Zeitschrift: Schweizer Revue : die Zeitschrift für Auslandschweizer
Herausgeber: Auslandschweizer-Organisation
Band: 40 (2013)
Heft: 1

Artikel: Dauerbaustelle Gesundheitswesen
Autor: Gross, Seraina / Baumann-Hölzle, Ruth
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-911068

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Dauerbaustelle Gesundheitswesen

Die Schweiz bietet ihrer Bevölkerung eine sehr gute medizinische Versorgung. Alle sind obligatorisch versichert, es gibt kaum Engpässe und das medizinische Personal leistet ausgezeichnete Arbeit. Für die Zukunft ist das Schweizer Gesundheitswesen jedoch nicht gut gerüstet. Ein Beispiel: Wer wird etwa die 220000 Demenzkranken pflegen, mit denen bis im Jahr 2030 zu rechnen ist?
Von Seraina Gross

Das Schweizer Gesundheitswesen ist ein Spiegel der Schweiz: Es ist gut, aber es ist auch teuer. «Das schweizerische Gesundheitswesen gehört zu den besten der OECD», lautete das Urteil der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit und der Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 2011. «Die Bevölkerung verfügt über nahe gelegene Gesundheitsdienste, eine grosse Auswahl an Leistungserbringern und Versicherern und eine breite Deckung der grundlegenden medizinischen Leistungen und Arzneimittel.» Ein Beweis für die sehr gute Qualität des Gesundheitswesens ist die hohe Lebenserwartung. In kaum einem anderen Land der Welt werden die Menschen so alt wie in der Schweiz. Ein fünfzigjähriger Mann durfte 2011 damit rechnen, 83 Jahre alt zu werden, eine fünfzigjährige Frau hatte 2011 im Durchschnitt sogar noch 35,9 Lebensjahre vor sich.

Doch die Qualität hat ihren Preis: 2009 lagen die Gesundheitsausgaben bei 11,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit gleichauf mit Kanada – an siebter Stelle der OECD-Länder. Spitzenreiter sind, mit grossem Abstand, die USA mit 17,4 Prozent. Das Bundesamt für Statistik hat für 2010 für die Schweiz Gesundheitsausgaben von 62,5 Milliarden Franken errechnet. Bei einer Bevölkerung von knapp acht Millionen sind das 661 Franken pro Kopf und Monat.«

Die Prämienbelastung steigt

Die hohen Krankenkassenprämien gehören deshalb zu den Dauerthemen der Politik. Denn die Belastung für die Bevölkerung ist beachtlich, trotz der vergleichsweise moderaten Steigerungsraten der letzten Jahre. Seit Januar geben die Versicherten im Durchschnitt 353.10 Franken pro Monat für die Krankenversicherung aus. Am wenigsten zahlt, wer in Nidwalden wohnt (172.10 Franken), am tiefsten müssen mit 461.40 Franken die Basler in die Tasche langen. Laut OECD verbrauchte eine Mittelstandsfamilie mit zwei Kindern im Jahr 2007 ganze 9,8 Prozent ihres Haushaltbudgets für die Prämien. 1998 waren es noch 7,6 Prozent. Noch nicht berücksichtigt sind dabei die Kosten, die von den Patienten im Krankheitsfall selbst übernommen werden müssen. Zehn Prozent der Behandlungskosten gehen zu Lasten des Patienten, allerdings nur bis zu einem Betrag von 700 Franken pro Jahr. Zudem muss jeder Versicherte zu Beginn jeden Jahres Behandlungskosten im Umfang von, je nach Versicherungsmodell, 300 bis 2500 Franken selbst übernehmen, bevor die Krankenkasse zahlungspflichtig wird.

Auch in der reichen Schweiz sind längst nicht mehr alle in der Lage, ihre Prämien selbst zu bezahlen. Haushalte mit bescheidenem Budget steht deshalb das Recht auf finanzielle Unterstützung zu. Inzwischen macht fast jeder dritte Versicherte von der sogenannten Prämienverbilligung Gebrauch. 2010 kostete die Prämienverbilligung Bund und Kantone vier Milliarden Franken.

Mehr Markt oder mehr Staat?

