

Zeitschrift: Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur
Herausgeber: Gesellschaft Schweizer Monatshefte
Band: 80 (2000)
Heft: 10

Rubrik: Dossier : Gesundheitswesen : Rationalisierung oder Rationierung?

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: 15.04.2026

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

Hartmut Kliemt,

Dr. phil., ist Professor für Praktische Philosophie an der Universität Duisburg.

Bevorzugte Forschungsgebiete: Politische Philosophie, Public Choice, Spieltheorie, Medizinethik und Gesundheitsökonomik.

GIBT ES EIN RECHT AUF GESUNDHEIT?

Man kann sich vorstellen, dass jedermann ein Recht hat, vor externen Übergriffen auf seine Gesundheit bewahrt zu bleiben. Aber klarerweise sind derartige Abwehrrechte bei der Rede vom «Recht auf Gesundheit» nicht gemeint. In diesem Beitrag geht es vielmehr um Teilhabe-Rechte und damit darum, dass wir Individuen Ansprüche gegenüber anderen Individuen bzw. der Gemeinschaft aller anderen Individuen zuschreiben.

Verteilungsgerechtigkeit mit Bezug auf die Gesundheit selbst herstellen zu wollen, ist etwa ebenso sinnvoll wie der Wunsch, Verteilungsgerechtigkeit mit Bezug auf die Körpergrösse oder aber die Schönheit von Personen zu erstreben. Wenn wir krank werden, dann ist das womöglich furchtbar; doch wir sind gewiss nicht allein dadurch, dass wir krank wurden, in unseren Rechten verletzt worden. Es ist auch nicht in irgendeinem plausiblen Sinne ungerecht, wenn Herr A krank und Herr B gesund ist. Überdies, wenn Herr B nicht verantwortlich für die Krankheit von Herrn A ist, dann hat Herr B keine Pflicht, A zu helfen und A kein Recht auf B's Hilfe.

Jene, die von einem Recht auf «Gesundheit» und im Bezug auf Gesundheit von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit sprechen, meinen offenkundig Dinge, wie ein Recht auf Gesundheitsversorgung oder ein Recht auf Gesundheitsversicherung. In dieser Deutung vermag man zwar zu verstehen, was gemeint ist. Aber ist es auch richtig, dass es ein Recht auf Gesundheitsversorgung oder ein Recht auf Gesundheitsversicherung gibt?

In der Beantwortung dieser Frage müssen wir unterscheiden zwischen Ansprüchen auf der Ebene des bestehenden Rechtes (*de lege lata*) und Ansprüchen auf der Ebene des zu schaffenden Rechts (*de lege ferenda*).

Gesundheitsrechte de lege lata

Wenn jemand in seinen grundlegenden Abwehrrechten verletzt ist, dann wird der

staatliche Schutz unabhängig von Zahlungsbereitschaft und Zahlungswilligkeit für derartige Schutzleistungen gewährt. Die positive Rechtsordnung unseres Staates sichert die Durchsetzung derartiger Rechte in unbedingter und universeller Weise und nicht nur für den, der dafür eine leistungsabhängige Gebühr entrichtet. Ohne diese unbedingte Schutzgewährung könnte man kaum davon sprechen, dass wir in einem Rechtsstaat leben. *De lege lata*, nach dem bestehenden Recht, haben wir demnach die grundlegenden Abwehrrechte als gleiche Bürgerrechte. Haben wir aber auch Gesundheitsrechte als gleiche Bürgerrechte?

Wenn es um die Sicherung ganz elementarer Gesundheitsinteressen geht, setzen praktisch alle Rechtsstaaten auf staatliche *Garantien*. Auch die Vereinigten Staaten von Amerika, die häufig als Staat ohne öffentliche Gesundheitsvorsorge charakterisiert werden, kennen öffentliche Garantien für bestimmte Leistungen der Gesundheitsvorsorge. Auch sie verlassen sich nicht auf private Hilfswilligkeit. Wer beispielsweise älter als 65 Jahre oder zur Zahlung eigener Beiträge unfähig ist, der erhält sehr wohl in gesundheitlichen Notlagen öffentlichen Beistand. Allerdings kann dieser öffentliche Beistand sehr weit von der Gewährung des medizinisch Möglichen entfernt sein. Überdies wird der behandelte Bürger nach erfolgter Behandlung soweit zur Kasse gebeten, wie er noch über pfändbares Einkommen verfügt. Man lässt schwerkranke unversicherte Individuen also nicht sterben, doch lässt man sie gegebenenfalls zahlen, bis sie sterben.

Überarbeitete Fassung eines Beitrags, der im Rahmen einer Konferenz des Liberalen Instituts der Friedrich-Naumann-Stiftung in Berlin zum Thema «Wahlfreiheit im Gesundheitswesen» am 14. Juli 2000 vorgelesen wurde.

In der Bundesrepublik geht der Schutz weiter als in den USA, und die individuelle Haftung ist zugleich beschränkter. Nach der bestehenden Gesetzeslage, einschliesslich der entsprechenden Verwaltungsvorschriften, darf der Bürger damit rechnen, im Krankheitsfalle weitreichenden Beistand zu erhalten. *De lege lata* gibt es heute in der Bundesrepublik somit fraglos ein «Recht auf Gesundheit» im Sinne einer garantierten Gesundheitsversorgung.

Dennoch müssen wir fragen, ob wir nicht neue Gesetze machen sollten, die unter Umständen sogar einen Teil der bisherigen Rechte auf Gesundheitsversorgung abschaffen.

Gesundheitsrechte de lege ferenda

Der Kuchen, den man verteilen will, muss von jemandem gebacken, die Hilfe, die man gegeben sehen will, muss von jemandem geleistet werden. Wenn jemand ein Recht auf Hilfe in der Sicherung seiner Gesundheitsinteressen hat, dann muss jemand anders zur Hilfe verpflichtet sein. Die offenkundige Frage, warum mein Staat mich mit seiner staatlichen Zwangsgewalt zur Steuerzahlung zugunsten der Förderung der Gesundheitsinteressen eines mir gänzlich fremden Mitbürgers verpflichten darf, ist zu stellen.

Gesundheitsrechte als Mitmenschenrechte

Was verpflichtet einen gesunden Bürger von Nordrhein-Westfalen, einem kranken Bayern, der ihm vollständig fremd ist, Beistand in der Verfolgung seiner Gesundheitsinteressen zu leisten? Wenn das Leiden des Bayern als solches zur Hilfe berechtigt, dann berechtigt das Leiden des Äthiopiens oder des Ukrainers als solches ebenso dazu. Wenn Leiden allein Recht begründet, dann darf es nur nach dem Leid und nicht nach der nationalen Zugehörigkeit des Leidenden gehen.

Es scheint klar, dass man ein Gesundheitsversorgungssystem wie das unsere plausiblerweise nicht auf das Argument stützen kann, jeder Mensch habe als Mensch ein Recht auf angemessene Gesundheitsversorgung und die Mitmenschlichkeit als solche erlege uns eine korrespondierende Solidarpflicht auf. Mitmenschlichkeit als solche wäre kein guter Grund, Systeme zu akzeptieren, die nur

bestimmte Mitmenschen begünstigen. Man kann keine vernünftige Grenze ziehen, an der Pflichten zur Hilfeleistung aus Mitmenschlichkeit enden würden.

Wir müssen also prüfen, was wir eigentlich meinen, wenn wir dem Bayern «ein Recht auf Gesundheit» zuerkennen, das wir zugleich dem Ukrainer oder Äthiopier nicht zuerkennen wollen. In die lose Rede «vom Recht auf Gesundheit», das wir dem Bayern zubilligen, gehen auf moralischer Ebene, auf der wir diskutieren, welche Gesetze wir erlassen sollten, zumindest viererlei Voraussetzungen ein: 1. die unstrittige Auffassung, dass wir uns wünschen, dem Bayern möge in seiner Krankheit geholfen werden, 2. die ethisch durchaus nicht selbstverständliche Ansicht, dass wir den Bayern in unserer Hilfe vor Nicht-Deutschen bevorzugen dürfen, 3. die noch problematischere Auffassung, dass wir unter einer diesem vorgeblichen Recht korrespondierenden Pflicht stehen, die Hilfe auch zu erbringen und deswegen, 4. entsprechende Zwangsgesetze erlassen und Hilfe erzwingen dürfen.

Nun kann man natürlich darauf verweisen, dass der Bayer ebenso wie der Nordrhein-Westfale möglicherweise schon über einen langen Zeitraum Mitglied des öffentlichen Zwangsversicherungssystems gewesen ist. Daraus erwachsen in der Tat konventionelle Verpflichtungen, die eine bevorzugte Behandlung des Bayern nicht nur plausibel, sondern zur Pflicht werden lassen. Eine langandauernde Praxis erzeugt überdies ein Recht auf Vertrauensschutz. Deshalb darf man auch die Gesetze, welche Rechte auf Gesundheitsversorgung gewähren, nicht abrupt ändern. Aber *de lege ferenda* gilt gerade nicht, dass man langfristig nichts ändern dürfte.

Gesundheitsrechte als Gemeinschaftsaufgaben

Es ist hilfreich, sich hier zunächst an die Ausgangslage der deutschen Wiedervereinigung zu erinnern. Interessanterweise konnte der Vertrauensschutz vor der Wiedervereinigung gerade nicht zugunsten einer Hilfspflicht oder Solidarpflicht der westlichen Bürger gegenüber den östlichen Bürgern in den Krankenversicherungssystemen herangezogen werden. Wenn es sich bei den öffentlichen Krankenversicherungssystemen des Westens vor der Wie-

.....

Es gibt
heute in
der Bundes-
republik
fraglos ein
«Recht auf
Gesundheit»
im Sinne
einer
garantierten
Gesundheits-
versorgung.

.....

dervereinigung tatsächlich um Versicherungen im engeren Sinne gehandelt hätte, dann wäre es sogar in unerträglichem Masse unfair gewesen, die westlichen zur Aufnahme der östlichen Versicherungsnehmer und zu deren Unterstützung ohne äquivalente Gegenleistung zu zwingen. Es hätte den Vertrauensschutz empfindlich verletzt, wenn wir ein System von echten Versicherungen durch partielle Enteignung der nach dem Äquivalenzprinzip erworbenen Ansprüche zwangsweise in ein Nicht-Versicherungssystem überführt hätten.

Der Bezug auf die östlichen Neubürger, für die Vertrauensschutz gerade nicht bestand, macht das grundlegende allgemeine Problem nur besonders deutlich: Wieso darf man Gesetze machen, die die Bürger in die öffentlichen Sicherungssysteme hineinzwingen, obschon sie beispielsweise auf dem freien Markt unter Umständen höherwertige Gesundheitssicherungsleistungen zu geringeren Kosten für sich garantieren könnten? Rechte auf Gesundheitsleistungen sind aus Sicht von deren Benefiziaren gewiss grossartig. Doch solche Rechte kann es nur geben, wo es auch Pflichten zur Erbringung der diesen korrespondierenden Leistungen gibt. Am ehesten lassen sich solche Zwangspflichten noch mit dem Verweis auf eine echte Gemeinschaftsaufgabe, die nur von allen Staatsbürgern gemeinsam getragen werden kann, rechtfertigen.

De facto handelt es sich bei unseren sogenannten Versicherungssystemen um zweckgebundene Steuern. Diese weisen eine zunächst progressive und schliesslich stark regressive Komponente auf. Die Progression ergibt sich insbesondere für die jüngeren, gut verdienenden alleinstehenden Bürger, während die regressive Komponente sich daraus ergibt, dass die Beamten und sogenannten Besserverdienenden jenseits bestimmter Einkommensgrenzen aus dem System hinausoptieren dürfen. Entweder ist aber die Sicherung einer Mindestgesundheitsvorsorge samt der entsprechenden Sozialrechte eine öffentliche Aufgabe. Dann sollte die reine Umverteilungskomponente der betreffenden Teilhabe-Rechte durch eine allgemeine Steuer finanziert werden und insoweit gewiss keine Austrittsoption bestehen. Oder die Sicherung von Gesundheitsrechten ist

.....

Man kann
keine
vernünftige
Grenze
ziehen,
an der
Pflichten
zur Hilfe-
leistung aus
Mitmensch-
lichkeit
enden
würden.

.....

keine öffentliche Aufgabe. Dann ist es ein eklatanter Missbrauch der fundamentalen Zwangsgewalt des Staates, wenn man Gesetze erlässt, um eine umverteilende Zwangsversicherung einzurichten.

Folgt man dieser Argumentation, dann ist *de lege ferenda* das bestehende System abzuschaffen. Offen ist nur, ob man gänzlich privatisieren oder aber eine allgemeine Steuer ohne Austrittsoption einrichten sollte, und wenn das letztere gilt, welcher Umfang des Schutzes gewählt werden sollte.

Die Frage, ob man den Bürger verpflichten soll, sich zu versichern, ist zunächst von der Verteilungsfrage unabhängig. Denn der Zwang, sich zu versichern, könnte sich auf Versicherungen beziehen, die als echte Versicherungen nach dem Äquivalenzprinzip vorgehen. Damit würde sich aber die Folgefrage stellen, was man mit denen tun sollte, die nicht über die Mittel verfügten, sich in einer privaten Versicherung zu versichern.

