Dossier : Gesundheit : wertvoll und teuer

Objekttyp: **Group**

Zeitschrift: **Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur**

Band (Jahr): **76 (1996)**

Heft 2

PDF erstellt am: **27.04.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Jürg H. Sommer,
Professor Dr. oec., Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (FGS) am Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrum (WWZ) der Universität Basel. Deutschsprachige gekürzte Fassung eines im Mai 1995 vor der «Progress Foundation» und dem «Liberalen Institut» in Zürich gehaltenen Referats.

Rationierung im Gesundheitswesen – zwischen Ökonomie und Ethik

Einerseits stellt Gesundheit einen Wert an sich dar, anderseits ist die Gesundheit eine notwendige Bedingung für die Erzielung von Einkommen auf dem Arbeitsmarkt, und mit einem schlechten Gesundheitszustand können die schönen Dinge des Lebens kaum genossen werden. Darüber hinaus würden viele Kranke in Todesängsten ihr ganzes Vermögen für medizinische Leistungen ausgeben.

In Europa belasten steigende Gesundheitsausgaben vor allem die Budgets der mit strukturellen Defiziten kämpfenden öffentlichen Haushalte zunehmend stärker. Seit Jahren wird deshalb in allen westeuropäischen Staaten mit einer Fülle verschiedener Massnahmen versucht, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu bremsen. Dabei stand hinter dem Schlagwort der *Kostendämpfung* die Einschränkung überflüssiger, schädlicher, riskanter, unzumutbarer oder inhumaner Leistungen und der Ersatz bestimmter Leistungen durch andere, die den gleichen Nutzen mit weniger Aufwand erzielen können. Diese Massnahmen sind aus ökonomischer Sicht effizient. Alle bisherigen Strategien der Kostendämpfung versuchten sich stets damit zu legitimieren, dass die Versorgung mit medizinisch notwendigen Leistungen dadurch nicht gefährdet werde.

Grosses Aufsehen erregte deshalb die 1984 von den beiden Amerikanern *Aaron* und *Schwartz* publizierte Studie, in der krasse Unterschiede in den Raten der Inanspruchnahme selbst lebenserhaltender medizinischer Leistungen wie beispielsweise Nierendialysen, Intensivbehandlungen in Spitälern oder herzchirurgischen Eingriffen zwischen den USA und Grossbritannien nachgewiesen wurden (H. J. Aaron and W. B. Schwartz: «The Painful Prescription: Rationing Hospital Care», Washington, D. C., The Brookings Institution, 1984). Die Autoren kamen zum Schluss, dass in Grossbritannien medizinische Leistungen *«rationiert»* würden, d. h., dass auch solche Leistungen, von denen angenommen wird, dass sie für einen bestimmten Patienten einen Nutzen erzeugen, aus Kostengründen bewusst nicht erbracht werden. Allein schon der verwendete Begriff der «Rationierung» erschreckte. Er weckt Erinnerungen an Notzeiten (z. B. an den Zweiten Weltkrieg), in denen bestimmte Güter (z. B. Nahrungsmittel, Benzin) plötzlich knapp wurden und gemäss im politischen Prozess definierten, als *«gerecht»* erachteten Regeln unter der Bevölkerung verteilt wurden. Dabei wird angenommen, dass der Marktmechanismus nicht funktionieren kann oder bewusst ausgeschaltet werden muss.

Die Ökonomie geht als Lehre der Knappheit von der lapidaren, aber oft verkannten Tatsache aus, dass die zur Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung stehenden Güter beschränkt sind. Zur Erreichung einer maximalen Wohlfahrt der Gesellschaft müssen die knappen Mittel demzufolge dort eingesetzt werden, wo sie im Vergleich zu anderen Verwendungsmöglichkeiten das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielen.

Damit steht die ökonomische Betrachtungsweise im klaren *Widerspruch zur ärztlichen Ethik.* Nach wie vor lernt jeder Arzt während seiner Ausbildung, alles medizinisch Mögliche zu tun, um seinen

Patienten zu helfen. Das heisst, er wird so viele Leistungen erbringen oder veranlassen, bis gemäss seiner Einschätzung kein zusätzlicher Nutzen mehr erzielt werden kann, der Grenznutzen also Null wird. Mit dieser realitätsfremden Haltung sind für die Ärzte in einer Welt knapper Mittel und zunehmender Interventionsmöglichkeiten der Medizin schwere Konflikte vorprogrammiert.

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten, um auch im Gesundheitswesen eine echte Abwägung von Leistung und Gegenleistung sicherzustellen: Entweder betrachtet man die Bestimmung der wirtschaftlich noch tragbaren medizinischen Bedürfnisse als öffentliche Aufgabe und stattet den Staat mit den notwendigen Kompetenzen aus, oder man legt die wirtschaftliche Abwägung in die Hände des einzelnen Konsumenten, der die finanziellen Konsequenzen seiner Entscheide selbst zu tragen hat. Im folgenden werden diese beiden Typen von Gesundheitssystemen kurz dargestellt.

Zwei idealtypische Gesundheitssysteme

Wird die medizinische Versorgung der Bevölkerung als *öffentliche Aufgabe* betrachtet, muss im politischen Prozess darüber entschieden werden, wieviel die Gesellschaft insgesamt für das Gesundheitswesen ausgeben will. Auf der *Makroebene* muss in einem ersten Schritt bestimmt werden, welcher Teil der verfügbaren öffentlichen Mittel im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken wie Bildung, soziale Wohlfahrt, Landesverteidigung, Kultur usw. für das Gesundheitswesen aufgewendet werden soll. Dieses Budget wird in einem zweiten Schritt auf die einzelnen Regionen des Landes verteilt, wobei dessen Einhaltung eine sorgfältige Planung der Angebotskapazitäten (Ärzte, Krankenhäuser, Medizintechnik) erfordert. Auf der *Mikroebene* wird von den primär mittels Kopfpauschalen finanzierten freipraktizierenden Allgemeinpraktikern implizit erwartet, dass sie die Art und Grösse der vorhandenen Kapazitäten bei ihrer Überweisungspraxis berücksichtigen. Beispiele für derartige planwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen sind in Europa in Grossbritannien und in Skandinavien zu finden.

Dem mündigen Bürger sollte in gesunden Zeiten zugemutet werden können, zwischen konkurrierenden Krankenversicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen auszuwählen.

Wenn nicht der Staat die medizinische Versorgung plant, muss der Konsument die notwendigen Kosten-Nutzen-Abwägungen vornehmen und die Kostenfolgen seiner Entscheide tragen. *Wettbewerbliche Kontrollprozesse* setzen voraus, dass der Konsument medizinische Leistungen gegen ihren Preis abwägt. Die meisten Patienten wären zweifellos überfordert, im Krankheitsfall Angebote bei verschiedenen Ärzten einzuholen und zu beurteilen, ob jede einzelne medizinische Leistung ihren Preis auch wert sei. Hingegen sollte dem mündigen Bürger in gesunden Zeiten zugemutet werden können, zwischen konkurrierenden Krankenversicherungsmodellen mit verschiedenen Leistungspaketen auszuwählen.

Der Erfolg eines derartigen Systems ist davon abhängig, ob die Konsumenten Ärzte und Krankenhäuser, die eine qualitativ gute Medizin weniger behandlungsintensiv und damit kostengünstiger erbringen, überhaupt identifizieren können und für deren Wahl mit entsprechend niedrigeren Prämien und/oder Selbstbehalten belohnt werden. Dieser Ansatz erfordert, dass die Krankenversicherer im Gegensatz zur heute üblichen Regelung nicht mehr alle, sondern nur noch eine ausgewählte Gruppe von Ärzten und Krankenhäusern einer bestimmten Region unter Vertrag nehmen. Die Auswahl der zu berücksichtigenden medizinischen Anbieter erzeugt Wettbewerbsdruck, und die Einschränkung ermöglicht es, die Kostenerfahrungen von Teilgruppen von Leistungserbringern zu isolieren und über die Beitragshöhe (Prämien, Selbstbehalte) an die Mitglieder weiterzugeben.

Damit die beteiligten Ärzte ein Interesse an einer erfolgreichen Existenz ihrer Versicherung haben, müssen sie über Bonussysteme an deren Ergebnis finanziell beteiligt werden. Derartige Versicherungsmodelle werden deshalb in den USA *«Health Maintenance Organizations» (HMOs)* genannt.

Besteht ein Angebot an HMOs, werden einige Versicherte bereit sein, gegen einen Prämienvorteil einen Teil der bestehenden Arztwahlfreiheit aufzugeben und sich einer HMO anzuschliessen. Für HMOs wird demzufolge die Suche nach den kostengünstigsten Lösungen zur Existenzfrage.

In Europa hat noch keine Nation ein solches wettbewerblich organisiertes Ge-

sundheitswesen geschaffen. Mit dem Ende 1994 in einer Volksabstimmung knapp gutgeheissenen neuen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) will jedoch die Schweiz diesen Weg einschlagen. Das schweizerische Gesundheitswesen eignet sich für eine marktwirtschaftliche Reformstrategie auf Versicherungsebene, weil in der Schweiz im Gegensatz zu anderen Industriestaaten ein beträchtlicher Teil der Gesundheitsausgaben über Kopfprämien finanziert wird. Ähnliche Absichten bestehen in den Niederlanden[1].

Rationierung auf der Makroebene

Aufgrund des heutigen Standes der Medizin als Wissenschaft und der prekären Datenlage ist es gegenwärtig in keinem Land der Welt möglich, auf der Makroebene exakt die «richtige» Summe zu definieren, die im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Verwendungszwecken aus den verfügbaren knappen Mitteln eingesetzt werden sollte, um den gesamtgesellschaftlichen Nutzen zu maximieren. In allen planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen stützt man sich auf die Zahlen der vorangegangenen Jahre. Weiter spielen die aktuelle Lage der Staatsfinanzen, das politische und das wirtschaftliche Umfeld sowie das Ausmass der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit aller Beteiligten mit ihrem nationalen Gesundheitsdienst eine Rolle.

Dabei sind selbst die in planwirschaftlich organisierten Gesundheitswesen üblichen langen Wartezeiten für bestimmte Eingriffe noch keine klaren Indizien für eine zu geringe Mittelzuteilung. Die für gewisse Institutionen und Ärzte oft auch als Statussymbole geltenden Wartelisten können teilweise auf ineffiziente Betriebsabläufe zurückgeführt werden. Patienten können sich gleichzeitig bei mehreren Institutionen auf die Liste setzen lassen, oder die Wartelisten können künstlich aufgebläht werden, um dadurch den Druck für die Zusprache von mehr Mitteln zu erhöhen[2].

