

2. Swiss Healthcare Day 20. Januar 2016, Kursaal Bern

Beat Kappeler

Planung versus Anreiz- und Resultat-Orientierung – was liefert die besten Outcomes?

Die Sicht des Oekonomen

Dass Wettbewerb mit seinen Anreizen und mit der Belohnung nur der Resultate, nicht der Kosten, das beste Resultat liefert, ist die unbestrittene Grundlage unserer Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung.

Ausser natürlich bei der Energie, beim Verkehr, bei der Landwirtschaft, bei den Medien, bei der Bildung, bei der Post, beim Telephon, bei der Elektrizität, und ganz besonders, auch nicht bei der Gesundheitsversorgung.

Sicherheit, Gleichheit, Qualität werden für planerische Ausnahmen in allen diesen Bereichen angeführt. Und siehe da, ausser ein paar Arbeitern und Gewerblern haben sich alle Akademiker und Funktionäre herrliche, hohe Tarifordnungen und nicht bestreitbare Posten geschaffen. Die paar andern bezahlen...

Das wäre eine „unten/oben“-Kritik des Planens, eigentlich ein ungewohnter Ansatz. Sogar die Linken stimmen nie in diese kritische, populistische Sicht ein, da sie heute die planenden Akademiker und Funktionäre stellen. Verkehrte Welten. Doch wir wollen nicht dabei bleiben. Sondern es geht hier um die Outcomes, um die besten Resultate.

Deshalb fragen wir uns, wenn schon der Wettbewerb Fehler aufweisen soll, haben dann planerische Vorgänge keine solchen? Doch, sie haben eine hohe Fehlerquote, denn Planung erfolgt durch „Komitees“ im weitesten Sinne, und **Komitees leiden unter den folgenden, intrinsisch/systematisch begründeten Fehlleistungen:**

- Komitees handeln mit fremdem Geld
- Komitees üben Verantwortung vermeintlich im „Kuchen-Modell“ aus
- Komitees sind pfadabhängig, können ohne Gesichtsverlust nicht umkehren
- Komitees bestehen aus delegierten Mitgliedern, die nicht anders können
- Komitees machen Kreuzkompromisse, die trotz Scheitern unumkehrbar sind
- Komitees sind gebannt vom „median voter“
- Komitees verrechnen gehabte Kosten, nicht Nutzen
- Komitee-Entscheide sind ex post kaum richtig zu beurteilen
- Komitees reichen falschen Entscheiden noch engere Entscheide nach
- Komitees immunisieren sich gegen Volks- oder Parlamentsentscheide (z.B. die Gesundheitsdirektorenkonferenz oder die SKOS, die nirgends in der Verfassung vorgesehen sind)

Und was wären dann die **Vorteile wettbewerblicher Verfahren?**

- Märkte verlangen von den Teilnehmern, auf die Interessen der Gegenseite einzutreten
- Märkte sind ergebnisoffen, was zu Vorsicht und Sparsamkeit zwingt
- Marktteilnehmer tauschen repetitiv, müssen dazu Reputation einhalten
- Märkte sind gewaltfrei, die Teilnehmer haben keine Durchsetzungsgewalt
- Marktteilnehmer handeln auf eigenes Risiko
- Märkte belohnen nicht gehabte Kosten, sondern den Nutzen
- Märkte bieten ein Entdeckungsverfahren, bringen Neues auf.
- Märkte sind dabei unzimperlich mit früheren Outcomes (schöpferische Zerstörung)

Diese zwei Kataloge können uns einen Einblick auf gute und schlechte Verfahren in der Gesundheitspolitik bringen.

Fehlleistungen der bisherigen, planerischen Verfahren sind unterdessen bekannt:

Die Schweiz hat mit kantonaler Spitalplanung (oder früher mit chaotischer Regionalplanung durch u.a. Spital-Geschenke) eine viel zu grosse Dichte an Spitälern erreicht. Der Kanton Bern hatte zu Zeiten mehr Spitäler als ganz Schweden. Der Numerus Clausus für Medizinstudenten wollte bei den Kosten für Ausbildungsplätze sparen, provozierte aber die ungebremste Zuwanderung auswärtiger Ärzte und deren Kosten im Praktizieren (weil die Freizügigkeit an anderer Stelle, im EDA, geplant wurde). Das Bundesamt für Gesundheit hat in 15 Jahren kein einziges Medikament von seiner Liste gestrichen, dagegen aber viele neue Medikamente, u.a. jene mittelgrosser Hersteller in der Schweiz, schikaniert. Dieses Amt hat in 5 Jahren seine Vorgaben oder Kriterien fünf Mal grundlegend geändert.

Die Kosten des Gesundheitswesens steigen ungebremst, und viel stärker als das sie finanzierende Inlandprodukt. Keine der planenden Behörden und Komitees scheinen Zinseszins-Rechnungen und ihre Sprengkraft zu beherrschen. Die individuellen Kostenspiegelung in den Prämien der Versicherten wird bereits mit 4 Milliarden Prämiensubventionen immunisiert (gleiches Verfahren mit subventionierten Solar-Anlagen und Stromabgaben in der „Energie-Wende“). Die Fallpauschalen der Spitalrechnungen werden in den konkreten Aushandlungen von den Kantonen mit immer neuen Kosten-Elementen belastet, immer neue „gemeinwirtschaftlichen Leistungen“ ebenfalls als feste Kostensockel eingebaut. Im Moment planen die 10 grossen Spitalkantone je mehrere hundert Millionen neue Spitalinvestitionen, teils dicht an der Grenze zum Nachbarkanton (BL/BS, SG/SZ).