Genau an dieser Stelle sind wir, wenn auch in veränderter Form, wieder bei der Ausgangsfrage nach dem Recht auf Gesundheitsversorgung. Nur fragen wir nun notwendig danach, ob die Bürger ein Teilhabe-Recht auf Zuschuss zu den Beiträgen zu ihren Pflichtversicherungen haben. Dieser Zuschuss wäre dann öffentlich durch Steuern zu finanzieren und in jedem Einzelfall solange zu erhöhen, bis der Betreffende eine private Versicherung fände, die ihn aufnimmt (Prinzip der umgekehrten Versteigerung, wonach miteinander konkurrierende private Versicherungen den Zuschlag zum niedrigsten Gebot an Subvention erhalten). Dann stellt sich aber die Frage, warum wir solche Zuschüsse durch Zwang betreiben dürfen und wie hoch die steuerfinanzierten Zuschüsse gehen sollen.

Der in Deutschland vor allem von *Peter Oberender* wiederholt gemachte Vorschlag, einen Unterschied zwischen einer unbedingt zu gewährenden medizinischen Mindestversorgung und einer medizinischen Optimalversorgung, auf die niemand einen staatlich zu garantierenden Anspruch besitzt, zu machen, scheint mir in der Stossrichtung richtig zu sein. Dabei sollte man sich allerdings darüber klar sein, dass der Unterschied zwischen Mindest- und Zusatzversorgung nicht nach medizini-



Giovanni Giacometti, Kranker Knabe (Alberto), 1909, Öl auf Leinwand. Kunstmuseum St. Gallen. Photo: Gross, St. Gallen.

schen Kriterien bestimmt werden kann. Eine Grenzziehung nach «medizinisch sinnvoll» vs. «medizinisch nicht-sinnvoll» mag zwar gewisse überzogene Massnahmen ausschliessen. Aber diese Unterscheidung ist weder geeignet, die Kostendynamik des Gesundheitswesens dauerhaft zu kontrollieren, noch kann sie, was hier wichtiger ist, begründen, warum überhaupt eine Mindestgesundheitsversorgung eine öffentliche Aufgabe ist, deren Erfüllung die Gewährung steuerfinanzierter positiver Teilhabe-Rechte erfordert.

Die Abgrenzung zwischen Mindestversorgung, auf die ein Recht im Zuge des Gesetzeserlasses gewährt werden sollte, und der Zusatzversorgung, auf die niemand ein staatlich zu garantierendes Recht besitzt und die deshalb aus dem Gesetz entfernt werden sollte, muss politisch

.....
 Der
 Unterschied
 zwischen
 Mindest- und
 Zusatz-
 versorgung
 kann nicht
 nach
 medizinischen
 Kriterien
 bestimmt
 werden.

nicht medizinisch erfolgen. Politisch ist die Abgrenzung tatsächlich möglich. Man kann sich dazu an einem erstaunlich einfachen Prinzip orientieren, dem Akutprinzip:

Die öffentliche Förderungswürdigkeit einer potentiell überlebensorientierten Massnahme ist grundsätzlich proportional zur Akutheit der jeweiligen Lebensbedrohung.

Der am Respekt für das Einzelindividuum orientierte Rechtsstaat hielte es auf Dauer nicht aus, wenn er individuelle Leben zugrundegehen liesse, die leicht zu retten wären. Wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, dann müssen wir es retten und können nicht nach einer einfachen Kostenkalkulation feststellen, dass seine

De facto
handelt es
sich bei
unseren
sogenannten
Versicherungs-
systemen
um zweck-
gebundene
Steuern.

Rettung exorbitant teuer und daher zu unterlassen wäre. Wenn ein Patient mit einer akuten Blinddarmentzündung an der Hospitalschwelle wegen Zahlungsunfähigkeit abgewiesen würde, stünde dies im Widerspruch zum Prinzip des Respekts vor der Würde der Person. Damit wäre ein wichtiger Wert unserer individuumszentrierten Rechtsordnung verletzt. Auch ein Rettungswesen, das vor der Rettung lebensgefährlich verletzter Patienten erst deren Zahlungsfähigkeit prüfte, wäre nur schwer vorstellbar. Ein Gesundheitssystem, das keine künstlichen Hüften implantierte, es sei denn, sie würden auf anderer Ebene zu Kosteneinsparungen führen bzw. durch echte Versicherungen finanziert werden, das möglicherweise chronisch kranken, doch nicht akut lebensgefährdeten Individuen Hilfe versagte, weil sie nicht hinreichend für Versicherungsschutz gesorgt haben, wäre durchaus auch unter rechtsstaatlichen Bedingungen denkbar. Ebenso wäre es vorstellbar, dass Individuen beispielsweise das Recht auf Zuschuss zu Versicherungen hätten, die Operationen am offenen Herzen nur bis zu einem gewissen Alter abdecken. Wer die betreffenden Risiken auch im höheren Alter abdecken wollte, müsste private Vorsorge treffen.

In jedem Falle ist klar, dass Gesundheitsrechte, deren Gewährung mit der Bestandswahrung der Rechtsordnung selbst begründet werden kann, auf ziemlich festen Füßen stehen. Sie zu garantieren ist Gemeinschaftsaufgabe, nicht weil die Erhaltung der Gesundheit eine Gemein-

schaftsaufgabe wäre, das ist sie nach allen vernünftigen Definitionen nicht, sondern weil die Bestandssicherung einer freiheitlichen Rechtsordnung eine ist.

Im liberalen Rechtsstaat, der grundsätzlich von der Maxime ausgeht, die autonomen Ziel- und Wertsetzungen seiner Bürger so weit wie möglich zu respektieren, ist der Wunsch, Gutes zu tun, niemals eine gute Begründung dafür, andere zum Gutes-Tun zu zwingen. Soweit es aber darum geht, jene Rechtsordnung, die den einzelnen Bürger vor Zwang schützt, selbst zu schützen, hat man gute Gründe, Zwang anzuwenden, falls das Ziel anders nicht erreicht werden kann.

Wenn man den Schutz der Abwehrrechte gegen Zwang, die ja auch nicht vom Himmel fallen, nur haben kann, wenn man auch andere ausgabenwirksame Gesetze durchsetzt, die ihrerseits die positive Teilhabe umverteilt für jeden sichern, dann ist dies ein legitimer Zwangsgrund und deshalb auch ein legitimer Grund, die betreffenden Gesetze zu erlassen. Es ist klar, dass an einer so definierten Aufgabe der Gesundheitsvorsorge alle über Steuern gleichermassen zu beteiligen wären. Ein originär moralisches Recht auf öffentlichen Beistand bei der Wahrung der individuellen Gesundheitsinteressen gibt es also im liberalen Rechtsstaat nicht, doch guten Grund, solche Rechte in Erfüllung der öffentlichen Aufgabe rechtsstaatlicher Bestandssicherung zu gewähren. ♦

Aufruf

Die Stiftung zur Förderung der Knochenmarktransplantation wurde vor fünf Jahren gegründet. **Sie sucht** neue freiwillige Knochenmarkspender: Die Bereitschaft der Bevölkerung zur Knochenmarkspende muss erhöht werden. **Sie hilft** bedürftigen Knochenmarktransplantations-Patienten und ihren Familien. **Sie beschafft Mittel**, um die vorerwähnten Ziele durch Sponsorenwerbung zu gewährleisten. **Die Geschäftsstelle wird ehrenamtlich geführt**, und die SFK verzichtet aus Überzeugung auf Subventionen durch den Staat.

Stiftung zur Förderung der Knochenmarktransplantation (SFK)

Vorder Rainholzstrasse 3

8123 Ebmatingen

Telefon 01 982 12 12; Fax 01 982 12 13

E-Mail: info@knochenmark.ch

Internet: www.knochenmark.ch

Spendenkonti

Zürcher Kantonalbank

8610 Uster

Konto 1130-0022.369; PC-Kto. 87-568920-6

Robert Nef

KRANKENVERSICHERUNG FÜR MÜNDIGE MENSCHEN

Der Patient ist der Arzt und der Arzt sein Gehilfe.
(Paracelsus)

Im Bereich der Krankenversicherung und der Gesundheitsvorsorge begegnen sich Markt und Politik in vielfältigster und konflikträchtiger Weise. Der Ausgleich zwischen wachsendem Angebot und unbegrenzter Nachfrage im Gesundheitswesen und die gesetzlichen Grundlagen für eine befriedigende Versorgung der gesamten Bevölkerung im Falle von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Invalidität sind in keinem Land der Welt zur Zufriedenheit aller gelöst. Auch in der Schweiz werden zurzeit verschiedene Reformvorschläge diskutiert.

Das vor gut vier Jahren in Kraft getretene revidierte Krankenversicherungsgesetz ist das Resultat eines langjährigen gesundheitspolitischen Seilziehens. Es ist daher keinesfalls verwunderlich, dass schon kurz nach dem Inkrafttreten bereits wieder zahlreiche Reformanliegen traktandiert sind. Das Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und Sozialpolitik gehört weltweit zu den innenpolitischen Dauerthemen. Der schweizerische Kompromiss bekommt auch unter Fachleuten global gute Noten, obwohl wir bei den «Gesundheitskosten pro Kopf» hinter den USA und der Bundesrepublik einen Spitzenrang einnehmen. Aber was bedeuten diese Zahlen und Rangierungen? Eine hieb- und stichfeste, im internationalen Rahmen vergleichbare Kosten/Nutzen-Rechnung ist bei so schwer definierbaren Vergleichsgrössen wie «Krankheit» und «Gesundheit» ohnehin ein Ding der Unmöglichkeit.

Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen sind die zahlreichen Reform- bzw. Reparaturvorschläge zum Schweizerischen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Die Freisinnig-demokratische Partei postuliert unter anderem, dass man die Spitalfinanzierung voll (bisher nur bis zu 50 Prozent) den Kassen bzw. den Prämienzahlern aufbürden sollte und dass man im gleichen Zug den Leistungskatalog für Pflichtleistungen der Krankenkassen reduzieren könnte, beispielsweise bei der spitalexternen Krankenpflege, deren Finanzierung «durch die gesetzgeberische Hintertüre» eine Art Pflegeversicherung eingeführt hat, ohne dass dies politisch ausdiskutiert wurde und ohne klare Vorstellungen über die mittel- und lang-

fristigen finanziellen Folgen. Solche Vorschläge zielen eher auf Retouchen als auf Reformen. Im Gegensatz dazu tendieren die Reformpostulate der Linken auf einen Ersatz der sogenannten Kopfprämien durch einkommensabhängige Beiträge oder durch Steuern, d.h. zu einer weiteren Fiskalisierung und Verstaatlichung der Krankenversicherung.

Die Frage, ob die Reform des KVG ein erster richtiger Schritt in die richtige Richtung war oder ein vorläufig gebremster Anlauf in Richtung Verstaatlichung, entscheidet sich im Lauf der nächsten Jahre. Leider bewegt sich die Diskussion zu stark im Spannungsfeld von neuen Kompromissen, und über das Grundsätzliche wird zu wenig debattiert.

Was man in Zukunft anvisieren sollte, ist eine möglichst vollständige Trennung von Gesundheitsversorgung und sozialpolitischer Umverteilung. Erstere soll über den Markt bzw. die Privatautonomie erfolgen, letztere soll auch Unbemittelten eine medizinische Grundversorgung ermöglichen.

Die Europäisierung (mit oder ohne EU-Beitritt) wird uns in der Schweiz ohnehin dazu zwingen, verschiedenste Versicherungssysteme zu akzeptieren. Je höher die Mobilität der Bevölkerung ist, desto schwieriger wird es sein, verschiedene Modelle der staatlich konfektionierten Zwangsversicherung grenzüberschreitend anzuwenden. Wer den Arzt aufsucht bzw. sich in Spitalpflege begibt, bringt gewissermassen seine personenbezogene Versicherungslösung mit, wobei von System zu System, von Land zu Land mehr oder weniger öffentliche Mittel involviert sein können. Angesichts der zunehmenden

Vielfalt sind einheitliche Anwendungen immer schwieriger, und sie führen früher oder später zu einem Patiententourismus, welcher die unterschiedlichen Systeme missbräuchlich bewirtschaftet. Die Notwendigkeit der Individualisierung und Privatisierung wird also nicht mehr in erster Linie durch die Ideologie, sondern durch die Fakten vorangetrieben, weil sie die einzige Alternative zu einer umfassenden Harmonisierung nationaler Gesundheits- und Sozialpolitiken darstellt. Letzteres ist wohl weder möglich noch erwünscht. Eine fallweise Abrechnung versicherter und nicht versicherter Leistungen wird zunehmend an die Stelle der kollektiven Einheits-Vollkasko-Versicherung treten. Die Vorstellung, man könne und müsse «ein Volk» kollektiv versichern, ist überholt.