Noch steht es um das Schweizer Gesundheitswesen gut. Weniger zuversichtlich stimmen die Zukunftsaussichten. Die Anzeichen mehren sich, dass die Schweiz den grossen Herausforderungen der Zukunft nicht gewachsen ist. Die Schweiz gehört zu den am schnellsten alternden Gesellschaften der Welt. «Reformen sind notwendig», mahnen OECD und WHO deshalb seit Jahren. Doch die Schweiz tut sich schwer mit Reformen. Seit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung 1996 tritt die Politik an Ort.

Die Blockade bei der Gesundheitspolitik hat verschiedene Gründe. Einer liegt darin, dass man sich in einem grundsätzlichen Punkt nicht einig ist: Was braucht das Gesundheitswesen? Mehr Markt oder mehr Staat? Das bürgerlich dominierte Parlament neigt eher zu wettbewerblichen Modellen, doch die Bevölkerung ist skeptisch. Das Scheitern der vom Parlament ausgearbeiteten Managed-Care-Vorlage im vergangenen Juni ist ein deutliches Beispiel. Dafür stehen die Chancen nicht schlecht, dass die Initiative der SP für eine Einheitskrankenkasse vom Volk angenommen wird. Auch hier

Hochtechnisierte Spitzenmedizin verursacht immense Kosten

Foto: Adrian Moser

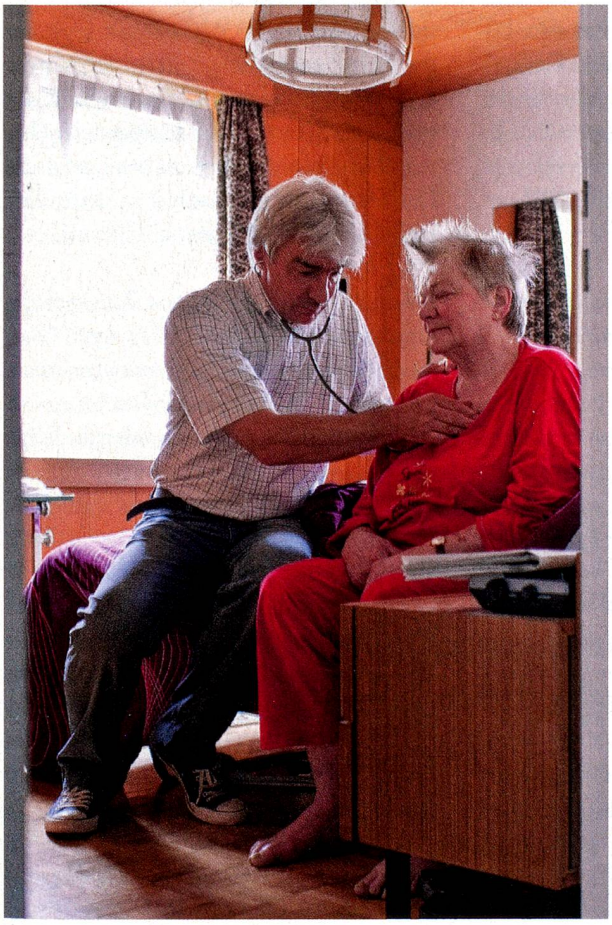
spielen politische Versäumnisse ein Rolle: Die Politik hat es in den letzten Jahren nicht geschafft, einen wirksamen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen einzuführen. Berücksichtigt werden nur das Alter und das Geschlecht der Versicherten, nicht aber deren Gesundheitszustand. Das führt dazu, dass sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen vor allem darauf beschränkt, den sogenannten guten Risiken nachzujagen: den Jungen und Gesunden. Einsparungen bringt das keine. Im Gegenteil: Jeder Kassenwechsel verursacht Kosten und auch das Geld für die Werbung der Krankenkassen muss irgendwoher kommen.

Die politische Blockade ist eine Folge der vielen Einzelinteressen. Da gibt es die Ärzte, die Kassen, die Pharmaindustrie und die Patienten, um nur ein paar Interessengruppen zu nennen. In keinem anderen Dossier reden derart viele verschiedene Akteure mit wie in der Gesundheitspolitik. Die beiden wichtigsten Interessengruppen, die Krankenkassen und die Ärzte, waren in den letzten Jahren sogar selbst im Parlament vertreten. Für die Krankenkassen sassen mit dem Bündner Christoffel Brändli von der SVP und dem St. Galler Eugen David von der CVP sowohl der Präsident des Krankenkassenverbandes Santésuisse als auch der Präsident der grössten Krankenkasse der Schweiz, der Helsana, im Ständerat. Die Ärzte waren mit ihrem Genfer FMH-Präsidenten Jacques de Haller (SP) im Nationalrat vertreten.

