



Steigende Kosten des Gesundheitssystems

Seit längerer Zeit steigen die zu bezahlenden Prämien der obligatorischen Krankenkasse in der Schweiz rapide an. Dieser Text untersucht die Ursachen des rasanten Prämienanstiegs bei den Krankenkassen. Zu diesem Zweck werden die Tätigkeitsbereiche einer Krankenkasse betrachtet. Danach werden die Ursachen für die gestiegenen Prämien untersucht und die von der Politik vorgebrachten Lösungsvorschläge genauer beleuchtet.

Funktionsweise einer Krankenkasse

Wenn man von der Krankenkasse spricht, sollte man grundsätzlich zwischen der Grundversicherung, welche alle in der Schweiz wohnhaften Personen haben müssen, und den freiwilligen Zusatzversicherungen unterscheiden.

Bei den Zusatzversicherungen können die Krankenkassen selbst festlegen, welche Leistungen sie anbieten wollen. Eine Zusatzversicherung kann freiwillig abgeschlossen werden. Wenn man aber vom Problem der steigenden Prä-

mien spricht, geht es primär um die Prämien der Grundversicherung.

Die Grundversicherung, also der grundlegende Versicherungsschutz bei Krankheit, ist in der Schweiz obligatorisch. Beim Abschluss einer Grundversicherung kann man zwischen 76 (zum Teil auch regionale) verschiedenen Krankenkassen auswählen.

Damit jede Person den gleichen minimalen Schutz geniesst, regelt der Bund die Tätigkeit der Krankenkassen sehr detailliert. So bestimmt der Staat bspw., für welche Behandlungen und Medikamente die Versicherungen bezahlen müssen. Alle übernommenen Leistungen zusammen nennt man auch den Leistungskatalog. Dieser wird von politischer Seite gesteuert.

Das Problem mit den steigenden Prämien

In den letzten zehn Jahren sind die Prämien insgesamt um über 50% gestiegen (siehe Abb. 1) und somit sehr viel stärker als bspw. das Wirtschaftswachstum (BIP). Die immer höheren

Zusammenfassung

Die Krankenkassenprämien steigen in der Schweiz seit längerer Zeit stark an. Dies ist besonders bei der Grundversicherung problematisch, weil diese obligatorisch ist und bei niedrigen Einkommen einen immer grösseren Anteil des Lohnes beansprucht.

Als Ursachen können die sich verbessernden Leistungen des Gesundheitswesens, die Alterung der Bevölkerung sowie Fehlanreize im Gesundheitssystem genannt werden.

Als Alternative zum aktuellen System wäre die Einheitskrankenkasse denkbar. Diese würde dank der Zusammenführung aller Grundversicherten in einer Kasse administrative Kosten sparen, im Gegenzug aber den Wettbewerb unter den Versicherten abschaffen.

Daneben wird auch ein System mit mehr Wettbewerb, z.B. über die Abschaffung des Obligatoriums bei der Grundversicherung, diskutiert. Dies würde den Wettbewerb der Krankenkassen bei der Grundversicherung ausweiten, aber auch mehr Kosten für das Gemeinwesen verursachen.

Zur Optimierung des aktuellen Gesundheitssystems werden unter anderem Managed-Care-Modelle, die Erhöhung des Anteils an selbst vom Patienten bezahlten Kosten und der Ausbau der Prämienverbilligungen diskutiert.

Prämien führen zu einer Reihe gesellschaftlicher Probleme.

Da Arme und Reiche gleich hohe Prämien bezahlen, werden ärmere Schichten durch Prämien erhöhungen sehr stark belastet. Ein tiefes Einkommen, welches gerade zum Überleben reicht, kann plötzlich nicht mehr für den Lebensunterhalt und die gestiegenen Krankenkassenprämien ausreichen. Somit sind immer mehr Personen auf Sozialleistungen angewiesen. Der Bund und die Kantone unterstützen in diesem