Lösungsskizze

Die obligatorische «Zwangsversicherung» ist nur noch für Grossrisiken vorzusehen, für kleinere Risiken allenfalls bei Unbemittelten. Der sogenannte «Pflichtleistungskatalog» soll nur noch als Grundlage der vom Steuerzahler finanzierten medizinischen Grundversorgung für Unterversicherte und Unversicherte (z.B. Asylanten) dienen. Im übrigen bestimmen die Kassen in ihren Verträgen mit den Versicherten frei über das Leistungsangebot und die Prämienhöhe. Ausser den Grossrisiken kann beim Aushandeln im Katalog der Versicherungsangebote alles angekreuzt oder gestrichen werden, z.B. die ganze ambulante Medizin, Psychotherapie, Physiotherapie, Alternativmedizin, Pflegebedürftigkeit im Alter, Operationen über einer bestimmten Altersgrenze usw. ... «Streichen» heisst nicht etwa, dass man das Gestrichene, das Nichtversicherte, in jedem Fall für überflüssig bzw. unnötig oder unwirksam hält, sondern dass man es – notfalls – auch selbst bezahlen könnte und möchte und damit eine günstigere Prämie aushandelt. Selbstverständlich können auch – wie bisher – allgemeine, bezifferte Selbstbehalte vereinbart werden und alternative Versorgungssysteme, z.B. HMO. Wer eine nicht versicherte Leistung trotzdem beanspruchen will, kann dies selbstverständlich tun, aber auf eigene Kosten und nach eigener Wahl. Wer eine nicht versicherte Leistung lebensnotwendig

braucht, aber keine Mittel mehr hat, soll sie auf Kosten des Steuerzahlers (und nicht der andern Prämienzahler) erhalten, sofern sie im offiziellen Pflichtleistungskatalog enthalten ist. Dieser enthält nur in dem Sinn «Pflichtleistungen», als diese allen, auch den mittellosen Unter- und Nichtversicherten, zustehen. Eine allgemeine Pflicht für alle, diese Leistungen auch tatsächlich zu versichern, existiert nicht mehr.

Kurz: Das Gesundheitswesen ist so umfassend wie möglich vom Fürsorge- und Sozialwesen (Umverteilung) abzukoppeln und nach dem Benutzerprinzip auszurichten, d.h. dass der Benutzer bzw. seine Versicherung nach Massgabe des mit ihm vereinbarten Vertrags bezahlt (*user pays*).

Was heisst «Zweiklassenmedizin»?

Der Vorwurf, dass eine solche Lösung zur Zweiklassen-Medizin führe, ist ernst zu nehmen. Aber was bedeutet dieser polemisch aufgeladene Begriff? Bezeichnet er nicht einfach die banale Tatsache, dass sich Reiche in allen Lebensbereichen (Ernährung, Wohnung, Kleidung, Freizeit) mehr leisten können als Arme? Dies ist doch nichts Neues, das «eingeführt» würde, sondern eine real existierende Tatsache, die man allenfalls aus egalitaristischer Sicht ändern möchte, deren Überwindung aber einen ausserordentlich hohen Preis an allgemeinen Freiheits- und Mündigkeitsverlusten mit sich bringen würde. Man müsste nämlich den Reichen jede Investition in selbstfinanzierte zusätzliche Angebote im Gesundheitswesen verbieten, was im globalen Massstab gar nicht möglich ist. Die sogenannte «Klassenmedizin» verliert ihren Schrecken, wenn man die zwei Klassen einer marktwirtschaftlichen Gesundheitsversorgung ohne polemischen Unterton umschreibt. Die eine «Klasse» besteht aus den 90 Prozent Mündigen, die das versichern und zahlen, was sie beanspruchen, die andere «Klasse» sind jene, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind, die Kosten zu tragen oder die ihre Risiken falsch eingeschätzt haben und mittellos geworden sind.

Man soll auch diese Menschen nicht im Stich lassen und grosszügig am Gesundheitsversorgungssystem teilhaben lassen, ohne allerdings einen Anreiz zum Tritt-

.....

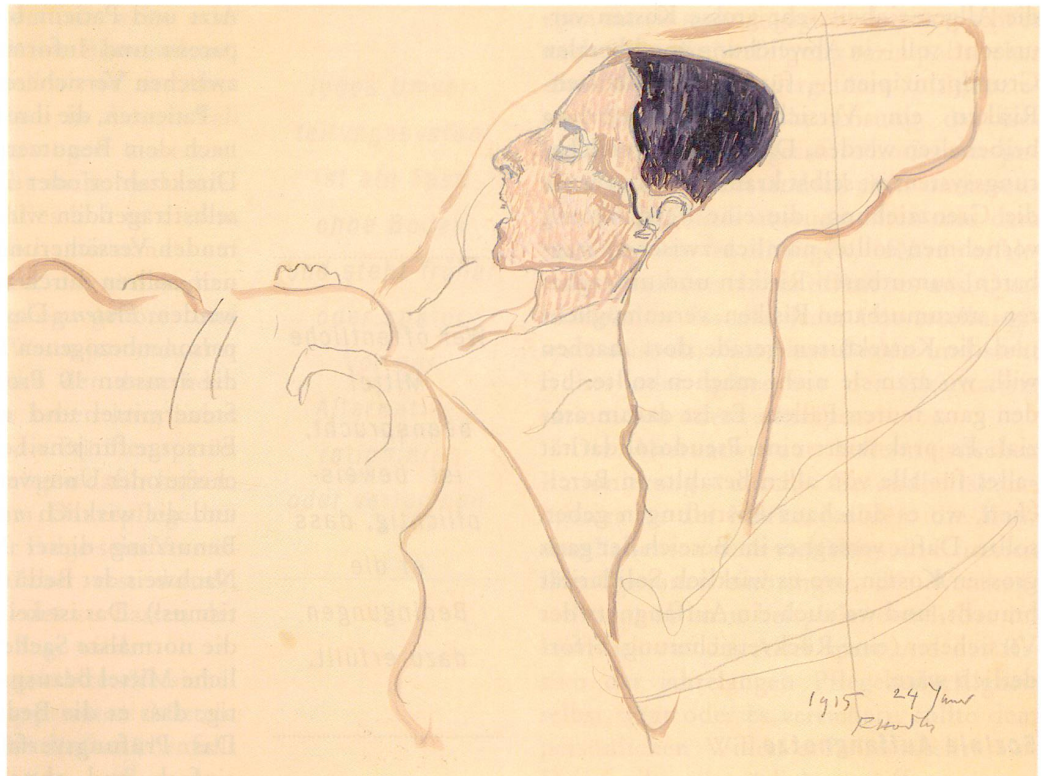
Was man
in Zukunft
anvisieren sollte,
ist eine
möglichst
vollständige
Trennung
von Gesund-
heitsversorgung
und sozial-
politischer
Umverteilung.

.....

.....

Die
obligatorische
«Zwangsversicherung»
ist nur noch für
Grossrisiken
vorzusehen.

.....



Ferdinand Hodler, *Die sterbende Valentine Godé-Darel*, 24. Januar 1915, Bleistift Gouache, 34,3 x 45,5 cm. Kunsthaus Zürich. Z.Inv.Nr. 1917/32.

Alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Landes sollen Zugang zu den wirklich notwendigen Dienstleistungen des Gesundheitswesens haben.

brettfahrertum zu bieten. Es ist aber eine Aufgabe des *Sozialwesens* und nicht des *Gesundheitswesens*, dieses Problem durch gezielte Subjekthilfe zu lösen.

Man wirft den Vertretern solcher Konzepte immer wieder vor, sie seien unmenschlich, und solche Vorschläge würden zur Privilegierung der Reichen führen, zu einer asozialen Triage und uns schliesslich dazu zwingen, durch Rationierung eine zynische Art von Euthanasie zu betreiben. Zudem sei der Vorschlag utopisch und zu weit von der jetzigen Lösung entfernt.

Gegenüber solchen Vorwürfen gibt es gute Gegenargumente. Auch in einem marktwirtschaftlich ausgerichteten, benutzerfinanzierten Gesundheitswesen wird niemand ausgesteuert bzw. als «lebensunwert» eingestuft. Alle Bewohnerinnen und Bewohner eines Landes sollen Zugang zu den wirklich notwendigen Dienstleistungen des Gesundheitswesens haben, in Notfällen alle, welche medizinische Hilfe brauchen. Jene, welche sie aus eigenen Mitteln bezahlen bzw. versichern können, sollen dies selbst tun. Das sind m.E. etwa 90 Prozent, sonst stimmt etwas an den Grundlagen des Systems nicht, d.h. die

Menschen geben der Gesundheit in ihrem Ausgabenverhalten eine zu wenig hohe Priorität und investieren beispielsweise überdurchschnittlich viel in Mobilität, Freizeit und Genussmittel. Warum soll man für das Auto monatlich mehr ausgeben als für die Krankenversicherung?

Vielfalt der Risiken, Vielfalt der Prämien

Wer mehr Risiken versichert haben will, zahlt höhere Prämien, wer einen höheren Selbstbehalt riskiert, kleinere. Wie reich bzw. wie arm jemand ist, spielt zwar eine Rolle, aber das Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit ist etwas sehr Persönliches, und es lässt sich nach kollektiven generellen Kriterien schlecht erfassen. Selbstverständlich kann sich der Reiche mehr leisten, diese Tatsache kann aber mit keinem System aus der Welt geschafft werden bzw. nur mit grössten Opfern, unter denen schliesslich alle leiden. Man sollte die Ziele der Krankenversicherung nicht mit dem Wahn der Umverteilung und der egalitaristischen Ideologie vermischen. Damit nicht eine zu grosse Gruppe von Unversicherten (Arme und Reiche) plötzlich für

die Allgemeinheit sehr grosse Kosten verursacht, soll – in Abweichung von liberalen Grundprinzipien – für die Grosskosten-Risiken ein Versicherungsobligatorium beibehalten werden. Das Krankenversicherungssystem ist selbst krank, weil es gerade die Grenzziehung, die eine Versicherung vornehmen sollte, nämlich zwischen tragbaren, zumutbaren Risiken und untragbaren, unzumutbaren Risiken, verunmöglicht und die Korrekturen gerade dort machen will, wo man sie nicht machen sollte: bei den ganz teuren Fällen. Es ist darum asozial. Es praktiziert eine Pseudosolidarität «alles für alle von allen bezahlt» in Bereichen, wo es durchaus Abstufungen geben sollte. Dafür versagt es im Bereich der ganz grossen Kosten, wo es wirklich Solidarität braucht, und wo auch ein Auffangnetz der Versicherer (eine Rückversicherung) erforderlich wäre.

Soziale Auffangnetze

Wenn ein Versicherungssystem in finanziellen Engpässen oder gar Sackgassen steckt, sollte man es im finanziellen Bagatellbereich abbauen, wo eine grosse Zahl von Kleinbeträgen ins Gewicht fallen. Medizinisch betrachtet sind «Bagatellen» oft Vorstufen möglicher Komplikationen, und manche schwere Erkrankung beginnt als «Bagatelle». Es heisst also nicht, dass man deswegen keinen Arzt aufsuchen sollte, aber ein grosser Teil der ambulanten Medizin ist kostenmässig durchaus tragbar bzw. mit wenig Prämiengeld voll versicherbar. Die ambulante Medizin könnte m.E. aus dem Pflichtleistungskatalog gestrichen werden, nicht weil sie unnötig wäre, aber weil sie für die Mehrheit eigenständig finanzierbar bzw. freiwillig versicherbar ist.

Dagegen wehren sich aber zahlreiche Ärzte und andere Anbieter, weil dadurch ein Teil ihres sogenannten «Normalangebots» für viele Patienten nicht mehr von der Krankenkasse finanziert würde, und der Entscheid, ob man einen Arzt aufsucht, auch von finanziellen Überlegungen abhängig wäre. Dass solche Entscheidungen – auch für Patienten – keinesfalls immer optimal sein werden, gehört zu den Risiken und Kosten der Mündigkeit und unterstreicht die Bedeutung eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen

.....
 Wer öffentliche
 Mittel
 beansprucht,
 ist beweispflichtig, dass
 er die
 Bedingungen
 dazu erfüllt.

Arzt und Patient und einer hohen Transparenz und Informiertheit im Verhältnis zwischen Versicherer und Versichertem.

Patienten, die ihre Gesundheitsversorgung nach dem Benutzerprinzip (*user pays*) (als Direktzahler oder als Prämienzahler einer selbsttragenden wirtschaftlich funktionierenden Versicherung) nicht bezahlen können, sollten durch zwei Netze aufgefangen werden. *Erstens*: Das Netz der gezielten und personenbezogenen Prämienverbilligung für die ärmsten 10 Prozent durch allgemeine Steuermittel und *zweitens* das Netz der Fürsorge für jene Leistungen, die Unversicherte oder Unterversicherte beanspruchen und die wirklich *notwendig* sind. Für die Benutzung dieser Netze braucht es den Nachweis der Bedürftigkeit (kein Automatismus!). Das ist keine Zumutung, sondern die normalste Sache der Welt. Wer öffentliche Mittel beansprucht, ist beweispflichtig, dass er die Bedingungen dazu erfüllt. Das Prüfungsverfahren muss allerdings einfach und ohne persönlichkeitsverletzende Prozeduren und Schikanen sein.

