

Praxisführung und Geld

Rationierung im Gesundheitswesen

Leistungen der Krankenkasse: Jeder soll selber entscheiden

ZÜRICH – Wenn über Rationierung im Gesundheitswesen diskutiert wird, sollten nicht Staat oder Ärzte über eventuelle Abstriche entscheiden, sondern die Versicherten, meint Prof. Dr. Peter Zweifel. In unserem Interview erklärt der Ordinarius für Volkswirtschaft an der Universität Zürich, wie die Präferenzen der Versicherten bzw. deren Zahlungsbereitschaft ermittelt werden können, und wie er sich die Zukunft des Schweizerischen Gesundheitswesens vorstellt.

? Herr Prof. Zweifel, Sie plädieren dafür, die Zahlungsbereitschaft der Versicherten zu ermitteln. Wozu soll das gut sein?

Prof. Zweifel: Wenn wir uns immer mehr auf ein Gesundheitssystem hinbewegen, das von den Präferenzen der Betroffenen gesteuert wird, wie sich das in einer anständigen Marktwirtschaft gehört, dann ist die Messung der marginalen Zahlungsbereitschaft sehr wichtig. Mit diesem Instrument kann gemessen werden, wie viel der Einzelne bereit ist, für zusätzliche Gesundheitschancen zu opfern, sprich: Wenn ich bereit bin, viel zu opfern, dann ist mir meine Gesundheit viel wert und umgekehrt. Auf dem normalen Markt offenbart sich das, indem die Leute für etwas bezahlen. Im Gesundheitswesen hingegen gibt es Versicherungen, so dass für die Menschen keine oder nur wenige Kosten anfallen. Deshalb dient die Messung der marginalen Zahlungsbereitschaft quasi als Surrogat.

? Das hört sich sehr theoretisch an...

Prof. Zweifel: In Zürich haben wir ein ganz konkretes Projekt zur Messung der Zahlungsbereitschaft abgeschlossen.



Prof. Dr. Peter Zweifel

Hier ging es darum, dass die Präventivmediziner meinten, man müsste einen sogenannten Hüftprotektor in die Grundversicherung mit aufnehmen. Dabei handelt es sich um eine Schale, die Betagte in der Unterwäsche tragen. Mit dem Hüftprotektor soll die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, sich bei einem Sturz den Oberschenkelhals zu brechen. Unsere Befragung hierzu war sehr ein-

fach. Wir haben verschiedene Qualitätsdimensionen unterschieden und variiert. Ebenso haben wir verschiedene Preise vorgegeben, wobei es die Leute in der Schweiz gewohnt sind, etwas aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Dann haben wir einfach gefragt: Würden Sie kaufen oder würden Sie nicht kaufen?

Daraus konnten wir schliessen, was es den Leuten zum Beispiel wert ist, die Wahrscheinlichkeit zu verdoppeln, dass es nicht zu einem Bruch kommt. Ergebnis war, dass es ihnen durchaus etwas wert ist – aber die Bequemlichkeit ist ihnen noch viel mehr wert. Da diese Hüftprotektoren als unbequem eingestuft wurden, stellte sich die Zahlungsbereitschaft für das Produkt als Ganzes als negativ heraus. Dann hat es doch gar keinen Zweck, einen Hüftprotektor in das Basispaket der Grundversorgung aufzunehmen. Die Leute werden das nie tragen, denn sie wollen es ja gar nicht.

Fortsetzung nächste Seite

Praxisführung und Geld

? Haben Sie betroffene oder nicht-betroffene Personen befragt?

Prof. Zweifel: Es waren sowohl Leute dabei, die schon einmal einen Bruch hatten, als auch Leute, die nicht betroffen waren und einfach über das Risiko nachgedacht haben. Interessanterweise ist zwischen den beiden Gruppen kein grosser Unterschied herausgekommen. Das hat uns sehr erstaunt. Wir waren vorab etwas beunruhigt, weil Wahrscheinlichkeiten schwierige Konzepte sind. Jetzt haben wir aber den Beleg: Es geht, wir können die Zahlungsbereitschaft ermitteln.

? Wie viele Personen haben Sie befragt?

Prof. Zweifel: Es waren etwa 500.

