

Zeitschrift: Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur
Herausgeber: Gesellschaft Schweizer Monatshefte
Band: 38 (1958-1959)
Heft: 5

Artikel: Das Problem Arzt-Krankenkasse
Autor: Birkhäuser, Hans
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-160828>

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: 14.01.2026

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

DAS PROBLEM ARZT — KRANKENKASSE

VON HANS BIRKHÄUSER

In den meisten großen Ländern ist die Bezahlung des ärztlichen Dienstes für die Bevölkerung durch umfassende, staatlich dirigierte Versicherungssysteme geregelt worden. Bekannte Beispiele liefern Deutschland, namentlich aber Großbritannien und auch Schweden. Von der Entwicklung in den Oststaaten, die auf offensichtlich antiquiertem Gedankengut beruht, sehen wir ab.

In der Schweiz ist die Entwicklung nicht so weit gediehen wie in den Nordstaaten. Die Medizin wird hier noch nicht in vollem Ausmaß nach den Anforderungen des sozialpolitischen Utilitarismus zugeschnitten, sondern genießt bis auf weiteres einen ansehnlichen Rest von Freiheit, welche ihr die eigenständige Entwicklung offen läßt.

Es sind aber Kräfte am Werk, welche den im Ausland eingeführten, totalitären Systemen auch in der Schweiz Zugang verschaffen möchten. Sie sind in den Kreisen der Krankenversicherungsanstalten zu suchen und zeichnen sich in erster Linie durch einen noch ungebrochenen Glauben an die Überlegenheit der großen Zahlen aus, die es gestatten sollen, aus ihrer Höhe bis hinaus in die Kleinheit aller individuellen Leben zu wirken, ohne sie in ihrer Entfaltung wesentlich zu beeinträchtigen.

Die Ärzteschaft dagegen versucht, bisher in vorwiegend defensivem Abwehrkampf, die bisherige Stellung und damit zugleich eine begrenzte Handlungs- und Bestimmungsfreiheit zu bewahren.

Diese Auseinandersetzung hat sich im Kampf um das aus der Zeit vor dem ersten Weltkrieg stammende Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) verdichtet. Leider haben sich die Fronten in den letzten Jahren derart verhärtet, daß zur Zeit keine Aussicht besteht, das zweifellos veraltete Gesetz revidieren zu können.

In einer solchen Lage ist es angebracht, sich auf die Grundlagen des wichtigsten Partners zu besinnen, des Arztes, denn der jetzt zurückgedämmte Kampf geht vielleicht weniger um die in den Vordergrund gestellten, versicherungstechnischen Probleme, als um die Herrschaft tiefgründiger Glaubenssätze über das menschliche Wesen — insbesondere über seine Berechenbarkeit und die Rolle des Unberechenbaren — und demzufolge über die Möglichkeiten einer determinierbaren Einflußnahme auf die so umfassend menschliche Dualunion zwischen dem Kranken und seinem Arzt. Es kann aber auch auf einfache, materielle Gegebenheiten hingewiesen werden, die beide Parteien in eine außerordentlich schwierige Lage gebracht haben, ohne daß sie bisher die gebührende Beachtung gefunden hätten. Jedenfalls stehen der Schweiz auf diesem

Gebiete noch Wege zu einer natürlichen Entwicklung offen, die sich scheinbar weiter fortgeschrittene Länder mit der Errichtung gewaltiger, staatspolitischer Apparate verbaut haben. Es wäre schade, wenn die Beteiligten dieses Glück nicht zu nützen verständen.

Die verschiedenen Aspekte der Beziehung zwischen Kranken und Arzt

a) *Naturwissenschaftlich-technischer Aspekt.* Die medizinische Tätigkeit als angewandte Naturwissenschaft besteht aus dem Bestreben, physikalische und biologisch-chemische Methoden am Kranken als einem Objekt rationaler Meßverfahren planmäßig anzuwenden. Ziel ist die Aufdeckung gesetzmäßiger Funktionen und Defekte, damit sie durch reproduzierbare Einflußnahme gelenkt und korrigiert werden können. Ihr genügt es, vom Patienten eine Sammlung der Resultate von Laboratoriumsuntersuchungen anzulegen, am Schlusse die Quersumme auszurechnen und die sich daraus ergebende Therapie applizieren zu lassen. Der Arzt braucht dabei als Persönlichkeit nicht in Erscheinung zu treten. Er verharret in der Rolle des Technikers.