Der Katalog notwendiger Grundleistungen ausserhalb der Grosskosten-Risiken ist nur für jene da, welche keine Versicherung von Kleinrisiken abgeschlossen haben und mittellos sind. Ich könnte mir auch ein System vorstellen, in welchem Einkommensschwache und Vermögenlose auch eine Pflichtversicherung für Kleinrisiken abschliessen müssten. Für alle andern, und das sollte die überwiegende Mehrheit sein, ist der Versicherungsvertrag massgebend für die Beantwortung der Frage, was geleistet wird und was nicht. Was nicht versichert ist, muss aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Wer unvorsichtigerweise etwas nicht versichert hat (bzw. um zu sparen, im offenen Katalog seiner privaten Versicherung gestrichen oder nicht angekreuzt hat), z.B. Psychotherapie, Physiotherapie oder Pflegeheim ab 70 oder künstliches Hüftgelenk ab 90, muss eben darauf verzichten oder gegebenenfalls aus der eigenen Tasche bezahlen. Dies gehört zu den Risiken und zu den «Kosten» der Lebens- und Finanzplanung mündiger Menschen und ist keine untragbare Zumutung.

Und nun der Einwand, dies sei doch un-solidarisch und asozial. Meine Antwort: Wenn ein Mensch nun eine solche unversicherte Therapie wirklich lebensnotwen-

dig braucht und sie dummerweise oder schicksalsbedingt (z. B. als Einwanderer) nicht versichert hat, soll er sie trotzdem bekommen, aber er muss in diesem Fall zunächst sein Privatvermögen einsetzen. Wegen nicht oder nicht mehr vorhandenem Vermögen soll schliesslich in diesem Staat niemand, wirklich niemand, auf etwas verzichten müssen, das zur medizinischen Grundversorgung gehört und überlebenswichtig ist. Wenn jemand, aber beispielsweise das Risiko der dauernden Pflegebedürftigkeit ein Leben lang lieber selbst getragen hat und die Prämien sparte, soll er mit seinem Vermögen dafür haften, sofern er dann trotzdem Dauerpflege beansprucht. Wenn in der Folge sein Vermögen aufgebraucht ist (aber erst dann!), wird er zum Sozialfall, der zu Lasten der Steuerzahler weiter gepflegt wird.

Jene, die ihre selbstgewählte «Versicherungslücke» nicht mit privaten Mitteln überbrücken können, das dürften ebenfalls höchstens 10 Prozent sein, sollen eben aus Steuermitteln in den Genuss des im ursprünglichen Wortsinn Notwendigen kommen für den Fall, dass das Ersparte nicht ausreicht. Das läuft dann unter dem Titel «Sozialpolitik» und hat mit dem Gesundheitswesen nichts zu tun. Eine solche Lösung wird dazu führen, dass wegen der Verwandtenunterstützungspflicht die Frage der ausreichenden Krankenversicherung auch innerhalb von Familien vermehrt zum Thema wird. Kinder werden sich um einen genügenden Versicherungsschutz ihrer betagten Eltern kümmern und sich gut überlegen, welche Lösung im Hinblick auf Risiken bezüglich Unterstützungspflicht einerseits und Erbchancen andererseits für alle unmittelbar Betroffenen und Beteiligten optimal ist – ein klassisches Feld für massgeschneiderte private Lösungen.

Ein grosser Teil des angeblich «für alte Menschen sorgenden Sozialstaats» ist faktisch sowieso eine Art Erbschutz. Die junge Generation setzt zur Unterstützung der Alten lieber Steuermittel oder von andern mitfinanzierte Versicherungsgelder ein und schont dadurch das eigene private Erbteil. Ist das Solidarität?

Kein «Service public» ohne Rationierung

Überall, wo Steuergelder zum Einsatz kommen und nicht Prämiegelder, sind die Rei-

.....
Jedes Umverteilungssystem ist ein Fass ohne Boden und steht früher oder später vor der Alternative: rationieren oder verlumpen.

chen massiv mehr engagiert, darum macht es auch Sinn, die Verfolgung sozialpolitischer Ziele direkt aus Steuergeldern zu finanzieren. Die sozialistische Lösung, das Gesundheitswesen insgesamt als «Service public» zu einem Bestandteil einer umfassenden Sozialpolitik auszugestalten und dem Steuerzahler anzuhängen, führt erfahrungsgemäss zu einem Effizienz- und Qualitätsverlust für alle. Jedes Umverteilungssystem ist ein Fass ohne Boden und steht früher oder später vor der Alternative: rationieren oder verlumpen.

Die Alternative zur kollektivistischen Rationierung durch Gesundheitskommissare ist der Markt, bei dem die Kunden/Patienten nach vielfältigsten Kriterien ihre Optionen einbringen. Die Weichenstellung, ob man beispielsweise lieber im Hinblick auf das Alter spart und das Risiko der jahrelangen Pflegebedürftigkeit selbst trägt oder es versichert, sollte dem persönlichen Willen anheimgestellt sein. Dabei gilt es natürlich zu differenzieren. Nicht alle Menschen sind in gleicher Weise «gesundheitsmündig», und nicht alle sind in der Lage, die Risiken richtig einzuschätzen. Der Entscheid, wie wertvoll die eigene Gesundheit und wie «lebenswert» das eigene Leben ist, kann allerdings keinem mündigen Menschen abgenommen werden. Es sollte in solchen grundlegenden persönlichen Dingen möglichst keine kollektiven Zwangsvorschriften geben. Gesundheit und Krankheit sind etwas Höchstpersönliches, dem Wesen nach Privates.

Unterwegs zum mündigen Vertragspartner

Die hier skizzierte «Lösung» hat verschiedene schwache Punkte, die noch zu diskutieren sind. Wie lassen sich «Grossrisiken» definieren? Man kann nur Risiken tragen, die man einigermaßen abschätzen kann. Möglicherweise sind viele Menschen wirklich nicht «gesundheitsmündig» und auch in bezug auf die Risiken von Krankheit und Pflegebedürftigkeit nicht «versicherungsmündig». Aber muten wir uns gegenseitig nicht noch viel schwerere Entscheide zu? Berufswahl, Partnerwahl, Wohnungswahl?

Unsere Krankenkassen und Versicherungen sind auf Lösungen mit hoher

.....
Der mündige Versicherte ist zum Teil noch eine Utopie.

Selbstverantwortung, die stets einen guten Informationsstand voraussetzt, schlecht vorbereitet. Der mündige Versicherte ist zum Teil noch eine Utopie, weil die Voraussetzungen hierfür erst noch geschaffen werden müssen. Die Krankenkassen sind noch zu wenig in der Lage abzuschätzen, was im Gesundheitswesen wieviel kostet und wo die Risiken liegen. Über 50 Jahre Staatskrücken haben die ganze Branche von den entscheidenden Fragen abgeschirmt und zu einer Bewirtschaftung von Rechtsnormen und Subventionen und Lockangeboten, statt von gesundheitsökonomischen Tatsachen verleitet. Die heutige Misch-Konzeption ermöglicht keine gesunde, nachhaltig praktikierbare soziale Gesundheitsvorsorge, sondern eine Kombination von Improvisationen, welche meines Erachtens einmal in eine grosse Pleite münden werden, wenn es nicht zu einem weiteren Privatisierungsschritt kommt. Ein Zusammenbruch, der völlig Unvorbereitete und der Selbstverantwortung Entwöhnte trifft, wird die meisten Opfer unter den sozial Schwachen haben. Vor diesem Hintergrund ist ein Lösungsansatz, der auf mehr Gesundheitsmündigkeit bei der überwiegenden Mehrheit, statt auf Grundversorgung und Entmündigung aller abzielt, nicht unsozial.

Ausnahmen und Notfälle

Ein weiterer Einwand betrifft die Situation des unversicherten oder unterversicherten Notfalls, der möglicherweise «im Stich gelassen wird». Auch der Vorwurf, das skizzierte Modell führe zu einer gesundheitspolitischen Triage, die je nach finanziellen Verhältnissen auch lebensnotwendige Leistungen rationiert, ist ernst zu nehmen.

Wenn aber ein Patient auf der Notfallstation liegt und weder von der obligatorischen Grossrisiko-Versicherung (die auch Bestandteil des hier skizzierten Konzepts ist) noch von seiner Privatversicherung noch von seinem Vermögen gedeckt ist, so führt dies auch nach dem skizzierten Konzept nicht zu einem «finanziell indizierten Behandlungsverzicht». Genau in diesem Fall wird unter das marktwirtschaftliche Gesundheitswesen ein sozialpolitisches Auffangnetz gespannt. Ein solcher Patient soll als Sozialfall aus allgemei-

.....
*Über 50 Jahre
 Staatskrücken
 haben die
 ganze Branche
 von den ent-
 scheidenden
 Fragen
 abgeschirmt.*

nen Steuermitteln behandelt werden, und zwar nach allen Regeln der ärztlichen und pflegerischen Kunst. Solche Fälle dürften übrigens viel seltener sein, als gemeinhin angenommen wird, denn es gibt in der Schweiz nicht so viele total Mittellose, wie behauptet wird, es gibt nur eine zunehmende Zahl von Menschen, denen man die normalste Idee der Welt, dass man nämlich in der Regel das, was man konsumiert, letztlich auch bezahlen bzw. selbsttragend versichern muss, abgewöhnt und ausgetrieben hat. Warum soll das Prinzip der Mündigkeit und der Selbstverantwortung ausgerechnet im Bereich von Krankheit und Gesundheit, wo so viel Persönliches, Individuelles mit im Spiel ist, nicht zur Anwendung kommen?

Wie steht es aber mit der vielbeschwo- renen Solidarität zwischen Gesunden und Kranken? Kann ihr in einem privaten Versicherungssystem genügend Rechnung getragen werden? Solidarität kann als eine menschliche Regung nicht zwangsweise verordnet werden. Nehmen wir den Fall des «barmherzigen Samariters», welcher sich um den Verletzten im Strassengraben kümmert. Der Sozialfall, d.h. der von den Räubern Verletzte und im Strassengraben Liegende, derjenige also, der Pech hat, ist eben die Ausnahme, und der «barmherzige Samariter» kann nur darum barmherzig sein, weil sein Verhalten als Spontanreaktion im Notfall konzipiert ist und nicht als ein Gratisservice mit Rechtsanspruch verbunden mit dem Rezept, «die andern, die Reichen sollen zahlen». Dieses Grundmodell ist auf die Gesellschaft zu übertragen. Fremde Hilfe ist stets eine Notlösung, das Normalsystem muss auf der Eigenverantwortung und auf der Selbsthilfe basieren, die dann subsidiär durch verschiedene Formen der Hilfeleistung unterstützt wird.

Das hier skizzierte marktwirtschaftliche Konzept tönt utopisch und unrealistisch, obwohl es keineswegs neu und auch nicht besonders originell ist. Es hat auch etliche Schwachpunkte, die noch zu diskutieren sind. Die heutige Lösung ist aber – trotz guter Ansätze – mit vielen Schwächen behaftet und kann mit etwas «Flickwerk» und mit neuen Kompromissen kaum saniert werden. Ein nächster Schritt zu mehr Selbstverantwortung und Mündigkeit ist daher fällig. ♦

.....
*Solidarität
 kann
 als eine
 menschliche
 Regung nicht
 zwangsweise
 verordnet
 werden.*

AUSGABENBEGRENZUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Walter Krämer,

geboren 1948 in Ormont (Deutschland), studierte von 1969–1976 Mathematik und Wirtschaftswissenschaften in Mainz. 1984 Habilitation in Ökonometrie an der Technischen Universität Wien. Seit 1988 Ordentlicher Professor für Wirtschafts- und Sozialstatistik am Fachbereich Statistik der Universität Dortmund. Gastprofessor am Management Institute der Fudan University, Shanghai. Zahlreiche Veröffentlichungen zu Statistik, Ökonometrie und Gesundheitsökonomie: «Die Krankheit im Gesundheitswesen», 1989; «So lügt man mit Statistik», 1991; «Lexikon der populären Irrtümer» (mit Götz Trenkler) 1996; «Modern Talking». Ein populäres Lexikon, Piper, München 2000.

Der Horizont des medizinisch sinnvoll Machbaren hat sich ausgeweitet. Es ist heute nicht mehr möglich, alle nach dem neuesten Stand der medizinischen Möglichkeiten zu behandeln. Was sind die Konsequenzen, die Alternativen? Wir müssen das Bedarfsdeckungsprinzip im Gesundheitswesen aufgeben, die Lage akzeptieren und versuchen, das Beste daraus zu machen.

Wenn wir mit Ausgabenbegrenzung meinen, dass nicht jeder alles bekommt, was er will, so hat es dies im Gesundheitswesen schon immer gegeben. Trotzdem befinden wir uns heute in einer in zentralen Aspekten historisch einmaligen Situation. Es gibt heute nicht nur quantitative, sondern durchaus auch qualitative Unterschiede zum Gesundheitswesen wie dem vor hundert Jahren. Auch vor hundert oder tausend Jahren hätten sicher viele Menschen öfter Ärzte konsultiert oder andere Gesundheitsgüter nachgefragt, wenn sie es sich hätten leisten können. Nur: Im Unterschied zu heute hatten sie – medizinisch gesehen – davon kaum etwas. Wenn man nämlich bestimmten Medizin-Historikern glauben darf, so wurde erst um die Wende zum 20. Jahrhundert die Wahrscheinlichkeit grösser, mit Medizin besser dran zu sein als ohne. Vorher, d.h. während über 99,9 Prozent der Menschheitsgeschichte, richtete die Medizin netto mehr Schaden als Nutzen an (was auch niemanden verwundern sollte, wenn man bedenkt, dass Ärzte noch bis weit in die Neuzeit die Leber für das Zentrum der Blutzirkulation und das Gehirn für eine Schweiß absondernde Drüse gehalten haben).

