

## REFORMSTAU ÜBERWINDEN

## Die verwaltete Gesundheit

Wie der Staat den Wettbewerb aushebelt – und welche Medizin es dagegen gibt

CHRISTOPH EISENRING

Der Patient blättert in einem Katalog, in dem ihm Operationen von künstlichen Hüftgelenken angeboten werden. Da gibt es einen Eingriff in Basel für 16 800 Fr. Wenn er aber bereit ist, die Operation im nahe gelegenen deutschen Lörach durchzuführen zu lassen, bezahlt er für eine vergleichbare Qualität nur 7000 Fr. Also nichts wie los über die Grenze nach Lörach? Nein, die Szene ist Fiktion. Im Gesundheitswesen ist «Einkaufstourismus» verboten, es gibt selbst in der Schweiz keinen richtigen Binnenmarkt. Und es ist zudem nicht der Konsument, der für die Kosten der Operation aufkommt, sondern seine Krankenkasse.

Stefan Felder von der Universität Basel rechnet in der «Finanz und Wirtschaft» vor, dass sich der Kostenunterschied bei jährlich 15 000 Hüftgelenken zwischen der Schweiz und Deutschland auf 147 Mio. Fr. beläuft. Das ist zwar Theorie, aber so, wie der Einkaufstourismus Migros und Coop diszipliniert, würde es im Spitalsektor ebenfalls helfen, wenn es zumindest innerhalb der Schweiz mehr Wettbewerb gäbe.

## Die Herren über die Spitalliste

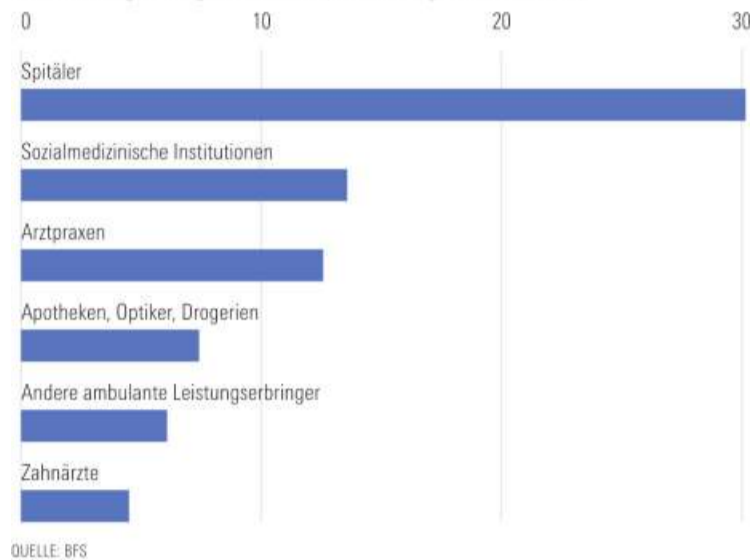
Stattdessen wird im Gesundheitswesen die Regulierungsschraube ständig angezogen. Die Ratlosigkeit zeigt sich darin, dass Gesundheitsminister Alain Berset dem Parlament einen Vorschlag zur jährlichen Deckelung der Kosten vorgelegt hat – einem planwirtschaftlichen Instrument par excellence.

Bei den Spitälern, dem grössten Kostenblock im Gesundheitswesen, ziehen die Kantone die Fäden. Öffentliche Krankenhäuser und solche, an denen sie die Aktienmehrheit halten, haben einen Marktanteil von 80%. Oft gehen solch hochkonzentrierte Märkte mit ineffizienten Abläufen, überhöhten Preisen und einem Mangel an Innovation einher. Die Kantone sind dabei nicht nur Eigentümer, vielmehr haben sie gleich mehrere Hüte auf, was zu unauflösbaren Interessenkonflikten führt. Die Kantone sind nämlich auch Schiedsrichter, wenn sich die Spitäler und Krankenversicherer nicht auf einen Tarif einigen können.

Die Kantone sind überdies die Herren über die Spitalliste, mit der sie eine ausreichende Versorgung garantieren sollen. Nur Spitäler auf der Liste können ihre Operationen zulasten der Grundversicherung abrechnen und kommen damit in den Genuss eines kantonalen Beitrages von 55% der Vergütung. Den Rest zahlt die Krankenversicherung. Es fällt nun auf, dass jedes öffentliche Spital

## Spitäler sind der grösste Kostenblock

Nach Leistungserbringer, in Mrd. Fr. (Gesamtausgaben 82 Mrd. Fr.)



