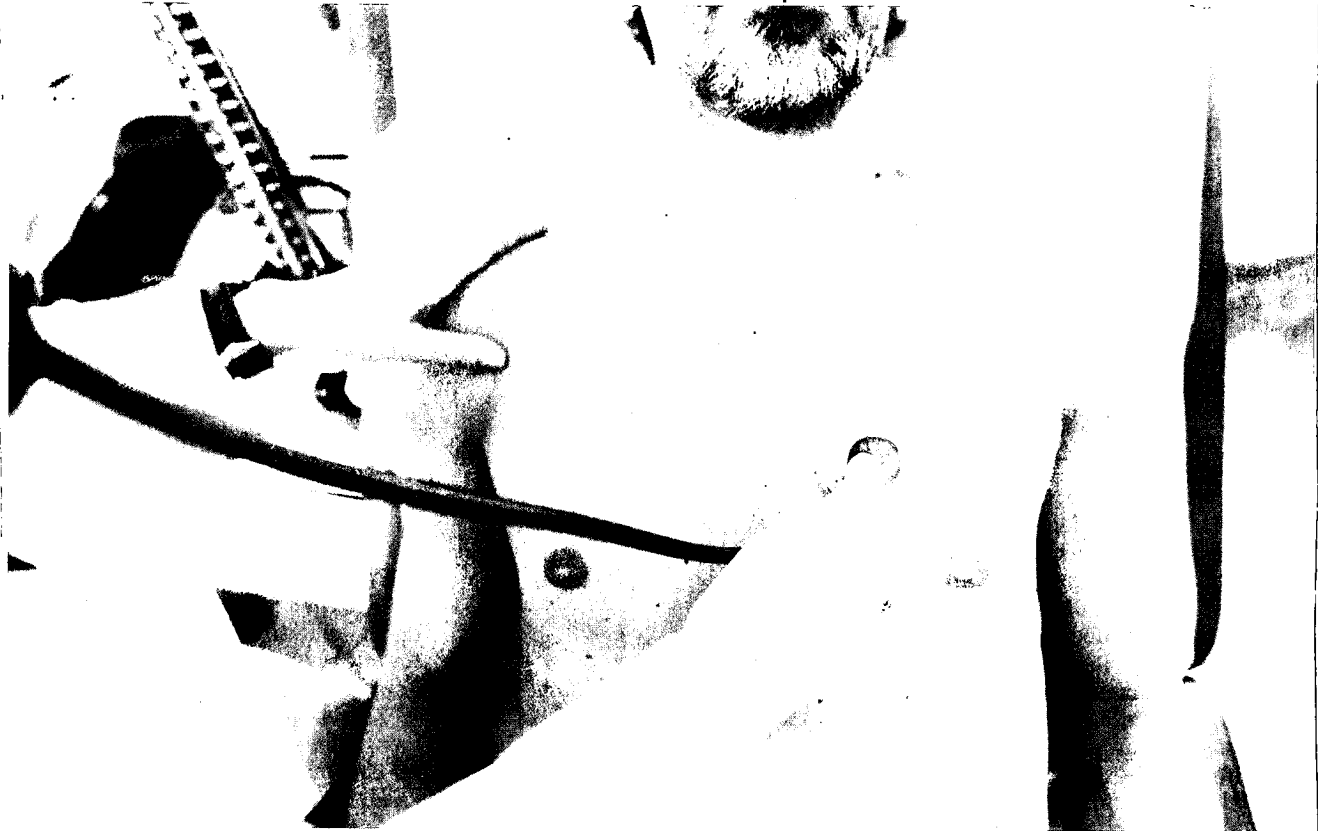


«Die Ärzte machen zu viel»

Thomas Grichting, CEO der Krankenkasse Groupe Mutuel, über die steigenden Kosten – und wer davon profitiert



Falsche Anreize im heutigen System. Im Gesundheitswesen schafft das Angebot die Nachfrage. Foto Keystone

Von Dominik Feusi, Bern

BaZ: Die Krankenkassenprämien steigen auch dieses Jahr wieder. Was läuft falsch im Gesundheitswesen?

Thomas Grichting: Es gibt ein paar berechtigte Gründe. Ich denke da vor allem an vermehrte chronische Krankheiten, die immer älter werdende Bevölkerung wie auch den medizinisch-technologischen Fortschritt.



Und die unberechtigten Gründe?

Es gibt falsche Anreize im heutigen System. Es profitieren zum Beispiel immer noch zu viele Leistungserbringer, wenn sie mehr Kosten verursachen. Ein cleveres System hätte auch Anreize, welche die Akteure belohnt, wenn sie haushälterisch wirtschaften.

Wen meinen Sie?

