

## Krankenversicherung

## «Ein bisschen irrational»

Von Markus Somm — Das schweizerische Gesundheitswesen gleicht einer Planwirtschaft, mit all ihren Nachteilen. Besserung ist nicht zu erwarten – vorher bricht das System zusammen.

*Erneut sind die Krankenkassenprämien gestiegen – und man scheint schon froh sein zu müssen, dass sie nur um 2,2 Prozent zugelegt haben. Herr Huber, hat Sozialminister Pascal Couchepin die Gesundheitskosten neuerdings im Griff?*

Für mich ist das eine künstliche Sache: Er hat die Krankenkassen einfach gezwungen, mehr Reserven abzubauen. Pascal Couchepin glaubt, zehn Prozent seien genug, während die Versicherungen lieber ein etwas besseres Polster hätten. Das ist kein realer Erfolg, sondern hier lebt man von der Substanz. Zweitens habe ich den Eindruck, dass die Krankenkassen die Bevölkerung etwas beruhigen wollen, um ihr die Idee einer Einheitskasse schmackhaft zu machen.

*Ist die Einheitskasse eine gute Idee?*

Ja. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen hat uns nichts gebracht. Gerade aus einer marktwirtschaftlichen Sicht finde ich es richtig, dass ein künstlicher Wettbewerb beseitigt wird. In der Grundversicherung können die Krankenkassen ja gar nicht richtig gegeneinander antreten – sondern Erfolg hat jene Kasse, die zufällig bessere Risiken als Kunden hat, also junge, gesunde Männer. Und wenn sie es gut macht, indem sie zum Beispiel gut gemanagt ist, wird sie vom sogenannten Risikoausgleich bestraft:

Ihre Überschüsse muss sie jener Kasse abtreten, die schlechte Risiken hat oder schlecht geführt ist. Das ist ein Nullsummenspiel, kein Wettbewerb. Wir haben rund hundert Krankenkassen in der Schweiz, das leuchtet mir nicht ein in einem «Markt», wo man keinen Gewinn erzielen kann.

*Warum ist in der Krankenversicherung alles anders als in der Autoversicherung? Ohne Wettbewerb fehlt für eine Krankenkasse jeder Anreiz, ihre Kosten in den Griff zu bekommen.*

Sie müssen zwischen der Grundversicherung und der Zusatzversicherung unterscheiden. Bei der Ersteren verhindert der Staat jeden Wettbewerb, bei der Letzteren herrschen sehr scharfe Marktbedingungen. Schlechte Risi-

ken, also Menschen mit einer ungünstigen Krankengeschichte, werden nur mit Vorbehalt aufgenommen, noch Kränkere gar nicht.

*Warum funktioniert in der Grundversicherung der Markt nicht?*

Weil der Gesetzgeber das so will: Jede Krankenkasse muss einen Patienten aufnehmen – ganz gleich, wie krank oder gesund, alt oder jung er ist. Diese Solidarität zwischen den Leuten will man sich leisten. Das ist ein politischer Entscheid – keine Marktwirtschaft.

*Ist es richtig, dass der schwere Raucher gleich viel zahlt wie der Nichtraucher?*

Als die Visana vor einigen Jahren ankündigte, sie wolle sich aus gewissen Kantonen zurückziehen, wo sie nur schlechte Risiken versichert hatte, zu Deutsch: alte, kranke Frauen, ging ein Aufschrei durch die Öffentlichkeit, der bis heute spürbar ist. Mit anderen Worten: Die Idee, dass man in der Grundversicherung die Prämien dem individuellen Risiko anpasst, ist nicht populär. Wirtschaftlich hat sich der Rückzug im Übrigen für die Visana ausbezahlt.

*Wenn Sie die Krankenversicherung neu konzipieren müssten, was täten Sie?*

Da muss ich weiter ausholen: In der Schweiz haben nur 19 Prozent eine Zusatzversicherung abgeschlossen, während sich 81 Prozent der Bevölkerung mit der Grundversicherung begnügen, das heisst, sie finden es ganz in Ordnung, dass ihnen der Staat die Gesundheitskosten subventioniert. Unter diesen 81 Prozent sind ohne Zweifel sehr viele Leute, die mehr für ihre Gesundheit bezahlen könnten – immerhin handelt es sich um das höchste Gut, das wir haben. Die gleichen Leute verzichten nicht auf die jährlichen Ferien in der Karibik, nicht auf das Ferienhaus und nicht auf einen guten Wagen. Kurz, die Krankenkassenprämien sind angesichts des Wohlstands in der Schweiz zu tief. Deshalb fände ich es gar keine falsche Idee, wenn man ab einem gewissen Einkommen und Vermögen gezwungen wäre, eine Zusatzversicherung