Ähnlich wie in einem planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen auf nationaler Ebene müssen auch die HMOs in marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen ihre Mitglieder im Rahmen vorgegebener Budgets medizinisch versorgen. Über die Höhe dieses Budgets wird jedoch nicht politisch entschieden, sondern dieses ergibt sich aus der Zahl der Versicherten und der von den Marktverhältnissen abhängigen Höhe der Prämien. Empirische Untersuchungen zeigen, dass in amerikanischen HMOs ähnlich wie in nationalen Gesundheitsdiensten für bestimmte Leistungen Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen[3]. Im Gegensatz zu einem nationalen Gesundheitsdienst müssen diese HMOs jedoch sehr genau zwischen niedrigeren Prämien und dem Grad der Unzufriedenheit ihrer Mitglieder abwägen, um nicht zu viele Versicherte an ihre Konkurrenten zu verlieren. Zumindest ein Teil der Bevölkerung wird gewisse, nicht lebensbedrohende Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn sie dafür mit tieferen Prämien belohnt werden. Im Gegensatz zu steuerfinanzierten, planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen existiert in einem wettbewerblichen System dank der Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen die Möglichkeit der Berücksichtigung differenzierter Konsumentenwünsche.

Auch in marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen soll mittels staatlicher Prämienzuschüsse für die wirtschaftlich Schwachen sichergestellt werden, dass die ganze Bevölkerung zu einem gesetzlich vorgeschriebenen *Mindestleistungspaket* Zugang hat[4]. Ob und in welchem Ausmass in einem wettbewerblichen System rationiert wird, hängt demzufolge entscheidend von der Definition dieser Grundversorgung ab. In der Schweiz wird das Mindestleistungspaket sehr breit definiert. Gemäss Artikel 25, Absatz 1, des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) übernimmt die obligatorische Krankenversicherung *«die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen»*. Nach Artikel 32 KVG und laut den Ausführungen zum KVG müssen diese Leistungen nicht nur *«wirksam sein (d. h. im allgemeinen die angestrebte Wirkung erzielen), sondern auch zweckmässig (d. h. im Einzelfall die angestrebte Wirkung in angemessener Form hervorrufen) und wirtschaftlich (d. h. ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, was nicht bedeutet, dass kostspielige Massnahmen von der Leistungspflicht ausgenommen sind)»*. Klare Handlungsanweisungen zu dieser Thematik fehlen völlig.

1 OECD (1992): The Reform of Health Care, A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris, OECD, 87 ff.

2 S. Frankel and R. West (eds.) (1993): Rationing and Rationality in the National Health Service, The Persistence of Waiting Lists, Houndmills, The MacMillan Press Ltd.

3 J. H. Sommer (1992): Health Maintenance Organizations, Erwartungen und Erfahrungen in den USA, Chur/Zürich, Verlag Rüegger, 59 ff.

4 A. C. Enthoven (1978): Consumer-Choice Health Plan: A National Insurance Proposal Based on Regulated Competition in the Private Sector, in: The New England Journal of Medicine, 298: 709–720.

Die heikle Aufgabe der Definition des *«jeweils Angemessenen»* wird in der Schweiz gemäss Gesetz einer *«Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen der Krankenversicherung»* übertragen. Bereits ist ein heftiger Kampf unter den Interessengruppen darüber entbrannt, wer in diese Kommission Einsitz nehmen darf. Es ist unschwer vorauszusehen, dass die Direktinteressierten für eine äusserst grosszügige Regelung dieses «Mindest»-Leistungspaketes sorgen werden.

Rationierung auf der Mikroebene

Wenn die in planwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesen auf der Makroebene zugeteilten Ressourcen die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nicht decken sollten, müssen auf der Mikroebene die behandelnden Ärzte die Entscheide fällen, welche Patienten wie behandelt werden. Auf dieser Ebene stellt sich demzufolge die Frage der Rationierung mit aller Schärfe.

Als eigentlicher Katalysator der europäischen Diskussion zu dieser Thematik erwies sich die bereits erwähnte Studie von Aaron und Schwartz, in der die Unterversorgung der britischen Bevölkerung mit bestimmten medizinischen Leistungen empirisch belegt wurde. Die Autoren bemängeln, dass diese Rationierung nicht nach explizit definierten Regeln erfolge, sondern dass die zuweisenden Allgemeinpraktiker nach ihrem Ermessen von Fall zu Fall entschieden. Für den Verzicht auf eine Überweisung in ein Dialysezentrum waren die ausschlaggebenden Faktoren jedoch nicht medizinische Gründe, sondern das Wissen der Allgemeinpraktiker, dass nur wenige Geräte vorhanden sind. Aaron und Schwartz sehen ihre These, dass weniger medizinische als vielmehr Kapazitätsengpässe beim Behandlungsentscheid ausschlaggebend sind, durch die Tatsache bestätigt, dass selbst die im internationalen Vergleich extrem niedrigen Dialyseraten in Grossbritannien regional je nach vorhandenen Kapazitäten stark schwanken. Einen Behandlungsverzicht würden die Ärzte vor allem mit medizinischen Argumenten begründen, um sich, ihren Patienten und den Nephrologen, die ja sonst die überzähligen Patienten zurückweisen müssten, den Entscheid erträglicher zu machen. Da in Grossbritannien kaum ältere Patienten einer Nierendialyse unterzogen werden, spiele beim Behandlungsentscheid offensichtlich das Alter eine massgebende Rolle, obwohl dieses Merkmal nie offiziell als Entscheidungskriterium definiert worden sei.

Auch in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen kann der Frage nicht ausgewichen werden, wieviel medizinischer Aufwand im Einzelfall den zu erwartenden Nutzen noch rechtfertigt.

Auch in einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen kann der Frage nicht ausgewichen werden, wieviel medizinischer Aufwand im Einzelfall den zu erwartenden Nutzen noch rechtfertigt. Dazu wird jeder Krankenversicherer eigene detaillierte interne Vorschriften erlassen.

Aus ethischer Sicht stellt sich dabei die Frage, ob und inwieweit die Beitrittswilligen über derartige Praktiken informiert werden müssen. Falls die HMO dieser Aufgabe nicht oder nur in einem ungenügenden Ausmass nachkommt, haben dann die behandelnden Ärzte die Pflicht, ihre Patienten selbst darüber aufzuklären?[5]

Wenn im Gesundheitswesen nicht mehr verdeckt, sondern offen rationiert werden soll, welche Informationen sollten dann den Entscheidungsträgern zur Verfügung stehen?

Datenerfordernisse bei expliziter Rationierung

Das Ziel der Maximierung der Gesundheit der Bevölkerung kann desto besser erreicht werden, je mehr über Kosten, Nutzen und Risiken aller medizinischer Interventionsmöglichkeiten bekannt ist. In diesem Bereich bestehen allerdings nach wie vor grosse Lücken. So gilt zwar der medizinisch-technische Fortschritt, d. h. Neuerungen bei Medikamenten, Geräten und Verfahren (z. B. Operationstechniken), als der gewichtigste Erklärungsfaktor für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Das heisst allerdings nicht, dass alle derartigen Innovationen vor ihrem Alltagsgebrauch im Gesundheitswesen einer rigorosen *Erfolgskontrolle* unterworfen würden. Die meisten Nationen verlangen den Nachweis der Wirksamkeit nur für Medikamente. Nach amerikanischen Schätzungen sind lediglich etwa 10 bis 20 Prozent aller in der Medizin angewandten Verfahren auf ihre Sicherheit und Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Kriterien überprüft worden (U. S. Congress, Office of Technology Assessment, 1994: «Identifying Health Technologies that Work, Searching

5 Vgl. dazu: M. A. Rodwin (1995): Conflicts in Managed Care, in: The New England Journal of Medicine, 332(9): 604–607.

for Evidence», Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, p. 21). Erst in jüngster Zeit setzt sich die Erkenntnis durch, dass bestehende und neue Medizintechnologien und Verfahren darüber hinaus auch bezüglich Kosteneffektivität sowie ethischen und sozialen Implikationen umfassend evaluiert werden müssten. Trotzdem wird nur in wenigen Staaten der Versuch unternommen, derartige Evaluationen auch durchzuführen. Die dabei zu bewältigenden *methodischen Schwierigkeiten* sind beträchtlich.

Ein vermehrt zur Klärung dieser Fragen eingesetztes Instrument ist die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse.* Bei dieser werden die Kosten von alternativen Handlungsoptionen mit deren Ergebnissen verglichen, die in nichtmonetären Einheiten (z. B. Kosten pro gerettetem Leben, pro vermiedenem Erkrankungsfall usw.) gemessen werden. Eine Unterform der Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist die *«cost-utility analysis»,* bei der die Ergebnisse verschiedener Interventionen in Form einer einzigen Nutzen-Einheit ausgedrückt werden. Häufig wird dabei das Mass der qualitätsangepassten Lebensjahre *(«quality-adjusted life year», QALY)* verwendet. Die Idee, die gelebte Zeit mit einem Qualitätsmass zu gewichten, ist unmittelbar einleuchtend: Nur ein vollkommen gesund verbrachtes Jahr ist wirklich 365 Tage wert. Von Schmerzen, Beschwerden und Behinderungen überschattete Jahre müssen dagegen mehr oder weniger «abgeschrieben» werden, so dass sie nur noch ein effektives Gewicht von 300, 200 oder noch weniger Tagen haben. Bei der Ausgestaltung eines solchen Indexes stellt sich vor allem das Problem der Bewertung verschiedener Gesundheitszustände und der Aggregation verschiedener Indikatoren zu einem Gesamtindex. Dabei führen unterschiedliche, auf verschiedene Arten angewendete Methoden (z. B. arbiträre Einteilung durch Experten, Befragungen von Gesunden oder Kranken) auch zu unterschiedlichen Resultaten.

Bei der Interpretation und der Vergleichbarkeit derartiger Analysen ist Vorsicht geboten. So ergab eine Durchsicht von 77 Kosten-Wirksamkeits-Analysen, dass weniger als ein Viertel aller Studien wenigstens fünf von sechs bei der Durchführung solcher Studien zu beachtenden Grundprinzipien befolgt hatten.

Selbst wenn eine Intervention allgemein oder unter bestimmten Umständen kostenwirksam ist, kann sie im Einzelfall doch falsch indiziert angewandt werden. Mittlerweile belegen eine Vielzahl von Studien, dass auch in sozioökonomisch weitgehend homogenen Regionen die (alters- und geschlechtsbereinigten) Raten für häufig durchgeführte Verfahren und Eingriffe um mehrere hundert Prozent schwanken können[6]. Gleichzeitig zeigen amerikanische Untersuchungen, dass je nach untersuchtem Verfahren 15–40 Prozent der erbrachten Leistungen von medizinischen Experten als «unangemessen» eingestuft wurden[7].

Bis anhin unternahm einzig der amerikanische Bundesstaat Oregon den Versuch, die üblichen Methoden der impliziten Rationierung durch explizitere, demokratisch legitimiertere Verfahren abzulösen.

Oregons expliziter Rationierungsversuch

Ausgangspunkt für Oregons expliziten Rationierungsversuch war die Beobachtung, dass Organtransplantationen im staatlich finanzierten Programm «Medicaid» für die medizinische Versorgung der wirtschaftlich Schwachen hohe Kosten verursachten und eine geringe Erfolgsrate aufwiesen. Gleichzeitig mussten im Medicaid-Programm aus finanziellen Gründen die Zulassungskriterien so restriktiv definiert werden, dass immer noch rund ein Sechstel der Bevölkerung Oregons ohne jeden Versicherungsschutz war. Nach langen Debatten kristallisierte sich in Oregon ein Konsens darüber heraus, dass es erstens gerechter sei, allen den Zugang zu einer Grundversorgung zu garantieren, als einigen auf Kosten anderer auch Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis mittels Steuergeldern zu finanzieren. Zweitens sei die explizite, politisch legitimierte Wahl besser als die implizite Rationierung, die in Oregon bereits stattfinde. Drittens sollen beim Setzen der Prioritäten sowohl die Werte der Gemeinschaft als auch das Know-How der Experten einfliessen[8].

