

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

Leiter des Ethikprogramms der Barmherzigen Brüder Österreich, Wien

Homo oeconomicus und Homo nudgensis in der Krankenversicherung

Eine ethische Spurensuche

1. Unser Umgang mit dem Krankheitsrisiko	89
2. Versicherungskomplikationen mit ethischen Implikationen	93
3. Bewältigungsversuche mit ethischen Implikationen	97
4. Ethische Reflexion	102
5. Schlussfolgerung	107
Literaturverzeichnis	109

1. Unser Umgang mit dem Krankheitsrisiko

Die Wahrscheinlichkeit, im Leben zumindest einmal krank zu werden, grenzt an Sicherheit; Krankheit ist Teil des menschlichen Lebens (der „*conditio humana*“).¹ Weniger vorhersehbar sind die näheren Umstände dieses Ereignisses: Insbesondere wissen wir weder wann wir krank werden noch in welchem Ausmaß. Wir können weiters nur im Groben erahnen, welche Konsequenzen vorstellbare Erkrankungen für unser praktisches Leben haben würden. Jedoch wissen wir, dass eine Krankheit je nach Schwere, Länge und sonstigen Umständen uns selbst und unser soziales Umfeld massiv beeinträchtigen könnte. Nicht nur körperliche oder kognitive Einschränkungen sind dann wahrscheinlich, sondern auch eine Erschwerung unserer Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlichen Prozessen – von Arbeit über Kultur und Freizeit bis hin zu gesellschaftspolitischer Interaktion.

Glücklicherweise gibt es für viele Krankheitssituationen eine Abhilfe. Medizin, Pflege und Therapie helfen dabei, Gesundheit wiederherzustellen und zu erhalten sowie Krankheitsbelastungen zu minimieren. Diese Hilfe benötigt Ressourcen. Die Ressourcenallokation für moderne, leistungsfähige Gesundheitssysteme, die eine solche Hilfe institutionell bereitstellen, veranschaulicht dies. Im individuellen Fall kann damit einem Menschen selbst in schwerer Krankheit geholfen werden, zugleich sind hiermit jedoch unter Umständen hohe Kosten verbunden: direkte Kosten für die Behandlung selbst sowie indirekte Kosten für durch die Krankheitsphase entgangene Lebenschancen (z.B. auf Verdienst).² Da die Umstände der Erkrankung ungewiss sind, sind es auch die Umstände des Ressourcenbedarfs: Höhe, Dauer und praktische Konsequenzen können erst abgeschätzt werden, wenn die Krankheit und Hilfsmöglichkeiten konkreter bekannt sind.

Wie können Menschen mit diesem Lebensrisiko umgehen? – Eine erste Option besteht darin, das Risiko zu negieren, sich also mit der Frage, was man im Fall einer Krankheit machen würde, gar nicht zu beschäftigen. Im Einzelfall wird dies gar keine so abwegige Herangehensweise sein. Eine entsprechende Hypothese lautet: Je weniger ein Mensch über gesundheitliche Aspekte wie die grundsätzlichen physiologischen, sozialen und psychologischen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit Bescheid weiß, umso eher wird er diese Aspekte als nicht zu seinem persönlichen Leben gehörig ansehen – nach dem Motto: Krank sind die

1 Carel (2016).

2 Kelley, McGarry, et al. (2015).

anderen, mir fehlt ja nichts. Eine solche Person wird logischerweise nicht an Risikovorsorge denken. Erst wenn der Schadensfall eintritt, wird ihr bewusst, dass sie Hilfe benötigt. Haben sich andere Menschen für eine kollektive Absicherung entschieden, so ergibt sich durch das Opt-out einiger für sie die Herausforderung, wie auf „Trittbrettfahrer“ reagiert werden sollte.³

Eine zweite Option besteht darin, sich des grundsätzlichen Krankheitsrisikos bewusst zu sein. Manche Menschen werden vielleicht der Meinung sein, das Risiko allein schultern zu können und zu wollen. Sie könnten, so die Hypothese, eine individuelle Risikovorsorge-Kalkulation anstellen und zum Schluss kommen, dass sie im Fall des Falles über genügend Ressourcen verfügen, um eine Krankheit bzw. deren Behandlung zu bewältigen. Die Motive für eine solche individualistische Sichtweise mögen unterschiedlich sein und mit dem persönlichen Menschen- und Gesellschaftsbild zusammenhängen (dazu weiter unten mehr). Inwieweit die Kalkulation aufgeht, wird jedoch selbst für hoch vermögende Personen ungewiss bleiben. Wer nicht über (scheinbar) unbegrenzte Ressourcen allein verfügen kann, wird daher selbst bei einer stark auf das individuelle Schicksal fokussierten Herangehensweise zu dem Punkt kommen, sich mit anderen Menschen dahingehend zu verständigen, ob und inwieweit man sich gegen das Lebensrisiko der Erkrankung gemeinsam absichert. Damit entsteht eine Versicherungsgemeinschaft.

Die Versicherung ist die dritte Möglichkeit des Umgangs mit dem Krankheitsrisiko. Im Unterschied zu den ersten beiden Optionen handelt es sich um eine kollektive Bewältigungsstrategie. Wie das Versicherungssystem konkret ausgestaltet ist (ob es sich z.B. um eine öffentliche oder private Versicherung handelt), spielt an dieser Stelle der Argumentation noch keine maßgebliche Rolle.⁴ Entscheidend ist vielmehr, dass es überhaupt zu einer Kooperation in Hinblick auf die Risikobewältigung kommt. Diese Kooperation kann als *rational* plausibilisiert werden. Sie ist nicht bloß ein Resultat mildtätiger Barmherzigkeit mit jenen, die das Krankheitsrisiko nicht aus eigenen Ressourcen stemmen könnten. Auch jene Personen, die ressourcenmäßig besser gestellt sind, müssten ein Eigeninteresse an einer kollektiven Lösung haben, wenn sie sich als rational ansehen.

3 Marwell & Ames (1981).

4 Bei weiterführender Analyse ließe sich argumentieren, dass ein System öffentlicher (d.h. gesetzlicher, sozialer) Krankenversicherung vernünftigerweise für eine wohlgeordnete Gesellschaft notwendig ist. Damit ist nicht determiniert, dass es ausschließlich eine öffentliche Krankenversicherung geben dürfe, und ebenso wenig, welche Risiken eine öffentliche Krankenversicherung genau abdecken müsste. All diese Fragen sind Teil einer weiterführenden Diskussion.