QUELLE: BFS

auf einer Spitalliste figuriert – im Gegensatz zu den privaten Spitälern. Um das Risiko einer (verdeckten) Diskriminierung der Privatspitäler zu mindern, schlägt der Ökonom Felder vor, dass der Bund Qualitätskriterien definiert, die landesweit gelten. Wenn ein Spital – unabhängig von seiner Trägerschaft – diese für einen Bereich erfüllt, sollte es in die Spitalliste aufgenommen werden.

Dass im Spitalbereich immer die Versicherer und die Kantone involviert sind, führt zu Bürokratie und ungesunden Verzerrungen, denn im ambulanten Sektor tragen die Krankenkassen die Kosten zu 100%. Der Bund hat deshalb für sechs Operationen verfügt, dass sie ambulant zu erfolgen haben, um Kosten zu sparen. Solche Ad-hoc-Eingriffe aus Bern sind typisch. Dabei liegt die Remedur auf der Hand: Die bisher von den Kantonen für Operationen bezahlten 55% sollten umgewandelt werden in einen allgemeinen Kostenbeitrag, damit für stationäre und ambulante Behandlungen der gleiche Schlüssel gilt. Im Moment liegt die entsprechende Vorlage beim Ständerat.

## Sündenregister der Kantone

Der Dachverband der Wirtschaft, Economiesuisse, hat vor wenigen Jahren ein Register mit zehn «Sünden» erstellt, das zeigt, wie die Kantone den Wettbewerb aushebeln. Zwei Beispiele seien herausgepickt: Das erste betrifft den Kanton Waadt. Bis heute ist hier die Menge von Leistungen kontingentierte, bis zu der die Privatspitäler den Kantonsbeitrag erhalten. Wird die Limite ausgeschöpft, zahlt der Kanton nicht mehr,

und die Patientin muss sich somit in einem öffentlichen Spital behandeln lassen. Der Kanton Genf hat diese diskriminierende Praxis nach einem Gerichtsurteil kürzlich abgeschafft.

Das zweite Beispiel zeigt, dass 2018 laut einer Studie von Stefan Felder im Auftrag der Privatkliniken Schweiz insgesamt 2,5 Mrd. Fr. von den Kantonen an die Spitäler flossen für «gemeinwirtschaftliche Leistungen», aber auch in Form überhöhter Tarife und subventionierter Investitionen. Pro Fall waren dies 2000 Fr. Von diesen Geldern gin-

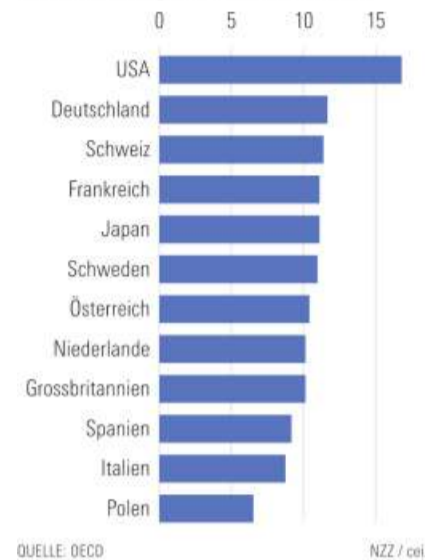
Es fällt auf, dass jedes öffentliche Spital auf einer Spitalliste figuriert – im Gegensatz zu den privaten Spitälern.

gen nur 4% an private Spitäler, 96% dagegen an öffentliche und vom Kanton kontrollierte Krankenhäuser. Dies verschafft öffentlichen Spitälern einen Vorsprung gegenüber privaten.

Was müsste geschehen, um mehr Wettbewerb in den Sektor zu bringen, um den Patienten ein besseres Preis-Leistungs-Verhältnis zu bieten? Erstens sollten die Kantone nur einen Hut aufhaben: denjenigen der Aufsicht, der sicherstellt, dass es überall im Land eine genügende

## USA sind einsamer Spitzenreiter

Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2019



QUELLE: OECD

Versorgung gibt. Dabei sollte aber in ganzen Versorgungsregionen und weniger als heute kantonal gedacht werden. Nötig wäre somit eine Abspaltung und Privatisierung öffentlicher Spitäler, wozu allerdings weder die Politik noch die Bevölkerung bereit scheinen. 2019 haben sich die Defizitdeckungen laut dem Bundesamt für Statistik bereits auf 421 Mio. Fr. summiert, und das war noch vor Corona.