Dieser explizite Rationierungsansatz wurde sowohl aus ethischen wie aus methodischen Gründen heftig kritisiert:

– Aus ethischer Sicht stellt sich vor allem die Frage, ob es gerecht ist, die me-

6 J. E. Wennberg (1990): Small Area Analysis and the Medical Care Outcome Problem, in: Agency for Health Care Policy and Research Conference Proceedings, Research Methodology: Strengthening Causal Interpretations of Nonexperimental Data, DHAS Pub. No. (PHS) 90-3454, Washington, D. C., Department of Health and Human Services, p. 177–206.

7 M. R. Chassin, et al. (1987): Does Inappropriate Use Explain Geographic Variations in the Use of Health Care Services?, in JAMA, 258(18), p. 2533–2537.

8 M. J. Garland (1992): Rationing in Public: Oregon's Priority-Setting Methodology, in: M. A. Strosberg, et al. (eds.), Rationing America's Medical Care, The Oregon Plan and Beyond, Washington, D.C., The Brooking Institution, p. 37–59.

dizinische Versorgung für die wirtschaftlich Schwachen zu rationieren, ohne die Bessersituierten zu entsprechenden Opfern zu veranlassen. In Europa, wo das Ziel der Sicherung des Zugangs zu medizinisch notwendigen Leistungen für alle Bevölkerungskreise höchste Priorität geniesst, wäre es politisch wohl aussichtslos, explizite Rationierungsmassnahmen nur für die Ärmsten einführen zu wollen. Wenn hingegen die Gesellschaft wie in Oregon lediglich bereit ist, einen bestimmten Betrag für die medizinische Versorgung ihrer wirtschaftlich Schwachen einzusetzen, muss zwangsläufig nach Wegen gesucht werden, um den Nutzen aus dieser Summe zu maximieren.

– Die sich bei diesem Rationierungs-Ansatz stellenden Datenprobleme sind immens. Die Resultate widersprachen oft dem gesunden Menschenverstand. Dies brachte der Kommission den Vorwurf ein, dass sie ihre Rationierungsaufgabe zwar vordergründig nach einem objektiven, für jedermann nachvollziehbaren quantitativen Ansatz zu lösen vorgegeben hätte, dass die endgültige Einteilung dann aber doch massgeblich von den subjektiven Werturteilen der Kommissionsmitglieder abhänge.

Der von den Ärzten geschätzte Nettonutzen wird für den sogenannten Durchschnittspatienten ermittelt. Der Nutzen einer medizinischen Intervention kann jedoch je nach Gesundheitszustand des Patienten in oft extremer Weise variieren. Darauf nimmt Oregons Prioritätenliste keine Rücksicht.

– Beim Finanzierungsentscheid von Medicaid spielen in Oregon weder das Alter des Patienten noch die Frage eine Rolle, ob die betreffende Erkrankung mit einer gesunden Lebensweise hätte vermieden werden können. Wenn schon Leistungen mit einem eindeutig positiven Nutzen nicht mehr finanziert werden, sollten dann nicht jene bevorzugt werden, die ihr Leben noch vor sich haben oder die sich nicht gesundheitsschädigend verhalten? Ebenso müsste zumindest diskutiert werden, ob beim Rationierungsentscheid nicht auch die Rolle des betreffenden Patienten in der Familie (z. B. Mutter oder Vater unmündiger Kinder) und in der Gesellschaft (z. B. Kriminelle) berücksichtigt werden sollten. Oder sollte gar das Los entscheiden?

In Europa, wäre es politisch wohl aussichtslos, explizite Rationierungsmassnahmen nur für die Ärmsten einführen zu wollen.

Welche Leistungen zur Grundversorgung gehören sollen, darf nicht hinter verschlossenen Türen von den direkt interessierten Ärzten und Krankenkassen bestimmt werden.

Trotz aller Kritik vermitteln Oregons Bemühungen, den Nutzen aus der für die medizinische Versorgung der wirtschaftlich Schwachen zur Verfügung gestellten Summe zu maximieren, wichtige Denkanstösse. Erstmals wurde die Problematik der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen dem medizinisch Machbaren und dem wirtschaftlich Tragbaren öffentlich angegangen und der Versuch unternommen, den Begriff der «Grundversorgung» explizit zu definieren. Welche Leistungen zur Grundversorgung gehören sollen, darf nicht hinter verschlossenen Türen von den direkt interessierten Ärzten und Krankenkassen bestimmt werden, sondern muss im politischen Prozess aufgrund der neuesten Erkenntnisse der Forschung über Nutzen, Kosten und Risiken medizinischer Interventionen und aufgrund bewusster Werturteile der Gesellschaft entschieden werden.

Die in der reichen Schweiz vorherrschende Haltung, dass im Gesundheitswesen auf absehbare Zeit keine Rationierung notwendig sein werde, ist an sich nicht überraschend. Solange wir uns den Luxus extrem teurer Überkapazitäten im stationären Sektor, einer Vielzahl von Arztpraxen auf engstem Raum mit oft nur zu einem Bruchteil ausgelasteten Geräten, überflüssiger Medizinstudenten usw. leisten, solange ist die Frage der *Rationalisierung* tatsächlich die vordringlichere. Medizinisch wirksame Verfahren sollten erst dann rationiert werden, wenn alle Möglichkeiten der Effizienzsteigerung ausgereizt worden sind. Es ist deshalb zu begrüssen, dass in der Schweiz dieses Rationalisierungspotential in Milliardenhöhe mit einer – wenn auch noch stark verbesserungsfähigen – marktwirtschaftlich ausgerichteten Reformstrategie ausgeschöpft werden soll. Dies setzt jedoch voraus, dass einerseits jeder einzelne auch im Gesundheitswesen wieder vermehrt *Selbstverantwortung* übernimmt und andererseits die Ärzte im Rahmen neuer ethischer Richtlinien bereit sind und entsprechend ausgebildet werden, um neben ihrer medizinischen auch ökonomische Verantwortung zu tragen. ✦

Thomas B. Cueni, *geboren 1953 in Zwingen, ist Generalsekretär der Interpharma in Basel. Nach einem Studium der Volkswirtschaft in Basel und Politik an der London School of Economics war er als Journalist tätig (Londoner Korrespondent für «Basler Zeitung» und «Der Bund»), trat anschliessend in den Dienst des EDA ein und leitet seit 1988 den Verband der forschenden Pharmafirmen der Schweiz, Ciba, Roche und Sandoz. Daneben leitet er auch das Sekretariat einer Gruppierung von 37 weltweit forschenden Pharmafirmen – «Pharmaceutical Partners for Better Healthcare».*

Mehr Eigenverantwortung als Bremse gegen Kostensteigerung im Gesundheitswesen

Wie in allen Industriestaaten werden sich auch in der Schweiz die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren weiter akzentuieren. Das Grundproblem ist: Bei langsamer wachsenden Volkswirtschaften verknappen die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel, obwohl die Nachfrage ungebrochen wächst. Die daraus resultierenden rasch steigenden Krankenkassenprämien bieten aber auch eine Opportunität: mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen.

Jahrelang fristete die Eigenverantwortung des Patienten ein Schattendasein. Wer seines Erachtens ohnehin schon zuviel Prämie an die Krankenkasse abliefert, will im Ereignisfall nicht noch zusätzlich belastet werden. Im Gegensatz zur Autoversicherung, wo seit Jahren die Palette von Selbstbehalt und Bonussystemen verfeinert worden ist, herrschte diesbezüglich im Gesundheitswesen weitgehende Öde. Dies ändert sich jetzt als Folge des oft geschmähten neuen Krankenversicherungsgesetzes. Weil die Subventionierung der Versicherten nach dem Giesskannenprinzip gestoppt wurde, sind die Krankenkassenprämien für die meisten Versicherten überproportional gestiegen. Die Modelle der frei wählbaren Selbstbeteiligung erlauben, die Krankenkassenprämien individuell um bis zu 40 Prozent (bei 1500 Franken Selbstbeteiligung pro Jahr) zu senken. Selbstbeteiligung führt aber auch zu einem kostenbewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen, einer Reduktion der Nachfrage und kann so dazu beitragen, die Kosten des Gesundheitswesens zu dämpfen.

Eines der Probleme im Gesundheitswesen ist der scheinbare Gegensatz zwischen den gesundheitspolitischen Zielen von Effizienz in der Allokation knapper Ressourcen und Solidarität, d. h. dem Zugang zum Gesundheitswesen ungeachtet der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Inwiefern sind diese Ziele überhaupt kompatibel? Die gängige Doktrin im Gesundheitswesen, die auch von bürgerlichen Politikern leider oft nur allzu willig akzeptiert wird, lautet: Der Markt kann im Gesundheitswesen nicht spielen, weil der Arzt verschreibt, der Patient konsumiert, und die Krankenkasse bezahlt, d. h., die Konsumentensouveränität nicht gegeben ist.

Zunächst gilt es, die Abgrenzung von Eigenverantwortung und Solidarität im Gesundheitswesen neu zu definieren. Solidarität ist dort vernünftig, wo die wirtschaftlichen Risiken die finanzielle Leistungsfähigkeit des einzelnen überfordern. Es besteht kaum ein Zweifel, dass der Solidaritätsbegriff heute überstrapaziert wird und dass die Geringschätzung der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen ein Grundübel ist. Ein Beispiel aus jüngster Zeit: die Diskussion um die Erweiterung der sogenannten Negativliste der Krankenkasse. Die forschenden Schweizer Pharmafirmen hatten schon vor Jahren vorgeschlagen, die Eigenverantwortung des Patienten zu stärken und Medikamente, die in der Regel rezeptfrei in der Apotheke bezogen werden, aus der Rückvergütung der Krankenkassen herauszunehmen. Was taten die Krankenkassen? Zwar strichen sie auf Anfang 1993 die Erstattung von vorher freiwillig vergüteten Medikamenten im Rahmen der Grundversicherung, doch boten sie praktisch einheitlich all ihren Versicherten eine neue Zusatzversicherung für solch freiwillige Leistungen an. Weil die Prämie in der Regel bescheiden war und der Versicherte explizit der Kasse seinen Verzicht auf diesen Versicherungsschutz kundtun musste (*opting out* statt *opting in*), haben in der Regel über 90 Prozent der Kassenmitglieder solche Zusatzversicherungen akzeptiert. Dass diese Vollkaskomentalität mit Kostensteigerungen verbunden ist, darf nicht erstaunen.

