

Rationierung im Gesundheitswesen

Die Suche nach dem optimalen Mittelweg zwischen sozialer Gerechtigkeit und ökonomischer Effizienz¹

25. Oktober 2009

Bernhard Keller

¹ Gekürzte und überarbeitete Fassung einer schriftlichen Arbeit, die am 8. Februar 2009 im Fach *Angewandte Ethik* im Rahmen des Studiengangs Theologie (STh) des Deutschschweizerischen Katholischen Bildungswerks *theologiekurse.ch* bei Dr. Thomas Wallimann eingereicht wurde.

Die in dieser Arbeit vertretenen Aussagen geben ausschliesslich die persönliche Sicht des Autors wieder.

Download: www.css-institut.ch/rationierung_im_gesundheitswesen.pdf

Der Autor dankt dem CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie / Tribschenstrasse 21 / 6002 Luzern, für die Aufnahme dieses Textes in die Online-Publikationsliste des Instituts.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellung	2
2. Rationierung: Konflikt zwischen Gerechtigkeit und Effizienz.....	6
2.1. Grundproblematik	6
2.2. Gesundheit: Ein transzendentales oder konditionales Gut.....	8
2.3. Komplementäres Markt- und Staatsversagen beim Gut Gesundheit.....	8
2.4. Versorgungsmaximalismus: Weder ethisch noch ökonomisch vertretbar	10
2.5. Problematik einer gerechten Rationierung: Ein Folgeproblem der Einschränkung des Marktsystems	13
2.6. Explizite oder implizite Rationierung	15
2.7. Beurteilung des Gesundheitswesens Schweiz.....	17
3. Finanzielle Anreize zur Verhaltenssteuerung mittels nachfrageseitiger Kostenbeteiligung	20
3.1. Theoretische Erwägungen zur Kostenbeteiligung.....	20
3.2. Konkrete Vorschläge zur Änderung der Kostenbeteiligung	21
3.3. Beurteilung von Kostenbeteiligungen auf Seite der Versicherten	24
4. Kostenbeteiligung auf der Angebotsseite	26
4.1. Budgetverantwortung für Ärzte.....	26
4.2. Fallpauschalen und monistische Finanzierung für Spitäler.....	27
4.3. Beurteilung von Kostenbeteiligung auf Seite der Leistungserbringer.....	29
5. Zusammenfassung und Schlussüberlegungen.....	30
6. Danksagung.....	33
7. Literaturverzeichnis	34

1. Einleitung und Fragestellung

Mit dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt werden die Grenzen des Machbaren im Bereich der Medizin immer weiter hinausgeschoben, während gleichzeitig die zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt bleiben. Die Schere zwischen dem, was medizinisch nutzbringend noch gemacht werden könnte, und dem, was tatsächlich an medizinischen Leistungen im Rahmen einer solidarisch finanzierten medizinischen Grundversorgung für alle finanzierbar ist, öffnet sich immer weiter. Die Rationierung medizinischer Leistungen² stellt demzufolge eine *unausweichliche Notwendigkeit*³ dar. Damit stellt sich zum einen die Frage, *wer* diese unumgängliche Rationierung von Gesundheitsleistungen vornehmen soll, und zum andern, nach welchen *Kriterien* dies geschehen soll.

In einem rein marktwirtschaftlichen System würde der Entscheid, ob, wie viel und welche medizinischen Leistungen in Anspruch genommen werden, von jedem einzelnen Individuum aufgrund seiner Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit vorgenommen. Wer sehr krank und/oder arm wäre, würde sich so eine ausreichende Gesundheitsversorgung jedoch gar nicht leisten können, was ethisch nicht vertretbar wäre. Der Markt allein ist nicht in der Lage, für eine als gerecht empfundene Verteilung von medizinischen Leistungen für alle zu sorgen.

Daher besteht ein weitgehender Konsens, dass zumindest ein Minimalumfang an medizinischen Leistungen für alle Bürger und Bürgerinnen durch den Staat mittels eines solidarischen Finanzierungssystems (soziale Krankenversicherung und/oder Steuerfinanzierung) garantiert werden soll.⁴ Damit sind zwei weitere zentrale Fragestellungen bereits angetönt. Einerseits wird danach zu fragen sein, wie der solidarisch finanzierte Mindestumfang bzw. Leistungskatalog definiert wird: *Wer erhält was und wie viel* an medizinischen Leistungen? Andererseits muss geklärt werden, wie das System der solidarischen Finanzierung für den definierten Leistungskatalog konkret ausgestaltet wird: *Wer bezahlt wie viel?*

Bei der Beantwortung beider Fragestellungen sind ethische Aspekte zu berücksichtigen. Während es bei der Festlegung des Leistungskatalogs in erster Linie darum geht, faire Kriterien zu finden, um faktisch unlimitierten Bedürfnissen möglichst ohne Diskriminierung

² Die Problematik, dass aufgrund der Knappheit von Ressourcen beim Einsatz finanzieller Mittel zwischen alternativen Verwendungszwecken abgewogen werden muss, gilt nicht nur für medizinische Leistungen. Im Unterschied zu andern Bereichen wird hier jedoch dafür der emotional zumeist negativ besetzte Begriff der „Rationierung“ verwendet.

Aus ökonomischer Sicht dagegen kann von Rationierung erst dann gesprochen werden, wenn – wie es im Bereich der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung zutrifft – das Angebot von *unter dem Marktwert* angebotenen Leistungen die Nachfrage nicht zu decken vermag.

³ Vgl. Sommer, Jürg H.: *Muddling Through Elegantly* (2001), S. 12.

⁴ Diese Aussage gilt zumindest im europäischen Kontext. Anders wird dies offenbar in den USA gesehen, wo nach wie vor weder eine soziale Krankenversicherung für alle noch eine entsprechende Absicherung der Bevölkerung durch steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung existiert.

Einzelner oder bestimmter Gruppen Grenzen zu setzen, kommen bei der Ausgestaltung des Finanzierungssystems vermehrt Fragen der Verteilungsgerechtigkeit ins Spiel. Dabei ist zu beachten, dass zwischen ökonomischer Effizienz und sozialer Gerechtigkeit⁵ ein *Zielkonflikt* besteht, den es abzuwägen gilt: Mehr Gerechtigkeit muss durch einen Verlust an Effizienz und umgekehrt mehr Effizienz durch eine grössere Ungleichheit erkaufte werden.

Da jedoch nicht nur ein Mangel an Verteilungsgerechtigkeit ethische Probleme aufwirft, sondern wegen hoher *Opportunitätskosten*⁶ ineffizient eingesetzter Mittel auch ein Effizienz-mangel aus ethischer Sicht nicht wünschenswert ist, muss zwischen diesen beiden Polen ein Mittelweg gefunden werden, der sozusagen die Summe beider Übel minimiert. Das Schaffen eines politisch erwünschten und ethisch geforderten Masses an Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen darf durchaus seinen Preis (in Form von Effizienzverlusten) haben. Aber dieser darf nicht so hoch sein, dass in andern ethisch ebenfalls sensiblen Bereichen, wie z.B. in jenem der Bildung, die notwendigen Mittel in einem so hohen Ausmass fehlen, dass dort eine im Vergleich noch höhere Ungerechtigkeit und Chancenungleichheit entsteht.

Um den solidarisch finanzierten Teil unseres Gesundheitssystem vor Überstrapazierung zu schützen, wird es deshalb angesichts der seit Jahren stark ansteigenden Gesundheitsausgaben⁷ zunehmend wichtiger, jene Instrumente zu stärken, die mehr *Effizienz auf der Produktionsseite* und eine höhere *Eigenverantwortung und Selbstbeschränkung auf der Nachfrageseite* fördern. Dies gilt unabhängig davon, dass auch mit den besten Rationalisierungsmassnahmen dem Problem der Rationierung in Form von Leistungseinschränkungen in keiner Weise ausgewichen werden kann.

Wenn die Konsequenzen alternativer Rationierungsoptionen und zusätzlicher Massnahmen zur Steigerung der allokativen, produktionstechnischen und innovativen Effizienz im Gesundheitswesen *aus ethischer Sicht* beurteilt werden sollen, so muss klargestellt sein, nach welchen ethischen Masstäben diese Beurteilung erfolgen soll. Denn je nachdem wird die Beurteilung, was als ethisch vertretbar gilt oder gar als unverzichtbar eingefordert werden muss, recht unterschiedlich ausfallen. Ich selber richte mich in dieser Arbeit für die Beurteilung der Konsequenzen von alternativen Rationierungsoptionen und effizienzsteigernden Massnahmen an einer Sozialethik aus, die sich explizit am *christlichen Menschenbild* orientiert. Gemäss diesem kommt jedem Menschen als Person eine einmalige und unveräusser-

⁵ Etwas präziser müsste man von *allokativer* Effizienz (optimaler Einsatz von Ressourcen zur Erzielung eines möglichst hohen Nutzens) und *distributiver* Gerechtigkeit (Verteilungsgerechtigkeit) sprechen.

⁶ Opportunitätskosten (auch Alternativkosten oder Verzichtskosten) bezeichnen die Kosten, welche bei einer Wahlentscheidung aus dem Verzicht auf eine Alternative (Opportunität) entstehen. Sie entsprechen dem entgangenen Nutzen der besten nicht gewählten Alternative.

⁷ Sofern und solange dieses hohe Ausgabenwachstum den Präferenzen der Bevölkerung entspricht und somit für alle einen Nutzenzuwachs erbringt, der mindestens so hoch ist, wie er bei einer alternativen Verwendung der eingesetzten Mittel wäre, besteht allerdings kein Anlass für eine Begrenzung.

liche *Würde* zu, die unabhängig von seinen Eigenschaften, seiner Leistungsfähigkeit oder einer wie auch immer zu bemessenden „Nützlichkeit“ für die Gesellschaft gegeben ist.⁸

Exemplarisch kommt die Achtung der Menschenwürde in der Formulierung der *Menschenrechte* mit den persönlichen Freiheitsrechten, den politischen und gesellschaftlichen Mitwirkungsrechten sowie den sozialen Grundrechten zum Ausdruck. Diese gelten universell und implizieren das Recht auf Gleichbehandlung, auf Leben, auf Freiheit und auf Sicherheit der Person. Bezogen auf das Gesundheitswesen werden explizit das „Recht auf ärztliche Versorgung sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Krankheit oder Invalidität“ festgehalten.⁹

Die Frage allerdings, wie umfassend im konkreten Fall das Ausmass der materiellen Mittel sein soll, die in den Bereich der medizinischen Versorgung für jedermann investiert werden sollen, ist damit nicht beantwortet. Aufgrund der generellen Begrenztheit der Mittel und der Existenz einer Vielzahl weiterer mit derselben ethischen Begründung geforderter Ziele (z.B. Chancengleichheit, Bildung, materielle Sicherheit bei fehlender oder unzureichender Möglichkeit zur Einkommenserzielung, etc.) wird die eigentliche Herausforderung immer darin bestehen, mit begrenzten Mitteln einen optimalen Mix zwischen diesen konkurrierenden Zielen zu erreichen. Dies gilt um so mehr, als dass auch eine Erhöhung der für diese Ziele eingesetzten Mittel spätestens dort an eine Grenze stösst, wo die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft insgesamt überfordert wird.

Zum Aufbau dieser Arbeit: In Kapitel 2 gehe ich zuerst grundsätzlich auf die Rationierungsproblematik ein und erläutere den Konflikt zwischen distributiver Gerechtigkeit und allokativer Effizienz, der die eigentliche Ursache dafür ist, dass im Gesundheitswesen – anders als in anderen Bereichen – überhaupt eine Rationierungsdebatte geführt werden muss. Danach befasse ich mich zum einen mit den spezifischen Eigenschaften der Gesundheit als einem konditionalen Gut, das staatliche Eingriffe im Bereich des Gesundheitswesens erforderlich macht, und zum andern gehe ich auf das komplementäre Markt- und Staatsversagen beim Gut Gesundheit ein, welches die Anwendung eines ausgewogenen Mixes von marktwirtschaftlichen und staatlichen Instrumenten bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems nahe legt. Darauf folgt eine Argumentation, warum sowohl aus ökonomischer wie auch aus ethischer Sicht ein Versorgungsmaximalismus in der Gesundheitsversorgung nicht befürwortet werden kann, bevor ich dann auf die Problematik einer gerechten Rationierung sowie auf konkrete Möglichkeiten der expliziten oder impliziten Rationierung eingehe. Im letzten

⁸ Vgl. Baumgartner, Alois: *Personalität* (2004), S. 267.

⁹ Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, verabschiedet durch die Generalversammlung der UNO im Dezember 1948: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

Teil von Kapitel 2 nehme ich dann eine Beurteilung des Gesundheitswesens der Schweiz auf Grundlage der bisherigen Überlegungen vor.

In Kapitel 3 und 4 befasse ich mich damit, wie durch das Setzen von entsprechenden finanziellen Anreizen auf der Nachfrage- wie auf der Angebotsseite die Effizienz des Gesundheitssystems insgesamt verbessert werden kann. Anstoss dazu ist meine Überzeugung, dass im schweizerischen Gesundheitswesen vor dem Hintergrund zunehmender Knappheitsbedingungen in erster Linie Ideen und Schritte zur Steigerung der Effizienz und der Eigenverantwortung not tun, weil einerseits die berechtigten Ansprüche sozialer Gerechtigkeit in diesem Bereich weitgehend berücksichtigt sind und diese andererseits selber nur auf Grundlage eines effizient funktionierenden Gesundheitssystem durchsetzbar sind. In Kapitel 3 untersuche ich theoretisch die Auswirkungen von (höheren) Kostenbeteiligungen und mache drei konkrete Vorschläge, wie die aktuelle Kostenbeteiligungsregelung in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugunsten einer kostenbewussteren Leistungsanspruchnahme und mehr Eigenverantwortung verändert werden könnte, ohne dass dadurch die geforderte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken unzumutbar beeinträchtigt wird. In Kapitel 4 setze ich mich damit auseinander, wie auch auf der Angebotsseite durch finanzielle Mitverantwortung der Leistungserbringer, leistungsabhängige Vergütungssysteme und institutionelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung Anreize für mehr Effizienz in der Leistungserbringung gesetzt werden können. Kapitel 5 enthält eine Zusammenfassung sowie einige abschliessende Überlegungen.

