



## Von der Prämienexplosion zum nachhaltigen Gesundheitswesen

### OLIVIER KESSLER

*Die Krankenkassenprämien eskalieren. Die Weichen müssen nun endlich neu gestellt werden. Ein Lösungsvorschlag.*

Seit der Industrialisierung und dem Aufkommen des Kapitalismus hat die Menschheit einen in diesem Ausmass bislang unvergleichbaren Aufstieg in Bezug auf die Lebensstandards hingelegt. Einkommen, Lebensdauer und Komfort haben sich massiv erhöht. In der Schweiz gibt es heute folglich nur noch wenige Arme im Sinne einer materiellen Entbehrung.

Nichtsdestotrotz gibt es auch heute noch Menschen, die auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, um lebensnotwendige Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können. Wie kann diesen Leuten am besten geholfen werden, ohne der Allgemeinheit ständig steigende Zwangsprämien aufzubürden? Folgende Erkenntnisse müssen dabei berücksichtigt werden.

### Erkenntnis 1: Ressourcen sind knapp

Auch im Bereich der Gesundheitspolitik wird wie in vielen anderen Politiksektoren oftmals das Wünschbare mit dem Machbaren verwechselt. Wäre es wünschenswert, dass alle Menschen mit den allerbesten Heilmethoden von den allerbesten Ärzten behandelt werden? Selbstverständlich! Ist es realistisch, dass die allerbesten Ärzte allen Menschen gleichzeitig zur Verfügung stehen, die eine entsprechende Behandlung benötigen? Leider nicht!

So trivial diese Feststellung auch erscheinen mag: Sie ist trotzdem Ursache für diverse Fehlritte im Bereich der Gesundheitspolitik: Es herrscht vielerorts der Glaube vor, es gäbe so etwas wie ein perfektes Gesundheitssystem für alle, das der Staat mit geeigneten Eingriffen («Social Engineering») herbeizaubern könne. Doch keine staatliche Aktivität vermag die erwähnte Ressourcenknappheit zu überwinden. Es handelt sich beim Staat ja nicht um eine allmächtige, gottähnliche Gestalt, die alle Wünsche und Träume erfüllen kann. Der Staat ist auch kein Magier, der die Naturgesetze aus den Angeln heben und Ressourcen herbeizaubern kann. Alles, was der Staat ausgibt, muss er zuvor jemandem wegnehmen.

Ein Gesundheitswesen wird deshalb nicht besser, sondern ineffizienter und teurer, wenn diese Tatsache bei politischem Eingreifen ignoriert wird. Besser kann es nur werden, wenn die vorhandenen knappen Ressourcen optimal eingesetzt werden, sodass möglichst zielführende Behandlungen zu möglichst geringen Kosten möglich sind. Damit werden auch Gesundheitsleistungen für weniger wohlhabende Haushalte bezahlbar. Aus der Erfahrung und der Geschichte wissen wir, dass ein solcher optimaler Ressourceneinsatz vor allem unter wettbewerblichen Bedingungen erfolgt, während die Eigentumsrechte und die Vertragsfreiheit gewährleistet sind.

### Erkenntnis 2: Die künstliche Verbilligung von Leistungen ist teuer

Es ist wichtig zu verstehen, welche ungewollten Nebeneffekte ein staatlich durchgesetztes «Recht auf Gesundheit» und eine entsprechende Kollektivierung des Gesundheitswesens hat. Es ist zu erwarten, dass die Gesundheitskosten explodieren, die Politik in der Folge das Kostenwachstum bekämpfen und dies zu einem Absinken der Qualität oder zu einer eingeschränkten Verfügbarkeit der Gesundheitsleistungen führen wird.