Diese Plausibilisierung hat John Rawls in seinem Gedankenexperiment des „Urzustands“ veranschaulicht.⁵ Rawls geht der Frage nach, wie wir Menschen verbindliche Regeln des Zusammenlebens in einer Gesellschaft begründen könnten. Er schlägt dazu ein Gedankenexperiment vor, welches auf den Umgang mit dem Krankheitsrisiko hin konkretisiert werden kann: Angenommen, wir stehen vor der Frage, welche Regeln in unserer Gesellschaft für den Umgang mit dem Krankheitsrisiko gelten sollten. Manche von uns mögen zu spekulieren beginnen und meinen: Ich werde schon nicht krank werden (siehe weiter oben, Option 1), und wenn, dann habe ich sicherlich genug Ersparnis, um damit fertig zu werden (siehe weiter oben, Option 2). Solche Spekulationen könnten dazu führen, gar keine gemeinsamen Regeln für den Umgang mit dem Krankheitsrisiko zu definieren, sondern alle damit verbundenen Fragen der individuellen Entscheidung zu überlassen. Die Spekulanten würden jedoch mit einigen Sachzusammenhängen konfrontiert werden. So würde man ihnen vor Augen führen, welche Krankheiten mit welcher Wahrscheinlichkeit eintreten, welche Auswirkungen diese haben und welche Kosten damit verbunden sein können. Keiner von uns wüsste jedoch, wie sein persönliches Schicksal verlaufen würde. Ich weiß beispielsweise zwar, dass eine von vier Personen an Krebs erkranken wird, aber ich weiß nicht, ob ich die betroffene Person oder eine von den drei anderen sein werde. Ich weiß beispielsweise zwar, dass bei zwei von zehn Krebserkrankten ein mehrjähriges Weiterleben mit entsprechender Therapie möglich sein wird, aber ich weiß nicht, ob ich einer von den beiden bin, der auf die Therapie anspricht. Ich weiß schließlich, dass ein derzeit auf dem Markt befindliches Medikament für die Krebsbehandlung beispielsweise 800 Euro kostet, aber ich weiß nicht, wie viel ich davon benötige oder ob es zu meinem Erkrankungszeitpunkt vielleicht ein weitaus wirksameres, aber teureres Medikament geben wird.

Rawls bezeichnete diese Konstellation als „Schleier des Nichtwissens“. Er versuchte damit zu modellieren, was im Fall der Gesundheit tatsächlich weitgehend zutrifft: Wir alle können zwar über grobe Zusammenhänge von Gesundheit bzw. Krankheit, Lebensführung und Ressourcenbedarf Bescheid wissen, wir leben aber über weite Strecken unter einem „Schleier des Nichtwissens“, was die konkrete Ausprägung dieser Zusammenhänge für unser individuelles Leben angeht. In einer solchen Situation müsste auch derjenige, der damit spekuliert, dass es ihn schon nicht so hart treffen werde oder er den Schadensfall alleine schultern könnte, aus purem Eigeninteresse an den „worst case“ denken – nämlich, dass es sich für ihn doch nicht ausgeht – und sich dagegen absichern. Das Resultat wäre die gesellschaftliche Kooperation zum gegenseitigen Vorteil:⁶

5 Rawls (2003) § 6; Rawls (1975) § 24.

6 Homann & Suchanek (2005) 30; Suchanek (2007c) 39.

die Etablierung von Regeln für eine kollektive Versicherung, um sich gegen Risiken abzusichern.

Hinsichtlich der Krankenversicherung ist in der Folge ein weiterer Aspekt zu bedenken. Der Umgang des Menschen mit Risiko ist ambivalent. Zum einen versucht er, Risiken zu vermeiden oder zu reduzieren (Risikoaversion⁷). Zum anderen ist er bereit, sich Risiken auszusetzen, wenn er daraus einen bestimmten Nutzen ziehen kann. Das wird nicht zuletzt in Hinblick auf das Krankheitsrisiko deutlich. Wir scheuen dieses Risiko, sind aber nicht bereit, seiner Reduktion alles unterzuordnen. Wir akzeptieren in unserem individuellen und kollektiven Lebensstil Verhaltensweisen und Umstände, die das Krankheitsrisiko erhöhen, im Gegenzug aber Nutzen versprechen.

Eine vollständige Absicherung gegen Lebensrisiken wie Krankheit gibt es nicht, sie wäre sogar nicht einmal wünschenswert, weil dadurch bestimmte positive Aspekte des Risikos verloren gingen.⁸ Risiko und Absicherung müssen in Balance gehalten werden, um ihre stimulierende Funktion für die Lebensgestaltung ausschöpfen zu können. In diesem Sinn kann eine Versicherung als Risikomanagementinstrument verstanden werden. Ähnlich einer guten Autobremse, die dazu dient, dass wir schneller fahren können als ohne sie und das Auto bei Gefahr dennoch rechtzeitig zum Stillstand bringen⁹, dient die Versicherung auch dazu, produktive Risiken eingehen zu können, weil bei Gefahr eine kollektive Absicherung besteht.

Für Versicherungen, zumal für Krankenversicherungen, stellt die zuvor erwähnte Ambivalenz menschlichen Risikoverhaltens grundlegende Herausforderungen dar. Bei näherer Betrachtung treten Versicherungskomplikationen mit ethischen Implikationen auf. Diese Komplikationen knüpfen an zwei Punkten an, die in der Ethik traditionell zwei Sichtweisen vom Menschsein darstellen: einerseits an der Vorstellung, der Mensch sei ein rationales Wesen, andererseits an der Vorstellung, der Menschen sei ein emotionales Wesen. Diesen Komplikationen geht der folgende Abschnitt nach.

7 Cather (2010).

8 Sinn (1986).

9 Homann & Pies (1996) 236.

2. Versicherungskomplikationen mit ethischen Implikationen

Eine wesentliche Grundlage für Versicherungskomplikationen ist in Informationsasymmetrien zu sehen¹⁰. Im Beziehungsviereck von Versicherungsnehmer, Versicherer, Versicherungsvertreter und Schadensbeseitiger verfügt nicht jeder Akteur über dieselben Informationen. Im Fall der Krankenversicherung weiß der Versicherungsnehmer beispielsweise mehr über seine persönlichen Lebensumstände als der Versicherer oder Versicherungsvertreter, letzterer unter Umständen aber noch etwas mehr als der Versicherer.¹¹

Solche Informationsasymmetrien können in einem System freier Entscheidungen dazu führen, dass Kooperationen überhaupt nicht zustande kommen, d.h. dass sich keine Versicherungsgemeinschaft bildet. Besteht eine Versicherung, so werden Informationsasymmetrien als Hindernis für eine faire Kooperation angesehen, da der Informationsvorsprung immer auch das Risiko birgt, dass er zu einseitigen Vorteilen führt. Zwei Phänomene in diesem Zusammenhang sind Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen sowie Informationsasymmetrien hinsichtlich von Handlungen.

2.1. Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen

In der Beziehung von Versichertem (bzw. Patient), Versicherung und Gesundheitsdienstanbieter bestehen Informationsasymmetrien hinsichtlich verschiedener Merkmale.¹² Eine zentrale Informationsasymmetrie tut sich zwischen Versichertem und Versicherer auf.¹³

10 Wallner (2004) 95–97.

11 Hierbei handelt es sich um einen Fall des Principal-Agent-Problems; vgl. Langer, Schröder-Bäck, et al. (2009).

12 Homann & Suchanek (2005) 93. Diese Informationsasymmetrien werden auch als „Problem versteckter Merkmale“ bezeichnet, was jedoch einen tendenziell moralistischen Unterton transportiert, der suggeriert, hier würde ein Akteur bestimmte Merkmale bewusst vor anderen verstecken. Wenngleich es im Einzelfall auch ein solches Verhalten geben mag, würde es zu kurz greifen, diese Informationsasymmetrien individualistisch zu erfassen, statt sie als systemimmanente Herausforderung zu sehen.

13 Andere Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen betreffen z.B. die Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer oder zwischen Leistungserbringer und Versicherer betreffend die Merkmale der Behandlung.