Geteilte Verantwortung

Als hinderlich für Reformen erweist sich auch die geteilte Verantwortung im Gesundheitswesen. Die Krankenversicherung ist zwar Bundessache, die Gesundheitsversorgung aber ist Sache der Kantone. Sie entscheiden zum Beispiel über die Spitalversorgung. Die in den Spitälern anfallenden Kosten werden jedoch nur rund zur Hälfte von den Kantonen übernommen. Den Rest zahlt die Krankenversicherung. Die geteilte Verantwortung führe zu einem «muddling through», zu einem Durchwursteln, sagen Beobachter wie die Zürcher Ethikerin Ruth Baumann-Hölzle (vgl. Interview). OECD und WHO gehen mit den Schweizer Entscheidungsmechanismen nicht ganz so hart ins Gericht. Sie halten die «lokale Flexibilität» der 26 Kantone sogar für eine Stärke des Systems. Auch die Rolle der direkten Demokratie wird positiv beurteilt: «Das einzigartig hohe Niveau der direkten politischen Beteiligung auf allen Regierungsebenen bietet den Schweizer Bürgern und Bürgerinnen die Möglichkeit, auf die Ausrichtung der Gesundheitspolitik Einfluss zu nehmen.» Die beiden Organisationen warnen aber auch, dass «Unterschiede zwischen den Kantonen bei Finanzierung und Zugang (...) Ungleichheiten maskieren» können.

Dazu kam, dass das Gesundheitswesen in den letzten Jahren nicht gerade Glück hatte mit den dafür zuständigen Bundesräten. Der temperamentvolle freisinnige Walliser Pascal Couchepin tat sich schwer mit der Rolle desjenigen, der den Ausgleich der Interessen herbeiführen sollte. Der Neuenburger Didier Burkhalter, auch er ein Freisinniger, verliess das Innendepartement nach nur zwei Jahren bereits wieder in Richtung Aussendepartement, ohne sich wirklich mit dem Dossier Gesundheitspolitik beschäftigt zu haben.



Viel zu wenig junge Mediziner wollen heute noch Hausarzt werden – die Arbeit ist anstrengend und das Einkommen gering

Alain Bersets erste Schritte

Seit gut einem Jahr ist nun der Freiburger Sozialdemokrat Alain Berset für die Dauerbaustelle Gesundheitswesen verantwortlich. Der erst 40-jährige Bundesrat gilt als Schnelldenker und als mutiger Pragmatiker. Ob er die grossen Probleme wird lösen können? Noch ist es zu früh für eine Bilanz. Die ersten Projekte, die er auf den Weg gebracht hat, gehen jedoch in die richtige Richtung. Berset beschäftigt sich endlich mit dem Problem des Hausärztemangels. Die ländlichen Regionen sind davon schon länger betroffen. Hier ist es schon seit Jahren so, dass vor der Pensionierung stehende Hausärzte kaum mehr einen Nachfolger für ihre Praxis finden. Pensionierung bedeutet da deshalb oft Praxisschliessung.

Seit Kurzem gilt jedoch auch in städtischen und stadtnahen Gebieten das Motto: Von Gück reden kann, wer einen guten Hausarzt hat. Im Durchschnitt kommen in der Schweiz sechs Hausärzte auf 10 000 Einwohner. Zum Vergleich: In Frankreich sind es deren sechzehn. Die Schweiz bilde jedes Jahr 400 Hausärzte weniger aus, als sie brauche, sagen Experten. Das Schweizer Gesundheitsobservatorium, eine politische neutrale Organisation, geht davon aus, dass in der Schweiz bis im Jahr 2030 ein Drittel der benötigten Hausärzte fehlen wird.