Ich denke vor allem an die Kantone. Die haben im System so viele Rollen, die ihnen immer wieder in die Quere kommen. Sie sind Spitalbesitzer, -betreiber und -finanzierer, setzen

und genehmigen ebenfalls Tarife, planen die Versorgung und sind dann noch Aufsichtsorgan, um nur die wichtigsten Rollen zu nennen. Klar, dass sie dann an einer Stelle Geld ausgeben, damit es an einer anderen besser aussieht.

Machen Sie ein Beispiel.

Dass sie zum Beispiel höhere Tarife im Spitalwesen genehmigen, ihre Spitäler entgegen dem Buchstaben des Gesetzes subventionieren und so Spitalstrukturen erhalten oder sich dann direkt als Wirtschaftsförderer betätigen und neue Infrastrukturen schaffen, von denen nicht bekannt ist, ob man sie tatsächlich braucht. Vor zwei Jahren hat eine Zusammenstellung ergeben, dass für insgesamt 15 Milliarden Franken in den nächsten Jahren rund 70 Spitäler gebaut oder umgebaut werden. Ich habe da den Verdacht, dass man die Patienten damit unter anderem davon abhalten will, sich in einem Nachbarkanton behandeln zu lassen.

Warum steigen nun aber die Kosten?

Die Kosten werden entweder durch den Preis oder durch die Menge bestimmt. Der Preis wird zwar verhandelt, ist aber in Tat und Wahrheit

hoch reguliert. Der Hauptgrund der steigenden Kosten im Gesundheitswesen ist deshalb die Menge an Leistungen, die ansteigt. Die Leistungserbringer, also vor allem die Ärzte, machen zu viel und die Patienten fragen zu viel nach. Beide, sowohl der Arzt, der mehr verkauft, als auch der Patient, der mehr bekommt, sind damit natürlich zufrieden – auf Kosten aller anderen, die es bezahlen müssen. Wir haben einen Markt, bei dem die Nachfrage durch das Angebot bestimmt wird.

In den Augen der Versicherten sind aber die Krankenkassen schuld an den immer steigenden Prämien.

Nein, wir überbringen bloss jedes Jahr die schlechte Botschaft. Aber wir sind mit unseren Verwaltungskosten gerade einmal für vier Prozent der Kosten der Grundversicherung verantwortlich. Wir sind gleichzeitig die Einzigen im System, die einen Anreiz haben, kostenbewusst zu arbeiten, weil wir untereinander im Wettbewerb stehen. Bei niemandem herrscht derart viel Transparenz wie bei den Versicherern. In den letzten Jahren ist das Bewusstsein aber gestiegen, dass es nicht die bösen Ver-

sicherer sind, welche Kosten in die Höhe treiben.

Was machen die Versicherer konkret, damit die Kosten nicht weiter steigen?

Wir kontrollieren die Rechnungen, wie es das Gesetz vorschreibt, nach den Kriterien Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit. Bei der Groupe Mutuel sind es rund 17 Millionen Abrechnungen pro Jahr. Damit sparen wir allein bei der Groupe Mutuel über 600 Millionen Franken pro Jahr. Bei einem Rechnungsvolumen von über sechs Milliarden sind das mehr als zehn Prozent. Und wir handeln tiefere Preise aus, was weitere Einsparungen bringt. Hinzu kommt die Signalwirkung: Wenn niemand mehr die Rechnungen kontrollieren würde, dann würde die Selbstbedienungsmentalität keine Grenzen kennen. Die Leistungserbringer sind so erzogen worden, dass in der relativ reichen Schweiz das Geld vorhanden ist und ewig vorhanden sein wird. Die haben nie Gesundheitsökonomie studiert und sind trotzdem – oder gerade deswegen – gute Buchhalter in eigener Sache.

Es heisst immer, es würden Tausende unnötige Operationen gemacht. Es gebe 20 Prozent Ineffizienz im System, das sagte selbst Bundesrat Alain Berset.

Genau das hat damit zu tun, dass im Gesundheitswesen das Angebot die Nachfrage schafft. Ich habe noch keinen Menschen gesehen, der in diesem Jahr nicht mehr verdienen möchte als im letzten Jahr. Solange man mit Mengenausweitung mehr verdienen oder dem Spitaldirektor eine Freude bereiten kann, wenn man ein paar Operationen zusätzlich durchführt, solange wird das geschehen. Um diesen Fehlanreiz zu beheben, bräuchte es die Aufhebung des Vertragszwanges.

Was heisst das?

Dass die Kassen nicht mit allen Leistungserbringern einen Vertrag über die Abrechnung von Leistungen abschliessen müssen. Wir würden höchstwahrscheinlich zwar trotzdem mit allen einen Vertrag abschliessen, weil wir unsere Kunden nicht vergraulen wollen. Hingegen würde man unter den Tarifpartnern anders über Preis, Qualität und Leistungen diskutieren. Und genau das fürchten sie. Heute kann eine Seite entweder alles blockieren oder aber es kommt oftmals nur zu grosszügigen Lösungen.

Genügt das?

