



Thomas Gächter / Myriam Schwendener
(Hrsg.)

Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff
Entwicklungen in der Praxis

Colloquium

Schulthess §

www.weblaw.ch

Thomas Gächter / Myriam Schwendener (Hrsg.)

Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff

Entwicklungen in der Praxis

8. Zentrumstag des Luzerner Zentrums für
Sozialversicherungsrecht (LuZeSo)

Tagungsband

Editions Weblaw, Bern 2009

Schulthess, Zürich/Basel/Genf 2009

Zitiervorschlag: Ulrich Meyer, Krankheit als leistungsauslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht, in: Thomas Gächter/Myriam Schwendener (Hrsg.), Rechtsfragen zum Krankheitsbegriff, Bern/Zürich/Basel/Genf 2009, S. 9.

Bildnachweis: Kosmas und Damian am Krankenbett eines Bischofs. Holzschnitt aus «Der heyligen leben», Augspurg 1489. Fundstelle: Anneliese Wittmann, Kosmas und Damian, Kulturausbretung und Volksdevotion, Berlin 1967. Das Bild ist einsehbar auf der Bilddatenbank des Zentrums für rechtsgeschichtliche Forschung, Abteilung Rechtsvisualisierung, Bild 2032 (www.rwi.uzh.ch/oe/zrf/abtrv/bilddatenbank.html). Wir danken Frau Dr. iur. Colette Brunschwig für Ihre freundliche Hilfe bei der Bildauswahl. Graphische Bearbeitung des Bildes durch Weblaw AG.

I Commentatio

II Colloquium

III Dissertatio

IV Doctrina

V Liber amicorum

VI Magister

VII Monographia

VIII Thesis

Editions Weblaw in Kooperation mit Schulthess Verlag

ISBN 978-3-905742-56-5 (Editions Weblaw)

ISBN 978-3-7255-5828-5 (Schulthess Juristische Medien AG, Zürich/Basel/Genf)

© Editions Weblaw, Bern 2009

Alle Rechte sind dem Verlag Weblaw vorbehalten, auch die des Nachdrucks von Auszügen oder einzelnen Beiträgen. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Dies gilt insb. für Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhaltsübersicht

Einleitende Bemerkungen 1

Prof. Dr. iur. THOMAS GÄCHTER, Extraordinarius für Staats-,
Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht, Universität Zürich,
und ständiger Gastprofessor an der Universität Luzern

Krankheit als leistungsauslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht..... 5

Prof. Dr. iur. ULRICH MEYER, Fürsprecher, Bundesrichter, Präsident der
II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts am Standort Luzern
sowie Titularprofessor für Sozialversicherungsrecht an der
Universität Zürich

Der Begriff der Krankheit aus gesundheitsökonomischer Sicht 25

PD Dr. oec. publ. KONSTANTIN BECK, Mitglied der Direktion der
CSS Versicherung, Leiter des CSS Instituts für empirische
Gesundheitsökonomie sowie Privatdozent für Gesundheitsökonomie
und empirische Wirtschaftsforschung an der Universität Zürich

Krankheitswert und Behandlungsbedürftigkeit: Rechtsprechungsübersicht..... 47

lic. iur. ANDREAS TRAUB, Gerichtsschreiber am Bundesgericht (Luzern)
und Lehrbeauftragter an der Universität Luzern

Behandlungsbedürftigkeit und Krankheitswert als Leistungsvoraussetzung aus Sicht des Krankenversicherers 85

Dr. med. JÜRIG VONTOBEL, Mitglied der Geschäftsleitung der
CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG,
Leistungsmanagement

Überarztung aus juristischer Sicht 97

Dr. iur. GEBHARD EUGSTER, ehemaliger Ombudsman der sozialen Kranken-
versicherung und Verfasser massgeblicher Publikationen zum Kranken-
versicherungsrecht

Ruinöse Verfahren ohne sichere Grundlagen 145

Dr. med. ANDREAS HAEFELI, Facharzt Allgemeine Medizin FMH,
ehemaliger Präsident des Aargauischen Ärzteverbandes,
Präsident der paritätischen Vertrauenskommission (PVK) im
Kanton Aargau

Der Begriff der Krankheit aus gesundheitsökonomischer Sicht – oder warum man gleichzeitig ökonomisch gesund und medizinisch krank sein kann

PD Dr. oec. Konstantin Beck¹

Der Krankheitsbegriff der Ökonomie wird in Abgrenzung zum allgemein üblichen Krankheitsbegriff definiert. Darauf wird die mangelhafte Funktionsweise der Gesundheitsmärkte dargelegt, bevor die Vor- und Nachteile politischer Lösungsvorschläge beleuchtet werden.

1. Einleitung.....	26
2. Abgrenzung des ökonomischen Gesundheitsbegriffs	27
2.1 Eine naiv deterministische Sicht	27
2.2 Die gesundheitsökonomische Sicht.....	27
2.3 Das Individuum als Produzent seiner Gesundheit.....	28
2.4 Die medizinischen Fachleute als Produzenten der Gesundheit	30
3. Marktversagen bei der Produktion der Gesundheit und ethische Anforderungen.....	32
3.1 Formen des Marktversagens	32
3.2 Ethische Anforderungen.....	34
4. Konkurrierende politische Vorschläge zur Lösung des Marktversagens auf dem Gesundheitsmarkt.....	35
4.1 Die sozialistisch idealistische Sicht.....	35
4.2 Die liberale, pragmatische Sicht – ein liberaler Referenzpunkt	39
5. Schlussfolgerungen	43

1 CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Konstantin.beck@css.ch.

1. Einleitung

Es gehört zum Credo der gesundheitspolitischen Debatte, dass dem ungebremsten Kostenanstieg im Gesundheitswesen Einhalt geboten werden müsse. So könne es ja nicht weiter gehen, lautet der einhellige Tenor, sonst sei mit der Rationierung von teuren Leistungen zu rechnen. Auffällig ist, dass der Ruf nach einer Eindämmung der Kostenexplosion ein Konsens unter Politikern, Leistungserbringern, Versicherern und Versicherten zu sein scheint. Ein Konsens der allerdings erstaunlich wenig bewirkt.