Anscheinend fällt es schwer, Binsenwahrheiten anzuerkennen. Dazu gehört beispielsweise, dass jeder Mensch zunächst selbst für seine Gesundheit verantwortlich ist. Und dazu gehört auch, dass es vernünftig wäre, wenn man sich an den Kosten von Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen zunächst selbst beteiligt – so-

weit dies finanziell für den einzelnen tragbar ist. Insoweit sollte sich das Gesundheitswesen doch in nichts von anderen lebensnotwendigen Bedürfnissen unterscheiden: Nahrung, Wohnung, Kleidung, Heizung. Soziale Solidarität sollte für jene Risiken eintreten, welche die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des einzelnen Bürgers überfordern. Dazu gehören rezeptfreie Medikamente, die in aller Regel kostengünstig sind und gegen Bagatellerkrankungen eingesetzt werden, wohl kaum. Zumal es ja auch nicht sinnvoll sein kann, durch die Erstattung rezeptfreier Medikamente einen Anreiz für den Gang zum Arzt zu verschaffen, weil die Verschreibung Voraussetzung für die Erstattung ist... Mit anderen Worten: Die Krankenkassen hätten vielleicht besser daran getan, von Anfang an die Eigenverantwortung stärker zu fördern. Wer sich auch gegen die Kosten von Bagatellerkrankungen versichern möchte, hätte eine Zusatzversicherung abschliessen können (*opting in* statt *opting out*).

Die auseinanderklaffende Schere zwischen den Ansprüchen auf Gesundheitsleistungen und den Finanzierungsmöglichkeiten unserer staatlichen und halbstaatlichen Systeme schafft früher oder später einen Sachzwang. Entweder akzeptiert man die staatliche Rationierung von Gesundheitsleistungen, oder man baut mehr Marktmechanismen ins System ein. Die Grundfrage ist letztlich: Wer entscheidet darüber, wieviel uns ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem wert ist, der Staat oder die Konsumenten?

Dass Selbstbeteiligung des Patienten dazu führt, das Bewusstsein des Patienten für den Behandlungsaufwand zu steigern, zeigen internationale Studien zum Thema. Alle empirischen Untersuchungen zeigen, dass die in der Folge erhöhter Selbstbeteiligung geringere Nachfrage nach medizinischen Leistungen insgesamt tiefere Kosten nach sich zieht. Auch wird bei richtig gestalteter Selbstbeteiligung die Qualität der Behandlung in keiner Weise gemindert.

Beispiele aus den USA zeigen die Bedeutung von innovativen Modellen der Selbstbeteiligung:

– Angestellte von Forbes bezahlen eine einkommensabhängige Franchise von 4 Prozent ihres Salärs; ausserdem wird Beschäftigten, deren Krankenkosten unter 500 Dollar pro Jahr liegen, einen Rabatt angeboten. Dank diesem Modell wurden nicht nur der administrative Aufwand erheblich reduziert, sondern auch die Gesundheitskosten der Firma erfolgreich kontrolliert.

– Eine andere Firma, Dominion Resources, bot ihren Angestellten eine Reihe von Versicherungsplänen mit hohen Franchisen an. 75 Prozent der Beschäftigten wählten eine Versicherungsdeckung mit einer hohen Franchise und entsprechend tieferer Prämie. Auch hier wurden die Verwaltungskosten erheblich reduziert.

Heute wird der Patient nicht als mündiger Entscheidungsträger im Gesundheitswesen respektiert.

Und wie steht es in der Schweiz? Im europäischen Quervergleich sind wir sicher das Land mit den meisten Wahlmöglichkeiten. Kaum ein Land ausserhalb der USA experimentiert mit derart vielen Versicherungsmodellen (HMOs, Bonus, wählbare Franchise). Doch in Anspruch genommen wurden diese Optionen bis anhin leider nur von einer Minderheit der Versicherten. Nur rund drei Prozent aller Krankenkassenmitglieder in der Schweiz nutzten bis vor kurzem die Möglichkeit, mit einer höheren Selbstbeteiligung ihre Krankenkassenprämien zu reduzieren. Doch der Trend ist klar steigend, und die Kassen entwickeln vor allem im Bereich der Zusatzversicherungen auch eine erfreuliche Kreativität, den ihnen gebotenen Spielraum für Selbstbeteiligung auszunutzen.

Zu oft wird heute der Patient nicht als mündiger Entscheidungsträger im Gesundheitswesen respektiert. Ist es nicht bezeichnend, dass im letzten Jahr in der Schweiz eine hitzige Diskussion darüber stattfand, ob die Werbevorschriften im Medikamentenbereich ein wenig gelockert werden sollen. Viele fühlten sich zum fürsorglichen Schutz des scheinbar wehrlosen Patienten berufen. Wäre es nicht sinnvoller, den Patienten gut zu informieren, ihm auch Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten darzulegen, mit anderen Worten, ihn entscheidungsfähig zu machen? Zu dieser Stärkung der Eigenverantwortung gehört auch finanzielle Mitverantwortung. Nur wenn man sich von der Nullkostenmentalität der Krankenversicherung löst, wird auch längerfristig ein finanziell tragbares und qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen für alle möglich sein. ✦

Erhard Taverna,
geboren 1943, schloss sein Medizinstudium 1970 mit dem Staatsexamen ab. Während acht Jahren arbeitete er an verschiedenen Spitälern, seit 1979 in eigener Praxis in Urnäsch, seit 1985 ist er Kantonsarzt im Nebenamt.

Von Ärzten und «Grundversorgern»

Die folgenden Ausführungen zeigen den Praxisarzt im Kräftefeld des politischen und sozialen Wandels. Sie sollen aber auch zeigen, wie unverwüstlich der weisse Kittel die Öffentlichkeit beschäftigt.

In den siebziger Jahren, der Zeit meiner Weiterbildung an Spitälern, schien die politische Welt für immer zweigeteilt. Die Mehrheit der Studenten zeigte sich immun gegen marxistisch inspirierte Kritik am Medizinbetrieb, obwohl die meisten froh waren, der Universität zu entrinnen. In Italien setzte *Basaglia* die Psychiatriereform in Gang, und in der Schweiz begannen die ersten zaghaften Studienreformen. Experimente mit neuen Praxisformen, wie zum Beispiel «Plaffenwatz» in Zürich, wirkten für viele provokativ, ähnlich wie heute HMO-Ärzte. Diskutiert wurden gleicher Lohn für alle Mitarbeiter und ob der Arzt als Gleicher unter den Gleichen nicht viele seiner traditionellen Aufgaben abgeben solle. Ein beliebtes Thema war der sogenannte «Mehrwert». Eine profitorientierte Medizin galt als unethisch, weil dieses System die Entwicklung eigener Fähigkeiten und Möglichkeiten nur als Mittel der Anhäufung von Kapital zulasse. Der bürgerliche Arzt mache sich so selbst zur Ware.

Diese Sorgen und Berührungsängste muten heute exotisch an, denn ethisch ist heute das genaue Gegenteil: Recht hat, wer Profit macht. Die Theorien zielten damals auf radikale Änderungen einer Medizin auf einem stabilen Boden des Wohlstandes. Heute sind die Änderungen Tatsache, betreffen aber den Wohlstand. Das könnte die medizinische Versorgung und damit das Rollenbild des Arztes radikal verändern.

Die «Grundversorger»

Wie sieht die Arbeitswoche eines «Grundversorgers» aus? Er wird Chronischkranke betreuen, in der Praxis und, wenn nötig, zu Hause oder im Heim. Er wird akute Infekte, vor allem der oberen Luftwege, behandeln und Schmerzzustände abklären, vorwiegend solche des Kopfes, Rückens und der Gelenke. Er muss akute Notsituationen rechtzeitig erkennen und den Patienten ins Spital einweisen. Er wird mit ambulant tätigen Spezialisten zusammenarbeiten, häufig mit Gastroenterologen oder Kardiologen.

Sein medizinisches Angebot ist direkt abhängig von seiner Weiterbildung nach dem Staatsexamen, dem Praxisstandort Stadt oder Land, der Praxisorganisation, seiner Erfahrung und seinen beruflichen Vorlieben. In einer ländlichen Umgebung wird er Abszesse öffnen, Knochenbrüche gipsen, Schultern einrenken, Neugeborene impfen, akute Psychosen beruhigen, Spiralen einsetzen und vielleicht Männer vasektomieren. Die Aufzählung ist weiterzuführen, könnte auch Sterbebegleitung, Selbstdispensation, Akupunktur oder Homöopathie enthalten. Auch in der «tiefsten Provinz» ist er kein Einzelkämpfer, denn er pflegt die Kontakte zu seinem Hausspital und hat die Unterstützung seiner Praxisassistentin und der SPITEX-Dienste, vor allem der Gemeindekrankenschwester. Die Medizintechnik der letzten zehn Jahre hat die Laborarbeit massiv vereinfacht und verbilligt, die Ultraschalldiagnostik, bessere und schonendere Röntgenbilder und dank PC eine effizientere Administration ermöglicht.

Was diese Jahre aber auch gebracht haben ist eine steigende Papierflut, Verpflichtungen zu Qualitätskontrollen und bald auch Fortbildung, steigende Unkosten bei stagnierenden oder fallenden Einnahmen, zunehmende Konkurrenz von Spezialisten und «Alternativen», eine Verschulung des Berufes und eine steigende Regelungsdichte von staatlicher und juristischer Seite. Geändert hat sich auch das weitere Umfeld, wo eine Vielzahl von Beratungsstellen und «Gesundheitsberufen» für bald alle Körper- und Lebensbereiche ihre Dienste anbieten.

Ausser mit dem hässlichen Wort «Grundversorger» werden diese Ärzte auch als Generalisten bezeichnet, Allgemeinmediziner oder Haus- und Familienärzte, Basisärzte oder einfach Praktiker. Die Sache ist anscheinend doch nicht so einfach wie eben dargestellt, denn über die exakte Definition streiten sich seit Jahren Hochschulprofessoren, Politiker, Gesundheitsökonomen, Verbände und Krankenkassen. Abwechselnd wird er als Barfussarzt oder Alleskönner angesprochen, unter Denkmalschutz gestellt, nostalgisch zurückgewünscht oder auf eine Zubringerrolle für Spezialisten fixiert, allenfalls noch zuständig für ökonomisch wenig einträgliche Patientengruppen. Umstritten ist die Anzahl, die unser Land braucht, umstritten ist der Ausbildungsweg, umstritten ist, wer auch noch Grundversorger sein darf, und umstritten ist, ob diese Tätigkeit eine Spezialität für sich sei, die einen FMH-Titel rechtfertigt; denn Spitzfindige bezweifeln, dass das Ganze mehr ist als die Summe aller Teilgebiete. Ausserdem nimmt die Titelflut unaufhaltsam zu, nicht nur aus hehren wissenschaftlichen Gründen. Dahinter stecken auch berufspolitische Interessen wie Dienstleistungsmonopole, neue Lebensstellen, Karrieremöglichkeiten und Machtpositionen.

Die neuste Bezeichnung für diesen zweifelhaften Beruf ist die des *gatekeepers,* von Kassen und Versicherungen der USA abgeschaut. In diesem Modell sind er oder sie die erste Anlaufstelle für fast alle Patienten und damit kassenärztliche Türwärter oder Nadelöhre, je nach Optik, für den Zugang zum Spezialisten. Vordergründig tönt das wie die Entdeckung des Hausarztes, den es immer schon gab, nur dass er jetzt vertraglich eingebunden wird, einzeln oder im Kollektiv einer *Health Maintenance Organisation* (HMO). Diese Aufwertung könnte sich dann als fatal erweisen, wenn er in dieser neuen Rolle zum Sündenbock für Rationierungsmassnahmen wird.