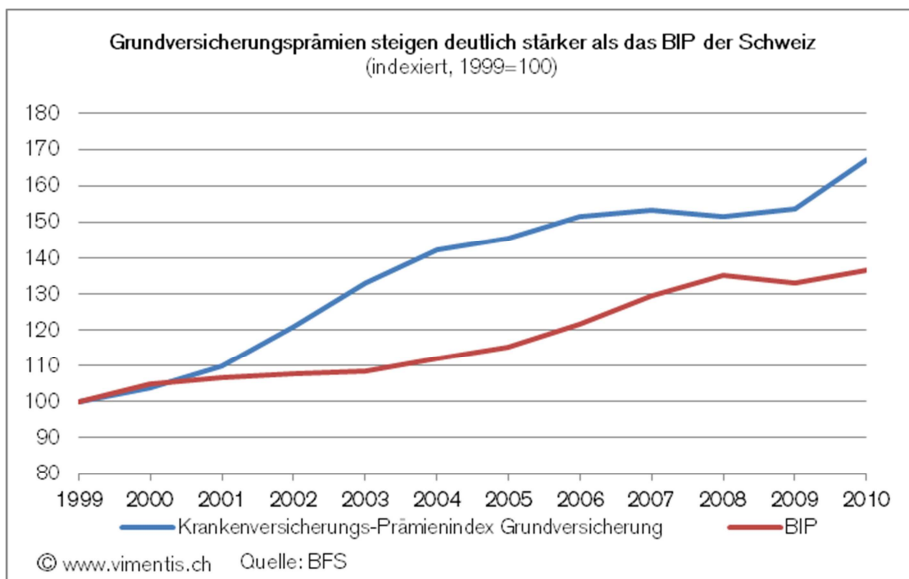


Abb. 1: Entwicklung der Grundversicherungsprämien und des Bruttoinlandprodukts

Zusammenhang Versicherte, welche ein tiefes Einkommen haben, mit Prämienerbilligungen.

Ein zweites Problem, welches sich ergibt, ist das veränderte Gleichgewicht zwischen Alt und Jung. Im Durchschnitt beziehen alte Personen mehr Leistungen der Krankenkasse als die Jungen. So werden die Kosten der Älteren mit den Prämien der Jungen finanziert. Da ältere Menschen häufig wohlhabender sind als junge, kommt es so allerdings in gewissem Rahmen zu einer Umverteilung von Arm zu Reich.

Ursachen des Prämienanstiegs

Um die Ursachen des Kosten- und Prämienanstiegs aufzuzeigen, muss man einen Blick auf das gesamte Gesundheitswesen werfen. Dieses kann man in drei Parteien aufteilen: Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Apotheke), Patienten und Versicherungen. Ausgehend von dieser Konstellation werden im Folgenden die wichtigsten Ursachen näher erläutert.

Verbesserte Leistungen

Durch den technologischen Fortschritt werden die Behandlungen und Operationen immer besser. Für neue Beschwerden gibt es Therapien und Behandlungen. Die Verfahren werden damit aber auch aufwändiger und teurer. Die Qualität steigt mit diesen neuen Behandlungen, allerdings auch die Kosten und damit die Prämien.

Gesellschaftliche Veränderungen

Ein weiterer Grund für die Kostenzunahme ist der demographische Wandel. Da die Geburtenrate langfristig abnimmt und die Lebenserwartung der Menschen stetig zunimmt, gibt es im Verhältnis zu den jungen immer mehr alte Menschen. Im Durchschnitt sind ältere Leute anfälliger auf Gebrechen und Krankheiten. Daher benötigen sie tendenziell mehr medizinische Behandlungen. Durch die zunehmende Lebenserwartung beziehen ältere Leute zudem über einen immer länger werdenden Zeitraum medizinische Leistungen. Es gibt also verhältnismässig immer weni-

ger Junge, welche die höheren Gesundheitskosten der älteren Bevölkerung mitfinanzieren. Dies führt zu höheren Prämien.

Falsche Anreize

Oftmals werden fehlende Sparanreize und mangelnder Kostendruck als Gründe für steigende Prämien genannt, wie auch falsche Anreize. Mit falschen Anreizen ist gemeint, dass das für den Einzelnen lukrativste Verhalten nicht zu einem sparsamen und effizienten Umgang im Gesundheitswesen führt.

Wenn ich in den Supermarkt gehe, dann wähle ich, sofern die Qualität stimmt, wahrscheinlich das günstigste Produkt. Denn je weniger ich ausbebe, desto mehr Geld bleibt für anderes übrig. Dieser Effekt ist im Gesundheitswesen nur beschränkt vorhanden. Wenn die Versicherung bezahlt, spielt es für mich keine Rolle, ob ich die teurere oder die günstigere Behandlung wähle. Wenn viele Leute sich z.B. bei Medikamenten für teure Alternativen entscheiden, steigen die Gesamtkosten und somit die Prämien.

