

**Willy Oggier, Vincenza Trivigno**

---

# **Weniger Vorschriften – mehr Eigenverantwortung**

Deregulierung in der Rehabilitation

---

Das vorliegende Werk wurde unterstützt von

**SWISS  
REHA**

**Verlag und Bezugsquelle:**

**SGGP, Zieglerstrasse 29, Postfach 686, CH-3007 Bern**

Tel. +41 (0)31 387 37 39  
E-Mail [info@sggp.ch](mailto:info@sggp.ch)  
Internet [www.sggp.ch](http://www.sggp.ch)

Preis: 40 Fr. für SGGP-Mitglieder, 52 Fr. für Nichtmitglieder.

Herausgeber und Lektoren der Schriftenreihe:  
Dres. Eleonore und Jürg Baumberger, Sirmach

In der SGGP-Schriftenreihe werden interessante Texte publiziert,  
ohne dass die SGGP damit zu deren Inhalt Stellung nimmt.

Des textes intéressants sont publiés dans la collection SSPS,  
sans que la SSPS ne prenne position quant à leur contenu.

Copyright © 2024 SGGP

**ISBN 978-3-85707-144-7**

## Zu diesem Buch

Immer wieder ertönt der Ruf nach Deregulierung im schweizerischen Gesundheitswesen. Wenn es um die Umsetzung konkreter Vorschläge geht, flacht die Diskussion oft schnell ab. Dieses Buch will hier bewusst gegensteuern. Es zeigt auf, welche Grundüberlegungen hinter dem Ruf nach Deregulierung stehen, was Deregulierung im Gesundheitswesen heissen und wie sie in der Rehabilitation konkret umgesetzt werden könnte. Ergänzt werden diese Überlegungen durch eine ausführliche grundsätzliche Darstellung der ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationssituation in der Schweiz.

## Zu den Herausgebern

**Willy Oggier** (Dr. oec. HSG) hat an der Hochschule St.Gallen Volkswirtschaftslehre studiert und auf diesem Gebiet auch doktortiert. Nach einigen Jahren Tätigkeit an der Hochschule St. Gallen hat er sich 1996 selbständig gemacht. Er ist Inhaber der Firma Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG und gehört zu den führenden Gesundheitsökonomien der Schweiz. Er ist seit neun Jahren Präsident von SW!SS REHA, dem Verband der führenden Rehabilitationskliniken in der Schweiz

**Vincenza Trivigno** (lic.rer.pol. M.B.L.-HSG) hat an der Universität Bern Volkswirtschaftslehre & Soziologie und an der Hochschule St. Gallen das Master of European and International Business Law abgeschlossen. Sie war Referentin von Bundesrat Pascal Couchepin, in der Geschäftsleitung von Interpharma, Generalsekretärin der Gesundheitsdirektion Zug sowie Staatsschreiberin des Kantons Aargau und Vizepräsidentin des Institutsrates Swissmedic. Seit April 2021 führt sie als Group CEO die VAMED Schweiz Gruppe, welche vier spezialisierte Rehabilitationskliniken betreibt, und ist Verwaltungsratspräsidentin der Klinik Adelheid.



<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Summary</b>	<b>7</b>
<b>Weniger Vorschriften – mehr Eigenverantwortung</b>	
Deregulierung in der Rehabilitation	<b>11</b>
1. Einleitung	11
2. Methodik und Vorgehensweise	12
3. Regulierung	12
3.1. Was ist Regulierung?	12
3.2. Warum gibt es Regulierung?	14
3.3. Wo liegen die Probleme (Folgen der Überregulierung)?	16
4. Deregulierung	20
4.1. Wie könnte Deregulierung aussehen?	20
4.2. Anwendung auf die Wirtschaft im Allgemeinen	20
4.3. Anwendung auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen	21
5. Deregulierung in der Rehabilitation	26
5.1. Systemische Ansatzpunkte	26
5.2. Betriebswirtschaftliche Ansatzpunkte	36
<b>Anhang 1</b>	
<b>Die Situation der Rehabilitation in der Schweiz</b>	<b>41</b>
1. Abgrenzung der Therapie und Betreuungsformen als Basis der Leistungsfinanzierung	43
2. Ein abgestuftes Leistungskonzept	45
3. Ambulante interdisziplinäre Rehabilitation	45
4. Teilstationäre Rehabilitation	46
<b>Anhang 2</b>	
<b>Deregulierung in der Rehabilitation: Mitgliederumfrage</b>	
Interview-Leitfaden für die Befragung der SW!SS REHA-Mitglieder	<b>49</b>
Mitgliederumfrage	<b>50</b>

