Policy Panel: Wird unser Gesundheitssystem unbezahlbar?

Das Forum Wirtschaft des Departements für Volkswirtschaftslehre der Universität Bern lud am 11. November zu einem Policy Panel ein. Woher kommt das Kostenwachstum im Gesundheitswesen und wo gibt es mögliche Effizienzgewinne? Nach einem Einführungsreferat von Christian Schmid (CSS Institut) diskutierten Stefan Kaufmann (FMH), Christoph Kilchenmann (prio.swiss) und Michael Gerfin (Universität Bern) mit dem Moderator Guido Baldi darüber, ob unser Gesundheitssystem unbezahlbar wird. Im Folgenden sind die zentralen Aussagen thematisch zusammengefasst.

Was treibt die Kosten?

Bei den CSS-Versicherten sind die Kosten zwischen 2015 und 2024 um 797 Franken pro Kopf gestiegen. Christian Schmid zeigte bewusst nur Pro-Kopf-Zahlen, da für die Prämien entscheidend ist, auf wie vielen Schultern die Kostenlast verteilt ist. Die Alterung, der «übliche Verdächtige», erklärt gemäss den Schweizer Daten nur rund ein Sechstel des Wachstums. Das ist im internationalen Vergleich relativ wenig, da viele junge, gesunde Menschen einwandern. Deutlich zugenommen haben vor allem die Leistungen pro Patientin und Patient, und zwar in der breiten Masse. Absolut am stärksten gestiegen sind die Arztkosten, während die Spitalkosten negativ gewachsen sind.

Bei den Medikamenten, die rund ein Viertel des Wachstums ausmachen, ist das Bild eindeutig: Rund 20 Prozent der Menschen werden heute mit Medikamenten behandelt, die es 2015 noch nicht gab. Bei den älteren Medikamenten wären die Kosten pro Kopf dank der regelmässigen Preisüberprüfungen gesunken. Das gesamte Kostenwachstum bei den Medikamenten lässt sich somit durch neue Medikamente, also durch technologischen Wandel, erklären. Bei der Psychotherapie wiederum erklärt die Neuregelung von 2022/23 in den letzten drei Jahren rund ein Drittel des Kostenwachstums im entsprechenden Block.

Das Hauptproblem: Gemessen werden nur die Kosten, nicht aber die Krankheitslast oder der Behandlungserfolg. Ob wir kränker geworden sind, mehr Krankheiten behandeln können oder einfach besser behandeln, ist unklar. Damit bleibt offen, ob das Kostenwachstum in einem vernünftigen Verhältnis zum Mehrwert steht, den das System heute generiert.

Innovation ohne Preiswettbewerb

Bei Handys oder Laptops führt technologischer Fortschritt nicht zu höheren Preisen. Weshalb ist das bei Medikamenten anders? Auf dem Panel wurde betont, dass es zu wenig Preiswettbewerb gibt und Innovationen im regulierten System nur träge in die Tarife einfliessen. Zudem ist die Entwicklung neuer Medikamente teuer, und wer einen neuen Wirkstoff entwickelt, ist dafür Monopolist.

Zitiert wurde ein Gesundheitsökonom aus den 1990er-Jahren: «If you promise to pay for it, they will build it.» Als weitere mögliche Erklärung wurde der Baumol-Effekt genannt: Mehr Innovation braucht mehr helfende Hände, und der Fachkräftemangel ist in den Gesundheitsberufen besonders ausgeprägt. Dass dieser Effekt so stark ist, wurde allerdings auch bezweifelt.

Wie viel ist uns ein Lebensjahr wert?

Ein neues Medikament gegen Bauchspeicheldrüsenkrebs, in den USA bereits zugelassen, kostet rund 100'000 Dollar pro Behandlung und verlängert das Leben um etwa ein halbes Jahr. Soll man es sofort bezahlen oder warten, bis die Preise sinken? In der Schweiz werde nicht gewartet. Gesundheit ist ökonomisch gesprochen ein Luxusgut, das mit steigendem Einkommen überdurchschnittlich stark nachgefragt wird. Mit der obligatorischen Krankenversicherung definiert die Gesellschaft zudem ein einheitliches, sehr gutes Leistungspaket für alle.