2. Rationierung: Konflikt zwischen Gerechtigkeit und Effizienz

2.1. Grundproblematik

Es stellt sich die Frage, wodurch sich das Gesundheitswesen denn überhaupt so sehr von andern Lebensbereichen unterscheidet, dass das Thema Rationierung hier so heftig diskutiert wird. Dass die verfügbaren Ressourcen beschränkt sind und fast unbegrenzten Bedürfnissen gegenüberstehen, gilt nicht nur im Gesundheitsbereich. Eine Abwägung über den optimalen Einsatz verfügbarer Mittel¹⁰ muss bei fast allen unseren Entscheidungen erfolgen. In den meisten Bereichen ist es der einzelne Mensch, der entscheidet, für welche Zwecke er seine Mittel einsetzen will. Jede Mittelverwendung für einen bestimmten Zweck ist dabei mit *Opportunitätskosten* verbunden, also mit einem notwendigen Verzicht auf alternative Verwendungsweisen, die möglicherweise einen höheren Nutzen erbringen würden.

Läge die Gesundheitsversorgung ganz in der Verantwortung eines jeden Einzelnen, müsste er – wie bei andern Gütern auch – für sich selber abwägen, wie viel seines verfügbaren Budgets er für medizinische Leistungen¹¹ und wie viel er für seine anderen Bedürfnisse ausgeben will. Das würde bedeuten, dass sich ein jeder gemäss seinen persönlichen Präferenzen selbst rationiert und so viel medizinische Leistungen oder Versicherungsdeckung einkauft, wie es seiner Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit entspricht. Der *Preismechanismus* würde damit die selektive Funktion des Rationierungskriteriums übernehmen und analog zu andern Märkten die Nachfrage mit dem Angebot in Übereinstimmung bringen. Das Ergebnis wäre eine im ökonomischen Sinne effiziente Produktion¹² von Gesundheitsleistungen und ein optimales Verhältnis von Prävention und kurativer Medizin.

Weil jedoch sowohl bezogen auf den individuellen Gesundheitszustand wie auch auf die jeweilige Zahlungsfähigkeit in der Bevölkerung sehr grosse Differenzen bestehen, könnten Personen, die eine schlechte Gesundheit oder ein grosses Erkrankungsrisiko aufweisen und nicht über ein hohes Einkommen oder Vermögen verfügen, kaum eine bezahlbare Krankenversicherung abschliessen und im Krankheitsfall die Ausgaben für medizinische Leistungen auch nicht aus eigenen Mitteln bestreiten. Mit andern Worten, es würde eine Verteilung von Gesundheitsgütern resultieren, die – weil sie keinerlei Rücksicht auf die *Bedürftigkeit* des Einzelnen nähme – ethisch nicht akzeptierbar wäre. So sind es an der Bedürfnisgerechtigkeit

¹⁰ In der Ökonomie wird dafür der Begriff „Allokation knapper Ressourcen“ verwendet.

¹¹ Statt dem direkten Kauf medizinischer Leistungen würde wohl auch die Möglichkeit bestehen, eine mehr oder weniger umfassende Krankenversicherung abzuschliessen. Denn auch ohne staatliche Regulierung würde sich wegen des stark vom Zufall abhängigen Charakters der Gesundheit ein Versicherungsmarkt etablieren.

¹² Wobei auch in diesem Fall aufgrund von Besonderheiten bei Gesundheitsgütern, die partiell ein Marktversagen nach sich ziehen, bestimmte staatliche Markteingriffe notwendig wären. Siehe dazu weiter hinten in Kapitel 3.3.

orientierte egalitäre Gleichheits- und Gerechtigkeitsüberlegungen, die erfordern, dass nicht die individuelle *Zahlungsfähigkeit* allein dafür ausschlaggebend sein soll, ob sich jemand eine Gesundheitsversorgung leisten kann. Eine als gerecht empfundene Zuteilung medizinischer Leistungen soll sich vielmehr in erster Linie nach der Bedürftigkeit der einzelnen Menschen richten.¹³ Aufgrund all der Nachteile, die mit der Entkoppelung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen von der individuellen Zahlungsfähigkeit verbunden sind, wäre allerdings zu überlegen, ob nicht besser gleich die Zahlungsfähigkeit selber zum Ziel sozialpolitischen Eingreifens gemacht werden sollte.¹⁴

Ein Abweichen von diesem Grundsatz wird höchstens dort befürwortet, wo der Gesundheitszustand nicht ausschliesslich naturgegeben oder von unbeeinflussbaren äusseren Umständen abhängig ist, sondern mit einem vermeidbaren schädlichen individuellen Gesundheitsverhalten im Zusammenhang steht.¹⁵ Wo die Grenze zwischen vermeidbaren und unvermeidbaren Krankheiten verläuft und welche Arten von Risikoverhalten noch als tolerierbar gelten sollen oder nicht, lässt sich allerdings in der Praxis kaum mit der nötigen Trennschärfe eruieren und liesse daher einen grossen Spielraum für Willkür.

Wenn die Verteilung der medizinischen Leistungen sich aus Gerechtigkeitsüberlegungen direkt an der Bedürftigkeit orientieren und nicht über den Preis gesteuert werden soll, impliziert das, dass zumindest im Bereich der Grundversorgung der Markt durch das Solidargemeinschaftsprinzip ersetzt werden muss.¹⁶ D.h., es bedarf zumindest im Bereich der medizinischen Grundversorgung einer Regelung der Finanzierung durch den Staat. Diese kann dabei aus Steuermitteln erfolgen und/oder über das System einer Sozialversicherung sichergestellt werden. Dabei kann die Gefahr von Trittbrettfahrerverhalten – wenn die Finanzierung nicht vollständig über Steuermittel sondern über eine soziale Krankenversicherung erfolgt – durch eine Versicherungspflicht für alle (Obligatorium) verhindert werden. Die Implementierung eines solchen Systems bedeutet, dass die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken im Rahmen der staatlichen Gesetzgebung institutionalisiert wird.

¹³ Das Kriterium der Bedürfnisgerechtigkeit berücksichtigt die gleiche Würde jedes Menschen unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit. Ebenso irrelevant wie die Zahlungsfähigkeit ist unter diesem Blickwinkel auch die Frage der *Ursache* der Bedürftigkeit: Ob diese auf eine ungünstige genetische Veranlagung, blosses Pech, mangelnde Prävention, risikohaftes Verhalten oder sogar bewusste Selbstgefährdung zurückzuführen ist, spielt keine Rolle.

¹⁴ Ein Vorschlag, der in diese Richtung zielt, findet sich bei Widmer, Werner et al.: *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität* (2007).

¹⁵ Der Einzelne soll in jenen Bereichen, wo er dies eigenverantwortlich und aus eigener Kraft zu vermeiden vermag, der Gemeinschaft nicht zur Last fallen. Dieser Anspruch ergibt sich aus dem Solidaritätsprinzip, das nicht nur eine Verpflichtung der Gemeinschaft gegenüber dem Einzelnen, sondern auch umgekehrt des Einzelnen gegenüber der Gemeinschaft beinhaltet.

¹⁶ Vgl. Kersting, Wolfgang: *Kritik der Gleichheit* (2002), S. 147.

2.2. Gesundheit: Ein transzendentes oder konditionales Gut

Begründet wird die (zumindest teilweise) Entkoppelung der Finanzierung der medizinischen Grundversorgung von der individuellen Zahlungsfähigkeit etwas spezifischer auch damit, dass es sich bei der Gesundheit um ein *transzendentes* oder *konditionales* Gut¹⁷ handelt. Bei derartigen Gütern gilt der Grundsatz, *dass sie nicht alles sind, aber ohne sie alles nichts ist*. Sie besitzen einen *Ermöglichungscharakter*; ihr Besitz muss vorausgesetzt werden, damit die Individuen ihre Lebensprojekte überhaupt mit einer Aussicht auf Minimalerfolg angehen, verfolgen und ausbauen können. Dem Staat fällt so die Aufgabe zu, eine allseitige Grundversorgung der Individuen mit konditionalen Gütern auf kollektiv-kooperativer Basis sicherzustellen und für deren egalitäre Verteilung zu sorgen, weil dazu der Markt nicht in der Lage ist.

Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass die Medizin nur ein Faktor – und vielleicht nicht einmal der wichtigste – ist, von dem die Gesundheit eines Menschen abhängt. Gute Ernährung, Hygiene, Wohnung in ausreichender Grösse und Qualität, Bildung, etc. sind weitere Güter, die für eine gute Gesundheit unbestrittenermassen von ebenso entscheidender Bedeutung sind. Mit derselben Begründung könnte daher auch für diese Güter eine solidarisch finanzierte Versorgung gefordert werden. Eine Ausserkraftsetzung des Marktmechanismus in einem so weiten Bereich würde die Effizienz der Wirtschaft jedoch wegen der damit verbundenen negativen Anreizwirkungen insgesamt erheblich beeinträchtigen.¹⁸

2.3. Komplementäres Markt- und Staatsversagen beim Gut Gesundheit

Als weitere Begründung für die Etablierung eines kollektiv finanzierten Gesundheitswesens wird angeführt, dass bei der Versorgung mit Gesundheitsgütern *Marktversagen* vorliegt. Marktversagen bedeutet, dass von einem Gut wegen spezifischer Besonderheiten statt der für die Gesellschaft optimalen Menge zuwenig oder zuviel produziert wird.¹⁹

Diese Besonderheiten von Gesundheitsgütern legen in der Tat einige gezielte staatliche Eingriffe in die betreffenden Märkte nahe, rechtfertigen aber weder eine generelle Steuerfinanzierung aller medizinischen Leistungen noch das Ausschalten jeglicher Marktmechanismen. Auch wird dadurch keineswegs impliziert, dass der Staat selber als Anbieter medizinischer Leistungen auftreten muss. Hingegen lässt sich sehr wohl eine gesetzliche Versicherungs-

¹⁷ Zu dieser Kategorie von transzendentalen oder konditionalen Gütern zählen neben der Gesundheit auch Güter wie Frieden, Freiheit, Sicherheit, die Garantie der Grundrechte oder das Leben selbst. Vgl. dazu Kersting, Wolfgang: Kritik der Gleichheit (2002), S. 144f.

¹⁸ Vgl. Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie (1999), S. 164.

¹⁹ Als Gründe für Marktversagen bei Gesundheitsgütern werden genannt: Externe Effekte und Kollektivgutproblematik, zunehmende Skalenerträge, Optionsgutcharakter der Vorhaltung von Kapazitäten zur medizinischen Versorgung, fehlende Konsumentensouveränität und unvollkommene Information auf Gesundheitsmärkten. Vgl. Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie (1999), S. 151-160.

pflicht begründen, verbunden mit Kontrahierungszwang und dem Verbot, die Prämien vom Gesundheitszustand abhängig zu machen.²⁰

Zu sehr droht bei einer rein staatlich organisierten Gesundheitsversorgung auf der Kehrseite ein *Staatsversagen*, das bei Abwesenheit aller marktförmigen Elemente die ökonomische Effizienz schmälert und Quantität, Qualität und Wahlfreiheit der medizinischen Versorgung dem politischen Opportunismus ausliefert. Wolfgang Kersting schliesst aus diesem komplementären Markt- und Staatsversagen, dass...

„...sich das Mischmodell, das eine marktunabhängige medizinische Grundversorgung mit privater Gesundheitsverantwortung im Rahmen eines sich dann schnell etablierenden privaten Versicherungsmarktes kombiniert, somit einen Egalitarismus kollektiver Basisversorgung mit einem Liberalismus privater Zusatzversorgung verknüpft, als sowohl ökonomisch als auch moralisch vorzuzugs-würdig [erweist]“.²¹

Wie hoch der solidarisch von der Gemeinschaft zu finanzierende Anteil der Gesundheitskosten für die Grundversorgung sein soll und welche medizinischen Leistungen in welchem Umfang konkret im Leistungskatalog enthalten sein sollen, lässt sich jedoch nicht nach objektiv bestimmbareren Kriterien festlegen. Es liegt auf der Hand, dass die Antwort auf diese Frage je nach individuellem Gesundheitszustand und finanzieller Lage sowie abhängig von den persönlichen Wertvorstellungen, den jeweiligen wirtschaftlichen Eigeninteressen und dem politischen Hintergrund der einzelnen Akteure recht unterschiedlich ausfallen wird.

Das Spektrum reicht vom Ruf nach einem minimalen Pflichtleistungskatalog mit Übernahme einer möglichst hohen Eigenverantwortung durch den Einzelnen bis hin zur Forderung nach einem keine Wünsche offenlassenden Maximalpaket an Pflichtleistungen²² für jedermann mit einer solidarischen Finanzierung über progressive Steuern oder einkommensabhängige Prämien. Wie ist nun diese Bandbreite möglicher Ausgestaltungen der medizinischen Grundversorgung aus ökonomischer und ethischer Sicht zu beurteilen?

²⁰ Vgl. Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie (1999), S. 165.

²¹ Kersting, Wolfgang: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung (2000), S. 477.

²² Jeder Versuch einer Einschränkung des Pflichtleistungskatalogs wird bei dieser Haltung fast reflexartig mit dem Schlagwort „(keine) Zweiklassenmedizin“ bekämpft – wobei dieses Argument offenbar nur innerhalb der eigenen nationalen Grenzen eine Rolle zu spielen scheint: Die massiven Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen reichen Ländern wie der Schweiz und armen Ländern des Südens sind in diesem Zusammenhang offenbar irrelevant.

2.4. Versorgungsmaximalismus: Weder ethisch noch ökonomisch vertretbar

Prima vista scheint aus einer der Menschenwürde verpflichteten sozialetischen Sicht viel für eine maximale Gesundheitsversorgung für jedermann zu sprechen. Ein System, in welchem a) ausschliesslich die Bedürftigkeit für den Erhalt medizinischer Leistungen ausschlaggebend ist, b) alle medizinisch nutzbringenden Leistungen für alle zur freien Verfügung stehen und c) die Finanzierung solidarisch über Beiträge (Steuern und/oder Prämien) erfolgt, die sich an der jeweiligen individuellen Leistungs- bzw. Zahlungsfähigkeit bemessen, scheint am ehesten den ethischen Grundsätzen der Universalität und der Egalität zu entsprechen.