Anhang 3

**SWISS REHA (Hrsg.), Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante und teilstationäre Rehabilitation vom 17. November 2015 ..... 53**

Einleitung .....53  
Abgrenzung Rehabilitation – Übergangspflege – Kur – ambulante Therapie.....55  
Abgrenzung stationäre ↔ teilstationäre ↔ ambulante Rehabilitation .....57  
Definition teilstationäre Rehabilitation .....67  
Ambulante Rehabilitation .....68  
Fachspezifische Aspekte der ambulanten Rehabilitation.....69  
Voraussetzungen für die ambulante Rehabilitation .....69

Anhang 4

**SWISS REHA-Statuten ..... 83**

Anhang 5

**SWISS REHA Zertifizierungs-Reglement (Fassung vom 17. Juni 2020) ..... 97**

## Vorwort

Das Gesundheitswesen gehört in der Schweiz zu den Wirtschaftszweigen mit der höchsten Dichte an Vorschriften. Einige davon sind sinnvoll, einige waren vielleicht einmal sinnvoll, andere waren es wohl nie, sind aber trotzdem noch in Kraft.

Strukturerhaltung statt -gestaltung ist im schweizerischen Gesundheitswesen besonders ausgeprägt. Gefordert wäre eigentlich genau das Gegenteil: Denn Fachkräftemangel, die vermehrte Nutzung sinnvoller Elemente der Digitalisierung, vor allem aber die geringe und wohl immer geringer werdende Halbwertszeit des medizinischen Wissens u.a. dank der medizin-technologischen Entwicklung rufen nach mehr Flexibilität und Handlungsfreiheit. Und das selbstverständlich unter Wahrung der im Gesundheitswesen besonders sensiblen sozialen Verantwortung. Gerade deshalb wäre das Instrument Wettbewerb vermehrt zuzulassen, weil der Markt oft schneller auf neue Entwicklungen reagiert und damit die wohltuenden Wirkungen von Innovationen der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stellen kann.

Wir wollen in diesem Buch aufzeigen, welche Grundüberlegungen hinter der Deregulierung stehen, wo die Probleme der Überregulierung liegen und wie mehr sinnvolle Deregulierung im schweizerischen Gesundheitswesen gelingen kann. Dabei wagen wir auch den Schritt, für den Bereich der Rehabilitation konkrete Massnahmen aufzuzeigen. Viele davon wären mit einer gesunden Portion Pragmatismus schnell umsetzbar, andere brauchen mehr Zeit. Wir haben uns entschieden, den Fächer bewusst breit zu spannen, um aufzuzeigen, dass Deregulierung nicht eine Frage der Zeit ist. Quick wins sind möglich und können bei positiven Erfahrungen der Beteiligten dazu beitragen, weitergehende Schritte anzugehen.

Regulierung kann auch dadurch vermieden werden, dass Akteure wo nötig eigenverantwortlich sinnvolle Selbstregulierung tätigen. Aus diesem Grund haben wir in den Anhängen 3 – 5 Beispiele solcher Initiativen von SWISS REHA dargestellt (Definition der verschiedenen Rehabilitationsarten, Qualitätsinitiative mit einem Zertifizierungsreglement für die rechtlich geschützte Marke SWISS REHA).

Wir hoffen, Sie finden Gefallen an der Publikation und danken bei dieser Gelegenheit allen, die zu diesem Buch beigetragen haben. Besonderer Dank gilt allen Vertreterinnen und Vertretern der Mitgliedskliniken von SW!SS REHA, dem Verband der führenden Rehabilitationskliniken in der Schweiz, die bereit waren, den halbstrukturierten Interviewleitfaden auszufüllen. Ohne ihre Mithilfe wäre die Darstellung der konkreten Fallbeispiele nicht möglich geworden. Zu speziellem Dank sind wir auch dem Geschäftsführer von SW!SS REHA, Herrn Guido Schommer, Partner bei reflecta ag, verbunden. Er hat uns mit seiner langjährigen Erfahrung aus Politik und Verbänden viele hilfreiche Anregungen insbesondere zur Struktur und Systematik des Buchs gegeben. Unser Dank gilt auch SW!SS REHA selbst, die mit ihrem Beitrag die Produktion des Buchs ermöglicht hat, sowie Eleonore und Jürg Baumberger von der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik für die angenehme Zusammenarbeit, das Lektorat und die Übernahme des Layouts.

