz hat in nur 20 Jahren ihre Ausgaben für das Gesundheitswesen verdoppelt. Inzwischen gibt das Land die riesige Summe von mehr als 80 Mrd. Fr. aus. Schon 2022 werden es aller Voraussicht nach über 100 Mrd. Fr. sein. Die Konjunkturforschungsstelle der ETH KOF erwartet, dass der Sektor in den kommenden Jahren weiter jährlich um rund 4% zulegen wird.

Überproportional viel der Finanzierung schultern seit Jahren die Prämienzahler (siehe Grafik rechts oben). Rund 30 Mrd. beträgt inzwischen der Anteil, der über die obligatorische Krankenversicherung finanziert wird. Auch der Anteil der Rechnung, der aus der eigenen Tasche bezahlt werden muss, ist hoch. 27% der Versicherten müssen deshalb staatliche Unterstützung zur Prämienfinanzierung nachfragen. Doch die Kantone versuchen tendenziell, diese Subventionen zu kürzen. Fachleute stellen die Tragbarkeit des Systems inzwischen vermehrt infrage.

Ein jüngst veröffentlichter Expertenbericht zum Schweizer Gesundheitswesen zuhnden des Bundesrates fordert als Ultima Ratio die Einführung von Globalbudgets. Dieser Vorschlag wäre aber nur mit einer Reihe von Gesetzesänderungen und Zeitverlust durchführbar. Die Kosten explodieren derweil weiter.

Dabei schlummern im System Effizienzreserven, die rasch gehoben werden könnten: Die Instrumente sind schon da, sie müssten nur energisch genutzt werden. Die «NZZ am Sonntag» zeigt drei Massnahmen, die den Prämienzahler oder das Gesamtsystem in Kürze um rund 5 Mrd. Fr. entlasten würden.

1 Mehr Managed Care kann 2 Mrd. bringen

2012 hat die Schweizer Bevölkerung deutlich abgelehnt, sogenannte Managed-Care-Modelle in der Grundversorgung zum Standard zu machen. Freiwillig sind inzwischen aber 64% der Bevölkerung in einem Versicherungsmodell, das die freie Arztwahl einschränkt.

Nicht alle dieser Varianten wirken dabei aber gleich kostendämpfend. Das Modell mit dem grössten Effekt sind Ärzte-Netzwerke, die sich für ihr gesamtes Patientenkollektiv zu einem Kostendeckel verpflichten. Die Ärzte orientieren sich an den besten Verfahren gemäss Fachgesellschaften und schulen sich regelmässig in Qualitätszirkeln. Sie haben keine Anreize, mehr Leistungen als nötig zu verrechnen. Nach verschiedenen Studien sinken die «Umsätze» pro Patient in diesen «streng gesteuerten» Hausarztgruppen um 20% bis 25%. Dabei geht das Kostenbewusstsein nicht zulasten der Patienten. Nachweislich müssen sie seltener ins Spital als die Prämienzahler anderer Modelle.

Im Moment sind erst ein Viertel aller Versicherten in der Schweiz von solchen Ärzte-Netzwerken betreut. 39% sind in Modellen, die die freie Arztwahl zwar etwas einschränken, aber bei welchen von den Anbietern sonst wenig Aufwand bezüglich effizienter Leistungserbringung betrieben wird. Entsprechend gering fällt der Effekt der Kostendämpfung aus. Könnte man die Versicherten dieser Varianten für echte Managed-Care-Modelle begeistern, würden die Rechnungen zulasten der Allgemeinversicherung (OKP) um mehr als 2 Mrd. Fr. pro Jahr schrumpfen.

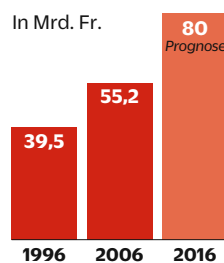
Es ist deshalb inakzeptabel, dass viele Versicherungen – besonders in der Westschweiz – noch keine echten Managed-Care-Modelle offerieren. «Das Verhandeln der Tarife ist ihnen zu mühselig», sagt Felix Huber. Der Arzt hat als Pionier unter dem Label «mediX» eine ganze Reihe dieser ambitionierten Ärztenetze und Gruppenpraxen aufgebaut. Viele Versicherungen böten lieber Pseudomodelle an, sagt Huber. «Sie betreiben damit einfach Marketing», wirft er ihnen vor.

Selbst der Direktor des Krankenversicherungsverbandes Curafutura, Pius Zängler, bescheinigt seiner Branche hier noch «Potenzial». Ähnlich sieht es Krankenversicherungsexperte Felix Schneuwly vom Vergleichsdienst Comparis: «Einige haben Nachholbedarf.» Er kritisiert auch, dass die Versicherer Managed-Care-Modelle in der Regel als Billigmedizin vermarkten, die man nur wegen der tiefen Prämien akzeptieren müsse. «Dabei bringen diese Netzwerke zum Beispiel für chronischkranke Patienten aus medizinischer Sicht ausgezeichnete Resultate.»



Spitzentechnologie auch im Regionalspital Surselva: Ein Patient erhält eine Computertomografie. (Illanz, 2011)

Gesamtkosten



In 20 Jahren haben sich die Ausgaben der Schweiz für das Gesundheitswesen verdoppelt. Dabei sollte eine 1996 in Kraft getretene Gesetzesreform das Kostenwachstum zügeln.