Dass ein solches System – alles für alle, koste es, was es wolle – jedoch je länger je deutlicher nichts anderes mehr als Ausdruck eines realitätsfremden Wunschenkens (oder populistische Propaganda von Verbandfunktionären oder Politikern auf Stimmenfang) ist,²³ zeigt sich nur schon daran, dass eine Debatte über Rationierung im Gesundheitswesen überhaupt geführt wird bzw. geführt werden muss. Denn paradoxerweise hat die enorme Ausweitung der Möglichkeiten der Medizin dazu geführt, dass die Knappheit medizinischer Leistungen nicht ab- sondern im Gegenteil zugenommen hat.²⁴ Dies deshalb, weil die dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel nicht in demselben Ausmass mitgewachsen sind. Es sind jedoch keineswegs nur ökonomische Gründe, die gegen ein solches System maximaler Gesundheitsversorgung sprechen, sondern – wie sich zeigen wird – ebenso sehr auch triftige ethische Gründe.

Aus ökonomischer Sicht gilt: Selbst wenn der Anteil des Bruttoinlandprodukts (BIP), der ins Gesundheitswesen investiert wird,²⁵ verdoppelt oder verdreifacht würde, wäre die Grenze des medizinisch Machbaren noch nicht erreicht und damit das prinzipielle Rationierungsproblem nicht gelöst. Doch auch abgesehen davon wäre es mehr als fraglich, ob eine derartig massive Erhöhung der aus Zwangsabgaben ins Gesundheitswesen investierten Mittel den Präferenzen der Bevölkerung entsprechen würde. Dies wäre nur dann der Fall, wenn der durch die zusätzlich eingesetzten Mittel erzielbare zusätzliche Gesundheitsnutzen so hoch wäre, dass er diesen zusätzlichen Mitteleinsatz in vollem Ausmass rechtfertigen würde. So ist es nur schon beim aktuell für Gesundheit aufgewendeten Anteil des BIPs aufgrund der hohen Opportunitätskosten unklar, ob der Nutzen den Aufwand zu rechtfertigen vermag. Denn optimalerweise – zur Erreichung einer maximalen Wohlfahrt der Gesellschaft – muss gelten, dass Mittel nur bis zu dem Punkt ins Gesundheitswesen (oder auch in jeden andern Sektor der staatlichen Tätigkeit) investiert werden, wo der aus einer zusätzlich finanzierten Leistung resultierende zusätzliche Nutzen (*Grenznutzen*) gerade den dafür verursachten zusätzlichen Kosten (*Grenzkosten*) entspricht. Dieser Punkt liegt unterhalb der Sättigungs-

²³ Vgl. Kersting, Wolfgang: Kritik der Gleichheit (2002), S. 165f.

²⁴ Vgl. Kersting, Wolfgang: Kritik der Gleichheit (2002), S. 168.

²⁵ In der Schweiz beträgt dieser Anteil gemäss den aktuellst verfügbaren Zahlen 10.8% des BIPs. Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS): Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2006.

menge (Grenzkosten = Null), wo kein zusätzlicher Nutzen mehr erzielbar ist. Mit andern Worten, wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer zusätzlichen Investition in Gesundheit im Vergleich zu anderen Verwendungsmöglichkeiten schlechter ausfällt, ist die alternative Verwendung vorzuziehen.²⁶ Als kaum zu lösendes Problem einer ausschliesslichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen über Prämien und Steuern (ohne Kostenbeteiligung seitens der Patienten) schliesslich würde sich der Umstand erweisen, dass dadurch eine exzessive Nachfrage nach medizinischen Leistungen (moral hazard) induziert würde. Umgekehrt bestünde kaum mehr ein Anreiz für Investitionen in die persönliche Gesundheitsvorsorge. Als Fazit aus ökonomischer Sicht ergibt sich somit, dass ein Versorgungsmaximalismus ganz abgesehen von den untragbar hohen Opportunitätskosten, die er verursachen würde, darüber hinaus weder das Problem der Rationierung wirklich lösen noch die knappen Mittel wenigstens effizient zur Erzielung einer möglichst guten Gesundheit einsetzen würde.

Auch aus ethischer Sicht lassen sich Argumente gegen einen Versorgungsmaximalismus anführen: Das erste basiert auf dem Solidaritätsprinzip²⁷, welches als reziprokes Prinzip nicht nur eine Unterstützungspflicht des Einzelnen durch die Gemeinschaft fordert, sondern auch eine Anforderung an die Leistungsbereitschaft und Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen stellt. Im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit soll jeder zum allgemeinen Wohl beitragen und Hilfen der Gemeinschaft nicht in Anspruch zu nehmen für Ziele, die er aus eigener Kraft zu erreichen vermag. Eine vollständige Entkoppelung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und ihrer Finanzierung führt bei subjektiv rationalem Verhalten, das in der Maximierung des Eigennutzens besteht, jedoch genau zum gegenteiligen Ergebnis: Zu einer Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen zulasten der Gemeinschaft und damit zu einer objektiv unerwünschten Überstrapazierung der ökonomischen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystem insgesamt. Diese Rationalitätsfalle – das Auseinanderklaffen subjektiver und objektiver Rationalität – lässt sich nicht durch moralische Appelle beseitigen, sondern nur durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen, also durch eine geeignete Setzung von (finanziellen) Anreizen zur Verhaltensänderung.²⁸

Das zweite ethische Argument basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip²⁹, das als Nichteinmischungsprinzip die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen betont und Eingriffe in den Bereich der Eigenkompetenz nur soweit wie notwendig (wie der Name selber sagt: *subsidiär*) zulässt.³⁰ Eine (zu) weitgehend solidarisch finanzierte staatliche Gesundheitsversorgung hat die Tendenz, die Eigenverantwortlichkeit der Individuen für ihre Gesundheit auszuhöhlen, weil die Konsequenzen ungesunder Lebensführung auf die Gemeinschaft abgewälzt werden

²⁶ Vgl. Sommer, Jürg H.: Muddling Through Elegantly (2001), S. 57.

²⁷ Zum Solidaritätsprinzip siehe Baumgartner, Alois: Solidarität (2004), S. 283-292.

²⁸ Vgl. Kersting, Wolfgang: Kritik der Gleichheit (2002), S. 158f.

²⁹ Zum Subsidiaritätsprinzip siehe Bohrmann, Thomas: Subsidiarität (2004), S. 293-301.

³⁰ Damit enthält das Subsidiaritätsprinzip ein Kompetenzanmassungsverbot, fordert aber auch, wenn notwendig wegen fehlender Eigenkompetenz zur Problemlösung, Hilfe zur Selbsthilfe ein.

können. Doch auch abgesehen von der damit verbundenen Entmündigung stellt sich die Frage, ob es gerechtfertigt ist, dass die Solidargemeinschaft als Vollkasko-Versicherung funktionieren soll, wo der Einzelne kein Risiko mehr selber tragen muss.

Eigenverantwortung jedoch ist das unerlässliche Gegenstück zur Solidarität. Sehr deutlich wird dieser ethische Grundsatz etwa in der 2003 in Deutschland erschienenen Broschüre „Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen“ zum Ausdruck gebracht:

„Solidarität bildet in keiner Weise einen Gegensatz zum Gedanken der Eigenverantwortung, zeichnet sich der Mensch als Person doch gerade dadurch aus, dass er zugleich im Mit-Sein auf den andern bezogen und als Einzelwesen eigenständig ist. Es ist Pflicht und Aufgabe einer Person, sich selbst zu erhalten und somit auch für seine Gesundheit Vorsorge zu treffen. Dabei ist es ein Gebot der Fairness, das Gesundheitssystem nicht zum eigenen Vorteil auszunutzen und sich nicht auf Kosten der Solidargemeinschaft Vorteile zu verschaffen. Zur Komplexität moderner Gesellschaften gehört, dass der moralische Appell zu Gunsten von mehr Selbstverantwortung allein nicht ausreicht. Es wird in der Reform des Gesundheitssystems darauf ankommen, Strukturen und Regelungen zu finden, die dem notwendigen Aspekt der Eigenverantwortung in der Solidarität Rückhalt geben und Nachdruck verleihen. Markt und Wettbewerb können und dürfen die Solidarität im Gesundheitssystem nicht ersetzen, sie gehören aber zu den Instrumenten, die Eigenverantwortung in der Solidarität zu stärken.

Eine Regel für das rechte Maß zwischen dem, was der Einzelne für seine Gesundheit selbst tun kann und muss, und dem, was gerechterweise von der Gemeinschaft erwartet werden darf, stellt das Prinzip der Subsidiarität dar.“³¹

Jede Rationierung und jede Art von Erhöhung der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen führt unvermeidbar dazu, dass in einem gewissen Ausmass die Solidarität und die Egalität geschmälert werden. Da beides jedoch unvermeidlich ist, wenn die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems angesichts der zunehmenden Möglichkeiten der Medizin ohne gleichzeitig unzumutbare Leistungseinschränkungen in andern Bereichen der staatlichen Tätigkeit aufrechterhalten werden soll, wird es darum gehen, Rationierungsregeln, Vergütungssysteme und Kostenbeteiligungsvarianten zu finden, die dieses Ziel mit möglichst geringen Negativwirkungen auf die Solidarität und Egalität erreichen. Mehr Eigenverantwortung und damit verbunden unter Umständen auch eine höhere finanzielle Belastung liegt durchaus auch (oder sogar in erster Linie) im Interesse jener, die am stärksten auf medizinische Leistungen und finanzielle Unterstützung im Krankheitsfall angewiesen sind, weil sie zuallererst auf das Funktionieren eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems angewiesen sind.

Dass also einerseits nicht nur eine vollständige Überantwortung der Gesundheitsversorgung an den Markt, sondern auch ein staatlicher Versorgungsmaximalismus im Gesundheitsbereich weder ethisch noch ökonomisch vertretbar ist, und andererseits ethische Ansprüche die gesellschaftliche Realität und die ökonomischen Rahmenbedingungen berücksichtigen müssen, formuliert Wolfgang Kersting wie folgt:

³¹ Die deutschen Bischöfe: Solidarität braucht Eigenverantwortung (2003), S. 9.

„Die gerechtigkeits-theoretisch motivierte wohlfahrtsstaatliche Einschränkung des Marktsystems der Tauschbeziehungen impliziert weder eine Politik der Maximierung des Gesundheitsnutzens noch eine Politik der Sicherung einer gleichen Gesundheitsversorgung für alle. Sie muss sich mit der Gewährleistung einer gleichen und einkommensneutral erhältlichen medizinischen Grundversorgung für alle begnügen. Wenn der Wohlfahrtsstaat seine dirigistischen Befugnisse über diese Grundversorgungsgarantie hinaus ausdehnt, wird das Selbstbestimmungsrecht der Individuen, das mit dem Recht auf eigenverantwortliche Daseinsgestaltung, Zukunftsplanung und Risikovorbeugung auch das Recht umfasst, über sein Einkommen, seinen Lohn, seine Vermögens- und Transaktionsgewinne selbst zu verfügen, auf ethisch nicht mehr zulässige Weise eingeschränkt. [...] Maximale Gesundheitsversorgung ist weder in ökonomischer noch in ethischer Hinsicht ein erstrebenswertes Ziel. *Ein fairer Anteil an den öffentlichen Gesundheitsversorgungsleistungen impliziert keinesfalls einen Anspruch auf maximale Gesundheitsversorgung.*“³²

„Wir sind an einer gerechten Organisation der gesellschaftlichen Gesundheitsversorgung interessiert, müssen aber das gerechtigkeitsethisch Notwendige mit dem ökonomisch Vertretbaren ausbalancieren, denn moralische Forderungen, die die gesellschaftliche Realität missachten und sich somit um die Bedingungen ihrer Verwirklichung hier und jetzt nicht kümmern, sind ebenso billig wie lächerlich.“³³

2.5. Problematik einer gerechten Rationierung: Ein Folgeproblem der Einschränkung des Marktsystems

Wenn – wie oben argumentiert – aufgrund von möglichem Marktversagen, mangelnder Bedürfnisgerechtigkeit des Marktsystems sowie wegen der besonderen Charakteristik der Gesundheit als einem konditionalen Gut eine „gerechtigkeits-theoretisch motivierte wohlfahrtsstaatliche Einschränkung des Marktsystems“ im Gesundheitswesen notwendig ist, dann hat dies im Gegenzug zwangsläufig eine Rationierung des kollektiv finanzierten Anteils medizinischer Leistungen zur Folge. Der Grund dafür liegt darin, dass die bei einem Preis von Null (über der Höchstlimite der Kostenbeteiligung) praktisch unbegrenzte Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht finanzierbar ist.

Die Lösung des ursprünglichen ethischen Problems – Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung für alle unabhängig vom jeweiligen Gesundheitszustand und der individuellen Zahlungsfähigkeit nur nach dem Massstab der Bedürftigkeit – führt damit direkt zum ethisch kaum weniger anspruchsvollen Problem einer *gerechten Rationierung*. Es stellt sich nämlich nun wegen der sowohl ethischen Unzulässigkeit als auch ökonomischen Unmöglichkeit einer maximalistischen Versorgung neu die Frage, wie auf gerechte Weise rationiert werden kann bzw. nach welchen Kriterien innerhalb des kollektiv finanzierten Teils des Gesundheitswesens eine gerechte Mittelverteilung erreicht werden kann.

Als Gegenstück und Ergänzung zur universalistischen und egalitaristischen Gerechtigkeitsethik ist die *Ethik der Rationierung* unerlässlich, weil unter Bedingungen der Knappheit, die

³² Kersting, Wolfgang: Kritik der Gleichheit (2002), S. 152f.

