

---

## REFORMEN IM GESUNDHEITSWESEN

---

Rezension von: Willy Oggier,  
Steuerungsmechanismen beim  
Ausgabenwachstum der Kantone –  
Eine Untersuchung am Beispiel des  
Gesundheitswesens, Verlag Paul  
Haupt, Bern – Stuttgart – Wien 1996,  
231 Seiten, öS 481,-.

---

Die zunehmende Verschlechterung der öffentlichen Finanzen hat in nahezu allen OECD-Staaten zu einer restriktiven Finanzpolitik geführt, die ihre Steuerungsmaßnahmen auf der Ausgabenseite angesetzt hat. Der Autor untersucht am Beispiel schweizerischer Kantone „sinnvolle“ Ausgabenvermeidungsstrategien.

Staatliche Eingriffe in marktwirtschaftlich ausgeformten Wirtschaftssystemen werden mit der Notwendigkeit der Bereitstellung meritorischer Güter, einer wünschenswerten Konjunktursteuerung und vor allem mit Marktversagen begründet. Gerade für den Gesundheitsmarkt ist Marktversagen ein herausragendes Merkmal, welches sich auf spezifische Besonderheiten zurückführen läßt. In den letzten Jahren war eine starke Zunahme von praktizierenden Ärzten zu verzeichnen. Unter üblichen Marktbedingungen würde dieser Anstieg des Angebots zu einer Reduktion der Preise führen. Es verfiel jedoch weder der Preis der von Ärzten erbrachten Einzelleistungen, noch die pro Arzt erbrachte Menge an Leistungen. Da jedoch weder die demographischen Daten noch die Morbiditäts- und Mortalitätsraten eine ebenso starke Zunahme der Nachfrage stützen, ist davon auszugehen, daß mit der Angebotsausweitung eine künstlich erweiterte Nachfrage einherging. Zahlreiche empirische Befunde aus den unterschied-

lichsten Sektoren des Gesundheitsmarktes belegen dieses Phänomen, so daß im Gesundheitsbereich von einem angebotsinduzierten Markt gesprochen wird.

Diese angebotsinduzierte Nachfrage wird im wesentlichen durch eine asymmetrische Information und irrationales Verhalten der Nachfrager verursacht. Asymmetrische Information bedeutet, daß der Nachfrager (Patient) seine Information ausschließlich vom Anbieter (Arzt) erhält. Weder kann der Patient beurteilen, ob er nicht auch ohne ärztliche Intervention gesundet wäre, noch kann er einschätzen, ob die verordnete Therapie ihrer Qualität und ihrem Umfang nach angemessen war. Das Einholen eines zweiten ärztlichen Gutachtens hilft hier auch nicht weiter, weil der Patient auch in diesem Fall nicht beurteilen kann, ob die Information „richtig“ ist. Irrationales Verhalten der Nachfrager ergibt sich aufgrund der Tatsache, daß der Zustand der Krankheit eine Ausnahmesituation darstellt und daher im Regelfall nicht vermutet werden kann, daß sich der Patient rational verhält. Insbesondere dann nicht, wenn die Krankheit lebensbedrohend und/oder mit starken Schmerzen verbunden ist. Da der Patient vom Anbieter der medizinischen Leistungen vollständig abhängig ist, wird er bereit sein, jeden beliebigen Geldbetrag – im Extremfall sein gesamtes Vermögen – für die Heilung oder Linderung der Krankheit hinzugeben.

Zur Angebotsinduziertheit des Gesundheitsmarktes kommt noch das Merkmal der Gesundheit als öffentliches Gut hinzu. Von einem öffentlichen Gut spricht man dann, wenn der Konsum nicht auf ein einziges Individuum beschränkt ist, sondern wenn mehrere Wirtschaftssubjekte gleichzeitig konsumieren können oder wenn anderen ein Vorteil aus dem Konsum durch ein Individuum erwächst. Häufig zitiertes Beispiel bezüglich des Gesundheitsmarktes sind Impfungen ge-

gen Infektionskrankheiten (Diphtherie, Pertussis, Masern und andere). Der Konsum der Leistung (Impfung) durch ein Individuum schützt auch andere vor einer Ansteckung durch den Geimpften.

