

**Knappe Ressourcen und unbegrenzte
Wünsche** Seite 4

**«Soziale Präferenzen sind Stimmungen
unterworfen»** Seite 10

im dialog



Was willst DU?

Im Fokus: Soziale Präferenzen im Gesundheitswesen

Franz Immer

Wem geben wir was?

«Es macht keinen Sinn, jemanden zu operieren, wenn die Transplantation aussichtslos ist und der Patient im Nachhinein nur vor sich hin vegetiert.»

Direktor Swisstransplant, Tages-Anzeiger, 17.10.2016

Salvatore Tricarico

First come, first served

«Kinder haben Vorrang vor älteren Leuten, welche oft noch eine Teilimmunität durch frühere Impfungen besitzen.»

Präsident des Verbandes der Haus- und Kinderärzte Ostschweiz,
Tagblatt, 09.11.2017

SwissHTA

Ich gönne dir das!

«Anders als individuelle Präferenzen beziehen sich soziale Präferenzen auf das Wohlergehen, (...) oder eben den gesundheitlichen Nutzen anderer Personen als des befragten Individuums selbst.»

www.swisshta.ch, Glossar, 15.11.2017

Stefan Felder

Weniger Leistungen, um Kosten zu bremsen

«Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist für die Allgemeinheit auch bezahlbar.»

Gesundheitsökonom, www.derbund.ch, 29.01.2017

Simon Hehli

Ehrliche Meinung versaut Politikkarriere

«Die Rationierungsdebatte war einer der Gründe für die Abwahl von Veronica Schaller (SP) im Folgejahr.»

www.nzz.ch, 10.08.2017



Lucrezia Meier-Schatz ist
Mitglied des Verwaltungsrats
der CSS.

Das wollen wir

Inhaltsverzeichnis

- 4 **Soziale Präferenzen im Gesundheitswesen**
Knappe Ressourcen und unbegrenzte Wünsche
- 7 **Standpunkt**
Von Solidarität und sozialer Präferenz
- 8 **Hintergrund**
Mithilfe der Wissenschaft die Kosten bremsen
- 10 **Im Gespräch**
«Soziale Präferenzen sind Stimmungen unterworfen»
- 14 **Praxis**
Wie verteilen wir fair?
- 15 **Die andere Sicht**
Fairness lässt sich nicht regeln
- 16 **Persönlich**
«Diese Fragen lösen in mir ein Gefühl der Ohnmacht aus»
- 18 **Santé!**
Gesucht: Ein selbstloser Politiker
- 19 **Wissenschaft**
Wider die Gleichmacherei

Neben dem Ziel, die Kosten zu dämpfen und der Schweizer Bevölkerung eine umfassende Versorgung zu gewährleisten, verfolgt das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) auch ein Solidaritätsziel: Alle haben Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung, und Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen werden bei der Prämienzahlung finanziell entlastet.

Seit vielen Jahrzehnten klagt die Schweiz über die steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Auch mit der Einführung des KVG vor zwanzig Jahren wurde das Kostendämpfungsziel weit verfehlt. Aber trotz Kostenwachstum sind Herr und Frau Schweizer bei Umfragen der Meinung, die Gesundheitsversorgung sei qualitativ hochstehend und sehr gut. Zwar scheint das Versorgungsziel erreicht. Aber das Solidaritätsziel gerät mit den steigenden Kosten unter Druck. Die Prämien der Grundversicherung sind nicht nur für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kaum mehr verkraftbar, sie belasten auch zunehmend den Mittelstand.

Deshalb müssen wir uns der wichtigen 3-W-Frage stellen. Was wollen wir? Wir müssen wissen, was die Bevölkerung angesichts der begrenzten Ressourcen in der Grundversicherung bezahlt haben möchte und was nicht. Diese «sozialen Präferenzen» geben uns die Richtung vor, in die wir die soziale Grundversicherung weiterentwickeln können. Denn Politik, Bundesämter und kantonale Gesundheitsdirektionen treffen heute leider allzu oft Entscheidungen, die nicht wissenschaftlich fundiert sind. Wenn wir eine tragbare, obligatorische Krankenversicherung wollen und die Solidarität nicht überstrapaziert werden soll, müssen die Entscheidungen wissenschaftlich fundiert und wirtschaftlich vertretbar sein. Es braucht neue Konzepte. Deshalb unterstützt die CSS Versicherung das Projekt zur wissenschaftlichen Erhebung der sozialen Präferenzen (SoPHI) und widmet diese Ausgabe dem Thema.

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Judith Dissler, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Katharina Rilling (Text) und Peter Kruppa (Art Director) | Bildnachweis: Zeljko Gataric Imhoff, zVg, Getty Images/Tomas Rodriguez, iStock/Spiderstock, Grafilu, Getty Images/Regine Mahaux | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



Im Gesundheitswesen gelten andere Spielregeln als in der freien Marktwirtschaft. Die Regeln sind durch die Gesetzgebung festgelegt. Forschung zu diesen Regeln gibt es jedoch kaum. Wäre es nicht interessant, zu wissen, wofür die Gesellschaft in der sozialen Grundversicherung denn das Geld einsetzen möchte?

Von Harry Telser, Barbara Fischer und Michael Schlander

Knappere Ressourcen und unbegrenzte Wünsche

Unsere Ressourcen sind begrenzt, nicht jedoch unsere Wünsche und Bedürfnisse. Dieser grundlegende Konflikt prägt praktisch alle Lebensbereiche unserer Gesellschaft. Die begrenzten Ressourcen in Gütern und Dienstleistungen umzuwandeln und dann auf die unbegrenzten Bedürfnisse der Menschen aufzuteilen, stellt dabei eine eigentliche Herkulesaufgabe dar, die sich dennoch selten explizit stellt. In den meisten Fällen vertrauen wir darauf, dass die Marktwirtschaft dies regelt. In dieser versuchen verschiedene Unternehmen, im Wettbewerb untereinander aus den beschränkten Ressourcen diejenigen Produkte und Dienstleistungen anzubieten, welche die Präferenzen der Kunden am besten befriedigen.

Der Preis spielt im Marktsystem eine zentrale Rolle für diese dezentrale Steuerung. Ein hoher Preis für Gut A zeigt, dass hier eine grosse Nachfrage auf ein knappes Angebot trifft. Dies ist ein Signal an die Anbieter, mehr davon herzustellen. Dafür werden Ressourcen von der Herstellung anderer Güter mit geringerer Nachfrage abgezogen und neu für die Herstellung von Gut A eingesetzt. Dies führt dazu, dass die knappen Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie für die Menschen jeweils den grössten Nutzen bringen und ihre Präferenzen am besten befriedigen.

Dieses System funktioniert an vielen Stellen hervorragend. Unzählige Unternehmen sorgen dafür, dass wir beispielsweise ein Nahrungsmittelangebot haben, das vielfältig, unseren Präferenzen angepasst und dennoch bezahlbar ist. Dasselbe gilt für andere Güter und Dienstleistungen wie Textilien, Autos, Haarschneiden, Telekommunikation, Hotellerie und viele mehr.

Planwirtschaft im Gesundheitswesen

Das reine Marktsystem funktioniert jedoch nicht überall. Im Gesundheitswe-

sen besteht in der Schweiz das politische Ziel, dass die gesamte Bevölkerung einen umfassenden Zugang zu den Gesundheitsleistungen erhält. Durch eine Krankenversicherung, die für alle obligatorisch ist, mit einem relativ moderaten Selbstbehalt, wird das Marktsystem reguliert. Die Prämien werden für diejenigen vergünstigt, die sie sich nicht leisten können. Die eigentliche Inanspruchnahme der Leistungen ist so für die Betroffenen praktisch gratis. Die anfallenden Kosten werden von der Allgemeinheit über die Versicherungsprämien bezahlt.

In diesem System verliert der Preis der Dienstleistungen seine Signalwirkung. Da die Preise nicht von denen bezahlt werden, welche die Leistungen nachfragen, können sie nicht mehr anzeigen, wo die Nachfrage besonders hoch oder niedrig ist und wo die begrenzten Ressourcen am besten eingesetzt werden sollen. Der fehlende Preis der Inanspruchnahme führt dazu, dass die theoretisch unbegrenzten Bedürfnisse durchschlagen. Es werden auch Leistungen nachgefragt, die sehr viel kosten und die Gesundheit nur noch relativ wenig verbessern. Gerade im Krankheitsfall ist vielen nur das Allerbeste gut genug.