300 Ärzte mehr pro Jahr

Ab dem Studienjahr 2018/2019 sollen nun jedes Jahr 300 Ärzte zusätzlich ausgebildet werden. Die Zahl der Studienabschlüsse an den fünf medizinischen Fakultäten der Schweiz (Zürich, Bern, Basel, Genf und Lausanne) soll bis dann schrittweise auf 1100 pro Studienjahr ansteigen. Zur Diskussion steht sogar die Schaffung neuer medizinischer Fakultäten. Noch nicht geklärt ist, wer die Kosten von jährlich 56 Millionen Franken für die Ausbildung der zusätzlichen Ärzte übernehmen wird. Eigentlich ist die Ärzteausbildung,

Foto: Keystone

wie die meisten Bildungsaufgaben, Sache der Kantone. Diesmal jedoch soll der Bund mitzahlen. Nur: Der Bund wird den Kantonen wohl kaum einen Blankocheck ausstellen. Wenn er mitbezahlt, dann dürfte er wohl auch mitreden wollen.

Noch nicht gelöst ist mit der Ausbildung zusätzlicher Ärzte das Problem, dass sich zu wenige Ärzte für die Weiterbildung zum Allgemeinpraktiker entscheiden. Der Ärztemangel betrifft nämlich nur die Grundversorger, das heisst die Hausärzte, Internisten und Kinderärzte. An Spezialärzten fehlt es nicht. Im Gegenteil: Hier gibt es eine Überversorgung. Ende letzten Jahres hat der Bundesrat deshalb entschieden, die Zulassung von Spezialärzten erneut zu beschränken. Bereits ab April sollen die Kantone die Möglichkeit haben, Spezialärzten die Praxisbewilligung zu verweigern, wenn sie der Meinung sind, der Bedarf sei nicht gegeben. Der Bundesrat reagiert damit auf die starke Zunahme von Spezialarztpraxen nach dem Auslaufen des ersten Zulassungsstopps Ende 2011. Wirklich zufrieden ist mit dieser Lösung jedoch niemand. Deshalb sollen die Zulassungsbeschränkungen auch nur für drei Jahre gelten. Die Zeit bis dann soll genutzt werden, die Hausarztmedizin zu stärken. Im Masterplan Hausarztmedizin von Bundesrat Alain Berset ist unter anderem vorgesehen, angehenden Hausärzten eine Assistenz in einer Hausarztpraxis zu ermöglichen. Bis jetzt absolvieren sie ihre Assistenzzeit wie die Spezialärzte vor allem in den Spitälern. Entscheidend wird jedoch sein, ob es gelingt, den Hausarztberuf auch wirtschaftlich attraktiver zu machen. Hausärzte verdienen in der Schweiz weit weniger als Spezialärzte. Die Ärztevereinigung FHM hat für die Allgemeinpraktiker 2009 ein durchschnittliches AHV-pflichtiges Einkommen von 197 500 Franken errechnet. Zum Vergleich: ein Neurochirurg verdiente mehr als das Doppelte, nämlich 414 650 Franken, ein Augenarzt verdiente 345 150 Franken und eine Gynäkologin 236 000 Franken.

300 000 Alzheimerkranke im Jahr 2050

Stärkung der Hausarztmedizin, Wiedereinführung des Zulassungsstopps, Verbesse-

«Es darf nicht sein, dass die Verteilungsfrage ans Krankenbett delegiert wird»

Ruth Baumann-Hölzle ist eine der wichtigen Stimmen in der Schweiz, wenn es um ethische Fragen im Gesundheitswesen geht. Sie ist strikt dagegen, dass man einzelnen Patienten aus Spargründen medizinische Behandlungen vorenthält. Stattdessen plädiert sie dafür, die Leistungen selbst unter die Lupe zu nehmen. Interview: Seraina Gross

«SCHWEIZER REVUE»: *In der Schweiz galt lange der Slogan: Gesundheit hat keinen Preis. Lässt sich das heute, angesichts der Kosten von 661 Franken pro Kopf und Monat noch halten?*

RUTH BAUMANN-HÖLZLE: Der Slogan liess sich noch gar nie halten. Es war immer so, dass jede Leistung ihren Preis hatte. Die Haltung hat jedoch dazu geführt, dass man sich in der Schweiz lange nicht mit den Grenzen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens auseinandergesetzt hat. Doch auch wir müssen uns die Frage stellen, was wir für das Gesundheitswesen zu zahlen bereit sind.

Ruth Baumann-Hölzle

Wie lautet Ihre Antwort?

Ich kann keine Zahlen nennen. Wichtig ist die Frage: In welchem Verhältnis stehen die Gesundheitskosten zu anderen gesellschaftlichen Kosten, zum Beispiel zu den Kosten für die Bildung? Die Bildung muss gestärkt werden, und zwar nicht nur die Hochschulbildung, sondern auch die Grundausbildung. Wir wissen, dass es eine direkte Korrelation zwischen dem Bildungsniveau und dem Gesundheitszustand gibt: Je besser die Bildung, desto besser die Gesundheit. Oder anders gesagt. Armut und schlechte Bildung machen krank.

