

Ordinarius für Volkswirtschaft¹, Assistent am Sozialökonomischen Institut², Universität Zürich

¹P. Zweifel, ²H. Telser

Rationierung: Der Königsweg im Gesundheitswesen?

Im Verlauf der letzten Jahre hat in der Schweiz ein Stimmungsumschwung stattgefunden. Nicht zuletzt unter dem Eindruck der Rationierung von Leistungen im Medicaid-System (der staatlichen Versorgung für Bedürftige) des US-Bundesstaates Oregon, beginnen sich die Stimmen zu Gunsten einer Rationierung im Gesundheitswesen zu mehren (z. B. in der NZZ; Ausgaben 271/1998, 36/1999 und 66/1999). Im Vordergrund steht dabei regelmässig der Ausschluss von Leistungen, die Patienten jenseits einer bestimmten Altersgrenze zu Gute kommen würden. Bekanntlich stellt jedoch die Rationierung die ultima ratio der Zuteilung von Gütern in Kriegszeiten dar, wenn das Spiel der Märkte ausser Kraft gesetzt wird, um übermässige Kriegsgewinne zu vermeiden und so den sozialen Frieden zu sichern. Von daher lässt sich pointiert fragen: Stehen wir mit unseren betagten Mitbürgern im Kriegszustand, dass wir sie von gewissen medizinischen Leistungen ausschliessen müssen? Sind die Verdienste der Ärzte und die Gewinne der Pharmaindustrie wirklich so exzessiv, dass wir nur mit Hilfe der Rationierung den sozialen Frieden im Gesundheitswesen sichern können? Vor dem Hintergrund dieser zugegebenermassen provokativen Fragen will dieser Beitrag klarmachen, dass eine Rationierung im Gesundheitswesen (wie in allen anderen wirtschaftlichen Bereichen auch) niemals im Interesse der Versicherten als Konsumenten sein kann. Er wird zudem Alternativen zur Rationierung aufzeigen, welche die Präferenzen der Versicherten und Patienten weit besser berücksichtigen

und deshalb der Gesellschaft viel geringere Effizienzverluste aufbürden.

Rationierung in Abhängigkeit des Alters

Die gängige Methode, Rationierung durchzusetzen, besteht darin, älteren Menschen gewisse Leistungen kurzerhand vorzuenthalten. Diese Massnahmen lassen sich jedoch durch das ethische Postulat der Gleichheit überhaupt nicht stützen. Denn es zeigt sich, dass nicht das Alter, sondern die verbleibende Lebenserwartung vor dem Tod das entscheidende Merkmal für die Bestimmung der Behandlungskosten ist. So betragen z. B. im letzten Quartal vor dem Tod die Behandlungskosten für Frauen das 2,5-fache des Wertes zwei Jahre vor dem Tod.

Dies bedeutet, dass zwei Menschen in einem gegebenen Alter durchaus sehr unterschiedliche Restlebenserwartungen haben können, so dass sie durch die Vorenthaltung einer Behandlung ganz unterschiedlich betroffen würden. Überdies liefert die Alterung der Bevölkerung als Prozess keine Begründung von Rationierungsmassnahmen. Die beiden letzten kostspieligen Jahre des menschlichen Lebens fallen zur Zeit etwa auf das Alter 75/76, während es in 20 Jahren die Jahre 85/86 sein könnten. Damit verschiebt sich der Kostenbuckel einfach auf später.

Diese Verzögerung bedeutet, dass zwar während einer zusätzlichen Anzahl (im allgemein behinderungsfrei verbrachter) Lebensjahre in beschränkter Masse Gesundheitskosten anfallen,

andererseits aber die wirklich hohen Aufwendungen erst später finanziert werden müssen. Da später anfallende Kosten auf den Barwert zu diskontieren sind, könnte der Rest der Gesellschaft unter dem Strich sogar von der Erhöhung der Restlebenserwartung profitieren, zumindest was die Gesundheitsaufwendungen (nicht aber die Rentenzahlungen) angeht. Von einer altersbedingten Kostenexplosion kann somit auf der Ebene des Individuums keine Rede sein, während sie sich auf der Ebene der Gesamtgesellschaft auf die zunehmende Zahl alter Personen zurückführen lässt. Dafür kann der Einzelne jedoch wenig bis gar nichts. Also: Soll man den Krieg gegen die Alten ausrufen und sie mit der Waffe in der Hand dezimieren? Die altersbedingte Rationierung entspricht letztlich dieser Haltung, indem sie alten Menschen Leistungen vorenthält, die zwar meistens nicht überlebensnotwendig sind, doch die Lebensqualität der Betagten so sehr mindern können, dass ihnen die Lust am Weiterleben ganz einfach vergeht.

