

Der MSD-Gesundheitsökonomiepreis 2012 geht an Professor Dr. Robert E. Leu

Ein Winkelried gegen den Etatismus

Der MSD-Gesundheitspreis will ein Gesundheitssystem fördern, in dem die bestmögliche Medizin, eine optimale medizinische Versorgung und die Wirtschaftlichkeit keine Gegensätze darstellen. Der diesjährige Preisträger, Prof. Dr. Robert E. Leu, hat sich während seines gesamten universitären Wirkens und bis heute intensiv mit dem Gesundheitswesen Schweiz von einer wissenschaftlichen und praktischen Seite aus befasst. Er zeigte am 9. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SKGG) mit Nachdruck, welche wichtige Rolle der Wettbewerb im Gesundheitswesen spielt.



Prof. Robert E. Leu, emeritierter Ordinarius für Volkswirtschaft an der Uni Bern

Nach der Habilitation in Basel und Zwischenstationen in Konstanz und St. Gallen war Prof. Leu seit 1989 ordentlicher Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bern. Neben den vielfältigen Verpflichtungen an der Universität – unter anderem als Dekan und als Geschäftsführender Direktor des Departements Volkswirtschaftslehre – liess er es sich nicht nehmen, regelmässig eine eigenständige Meinung zur aktuellen Lage des Gesundheitswesens Schweiz zu vertreten. Der Staat brauche nur noch als Regulator aufzutreten. Er habe bloss dafür zu sorgen, dass die Grundversorgung gewährleistet sei, solle sich aber daneben nicht einmischen. Der Preisträger hat unter vielem anderem in einer viel beachteten neueren Publikation die Gesundheitssysteme der Niederlande und der Schweiz verglichen. Das niederländische System ist für ihn beispielhaft – auch das schweizerische System enthalte Bestandteile dieses Modells, doch es würden wesentliche Voraussetzungen für einen funktionierenden Leistungswettbewerb fehlen: «Es bleibt zu hoffen, dass dieser

konstruktiv-kritische Reformvorschlag gebührend beachtet wird.»

Der Preisträger, Prof. Dr. Robert E. Leu, beleuchtete am Kongress die Tatsache, dass eine Korrelation zwischen nationalem Wohlstand und Gesundheitskosten bestehe. Ausserdem erinnerte er an die Typologie von Gesundheitssystemen: regulierter Wettbewerb, Einheitskasse (NHI) und Nationale Gesundheitssysteme (NHS). Als weitere Indikatoren für die Qualität eines Systems nannte er:

- das Mass des Abschneidens bei klinischen Studien (z.B. survival rates after intervention)
- den access to health care: Meist besteht kein Unterschied nach Einkommen.

Auch in der Schweiz gelte jedoch: «the wealthier are healthier.» Aber: Der Unterschied im Gesundheitszustand nach Einkommen ist kleiner als in andern Ländern. Ausserdem sei die Finanzierung regressiver im Vergleich zu rein steuerfinanzierten Gesundheitssystemen.

Die Grundidee des regulierten Wettbewerbs

Ist nun eine möglichst grosse Regelungsdichte förderlich fürs Gesundheitssystem? – Prof. Leu ging zur Beantwortung auf die Vorstellungen des regulierten Wettbewerbs ein. Hier herrsche die Auffassung, dass Wettbewerb ohne spezifische Regulierung im Gesundheitswesen nicht optimal sei. Verfolgt werden mehrere gesellschaftliche Ziele, vor allem Verteilungsziele (z.B. equal treatment for equal need). Der regulierte Wettbewerb erscheine als mögliche Lösung. Die Grundidee laute: Wettbewerb im Versicherungsmarkt um Versicherte, selektives Kontrahieren mit Anbietern, Wettbewerb unter Leistungserbringern und hohe Qualität zu vergleichsweise geringen Kosten.

Die Elemente des regulierten Wettbewerbs sind:

- Freier Marktzutritt (Versicherer, Ärzte, Spitäler)
- Keine oder geringe Einschränkung des Erwerbszwecks
- Vorgeschriebenes Mindestleistungspaket
- Versicherungs-Obligatorium
- Freiheit der Kassenwahl / Aufnahmezwang
- Risikounabhängige Prämien
- Risikostrukturausgleich
- möglicherweise Einkommensabhängige Prämienbeiträge
- Kostenselbstbeteiligung mit Obergrenze

Denkbar sind zudem:

- Vertragsfreiheit (Aufhebung Kontrahierungszwang)
- Uneingeschränkte Gültigkeit des Kartellgesetzes
- Monistische Finanzierung
- Landesweite Vorgabe von Qualitätsindikatoren

Grundidee der neuen Spitalfinanzierung

Regulierter Wettbewerb ist auch das Prinzip der neuen Spitalfinanzierung. Ihre Elemente sind bekanntlich die Finanzierung über Fallpauschalen (SwissDRG), Subjekt- statt Objektfinanzierung, grössere Wahlfreiheit für Versicherte, mehr Transparenz (Wirtschaftlichkeit, Qualität), Stärkung des Wettbewerbs, Gleichstellung von öffentlichen und privaten Spitalern sowie der Wille zur Strukturbereinigung mit Optimierung der Behandlungsprozesse, Erhöhung der Effizienz und Abbau von Überkapazitäten.

