

## Fallstudie Gesundheitsversicherung

Krankheiten sind neben Invalidität, Pflegebedürftigkeit und Langlebigkeit ein bedeutendes Lebensrisiko. Ein solches Risiko können und wollen viele Leute nicht selber tragen. Für eine einzelne Person sind die Konsequenzen einer Krankheit unsicher, schliesst sich hingegen eine Gruppe in einer Versicherung zusammen, wird das Krankheitsrisiko zu einer berechenbaren Grösse.<sup>1</sup> Eine Versicherung kann abschätzen, wie hoch die gesamten jährlichen Krankheitskosten ihrer Mitglieder sind. Sie übernimmt gegen die Bezahlung einer Prämie die finanziellen Kosten des Krankheitsrisikos – wie die Behandlungskosten und das entgangene Arbeitseinkommen. Gesundheit selber ist nicht versicherbar, nur die finanziellen Konsequenzen einer Erkrankung.

Krankenversicherungen tragen selten alle Kosten einer Krankheit. Bei einem „optimalen“ Versicherungsvertrag bezahlen die Patienten einen Teil der Kosten selber. Durch eine solche Selbstbeteiligung sollen Verhaltensänderungen nach Abschluss einer Versicherung begrenzt werden. Eine versicherte Person könnte einen ungesunden Lebensstil führen, weniger vorsorgen oder vermehrt medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. In der Fachliteratur wird dies moralisches Risiko genannt.<sup>2</sup> Moralisches Risiko ist allerdings kein moralisches (ethisches) Konzept. Erst eine Versicherung ermöglicht den Patienten Behandlungen, die ihre finanziellen Mittel übersteigen würden. Eine gewisse Erhöhung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund von einem Versicherungsabschluss ist also erwünscht. Problematisch sind Situationen, wo eine versicherte Person unnötige medizinische Leistungen nachfragt, welche sie nicht in Anspruch nehmen würde, müsste sie die Kosten selber tragen.

Ein weiteres Problem von Krankenversicherungen ist adverse Selektion. Eine einzelne Person weiss mehr über ihr Erkrankungsrisiko als eine Versicherung. Eine Prämie, die sich nach den durchschnittlichen Krankheitskosten richtet, ist aus Sicht von gesunden Personen zu hoch. Letztere werden sich nicht freiwillig versichern. Wenn sich aber nur Personen mit höherer Erkrankungswahrscheinlichkeit versichern (z.B. alte Leute oder Personen mit chronischen Krankheiten), muss die Versicherung die Prämien erhöhen. Als Folge

---

<sup>1</sup> Dies wird in der Statistik das Gesetz der grossen Zahl genannt.

<sup>2</sup> Ex-ante moralisches Risiko bezeichnet Verhaltensänderungen, welche die Erkrankungswahrscheinlichkeit beeinflussen; ex-post moralisches Risiko meint die erhöhten Kosten nach Krankheitseintritt.

könnten nur noch sehr kranke Personen eine Versicherung abschliessen. Alle übrigen sind entweder nicht versichert oder haben einen Vertrag mit einer reduzierten Schadensdeckung. Adverse Selektion erklärt, warum in vielen Ländern eine Krankenversicherung obligatorisch ist. Eine staatliche Pflichtversicherung verhindert auch „Trittbrettfahrerverhalten“: Aus ethischen Gründen ist es wahrscheinlich, dass die Krankheitskosten von unversicherten und bedürftigen Personen von der Gesellschaft getragen würden. Niemand soll sterben, nur weil er die Behandlungskosten nicht bezahlen kann. Dies verringert für wirtschaftlich schwache den Anreiz, freiwillig eine Versicherung abzuschliessen.

Es lassen sich grob drei Arten von Gesundheitssystemen unterscheiden. Mischformen / Überschneidungen sind möglich und innerhalb einer Kategorie gibt es grosse Unterschiede.

- Nationaler Gesundheitsdienst: Der Staat finanziert die Gesundheitsausgaben mehrheitlich über Steuern und bestimmt (rationiert) das Angebot und ein Globalbudget für die jährlichen Gesundheitskosten. Bürgerinnen und Bürger haben kostenlos Zugang zu medizinischer Versorgung. Es gibt eine Krankenversicherung – und das ist der Staat. Beispiele sind Grossbritannien und Schweden.