Bei genauerem Hinsehen lässt sich die Diskussion relativ leicht zerpfücken. Schon der Begriff Kostenexplosion macht stutzig, stellt doch eine Explosion eine schlagartige, häufig auch überraschende Zustandsveränderung dar, während die hier betrachteten Kosten empirisch nachweisbar seit 1915 mit einiger Konstanz kontinuierlich, wenn auch exponentiell, ansteigen. Es ist zwar nicht unmöglich, das Kostenwachstum vorübergehend zu bremsen. Es bedarf dazu jedoch mindestens einer allgemeinen Kriegsmobilmachung wie im Jahr 1940, dem einzigen Jahr, das aus dem langfristigen 5-Jahrestrend ausscherte.²

Diese hartnäckige Nachhaltigkeit des Wachstums, aller Untergangsrhetorik zum Trotz, erstaunt nicht, analysiert man nur einmal die Anreize der beteiligten Akteure. Ist es doch das konsequent rationale Verhalten von Ärzten, Patienten und Krankenversicherern, die der Kosten-Prämien-Spirale den notwendigen Schwung verleiht. Wir werden weiter unten auf diesen Punkt zurückkommen. Das mag als Motivation vorderhand ausreichen, um sich mit der pragmatischen, leicht unterkühlten Sichtweise der Gesundheitsökonomien zu beschäftigen, auch wenn sich diese Sicht auf «le meilleur des mondes possibles» – im Sinne Candides – beschränkt. Wir machen das, indem wir zuerst den Krankheitsbegriff der Ökonomen in Abgrenzung zum allgemein üblichen Krankheitsverständnis definieren, vor allem in Abgrenzung zum stark deterministischen Begriff der Politik. Wir verstehen das Individuum als Produzent seiner Gesundheit und betrachten dessen Bewertung von Krankheitszuständen und die damit verbundenen Eintretenswahrscheinlichkeiten näher.

Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit der mangelhaften Funktionsweise von Gesundheitsmärkten, während Abschnitt vier Vor- und Nachteilen konkurrierender politischer Lösungsvorstellungen nachgeht. Abgerundet wird dieser Beitrag mit den wichtigsten Schlussfolgerungen.

2 Vgl. Beck, 2004. S.106 ff.

2. Abgrenzung des ökonomischen Gesundheitsbegriffs

2.1 Eine naiv deterministische Sicht

Der Krankheitsbegriff als klar definierter Terminus findet sich höchst selten in der gesundheitsökonomischen Literatur. Diese fokussiert in den meisten Fällen auf Anwendungen und Problemlösungen und schenkt der Krankheitsdefinition wenig Beachtung.

Dennoch lässt sich ein mehr implizites Verständnis von Krankheit unter den Gesundheitsökonomern ausmachen, das sich in charakteristischer Art und Weise vom Alltagsverständnis unterscheidet und das damit den Blick auf neue Sichtweisen und Problemlösungen öffnet.

Da in der tagespolitischen Diskussion andere, eher unökonomische Sichtweisen vorherrschend sind, wollen wir uns dem Krankheitsbegriff der Ökonomen zuerst über den Umweg der Abgrenzung gegenüber anderen Definitionen nähern. So ist in der gesundheitspolitischen Debatte – zumindest implizit – die Vorstellung vorherrschend, dass Krankheit ein Zustand sei, der grundsätzlich scharf vom Zustand der Gesundheit abgrenzbar sei und der darüber hinaus einer klaren, eindeutigen Diagnose zugeordnet werden könne. Liegt die Diagnose vor, so lasse sich die wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Linderung des Krankheitszustandes ableiten. Diesem Denken entspringt beispielsweise KVG 32.

Auf eine gesellschaftliche Perspektive angehoben, kommt dieselbe Sichtweise zum Schluss, dass die Summe aller Krankheiten einer Gesellschaft im Sinne der Prävalenz bekannt oder bestimmbar und somit der Bedarf an Ressourcen zur Behandlung der Bevölkerung determiniert sei. Zu dieser Public-Health-Optik gehört auch die Ansicht, dass die Prävalenz mittels eines adäquaten Einsatzes präventivmedizinischer Instrumente minimiert werden könne.

2.2 Die gesundheitsökonomische Sicht

Diese deterministische Sicht der Krankheit lässt die zuweilen komplexen Reaktionen der Individuen auf Veränderungen ihres Gesundheitszustandes ausser vor und widerspricht zudem zahlreichen empirischen Erkenntnissen der Gesundheitsökonomie. Diese definiert den für sie relevanten Krankheitsbegriff³ als

3 Von einer Unterscheidung zwischen Krankheit und Unfall, die in anderen Zusammenhängen von entscheidender Bedeutung sein kann, wird in diesem allgemein

die Gesamtheit aller körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen, die sich so stark auswirken, dass der Nutzen des Individuums aus dem Konsum seiner Güter oder seine Fähigkeit zum Erwerb von Einkommen eingeschränkt wird. So sinkt beispielsweise der Nutzen einer Ferienreise, wenn mich Krankheit ans Bett fesselt. Auffällig an dieser Definition ist die Abstützung auf die subjektive Beurteilung durch das Individuum (wodurch nebenbei auch das von Prof. Ulrich Meyer in seinem Beitrag angesprochene Tautologie-Problem des Krankheitsbegriffs umgangen wird). Nach dieser Definition kann ein wehleidiger Mitmensch als krank gelten, während ein robuster Zeitgenosse bei Vorliegen derselben Symptome diese einfach ignoriert und damit definitionsgemäss als gesund gilt. Ja sogar «le malade imaginaire» ist im gesundheitsökonomischen Sinne krank, da dieser aus seiner Sicht eine Nutzeneinbusse erleidet, auch ohne dass medizinische Symptome vorliegen. Allerdings grenzt die Definition den Versicherungsbetrüger aus, der ja nur vorgibt, einen Nutzeneinbusse zu erleiden, was in Tat und Wahrheit gar nicht zutrifft.

2.3 Das Individuum als Produzent seiner Gesundheit

In Analogie zur starken Abstützung auf die subjektive Bewertung sieht die Gesundheitsökonomie ebenfalls das «Individuum als Produzent seiner Gesundheit»⁴, indem es Prävention betreibt oder Krankheitskompetenz erwirbt. So wissen beispielsweise viele chronisch Kranke sehr genau, wie sie am besten mit ihrer Krankheit umgehen sollen. Auch die Einhaltung gesellschaftlicher Hygienestandards durch das Individuum beeinflussen dessen Gesundheitszustand sowie die Abwesenheit von sozialen Unruhen und Kriegen.

Neben allen diesen Faktoren, die mehr oder weniger direkt oder indirekt vom Individuum beeinflusst werden können, spielt auch die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen eine zentrale Rolle. Für die Gesundheitsökonomie ist es aber wichtig, das Gesundheitswesen im engeren Sinn im Zusammenspiel mit allen anderen genannten Faktoren zu sehen. Auch *der freiwillige Verzicht* auf lebensverlängernde Massnahmen mit marginal nachhaltiger Wirksamkeit kann einen Krankheitsverlauf entscheidend verkürzen. Anders ausgedrückt: Auch die bewusste *Nicht*-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann ein möglicher, rationaler und gesundheitsrelevanter Entscheid sein. Damit outet sich die Gesundheitsökonomie als eher altmodische Sozialwissenschaft, die den Tod immer noch als unumgänglichen Teil des Lebens auffasst.

gehaltenen Beitrag abgesehen.