Eine derartige Tätigkeit läßt sich sowohl im engeren Sinne rationalistisch als Programm zur berechenbaren Beeinflussung des Organismus ausüben. Sie kann aber auch, trotz ihrem großen Anspruch, ein Tasten bleiben, bei welchem sie in Fällen Anwendung findet, die sich ihrer Zuständigkeit letztlich entziehen. In einer Zeit der umfassenden Unsicherheit wird gerade das naturwissenschaftliche Rüstzeug des Arztes von solchen Patienten häufig beansprucht, für deren Leiden es ungeeignet bleibt. Es entsteht daraus nicht selten die tragikomische Situation, daß der Kranke die erhoffte Besserung seines Zustandes zwar findet, nicht aber wegen der beabsichtigten Wirkung der rationalen Therapie, sondern wegen der unbeabsichtigten Nebenwirkung der irrationalen Persönlichkeitsfaktoren des Arztes. — Unter günstigen Umständen vermag der Arzt zwar psychogene und andere, komplex bedingte Beschwerden von den seiner materialistischen Technik angemessenen zu unterscheiden. Oft vermischen sie sich jedoch derart, daß er nicht zu sagen vermöchte, wo der objektiv belegbare Teil seiner Aufgabe aufhört und wo die intuitive, durch das Gefühl gelenkte Tätigkeit beginnt. Damit ist implizite festgestellt worden, daß der Arzt gar nicht naturwissenschaftlich orientierter Techniker allein zu bleiben *vermag*, sondern daß seiner Aufgaben warten, welche bis auf weiteres der Berechenbarkeit entzogen bleiben. Will er Arzt sein, so muß er beide Wirklichkeitsbereiche berücksichtigen. Für den Kranken haben die erklärlichen und die unerklärten Beschwerden den gleichen Realitätswert. Diese Vielschichtigkeit des ärztlichen Berufes ist zur Hauptsache schuld an seiner gespannten Beziehung zur Krankenversicherung.

b) *Der subjektiv-gefühlsmäßige Aspekt.* Die Krankheit kann somit nicht allein Gegenstand kalt berechnender wissenschaftlicher Tätigkeit sein. Sie ist über die unmittelbaren Auswirkungen der organischen Funktionsstörung hinaus für den Patienten ein außerordentlich wichtiger Lebensinhalt. Als solcher fordert sie vom Arzt mehr als nur kalkulatorische Leistungen. Ob der Kranke mehr körperlich oder seelisch leide: Körper und Seele bleiben für ihn selbst und damit notwendigerweise für den Arzt ein Ganzes. Der Arzt kann seine Tätigkeit nicht dort abbrechen, wo die Möglichkeit zu naturwissenschaftlicher Begründung (und, wie wir sehen werden, die Bezahlung durch die Krankenversicherung) aufhört. Er muß vielmehr dem Verlangen nach Leistungen Gehör schenken, über welche er keine schlüssige Rechnung abzulegen vermag. Sein Verhalten wird in dieser intuitiven Sphäre durch eine der künstlerischen Schau verwandte Beobachtung, durch traditionelle, empirisch gewonnene Verhaltensweisen und in wesentlichem Ausmaß durch allgemein menschlichen Takt geleitet. Eine solche Haltung wäre undenkbar ohne die scheinbar zur Selbstverständlichkeit gewordene, aus Antike und Christentum herausgewachsene Überzeugung, dem Nächsten müsse in seiner persönlichen Not unter allen Umständen Hilfe gebracht werden. Andere Kulturen kommen ohne sie aus. Sie sind uns schon sehr nahe gerückt. — Derjenige allein, der Gegenstand der im westlichen Sinne ärztlichen Bemühungen gewesen ist, kann ihren Wert ermessen und auf Grund dieser unmittelbaren Erfahrung das Ausmaß der ihm daraus erwachsenden, materiellen Verpflichtungen ermessen.

c) *Ethischer Aspekt auf der Seite des Arztes.* Außer im engsten Familienkreis gibt es keine menschliche Beziehung, welche trotz ihrer wissenschaftlichen Züge an Intimität derjenigen zwischen dem Kranken und seinem Arzt nahekäme. Der Arzt muß im Bereich des rein Menschlichen Schwierigkeiten zu meistern verstehen, welche in keiner anderen Lage vorkommen. Es wird deshalb von ihm als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt, daß seine Rücksicht, sein Zartgefühl und seine Diskretion jederzeit den höchsten Ansprüchen genügen. Man vergißt nur zu gerne, daß diese außerhalb der Möglichkeiten einer technizistischen Lehrmethode gelegenen Qualitäten weder als selbstverständlich vorausgesetzt werden dürfen, noch unter dem Druck der Verhältnisse immer leicht intakt erhalten werden können. Oft bedarf es eines großen Aufwandes an disziplinierendem Willen, sie in jeder Lage hochzuhalten, und niemand verfügt über die Macht, sie herbeizuzwingen, wenn ein Mediziner es vorzieht, seine Praxis auf unverbindlichere Weise im Sinne eines biologisch orientierten Technikers zu führen. Außer den Patienten wird auch schwerlich jemand einen solchen Qualitätsverlust wahrnehmen, und es gibt Kniffe, ihn sogar vor den Kranken zu verschleiern.