- Integration des Krankheitsrisikos in die Sozialversicherung: Die Krankenversicherung ist Bestandteil der obligatorischen Sozialversicherung. In einer Variante sind die Prämien einkommensabhängig und Arbeitgeber und –nehmer beteiligen sich gemeinsam an der Finanzierung. In einer zweiten Version verpflichtet der Staat seine Bürgerinnen und Bürger sich einer privaten Krankenversicherung anzuschliessen. Die Rahmenbedingungen (Prämienausgestaltung, Leistungskatalog, Aufnahmezwang etc.) unterliegen einer staatlichen Regulierung. Die meisten europäischen Länder (inkl. der Schweiz) gehören in diese Kategorie:

- Marktwirtschaftliches System: Ein Abschluss einer Krankenversicherung ist freiwillig. Staatliche Eingriffe sind gering. Krankenversicherungen haben risikoabhängige Prämien (d.h. kranke Personen zahlen mehr) und können eine Versicherung verweigern. Beispiele sind viele Entwicklungsländer und die USA bis zur Gesundheitsreform von Präsident Barack Obama.

In der Schweiz sind die ersten Krankenkassen im 19. Jahrhundert als Folge der industriellen und sozialen Entwicklung entstanden. Das aktuelle Krankenversicherungsgesetz (KVG) trat 1996 in Kraft und verpflichtet erstmals alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz, bei einer der 87 Krankenkassen

(Stand: 2010) eine Grundversicherung abzuschliessen. Die Krankenkassen müssen in der Grundversicherung die gleichen Leistungen anbieten, dürfen keine versicherungswilligen Personen ablehnen (Kontrahierungszwang) und keinen Gewinn erzielen. Die Prämien sind geschlechtsneutral und unabhängig vom Alter oder Gesundheitszustand (Diskriminierungsverbot).<sup>3</sup> Sie sind kantonale unterschiedlich. Personen mit kleinen Einkommen erhalten Prämienverbilligungen. Es gibt zwei Arten von Selbstbeteiligungen - Franchisen und einen proportionalen Selbstbehalt. Eine Franchise ist ein Betrag, bis zu welchem ein Patient alle Behandlungskosten selber zu bezahlen hat. Neben der Wahl der Krankenkasse kann jedes Jahr die Höhe der Franchise gewählt werden. Sie beträgt mindestens 300 Franken und höchstens 2500 Franken pro Jahr. Daneben müssen die Patienten 10 % der angefallenen Kosten übernehmen. Dieser Selbstbehalt ist auf 700 Franken pro Jahr begrenzt.

Die Grundversicherung deckt im wesentlichen die ambulante und stationäre Behandlung. Daneben können freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Zu letzteren gehören u.a. Abdeckung von Zahnmedizin, Brillen und Kontaktlinsen, Spitalzusatzversicherungen (z.B. Einzelzimmer, freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz) und Abdeckung nichtkassenpflichtiger Medikamente. In den Zusatzversicherungen können die Krankenkassen die Prämien selber festlegen und haben keinen Aufnahmehzwang. Grund- und Zusatzversicherung müssen nicht bei derselben Kasse abgeschlossen werden.

Die risikounabhängigen Prämien garantieren die Solidarität zwischen gesunden und kranken Personen, jung und alt, arm und reich (ärmere Einkommensschichten haben tendenziell einen schlechteren Gesundheitszustand). Gleichzeitig setzt die Einheitsprämie den Krankenversicherern Anreize, „gute“ Risiken (also gesunde Leute) zu einem Vertragsabschluss zu bringen und ältere oder kranke Personen davon abzuhalten (Risikoselektion). Eine Versicherung mit gesunden Personen hat bei (etwa) gleichen Prämieinnahmen geringere Ausgaben als eine mit einer schlechteren Risikostruktur. Aus gesellschaftlicher Sicht sind die Ressourcen, die für die Risikoselektion eingesetzt werden, Verschwendung. Der im Gesetz vorgesehene Risikoausgleich soll dieses Verhalten unterbinden. Versicherungen mit einer günstigen Risikostruktur müssen letzteren einen Teil ihrer Einnahmen überweisen. Der bisherige Risikoausgleich definiert allerdings nur den Kanton, das

---

<sup>3</sup> Kinder und Jugendliche (bis zum 18. Lebensjahr) und junge Erwachsene (bis zum 25. Lebensjahr) bezahlen reduzierte Prämien. Kinder und Jugendliche haben zudem keine Franchise.