³³ Kersting, Wolfgang: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung (2000), S. 467.

zu Einschränkungen und Abwägungen zwingt, ethische Maximalforderungen nicht weiterführen.³⁴ An die Stelle des Preises, der in einem Marktsystem die Verteilung von Gütern regelt, müssen nun allgemein zustimmungsfähige Rationierungsregeln treten, durch die festgelegt wird, welche Leistungen an wen verteilt werden.³⁵ Eine Priorisierung von Leistungen und Therapien, die in Konkurrenz zueinander stehen, ist nötig. Es müssen Entscheidungen getroffen werden, wer unter welchen Umständen welche Therapien und Leistungen erhält. Vergleichskriterien, die Dringlichkeit und Erfolgchancen medizinischer Behandlungen gegeneinander abwägen, sind notwendig. Es ist also *ethische Abwägungsarbeit* auf möglichst rationaler und objektiver Grundlage verlangt. Dazu Wolfgang Kersting:

„Das erscheint auf dem Sektor der Gesundheitsversorgung besonders zumutungsreich, weil es hier um menschliches Leben geht, weil hier menschliches Leben gewichtet, qualifiziert und quantifiziert werden muss. Die für lebensethische Normalsituationen, für die Gestaltung der abstrakten Gerechtigkeitsverfassung, des institutionellen Grundrisses einer Gesellschaft unbezweifelbar massgebliche Überzeugung, dass menschliches Leben ein Zweck an sich ist, ein Wert ist und keinen Preis hat, kann nicht aufrechterhalten werden, wenn der Bereich der Verteilung knapper Gesundheitsleistungen betreten wird. Hier verlangt die Rationalität allgemein zustimmungsfähige distributive Kriterien.“³⁶

Doch welche distributiven Kriterien stehen denn zur Verfügung? Prima vista bietet sich ein *Gesundheitsutilitarismus* an, bei dem als Kriterium der Mittelverwendung der alternativ erzielbare Nutzen herangezogen wird. Dieser wird in gesundheitsökonomischen Analysen (Kosten-Nutzwert-, Kosten-Effektivitäts- oder Kosten-Nutzen-Analysen) ermittelt und meist als Nutzwert in Form des Zugewinns von qualitätsbereinigten Lebensjahren (sog. QALYs: Quality-Adjusted-Life-Years) gemessen.³⁷ Wenn gemäss diesem Massstab ein signifikanter Unterschied zwischen alternativen medizinischen Interventionen oder zwischen verschiedenen Adressaten medizinischer Leistungen besteht, könnte ein solcher utilitaristischer Ansatz sich als robustes und zustimmungsfähiges Prinzip erweisen. Wegen der Unsicherheit und der Manipulierbarkeit der Gesundheitsprognosen und in Fällen, in denen sich kein signifikanter Unterschied des erzielbaren Nutzens abzeichnet, bietet dieses Kriterium jedoch keine hinreichende Entscheidungsgrundlage. Eine Gleichbehandlung zwischen verschiedenen Adressaten im Sinne eines *deontologischen Egalitarismus* könnte dann auf die Weise erreicht werden, dass eine Gleichverteilung zwar nicht von Gesundheitsgütern, aber doch wenigstens von Gesundheitschancen erfolgt. Gleiche Chancen bedeutet, dass das Los über die Zuteilung entscheidet. Ob allerdings für das Rationalitätsbedürfnis der Menschen eine Lotterie überlebenswichtiger Güter zumutbar ist, dürfte ebenso fragwürdig sein, auch wenn die Chancengleichheit damit perfekt gewährleistet werden könnte.

³⁴ Vgl. Kersting, Wolfgang: Kritik der Gleichheit (2002), S. 175f.

³⁵ Vgl. Schmidt, Volker H.: Gerechtigkeit im Gesundheitswesen (2001), S. 291f.

³⁶ Kersting, Wolfgang: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung (2000), S. 472.

³⁷ Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den ethischen Problemen von Kosten-Effektivitäts-Analysen, die auf QALYs oder alternativen Konzepten der Nutzwertermittlung beruhen, findet sich bei Brock, Dan W.: Ethische Probleme von Kosten-Effektivitäts-Analysen (2007), S. 183-213.

2.6. Explizite oder implizite Rationierung

Prinzipiell bestehen zur Rationierung zwei Möglichkeiten: Es kann explizit oder es kann implizit rationiert werden. Implizite Rationierung kann dabei offen oder verdeckt geschehen. Explizite Rationierung bedeutet, dass transparente Regeln bestehen, die festlegen, für wen unter welchen Bedingungen was und wie viel an Leistungen kollektiv finanziert wird (Leistungskatalog). Was darüber hinausgeht, muss vom einzelnen Individuum selber bezahlt resp. über den Abschluss einer privaten Versicherungsdeckung gedeckt werden.

In der Schweiz wird explizite Rationierung in erster Linie im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und den dazugehörigen Verordnungen festgelegt. Allerdings sind die gesetzlichen Bestimmungen insofern sehr unscharf formuliert, als dass nur bestimmt wird, dass medizinische Leistungen als Voraussetzung zur Kostenübernahme durch die Krankenversicherung „*wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich*“ sein müssen.³⁸ Welche Leistungen im konkreten Einzelfall aus Sicht des einzelnen Arztes gerade noch als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu beurteilen sind und wann diese Kriterien verletzt werden, ist der subjektiven Einschätzung des Arztes überlassen und lässt sich kaum objektiv bestimmen. Insofern ist diese Gesetzesbestimmung kaum mehr als eine praxisuntaugliche Leerformel, die eine explizite Leistungsverweigerung in den wenigsten Fällen zu begründen vermag. Ausser diesem allgemeinen Artikel gibt es für Ärzte und Chiropraktoren eine explizite Negativliste, die abschliessend jene von ihnen erbrachten Leistungen enthält, die nicht oder nur beschränkt vergütet werden. Für Leistungen anderer Leistungserbringer sowie für Arzneien, Mittel und Gegenstände existieren umgekehrt diverse Positivlisten, die aufzählen, welche Leistungen zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden dürfen.³⁹ Vergleicht man den Pflichtleistungskatalog der schweizerischen OKP mit den Grundleistungskatalogen anderer Länder, so fällt auf, dass dieser zwar in gewissen Bereichen (z.B. Zahnmedizin, Reproduktionsmedizin und nicht-delegierte Psychotherapie) keine oder vergleichsweise nur sehr geringe Leistungen enthält, ansonsten aber sehr breit definiert ist und wenig Einschränkungen kennt.

Explizite Rationierung kann auf einer Makroebene auch mittels *Kapazitätseinschränkungen* oder *Globalbudgets* vorgenommen werden. Diese Art von Rationierung führt auf der Mikroebene dann zu verdeckter impliziter Rationierung, die sich z.B. in Wartelisten, Qualitätsabbau oder schlechterer Versorgung bis hin zur Vorenthaltung teurer medizinischer Leistungen zeigt. Verdeckte implizite Rationierung bedeutet, dass ohne verbindliche, allgemeingültige und transparente Regeln in jedem Einzelfall ad hoc vom jeweiligen Arzt entschieden wird, ob eine medizinische Leistung erbracht wird oder nicht. Eine faire Gleichbehandlung der

³⁸ Siehe Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, Art. 32.

³⁹ Siehe Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, Art. 33-35.

verschiedenen Patienten kann so nicht erreicht werden. Gefordert werden deshalb explizite und damit transparente und für jedermann nachvollziehbare Rationierungsregeln auch auf der Mikroebene.⁴⁰ In Form von verbindlichen *Behandlungsrichtlinien* könnte dies die Ärzte entlasten, da sie nicht mehr persönlich die Verantwortung für eine Leistungseinschränkung übernehmen müssten. Auf der andern Seite lassen auch noch so präzise Behandlungsrichtlinien einen grossen Interpretationsspielraum offen. Der Heterogenität und den unterschiedlichen Präferenzen der Patienten können sie nicht gerecht werden, weil einzelfallspezifische Umstände nicht allgemein geregelt werden können.

Zudem erzeugt die explizite Vorenthaltung einer potentiell nutzbringenden Behandlung – auch wenn sie nicht (nur) mit dem Argument zu hoher Kosten begründet wird – sowohl für den Arzt wie für den Patienten einen negativen Nutzen (*disutility*). Es ist einfacher, eine medizinische Massnahme mit der Begründung eines zu hohen Risikos oder einer viel zu geringen Erfolgschance zu unterlassen als mit dem Hinweis auf deren Kosten.⁴¹ Ein weiterer negativer Effekt expliziter Rationierung besteht darin, dass das Phänomen, dass *identifizierbare* Menschenleben gegenüber rein *statistischen* Menschenleben ungleich höher gewichtet werden (sogenannte „Rule of Rescue“), noch viel häufiger zu einer auf der Makroebene irrationalen Mittelverteilung führt.⁴² Ein Beispiel: Wenn bei einem Bergwerkunglück Arbeiter in grosser Tiefe verschüttet werden, wird ungeachtet der Kosten alles erdenklich Mögliche zu deren Rettung unternommen. Gleichzeitig aber werden Investitionen in die Erhöhung der Sicherheit im Strassenverkehr oder im Bergbau aus Kostengründen vernachlässigt. Ganz abgesehen davon gibt es zudem kaum Beispiele, wo der Versuch, Rationierung nach expliziten Kriterien vorzunehmen, auch tatsächlich zu tieferen Gesundheitsausgaben geführt hat. Wie die Erfahrung gezeigt hat, führen explizite Leistungsausschlüsse in der Regel zu Ausweichstrategien und zu verstärkter Suche nach mehr Einnahmen und damit zu höheren Ausgaben.⁴³

Offene implizite Rationierung gelangt in erster Linie in sog. *Managed Care Modellen* mit Budgetverantwortung (HMOs⁴⁴ und Hausarztssysteme) zur Anwendung. In diesen Versicherungsmodellen verzichtet der Versicherte gegen eine Prämienreduktion auf die freie Arztwahl und ermöglicht so, dass sein Arzt als „*Gatekeeper*“ – als „Torwächter“ für den Zugang zum Gesundheitswesen – fungiert. Der Versicherte erklärt sich bei Abschluss des Versicherungsvertrags implizit damit einverstanden, dass sein Arzt eine Beratungs- und Steuerungsfunktion für die gesamte Behandlungskette übernimmt und dabei auch Kostenüberlegungen einfließen lässt. Behandlungsqualität *und* Behandlungseffizienz können so optimiert werden.

⁴⁰ Vgl. Sommer, Jürg H.: *Muddling Through Elegantly* (2001), S. 40-42.

⁴¹ Vgl. Sommer, Jürg H.: *Muddling Through Elegantly* (2001), S. 123f.

⁴² Vgl. Sommer, Jürg H.: *Muddling Through Elegantly* (2001), S. 125f.

⁴³ Vgl. Sommer, Jürg H.: *Muddling Through Elegantly* (2001), S. 119.

⁴⁴ Gruppenpraxen (HMO = Health Maintenance Organization)

2.7. Beurteilung des Gesundheitswesens Schweiz

Betrachtet man nun die aktuelle Ausgestaltung des Gesundheitssystem der Schweiz unter Berücksichtigung der bisherigen Überlegungen, so lässt sich folgendes feststellen: Die Anforderungen, die sich aus ethischer Sicht an die Gesundheitsversorgung ergeben, können als weitgehend erfüllt betrachtet werden. Mit dem im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, Art. 3) festgeschriebenen Versicherungspflicht, das für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz gilt und gemäss den Ausführungsbestimmungen in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 1) neben Personen mit einer Aufenthaltsbewilligung auch Asylsuchende und Asylanten miteinschliesst, ist der Versicherungsschutz im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für jedermann gewährleistet. Der Leistungsumfang der OKP ist sehr breit definiert. Auch wenn eine zusätzliche Ausweitung in diversen Bereichen (z.B. Komplementärmedizin, Zahnmedizin, Reproduktionsmedizin, etc.) von verschiedener Seite gefordert wird, kann festgehalten werden, dass sich die medizinische Grundversorgung der Schweiz im europäischen Vergleich auf einem sehr hohem Niveau bewegt.⁴⁵ Mit dem System der Individuellen Prämienverbilligung (IPV), die sich am steuerbaren Einkommen orientiert und bei Personen ohne oder mit geringem Einkommen die Prämien bis zu hundert Prozent übernimmt, wird sichergestellt, dass auch für die untersten Einkommenschichten der Versicherungsschutz bezahlbar ist.⁴⁶

Betreffend Ausmass der Solidarität, die in der Verteilung der Finanzierungslast zum Zuge kommt, sind die Auffassungen jedoch sehr kontrovers. Im aktuellen Kopfprämienystem bezahlen (beim jeweils gleichen Krankenversicherer und innerhalb derselben geographischen Prämienregion) grundsätzlich Frauen und Männer, Junge und Alte, und – dies vor allem – Gesunde und Kranke eine gleich hohe Prämie.⁴⁷ In diesen Dimensionen spielt somit die Solidarität bzw. Umverteilung sehr gut.

Bewusst ausgenommen vom solidarischen Ausgleich sind dagegen kantonale oder regionale Kostenunterschiede. So sind die durchschnittlichen Leistungen (und damit auch Prämien) der OKP im Kanton Baselstadt gut doppelt so hoch wie im Kanton Appenzell AI – notabene bei identischem Leistungskatalog. Da sich kaum geografische Gesundheitsunterschiede feststellen lassen – die Bevölkerung in Kantonen mit hohen Kosten dürfte im Vergleich zu jener in Kantonen mit tiefen Kosten weder signifikant kränker noch signifikant gesünder sein – sind diese Kostenunterschiede wohl hauptsächlich auf kantonale Unterschiede in der

⁴⁵ Vgl. Zimmermann-Acklin, Markus: Gerechtigkeit im Gesundheitswesen (2005).

⁴⁶ Wenn trotzdem bis zu 100'000 Personen ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen, so liegt dies wohl eher an einer Zweckentfremdung direkt an die Versicherten ausgeschütteter Prämienverbilligungen.