abzuschliessen, gleichzeitig aber aus dem Obligatorium entlassen werden würde. Noch besser wäre, wenn das Obligatorium ganz abgeschafft werden würde. Ausserdem finde ich, dass es bei bekannten Gesundheitsrisiken, wie etwa Rauchen, durchaus richtig wäre, wenn solche Leute mehr bezahlen müssten. Wenn Sie aber von einem Tag auf den andern an einem Hirntumor erkranken, können Sie einfach nichts dafür, und dann finde ich es in Ordnung, dass Sie auf die Solidarität der Gesunden zählen können.

*Einverstanden. Trotzdem bleibt das Dilemma: Die Krankenversicherung ist eine Vollkaskoversicherung, die die Leute zu einem irrationalen und kostentreibenden Verhalten verleitet. Wie ein Buffet à discrétion, wo man mehr isst, als man mag. Ob ich oft zum Arzt gehe oder nicht, ob ich meiner Gesundheit Sorge trage oder nicht: Es drückt sich viel zu wenig im Preis aus.*

Das stimmt, die Grundversicherung plus eine Zusatzversicherung kostet vielleicht 1000 Franken pro Monat, damit erhalten Sie eine Vollkaskoversicherung, die weltweit gültig ist. Angesichts der realen Kosten, die Sie jährlich verursachen, wenn Sie nur einmal ins Spital gehen, ist das ein Klacks. Dass die Leute auf Anreize reagieren, sehen Sie darin, dass, sobald die Franchise im April abbezahlt ist, die Gesundheitskosten in die Höhe schiessen. Kaum müssen die Leute nicht mehr selbst bezahlen, gehen sie viel öfter zum Arzt.

*Warum muss der Staat Spitäler betreiben? Es genügt doch, dass er die Versicherung reguliert.*

Als Vertreter der Privatkliniken teile ich natürlich Ihre Ansicht. Nicht bloss aus Eigeninteresse: Der Staat ist Regulierungsinstanz und gleichzeitig Marktteilnehmer – was zu gigantischen Abgrenzungsproblemen und Interessenkonflikten führt. Die Kantone unterhalten selbst Spitäler, müssen gleichzeitig aber entscheiden, wer was machen darf, und wenn wir Spitäler uns bei den Tarifen nicht mit den Krankenkassen einigen können, hat der Kanton zu schlichten. Wenn wir Privatspitäler nicht mehr dem Markt entsprechen, also nicht mehr genügend Patienten haben oder schlecht gemangelt sind, dann gehen wir ein. Bei den öffentlichen Spitälern passiert das nicht, das heisst, der Bedarf bleibt stets unklar und wird politisch festgelegt, nicht von den

Patienten, die Krankbetten nachfragen. Gleichzeitig haben die öffentlichen Spitäler ähnlich wie die Kantonalbanken eine Art Staatsgarantie, die Defizite übernimmt am Schluss der Kanton, das ermöglicht es den öffentlichen Spitälern, ganz anders zu kalkulieren, und vor allem setzt es nur bedingt Anreize für Qualitäts- und Kosteneffizienzsteigerungen.

*Sie konkurrenzieren die Privatspitäler mit einer Art von Dumpingpreisen?*

Ein Beispiel: Eine Brustvergrösserung kostet am Unispital Zürich etwa 7500 Franken, bei uns rund 15 000 Franken – nicht weil das USZ etwa viel kostengünstiger arbeitet, sondern weil man die Operation quersubventioniert. Damit machen die öffentlichen Spitäler den Markt kaputt. Dabei ist eine Brustvergrösserung selbstverständlich keine Sache der Grundversicherung; man bezahlt sie aus eigener Tasche – aber nur scheinbar. Tatsächlich zahlen Sie als Steuerzahler irgendwelchen Nachbarinnen einen grösseren Busen.

*An welchen Patienten verdient ein Spital?*

Für jeden Patienten in der Grundversicherung zahlt das Spital drauf, die halbprivat Versicherten sind knapp kostendeckend, und nur mit einem Privatpatienten kann überhaupt Geld verdient werden. Unabhängig davon, ob er im öffentlichen Spital oder in einer Privatklinik behandelt wird. Die Tarife sind die gleichen, Privatkliniken sind nicht teurer.