Wenn es, wie hier, darum geht, einen Überblick über die gesamte Aktivität des Arztes zu gewinnen, so darf dieser ethische Anteil nicht

vergessen bleiben. Der Arzt selbst wird kein Aufheben davon machen — um so weniger, je selbstverständlicher er ihm ist. Er wird ihn auch nicht in Rechnung setzen. Der einzelne Kranke weiß jedoch, wie viel er ihm verdankt, und er wird dann, wenn er dazu in der Lage ist, seiner Anerkennung in der Bemessung des Honorars Ausdruck geben. Beide Partner sind sich stillschweigend darüber einig, daß es sich nicht darum handelt, ethische Leistungen zu bezahlen, sondern vielmehr darum, dem Arzt einen «decent way of life» zu ermöglichen. In Hast und Sorge um die materiellen Grundlagen seines Daseins findet er weder die Muße, die jeder intuitiv tätige Mensch benötigt, noch aber auch die Möglichkeit, seine Fähigkeiten denjenigen zur Verfügung zu stellen, die ihn nicht zu entschädigen vermögen.

d) *Ethischer Aspekt auf der Seite des Patienten.* Der Ethik des Arztes muß eine solche des Patienten entsprechen. Sie äußert sich in der Bereitschaft, unter allen Umständen wahre Auskunft zu erteilen, selbst dann, wenn sie jede beliebige Zone des Peinlichen berührt. Das ist keine geringe Leistung. Der Patient muß danach den Ratschlägen und Anordnungen des einmal gewählten Arztes vorbehaltlos Folge leisten. Beides setzt eine weitere, irrationale Größe voraus: das Vertrauen. Auch sie läßt sich nicht in Rechnung setzen, obwohl dort, wo sie fehlt, trotz glänzender Fassaden, keine ersprießliche Tätigkeit möglich ist.

Beim Patienten werden ferner Gesundungswillen und das Bestreben vorausgesetzt, das eigene Leiden in ein vernünftiges Verhältnis zu den Gefühlen wie auch zur Umwelt zu setzen. Die Erfahrung zeigt, daß sich die Fälle häufen, in denen auch mit diesem scheinbar Selbstverständlichen nicht mehr gerechnet werden kann. Ein solcher Mangel erschwert nicht allein die Tätigkeit des Arztes, sondern sie wirkt sich vor allem in seiner unnötigen Beanspruchung aus. Auf sich allein gestellt, ist er leicht in der Lage, ordnend einzuwirken. Gesellt sich aber ein Dritter zu ihm, der die Rechnung führt, so wird die Lage bald so kompliziert, wie sie heute tatsächlich geworden ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß das Verhältnis zwischen Patient und Arzt schon in seinem objektivierbaren, naturwissenschaftlichen Anteil außerordentlich vielschichtig ist. Darüber hinaus wird es aber durch die psychischen und ethischen Auswirkungen der Krankheit in einem Ausmaß kompliziert, dessen quantitative Unermeßlichkeit allzu selten sachlich zu erwägen versucht wird. Man pflegt sich im allgemeinen ebensowenig Gedanken darüber zu machen, wie ein derart komplexes, mit Imponderablem durchsetztes Lebensgebiet nach geldwirtschaftlichen Begriffen bemessen werden soll.

Bestand das Verhältnis zwischen Patient und Arzt seit jeher aus rational motivierbaren und aus irrationalen Faktoren, so nahmen die ersteren bis Ende des letzten Jahrhunderts einen kleinen Raum ein. Die überragende Bedeutung kam lange Zeit dem Irrationalen zu. Ihm wurde

allerdings seit dem 18. Jahrhundert, unter dem Einfluß eines skeptischen Materialismus, immer weniger Beachtung geschenkt, so daß sich die Medizin zu Beginn dieses Jahrhunderts — also an jenem Zeitpunkt, an welchem die Grundlagen unserer Krankenversicherung geschaffen wurden — in einem extremen Zustand der Simplifizierung befand.

Die ersten, grundlegenden Einsichten in die Bakteriologie, wie auch der mit der Narkosetechnik verbundene Aufschwung der Chirurgie brachten offensichtliche Vorteile zugunsten der Kranken. Es wäre deshalb unbillig gewesen, diese Errungenschaften denjenigen vorzuenthalten, die sie nicht zu bezahlen vermochten. In einer Zeit, in der sie erst geringe, leicht überschaubare finanzielle Auswirkungen hatte, wurde deshalb die Krankenversicherung als eine Einrichtung konzipiert, welche auch die Unbemittelten am Fortschritt des Medizinalwesens teilnehmen lassen sollte.

Das Arzthonorar

Gewiß nehmen unter den sekundären Auswirkungen der Krankheit die wirtschaftlichen eine hervorragende Stellung ein. Seit jeher wurde das Honorar für Diagnostik und Therapie zwischen Arzt und Patient allein geregelt. Erwägt man die objektiven, d. h. meßbaren Leistungen der Medizin vor der Einführung der Volksversicherung, so scheint ihre Bewertung nicht allzu schwer gewesen zu sein. Sie wurden weniger nach der Summe der speziellen ärztlichen Verrichtungen abgegolten, als nach der Art und Weise, wie sie der Arzt für den Patienten annehmbar zu machen verstand. Dieser Maßstab gilt noch heute.