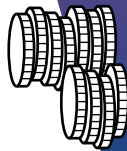
Es erstaunt deshalb nicht, dass die Gesundheitsausgaben stetig steigen und unterdessen fast 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitswesen aufgewendet werden. Diese Ressourcen stehen nicht mehr für andere Zwecke zur Verfügung, zum Beispiel für Verbesserungen im Bildungs- oder Sozialsystem. Es gibt dementsprechend viele Bemühungen, die steigenden Kosten mit staatlichen Regulierungen in den Griff zu bekommen. Dabei wird immer weniger vor harten Mitteln zurückgeschreckt. In der letzten Zeit forderten deshalb verschiedene Stimmen, die Leistungen müssten im Gesundheitswesen rationiert werden, zum Beispiel nach dem Alter der Patienten. An einigen Stellen wird die Rationierung bereits umgesetzt. So hatte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kürzlich den Zugang zu neuen – teuren, aber äusserst wirksamen – Hepatitis-C-Medikamenten eingeschränkt, sodass nur Patienten mit einem fortgeschrittenen Leberschaden diese von der Krankenkasse bezahlt bekamen.

In Kürze

- Das Ziel im Gesundheitswesen ist, allen einen umfassenden Zugang zu Behandlungen zu bieten – das hebt das Marktsystem aus.
- Der Preis spielt kaum eine Rolle für die Inanspruchnahme der Leistungen, deshalb steigen die Kosten jährlich an.
- Mithilfe der sozialen Präferenzen könnte erhoben werden, was über die obligatorische Versicherung bezahlt wird und was nicht.

Rezepte gegen die steigenden Gesundheitskosten?

Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen kontinuierlich an. Insbesondere die steigenden Kosten in der Grundversicherung (OKP) belasten die Schweizer Haushalte immer stärker. Sind die finanziellen Mittel beschränkt, muss sich die Gesellschaft Gedanken machen, wie beschränkte Ressourcen fair und sozial verteilt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen fehlen bis heute.



Offener Leistungskatalog

Der offene Leistungskatalog ist ein Grund, warum die Kosten jährlich steigen. Es gibt kaum Anreize, weniger zu konsumieren als notwendig. Ausserdem kommen immer neue Behandlungsmöglichkeiten dazu, ohne dass alte gestrichen werden. Im regulierten Markt spielt der Preis zudem keine Rolle, da die Preise nicht von denen gezahlt werden, die die Leistungen nachfragen.

WZW

Die Versicherer können mit der Prüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einen Einfluss auf den Leistungskatalog und das Kostenwachstum nehmen.

ELGK

Umstrittene Leistungen können von der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen geprüft und aus der OKP gestrichen werden.

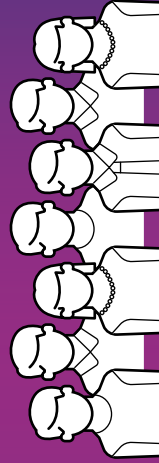
Leistungskatalog der OKP = Kosten der OKP
Grenzen setzen für Leistungen sowie Kosten in der OKP aufgrund von wissenschaftlichen Erhebungen



Überversorgung und Ballast abwerfen, sinnvolle Leistungen sollen nicht gestrichen werden

Soziale Präferenzen

Wie regeln wir den Konflikt zwischen begrenzten Ressourcen und unbeschränkten Bedürfnissen der Bevölkerung? Die Wissenschaft erhebt die sozialen Präferenzen und definiert so neue gesellschaftliche Gesundheitsziele.



Aktuelle Situation
Neues Rezept zur Kostendämpfung

KOF-Prognose Gesundheitsausgaben

Obligatorische Krankenversicherung (Gesundheitsausgaben in Mio. CHF)

27 498,8
(Total 77 754,3)

30 257,1
(Total 84 029,0)

31 698,2
(Total 87 335,3)

33 218,1
(Total 90 384,7)

2015

2016

2017

2018

2019

Quelle: <https://www.kof.ethz.ch/prognosen-indikatoren/prognosen/kof-gesundheitsausgabenprognose.html>

→ Bei dieser Art der Systemregulierung sollten die Präferenzen der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielen. Während sich in einem reinen Markt das Marktergebnis automatisch an den Präferenzen der Marktteilnehmer ausrichtet, muss dies im Gesundheitswesen über eine geeignete Regulierung sichergestellt werden. Dazu müssen die sozialen Präferenzen bekannt sein, das heisst die Wünsche der Bevölkerung, wie das soziale System der Krankenversicherung ausgestaltet werden soll.

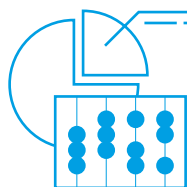
Unbekannte Grösse

Wie die Schweizer Bevölkerung den Konflikt zwischen begrenzten Ressourcen und unbeschränkten Bedürfnissen im Gesundheitswesen regeln möchte, ist heute nicht bekannt. Ist es tatsächlich von der Bevölkerung akzeptiert, wenn sehr alte oder weniger kranke Personen gewisse Leistungen nicht mehr von der Krankenversicherung vergütet bekommen? Oder ist die Bevölkerung vielleicht sogar dafür, dass noch mehr Ressourcen ins Gesundheitswesen fliessen, weil sie daraus einen grösseren Nutzen als aus alternativen Verwendungen zieht?

Soziale Präferenzen zum Gesundheitswesen lassen sich nicht direkt beobachten, weil eben keine Nachfrageentscheidungen für oder gegen Gesundheitsleistungen zu einem kostendeckenden Preis stattfinden. Es braucht somit Befragungen, um Kenntnis darüber zu erhalten, wie die Bevölkerung das Gesundheitswesen ausgestaltet haben möchte. Bevölkerungsbefragungen zum Gesundheitswesen gibt es viele, auch solche, die regelmässig durchgeführt werden. Alle weisen jedoch das gleiche Problem auf, weshalb sie nicht für die Bestimmung sozialer Präferenzen taugen: Die Befragten können in diesen Befragungen Gratsmeinungen äussern.



Mit **Gratsmeinung** ist gemeint, dass Befragte angeben können, **wie wichtig eine bestimmte Leistung oder Eigenschaft im Gesundheitswesen** ist, ohne dass negative Konsequenzen damit verbunden sind.



Wenn es viele **Entscheidungen** zwischen ganz unterschiedlichen Szenarien gibt, lassen sich daraus **mit statistischen Methoden die Präferenzen der Befragten ableiten.**

Mit Gratsmeinung ist gemeint, dass Befragte angeben können, wie wichtig eine bestimmte Leistung oder Eigenschaft im Gesundheitswesen ist, ohne dass negative Konsequenzen damit verbunden sind. So erstaunt es nicht, dass bei normalen Befragungen alles wichtig ist. Die Bevölkerung pocht beispielsweise auf die Unentbehrlichkeit von Originalpräparaten oder die freie Arztwahl. In der Realität beobachtet man jedoch, dass Patienten bereit sind, Generika anstatt Originalpräparate zu akzeptieren, wenn sie dafür finanziell entschädigt werden. Die freie Arztwahl hat die Mehrheit der Schweizer sogar bereits freiwillig aufgegeben. Sie hat sich für Managed-Care-Modelle ihrer Krankenversicherer entschieden und sich dabei verpflichtet, im Krankheitsfall nur zu vorher bestimmten Ärzten zu gehen (vgl. Artikel S. 19).

Mit Experimenten zu Lösungen

Will man die tatsächlichen sozialen Präferenzen erfassen, muss man deshalb die Befragten vor Entscheidungen stellen, bei denen sie sich Verbesserungen zumindest hypothetisch erkaufen müssen. Dadurch wird die Begrenztheit der Ressourcen in der Befragung sichtbar gemacht. Besonders geeignet für eine solche Befragung sind Marktexperimente, die in der wissenschaftlichen Literatur auch Discrete-Choice-Experimente genannt werden. Bei diesen Experimenten werden den Befragten hypothetische Produkte vorgelegt, die sich in ihren Eigenschaften unterscheiden und zwischen denen sie sich entscheiden müssen. Es wird also eine alltägliche Marktsituation simuliert, die den Befragten aus anderen Gebieten bestens bekannt ist. Sie müssen keine Meinungen zu spezifischen Eigenschaften des Gesundheitswesens abgeben, sie müssen sich nur zwischen unterschiedlichen Szenarien entscheiden. Wenn es viele solche Entscheidungen zwischen ganz unterschiedlichen Szenarien gibt, lassen sich daraus mit statistischen Methoden die Präferenzen der Befragten ableiten. Man kann ermitteln, welche Eigenschaften bei den Entscheidungen am wichtigsten oder am wenigsten wichtig waren. Ebenso lassen sich die Austauschverhältnisse zwischen den Eigenschaften berechnen. Das heisst, wie viel die Befragten bereit wären, von einer Eigenschaft aufzugeben, um von einer anderen Eigenschaft mehr zu erhalten. Wenn eine Eigenschaft der Preis ist, zeigt dieses Austauschverhältnis die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für eine Verbesserung in der anderen Eigenschaft.