Gleichheit: Ein mehrdeutiger Begriff

Im Gesundheitswesen kommt dem ethischen Postulat der Gleichheit besondere Bedeutung zu, und die Rationierung in Oregon wird mit dem Argument gerechtfertigt, man könne so mehr Bedürftigen den Zugang zu medizinischen Leistungen sichern (auf den Gedanken, dafür mehr Steuergelder zur Verfügung zu stellen, kommt man

schon gar nicht). Das Gleichheitspostulat erweist sich jedoch bei näherem Hinsehen als wenig stichhaltig. Denn unter Gleichheit können im vorliegenden Zusammenhang sehr unterschiedliche Dinge verstanden werden:

1. Gleichheit der Überlebenschancen. Dies ist ein kurzfristiges Konzept, indem in einer bestimmten Situation die Betroffenen die gleichen Chancen haben sollen, das nächste Jahr zu erleben.
2. Gleichheit der Restlebenserwartung. Dies ist ein mittelfristiges Konzept: Angenommen, dass jemand ein bestimmtes Alter erreicht hat (insbesondere das Pensionierungsalter), könnte man verlangen, dass die noch verbleibende Lebenserwartung die gleiche sei. Dieses Postulat ist in der Schweiz sehr stark verletzt, indem im Alter von 65 die Frauen rund 20 Jahre zusätzlich zu leben haben, die Männer hingegen nur 15 Jahre.
3. Gleichheit der Lebenserwartung bei Geburt. Hier handelt es sich um ein Langfristkonzept. Einmal mehr ist allerdings in der Schweiz zwischen Männern und Frauen ein klarer Unterschied zu Gunsten der Frauen zu beobachten. Diese ersten drei Gleichheitspostulate zielen alle auf die Ebene der Ergebnisse (Outcomes), während sich die nachstehenden Postulate 4 bis 6 auf den Zugang zu den Inputs für die Herstellung dieser Outcomes beziehen:
4. Gleicher Zugang zu gleicher Versorgung. Diese populäre Zielvorgabe ist aber nicht unbedingt im Interesse der Konsumenten, weil gleiche Versorgung dem einen kaum etwas bringt, für den anderen hingegen einen grossen Effekt haben könnte.
5. Gleicher Zugang zu technisch optimierter Versorgung. Hier könnten die Ärzte darüber bestimmen, was in einem konkreten Fall zu tun ist, auch wenn diese Behandlungswahl nicht unbedingt den Präferenzen des Betroffenen entsprechen würde.
6. Gleicher Zugang zu individuell optimaler Versorgung. Damit würde dem

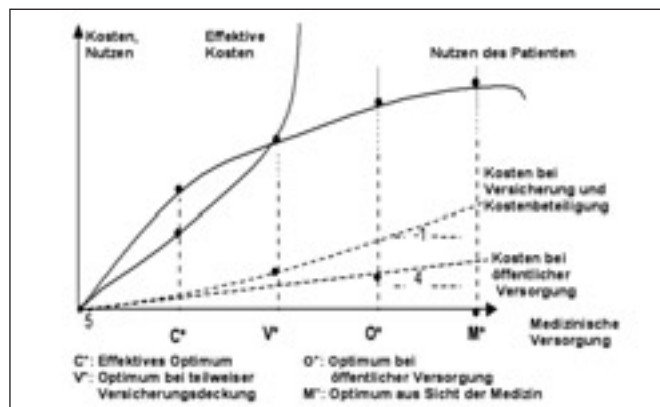


Abb. 1: Optimaler Umfang der medizinischen Versorgung unter verschiedenen Bedingungen

Einzelnen das Recht eingeräumt, die Behandlung (selbstverständlich nach Information durch den Arzt) selbst zu wählen, und es wäre dafür zu sorgen, dass jedermann die gleiche Chance hat, diese für ihn oder sie optimale Versorgung zu erhalten.