Das ist heute sicher anders, Kunstfehler hin oder her. Heute werden jene, denen man ein Gesundheitsgut vorenthält, nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv um etwas durchaus Wertvolles «betrogen».

Neben dieser historischen Ineffizienz in der Medizin gibt es aber noch einen weiteren qualitativen Unterschied. Zwar wurden auch schon vor hundert Jahren die Ausgaben für Medizin begrenzt, mit den gleichen Methoden, mit denen man heute noch die Ausgaben für Autos oder Urlaube

begrenzt, aber es wäre prinzipiell durchaus möglich gewesen, hätte man denn gewollt, die gesamte Bevölkerung an der damals optimalen Medizin teilhaben zu lassen, und das ist heute völlig ausgeschlossen.

Eine optimale, im Sinn einer alles medizinisch sinnvoll Machbare ausschöpfenden Medizin für alle ist heute völlig illusorisch. Zur Illustration mögen einige neuere Schlagzeilen aus der deutschen Tagespresse dienen: «Neues Medikament fördert die Gedächtnisleistung», «Erstes Medikament gegen Alzheimer», «Medikamente reinigen auch Herzschlagadern», «Hörtest schon bei Ungeborenen möglich», «Bald künstliches Leber-system», «Gezielte Laserschüsse in den Herzmuskel», «Fötus im Mutterleib am Herzen operiert», «Herzschrittmacher für Babys», «Herzschrittmacher mit 102», «Fuss nach Monaten wieder angenäht», «Vierjährige erhält fünf neue Organe», «Transplantation von Gehirnzellen», «Hirnschrittmacher hilft bei Bewegungsstörungen» und so weiter und so fort. Als Konsequenz dieser Explosion des Machbaren ist es aber heute tatsächlich nicht mehr möglich, jedem Kranken und Patienten eine Versorgung nach dem letzten Stand der Technik anzubieten.

Preise versus Mengen

Wieso nun ist eine optimale Medizin für alle heute eine Illusion? Zunächst ist vor zwei Schlagworten zu warnen. Einmal glaubt man, mit dem «Kampf gegen die Kostenexplosion» ein Erfolgsrezept gefunden zu haben. Die Kostenexplosion ist jedoch in Wahrheit keine *Kosten-*, sondern vor allem eine *Effizienz-* und *Leistungsexplosion*. Ausgaben sind nämlich immer das Produkt von Preis und Menge, und wenn man die Ausgabenexplosion der letzten 30

Überarbeitete Fassung eines Referats im Rahmen einer Konferenz des Liberalen Instituts der Friedrich-Naumann-Stiftung in Berlin zum Thema «Wahlfreiheit im Gesundheitswesen», 13.–16. Juli 2000.

Jahre auf diese beiden Komponenten aufteilt, stellt man fest, dass nicht die Preise, sondern ganz klar die Mengen der Hauptmotor gewesen sind.

Dazu ein Beispiel: Im Jahr 1950 zahlte man in deutschen Krankenhäusern für einen Tag Behandlung weniger als sieben Mark. Heute liegen die Kosten bereits über 500 Mark, und dies entspricht einem – scheinbaren – Preisanstieg von 7000 bis 8000 Prozent. Aber dieser Eindruck täuscht. Man kann nämlich nur dann von Preissteigerungen reden, wenn das betreffende Gut im Zeitverlauf identisch bleibt, und davon kann im Krankenhaus beim besten Willen keine Rede sein. Ein Krankenhauspflegetag 2000 ist doch offenbar etwas ganz anderes als ein Krankenhauspflegetag 1950, und zwar etwas sehr viel Besseres! Wer früher einen VW-Käfer fuhr und sich heute einen Mercedes leistet, darf auch nicht darüber klagen, dass der Preis des Fahrzeuges gestiegen ist. Hier von einer «Kostenexplosion» zu reden ist unsinnig.

Das Prinzip ist äusserst einfach: Was nicht existiert, das kostet auch nichts. Das fängt bei Antibiotika an und hört bei Kernspintomographen und Zellseparatoren auf.

Macht Medizin krank?

Aber darüber hinaus ist die moderne Medizin auch noch in einem zweiten Sinn zum Opfer ihres eigenen Erfolges geworden, und das wird häufig übersehen, wahrscheinlich, weil wir es nicht sehen wollen: *Erstens* macht sie das Gesundheitswesen nicht billiger, sondern teurer, und *zweitens* macht sie die Menschen im Durchschnitt nicht gesünder, sondern kränker, und auch das meine ich vollkommen im Ernst, wenn auch in einem ganz anderen Sinn, als unsere Medien dies gerne darstellen.

Dazu ein Zitat eines alten Klinikers: «Früher hatten wir es einfach. Da war der Patient nach einer Woche entweder gesund oder tot.» Das ist heute anders. Heute ist der typische Patient nach einer Woche weder gesund noch tot. Heute hält die Medizin im Gegensatz zu früher ein grosses Arsenal von Abwehrwaffen bereit, aber dies sind zu einem grossen Teil, wie die Amerikaner sagen, nur *halfway-technologies*: Sie halten zwar am Leben, aber ma-

.....

*Man kann
nämlich nur
dann von Preis-
steigerungen
reden, wenn
das betreffende
Gut im Zeit-
verlauf identisch
bleibt, und
davon kann im
Krankenhaus
beim besten
Willen keine
Rede sein.*

.....

chen nicht vollkommen gesund (z. B. die Hämodialyse). Ohne die moderne Medizin wären viele Menschen schon lange tot, aber die Überlebenden dafür im Durchschnitt – ich betone: im Durchschnitt – eher gesünder, als sie es heute sind.

Hätten wir beispielsweise in der Bundesrepublik nicht die weltweit vorbildlichen Möglichkeiten der künstlichen Blutwäsche für alle, gäbe es bei uns viel weniger Nierenkranke. In England leben kaum 100 Nierenkranke pro eine Million Einwohner, verglichen mit mehr als 300 in der Bundesrepublik, aber nicht, weil in England diese Krankheit seltener auftritt, sondern weil dort kaum ein Nierenkranker seinen sechzigsten Geburtstag überlebt.

Ein anderes Beispiel ist der Diabetes. Heute gibt es rund 3 Millionen Zuckerkranke in der Bundesrepublik, mehr als 10mal soviel wie zu Zeiten *Röntgens* oder *Kochs*. Das liegt aber nicht an der Unfähigkeit der Medizin, sondern daran, dass vor 70 Jahren das Insulin erfunden wurde. Auch hier das gleiche Resultat – und dies soll genauso interpretiert werden wie es gemeint ist, nämlich als reine und völlig wertneutrale Feststellung einer Tatsache: Ohne medizinischen Fortschritt wäre der Durchschnitt der Überlebenden heute gesünder.

Der moderne Arzt ist also weniger ein weisser Engel, der uns die Tür zum ewigen Leben aufschliesst, als vielmehr ein neuer Sisyphus, dessen Mühen und Sorgen mit jedem Erfolg nur immer grösser werden. Die grosse Gleichung «mehr Geld = mehr Gesundheit» ist ganz eindeutig falsch. Genauso könnte man versuchen, einen Brand zu löschen, indem man Benzin hineinschüttet. Je mehr die Medizin sich anstrengt, desto kränker werden wir, die moderne Medizin sitzt ein für allemal in einer grossen Fortschrittsfalle fest.

Irrweg Prävention

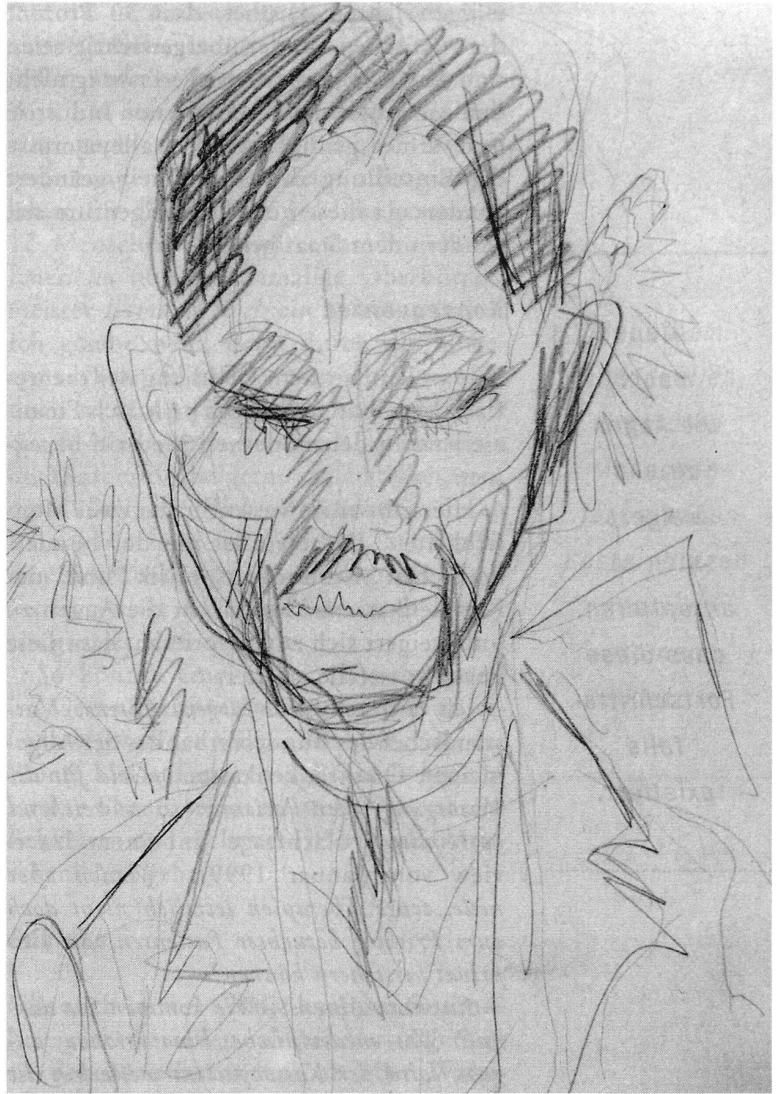
Ein anderer Irrweg, zumindest was Kostendämpfung betrifft, heisst «Prävention statt Therapie». Der Grund für meine Skepsis ist ebenso trivial wie unangenehm. In einem englischen Andenkenladen habe ich dazu einen Aufkleber mit folgendem Spruch gesehen: «*If you give up drinking, smoking and sex, you don't live longer. It just seems like it.*»

Das ist natürlich falsch – denn Nichtraucher leben nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv länger als andere – enthält aber trotzdem einen wahren Kern. Auch Nichtraucher müssen sterben, genau wie Müsli-Freunde oder Anti-Alkoholiker, und eine per Prävention verhinderte Krankheit macht uns leider nicht unsterblich, wie viele Präventionsverliebte offenbar zu glauben scheinen, sondern in erster Linie doch nur Platz für eine andere. Die letztendliche Sterblichkeitsrate bleibt immer 100 Prozent, da kann die Medizin machen, was sie will.

In einer Untersuchung von *Leu* und *Schaub* von der Universität Basel zum Thema «Rauchen und Gesundheitskosten in der Schweiz» kamen die Autoren u. a. zu dem für viele schockierenden Resultat, dass die Schweiz langfristig eher mehr statt weniger für die Gesundheit ausgeben müsste, wenn es dort seit hundert Jahren keine Raucher gäbe. So paradox das auf den ersten Blick auch klingt, aber das Gesundheitswesen würde durch ein totales Rauchverbot nicht billiger, sondern langfristig nur noch teurer (weil nämlich die Kosten, die in den Extra-Lebensjahren des Nichtrauchers entstehen, die vorher gesparten Ausgaben mehr als aufwiegen). Wenn man also ernstnimmt, was man immer wieder zu Bonus-Malus beim Krankenkassenbeitrag liest, müssten Raucher keinen Malus, sondern einen Bonus auf ihren Beitrag eingeräumt erhalten (was, nebenbei bemerkt, auch die beste Methode wäre, sie von diesem Laster ein für allemal zu heilen).

Unter reinen Kostenaspekten – und selbstverständlich gibt es auch noch andere Aspekte als diese – ist Prävention in der Regel ein Verlustgeschäft. Man braucht nicht grundsätzlich gegen Prävention zu sein, aber es ist illusorisch anzunehmen, wir könnten damit Kosten sparen. Und ausserdem: Prävention verlangt nach Zwang. Darüber kann auch die bekannte Kundenfänger-Kampagne der deutschen Ortskrankenkassen mit dem Motto «Prävention macht Spass» nicht hinwegtäuschen.