Für die Ermittlung der sozialen Präferenzen im Gesundheitswesen bietet sich ein Marktexperiment an, bei dem sich die Befragten zwischen unterschiedlichen Versicherungsverträgen entscheiden sollen. Dabei kann die heutige Grundversicherung als Ausgangslage dienen. Dieser werden alternative Versicherungsverträge gegenübergestellt, die gewisse Änderungen im Leistungskatalog vorsehen. Es könnte zum Beispiel ein neues hypothetisches Medikament geben, das von der Grundversicherung nicht bezahlt würde, aber im alternativen Versicherungsvertrag gedeckt wäre. Dafür müsste man im Alternativvertrag eine höhere Krankenkassenprämie bezahlen. Da es sich um ein Experiment handelt, kann man die Eigenschaften des hypothetischen Medikaments an die genauen Fragen anpassen, zu denen man die sozialen Präferenzen ermitteln möchte. So könnte das Medikament beispielsweise nur bei Krankheiten helfen, die Patien-

Die Schweizer Bevölkerung ächzt unter den Kosten der obligatorischen Grundversicherung. Das darf nicht sein. Um diesem Problem Einhalt zu gebieten, müssen wir uns Gedanken machen. Was soll die obligatorische Grundversicherung bezahlen? Auf welcher Grundlage wird das entschieden?



Michel Rudin ist Public Affairs Manager bei der CSS Versicherung. michel.rudin@css.ch

Von Solidarität und sozialer Präferenz

Das Gesundheitswesen basiert auf dem Grundsatz der Solidarität. Das ist richtig, geht es doch um das Essenziellste, was der Mensch hat: seine Gesundheit. Auch die CSS Versicherung wurde vor mehr als 100 Jahren auf diesem Grundsatz gegründet. Doch was bedeutet eigentlich Solidarität im Gesundheitssystem? Genau hier scheiden sich die Geister. Während einige davon ausgehen, dass das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen für alle Leistungen aufkommen soll – denn es geht ja um das höchste Gut –, gibt es andere, die sich für eine Beschränkung auf das Nötige einsetzen. Im Kern sind es diese diametral unterschiedlichen Erwartungen, die schliesslich zur heutigen Blockade im Gesundheitswesen geführt haben. Oder anders formuliert: Sämtliche Akteure und ganz bestimmt die Politik beanspruchen die Deutungshoheit über die Solidarität und ihre finanziellen Folgen im Gesundheitswesen der Schweiz.

Bei einem Kostenanstieg von jährlich durchschnittlich vier Prozent wird der zu leistende Solidarbeitrag immer mehr zur Belastung der Menschen. Mit Schönreden und Kosmetik kann dem Kostenwachstum nicht Einhalt geboten werden. Es braucht grössere Eingriffe, um dem

Mengenwachstum, der ungenügenden Qualität und dem unbeschränkten Leistungskatalog Einhalt zu gebieten. Es stellt sich allerdings die Frage, wie und auf welcher Grundlage der Hebel angesetzt werden könnte, um den Erwartungen der Versicherten gerecht zu werden. Und genau hier bilden die sozialen Präferenzen eine gute Basis. In Kürze wird eine Studie publiziert werden, die erstmals die Haltung der Schweizer Bevölkerung zu einem solidarischen Gesundheitswesen erhoben hat. Diese wird fundierte Antworten auf die Fragen liefern, wo denn die Grenzen zwischen solidarisch finanziertem Gesundheitswesen und freiem Gesundheitsmarkt zu ziehen seien. Die CSS erhofft sich von den Resultaten eine Gesundheitspolitik, welche sich vermehrt nach den Erwartungen der Versicherten ausrichtet und so Reformblockaden vermeidet. Dies insbesondere auch deshalb, weil Qualität und Zweckmässigkeit einer Behandlung besser definiert werden können. Die CSS ist überzeugt, dass die Diskussion um den Umfang und Inhalt von solidarisch finanzierten Leistungen mehr Tiefe bekommt und es so gelingen kann, die Grenzen klar zu ziehen, politische Blockaden zu lösen und damit das Wachstum der Prämien einzuschränken.

ten in einem gewissen Lebensalter befallen. Man hätte also ein Medikament, das nur Kindern oder nur älteren Patienten hilft, und könnte daraus die sozialen Präferenzen im Hinblick auf eine Altersrationierung ableiten.

Regulierung gemäss Präferenzen

Es gibt mittlerweile bewährte Methoden für die Messung von Präferenzen. Wichtig ist es dabei stets, die Begrenztheit der Ressourcen sichtbar zu machen. Erst dadurch zeigt sich, wie das soziale Gesundheitssystem ausgestaltet werden muss, damit die Präferenzen der Bevölkerung berücksichtigt werden. Die Kenntnis sozialer Präferenzen verbessert die Konsistenz und damit schlussendlich die Akzeptanz der Regulierung im Gesundheitswesen.

Prof. Michael Schlander und Dr. Harry Telser leiten gemeinsam mit einem internationalen Scientific Steering Committee die SoPHI-Studie. Sie basiert auf den Ergebnissen des SwissHTA-Projekts und des internationalen URD- («Evaluation of Ultra-Rare Disorders»-)Projekts (beide unter der wiss. Leitung von Michael Schlander, Deutsches Krebsforschungszentrum, Universität Heidelberg, und Institute for Innovation & Valuation in Health Care in Wiesbaden) und der ökonomischen Expertise und Erfahrung mit DCE- («Discrete Choice Experiment»-)Methoden von Polynomics in Olten (Harry Telser, Barbara Fischer).

Obwohl die Kosten im Gesundheitswesen steigen, wollen Herr und Frau Schweizer keine Rationierung. Das braucht es vielleicht auch nicht. Wäre es nicht spannender, zu wissen, was wir denn überhaupt über die soziale Grundversicherung bezahlt haben wollen und was allenfalls nicht?

Von Prof. Dr. Michael Schlander, Barbara Fischer und Dr. Harry Telser

Mithilfe der Wissenschaft die Kosten bremsen

Repräsentative Meinungsumfragen zeigen, dass eine grosse Mehrheit der Stimmbürger die Rationierung von Gesundheitsleistungen ablehnt. Gleichzeitig ist die Bereitschaft, hohe Steuern oder Zwangsbeiträge – das heisst in der Schweiz: hohe Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) – zu akzeptieren, offensichtlich begrenzt. Daraus resultiert ein Zielkonflikt, der sich einerseits auf die angemessene Höhe der gesamten Aufwendungen für das Gesundheitswesen bezieht, andererseits die Frage von Grenzssetzungen innerhalb dieses Systems betrifft.

Steigerung der Effizienz

Viele Politikberater, nicht zuletzt aus der Disziplin der Gesundheitsökonomie, empfehlen deshalb, die Effizienz der Mittelverwendung für das Gesundheitswesen und innerhalb desselben zu maximieren. Die Forde-

rung, eine Ressourcenverschwendung zu vermeiden, ist auf den ersten Blick trivial und nichts anderes als ein selbstverständlicher ökonomischer und moralischer Imperativ. Sie wird allerdings genau dann problematisch, wenn eine im klassischen ökonomischen Sinn optimale «Allokation» (Zuteilung) zwar zu einer maximalen Produktion von gesundheitsbezogenem Nutzen führt (in diesem Sinne also keine Verschwendung stattfindet), aber diese Zuteilung blind bleibt für die Verteilung («Distribution») des Nutzens über verschiedene Personengruppen. Denn sie

könnte bewirken, dass bestimmte Patienten(gruppen) im Ergebnis weitgehend oder sogar ganz vom Zugang zu wirksamen Therapien ausgeschlossen würden, weil ihre Behandlung weniger zusätzliche Gesundheit «produzieren» würde.

Konkrete Beispiele von teilweise sehr teuren Therapien bei seltenen Erkrankungen (wie angeborene Stoffwechselstörungen von Kindern mit der Folge lebenslanger Behinderungen) oder von schweren Krebserkrankungen zeigen die Brisanz der Problematik. In England etwa wird im Rahmen der Evaluation medizinischer Verfahren ein Schwellenwert von 20 000 bis 30 000 Pfund für die vermutete maximale Zahlungsbereitschaft für ein gewonnenes Lebensjahr (mit einer Anpassung für die Lebensqualität) angenommen. Im Ergebnis werden deshalb viele teure Therapien für seltene Erkrankungen und neue Krebsmedikamente negativ bewertet.

Was wollen wir denn?

Wir wissen aber aus einer grossen und wachsenden Zahl internationaler Studien, dass dem soziale Normen und Werturteile entgegenstehen. Vielen Menschen ist es zum Beispiel besonders wichtig, dass Schwerkranken Hilfe zuteilwird, auch wenn sie selbst im Gegenzug vielleicht auf die Erstattung von «Bagatellen» verzichten müssen – und zwar auch dann, wenn dadurch im Endeffekt Lebensqualität und Lebenszeit nicht summarisch gesteigert werden können. Mit anderen Worten: Man ist hier bereit, einen insgesamt kleineren Kuchen zu akzeptieren, wenn er dafür gerechter verteilt wird. Einer der Gründe für die beobachteten Abweichungen von der reinen Theorie liegt darin, dass sich Menschen immer dann, wenn es gesundheitlich gleichsam «um Kopf und Kragen» geht, nicht (nur) als opportunistische Eigennutzmaximierer verhalten. Sie zeigen vielmehr soziale Präferenzen, und es gibt keinen überzeugenden Grund, diese Erwartungen der Bevölkerung an ihr Gesundheitswesen zu ignorieren.