4 Vgl. BREYER et al., 2003, Kap. 3.

Auch widerspricht sie entschieden der Auffassung, dass ein gesundes, langes Leben das höchste aller Güter und somit das Leben unendlich wertvoll sei. Bei der Produktion seiner Gesundheit nimmt das Individuum eine Güterabwägung vor. Gesundheit ist gerade nicht das höchste Gut und das Individuum bezahlt nicht jeden Preis für die Wiederherstellung der Gesundheit. Ein klassisches Beispiel stellt der griechische Held Achilles dar, wenn er sich für ein kurzes Leben, verbunden mit ewigem Ruhm, und gegen ein langes, rasch vergessenes Leben entscheidet. Die Optionen des modernen Menschen sind weniger heroisch, zeigen aber dieselbe Relativierung des Lebens. So überqueren zahlreiche Menschen die Strasse bei Rot und gewichten damit den minimalen Zeitgewinn höher als die damit in Kauf zu nehmende Reduktion der eigenen Sicherheit und Unversehrtheit.⁵ Es ist umgekehrt auch nicht so, dass Individuen mit chronischen Gebrechen sich für den Rest ihres Lebens mit einer kümmerlichen Lebensqualität abfinden müssten. Empirische Analysen Kahnemans (2005) zur subjektiven Bewertung der eigenen Lebensqualität zeigten, dass das Lebensglück bei Einsetzen einer chronischen Erkrankung zwar erwartungsgemäss stark abfällt, sich mittelfristig aber wieder erholt und auf einem nur leicht tieferen Niveau als dem der Gesunden einpendelt. Das liegt daran, dass der Mensch lernfähig ist und sich in neuen Situationen mit der Zeit besser zurechtfindet.

Ist die Bewertung ein und desselben Krankheitszustands für verschiedene Individuen unterschiedlich und, wie wir gesehen haben, auch im Zeitablauf nicht konstant, so weist auch die Produktion der Gesundheit eine hohe Variabilität auf. Häufig beeinflussen die Individuen ihren Gesundheitszustand nicht direkt, sondern reduzieren lediglich die Auftretens-Wahrscheinlichkeit von Krankheitszuständen, beispielsweise durch Prävention. Das ist für viele Leute ein sehr abstraktes Unternehmen, sind doch Wahrscheinlichkeiten nicht erlebbar. Niemand ist zu 25% verstorben, jeder lebt oder ist bereits tot. Zudem fehlt es häufig auch an wirklich verlässlichen Angaben zu den relevanten Wahrscheinlichkeiten. Durch Prävention veränderte Wahrscheinlichkeiten wirken sich zudem nicht im Hier und Jetzt aus, sondern erst in einem zukünftigen Zeitpunkt. Individuen unterscheiden sich nun sowohl hinsichtlich der Länge ihres Planungshorizonts, in der Ausprägung ihrer Risikoabneigung und in der Fähigkeit, komplex verknüpfte Wahrscheinlichkeiten korrekt abzuschätzen.⁶ Das alles begründet die Erwartung, dass die Variabilität bei der Produktion der Gesundheit ebenfalls sehr erheblich sein dürfte.

5 Die These von der Gesundheit als höchstem Gut ist gerade unter Medizinern sehr weit verbreitet. So vertritt sie auch der bekannte Onkologe OSWALD OELZ (2008) mit Entschiedenheit, obwohl gerade er als Extrembergsteiger und dritter Bezwingler der sieben Summits ein lebendiges Beispiel dafür ist, dass Gesundheit allein nicht die einzige, dominierende Zielsetzung im Leben sein kann.

6 Dass auch schon medizinische Fachleute beim Umgang mit Wahrscheinlichkeiten

2.4 Die medizinischen Fachleute als Produzenten der Gesundheit

Die bisher aufgezeigte hohe Variabilität bei der Produktion der Gesundheit ist nicht nur Folge individueller Unterschiede in der Bewertung von Krankheitszuständen und dem möglicherweise amateurhaften Verhalten der Menschen beim Versuch, ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Aber auch wenn die medizinischen Fachleute dazu kommen, wird die Situation nicht wirklich fassbarer. Der (einigermaßen) eindeutige Zusammenhang zwischen Diagnose und Therapie-Kosten ist eine Illusion. Bei der Wahl des Behandlungspfades und der zu ergreifenden Massnahmen besteht ein grosser Handlungsspielraum.

So zeigt Payer (1988) in einem Ländervergleich, dass die Bandbreite akzeptabler Behandlungen für die meisten Krankheiten viel grösser ist, als dies in irgendeinem Land zugegeben würde. Die Raten für bestimmte chirurgische Eingriffe schwanken um mehrere 100%. Eines der in Frankreich gängigsten Medikamente zur Erweiterung zerebraler Blutgefässe wird in den USA und Grossbritannien als wirkungslos angesehen. Ärzte verschiedener Länder diagnostizieren unterschiedliche Todesursachen bei gleichem Informationsstand. Legt man einer Gruppe von Psychiatern dieselben schriftlich beschriebenen Fälle zur Diagnose vor, beträgt die Übereinstimmung im Urteil in $\frac{1}{4}$ der Fälle weniger als 50%. Macht man dasselbe mit Laien, so steigt die Übereinstimmung. Auch Mentalitätsunterschiede spielen eine wichtige Rolle. Geht man in den USA in der Regel davon aus, dass es besser sei etwas zu tun als nichts zu tun, was zu einer eigentlichen Reparaturmedizin führt, setzen die Ärzte Grossbritanniens eher auf das «watchfull waiting» und verzichten im Zweifelsfalle auf einen Eingriff. Entsprechend sind die Briten nur halb so oft geröntgt und operiert als die Amerikaner.

Ähnliche Unterschiede, diesmal bezogen auf die Häufigkeit von Hysterektomien innerhalb unterschiedlicher Schweizer Kantone und den West Midlands, rapportieren Domenighetti et al. (1984). So weist beispielsweise das Tessin eine doppelt so hohe Hysterektomie-Rate wie die vergleichbaren West Midlands auf. Bartelt et

erhebliche Mühe bekunden, zeigt das Beispiel von HOFFRAGE et al. (2001) eindrücklich. Die im Rahmen seiner Analyse zu beantwortende Frage lautete: Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist eine 55-jährige Frau mit positivem Mammographie-Befund wirklich krank? Bekannt war die Prävalenz von Brustkrebs in dieser Altersgruppe (0.6%), die Wahrscheinlichkeit eines korrekt positiven Befunds bei Vorliegen einer Brustkrebserkrankung (94%) sowie die Wahrscheinlichkeit eines irrtümlich positiven Befunds bei gesunden Frauen (7%). 96 von 100 US-Medizinstudenten beantworteten die Frage nach der Erkrankungswahrscheinlichkeit mit Werten zwischen 70% und 80%, wobei der korrekt berechnete Wert bei lediglich 7,5% liegt. Eine Wiederholung dieses Tests mit deutschen und österreichischen Studenten führte zu vergleichbar falschen Resultaten.

al. (1992) untersuchen die Häufigkeit von Fehlbelegungen bei Spitalpatienten in Bern, Solothurn und Basel Stadt. «Fehl belegt» heisst in diesem Zusammenhang, dass der Patient ohne Qualitätseinbusse auch auf weniger pflege- und kostenintensive Weise betreut werden könnte. Die behandelnden Ärzte erachten 13,5% bis 18,9% als «fehl belegt», während der Pflegescore sogar Werte zwischen 44,5% und 50,1% aufweist. Sowohl Wirtschaftlichkeit als auch Zweckmässigkeit dieser Behandlungen dürfen zu Recht in Frage gestellt werden.