Alter und Geschlecht als massgebende Kriterien der Ausgleichszahlungen und verhindert die „Jagd nach guten Risiken“ nicht. Ältere Menschen und Frauen haben zwar höhere durchschnittliche Gesundheitsausgaben, es gibt daneben aber viele andere Faktoren, welche die Höhe der Kosten beeinflussen. Im neuen Risikoausgleich ist das Krankheitsrisiko (definiert als Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr) ein weiteres Kriterium. Er tritt 2012 in Kraft. Ob sich damit die Risikoselektion eindämmen lässt, wird sich zeigen. Experten sind skeptisch.<sup>4</sup>

In den letzten Jahren haben die Krankenversicherer in den Herbstmonaten jeweils eine erhöhte mediale Aufmerksamkeit erfahren, als sie Prämien erhöhungen für das darauffolgende Jahr verkünden mussten. Tatsächlich hat die Schweiz international eines der teuersten Gesundheitssysteme und die Gesundheitsausgaben (und damit die Prämien) steigen stetig an. Den Kosten steht eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung gegenüber. Schweizerinnen und Schweizer sind im internationalen Vergleich sehr gesund und leben lange. Nicht immer aber rechtfertigt die Verbesserung des Gesundheitszustandes die Kosten. Es gibt keine „optimale“ Höhe der Gesundheitskosten, kein „optimales“ Wachstum. Entscheidend ist, dass die Leistungen effizient und nach den Wünschen der Bevölkerung erbracht werden. Hier besteht noch viel Spielraum für Verbesserungen. (Es muss vor allem – aber nicht nur – auf der Angebotsseite, d.h. bei den medizinischen Leistungserbringern, angesetzt werden. Substantielle Kosteneinsparungen sind durch höhere Selbstbeteiligungen nicht zu erwarten. Eine Minderheit (chronisch kranke, sterbende Menschen) ist für die Mehrheit der Kosten verantwortlich. Die Schweizer bezahlen im Vergleich zum Ausland einen grösseren Anteil selber. Ungelöst ist noch die Abdeckung des Pflegebedürftigkeitsrisikos.)

---

<sup>4</sup> Ein Grund ist, dass Alter und das Krankheitsrisiko stark korrelieren, d.h. zusammenhängen. Je älter eine Person, desto höher ist auch ihr Krankheitsrisiko. Die zusätzliche Information im neuen Risikoausgleich ist damit relativ gering.

## **Anschlussfragen**

**1)** Im ersten Abschnitt wird erläutert, dass ein Versicherungsabschluss eine Option ist, um sich gegen das Krankheitsrisiko zu versichern. Was wären Alternativen? Erläutere, warum sie nicht empfehlenswert sind.

Anstelle eines Abschlusses einer Krankenversicherung könnte eine kranke Person Geld aufnehmen, um ihre Krankheitskosten zu bezahlen. Allerdings ist es zweifelhaft, ob sie Kredite erhalten würde. Eine zweite Alternative ist die Finanzierung der medizinischen Behandlung mittels Erspartem. Dies ist nicht zu empfehlen, da die zukünftigen Kosten sehr unsicher sind (Statistiker sagen, die Varianz ist sehr gross). Eine Person, die nicht erkrankt, hätte zu viel gespart.

**2)** Der Gesetzgeber setzt im KVG auf das Konzept des „regulierten Wettbewerbs“. Konkurrenz unter den Krankenversicherern ist ein tragendes Element dieses Konzeptes. Im Jahr 2007 wurde eine Initiative für eine „Einheitskasse“ (in der Grundversicherung) vom Stimmvolk abgelehnt, also nur noch eine Krankenkasse für alle Versicherten der Schweiz. Was spricht gegen eine solche Lösung, was dafür? Du kannst eine Position einnehmen.