Arztbilder

Die Öffentlichkeit hat ein unerschöpfliches Interesse an Ärzten und, etwas weniger, an Ärztinnen. Als Mehrzahl schneiden sie meist schlecht ab, geschmäht als Halbgötter, Ärztemafia und Pfuscher. Sie gelten als geldgierig, arrogant, eingebildet, materialistisch und einseitig. Einzeln sind sie nicht unterzukriegen, etwa als Dauerbrenner in Fernsehserien, als «Landarzt», «Frauenarzt» oder in der «Schwarzwaldklinik», aber auch *live* aus dem Inselspital Bern oder der Uniklinik Lausanne oder in Sendungen wie «Puls» oder «Intakt».

Generationen lachten schon über Karikaturen von *Daumier* oder die Ärzte in *Molière's* Theaterstücken. Es graut uns vor einem Scharlatan, wie ihn *Jules Romains* in seinem «Dr. Knock» vorgestellt hat, und wir sind betroffen von der ätzenden Kritik eines *Ivan Illich* in «Medical Nemesis». Trotzdem wird eine aktuelle Geschichte wie «The Physician» von *Noah Gordon* zum Bestseller, und der Neurologe *Oliver Sacks* begeistert mit hervorragenden Fallvorstellungen eine internationale Leserschaft. Existenzängste und medizinische Probleme werden personifiziert in Filmen wie «Spellbound», «Awakenings», «One flew over the Cuckoo's Nest», «Rain Man», «Dr. Jekyll and Mr. Hyde» oder «Dr. Mabuse», um nur einige bekannte zu erwähnen.

Mit zunehmender Lebenszeit wachsen auch die Ansprüche, teils, weil neue Probleme auftauchen, teils, weil gewohnte Leistungen schon selbstverständlich sind.

Unsere Erwartungen an die Medizin unterliegen einem dauernden Wandel. Mit zunehmender Lebenszeit wachsen auch die Ansprüche, teils, weil neue Probleme auftauchen, teils, weil gewohnte Leistungen schon selbstverständlich sind. Lebensqualität wird professionell gemessen und international verglichen. Die Resultate dieser Umfrage sollen helfen, die knapper werdenden Mittel richtig einzusetzen, sie prägen aber auch eine spezifische Vorstellung von Gesundheit, wenn Krankheitstage für nutzlos gelten und zu «verlorenen Lebensjahren» addiert werden. Technische Fortschritte sind, oft schon vor der klinischen Anwendung, öffentlich bekannt, weil es um Steueranteile geht, um einen Markt oder um das Versprechen, unsere Existenz zu erleichtern. Mit der Information ist in einer Demokratie, auch der potentielle Gebrauch für alle inbegriffen.

In einer materialistischen Welt ist das Heil medizinisch und in unserer pluralistischen Gesellschaft zusätzlich esoterisch und irrational. Die Verkaufsstrategien unserer Grosskassen kombinieren darum die sogenannte Schulmedizin mit alternativen Methoden. In «Gesundheitszentren» sind Allgemeinpraktiker und Heilpraktiker faktisch gleichgestellt.

Vieles von dem, was Ärzte in ihrer Sprechstunde tun, folgt Erwartungen und Rollenbildern. Als guter Arzt gilt, wer die Sympathie seiner Kundschaft hat, sein Wissen und Können hat nicht immer damit zu tun, was gelegentlich auch eine frustrierende Erfahrung ist.

Krankheit, Tod und andere Risiken wekken Grundbedürfnisse nach einer professionellen Fürsorge, davon leben die «Heiler» in allen Kulturen, wie die Priester und auch die Rechtsanwälte. Auch, oder vielmehr gerade weil über Internet, als neueste Errungenschaft, die komplette menschliche Anatomie zu haben ist, hat der Begriff «ganzheitlich» einen hohen Stellenwert. Zwar weiss niemand genau, was das ist, aber es tönt gut, wie «bio» oder «umweltverträglich».

Qualitätsinitiativen und Leitbilder von Ärzteorganisationen passen sich diesem Wandel an. Die Zürcher Ärztegesellschaft formuliert 1988, dass der «moderne Arzt» *«sich ständig fortbilde, mit dem Ziel, den Patienten in den drei Dimensionen Körper, Seele und gesellschaftliches Umfeld zu erfassen»*. Auch soll er einen partnerschaftlichen Umgang pflegen und sich in der Öffentlichkeit engagieren. Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) erstellte 1991, in Anlehnung an die britischen Kollegen, einen Katalog über die Merkmale des «guten Hausarztes», der 35 Forderungen umschreibt, zur Berufseinstellung, zur Erreichbarkeit, zur klinischen Kompetenz und zur zwischenmenschlichen Kommunikation. Die Schweizerische Hochschulkonferenz fordert 1994 in ihrer Broschüre «Eigentlich möchte ich Medizin studieren» Selbstdisziplin, Belastbarkeit, Opferbereitschaft, Einfühlungsvermögen, Teamfähigkeit sowie naturwissenschaftliches und praktisches Denken. Eigentlich sollte das farbig aufgemachte Heft möglichst viele junge Leute vom Studium fernhalten, aber wer lässt sich schon durch so viele Ideale abschrecken?

Gegensätze

Ein zurzeit viel verkauftes Buch trägt den Titel «Das Zeitalter der Extreme»[1]. Der Autor, ein englischer Historiker, bezeichnet damit das 20. Jahrhundert. Das Ende dieser Ära zeigt auch in der Medizin extreme Widersprüche. Galten noch vor 30 Jahren Infektionskrankheiten als weitgehend überwunden, so haben uns inzwischen die Viren und Bakterien wieder eingeholt, als neue Krankheit wie AIDS oder als alte wie Cholera, Diphtherie und Tuberkulose. Der eigentliche Skandal ist dabei die zunehmende Armut nicht nur in der dritten, sondern auch in der zweiten und ersten Welt. Dies vor dem Hintergrund eines ungebremsten Bevölkerungszuwachses und einer beschleunigten Zerstörung unserer Umwelt. Wir verbrauchen einen grossen Teil der Ressourcen für Patienten, die ein weiteres Jahr nicht überleben werden, dafür sind Vorhaben wie «Gesundheit 2000» in weite Ferne gerückt. Vor diesen globalen Herausforderungen sind unsere medizinischen Massnahmen total ungenügend, nicht nur wegen der abnehmenden finanziellen Mittel.

Vor den globalen Herausforderungen sind unsere medizinischen Massnahmen total ungenügend, nicht nur wegen der abnehmenden finanziellen Mittel.

– Wir produzieren Ärzte auf Halde, noch ausgeprägter in den Nachbarstaaten. Diese Fehlinvestition wird sich rächen, spätestens wenn ein Heer von ungenügend ausgebildeten Ärzten die Grundversorgung weiter aufbläht oder frustriert stempeln geht. Das Problem ist seit mindestens zwei Jahrzehnten bekannt und ungelöst. Statt dessen werden immer noch untaugliche Zulassungskriterien diskutiert oder unkoordinierte Notaktionen ausgelöst und widerrufen, wie 1994 in Bern und Zürich. Der neueste Streich ist die Einführung eines achtmonatigen Pflichtpraktikums in diesem Jahr in Zürich, ohne in der Eile die nötigen Praktikumsplätze zu sichern, von der Finanzierung gar nicht zu reden.

– Wir haben ein föderalistisches Staatswesen, das heisst in der Praxis oft, dass sich 26 kleine Königreiche gegen Bern vereinigen. Ein guter Teil der Schwierigkeiten mit der Prämienverbilligung aus den Mitteln der Mehrwertsteuer oder mit der Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wurzelt in der gehüteten Sanitätshoheit eines jeden Kantons. Ein weiterer Grund ist auch hier die Eile, mit der die meisten Verwaltungen überfordert sind. Von dieser Unsicherheit leben in einer ersten Runde teuer bezahlte Experten und in einer nächsten die Juristen.

– Politiker haben es nicht leicht, die Partikulärinteressen im Gesundheitsmarkt sind immens. Immer mehr und besser organisierte Berufsverbände wollen sich ein

1 Eric Hobsbawm, Das Zeitalter der Extreme, Hanser Verlag, München 1995.

Stück vom Kuchen abschneiden. Da wären Prioritäten gefragt, klare politische Signale, die bisher nicht zu vernehmen sind. Der schnellste Weg, an Popularität einzubüssen, besteht darin, ein Spital oder auch nur eine Abteilung zu schliessen. Das Stimmvolk sagt nein und stöhnt über die Prämienzuschläge.

– Jeder Umbau hat auch seine Profiteure. Was vorläufig am einen Ort wegrationalisiert wird, schafft an einem anderen Ort wieder neue Stellen: zur Kontrolle des Einzusparenden, für neue Evaluationen und Umfragen, für neue Prüfungen, Weiterbildungen, Qualitätskontrollen, neue Statistiken, Lehrstühle usw.

Natürlich werden auch viele vernünftige Massnahmen verwirklicht, nur ist ein Spareffekt nicht sichtbar. Wohl wird viel Geld verlagert, aber nicht in eine klar definierte Grundversorgung oder in Ausbildungsreformen, die diesen Namen auch verdienen. Mit Marktwirtschaft alleine werden wir aus zwei Gründen scheitern. Erstens werden wir mit amerikanischen Verhältnissen die Kosten nicht in den Griff kriegen, dafür aber unsere Gesellschaft zusätzlich destabilisieren. Die Stimmung einer verunsicherten Generation von Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, aber auch im Spital, würde dann leicht zu einem *«après moi le déluge»*, bekanntlich ein kurzlebiges Konzept. Der zweite Grund liegt tiefer, weil er mit unserem Lebensstil zu tun hat, der, um es mit *Erich Fromm* zu sagen, das Haben dem Sein vorzieht. Die Resultate sind destruktiv, und selbst die geschätzte, wertvolle Gesundheit könnte sich leicht zu einem Alptraum entwickeln, nicht nur ökonomisch. ✦

SPLITTER

«Was soll ich aber wollen, da es eben die Kraft zu wollen ist, lieber Doktor, die mir fehlt?»
«Wenn Sie sich selber fehlen, lieber Kranker, was kann ich Ihnen anderes verschreiben als sich selber?»

ERNST VON FEUCHTERSLEBEN, *Diätetik der Seele, Wien 1851*

Wer übernimmt Patenschaftsabonnemente?

Immer wieder erreichen uns Anfragen von Lesern oder Einrichtungen (zum Beispiel Bibliotheken), welche die Schweizer Monatshefte aus finanziellen Gründen nicht regelmässig beziehen können. Es ist uns nicht möglich, alle Wünsche zu erfüllen. Deshalb sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Unser Vorschlag: Übernehmen Sie ein Patenschaftsabonnement der Schweizer Monatshefte für Fr. 89.– (Ausland Fr. 110.–). Rufen Sie uns bitte an. Wir nennen Ihnen gerne Interessenten. Sie können uns auch einfach die diesem Heft beigefügte Geschenk-Abo-Karte mit oder ohne Nennung eines Begünstigten zusenden. Vielen Dank!