Die Herausgeber

Dr. oec. HSG Willy Oggier & Vincenza Trivigno, lic.rer.pol. M.B.L.-HSG



## Summary

Rehabilitation erbringt in der Schweiz einen hohen Nutzen. Ihr Stellenwert wird sich angesichts der demografischen Entwicklung in der Schweiz in der Zukunft weiter erhöhen. Im Gegensatz zur Akutsomatik und zur Psychiatrie wird der medizinische Bedarf in der Rehabilitation anderweitig bereits vorgängig geprüft. Doppelprüfungen sind deshalb zu vermeiden. Die Rehabilitation wird schwerge- wichtig von nicht-staatlichen Leistungserbringern erbracht. Deregulierung tut besonders not, insbesondere vor dem Hintergrund der steigenden Kosten. Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten sollten weitestgehend vermieden werden.

Um die positiven Wirkungen der Deregulierung in der Rehabilitation zur Geltung zu bringen, sind sowohl systemische als auch betriebswirtschaftliche Ansatz- punkte auszumachen.

Auf systemischer Ebene sollten folgende Massnahmen geprüft werden:

- **Outcome- statt Input-Orientierung:** Die betriebsinterne Verteilung der vorhandenen Ressourcen ist Aufgabe der Leistungserbringer. Aufgabe der Politik sollte dagegen sein, erwünschte Versorgungsergebnisse zu formulieren und deren Erreichung zu prüfen. Unerlässliche Voraussetzung dafür bildet eine vermehrte Qualitäts-Transparenz, welche Outcome-orientiert ist.
- Angesichts der in (fast) allen neueren kantonalen Spitalplanungen ermit- telten steigenden Rehabilitationsbedarfe ist auf kantonale Zulassungs- stopp-Massnahmen in der ambulanten Rehabilitation zu verzichten. Dies lässt sich u.a. damit begründen, dass andernfalls der stationäre Bedarf an Rehabilitation weiter zunehmen dürfte, wenn die frühere Entlassung bzw. Substitution durch die ambulante Rehabilitation wegen Personalknapp- heit nicht oder verspätet vorgenommen wird.
- Die Zulassungs- und Arbeitsbedingungen für ausländisches Personal in Medizin, Therapie und Pflege sind zu vereinfachen. Situationen, wie sie etwa die Migrationsforscherin Judith Kohlenberger beschrieben hat, soll- ten für die Rehabilitation in der Schweiz vermieden werden: «Die

promovierte iranische Biochemikerin, die als Reinigungskraft arbeitet, gibt es öfter, als viele meinen.»<sup>1</sup>

- Den sich wandelnden Rollenbildern als Folge technologischer und anderer Entwicklungen gilt es, im Rahmen der Qualitäts-Anforderungen seitens der Behörden Rechnung zu tragen. Der Fokus sollte dabei mehr auf Kompetenzen und Rollen statt auf Berufsabschlüsse gelegt werden.
- Kostengutsprache-Verfahren für stationäre Rehabilitations-Patienten sind überall da abzuschaffen, wo die entsprechenden Rehabilitationskliniken über ein besonderes Gütesiegel wie z.B. die SWISS REHA-Zertifizierung verfügen.
- Kostengutsprache-Verfahren dürfen in den anderen Fällen ausschliesslich von Vertrauensärztinnen und -ärzten durchgeführt werden, welche nachweislich mindestens drei Jahre Praxistätigkeiten in der Rehabilitation aufweisen. Können Krankenversicherer dies nicht sicherstellen, entfällt das Kostengutspracheverfahren. Eine solche Vorgehensweise reduziert die Wahrscheinlichkeit von fachlichen Fehleinschätzungen und dürfte wegen der erhöhten Fachkenntnis zu kürzeren Verfahren als Folge geringerer Einarbeitungszeiten führen.
- Nach erteilter Kostengutsprache dürfen Rechnungen nicht mehr abgewiesen werden, sondern sind umgehend nach Rechnungstellung der Rehabilitationsklinik zu bezahlen. Bei Unklarheiten kann danach ein strukturierter Falldialog geführt werden, wie er auch für Deutschland vorgeschlagen wird.<sup>2</sup>
- Neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle über populations- oder episodensbasierte Pauschalen sollten von Krankenversicherern, Rehabilitationskliniken und Kantonen gemeinsam gefördert werden. Angesichts der zentralen Aufgabenstellung der sozialen und beruflichen Integration, welche in älter werdenden Gesellschaften noch an Bedeutung gewinnen dürfte, sollte die Rehabilitationsklinik die zentrale Anlaufstelle und der

---

<sup>1</sup> Der Pragmaticus, Ausgabe 4, Mai 2023, S. 22.