⁴⁷ Ausnahmen: Kinder und Jugendliche in Ausbildung sowie Versicherte, die freiwillig eine höhere Kostenbeteiligung oder eine Einschränkung bei der Wahl der Leistungserbringer in Kauf nehmen, erhalten Rabatt. Für Kranke dagegen gilt, dass sie zwar nicht prämienseitig, wohl aber durch die Kostenbeteiligung innerhalb fix vorgegebener Limiten im Vergleich zu Gesunden stärker belastet werden.

Gesundheitsversorgung (z.B. stark variierende Ärzte-, Spital- oder Apothekendichten oder unterschiedlich hohe Finanzierungsanteile seitens der öffentlichen Hand) sowie auf Unterschiede in der Anspruchsmoralität der Bevölkerung zurückzuführen. Eine Rolle spielt sicher auch die Haushaltsstruktur: Je mehr Einpersonenhaushalte, desto höher das Ausmass der notwendigen Fremdbetreuung. All diesen Einflussgrössen ist gemeinsam, dass es sich bei ihnen offenbar um Faktoren handelt, die im KVG in Bezug auf die Verteilung der Finanzierungslast vom Gesetzgeber als nicht ausgleichswürdig erachtet wurden.

Für die Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Krankenversicherern gilt, dass sie gleichzeitig Grundvoraussetzung und Folge des wettbewerblichen Systems sind, was einen Ausgleich unmöglich macht, aber per se auch gar nicht erfordert, weil das Recht der freien Kassenwahl für die Versicherten (welcher umgekehrt eine bedingungslose Aufnahmepflicht seitens der Krankenkassen gegenübersteht), jederzeit auf Ende eines Kalenderjahrs einen Kassenwechsel ermöglicht. Weil faktisch dennoch die Mobilität der Versicherten eingeschränkt ist⁴⁸ und nicht ausreicht, um aktive und passive Selektion von gesunden resp. Antiselektion von kranken Versicherten zu verhindern, wurde als zusätzliches Instrument für mehr Solidarität zwischen kranken und gesunden Versichertenkollektiven der Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt.⁴⁹ Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern soll – ausser über die Servicequalität – über die Steuerung der Leistungskosten und nicht über Risikoselektion funktionieren. Um den Anreiz für Krankenversicherer für ein besseres Leistungskostenmanagement (z.B. Aushandlung vorteilhafterer Verträge beim Leistungseinkauf, verbesserte Kontrolle bei der Leistungsabrechnung, Aufbau von Managed-Care-Modellen) zu erhöhen und die Rentabilität der betriebswirtschaftlich zwar lukrativen, volkswirtschaftlich aber unsinnigen Risikoselektionsstrategien zu vermindern, wurde gegen den Widerstand erfolgreich selektionierender Versicherer der ursprünglich befristete Risikoausgleich nicht nur verlängert, sondern zusätzlich noch mit einem weiteren Morbiditätsfaktor⁵⁰ verfeinert (ab 2012). Damit ist ein erster wichtiger und notwendiger Schritt zur Lenkung des Wettbewerbs in eine volkswirtschaftlich sinnvolle Richtung und zur Erhöhung der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken im Rahmen der OKP umgesetzt.

⁴⁸ Kranke Personen sind trotz Prämienvorteilen deutlich weniger bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln. Hinzu kommt, dass sie im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen aufgrund der dort verlangten Gesundheitsdeklarationen keine Möglichkeit zum Kassenwechsel mehr haben und davor zurückscheuen, bei zwei verschiedenen Versicherern gleichzeitig versichert zu sein.

⁴⁹ Würde zwischen den Krankenkassen ein freier Wettbewerb herrschen, wäre das Instrument des Risikoausgleichs nicht nötig. Weil jedoch aus Solidaritätsgründen die Versicherer bei der Prämiengestaltung massiv eingeschränkt sind (Einheitsprämienvorschrift statt risikogerechte Prämientarife), braucht es in der Folge als weiteres Regulativ einen Risikoausgleich, der die Anreize für Risikoselektion dämpft.

⁵⁰ Ausser dem Alter und dem Geschlecht (die für sich alleine genommen nur eine schwache Korrelation mit dem Erkrankungsrisiko aufweisen) werden im Risikoausgleich neu als zusätzlicher Morbiditätsfaktor auch Spital- oder Pflegeheimaufenthalte im Vorjahr berücksichtigt. Der Einbezug weiterer, z.B. auf dem Medikamentenbezug beruhende Morbiditätsfaktoren analog dem in den Niederlanden erfolgreich implementierten Risikoausgleichssystem werden zu prüfen sein.

Nur eine beschränkte Solidarität spielt auch zwischen Reich und Arm. Denn bloss ein verhältnismässig geringer Anteil des medizinischen Pflichtleistungskatalogs wird vom Staat via Steuern finanziert, die abhängig von Einkommen und Vermögen erhoben werden.⁵¹ Der Grossteil dagegen wird über einkommensunabhängige Kopfprämien (soweit nicht über die IPV abgestuft) finanziert und auch die Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) berücksichtigen die individuelle Leistungsfähigkeit nicht. Während es naheliegend ist, dass in einem Sozialversicherungssystem, das die medizinische Grundversorgung für alle sicherstellen soll, individuelle Risikofaktoren (wie ungünstige genetische Veranlagungen, Geburts- und andere Gebrechen, bestehende Krankheiten) oder soziale Kriterien (wie z.B. Herkunft, Sprache, Religionszugehörigkeit) für die Bemessung der Prämienhöhe keine Rolle spielen dürfen (Diskriminierungsverbot), ist es umgekehrt aber nicht zwingend, dass bei der Prämiengestaltung an der Leistungsfähigkeit orientierte Kriterien wie Einkommen oder Vermögen berücksichtigt werden müssen. Eine gerechte Lastenverteilung zwischen Arm und Reich ist wohl eine zentrale Aufgabe des Staates. Aber dies impliziert keineswegs, dass dies in jedem Einzelbereich staatlicher Tätigkeit eigens berücksichtigt werden muss. Es gilt, dass mit dem Mix sämtlicher Steuern und Zwangsabgaben insgesamt eine gerechte und effiziente Lastenverteilung erreicht werden muss. Soll ein höherer Teil der Gesundheitskosten über einkommensabhängige Steuern finanziert werden, kann dies auch über eine direkte Prämiensubventionierung durch Steuermittel erreicht werden, wie es bis zur Einführung des neuen KVGs 1996 der Fall war. Da mit dem neuen KVG jedoch nicht mehr nach dem Giesskannenprinzip Geld verteilt werden sollte, wurde das System der gezielt auf die untersten Einkommensklassen ausgerichteten Individuellen Prämienverbilligungen implementiert.

Über die gerechte Verteilung der Finanzierungslast im Gesundheitswesen – wie bei der Finanzierung aller übrigen Staatsaufgaben auch – lässt es sich sehr lange debattieren. Es gibt kein objektiv richtiges Mass für die optimale Steilheit der Steuerprogression bzw. für das „gerechte“ Ausmass der Umverteilung von Reich zu Arm. Diese Fragestellung – obwohl von absolut zentraler Bedeutung bei der Ausgestaltung eines gerechten und effizienten Steuersystems – soll hier auch gar nicht weiter diskutiert werden, weil sie für das Grundproblem ständig steigender Kosten und des damit zunehmenden Rationierungsdrucks irrelevant ist.⁵² Ich werde deshalb in den folgenden beiden Kapiteln Vorschläge diskutieren, die das ungebremste Kostenwachstum angehen und durch das Setzen richtiger Anreize auf der Angebots- und Nachfrageseite die Eigenverantwortung der Versicherten und die Effizienz der Leistungserbringer fördern sollen.

⁵¹ Neben den Individuellen Prämienverbilligungen (IPV) sind das in erster Linie die kantonalen Subventionsbeiträge an die Spitäler.

⁵² Immerhin weist das aktuelle Finanzierungssystem der sozialen Krankenversicherung über Prämien im Gegensatz zu andern Sozialversicherungen wie die Invaliditätsversicherung oder die Arbeitslosenversicherung den Vorteil auf, dass es jederzeit schuldenfrei ist. Gesundheit wird so nicht auf Pump gekauft und jährlich steigende Prämien machen transparent, dass stetig mehr Mittel in das Gesundheitswesen fliessen.

3. Finanzielle Anreize zur Verhaltenssteuerung mittels nachfrageseitiger Kostenbeteiligung

In einer Situation, in welcher der rasante (und durchaus erwünschte) Fortschritt der Medizin die Lücke zwischen dem, was machbar und dem, was finanzierbar ist, trotz zunehmendem Wohlstand stetig ausweitet, wird die Notwendigkeit, zu rationieren und faire Grenzen zu setzen, immer dringender. Erwiesenermassen sind entsprechend gesetzte *finanzielle Anreize* das wirksamste Mittel, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen dazu zu bewegen, ihren Anteil zur Rationierung⁵³ beizutragen.

3.1. Theoretische Erwägungen zur Kostenbeteiligung

Finanzielle Anreize zur kostenbewussten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen werden bei den Patienten (nachfrageseitig) dadurch gesetzt, dass sie im Krankheitsfall eine spürbare Kostenbeteiligung zu tragen haben. Diese wirkt sich doppelt positiv bzw. leistungsmindernd aus: Zum einen wird auf diese Weise die *übermässige* Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die bei vollständiger Finanzierung der Krankheitskosten durch einen Dritten (Staat und/oder Krankenversicherung) unweigerlich auftritt, reduziert.⁵⁴ Zum andern wird aber auch die Tendenz, durch die Vernachlässigung von Prävention oder durch ungesundes Verhalten höhere Erkrankungsrisiken einzugehen, weil daraus folgende Kosten nicht selber getragen werden müssen, zumindest ein Stück weit vermindert.⁵⁵ Bei einer ausreichend hohen Kostenbeteiligung lohnt es sich für den einzelnen Versicherten und Steuerzahler auch finanziell, für seine Gesundheit mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und im Krankheitsfall bei alternativen Behandlungsmöglichkeiten die kostengünstigere zu wählen oder eine zumindest rudimentäre Kosten-Nutzen-Abwägung vorzunehmen.

Kostenbeteiligungen sind unbestrittenerweise sehr wirksam bei der Dämpfung der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Dies ist bei medizinisch nicht notwendigen Leistungen erwünscht, kann im Einzelfall aber auch dazu führen, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden. Kostenbeteiligungen haben jedoch nicht nur einen Einfluss darauf, ob Leistungen in Anspruch genommen werden oder nicht, sondern sie setzen auch einen Anreiz, bei der Auswahl aus verschiedenen Behandlungsalternativen deren unterschiedliche Kostenhöhe zu berücksichtigen. So ist es etwa im

⁵³ Statt den Begriff Rationierung könnte man hier auch das Wort Rationalisierung verwenden: Sowohl angebots- wie nachfrageseitig führt eine Kostenbeteiligung dazu, dass die beanspruchte oder erbrachte Menge medizinischer Leistungen (bzw. deren Kosten) reduziert wird.

⁵⁴ In der Gesundheitsökonomie wird für dieses Phänomen der übermässigen Leistungsanspruchnahme im Krankheitsfall wegen Wegfall der Kostenübernahme der Begriff „Ex-Post Moral Hazard“ verwendet.

⁵⁵ Für diese Verhaltensänderung, die ein erhöhtes Risiko für eine Gefährdung der Gesundheit in Kauf nimmt, wenn die Folgekosten im Falle einer Erkrankung nicht selber getragen werden müssen, wird in der Gesundheitsökonomie der Begriff „Ex-Ante Moral Hazard“ verwendet.

Bereich der (privat finanzierten) Zahnmedizin üblich, vor einer grösseren Behandlung eine Offerte einzuholen, was einen Kostenvergleich zwischen verschiedenen Behandlungsvarianten und/oder Zahnärzten ermöglicht. Neben einer erhöhten Transparenz entsteht dadurch ein gewisser Wettbewerbsdruck zwischen den Leistungserbringern, der kostendämpfend wirkt.

Die verhaltenssteuernde Wirksamkeit einer Kostenbeteiligung auf Patientenseite hängt davon ab, wie stark Patienten selber Einfluss nehmen können, welche Leistungen sie in welchem Ausmass in Anspruch nehmen. Dies dürfte vor allem im ambulanten Bereich, bei Medikamenten und bei Erstkonsultationen der Fall sein. Bei stationären Behandlungen ist der Moral Hazard (siehe Fussnoten 55 und 56) weniger ausgeprägt, so dass ab einer gewissen Schwelle eine Erhöhung der Kostenbeteiligung keinen ausgeprägten Lenkungseffekt mehr bewirken dürfte.

Höhere Kostenbeteiligungen weisen jedoch neben ihren positiven Wirkungen (Kostensenkung) auch einen Nachteil auf: Sie führen zu einer teilweisen Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken. Damit gesundheitlich und/oder finanziell schwächer Gestellte nicht unzulässig belastet werden, müssen Kostenbeteiligungen abhängig von der finanziellen Situation des Einzelnen nach oben beschränkt bleiben. Es gilt, bei der konkreten Ausgestaltung der Kostenbeteiligungsregelung einen Mittelweg zu finden, der auf der einen Seite die Anreizwirkung für eine kostenbewusstere Leistungsanspruchnahme intakt lässt, auf der anderen Seite aber zu keiner übermässig starken Benachteiligung von Kranken führt.

3.2. Konkrete Vorschläge zur Änderung der Kostenbeteiligung

In der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Schweiz ist die Kostenbeteiligung für Erwachsene ab 19 Jahren so ausgestaltet, dass pro Kalenderjahr die ersten 300 Franken vom Versicherten selber übernommen werden müssen (Grundfranchise) und danach ein prozentualer Selbstbehalt von 10% bis maximal 700 Franken zur Anwendung gelangt.⁵⁶

Für Änderungen an der Kostenbeteiligung bestehen bei diesem System prinzipiell drei Möglichkeiten: Es können die Grundfranchise, der Prozentsatz des Selbstbehalts oder der Maximalbetrag des Selbstbehalts verändert werden. Statt einer einheitlichen Kostenbeteiligungsregel für alle Versicherten (wie sie heute besteht) wäre es zudem auch denkbar, unterschiedliche Varianten für bestimmte Bevölkerungsgruppen festzulegen. Drei konkrete Vorschläge zur Erhöhung der Kostenbeteiligung werden im folgenden diskutiert.

