**Zeitschrift:** Neue Wege : Beiträge zu Religion und Sozialismus
**Herausgeber:** Vereinigung Freundinnen und Freunde der Neuen Wege
**Band:** 96 (2002)
**Heft:** 7-8

**Artikel:** Zweiklassen-System im Gesundheitswesen?
**Autor:** Günter, Paul
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-144357

**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:** 09.12.2025

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

Paul Günter

# Zweiklassen-System im Gesundheitswesen?

*Paul Günter ist Chefarzt am Spital Interlaken und SP-Nationalrat. Sein hier veröffentlichter Text wurde ebenfalls an der Tagung «Moral in Zeiten der Rationierung» vorgetragen. Der Autor kritisiert die Mehrheit der Gesundheitspolitiker, die so täten, als bekäme man die Kostenentwicklung in den Griff, wenn nur die Sparpotentiale ausgeschöpft und die abzockenden Anbieter im Bereich der Medizin erfasst würden. Der neuste Euphemismus dieser Art stammt aus dem Parteiprogramm der SVP. Um die Prämien in der Grundversicherung zu senken, sollen die medizinischen Leistungen eingeschränkt werden – immer mit dem Hinweis, wirklich Wichtiges würde dabei nicht tangiert. Der Autor ist überzeugt, dass solche Simplifizierungen die Struktur unseres Gesundheitswesens und damit die medizinische Versorgung der Grundversicherten gefährden. In 6 Thesen zeigt er, welche Gefahren uns akut bedrohen, und zieht daraus den Schluss, dass die Kosten auch dann, wenn alle Sparmöglichkeiten ausgeschöpft würden, immer noch mehr steigen müssten als die Teuerung. Der Autor verwahrt sich gegen die schleichende Rationierung im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Trend zum Zweiklassen-System.* *Red.*

## Sechs Thesen über die Verteuerung des Gesundheitswesens durchs Sparen

*1. Das Axiom, dass unser Gesundheitssystem deutlich billiger würde, wenn nur alles richtig organisiert wäre, ist falsch.*

Jeder kennt ein Beispiel von doppelt durchgeführten Labor- oder Röntgenuntersuchungen. *Doppelspurigkeiten* sind bei einem derart grossen und komplexen Gebilde wie dem Gesundheitswesen nicht verwunderlich. Es darf aber nicht übersehen werden, dass seit Jahren Anstrengungen zur Ausmerzung ineffizienter Abläufe und zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen laufen. Man bedenke indessen: Wenn die allerletzte Sparmöglichkeit ausgereizt ist, dann wurde mit Sicherheit auch an vielen Orten gespart, wo uns dies noch teuer zu stehen kommen wird.

*2. Das Gesundheitssystem wird heute durch die vielen Sparanstrengungen, Kostenstellenrechnungen, Beratungen, Zertifizierungen nicht billiger, sondern teuerer und nicht besser, sondern komplizierter.*

Stellvertretend für viele Vorgänge möchte ich das Beispiel der *Eigenblutspende* darstellen: Bei der Eigenblutspende kommen die Patienten 4 bis 6 Wochen vor einem Wahleingriff und spenden 2 bis 4 mal das eigene Blut. Damit können auch schwere Operationen ohne Fremdblut durchgeführt werden. Die Patienten vermeiden das Risiko einer übertragenen Krankheit und erhalten dasjenige Blut, das für sie am besten verträglich ist – nämlich das eigene. Früher wurde das Blut im operierenden Spital abgenommen. Der Beutel wurde mit Namen, Geburtsdatum, Blutgruppe und Operationsdatum des Patienten versehen und ohne weitere Handlungen im Blut-Kühlschrank gelagert. Die Patientinnen und Patienten unterschrieben jeweils ihren Beutel, so dass bei der Transfusion des Blutes während der Operation keinerlei Verwechslungs-