Da die Kosten der verschiedenen Krankheiten stark streuen sowie das Krankheitsrisiko über verschiedene Lebensläufe hinweg streut, kann das Individuum, von bestimmten Ausnahmen abgesehen, nicht abschätzen, welche spezifische Risiken auf es zukommen können. Um das breit gestreute Risiko auszugleichen, bietet sich der Abschluß einer Versicherung an. Die vorhin erwähnten Ausnahmen einer fehlenden Risikenabschätzung sind Alter, angeborene chronische Krankheiten und Behinderungen, berufsbedingte Risiken und persönlicher Lebensstil. Unter marktwirtschaftlichen Verhältnissen wird eine Krankenversicherung ihre Prämien den manifesten Risiken anpassen und es kommt zur Risikenauslese, die auch als adverse Selektion bezeichnet wird.

Da die Bewertung der Gesundheit und damit verbunden die Zahlungsbereitschaft der Individuen zustandsabhängig ist, kann der Markt für Gesundheitsgüter nachfrageseitig nicht alleine den Kranken überlassen werden. Aus wohlfahrtspolitischen Gründen ist der Gesundheitsmarkt daher ein stark regulierter Markt. Die Merkmale dieses regulierten Marktes sind: Auf der Nachfrageseite ein hoher Anteil der öffentlichen Hand an den Gesundheitsausgaben und die Pflichtversicherung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung, welche die Konsumentensouveränität einschränkt sowie auf der Angebotsseite die Pflichtmitgliedschaft der niedergelassenen Ärzte bei der öffentlich-rechtlichen Ärztekammer, welche eine freie Vertragsgestaltung der niedergelassenen Ärzte mit den Nachfragern nur in marginalen Bereichen zuläßt und die im Vergleich zu anderen Berufen restriktiven Zugangsbeschränkungen für Ärzte.

Der Autor befürwortet mit aller Entschiedenheit den Einfluß der öffentlichen Hand auf den Gesundheitsmarkt. Er begründet die Notwendigkeit massiver steuernder Eingriffe des Staates, daß einem angebotsinduzierten Markt die ineffiziente Verwendung von Ressourcen immanent ist. Dies zeigt sich zum Beispiel im Streben nach einer maximalen statt optimalen medizinischen Behandlung.

In diesem Zusammenhang spricht Oggier das Problem des moral hazard an. Von diesem antizipierten Nachfragerverhalten gibt es zwei Arten, wobei eine Form vor Auftreten der Krankheit und eine nach Eintritt der Krankheit eintritt. Von ex ante moral hazard spricht man, wenn der präsumtive Patient, im Vertrauen auf für ihn im Krankheitsfall nicht unmittelbar anfallende Kosten, Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung unterläßt oder durch risikobehaftetes Verhalten (typisches Beispiel ist Rauchen) Krankheit herbeiführt. Von ex post moral hazard spricht man, wenn nach Eintritt einer Krankheit die Patienten, wiederum weil sie die Kosten nicht unmittelbar zu tragen haben, nicht die angemessenen Therapien, Medikamente und medizinischen Hilfsmittel in Anspruch nehmen, sondern die teuersten und damit vermeintlich besten.

Um moral hazard zu begegnen, wird häufig die Einführung von Selbstbehalten vorgeschlagen. Der Autor mißt der Einführung von Selbstbehalten zum Zweck der Ausgabenvermeidung keine Bedeutung bei. Damit diese eine steuernde Wirkung entfalten können, müßten sie in einer prohibitiven Höhe angesetzt werden. Das würde in vielen Fällen wiederum dazu führen, daß notwendige medizinische Leistungen entweder gar nicht oder viel zu spät beansprucht werden. Dies ist aber nicht nur aus sozialpolitischen Gründen nicht vertretbar, sondern auch aus ökonomischen Gründen, da die Folgen einer nicht behandelten Krankheit in vielen Fällen bedeutend

höhere finanzielle Aufwendungen nach sich ziehen.

Im übrigen zeigen soziologische Untersuchungen, daß ex ante moral hazard vor allem durch gesellschaftliche Bedingungen und von persönlichen Werthaltungen und Einstellungen beeinflusst werden und sehr wenig vom finanziellen Risiko der Krankenbehandlung. Ex ante moral hazard kann aufgrund der asymmetrischen Information und der angebotsinduzierten Nachfragesteuerung wohl nur in Ausnahmefällen Ursache für einen unökonomischen Ressourceneinsatz sein.

Nach den Begründungen für staatliches Handeln, in Besonderheit im Gesundheitswesen, beschäftigt sich der Autor mit den Ursachen des Staatsversagens. Er untersucht hierbei die Theorie der ökonomischen Regulierung, die Theorie des Rent-Seekings, die Theorie der Interessengruppen, die ökonomische Theorie der Demokratie, die Theorie des Regierungsverhaltens und bürokratiethoretische Ansätze anhand von Interviews mit am finanzpolitischen Willensbildungsprozeß beteiligten Akteuren in fünf Schweizer Kantonen.