Dieser Mehrdeutigkeit des Gleichheitspostulats steht eine sehr eindeutige Maxime aus ökonomischer Sicht entgegen: «Die Ressourcen sind so einzusetzen, dass sie den aus der Sicht des (zahlenden) Individuums grösstmöglichen Nutzen stiften.» Man beachte, dass es sich um den zahlenden Patienten handeln soll, wobei das Wort «zahlen» weit aufzufassen ist. Es geht darum, dass der Begünstigte etwas opfern muss, um in den Genuss der Leistung zu kommen. Einkommen und Vermögen sind dafür keine notwendige Voraussetzung: Das zu leistende Opfer kann die eigene Zeit sein (man denke etwa an die Wartezeiten in öffentlichen Kliniken), oder im Falle eines Bedürftigen z.B. der Verzicht auf Teile des staatlichen Wohngeldes oder der Nahrungsmittelhilfe.

Öffentliche Versorgung induziert Rationierung

Es gibt im Gesundheitswesen gute Belege dafür, dass auch hier die Patienten Kosten und Nutzen der Behandlung (auch zusätzliche Intensität der Behandlung) gegen einander abwägen. Dies kann man wie folgt darstellen:

Mit zunehmender Intensität der medizinischen Versorgung nehmen die effektiven Kosten mehr als proportional zu. Dagegen steigt zwar der Nutzen für den Patienten an, jedoch immer weniger, und man kann nicht ausschliessen, dass eine weitere Steigerung der Intensität der medizinischen Behandlung am Schluss sogar kontraproduktiv wirkt. Wenn der Patient die Kosten vollkommen selbst zu tragen hätte, würde er jenen Punkt anstreben, wo der Unterschied zwischen Nutzen und Kosten möglichst gross ist. Dies ist beim Behandlungsumfang C* der Fall (Abb. 1). Tatsächlich ist er aber mehr oder weniger von der Krankenversicherung gegen die finanziellen Kosten der Behandlung geschützt, so dass seine persönliche Kostenkurve (bei einer Kostenbeteiligung von 10%) viel flacher verläuft (Eintrag «Kosten bei Versicherung und Kostenbeteiligung» in Abb. 1). Die bestmögliche Lösung aus der Sicht des Patienten verschiebt sich dann zu V*. Man sieht unmittelbar, dass die Existenz der Krankenversicherung einen Mehreinsatz medizinischer Leistungen (sei es vom Umfang, sei es von der Intensität her) induziert. Noch stärker wirkt dieser Effekt, wenn eine öffentliche Versorgung mit Gesundheitsleistungen existiert. Denn in diesem Fall entfällt der Beitrag im Sinne der finanziellen Kostenbeteiligung, und die einzigen Kosten, die der Patient nach wie vor zu tragen hat, sind jene der Inkonvenienz. Das heisst, er oder sie wird nach wie vor warten oder Wegkosten

auf sich nehmen müssen, Aufwendungen, die vermutlich mit zunehmender Behandlungsintensität etwas ansteigen. Wenn aber nur diese Kosten getragen werden müssen, sagt die ökonomische Analyse einen weiter erhöhten Intensitätsgrad bei Punkt Ö* voraus.

Wenn man schliesslich die Ärzte frei nach ihrem besten Wissen und Gewissen entscheiden lassen würde, ohne den Patienten in die Entscheidung miteinbeziehen, würden sie (absolut berufsethisches Handeln vorausgesetzt) den Nutzen des Patienten zu maximieren suchen, ohne auf die damit verbundenen Kosten Rücksicht zu nehmen. Damit würden sie den Punkt M* anstreben, der noch mehr medizinische Leistungen oder noch grössere Behandlungsintensität beinhaltet («flat-of-the curve medicine»). Wenn jetzt bei der öffentlichen Versorgung das Budget nicht ausreicht, um all dies zu finanzieren, dann ist natürlich der Ruf nach Rationierung nicht fern.