Natürlich ist die Notwendigkeit bestimmter Zwangsmassnahmen durchaus einsehbar. Das ist z. B. immer dann der Fall, wenn Prävention sogenannte «externe Effekte» hat, wie das im Fachjargon der



Ernst Ludwig Kirchner, *Porträt eines Mannes*, Bleistift um 1917, auf chamois Papier, abgerundete Ecken am rechten Rand, Rotschnitt, 20 x 15 cm, Kirchner-Museum, Davos. Das vorliegende Porträt eines unbekanntes Mannes entstand in einer Zeit, in der Kirchner unter Lebensängsten, der Angst vor Krieg, Tod und Verstümmelung litt. Hypernervös fährt der Bleistiftstrich über das Blatt und zeichnet das unruhige, ausdrucksstarke Porträt eines Mannes. Zwar sind die Augen geschlossen, doch scheint die Person nicht zu schlafen. Der Blick ist vielmehr «nach innen» gerichtet. Energetische Linien zeichnen das Innenleben des Dargestellten, aber auch des Darstellenden nach. Eine zarte Linie trennt die Lippen, kennzeichnet die Mundpartie, aber verdeutlicht fast seismographisch die innere Erregung des Künstlers. Durch die emotionale Bewegung entstehen explosive Entladungen, die die Zeichnung in energetische Vibration versetzt. Der starke innere Druck wandelt sich zum künstlerischen Ausdruck.

Aus: E. L. Kirchner, *Unbekannte Zeichnungen*, Bündner Kunstmuseum, Chur, 1995.

Ökonomen heisst. Ein Paradebeispiel sind Schutzimpfungen, denn hier schützt man durch Prävention nicht nur sich selbst, sondern auch andere. Aus einem Recht auf Gesundheit durch Prävention kann allerdings sehr schnell eine Pflicht zur Gesundheit werden, wie dies in vielen linken und rechten totalitären Gesellschaften der Fall war. Die russische Wochenzeitung «*Literaturnaja Gazeta*» etwa klagte vor

einigen Jahren darüber, dass 30 Prozent der russischen Kinder übergewichtig seien und dass ihre körperliche Verfassung nicht den Ansprüchen einer modernen Industrie und Armee genüge. Alles in allem müsse die Einstellung zur Gesundheit geändert werden, da diese kein Privateigentum sei, sondern dem Staat gehöre.

Konsequenzen

Wie wollen wir dem Überhang des theoretisch Machbaren über das praktisch Finanzierbare in der modernen Medizin begegnen?

Hier gibt es im wesentlichen zwei Möglichkeiten. Die erste ist die der bundesdeutschen Gesundheitspolitik und der Krankenkassen: Man macht die Augen zu und weigert sich zu akzeptieren, dass diese Fortschrittsfalle existiert.

Ich zitiere *Hans-Jürgen Ahrens*, Vorstandschef des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen: «*Geld für die Versorgung aller Patienten ist ausreichend vorhanden.*» Nachfrage (in einem Interview vom Januar 1999): «*Werden aber neue, teure Therapien letztlich nicht doch zum Privileg betuchter Patienten, die sich privat versichern können?*»

Antwort *Ahrens*: «*Wie kommen Sie darauf? Was medizinische Innovationen angeht, wird der Kassenpatient weiterhin die gleichen Vorzüge haben wie der Privatversicherte. Wenn es plötzlich ein wirksames Mittel gegen Krebs oder AIDS geben würde, würde dies natürlich verschrieben werden.*»

Die gleichen Töne in der Politik: «*Niemand muss fürchten, dass er nicht behandelt wird; er bekommt die beste Medizin*» (*Norbert Blüm*), und ähnliche Worte waren auch von *Seehofer*, *Dressler* oder der aktuellen Gesundheitsministerin *Fischer* zu hören: «*Medizinischer Fortschritt muss weiterhin finanzierbar sein!*»

Der medizinische Fortschritt muss gar nichts. Der medizinische Fortschritt im Sinn einer alles sinnvoll Machbare ausschöpfenden Versorgung aller Patienten nach dem letzten Stand der Wissenschaft wird in Zukunft eben nicht mehr finanzierbar sein. Die zweite Möglichkeit, aber davon sind wir in der Bundesrepublik noch weit entfernt, ist: Wir akzeptieren die Lage und versuchen, das Beste daraus

zu machen. Das Bedarfsdeckungsprinzip im Gesundheitswesen muss aufgegeben werden. Die Frage ist nur, wie.

Hier gibt es leider kein Patentrezept. Insbesondere ist auch das Wundermittel Marktwirtschaft hier nur in gewissen Grenzen einsetzbar, wozu etwa die Zahnmedizin gehört, bzw. all die Gesundheitsgüter wie Kuren oder sonstige Befindlichkeitsverbesserungen, die auch einen hohen Konsumgutanteil haben. Es ist beim besten Willen nicht zu verstehen, warum Leute, die ohne mit der Wimper zu zucken 50 000 Mark für ein neues Auto ausgeben, nicht auch 5000 oder 10 000 Mark für neue Zähne investieren sollten. Die Mittelverteilung über den Markt sollte eine erheblich grössere als die aktuelle Rolle spielen. Dennoch kann sie nicht die einzige Richtschnur bei der Verteilung knapper Gesundheitsgüter sein. Wenn es um Leben oder Tod geht, ist eine Verteilung knapper Gesundheitsgüter durch den Markt, wie elegant und effizient auch immer, selbst mit dem Weltbild eines extremen Wirtschaftsliberalen nicht mehr unter einen Hut zu bringen. Die Frage ist daher, wenn nicht Verteilung durch den Markt, wie dann?

Soll man die knappen Gesundheitsgüter an die Meistbietenden versteigern? In den USA z. B. hat man ohne dickes Bankkonto kaum eine Chance auf ein neues Herz. Ausserdem sind überproportional viele Herz-Patienten männlich oder weiss oder aus Saudi-Arabien. Mit anderen Worten: Die grossen Geldverdiener haben erstes Zugriffsrecht. Oder: Der «soziale Wert» bestimmt, wer leben darf und wer sterben muss, d.h. die Unnützen und Schwachen gehen über Bord. Auch das gab es schon oft auch im Gesundheitswesen, das ist z. B. die Situation aus den Kindertagen der künstlichen Blutwäsche, als es noch nicht genug Dialysegeräte für alle Nierenkranken gab. Ein arbeitsloser Junggeselle zieht dann gegen einen seriösen Familienvater mit acht Kindern klar den kürzeren. Auch das Alter kann als objektives Kriterium herangezogen werden.

Keines dieser Kriterien ist aber als Leitvorstellung akzeptabel. Vor dem Senenmann sind alle gleich. Wenn die Frage «Leben oder Tod?» heisst, gelten andere Kriterien als wir es sonst in Nutzen-Maximierungs-Kalkülen gewöhnt sind.

Man
macht
die Augen
zu und
weigert
sich zu
akzeptieren,
dass diese
Fortschritts-
falle
existiert.

Die Regeln, die bestimmen, wer bei einem Spiel mitmachen darf und wer nicht, sind anders als die, welche den Verlauf des Spiels bestimmen. Ist das Spiel im Gang, habe ich keine Skrupel, wenn Glück und Können oder was auch immer die Gewinne ungleich auf die Mitspieler verteilen, ob im Gesundheitswesen oder anderswo. Zum Beispiel habe ich keinerlei moralische Bedenken, wenn jedes Jahr in Deutschland mehr als tausend Menschen sterben, nur weil sie sich keinen Mercedes leisten können: Die Wahrscheinlichkeit, bei einem Verkehrsunfall zu sterben, ist für Kleinwagen je nach Marke bis zu zehnmal grösser als für einen Daimler-Benz, aber trotzdem liegt es mir fern, für jeden erwachsenen Bürger einen Daimler-Benz auf Krankenschein zu fordern (was nebenbei bemerkt nur logisch wäre, wenn man gewisse progressive gesundheitspolitische Maximen bezüglich Gleichheit der Überlebenschancen konsequent zu Ende dächte). Aber wenn das Auto gegen den Baum gefahren ist und der Rettungswagen kommt, dann sollen der Mercedes- und der Fiat-Fahrer gleiche Chancen haben.

Das Stichwort heisst dabei «*Statistische versus individuelle Menschenleben*». Angenommen, ein Schiff ist in Seenot. Keine Frage, dass zur Rettung der bedrohten Besatzung alles Menschenmögliche zu unternehmen ist. Meinetwegen mag dafür die gesamte Seenotrettungsflotte eines Landes auslaufen. Bei einem individuellen, konkreten Menschenleben haben Kosten-Nutzen-Analysen keinen Platz. Ein konkretes Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis. Heisst das aber, dass wir in jedem Hafen zehn Seenotrettungskreuzer stationieren müssen? Ich glaube nein, und dieses Prinzip gilt auch im Gesundheitswesen. Auch hier sind zur Rettung konkreter Menschen keine Kosten und Mühen zu scheuen, Kostendämpfung hin oder her. Das heisst aber nicht, dass wir nicht vor Eintreten des Eventualfalls – ich betone: *vor* Eintreten des Eventualfalls – die Kapazitäten beschränken dürften, denn das trifft keine konkreten Patienten, sondern nur die *Wahrscheinlichkeit* eines frühzeitigen Todesfalls nähme für alle Bundesbürger zu,

und das ist ein ganz grosser und zentraler Unterschied.

Ein anderes Beispiel: In der Stadt New York z.B. hat man in den achtziger Jahren eine geplante Spezialklinik für Brandverletzungen mit der Begründung abgelehnt, für die dadurch pro Jahr geretteten 12 Menschenleben wäre das Projekt zu teuer. Ist nun der damalige Oberbürgermeister *Edmund Koch* ein Massenmörder? Ich glaube nein, denn durch die eingesparte Brandklinik in New York wurden doch nicht 12 Bürger jährlich zum Tode durch Verbrennen verurteilt, auch wenn die Heilberufe das gerne so darstellen, sondern allein die *Wahrscheinlichkeit*, durch Brandverletzungen zu sterben, hat für jeden New Yorker um einen zehntausendstel Prozentpunkt zugenommen, und das ist ein grosser Unterschied.

So könnte eine humane Rationierung im Gesundheitswesen idealerweise aussehen: weg von der Mikroebene, weg von der Front, hin auf eine möglichst hohe, abstrakte Ebene, wo es nur um Wahrscheinlichkeiten und nicht um individuelle Menschenleben geht.

Schluss

Wie auch immer wir die knappen Gesundheitsgüter verteilen, ob per Versteigerung an den Meistbietenden, ob über Warteschlangen, staatliche Zuteilung oder, wie ich hier vorgeschlagen habe, durch Sparen auf der Planungsebene: *Dass* rationiert werden muss steht fest. Wir haben keine Wahl mehr. Durch die enormen Erfolge der Vergangenheit hat die moderne Medizin sich selbst und die Gesellschaft als ganzes in eine regelrecht tragische Situation geführt, in der es wie in einer griechischen Tragödie nur sehr schwer einen ehrenvollen Ausweg gibt.

Diese Diagnose ist nicht neu, sie ist über 200 Jahre alt. *Goethe* schrieb 1789 aus Italien an *Frau von Stein*: «*Ich halte es für wahr, dass die Humanität endlich siegen wird, nur fürchte ich, dass die Welt ein grosses Hospital und einer des anderen humaner Krankenwärter werden wird.*» Das ist die Situation, wie ich sie auch sehe – machen wir das Beste daraus. ♦

Bei einem
individuellen,
konkreten
Menschen-
leben haben
Kosten-Nutzen-
Analysen
keinen
Platz.

ECKPUNKTE ZUR NEUSTRUKTURIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS

Ein Beitrag des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. zur Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens*

Das System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GVK) ist seit Mitte der siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts in einem Zustand permanenter Reformbedürftigkeit. Seit über 25 Jahren versucht der Gesetzgeber mit staatlichen Eingriffen und Regulierungen die Strukturen aus dem 19. Jahrhundert in das 21. Jahrhundert zu transformieren. Die allgegenwärtige und parteiübergreifende Reformdiskussion in unserer Gesellschaft zeigt, dass in Abkehr vom bisherigen System der gesetzlichen mit dem Lohnsystem verknüpften Krankenversicherung völlig neue Wege beschritten werden müssen, um insbesondere den Herausforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung und eines rasanten medizinisch-technischen Fortschritts gerecht zu werden.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte e.V. möchte einen Beitrag zur Diskussion leisten und schlägt folgende Neuorientierung im Gesundheitswesen vor:

**Die gesetzliche Krankenversicherung ist zu privatisieren.
Jeder Bürger hat obligatorisch eine Krankheitskosten-Versicherung für den Kernleistungsbereich abzuschliessen.**

Für diese obligatorische Krankheitskosten-Versicherung gelten folgende Grundsätze:

- Einheitliche, einkommens- und risikounabhängige Beiträge
- Härtefallentlastung durch staatliche Beitragszuschüsse und gestaffelte Selbstbehalte
- Familienförderung durch staatliche Beitragszuschüsse
- Aufnahme(Kontrahierungs-)zwang
- Kündigungs(Diskriminierungs-)verbot
- Übertragbarkeit der Altersrückstellung

Für den Kernleistungsbereich gilt:

Der Kernleistungsbereich enthält die zur Absicherung der sogenannten «grossen Risiken» notwendige medizinische Versorgung.