Unsere Adresse: Schweizer Monatshefte, Administration, Vogelsangstrasse 52, 8006 Zürich
Telefon 01/361 26 06, Telefax 01/363 70 05

Walter Schmid,
geboren 1928 in Winterthur, Dr. phil. I, studierte an den Universitäten Zürich, Pavia und Bern romanische Sprachen. 1958–1966 Leiter der Schweizerischen Zentralstelle gegen den Alkoholismus in Lausanne (heue SFA). 1972–1993 thurgauischer Kantonsbibliothekar in Frauenfeld. Seit 1976 Präsident des Trägervereins der Beratungs- und Präventionsstelle für Alkohol- und Drogenprobleme der Region Frauenfeld/Diessenhofen.

Von der Schnaps- und Drogennot zur Suchtstoffpolitik

«Platzspitz» und «Letten» sind zwei Reizwörter, welche in den letzten Jahren die Drogenpolitik zu den wichtigsten Anliegen, die unsere Bevölkerung beschäftigen, erhoben haben. Zwei gegensätzliche Volksinitiativen «Jugend ohne Drogen» (für strenge Prohibition) und «Droleg» (für staatlich beschränkte Drogenlegalisierung) werden in diesem Jahr den eidgenössischen Räten zur Stellungnahme zuhanden der Volksabstimmung unterbreitet.

Ein Blick in die Geschichte zeigt uns, dass Jugendnot und Suchtstoffe immer wieder verantwortlich denkende Menschen beschäftigt haben.

Bis 1874 konnten die Kantone für alkoholische Getränke auf Importen aus dem Ausland oder aus anderen Kantonen «Ohmgelder» erheben. Indem die Totalrevision der Verfassung einer fast unbeschränkten Handels- und Gewerbefreiheit zum Sieg verhalf, entzog sie den Kantonen ihr ehemaliges Recht, die Zahl der Wirtschaften auf ihrem Gebiete einzuschränken. Dass schon früher die Technisierung der Brennerei und vermehrte Importe zu zusätzlichem Alkoholelend führten, zeigen uns sozial besorgte Schriftsteller wie *Pestalozzi* und *Gotthelf* («Dursli der Branntweinsäufer» u. a.).

Geschichte der Alkoholgesetzgebung

In seinem Buch «Alkohol heute» (Lausanne 1967) hat *J. Odermatt* auch die Entwicklung der eidgenössischen Alkoholgesetzgebung zusammenfassend dargestellt. Er verweist auf die im 19. Jahrhundert gemachte Erfahrung, dass Alkoholproduktion und -handel unter einem Regime vollständiger Handels- und Gewerbefreiheit unvermeidlicherweise zu einer Gefahr für das öffentliche Wohl werden. Man sprach damals von *«Wirtshauspest»* und *«Schnapspest»,* wozu insbesondere die bäuerliche Kartoffelbrennerei und die Gründung gewerblicher Brennereien Anlass gaben. Man rief deshalb nach Bundesmassnahmen, und 1885 kam es zur ersten eidgenössischen Alkoholgesetzgebung. Die Bekämpfung der gebrannten Getränke sollte vor allem durch deren Verteuerung mittels fiskalpolitischer Massnahmen erfolgen. Zur Durchführung des beschränkten Alkoholmonopols wurde die dem Finanz- und Zolldepartement unterstellte Eidgenössische Alkoholverwaltung geschaffen. Die Fiskaleinnahmen wurden den Kantonen im Verhältnis zur Wohnbevölkerung zugewiesen und diese verpflichtet, *«wenigstens 10 Prozent zur Bekämpfung des Alkoholismus in seinen Ursachen und Wirkungen zu verwenden»* (Alkoholzehntel).

Der Verbrauch gebrannter Getränke sank in der Folge von 11 auf 7 Liter pro Jahr und Kopf der Wohnbevölkerung. Anderseits stieg der Verbrauch an gegorenen Getränken (besonders Bier und Most) sowie der dem Alkoholmonopol nicht unterstellten Obstbranntweine. Um 1900 dehnte sich insbesondere der Mostobstbau rasch aus, und die damit verbundene Brennerei drohte das oberste Ziel der Alkoholgesetzgebung von 1885 zu vereiteln.

Nach einem vergeblichen Anlauf 1923 stimmte das Schweizervolk 1930 einer Verfassungsrevision zu, welche mit Ausnahme des Eigenbedarfs der Produzenten sämtliche gebrannten Getränke der Monopolgesetzgebung unterstellte. Angesichts des grossen Widerstandes war für die Annahme und Verteidigung des neuen Verfassungsartikels 32bis entscheidend, dass neben den Kantonsanteilen inklusive Alkoholzehntel die Hälfte der Fiskaleinnahmen für die zukünftige Alters- und Hinterlassenenversicherung bestimmt war.

Diese Ausdehnung der Bundesgesetzgebung auf die Gesamtheit der gebrannten Getränke ermöglichte eine spürbare Erhöhung der fiskalischen Belastung und damit eine entsprechende Verteuerung der Getränke. Diese Verteuerung, die damali-

gen Aufklärungsaktionen und die Wirtschaftskrise in den 1930er Jahren erklären den Rückgang des Verbrauchs an gebrannten Getränken – von etwa 6,5 Liter (zu 40 Prozent Alkohol) je Kopf und Jahr *vor* dem Gesetzeswerk – auf 2,5 Liter unmittelbar vor Ausbruch des Zweiten Weltkrieges. Vor allem aber ermöglichte die Gesetzgebung von 1930/1932 eine *Neuorientierung* der Alkoholverwaltung in Hinsicht auf eine Umstellung der Produktion und Verwertung von landwirtschaftlichen Brennereirohstoffen (brennfreie Kartoffelverwertung, Umstellung des Obstbaumbestandes, vermehrter Obstkonsum, Verminderung des Bestandes von über 42 000 Brennapparaten um rund die Hälfte). Dazu kam die Sicherstellung des Alkoholbedarfs zu anderen als Trinkzwecken sowie eine möglichst sinnvolle Einsetzung und Koordination der Mittel zur Bekämpfung des Alkoholismus in seinen Ursachen und Wirkungen. Diese Zusammenfassung der verschiedenartigen alkoholpolitischen Aufgaben in einer die Zusammenarbeit suchenden Verwaltung zeitigte viele gute Ergebnisse, und es stellt sich die Frage, ob die heutige Verteilung dieser Aufgaben auf drei Departemente sinnvoll ist.

Neben dem eidgenössischen Alkoholgesetz kennen wir noch zahlreiche Bestimmungen, welche in irgendeiner Weise den Alkoholmissbrauch eindämmen wollen. Dazu gehört das aus der Westschweiz stammende und 1908 in einer denkwürdigen Volksabstimmung gegen den Willen des Bundesrates angenommene Absinthverbot, das im Unterschied zum heutigen Drogenverbot den Konsum nicht bestraft. Dazu gehören auch verschiedenste Beschränkungen für den Kleinhandel mit gegorenen Getränken und Vorschriften das Gastgewerbe betreffend, die durch neuere Entwicklungen an Bedeutung eingebüsst haben. Weiterhin aktuell sind aber Bestimmungen des Jugendschutzes, der Verkehrssicherheit oder gewisse Werbebeschränkungen, insbesondere in Radio und Fernsehen.

Vom Elends- zum Wohlstandsalkoholismus

In der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts haben wir die Entwicklung vom Elends- zum Wohlstandsalkoholismus und von der Alkoholsucht zur Drogensucht erlebt, was allerdings keineswegs das Verschwinden von Elend und Alkoholismus bedeutet. Rund 30 000 Konsumenten von harten Drogen stehen rund 150 000 Alkoholiker und Alkoholikerinnen gegenüber, die nicht zuletzt unermessliche Not für zahllose Familien bedeuten. Auch die Verkehrsopfer durch alkoholbedingte Unfälle bringen viel Not und Leid. Eine moderne Bedrohung für unsere Volksgesundheit bildet die Öffnung der Grenzen für vielfach billigste ausländische Alkoholica, die auch für die einheimischen Rebbauern und für das Gastgewerbe eine gefährliche Konkurrenz bedeuten.

Rund 30 000 Konsumenten von harten Drogen stehen rund 150 000 Alkoholiker und Alkoholikerinnen gegenüber.

Die häufig einseitige Ausschliesslichkeit, mit welcher die illegalen Drogen bekämpft werden und welche auch die beiden Drogeninitiativen kennzeichnet, stellt uns vor die Frage, ob wir damit auf dem richtigen Weg sind. Wären wir allenfalls der Lösung des Suchtproblems einen wichtigen Schritt näher gerückt, wenn die illegalen Drogen weitgehend verschwunden und durch unsere «guten alten Drogen» wie Bier und Wein ersetzt wären? Sicher ist Sport ein wertvoller Weg zur Drogenbekämpfung, aber wenn nach feuchtfröhlichem Beisammensein im Anschluss an die Turnstunde eine Autowettfahrt mit tödlichem Ausgang folgt, muss dies zu denken geben.

Möglicher Gegenvorschlag

Es wäre ein Fehler, wenn den beiden nur auf die illegalen Drogen ausgerichteten Drogeninitiativen nicht ein alle Suchtstoffe, deren Missbrauch schwere gesundheitliche und soziale Schäden verursacht, umfassender Gegenvorschlag zur Seite gestellt würde. Dieser Gegenvorschlag sollte auch den Weg ebnen zur so dringend notwendigen Finanzierung all der wertvollen Massnahmen, die zur Linderung der Drogen- und Alkoholnot – aber auch der Suchtnot ganz allgemein – von Ärzten und Seelsorgern, von Sozialarbeitern, Erziehern und nicht zuletzt von vielen Politikern vorgeschlagen werden. Die durch Suchtstoffmissbrauch verursachten Schäden betragen mehrere Milliarden Franken. Wäre es nicht richtig, wenigstens einen Teil dieser Kosten durch eine Ausweitung der bisherigen Besteuerung von Branntwein und Tabak auf alle alkoholischen Ge-

tränke im Sinne einer Verursacherabgabe wieder einzubringen? Die Drogen-, Alkohol- und Tabakschäden treffen in erster Linie die Krankenkassen, die Invalidenversicherung und die Sozialinstitutionen von Kantonen und Gemeinden, die heute in besonderem Masse unter finanziellen Schwierigkeiten leiden und denen das für Therapie und Rehabilitation, aber auch für Prävention und Forschung notwendige Geld fehlt.