Ermittlung der Zahlungsbereitschaft als Grundlage für Rationalisierung und Rationierung

Bevor aber überhaupt an Rationierung gedacht werden sollte, wäre der Spielraum für Rationalisierung auszuschöpfen, d.h. für einen gegebenen Umfang von medizinischen Leistungen die Kosten zu senken. Die Kostenkurven der Abb.1 sollen also nach unten gedrückt werden, was insbesondere durch eine Veränderung der Anreize für die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen erreicht werden kann. Aber es ist nicht nur das Kostenniveau überhöht, sondern es kommt auch zu einer zu raschen Kostensteigerung über die Zeit. Dies deshalb, weil der medizinisch-technologische Wandel nicht auf sogenannte Prozessinnovationen ausgerichtet ist (die gleiche Leistung zu niedrigen Kosten), sondern vielmehr in Richtung Produktinnovation zielt (ein neues Produkt zu möglicherweise höheren Kosten). Wenn die Versicherungsdeckung praktisch

vollständig ist, wird der Patient selbstverständlich jener Alternative den Vorzug geben, die neu ist, denn auch wenn sie mehr kostet, muss er selbst ja nicht mehr dafür bezahlen. Auch der Arzt weiss, dass er durch das Angebot der allerneuesten (und oft teureren) Medizintechnologie einen Wettbewerbsvorteil erreichen kann. Deshalb kommt es zu einer Beschleunigung des technologischen Wandels in der Medizin, wie man sie sonst allenfalls in der militärischen Rüstung kennt.

Weiter geht es darum, das Geschehen im Gesundheitswesen besser mit den Präferenzen der Versicherten in Übereinstimmung zu bringen. Dies bedeutet zunächst, dass der Staat Entscheidungskompetenzen wieder an die Individuen zurückgibt, indem er sich beispielsweise aus der Spitalplanung zurückzieht.

Damit handelt man sich aber die oben gezeigte Schwierigkeit ein, dass die geäusserte Nachfrage nach medizinischen Leistungen übertrieben ist. Es geht also darum, die Präferenzen der Versicherten so zum Ausdruck zu bringen, wie wenn sie selber zahlen (d.h. etwas für die Behandlung opfern) müssten. In der Abb.1 muss also der Nutzenzuwachs in der Gegend von Punkt C* gemessen werden, welcher der marginalen Zahlungsbereitschaft für medizinische Leistungen entspricht.

Das Problem besteht nun darin, dass die Zahlungsbereitschaft wesentlich von der Zahlungsfähigkeit (dem Einkommen und Vermögen) abhängt. Hier haben die Staaten unterschiedliche Lösungen gefunden. Während z.B. in Deutschland die Beiträge zur obligatorischen Krankenversicherung künstlich niedrig gehalten werden, hat man sich in der Schweiz dafür entschieden, mit dem KVG 94 die Krankenversicherung gezielt (d.h. subjektbezogen) zu subventionieren, sobald die Beiträge einen bestimmten Anteil des steuerbaren Einkommen übersteigen. Damit ist sichergestellt, dass dank der Krankenversicherungsdeckung die Menschen ihre Zahlungsbereitschaft unabhängig von der Zahlungsfähigkeit zum Ausdruck bringen können.

Instrumente zur Messung der Zahlungsbereitschaft im Gesundheitswesen stehen heute zur Verfügung, und an der Universität Zürich gibt es zur Zeit mehrere Forschungsprojekte, welche diese Instrumente praktisch anwenden. So lässt sich z.B. verhindern, dass Leistungen in den Katalog der Grundversicherung aufgenommen werden, für die gar keine Zahlungsbereitschaft besteht. In einem kürzlich in der NZZ erschienenen Beitrag von Klothes und Schneider [1] wurde gezeigt, was passiert, wenn die Zahlungsbereitschaft nicht erhoben wird, sondern wenn öffentliche Instanzen darüber entscheiden, was aufgewendet werden soll. Für vergleichbare Populationen ergeben sich groteske Unterschiede in der impliziten Bewertung eines statistischen Lebens. Während die Aufwendungen für die Bereitstellung eines Kardiomobils auf einen Wert des menschlichen Lebens von gerade nur Fr. 10 000 schliessen lassen, sind es bei der Durchsetzung des Tragobligatoriums von Sicherheitsgurten in Autos bereits Fr. 100 000, während die Erdbebennorm der Schweiz einem Wert von Fr. 10 Mio. pro Leben entspricht. Die USA schliesslich wenden für die Asbestsanierung von Schulen soviel auf, dass ein gerettetes Menschenleben auf nicht weniger als Fr. 1 Mrd. zu stehen kommt. Solche ungerechtfertigten Unterschiede würden sich mit Bestimmtheit nicht ergeben, wenn man versuchte, die effektive Zahlungsbereitschaft der Betroffenen für solche Massnahmen zu ermitteln.