gefahr bestand: ein einfaches, effizientes und sicheres Vorgehen. Unter dem Titel «Kontrolle der Sicherheit» wird heute nun verlangt, dass jeder Beutel auf Infektionen getestet und dass schriftlich jede einzelne Handlung nach bestimmten Formvorschriften beschrieben wird, dass die normalen Blutspende-Kleber für die Beutel verwendet werden und so weiter – die Liste der Anforderungen ist so lang, dass viele Spitäler die Eigenblutspende gar nicht mehr anbieten. Zudem ist allein durch die Testung auf Infektionen jeder Beutel um rund 70 bis 80 Franken teurer geworden. An meinem Spital sind dadurch Kosten von rund 30 000 Franken entstanden. Ein Sicherheitsgewinn gegenüber dem alten System ist nicht zu erkennen – durch die komplizierten Abläufe sind eher neue Fehlerquellen geschaffen worden.

*3. Die meisten sogenannten Gesundheitsspezialisten und -ökonomen haben* keine *praktische Erfahrung, wie in der Medizin wirklich mit den Patienten gearbeitet wird. Und was besonders bedenklich ist: Sie arbeiten fast ausschliesslich mit messbaren Grössen.*

Ihr Wissen schöpfen sie aus Studien, Abhandlungen und dem, was sie an Sitzungen aufgeschnappt haben. In der Regel hat auch der Spitaldirektor vom medizinischen Spitalalltag wenig Ahnung. Das ist an sich nicht verwunderlich, sondern der *Preis der Aufgabenteilung.* Ich selbst habe von der Buchhaltung meines Spitals auch wenig Kenntnisse, obwohl ich seit 25 Jahren im Spital arbeite. Der Unterschied liegt allerdings darin, dass ich nie auf die Idee käme, ich müsste dem Buchhalter helfen, seine Arbeit besser und rationeller zu machen. Besonders gefährlich erscheint mir, dass die meisten Gesundheitsökonomen sich praktisch ausschliesslich mit *messbaren Grössen* und monetarisierbaren Vorgängen befassen. Damit werden Dinge, die für Kranke zentral sind, wie zwischenmenschliche Kommunikation, Zuneigung, Empathie überhaupt nicht erfasst. Am beliebtesten sind bei den Kontrolleuren und Ökonomen Kriterien, die das Personal selber in Zahlenform in den Computer eingeben muss und die dann die Kontrolleure im eigenen Büro – ebenfalls am Computer – auswerten können.

*4. Alle im Gesundheitswesen Tätigen verbringen heute immer mehr Zeit vor dem Computer und immer weniger bei den Patientinnen und Patienten.*

Die Kontroll- und Bewertungsadministration durch das medizinische Personal selbst reduziert die Zeit, die für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. In einem guten Unternehmen müsste das Personal um soviel Arbeitskraft aufgestockt werden, wie Zeit für das Sammeln von Daten verloren geht. Die Realität ist heute leider so, dass dies nicht geschieht. Um daher Zeit zu sparen werden heute nur *oberflächliche Daten* erhoben, die so vereinfacht sind, dass sie gar keine fundierten Erkenntnisse mehr gestatten. Als Beispiel sei die Diagnose- und Therapie-Kodierung ICD 9 und 10 erwähnt. Hier werden riesige Datenfriedhöhe angelegt, welche einerseits aus Ärzte-Sicht keine vernünftige Zukunftsplanung gestatten, andererseits aber aus dem Blickwinkel des Datenschutzes für Patienten bedenklich sind.

*5. Der administrative Overhead wird immer grösser.*

Das Spitalpersonal verbringt immer mehr Zeit vor dem Computer, um Zahlen für die Verwaltung zu produzieren. Aber trotz dieser Auslagerung von Verwaltungsarbeit hat die Verwaltung in den letzten Jahren ständig zugenommen. So wurde der *Verwaltungsapparat* am Inselspital in Bern in den letzen 4 Jahren um 14 Prozent *vergrössert.* Dies im Gegensatz zum *Pflegepersonal,* das im selben Zeitraum ständig *reduziert* wurde. Für einmal möchte ich aus den USA zitieren: Präsident Bill Clinton hat

1994 in einer Rede zum Gesundheitswesen von «byzantinischen Verhältnissen» im Bereiche der Gesundheits-Verwaltung gesprochen: «Every year doctors and nurses spend more time on paperwork and less time with patients because of the absolute burocratic nightmare the present system has become...»