Eine Person, die eine Krankenversicherung abschließen möchte oder in eine Krankenversicherung aufgenommen werden soll, verfügt in der Regel über weitaus mehr Informationen hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Merkmale als der Versicherer. Der zu Versichernde kennt nicht nur seine krankheitsbezogene Familiengeschichte, seine eigene Krankengeschichte und gesundheitsbeeinflussenden Lebensumstände, er hat heute unter Umständen sogar prädiktive Informationen über Krankheitsrisiken aus genetischen Untersuchungen.¹⁴ Über all diese Informationen verfügt der Versicherer vor Eintritt in die Versicherung nicht oder nur eingeschränkt. Um die Informationsasymmetrie auszugleichen und eine realitätsnahe Risikoeinstufung vornehmen zu können, bieten sich in diesem Zusammenhang verschiedene Optionen an.

Die erste Option ist relativ direkt: Der Versicherer kann den zu Versichernden hinsichtlich von Merkmalen (z.B. über bekannte Vorerkrankungen) befragen. Diese Option stellt eine Vorabkontrolle dar, die Bedingung der Kooperation wird. Nimmt man die Kontrolle ernst, ist sie unter Umständen mit hohen Transaktionskosten verbunden (z.B. für die Feststellung von Vorerkrankungen). Hohe Transaktionskosten erschweren aber die Kooperationsbereitschaft überhaupt und können damit zu einem Versagen des entsprechenden Systems führen.

Die zweite Option setzt indirekter an. Dabei werden seitens des Versicherers unterschiedliche Tarifmodelle angeboten: solche mit höheren Prämien und niedrigen Selbstbehalten und solche mit niedrigeren Prämien und hohen Selbstbehalten. Diese Vorgehensweise baut darauf auf, dass Personen, die sich eines hohen Krankheitsrisikos bewusst sind, weil sie über entsprechende Informationen über persönliche Merkmale verfügen, eher einen Tarif mit höheren Prämien und niedrigen Selbstbehalten wählen werden; Personen, die von keinen derartigen Merkmalen wissen, würden sich eher für das umgekehrte Tarifmodell entscheiden. Solche Variationen lassen sich neben der Beitragshöhe auch für verschiedene Leistungspakete durchdenken. Der entscheidende Punkt ist, dass diese Option darauf vertraut, dass der zu Versichernde durch die Wahl eines Modells auch Informationen über sich preisgibt, die für den Versicherer relevant sind. Diese Option stellt auf eine Anreizstruktur ab, die mit dem rationalen Eigeninteresse der Betroffenen rechnet. Transaktionskosten sollen durch Selbstkontrolle und -steuerung gesenkt werden; dies beinhaltet aber auch das Risiko, dass sich eine oder beide Seiten der Kooperation irren (z.B., dass ein Versicherter einen Tarif mit

14 Aufgrund der immer aussagekräftigeren Implikationen von genetischen Befunden besteht ein besonderes Interesse, auch solche bekannten Merkmale zu erfassen; vgl. VfGH (2015). Dies löst unter Umständen eine weitaus komplexere Informationsasymmetrie-Frage aus, weil bei genetisch bedingten Krankheiten nicht nur der derzeit zu Versichernde in den Blick genommen wird, sondern auch seine Nachfahren in den Blick geraten.

niedrigen Prämien aber hohem Selbstbehalt ausgewählt hat, dann aber zahlreiche Versicherungsleistungen benötigt).

Die dritte Option, um Informationsasymmetrien hinsichtlich persönlicher Merkmale auszugleichen, setzt noch indirekter an. Statt individuelle Merkmale oder Entscheidungen in den Blick zu nehmen, werden Risiken aus Big Data kalkuliert.¹⁵ Nicht mehr bloß die gesundheitsbezogenen Daten im engeren Sinn (z.B. aus medizinischen Befunden), sondern alle möglichen, mit dem Leben des (potenziellen) Versichertenkollektivs verfügbaren Daten liefern dem Versicherer Informationen für die Risikoklassifikation. An dieser Stelle kommt beispielsweise ein Umstand ins Spiel, der an anderer Stelle der Gesundheitsethik stets betont wird: dass die sozioökonomischen Faktoren des Lebens (wie Wohnsituation und Bildungsgrad) einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Durch Big-Data-Anwendungen könnte sich die Informationsasymmetrie umdrehen: Der Versicherer wüsste dann aufgrund von Big Data mehr über die Wahrscheinlichkeit persönlicher Merkmale des zu Versichernden als dieser selbst. Wie sich Big Data auf Transaktionskosten und damit die Tragfähigkeit von Kooperationen zum gegenseitigen Vorteil bei Versicherungen auswirken wird, scheint derzeit noch nicht fundiert abschätzbar zu sein. Es ist jedenfalls damit zu rechnen, dass Big-Data-Anwendungen das menschliche Entscheidungs- und Kooperationsverhalten beeinflussen werden, und zwar auf eine weitaus indirektere Weise als bislang gängige Ansätze, um Informationsasymmetrien zu bewältigen.

2.2. Informationsasymmetrien hinsichtlich von Handlungen

Der zweite Typ von Informationsasymmetrien bezieht sich auf Handlungen.¹⁶ Wenn eine Person krankenversichert ist, dann kann sie im Bewusstsein handeln, dass ein allfälliges Krankheitsrisiko durch die Versicherung abgedeckt ist. Die Versicherung verfügt nicht über ausreichend Informationen, welche Handlungen sich wie auf das versicherte Risiko auswirken. Dieses Phänomen wird auch (fachsprachlich) „*Moral Hazard*“¹⁷ oder (umgangssprachlich) „Vollkasko mentalität“ genannt. Diese Begriffe suggerieren eine unmoralische Handlung oder Haltung, die darin gesehen wird, die Versicherung(sgemeinschaft) mehr in Anspruch zu nehmen, als schicksalhaft (d.h. unbedingt) nötig wäre. Abgesehen von jenen Fällen, in denen es sich um Versicherungsbetrug oder grobe Fahrlässigkeit handelt, ist

15 Brunner (2015).

16 Homann & Suchanek (2005) 95

17 Arrow (1963) 961.

das Phänomen aber weniger eines der individuellen Moralität, sondern eines der Anreizkompatibilität.¹⁸ Die Versicherten verhalten sich innerhalb der Grenzen des Legalen durchaus rational, wenn sie aus ihrem Informationsvorsprung hinsichtlich des eigenen Handelns einen Nutzen ziehen. Das Problem besteht darin, dass diese individuelle Rationalität zu einer kollektiven Irrationalität führen kann – nämlich dann, wenn nicht ausreichend Versicherte etwas zur Risikominimierung unternehmen und schließlich alle eine höhere Versicherungsprämie zahlen.

Diese Konsequenz wird „adverse Selektion“¹⁹ genannt und stellt eine Gefahr für die Kooperation zum gegenseitigen Vorteil in einer Krankenversicherung dar. Wenn gute und schlechte Risiken in einem Pool zusammengefasst sind und der Versicherer nicht zwischen ihnen differenzieren kann, erhalten alle Versicherten eine Durchschnittsprämie vorgeschrieben. Für die guten Risiken ist diese zu hoch, wodurch sie aus dem System aussteigen wollen. Zurück bleiben die schlechten Risiken, für welche die Durchschnittsprämie dann zu niedrig ist.

Um eine adverse Selektion zu vermeiden und die Informationsasymmetrie hinsichtlich von Handlungen auszugleichen, könnten Versicherer die Leistungsanspruchnahme kontrollieren und beschränken – was (abseits von Fragen der Verantwortungszuschreibung für gesundheitsbezogenes Verhalten) wiederum zu relativ hohen Transaktionskosten führen würde. Eine andere Möglichkeit besteht darin, ein Anreizsystem zur Selbstkontrolle und -steuerung der Versicherten zu etablieren. Dies wird mit Bonus-Systemen versucht, die gesundheitsförderliches Verhalten belohnen sollen.