In England berechnet das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) die Kosten pro gewonnenem qualitätsadjustiertem Lebensjahr; liegen diese über einer Grenze von rund 25'000 bis 35'000 Pfund, wird eine Behandlung nicht bezahlt. Ob die Schweizer Gesellschaft dies akzeptieren würde, blieb offen. Die Politik scheue diese Frage «wie der Teufel das Weihwasser». Kosten-Nutzen-Analysen gebe es in der Forschung bereits, sie würden in der Politik aber bisher nicht genutzt.

Anreize, Tarife und Finanzierung

Durch die Versicherung wird der Preismechanismus stark reduziert: Die Abwägung zwischen Kosten und Nutzen erfolgt weder durch den Arzt noch wirklich durch den Patienten. Wer selbst bezahlt, hat einen gewissen Regulator. Diesen gibt es im Gesundheitswesen viel weniger, weil die Kosten zu einem grossen Teil von der Versicherung übernommen werden. Kostenbeteiligungen wie die Franchise wirken diesem Moral-Hazard-Effekt entgegen. Mit Geldgier der Ärzte habe das nichts zu tun: Ohne Grenze mache man einfach immer noch mehr, weil es immer noch etwas besser geht. Aus Sicht der Ärzteschaft arbeitet der grosse Teil der Ärztinnen und Ärzte korrekt, steht aber unter enormem Zeitdruck. Ein Zulassungsstopp wurde als Ausdruck einer gewissen Hilflosigkeit bezeichnet. Höhere Franchisen wirken zwar, belasten aber chronisch Kranke und haben vor allem einmalige Effekte.

Bei den Tarifen genehmigte der Bundesrat am Tag des Panels die erste Revision des neuen Tarifs mit rund 500 Anpassungen. Pauschalen im ambulanten Bereich müssen sehr homogen sein, da es dort rund 20'000 Anbieter mit zum Teil sehr spezifischem Angebot gibt. Betont wurde, dass Tarife wichtig sind, aber nicht alle Probleme lösen können. Zur Finanzierung wurde festgehalten, dass die Kopfprämie nur ein Teil der Wahrheit ist: Im Vergleich zu anderen Ländern wird in der Schweiz viel aus der eigenen Tasche bezahlt. Von der einheitlichen Finanzierung (EFAS), die in zwei Jahren eingeführt wird, sind Effekte zu erwarten.

Föderalismus und Daten

Mit 26 Gesundheitssystemen ist das föderale System eine Herausforderung. Die Kantone tragen viele Hüte: Sie besitzen Spitäler, genehmigen deren Tarife und zahlen Subventionen. Als Gegenbeispiel wurde Dänemark genannt, wo die Zentralregierung die Spitalplanung grundlegend umbauen konnte. In der Schweiz sei dies nicht möglich. Mehr Daten werden durch die Digitalisierung und Projekte wie DigiSanté kommen, wie schnell, ist allerdings offen. Ein Grund für die dürftige Datenlage ist, dass im ambulanten Bereich keine Diagnosen auf den Rechnungen stehen. Würden die Krankenversicherer diese Informationen erhalten, würde sich die Datenlage rasch verbessern. Hier spielen aber der Datenschutz und der Aufwand eine Rolle: Mit den Pauschalen müssen Diagnosen zwar codiert werden, diese Daten dürfen aber nicht an die Krankenversicherer gehen.

Was würden die Panelisten sofort ändern?

Genannt wurden der Abbau nicht wertschöpfender Bürokratie und das Bereinigen von Regulierungen, die sich nicht bewährt haben. Gewünscht wurde zudem mehr Geduld: Beschlossene Regulierungen sollten zuerst in Kraft gesetzt und evaluiert werden, bevor man sie bereits wieder anpasst. Dabei sollte die Wissenschaft eine stärkere Rolle spielen.

Fazit

Wird unser Gesundheitssystem also unbezahlbar? Zum Abschluss wurde die Ausgangsfrage nochmals aufgenommen. Die Krankenversicherung ist die einzige Sozialversicherung ohne Budget, und ohne Budgetrestriktion werden die Ausgaben maximiert. Zudem ist die wirtschaftliche Leistung der Schweiz sehr ungleich verteilt. Die Antwort lautete deshalb: Insgesamt bleibt das System finanzierbar, für eine zunehmende Zahl von Menschen wird es jedoch sehr schwer bezahlbar. Die gesellschaftliche Aufgabe besteht darin, Wege zu finden, es gerechter zu finanzieren.