In Kürze

- Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung findet die Prämien zu hoch, lehnt jedoch Rationierungen ab.
- Individuen sind bereit, ihren eigenen, individuellen Nutzen zugunsten der Gesellschaft zurückzustecken (soziale Präferenzen).
- Die SoPHI-Studie erhebt die sozialen Präferenzen wissenschaftlich.

Die schweizerische SoPHI-Studie

Der systematische und konsistente Einbezug sozialer Präferenzen in die Evaluation medizinischer Massnahmen setzt voraus, dass diese einer empirischen Überprüfung standhalten und idealerweise quantifizierbar sind. Dieses Ziel prägte das Design der «Social Preferences for Health Interventions»- oder kurz SoPHI-Studie. Ermöglicht wurde die Studie in der Schweiz durch paritätische Unterstützung von Krankenversicherern (curafutura, SVV) und Industrie (Galenica, Interpharma), deren Vertreter überwiegend schon am SwissHTA-Projekt federführend beteiligt waren.

In der SoPHI-Studie wird die Methode der Discrete-Choice-Experimente (DCE) angewendet, um die soziale Zahlungsbereitschaft für medizinische Interventionen zu bestimmen, die sich in sieben wesentlichen Kriterien unterscheiden: Lebenserwartung und Lebensqualität ohne Intervention (also Schweregrad der Krankheit), Lebenserwartung und Lebensqualität nach der Behandlung (aus der Differenz ergibt sich die Wirksamkeit der Behandlung), Zahl der behandlungsbedürftigen Patienten (Prävalenz), Alter der Patienten sowie zusätzliche Kosten bei Aufnahme der Behandlung in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

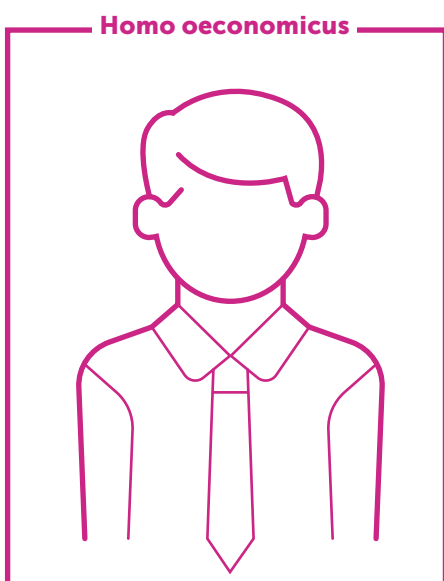
Zu den besonderen Merkmalen der SoPHI-Studie gehört, dass die Kosten als Kosten pro versicherte Person (statt je Patient oder je gewonnenes Lebensjahr) abgebildet werden. Deshalb wird in der Studie die «soziale Zahlungsbereitschaft» gemessen. Diese erfasst einerseits den individuellen, unmittelbar selbstbezogenen Nutzen einer medizinischen Inter-

vention. Andererseits berücksichtigt sie Aspekte wie Risikoaversion und Selbstlosigkeit. So können letztlich die sozialen Präferenzen der Schweizer Stimmbürger erfasst werden. Derzeit befinden sich die Daten einer repräsentativ angelegten Stichprobe von 1500 Schweizer Stimmbürgern in der Auswertungsphase. Die Ergebnisse werden die relative Bedeutung der erfassten Attribute aufzeigen. Es zeichnet sich bereits ab, dass für die Schweizer Bevölkerung neben der individuell gewonnenen Lebenszeit und -qualität weitere Merkmale wichtig sind. Es wäre von potenziell grosser gesundheitspolitischer Bedeutung, wenn diese sozialen Präferenzen Eingang in die Evaluationskriterien medizinischer Interventionen fänden.

Prof. Michael Schlander und Dr. Harry Telser leiten gemeinsam mit einem internationalen Scientific Steering Committee die SoPHI-Studie. Sie basiert auf den Ergebnissen des SwissHTA-Projekts und des internationalen URD- («Evaluation of Ultra-Rare Disorders»-)Projekts (beide unter der wiss. Leitung von Michael Schlander, Deutsches Krebsforschungszentrum, Universität Heidelberg, und Institute for Innovation & Valuation in Health Care in Wiesbaden) und der ökonomischen Expertise und Erfahrung mit DCE- («Discrete Choice Experiment»-)Methoden von Polynomics in Olten (Harry Telser, Barbara Fischer).

Exkurs in die Wirtschaftstheorie

In der Wirtschaftstheorie spricht man von sozialen Präferenzen, wenn die Akteure neben ihrem materiellen Eigennutz auch Vorlieben für das Wohlergehen oder den Erfolg anderer Akteure aufweisen, die das eigene Verhalten massgeblich mitbeeinflussen.



- Verhalten rein am materiellen Eigennutz
- Kein Empfinden für andere



- Motivation von Menschen, Aspekte für Entscheide zu beachten, die über materiellen Eigennutz hinausgehen

Ist die Erhebung von sozialen Präferenzen ein taugliches Mittel, um zur Senkung der Gesundheitskosten beizutragen? Christian Affolter, Verantwortlicher Tarifstrukturen bei der CSS, und Fridolin Marty, Zuständiger für Gesundheitspolitik bei der *economiesuisse*, sind sich nicht einig.

Interview: Patrick Rohr

«Soziale Präferenzen sind Stimmungen unterworfen»

Patrick Rohr: Herr Affolter, die CSS unterstützt das Konzept der sozialen Präferenzen, weil Sie der Meinung sind, damit liessen sich Kosten sparen. Wie?

Christian Affolter: Ich sage nicht, dass mit diesem Modell alles besser wird. Aber es macht möglich, dass wir die Versicherten besser verstehen. Wenn wir die sozialen Präferenzen kennen, wissen wir, was die Menschen bereit sind, für die Gesundheit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung auszugeben und was nicht. Nicht für die eigene Gesundheit, sondern für die der anderen. Natürlich hat man schon heute Hinweise, wenn man die Kommentarspalten der Boulevardpresse liest oder die Diskussionen auf Social Media verfolgt. Aber was fehlt, ist eine wissenschaftliche Erhebung der sozialen Präferenzen.

P.R.: Aber haben wir dafür nicht die Politik, die die sozialen Präferenzen der Bevölkerung doch kennen müsste?

C.A.: Ich behaupte jetzt mal, dass die Politik nicht weiss, wie viel die Menschen bereit sind, für die Gesundheit der anderen auszugeben.

P.R.: Herr Marty, wie sehen Sie das? Wäre man, wenn man die sozialen Präferenzen erforschen würde, wirklich viel näher bei der Bevölkerung, als die Politik das sein kann?

Fridolin Marty: Ich glaube nicht, dass man sich von diesem Konzept viel erhoffen kann. Vielleicht bringt es etwas mehr Transparenz ins System. Aber am Schluss muss die Politik entscheiden. Und gerade in einer direkten Demokratie wie der Schweiz weiss man sehr genau, was die sozialen Präferenzen der Bevölkerung



«Wir haben eine hohe, aber lange nicht die beste Qualität der Welt – aber wir zahlen so viel wie sonst niemand für die Gesundheit.»

Christian Affolter

sind, weil wir ja nicht nur Wahlen, sondern auch Abstimmungen haben. Ich stelle mit Besorgnis fest, dass wir schon heute immer mehr eine Politik der Demoskopie haben und sich die Politik nur noch nach Umfragen richtet, statt Verantwortung zu übernehmen. Die politische Verantwortung ist nicht ersetzbar, und sicher nicht durch ein solches Konzept. *C.A.:* Da muss ich widersprechen. Es mag sein, dass die Politik sich immer mehr auf populistische oder demoskopische Grundlagen stützt. Aber das Konzept der sozialen Präferenzen dient dazu, die Rahmenbedingungen, die die Politik setzt, mit Inhalten zu füllen. Eben genau, um mit dogmatischen und parteipolitischen Diskussionen aufzuräumen. Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Wenn wir uns fragen, was von der sozialen Krankenversicherung bezahlt werden soll, sind die Regeln



im KVG festgelegt: Eine Behandlung muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein – das sind die WZW-Kriterien. Die Wirksamkeit lässt sich klar nachweisen. Bei der Wirtschaftlichkeit wird es schon schwieriger. Aber wer sagt, ob eine Behandlung zweckmässig ist?

P.R.: Mein Arzt.
C.A.: Genau.

P.R.: Und diese Beurteilung möchten Sie künftig der Bevölkerung überlassen?

C.A.: Nein, aber wir möchten die Menschen einbeziehen. Neu kommt eine soziale Perspektive dazu, und die geht über das Individuum hinaus. Nehmen wir als Beispiel Viagra: Das Medikament erfüllt die WZW-Kriterien. Aber wissen wir, ob die Gesellschaft überhaupt bereit wäre, Viagra zu Lasten der obligatorischen Kranken-

versicherung zu bezahlen? Solche Fragen könnte man in Zukunft über die Erforschung der sozialen Präferenzen klären.