Freiwillige Rationierung des Versicherten und Patienten als Alternative

Wenn also die Rationierung, wie sie zur Zeit nicht zuletzt von der Schweizerischen Ärztesgesellschaft vorgeschlagen wird, weder ethisch noch ökonomisch begründet werden kann, was sind denn die Alternativen, die zur Verfügung stehen?

Zunächst ist festzuhalten, dass die Rationalisierung nicht zuletzt durch den vermehrten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern gefördert werden kann. Diese Idee hat bereits ins KVG 94 Eingang gefunden. Zur Zeit geht es aber in erster Linie darum, den Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen zu fördern. Diese Aufgabe wird durch die Wettbewerbskommission vermehrt wahrgenommen. Es wäre überdies ein grosser Fortschritt, wenn die Spitallisten nicht mehr von den Kantonen, sondern vielmehr durch die Krankenversicherer im Wettbewerb aufgestellt würden. Schliesslich ist gut vorstellbar, dass die Versicherungsprämien nicht nur die ambulante Behandlung voll decken würden, sondern auch die Spitalbehandlung gemäss Liste des Krankenversicherers, womit sich die Kantone aus der Spitalfinanzierung zurückziehen könnten. Ergänzend sollte auch wieder eine Erhöhung der prozentualen Kostenbeteiligung auf 25% in Betracht gezogen werden, wie das in der Schweiz vor 1964 der Fall war. Denn die berühmte Studie der Rand Corporation (einem «think tank» in Kalifornien), weist überzeugend nach, dass wesentliche Einspareffekte bereits bei einer Kostenbeteiligung von 20% zu haben sind [2]. Alle diese Massnahmen fassen auf dem Grundgedanken, dass die Rationierung als Sache des Einzelnen aufzufassen ist und nicht durch die Ärzte und den Staat auferlegt werden soll. Um insbesondere den Anstieg der Kosten kurz vor dem Tod in den Griff zu bekommen, könnten Versicherungsverträge eine zunehmende Kostenbeteiligung mit zunehmender Nähe zum Tod vorsehen. Als ungenauer Indikator davon könnte z. B. das Alter verwendet werden.

Schliesslich ist nicht einzusehen, weshalb für alle Versicherten, unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund, das gleiche Basispaket gelten soll. Vielmehr genügt es vollkommen, dass eine lebenszeitliche Deckung im Betrag von

z. B. Fr. 200 000 abgeschlossen werden muss, wobei es dem Versicherten freigestellt ist, das Schwergewicht dort zu legen wo er glaubt, besonders auf Behandlung angewiesen zu sein. Ein einheitliches Basispaket widerspricht nur schon der Vielfalt der Lebensstile und Kulturen der Schweiz.

Fazit

Die vorstehenden Ausführungen zeigen zwei Dinge. Erstens: die Rationierung ist ein Mittel der Kriegsbewirtschaftung, das die Präferenzen der Konsumenten nicht respektiert und deshalb hohe Effizienzverluste verursacht, die nur kurzfristig und im höheren Interesse des gemeinsamen Überlebens in äusserster Bedrohung in Kauf genommen werden. Diese Charakterisierung trifft jedoch auf das schweizerische Gesundheitswesen des Jahres 2000 bei weitem nicht zu. Zweitens gibt es sehr wohl Alternativen zu einer von Staat und Leistungsanbietern oktroyierten Rationierung, indem man zulässt, dass sich die Menschen durch die Wahl ihres Versicherungsvertrags freiwillig selbst rationieren und im Gegenzug von einer niedrigeren Prämie profitieren. Mancher mag angesichts des nahenden Todes seine früher getroffene Entscheidung bereuen. Doch die Gefahr, Fehler zu machen, ist das zwingende Korrelat der freien Entscheidung, ohne die sich die Vorzüge weder der Marktwirtschaft noch der demokratischen Willensbildung realisieren lassen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P. Zweifel
Ordinarius für Volkswirtschaft
Sozialökonomisches Institut
Universität Zürich
Hottingerstrasse 10
8032 Zürich

Bibliographie

1. Klothes D. und J. Schneider (1999), «Sicherheit zwischen Konsens und hoheitlichem Akt», NZZ 1.11.1999, Nr. 254, S.11.
2. Newhouse, J.P. et al. (1981), «Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost-Sharing in Health Insurance», *New England Journal of Medicine* 305(25): 1501-1507.