Zweitens sollten gemeinwirtschaftliche Leistungen klar definiert und regelmässig ausgeschrieben werden, damit sich auch Private bewerben können. Bei den Rettungsdiensten gibt es Ansätze in diese Richtung.

## Ohnmächtige Krankenkassen?

Doch das kann nur der Anfang sein. Die letzte «Revolution» im Spitalwesen war die Einführung von Fallpauschalen (SwissDRG) im Jahr 2012. Es gibt mittlerweile rund tausend SwissDRG für alle möglichen Eingriffe. Mit jedem Spital handeln die Versicherer einen Basistarif aus, der dann je nach Operation mit einem Faktor multipliziert wird. Positiv ist, dass bei Fallpauschalen die Spitäler nicht mehr daran verdienen, Patienten möglichst lange zu behalten. Die Verweildauer hat seit 2002 denn auch von 7,4 Tagen auf 5,4 Tage abgenommen, und die Kostenentwicklung im stationären Bereich war unterdurchschnittlich.

Die Berater von Polynomics haben vorgeschlagen, dass man alle Eingriffe in zwei Gruppen unterteilt. Zur Gruppe A gehören planbare und häufige Operationen, man denke etwa an Gelenkprothesen. Hier sollte Wettbewerb herrschen.

Krankenversicherer würden also in Verhandlungen mit Spitälern Preise und Qualitätskriterien selbst aushandeln. Zur Gruppe B zählen dagegen nicht planbare Akutleistungen mit geringer Fallzahl, hohen Kosten und Risiken. Hier würden die Verbände von Leistungserbringern und Krankenkassen Verträge aufsetzen, die man zum Beispiel alle zehn Jahre ausschreiben könnte.

Eine weniger weit gehende Idee baut auf den heutigen Fallpauschalen auf, erlaubt es den Kassen aber, Rabatte darauf auszuhandeln. Sie könnten zum Beispiel Operationen für künstliche Gelenke ihrer Mitglieder regelmässig ausschreiben und mit einzelnen Spitälern Verträge abschliessen. Damit würden auch neue Policen möglich, mit denen der Patient an der Kostenersparnis beteiligt würde, der hier mitmacht.

Für solche Neuerungen würde es Gesetzesänderungen brauchen. Sind den Krankenkassen somit die Hände gebunden? Sie könnten schon etwas mehr wagen, sind sich Beobachter einig. 60% ihrer Mitglieder haben sich mittlerweile alternativen Versicherungsmodellen wie Hausarztmodellen oder Health Maintenance Organisations angeschlossen. Diese Patienten liessen sich in der Theorie in Spitäler mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis lenken – ob in den lockeren Hausarztmodellen Ärzte und Versicherte solche Einschränkungen goutieren würden, ist allerdings eine andere Frage.

Solange der steuerfinanzierte Anteil im Gesundheitswesen weiter zunimmt und die Prämienrabatte limitiert sind, haben es Managed-Care-Modelle, in denen die Patienten auch wirklich «gemanagt» werden, jedenfalls schwer. Statt dass die Regulierungsschraube gelockert wird, droht dem Schweizer Gesundheitswesen, dass der Staat noch dominanter wird.

## REFORMSTAU ÜBERWINDEN

Wer sind die Bremser?

Der Druck auf den Schweizer Wirtschaftsstandort nimmt zu. Als Reaktion auf das Scheitern des Rahmenabkommens stellen wir uns den Fragen: «Wieso gelingt uns nicht mehr aus eigener Kraft? Wer sind die Reformbremser?» Die Serie erscheint zehnmal jeweils mittwochs. Am 25. August geht es um die Tendenz, den Steuerwettbewerb einzuhegen und zu «harmonisieren». Alle Artikel der Serie finden sich unter

NZZ nzz.ch/wirtschaft/reformstau

## Verfehlte Zwangsheirat und bloss inszenierter Wettbewerb

Die freie Arztwahl schafft Fehlanreize, die der Bund mit immer neuen Regulierungen zu korrigieren versucht

STEFAN HÄBERLI, BERN

Im Gesundheitswesen wird Wettbewerb gespielt. Zwar hat die Schweizer Bevölkerung die Wahl zwischen fünfzig Krankenkassen. Doch im obligatorischen Bereich agieren die Versicherungen wie Zahlstellen. Sie unterscheiden sich zwar in ihren Namen, Logos sowie den Prämien. Aber ihre Standardangebote in der Grundversicherung sind austauschbar. Das liegt am Kontrahierungszwang: Die Krankenversicherungen müssen die Leistungen aller Ärzte vergüten – unabhängig davon, ob die Behandlung aus ihrer Sicht notwendig ist und den Qualitätsanforderungen entspricht.