Es zeigt sich somit, dass auch bei der medizinisch professionellen Behandlung grosse Unterschiede im Behandlungsstil bestehen, die sich nicht auf Morbiditäts- oder Altersunterschiede zurückführen lassen. Am besten lassen sich Behandlungsunterschiede mit der unterschiedlichen klinischen Beurteilung der Mediziner erklären. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist oft nicht durch wissenschaftlichen Konsens definiert, sondern auch abhängig von der Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen und den jeweiligen finanziellen Anreizen. Die Medizin als exakte Wissenschaft mit vollständiger Gewissheit ist ein Mythos, der aber für die praktische Gesundheitspolitik wichtig ist.

3. Marktversagen bei der Produktion der Gesundheit und ethische Anforderungen

Wozu braucht es nun aber eine Gesundheitspolitik? Warum lässt man nicht einfach den freien Markt spielen, wie das bei der Versorgung mit Lebensmitteln weitgehend der Fall ist, obwohl dieser Markt für das Überleben der gesamten Bevölkerung von viel entscheidenderer Bedeutung ist?

Die Gründe für staatliche Lenkung im Gesundheitsmarkt lassen sich aus zwei unterschiedlichen Quellen ableiten. Einerseits liegen gewisse Formen von Marktversagen vor, andererseits fühlt sich die Gesellschaft gewissen ethischen Standards verpflichtet, deren Einhaltung nur durch staatliche Regulierung gewährleistet werden kann.⁷

3.1 Formen des Marktversagens

Marktversagen im Gesundheitsmarkt kann auftreten, wird aber in seiner Bedeutung in der Regel überschätzt. Sobald die individuelle Produktion von Gesundheit Auswirkungen auf Dritte hat, ist nicht mehr sichergestellt, dass die Produktion im optimalen Ausmass erfolgt.

Ein oft genanntes Beispiel sind Impfkampagnen. Gelingt es einen hohen Prozentsatz der Bevölkerung zu impfen, so ist die Seuchengefahr gebannt. Sie ist aber nicht nur für die Geimpften, sondern auch für die verbleibenden wenigen Prozente der nicht Geimpften gebannt. Das heisst, es besteht der individuelle Anreiz, sich selber nicht impfen zu lassen und dadurch Kosten und häufig auch Schmerzen zu vermeiden und auf den Impfschutz der anderen zu vertrauen. Handelt jede Person nach dieser Maxime, so bricht der Impfschutz zusammen und die Seuchengefahr steigt. Um dieses Trittbrettfahrerproblem zu beheben, sind vom Staat verordnete, obligatorische Impfaktionen, wie wir das aus unserer Schulzeit kennen, ein probates Mittel.⁸

Die meisten medizinischen Eingriffe weisen jedoch keine sogenannten externen Effekte auf, wie sie eben für das Impfverhalten beschrieben worden sind. Ob ich mir den gebrochenen Arm schienen lasse oder nicht, beeinflusst den Gesundheitszustand anderer Personen so gut wie gar nicht. Insofern rechtfertigen

7 ZWEIFEL (2007) unternimmt den Versuch, die Existenz sozialer Krankenversicherung einzig auf gesundheitsökonomische Argumente zurück zu führen.

8 Es setzt allerdings den gesellschaftlichen Konsens voraus, welchen Krankheiten mittels nationaler Impfkampagnen Einhalt geboten werden soll.

tigt sich der staatliche Eingriff nur gerade für diejenigen wenigen medizinischen Leistungen, die ähnliche Effekte aufweisen wie die Impfkampagnen.

Eine andere Form externer Effekte entsteht bei mangelnder gesundheitlicher Vorsorge. Vernachlässigen ganze Bevölkerungsschichten ihre Gesundheitsvorsorge, beispielsweise indem sie auf den Kauf entsprechender Versicherungspolizen verzichten, so kann das dazu führen, dass sich diese Gruppen eine adäquate Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall nicht leisten können, so dass eigentliche Bagatellerkrankungen chronifiziert werden und die Fähigkeit, einem Broterwerb nachzugehen ganz oder teilweise eingeschränkt wird. Die Folge ist eine Verelendung ganzer Schichten, was mit hoher Wahrscheinlichkeit zu sozialen Spannungen führt, die dann wiederum auch diejenigen betreffen, die für sich selber ausreichende Krankheitsvorsorge betrieben haben. Um die Kosten dieser sozialen Konflikte zu vermeiden, dürfte es in der Regel zweckmässiger sein, den Bevölkerungsgruppen mit tiefem Einkommen ein Versicherungsobligatorium aufzuerlegen und den ärmsten dieser Gruppe die Versicherungsprämie aus Steuergeldern zu subventionieren.

Auch hier bezieht sich die Notwendigkeit eines Staatseingriffs in Form des Versicherungsobligatoriums lediglich auf einen Teil der Bevölkerung und nicht auf die Bevölkerung als Ganzes, wie wir das vom KVG her kennen.

Häufig werden auch Informationsasymmetrien zur Begründung von Staatseingriffen angeführt. Die Ärztin weiss in der Regel besser als der Patient, was gut für ihn ist. Das heisst, sie verfügt über einen gewissen Informationsvorsprung. Dasselbe gilt für den privaten Krankenversicherungsmarkt, wo der Kunde bei Vertragsabschluss seinen zukünftigen Gesundheitszustand besser einschätzen kann als der Versicherer. Auch der Rechtsanwalt verkauft seinen Klienten gerade seinen Wissensvorsprung. Ähnlich ist es beim Automechaniker. Alle diese Beispiele zeigen, dass private Märkte sehr wohl in der Lage sind, mit Informationsasymmetrien umzugehen, sei es durch das Einholen von Zweitmeinungen, durch Konsumenteninformationen und Ratings von neutralen Stellen, oder durch das systematische Erheben des Gesundheitszustands mittels Fragebogen vor Abschluss eines Versicherungsvertrags, etc.

Auch können Ärzte ihren Informationsvorsprung dahingehend missbrauchen, dass sie einen maximalen und keinen optimalen Behandlungsstil anwenden und in Rechnung stellen. Unter den heutigen gesetzlichen Rahmenbedingungen wird der Versuch unternommen, die Ärzte auf ein «wirtschaftliches» Verhalten zu verpflichten. Ein Versuch, den Eugster in seinem Beitrag kritisch beleuchtet. Voraussetzung für den Erfolg dieses dirigistischen Ansatzes wäre die Objektivierbarkeit medizinischen Handelns. Im vorangegangenen Abschnitt haben wir jedoch gesehen, dass

diese Objektivierbarkeit in der heutigen Praxis nicht umsetzbar, ja nicht gegeben ist. Die Lösung des Problems, die Ärzte zu wirtschaftlicherem Handeln zu veranlassen, liegt gerade nicht in zusätzlicher Regulierung. Wenn die Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Krankenversicherung eine freie und auch kündbare Beziehung ist, hat der Arzt allen Anreiz, den vernünftigen einem übermässigen Behandlungsstil vorzuziehen.