18 Homann & Suchanek (2005) 91.

19 Akerlof (1970) 493.

3. Bewältigungsversuche mit ethischen Implikationen

Bislang wurde deutlich, dass es vernünftige (d.h. ethisch überzeugende) Argumente für die kollektive Absicherung gegenüber dem Krankheitsrisiko gibt. Die Krankenversicherung ist das institutionelle (d.h. regelhafte) Resultat dieser Argumentation. Sie hat allerdings mit Komplikationen zu kämpfen, die sich aus grundlegenden Informationsasymmetrien zwischen Versichertem und Versicherer ergeben. Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen (z.B. Krankheitsdispositionen einer Person) und Handlungen (z.B. Ernährungsverhalten einer Person) bergen stets das Risiko, dass eine Kooperation zum gegenseitigen Vorteil unverhältnismäßig ineffizient wird oder gar nicht zustande kommt. Um dies zu verhindern, werden Steuerungsversuche auf Angebots- und Nachfrageseite unternommen.

3.1. Steuerungsversuche auf Angebotsseite

Den zuvor geschilderten Versicherungskomplikationen kann man auf Angebotsseite mit unterschiedlichen Maßnahmen begegnen. Alle Maßnahmen sind ein mehr oder weniger Abrücken vom Ideal einer Vollversicherung. Eine Vollversicherung wäre dadurch gekennzeichnet, dass alle Schadensfälle unabhängig von ihrer Art, Höhe und ihren Umständen abgedeckt werden. Die Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen und Handlungen können bei einer Vollversicherung ebenfalls voll wirksam werden, da die Versicherung ja unabhängig von Merkmalen und Handlungen eine Risikoabdeckung anbieten würde. Da die Konsequenzen der Informationsasymmetrien die Wahrscheinlichkeit nicht zustande kommender oder abgebrochener Kooperation zwischen Versicherer und Versicherten erhöhen würde, bleiben Vollversicherungen ein Ideal.

In der Realität sollen insbesondere folgende Maßnahmen Kooperationsverluste minimieren: Beschränkungen von Leistungsarten, von Leistungshöhe oder von Leistungserbringern. Bei der Beschränkung von Leistungsarten werden bestimmte Krankheitsbehandlungen aus dem Versicherungsschutz ausgenommen oder auf selektive Behandlungsmethoden reduziert. Bei der Beschränkung der Leistungshöhe werden Versicherungsleistungen hinsichtlich ihrer Menge (z.B. Anzahl der Therapieeinheiten), ihres Preises (z.B. Aufnahme in die Liste erstattungsfähiger Medikamente) oder ihrer Kostenverteilung (z.B. mittels Kopfpauschalen)

unterhalb einer Vollversicherung definiert. Bei der Beschränkung der Leistungserbringer werden bestimmte Leistungserbringer von der Abdeckung durch die Versicherung ausgenommen (Negativliste) oder wird der Versicherungsschutz nur bei bestimmten Leistungserbringern gewährt (Positivliste).

Solche Maßnahmen sind in erster Linie aus dem System privater (Kranken-)Versicherungen bekannt. In diesem System kommt es letztlich bloß auf die Übereinstimmung der Vertragsparteien an, die einen Konsens hinsichtlich des Angebots (Versicherungspakets) erzielen müssen, um eine Kooperation zu etablieren. Die genannten Steuerungsversuche auf Angebotsseite sind aber auch dem System öffentlicher Krankenversicherungen nicht fremd. Bei ihnen handelt es sich ebenfalls nicht um Vollversicherungen. Vielmehr werden bestimmte Leistungsarten (z.B. in der Zahnmedizin), Leistungsmengen (z.B. in der Psychotherapie) und Leistungserbringer (z.B. durch selektive Kassenverträge) als Versicherungspaket definiert. Der Unterschied zur privaten Krankenversicherung besteht darin, dass der Versicherte in einem System der Pflichtversicherung (nicht so in einem System der Versicherungspflicht) de facto keinen Einfluss auf das Versicherungspaket hat, das ihm zugeteilt wird. Die Steuerung auf Angebotsseite findet in diesem System auf Ebene der Sozialgesetzgebung und Leistungskataloge der Krankenkassen statt.

3.2. Steuerungsversuche auf Nachfrageseite

Während die Steuerungsversuche auf Angebotsseite darauf abzielen, Informationsasymmetrien in der *Leistungserbringung* auszugleichen, verfolgen Steuerungsversuche auf der Nachfrageseite das Ziel, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen so zu steuern, dass Informationsasymmetrien ausgeglichen werden. Diese Steuerungsversuche umfassen wiederum verschiedene Maßnahmen, die zum Teil seit Jahrzehnten, zum Teil erst in den letzten Jahren eingesetzt werden. Im Folgenden werden Kostenbeteiligungsregelungen, Bonus-Malus-Systeme und das Design von Entscheidungsstrukturen beleuchtet.

Am bekanntesten sind wahrscheinlich Kostenbeteiligungsregelungen. Darunter fallen unterschiedliche Mechanismen, wie insbesondere:²⁰

- Fixe Kostenbeteiligungen (*franchise*): Der Patient hat für eine in Anspruch genommene Leistung einen vorher festgesetzten Betrag (Gebühr) zu zahlen.
- Prozentuale Kostenbeteiligung (*coinsurance*): Der Patient hat einen bestimmten Prozentsatz der entstandenen Behandlungskosten zu zahlen.

²⁰ Wallner (2004) 202.

– Selbstbehalte (Abzugsfranchise): Der Patient trägt die Kosten bis zu einer gewissen Höhe selbst, darüber hinaus kommt die Versicherung für die Behandlungskosten auf.

– Indemnitätsregelungen (*indemnity benefit insurance*): Der Patient erhält von seiner Versicherung einen bestimmten fixen Betrag und trägt die Behandlungskosten, die darüber hinausgehen, selbst.

Die Wirksamkeit von Kostenbeteiligungsregelungen zur Minimierung von Informationsasymmetrien und Steuerung der Nachfrage ist notorisch umstritten.²¹ Kostenbeteiligungen können, wenn sie fehlerhaft entworfen, implementiert und exekutiert werden, wirkungslos, ineffizient oder sozial unfair sein. Etliche Kostenbeteiligungen sind wirksam, d.h., sie beeinflussen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Manche davon sind aber relativ ineffizient, da sie mit hohen Transaktionskosten verbunden und durch externe Kosten konterkariert werden. Selbst wenn Kostenbeteiligungen wirksam und effizient sind, bleibt die Frage nach ihrer sozialen Fairness, die je nach Kostenbeteiligungsmechanismus leiden kann. Eine aus den bisherigen Versuchen von Kostenbeteiligungen abgeleitete Hypothese könnte in diesem Zusammenhang lauten: Es ist relativ schwierig, die drei Kriterien von Wirksamkeit, Effizienz und Fairness in gleichem Maße zu verwirklichen. Nur insoweit dies gelingt, sind Kostenbeteiligungen gut begründet.