Wenn Sozialversicherungen und der Staat einen Grossteil der anfallenden Kosten übernehmen, führt dies aus individueller Sicht zunächst zu einer scheinbaren Vergünstigung von Gesundheitsleistungen. Auch im Gesundheitswesen gilt: Wird etwas billiger, steigt die Nachfrage. Dies trifft insbesondere auf den medizinischen Graubereich zu. Anstatt eines jährlichen Gesundheits-Checks, geht man plötzlich alle drei Monate zur entsprechenden Untersuchung. Anstatt bei Unsicherheit noch etwas abzuwarten, entschliesst man sich sofort für ein MRI. Klar, wenn man die entsprechenden Kosten nicht selbst tragen muss, entscheidet man sich im Zweifelsfall eher für einen Arzttermin zu viel, als einen zu wenig, lieber für die Luxus-Behandlung, als für die gewöhnliche.

Der Grund für dieses Verhalten ist die durch den staatlichen Eingriff manipulierte Kosten-Nutzen-Analyse jedes Einzelnen: Wenn der Nutzen nicht im Verhältnis zu den anfallenden Kosten steht, verzichtet ein Individuum aus rationalen Gründen normalerweise auf die Beanspruchung der entsprechenden Leistung. Werden die individuellen Kosten jedoch künstlich herabgesetzt, erscheint der Nutzen eines zusätzlichen Arztbesuchs oder einer Extra-Behandlung wesentlich grösser. Es wird folglich zum übermässigen Kostenanstieg im Gesundheitswesen kommen, was zur Folge hat, dass an anderen Orten gespart werden muss, sei es nun bei der Altersvorsorge, der Bildung oder beim Sozialen.

Der Staat wird in der Folge wahrscheinlich — anstatt auf das problematische Drittzahler-System zu verzichten — Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums ergreifen. Dazu könnte er beispielsweise den Zugang zu Gesundheitsdiensten beschränken, worauf die Gesundheit eines Bürgers von den Entscheidungen von Bürokraten abhängig wird. Wo das Angebot eingeschränkt wird, sind lange (und derweilen auch schmerzvolle) Wartezeiten zu erwarten, wie etwa das abschreckende Beispiel Grossbritanniens zeigt, wo Patienten vernachlässigt in Klinikfluren sterben, Rentner stundenlang auf einen Krankenwagen warten und Krebs-OPs verschoben werden müssen.[1]

Oder aber der Staat könnte die Ärzte und die sonstigen Gesundheitsdienstleister zwingen, zu niedrigeren Löhnen zu arbeiten oder auf gewisse Behandlungsmethoden zu verzichten, worauf deren Motivation und die Qualität der medizinischen Leistungen tendenziell abnehmen wird. Auch dürfte es exzellente Ärzte aus Frust eher in andere Länder mit fairerer Bezahlung und geringerer Regulierungsdichte ziehen.

So oder so sind das keine besonders guten Perspektiven für ein Gesundheitswesen, das bezahlbare aber auch qualitativ gute Leistungen erbringen soll. Denn, wer unter Schmerzen leidet, der will nicht lange warten müssen und der will nicht irgendeine Gesundheitsversorgung: Er will eine möglichst gute Versorgung — und das so schnell wie möglich. Zusammengefasst: Die künstliche Verbilligung von Gesundheitsdiensten kommt uns alle — auch Arme — teuer zu stehen.

### Erkenntnis 3: Prämienverbilligungen sind ein Bumerang

Von den steigenden Kosten im Gesundheitswesen unbeeindruckt kann sich nur geben, wer glaubt, dafür würden dann einfach «die

Reichen» aufkommen. Eine beliebte Methode, mit der man meint, die Kosten dauerhaft auf vermögendere Mitbürger abwälzen zu können, sind Prämienverbilligungen. In der Schweiz kommt eine wachsende Zahl der Bevölkerung in den Genuss solcher Prämienverbilligungen. Im Jahr 2020 waren es bereits 2,4 Mio. Bezüger — was 27,6 Prozent aller Versicherten ausmacht —, deren Prämien im Durchschnitt um 2304 Franken verbilligt wurden.[2]

Hinter dieser Annahme, wonach Reiche unbegrenzt zur Kasse gebeten werden könnten, steckt ein fataler Irrglaube: der sogenannte Nullsummenglaube. Demnach geht man davon aus, dass der Wohlstand ein immer gleich grosser Kuchen sei, weshalb Reiche schuld daran seien, dass es Ärmere gebe. Das Problem, dass «Arme» ein kleineres Stück des Kuchens abbekommen, lässt sich gemäss diesem Irrglauben ganz einfach lösen: Der Staat greift ein und verteilt die Stücke gleichmässiger, beispielsweise, indem er ärmeren Haushalten Prämienverbilligungen gewährt und die Kosten dafür den wohlhabenderen Haushalten mittels höheren Steuern in Rechnung stellt.