Nicht nur die Patienten, sondern auch die Leistungserbringer haben nur beschränkt den Anreiz zu sparen. Grundsätzlich werden die Kosten ihrer Leistungen von den Krankenkassen beglichen, unabhängig von der Höhe. Aus diesem Grund besteht im Gesundheitswesen kein Preiswettbewerb. So besteht kein Anreiz, die Kosten zu drücken und effizienter zu sein. Es besteht bei den Anbietern viel mehr der Anreiz, möglichst umfangreiche und teure Behandlungen anzubieten, um den eigenen Gewinn zu maximieren.

Der Patient muss sich zudem oft auf die Diagnose des Arztes verlassen und hat nur selten das Fachwissen, um mitzubestimmen.

Mögliche Lösungen

Bei möglichen Lösungen kann man zwischen einem kompletten Systemwechsel und Sparmassnahmen im bestehenden System unterscheiden.

Systemwechsel

Die Einführung einer Einheitskrankenkasse würde dazu führen, dass die Grundversicherung nicht mehr wie heute von privaten Versicherungen übernommen würde, sondern durch eine vom Bund geführte Versicherung. Das Stimmvolk hat im Jahr 2007 über die **Einheitskrankenkasse** abgestimmt und diese abgelehnt. Trotzdem wurde im 2011 eine neue Initiative zur Einführung einer Einheitskasse für die Grundversicherung lanciert. Bei der Vimentis Umfrage 2010 sprachen sich 57% der Teilnehmenden für eine Einheitskasse aus. Laut aktuellster Umfrage der DemosCOPE im Auftrag von santésuisse sprechen sich gar zwei Drittel der Bevölkerung für die Einheitskasse aus.

Wirtschaftliche Interessen der Versicherer und ihr Wettbewerb um gesunde Kunden würden bei einer Einheitskasse entfallen. Zudem könnte die Zentralisierung der Verwaltung zu administrativen Einsparnissen führen. Als Beispiel für eine erfolgreiche öffentliche Versicherung wird oft die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA genannt.

Das Hauptproblem, nämlich die steigenden Kosten der medizinischen Leistungen, würden sich durch die Einheitskrankenkasse aber nicht verändern. Es fehlt bei diesem System jegliche Konkurrenz und Kostendruck auf Versicherungsseite. Die Kosten tief zu halten, um konkurrenzfähig zu bleiben, hätte nicht mehr erste Priorität. Unzufriedene Kunden hätten keine Möglichkeit mehr, die Krankenkasse zu wechseln.

In eine gegenteilige Richtung geht die Forderung nach **mehr Wettbewerb** und somit weniger Regulierung. Hier gibt es wiederum verschiedene Möglichkeiten.

Eine Möglichkeit, mehr Wettbewerb herbeizuführen, wäre die **Abschaffung des Obligatoriums** bei der Grundversicherung. Dies würde den Versicherten ermöglichen, frei zu entscheiden, gegen welche Risiken sie sich versichern wollen. Die Prämien für ältere Versicherte würden voraussichtlich zu Gunsten der Jungen steigen. Es besteht aber die Gefahr, dass der Staat für die Kosten von Patienten aufkommen müsste, die

keine Grundversicherung abschliessen, weil sie es sich nicht leisten könnten oder von keiner Versicherung angenommen würden.

Um mehr Wettbewerb zu schaffen wird zudem oft auch eine **Lockerung des bestehenden Vertragszwangs** gefordert. Vertragszwang bedeutet, dass die Versicherungen gezwungen sind, die Behandlungen von sämtlichen Ärzten und Spitälern zu vergüten. Der Arzt oder das Spital muss also nicht günstig oder effizient arbeiten, da der verlangte Preis sowieso übernommen werden muss.

Könnten Versicherungen die Vertragspartner (Ärzte, Spitäler, etc.) selber wählen, würden überbezahlte Leistungsanbieter eher gemieden. Somit wäre ein gewisser Druck vorhanden, Leistungen preiswert anzubieten.

Bei Abschaffung des Vertragszwangs wird befürchtet, dass die Versorgungsdichte abnehmen würde und somit ältere und chronisch kranke Patienten benachteiligt würden, weil sie weitere Disstanzen zu den Leistungserbringern hinnehmen müssten.

