

Gesundheitsmarkt: «Das Angebot steuert die Nachfrage»

Kritische Bemerkungen zu einer Aussage
von Nationalrat Franco Cavalli

T. Schweizer

In der Nationalratsdebatte zur Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» sagte Franco Cavalli, dass sich alle Gesundheitsökonominnen in einem wesentlichen Punkt einig seien: der Gesundheitsmarkt werde nicht durch die Nachfrage, sondern durch das Angebot gesteuert. Diese Aussage und ihre möglichen Konsequenzen sollen hier diskutiert werden.

Es ist etwas Wahres daran

Die unendliche ökonomische Forschungsgeschichte über Angebot und Nachfrage scheint im Gesundheitsmarkt zu einem vorläufigen Ende gefunden zu haben. Hier herrscht nicht das viel beschworene Gleichgewicht zwischen diesen Marktkräften, sondern es regiert das Angebot über die Nachfrage. Anders gesagt: Der Nachfragende steht in einem unsichtbaren Abhängigkeitsverhältnis zum Anbieter. Da scheint etwas Wahres daran zu sein. Wir alle machen früher oder später die Erfahrung von Krankheit. Krankheit ist letztlich immer ein Hinweis auf unsere Endlichkeit. Sie konfrontiert uns leise oder laut mit Schmerz, Leiden, Tod. Wer sollte über die Gefährdung des Lebens nicht erschrecken und vorerst einmal Abwehrreflexe haben? Wir nehmen Krankheits-symptome im allgemeinen ernst, und fragen nach Diagnose und Therapie. Das betrifft genau gleich die Menschen, die selber in Heilberufen arbeiten. Wir stehen unter demselben Gesetz und keiner tut sich leicht mit Leiden und Tod. Zwar akzeptieren wir das Sterben, aber erst, wenn wir lebensmüde sind. Lebensqualität ist in unserer Vorstellung Gesundheit oder zumindest Selbständigkeit bis kurz vor dem Lebensende, welches spät eintreffen und kurz sein soll. Wer sollte solche Hoffnungen kritisieren? Sie sind ja nicht illusionär. Es ist tatsächlich sehr viel möglich geworden.

Korrespondenz:

Dr. med. Thomas Schweizer

Allgemein Medizin FMH

Hessstrasse 47

CH-3097 Liebefeld

E-mail: famschweizer@bluewin.ch

Die Medizin verspricht nicht selten Heilung, oder zumindest Entlastung und Aufschub. In denjenigen, der Not wenden kann, setzen wir Hoffnung, wir geben ihm Geld und Macht. Letzteres löste schon immer eine tiefgehende Ambivalenz aus. Das ändert aber nichts daran, dass diagnostisch-therapeutische Angebote immer eine Nachfrage finden. Schlimmer noch: Wir haben nie genügend Angebote gegen Krankheit und Sterben und ihre Vorboten. Ergebnisse aus der medizinischen Forschung und jegliche therapeutische Neuigkeiten finden breiten Eingang in die Medien. Was Hoffnung macht, hat Konjunktur. Hoffnungen und Machbarkeiten schaukeln sich gegenseitig hoch, wenn nicht das Individuum Grenzen setzt. Es kommt dazu, dass all diejenigen, die dank medizinischen Möglichkeiten eine schwere Krankheit überstanden haben, im allgemeinen therapie- und kontrollbedürftig bleiben. Die moderne Medizin schafft mit ihren Eingriffen immer mehr Patienten, die z.T. sehr teuer sind (Beispiel Transplantationsmedizin, Tumor- und Herzpatienten).

Und etwas «Falsches»

Wer sagt, dass das Angebot die Nachfrage steuere, macht nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine sozialpolitische Aussage. Er postuliert sozusagen eine Angebots-Macht und eine Nachfrage-Ohnmacht. Das schmeckt nach dem guten alten Klassenkampf und zementiert jedenfalls die politische Ohnmacht derer, welche auf der falschen Seite stehen. Das Übel der Kostensteigerung (in Wirklichkeit ist es eine Leistungssteigerung) wird mit dem Einkommenshunger der Anbieter erklärt. So einfach ist das. Kein Wort von den riesigen Erwartungen und Sicherheitsansprüchen, denen wir «Anbieter» im Konkurrenzkampf genügen müssen. Kein Wort von jenem (Kosten-)explosiven Gemisch aus Hoffnungen und Machbarkeiten, das uns geradezu zu beherrschen scheint. Folglich auch kein kritischer Gedanke zu der beklagten Nachfrage-Ohnmacht, bez. darüber, ob nicht im Gegenteil eine permanente Angebotsstimulation bestehe. (Man beachte die grosse Nachfrage auch nach Therapeuten, die von den Kassen nicht bezahlt werden.) Die These von der Angebots-Macht enthält aber noch weitere

