

GESUNDHEIT

Mehr Eigenverantwortung in der Krankenversicherung

Unser Gesundheitssystem muss dringend reformiert werden. Viel wäre schon gewonnen, wenn Wohlhabende künftig stärker für ihre Krankheitskosten selber aufkommen. Von Konstantin Beck und Stefan Felder



Die Ausgaben im Gesundheitswesen laufen aus dem Ruder. Bei Einführung der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) im Jahr 1996 lagen die Pro-Kopf-Kosten des Schweizer Gesundheitswesens bei 5300 Franken. Bis heute haben sie sich um 80 Prozent auf 9600 Franken erhöht. Im Vergleich dazu ist das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf seit 1996 lediglich um 43 Prozent gestiegen. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP hat sich dementsprechend von 7,1 auf 11,3 Prozent erhöht. Dies ist nach den USA (17,7 Prozent) der zweithöchste Wert aller Industrieländer.

Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen steigt überproportional mit dem Einkommen, nicht nur in der Schweiz und den USA, sondern überall auf der Welt und unabhängig davon, wie stark der Staat jeweils in den Gesundheitsmarkt eingreift. Verantwortlich dafür ist in erster Linie die Einkommensentwicklung: je reicher ein Land, umso höher der Anteil seiner Gesundheitsausgaben am BIP. Hohe Einkommen bedeuten eine hohe Zahlungsbereitschaft für Gesundheit, die ihrerseits das Tempo beim medizinisch-technischen Fortschritt befeuert. Für die USA sind überzeugende makroökonomische Modelle publiziert worden, wonach die Gesundheitsausgaben bis 2050 auf 30 Prozent des BIP ansteigen könnten – der Beitrag der Gesundheit an die Staatsquote betrüge dann 15 Prozentpunkte.

Immer mehr Staat im Gesundheitswesen

Mit zunehmendem Wohlstand wäre eigentlich zu erwarten, dass die finanzielle Verantwortung der Einzelnen

für ihre Gesundheitsversorgung zunähme. Tatsächlich ist es gerade umgekehrt. Der staatliche Einfluss auf den Gesundheitssektor, der sich insbesondere im Anteil der staatlichen Gesundheitsfinanzierung zeigt, ist überall angewachsen. Bill Clinton hat 1992 mit den zwei Slogans seines erfolgreichen Wahlkampfes, «It's the economy stupid» und «Don't forget health care», die Ursache hierfür angegeben. Wahlen werden mit Konjunkturprogrammen und besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssektors gewonnen. Seit der Einführung der OKP in der Schweiz vor 25 Jahren hat der über Steuern und Prämien finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben laufend zu- und die Bedeutung der privaten Zusatzversicherung parallel dazu abgenommen. Der Politik fällt es schwer, den Bürgern Gesundheitsleistungen vorzuenthalten – sie hat die nächsten Wahlen und Volksabstimmungen mit gesundheitspolitischem Inhalt vor Augen. Auch dem Obligatorium in der Krankenversicherung wurde an der Urne zugestimmt. Bund und Kantone haben sicherzustellen, wie es in der Bundesverfassung in Art. 41 heisst, «dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält».

Die Abdeckung grundlegender Bedürfnisse ist das Kennzeichen jeder Sozialversicherung. Sie funktioniert bei der Alters- und der Invalidenversicherung über die Festlegung eines maximalen Rentenbetrags und in der Unfall- und der Invalidenversicherung über einen straffen Leistungskatalog. Für die OKP verlangt zwar Art. 32 des Gesetzes ebenfalls, dass Leistungen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind. Aber es gibt bisher keine Verordnung,

Nachfrageseitig entscheidend für das Fehlen eines relevanten Pflegeversicherungsmarktes ist das Verhalten des Staates, die Menschen am Lebensende rundum zu versorgen.

die festlegt, was Wirtschaftlichkeit bedeutet. Dabei schreibt die Bundesverfassung die staatliche Pflicht zur Unterstützung in der Gesundheitsversorgung subsidiär vor, «in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative». Die Realität bietet ein anderes Bild: Seit der Einführung der OKP hat die persönliche Verantwortung im Gesundheitsbereich stetig abgenommen.

Die zunehmende staatliche Finanzierung von Gesundheitsausgaben belastet die Budgets von Bund und Kantonen. Der Druck auf den Staat, die OKP zu reformieren, wird steigen, weil an-

dere Aufgaben dringlich werden und gleichzeitig die Nachfrage nach Gesundheitsgütern weiterhin stark steigen wird. Es gibt dann zwei Wege: Entweder schränkt der Staat seine Rationen im Gesundheitsbereich ein, die er bisher im internationalen Vergleich beispiellos grosszügig verteilt hat, und gestaltet die OKP als Basisversorgung um. Damit würde der Zusatzversicherungsbereich erweitert und mit der steigenden Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung künftig zunehmen, während die Deckung in der Basisversicherung konstant bliebe. Oder er stärkt die Eigenverantwortung innerhalb der OKP, indem er die gesetzliche Versicherung auf Personen mit geringem Einkommen begrenzt, die sich eine private Versicherung nicht leisten können. Unser Reformvorschlag stellt eine Kombination beider Wege dar.