Die Sorge um die Suchtnot hat im Lauf der Geschichte zu unterschiedlichsten Gegenmassnahmen geführt. Zu den «Lösungen» gehörten oft Flucht oder Abschiebung nach Übersee oder in Grossstädte oder fremde Kriegsdienste. Diese «billigen» Lösungen sind nicht mehr möglich oder widersprechen unserem heutigen Empfinden. Andere Möglichkeiten zeigt uns Schweden, dessen harte Drogenpolitik viele Schweizer bewundern. Entscheidend dafür aber sind die hohen schwedischen Alkoholsteuern, die ausserordentlich grosszügige Massnahmen in Prävention, Therapie, Rehabilitation und Forschung ermöglichen. Die EU verbietet keineswegs hohe Alkohol- und Tabaksteuern, sie verlangt nur Gleichbehandlung von in- und ausländischen Produkten. Eine *Mengen*-Besteuerung statt Preisbesteuerung aber würde im Verhältnis die ausländischen Billigstprodukte viel stärker treffen als die Qualitätsprodukte inländischer Rebbauern oder die mit Dienstleistungen verbundenen höheren Preise in unseren Gaststätten. Die Erhebung einer solchen *Risikoabgabe*, die einer Haftpflichtprämie näher steht als einer von manchen verpönten Steuervermehrung, würde somit nicht nur der Volksgesundheit, sondern auch unseren Rebbauern und dem Gastgewerbe in ihrem schwierigen Konkurrenzkampf dienen. Der «bitterböse Feind» der Volksgesundheit sind nicht verantwortungsbewusste Rebbauern und Gastwirte, sondern diejenigen, die dem Volke zu dienen meinen, wenn sie möglichst billige Alkoholica in grösstmöglichen Mengen auf den Markt werfen und mit einer teuren Werbung zum unüberlegten Kauf animieren. Sinnvoll wäre es deshalb, mit einer solchen Risikoabgabe nicht nur die Suchtstoffe, sondern auch die Suchtstoff*werbung* zu belegen, wobei durchaus an eine Verdoppelung der jeweiligen Werbeausgabe gedacht werden könnte. Auch dadurch würden nicht die Anbieter von Qualitätsprodukten in erster Linie getroffen, sondern die Werbung für billige Massenprodukte. Und der kleine Mann, die kleine Frau mit dem kleinen Einkommen? Die Familien der Süchtigen? Sind möglichst billige Alkoholica für sie sinnvoll, oder ist es nicht auch aus ihrer Sicht wertvoller, wenn die sozialen Institutionen das für Prävention, Therapie und Rehabilitation notwendige Geld einsetzen können?

Die häufig einseitige Ausschliesslichkeit, mit welcher die illegalen Drogen bekämpft werden und welche auch die beiden Drogeninitiativen kennzeichnet, stellt uns vor die Frage, ob wir damit auf dem richtigen Weg sind.

Auch langjährige Drogenabhängige und Alkoholiker haben eine Chance, wieder zu einem normalen und sinnvollen Leben zurückzukehren. Ihre Chance ist um so grösser, je besser die Gesellschaft und wir persönlich ihnen dabei helfen. Noch besser aber ist es, wenn wir ihnen helfen können, nicht abhängig zu werden. ✦

Ein möglicher Gegenvorschlag zu den Drogeninitiativen in Form eines neuen Artikels 32bis der Bundesverfassung: Er würde die bisherigen BV-Artikel 32bis (gebrannte Wasser), 32ter (Absinth), 32quater (geistige Getränke allgemein), 41bis 1c (Tabaksteuer) und 41ter 4b (Biersteuer) ersetzen. Er könnte auch in den Verfassungsentwurf 1995 (Reform der Bundesverfassung) als Artikel 84 (Suchtstoffe statt Alkohol) sowie Artikel 92 (eidg. Versicherung) und 111 (besondere Verbrauchssteuern) übernommen werden.

Möglicher Verfassungstext des Gegenvorschlages Art. 32bis BV:

1 Für solche Suchtstoffe, deren Missbrauch massive Schäden für Gesundheit und Gesellschaft verursacht, erlässt der Bund differenzierte marktwirtschaftliche Beschränkungen und bei grosser Gefahr gezielte Verbote. Zugleich erhebt er differenzierte Risiko-, Verursacher- und Lenkungsabgaben auf verkaufter Menge und erlaubter Werbung.
2 Vom Reinertrag dieser Abgaben erhalten der Bund, die Kantone gesamthaft und die Krankenkassen gesamthaft je 10 Prozent zur Bekämpfung von Suchtproblemen in ihren Ursachen und Wirkungen. 70 Prozent gehen an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

Diese neuen Suchtstoffabgaben könnten gemäss unverbindlicher Schätzung einen Reinertrag von 2000 Mio. Fr. (bisher gebrannte Wasser 300 Mio. Fr., Tabak 1200 Mio. Fr., Bier 100 Mio. Fr.) ergeben. Somit 600 Mio. Fr. zur Bekämpfung von Suchtproblemen in ihren Ursachen und Wirkungen, je 200 Mio. Fr. für Bund, Kantone und Krankenkassen (bisheriger Alkoholzehntel gesamthaft 20 Mio. Fr.).

Beatrice Eichmann-Leutenegger,
1945 geboren, lic. phil. I, lebt mit ihrer Familie in Muri bei Bern, Tätigkeit als Literaturkritikerin und Referentin, veröffentlichte 1993 die Bild-Text-Biographie zu Gertrud Kolmar (Jüdischer Verlag im Suhrkamp-Verlag). 1994 erschienen ihre Erzählungen «Verabredungen mit Männern» bei Pendo, Zürich.

«...WIR, DIE WIR AN DER GRENZE LEBEN...»

Kranke Kinder in der neueren Literatur

Lungenentzündung, Scharlach und Diphtherie – einst gefürchtete Krankheiten des Kindesalters – erreichen heute dank der Antibiotika keine katastrophalen Ausmasse mehr. Das Bild des gesunden Kindes, sportlich ertüchtigt und mit genügend Vitaminen ausgerüstet, hat sich tief im allgemeinen Bewusstsein eingeprägt.

Einst aber berichteten die Evangelisten *Matthäus* und *Markus* von der schwerkranken Tochter des Synagogenvorstehers Jaïrus, welche im Sterben lag. *«Talita kum», – «Mädchen, ich sage dir, steh auf!»* – sprach Jesus zu ihr, nachdem er die Menge hinausgedrängt hatte. Das Mädchen sei nicht gestorben, es schlafe nur, hatte er zuvor noch gesagt. *«Sofort stand das Mädchen auf und ging umher. Es war zwölf Jahre alt. Die Leute gerieten ausser sich vor Entsetzen»,* heisst es bei Markus, und Matthäus vermerkt ausserdem: *«Die Kunde davon verbreitete sich in der ganzen Gegend.»* Die Krankheit des Mädchens, vor allem aber die wundersame Heilung, wurde zum öffentlichen Gesprächsstoff.

In einer überschaubaren Welt, in welcher der Gemeinschaftssinn noch stärker ausgeprägt war, wurde das kranke Kind eher wahrgenommen. *Albert Anker* (1831–1910) hat in seinen Genrebildern aus der ländlichen Welt auch das kranke Kind dargestellt. Neben dem «Brustbild eines blonden Mädchens», den «Kindern von Iseltwald», den «Zwei schlafenden Mädchen auf dem Ofentritt», dem «Knaben am Tisch» begegnet dem Betrachter auch der neunmonatige Max, ein Enkel des Malers, der siebzig Jahre seines Lebens im thurgauischen «Friedheim» in Weinfelden verbracht hat. Seine Krankheit: Autismus.

Im Bild festgehalten und fortgeschrieben

Wie ist es mit dem Autismus bestellt? *«Einzelgängerische Ichbezogenheit»,* sagt das Lexikon unter dem entsprechenden Lemma. *«Das autistische Denken richtet sich vorwiegend auf die eigenen Triebe, Gemütsbewegungen und Phantasien ohne genügenden Kontakt mit der sozialen Umwelt.»* Und es fehlt nicht der Hinweis auf ein Standardwerk: *Eugen Bleulers* «Lehrbuch der Psychiatrie».

Zwei Autorinnen haben gleichsam die Geschichte des kleinen Max, wie ihn Albert Anker im Bild festgehalten hat, fortgeschrieben. Die Österreicherin *Waltraud Anna Mitgutsch* schildert in ihrem Buch «Ausgrenzung» (1989) die Tragödie einer Kindheit am Rand. Denn Jakob, ein zartes Kind mit grossen blauen Augen, ist anders. Jakob reagiert nicht, wenn er angesprochen wird. Er erlernt spät die Sprache, führt jedoch die Hand der Mutter zu den Dingen, die er wünscht. Er liebt Musik über alles, liebt den Rhythmus der Reime, zeichnet form- und linienbesessen. Aber er schreit auch unvermittelt, oft über Stunden hinweg, als hielte ihn ein Alptraum in den Klauen. Jakob ist nicht krank, sagt die Mutter auf Fragen, er ist einfach anders als die übrigen Kinder. Ärzte und Therapeuten indessen finden Namen für das rätselhafte Verhalten: Sie sprechen von Autismus, Retardierung, Entwicklungsstörung, Psychose. Die Mutter stürzt angesichts solcher Diagnosen in eine schwere Krise. Sie muss erkennen, dass die Mediziner ihrem Kind nicht helfen können, dass sie selbst aber Jakob doch im Bereich seiner Möglichkeiten ein Lebensglück erschaffen möchte. Doch soll gerade sie am Verhalten des Kindes die Schuld tragen, weil sie in einer frühkindlichen Phase Jakobs Existenz insgeheim abgelehnt habe, meinen Freunde, Ärzte und auch der eigene Gatte. Damit setzt nicht nur für das Kind, sondern erst recht auch für die Mutter der Prozess der «Ausgrenzung» ein.

Die Beispiele kapitaler Dummheit, Arroganz und Besserwisserei gegenüber dieser Mutter und ihrem Kind gewinnen indessen eine politische Dimension. Denn hier sind hartnäckige Reste nationalsozialistischen Denkens auszumachen. Die Parole von der *«Vernichtung lebensunwerten Lebens»* besitzt noch immer ihre Anhänger. Die Mutter flieht mit dem Kind aus dem gewohnten Umfeld ihrer Siedlung, rettet sich in die Anonymität einer kleinen Wohnung am Rand der Hauptstadt. Doch hier reisst die Isolation noch grössere Löcher auf. *«Wenn wir, die wir an der Grenze leben, einander erkennen könnten, wären wir nicht so einsam und so verwundbar»,* denkt die Mutter dieses Kindes.

Mitten unter den Gästen

Die bernische Autorin *Helen Stark-Towlson* beunruhigt eine Partygesellschaft mit der Anwesenheit eines autistischen Knaben. Theo ist plötzlich da, mitten unter den Gästen in der Erzählung «Silvester» (aus «Die Frau im Park», 1991): *«Wie eine Erscheinung. Durchsichtig und still.»* Das Erzähler-Ich erspürt sofort die Kategorie des Ausserordentlichen, ja Numinosen, die sich an die jähe Präsenz des Kindes, aber auch an sein ebenso plötzliches Verschwinden heftet. Sie sucht einen anderen Namen für das Kind, einen besseren, hofft, *«auf einen zu stossen, der schmal und fein genug war, das Plötzliche und Langsame umfasste und eine Fremdheit einschloss, die als Grenze zu verstehen war».* Unversehens taucht Theo wieder auf, leckt den Partyteller sauber; Gabel und Messer gelten ihm nichts. Die Gäste reagieren mit Schweigen oder geflissentlichem Übersehen. – In einer anderen Szene des Silvesterabends liebkost er die Blätter einer Zeitung, formt sie zu einem Instrument, dem er eine stumme Musik zu entlocken scheint – gleichsam ein Bruder Jakobs in «Ausgrenzung». Wieder wird die Erzählerin von der Erscheinung des Kindes gebannt: *«Sicht durch weisse Haut auf eine Tür ohne Öffnung. Auf einen Raum ohne Namen. Das steife Kopfhaar wie angeklebt, glanzlos. Die Lippen schmal, zu einem rötlichen Strich geformt, der zugleich Grenze war. Eine Fremdheit wuchs um ihn her, hüllte ihn ein. Eine Hülle, von der ich nicht wissen konnte, ob sie Theo wärmte, ob er sie als Schutz oder Gefängnis empfand. Sie hob ihn ab von der vertrauten Umgebung, entfernte ihn, und dennoch war er da, greifbar.»*

Edvard Munch (1863 bis 1944), Das kranke Kind, Munch-Museum, Oslo. Copyright: Munch-forlaget A/S, Oslo.