<sup>2</sup> Schaffert Reinhardt, Bürokratie – Gründlich entrümpeln, in: führen & wirtschaften im krankenhaus, Nr. 12, Dezember 2022, S. 1080 – 1082, hier S. 1082.

primäre Vertragspartner sein (und nicht die somatische Akutklinik oder ein Hausarzt-, HMO- oder Telmed-Modell). Insbesondere die kurzen Aufenthaltszeiten in der somatischen Akutmedizin eignen sich nicht für die Integrations-Aufgaben.

Vorteil solcher Modellvorhaben ist, dass dort bürokratische Vorgaben und kleinteilige Regulierungen ausgesetzt werden, um den Rehabilitationskliniken die unternehmerische Freiheit und Flexibilität zu gewähren, das zur Verfügung stehende Budget im Interesse einer guten Patienten-Versorgung einzusetzen. Dadurch erübrigen sich viele Prüfungsprozesse und kleinteilige Vorgaben, die in der Regel weniger steuerungseffizient sind als intelligente finanzielle Anreize.<sup>3</sup>

- Einführung der einheitlichen Finanzierung ambulant – stationär (EFAS), um durch Verzerrungen der finanziellen Anreize verursachte Fehlversorgungen zu vermindern
- Wiedereinführung des Begriffs «teilstationär» im Krankenversicherungsgesetz (KVG), um dieser besonderen Versorgungsform in der Rehabilitation angemessene Rechnung zu tragen und eine eigenständige Abgeltung zu ermöglichen. Die heutige Entschädigung richtet sich nach dem ambulanten Tarif, welcher die teilstationäre Versorgung selbst bei kosteneffizienter Betriebsführung nicht kostendeckend zu finanzieren vermag.
- Schaffung einer einheitlichen Telematik-Infrastruktur, sektorübergreifender Kommunikationskanäle und eines effizienten Datenschutzes: Die Datenschutzanforderungen sind zu harmonisieren, Patienten müssen ermächtigt werden, Eigentümer ihrer Daten zu sein; eine lebenslange Patienten-ID sollte eingeführt werden, um Abläufe zu straffen und eine sektorübergreifende klare Zuordnung der Patientendaten zu ermöglichen<sup>4</sup>.

Auf betriebswirtschaftlicher Ebene sollten folgende Massnahmen geprüft werden:

---

<sup>3</sup> Gass Gerald, Bürokratieabbau – Den Teufelskreis durchbrechen, in: führen & wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 12, Dezember 2022, S. 1084 – 1087, hier S. 1087.

<sup>4</sup> Gesundheitswirtschaft Rhein-Main e.V./ Bank für Sozialwirtschaft (Hrsg.), Bürokratie und De-regulierung im Gesundheitswesen, Frankfurt a.M./ Köln, Januar 2018, hier S. 8.

- Reduktion des hohen und überflüssigen Dokumentationsaufwands im ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bereich
- Qualität/ Mindestanforderungen: Statt Mehrfachabfragen verschiedener staatlicher/ parastaatlicher Stellen in unterschiedlichsten Formaten Schaffung einer Plattform zur Abfrage durch die Institutionen
- Reduktion des Aufwands und Beschleunigung der Verfahren im Bereich der Arbeitsbewilligungen/ Ausbildungs- und Weiterbildungsanerkennungen von ausländischem Fachpersonal und bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern
- Abschaffung des Kostengutspracheverfahrens für stationäre Behandlungen durch die Vertrauensärztinnen und -ärzte oder mindestens Ausdehnung des Standards auf 28 Tage
- Umsetzung des Vertrauensprinzips mit Stichproben statt Vollerfassung bei Rechnungskontrollen und Kostengutspracheverfahren