Nein. Wir sollten die vom Bundesamt für Gesundheit festgesetzten Preise unter die Lupe nehmen. Die Medikamentenpreise, die Preise der Mittel und Gegenstände und diejenigen der Laboranalysen sind immer noch zu hoch.

Wegen des Bundesamts?

Ja, auch, weil er eine Güterabwägung zwischen verschiedenen Interessen machen muss und deshalb nicht nur auf die Kostenfolgen schaut. Die Preise müssen runter. Alain Berset hat in diesem Bereich einiges erreicht, aber es hat noch Luft im System, sowohl bei den Originalpräparaten als auch – und noch viel mehr – bei den Generika.

In Sachen Qualität will der Nationalrat eine Kommission ins Leben rufen.

Die ersten beiden Qualitätsvorlagen von Bundesrat Berset wollten bereits neue Strukturen aufbauen, zuerst ein Institut, dann ein Netzwerk. Viel wichtiger ist aber, dass definiert wird, was Qualität ist, wie sie gemessen wird und was passiert, wenn sie nicht erreicht wird. Die Möglichkeit, das zu tun, ist schon heute im Krankenversicherungsgesetz verankert. Man müsste also eigentlich gar nichts anderes machen, ausser endlich das umzusetzen, was bereits gilt.

Zum Beispiel im Tarifvertrag zwischen Ärzten und Kassen etwas zur Qualität verankern.

Genau. Darum müssen wir Sanktionen einführen für jene, die nicht mitmachen wollen. Nur so kann man die Qualität dann auch verbessern. Eine Eidgenössische Kommission bringt uns da nicht weiter. Die Tarifpartner müssen das vorantreiben, und man muss ihnen «die Ohren lang ziehen», wenn sie sich weigern.

Diskutiert wird auch die Zulassung von neuen Ärzten, weil der Zulassungsstopp nächsten Sommer ausläuft. Das könnte man doch mit der Qualitätsvorlage verbinden und nur jene zulassen, die bei einem Qualitätsprogramm mitmachen.

Das wäre sinnvoll, aber es gibt im Parlament gemeinhin die Angst, zu viel in eine Vorlage zu packen. Bei der Zulassung ist die Frage, ob wir sie mit etwas Wettbewerblichen steuern wollen, wie es das Parlament eigentlich gefordert hat. Oder ob wir einfach den bestehenden Zulassungsstopp vielleicht mit ein paar Kriterien ergänzen, den Kantonen eine «Carte blanche» geben und das Ganze endgültig im Gesetz verankern.

Die dritte laufende Vorlage ist die einheitliche Finanzierung. Was bringt das?

Heute zahlen die Kantone gut die Hälfte an die Kosten im Spital, aber nichts an die ambulanten Kosten. Es gibt also einen Anreiz, eine Leistung teurer im Spital machen zu lassen, damit die Kosten aufgeteilt werden. Wenn alles einheitlich finanziert würde, wäre dieser falsche Anreiz weg.

Wie würde das gehen?

Die Kantone müssten einfach von jeder medizinischen Rechnung 25,5 Prozent übernehmen. Das würde den heutigen 7,5 Milliarden Franken entsprechen, die sie an die stationären Behandlungen bezahlen. Die Kantone wären dann vielleicht auch etwas vorsichtiger bei der Zulassung von Ärzten. Sie hätten so auch die Transparenz, was sie genau bezahlen. Beim anderen Vorschlag, das Geld der Kantone über den Risikoausgleich über eine Art Clearingstelle zu verteilen, entsteht ein riesiger und teurer Wasserkopf, und die Kantone haben nicht mehr die Transparenz über die Verwendung ihrer Steuergelder.

«Wir wollen die vom Bund festgesetzten Preise unter die Lupe nehmen.»

Das ist aber alles kein grosser Wurf. Müssen wir weiterhin jedes Jahr drei bis vier Prozent mehr bezahlen?

Da bin ich nicht einverstanden. Wenn wir die neue einheitliche Finanzierung, die ambulante Zulassung sowie die Qualität so umsetzen und die Tarifierungsfragen wirtschaftlich lösen, dann können wir den Tatbeweis erbringen, dass der regulierte Wettbewerb funktioniert. Das braucht Zeit, bis es wirkt, aber es wird wirken.

Und wenn es nicht funktioniert?

Wenn es nicht gelingt, die Kostensteigerungen zu dämpfen, dann gibt es natürlich auch die andere Schule, die staatlich eingreifen will und daran glaubt, dass dies funktionieren wird. Aber das wird zu noch mehr Zweiklassenmedizin und letztlich zu einer Rationierung von Leistungen führen. Beides wird aber von der Bevölkerung abgelehnt. Man wird dann einfach Jahr für Jahr mehr Steuergeld in das System pumpen, was auf Dauer keine Lösung ist.

BASLER ZEITUNG

14.7.2018/2