Der individuellen Honorargestaltung kommt somit eine Nebenrolle zu, die man erst spät in ihrer Bedeutung zu erfassen beginnt: die Höhe des Honorars ist, wie jede Geldleistung, für beide Seiten der einfachste Maßstab für die Angemessenheit der ausgeführten Handlungen. Sie ersetzt alle administrativen Kontrollmaßnahmen und Durchschnittsberechnungen des Versicherungswesens. Der Patient kann durch Arztwechsel die Konsequenzen aus Forderungen ziehen, die ihm übersetzt scheinen, und der Arzt kann sich für außergewöhnliche, besonders mühsame und allenfalls auch leichtfertig gestellte Begehren schadlos halten. Er sieht sich aber auch dazu gezwungen, die eigenen Maßnahmen in Beziehung zu der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten zu setzen. Nicht selten muß er sich gegen geringe Bezahlung oder sogar gratis zur Verfügung stellen, wenn arme Kranke seine Hilfe dringend benötigen. Die besten Vertreter seines Berufes haben dieses nobile officium immer stillschweigend erfüllt und sorgten damit für die Hochhaltung der ärztlichen Ethik. Soziale Probleme sind damit aufs einfachste gelöst worden. Der Wegfall des Appells an die Großzügigkeit unter dem Regime des zahlenden Dritten ist eine der schwersten Hypotheken, welche der ärztlichen

Tätigkeit auferlegt wurde. Sie ist nicht im Vordergrund sichtbar, wirkt aber um so nachhaltiger im Verborgenen.

Grundlagen der Krankenversicherung

Nachdem sich die Einführung eines Finanzierungssystems einmal als notwendig erwiesen hatte, welches den Unbemittelten die Vorteile einer teurer gewordenen Medizin zugänglich machen sollte, einigte man sich zu Beginn dieses Jahrhunderts auf folgende Grundsätze:

a) Schaffung einer Versicherung, welche auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit beruhen und jedermann zugänglich sein sollte. Unter «jedermann» stellte man sich in erster Linie die Kreise mit geringen Einkommen vor. In Basel wurden sie beispielsweise auf rund ein Drittel der Bevölkerung geschätzt.

b) Einführung eines Leistungsprinzips für die ärztliche Tätigkeit, wonach allein die häufigsten, aufzählbaren diagnostischen und therapeutischen Handlungen eine ihrer technischen Schwierigkeit angepaßte Entlohnung erfahren. Derart entstand der noch heute gültige Katalog der zahlbaren ärztlichen Verrichtungen. Die bedeutenden, unwägbaren Leistungen, wie auch die Arbeit, die der Arzt für seine Weiterbildung aufwenden muß, mitsamt der Zeit, die er für die Erholung benötigt, sind darin nicht enthalten. Die Konsequenzen des Verdienstausfalls bei Krankheit und die Vorsorge für das Alter sind ebenso wenig berücksichtigt worden. Es wurde als selbstverständlich angesehen, daß all dies ohne weiteres Zutun seine Lösung finden werde — eine unbewußt gemachte Voraussetzung, die zu Beginn des Versicherungswesens ihre Richtigkeit hatte, als der Anteil der Privatpatienten noch weit überwog. Es wäre zudem unmöglich gewesen, diese Faktoren in eine Preisliste einzusetzen. Niemand dachte daran, daß eines Tages die Versicherten mit unmittelbar technischen Forderungen die Praxis beherrschen würden.

c) Da die Unbemittelten, denen man in erster Linie helfen wollte, die Prämien nicht zu bezahlen vermögen, wurde von vornherein mit der Übernahme der Prämienzahlung — ganz oder teilweise — durch die öffentliche Hand gerechnet. Das Prinzip der Gegenseitigkeit, auf welchem jede Versicherung beruht, gilt damit nur noch *de iure*, *de facto* aber nicht mehr. Ein großer Teil der Versicherten ist in Wirklichkeit Gegenstand der staatlichen Wohlfahrtspolitik. Die Ärzte scheinen im allgemeinen damit gerechnet zu haben, daß sich diese Art der Fürsorge auf die Minderbemittelten beschränken werde. Die Grundstruktur ihrer Einkommensverhältnisse wäre dadurch nicht verändert worden, und sie gewährten deshalb, in Übereinstimmung mit ihrem Verständnis für die Bedürfnisse der ärmeren Kreise, außerordentlich niedrige Tarifiksätze.

Die Folgen der Evolution der Medizin als Wissenschaft

Die allgemeine Krankenpflegeversicherung wurde unmittelbar vor dem ersten Weltkrieg eingeführt, im Ausland schon früher. Wenige Jahre später setzte eine von niemand vorausgesehene, stürmische Entwicklung der experimentellen Medizin ein. Daraus ergaben sich folgende, einschneidende Änderungen:

a) Die Zahl der tarifmäßig zähl- und meßbaren ärztlichen Verrichtungen, die anfänglich leicht überblickbar waren, nahm auf ein heute nicht mehr faßbares Vielfaches zu. Am einzelnen Kranken kommen damit bedeutend mehr Leistungen zur Anwendung, als das am Anfang der Fall war.

Es haben aber auch die Zahl der definierbaren Krankheitsbilder und die medikamentösen und chirurgischen Heilverfahren zugenommen. Zugenommen hat endlich das Durchschnittsalter der Bevölkerung, wodurch bedeutend mehr alte Menschen der ärztlichen Hilfe bedürfen.