? Hier handelte es sich um einen Hüftprotector. Wo könnte die Zahlungsbereitschaft noch ermittelt werden?

Prof. Zweifel: Mit diesem Instrument könnten wir den gesamten Katalog der Grundversicherung gestalten. Dann sollten die Krankenversicherer grundsätzlich doch bitteschön die Leistungen aufnehmen, bei der die grösste Zahlungsbereitschaft gemessen wurde. Dass es sich dabei um ein langfristiges Programm handelt, ist ganz klar.

Dabei sollte die Zahlungsbereitschaft nicht von einer zentralen Institution ermittelt werden. Es könnte durchaus auch ein Wettbewerbsinstrument eines in Konkurrenz befindlichen Krankenversicherers sein, der sagt: Wir achten auf die Zahlungsbereitschaft unserer Kunden und nehmen das in den Katalog rein, bei dem die Zahlungsbereitschaft am grössten ist. Damit würden die Diskussionen um die Aufnahme neuer Techniken oder Medikamente auf eine gänzlich neue Basis gestellt werden. Möglich wäre beispielsweise, dass Krankenversicherer und Pharmaproduzent gemeinsam ermitteln: Was wollen die Leute eigentlich? Und wenn ein Pharmaproduzent nachweisen kann, dass er mehr Zahlungsbereitschaft für sein Produkt generiert als für diejenigen, die auf der Liste stehen, dann ist ganz klar: Das alte gehört raus und das neue rein.

Ganz allgemein geht es ja nicht darum, die Ausgaben zu minimieren, sondern darum, dass der Versicherte das für ihn beste Leistungs-Kosten-Verhältnis erreicht.

? Glauben Sie denn, dass ein Versicherter immer beurteilen kann, ob eine Leistung oder ein Produkt gut oder schlecht für ihn ist?

Prof. Zweifel: Das ist ja genau die Information, die uns die Medizin bisher vorenthalten hat. Aber in Zukunft werden die Patienten viel mehr Druck auf den Arzt ausüben und fragen: Was wird mich in Zukunft wahrscheinlich treffen? Heute bekommen sie allgemeine Ratschläge: Leben Sie gesund und präventiv – Das sind doch keine handlungsrelevanten Informationen.

? Wie sollen denn die Informationen aussehen?

Prof. Zweifel: Der Mensch hat etwa fünf Teilsysteme, die simultan funktionieren müssen, um gesund zu sein. Ich möchte von meinem Hausarzt wissen: Bei mir sind es wahrscheinlich die Gelenke und



„Auch eine Bonus-Malus-Option kann eine erstaunliche (Kosten-) Bremswirkung zeigen“.

Prof Zweifel

das Skelett, die zuerst Probleme verursachen werden. Dann werde ich meine Zahlungsbereitschaft vor allen Dingen in diese Richtung ausüben wollen. Ich würde dafür sorgen, dass die Krankenversicherer den Ärzten das Geld für Leistungen aus diesem Gebiet praktisch nachwerfen. Wenn ich krank bin, dann soll der Rheumatologe einen schönen finanziellen Anreiz bekommen, sich mit mir und meiner Krankheit auseinander zu setzen.

Wenn ich dagegen überzeugt bin, dass mein Gehirn bis ins hohe Alter funktioniert, dann werde ich hier für minimale Bezahlung medizinischer Leistungen optieren, damit der Arzt das Nötigste vornimmt.

Insgesamt geht es darum, innerhalb der Grundversicherung seine Schwergewichte so zu legen, wie es individuell gewünscht wird. Dazu müssen uns die Ärzte natürlich mehr Informationen geben. Aber auch die Krankenversicherer, die heute aus ihren Unterlagen schon ziemlich genau voraussagen können, welche Kosten ein gewisser Krankheits-typ verursacht. Alles ist da, die Informatik ist da – wir müssen nur noch wollen.

? Soll das in der Zusatzversicherung gelten oder auch in der Grundversicherung?

Prof. Zweifel: Für beides. Bei der Grundversicherung ist es noch wichtiger, weil sie für die Leute obligatorisch ist. Das Neue wäre eben, dass die Präferenzen der Versicherten soweit wie möglich berücksichtigt werden.