Ausgrenzung, Isolation – jedes Kind, das über längere Zeit hinweg an einer Krankheit leidet, lebt in diesen Räumen.

In behutsamer Annäherung erfasst Helen Stark-Towlson die Grenze, welche dieses Kind von seiner Umwelt scheidet – nicht anders als in Jakobs Welt –, das Land der Fremdheit, welches sich eröffnet. Das Gefühl von Ausgrenzung, von Isolation mag sich angesichts einer psychischen Krankheit noch verstärken – dennoch lebt jedes Kind, das über längere Zeit hinweg an einer Krankheit leidet, in diesen Räumen. Und meist sind sie eher Gefängnis als Schutz.

Hoffnung und Erlösung

Heinrich Federer (1866–1928) setzt in einer Erzählung den asthmakranken Knaben ans Fenster – *«o Fenster, teures Auge meines Lebens»* –, das ihm die Welt und das Nahe so schön als das Ferne zeigt. *«Wenn mich das Asthma würgte, warst du mein Atem»,* schreibt der Autor welcher in der Erzählung «Am Fenster» autobiografische Erinnerungen gestaltet. *«Sterbe ich, so musst du sperrangelweit offen stehen, auch wenn es hagelt oder schneit, damit ich rasch, rasch im letzten Augenblick hinausfahren und die Flügel in die Ewigkeit gewaltig probieren*

kann. Hoffentlich sind sie dann ausgewachsen.»

Dieselbe Krankheit, Asthma, prägt auch die Jugend des Knaben Adrian in der Erzählung «Staccato». *Urs Vetsch*, Anwalt und Schriftsteller in Zürich, hat darin Bruchstücke der eigenen Kindheit gesammelt, die er in die «Partitur einer Jugend» verwandelt. Weist der Obertitel «Staccato» – an sich eine musikalische Vortragsbezeichnung, die besagt, dass Töne deutlich voneinander getrennt werden – auf die Vereinzelung infolge der Krankheit, so lenkt der Untertitel «Partitur einer Jugend» auf den Trost der Musik. In diesem Reich der Töne erscheinen Jakob und Theo als Adrians Wahlgeschwister. Doch treten sie unbeholfen in diese Domäne ein – zumindest in den Augen der Erwachsenen –, während sich Adrian der Musik mit Könnerschaft nähert. Er nimmt Klavierunterricht bei *Salvini*, trägt bald einmal ein Nocturne von *Chopin* öffentlich vor. Die musikalische Begabung bereichert Adrians Jugend, die Behinderung durch das Asthma schränkt sie ein; so halten sich diese Jahre in einer schwierigen Balance. Er werde nie ersticken, sagt der Arzt zu Adrian, da dieser über seine Atemnot, seine Angst klagt:

«In diese Worte legt er sein Vertrauen.
Der Arzt behält recht. Es hat immer eine Erlösung gegeben,
und sei es auch nur der Morgen gewesen.
Und doch ist ihm zuweilen, als wäre jeder Atemzug der letzte.
Nicht ein Tod, unzählige Sterben.
Sterben, die ihn immer wieder dem Leben zurückgeben.»

Ausgrenzung erfährt Adrian in bedingtem Mass: An Spielen kann er oft nicht teilnehmen, das Flötenspiel kommt nicht in Frage, die Teilnahme an Ausflügen muss abgesagt werden. Dazu wird das Kinderleben durch vorbeugende Massnahmen, peinlich genaue Vorschriften eingeengt, die stets durch neue erweitert werden. Freiheit für Spontaneität ist nicht gestattet, denn sie könnte sich als lebensgefährlich erweisen. Auf der anderen Seite aber stehen Liebe und Verständnis der Familienmitglieder schützend hinter Adrians Jugend. Besonders die Mutter zeichnet sich durch wortlose Gesten der Zuwendung aus; sie fügt dadurch das Leid des Knaben in ein zartes Gleichgewicht.

Urs Vetsch erzählt diese Geschichte nicht nur mit grosser Sachkenntnis gegenüber der Krankheit, ihrem Verlauf und den therapeutischen Massnahmen; er zeichnet sie auch mit seltener Sensibilität nach. Es lebt in ihr eine verhaltene Poesie. Und es ergibt sich eine merkwürdige Übereinstimmung mit Heinrich Federers Erzählung, wenn Adrian in der Schlussszene ans offene Fenster tritt und in den dämmernden Morgen hinausschaut.

Sehr oft ist es das Stigma der Unheilbarkeit, das auf Kindern und ihren Eltern lastet, so dass die Abkehr vom Glauben an die Machbarkeit erlernt werden muss.

Beschnittene Horizonte

Auf das Thema des kranken Kindes wäre eigentlich die Schweizer Literatur früh durch ein Werk vorbereitet worden, das in der ganzen Welt Verbreitung gefunden hat: *Johanna Spyris* (1827–1901) «Heidi»-Bücher, besonders «Heidis Lehr- und Wanderjahre» (1881). Die kranke Klara, Tochter der Frankfurter Familie Sesemann, hat sich über Buch, Film und Comics Millionen von Kindern und Erwachsenen als Gegensatz zum rotwangigen Heidi eingeprägt. Dieser Kontrast hebt sich allerdings später auf, indem Heidi zuerst buchstäblich heimwehkrank wird, danach aber Klara während ihres Aufenthalts in den Schweizer Alpen wieder gesundet. Gerade die seelisch bedingte Erkrankung Heidis zeigt indessen, wie gefährdet die Gesundheit eines Kindes sein mag, wie viele, kaum berechenbare Einflüsse mitwirken.

Klaras Gehbehinderung weist auf den beschnittenen Horizont. Was für gesunde Kinder selbstverständlich erscheint, unterliegt im Zeichen einer Behinderung dem Verbot, der reinen Unmöglichkeit. Und sehr oft ist es das Stigma der Unheilbarkeit, das auf Kindern und ihren Eltern lastet, so dass die Abkehr vom Glauben an die Machbarkeit erlernt werden muss. In der Publikation «Im Schatten des Apfelbaumes» schreiben Schweizer Schriftstellerinnen und Schriftsteller über Menschen mit einer Behinderung; *Jörg Grond* hat sie im Auftrag der Stiftung Friedheim, Weinfelden (Thurgau), aus Anlass des Hundert-Jahr-Jubiläums herausgegeben. Es ist jenes Friedheim, in dem Max, der Enkel Albert Ankers, siebzig Lebensjahre verbracht hat. Einige Beiträge sind bereits an anderer Stelle veröffentlicht worden, die Mehrzahl

aber erscheint erstmals in dieser 1992 publizierten Anthologie. Die einzelnen Texte eröffnen eine schmerzliche Innenschau dessen, was es bedeutet, ein geistig oder körperlich behindertes Kind zu haben bzw. zu sein. *«Joana habe besondere Fähigkeiten zum Staunen, das sei Anfang aller menschlichen Tätigkeit, doch blosses Staunen reiche nicht»,* sagt die Schulleiterin in «All dies» von *Romie Lie.* Joana und die anderen Kinder dieser Texte gehören zu den «Menschen am Weltrand» – so *Marianne Ulrich* im Titel zu ihrem Beitrag. Die ersten und einzigen Worte ihres Knaben Valentin lauten: *«Ich komme mit»,* als er die lachenden Kinder auf der Fahrt ins Strandbad erblickt. *«Wenn man ihn schon nicht einsteigen liess, so wollte er wenigstens eins werden mit diesem tobenden, lachenden Glückshaufen, der da rot und auf vier Rädern vor ihm stand. An den Strand, ins Wasser, einfach weg, lärmen, lachen, lustig sein, normal sein...»*

Ein Aspekt, der schon in Waltraud Anna Mitgutschs «Ausgrenzung» erfasst worden ist, taucht auch in dieser Textsammlung wieder auf: dass behinderte Kinder in der leistungsorientierten Welt der Macher gefährdet sind. *Theres Roth-Hunkeler* bedenkt ihn in der Geschichte «Stammhalter», *Verena Wyss* in «Edgar», *Eveline Hasler* im aufrüttelnden Gedicht «Mongoloides Kind», in dem sie *«den anderen Teil der Wirklichkeit»* beschwört. Dieses Gedicht ist – stellt man es vor den Hintergrund nationalsozialistischer Euthanasiepraxis – letztlich ein eminent politisches Gedicht:

«...dass alles
was ist seine Gültigkeit hat
und seinen geheimen Plan auch das
was unserer Hilfe und
unseres Schutzes bedarf
denn wir wachsen mit dem
Mass der Hingabe ohne welche
die Welt ein öder Platz ist
leergefegt von Menschlichkeit
Kalter Stern
der Normalfunktionierenden.»

Ob uns der Schwache nicht auch Lehrmeister sein könnte, fragt Jörg Grond im Nachwort zum Buch «Im Schatten des Apfelbaumes». In einer Zeit, die Gesundheit und Fitness über alles stellt, weil damit die permanente Verfügbarkeit garantiert wird, ist Krankheit immer ein Phänomen am Rand. Aber gerade *«der Marginalismus ist ein Humanismus»,* sagt *Heinz Robert Schlette* in «Konkrete Humanität» (Studien zur praktischen Philosophie und Religionsphilosophie, Frankfurt am Main 1991). Literarische Texte führen zu den Rändern, entdecken dort die Zentren des Menschseins, die wir gemeinhin anderswo vermuten. Auch das kranke Kind lebt in diesen Randgebieten. Und nicht umsonst fühlen sich Theo, Jakob und Adrian zur Musik hingezogen. Sie ist grenzüberschreitend, wie es schon der Mythos von Orpheus lehrt, des Sängers, der mit seinen Liedern ins Schattenreich eindringen konnte. ✦

Die erwähnten Bücher: Waltraud Anna Mitgutsch: Ausgrenzung. Roman. Luchterhand Literaturverlag, Frankfurt am Main 1989. – Helen Stark-Towlson: Silvester, in: Die Frau im Park. Erzählungen. Lenos Verlag, Basel 1991. – Urs Vetsch: Staccato. Partitur einer Jugend. Rauhreif Verlag, Möhlin und Villingen 1993. – Im Schatten des Apfelbaumes. Schweizer Schriftstellerinnen und Schriftsteller schreiben über Menschen mit einer Behinderung, hrsg. von Jörg Grond. Huber Verlag, Frauenfeld 1992.

Weitere Bücher zum Thema: Martin Merz (1950–1983): Zwischenland, gesammelte Gedichte und Prosanotizen, hrsg. von Klaus Merz. Verlag Lebenshilfe, Reinach 1983. – Barbara Egli: Cordelia mit Handicap. Das Leben mit meiner behinderten Tochter. Pendo-Verlag, Zürich 1995.