Seit Einführung der Krankenversicherung sind demnach die Anforderungen an den Arzt in ungefähr dreifacher Potenz gestiegen. Dies hat zur Überlastung des einzelnen geführt, welcher durch Vermehrung der Ärzte im Verhältnis zur Patientenzahl abgeholfen werden soll. Das Resultat ist eine unerhörte Verteuerung des Medizinalwesens. Durch Rationalisierung und strengere Kontrolle von Arzt und Patient läßt sich daran nichts Wesentliches ändern.

b) Diese Breitenentwicklung der medizinischen Wissenschaft hat die mathematischen Grundlagen der Krankenversicherung zerstört. Einerseits kostet der einzelne Versicherte unter allen Umständen bedeutend mehr, als vorausgesehen worden war, und andererseits sind viel mehr Versicherte vorhanden, als man anfänglich dachte. Die wachsenden Kosten der ärztlichen Behandlung wie auch die zunehmende Zahl ihrer Erfolge veranlaßten nämlich im Verlauf der Jahre die Majorität der Bevölkerung zum Eintritt in Versicherungsanstalten, welche wohl grundsätzlich «jedermann» offenstanden, unter «jedermann» aber in erster Linie die Unbemittelten gemeint waren. Es ist außerordentlich zu bedauern, daß diese Entwicklung nicht rechtzeitig erkannt und durch das Angebot andersartiger, namentlich aber echter Versicherungen an die besser situierten Kreise korrigiert worden ist.

c) Mit der Übernahme der Garantie für immer weitere ärztliche Leistungen an immer mehr Versicherte hätten die Prämien nach mathematischen Grundsätzen erhöht werden müssen. Das war jedoch aus verschiedenen, nicht zuletzt sozialpolitischen Gründen unmöglich. Die wachsenden Defizite mußten deshalb entweder ungedeckt bleiben oder durch Staatszuschüsse ausgeglichen werden. Ohne daß ursprünglich die Absicht nach bedeutender Einflußnahme des Staates bestanden hätte, hat sie sich mit seiner zunehmenden finanziellen Beteiligung mit den Jahren

von selbst eingestellt. In welchem beunruhigenden Ausmaß dies potentiell der Fall ist, zeigt etwa die Jahresrechnung der Öffentlichen Krankenkasse des Kantons Basel-Stadt. — Defizite können auch durch Minderleistungen an die Versicherten verkleinert werden. Auch dieses Verfahren wird geübt: die von den Krankenkassen den Spitälern entrichteten Garantiesummen sind vielfach auf einen symbolischen Beitrag herabgesunken; d. h. sie sind seit Jahrzehnten gleich geblieben, während die Kosten der Spitalbehandlung unaufhaltsam anwuchsen.

d) Mit dem Eintritt der Mehrzahl der Bevölkerung in Versicherungsanstalten, welche nach den Grundsätzen einer Sicherung der Minderbemittelten geschaffen worden waren, haben sich die Einkommensverhältnisse des Arztes, entgegen seiner ursprünglichen Erwartung, stark verändert. Es ist jetzt keine Minorität mehr, die er entgegenkommenderweise wohlfeil behandelt, weil ihn die Majorität noch angemessen honoriert, sondern die Maßstäbe eines Armentarifs gelten nunmehr praktisch für die Gesamtheit der Bevölkerung. Die Ärzteschaft hat das Mißgeschick, daß die seinerzeit für die Behandlung der minderbemittelten Minorität gewährten, niederen Ansätze auf jedermann angewendet werden und sie jetzt in den Geruch einer um materiellen Gewinn kämpfenden Gewerkschaft gerät, wenn sie auf diese unerwartete Entwicklung hinweist und ihre Korrektur verlangt.

Obwohl sich die Krankenkassen in aner kennenswerter Weise bemühen, immer neue Leistungen und Heilverfahren in ihre Tarife aufzunehmen, konnte die Honorierung in keiner angemessenen Weise erhöht werden. Eine objektive Ursache ist die Unmöglichkeit, selbst die berechtigten Ansprüche ohne massive Prämienerrhöhung oder weitere Vermehrung der Staatszuschüsse befriedigen zu können. Im Subjektiven liegt eine andere: alle nach Tarif zahlbaren ärztlichen Handlungen finden sich vom zahlenden Dritten, wie reife Früchte zum Pflücken bereit, über den Häuption der Versicherten aufgehängt. Es ist keine Vorschrift möglich, wo das Pflücken beginnen und wo es enden soll, und namentlich wird derjenige, der als Privatmann passiv unmittelbar davon betroffen würde, als Versicherter in keiner Weise berührt. Es wäre ein weltfremder Glaube, anzunehmen, daß sich unter tausend Ärzten nicht einige finden würden, welche an diesem bequemen Ernteverfahren Gefallen finden und es zu ihrem Vorteil auszudeuten verstehen. — Einer solchen Neigung läßt sich am ehesten durch das Angebot saurer Früchte begegnen, und so sehen wir denn wirklich die Mehrzahl der Ärzte damit beschäftigt, durch Umsatzsteigerung mühsam auszugleichen, was ihnen an ausreichend bemessenen Einzelleistungen vorenthalten wird. Wenn es ihnen durch Mehrarbeit gelingt, die Mindereinnahme auszugleichen, so machen sie überdies die verblüffende Erfahrung, daß die Vertreter der Krankenkassen dieses Ergebnis einer zusätzlichen Anstrengung als Zeichen des erfolgten Teuerungsausgleichs bezeichnen.