Dass das am Anfang wahrscheinlich eher in der Zusatzversicherung losgeht, wo viel schärferer Wettbewerb herrscht und die Präferenzen von Anfang an zählen sollen, das ist mir natürlich auch klar. Aber ich hoffe, dass das dann überschwappt in die Grundversicherung.

? Zukünftig stellen Sie sich also vor, dass jeder seine individuelle Grund- und Zusatzversicherung abschliesst?

Prof. Zweifel: Das ist weit vorausgedacht und Zukunftsmusik, aber ich stelle mir folgendes vor: Jeder muss z.B. für 200 000 SFr lebenszeitlich eine Krankenversicherung abschliessen. Wie die Leistungen zusammengesetzt sind bzw. wo die Schwerpunkte liegen, bleibt weitgehend dem Einzelnen überlassen.

? Stellen Sie sich demnach ein ähnliches Modell wie in Japan vor?

Prof. Zweifel: Es geht schon in die Richtung, ich glaube aber nicht, dass es in Japan so flexibel gehandhabt wird und individuelle Schwergewichte gelegt werden können.

? Die Zahlungsbereitschaft ist also ein Instrument, mit dem Personen individuell bestimmen können, welche Leistungen sie haben wollen und welche nicht. Welche Alternativen zur Rationierung bzw. Selbstbindung gibt es sonst?

Prof. Zweifel: Da gibt es tatsächlich ganz verschiedene Möglichkeiten. Eine ist natürlich, sich einer HMO-Praxis anzuschliessen. Weshalb dies? Weil ein behandelnder HMO-Arzt ganz genau weiss, dass die vielen Franken, die er in den letzten beiden Quartalen vor dem Tod eines Patienten rausschiesst, wahrscheinlich verlorene Franken sind. Ganz unterschwellig wird er sagen: Schauen Sie, wir machen lieber etwas Palliatives. Er wird nicht sagen: Das oder das kriegen sie nicht mehr. Er wird also nicht rationieren, sondern er wird den Patienten einfach überzeugen. Wir möchten bei Gelegenheit den Beweis erbringen, dass Versicherungen mit den HMOs gerade bei den „Sterbekosten“ Ersparnisse erzielen, ohne dass der Patient sehr viel verliert.

Wie sieht es denn sonst aus? Ich formuliere etwas böse: Oft gibt es eine Verschwörung zwischen Krankenhausarzt und Angehörigen, deren Papa eingewiesen wurde und die zum Arzt sagen: Machen Sie um Himmelswillen alles, was er braucht, Herr Doktor. Was sie natürlich meinen ist, sie wollen Papa nicht mehr zurück. Der Krankenhausarzt macht dafür die Forschung und der Papa wird der dreifachen medikamentösen Behandlung unterworfen, weil jeder-mann weiss: Der stirbt wahrscheinlich ohnehin. Wenn es gut geht, sind alle zufrieden, wenn nicht, auch. Wie oft kommt es vor, dass in der letzten Woche noch 30 000 Franken abgerechnet werden, und der Patient stirbt dann!

Eine weitere Alternative wäre, den überlebenden Familienangehörigen etwas von den Ersparnissen zu geben. Natürlich besteht die Gefahr, dass gesagt wird: Die haben Papa zu Tode gepflegt. Sie würden ja an den Ersparnissen partizipieren. Jetzt ist es so, dass die Ärzte oder Krankenhäuser mit den Sterbenden Geschäfte machen können. Was spricht weiterhin dagegen, dass ein Patient beispielsweise sagt: Ab 60 übernehme ich 20 % Kostenbeteiligung, ab 70 Jahren 30 % etc. Das sollte natürlich kein Zwang sein, sondern eine Option. Dafür hat der Patient vorher aber eine höhere Lebensqualität und kann mit seinem Geld noch schön in Urlaub fahren.

Eine weitere Möglichkeit wäre, dass Patienten grundsätzlich auf die allerneueste Technik verzichten und dafür weniger Prämie bezahlen. Auch eine Bonus-Malus-Option kann eine erstaunliche Bremswirkung zeigen. All diese Beispiele zur Selbstbindung fussen auf meiner Grundüberzeugung, dass die Leute sehr gut wissen, ob sie überleben oder nicht und sehr wohl für sich entscheiden können.

Herr Prof. Zweifel, wir danken für das Gespräch.

Das Interview führte Anke Thomas