*Mit anderen Worten: Die kleine, wohlhabende Minderheit von Privatpatienten finanziert zusammen mit den guten Steuerzahlern – was meist die gleichen Leute sind – den grössten Teil unserer Spitäler?*

Das kann man so sagen: Die Grundversicherung ist ein miserables Geschäft – und die Defizite, die daraus entstehen, übernimmt der Steuerzahler. Aus diesem Grund sind die meisten Privatkliniken, die ja keine Subventionen bekommen, nicht mehr bereit, allgemeinversicherte Patienten aufzunehmen – während die öffentlichen Spitäler keine Wahl haben. Gleichzeitig hat man die Leistungen der Grundversicherung laufend erweitert – was die Defizite immer grösser macht.

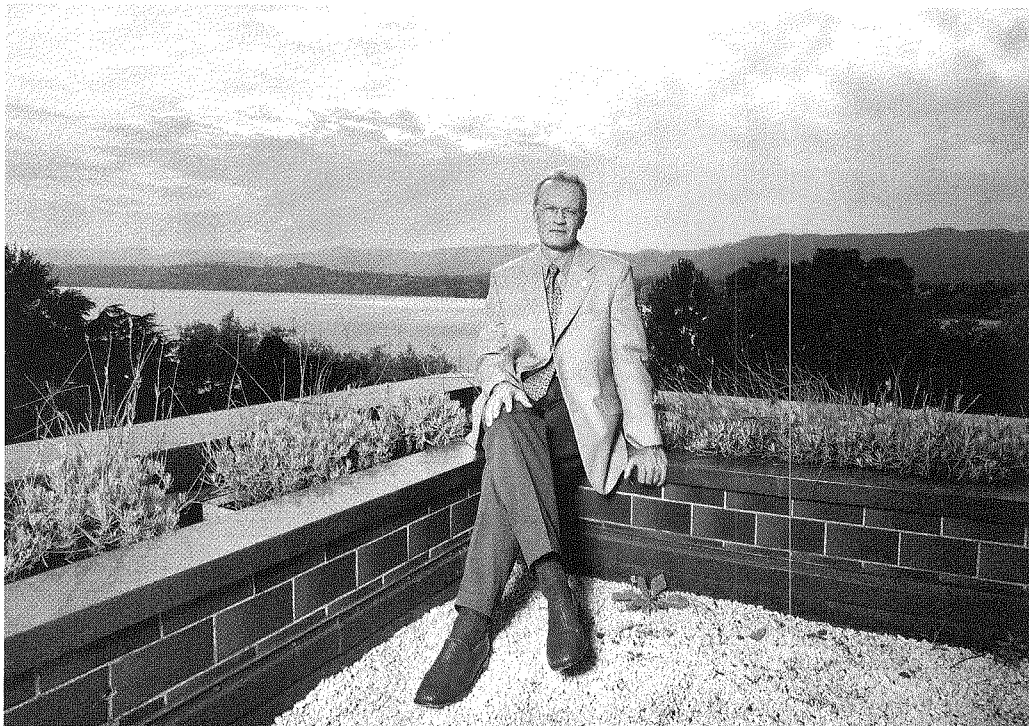
*Wie soll das weitergehen?*

Das Defizit der öffentlichen Spitäler hat sich in den letzten zehn Jahren faktisch verdoppelt und erreicht wohl bald die Einmilliar-

denngrenze. Vielleicht wird dann den Politikern klar, dass wir uns diesen Wahnsinn einfach nicht länger leisten können. Es sei denn, man erhöht die Steuern ganz massiv. Ich erwarte schon seit Jahren, dass das öffentliche System kollabiert, weil man viel zu viel anbietet.

*Warum merken die Leute das nicht?*

Das hat verschiedene Gründe: Das Gesundheitswesen ist extrem komplex. Nur wenige verstehen, worum es überhaupt geht. Die Interessen der einzelnen Akteure gehen diametral auseinander, es gibt wenig Konsens, und die Entwicklungen auf der politischen Ebene sind schleppend. Niemand will sich die Finger verbrennen. Das Thema Gesundheit betrifft uns alle. Wenn es um Gesundheit geht, werden wir alle ein bisschen irrational. Wir wollen tiefe Prämien, aber sobald wir mal krank sind, kann es gar nicht gut genug sein. ○



*Solidarität ist ihm nicht fremd:* Beat Huber, Direktor der Zürcher Privatklinik «Pyramide am See».

Weltwoche Nr. 40.06

Bild: Stefan Jermann