Die Vertreter der Krankenkassen verfehlen es nie, bei Auseinandersetzungen mit der Ärzteschaft mit Beispielen von Einkommen aufzuwarten, welche von geschäftstüchtigen Medizinern zu erstaunlicher Höhe hinaufgetrieben werden konnten. Sie unterlassen aber ebenso gerne die Bekanntgabe der nicht minder zahlreichen, erstaunlich niederen ärztlichen Einkommen, und sie geben keine Auskunft darüber, welches ungeheure Ausmaß an Arbeit notwendig ist, um bei korrekt geführter Kassenpraxis standeswürdige Einkünfte zu erreichen. Endlich lassen sie die Frage offen, weshalb die Mehrzahl der Ärzte weit über das in anderen Berufen zur Pensionierung berechtigende Alter hinaus tätig bleibt. Bei vielen geschieht es aus Freude an der schönen Aufgabe, bei manchen aber auch aus Sorge um die einfache Fristung des Daseins.

Der durchschnittliche Kassenarzt sieht sich somit in der Lage eines Akkordarbeiters, dessen Stücklohn bei wachsendem Umsatz und Geldentwertung gleich bleibt. Es muß versucht werden, den Ausfall durch Vermehrung der Einzelleistungen auszugleichen. Dadurch muß sich der Arzt notgedrungen auf die technische Seite seiner Tätigkeit konzentrieren. Er hat am einzelnen Patienten ohnehin weit mehr Handlungen auszuführen als seine Vorgänger, und überdies sind in den Tarifen die technischen Leistungen allein verzeichnet. Das zeitraubende, Muße fordernde Eingehen auf den Patienten, das geduldige Hinhören und Abwarten, die Beratung über Dinge, welche zur weiteren individuellen und familiären Problematik gehören, all das schwindet auf ein Minimum dahin oder wird durch routinemäßige Phrasen ersetzt, welche Anteilnahme vortäuschen sollen. Damit gerät die Sprechstunde des Arztes in Gefahr, die Atmosphäre einer Reparaturwerkstätte anzunehmen, und die Reaktion des Publikums läßt heute schon an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig.

e) Nicht die ärztliche Praxis allein hat sich verändert, sondern auch die Mentalität des Publikums. Einerseits ist dies die Auswirkung einer allgemein fragwürdigen kulturellen Lage. Der Sozialstaat, von dem man sich Zufriedenheit, Ruhe und eine universelle Ausbreitung der Kultiviertheit versprach, hat im Gegenteil Unruhe, Begehrlichkeit, Wehleidigkeit und eine auf universeller Halbbildung beruhende, ratlos umsichgreifende Kritiksucht gebracht. Diese Wandlung verläuft parallel zum Versuch, das Leiden in allen Erscheinungsformen zu verschleiern, wie auch zur wachsenden Zahl wirtschaftlich unselbständiger, in ein Netz weltlicher Sicherungsmaßnahmen verstrickter Volksgenossen. — Körperliche Beschwerden, die früher ertragen und mit Hausmitteln bekämpft worden sind, bieten jetzt häufig Anlaß zur Konsultation des Arztes. Die Krankenversicherung wird damit nicht allein in dem durch die Entwicklung der Medizin sachlich gerechtfertigten Ausmaß mehr beansprucht, sondern darüber hinaus in unabsehbarer Weise durch die Überbewertung altbekannter, nebensächlicher Beschwerden.

Andererseits hat das Bestehen der sozialen Sicherungsmaßnahmen die Einstellung der Bevölkerung zu den staatlichen Wohlfahrtseinrichtungen verändert. Waren sie bis vor kurzem höchstes Ziel ungezählter, leidender Generationen, so haben sie sich, nach ihrer Verwirklichung, in merkwürdiger Weise in einen Nährboden für immer neue Wünsche und Begehren verwandelt. — Die Lohngarantie während der Krankheit bleibt beispielsweise eine unbestrittene Wohltat. Für Menschen, welche unter sinnlos gewordenen Eintönigkeit der mechanisierten Arbeit leiden — von den minderwertigen Subjekten, welche dazuzurechnen wären, sehen wir ab — ist sie aber auch zu einem Anreiz geworden, sie beim geringsten Anlaß oder sogar ohne einen solchen, auszunützen. Die Eintönigkeit des Tagewerks kann damit ohne Schaden unterbrochen werden. In diesem Bestreben gelangen sie mit Zumutungen an den Arzt, welche psychologisch bisweilen verständlich sein mögen, seiner Funktion aber in jedem Falle fremd sind und ihm die kostbare Macht eines Richters über Zustände in die Hand spielen, deren Beurteilung außerhalb seines Kompetenzbereichs liegt. Wiederum sind es die belanglosen finanziellen Opfer, welche der Versicherte bringen muß, die ihm die Befriedigung utilitaristischer Neigungen auf diesem Wege erleichtern.