⁵⁶ Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, gegen eine Prämienreduktion freiwillig eine höhere Franchise abzuschliessen (500,1000,1500,2000 oder 2500 Franken pro Jahr). Bei Medikamenten, für die billigere Generika existieren, gilt ein Selbstbehalt von 20%. Mutterschaftsleistungen sind von der Kostenbeteiligung ausgenommen. Kinder bis 18 Jahre bezahlen keine Grundfranchise, können aber freiwillig eine Wahlfranchise bis maximal 600 Franken abschliessen. Ihr maximaler Selbstbehalt ist 350 Franken.

a) Generelle Erhöhung des prozentualen Selbstbehalts:

Eine erwägenswerte Möglichkeit zur Erhöhung der Kostenbeteiligung, die deren positive Lenkungseffekte verstärkt, ohne eine allzu starke Benachteiligung von Kranken nach sich zu ziehen, besteht darin, dass der Prozentsatz des Selbstbehalts bei gleichem jährlichem Maximalbetrag erhöht wird. Patienten mit hohen Leistungen würden dabei – wenn der jährliche Maximalbetrag unverändert bei 700 Franken bleibt – nicht mehr bezahlen als heute, nämlich 300 Franken Franchise plus maximal 700 Franken Selbstbehalt. Ein höherer prozentualer Selbstbehalt würde für sie bloss bedeuten, dass sie den Kostenbeteiligungsplafond von 1'000 Franken schneller als bisher erreichen. Stärker als heute belastet würden dagegen Kranke mit relativ tiefen Leistungen. Ihre Kostenbeteiligung würde sich erhöhen und entsprechend würde sich für sie eine kostenbewusstere Leistungsanspruchnahme bis zur Erreichung des Maximalbetrags verstärkt lohnen. Der gewünschte Lenkungseffekt würde im Bereich tiefer Gesundheitskosten auf diese Weise deutlich verstärkt, ohne dass dadurch Kranke mit hohen Kosten mehr bezahlen müssten.

Bei einem Selbstbehalt von z.B. 25% könnten die Prämien schon wegen des höheren Selbstfinanzierungsanteils bei den Leistungskosten um mindestens 3.3% gesenkt werden.⁵⁷ Abhängig von der Stärke des angestrebten Lenkungseffekts fiel die Prämienenkung jedoch noch weit deutlicher aus. Wie hoch die zusätzlichen Einsparungen wären, die aus der erwarteten Reduktion der Leistungsmenge und aufgrund der Substitution teurer Behandlungsalternativen durch kostengünstigere resultieren würden, lässt sich nicht ohne weiteres vorhersagen. Doch hat die per 1. Januar 2007 neu eingeführte höhere Selbstbeteiligung für Medikamente, für welche billigere Generika existieren, mehr als deutlich gezeigt, welches hohe Einsparungs- resp. Substitutionspotential tatsächlich realisiert werden kann, wenn entsprechende finanzielle Anreize gesetzt werden.

Bis zum Erreichen des Maximalbetrags wird der Lenkungseffekt durch einen höheren prozentualen Selbstbehalt verstärkt. Nachteilig – bezogen auf den angestrebten Lenkungseffekt – wirkt es sich jedoch aus, dass bei gleichbleibendem Maximalbetrag die Schwelle, bis zu der sich Sparanstrengungen lohnen, gesenkt wird. Zusätzlich wäre daher zu erwägen, parallel zur Erhöhung des prozentualen Selbstbehalts auch den jährlichen Maximalbetrag des Selbstbehalts zu erhöhen. Dadurch würde die Schwelle, bis zu der ein Lenkungseffekt besteht, weniger stark reduziert und die Wirksamkeit der Kostenbeteiligung in Bezug auf die Leistungsreduktion weiter verstärkt. So würde sich der direkte Prämienenkungseffekt aufgrund des höheren Selbstfinanzierungsanteils bei einem Selbstbehalt von 25% gleich von 3.3% auf 6.6% verdoppeln, wenn zusätzlich der jährliche Maximalbetrag von 700 auf 1'200 Franken angehoben würde. Hinzu kämen die zusätzlichen Einsparungen der verstärkten Lenkungswirkung.

⁵⁷ Die Höhe der hier und weiter unten aufgeführten Prämienenkungseffekte beruht auf unpublizierten Simulationsrechnungen der Abteilung Mathematik & Statistik der CSS Versicherung.

Auf der andern Seite hätte eine Erhöhung des jährlichen Maximalbetrags im Vergleich zur Ausgangssituation eine höhere Belastung nicht nur der tiefen, sondern eben auch der hohen Leistungsbezüger zur Folge. Für die unterste Einkommensklasse müsste bei hohem Leistungsbezug daher möglicherweise eine Teilsubventionierung der Kostenbeteiligung durch Steuermittel in Betracht gezogen werden, die analog zu den bestehenden Individuellen Prämienverbilligungen für die unterste Einkommensklasse eine zu hohe finanzielle Belastung abfedern würde. Doch angesichts der Tatsache, dass sich knapp 90% der erwachsenen Bevölkerung zusätzlich zur obligatorischen Grundversicherung freiwillige Zusatzversicherungen von im Schnitt fast 1'000 Franken pro Kopf und Jahr leisten, erscheint eine Erhöhung des *maximalen* Selbstbehaltes um beispielsweise 500 Franken durchaus vertretbar. Dies gilt um so mehr, als dass Kostenbeteiligungen im Gegensatz zu Prämien nicht laufend, sondern nur im Krankheitsfall anfallen und auch dann häufig den Maximalbetrag nicht erreichen.

b) Staffelung der Kostenbeteiligung nach der Einkommenshöhe:

Als Alternative zu einer *generellen* Erhöhung des Selbstbehaltes wäre auch eine Staffelung der Kostenbeteiligung nach der Einkommenshöhe denkbar. Finanziell bessergestellte Personen würden damit einen grösseren Teil ihrer Gesundheitskosten aus eigenen Mitteln bezahlen und die Allgemeinheit entsprechend entlasten. Auch hier kommt zur direkten Entlastung aufgrund der höheren Kostenbeteiligung zusätzlich die Lenkungswirkung zum Tragen. Die maximale Kostenbeteiligung könnte abhängig von der Höhe des individuellen Einkommens von 1'000 Franken (aktueller Maximalbetrag) bis zu einem Maximalbetrag von z.B. 10'000 Franken pro Jahr ansteigen. Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung würde so vermehrt darauf ausgerichtet, als eigentliche Grossrisikoversicherung Leistungen nur in jenem Ausmass zu übernehmen, wie es vom Einzelnen nicht selber getragen werden kann. Neben der Anreizwirkung höherer Kostenbeteiligungen zur kostenbewussteren Leistungsanspruchnahme käme bei diesem Vorschlag bewusst eine verstärkte Berücksichtigung der individuellen Einkommenssituation zum Zuge.

Um jedoch chronisch Kranke – auch wenn sie sehr vermögend sind – nicht systematisch zu benachteiligen, könnte ergänzend eine Regelung getroffen werden, dass nach einer Frist von beispielsweise drei Jahren mit stetem Ausschöpfen der maximalen Kostenbeteiligung die Maximallimite ab dem Folgejahr gesenkt würde. Akute und einmalige Krankheitsfälle würden auf diese Weise im Vergleich zu chronischen Krankheiten stärker belastet. Eine stärkere Kostenbeteiligung käme so automatisch auch bei den häufig im letzten Lebensjahr anfallenden sehr hohen Krankheitskosten zum Zuge.

c) Staffelung der Kostenbeteiligung nach dem Alter:

Als weitere Alternative zu einer *generellen* Erhöhung des Selbstbehaltes wäre statt einer Staffelung der Kostenbeteiligung nach der Einkommenshöhe eine Staffelung nach dem Alter denkbar. Hält man sich vor Augen, dass nicht nur die durchschnittlichen Gesundheitskosten mit dem Alter massiv steigen, sondern auch das Pro-Kopf-Ausgabenwachstum gerade bei älteren Versicherten überdurchschnittlich hoch ist,⁵⁸ so liegt es auf der Hand, auch über eine Regelung nachzudenken, die mit dem Alter steigende Kostenbeteiligungen vorsieht.⁵⁹

Das Ausgabenwachstum bei den Älteren führt zu einer stetig zunehmenden pauschalen Umverteilung von Jung zu Alt, während gleichzeitig Vermögensstatistiken zeigen, dass ein Grossteil der Vermögen bei den Älteren liegt und dass diese Vermögenskonzentration aufgrund der höheren Lebenserwartung noch weiter zunimmt. Die Gleichung „Alt gleich Arm“ gilt heute nicht mehr.⁶⁰ Vielmehr sind es heute insbesondere junge Familien und Alleinerziehende, die finanzielle Unterstützung (u.a. auch Prämienverbilligungen) benötigen.

Auch bei diesem Vorschlag – mit dem Alter steigende Kostenbeteiligungen – müsste die individuelle Einkommenssituation berücksichtigt werden. Wer alt *und* arm ist, müsste eine Teilsubventionierung seiner Kostenbeteiligung durch Steuermittel erhalten.

3.3. Beurteilung von Kostenbeteiligungen auf Seite der Versicherten

Kostenbeteiligungen führen zu einer Stärkung der Eigenverantwortung eines jeden für seine eigene Gesundheit und berücksichtigen so in verstärktem Mass das *Subsidiaritätsprinzip*. Wolfgang Kersting schreibt zum Stichwort Eigenverantwortlichkeit:

„Es ist [...] nicht nur ökonomisch vorteilhaft, sondern geradezu moralisch geboten, wenn die individuelle Gesundheitsversorgung wieder stärker sowohl durch die vorteilsorientierte Rationalität der sich selbst versorgenden Konsumenten als auch durch den Gedanken der Eigenverantwortlichkeit der Individuen für ihre Gesundheit bestimmt werden kann; wenn das Gesundheitsversorgungssystem individuelle Gesundheitsautonomie ermutigt und nicht erschwert, wenn die wohlfahrtsstaatliche Heteronomie im Gesundheitswesen durch sowohl ökonomische als auch ethische Selbstbeteiligung gemindert wird.“⁶¹

Auf der andern Seite bewirken höhere Kostenbeteiligungen eine Schlechterstellung von Kranken gegenüber Gesunden und damit eine gewisse Entsolidarisierung. Resultierende Effizienzgewinne und daraus folgende tiefere Prämien verteilen sich dagegen gleichermassen

⁵⁸ Vgl. Steinmann, Lukas / Telser, Harry: Gesundheitskosten in einer alternden Gesellschaft (2007), S. 248-253 sowie Marckmann, Georg: Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung (2006), S. 165-168.

⁵⁹ Geht es nur um das Umverteilungsargument, so könnte man natürlich auch für mit dem Alter steigende Prämien plädieren. Aber da dies eine reine Änderung auf der Finanzierungsseite bedeuten würde, die keinerlei Steuerwirkung auf die Kostenhöhe nach sich zieht, soll diese Idee hier nicht weiterverfolgt werden.

⁶⁰ Vgl. Steinmann, Lukas / Telser, Harry: Gesundheitskosten in einer alternden Gesellschaft (2007), S. 254.

⁶¹ Kersting, Wolfgang: Gerechtigkeit und Medizin (1995), S. 66.

auf Gesunde und Kranke. Entschärft werden diese Nachteile dann, wenn eine Koppelung der Höhe der Kostenbeteiligung an die individuelle Einkommens- und Vermögenssituation erfolgt und wenn dafür gesorgt wird, dass chronisch Kranke im Vergleich zu Kranken mit akuten oder einmaligen Krankheiten eine tiefere Kostenbeteiligung zu tragen haben. Solange die Höhe der Kostenbeteiligung im Rahmen der individuellen Leistungsfähigkeit bleibt, kann auch argumentiert werden, dass Leistungsbezüger mit ihrer Kostenbeteiligung die Hilfe der Gemeinschaft in dem Ausmass nicht in Anspruch nehmen, das sie aus eigener Kraft zu tragen vermögen. Auch dies ist ein Gebot des *Solidaritätsprinzips*, das neben der Unterstützungspflicht der Gemeinschaft für ihre bedürftigen Mitglieder auch umgekehrt eine Verpflichtung des Einzelnen gegenüber der Solidargemeinschaft vorsieht.

Mit einem Teil der Mittel, die durch Effizienzgewinne frei werden, können gezielt jene Personen besser unterstützt werden, die darauf tatsächlich auch angewiesen sind. Entscheidend ist hier – wie bei jeder staatlichen Sozialhilfe – dass bei der konkreten Ausgestaltung der Unterstützung die Eigenverantwortung gefördert und keine negativen Anreizwirkungen gesetzt werden.

4. Kostenbeteiligung auf der Angebotsseite

4.1. Budgetverantwortung für Ärzte

Auf Seite der Leistungserbringer (angebotsseitig) bedeutet das Setzen von finanziellen Anreizen für eine kostenbewusste(re) und effiziente Leistungserbringung, dass diese in einem beschränkten Ausmass eine finanzielle Mitverantwortung übernehmen müssen. Das gegenwärtig vorherrschende Einzelleistungsvergütungssystem, das auf Seiten der Ärzte Anreize für Mengenausweitung und Überversorgung setzt, muss ersetzt werden durch ein Vergütungssystem, das den Ärzten eine *Budgetmitverantwortung* auferlegt.