Während reine Kostenbeteiligungsregelungen primär die finanzielle Perspektive der Versicherungsbeziehung im Blick haben und über die damit verbundenen Interessen zu steuern suchen, verbinden Bonus- bzw. Bonus-Malus-Systeme die finanzielle Perspektive mit einer nicht monetären. Bei reinen Bonus-Systemen bringt gesundheitserhaltendes und gesundheitsförderliches Verhalten dem Versicherten finanzielle Vorteile (z.B. den Erlass oder die Reduzierung eines Selbstbehalts). Bei gemischten Bonus-Malus-Systemen würde zusätzlich gesundheitschädliches Verhalten dem Versicherten finanzielle Nachteile bringen (z.B. eine höhere Kostenbeteiligung bei Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung, die aufgrund des gesundheitsschädlichen Verhaltens nachgefragt wird).

Die Differenzierung zwischen reinen Bonus- und gemischten Bonus-Malus-Systemen wird in der gesellschaftspolitischen Diskussion zu diesem umstrittenen Thema nicht immer durchgehalten. Bisweilen werden reine Bonus-Systeme bereits als Bonus-Malus-Systeme aufgefasst, da der Bonus für einen Versicherten, der ihn durch gesundheitsförderliches Verhalten erhält, zugleich als Malus für einen anderen Versicherten interpretiert wird, der den Bonus nicht erhält. Diese Auffassung ist formal falsch, real aber zum Teil nachvollziehbar. Wir bewerten

21 Wallner (2004) 202–208.

Vorteile nämlich nicht ausschließlich nach absoluten Kriterien (also nur in Hinblick auf die Vor- und Nachteilsbilanz des einen Versicherten, der einen Bonus erhält), sondern ebenso nach relativen Kriterien (d.h. im Vergleich zu anderen Personen). Rein rational ist es falsch, den Vorteil des Bonus-Empfängers als Nachteil (und damit Malus) des Nicht-Bonus-Empfängers zu werten, da der Nicht-Bonus-Empfänger um keinen Cent schlechter gestellt wird, sondern bei seiner Ausgangsbasis bleibt. Diese rein rationale Analyse beruht freilich auf der Annahme, dass die verglichenen Versicherten vergleichbar sind, d.h. dass beide die reale Chance haben, den Bonus zu erhalten. In der Realität werden aber manche Versicherte aufgrund ihrer persönlichen Umstände (sozioökonomische Situation, Prädispositionen für Erkrankungen) diese reale Chance nicht in gleichem Maß haben wie andere. Sie wollen vielleicht gesundheitsförderlich handeln (und damit den Bonus erzielen), können es aber nicht. In diesem Fall wäre ein *formal* reines Bonus-Systems tatsächlich ein *real* gemischtes Bonus-Malus-System.

Vorausgesetzt, es besteht eine hinreichend gesicherte Erkenntnis darüber, welches Verhalten gesundheitserhaltend bzw. -förderlich ist, so ist das Anliegen, die Lebensentscheidungen der Versicherten in diese Richtung zu steuern, aus Sicht der Versicherungen rational. Es hat eine substanziell bessere Begründung als Steuerungsversuche über reine Kostenbeteiligungsmodelle, da die bloße Finanzperspektive weniger Präferenzen abbildet als die zusätzliche Gesundheitsperspektive der Menschen. Inwieweit finanzielle Anreize von Bonus-Malus-Systemen das adäquate Mittel sind oder ausreichen, um gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen, bleibt hingegen fraglich. Statt einseitig auf die finanziellen Interessen der Menschen aufzubauen, kommen in den letzten Jahren Steuerungsversuche hinzu, die den weitaus komplexeren Entscheidungsstrukturen entsprechen wollen. Sie werden meist unter dem Begriff *nudge/nudging* („stupsen“) zusammengefasst²². Die Probleme der Informationsasymmetrien mit ihrem Risiko ineffizienter oder gescheiterter Kooperation sollen dadurch gemildert werden, dass die Versicherten (oder Patienten) durch ein gezieltes Design ihrer Entscheidungswege auf eine gesundheitsförderliche und damit für die Krankenversicherungen günstigere Bahn gelenkt werden. Die Entscheidungsarchitektur des Nudgings arbeitet nicht mit direkten Eingriffen. Der Versicherte kann auch weiterhin Informationsasymmetrien hinsichtlich seiner Merkmale und seines Verhaltens zum Nachteil Dritter nutzen. Durch die Entscheidungsarchitektur soll aber die Wahrscheinlichkeit gesenkt werden, dass er dies tut. Bewerkstelligt wird dies mit Hilfe von Erkenntnissen aus der Verhaltenspsychologie. So ist z.B. bekannt, dass die Reihenfolge der Speisen in einem Buffet darauf Einfluss hat, für welche Gerichte sich eine Person eher entscheidet. Werden die Speisen nun so angeordnet, dass

22 Thaler & Sunstein (2009).

die Wahrscheinlichkeit, zu gesünderer Nahrung zu greifen, erhöht wird, so hat die betreffende Person zwar noch immer die Freiheit, etwas Ungesünderes zu essen, aber sie wird sich (unbewusst) statistisch häufiger für die gesündere Variante entscheiden. Die Kombination aus gesundheitsfürsorglicher Gestaltung der Entscheidungsstruktur und Anerkennung der Möglichkeit, sich darüber hinwegzusetzen, hat dazu geführt, den Nudge-Ansatz als „libertären Paternalismus“²³ zu bezeichnen. Nudging zur Steuerung des Gesundheitswesens insgesamt und der Versicherungsbeziehung im Speziellen wird heute bereits regelhaft eingesetzt.²⁴ In einem System der Versicherungspflicht oder der Versicherungsfreiheit kann damit beispielsweise versucht werden, die Menschen überhaupt zu einer Krankenversicherung zu bewegen oder sie bei der Auswahl des Versicherungspakets zu „stupsen“. So ist aus der empirischen Forschung etwa bekannt, dass wir statistisch dazu neigen, eine „Standard-Option“, die auf einem Versicherungsantragsformular bereits vorausgewählt ist, unverändert zu lassen, auch wenn wir sie abwählen können.

23 Thaler & Sunstein (2003).

24 Cheung & Ardolino (2013).

4. Ethische Reflexion

Um Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen und Handlungen in der Krankenversicherung auszugleichen und damit die Wahrscheinlichkeit einer langfristig stabilen Kooperation zum gegenseitigen Vorteil aller Beteiligten zu erhöhen, werden sowohl in privaten als auch in öffentlichen Krankenversicherungssystemen Steuerungsversuche auf Angebots- und auf Nachfrageseite unternommen. Im abschließenden Abschnitt geht es um die Frage, wie die Steuerungsversuche auf Nachfrageseite (d.h. Versicherte und Patienten) ethisch zu beurteilen sind. Für die ethische Beurteilung eines Sachverhalts wie jenes der zuvor analysierten Krankenversicherung kommen drei interdependente Perspektiven in Frage: jene des Rechten, die der Person und jene des Guten.

4.1. Aus der Perspektive des Rechten

Die in der neuzeitlich-westeuropäischen Ethiktradition dominierende Perspektive ist jene des Rechten. Sie geht der Frage nach, inwieweit die Beurteilung von Handlungen als „richtig“ oder „falsch“ gerechtfertigt werden kann.

Wenn beispielsweise gesagt wird, dass das Verschweigen einer bekannten Vorerkrankung bei Versicherungsabschluss falsch (d.h. moralisch verpönt) sei, dann fragt die Ethik in der Perspektive des Rechten danach, warum wir zu solch einem Urteil kommen. Der bloße Verweis auf gesetzliche oder vertragliche Normen, die ein solches Verschweigen als falsch (verboten) deklarieren, reicht für die Begründung nicht aus, da sich die Frage damit nur auf die Begründung dieser Normen verlagert.