Sichtbare Auswirkung dieser Tatsache ist die den Grundsätzen der Sozialversicherung widersprechende Einführung von Selbstbehalt, Scheingebühren und für wirklich Arme (die es theoretisch allerdings im Wohlfahrtsstaat nicht mehr geben soll) prohibitive Polikliniktaxen. Auf der Seite der Krankenversicherung ist damit implizite zugegeben worden, daß das seinerzeit in guten Treuen eingeführte System Gelegenheit zur Ausbeutung durch die «Versicherten» bietet. Sie anerkennt damit aber auch die wichtige Rolle des wirtschaftlichen Faktors in der Regulierung des Verhältnisses zwischen Patient und Arzt. Leider ersetzt der Selbstbehalt, der wiederum an einen anonymen und unsichtbaren Dritten zu entrichten ist, die psychologische Wirkung des dem Arzte unmittelbar schuldigen Honorars nicht. Nach anfänglicher Wirkung hat er denn auch den bremsenden Effekt eingebüßt und wird nun als eine der vielen, lästigen Taxen notgedrungen entrichtet.

f) Die Versicherungspraxis hat ergeben, daß ein bedeutender Teil der Unkosten durch sogenannte Bagatellfälle bedingt wird, d. h. durch leichte, kurzdauernde Krankheiten, welche keine hohen Arztkosten verursachen. Administrativ bedeuten sie jedoch für die Kassenverwaltung eine Belastung, welche sich von derjenigen durch schwere Leiden nicht stark unterscheidet. Sie sind also in dieser Hinsicht teurer als die langdauernden Krankheiten. Dazu kommt, daß sich die letzteren auf einen kleinen Prozentsatz der Bevölkerung konzentrieren. Diese Sachlage weist den Weg zu einer echten Reform der Versicherung.

Wie schon erwähnt worden ist, hat nicht allein die Regelung der Arzttarife keine befriedigende Lösung gefunden, sondern es besteht auch eine

verblüffende Diskrepanz zwischen den effektiven Kosten der Spitalbehandlung und der von den Krankenkassen dafür bezahlten Vergütung. Da jedoch durch die defizitäre Lage der Krankenanstalten keine Einzelpersonen betroffen werden und man von der Notwendigkeit ohnehin überzeugt ist, die Spitalbetriebe müßten um jeden Preis aufrechterhalten werden, ist vom Versagen der Versicherung auf diesem Gebiet weit weniger gesprochen worden als von ihren Auseinandersetzungen mit den frei praktizierenden Ärzten. Deren Defizite können nicht wie diejenigen der Krankenhäuser stillschweigend aus öffentlichen Mitteln gedeckt werden. Der Versicherte aber wird dadurch, ohne daß er sich dessen bewußt wäre, als Spitalpatient zum doppelten Wohlfahrtsempfänger: dank den staatlichen Subventionen bezahlt er nicht allein niedrige oder gar keine Prämien, sondern er wird auf dem Umweg über die massive Subventionierung der staatlichen Spitäler ein weiteres Mal unterstützt. Daß bei diesem Regime zahlreiche private Kliniken ihre Tätigkeit einstellen mußten oder schwer um ihre Existenz ringen, sei nebenbei vermerkt.

Schlußfolgerungen

Die staatlich subventionierte Krankenversicherung ist infolge der zur Zeit ihrer Einführung unvorhergesehenen, gewaltigen Entwicklung der Medizin in eine bedenkliche Lage geraten. Die Deckung der proportional zu dieser Entwicklung angewachsenen Unkosten allein nach den Forderungen der Versicherungsmathematik ist unmöglich, ohne daß das Werk den Charakter einer Volks-Versicherung verliert. Was durch Prämien-erhöhung nicht einbringbar ist, muß durch mächtig angewachsene Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln ausgeglichen werden. Damit ist der Einfluß der staatlichen Instanzen, gewollt oder ungewollt, auf die Gestaltung des Medizinalbetriebes bedeutend angewachsen. Die wirtschaftlichen Gesichtspunkte nehmen von Jahr zu Jahr an Bedeutung zu. Die Tätigkeit der Ärzteschaft, deren finanzielle Forderungen die Versicherungsbudgets natürlicherweise schwer belasten, gerät damit in zunehmender Weise ins Licht eines volkswirtschaftlichen Unkostenfaktors, und es überrascht nicht, daß gerade bei ihr, als bei einer im Rampenlicht der Öffentlichkeit stehenden, aus individuell und oft zersplittert tätigen Intellektuellen bestehenden Berufsgruppe, die Sanierungsversuche ansetzen. Sie ist, verglichen mit den Spitälern und namentlich auch den Versicherten, der Ort des geringsten Widerstandes. Wenn sie nicht in ihrer Gesamtheit unter die Staatsangestellten «eingestuft» werden soll — was auf lange Sicht zum Nachteil der Entwicklung der Medizin als Ganzes ausschlagen würde —, so ist eine *echte Reform der Krankenversicherung unumgänglich*.