Die Schweiz hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Gibt es auch Defizite?

Wir haben eine gute Grundversorgung und auch der Zugang zu spitzenmedizinischen Leistungen ist gewährleistet. Defizite gibt es bei der Verteilung der Mittel. Sie ist nicht fair.

Inwiefern?

Es gibt Überbehandlung und Unterversorgung gleichzeitig. Wir wissen zum Beispiel, dass in der Schweiz viele unnötige Operationen durchgeführt werden. Denn an Operationen lässt sich gut verdienen. Das Problem der Übertherapierung gibt es vor allem bei privat Versicherten. Denn die Behandlung von privat Versicherten ist sehr lukrativ.

Welche Patienten werden nicht ausreichend versorgt?

Patienten, bei denen nicht mehr die medizinische, sondern die pflegerische Versorgung im Vordergrund steht. Das sind einmal multimorbide Patienten, also Patienten mit mehreren Krankheiten, und auch sogenannt austherapierte Patienten. Als Regel gilt: Je grösser der Betreuungsaufwand, desto grösser die Gefahr von Rationierung. Ein Problem gibt es auch bei Menschen mit seltenen Krankheiten. Hier wird noch immer zu wenig geforscht. Die Pharmaindustrie hat hier in letzter Zeit zwar einiges gemacht, aber nicht genug.

Bei einer Umfrage zum Thema Rationierung sprach sich eine knappe Mehrheit dafür aus, einem Alkoholiker eine Lebertransplantation zu verweigern. Was sagen Sie dazu?

Ich bin strikt dagegen, dass man die Frage der Rationierung an einzelnen Patienten oder Patientengruppen diskutiert. Denn damit sind wir mitten in der Diskussion über lebenswertes und nicht lebenswertes Leben. Diese Diskussion ist menschenunwürdig und die Geschichte zeigt, wohin sie führt: in den Verlust der Humanität.

«Damit sind wir bei der Diskussion über lebenswertes und nicht lebenswertes Leben»

Muss die Schweiz nicht über Rationierung diskutieren?

rung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen: Bundesrat Berset verfolgt nach dem Scheitern der gross angelegten Reformen der letzten Jahre eine Politik der kleinen Schritte. Entscheidend wird sein, ob es ihm gelingt, eine der grossen Herausforderungen der Zukunft anzupacken: die Zunahme von Pflegebedürftigen und Chronischkranken. Die schweizerische Alzheimervereinigung rechnet bis ins Jahr 2030 mit 220 000 Demenzkranken, bis ins Jahr 2050 sollen es gar 300 000 sein. Bereits heute arbeiten in der Schweiz Zehntausende von deutschen, polnischen und französischen Pflegekräften. Sie fehlen in ihren Heimatländern, ebenso wie die Tausenden von ausländischen Ärzten, die in Schweizer Spitälern und Praxen arbeiten. Die OECD und die WHO raten zu einer nationalen Pflegepersonalplanung.

Der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung wird immer grösser

Zudem kritisieren die beiden internationalen Organisationen den Mangel an gesundheitspolitischen Daten in der Schweiz. Angaben zur Wirksamkeit von Therapien seien wichtig für eine «wissensbasierte» Politik, sagen OECD und WHO. Sie sprechen damit die mangelnde Transparenz an, ein Punkt, der auch in der Schweiz immer wieder kritisiert wird. Dieser Mangel an Transparenz führt dazu, dass gesundheitspolitische Diskussionen immer auch ein bisschen einem Stochern im Nebel gleichen. Dabei wäre doch ganz gut und notwendig zu wissen, was wir für das viele Geld, welches uns das Gesundheitswesen kostet, nun wirklich genau bekommen.