Doch so funktioniert die Wirtschaft nun mal nicht. Je mehr der Staat in die Wirtschaft hineinfunkt und eine andere Verteilung festlegen will, desto kleiner wird der gebackene Kuchen, der verteilt werden kann. Warum? Durch diesen Eingriff ändert der Staat die Anreize: Leistung, Fleiss und Bemühungen, für die Menschen die besten und günstigsten Produkte und Dienstleistungen anzubieten, werden nicht mehr belohnt.

Nur, wenn sich der Staat aus dem Prozess der Wohlstandsschaffung und -verteilung heraushält, wächst der Kuchen immer weiter an. So können die Bedürfnisse immer breiterer Bevölkerungsschichten befriedigt werden. Je weiter sich jedoch ein System von den Grundsätzen des Wettbewerbs und der Vertragsfreiheit entfernt — z.B. durch den staatlichen Befehl, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung mit bürokratisch festgelegtem Leistungskatalog abzuschliessen oder exzessive Steuern zahlen zu müssen — desto kleiner wird dieser Kuchen. Wegen den verfälschten Anreizen sinken die Lebensstandards und das Gesundheitswesen gerät zunehmend in eine finanzielle Schieflage.

#### **Erkenntnis 4: In einem freien Gesundheitssystem können sich Arme Gesundheitsleistungen selbst leisten**

Die Alternative zur hoffnungslosen Kaputtregulierung des Gesundheitswesens wäre die Rückkehr zu marktwirtschaftlichen Prinzipien und zur Vertragsfreiheit für alle Akteure — Patienten und Ärzte. Das würde bedeuten, Gesundheitsdienstleister wären nicht mehr Bürokraten, die streng nach staatlichen Vorgaben zu «funktionieren» haben, sondern Unternehmer, die sich um die Gunst der Kundschaft bemühen müssen.

Gesundheitsdienstleister befinden sich dann in einem Wettbewerb um die beste Qualität, die kürzesten Wartezeiten, die höchste Transparenz, die besten Preise und alle anderen Faktoren, die den Kunden sonst noch wichtig sind. Dieser Wettbewerb fördert Kreativität und Innovation, sowie die Nachahmung bewährter Methoden und das Fallenlassen von zu teuren, ineffizienten und nutzlosen Behandlungsarten.

Aus diesen Gründen steigt in allen Bereichen, wo der Wettbewerb spielt, die Qualität, während die Preise sinken oder zumindest weniger stark als die realen Einkommen ansteigen. Das bedeutet, dass auch ausgeklügelte und qualitativ hochstehende Behandlungsmethoden sowie wirkungsvolle Medikamente zunehmend auch für Arme erschwinglicher werden. Das Beispiel der tendenziell marktwirtschaftlich organisierten Zahnmedizin in der Schweiz, das sich nur vernachlässigbar über Sozialversicherungen finanziert, zeigt, dass sich die Preise in einem solchen Umfeld gegenüber den kollektivierten Leistungen der Sozialversicherungen um ein Vielfaches besser entwickeln.[3]