Die Leistungen der Ärzte müssten laut Gesetz eigentlich wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Doch das bleibt tot Buchstabe. Es wird standardmässig vermutet, dass die sogenannten WZW-Kriterien eingehalten werden. Versicherer müssen das Gegenteil beweisen. Da sich der Aufwand da-

für kaum lohnt, sind sowohl die Vertragspartner als auch der Leistungskatalog der Krankenkassen im Wesentlichen vorgegeben. Kommt dazu, dass auch die Tarife, zu welchen die Ärzte ihre Leistungen verrechnen, fixiert sind. Wegen dieser Melange enthält das Gesundheitswesen im ambulanten Bereich nur Spurenelemente von Wettbewerb.

## Unerwünschte Nebenwirkungen

Angesichts der hohen Qualität der medizinischen Versorgung mag man sich fragen, ob das schlimm sei. Schliesslich setzt die Schweiz im Gesundheitswesen bewusst auf regulierten Wettbewerb. Doch der Kontrahierungszwang führt zu einer Kaskade an weiteren Regulierungen. Bestes Beispiel dafür ist der Ärztestopp: Im Zuge der Einführung der Personenfreizügigkeit mit der EU wurde befürchtet, der Zustrom ausländischer Ärzte könnte zu einer Kostenexplosion führen. Statt den

Vertragszwang zwischen Versicherern und Ärzten abzuschaffen, begrenzte der Bundesrat 2001 die Neuzulassung von Ärzten auf dem Verordnungsweg. Eigentlich als provisorische Notlösung gedacht, wurde der Ärztestopp später in ein Gesetz übergeführt und mehrmals verlängert.

Die Massnahme hatte unerwünschte Nebenwirkungen. Es drohte ein Ärztemangel in ländlichen Gebieten. Um dies zu verhindern, wurde das branchiale Instrument verfeinert: Seit Juli bestimmt ein regional errechneter Versorgungsgrad darüber, wie viele Ärzte in einem Kanton zugelassen werden. Übersteigt die Ärztedichte einen gewissen Wert, werden die Neuzulassungen beschränkt. Mit der staatlichen Feinststeuerung soll regional sowohl ein Überangebot als auch ein Mangel an Ärzten verhindert werden. Damit wird ein Problem gelöst, das der Kontrahierungszwang erst geschaffen hat. Zusammen mit dem Vergütungssystem setzt er An-

reize zur Mengenausweitung. Egal, ob medizinisch notwendig oder nicht – je mehr Leistungen Ärzte erbringen, umso höher ist ihr Einkommen.

## Abschaffung wohl chancenlos

Zugleich bestehen für die Mediziner kaum Anreize, auf dem Land eine Praxis zu eröffnen. Mit zahlreichen Massnahmen versucht Gesundheitsminister Alain Berset dieser Fehlanreize Herr zu werden. Würde die Zwangsheirat zwischen Versicherungen und Ärzten aufgehoben, wären viele von ihnen obsolet. Ohne Kontrahierungszwang könnten Krankenkassen jene Ärzte, die sich aus ihrer Sicht nicht an die WZW-Kriterien halten, unkompliziert von der Grundversicherung ausschliessen. Dies würde disziplinierend auf die Leistungserbringer und damit kostendämpfend wirken. Zudem könnten die Versicherungen die Ärztedichte regional steuern.

Die Abschaffung des Kontrahierungszwangs gilt als politisch chancenlos. Die Managed-Care-Vorlage, die mit finanziellen Anreizen die Wahl von Versicherungsmodellen ohne freie Arztwahl fördern wollte, lehnte das Volk 2012 mit 76% der Stimmen ab. Dem Nein lag vor allem eine Befürchtung zugrunde: Wenn die Versicherungen insbesondere die Kosten im Blick hätten, könnte es zu einer Rationierung der medizinischen Leistungen kommen. Dieses Schreckensszenario ist wenig plausibel. Vielmehr dürften die Krankenkassen nach einer Abschaffung des Kontrahierungszwangs ihre Angebote differenzieren: Die einen würden ihr Angebot auf jene Versicherten ausrichten, denen die freie Arztwahl wichtig ist. Andere könnten in den Städten nur mit wenigen Leistungserbringern einen Vertrag abschliessen, dafür aber attraktivere Prämien anbieten. So herrschte im Gesundheitswesen tatsächlich so etwas wie Wettbewerb.