*6. Das gerechteste Gesundheitswesen hatte die Schweiz vor 10 bis15 Jahren.*

Praktisch alle Patienten und Patientinnen wurden – unabhängig von ihrem sozialen Stand und ihrem Einkommen– *nach ihren Bedürfnissen* behandelt. Sie bekamen die nötige Behandlung ungeachtet der Kosten. Sie wurden vom ausgewiesenen Chefarzt behandelt, wenn es erforderlich war. Die Kostenzwänge der letzten Jahre machen aber genau diese Solidarität kaputt.

## Sparen ist nötig, aber...

Selbstverständlich soll das *vorhandene Geld sorgfältig ausgegeben* werden – aber das haben wir auch früher schon beachtet. In den Spitälern der 60er Jahre wurde extrem knapp kalkuliert, bei den Patientinnen und Patienten, aber auch beim Personal und beim Material.

Selbstverständlich muss *Missbrauch* bekämpft werden, und dafür braucht es ein Minimum an Kontrolle. Viel wichtiger aber ist es, kompetente Leute mit hohem Berufsethos an die richtigen Stellen zu berufen und ihnen einen gewissen Spielraum zu gewähren. Diese Art der Kontrolle der Arbeit ist effizienter und wesentlich mehr zum Vorteil der Patienten.

Selbstverständlich muss es eine *Planung* geben, z.B. wie viele Spitalbetten oder wie viele hochtechnische Geräte unser Land braucht. Allerdings: Voraussetzung für das Funktionieren dieser Gesundheits-Planung wäre, dass die gesamte medizinische Infrastruktur einbezogen würde und nicht nur die öffentliche. Und dass sie durchgesetzt würde.

Aber es ist ein *Irrtum* zu glauben, dass wir allein mit Sparanstrengungen das Problem der steigenden Gesundheits-Kosten in den Griff bekommen. Und es ist fahrlässig in der Öffentlichkeit immer wieder diesen Irrtum als Lösung zu präsentieren. Wir müssen die Diskussion, wie und wo noch sinnvoll Geld gespart werden kann, dringend trennen von der Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten. Auch wenn alle Sparmöglichkeiten ausgeschöpft wären, würden die Kosten dennoch mehr als die Teuerung steigen.

Wenn wir die Gründe erkannt haben, stehen wir vor einem schwierigen Entscheid: Entweder wir akzeptieren diese Steigerung als nötig, dann müssen wir dringend über die *Finanzierung* des Gesundheitswesens und der *Prämien* für die Krankenversicherung nachdenken. Das ist meine Position. Sie ist zur Zeit unter Politikern nicht übermässig populär.

Oder die Steigerung wird nicht akzeptiert, dann muss jemand entscheiden, was im öffentlichen Gesundheitswesen aus Kostengründen nicht mehr gemacht wird. Das heisst: *Rationierung*. Eines kann ich aber hier schon sagen: Ich will, dass in einem derartigen Fall politisch entschieden wird. Ich will nicht als Arzt in die Lage kommen, am Einzelpatienten Rationierungs-Entscheide treffen zu müssen, da die Politik dazu zu feige war.

## Warum die Kosten mehr als die Teuerung steigen

Es gibt zwei Hauptgründe für die steigenden Gesundheitskosten: Der erste ist die *demographische Veränderung*. Es gibt immer mehr Leute in diesem Land, und diese Leute leben erfreulicherweise immer länger. Da gegen Ende des Lebens die medizinischen Behandlungen häufiger benötigt werden, schlägt diese Entwicklung mit einer Zunahme der Kosten zu Buche.