Auch die permanente Kostenexplosion, die ein Merkmal eines Gesundheitswesens mit erzwungenem Drittzahler-System ist, kann man in einem marktorientierten Gesundheitswesen in den Griff kriegen. Die kollektive Verantwortungslosigkeit wird durch eine stärkere Betonung der Eigenverantwortung abgelöst. Die Buffet-Mentalität, die dadurch gekennzeichnet ist, dass man sich zu einem Fixpreis die Bäuche vollschlägt (oder eben bedenkenlos Gesundheitsleistungen im Graubereich in Anspruch nehmen) kann, weicht einer à la carte-Mentalität, bei der vor jeder Bestellung abgewogen wird, ob einem die Mahlzeit (oder eben die entsprechende Gesundheitsleistung) das Geld auch wirklich wert ist. Somit wird tendenziell nur noch das konsumiert, wo der Nutzen höher ist als die Kosten. Das hat den Vorteil, dass so auch noch Mittel für andere wichtige Bedürfnisse im Leben übrigbleiben.

Natürlich gibt es auch freiheitliche Drittzahler-Systeme, etwa wenn private Versicherungen, Familienmitglieder oder Hilfswerke die Kosten einer Behandlung übernehmen. Der entscheidende Unterschied besteht jedoch darin, dass dies ohne Zwang passiert, sondern aufgrund freiwillig eingegangener Verpflichtungen. Das bedeutet, dass derjenige, der eine Leistung in Anspruch nimmt, eine Rechenschaftspflicht gegenüber jenen Personen, Versicherungen oder Hilfswerken hat, die seine Kosten übernehmen. Die kollektive Verantwortungslosigkeit in der staatlichen Sozialversicherung wird so durch verantwortungsvolle Beziehungen ersetzt. Unnötige Behandlungen im Graubereich, welche für die Kostenexplosion mitverantwortlich sind, dürften so deutlich weniger in Anspruch genommen werden, wenn der Nutzen die Kosten nicht übersteigt.

#### **Erkenntnis 5: Arme erhalten in einem liberalen System die nötige Gesundheitsversorgung**

Doch selbst wenn man begriffen hat, dass Gesundheitsdienste in einem System der Vertragsfreiheit und ohne staatlichen Eingriffe stetig besser und für Arme immer erschwinglicher werden, bleibt nichtsdestotrotz die Frage, was mit jenen Armen passiert, die sich lebensnotwendige Gesundheitsleistungen trotzdem (noch) nicht leisten können. Gemäss der etatistischen Vorstellung würden solchen Leuten ohne eine entsprechende staatliche Vorschrift notwendigerweise die nötigen Gesundheitsleistungen verwehrt werden, weshalb eine medizinische Unterversorgung unausweichlich sei.

Doch diese Annahme widerspricht der menschlichen Natur als soziales Wesen. Auch ohne «staatlichen Garantien» erfahren Leute in tendenziell kapitalistischeren Gesundheitssystemen eine ausgezeichnete medizinische Versorgung (eine bessere, als der Staat mit seinen Eingriffen zu bieten in der Lage ist[4]), obwohl sie die wahren Kosten nicht aus eigenem Portemonnaie bezahlen können. Entweder, weil die meisten Ärzte — dem hippokratischen Eid entsprechend — sich eine gewisse Zeit ihres Pensums dafür reservieren, Mittellose kostenlos oder vergünstigt medizinisch zu betreuen. Oder, weil Familienangehörige, Freunde oder private Hilfswerke die Behandlungskosten für diese Menschen übernehmen.

Gerade, weil es sich bei den meisten Menschen um mitfühlende und solidarische Wesen handelt und weil im System wirtschaftlicher Freiheit der Wohlstand tendenziell wächst, befinden sich private Hilfswerke je länger je weniger in Geldnot. Seit vielen Jahren verzeichnen etwa Hilfswerke in der Schweiz, dem wirtschaftlich viertfreisten Land der Welt[5], Jahr für Jahr neue Spendenrekorde.[6] Während die Schweizer 2003 noch 1071 Millionen Franken gespendet hatten, waren es 2021 bereits 2051 Millionen Franken.

