

Nach dem Prämienschock: Wie sparen wir im Gesundheitswesen 20 Prozent ein?

Gegenseitige Schuldzuweisungen sind an der Tagesordnung. Ist das Gesundheitswesen noch reformierbar? Wir haben vier Experten befragt, wo man ansetzen sollte – und wie man die Blockade überwindet.

Christin Severin, Christoph
Eisenring

03.10.2023, 05.30 Uhr ⌚ 6 min



«Jedem Tälchen sein Spitalchen», sagt das Bonmot. Der Trend von stationären zu ambulanten Eingriffen erzwingt jedoch eine Anpassung.

Annick Ramp / NZZ

Die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz immer noch hoch. Doch die anhaltenden Kosten- und

Prämiensteigerungen sind im Wahljahr 2023 zur grössten Sorge der Schweizerinnen und Schweizer geworden. Dieses Jahr war der Aufschrei über die Prämienrunde besonders stark, schlagen die Krankenversicherer im Schnitt doch gleich um 8,7 Prozent auf. Wir haben deshalb vier Experten gefragt, wo man ansetzen sollte, damit auch im Gesundheitswesen jeder Franken möglichst gut eingesetzt wird.

- Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik Economiesuisse
- Annamaria Müller, Präsidentin Verwaltungsrat HFR –
Freiburger Spital; Präsidentin fmc – Forum Integrierte Versorgung;
Inhaberin Amidea-Gesundheitsberatung
- Tilman Slembeck, Gesundheitsökonom, Professor an der ZHAW
School of Management and Law
- Werner Widmer, Lehrbeauftragter Universität St. Gallen (HSG) und
Universität Luzern, ehem. Direktor Stiftung Diakoniewerk
Neumünster

Herr Berset fragt Sie, wie man 20 Prozent der Ausgaben in der Grundversicherung einsparen könnte. Sie haben drei Massnahmen. Was tun Sie?

Fridolin Marty: Erstens müssten nicht nur die Leistungen, sondern auch die Gesetze und Verordnungen auf ihren Nutzen und ihre Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Zweitens wurde die Kostenbeteiligung seit 2004 nicht mehr erhöht. Mit einer Anpassung an die Kostenentwicklung könnte man die Prämien um 10 Prozent senken. Drittens verteuert der Trend von stationären zu ambulanten Eingriffen die Prämien, weil ambulante Leistungen zu 100 Prozent, stationäre Leistungen dagegen nur zu 45 Prozent über Prämien finanziert werden. Dieser Trend muss korrigiert werden.



Fridolin Marty, Leiter
Gesundheitspolitik Economiesuisse
PD

Annamaria Müller: Die Ausgaben zulasten der Grundversicherung könnte man schlagartig reduzieren, indem man den Kostenteiler zulasten des Staates erhöht. «Gespart» hat man dadurch natürlich nichts, es handelt sich um eine reine Verschiebung der Finanzierung. «Einsparungen» von 20 Prozent sind mit demokratietauglichen Massnahmen nicht zu erzielen. Ich würde Herrn Berset bzw. der Person, die ihm nachfolgt, hier nichts vorgaukeln.

Tilman Slembeck: Wir sollten ein Gesundheitssystem etablieren, das auf Wettbewerb basiert und in dem die Leistungserbringer an der Gesundheit verdienen statt an der Krankheit. Dazu braucht es integrierte Versorgungsnetze (durch Ärzteschaft, Versicherer oder Spitäler betrieben), die alle Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung aus einer Hand anbieten. Die Netze sind Finanzierer und Leistungserbringer in einem und profitieren deshalb von der guten Gesundheit ihrer Mitglieder. Der Wettbewerb zwischen den Netzen schützt die Mitglieder vor Unterversorgung.



Werner Widmer, ehem. Direktor
Stiftung Diakoniewerk Neumünster
NZZ

Werner Widmer: Ich schlage vor, die Franchise (nicht die Prämie) einkommensabhängig zu definieren. Die Franchise, also das, was wir selber bezahlen müssen, bevor die Krankenkasse die Rechnung übernimmt, könnte beispielsweise bei zehn Prozent des Einkommens (Haushaltseinkommen pro Kopf) liegen. Wer viel verdient, würde mehr Leistungen, die er beansprucht, selber bezahlen, wer wenig verdient, weniger. Die Prämie wäre für alle gleich hoch, aber viel tiefer als heute.

Wie kann man im Gesundheitswesen die Eigenverantwortung stärken?