Man könnte bei einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Urteil, das Verschweigen sei falsch, zum Beispiel auf das Prinzip der Wahrhaftigkeit verweisen. Ohne wahrheitsgemäße Kommunikation wird die Wahrscheinlichkeit für soziale Kooperation sinken, da ich damit rechnen muss, dass mir mein Gegenüber Informationen zu meinen Ungunsten vorenthält. Eine Offenlegung kann daher einerseits mit dem Verweis auf die das Kooperationsvertrauen erhöhende Wahrhaftigkeit begründet werden. Die ethische Auseinandersetzung würde andererseits das Argument ins Spiel bringen, dass die Offenbarung einer Vorerkrankung oder Krankheitsdisposition zu einem unverhältnismäßigen Nachteil des Versicherungswerbers reichen könnte. Die Versicherung müsste das erhöhte Risiko berücksichtigen, was zu einer Verweigerung oder einer teuren Prämie führen würde.

Eine solche Konsequenz könnte als unfair bewertet werden. Damit wird neben der Wahrhaftigkeit auf ein zweites ethisch relevantes Prinzip verwiesen – jenes der Fairness, welches sowohl für den Versicherungswerber als auch die Versicherung gilt. Auf Ebene einer individualethischen Beurteilung besteht dabei die latente Gefahr, dass derjenige, der sich richtig verhält, dennoch Nachteile hat. Angenommen, ein Versicherungswerber legt seine Vorerkrankungen und Krankheitsdispositionen offen, weil er dies für richtig hält. Andere Versicherungswerber verschweigen ihre Informationen aber. Dann erhöht sich das Risiko der adversen Selektion (siehe weiter oben).

Die Ethik kann an dieser Stelle zwei Argumentationslinien verfolgen: Einerseits kann sie mit den Argumenten der Wahrhaftigkeit und Fairness Appelle verbinden, die auf das Verhalten des Einzelnen abzielen. Manche Menschen wird dies überzeugen, andere jedoch nicht. Andererseits kann die Ethik von der individuellen Ebene auf eine institutionelle wechseln. Dort geht es um die Frage, wie Regelwerke gestaltet sein müssen, damit richtiges Verhalten nicht zum Nachteil wird. Im Fall der Offenlegung von Vorerkrankungen für den Versicherungsstatus zeigen sich die Konsequenzen dieses Ebenenwechsels deutlich: Individualethische Appelle werden stets unzureichend wirken oder unethisch sein, wenn die Institutionen Verhaltensanreize setzen, die richtiges Verhalten de facto bestrafen. In der Krankenversicherung wird die Wahrscheinlichkeit, Vorerkrankungen offenzulegen, hingegen dort steigen, wo es beispielsweise einen Kontrahierungszwang gibt, sodass Versicherungen Personen mit Krankheitsdispositionen nicht einfach abweisen dürfen.

Die institutionelle Lösung des Problems verdeckter Merkmale über einen Kontrahierungszwang kann freilich nur *ceteris paribus* begründet werden, d.h. unter der Annahme, dass alle sonstigen Faktoren unverändert bleiben und der Kontrahierungszwang selbst keine Auswirkungen auf andere Phänomene als jene der Informationsasymmetrien hat. Eine solche, dem Modell geschuldete Vereinfachung ist notgedrungen unterkomplex. Die Vorstellung, menschliches Verhalten auf individueller oder institutioneller Ebene vornehmlich in der binären Bewertung von richtig und falsch steuern zu können, funktioniert nur sehr eingeschränkt (z.B. in klaren Extremfällen). Dies trifft auf Fragen der Offenlegung von Vorerkrankungen ebenso zu wie auf Fragen der Steuerung über Selbstbehalte. Warum setzen wir unsere Hoffnungen dennoch so stark auf diesen moralbezogenen Ansatz des Rechten?

4.2. Aus der Perspektive der Person

Wir treffen unsere ethisch relevanten Bewertungen und Entscheidungen stets vor dem Hintergrund unserer Menschen- bzw. Gesellschaftsbilder. Die Ethik muss daher diese Perspektive der Person in den Blick nehmen, wenn sie Sachverhalte wie jene der Krankenversicherung beurteilen möchte.

Lange Zeit (und teilweise bis heute) wurde in der Ethikgeschichte aus dieser Perspektive davon ausgegangen, wie der Mensch idealerweise zu sein hat. Besonders prägend war (und ist) die Annahme, dass Menschen ihre Bewertungen und Entscheidungen rational durchführen, um Eigeninteressen zu wahren. Exemplarisch kann hierfür das Modell des Homo oeconomicus dienen.²⁵ Er ist zwar nicht als umfassendes Menschenbild gedacht, sondern als Annahme für eine ganz bestimmte Fragestellung, doch dieses Modell liegt vielen Überlegungen und Ansätzen simpler Gesundheitspolitik zu Grunde. Unterstellt wird, dass sich der Versicherte rational verhält – also beispielsweise versucht, jenes Versicherungspaket zu wählen, das seinen Präferenzen am besten entspricht. Auch die Rede vom „*Doctor Shopping*“²⁶ ist beispielsweise nur dann sinnvoll, wenn diesem Verhalten rationale Präferenzen unterstellt werden.

Im wissenschaftlichen Diskurs der Ökonomie wurde darauf hingewiesen, dass diese Annahme eine Modellvereinfachung darstellt und die Rationalität des Menschen in der Realität stets begrenzt sei.²⁷ Dennoch basieren klassische Steuerungsversuche über Kostenbeteiligungen und Bonus-Malus-Systeme im Wesentlichen auf einem rationalistischen Menschenbild. Wie unzureichend dies gerade in Gesundheitsangelegenheiten ist, ist seit langem bekannt; andernfalls hätten Präventions- und Gesundheitsförderungsinitiativen eine stärkere Nachfrage.

Aus ethischer Perspektive kann eine unterstellte Rationalität auch unethisch sein. Rationalität wird nämlich gemeinhin als ein zentrales Merkmal für Verantwortlichkeit angesehen. Wer rational handelt, ist für sein Handeln auch verantwortlich. Die Beispiele des *Doctor Shopping* und des *Moral Hazard* zeigen jedoch, dass die Gründe für solches Verhalten mitunter wenig mit rationaler Optimierung der Eigeninteressen zu tun haben, sondern auch in einer mangelhaften Unterstützung des Versicherten bzw. Patienten, wie eine Entscheidung zum gegenseitigen Vorteil (für ihn und die anderen Stakeholder) aussehen könnte, liegen. Werden

25 Suchanek (2007a); Suchanek (2007b).

26 Mit Doctor Shopping wird das Phänomen umrissen, dass Versicherte innerhalb einer versicherungstechnischen Abrechnungsperiode aus eigenem Antrieb mehrere Ärzte derselben Fachrichtung aufsuchen; vgl. Kasteler, Kane, et al. (1976); Sansone & Sansone (2012).