Argumente gegen eine „Einheitskasse“:

- Wettbewerb unter den Krankenkassen führt zu tieferen Prämien. Ist eine Krankenkasse zu teuer, wandern Versicherte ab. Im Optimalfall decken die Prämien genau die erwarteten Kosten.
- Die Versicherten haben Wahlfreiheit. Sind sie mit der Leistung ihrer bisherigen Kasse unzufrieden, können sie wechseln.
- Eine „Einheitskasse“ besitzt ein Monopol und keine Anreize zu hoher Servicequalität, effizienten Dienstleistungen und Innovationen (wie z.B. integrierte Versorgungsnetze).
- Verwaltungskosten sind in der Grundversicherung gering und seit der Einführung des KVG kontinuierlich gesunken.
- Durch den Zusammenschluss unter einem Verband haben die Krankenkassen Verhandlungsmacht gegenüber den Leistungserbringern (soweit es in einem System mit Kontrahierungszwang möglich ist).
- Eine „Einheitskasse“ verzerrt den Wettbewerb in den Zusatzversicherungen. Eine „Einheitskasse“ besitzt einen Informationsvorsprung gegenüber den übrigen Anbietern von Zusatzversicherern (z.B. über Charakteristiken der Antragssteller). Viele Personen bevorzugen Grund- und Zusatzversicherungen vom selben Anbieter.

Argumente für eine „Einheitskasse“:

- Die Konkurrenz unter den Krankenkassen funktioniert nicht. Es wechselt jedes Jahr nur eine Minderheit. Der Wettbewerb spielt nicht über die Preise, sondern über die „Jagd nach guten Risiken“. Letzteres ist eine Verschwendung von Ressourcen.
- Einsparung von Marketing- und Werbekosten und geringere Verwaltungskosten.
- Stärkere Verhandlungsposition gegenüber medizinischen Leistungserbringern, um tiefere Gesundheitskosten durchzusetzen. Im Optimalfall sinken die Prämien.

**3)** Wie hoch ist die minimale Selbstbeteiligung, die jährlich bezahlt werden muss, wie hoch die maximale – unter der Annahme, dass jemand in einem Jahr Behandlungskosten von über 7300 Franken im Falle einer minimalen Kostenbeteiligung und 9500 im Falle einer maximalen hat?

Die Selbstbeteiligung setzt sich zusammen aus einer frei wählbaren Franchise und einem Selbstbehalt von 10 %, welcher auf 700 Franken pro Jahr begrenzt ist. Die tiefste Franchise ist 300 Franken, die höchste 2500 Franken pro Jahr. Daraus folgt, dass einer Person mindestens 1000 Franken pro Jahr selber bezahlen muss (300 Franken Franchise + 700 Franken Selbstbehalt (10 % x 7000)). Die maximale Kostenbeteiligung ist 3200 Franken (2500 Franken Franchise + 700 Franken Selbstbehalt). Falls jemand keine medizinischen Leistungen beansprucht, gibt es auch keine Selbstbeteiligung. Sind die Behandlungskosten geringer als 7300 oder 9500 CHF, ist die Selbstbeteiligung entsprechend niedriger.

**4)** Impfungen (und andere Massnahmen, die der Prävention dienen) werden von der Grundversicherung übernommen. Es gibt keine Selbstbeteiligung. Warum?

Eine Impfung ist eine vorbeugende Massnahme gegen ansteckende Krankheiten. Impft sich eine Person, ist sie gegen eine bestimmte Krankheit immun.<sup>5</sup> Gleichzeitig kann die geimpfte Person andere nicht mehr anstecken. Dadurch reduziert sich die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung für ihre Mitmenschen. In der Fachsprache spricht man von einem „externen Effekt“: Die Handlungen einer Person haben positive (wie in diesem Fall) oder negative Auswirkungen auf die Mitmenschen. Müssten Impfungen selber bezahlt werden, ist der Anreiz, sich zu impfen, zu klein. Bei der Entscheidung über eine Impfung werden die Handlungen der Mitmenschen miteinbezogen. Hat sich z.B. schon die Mehrheit gegen eine Krankheit geimpft, reduziert sich der „Wert“ einer Impfung für die übrigen. Sie können von der

---

<sup>5</sup> Allerdings schützt keine Impfung hundertprozentig vor einer Erkrankung.