In einer Welt knapper Mittel können sich die Ärzte nicht davor drücken, auch Kostenüberlegungen in ihrer Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Auf der Mikroebene müssen die behandelnden Ärzte in jedem Einzelfall entscheiden, wie viel medizinischer Aufwand durch den zu erwartenden Nutzen noch gerechtfertigt wird.⁶² Denn eine Berufsethik, die in Anlehnung an den Eid des Hippokrates allein auf das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis zentriert ist, ungeachtet der Kosten eine Maximalmedizin zugunsten des Patienten fordert und realitätsfremd die Knappheit der verfügbaren Ressourcen bzw. die Pflichten gegenüber der Gemeinschaft ganz ausser acht lässt, kann für das heutige Gesundheitswesen nicht mehr genügen. Eine Haltung, die davon ausgeht, dass sich die Medizin nicht um die Kosten kümmern dürfe, ist in höchstem Mass verantwortungslos und unethisch, weil sie eine Verschwendung knapper Mittel impliziert. Denn wie bei jeder andern Mittelverwendung stellt sich auch hier die Frage nach den *Opportunitätskosten*, d.h., auf welche alternative nutzenbringende Verwendungsmöglichkeiten verzichtet werden muss.⁶³

Managed Care Modelle (HMOs und Hausarztssysteme) sind Institutionen, in denen Ärzte Verantwortung nicht nur für den einzelnen Patienten, sondern explizit auch für das Gesamtkollektiv der im Modell versicherten Solidargemeinschaft übernehmen. Eine finanzielle Mitverantwortung für die Kosten der Leistungserbringung wird dadurch impliziert, dass die Ärzte bzw. die HMO nicht via Einzelleistungsvergütung für ihre Arbeit entschädigt werden, sondern vom Krankenversicherer für jede im Modell versicherte Person eine risikoadjustierte jährliche Pauschalzahlung, eine sogenannte *Capitation*, erhalten. Aus dieser Capitation müssen (bis zu einem bestimmten Maximalbetrag) sämtliche Leistungen der Patienten – und zwar sowohl die selber erbrachten wie auch alle veranlassten – finanziert werden.⁶⁴ Der Arzt übt in diesem Falle eine finanzielle Kontrolle über alle nachgelagerten Stufen der gesamten

⁶² Vgl. Huber, Felix: *Managed Care als Alternative zur Rationierung?* (2007), S. 271.

⁶³ Aus ökonomischer Sicht bedeutet das, dass die optimale Menge der erbrachten medizinischen Leistungen nicht der Sättigungsmenge entspricht, wo mit zusätzlichem Aufwand kein zusätzlicher Nutzen mehr erzielt werden kann, sondern nur jener geringeren Menge, bei der das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielt wird.

⁶⁴ Die Höhe der Capitation richtet sich dabei idealerweise für jeden Versicherten nach einer Reihe von individuellen Risikofaktoren.

Behandlungskette aus und übernimmt so eine wichtige Steuerungsfunktion für einen nicht nur aus medizinischer Sicht, sondern auch aus Kostensicht optimalen Behandlungspfad. Die Wahrnehmung dieser Steuerungsfunktion ist darum möglich, weil die Versicherten in diesen Modellen sich verpflichten, ausser in Notfällen immer zuerst ihren Haus- oder HMO-Arzt aufzusuchen. Dieser legt dann die weitere Behandlung fest und verordnet nötigenfalls die Überweisung an einen Fachspezialisten oder in ein Spital. Dieses System einer erweiterten Verantwortlichkeit des Arztes, in welchem er quasi als „Türhüter“ (Gatekeeper) für den Eintritt in die Gesundheitsversorgung wirkt, wird als „Gatekeeping“ bezeichnet.

Mit einer Finanzierung medizinischer Leistungen über Kopfpauschalen statt via Einzelleistungsvergütung werden die finanziellen Anreize für die Ärzte zugunsten eines kostenbewussten Behandlungsstils verändert. Überversorgung wird nicht mehr honoriert. Wichtig ist daher aus Patientensicht, dass die Anreize nicht so stark ausgestaltet werden, dass stattdessen eine Unterversorgung droht. Der Interessenkonflikt für den Arzt, der sich aus der Änderung seines Vergütungssystems ergibt, darf nicht so gross werden, dass dadurch das auch für den Heilungsprozess eminent wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zerstört wird. Das Verlustrisiko einerseits und das Gewinnpotential andererseits müssen sich für den einzelnen Arzt daher in relativ engen Grenzen bewegen. Dies kann durch eine Grossrisikoversicherung für teure Fälle sowie durch eine Beschränkung der maximalen Gewinne und Verluste erreicht werden.⁶⁵

4.2. Fallpauschalen und monistische Finanzierung für Spitäler

Nicht weniger als im ambulanten Bereich ist es auch im stationären Sektor der Gesundheitsversorgung von grosser Bedeutung, dass das Vergütungssystem Anreize für eine effiziente Leistungserbringung enthält. Einige Beispiele sollen erläutern, inwiefern falsche Anreize im Spitalbereich zu einem ineffizienten Behandlungsstil und damit zu überhöhten Gesundheitskosten führen: Die (noch) übliche Vergütung stationärer Leistungen über Tagespauschalen führt tendenziell zu unnötig langen Verweildauern, weil sich eine möglichst hohe Bettenauslastung für das einzelne Spital lohnt. Umgekehrt bestehen für das Spital starke Anreize, Patienten möglichst ambulant zu behandeln, weil dann die Vergütung zu hundert Prozent über die Krankenkassen erfolgt und der steuerfinanzierte Beitrag zulasten der Spitalrechnung wegfällt. Bei Patienten mit einer Zusatzversicherung für die halbprivate oder private Abteilung schliesslich wurde nachgewiesen, dass bei ihnen für bestimmte Operationen die Operationshäufigkeit unabhängig von Alter, Geschlecht oder Sprachregion im Vergleich zu nur allgemein versicherten Patienten signifikant höher liegt.⁶⁶ Die höchsten Prävalenzen finden

⁶⁵ Zur konkreten Ausgestaltung von Entschädigungssystemen für Ärzte mit Budgetverantwortung siehe Roos, Andreas: Ethische Überlegungen zu Managed Care (1999), S. 45f. und Sommer, Jürg H.: Muddling Through Elegantly (2001), S. 30-32.

⁶⁶ Vgl. Bisig, Brigitte et al.: Die Häufigkeit von Operationen in der Schweiz nach Versicherungsstatus (1998).

sich bei Halbprivat-/Privatversicherten mit tiefer Schulbildung. Der Grund für diese grössere Operationshäufigkeit bei höher versicherten Patienten liegt auf der Hand: Für sie können deutlich höhere Tarife verrechnet werden, was ihre Behandlung lukrativ macht. Weil jedoch auch bei diesen Patienten ein gleich hoher Kostenanteil wie bei allgemein Versicherten zu lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechnet wird, führt diese erhöhte Operationshäufigkeit auch dort zu medizinisch nicht indizierten höheren Kosten.

Die Änderung des Vergütungssystems weg von undifferenzierten Tages- oder Abteilungspauschalen hin zu *diagnosebezogenen Fallpauschalen* (DRG-System)⁶⁷, wie es ab 2012 in der Schweiz vorgesehen ist, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Für die Spitäler fällt so der Anreiz weg, die Aufenthaltsdauer ihrer Patienten möglichst lange auszudehnen, um ihr Einkommen zu erhöhen. Vielmehr lohnt es sich für ein Spital, einerseits Optimierungsmöglichkeiten in der Leistungserbringung auszuschöpfen und andererseits sich auf jene Bereiche zu spezialisieren, wo es im Vergleich zu andern Spitälern einen Kostenvorteil aufweist. Die erhöhte Transparenz und Vergleichsmöglichkeit zwischen den einzelnen Spitälern verstärkt den Wettbewerb zwischen den Spitälern und erhöht den Druck für mehr Wirtschaftlichkeit, birgt aber auch die Gefahr, dass „unrentable“ Patienten zu früh entlassen werden.

Ebenfalls wettbewerbsfördernd wirkt sich aus, dass ab 2012 der Kantonsbeitrag nicht nur für Behandlungen in öffentlichen, sondern auch in privaten Spitälern geleistet werden muss, sofern diese auf der kantonalen Spitalliste figurieren. Damit fällt die zuungunsten der Privatspitäler bestehende Wettbewerbsverzerrung weg. Die Fehlanreize dagegen, die sich aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsart bei stationären und bei ambulanten Behandlungen ergeben, können nur vermieden werden, wenn die gesamte Finanzierung monistisch, d.h., aus einer Hand, erfolgt. Wenn als Alternative die Spitäler auch bei ambulanten Behandlungen die Hälfte der Kosten übernehmen würden, gäbe es zwar keine Fehlanreize mehr zwischen stationären und ambulanten Spitalbehandlungen, aber das Problem würde dann verlagert auf eine Ungleichbehandlung von Spitälern und übrigen ambulanten Leistungserbringern. Das Problem (zu) hoher Operationshäufigkeit schliesslich kann am ehesten durch das vermehrte Einholen von Zweitmeinungen und das Schaffen von mehr Transparenz mittels öffentlich zugänglichen Spitalvergleichen angegangen werden.

Als Hemmschuh für eine effiziente Gestaltung der Spitallandschaft auf einer Makroebene erweist sich die kantonale Zuständigkeit für das Spitalwesen. Eine gesamtschweizerische Koordination der Spitalplanung auf Basis von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ist damit faktisch verunmöglicht. Dies zeigt sich am deutlichsten im Bereich der Spitzenmedizin, wo seit Jahren ein Kampf zwischen den einzelnen Kompetenzzentren geführt wird. Ob die

⁶⁷ DRG steht für Diagnosis Related Groups. Behandlungsfälle von Akutspitälern werden in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt. Spitalleistungen werden in einem DRG-System aufgrund dieser diagnosebezogenen Fallgruppen mit Pauschalen vergütet.

aktuelle (und regional stark unterschiedliche) Spitaldichte tatsächlich das Optimum für eine gute und einheitliche Gesundheitsversorgung darstellt oder ob nicht aus regionalpolitischen Überlegungen teure Überkapazitäten aufrecht erhalten werden, ist zumindest fraglich. Eine weitere kostentreibende institutionelle Besonderheit besteht darin, dass die Kantone in einer Doppelrolle gleichzeitig sowohl Betreiber von Spitälern sind als auch als Tarifgenehmigungs- resp. -festsetzungsbehörde die Spitaltarife hoheitlich festsetzen können. Verstärkte Transparenz, mehr Kompetenzen in der Spitalplanung auf Bundesebene und eine Entflechtung von Interessenskonflikten sind angezeigt, um Ineffizienzen im stationären Bereich zu mindern.

4.3. Beurteilung von Kostenbeteiligung auf Seite der Leistungserbringer

Eine Erhöhung der (produktionstechnischen) Effizienz in der Leistungserbringung und eine Förderung nicht nur von Produkt- sondern auch von Prozessinnovation kann durch das Setzen entsprechender Anreize für die Leistungserbringer mittels geeigneter Vergütungssysteme erreicht werden. Die Auferlegung von Budgetmitverantwortung für Ärzte im Rahmen von Managed Care Modellen und das System leistungsorientierter diagnosebezogener Fallpauschalen zur Abgeltung von Spitalleistungen bergen neben den erwünschten Steuerungs- und Effizienzförderungseffekten jedoch auch Risiken, die aus ethischer Sicht Beachtung finden müssen. So besteht bei einer zu weitgehenden finanziellen Mitverantwortung der Ärzte die Gefahr einer Unterversorgung. Im stationären Bereich birgt die erwünschte Reduktion der Aufenthaltsdauer die Gefahr, dass es zu „blutigen Entlassungen“ kommt (wenn Patienten aus Spargründen zu früh nach Hause geschickt werden) oder dass gezielte Patientenselektion („Rosinenpickerei“) betrieben wird, indem Patienten, deren Behandlung wenig lukrativ ist, abgeschoben oder in eine teurere Fallgruppe („Upcoding“) umgeteilt werden.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass parallel zur Erhöhung des Drucks zu einer effizienten Leistungserbringung auch Massnahmen zur Sicherung der Qualität sowie zur Verbesserung der Transparenz und der Vergleichbarkeit unternommen werden. Ein therapeutisches Ethos, das sich am Patientenwohl und an der Schadensabwendung orientiert, ist nach wie vor von zentraler Bedeutung.

5. Zusammenfassung und Schlussüberlegungen

Bei der Gesundheit handelt es sich um ein konditionales Gut, „ohne das alles nichts ist“. Ein Mindestmass an Gesundheit ist damit eine Grundvoraussetzung für ein selbstbestimmtes, menschenwürdiges Leben. Darum ist aus einer ethischen Sicht, die sich am christlichen Menschenbild orientiert und die Personalität und Würde eines jeden Menschen ins Zentrum stellt, eine gerechte Verteilung von medizinischen Leistungen von grosser Bedeutung. Diese soll sich dabei hauptsächlich nach der individuellen Bedürftigkeit richten und – zumindest im Bereich der medizinischen Grundversorgung – einen möglichst gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle gewähren. In einem reinen Marktsystem würde die Verteilung von Gesundheitsgütern ausschliesslich über den Preis bzw. über die Zahlungsbereitschaft und -fähigkeit der einzelnen Individuen gesteuert. Dies würde zwar wohl zu einer weitgehend effizienten und optimal an den individuellen Präferenzen orientierten Allokation der eingesetzten Mittel führen, nicht aber zu einer fairen und bedürfnisgerechten Verteilung. Viele könnten sich im Krankheitsfall teure medizinische Behandlungen gar nicht leisten. Deshalb muss zumindest im Bereich der medizinischen Grundversorgung der Staat durch ein solidarisches Finanzierungssystem dafür sorgen, dass unabhängig von der Zahlungsfähigkeit alle einen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

Der Preis für diese aus Gerechtigkeitsgründen gebotene Ausserkraftsetzung des Markt- bzw. Preissystems sind Ineffizienzen auf der Nachfrage- und der Angebotsseite. Zum einen entsteht eine Übernachfrage nach medizinischen Leistungen, die – weil von der Gesellschaft nicht unbeschränkt finanzierbar – durch Rationierung begrenzt werden muss. Zum andern fehlt auf der Angebotsseite der Druck für eine effiziente Leistungserbringung. So setzt beispielsweise das im ambulanten Bereich noch immer vorherrschende System der mengenabhängigen Einzelleistungsvergütung (fee-for-service) Anreize für Übermedikalisierung, während die im stationären Bereich (noch) üblichen Vergütungen über Tagespauschalen Anreize für zu hohe Verweildauern setzen. Die gerechtigkeitsethisch motivierte Einschränkung des Marktsystems im Gesundheitswesen führt so zu zwei ethisch ebenfalls heiklen Folgeproblemen: Zu einer ineffizienten Verwendung von knappen Ressourcen, die anderweitig nutzbringender eingesetzt werden könnten, und zur Schwierigkeit, medizinische Leistungen fair zu rationieren. Hinzu kommt, dass bei einer zu weitgehenden Entkoppelung von Preis und Leistung die Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit geschwächt und die Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten sowie für Investitionen in die Prävention gemindert werden. Dadurch droht das System der solidarisch finanzierten medizinischen Grundversorgung zu kollabieren, was gerade die am meisten Bedürftigen am stärksten treffen würde.