# Weniger Vorschriften – mehr Eigenverantwortung

## Deregulierung in der Rehabilitation

### 1. Einleitung

Deregulierung in der Rehabilitation verfolgt das Ziel, ineffiziente staatliche Vorgaben und ordnungsrechtliche Vorschriften sowie Marktzutrittsbeschränkungen abzubauen. Das Ziel ist, für Patientinnen und Patienten einerseits und die Leistungserbringer andererseits größere Entscheidungsspielräume zu schaffen, die Qualität zu fördern und volkswirtschaftliche Effizienzgewinne zu realisieren. Deregulierung soll deshalb im Umfeld der immer kürzer werdenden Halbwertszeit von medizinischem Wissen sowie der alternden Gesellschaft mit immer mehr Rehabilitationsbedarf dazu beitragen, dass die Kostenentwicklung auch mittelfristig so moderat wie möglich ausfällt.

Entbürokratisierung ist ein wesentlicher Bestandteil der Deregulierung: Nicht nur, aber auch in der Schweiz wurde in den letzten Jahren immer lauter darauf hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte, Therapierende, Pflegende und anderes Gesundheitspersonal mehr Bürokratie-Auflagen nachzukommen haben und dadurch die effektive Zeit für die Arbeit an und mit den Patientinnen und Patienten, also für die eigentlichen Kernleistungen, kürzer wird.

SWISS REHA, der Verband führender Rehabilitationskliniken in der Schweiz, hat sich daher zum Ziel gesetzt, der Frage nachzugehen, wo Deregulierungen sinnvoll und möglich sind, um den Anteil der Kerntätigkeiten an den gesamten Aktivitäten des Gesundheitspersonals zu erhöhen und damit auch einen Beitrag zur Verminderung des Fachkräftemangels zu leisten.

## 2. Methodik und Vorgehensweise

Die Ausführungen haben folgenden Aufbau:

- Was ist Regulierung?
- Warum gibt es Regulierung?
- Wo liegen die Probleme (Folgen der Überregulierung)?
- Wie könnte Deregulierung aussehen?
  - Anwendung auf die Wirtschaft im Allgemeinen
  - Anwendung auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen
  - Anwendung auf die Rehabilitation im speziellen
  - Forderungen zur Deregulierung

Zur besseren Lesbarkeit wird die Ausgangslage der Rehabilitation gemäss eidgenössischem Krankenversicherungsgesetz (KVG) im Anhang ausführlicher beschrieben. Im August 2023 wurde eine Umfrage (halbstrukturierter Interview-Leitfaden im Anhang 2) unter den Mitgliedern durchgeführt, wo sie möglichen Deregulierungsbedarf und möglichst konkrete Deregulierungs-Möglichkeiten sehen.

## 3. Regulierung

### 3.1. Was ist Regulierung?

Finger<sup>5</sup> beschreibt folgende theoretische Basis für die Regulierung:

- Regulatory Economics: Beurteilung von Wettbewerb, marktbeherrschenden Positionen, Kartellen, Monopolen; Berechnung von Monopolpreisen; Berechnung von Netzzugangspreisen, Netzbenutzungspreisen. Angestrebt

---

<sup>5</sup> Finger Matthias, Was ist Regulierung?, Folien-Präsentation Seminar Regulierung im Gesundheitswesen, Lenzburg, 9. – 10. November 2004, hier Folie 15.

wird demnach eine ökonomische Optimierung des nicht-perfekten Marktes.

- (New) Institutional Economics: Optimale institutionelle Arrangements für Regulierung (hauptsächlich «Principal-Agent»-Modell); Berechnung von Regulationskosten. Ziel ist die ökonomische Optimierung von institutionellen Arrangements.

Nach Finger sind die wichtigsten Funktionen der Regulierung:<sup>6</sup>

- Soziale Regulation: Perspektive der öffentlichen Politiken
- Ökonomische Regulierung: Volkswirtschaftliche Perspektive
- Technische Regulierung: Perspektive der Berufsorganisationen

Am Beispiel von Netzwerk-Industrien unterscheidet er folgende sektoriellen Regulierungen:<sup>7</sup>

- Schaffung von Markt
  - Hier gilt es zwischen folgenden Situationen zu unterscheiden: Monopol; Flaschenhalse («Essential Facility») und Netzzugang
  - Monopol: «Competitive Bidding», «Tendering» (inkl. delegiertes Management)
  - Flaschenhalse: Wettbewerbsregulierung (Missbrauch marktbeherrschender Position)
  - Netzzugang: «Third Party Access»
- Technische Fragen
  - Interoperabilität, Interkonnektion
- Politische Fragen
  - Regulierung des Service Public

---

<sup>6</sup> Finger Matthias, a.a.O., Folie 9.