Durch die spitallastige Versorgung wurde übersehen, dass nicht kleine Notfallwägelchen als Zulieferung dienen sollen, sondern dass anstelle kleiner Regionalspitäler grosse Notfallwagen mit Operationsmöglichkeit direkt vor die Häuser fahren könnten und die bessere Versorgung erbrächten.

Ferner wissen alle, dass die Kantone unverträgliche Funktionen kumulieren – Leistungserbringer, Kostenträger, Planer, Mediator (und die Zentralplaner der Kantone sind froh darüber und nutzen es). In jedem anderen Bereich der Gesellschaft, öffentlich oder privat, müsste man in den Ausstand treten.

Nun, die **Vorteile wettbewerblicher Verfahren in der Gesundheitspolitik** sind demgegenüber evident:

Die **freie Wahl der Leistungserbringer durch die Krankenkassen** würde die Kantone und ihre Komitees von der Planung entlasten. Die Kosten bei Spitälern und Praxen würden nicht nach mittlerer oder hoher Kostenebene vergütet. Diese freie Wahl ergänzt die freie Wahl- und Wechsellmöglichkeit der Versicherten seit dem neuen Regime aufs Beste.

Die Drohungen, die freie Arztwahl würde eingeschränkt, ist haltlos, weil nur einige wenige Spitäler und Aerzte ausgeschlossen würden, die Wirkung auf alle aber gegeben wäre.

Ein klarer **Stop aller zusätzlichen kantonalen, kommunalen Finanzierungen** der Spitäler wäre dann angezeigt. Die privaten und öffentlichen Spitäler hätten gleiche Spiess, der Wettbewerb würde spielen. Die Pflicht der Krankenkassen, keine Selektion der Versicherten zu betreiben, verhindert weiterhin jede Zweiklassen-Medizin.

Als weiteren Schritt könnte man die **Zulassungspraxis des BAG und der Swissmedic drastisch ausdünnen**. Das Cassis-de-Dijon-Prinzip gälte auch hier (und die Europäer sterben ja nicht wie die Fliegen wegen der dort bereits zugelassenen Medikamente).

Die heutige Planungswirtschaft hält sich demnach mit drei demagogischen Parolen am Leben: „Zweiklassenmedizin“, „keine freie Aertwahl“ und „Tod in den Regionen“ ohne allgegenwärtige Kleinspitäler.

Auf **Versicherten-Ebene** sind ebenfalls die wettbewerblichen, eher, die selbstverantwortenden Elemente zu behalten, zu stärken, allem voran die hohe, **wählbare Franchise**. Ökonomisch gesprochen bekommen die Versicherten eine „opt-out“-Möglichkeit vom umfassenden Obligatorium. Dieses opt-out würde überall, wo der Staat regelt, die Bürokratie und die Kosten senken helfen.

Schliesslich wäre auch der **Grundversorgungskatalog** eher auszudünnen als zu ergänzen. Die Versicherten mit weiter gehenden Ansprüchen, etwa auf Komplementärmedizin oder Psychologieleistungen, Zahnmedizin, können sich zusätzlich versichern und ökonomisch gesprochen einen „Club“ bilden, der sich Leistungen kollektiv zusagt, aber auch unter sich und nur unter sich finanziert.

Die **Prämiensubventionen** sollen zurück gefahren werden, was umso leichter geht, als das Gesundheitswesen günstiger oder relativ günstiger zum allgemeinen Inlandprodukt wird. Ausserdem wird übersehen, dass heute diese Subventionen ein weiteres Element der Sozialpolitik darstellen, welche Schwelleneffekte produziert: wer Verbilligungen bezieht, aber mit der Zeit mehr Einkommen erzielt, erlebt den Wegfall der Stützung und verliert damit oft mehr, als er selbst zugewonnen hat, ist also ärmer dank Selbstverantwortung. Auch hier planen die wohlgesonnenen Sozialpolitiker unverdrossen neben einander her, fügen den Prämienverbilligungen die Sozialhilfe an, die Stipendien, die Wohnungsvorgünstigungen, tiefere Abgabesätze in der 2. Säule, Steuerbefreiungen. Ueberall fallen diese eins-zu-eins mit selbstverdienten Franken weg – eine 100%-Steuer für die Aermsten. Ich habe am Beispiel eines Kantons nachgerechnet, dass ein Haushalt, der kein Einkommen hat und alle diese Stützungen beziehen kann, bis zu einem selbstverdienten Einkommen von um die 85'000 Franken keinen Vorteil daraus hat, weil stufenweise alles wegfällt und noch Steuern anfallen (nicht jedoch auf diesen Stützungen).

Kurz – mehr Anreize für bessere Outcomes!