Über den Kernleistungsbereich hinausgehende Leistungen können individuell und eigenverantwortlich im Wahlleistungsbereich versichert werden.

Ausgestaltung des Kernleistungsbereiches in der Zahnmedizin:

Der Kernleistungsbereich wird durch versicherungstechnische Grenzen gegenüber dem Wahlleistungsbereich abgegrenzt, wobei auch hier die Bestimmungen über Kosten-erstattung und Selbstbehalt gelten. Für die Definition des Kernleistungsbereiches ist ein Sachverständigengremium zuständig.

Anmerkung der Redaktion:

Der hier zur Diskussion gestellte Lösungsvorschlag liegt nahe bei der Lösung des derzeitigen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) der Schweiz, wobei die Wettbewerbsverzerrung durch die Direktsubventionierung der Krankenhäuser, wie wir sie in der Schweiz immer noch praktizieren, wegfällt. Die ganze Problematik der tendenziell unbegrenzten Ansprüche an ein immer raffinierter und teurer werdendes Versorgungssystem wird im geplanten Sachverständigengremium zu entscheiden sein. Dort müssen tendenziell unbegrenzte Ansprüche den prinzipiell beschränkten Finanzierungsmöglichkeiten gegenübergestellt und der Spielraum für kollektive und individuelle Lösungen immer wieder neu ermittelt werden. Die Grundprobleme einer optimalen Gesundheitsversorgung und -vorsorge werden dadurch nicht gelöst, aber die Kriterien der Rationierung werden in einem rationalen Verfahren transparenter. Damit können sie auch immer wieder und an neue Gegebenheiten, Entwicklungen und Werthaltungen adaptiert werden.

* Stand der verbands-
internen Diskussion:
30. August 2000.

ORGANSPENDEN UND SOLIDARITÄT

Das neue Transplantationsgesetz der Schweiz:
Wie es gerecht und effizient sein könnte.

Die Transplantationsmedizin hat sich als neues Feld der ärztlichen Kunst in den vergangenen Jahren fest etabliert. Ihr Nutzen für die Menschheit lässt sich aber nur voll ausschöpfen, wenn sie durch eine geeignete Gesetzgebung reguliert wird. Das Besondere liegt darin, dass Transplantationen auf Spenden von Organen beruhen.

Charles B. Blankart, geboren 1942, studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Basel (Promotion 1969); 1976 Habilitation an der Universität Konstanz, 1978 Professuren für Volkswirtschaftslehre an verschiedenen Universitäten in der BRD. Seit 1992 an der Humboldt-Universität Berlin. Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Vereinigungen, u.a. in der European Public Choice Society und der Mont Pèlerin-Society.

Ulrich Kamecke, geboren 1957, Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Bonn, Dipl.-Volkswirt 1983 und London, MSc (1984), Promotion 1988, Habilitation in Bonn 1995. Ist 1996 Professor für Wirtschaftspolitik an der Humboldt-Universität zu Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in Spiel- und Auktionstheorie.

Christian Kirchner, geboren 1944, Studium der Rechtswissenschaft an den Universitäten Tübingen und Frankfurt, an der Harvard University und am Massachusetts Institute of Technology, Magister in Legibus 1972, 1973–77 Studium der Volkswirtschaftslehre und Japanologie in Frankfurt/Main, 1974 Dr. iur., 1977 Dr. rer. pol.; 1982 Habilitation an der Universität Frankfurt/Main, 1984–93 Professor an der Universität Hannover, seit 1993 Professor an der Humboldt-Universität zu Berlin. Spezialgebiet: Bürgerliches Recht, Europäisches und Internationales Wirtschaftsrecht, ökonomische Theorie des Rechts.

Transplantationen lassen sich nicht wie Medikamente durch Krankenschein verordnen. Überdies verbietet Art. 119a der Bundesverfassung jeden Markt mit Organen. Folglich lassen sich Angebot und Nachfrage (zu Recht) nicht über Geld regeln. Wesentlich ist die Solidarität, die die Spenderinnen und Spender dazu motiviert, ihre Organe für Mitmenschen bereitzustellen. Dabei geht es vor allem um die Spende nach dem Tod, die sogenannte «Totenspende». Spende unter Lebenden kommt zwar auch vor, soll aber hier nicht näher betrachtet werden.

Jedes Transplantationsgesetz – auch das schweizerische – muss das Verhältnis zwischen Spendern und Empfängern regeln. In der Frühzeit der Transplantationsmedizin baute man ausschliesslich auf die spontane Solidarität der Spender. Sie erlaubte die Versorgung der vereinzelt auftretenden Bedarfe. Infolge der geringen Verbreitung der Transplantationsmedizin konnte Spenden und Empfangen voneinander getrennt betrachtet werden.

Heute ist die Transplantationsmedizin national und international verbreitet. In einem globalen Umfeld lassen sich Spenden und Empfangen nicht mehr voneinander trennen. Zu gross ist die Gefahr der Fehlsteuerung. Empfangen ohne Spenden führt zu Freifahrertum; Spenden ohne Empfangen zu diskreditiertem Altruismus, Abnahme der Spendebereitschaft und Organknappheit. Beide Phänomene sind in der Schweiz ein Faktum: Freifahrerverhalten zeigt sich im Transplantations-tourismus bzw. in interregional «unausgeglichenen» Spendebilanzen; düpiertem Altruismus im Mangel an Organen und infolgedessen in Todesfällen. Der Gesetzesentwurf trägt diesem Faktum in keiner Weise Rechnung. Vielmehr wird unter-

stellt, das Umfeld sei noch das gleiche wie in den Anfängen der Transplantationsmedizin, und Angebot und Nachfrage könnten nach wie vor getrennt voneinander betrachtet werden. Weil von falschen Voraussetzungen ausgegangen wird, geht der Gesetzesentwurf an der Realität vorbei. Er vermag weder Gerechtigkeit noch Effizienz hervorzubringen.

Wie aber sollte vorgegangen werden? In der Zuteilung von Organen kann das Gesetz grosszügig sein, solange das Angebot die Nachfrage übertrifft. Dann sollen Spende-bereite ebenso wie Nicht-Spendebereite ein Organ erhalten. Regelungsbedürftig ist jedoch der *Konfliktfall*: Zwei Patienten haben die gleiche medizinische Indikation und warten schon gleich lange auf ein Organ. Wenn jetzt ein Organ verfügbar wird, dann darf bei der Zuteilung die Person, die sich vorher, als sie noch gesund war, als spendebereit (für den Todesfall) erklärt hat, *nicht diskriminiert werden*. Anders gesagt: Den Nicht-Spendebereiten muss das Freifahren verwehrt werden. Im Konfliktfall – und nur um den geht es hier – muss der spendebereiten Person eine positive Chance eingeräumt werden, das Organ vor dem Nicht-Spendebereiten zu erhalten. Dieser zentrale Grundsatz ist in das Gesetz aufzunehmen.

In der modernen nationalen und internationalen Transplantationsmedizin ist nicht nur die ärztliche Kunst gefragt. Es kommt ganz besonders auf die Organisation der Solidarität an. Spontane Solidarität reicht nicht aus. Es bedarf einer institutionalisierten Solidarität, in der Spende-bereite vor den Freifahrern geschützt werden.

Diskriminierung

«Oberstes Ziel bei der Allokation von Organen ist die Gerechtigkeit.» Der hier zi-

tierte Satz stammt aus dem «Erläuternden Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern zum geplanten Transplantationsgesetz». Bei der Frage der Zuteilung von Organen soll also ausschliesslich das Kriterium der Gerechtigkeit massgebend sein. Aus diesem Ziel leiten die Verfasser des Gesetzesentwurfs den in Art. 23 enthaltenen Grundsatz der Nichtdiskriminierung bei der Zuteilung von Organen ab. Das im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Zuteilungsverfahren ist jedoch weder gerecht noch effizient.

Art. 23 Nichtdiskriminierung

(1) Bei der Zuteilung von Organen darf niemand diskriminiert werden. Es dürfen dabei namentlich nicht berücksichtigt werden:

- a. die religiöse, weltanschauliche oder politische Überzeugung;
- b. eine körperlich, geistige oder psychische Behinderung;
- c. das Alter;
- d. die sexuelle Orientierung oder der Zivilstand;
- e. die wirtschaftlichen Verhältnisse
- f. die soziale Stellung
- g. das soziale Verhalten

(2) Ausländerinnen und Ausländer sind bei der Zuteilung gleich zu behandeln wie Schweizerinnen und Schweizer. Bei Ausländerinnen und Ausländern, die nicht in der Schweiz wohnhaft sind, kann bei Organmangel auf eine Zuteilung nur verzichtet werden, wenn die Transplantation nicht unmittelbar nötig ist, um das Leben zu erhalten.

Nichtdiskriminierung verlangt, dass gleiche Individuen gleich behandelt werden. Daher sollen insbesondere weltanschauliche, politische, sexuelle und soziale Unterschiede von Individuen keinen Einfluss auf die Zuteilung von Organen ausüben. Nichtdiskriminierung erfordert aber auch, dass Ungleiche ungleich, d.h. nach Massgabe der relevanten Unterschiede, behandelt werden.

Im Entwurf wird insbesondere keine Differenzierung zwischen Spendewilligen und Nichtspendewilligen getroffen. Diese Gleichbehandlung Ungleicher ist nicht nur ungerecht. Sie führt im erwähnten Beispiel von zwei Bedürftigen und einem Organ gradewegs in die Diskriminierung.

Ineffizienz

Im Jahr 1998 sind in der Schweiz, wie im «Erläuternden Bericht» angeführt wird, 28 Personen, die eines Transplantates bedurf-

.....
 Wesentlich
 ist die
 Solidarität,
 die die
 Spenderinnen
 und Spender
 dazu motiviert,
 ihre Organe für
 Mitmenschen
 bereit-
 zustellen.

.....
 Individuen
 sollen Anreize
 haben, sich
 möglichst
 frühzeitig
 in das
 Spenderegister
 eintragen
 zu lassen.

ten und daher auf der Warteliste geführt wurden, gestorben, «weil für sie nicht rechtzeitig ein geeignetes Organ verfügbar wurde» (S. 5). Da es sich bei diesem Organmangel nicht nur um eine einmalige, sondern eine chronische Erscheinung handelt, kumuliert sich diese Zahl Jahr für Jahr.

Diese Bilanz wirft die Frage auf: Was sieht der Gesetzesentwurf vor, um die Zahl der Todesfälle infolge von Organmangel zu vermindern? Die Antwort ist mager. In Art. 78 werden ausschliesslich Appelle genannt, deren Wirkung, wie im «Erläuternden Bericht» eingeräumt wird, eher bescheiden ist. Vor allem soll nichts unternommen werden, um Solidarität zwischen Spendern und Empfängern aufzubauen, d.h. Spenden zu fördern und Freifahren zu verhindern. Eine solche Gesetzesregelung ist ineffizient: Möglichkeiten, Menschenleben zu retten, werden fallen gelassen.

Die Notwendigkeit der Angebotsförderung überzeugt nicht nur intuitiv, sie stützt sich auch auf anerkannte Gerechtigkeitskriterien. Nach der Theorie des amerikanischen Philosophen *John Rawls* sollen die Regeln, die sich eine Gesellschaft gibt, *ex ante* so gewählt werden, dass sie bei ihrer späteren Anwendung zuerst den am wenigsten bevorzugten Individuen zum Vorteil gereichen. Es soll das sogenannte *Maximin-Prinzip* gelten. Erst dann sollen Regeln weitere Ziele einschliessen. Zu den am wenigsten Begünstigten sind hier sicherlich jene zu zählen, die infolge von Organmangel sterben müssen. Ihnen sollte das Transplantationsgesetz vor allem helfen.

Vorschlag:

Warteliste mit qualifizierter Wartezeit

Um die Anreize zur Spendenbereitschaft im Todesfall zu stärken, schlagen wir eine Warteliste mit qualifizierter Wartezeit vor.

Eintragung ins Transplantationsregister

- a) Jede Person kann sich im Fall der Zustimmungslösung ab Volljährigkeit ins Transplantationsregister als Spenderin oder Spender im Todesfall aufnehmen lassen. Die Jahre ab Bereitschaftserklärung werden als sog. Brutto-Bereitschaftsjahre im Transplantationsregister gezählt.



Oskar Kokoschka, Mädchen mit Apfel. Aquarell auf Papier, 1922/1923, Collection de la Fondation Oskar Kokoschka, Musée Jenisch, Vevey. Photo: Magali Koenig, Lausanne.

Der Bildausschnitt konzentriert sich auf einen Teil des Oberkörpers und vor allem auf das verzernte, gelbe, fieberige Gesicht, das feste Zähne erkennen lässt. Das junge, liegende, vielleicht kranke Mädchen will gerade in die Frucht beißen, hält aber inne, um einen Blick auf den Zuschauer zu werfen, der sie zu überraschen scheint. Der Maler benutzt Primärfarben: Gelb für das Gesicht, Rot für den Apfel und Blau zum Skizzieren der Büste.