Fridolin Marty: Die Eigenverantwortung kann man mit einer Anpassung der Kostenbeteiligung stärken. Diese müsste abgestuft werden. Heute gibt es nur drei Varianten: Die Versicherung zahlt nichts bis zur Höhe der Franchise, sie zahlt 90 Prozent bis zur Selbstbehalt-Obergrenze und 100 Prozent danach. Die Versicherten sollten mehr Wahlmöglichkeiten erhalten. Dazu müssten die strengen Regeln zu den alternativen Versicherungsprodukten gelockert werden. Den Trend hin zu stärkerer, gemeinschaftlicher Finanzierung gälte es rückgängig zu machen. Beim Start des Krankenversicherungsgesetzes 1996 wurden die Gesundheitskosten zu 45 Prozent privat finanziert, heute sind es nur noch 32 Prozent.

Annamaria Müller: Ich halte es für eine völlig falsche Annahme, dass mangelnde Eigenverantwortung der Grund für das Ausgabenwachstum ist. Fakt ist, dass der Löwenanteil der Ausgaben für einen kleinen Teil der Bevölkerung anfällt (z. B. wegen teurer Krebstherapien), dass wir – auch aufgrund der Fortschritte in der Medizin – älter und krankheitsanfälliger werden und dass mit der Behandlung von Krankheit und Leiden viel Geld verdient wird.

Eigenverantwortung muss längst vor dem Kontakt mit dem Gesundheitswesen gestärkt werden, indem Achtsamkeit und Respekt vor sich selbst und vor der Mitwelt gelehrt und vorgelebt wird.

Tilman Slembeck: Wenn die Anbieterin den Kaufentscheid trifft und der Nachfrager nur einen kleinen Teil der Rechnung selbst zahlt, ist Eigenverantwortung ein schwieriges Konzept. Es betrifft im Schweizer System in erster Linie die Leistungserbringer, die nur notwendige und wirksame Leistungen erbringen sollen. Die Patienten leiden regelmässig unter einem Informationsdefizit und sind oft unsicher, ob und welche Leistung sie wirklich brauchen. Offensichtlich geht man dann lieber einmal zu viel als zu wenig



Annamaria Müller, Präsidentin
Verwaltungsrat HFR – Freiburger
Spital; Präsidentin fmc – Forum
Integrierte Versorgung
PD

zum Arzt, nicht zuletzt, weil man hohe Prämien zahlt. Für alle Akteure die richtigen Anreize zu setzen, ist deshalb zentral, so dass die Notwendigkeit der Eigenverantwortung minimiert wird.

Werner Widmer: Eigenverantwortung wird stärker wahrgenommen, wenn sie mit finanziellen Konsequenzen verbunden ist. Das ist der Fall bei der einkommensabhängigen Franchise: zuerst finanzielle Eigenverantwortung, soweit sie dem Einzelnen zumutbar ist, und erst dann kollektive Solidarität. Eine durchschnittlich verdienende Person ist doch, wenn sie krank wird, nicht schon ab 2500 Franken pro Jahr auf die Solidarität der Gemeinschaft angewiesen, ab z. B. 10 Prozent ihres Einkommens schon eher.

Derzeit stehen besonders die Spitäler unter Druck. Welche Veränderungen braucht es im Spitalsektor?

Fridolin Marty: Die Spitäler sind besonders betroffen von der Bürokratisierung der letzten Jahre. Die administrative Belastung für

die Personen am Patientenbett sowie die Regulierungen rund um Produkte, Datenschutz und medizinische Leistungen sind explodiert. Das Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung wird von den Kantonen sehr unterschiedlich angewandt. Dies führt zu Verzerrungen im interkantonalen Wettbewerb. Es braucht mehr finanzielle Transparenz in den Bereichen gemeinwirtschaftliche Leistungen und Investitionen.

Annamaria Müller: Der Spitalsektor gehört auf sein «technisches Minimum» eingedampft, also auf Behandlungen, die eine hoch technologisierte Infrastruktur sowie spezifisches Fachwissen benötigen und eine lückenlose Überwachung und Pflege vor Ort erfordern. Für einen signifikanten Anteil der derzeit Hospitalisierten trifft dies nicht zu. Sie sind im Spital, weil sie anderweitig nicht versorgt werden können, sei es, weil Pflegeplätze fehlen oder weil das ambulante Angebot nicht genügend ausgebaut ist. Die Veränderung muss deshalb von den umliegenden Versorgungsbereichen her erfolgen und aufeinander abgestimmt

sein, sonst bleibt der Spitalsektor die «Gassenküche» des Gesundheitswesens.