P.R.: Aber ist das nicht gefährlich, Herr Marty? Kann es nicht sein, dass plötzlich eine Mehrheit beschliesst, dass eine Minderheit von einer medizinischen Versorgung ausgeschlossen wird?

F.M.: Grundsätzlich habe ich grosses Vertrauen ins Volk. Die Leute wollen einfach Fairness. Nehmen wir die Flüchtlingspolitik: Solange Flüchtlinge, die in die Schweiz kommen, dankbar sind, unser System anerkennen, die Sprache lernen, arbeiten wollen – so lange sagen achtzig, neunzig Prozent der Leute in unserem Land, dass die Flüchtlinge kommen dürfen. Wenn aber Flüchtlinge kommen, die unsere Kultur nicht gut finden und nicht arbeiten wollen, dann ist es vorbei mit der

Der Pharmazeut **Christian Affolter** (rechts) ist seit 2013 Verantwortlicher Tarifstrukturen bei der CSS. Davor war er Leiter der Direktion Gesundheitspolitik beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Leiter der Abteilung Grundlagen bei santésuisse.

Der Volkswirtschaftler **Fridolin Marty** (Mitte) ist beim Dachverband der Wirtschaft economie-suisse zuständig für Gesundheitspolitik. Davor arbeitete er in verschiedenen Funktionen bei santésuisse und war Mitglied der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK).





→ Unterstützung. Dasselbe gilt im Kranken- und Gesundheitsbereich: Wenn man weiss, jemand kann nichts für seine Krankheit und er macht auch alles, um gesund zu werden, dann ist die Unterstützung da.

P.R.: Wenn er in den Augen der Bevölkerung aber selber schuld ist, wie man das bei Aidskranken lange sagte, dann wird es schon schwieriger.

F.M.: Das ist genau das Problem, das weiss man. Wobei bei Aids die Akzeptanz zum Glück inzwischen da ist.

P.R.: Aber es können neue Krankheiten kommen, bei denen die Menschen sogenannt «selber schuld» sind, und da könnte sich die Stimmung eben gegen eine Gruppe richten?

F.M.: Genau. Man muss sich bewusst sein, dass die sozialen Präferenzen nicht

«Es wird nichts passieren, weil viele vom System profitieren und in der Politik jeder weiss, er könnte sich die Finger verbrennen.»

Christian Affolter

stabil sind und Stimmungen unterworfen sein können.

C.A.: Und wäre das schlimm?

F.M.: Ich sage nicht, dass das schlimm ist. Ich sage nur: Wenn man eine solche Studie macht, muss man sich bewusst sein, dass das eine Momentaufnahme ist und dass soziale Präferenzen Dynamiken unterliegen. Darum muss die Politik in der Verantwortung bleiben.

C.A.: Natürlich wäre es theoretisch möglich, dass das Resultat einer Umfrage der Verfassung widerspricht, dass der Schutz von Minderheiten verletzt würde und so weiter. Aber die Diskussion wird sowieso geführt, bis jetzt einfach am Stammtisch. Wir wollen, dass man die wissenschaftlich gestützte Haltung der Bevölkerung kennt.

P.R.: Und wie untersucht man das wissenschaftlich?

C.A.: Man präsentiert den Leuten Auswahl-fragstellungen. Man fragt also zum Beispiel: Soll man die Behandlung von jungen Menschen vor die Behandlung von alten Menschen stellen? Oder man fragt: Wo ist eine Lebensverlängerung um ein paar Wochen, die möglicherweise Zehntausende, vielleicht hunderttausend Franken kostet, sinnvoller? Bei einem Jungen, der noch einen Monat braucht, um alles zu regeln und sich von der Familie zu verabschieden, oder bei einem Achtzigjährigen, der noch die Geburt seines Grosskinds erleben möchte?

F.M.: Heikle Fragen!

P.R.: Aber dafür hätte man endlich Antworten auf diese Fragen, Herr Marty! Man wüsste, wie die Leute denken.

F.M.: Ja, aber es geht nicht ohne politische Verantwortung. Wenn ich als Bürger interviewt werde, muss ich ja keine Verantwortung tragen. Ich muss weder etwas zahlen noch für etwas geradestehen. Das finde ich problematisch.

P.R.: Aber hat die Politik ihre Verantwortung in den letzten Jahren denn wirklich wahrgenommen? Die Gesundheitskosten steigen ins Unermessliche.

F.M.: Die Kosten sind ganz offensichtlich nicht zu hoch. Das Stimmvolk hat noch jede Vorlage, die die Kosten reduzieren wollte, verworfen. Die Leute wollen die Leistungen, und sie sind bereit, dafür zu zahlen. Das Problem sind die Prämienverbilligungen, sie haben sich nicht im Gleichschritt mit den Kosten entwickelt. Deshalb ist die Belastung für weniger begüterte Personen stark gestiegen. Die Frage ist, ob es nicht sinnvoller wäre, die Prämienverbilligungen zu erhöhen oder sie zumindest nicht zu senken.

C.A.: Das ist doch eine Nebelgranate! Wir fahren gerade das System an die Wand!

F.M.: Das stimmt nicht.

C.A.: Doch. Ganz einfach, weil die Ausgaben mit dem Faktor zwei bis drei gegenüber den Löhnen wachsen. Irgendwann kann man das nicht mehr zahlen.

F.M.: Die Löhne sind nicht das Einzige, was den Wohlstand einer Gesellschaft ausmacht. Wir haben auch Kapitaleinkommen.

P.R.: Da reden wir jetzt aber von einer kleinen Schicht, Herr Marty. Viele Menschen haben Mühe, sich die Gesundheitskosten noch zu leisten.

F.M.: Ich sage, das System kann es sich leisten, nicht jeder einzelne Haushalt. Das ist mir schon bewusst.

P.R.: Und die, die es sich nicht leisten können, brauchen dann Prämienverbilligungen, womit die Allgemeinheit die Lasten trägt und das Problem nur verschoben wird.

F.M.: Das Problem ist einfach noch nicht so gross, dass wir es uns als Gesellschaft nicht mehr leisten könnten. Machen wir eine einfache Rechnung: Das Bruttoinlandsprodukt, das BIP, beträgt 600 Milliarden Franken. Die obligatorische Kranken-

pflegeversicherung, die OKP, kostet uns 40 Milliarden Franken. Das BIP wächst um zwei Prozent, also um 12 Milliarden Franken. Wenn jetzt die OKP um zehn Prozent wachsen würde, was es noch nie gab, wären das vier Milliarden. Also nur ein Drittel des Betrages, um den das BIP gewachsen ist. Ist das nun finanzierbar oder nicht?

C.A.: Eine solche Rechnung finde ich grenzwertig!

F.M.: Mir geht es ja auch nicht darum, die Kostenentwicklung generell kleinzureden. Ich sage nur: Aus irgendeinem Grund hat das Volk noch nie Ja gesagt zu einer Kostensenkungsmassnahme.

P.R.: Und was ist dieser Grund?

F.M.: Dass wir uns als Gesellschaft das Gesundheitswesen leisten können.

C.A.: Nein, das Problem ist, die Menschen haben ein Informationsdefizit: Fragen Sie mal am Stammtisch, was für eine Qualität wir in unserem Gesundheitswesen haben. Alle werden sagen: Wir haben eine super Qualität! Aber das stimmt nicht. Wir haben eine hohe, aber lange nicht die beste Qualität der Welt – aber wir

zahlen so viel wie sonst niemand für die Gesundheit.

F.M.: Gut, ich komme Ihnen ein bisschen entgegen. Was ich gesagt habe, bezieht sich auf die Vergangenheit. Ich sage nicht, dass es bis in alle Ewigkeit so bleibt; es kann durchaus mal kippen, und Kostensenkungsvorlagen können mehrheitsfähig werden. Aber dann wird die Politik schon korrigierend eingreifen.

C.A.: Das glaube ich eben nicht. Man merkt doch die Unzufriedenheit der Leute schon jetzt – und zwar immer spätestens dann, wenn die nächste Prämienrunde kommt. Und auch die Qualitätsdiskussion fängt langsam an. Die Erwartung, dass die Verantwortlichen im System etwas machen, ist also schon heute durchaus da. Aber es wird nichts passieren, weil viele vom System profitieren und in der Politik jeder weiss, er könnte sich die Finger verbrennen. Im Gesundheitswesen gibt es politisch keinen Blumentopf zu gewinnen. Es bräuchte nicht einmal neue Regeln, wir haben schon genug Regeln. Aber man müsste endlich einmal die durchsetzen, die es schon gibt, zum Beispiel die genannten WZW-Kriterien. Die sozialen Präferenzen geben uns mehr Argumente dafür.

P.R.: Also übernimmt die Politik aus lauter Angst die Verantwortung eben doch nicht, Herr Marty?