Der andere finanziell noch mehr ins Gewicht fallende Grund ist der *medizinische Fortschritt:* Ich zähle einige Punkte als Beispiele auf:

1. Die *Entwicklung neuer Medikamente* wird exponentiell teurer. Wir müssen aber anerkennen: Es gibt tatsächlich Fortschritte, die beachtlich sind. Neue Antibiotika sind effizienter und schonender. Neue Mittel gegen den Krebs sind erstaunlich wirksam, aber unglaublich teuer. Jeder unter uns kennt vermutlich mindestens einen Menschen, der dank der neuen onkologischen Therapie wenn nicht vom Krebs geheilt, so doch erstaunlich lange bei guter Gesundheit erhalten wurde. In meinem Fachgebiet der Anästhesie werden die Medikamente immer besser steuerbar und damit die Narkosen schonender und präziser. Die Hausärzte verschreiben heute routinemässig moderne, stark wirkende Medikamente für betagte Menschen, die früher nur im Spital auf der Intensivstation gegeben wurden. Die Menschen gewinnen dadurch Jahre mit unbeschwerterem Atmen oder mehr Kraft zum Gehen. Neuerdings gibt es Anzeichen, dass es gelingt, medikamentös die Alzheimer-Krankheit in einem Stadium etwas aufzuhalten, das noch ein menschliches Leben gestattet.

2. Besonders grosse Fortschritte macht immer noch die *Diagnostik,* also das Finden neuer Möglichkeiten zum Stellen einer Diagnose. Diese Entwicklung ist besonders augenfällig im Bereich der Labordiagnostik, wo heute Bestimmungen möglich sind, von denen man bis vor kurzem nicht zu träumen wagte. Besonders rasch entwickelt sich auch die Röntgen-Diagnostik. Zuerst kamen die Computertomographen in unsere Spitäler. Sie erlauben zu sehen, ob bei einem Unfall mit Kopfverletzung wirklich nur eine Hirnerschütterung vorliegt oder ob es auch im Gehirn zu bluten beginnt. So können die Ärzte rasch und richtig entscheiden, ob der Patient ins Zentrumsspital verlegt werden muss, damit er bei Bedarf operiert werden kann. Jetzt erhalten viele Spitäler einen MR-Apparat. Dieser untersucht mit Hilfe von starken Magnetresonanzfeldern den Körper und erlaubt uns Entzündungen zu sehen oder Tumore bereits zu erkennen, wenn sie noch ganz klein sind. Alle diese Geräte und Einrichtungen sind teuer zum Einrichten, aber auch im Betrieb, denn sie verlangen speziell geschultes, hochqualifiziertes Personal.

3. Die *operativen Techniken* haben sich enorm verbessert. Weil sie schonender und exakter geworden sind, können wir heute Patienten in Situationen helfen, wo dies früher nicht möglich gewesen wäre. Operationen können noch an hochbetagten Menschen ausgeführt werden. Aber ist das auch nötig? Ich nehme ein häufiges Beispiel: Hochbetagte stürzen leicht. Oft brechen sie sich dabei den Schenkelhals oder die Hüfte. Heute kann die gebrochene Stelle mit einem künstlichen Hüftgelenk ersetzt werden. Schon am nächsten Tag können die Patienten aufstehen. Die Alternative waren früher Bettruhe und Schmerzmittel. Während mindestens drei Wochen brachte jede Bewegung z.B. beim Betten den Patienten fürchterliche Schmerzen. Nicht selten mussten so starke Schmerzmittel eingenommen werden, dass wegen Störung der Atmung Lungenentzündungen auftraten und die Patienten erstickten. Die Operation ist offensichtlich die menschlich richtige Lösung.

4. Auf den *Intensivstationen* werden heute schwer kranke Patientinnen und Patienten künstlich beatmet. Man hilft ihnen so über die kritische Zeit hinweg. Dank modernen Methoden inklusive intensiver Pflege und Physiotherapie können auch Patienten gerettet und mit guter Lebensqualität entlassen werden, die früher gestorben oder invalid geworden wären.