Tilman Slembeck, ZHAW School of
Management and Law
NZZ

Tilman Slembeck: Allen ist klar, dass wir zu viele Spitalstandorte haben und dass aufgrund des medizinischen Fortschritts nicht mehr sämtliche Spitäler alle Leistungen auf neuestem Stand erbringen können.

Kantonsübergreifende Spitalplanungen, Zusammenlegungen und Fokussierung von stationären Angeboten sind nicht nur kostensparend, sondern fördern auch die Versorgungsqualität durch höhere Fallzahlen. Angesichts des Fachkräftemangels ist die heutige Versorgungsstruktur absurd. Für die

Bevölkerung ist primär auch eine gute Rettung und Notfallversorgung wichtig.

Werner Widmer: Es gibt öffentliche oder privat-gemeinnützige Spitäler, die unter den heutigen Bedingungen finanziell gut leben können. Sie sind aus Sicht der Patienten und der Hausärzte attraktive Spitäler und werden deshalb von genügend Patienten aufgesucht. Es gibt aber auch Spitäler, die mangels Patienten finanziell auf keinen grünen Zweig kommen. Sie sollten von der öffentlichen Hand nicht künstlich am Leben erhalten werden. Es wäre sinnvoller, sie den erfolgreichen Spitälern zu verkaufen.

Die Schweizer stöhnen unter den Prämien erhöhungen, wollen gleichzeitig aber alles medizinisch Mögliche ohne Wartezeiten am Wohnort vorfinden. Ist mit einer solchen Haltung das Gesundheitswesen überhaupt reformierbar? Und warum ist der Widerstand gegen Reformen so gross?

Fridolin Marty: Offensichtlich ist das Gesundheitswesen reformierbar! Und wie: Das Parlament beschloss nach dem Krankenversicherungsgesetz 2014 das Aufsichtsgesetz für die Krankenkassen. Dazu kamen 175 Verordnungsänderungen. Das

Problem liegt nicht in der Reformierbarkeit, sondern in der Art der Reformen. Fast sämtliche Reformen führten zu einem höheren staatlichen Fussabdruck, zu mehr Bürokratie und zu weniger Eigenverantwortung.

Annamaria Müller: Jein. «Grosse Befreiungsschläge» wird es kaum geben, da steht uns die Urne im Weg. Wir befinden uns im Pareto-Optimum, dem Zustand, wo keiner mehr einen Vorteil erzielen kann, ohne dass ein anderer einen Nachteil in Kauf nehmen muss. Drücken wir die Preise, schreien die Produzenten, deckeln wir die Mengen, schreien die Leistungserbringer, schrauben wir an den Kosten, läuft das Fachpersonal davon. Zudem lässt sich aus jeder Position politisch Profit schlagen, was wiederum Öl ins Feuer giesst. Für konsensuelle Reformen geht es uns noch zu gut.

Tilman Slembeck: In einer Demokratie ist die Bevölkerung der einzige Akteur, der widersprüchlich sein darf. Sie will den Fünfer und das Weggli. Damit muss die Politik umgehen können. Sie muss dem Volk Zielkonflikte aufzeigen und klar benennen. Das macht sie

aber selten. Beispielsweise hat wohnortnahe Versorgung ihren Preis. Für Freizeitverkehr werden 5,5 Stunden pro Woche aufgewandt, aber 2 Stunden Anreise für einen wichtigen Eingriff, der die Lebensqualität verbessert, erscheint als Zumutung. Und dass wir fast keine Wartelisten haben, hat auch seinen Preis, indem wir uns stationär hohe (Über-)Kapazitäten leisten. Deren Abbau kann zu Wartezeiten führen. Wer sagt's dem Volk?

Werner Widmer: Das ist psychologisch nicht erstaunlich, wenn man bedenkt, dass die Leistungen, im Moment, in dem sie beansprucht werden, praktisch gratis sind. Der Preis spielt keine Rolle. Die zeitliche Trennung von Leistungskonsum (beim Arzt, im Spital usw.) und Bezahlung (Prämien, Steuern) ist im heutigen Ausmass nicht sinnvoll. Die übertriebenen Wünsche werden automatisch zurückgehen, wenn man für die nachgefragten Leistungen zuerst einmal selber mehr bezahlen muss.