Optimierung des aktuellen Systems

Zur Verbesserung des aktuellen Systems wird eine Vielzahl an Massnahmen diskutiert.

Ein Mittel, um in den Spitälern mehr Wettbewerb zu erzeugen, sind **Fallpauschalen**. Dabei werden zwischen den Interessengruppen für jede Behandlung fixe Preise verhandelt. Zusätzliche Kosten können nicht mehr einfach der Krankenkasse in Rechnung gestellt werden. Wer die geringsten Kosten hat, verdient also am meisten. Spitäler erhalten so ein Interesse, eine Behandlung möglichst kostengünstig durchzuführen. Im Gegenzug wird befürchtet, dass Patienten zu früh aus der Behandlung entlassen werden könnten, weil die Spitäler so mehr Gewinn machen können. Das Fallpauschalen-System soll im Januar 2012 in der ganzen Schweiz eingeführt werden.

Viele vorgeschlagene Massnahmen betreffen **Franchise und Selbstbehalt** der Versicherten. Die Franchise ist ein

Fixbetrag, den der Patient bezahlen muss, bevor die Versicherung überhaupt Kosten übernimmt. Demgegenüber ist ein Selbstbehalt ein Prozentanteil an den Kosten der Versicherung, den der Versicherte selbst bezahlen muss. Eine Möglichkeit, Kosten einzusparen, ist über höhere Franchisen und Selbstbehalte den Versicherten Anreize wegzunehmen, unnötig hohe Kosten zu verursachen. Obwohl eine Erhöhung des selbst zu bezahlenden Beitrages die Eigenverantwortung erhöhen und voraussichtlich die Kosten senken würde, nähme gleichzeitig der Kostenausgleich unter den Versicherten ab.

Auf freiwilliger Basis bieten viele Krankenkassen sog. **Managed-Care** Versicherungsmodelle an. Der Versicherte nimmt, im Ausgleich zu tieferen Prämien, gewisse Einschränkungen bei der Arztwahl in Kauf. Versicherte sollen bei gesundheitlichen Beschwerden gezielt und kostenbewusst zur richtigen Behandlung gelenkt werden. So können bspw. durch eine vorherige Telefonabklärung oder einen vorgängigen Besuch beim Hausarzt unnötige Besuche bei teuren Spezialärzten vermieden werden. Das Parlament berät seit einiger Zeit über eine Vorlage zur gesetzlichen Verankerung von Managed-Care. Dabei ist noch umstritten, ob die Versicherten über tiefere Selbstbehalte Anreize erhalten sollten, sich einem Managed-Care Programm anzuschliessen.

Weiter wird vorgeschlagen, dass die **Unterscheidungen bei der Finanzierung von Behandlungen wegfallen** sollen. Heute werden die Kosten einer ambulanten Behandlung allein von der Krankenkasse übernommen, bei einer stationären Behandlung (Behandlung mit Übernachtung) teilen sich der Kanton und die Krankenkasse die Kosten. Für Pflegeheime und die Spitex muss der Patient für den Grossteil der Kosten aufkommen. Durch diese unterschiedlichen Finanzierungen besteht die Gefahr, dass bei der Wahl der Behandlung nicht immer die für den Patienten effektivste und beste Variante gewählt wird, sondern diejenige, bei welcher

sich die Kosten am leichtesten abschieben lassen.

Der bereits erwähnte Leistungskatalog sorgt immer wieder für Gesprächsstoff. Hier hört man oft die Forderung, dass **weniger Leistungen versichert sein sollen**. Häufig ist der Widerstand bei der Abschaffung von versicherten Bereichen aber zu gross. 2009 hat das Volk in einer Volksabstimmung entschieden, die Komplementärmedizin wieder in den Leistungskatalog aufzunehmen.

Um das Gesundheitswesen sozialverträglich zu halten, wurden die sogenannten **Prämienverbilligungen** eingeführt. Damit werden die Personen unterstützt, welche sich die immer höheren Prämien kaum mehr leisten können. So wurde allerdings auch der Teil der Gesundheitskosten erhöht, welcher vom Staat getragen wird. Der Anteil, welchen der Bund übernimmt, ist im Vergleich mit anderen westlichen Ländern eher gering. Diese Lösungsvariante entlastet tiefere Einkommen über staatliche Unterstützung, löst aber nicht das Problem der steigenden Prämien.