3.2 Ethische Anforderungen

Neben den ökonomischen Argumenten sprechen weit verbreitete ethische Grundsätze für staatliche Eingriffe. So ist Krankheit oft mit Leid verbunden und kann existentielle Konsequenzen haben. Die Linderung von unnötigem Leiden und das Verhindern eines frühen Todes ist nach wie vor als ethisch relevante Maxime in unserer ehemals christlichen Gesellschaft verankert.⁹

Es ist daraus ableitbar, dass eine Gesellschaft dafür zu sorgen hat, dass alle ihre Mitglieder Zugang zu einer zeitgemässen Gesundheitsversorgung haben, auch und gerade wenn einzelne Individuen nicht in der Lage sind, die notwendige Pflege selbst zu bezahlen. In diesem Fall haben Dritte – in der Regel der Staat – einzuspringen und die Kosten stellvertretend zu tragen. Über den garantierten Zugang zum Gesundheitswesen für alle besteht mittlerweile ein Konsens unter den Gesundheitsökonomern. Bei der konkreten Implementierung dieser Forderung scheiden sich allerdings die Geister. Im folgenden Abschnitt wollen wir zwei konkurrierenden Auffassungen nachgehen, einer eher sozialistischen und einer liberalen Umsetzung dieses Zugangsrechts.

9 Vgl. Matthäus 10.8.

4. Konkurrierende politische Vorschläge zur Lösung des Marktversagens auf dem Gesundheitsmarkt

4.1 Die sozialistisch idealistische Sicht

Die sozialistische Sicht propagiert die Ein-Klassen-Medizin innerhalb eines allgemeinen Versicherungsobligatoriums. In ihrer extremsten Form vertritt sie auch die Ansicht, dass medizinische Versorgung ein Grundrecht sei, das nichts kosten darf. Dieser Ansatz führt zu gewichtigen nachfrage- wie angebotsseitigen Problemen.

4.1.1 Nachfrageseitige Probleme

Um das Konzept umsetzen zu können, müsste Krankheit objektivierbar sein. Konkret müssten folgende drei Fragen allgemeingültig beantwortet werden können:

- Ab wann bin ich krank?
- Wie schwer bin ich krank?
- Bin ich trotz Krankheit arbeitsfähig?

Ein Problem liegt darin, dass die Antworten auf diese drei Fragen vom Versicherungsschutz abhängig sind. Ohne jede Form von Versicherungsschutz bin ich gar nicht in der Lage, mich lange schwerer Krankheit hinzugeben und auf den Broterwerb zu verzichten. In dieser Situation wird das Individuum die Hürden sehr hoch ansetzen, möglicherweise (aber nicht zwingend) zu hoch und damit Raubbau an seiner Gesundheit betreiben.

Umgekehrt ist es bei Vorhandensein einer Versicherungsdeckung. In dieser Situation kann sich das Individuum Krankheit eher leisten. Ist seine Kostenbeteiligung gering und der Lohnausfall einigermaßen abgedeckt, wird es eher bereit sein, seiner Krankheit nachzugeben. In privaten Versicherungsverträgen dämpfen Bonusversicherungen mit Prämienvorteilen bei Leistungsfreiheit sowie Wartefristen bei Taggeldversicherungen den Impuls, der Krankheit zu schnell nachzugeben. Aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind Situationen bekannt, wo der Zugang zum Gesundheitswesen nichts mehr kostet – im Rahmen von HMO-Modellen können die Kostenbeteiligungen aufgehoben werden. Die Erfahrung mit diesen Modellen ist die, dass es zu einem dramatischen und geradezu schamlosen Anstieg der Leistungsnachfrage von HMO-Versicherten kommt. So wissen die behandelnden Ärzte zu berichten, dass die Kunden auch zur Auffüllung ihrer Reiseapotheke den Gang zum HMO-Arzt nicht scheuen. Heute sind Managed-

Care-Modelle ohne Kostenbeteiligung, gerade auf Grund dieser Erfahrungen, eine grosse Seltenheit.

Andererseits gibt es eine grosse Evidenz dafür, dass das Konsumverhalten der Versicherten zurückgeht, wenn die Kostenbeteiligung stärker ausgeprägt ist.¹⁰

Das zweite Problem stellt sich beim Ideal der Ein-Klassen-Medizin: Soll in diesem Fall die medizinische Versorgung für alle gleich schlecht oder gleich luxuriös sein? Lässt sich Ersteres vertreten und Letzteres finanzieren? Auch das flächendeckende Obligatorium, dass mit einer Ein-Klassen-Medizin eng verwandt ist, treibt seine bürokratischen Blüten. Knapp 4/5 der Schweizer Bevölkerung beziehen weniger als Fr. 9.55 pro Tag aus der Krankenpflege-Grundversicherung. Diese Form von Versicherungsschutz beinhaltet einen grossen Verwaltungsaufwand bei minimalen Risiko reduzierenden Effekten, weil Risiken abgedeckt werden, die die Normalverdiener ohne weiteres selber tragen könnten.¹¹

Kommt dazu, dass die solidarische Finanzierung über einheitliche Prämien die jungen Familien häufig überfordert. Der erforderliche Solidaritätstransfer an die ältere (aber nicht zwingend ärmere) Generation übersteigt oft das Budget eines jungen 4-Personen-Haushalts. Um die Solidaritätstransfers finanzieren zu können, sind die jungen Familien auf Prämienverbilligungen angewiesen, die wiederum aus den Steuergeldern der älteren Generation finanziert werden. Anstelle der eigenverantwortlichen Deckung des eigenen Risikos, wozu junge Familien oft in der Lage wären, setzt ein unsinniger Umverteilungskreislauf ein, bei dem letztlich niemand mehr weiss, wer nun wen unterstützt.

Noch einen Schritt weiter geht die Forderung nach freiem Zugang zum System. Das bedeutet, dass nicht nur die Kostenbeteiligungen, sondern auch die Prämien wegfallen – und postwendend in Form höherer Steuern wieder eingefordert würden. In Systemen ohne Preissteuerung sind Warteschlangen und Fehlallokation der Mittel charakteristisch. Da die Mittel nur noch über den politischen Prozess alloziert werden können, führt das zu neuen Allokationsstrategien, die nicht immer im Interesse des Patienten sind. So weiss Sommer (1999, S. 179 f.) von britischen Ärzten¹² zu berichten, die um bis zu 30% überhöhte Warteschlangen provozierten, um bei der Mittelzuteilung besser abzuschneiden. Damit wären wir bereits bei angebotsseitigen Problemen angelangt.

10 Vgl. BECK (2004), Kap. 7; GARDIOL ET AL. (2005); GERFIN/SHELLHORN (2006); WERBLOW/FELDER (2003); ZWEIFEL/MANNING (2000).