Mehrheit nicht mehr angesteckt werden und die Wahrscheinlichkeit ohne Impfung zu erkranken, sinkt gegen Null. Der Preis einer Impfung ist dann zu hoch. Eine Impfung ist ein „öffentliches Gut“: Ungeimpfte Personen profitieren davon, dass sich andere impfen, bezahlen dafür aber nichts.

Aus diesen Gründen übernimmt eine Versicherung die Kosten einer Impfung. Gewisse Impfungen sind sogar obligatorisch (je nach Kanton), aber eine generelle Impfpflicht existiert in Schweiz nicht. Einige Länder schreiben Impfungen für Touristen vor.

**5)** Dein Freund argumentiert, dass er für seine hohen Prämien auch eine Gegenleistung haben will. Er geht deshalb oft zum Arzt, obwohl er es eigentlich nicht nötig hat. Wenn er krank ist, will er die teuerste Versorgung, auch wenn der Arzt ihm sagt, dass eine billigere Lösung genauso gut ist. Was sagst Du ihm?

Dein Freund hat das Versicherungsprinzip nicht begriffen. Die Gegenleistung der Versicherung ist die Übernahme des Krankheitsrisikos: Sie übernimmt die Behandlungskosten in einem Krankheitsfall. Zu Beginn eines Jahres ist ungewiss, wer von den Versicherungsmitgliedern verunfallt oder krank wird. Dein Freund sollte glücklich sein, dass er gesund geblieben ist.

Das zweite Verhalten Deines Freundes wird als moralisches Risiko bezeichnet. Da er versichert ist, spielt der Preis in seinen Überlegungen keine Rolle mehr.

Würden sich alle wie Dein Freund verhalten, käme es zu einer „Ausbeutung der Krankenversicherung durch ihre eigenen Mitglieder“ (Jürg Sommer). Als Konsequenz steigen die Prämien immer weiter.

**6)** Das Gesetz schreibt vor, dass Versicherer in der Grundversicherung jeden Antragssteller aufnehmen müssen, egal ob kerngesund oder todkrank. Wie können sie dennoch Risikoselektion betreiben?

- Auf dem Antrag für die Grundversicherung werden (ungerechtfertigterweise) Daten über den Gesundheitszustand erhoben. Diese werden dazu verwendet, um Anträge unterschiedlich zu bearbeiten.

- Geringere Servicequalität für schlechte Risiken (Verschleppen oder „Verlieren“ von Anträgen, längere Wartezeiten bei telefonischer Beratung, längere Rückerstattung der Krankheitskosten etc.)

- Anwerbung von guten Risiken durch Zusatzangebote

- Einbauen von „Hürden“: Abschluss einer Versicherung ist nur über das Internet möglich, schlechte Informationsqualität über das Angebot

- Aktives Anwerben von guten Risiken (z.B. durch Versicherungsvertreter)

**7)** Prämien in der Grundversicherung mit derselben Franchise variieren je nach Krankenkasse sehr stark. Es können über 1000 Franken pro Jahr eingespart werden. Dennoch wechseln jedes Jahr nur wenige Personen ihre Krankenkasse, obwohl ein Wechsel mit einem sehr geringen Aufwand verbunden ist und im Internet Prämien einfach verglichen werden können. Was sind mögliche Gründe dafür?

In der Fragestellung ist angetönt, dass die Kosten eines Wechsels (wie z.B. die Informationsbeschaffung, Kündigung) die geringe Wechselbereitschaft der Versicherten nicht erklären. Informationen über die Prämien sind einfach zu beschaffen.

- Obwohl Grund- und Zusatzversicherung bei verschiedenen Anbietern abgeschlossen werden können, bevorzugen viele Leute nur eine Versicherung zu haben. Der Wechsel im Bereich der Zusatzversicherung ist aber nicht einfach Versicherungen dürfen Anträge ablehnen und die Prämien selber festlegen.

- Zwar haben alle Versicherer den gleichen Leistungskatalog, die Servicequalität ist aber je nach Anbieter verschieden und nicht leicht überprüfbar. Letztere ist nicht entscheidend für gesunde Leute (da sie ja wenige bis gar keine Leistungen in Anspruch nehmen), für kranke aber eines der Hauptkriterien (z.B. wie schnell werden die Kosten zurückerstattet etc.).