Wenn – um diese Gefahr abzuwenden – jene Instrumente gestärkt werden sollen, welche gezielt die Eigenverantwortung auf der Nachfrage- und die Effizienz auf der Angebotsseite erhöhen, dann stellt sich für die Gesundheitspolitik eine überaus anspruchsvolle Aufgabe:

Sie muss zwischen dem Übel einer weniger gerechten Verteilung der Finanzierungslast medizinischer Leistungen und der Gefahr einer verminderten Versorgungsgerechtigkeit einerseits und dem Übel von Ineffizienz und verstärktem Rationierungszwang andererseits einen praktikablen, ethisch akzeptier- und ökonomisch realisierbaren Mittelweg finden. Welcher Weg auch immer beschritten wird, eine ethische Dilemmasituation kann nicht vermieden werden, da auch der Versuch, den Rationierungsdruck zu ignorieren und blindlings am Status quo resp. am Glauben festzuhalten, alles medizinisch Machbare sei auch für alle finanzierbar, zum Vornherein zum Scheitern verurteilt ist.

Mehr Eigenverantwortung auf Seiten der Versicherten kann durch eine Erhöhung der Kostenbeteiligung gefördert werden. Höhere Kostenbeteiligungen setzen Anreize für eine Verbesserung der Gesundheitsprävention sowie für eine kostenbewusstere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Krankheitsfall. Die Eigenverantwortung des Einzelnen wird gestärkt und die Solidargemeinschaft entsprechend entlastet. Aus ethischer Sicht ist dabei wichtig, dass die finanzielle Belastung von Kranken in einem Rahmen bleibt, der vom Einzelnen tragbar ist. Insbesondere chronisch Kranke und Personen mit tiefem Einkommen dürfen nicht übermässig belastet werden. Wenn bei der Höhe der Kostenbeteiligung die individuelle Einkommens- und Vermögenssituation mitberücksichtigt wird, kann die aus ethischer Sicht problematische Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden gemildert werden. Alternativ oder in Kombination dazu wäre auch eine Variante prüfenswert, bei der mit steigendem Alter die Höhe der Kostenbeteiligungen zunimmt. So würde die Umverteilung von jung zu alt vermindert und die Intergenerationengerechtigkeit besser gewährleistet.

Finanzielle Mitverantwortung auf Seiten der Leistungserbringer setzt Anreize für eine kostenbewusstere Leistungserbringung. Neben der Qualität medizinischer Leistungen werden so auch Kostenüberlegungen relevant. Da aber dabei die Gefahr besteht, über das Ziel hinauszuschiessen, ist bei der konkreten Ausgestaltung der Budgetmitverantwortung sorgfältig darauf zu achten, dass das nötige Augenmass gewährt bleibt. Denn statt einer Überversorgung droht sonst eine Unterversorgung. Im stationären Bereich geht es darum, für eine effiziente Spitalplanung zu sorgen und über leistungsorientierte und transparenzfördernde Vergütungssysteme den Wettbewerb zwischen den einzelnen Spitälern verstärkt zu fördern, weil dieser am besten in der Lage ist, Druck für eine höhere Wirtschaftlichkeit zu erzeugen. Fehlanreize durch geteilte Verantwortlichkeiten bei der Spitalfinanzierung können durch die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems beseitigt werden.

Wichtig ist, dass für die einzelnen Individuen eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen besteht – auch und gerade im Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nur so hat der einzelne Versicherte die Möglichkeit, seine Präferenz für mehr oder weniger Eigenverantwortung, für mehr oder weniger finanzielles Risiko sowie für mehr oder weniger Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Leistungserbringer zum Aus-

druck zu bringen. Wer zugunsten einer tieferen Versicherungsprämie ein Modell wählt, das eine höhere Kostenbeteiligung vorsieht oder einen Verzicht auf die freie Arztwahl erfordert, äussert so seine Präferenz für eine kostengünstige Versorgung. Im ersten Fall ist er bereit, bei einer höheren Kostenbeteiligung mehr Eigenverantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. Im zweiten Fall erklärt er sich explizit damit einverstanden, dass sein Hausarzt bzw. sein HMO-Arzt bei seinen Behandlungsentscheiden auch die Kostenseite berücksichtigt und die freie Arztwahl eingeschränkt ist. Im Gegenzug hat er durch die Prämienersparnis mehr Mittel zur Verfügung, die er in seine private Gesundheitsvorsorge investieren oder für alternative Zwecke ausgeben kann. Wer im Krankheitsfall dagegen nur eine minimale Kostenbeteiligung auf sich nehmen will, zu keiner Einschränkung bei der Arztwahl bereit ist und den Einbezug von Kostenüberlegungen beim Behandlungsstil scheut, soll ebenfalls die freie Wahl haben, sich – gegen eine entsprechend höhere Versicherungsprämie – für ein weniger restriktives Versicherungsmodell entscheiden zu können.

Reine Fragen der Finanzierung – wer bezahlt wie viel Prämien und/oder Steuern – wurden in dieser Arbeit bewusst nur am Rande behandelt. Es ging hauptsächlich darum, solche Vorschläge zu erörtern, die entweder einen Beitrag für mehr Eigenverantwortung und Selbstbeschränkung auf der Nachfrageseite zu leisten vermögen oder zu mehr Effizienz bei der Leistungserbringung führen. Beides ist unerlässlich, wenn das bis anhin ungebremste Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen nachhaltig eingedämmt und die Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung auch in Zukunft gewährleistet werden soll. Ein reines Herumschrauben an der Verteilung der Finanzierungslast mag zwar sozialpolitisch durchaus sinnvoll und vor allem für eine gerechte Ausgestaltung des Steuersystems als Ganzes unerlässlich sein, leistet aber auf der Kostenseite des Gesundheitswesens überhaupt keinen Beitrag zur Problemlösung und vermag ebenso wenig die Rationierungsthematik zu entschärfen.

Auch eine sozialverträglich ausgestaltete verstärkte Kostenbeteiligung auf Seiten der Versicherten und mehr Effizienz auf Seiten der Leistungserbringer werden jedoch angesichts der ständigen Ausweitung des medizinisch Machbaren nicht in der Lage sein, die Rationierungsproblematik zu umgehen und diesbezügliche Diskussionen unnötig zu machen. Das Setzen finanzieller Anreize allein ist nicht das Allerweltsheilmittel. Aber weil diese aufgrund ihrer Lenkungswirkung unbestrittenermassen ein sehr wirkungsvolles Instrument für mehr Effizienz sind, sollte nicht darauf verzichtet werden.

Darüber hinaus wird es unumgänglich sein, sich als Gesellschaft grundsätzlich Gedanken zu machen über die Ziele der Medizin und die Heilserwartungen, die hinter dem Versuch stehen, Krankheit und Tod als menschliche Gegebenheiten möglichst zu verdrängen. Es stellen sich Fragen nach dem Sinn und Unsinn immer grösserer Investitionen in die Gesundheitsversorgung. Gesundheitswahn und Machbarkeitswahn werfen die Frage auf, was ein gutes Leben ausmacht und wie ein würdevolles Altern und Sterben gewährleistet werden kann.

Konkurrenzierende Ziele – im Falle des Gesundheitswesens Gerechtigkeit und Effizienz – bedürfen einer Abwägung, da eine einseitige Verfolgung nur des einen Ziels auf Kosten des andern geht. Dabei ist zu beachten, dass nicht nur der Gerechtigkeit, sondern durchaus auch der Effizienz eine ethische Qualität zukommt. Verschwendung von Ressourcen ist nicht nur ökonomisch unsinnig. Umgekehrt gilt jedoch ebenso sehr, dass die Schaffung sozialer Gerechtigkeit auch ökonomisch wichtig ist. Die im Untertitel dieser Arbeit formulierte „Suche nach dem optimalen Mittelweg zwischen sozialer Gerechtigkeit und ökonomischer Effizienz“ ist damit vielleicht etwas zu vereinfachend formuliert, weil es sich im Endeffekt gar nicht so klar um zwei sich gegenseitig nur ausschliessende, sondern um zwei sich gegenseitig durchaus auch bedingende Grössen handelt.

Beim Thema „Rationierung im Gesundheitswesen“ geht es um die Beurteilung von alternativen Verfahren zur Allokation knapper Ressourcen. Aus ökonomischer Sicht steht dabei zunächst einmal der Aspekt der allokativen Effizienz unterschiedlicher Verfahren klar im Vordergrund. Diese kann und darf aber nie alleiniges Beurteilungskriterium sein. So ist stets danach zu fragen, welches die ethischen Leitplanken sind, die notwendigerweise einzuhalten sind und für die ein Verlust an Effizienz zwingend in Kauf zu nehmen ist. Für eine am christlichen Menschenbild orientierte Ethik bestehen diese Leitplanken in einer unbedingten Beachtung der unantastbaren Würde eines jeden Menschen. Wenn diese ethischen Vorgaben eingehalten sind, so kommt angesichts der Ressourcenknappheit einer Förderung der Effizienz auch aus ethischer Sicht erste Priorität zu. Insofern hoffe ich, dass es mir gelungen ist, mit dieser Arbeit einige Denkanstösse zu geben, wie mit einer Optimierung der finanziellen Anreize und mit Verbesserungen bei der institutionellen Ausgestaltung des Gesundheitswesens unter Wahrung der ethisch gebotenen bedürfnisorientierten Verteilungsgerechtigkeit mehr Effizienz und Wahlfreiheit erreicht werden könnten. Je besser es gelingt, die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen, desto geringer wird der Zwang, Rationierungsmassnahmen einzuführen, die ihrerseits ebenfalls nicht zu unterschätzende ethische Fragen aufwerfen.

6. Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt meiner Frau Catherine Keller für die sorgfältige redaktionelle Überarbeitung des Textes, das hartnäckige Rückfragen bei Unklarheiten und vor allem auch für die stetige aufmunternde Unterstützung und Begleitung während der Abfassung dieser Arbeit. Ohne ihren grossen Rückhalt hätte ich diese Arbeit nicht verfassen können. Meinem Dozenten im Fach Angewandte Ethik, Herrn Dr. Thomas Wallimann, danke ich für die gute Betreuung und die Vermittlung der ethischen Grundlagen und Literaturhinweise. Ein weiterer Dank geht sodann an Herrn Dr. Markus Zimmermann-Acklin, der mir in einem ergiebigen Gespräch gute Denkanstösse und wertvolle Literaturtipps vermittelt hat. Der CSS Versicherung schliesslich bin ich zu Dank verpflichtet für das Zurverfügungstellen der Daten für die Simulationsrechnung der verschiedenen Kostenbeteiligungsvarianten.

7. Literaturverzeichnis

- Baumgartner, Alois: *Personalität*. In: Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.): *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Bd. 1, Grundlagen. Regensburg: Pustet, 2004, S. 265-269.
- Baumgartner, Alois: *Solidarität*. In: Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.): *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Bd. 1, Grundlagen. Regensburg: Pustet, 2004, S. 283-292.
- Bisig, Brigitte / Gutzwiller, Felix / Domenighetti, Gianfranco: *Die Operationshäufigkeit in der Schweiz nach Versicherungsstatus*. *Swiss Surgery* 3, 1998, S. 109-117.
- Bohrmann, Thomas: *Subsidiarität*. In: Heimbach-Steins, Marianne (Hrsg.): *Christliche Sozialethik. Ein Lehrbuch*, Bd. 1, Grundlagen. Regensburg: Pustet, 2004, S. 293-301.
- Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter: *Gesundheitsökonomie*. 3. Auflage. Berlin: Springer, 1999.
- Brock, Dan W.: *Ethische Probleme von Kosten-Effektivitäts-Analysen bei der Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen*. In: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: mentis, 2006, S. 183-213.
- Bundesamt für Statistik (BfS): *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2006*. Medienmitteilung Nr. 0350-0807-90 vom 25.08.2008.
- Die deutschen Bischöfe: *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*. Hrsg. vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Bonn: 2003.
- Huber, Felix: *Managed Care als Alternative zur Rationierung?* In: *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2007, S. 268-278.
- Kersting, Wolfgang: *Gerechtigkeit und Medizin*. Köln: Wirtschaftsverlag Bachem, 1995.
- Kersting, Wolfgang: *Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung*. In: Kersting, Wolfgang (Hrsg.): *Politische Philosophie des Sozialstaats*. 1. Auflage. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2000, S. 467-507.
- Kersting, Wolfgang: *Kritik der Gleichheit. Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral*. 1. Auflage. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2002.
- Marckmann, Georg: *Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung*. In: Schöne-Seifert, Bettina / Buyx, Alena M. / Ach, Johann S. (Hrsg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: mentis, 2006, S. 163-181.
- Roos, Andreas: *Ethische Überlegungen zu Managed Care*. Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik. Genève: SSEB-SGBE, 1999.
- Sommer, Jürg H.: *Muddling Through Elegantly: Rationierung im Gesundheitswesen*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2001.
- Schmidt, Volker H.: *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen angesichts neuartiger Problemlagen*. In: Koller, Peter (Hrsg.): *Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart*. Wien: Passagen, 2001, S. 287-302.
- Steinmann, Lukas / Telsler, Harry: *Gesundheitskosten in einer alternden Gesellschaft: ein Grund für altersbezogene Rationierung?* In: Zimmermann-Acklin, Markus / Halter, Hans (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag, 2007, S. 247-257.
- Widmer, Werner / Beck, Konstantin / Boos, Leo / Steinmann, Lukas / Zehnder, Rolf: *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*. Zürich: SGGP, 2007.
- Zimmermann-Acklin, Markus: *Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Eine Problemskizze aus ethischer Sicht*. Erstellt im Auftrag der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK). Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2005.