5. Unser Parlament hat ein *Transplantationsgesetz* beschlossen. Das Gesetz will insbesondere das Gewinnen von Organen erleichtern. Allerdings wird damit auch die Tür zu einem ganz neuen Behandlungsgebiet weit geöffnet. Es entstehen Kosten, die es vorher nicht gab. Interessanterweise hat im Parlament nie-

mand darüber sprechen wollen, wie dieser neue Kostenblock finanziert werden soll. Ich habe absichtlich nachgefragt. Auch von den sonst so beredten Gesundheitsökonomen und den notorischen Sparaposteln wollte keiner sagen, wie diese Kosten zu decken seien. Heute wird von Versicherern, Behörden und Gesundheitspolitikern verschiedener Parteien Druck gemacht, dass die Kosten nur noch soviel wie die Teuerung steigen sollen. Wenn also etwas Neues (meist sehr Teures) eingeführt wird, dürfte in der Logik dieser Sparwütigen für gleich viel Geld Bisheriges nicht mehr gemacht werden. Welche Krankheiten sollen wegen vermehrten Transplantationen nicht mehr behandelt werden?

### Kostensteigerung nur im Rahmen der Teuerung heisst Rationierung

Wenn das Gesundheitswesen nur um die Teuerung teurer werden soll, heisst das im *Klartext:* Entweder kein weiterer Fortschritt oder wir verzichten bei jeder Neuerung auf bewährte Methoden und Behandlungen. Es kann aber doch nicht die Idee sein, dass wir zwar Transplantationen fördern, dafür aber andere Patienten, die z.B. einen koronaren Bypass benötigen, nicht mehr behandeln!

Sind wir denn die Einzigen mit diesem Problem? Wenn wir weltweit die verschiedenen Gesundheitssysteme ansehen, fallen sofort zwei Dinge auf: Mit Abstand am teuersten sind die *USA* – wobei ihr Gesundheitssystem erst noch für die unteren Klassen relativ leistungsschwach ist. Die (freiwillige) Versicherung belastet den unteren Mittelstand so stark, dass viele Leute finanziell für den Fall einer schweren oder langdauernden Erkrankung nicht genügend gesichert sind. Paradoxerweise hindern diese Mängel viele unserer Gesundheitsökonomen nicht daran, die USA als Vorbild zum Sparen zu nehmen. So befürworten sie Systeme wie HMO-Praxen, Second opinion, Gate keeper, Rating für Ärzte. In unseren Diskussionen um das Gesundheitswesen wimmelt es nur so von Ausdrücken aus der US-health-economy.

Ganz deutlich billiger als unser Schweizer System sind *westliche Länder* mit einem sogenannten *Zweiklassen-System.* Es gibt in der Grundversicherung nur eine beschränkte Anzahl anerkannter Heilmethoden, Untersuchungen und Operationen. Man arbeitet mit Wartelisten und Wartezeiten. In *Grossbritannien* ist die Wartefrist für einen koronaren Bypass (als Schutz vor einem Herzinfarkt) so lang, dass etliche Patienten vor dem Operationstermin versterben. Gewisse Chemotherapeutika gegen Krebs sind in der Grundversicherung nicht eingeschlossen. Wer mehr Schutz vor Krankheit und bessere Behandlung will, versichert sich bei einer Privatversicherung zusätzlich gegen die Lücken. Dies ist auch der sogenannte *Sparplan der SVP:* Minimale Leistungen für das obligatorisch versicherte gemeine Volk und Supermedizin für die Reichen.

Natürlich erklären die Propagandisten dieses Systems, bei uns sei alles «Nötige» in der *Grundversicherung* enthalten und nur das sogenannt «Überflüssige» solle gestrichen werden. Das dürfte ein schwieriges Unterfangen werden. Aber auch wenn am Anfang der Grundkatalog grosszügig wäre – wer garantiert, dass er mit dem Fortschritt mitzieht? Auch in Grossbritannien war der Katalog der Grundversicherung ursprünglich sehr grosszügig. Aber Regierungen sind chronisch in Geldnöten. Und es ist dann einfach, im Gesundheitssystem zu sparen, indem man neue Methoden für das allgemeine Volk einfach nicht oder verspätet einführt. Genau diese Entwicklung hat das ursprünglich vorbildliche englische Gesundheitssystem verlottern lassen.