- „Status-Quo-Präferenz“: Viele Leute überschätzen die Vorteile der gegenwärtigen Versicherungslösung und untertreiben gleichzeitig die Vorzüge eines Wechsels. Sie bevorzugen den Status-quo: Alles soll so bleiben wie es ist. Erklärungen dafür sind Angst vor Unsicherheit, die falsche Wahl zu treffen und vor möglichen Verlusten

- „Paradox der Wahl“: Manchmal ist weniger mehr. Ein Supermarktregal mit vielen verschiedenen Konfitüren-Sorten erschwert die Kaufentscheidung. Wenn ein Produkt in vielen verschiedenen Farben angeboten wird, können sich viele nicht entscheiden. Es gibt 87 Krankenkassen (Stand: 2010; wobei es kantonale Unterschiede gibt). Welche ist die beste für mich?

**8)** Patienten müssen ihre Krankheitskosten zuerst selber bezahlen und ihre Rechnungen dann ihrer Krankenkasse schicken. Diese überweist dem Patienten dann den aufgewendeten Geldbetrag (Rückerstattung der Kosten). Warum bezahlt die Krankenkasse die Kosten nicht direkt?



- Die Krankenkassen bezahlen nur Leistungen, die höher als die Selbstbeteiligung sind. Einen Teil der Kosten muss der Patient selber tragen. Würden die Krankenkassen die Kosten direkt bezahlen, müsste der Patient der Krankenkasse die Selbstbeteiligung überweisen.

- Die Leute sollen sehen, wie teuer ihre Behandlung ist und die Preise kennen. Dies führt zu einem kostenbewussteren Umgang in der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und verringert das moralische Risiko.

**9)** In den meisten Industrieländern sind die Gesundheitskosten stetig angestiegen und werden auch in Zukunft weiter zunehmen. Was sind die Gründe?

- Steigende Einkommen: Gesundheit ist ein Luxusgut. Je reicher wir sind, desto wichtiger ist uns unsere Gesundheit. Damit steigt die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen überproportional zum Einkommen an.

- Veränderung der Altersstruktur: Der Anteil der über 65-Jährigen nimmt immer mehr zu. Alte Menschen sind kränker. Allerdings ist das nicht der Hauptgrund für die gestiegenen Ausgaben. Hohe Kosten fallen in den letzten Lebensjahren an und diese sind unabhängig vom Alter. Gesundheitskosten hängen also weniger mit dem Alter als mit der Restlebenszeit zusammen.

- Technologischer Fortschritt: Wohl ein Grossteil der gestiegenen Kosten ist auf den Fortschritt in der medizinischen Behandlung zurückzuführen. Folgende Mechanismen erklären den Effekt: 1) Es gibt zwei Arten von technologischem Fortschritt, Prozess- und Produktinnovationen. Bei ersterer wird eine Behandlung effizienter und kostengünstiger durchgeführt, letztere sind z.B. neuere Therapieformen oder Medikamente. Im Gesundheitswesen dominieren Produktinnovationen. Eine neue Therapie verbessert die Lebensqualität, gleichzeitig verlängert sie die Lebenserwartung und hat einen kostensteigernden Effekt. 2) Wenn einmal ein neues technologisches Gerät gekauft ist, wird es ausgenutzt – auch für Untersuchungen, die nicht unbedingt notwendig sind (die Kosten werden nicht von der Instanz getragen, die über den Gebrauch der Technologie entscheidet, sondern von der Versicherung). 3) Technologischer Fortschritt erhöht die Nachfrage nach Krankenversicherungen. Eine technisch-intensive Behandlung ist teuer und übersteigt die finanziellen Ressourcen. Gleichzeitig erhöht eine gestiegene Versicherungsabdeckung die Profitabilität von technologischen Innovationen und führt zu vermehrter Benutzung von neuen Behandlungsformen.

- Höhere Versicherungsabdeckung: Ein Versicherungsabschluss erhöht die Nachfrage nach medizinischen Leistungen (moralisches Risiko). Eine Versicherung

verändert das Verhalten der Anbieter. Patienten sind kaum in der Lage, über die nötigen Behandlungen zu entscheiden und beachten die Preise nicht, da sie versichert sind. Angebot und Nachfrage nehmen zu. In der Schweiz hat das neue Krankenversicherungsgesetz die abgedeckten Leistungen (Leistungskatalog) erweitert.