Stolpersteine

Wenn Politiker im Gesundheitsmarkt fehlende Kontrollkräfte auf der Nachfrageseite erkennen, dann verlangen sie implizit eine Wiederherstellung des Gleichgewichtes. Die Kompetenz zur Behebung dieses Kontrolldefizits geben sie sich selbst. Sie massen sich somit einen Auftrag an, den ihnen niemand gegeben hat. Die Bevölkerung hat sich nie in der Weise geäussert, dass sie den Gesundheitsmarkt als einseitigen Anbieter-, gar Ausbeutermarkt und sich selber als schwach und unmündig erlebt. Sie klagt, wen wundert's, zwar über die Kosten, aber es gibt keinen

eindeutigen Auftrag an die Politiker, der sich auf ein Ungleichgewicht von Angebot und Nachfrage bezieht. Im konkreten Fall wird kaum je ein Leistungsabbau gefordert, eher im Gegenteil. Die Freiheit der Arztwahl ist gemäss Umfragen für eine grosse Mehrheit sehr wichtig. Spitalschliessungen werden nur murrend akzeptiert, Rationierungsvorschläge wagen die Politiker schon gar nicht vors Volk zu bringen. Wie sollte das gerade in unserer Demokratie so eifersüchtig gehütete Recht auf Selbstbestimmung nicht auch für das Gesundheitssystem gelten? Mit der für den Gesundheitsmarkt revitalisierten Klassenkampfthese rücken wir gefährlich in die Nähe einer Bevormundung der Bevölkerung. Und wieder stellt sich die Frage, wer sich dann dieser Vormundschaft bzw. Verantwortung bemächtigen soll. Politiker, die es tun wollen, sollten sich vorerst einmal gründlich mit ihrer eigenen Ohnmacht auseinandersetzen. In den ganzen Sinnfragen um Leben, Krankheit und Tod sind auch sie Fragende, nicht Antwortende. Und wo es konkret darum geht, Verantwortung zu tragen, schieben sie diese möglichst auf die Ärzte ab, und dies lieber heimlich als öffentlich, wie die Rationalisierungszwänge in Spitälern zeigen. Wo die Verantwortung unabschiebbar ist, da reagiert die Politik wie wir Ärzte sehr vorsichtig und ohne Rücksicht auf volkswirtschaftliche Kosten (siehe BSE-Gefahr, jegliche Gefährdung der öffentlichen Gesundheit). Der Leistungskatalog wird ausgebaut unter dem Vorwand, dass keine Privatversicherung mehr nötig sein soll. In Wirklichkeit wagt aber niemand, der Nachfrage entgegenzutreten und Schranken zu setzen. Als eine Politikerin in Basel es einmal versuchte und ein sehr teures Medikament verweigern wollte, wurde sie ein gefundenes Fressen für die Medien. Sonst aber herrschte weitgehend betretenes Schweigen. Lieber wird man dort konkret, wo es nicht weh tut und fordert eine Dezimierung der Leistungsanbieter (nach welchen Kriterien?) sowie eine Senkung der Preise, die proportional sei zur Zunahme der Nachfrage. Mehr politischen Mut würde es brauchen, grundsätzlich und immer wieder zu diskutieren über

Anreizsysteme

Für die Anbieterseite (eigentlich würde ich lieber von Ärztinnen und Ärzten bzw. Therapeutinnen und Therapeuten sprechen) werden solche Anreize tatsächlich oft diskutiert, v.a. von den Versicherern. Auch das KVG wird dafür gerühmt. Mit festen Tarifen und fest garantierten Spitalbetten in staatlich subventionierten Spitälern ist der beschworene Preisdruck aber kaum zu erreichen. Der Druck, den wir verspüren, ist der Konkurrenzdruck. Der führt zu einer Qualitätssteigerung, aber nicht zu einer Kostensenkung. Der etwas geringschätzig gebrauchte Begriff Anbieterchwemme müsste eigentlich zur Idee führen, die Tarife abzuschaffen und jeden gegen jeden antreten zu lassen. Für ein solches System wären aber Bevölkerung und Versicherungen schlechtweg nicht vorbereitet, und es würde auch viele Gefahren und Unge-