<sup>7</sup> Finger Matthias, a.a.O., Folie 11.

### 3.2. Warum gibt es Regulierung?

Staatliche Interventionen (regulatorische Eingriffe) erfolgen aus unterschiedlichen Gründen, in der Regel sind es folgende :<sup>8</sup>

- Marktversagen, welches wiederum in verschiedene Dimensionen unterteilt werden kann
  - Öffentliche Güter-Problematik
  - Externe Effekte
  - Dauerhaft sinkende Durchschnittskosten
  - Marktmacht (vor allem als Folge von Informations-Unvollkommenheiten)
- Meritorische Güter-Problematik
- Sozialpolitische Gründe
- Konjunkturpolitische Gründe

Öffentliche Güter sind Güter, deren Konsum nicht rivalisiert oder – falls der Konsum rivalisiert – der Ausschluss der nicht zahlungswilligen Personen vom Konsum des entsprechenden Guts nicht möglich ist.

Bei externen Effekten werden durch den Konsum eines Guts oder einer Dienstleistung durch einen Akteur Nutzenwirkungen bei anderen Akteuren ausgelöst, die nicht im Preis berücksichtigt sind. In diesem Fall führt der Marktmechanismus nicht zu einer pareto-optimalen Situation. Das Pareto-Optimum bezeichnet den Zustand, in dem kein Akteur mehr besser gestellt werden kann, ohne einen anderen schlechter zu stellen. Zu unterscheiden gilt es zwischen positiven und negativen externen Effekten. Zu ersteren gehören in der Regel Impfungen, zu letzteren oft Umweltverschmutzungen. Beide Verhaltensweisen können Effekte – einmal positiver, einmal negativer Art – auslösen.

---

<sup>8</sup> Oggier Willy, Steuerungsmechanismen beim Ausgabenwachstum der Kantone: eine Untersuchung am Beispiel des Gesundheitswesens, Verlag Paul Haupt, Bern/ Stuttgart/ Wien, 1996, S. 17ff.



Güter oder Dienstleistungen mit dauerhaft sinkenden Durchschnittskosten sind in der Regel durch hohe Investitionen gekennzeichnet. Sind diese einmal getätigt, sind für die Vergrößerung der angebotenen Anzahl Güter und Dienstleistungen nur noch geringe Aufwendungen nötig. Dies führt dazu, dass der erste Anbieter über eine Art Monopol verfügt und weitere markteintrittswillige Akteure mit einer entsprechenden Preis-Politik an diesem Markteintritt hindern kann.

Marktmacht durch unvollkommene Informationen bzw. Informations-Asymmetrien kommt auf den Märkten für Gesundheits- und Versicherungsgüter im Verhältnis zu den anderen Marktversagens-Gründen relativ häufig vor. Sie sind denn auch schon seit längerer Zeit und oft in der Literatur beschrieben. Letztlich geht es um Diskrepanzen zwischen dem aus medizinischer Sicht als notwendig erachteten Bedarf und der Nachfrage durch den Patienten. Nicht jede Nachfrage entspricht einem Bedarf und nicht jeder Bedarf wird nachfragewirksam.

Pedroni/ Zweifel beschrieben etwa folgende Situationen:<sup>9</sup>

- Eine Person geht nicht zum Arzt, obwohl sie einen medizinischen Bedarf hätte.
- Eine Person geht nicht, obwohl sie krank ist.
- Eine Person geht, obwohl sie nicht krank ist.
- Eine Person geht, obwohl keine Therapie verfügbar ist.
- Eine Person geht zum Arzt, weil sie krank ist und eine Therapie benötigt, die auch existiert.

Unvollkommene Transparenz über Qualität und Preise der verschiedenen Anbieter bildet dabei oft die Hauptursache für solche Informations-Unvollkommenheiten – auch weil die vollständige Kenntnis der Produktequalität bei Gütern nicht möglich ist, deren Erstellung und Konsum zeitlich zusammenfallen.