Weniger Versicherungsschutz für Gutsituierte

Es geht uns um eine Rekalibrierung von Eigenverantwortung und Subsidiarität. Unstrittig ist es, Haushalten mit geringem Einkommen den Zugang zur einer angemessenen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Der liberale Staat steht jedoch nicht in der Pflicht, seine wohlhabenden Mitbürger in der Krankenversicherung bereits ab der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestfranchise von 300 Franken abzufedern, wie das heute der Fall ist. Eine richtig verstandene Subsidiarität der Verantwortlichkeiten schliesst diejenigen von der Sozialversicherung aus, die wirtschaftlich problemlos in der Lage sind, selbst vorzusorgen.

Ein vollständiger Ausschluss Gutsituierter aus dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz hätte allerdings zwei unerwünschte Effekte. Wohlhabende mit hohen Krankheitskosten könnten bewusst auf Versicherungsnachfrage verzichten, weil sie im Krankheitsfall mit der erzwungenen Solidarität des Spitals oder des Steuerzahlers rechnen, wie das jetzt in der Langzeitpflege der Fall ist. Obwohl grundsätzlich in der Lage, die Versicherungsprämie zu zahlen, gehen sie das Risiko ein, im andauernden schweren Krankheitsfall die Solidarität der Mitbürger zu erzwingen. Um das zu verhindern, sollte man von den Besserverdienenden verlangen, dass sie ab einer bestimmten im Gesetz festgelegten Schadenhöhe den Nachweis einer (Hochrisiko-)Versicherung erbringen müssen.

Damit bleiben die Gutsituierter im Obligatorium, aber die Kostenschwelle wird so hoch angesetzt, dass die Trittbrettfahrer für ungedeckte Behandlungskosten (bis zur gesetzlichen Schwelle) haften. Gleichzeitig stünde es den Reichen frei, eine freiwillige Zusatzversicherung abzuschliessen, um ihre Kostenbeteiligung im obligatorischen Bereich abzudecken. Will man die gutsituierten chronisch Kranken finanziell entlasten, könnte deren Hochrisikoschwelle unter Ausklammerung ihrer jährlich wiederkehrenden hohen Krankheitskosten berechnet werden.

Als zweiter Nachteil des Ausschlusses der Gutsituierter könnte es im gesetzlichen Teil der Versicherung zu einem Prämienanstieg kommen, wenn die dort verbleibenden Versicherten im Durchschnitt kränker sind und daher höhere Kosten verursachen. Dies kann allerdings durch eine Risikoausgleichszahlung zwischen den beiden Gruppen korrigiert werden. Erweisen sich die Reichen tatsächlich als bessere Risiken, müssen sie ihren Kostenvorteil als Zuschlag auf ihre Hochrisikoprämie zahlen. Die so vereinnahmten Mittel würden als Quersubvention von der Hochrisikoversicherung an die Grundversicherung überwiesen.

Sinkende Prämien dank gesteigerter Eigenverantwortung

Der direkte Prämieneffekt einer solchen Zweiteilung der Krankenversicherung hängt von der Höhe der Hochrisikoschwelle ab. Je höher die Schwelle, desto geringer die Prämie für das verbleibende Hochrisiko. Bereits eine Schwelle von 5000 Franken reduzierte die Prämie um ein Drittel, ab einer Schwelle von 10000 Franken wird die Prämie gar mehr als halbiert. Der Prämieneffekt ist also erheblich.

Hinzu kommt ein weiterer, die Prämie senkender Effekt: Im Hochrisikokollektiv sinken die Kosten, verglichen mit der Grundversicherung, zusätzlich, weil die Versicherung nur dann in Anspruch genommen werden kann, wenn die Kosten die Schwelle übersteigen. Es ist nun aber bekannt, dass Individuen, die sich stärker an den Kosten beteiligen müssen, weniger oft zum Arzt gehen und sich weniger Leistungen verordnen lassen.

Indem die Hochrisikoversicherten einen relevanten Anteil der Gesundheitskosten aus eigener Tasche zahlen, werden sie die Leistungen der Mediziner stärker hinterfragen und gegebenenfalls nach kostengünstigeren Therapien und Generika fragen. Während es sich bisher immer wieder politisch als aussichtslos er-