27 Homann & Suchanek (2005) 365.

diese Zusammenhänge verkannt, wächst das Risiko des Moralisierens und darauf aufbauender Sanktionierungen.²⁸

Die Grenzen unserer Rationalität werden uns spätestens dann vor Augen geführt, wenn wir unsere Entscheidungen auf Basis statistischer Informationen treffen sollen.²⁹ Eigentlich wären statistische Zusammenhänge (z.B. über Lebensstil und Krankheitsrisiko) bestens dazu geeignet, rational im eigenen Interesse Entscheidungen zu treffen. Es ist zugleich bekannt, dass sich die meisten Menschen extrem schwer damit tun, statistische Informationen in Hinblick auf ihre Relevanz für persönliche Entscheidungen zu verstehen. Insofern sind Steuerungsversuche, die allein über Aufklärung mittels statistisch fundierter Informationen arbeiten, nur für das methodisch-reduzierte Menschenbild des Homo oeconomicus ansprechend, nicht aber für den realen Versicherten.

Beim realen Versicherten oder Patienten, d.h. bei einer Person „aus Fleisch und Blut“, kommt neben der rationalen Ebene des Menschseins zumindest noch eine voluntative Ebene hinzu. Unser Wollen ist von Neigungen beeinflusst, die sich nicht bloß über rationale Argumente adressieren lassen. Das ethisch richtige Gesundheitsverhalten zu *erkennen* ist das eine; es verlässlich (und nicht bloß als singuläre Aktion oder in Extremfällen, wenn es unter Umständen schon zu spät ist) zu *wollen*, etwas anderes; und die Fähigkeit, es tatsächlich im Alltag *umzusetzen*, wiederum ein drittes. Nur dort, wo Wissen, Wollen und Können zusammentreffen, nähern wir uns den angestrebten Zielen. Der Nudging-Ansatz hat dies erkannt, indem er die Hürden, das Richtige zu wollen und zu können, durch die Entscheidungsarchitektur senkt. Für die Ethik tun sich damit freilich weitere Fragen auf: Angenommen, wir hätten ethische Gewissheit, worin das Richtige besteht (und das ist alles andere als selbstverständlich, worauf im folgenden Abschnitt noch einzugehen ist) – ist es nicht ethisch fragwürdig, die Entscheidung der Menschen derart zu beeinflussen, ja sie zu manipulieren? Gegen diesen Einwand könnte man darauf verweisen, dass auch die vornehmlich rationalistischen Steuerungsversuche manipulativ wirken können. Sowohl an den Verstand (z.B. Aufklärungskampagnen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz) als auch an das Eigeninteresse (z.B. Kostenbeteiligungsmechanismen) appellierende Maßnahmen arbeiten so. Das Unbehagen mancher am Nudging-Ansatz rührt vielleicht daher, dass er indirekter, verdeckter wirkt und wir uns, wenn wir uns seine Wirkweisen vor Augen führen, nicht mehr als „Herr im eigenen Haus“ verstehen. Die moderne Verhaltenspsychologie, die Abschied genommen hat vom rationa-

28 Von „Moralisieren“ kann dort gesprochen werden, wo an menschliches Verhalten moralische Ansprüche von richtig und falsch gestellt werden, ohne die realen Komplexitätsbedingungen für das Verhalten hinreichend zu berücksichtigen.

29 Kahneman (2014).

listischen Menschenbild, würde dem entgegenhalten, dass wir es nie zur Gänze waren, zugleich aber jetzt zum Teil noch sind, da wir uns weiterhin bewusst gegen einen Anreiz entscheiden können.

Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen veranschaulicht, wie maßgeblich unsere Menschenbilder für ethische Beurteilungen sind. Zu den Menschenbildern aller Zeiten und Kulturen zählt die Beobachtung, dass Menschen nach bestimmten Zielen streben und die dafür förderlichen Faktoren für wertvoll erachten. Damit kommt die dritte Perspektive der Ethik in den Blick.

4.3. Aus der Perspektive des Guten

Die dritte Perspektive der Ethik untersucht die Frage, wie sich unsere persönlichen und gesellschaftlichen Ziele und Werte (das Gute) begründen lassen. Wenn Normen regeln sollen, wie Menschen sich zu verhalten haben (d.h. was richtig und was falsch ist), dann setzt dies voraus, dass diese Normen ein gut begründetes Ziel verfolgen bzw. in diesen Normen gut begründete Wertvorstellungen zum Ausdruck kommen.

In Hinblick auf die Krankenversicherung greift diese ethische Perspektive auf, was zu Beginn erläutert wurde: unseren Umgang mit dem Krankheitsrisiko. In der Institution (d.h. im Regelwerk) jeder Versicherung (ob privat oder öffentlich) drückt sich beispielsweise eine positive Bewertung von Kooperation zum gegenseitigen Vorteil durch Risikopooling aus. In einem Versicherungssystem drückt sich sodann eine bestimmte Wertvorstellung von Gerechtigkeit aus: „Gerechtigkeit“ wird in der Krankenversicherung beispielsweise durch ein kollektives Äquivalenzprinzip angestrebt, sodass sich die Leistungserbringung für die Versichertengemeinschaft an den Beitrags- bzw. Prämieinnahmen dieser Gemeinschaft orientiert (Einnahmen-orientierte Ausgabenpolitik). Als nicht gerecht würde hingegen der Wert individueller Äquivalenz (d.h. der Versicherte erhält nur so viele Leistungen, wie sie seinen Beitrags- bzw. Prämienzahlungen entsprechen) angesehen.

Auf gesellschaftlicher Ebene drückt das Vorhandensein eines öffentlichen Krankenversicherungssystems ebenfalls eine bestimmte Ziel- und Wertvorstellung aus. Sie kann dahingehend zusammengefasst werden, dass sich eine Gesellschaft dazu bekennt, die individuelle, krankheitsbedingte Verletzlichkeit jedes Menschen gemeinsam zu schultern. In einer liberalen Gesellschaft werden sich hierfür pluralistische Motive finden: humanistische ebenso wie wirtschaftliche. In der eingangs erwähnten Theorie von John Rawls würde eine Gesellschaft, die sich nicht aus welchem Motiv auch immer (nicht zuletzt aus Eigeninteresse des

Einzelnen) darauf verständigt, das Krankheitsrisiko kollektiv abzufedern, keine „wohlgeordnete“ (d.h. gerechte) Gesellschaft sein.

Auf die Vorstellungen davon, was in unserer Gesellschaft wertvoll und gut ist, welche Ziele wir gemeinsam verfolgen, worin so etwas wie ein Gemeinwohl besteht, wirken die Annahmen über das Menschenbild ein. Eine Gesellschaft, deren Menschenbild stärker auf das Individuum abstellt, wird ein anderes System der Krankenversicherung etablieren als eine Gesellschaft, deren Menschenbild stärker kollektiv verankert ist. Die praktischen Auswirkungen der Wechselwirkungen von Menschenbild, Gemeinwohlvorstellungen und institutionellen Normen werden deutlich, wenn man einen Vergleich von europäischen und US-amerikanischen Krankenversicherungssystemen anstellt.

5. Schlussfolgerung

Eine Krankenversicherung ist ein System der Kooperation zum gegenseitigen Vorteil. Sie ist die institutionelle, d.h. regelhafte Antwort einer Gemeinschaft auf ein geteiltes, existenzielles Risiko. In einer wohlgeordneten Gesellschaft, deren Grundstruktur auf fairen Institutionen aufbaut, gibt es eine öffentliche Krankenversicherung. Doch egal, ob Versicherungspflicht in einem rein privaten Krankenversicherungssystem oder Pflichtversicherung in einem öffentlichen Krankenversicherungssystem – es ergeben sich Versicherungskomplikationen aufgrund von Informationsasymmetrien hinsichtlich von Merkmalen und Handlungen der Versicherten. Diese Versicherungskomplikationen erhöhen das Risiko, dass die Kooperation zwischen Versicherten, Versicherern und Leistungserbringern gar nicht zustande kommt, ineffizient wird oder zusammenbricht.