Meritorische Güter sind Güter, deren Bereitstellung die Gesellschaft unabhängig von den individuellen Präferenzen der Konsumenten begünstigen will. Würden

---

<sup>9</sup> Pedroni Gabriela, Nachfragesteuerung im Gesundheitswesen, Basel, 1984, S. 5.

diese allein den Marktmechanismen überlassen, würde eine geringere Menge nachgefragt, als aus gesellschaftlicher Sicht notwendig/ erwünscht wäre. Im Gesundheitswesen wird hier oft mit dem Beispiel von Vorsorge-Untersuchungen argumentiert.

In der politischen Diskussion sind Marktversagens-Argumente in der Regel nicht die dominierenden. Vielmehr werden staatliche Interventionen gefordert, um sozialpolitische Ziele zu erreichen. Genannt werden dabei der Zugang zu einer Grundversorgung, unabhängig von Einkommen, Rasse, Geschlecht, Religion, etc. Dabei können über das Ausmass dieser Grundversorgung grosse Unterschiede in den Ansichten bestehen.

Konjunktur- und andere wirtschaftspolitische Gründe werden gerne angeführt, wenn Strukturanpassungen im Gesundheitswesen thematisiert werden. So wird oft die Rolle des Gesundheitswesens als Wirtschaftsfaktor in den Vordergrund gestellt. Zu erinnern gilt es allerdings, dass die positiven Einflüsse auf die Beschäftigungs-Verhältnisse aus volkswirtschaftlicher Sicht kein Selbstzweck sind, sondern das Resultat erfolgreicher Positionierung am Markt.

### **3.3. Wo liegen die Probleme (Folgen der Überregulierung)?**

Staatliche Interventionen werden nicht von einem guten Leviathan durchgeführt, sondern von Akteuren, die neben den durch die Intervention beabsichtigten Zielen in der Regel auch eigene Interessen verfolgen.

Staatliche Interventionen sollten daher mehr Nutzen stiften als sie Kosten verursachen. Die Quantifizierung von Schadenseffekten ist dabei oft anspruchsvoll, weil wegen der staatlichen Interventionen oft kein realer Marktpreis ermittelt werden kann, bzw. Phänomene des Marktversagens einen wettbewerblichen Preismechanismus ausser Kraft setzen können.

Folgen der Überregulierung sind volkswirtschaftlich im Rahmen der Theorien des Staatsversagens aufgearbeitet worden. Sie können summarisch wie folgt zusammengefasst werden:<sup>10</sup>

- Grundsätzlich lassen sich zwei wesentliche Argumentationslinien der Theorien des Staatsversagens ausmachen: Ineffizienzen durch kollektive Eigentumsrechte und Ineffizienzen durch die bürokratische Organisation. Erstere fusst auf dem Gedanken, dass Akteure mit Ressourcen, die ihnen selbst gehören, sorgfältiger umgehen als mit solchen, welche der Allgemeinheit gehören und deren Verlust/ Beschädigung daher durch die Gemeinschaft getragen werden und nicht vom Verursachenden allein.
- Im Rahmen der bürokratiethoretischen Ansätze fundamental ist, dass der Staat eine Basisressource hat, nämlich die Macht, etwas erzwingen zu können. Dies macht es für die verschiedensten Akteure interessant, den Staat zur Verbesserung ihrer eigenen Wettbewerbsposition einsetzen zu wollen. Unterstützungsmöglichkeiten können dabei direkte Subventionen, die Errichtung von Markteintrittsschranken zur Kontrolle über die Anzahl neu eintretender Konkurrenten, die Unterdrückung von Substituten und die Förderung von Komplementärprodukten und/ oder Preisadministrationen sein.

Das Ziel der Regulierenden ist es, Stimmen zu maximieren, bzw. eine Mehrheit der Stimmen zu ihren Gunsten zu erreichen. Dies macht sie für entsprechende Lobbying-Aktivitäten empfindlich.

Oder anders ausgedrückt: Entscheidet eine Behörde über Marktzutrittsschranken, werden Akteure Mittel dazu verwenden, die Gunst der Behörde zu gewinnen. Damit stehen die entsprechenden Ressourcen nicht für die Produktion anderer Güter und Dienstleistungen irgendwo sonst in der Wirtschaft zur Verfügung. Die politische Ressourcen-Zuteilung reduziert so die vorhandenen Knappheits-Situationen im Vergleich zu einem funktionierenden Wettbewerb nicht, weil bei diesem der Preismechanismus für die Bereinigung sorgt.

---

<sup>10</sup> Oggier Willy, a.a.O., S. 55ff.