F.M.: Die Politik macht ihren Job. Aber tatsächlich, bei der Umsetzung der Regeln, namentlich jenen des Krankenversicherungsgesetzes, hapert es. Man sieht zwar die Lücken der Umsetzung, aber statt sie zu füllen, macht man neue Gesetze und Regulierungen. Trotzdem vertraue ich auf unser politisches System. Es ist erfolgreich und kippt nicht gleich, wenn es neue Strömungen gibt.

«Die politische Verantwortung ist nicht ersetzbar, und sicher nicht durch ein solches Konzept.»

Fridolin Marty



Der Journalist und Fotograf **Patrick Rohr** leitet eine eigene Agentur für Kommunikationsberatung und Medienproduktionen. Bis 2007 war er Moderator beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).

Es gibt Situationen, in denen medizinische Leistungen knapp sind und der Zugang zu Prävention, Diagnose oder Behandlung nicht immer garantiert ist. Wie verteilen wir diese Ressourcen fair? Eine Studie der ETH Zürich zeigt, wie Laien und Ärzte das beurteilen.

Von Dr. Pius Krütli

Wie verteilen wir fair?

Knappe medizinische Ressourcen zeigen sich heute exemplarisch beim Mangel an Spenderorganen. Ein anderes Beispiel leitet sich aus der Kostendiskussion im Gesundheitswesen ab. Wem sollen Leistungen wie Gelenkersatz (eine Lebensqualität fördernde, jedoch nicht lebensnotwendige Massnahme) zugeteilt werden, wenn die Mittel nicht mehr für alle Nachfrager ausreichen?

Es braucht Regeln, um die knappen Leistungen möglichst fair zu verteilen. Diese sollten ethischen Standards entsprechen, einen medizinischen Nutzen erzeugen, praktikabel und von den Mitgliedern einer Gesellschaft akzeptiert sein.

Es gibt eine Reihe solcher Verteilungsprinzipien wie «Zufall», «Kränkste zuerst», «Jüngere vor Älteren», «Warteliste», «Prognose» usw. Nicht alle diese

Prinzipien werden als ethisch vertretbar beurteilt, und je nach Situation eignen sie sich besser oder weniger gut für die faire Zuordnung von knappen medizinischen Leistungen. So werden beispielsweise Prinzipien wie die «Kränksten zuerst» oder «first come, first served» (Warteliste) von einigen anerkannten Medizinethikern abgelehnt. Sie argumentieren, dass dabei die Prognose bzw. der Krankheitsverlauf nicht beurteilt wird oder dass Wartelisten anfällig auf Missbrauch sind.

Dies steht in Kontrast zur Beurteilung solcher Prinzipien durch medizinische Laien und teilweise auch Ärzte. In einer aktuellen Onlinestudie beurteilten u.a. Allgemeinmediziner und medizinische Laien die Fairness von neun Verteilungsprinzipien in drei unterschiedlichen Situationen medizinischer Knappheit. Die Abbildung zeigt hier «Lebensqualität verbessernde medizinische Leistungen». Beide – Ärzte und Laien – finden es sehr fair, wenn die Kränksten diese Leistung zuerst erhalten, wenn es nicht für alle reicht. Die «Warteliste» schliesst in dieser Hinsicht bei Laien am zweitbesten ab, wogegen dieses Prinzip bei Ärzten eher umstritten ist. Bei den übrigen Prinzipien sieht das Muster bei beiden Gruppen ähnlich aus. «Verhalten» als Massgabe für die Verteilung knapper Leistungen scheint in beiden Gruppen umstritten. Das gilt auch für das Prinzip «Jüngere vor Älteren». «Kostenbeitrag» (diejenigen bevorzugen, die mehr an die Kosten zahlen), «gesellschaftliche Leistung in der Vergangenheit» und auch «Zufall» schneiden punkto Fairness bei beiden Gruppen nicht gut ab.

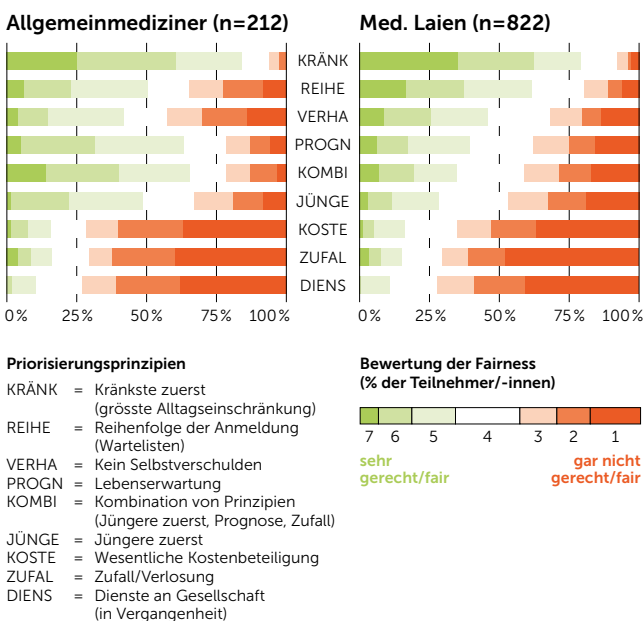
Was lernen wir daraus? Erstens, für die unterschiedlichen Situationen, bei denen medizinische Knappheit auftauchen kann, braucht es Regeln, wie medizinische Leistungen fair verteilt werden sollten. Für die Zuteilung von Spenderorganen haben viele Länder Regularien aufgestellt. Wie medizinische Leistungen bei knapper werdenden Mitteln verteilt werden, dazu gibt es kaum Untersuchungen – und vielleicht auch noch zu wenig Diskussionen.

Zweitens gibt es viele verschiedene Prinzipien, wie solche Leistungen fair verteilt werden können. Da alle Prinzipien ihre Vor- und Nachteile haben, sind Spezifizierungen nötig.

Und drittens, was Ethiker als fair beurteilen, muss nicht zwingend auch dem entsprechen, was in der Realität als fair beurteilt wird. Deshalb braucht es eine Ausbalancierung der unterschiedlichen Perspektiven.

Wie beurteilen wir die Kriterien für die Verteilung von knappen medizinischen Leistungen?

Resultate der Untersuchung von Meinungen von Allgemeinmedizinern und med. Laien über die Verteilung von Leistungen, die die Lebensqualität verbessern (wie künstliche Hüftgelenke).



Quelle: angepasst von Krütli et al. 2016. How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources: Ethical Argumentation under Scrutiny by Health Professionals and Lay People. Plos one 11/7.

Dr. Pius Krütli ist Co-Direktor des Transdisciplinarity Lab (TdLab), einer Gruppe am Departement Umwelt-systemwissenschaften der ETH Zürich, die sich mit der Schnittstelle Wissenschaft/Gesellschaft beschäftigt.

Die Spielregeln im Sport sind immer auch ein Abbild der Gesellschaft. Unihockey-Schiedsrichterin Sandra Zurbuchen (32) über schwierige Entscheide, Grauzonen und Glaubwürdigkeit.

Von Manuela Specker

Fairness lässt sich nicht regeln

In Sandra Zurbuchens Leben geht es oft um Fragen der Gerechtigkeit. Sie ist Rechtsanwältin bei der Steuerverwaltung des Kantons Bern, und sie pfeift national wie international Unihockey-Spiele auf höchster Ebene. Der gewichtige Unterschied: Im Sport muss die 32-jährige Schiedsrichterin Entscheide innert Sekundenbruchteilen fällen. Aber weder in steuerlichen Fragen noch im Sport sind die Regeln in Stein gemeisselt. «Sie haben sich über all die Jahre hinweg entwickelt und werden laufend angepasst», sagt Sandra Zurbuchen.

So starr Reglemente scheinen, so sehr sind sie letztlich ein Abbild der Gesellschaft, ihrer Präferenzen und ihrer Vorstellungen von Fairness. Im Unihockey werden die Spielregeln alle vier Jahre überarbeitet und vom internationalen Verband für verbindlich erklärt. Lange war es erlaubt, den Ball dem eigenen Goalie zurückzuspielen. Heute muss Sandra Zurbuchen in einem solchen Fall abpfeifen. «Diese neue Regel hat das Spiel schneller und dynamischer gemacht», sagt sie. Ein anderes Beispiel: Sind zwei Spieler bereit für den Check, gehen sie also auf Augenhöhe in den Zweikampf, lässt sie das Spiel laufen. «Die Spieler sind heute viel athletischer und trainieren häufiger. Entsprechend ist das Spiel physischer geworden. Das muss sich in der Auslegung der Regeln widerspiegeln», so Sandra Zurbuchen.

Das heisst zugleich, dass die Spielsituationen selten eindeutige Entscheide zulassen. Daran ändert auch das 109-seitige Regelwerk nichts. «Meistens befinde ich mich in der Grauzone.» Das ist der Fairness förderlich – statt dass die Spielleitung allwissend auftritt.