11 Vgl. WIDMER ET AL. 2008, S. 89.

12 Den sogenannten Consultants.

4.1.2 Angebotsseitige Probleme

Die angebotsseitigen Probleme ergeben sich hauptsächlich aus der Tatsache, dass die Medizin keine exakte, objektivierbare Wissenschaft ist. Das haben wir bereits in Abschnitt 2.4 gesehen. Genau so wie die Mediziner einen Wissensvorsprung gegenüber den Patienten haben, haben sie in der Regel auch einen Vorsprung gegenüber der staatlichen Regulierung, die die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Tätigkeit im Rahmen der Ein-Klassen-Medizin überprüfen müsste. Sogar wenn die staatliche Regulierung von medizinisch geschulten Personen durchgeführt würde – was wiederum eine recht teure Lösung wäre –, bliebe der zeitliche Vorsprung. Die Kontrolle findet erst nach erfolgter Behandlung statt. Im Moment der Behandlung muss die Ärztin autonom entscheiden können. In der Regel können die Ärzte die Regulierung zumindest teilweise umgehen und Enthoven (1978) listet zahlreiche Beispiele unterlaufener Kostenkontrollen auf.

Im Falle der Ein-Klassen-Medizin ohne Preise, respektive Prämien, kommt erschwerend hinzu, dass der Preis als Lenkungsinstrument wegfällt. Hohe Preise signalisieren den Anbietern eine hohe Nachfrage. Strömen zusätzliche Anbieter in diesen Hochpreisbereich, so reagieren sie damit automatisch auf die Präferenzen der Kunden. Fallen die Preise weg, so wissen die Anbieter nicht mehr, wo ihr Angebot am meisten erwünscht ist. Eine schwerfällige Planungsbürokratie muss den spontanen Lenkungsprozess des Marktes ersetzen, was erfahrungsgemäss zu erheblichen Fehlallokationen führt.

Fehlallokationen sind nun nicht einfach als Regelverstösse zu sehen, die das ästhetische Empfinden von Gesundheitsökonomern stören. Fehlallokationen im Gesundheitswesen bedeuten in extremis, dass Patienten sterben, obwohl sie mit den vorhandenen Mitteln am Leben erhalten werden könnten, oder dass Leistungen rationiert werden, die bei effizienter Leistungserbringung nicht vorenthalten werden müssten.

4.1.3 Das Problem der Prämien-Kosten-Spirale

Schliesslich ist gerade das Ziel «Einklasse-Medizin innerhalb eines allgemeinen Obligatoriums» eine Voraussetzung dafür, dass sich die Prämien-Kosten-Spirale munter weiter dreht. Betrachten wir einmal die Anreize von Patienten, Ärzten und Versicherern in diesem System:

- Für Patienten, die sowieso obligatorisch versichert sind und eine Einheitsprämie bezahlen müssen, deren individuelles Gesundheitsverhalten also keinerlei Einfluss auf die Prämienhöhe hat, ist es nichts als vernünftig, im Krankheitsfall möglichst viele Leistungen nachzufragen. Die

dadurch ausgelösten Zusatzkosten werden ja durch die Einheitsprämie auf die Allgemeinheit überwälzt und treffen den die Kosten auslösenden Patienten nur geringfügig.

- Für den Leistungserbringer, der nach Einzelleistung entschädigt wird, wäre es nicht rational, diesem Nachfragedruck Einhalt zu gebieten. Mit jeder zusätzlich erbrachten Leistung steigt sein Einkommen. Ja er kann sogar auf Grund seines Wissensvorsprungs die Leistungsnachfrage und damit sein Einkommen noch ein wenig mehr erhöhen.
- Der Versicherer schliesslich verfügt über relativ schwache Kontrollinstrumente. Bei jedem medizinischen Eingriff setzt die Kontrolle und mögliche Infragestellung erst lange nach dessen Durchführung ein. Das Wissen des Versicherers ist beschränkt. Das beginnt bereits bei den Diagnosecodes. Der Tessiner Diagnosecode, der im Tarmed erhoben wird, ist etwa so aussagekräftig wie eine Zufallszahl, fasst er doch so unterschiedlich Krankheiten wie AIDS und Grippe-Infekt unter derselben Position zusammen. Auf der anderen Seite wächst die Bedeutung und das politische Gewicht der Krankenversicherung mit steigendem Prämienvolumen. Es ermöglicht zudem die Finanzierung immer höherer Administrationskosten. Solange also ein Versicherer seine Prämien nicht signifikant stärker ansteigen lassen muss als seine Konkurrenten, besteht kein existenzieller Druck, den Prämien Schub aufzuhalten.

Damit ist der Motor, der hinter dem exponentiellen Leistungsanstieg steht, beschrieben. Wichtig ist zu erkennen, dass es sich nicht um ein Marktversagen oder um eine Folge mangelnder Rationalität der Beteiligten handelt: Alle Akteure handeln rational und optimieren ihre Einkünfte oder ihren Nutzen unter den gegebenen Rahmenbedingungen. Vielleicht wäre es an der Zeit, diese Rahmenbedingungen grundsätzlich zu hinterfragen.

Denn das Resultat entspricht nicht dem volkswirtschaftlichen Optimum, läuft es doch auf eine ineffiziente Erbringung medizinischer Leistungen auf allzu hohem Niveau hinaus. Zudem sind nicht alle Interessen politisch gleich gut organisiert (es fehlt die starke Lobby der gesunden Prämienzahler). Die Parole: «So kann es nicht mehr weiter gehen» ist sowohl hilflos als auch falsch. Es geht seit 1914 problemlos so weiter! Und mit der Einführung der OKP wurden die oben beschriebenen Anreize noch verstärkt.

Eine Lösung wäre die Stärkung der Eigenverantwortung der Akteure. Stattdessen wird die moralische Diskussion verstärkt: Es ist heute bereits unmoralisch dick zu sein oder zu rauchen. Dabei wird geflissentlich übersehen, dass die Nachfrage

nach Gesundheitsdienstleistungen zuallererst ein individuelles Freiheitsrecht ist, welches das Individuum eigenverantwortlich wahrnehmen könnte und bei dem die Bevormundung durch den Staat nur dann gerechtfertigt ist, wenn das Individuum nicht in der Lage ist, die Kosten zu decken.

Damit kämen wir zum liberalen Lösungsvorschlag.

4.2 Die liberale, pragmatische Sicht – ein liberaler Referenzpunkt

Das heutige KVG löst ein Problem, das 5% bis 10% der Bevölkerung betrifft, indem es die gesamte Bevölkerung in ein umfassendes und teures Obligatorium zwingt. Damit stört es die Verhaltensanreize praktisch aller Einwohner dieses Landes. Das allgemeine Obligatorium lässt sich auch nicht aus den oben diskutierten ethischen Erfordernissen ableiten. Ethisches Handeln drängt sich nur subsidiär für diejenigen Gruppen auf, die sich nicht selber helfen können. Sei es, weil ihr Einkommen nicht ausreichend hoch ist, sei es, weil sie an einer der seltenen, sehr teuren chronischen Krankheiten leiden. Bei diesen zwei Gruppen ist es ein Erfordernis, dass der Staat den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung sicherstellt.

Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ist aber durchaus in der Lage – und erbrachte den Tatbeweis bis 1995 – selbstverantwortlich für den adäquaten Versicherungsschutz zu sorgen. Ein liberal organisierter Markt für Gesundheitsleistungen hätte die folgenden Auswirkungen auf die Produktion und deren Nachfrage.¹³

4.2.1 Produktionsseitige Effekte

Die Produktion von Gesundheitsleistungen ist keine Staatsaufgabe. Es gibt heute mehr als genug gut ausgebildete Anbieter auf dem Markt, welche die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf privater Basis abdecken können.

Es ist zudem auch nicht einzusehen, dass das ambulante Ärzteangebot privat und gewinnorientiert sein darf, das Spitalangebot aber ein Zwitter aus stark subventioniertem staatlichem Angebot und nicht oder nur zurückhaltend subventioniertem privatem Angebot sein muss. Die Folgen sind extreme Preisverzerrungen zwischen stationärem und ambulatem Bereich, betriebswirtschaftlich unkorrekte Beurteilungen von Investitionen in öffentlichen Spitälern, deren Folgekosten über Prämien und Steuern auf die Allgemeinheit überwältigt werden können etc. Des Weiteren beteiligt sich die hoch kompetitive Pharmaindustrie – und indirekt die

13 Nach WIDMER ET AL. 2008.

ebenso kompetitive Bauwirtschaft – an diesem Markt, während Pflegeheime und Spitex wieder eher im Bereich des Gemeinnützigen angesiedelten sind.

Diese Heterogenität wäre an sich noch kein grosses Problem, wenn der Staatseingriff nicht auf vielen Ebenen zu ungleich langen Spiessen führen würde. An dieser Stelle sollen einige Beispiele genügen:

- HMO's und Hausarztmodelle erhöhen die Effizienz in der Leistungserbringung unter anderem dadurch, dass unnötige Spitaleintritte vermieden werden. Die dadurch gesparten Kosten fallen aber nur zum Teil in ihren Buchhaltungen an, weil die öffentlichen Spitalleistungen zu 50% subventioniert sind. Damit wird die Effizienzsteigernde Wirkung von Managed Care signifikant unterschätzt.¹⁴
- Der Kanton ist nicht nur Anbieter im stationären Sektor. Er definiert auch die Rahmenbedingungen, d.h. die Liste derjenigen Spitäler (lies: Konkurrenten), die zusammen mit den öffentlichen Spitälern von den Krankenversicherern als Leistungserbringer innerhalb der OKP akzeptiert werden müssen. Damit nicht genug. Kommt es bei den Tarifverhandlungen zu Uneinigkeit zwischen dem öffentlichen Spital und den Krankenversicherern was die Höhe der Tarife angeht, so ist der Regierungsrat, der ja Betreiber des Spitals ist, die *neutrale* Schlichtungsstelle.

Da es kein Solidaritätserfordernis gibt, aus dem sich zwingend ableiten lässt, dass der Staat als Anbieter im Gesundheitsmarkt auftreten muss, wäre es sinnvoller und konsequenter, das Angebot den Privaten zu überlassen, die diese Aufgabe heute schon unter teilweise erschwerten Konkurrenzbedingungen zur Zufriedenheit ihrer Patientinnen erbringen. Es kommt dazu, dass Ein-Klassen-Medizin gerade an den öffentlichen Spitälern, mit Zusatzhonoraren für Chefärzte bei der Behandlung von Privatpatienten, sowieso ein Fremdwort ist.

Natürlich gibt es Leistungen mit öffentlichem Charakter, wie Lehre und Ausbildung, die an den Universitätsspitalern betrieben werden. Diese speziellen Aufgaben würden sich aber via separate Vereinbarungen mit privaten Spitälern regeln lassen. Schliesslich wird heute auch nicht jede KMU verstaatlicht, sobald sie Lehrstellen anbietet.

Was für den stationären Sektor gilt, gilt entsprechend auch für Spitex, Pflegeheime, ambulante Versorgung und Pharmaindustrie. Auch dort ist in einem liberalen Modell kein Platz mehr für nicht marktkonforme Sonderregelungen, wie dem Kontrahierungszwang zwischen Krankenversicherung und Arzt und dem Verbot von Parallelimporten.

14 Vgl. SOMMER 1998.

4.2.2 Nachfrageseitige Effekte

Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung kann sich eigenverantwortlich versichern oder aber auf Versicherungsschutz verzichten und im Schadenfall für die Kosten selber aufkommen. Für Herrn Ospel braucht es sicher keine obligatorische Krankenversicherung. Es genügt, wenn Herr Ospel mit seiner Steuerzahlung zur Prämiensubvention der ganz Armen oder Schwerkranken beiträgt.

Ein liberales Modell des Gesundheitsmarktes predigt nicht die Aufhebung sämtlicher Formen von Solidarität. Es definiert lediglich die Solidarität anders (und eher fairer): Anstelle der heutigen Solidarität nach KVG, gemäss welcher jede Person¹⁵ eine identische Prämie zu bezahlen hat – und das auch wenn sie Millionär ist – tritt eine Solidarität, die jedem dieselbe maximale prozentuale Belastung seines Einkommens für Versicherungsschutz zumutet. D.h. das Solidaritätsprinzip stellt sicher, dass niemand mehr als beispielsweise 15% seines Einkommens für die Krankenversicherung aufzubringen hat. Der genaue Prozentsatz würde im politischen Prozess festgelegt. Bei allen, deren Versicherungsprämie die 15%-Grenze übersteigt, würde der Staat mit Prämienverbilligung die Belastung abfedern – wie er das heute im KVG auch macht.

Damit würde die grosse Mehrheit der Bevölkerung aus dem Zwangsobligatorium der OKP entlassen. Nur für diejenige Minderheit, die zu wenig Reife für eigenverantwortliches Handeln aufbringt, wäre ein Obligatorium vorzusehen. Es gibt immer eine Minderheit von Trittbrettfahrern, die auf Prämienzahlungen verzichten und im Krankheitsfall nicht in der Lage sein wird, die Kosten zu zahlen und auf die Solidarität der Gesellschaft spekuliert. Diese Spielernaturen, die sich offensichtlich unreif und unsozial verhalten, muss der Staat in ein Zwangsobligatorium einweisen können. Das Zwangsobligatorium ist eine kleine Versicherung, die ihre Prämien als Lohnabzüge eintreiben kann. Gleichzeitig ist es die Inkassostelle für die vom Trittbrettfahrer nicht gedeckten Leistungen. Zwar wird der Staat die ausstehenden Leistungen vorschliessen müssen. Dennoch hat er mit dem Zwangsobligatorium die Handhabe, um den geschuldeten Betrag – oder zumindest Teile davon – in Ratenzahlungen wieder einzufordern.