Prof. Leu sieht jedoch als zentrale Probleme der neuen Spitalfinanzierung mehrere Widersprüche oder Zielkonflikte:

- Märkte können entweder über Preise (Marktwirtschaft) oder Mengen (Planwirtschaft) gesteuert werden.

- Die KVG-Revision führte DRGs (Preise) ein, verlangt aber von den Kantonen eine Spitalplanung.
- Es besteht ein nicht abschliessend definiertes Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Planwirtschaft.
- Die WEKO forderte 2010: Eine Spitalplanung soll Unterversorgung vermeiden, nicht aber Spitalleistungen limitieren.

Umsetzungsprobleme in den Kantonen

Die Praxis sind nun zahlreiche Umsetzungsprobleme. Die Kantone verhalten sich unterschiedlich, häufig aber sehr dirigistisch:

- Viele Kantone interpretieren den Planungsauftrag anders.
- Sie stellen Zusatzkriterien für Listenspitäler auf.
- Es erfolgt eine willkürliche Vergabe von Leistungsaufträgen.
- Es finden Mengenbegrenzungen statt und eine Limitierung des zugelassenen Anteils an Zusatzversicherten.
- Störend sind zudem offene und versteckte Subventionen und Unterstützungsfonds für strukturschwache öffentliche Spitäler.

«Die Steuerungswirkung der DRG wird durch diese planwirtschaftlichen Regulierungen ausgehebelt, der Wettbewerb wird eingeschränkt», beurteilte Leu die ungünstige Entwicklung.

Fatale Auswirkungen

Äusserst fatal sind die sich daraus ergebenden Auswirkungen. Es erfolgt eine Zementierung bestehender Strukturen statt eine Strukturberreinigung. Ausserdem entsteht eine bevorzugte Behandlung öffentlicher Spitäler, eine Einschränkung statt Ausdehnung der Wahlfreiheit der PatientInnen, eine Reduktion statt Förderung der Effizienz und somit eine schleichende Verstaatlichung.

Die Schlussfolgerung des erfahrenen Gesundheitsökonomen lautet deshalb: «Statt mehr Planwirtschaft brauchen wir mehr Wettbewerb. Das bedeutet:

- Morbiditätsorientierter, prospektiver Risikoausgleich,
- Vertragsfreiheit,
- uneingeschränkt anwendbar Kartellgesetz,
- Finanzierung aus einer Hand,
- landesweite Vorgabe von Qualitätsindikatoren,
- keine Einschränkungen des Erwerbszwecks sowie
- Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone.»

Völlige Vertragsfreiheit

Nötig sei insbesondere eine völlige Vertragsfreiheit. Das heisst, es besteht kein Rechtsanspruch auf eine vertragliche Beziehung, sondern freie Wahl des Vertragspartners. Ausgehandelt wer-

den dabei Leistungsbereich, Vergütungsform, Preise und Qualitätsanforderungen. Die Versicherer haben ein Interesse an qualitativ guten Anbietern, die Anbieter versuchen, sich über Qualität zu profilieren.

Der MSD-Preisträger befürwortet zudem eine monistische Finanzierung. Die Finanzierungsverantwortung soll vollumfänglich bei den Versicherern liegen. Dabei würden die Kantone ihren Finanzierungsanteil über den Risikoausgleich an die Kassen überweisen. Der kantonale Finanzierungsanteil wäre im KVG festgeschrieben. Dieser letzte Punkt bliebe gleich wie heute, die Kantone würden aber auch ambulante Leistungen mitfinanzieren. Bezüglich des Risikostrukturausgleichs meinte der Gesundheitsökonom, dass die zwei Anforderungen prospektiv und morbiditätsorientiert erfüllt sein müssten. Falls die Morbidität ungenügend berücksichtigt werde, erfolge eine Risikoselektion über Billigkassen, betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten würden sich zu volkswirtschaftlichem Unsinn ausweiten, es entstände ein negativer Einfluss auf Managed Care-Modelle, eine Benachteiligung von Chronischkranken und ein hoher politischer Druck für die Einheitskasse.

Von den Niederlanden lernen

Die Governance des Schweizer Gesundheitswesens sei verbesserungsfähig. Es bestünde insbesondere kein übergeordneter Verfassungsartikel, sondern eine Zersplitterung von Aufgaben und Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen. Das führe zu einer multifunktionalen Rolle der Kantone: «Sie sind heute Eigentümer und Betreiber von Spitälern sowie gleichzeitig Hauptfinanzierer von Spitalleistungen und Regulatoren (Gesetzgeber, Spitalplaner, Rekursinstanz).» Ausserdem sei der eingeschränkte Geltungsbereich des Kartellgesetzes unvorteilhaft.

Die niederländische Governance hingegen sei effizienter und aus volkswirtschaftlicher Sicht optimaler. Hier ist das System zentral organisiert (Netherlands Care Authority). Der Staat beschränkt sich auf eine Rolle als Regulator. Es gibt keine staatlich angebotenen Leistungen. Die Finanzierung erfolgt zu 95% über Prämien und Abgaben. Das bedeute mehr Verantwortung für Versicherer, Anbieter und Versicherte. Ausserdem wirke ein strenges Wettbewerbsgesetz, das ohne Einschränkung anwendbar sei. Das niederländische Gesundheitssystem sei somit eine Orientierung, wenn unser eigenes weiter revidiert werde.

Text: Dr. Hans Balmer