Wenn sich Sandra Zurbuchen und ihre Schiedsrichterpartnerin zum Beispiel nicht sicher sind, wer zuletzt den Ball berührt hat, fragen sie bei den Spielern nach und kriegen oft eine ehrliche Antwort. Fairplay zeigt sich also nicht in den Regeln, sondern wie solche Situationen gehandhabt werden. Dazu gehört für Sandra Zurbuchen zwingend, ein Gespür für das ganze Spiel zu haben. Foul ist nicht gleich Foul: Vielleicht steigt ein Spieler hart in den Zweikampf ein, weil er vorher selber ständig gefoult wurde? «Ich habe nie nur die Regeln im Hinterkopf, sondern frage mich auch immer, warum ein Spieler entsprechend reagiert. Das ist für mich die Grundlage für ein faires Spiel.»

Klar muss sie im richtigen Moment Autorität ausstrahlen. «Glaubwürdigkeit ist das A und O.» Gerade zu Beginn ihrer Schiedsrichterkarriere hat sie gemerkt,



«Ich habe nie nur die Regeln im Hinterkopf, sondern frage mich auch immer, warum ein Spieler entsprechend reagiert.»

Sandra Zurbuchen

wie die Spieler ihre Grenzen ausgetestet haben. Das sei aber keine Folge davon gewesen, dass sie als Frau ein Männerspiel geleitet habe. «So ergeht es allen, die neu in der Rolle des Schiedsrichters sind.» Ein guter Schiedsrichter ist also nicht nur in den Regeln sattelfest, sondern hat viel Menschenkenntnis. Entscheide, die auf dieser Grundlage gefällt werden, fördern die Eigenverantwortung bei den Spielern – genau darauf kommt es beim Fairplay an.

Sandra Zurbuchen (32) ist Rechtsanwältin bei der Steuerverwaltung des Kantons Bern und pfeift nationale wie internationale Unihockey-Spiele auf höchster Ebene.

Sind die Gesundheitskosten in der Schweiz zu hoch? Wie sollten wir die knapper werdenden Gelder der Grundversicherung gezielt einsetzen? Wer muss Lösungen finden? Ich versuche, Antworten zu finden – es fällt mir nicht leicht!

Von Beat Schürmann

«Diese Fragen lösen in mir ein Gefühl der Ohnmacht aus»

Die junge Frau am Telefon hat mir erklärt, warum es in diesem Beitrag geht. Die Gesundheitskosten in der Grundversicherung steigen jährlich um gut vier Prozent an – das ist für viele Haushalte ein Problem. Deshalb diskutiert die Politik im Moment Kostenbremsen. Es gibt viele Ideen, wie die Kosten gebremst werden können. Über eine Begrenzung des jährlichen Wachstums der Gesundheitskosten, indem gewisse Parameter im System verändert werden oder wir die Gesellschaft fragen, was sie denn über die soziale Grundversicherung bezahlt haben will. Doch wie soll Letzteres gemessen werden? Über soziale Präferenzen, erklärt mir die Frau. Die Bürgerinnen und Bürger werden anhand eines wissenschaftlich erarbeiteten Fragenkatalogs zu ihren Präferenzen befragt – zu ihrer Meinung, wem oder wann beispielsweise sehr teure Medikamente oder Behandlungen bezahlt werden sollen. Eine Frage lautet dann zum Beispiel wie folgt:

Verspricht eine Behandlung dem Patienten zusätzliche Lebensjahre, wer soll dann behandelt werden? Und die Antwortmöglichkeiten: a) jüngere Patienten, b) mittelalte Patienten, c) alte Patienten oder d) alle Patienten haben die gleiche Priorität.

Tendenziell neige ich zur Antwort, dass jüngeren Menschen eine höhere Priorität gegeben werden soll. Aber ist das fair? Ich merke, diese Fragen lösen in mir ein Gefühl der Ohnmacht aus.

Das aktuelle System

Ich habe heute die Möglichkeit, einen Teil meiner Wahlfreiheit freiwillig abzugeben, um so Prämien einzusparen. Über ein alternatives Versicherungsmodell sowie die Höhe meiner Franchise kann ich mich einschränken und erhalte tiefere Prämien. Indem ich mehr Risiko auf mich nehme, kann ich mein Budget anders einteilen. Ich selber mache dies – aufgrund meiner medizinischen Vorgeschichte – nicht. Ich habe meinen Hausarzt, den ich frei wähle, und die tiefste Franchise. Mir ist der soziale Gedanke, die Solidarität und die Umverteilung zwischen Jungen und Alten sowie Gesunden und Kranken, sehr wichtig. Die soziale Grundversicherung ist meines Erachtens eine Säule des sozialen Friedens in der Schweiz. Können und müssen wir diese soziale Grundversicherung über soziale Präferenzen verändern?

Gerechtfertigte Kosten

Grundsätzlich glaube ich, dass unser Gesundheitswesen sehr gut ist und wir für unser Geld viel bekommen. Mache ich den direkten Vergleich mit Grossbritannien, wo ich längere Zeit lebte und arbeitete, dürfen wir uns nicht beklagen. Die Wartelisten in England waren teilweise so lang, dass Patienten starben, bevor sie die Behandlung bekamen – von solchen Zuständen habe ich in der Schweiz noch nie gehört. Die Kosten sind sicher hoch, aber uns geht es auch gut. Ich bin gerne bereit, für ein gutes Gesundheitssystem viel auszugeben. Und ich finde es nach wie vor wichtig, dass es eine Umverteilung gibt. Die Prämienverbilligung ist für mich unbestritten und muss unbedingt Familien mit Kindern oder Personen am Existenzminimum zugun-



«Eine kleine, einfache Frage wird zur Büchse der Pandora – die ich nicht öffnen kann und will.»



tekommen. Trotzdem betreffen die steigenden Gesundheitskosten mich auch, und ich sehe ein, dass das Wachstum nicht immer so weitergehen kann. Der Ball liegt jedoch bei der Politik – als Vertreterin der Gesellschaft muss sie sinnvolle Lösungen finden. Weder die Krankenversicherungen noch die Ärzte können das für uns abschliessend regeln.

Die Büchse der Pandora

Normalerweise bin ich ein Mann, der sich nicht scheut, prägnante Aussagen zu machen und Themen auf

den Punkt zu bringen. Dieses Thema hat mich aber kalt erwischt. Sobald ich anfangs, mir Gedanken zu machen, komme ich vom Hundertsten ins Tausendste. Sagen wir, gewisse Behandlungen werden nur noch jüngeren Menschen gezahlt. Ich bin älter, habe immer Sorge zu mir und meinem Körper getragen. Ist es dann fair, wenn ich die Hüfte nicht bekomme, der junge Mensch, der durch enorme Sportbelastungen krank ist, jedoch schon? Zahlen wir selbstverschuldete Dinge dann nicht mehr, und wann ist etwas selbstverschuldet? Gehört das Glas Wein jeden Abend schon dazu? Und ab

wie vielen Zigaretten pro Tag bin ich selber schuld an meinem Gesundheitszustand? Ich merke, wie ich mit diesen Fragen das Prinzip der Solidarität hinterfrage, das mir eigentlich wichtig ist. Denn ohne Solidarität gibt es keine Versicherung. Eine kleine, einfache Frage wird zur Büchse der Pandora – die ich nicht öffnen kann und will.

Was denn nun?

Ich will die Büchse nicht öffnen. Obwohl mir klar ist, dass es so nicht weitergehen kann. Genauso öffnet auch kaum ein Politiker diese Büchse – schlussendlich hängt sein Wahlerfolg von seinen Voten ab. Wählen Sie jemanden, der erklärt, dass die soziale Grundversicherung gewisse Dinge nicht mehr zahlen soll? Nein, Sie wählen jene, die erklären, dass die Gesundheitskosten nicht mehr steigen dürfen – die Rezepte dazu fehlen jedoch meist. Es ist eine Möglichkeit, wissenschaftlich zu erheben (über soziale Präferenzen), was wir über die Grundversicherung zahlen. Ich möchte mir hierzu jedoch keine abschliessende Haltung anmassen. Können wir die Kosten eines Tages nicht mehr zahlen, steht ein solcher Entscheid ohnehin an. Diesen werden wir demokratisch treffen, über unsere individuellen Präferenzen, die in eine Mehrheitsentscheidung münden.

Beat Schürmann ist Geschäftsleiter des Kaufmännischen Verbandes Luzern und Versicherungsnehmer. Er war längere Zeit für eine internationale Pharmafirma tätig.

In Kürze

- Die Gesundheitskosten in der Schweiz steigen jährlich, deshalb diskutiert die Politik aktuell Kostenbremsen.
- Über soziale Präferenzen könnte man erheben, wofür die soziale Grundversicherung künftig aufgenommen soll.
- Soziale Präferenzen zu definieren, überfordert die Politik und die Schweizer Gesellschaft.



Gesucht: Ein selbstloser Politiker



Beda M. Stadler, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschafts-politischen Themen.