Die Vimentis Umfrage 2010 befragte die Schweizer Bevölkerung, wie sie dem Kostenanstieg im Gesundheitswesen entgegenwirken möchte. Während sich 25% der Teilnehmer für mehr Wettbewerb im System aussprachen, forderten 46% stärkere Regulierung durch den Staat. 20% der Teilnehmer sahen bessere Sparanreize für die Patienten als beste Lösung.

Fazit

Das heutige Schweizer Gesundheitssystem ist eine Mischform aus Marktwirtschaft und staatlicher Regulierung. Ein Systemwechsel zu stärkerer Marktorientierung oder staatlicher Einheitskasse würde sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen. Zur Verbesserung des aktuellen Systems können insbesondere die Anreize der Patienten, Versicherer und Leistungserbringer verbessert werden. Da die Interessen dieser Parteien z.T. weit auseinander liegen, sind Einigungen aber nur schwer zu erreichen.

Literaturverzeichnis:

- Bundesamt für Statistik (2011). *Krankenversicherungsprämien-Index*. Gefunden am 01. Sept. 2011 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/05/03/blank/key/index.html>
- Bundesamt für Statistik (2011). *BIP gemäss Produktionsansatz*. Gefunden am 01. Sept. 2011 unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02/01/key/bip_einw.html
- CVP (ohne Datum). *Gesundheit*. Gefunden am 28. Aug. 2011 unter <http://www.cvp.ch/themen/themeneubersicht/gesundheit/>
- FDP (2010). *Gesundheitsland Schweiz. Qualität, Wahlfreiheit und Eigenverantwortung im regulierten Wettbewerb*. Gefunden am 28. Aug. 2011 unter http://www.fdp.ch/images/stories/Dokumente/Positionspapiere/100123_positionspapiergesundheit_nachdv.pdf
- FDP (2011). *Das Übel hoher Prämien nicht bei der Wurzel gepackt*. Gefunden am 01. Sept. 2011 unter <http://www.fdp.ch/kommunikation/26-medienmitteilungen/435-das-uebel-hoher-praemien-nicht-bei-der-wurzel-gepackt.html>
- Hans Fahrländer (2011). *DRG – betrifft mich das eigentlich?*, Aargauer Zeitung, 27. Aug. 2011, S.2.
- OECD (2011) *OECD Health Data 2011*. Gefunden am 27. Aug. 2011 unter www.oecd.org/health/healthdata
- OECD (2006) *Reviews of Health Systems – Switzerland*. Gefunden am 27. Aug. 2011 unter <http://www.oecd.org/health/reviews>
- Santesuisse (2011) *Vorstösse zur Krankenversicherungspolitik*. Gefunden am 01. Sept. 2011 unter <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201108301007200.pdf>
- Santesuisse (2011) *Communiqué - staatliche Einheitskasse*. Gefunden am 01. Sept. 2011 unter www.santesuisse.ch/datasheets/files/201101311513000.pdf
- Santesuisse (2011) *Communiqué – sondage santé 2011*. Gefunden am 09. Sept. 2011 unter http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=32607&detail=yes&navid=
- Soziale Medizin (2009). *Krankenversicherung – das Jekami beginnt*. Gefunden am 01. Sept. 2011 unter <http://www.sozialemedizin.ch/?p=577>
- SP (2011). *Gesundheitspolitisches Positionspapier der SP-Fraktion der Bundesversammlung*. Gefunden am 28. Aug. 2011 unter http://www.sp-ps.ch/ger/content/download/39006/540370/file/110127_mk_gesundheitspolitik_positionspapier_d.pdf
- SP (2008). *Nein zur Zweiklassenmedizin!* Gefunden am 28. Aug. 2011 unter <http://www.sp-ps.ch/laurabucher/Medien/Pressedienst/2008/Nein-zur-Zweiklassenmedizin>
- SVP (2011). *Parteiprogramm 2011-2015*. Gefunden am 28. Aug. 2011 unter <http://www.svp.ch/display.cfm/id/101396>
- Vimentis (2011). *Politische Meinung des Schweizer Volks: Gesundheitspolitik*. Gefunden am 01. Aug. 2011 unter <http://www.svp.ch/display.cfm/id/101396>