Grundsätzlich stehen folgende Wege offen:

a) Verbreiterung der finanziellen Basis durch Erhöhung der Prämien auf den versicherungsmathematisch geforderten Wert.

b) Belassung der Prämien auf ihrer aktuellen Höhe und Sanierung auf der Ausgabenseite durch stärkere Einspannung der Ärzte, bei gleichbleibendem oder gar reduziertem Einkommen, Reduktion oder mindestens Stabilisierung der Leistungen an die Spitäler und Beschneidung der Leistungen an die Versicherten.

c) Ein Mixtum compositum aus a und b.

d) Eine echte Reform mit Beschränkung der vollen Sicherung auf den Kreis der Minderbemittelten, zugleich mit Vereinfachung des Garantiesystems. Einführung einer selbsttragenden Versicherung für die wirtschaftlich unabhängigen zwei Drittel der Bevölkerung, welche aufzukommen hätte für: langdauernde Krankheiten, teure Untersuchungen, Operationen und Spitalaufenthalt, unter Ausschluß der kurzdauernden Krankheiten.

Aus offensichtlichen Gründen kommt die massive Prämienerhöhung nicht in Betracht. Auch ein Leistungsabbau auf der Seite der Versicherten und der Spitäler wird kaum erwogen werden. Allein den Ärzten gegenüber, als dem schwächsten Glied in der Kette, könnte er (vermutlich nicht direkt, sondern in verhüllter Form) versucht werden. In jedem Falle wäre er mit umfassenden Kontrollmaßnahmen durch die staatliche Administration verbunden und würde in die Stagnation einer totalitären Staatsmedizin führen, ohne daß das Hauptproblem gelöst worden wäre: die Finanzierung des in steter Evolution begriffenen Medizinalwesens durch einen einzigen, zahlenden Dritten.

Vernünftigerweise bleibt somit nur der sub d vorgezeichnete Weg offen, wodurch die umfassende Staatsgarantie auf jene Minderheit beschränkt würde, für welche sie notwendig und unbestritten ist. Die Einführung einer echten Versicherung für jene seltenen, aber bedenklichen Situationen, die auch von den wirtschaftlich Selbständigen in der Regel nicht gemeistert werden können, hätte zur Folge, daß 1. der Staat von einem großen Teil der Subventionen entlastet würde. (Der Grundsatz der Rechtsgleichheit, der auch zur Subventionierung der Selbständigen angerufen werden könnte, würde zum administrativen Leerlauf führen: die vermeintlichen Nutznießer würden schlimmstenfalls nichts anderes zurückbeziehen, als einen Teil der höhern Steuern, die sie für eine allgemeine Ausrichtung von Subventionen zu entrichten hätten.) 2. Im gleichen Ausmaß könnte der administrative Kontrollapparat abgebaut werden. 3. Die bestehenden Krankenkassen ließen sich teilweise zu den Trägern der privaten Versicherung umbauen. 4. Auch für die private Versicherung lassen sich die Prämien in erträglichem Rahmen halten, da sie ja nur die seltenen, schweren Krankheiten und ärztliche Leistungen zu decken haben, denen man sich nicht leichtfertig unterzieht. 5. Die geringen Kosten für die kurz dauernden Krankheiten können von dieser

Kategorie der Versicherten selbst getragen werden. Für das Versicherungswesen bedeutet dies eine ganz erhebliche Entlastung, da ja, wie schon erwähnt worden ist, die größten Unkosten aus den unzähligen Bagatellfällen entstehen. Damit kann aber auch das Medizinalwesen auf diesem wichtigen Teilgebiet sein natürliches Kräftespiel und damit seine vorteilhafte ökonomische Selbstregulation zurückgewinnen.

Angesichts der Gefahr einer Versteinerung des Medizinalbetriebes unter der Last des administrativen Formalismus, der bei der Schaffung einer universellen Staatsversicherung unumgänglich wäre, wiegen die Einwände nicht schwer, welche gegen eine Reform im soeben angedeuteten Sinne vorgebracht werden können. Der gewichtigste wird sein, es könne viel Schaden daraus entstehen, daß sich der Unversicherte bei geringen Symptomen, die eine schwere Krankheit anzeigen, aus Furcht vor den finanziellen Folgen nicht rechtzeitig zum Arzt begeben. Es ist darauf zu entgegnen, daß sie in keinem Falle katastrophal sein werden, wenn die Symptome Ausdruck einer leichten und damit kurzen oder nicht behandlungsbedürftigen Krankheit waren; sind sie es aber dennoch, so wird die Versicherung rechtzeitig einsetzen, wenn sich die finanzielle Belastung auszuwirken beginnt.

Wenn schon von einem möglichen Schaden gesprochen werden soll, so wäre zurückzufragen, ob er neben den wirklichen Schäden, an denen das Versicherungswesen heute leidet, im Hinblick auf das Ganze wirklich schwer wiege, und ob die allgemeine Sekuritätssucht die Vorstellungskraft so stark beeinträchtigt, daß sie sich ein öffentliches Leben, das nicht ringsum auf dem Gestänge der Staatsmaschinerie lastet, nicht mehr zu denken vermag.