Der gesunde Menschenverstand ist oft gesünder, als man denkt. Es weiss nämlich jeder, wo man bei den Gesundheitskosten sparen könnte. Vielen Mitbürgern ist zwar das schlechte Gewissen beim Einsenden der Rückforderungsbelege an die Krankenkasse abhandengekommen. Jeder tut es scheinbar hemmungslos, also macht man es auch. Zahlt die «Gesundheitskasse» noch einen Teil des Freizeit- oder Fitnessprogramms, das man ohnehin gebucht hat, oder sogar Wellness und Alternativmedizin, die man nur zum Trost braucht – noch besser. Würde man das nicht in Anspruch nehmen, fühlte man sich so, wie wenn man eine Hunderternote auf einem einsamen Trottoir nicht aufheben würde.

Wir Schweizer haben uns an die grosszügigen Leistungen unseres verkorksten Gesundheitssystems gewöhnt. Wer das ändern will, weiss, er würde beim Bürger keine Akzeptanz finden. Wer gibt schon gerne etwas Liebgewonnenes her? Wir brauchen auch keine wissenschaftlichen Studien zu dieser Frage, da Akzeptanz oft nicht von der Wissenschaft abhängt. Das Paradebeispiel dazu ist die Gentechnik, bei der sich die Wissenschaft wirklich einig ist, dass es eine gute Sache wäre. In einer postfaktischen Zeit sind Meinungen eben wichtiger als Fakten.

Man darf auch keine Ärzte fragen, wo gespart werden könnte. Sie müssen anders ticken. Überhaupt darf man niemanden fragen, der selber ein Nutzniesser des Systems ist. Und schon gar nicht Ökonomen, die im Zusammenhang mit Krankheit gerne von Markt sprechen.

Die Lösung ist einfach. Wir sollten einen Bundesrat wählen, der nicht geliebt und nicht wiedergewählt werden will, aber bereit ist, Klartext zu reden. Ähnlich wie Winston Churchill 1940 während des Zweiten Weltkriegs vor dem britischen Unterhaus: «Ich habe nichts zu bieten ausser Blut, Mühsal, Tränen und Schweiss.»

Die Antrittsrede des neuen Bundesrats wäre zugleich die Absichtserklärung, eine neue Krankenkasse einzuführen. Die Rede in Kürze: Erstens, es werden keine Bobos, kein Wellness und kein Voodoo mehr bezahlt. Die Leistungen in der Grundversorgung werden mit gesundem Menschenverstand drastisch gekürzt. Die Krankenkasse soll keinen Trost bieten, sondern helfen, Kranke zu heilen. Zweitens, wir lassen jeden Menschen human sterben, es gibt keine unnötigen Lebensverlängerungen mehr. Drittens, die Krankenkassenprämien sind nur im Notfall für den Eigenbedarf, sie sind nämlich ein solidarischer Beitrag an Mitmenschen, die unsere medizinische Hilfe dringend brauchen.

Übrigens könnte es sein, dass dieser Bundesrat – wie einst Churchill – für seine Verdienste gedelt würde.

«Wir sollten einen Bundesrat wählen, der nicht geliebt werden will, aber bereit ist, Klartext zu reden.»



twitter.com/CSSPolitik

Gerade die Schweizer Bevölkerung weist hohe kulturelle Unterschiede auf. Kein Wunder, dass der Wunsch nach Krankenversicherung in den verschiedenen Landesteilen sehr unterschiedlich ausfällt. Die Messung sozialer Präferenzen gibt Auskunft darüber, wie die obligatorische Grundversicherung ausdifferenziert werden kann, sodass die grösste Zahl der Einwohner optimal zufriedengestellt wird.

Von Prof. Dr. Konstantin Beck

Wider die Gleichmacherei

Die obligatorische Schweizer Krankenversicherung (OKP) unterscheidet sich von vielen ausländischen Sozialversicherungen darin, dass sie den individuellen Vorlieben und Wünschen der Versicherten mehr Gewicht beimisst. Das liegt einerseits an der föderalistischen Struktur; so ist die Krankenversicherung oft eine kantonale Versicherung, wo Appenzeller einen deutlich anderen Leistungsmix finanzieren als beispielsweise die Genfer. Dazu kommt aber auch, dass andere Unterschiede wie die freiwillige Wahl höherer Kostenbeteiligungen oder einer eingeschränkteren medizinischen Versorgung vom Gesetz explizit zugelassen werden.

Die Messung sozialer Präferenzen erlaubt es nun, zu unterscheiden, ob eine Neuerung in der Krankenversicherung für alle gleich oder den Präferenzen entsprechend eingeführt werden soll. Im Mai 2009 konnten die Stimmberechtigten über die Zulassung der Alternativmedizin in der OKP abstimmen. Die Optionen lauteten: «Zulassung für alle» oder «Keine Zulassung». Dabei waren schon damals bereits drei Tatsachen bekannt: Erstens weisen Frauen eine anderthalbmal höhere Zahlungsbereitschaft für Alternativmedizin auf als Männer. Zweitens interessiert die Alternativmedizin die Senioren (ab 62 Jahren) kaum. Und schliesslich ist der Wunsch nach Alternativmedizin in der deutschen Schweiz ausgeprägter.¹ Hätte man die Alternativmedizin als wählbare Option mit Aufpreis in der Grundversicherung zugelassen, dann würde man in dieser Deckung vorwiegend jüngere Deutschschweizer Frauen vorfinden. Gleichzeitig wäre der Senior aus der Romandie nicht gezwungen, eine Form von Medizin mitzufinanzieren, die ihn gar nicht interessiert.

Hat man diese Produktdifferenzierung bei der Alternativmedizin leider verpasst, so kommt sie andererseits bei der Nachfrage nach Versicherungsdeckun-

gen mit eingeschränkter Arztwahl zum Tragen. Für die Versicherer war es immer wieder erstaunlich, dass Modelle mit eingeschränkter Arztwahl – also HMO- oder Hausarzt-Modelle – in der deutschen Schweiz einen Boom erlebten, während sie in der lateinischen Schweiz kaum vom Fleck kamen. Immer wieder mussten diese Angebote z.B. im Tessin wegen mangelnder Nachfrage geschlossen werden.

Auch hier trug eine Analyse der sozialen Präferenzen zur Klärung der Frage bei. Diese Modelle stossen zwar in allen Teilen der Schweiz auf Zustimmung, aber in der lateinischen Schweiz sind die Erwartungen an die Prämienrabatte wesentlich höher als das, was der Regulator zulässt und der Markt rechtfertigt.² Die Unterschiede im Angebot von HMO-Praxen widerspiegeln also exakt die Unterschiede in den Präferenzen der Bevölkerung.

Prof. Dr. Konstantin Beck ist Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Titularprofessor der Universität Luzern. konstantin.beck@css-institut.ch

Anteil der Versicherten in alternativen Versicherungsmodellen

Romandie + Ticino (220 602)

im alternativen Versicherungsmodell (Gesundheitspraxisversicherung)

übrige Versicherte



Deutschschweiz (440 441)

im alternativen Versicherungsmodell (Gesundheitspraxisversicherung)

übrige Versicherte



Quelle: Zahlen der CSS Versicherung 2016, Datenstand November 2017.

¹ Becker, Karolin, 2005, Flexibilisierungsmöglichkeiten in der Krankenversicherung, Hamburg 2005, S. 249, 253 und 258

² Zweifel, Peter, Telsler, Harry und Vaterlaus, Stephan, 2006, Consumer Resistance Against Regulation: The Case of Health Care, in: Journal of Regulatory Economics, 29(3):319–332

Wo läbsch du¹?

Gestern, ich so zu meiner Mutter:
«Chill's² mal, ich will nur
ins Kino, und du gibst mir nicht mal
Kohle³ dafür! Schliifts⁴?»
Sie so: «Schuld ist die Krankenkasse,
frisst das ganze Geld, Mann.»

Ciao Läbe⁵!

Hey Alte⁶, was läuft?⁷ Hast du gehört,
Schönheitsoperationen werden
nicht gezahlt, aber den Knackern⁸
zahlen sie das Heim. Echt
jetzt? Fail!⁹ Für uns bleibt nix übrig.

Endnett¹⁰

Oh Gott, hast du gehört, Susi hat
Selficide¹¹ gemacht! Echt jetzt? Das ist total
unfly¹². Auch wenn sie immer voll
noisemails¹³ gemacht hat, ich fand sie endnett
und habe gerne mit ihr chillaxt¹⁴.

Ausdrücke aus dem Jugendwörterbuch von Langenscheidt:

- ¹ Du benimmst dich voll daneben!
- ² Reg dich ab!
- ³ Geld
- ⁴ Spinnst du?
- ⁵ Ich tauche jetzt ab in den Ernst des Alltags
- ⁶ gebräuchliche Anrede
- ⁷ Was ist los?
- ⁸ alte Männer
- ⁹ grober Fehler!
- ¹⁰ end – Präfix, um einen Superlativ auszudrücken
(endnett = supernett)
- ¹¹ Tod durch den Versuch, ein Selfie zu machen
- ¹² uncool
- ¹³ nervige Sprachnachricht
- ¹⁴ Mischung aus chillen und relaxen