Die ethischen Implikationen der Versicherungskomplikationen sind zumindest zweifach: Angesichts des Stellenwerts, den die Krankenversicherung für eine wohlgeordnete Gesellschaft hat, wäre es – erstens – ethisch problematisch, wenn diese Institution erodieren würde. Die Folge wäre eine nicht mehr so wohlgeordnete, d.h. ungerechtere Gesellschaft. Aus diesem Grund ist es vernünftig, die Versicherungskomplikationen zu minimieren. Damit treten die zweiten ethischen Implikationen ins Blickfeld: die Bewältigungsversuche der Versicherungskomplikationen sollen möglichst wirksam, effizient und fair sein. Verschiedene Steuerungsversuche auf Angebots- und Nachfrageseite genügen diesen Anforder-

rungen mehr oder weniger. Was die Ethik in diesem Zusammenhang beisteuern kann, ist eine Reflexion aus drei Perspektiven: Aus der Perspektive des Rechten analysiert die Ethik, inwieweit Normen und Urteile über die Rechtmäßigkeit von Handlungen (z.B. *Moral Hazard*) sowie über die Notwendigkeit von Interventionen zur Steuerung dieses Handelns (z.B. Kostenbeteiligungen) gerechtfertigt sind. Diesen Normen und Urteilen liegen Menschenbilder (z.B. jenes des den Eigennutzen maximierenden Versicherten) zugrunde, welche die Ethik aus der Perspektive der Person hinterfragt. Aus der Perspektive des Guten unterzieht die Ethik unsere persönlichen und gesellschaftlichen Ziel- und Wertvorstellungen (z.B. hinsichtlich individueller Wahlfreiheit in der Krankenversicherung) einer Plausibilisierung.

Daraus ergibt sich Folgendes: In Fragen der Versicherungsethik sollten wir Ethik nicht bloß als Moralphilosophie verstehen, die kritisch hinterfragt, inwieweit eine Handlung (z.B. eine gesundheitsschädliche Lebensgewohnheit) oder Norm (z.B. Selbstbehaltsregelungen) als richtig oder falsch begründet werden können. In der Regel stellen solche normativen Ansätze auf rationale Eigeninteressen der Akteure ab. Diese gehören zu den Phänomenen des menschlichen Lebens, aber sie erfassen nicht die teils ambivalente, teils widersprüchliche Komplexität. Deshalb werden Versuche, Versicherungskomplikationen über Normen zu steuern, tendenziell nur in Grenzfällen funktionieren, auch wenn diese Normen ethisch gut begründbar sind. Möchte man der Komplexität näherkommen, so können ethische Reflexionen zum Menschenbild weiterhelfen. Ansätze wie jener des Nudgings greifen Erkenntnisse der Verhaltenspsychologie und -pädagogik auf, die in den letzten Jahren in der Ethik verstärkt rezipiert werden. Daraus ergibt sich unter anderem, dass Steuerungsversuche in der Versicherungsethik nicht vornehmlich auf das Wissen (rationale Ebene), sondern gleichermaßen auf das Wollen (voluntative Ebene) und das Können (pragmatische Ebene) abzielen sollten. Mit anderen Worten: Auch die am besten rational begründbaren Normen zur Steuerung werden unzulänglich bleiben, wenn die Versicherten bzw. Patienten nicht dabei unterstützt und geleitet werden, das Richtige zu wollen und praktisch umsetzen zu können. Der „Homo oeconomicus“ muss um den „Homo nudgensis“ ergänzt werden. Die Einbeziehung dieser zusätzlichen ethischen Argumente macht die Aufgabe weitaus komplexer, wird den Menschen aber wohl gerechter.

Literaturverzeichnis

- Akerlof G. The Market for „Lemons“: Qualitative Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*. 1970;84(3):488–500.
- Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963;53(5):941–973.
- Brunner T. Big Data from a Health Insurance Company’s Point of View. In: Langkafel P, Hrsg. *Big Data in Medical Science and Healthcare Management*. Berlin: De Gruyter; 2015:53–62.
- Carel H. *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- Cather DA. A Gentle Introduction to Risk Aversion and Utility Theory. *Risk Management and Insurance Review*. 2010;13(1):127–145. DOI 10.1111/j.1540-6296.2009.01173.x.
- Cheung R, Ardolino A. Behavioural science in public health policy. *British Journal of Healthcare Management*. 2013;17(4):140–144. DOI 10.12968/bjhc.2011.17.4.140.
- Homann K, Pies I. Sozialpolitik für den Markt: Theoretische Perspektiven konstitutioneller Ökonomik. In: Pies I, Leschke M, Hrsg. *James Buchanans konstitutionelle Ökonomik*. Tübingen: Mohr-Siebeck; 1996:203–239.
- Homann K, Suchanek A. *Ökonomik*. 2. Aufl. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2005.
- Kahneman D. *Schnelles Denken, Langsames Denken*. München: Pantheon; 2014.
- Kasteler J, Kane RL, Olsen DM, Thetford C. Issues Underlying Prevalence of „Doctor-Shopping“ Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 1976;17(4):328–339.
- Kelley AS, McGarry K, Gorges R, Skinner JS. The Burden of Health Care Costs for Patients With Dementia in the Last 5 Years of Life. *Annals of Internal Medicine*. 2015;163(10):729–736. DOI 10.7326/M15-0381.
- Langer A, Schröder-Bäck P, Brink A, Eurich J. The Agency Problem and Medical Acting: An Example of Applying Economic Theory to Medical Ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2009;12(1):99–108. DOI 10.1007/s11019-008-9138-y.
- Marwell G, Ames R. Economists Free Ride, Does Anyone Else? Experiments on the Provision of Public Goods, IV. *Journal of Public Economics*. 1981;15(3):295–310.
- Rawls J. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1975.
- Rawls J. *Gerechtigkeit als Fairness: Ein Neuentwurf*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2003.
- Sansone RA, Sansone LA. Doctor Shopping: A Phenomenon of Many Themes. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2012;9(11/12):42–46.
- Sinn H-W. Risiko als Produktionsfaktor. *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik*. 1986;201(6):557–571.
- Suchanek A. Der homo oeconomicus: Verfehltes Menschenbild oder leistungsfähiges Analyseinstrument? In: Lang R, Schmidt A, Hrsg. *Individuum und Organisation: Neue*

- Trends eines organisationswissenschaftlichen Forschungsfeldes. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag; 2007a:251–276.
- Suchanek A. Eigenverantwortung, Anreizkompatibilität und der homo oeconomicus. In: Führ M, Bizer K, Feindt PH, Hrsg. Menschenbilder und Verhaltensmodelle in der wissenschaftlichen Politikberatung: Möglichkeiten und Grenzen interdisziplinärer Verständigung. Baden-Baden: Nomos; 2007b:161–167.
- Suchanek A. Ökonomische Ethik. 2. Aufl. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2007c.
- Thaler RH, Sunstein CR. Libertarian Paternalism. American Economic Review. 2003;93(2):175–179. DOI 10.1257/000282803321947001.
- Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness. London: Penguin Books; 2009.
- VfGH 8.10.2015, G 20/2015-13, G 281/2015-8.
- Wallner J. Ethik im Gesundheitssystem. Wien: Facultas; 2004.