Aufhebung des Versicherungsobligatoriums heisst aber auch Freiheit in der Wahl der Versicherungsdeckung. Jede Einzelne kann ihren Präferenzen gemäss ihren Versicherungsschutz zusammenstellen. Ob dieser mehr oder weniger oder gar keine Deckung – beispielsweise im Bereich der Alternativmedizin – enthalten soll, ist Sache des Einzelnen. Damit verschwinden die endlosen Debatten um Sinn und

15 Beim selben Versicherer Versicherte, derselben Region mit derselben Deckung.

Unsinn diverser medizinischer Methoden aus den Räten, die ja diesbezüglich auch keine Fachexperten sind.

Referenzpunkt für die zu subventionierenden tieferen Einkommensgruppen ist der durchschnittliche Preis der Versicherungsdeckung derjenigen Bevölkerungsgruppe, die sich eigenverantwortlich versichert.¹⁶ Damit ist auch sichergestellt, dass die subventionierte Bevölkerungsgruppe mit dem technischen Fortschritt und den Entwicklungen in den Versicherungsdeckungen automatisch Schritt hält.

Da die Prämien für diese Produkte nicht mehr vollständig solidarisch finanziert sind, sondern das Gesundheitsverhalten der Versicherten widerspiegeln, lohnt es sich auch für den Einzelnen, den Kostenanstieg in Grenzen zu halten, denn vermiedene Kosten schlagen sich in tieferen Prämien nieder. Fällt der Kontrahierungszwang Arzt/Versicherung weg, so dämpft das ebenfalls die Leistungsausdehnung durch die Ärzte. Die Verdrängung verkrusteter staatlicher Strukturen durch private Anbieter führt zu mehr Effizienz im Angebot. Und auch bei den Versicherer verschwindet der heute übergrosse Anreiz zur Risikoselektion als direkte Folge der solidarischen Einheitsprämie. An seine Stelle tritt grösseres Interesse an Kostenkontrollen und neuen Organisationsformen der Leistungserbringer wie zum Beispiel Managed Care.

16 Details siehe WIDMER et al. 2008.

5. Schlussfolgerungen

Im Laufe unserer Analyse sahen wir, dass die Medizin keine exakte Wissenschaft ist. Der in der Gesundheitsökonomie vorherrschende Gesundheitsbegriff ist darum subjektiv gefärbt und nicht objektivierbar.

Staatlicher Dirigismus in einem Bereich mit grossen diskretionären Spielräumen auf Seiten der Leistungserbringern ist dagegen problematisch. Nicht von ungefähr geht die Politik immer wieder von einem deterministischen Gesundheitsbegriff aus, der aber mit der Wirklichkeit sehr wenig gemein hat.

Staatlicher Dirigismus, wie in das KVG als umfassende Zwangsversicherung für jeden Einwohner dieses Landes kennt, ist aber übermässig restriktiv. Aus der gesundheitsökonomischen Diskussion der letzten Jahre lässt sich lediglich das Gebot des garantierten Zugangs zum Gesundheitswesen für alle Schichten einer Bevölkerung ableiten. Dieser Zugang ist nur bei zwei Gruppen gefährdet: Bei den Personen mit sehr tiefem Einkommen und bei den Trägern seltener, teurer und chronischer Krankheiten.

Garantiert der Staat für diese zwei Gruppen, dass ihre Prämien einen politisch festgelegten zumutbaren Prozentanteil ihres Einkommens nicht übersteigen – in dem er gegebenenfalls Prämienverbilligungen ausschüttet –, so hat er seine Schuldigkeit getan. Das Angebot an Spitälern kann er genauso gut den Privaten überlassen, wie er auch das Angebot an Hausarztmedizin nicht selber stellt.

Das Ergebnis wäre ein Markt mit weniger Zwang, mehr Wahlfreiheit, effizienterer Leistungserbringung und mit Anreizen, die den weiteren Leistungsanstieg nur dann zulassen, wenn er den Präferenzen einer wachsenden und alternden Bevölkerung auch tatsächlich entspricht.

Abkürzungen

KVG = Krankenversicherungs-Gesetz

OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Literatur

BARTELT ET AL., *Integrale Bedarfsanalyse der stationären Versorgung im Kanton Bern*, Basel 1992

BECK KONSTANTIN, *Risiko Krankenversicherung. Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt*, Bern 2004

BREYER FRIEDRICH / ZWEIFEL PETER / KIFMANN MATHIAS, *Gesundheitsökonomie*. (4. Auflage) Berlin 2003

DOMENIGHETTI ET AL., *Servizi sanitari: L'offerta crea o induce la domanda? Ufficio cantonale di statistica: informazioni statistiche*, 1984 9: 3–21

ENTHOVEN, A.C., *Consumer Choice Health Plan: A National Health Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector*, in: *The New England Journal of Medicine*, 1978 298/12: 650–658

EUGSTER, GEBHARD, *Überarztung aus juristischer Sicht*. In diesem Band.

GARDIOL L. / GEOFFARD P. / GRANDCHAMP CH., *Selection and Incentive Effects*, in: Chiappori & Gollier (ed.): *Insurance: Theoretical Analysis and Policy Implications*, 2005

GERFIN M. / SCHELLHORN M., *Nonparametric bounds on the effect of deductibles in health care insurance on doctor visits – Swiss Evidence*. *Health Economics* 2006 15 (9), S. 1011–1020

HÖFFRAGE ULRICH / KURZENHÄUSER STEPHANIE / GIGERENZER GERD, *Positive Mammografie = Brustkrebs? Von den Schwierigkeiten im Umgang mit statistischen Informationen*, in: *Managed Care*, 2001/3, S. 22–25

KAHNEMAN DANIEL, *Reflections on the Utility of Health States*. Vortrag am IHEA Weltkongress für Gesundheitsökonomie als Keynote Speaker in Barcelona am 13.7.2005

MEYER ULRICH, *Krankheit als leistungsauslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht*. In diesem Band.

MOLIÈRE, *Le Malade imaginaire*, Berlin 1988

OELZ OSWALD, *Wenn die Luft dünn wird*. Vortrag gehalten an der Generalversammlung der Thurcare AG in Berlingen, 15.5.2008

- PAYER L., *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*, Frankfurt 1988
- SOMMER JÜRIG H., *Wettbewerbshindernisse abbauen!*, in: *Managed Care*, 2/98, S. 2–3
- SOMMER JÜRIG H., *Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt*, Stuttgart 1999
- VOLTAIRE FRANÇOIS-MARIE AVOUT, *Candide ou l'Optimisme*, Reclam, Stuttgart 2004
- WERBLOW A. / FELDER S., *Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Evidenz aus der Schweiz*, Schmollers Jahrbuch, Bd. 123, 2003 S. 235–264
- WIDMER WERNER ET AL., *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*, Schriftenreihe der SGGP, Bd. 91, 2. Auflage, Muri 2008
- ZWEIFEL PETER, *The Theory of Social Health Insurance. Foundations and Trends in Microeconomics*, 3, (3), 2007, S. 183–273
- ZWEIFEL PETER / WILLARD G. MANNING, *Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care*, in: J. P. Newhouse und A.J. Culyer (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, Chapter 8, Amsterdam 2000