SERAINA GROSS ist Westschweiz-Korrespondentin der «Basler Zeitung» und freie Journalistin

Doch, aber nicht anhand einzelner Patienten oder Gruppen. Es geht um die Frage, wie wir die Prioritäten setzen. Wir müssen uns der Diskussion verweigern, ob dem Alkoholiker eine Lebertransplantation gewährt werden soll oder nicht. Stattdessen müssen wir uns anschauen, ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Leistungen stimmt, die heute von der Krankenversicherung bezahlt werden. Rechtfertigt das neue Krebsmedikament, das auf den Markt kommt, wirklich die Mehrkosten gegenüber dem alten Medikament? Dafür jedoch braucht es eine gute Qualitätsforschung. Doch eine solche haben wir nicht. Der Mangel an Qualitätsforschung ist eines der grossen Defizite im Schweizer Gesundheitswesen.

Was halten Sie vom Konzept Quality Adjusted Life Years (QALY), der Idee, dass man sich auf einen Betrag einigt, den ein zusätzliches Lebensjahr bei guter Gesundheit kosten darf?

Derzeit gibt es keine wirklichen Alternativen zu QALY als Mass zur Beurteilung der Wirksamkeit von medizinischen Leistungen. QALY dürfen aber nicht dazu verwendet werden, den Wert eines Menschen zu beurteilen. Es darf nicht sein, dass wir die Verteilungsfrage ans Krankenbett delegieren. Bei der Kosten-Nutzen-Analyse der Leistungen hingegen ist es unabdingbar, dass wir das Konzept der QALY anwenden.

Auf die Gefahr hin, dass teure Leistungen aus der Krankenversicherung fallen?

Nein. Wenn eine Leistung wirksam ist, darf sie auch teuer sein. Ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis stimmt. Umgekehrt ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer kostengünstigen, aber unwirksamen Leistung schlecht.

Das heisst, man mus sich einigen, welche Leistungen von der Krankenversicherung bezahlt werden und wenn eine Leistung im Leistungskatalog ist, dann steht sie allen zur Verfügung.

Genau. Ich vergleiche das gerne mit einer Bibliothek: Der Entscheid, ob ein Buch den Nutzern zur Verfügung gestellt wird, fällt bei der Beschaffung. Ist das Buch einmal im Regal, so sagt man auch nicht plötzlich: Sie dürfen sich das Buch jetzt aber nicht ausleihen. Wir müssen uns anschauen, wie die «Bibliothek» im Gesundheitswesen zusammengesetzt ist. Ich bin überzeugt, dass hier ein enormes Sparpotenzial liegt.

Das würde bedeuten, dass man sich auch anschaut, wer wie viel an den Leistungen verdient?

Ja, auch die Frage nach der Marge ist eine ethische Frage. Wir wissen, dass die Margen zum Teil extrem hoch sind. Die Preise für Medikamente, Implantate, Pflegebetten zum Beispiel sind in der Schweiz sehr hoch. Rollstühle, für welche die Schweizer Sozialversicherungen mehrere Tausend Franken bezahlen, sind im Internet für einen Bruchteil zu kaufen. Auch die Steigerungsraten der Krankenkassenprämien lagen in den letzten Jahren über den jeweiligen Teuerungsraten.

«Es gibt kaum ein Politikfeld, bei dem derart stark lobbyiert wird wie das Gesundheitswesen»

Warum schaut man sich die Leistungen nicht genau an?

Weil der Wille zur Transparenz fehlt. Transparente Verhältnisse würden dazu führen, dass sichtbar würde, wer welche Interessen hat. Es gibt kaum ein anderes Politikfeld, bei dem die Partikularinteressen derart stark sind und auf dem derart stark lobbyiert wird, wie das Gesundheitswesen.

Werden wir etwas grundsätzlicher. Was ist überhaupt Sinn und Zweck eines Gesundheitswesens? In der politischen Diskussion ist häufig von Gesundheitsmarkt die Rede.

Das Gesundheitswesen ist nicht einfach ein Markt, denn eine Gesundheitsleistung ist nur beschränkt ein elastisches Gut. Eine Therapie ist nicht wie ein Auto, bei dem ich selbst entscheide, ob ich eines kaufen will, und wenn ja, welches. Wenn ich mit einer Gallenkolik auf der Notfallstation liege, entscheide nicht mehr ich, sondern andere für mich.

Ist es unethisch, im Gesundheitswesen Geld zu verdienen?

Nein, selbstverständlich sollen die im Gesundheitswesen Tätigen Geld verdienen und angemessen entlöhnt werden. Aber das Geldverdienen ist nicht Sinn und Zweck des Gesundheitswesens. Am Anfang muss die Sorge um den kranken Menschen stehen.

Foto: Keystone