2 Spitalsubventionen um 2 Mrd. kürzen

Seit 2012 gilt ein neues Tarifregime für Schweizer Spitäler. Sie erhalten pro behandelten Patienten eine pauschale Abgeltung, die im Durchschnitt bei 9600 Fr. liegt. Die Tarife variieren aber je nach Spital und Verhandlungspartner auf Seite der Krankenkassen stark. Ziel der Einführung von Fallpauschalen war, unterschiedliche Kostenstrukturen in den Betrieben transparent zu machen und die Verschwender zu disziplinieren.

Doch viele Kantone als Betreiber von Kliniken unterwandern diesen Ansatz systematisch. Der Schutz der regionalen Spitäler birgt für Politiker weniger Risiken als deren Schliessung. Erhaltende Strukturpolitik kommt besser an als Wettbewerb. Unter dem Feigenblatt «Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen» subventionieren viele Kantone deshalb die eigenen Häuser. Insgesamt belaufen sich diese verzerrenden Zahlungen auf über 2,5 Mrd. Fr. im Jahr, wie eine kürzlich veröffentlichte Studie der Universität Basel belegt hat. Besonders viel lassen sich Kantone der Westschweiz ihre Betriebe kosten. Genf schießt im Durchschnitt zu den verabredeten Fallpauschalen nochmals fast 7650 Fr. an jede(!) Spitalbehandlung zu, im Waadtland sind es 5000 Fr. Die Beiträge des Steuerzahlers in Zürich, Aargau oder Zug liegen bei rund 1000 Fr. Damit bleibt die eigentlich erwünschte Strukturbereinigung unter den Spitalern aus, viele unrentable Häuser überleben. Der Nationalrat hat im Mai 2017 ein Postulat überwiesen, das die Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitswesen entflechten will. Nun muss der Ständerat Position beziehen.

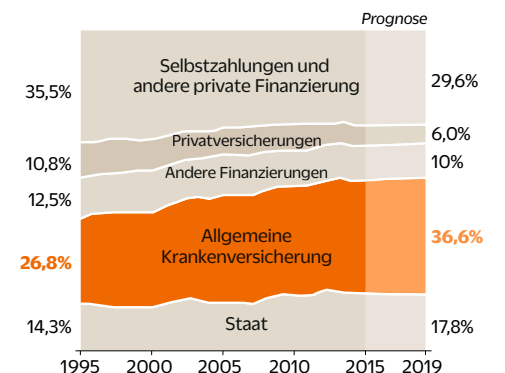
3 Dank ambulanter OP 1 Mrd. sparen

Bundesrat Alain Berset erhöht ungeachtet der kantonalen Politik mit einem Eingriff in die Tarifpolitik den Druck auf die Krankenhäuser. Ab 2018 erhalten sie eine Reihe von Eingriffen nur noch ambulant vergütet. Der medizinische Fortschritt erlaubt heute, immer mehr Operationen minimalinvasiv vorzunehmen.

ANZEIGE

Prämienzahler bluten

Finanzierung des Gesundheitssystems nach Zahlern (Anteil in Prozent)



Quelle: KOF

In den Niederlanden werden die Hälfte der chirurgischen Eingriffe ambulant erledigt, in der Schweiz liegt man noch massiv tiefer. Dabei schonen sie die Gesundheit des Patienten. Doch weder Ärzte noch Spitäler haben in der Schweiz wirtschaftlich ein Interesse an der Verlagerung. Ein Beispiel: Für eine Meniskusoperation können die Leistungserbringer 2400 Fr. verrechnen, wenn der Patient am Abend heimgeht. Bleibt er im Spital, kostet die Prozedur gleich gegen 7000 Fr. Ist er noch Zusatzversichert, schlägt sie mit 11 500 Fr. zu Buche. Ein Versicherungsfachmann sagt deshalb: «Ich verstehe, dass jetzt der Bund und einige Kantone Druck machen.» Das Sparpotenzial einer konsequenten Verschiebung in den ambulanten Bereich beziffert das Beratungsunternehmen PWC mit 1 Mrd. Fr.

Die Sache hat aus Sicht der Versicherungen aber einen Haken. Kantone und Krankenkassen teilen sich die Bezahlung der stationären Behandlungen fast hälftig. Ambulante Eingriffe tragen die Krankenkassen allein. Auch wenn also kürzer und damit billiger behandelt wird, rechnen die Krankenkassen mit einem zusätzlichen Anstieg der Prämien. Die Entlastung fällt nur bei den Kantonen (und den Steuerzahlern an).

Die Krankenkassen verlangen deshalb, die Finanzierung aller Leistungen zu vereinheitlichen. Mit einer solchen Neuordnung könnten tatsächlich eine Reihe von Fehlanreizen im System beseitigt werden, die nachhaltiges Sparen verhindern. Viele Kantone (allen voran der Zürcher Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger) wehren sich aber dagegen. Sie wollen ihre Steuerungsmöglichkeiten nicht aus der Hand geben. Im Parlament ist seit 2009 eine Initiative hängig, die diese einheitliche Finanzierung fordert. Anfang November wurde ihre Frist verlängert. Hetzen mag man nicht im Schweizer Politbetrieb.

Aber langsam drängt die Zeit. Fachleute verschiedener politischer Ausrichtung sprechen von einer Systemkrise. Die Gesundheitsausgaben drohen schon in fünf Jahren die 100-Mrd.-Fr.-Grenze zu überschreiten. Eine Reorganisation der Finanzierungsströme, die den Sparanreiz für Versicherer und Kantone erhöht, ist dringend angezeigt.

„HEY, DIE DA VORNE HAT ZWEI TASCHEN DABEI!“

Why not?

Wenn Sie einen Sitz ganz vorn buchen, dürfen Sie ein zweites Handgepäckstück mit an Bord nehmen

generation easyJet

Info & AGB: www.easyJet.com