Von empirischer Relevanz erwiesen sich insbesondere die bürokratiethoretischen Ansätze. Die Nutzenfunktion des einzelnen Bürokraten wird überwiegend von Faktoren positiv beeinflusst, welche von der Größe des zur Verfügung stehenden Budgets abhängig sind. Daher wird der Bürokrat versuchen, sein Budget möglichst auszuweiten. In der Folge entwickelt jede Verwaltungseinheit einen natürlichen Expansionsdrang, da Prestige, Entlohnung, Macht und Schirmherrschaft von übergeordneten Stellen, mit der Größe des Budgets, welches der jeweilige Akteur verwaltet, einhergeht. Die theoretisch abgestützten empirischen Ergebnisse bilden auch die Grundlage der Erörterungen des Autors über mögliche Steuerungsmaßnahmen beim Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten zur Verbesserung der finanziellen Situation der öffentlichen Haushalte: Erhöhungen auf der Einnahmenseite, Verringerung der Ausgaben und Korrekturen im Bereich der verwaltungsinternen Strukturen und Prozesse. Für Oggier, der ja der Ausgabenvermeidungsstrategie eindeutig den Vorzug gibt, eignen sich insbesondere die Instrumente des Ausgabenverzichts, des Verursacherprinzips, des Versicherungsprinzips und der Verpflichtung Privater.

Im Krankenhausbereich macht sich der Autor für die Schließung von Akutbetten stark. Er schätzt aber realistisch ein, daß die an sich notwendigen Spitalsschließungen an der fehlenden Courage und mangelnden Konfliktbereitschaft der Politiker scheitern wird. Er schlägt daher die Schließung einzelner Abteilungen und den Abbau einzelner Betten auf mehreren Abteilungen vor, was leichter durchsetzbar sein dürfte.

Um der Angebotsinduktion zu begegnen wird die Reduzierung des Ausbildungsangebotes für den Arztberuf auf 500 Ausbildungsplätze in der Schweiz empfohlen. Dies sollte durch eine Schließung von drei der fünf medizinischen Fakultäten erreicht werden.

Im Zusammenhang mit dem Verursacherprinzip werden angebots- und nachfrageseitige Maßnahmen beim Alkohol- und Tabakkonsum vorgeschlagen. Nachfrageseitig wird eine höhere fiskalische Belastung von alkoholhaltigen Getränken und Tabakwaren empfohlen. Auf der Angebotsseite sollen die Werbeausgaben für die genannten Produkte mit einer Lenkungs- und Verursacherabgabe belastet werden. Durch diese angebotsseitige Maßnahme kann die nachfrageseitige moderater ausfallen, was deren Durchsetzungschance erhöhen dürfte.

Im Zusammenhang mit dem Versicherungsprinzip schlägt der Autor die Einführung eines sozialen Kranken-

versicherungsystems, ähnlich dem österreichischen vor, weil durch eine Pflichtversicherung Marktversagen in Form adverser Selektion vermieden wird, wodurch – wie internationale Vergleiche zeigen – die Ausgaben im Gesundheitswesen geringer sind. Diese Krankenversicherung sollte durch eine Pflegeversicherung ergänzt werden.

Im Rahmen der Verpflichtung Privater schlägt Oggier vor, daß die Primarien und Leitenden Ärzte in den Krankenanstalten für ambulante und stationäre Leistungen an Halbprivat- und Privatpatienten nicht mehr separat honoriert werden sollen. Dies wäre ein Beitrag zur Reduktion der angebotsinduzierten Nachfrage.

Als letzte Maßnahme schlägt der Autor die Ausschreibung von Versorgungsaufträgen zur Herstellung bestimmter medizinischer Güter und

Dienstleistungen für den Staat gegen die Entrichtung von Marktpreisen vor. Diese Maßnahme, die gleichfalls als eine Verpflichtung Privater betrachtet werden kann, eignet sich zum Abbau von Überkapazitäten.

Durch diesen Maßnahmenmix könnten auf Kantonalsebene ohne medizinische Qualitätsverluste zwischen 1,774 und 1,982 Milliarden Schweizer Franken per anno eingespart werden. Die gründlich recherchierte Arbeit von Oggier enthält eine Reihe gut begründeter und handfester gesundheitspolitischer Vorschläge, die nicht nur für die Schweiz Gültigkeit haben. Das Buch kann jedem beherzten Gesundheitspolitiker/jeder beherzten Gesundheitspolitikerin – so es diese gibt – als Standardlektüre empfohlen werden.

Oskar Meggeneder