rechtigkeiten in sich bergen. Das KVG gibt den Versicherern die Möglichkeit in die Hand, auf Ärzteseite neue Anreize zu schaffen. Am liebsten wäre den Krankenkassen eine starke, sogar vorgeschriebene Bindung an einen erfahrenen Hausarzt mit breiten Schultern, der die meisten Probleme selber erledigen kann und die Patienten mit sicherer Hand vor Unnötigem schützt. Wir Hausärzte tun dies, soweit es in unserer Macht und Verantwortung liegt. Die Krankenkassen verkennen allerdings die tägliche Sprechstundenrealität. Sie schlagen als nächsten Schritt rationalisierende Netzwerke vor. Auch das ist an und für sich richtig, kann aber die Spirale aus wachsenden Machbarkeiten und Hoffnungen nicht bremsen. Es wird auch schwierig sein, praktizierende Ärzte aus solchen Netzwerken willkürlich auszuschliessen. Endlich ist da die Hoffnung, die sich mit einer Kopfpauschale pro Behandlungsjahr verknüpft. Sie wird auf Versichertenseite grösste Skepsis hervorrufen, sobald die Patienten den Eindruck haben, der Arzt spare an Aufwendungen, um dadurch mehr zu verdienen. Es wäre somit auch ein permanenter ethischer Konflikt vorprogrammiert. Und unschwer ist, sich vorzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte eine höhere Kopfpauschale verlangen, wenn die durchschnittliche Nachfrage nach Leistungen zunimmt.

Ich wage zu behaupten, dass auf Ärzteseite das adäquate Anreizsystem eigentlich geschaffen ist. TarMed wird uns für die Zeit, bzw. für die ärztlich-menschliche Leistung, die wir in ihr vollbringen, bezahlen. Die notwendigen technischen Leistungen sollen nur noch kostendeckend sein. Mit dem Zeittarif haben wir den Anreiz, welchen uns der Patient im Grunde genommen auch geben würde: er will zuerst und zuletzt Zuwendung, kompetente Aufmerksamkeit, Zeit. Mit dem Zeittarif lässt sich auch einigermaßen ein Stundenlohn berechnen, welcher fair und vergleichbar sein muss. Deutlich weniger geleistet wurde für Anreizsysteme auf der Nachfrageseite. Hier sollten die Politiker endlich auch

Verbotenes denken

Es ist im Grunde eine Anmassung, wenn wir den Menschen die Fähigkeit absprechen, gemäss ihrem eigenen, zunehmend reiferen Lebensplan den Gesundheitsmarkt nur insofern zu betreten, als sie ihn auch wirklich brauchen können. Zwar verlangen wir mehr Selbstbestimmungsrecht für den Patienten, aber es fehlt der Mut, die dazu gehörende finanzielle Mitverantwortung zu fordern. Statt dessen haben wir mit dem sakrosankten Solidaritätsprinzip unseren Gesundheitsmarkt zu einem Kaufhaus werden lassen. Wir haben ordnungspolitisch das Gleichgewicht zwischen Solidarität und Subsidiarität zerstört. Ein taugliches Anreizsystem auf Konsumentenseite müsste der Subsidiarität wieder mehr Raum geben. Mitverantwortung verwesentlich die Krankheitsverarbeitung und den Krankheitsprozess. Das wissen wir alle. Diese Mitverantwortung im therapeutischen Prozess ist nicht trennbar von einem Mitdenken in der

Kostenfrage. Neue Anreizsysteme müssen bedeutend mehr Vertrauen in den Einzelnen setzen. Was über einen kargen obligatorischen Leistungskatalog hinausgeht, soll jeder selber festlegen. Es muss ein Recht auf Verzicht geben. (Wer weiss? Vielleicht würde von diesem Recht gar kein Gebrauch gemacht.) Daneben würde man sich dynamischere Versicherungsangebote wünschen. Der Markt braucht Such- und Entdeckungsprozesse. Die Krankenkassen sind unter der Last der Vorgaben immer mehr gleichgeschaltet. Ein frischer Wind täte gut. Warum nicht Kombinationen zwischen Krankenkasse, Lebensversicherung und anderen Schadensabsicherungen ermöglichen? Das persönliche Risiko wäre dadurch ausgeglichener und besser auszuhandeln. Ein solches individuelles Versicherungspaket könnte sogar mit einem Sparkonto angereichert werden, welches man im Krankheitsfall für Hotelzusatz, Zweitmeinungen anderer Ärzte, oder später zur Verbilligung der Prämie brauchen würde.

Streng definierte Höchststrisiken müssten beim Staat rückversichert sein. Dem Staat würde damit auch die Rationierungsfrage gestellt. Zu diskutieren wäre auch die Idee von Kollege und Politiker Pauli, der ein zu den Einkommenssteuern proportionales Franchisemodell vorschlägt.

Die Medizin gibt den Kranken Diagnosen und das Gesundheitssystem die Kostengarantie für die Behandlung. Beides greift zu kurz. Der Kranke will das Private seines Leidens verstanden wissen, und gleichzeitig behält er eine Mitverantwortung für den Weg durch seine Krankheit. Mit dieser Einsicht wird die Gesellschaft sich gesundheitspolitisch wieder in ihre Pflicht nehmen. Sie hat zu sagen, wieviel Diagnose und Therapie, wieviel Forschung und Pflege sie für hilfreich hält. Sie wird durch ihre Nachfrage das Angebot steuern. Die Chancen der Schweiz, hier einen Weg zu weisen, sind noch intakt.