Vergessen wird oftmals, dass es gerade staatliche Regulierungen wie Lizenzen sind, welche das Angebot an Gesundheitsleistungen beschränken und damit die Wahlfreiheit insbesondere für Arme sabotieren.[7] Wo Wettbewerb ausgeschaltet wird, werden Preise auch künstlich verteuert. Der Staat ist also nicht unschuldig, wenn Arme gewisse Gesundheitsleistungen nicht aus eigener Tasche bezahlen

können. Mit seinen Interventionen verhindert er die Entstehung günstigerer Angebote.

Würde der Staat den Armen wirklich helfen wollen, würde er solche protektionistischen Regulierungen zurücknehmen. Doch das tut er nicht, weil er nicht in erster Linie der altruistische und barmherzige Ritter der Gerechtigkeit ist, wie er immer wieder gerne dargestellt wird, sondern ein Vehikel, das vor allem zur Durchsetzung von Partikularinteressen missbraucht wird.

An der Aufrechterhaltung des aufgezwungenen Drittzahler-Prinzips der Sozialversicherung haben in erster Linie Gesundheitsanbieter ein Interesse, weil solche Systeme den Überkonsum fördern. Diese Umsatz-Aussichten macht es für die Branche lohnenswert, Politiker durch ein entsprechendes Lobbying zu beeinflussen. Doch diese ungerechtfertigten und künstlichen Ankurbelungsmassnahmen des Staates schaden letztlich der ganzen restlichen Gesellschaft, insbesondere den Armen.

## Grundsatzfrage

Es stellt sich also die Grundsatzfrage: Wollen wir eine Gesellschaft freier, mündiger und verantwortungsvoller Bürger, in der erfolgreiches Verhalten belohnt wird; eine Gesellschaft die prosperiert und die von qualitativ hohen Gesundheitsdiensten zu erschwinglicheren Preisen profitiert; eine Gesellschaft, die es sich aufgrund wachsender Lebensstandards problemlos leisten kann, auch ärmeren Mitmenschen die nötige Versorgung zukommen zu lassen?

Oder wollen wir ein System, in welchem die Kosten explodieren, Gesundheitsleistungen nicht nur für Arme immer weniger erschwinglich und verfügbar werden und die Qualität laufend abnimmt; ein System, in welchem Gesundheitsdienste bürokratisiert und die Wahlfreiheit durch staatliche Befehle abgelöst wird? In anderen Worten: Wollen wir uns allen Ernstes einreden, es nütze den Armen, wenn wir nun durch immer weitergehende politische Eingriffe ein zuvor funktionierendes und sich laufend verbesserndes Gesundheitswesen kaputtregulieren?

*Dieser Beitrag ist in gekürzter Version am 12. Oktober 2022 in der NZZ erschienen.*

*Olivier Kessler ist Direktor des Liberalen Instituts in Zürich.*

[1] Marcus Theurer (14. Januar 2018). Britische Einheitsversicherung: Tragödie in Grossbritanniens Krankenhäuser. FAZ. Abgerufen auf: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/die-britische-einheitsversicherung-als-negativbeispiel-fuer-deutschland-15388429.html>

[2] Bundesamt für Gesundheit (2020). Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2020.

[3] Olivier Marmy (2019). Persönliche Verantwortung funktioniert: Die Schweizer Zahnmedizin als Musterbeispiel. Erschienen in: Pierre Bessard und Olivier Kessler (2019). «Zu teuer: Warum wir für unser Gesundheitswesen zu viel bezahlen». Zürich: Edition Liberales Institut.

[4] Leonard Peikoff (1989). Medicine: The Death of a Profession. In: The Voice of Reason. S. 12.

[5] Vgl. dazu: Index für wirtschaftliche Freiheit (2021). Liberales Institut. Abgerufen auf: <https://www.libinst.ch/?i=economic-freedom-index>

[6] Zewo (2018). Spendenstatistik — Spendenvolumen in der Schweiz. Einnahmen und Wachstum von Hilfswerken. Abgerufen auf: <https://www.zewo.ch/fur-hilfswerke/service-nutzen/spendenstatistik>

[7] John Goodman (2012). Priceless: Curing the Healthcare Crisis. Oakland: The Independent Institute. S. 30.

Oktober 2022