Die ständigen *Prämiensteigerungen* sind heute für weniger Verdienende kaum mehr tragbar. Aber das Problem liegt primär nicht bei der Medizin. Denn es ist doch grundsätzlich erfreulich, dass

sie immer mehr anbieten kann. Das Problem liegt an den *Kopfprämien,* die wir haben. Das Problem liegt bei der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Unsere Gesellschaft hat *mehr als genug Geld* für alles Mögliche. Ich meine, sie hat auch genug Geld für ein sich weiter entwickelndes Gesundheitssystem. Aber hier scheut die Mehrheit der Politiker zurück. Sie haben lieber *Sündenböcke:* Zu viele Ärzte, gieriges Pflegepersonal, zu viele Spitalbetten oder zu viele Spitäler, teure Spitex-Organisationen. Diese Politiker rufen nach mehr Kontrolle, statt nach besserer Finanzierung.

### Trend zum Zweiklassen-System

In den letzten Jahren sind in unseren Spitälern die Kosten ein ständiges Thema gewesen. Der Druck auf das Personal ist inzwischen enorm geworden. Wir verbringen heute immer mehr Zeit, einem Kontrolleur zu erklären und zu dokumentieren, was wir getan haben, statt etwas zu tun.

Die meisten *öffentlichen Spitäler* haben in den letzten Jahren *desinvestiert,* um Sparerfolge vorweisen zu können. Da wir in der Schweiz auf einem hohen Niveau begonnen haben, merkt man das noch nicht so gut. Die Tünche hält noch, aber die Fundamente sind aufgeweicht.

Das von mir gefürchtete *Zweiklassen-System* hält schleichend Einzug. Teure Medikamente werden bereits heute vor allem an Patienten verabreicht, denen sie verrechnet werden können. Allgemeinpatienten erhalten zwar auch noch wirksame Medikamente, aber vielleicht solche mit etwas mehr Nebenwirkungen, da sie einer früheren (und damit kostengünstigeren) Medikamentengeneration entstammen. Der Privatpatient wird am Morgen zuerst operiert. Wir führen auch in den öffentlichen Spitälern wieder richtige Privatabteilungen ein, damit wir die Gutzahlenden dort speziell verwöhnen können, etwa indem dort weniger Lehrpersonal beschäftigt ist. Auf diesen Stationen arbeiten auch unsere Starschwestern und Starpfleger. Der Chefarzt kommt mindestens täglich vorbei usw. Schlimm ist, dass dieser Trend rasch zunimmt. Nicht etwa, weil wir das so wollen, sondern weil wir mit dem Spardruck dazu gezwungen werden.

Die Schweiz bewegt sich auf ein System zu, in dem wir Ärztinnen und Ärzte entscheiden müssen, wer was erhält, da es nicht mehr für alle reichen wird. Dagegen wehre ich mich ganz entschieden. Ich will nicht, dass unsere Ärzte wegen einem zu niedrigen Globalbudget ab November rationieren müssen, weil das Jahresbudget der allgemein Versicherten aufgebraucht ist. Wir müssen daher *über* die schleichende und bevorstehende *Rationierung sprechen.* Wir müssen über die bessere Finanzierung der *Kassenprämien* sprechen. Andererseits müssen diejenigen, welche eine irgendwie geartete Rationierung als richtig ansehen, gezwungen werden, uns zu sagen, wo und wie rationiert werden soll. In den USA hat es während einer gewissen Zeit Kommissionen gegeben, welche bei Patienten mit Nierenversagen prüften, ob sie es wert waren, an die künstliche Niere mit ihren hohen Kosten angeschlossen zu werden. Kriterien waren unter anderem das Alter, die Zuverlässigkeit mit der die Medikamente voraussichtlich eingenommen werden und der Wert der betroffenen Person für die Gesellschaft...

Gesundheitsökonomen und Politiker scheuen diese Diskussion. Sie versuchen, die von ihnen verursachten heiklen Entscheide auf die Ärztinnen und Ärzte abzuschieben. Der Entscheid, wo und wie allenfalls rationiert werden soll, ist ein *hochpolitischer* und nicht ein ärztlicher *Entscheid.* Wir müssen aufhören, im Hinterzimmer darüber zu reden, und wir müssen aufhören, die schleichende Einführung der Rationierung im Gesundheitswesen zu tolerieren. Das *Volk* muss dazu befragt werden. •