Diese Figur versetzt uns einen Schock. Ihr Bild ist erschütternd. Das Thema der Agonie beherrscht Kokoschkas wie auch Hodlers Malerei. Kokoschkas Darstellung lässt an Zeichnungen des Schweizer Künstlers aus den Jahren 1914 und 1915 denken, die das Fortschreiten der Krankheit Valentine Godé-Darels zeigen. Dem tragischen Aspekt, der in diesem Aquarell sichtbar wird, steht die Fieberhaftigkeit der Pinselführung entgegen. Der Maler überlässt sein Modell nicht seinem Schicksal. Er beschwört es zu leben. Die Pinselstriche sind heftig und unruhig. Auch die kräftigen Linien hindern den Tod, die Figur in eine ewige horizontale Lage zu versetzen. Hier bestimmt die Diagonale den Raum, durch deren Dynamik Bewegung und Hoffnung entsteht, wozu auch das grelle Licht beiträgt. Es bleicht die Farben und beleuchtet die Gestalt.

Aus: Véronique Mauron, Werke der Oskar Kokoschka-Stiftung, Verlag Philipp von Zabern, Mainz 1994.

b) Jede Person gilt im Falle der Widerspruchslösung ab Volljährigkeit als spendewillig im Todesfall, solange sie nicht explizit ihren Widerspruch erklärt. Die Jahre ab impliziter oder expliziter Erklärung der Spendewilligkeit (z.B. ab Annullierung eines eingelegten Widerspruchs) werden im Transplantationsregister als sog. Brutto-Bereitschaftsjahre gezählt.

Das Verfahren

Wird eine Person zur Patientin oder zum Patienten mit Organbedarf, so kommt sie auf die Warteliste (Art. 27). Ihre Stelle auf der Warteliste errechnet sich aus der Zahl der angesammelten Brutto-Bereitschafts-

.....

Diejenigen,
die sich zur
Spende im
Todesfall
bereit erklärt
haben,
dürfen nicht
diskriminiert
werden.

.....

jahre abzüglich der Zahl der Jahre seit ihrer Volljährigkeit, d.h. dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens hätte ihre Bereitschaft erklären können. Eine organbedürftige Person, die sich unmittelbar mit Volljährigkeit hat eintragen lassen, erhält also die Stelle 0. Sie hat 0 Nettobereitschaftsjahre. Wer sich ein oder mehrere Jahre später hat eintragen lassen, wird entsprechend an den Stellen -1, -2, -3 usw. geführt. Organbedürftige, die sich nicht haben eintragen lassen, erhalten die gesamten Minusjahre seit Volljährigkeit angerechnet.

Diejenigen, die sich zur Spende im Todesfall bereit erklärt haben, dürfen nicht diskriminiert werden. Dies wäre ungerecht nicht nur gegenüber den Spendebereiten, sondern auch ineffizient und ungerecht

gegenüber den Kranken, denen die strikte Anwendung des Grundsatzes ein höheres Angebot und damit grössere Überlebenschancen bringt. Schliesslich ist zu bemerken, dass auch die Nichtspendewilligen wegen der allgemein rückläufigen Knappheit von den expliziten Anreizen für Spender profitieren. Der erwähnte Knappheitsfall tritt weniger häufig ein. Daher kann ein Anreizsystem durchaus auch im Interesse der Nichtspender liegen.

Ein Anreizsystem kann durchaus auch im Interesse der Nichtspender liegen.

Die Rechnung mit Netto- statt Bruttobeitragsjahren ist erforderlich, damit jüngere Personen, die noch nicht so viele Bereitschaftsjahre haben ansammeln können, bei Organbedarf gegenüber älteren nicht benachteiligt werden. Es findet also eine individuelle Massstabverschiebung statt, ohne dass der Anreiz, möglichst früh zu erklären und möglichst viel Bereitschaftsjahre anzusammeln, beeinträchtigt würde. Im übrigen stellt die Reihung sicher, dass Personen, die sich nicht zur Spende bereit erklärt haben, auf der qualifizierten Warteliste hinter den im Transplantationsregister Eingetragenen erscheinen. Innerhalb der Gruppe der Eingetragenen erhalten jene, die sich früh haben eintragen lassen, mehr Nettobereitschaftsjahre und daher Priorität – wie sich versteht nur im erwähnten Knappheitsfall.

Qualifizierte Wartezeit schützt vor strategischen Eintragungen

Das System der qualifizierten Wartezeit bringt nicht nur mehr Gerechtigkeit und Effizienz. Es vermeidet noch einen weiteren Mangel des Gesetzesentwurfs: den strategischen Eintrag in die Warteliste. Wie der «Erläuternde Bericht» des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) darlegt, bestehen nach der vorgesehenen Regelung Anreize, die persönlichen Zuteilungschancen im Einzelfall dadurch zu erhöhen, dass sich Patientinnen und Patienten übermässig früh auf die Warteliste setzen lassen. Dieser offensichtlichen Systemschwäche soll notfalls mit direkten Staatseingriffen entgegengetreten werden. Der Bundesrat erhält die Kompetenz, falls notwendig, objektive Kriterien für die Aufnahme in die Warteliste festzulegen (Art. 32, Buchst. a sowie «Ergänzender Bericht», S. 100 f.). Solches Flickwerk ist jedoch überflüssig, wenn das System der

qualifizierten Wartezeit praktiziert wird. Der Platz auf der Warteliste ist dann durch die *ex ante* erklärte Spendenbereitschaft definiert. Es gibt nichts mehr, was sich Patienten im nachhinein noch ergattern könnten.

Unser Modell beinhaltet ein striktes Anreizsystem. Die Individuen sollen Anreize haben, sich möglichst frühzeitig in das Spenderegister eintragen zu lassen. Einmal verpasste Jahre lassen sich in der vorgelegten Ausgestaltung des Verfahrens nicht mehr nachholen. In Analogie lässt sich an versäumte AHV-Jahre denken, die sich später auch nicht mehr wettmachen lassen. Dies hat Vorteile: Je strikter das Verfahren, desto stärker sind die Anreize und desto grösser wird das Angebot sein, wovon letztlich Nichtspender profitieren. Man mag einwenden, manche Patienten hätten entschuld bare Gründe, warum sie sich nicht rechtzeitig hätten eintragen lassen. Sie dürften nicht benachteiligt werden. Einverstanden. Aber solche Gründe sind dehnbar. Vor allem aber gehen Konzessionen zu Lasten der Spender, die gerechterweise nicht diskriminiert werden dürfen. Wem das Verfahren dennoch zu strikt erscheint, kann auch Abstriche davon erwägen. Anreizkompatibel bleibt beispielsweise ein Losverfahren, das die Chance der Zuteilung (im Konfliktfall) mit zunehmenden Nettobereitschaftsjahren ansteigen lässt. Die Zuteilungschance muss allerdings mit der Zahl der Nettobereitschaftsjahre deutlich ansteigen, damit die Anreize der frühzeitigen Eintragung ins Spenderegister erhalten bleiben.

Die Nationale Zuteilungsstelle: ein Nachfrage- und Angebotsmonopol

Nach Art. 26, 28 und 29 des Gesetzesentwurfs schafft der Bund eine Nationale Zuteilungsstelle mit weitreichenden Kompetenzen. An sie müssen alle Spenden und Bedarfe gemeldet werden. Daraufhin nimmt sie die Zuteilungen vor. Ihre Entscheide sind endgültig. Eine Überwachung erfolgt durch die Nationale Transplantationskommission (Art. 33).

Mit diesen Regelungen verfügt die Nationale Zuteilungsstelle über ein Nachfrage- und Angebotsmonopol. Das heisst, Spendewillige unterliegen einer Benutzungs- und einer Rechtabtretungspflicht.

Nur einer einzigen Organisation dürfen sie spenden und dies nur, wenn sie auf jegliche Bedingungen hinsichtlich der Verwendung ihrer Organe verzichten. Über die Verwendung entscheidet allein die Nationale Zuteilungsstelle. Im «Erläuternden Bericht» des EDI wird an keiner Stelle erklärt, weshalb sich Menschen, die eigentlich nur Gutes tun wollen, einem solchen Zwangsregime unterwerfen müssen.

Manche Menschen würden vielleicht eher spenden, wenn sie festlegen dürften, dass ihr Organ primär einer Wohlfahrtsinstitution ihres Vertrauens zukommt und die Nationale Zuteilungsstelle das Organ erst entgegennehmen darf, wenn bei jener Institution kein Bedarf vorhanden ist. Warum soll das verboten sein? Vertrauen und Zuverlässigkeit werden durch ein Monopol nicht gefördert. Warum soll nur die unbedingte Spende eine gute Spende sein? Weshalb darf eine Spenderin oder ein Spender keine Rechte an ihren, seinen Organen geltend machen? Solche Verbote haben in einem freiheitlichen Staat nichts zu suchen. Sie gehören offensichtlich in eine totalitäre Staatsordnung.

Schlussfolgerungen

Ob Zustimmung- oder Widerspruchslösung gewählt wird, ist eine Frage der Achtung der persönlichen Rechte der Spender (vgl. Abbildung). Je weniger die Spenderrechte berücksichtigt werden, d.h. je mehr der Widerspruchslösung der Vorzug gegeben wird, desto mehr Spender werden voraussichtlich zur Verfügung stehen. Trotz

dieses Mengeneffektes neigen die meisten Länder heute zur Zustimmungslösung (vgl. «Erläuternden Bericht» des EDI). Die Achtung der Spenderrechte wird als primär betrachtet. Ein geringeres Transplantataufkommen wird hingenommen. Eine Möglichkeit, aus diesem Dilemma herauszukommen, stellt die Zustimmungslösung mit qualifizierter Wartezeit dar (gestrichelter Pfeil in Abbildung).

Die Zustimmungslösung mit qualifizierter Wartezeit

- schützt die Spenderrechte vor dem Freifahrertum
- stärkt die Solidarität zwischen Spendern und Empfängern
- erhöht damit das Transplantatevolumen und
- vermindert die Zahl der Patientinnen und Patienten, die infolge Organmangels sterben müssen.

Die Praxis hat die Notwendigkeit einer Stärkung der Solidarität zwischen Spendern und Empfängern längst erkannt und umgesetzt. Insbesondere die Gebietskörperschaften wehren sich gegen das Freifahrertum und haben gesetzliche Gegenmassnahmen durchgesetzt. In den Vereinigten Staaten praktizieren Gebietskörperschaften im wesentlichen eine Politik des *locals first*. In Europa hatte Belgien Anfang der neunziger Jahre einen Organexportüberschuss gegenüber anderen Staaten von Eurotransplant. Als Reaktion darauf wird seit der Mitte der neunziger Jahre eine Politik der strikt ausgeglichenen grenzüberschreitenden Austauschbilanz im Rahmen von Eurotransplant durchgesetzt. Selbst im schweizerischen Gesetzesentwurf wird

Vertrauen
und Zuverlässigkeit werden
durch ein
Monopol nicht
gefördert.

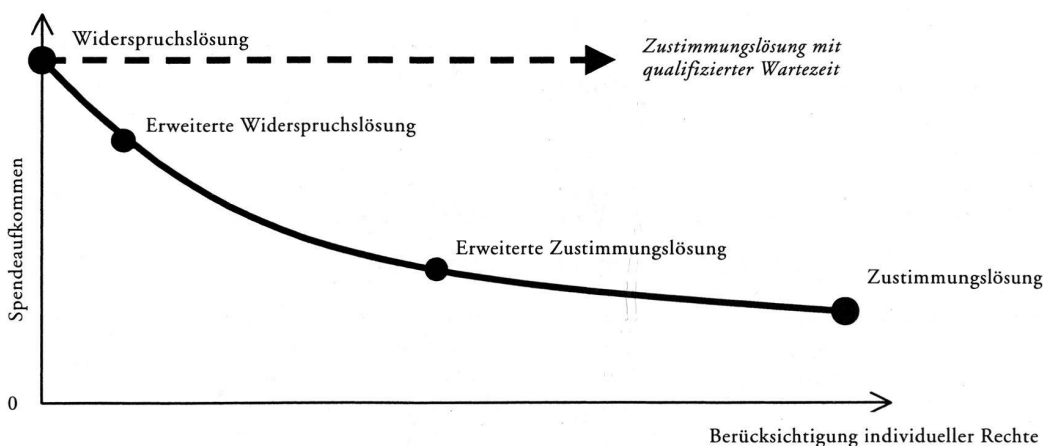


Abbildung: Überwindung des Dilemmas zwischen Zustimmung- und Widerspruchslösung. (Bei der «erweiterten» Zustimmung- bzw. Widerspruchslösung äussern sich die Angehörigen statt der spendenden Person.)

beispielsweise in Art. 23 Abs. 2 darauf geachtet, dass nicht zu viele Organe durch Transplantationstourismus von Ausländern die Schweiz verlassen. Ähnliche Grundsätze werden nach Art. 69 beim Austausch von Organen mit ausländischen Organisationen befolgt. Schliesslich haben Kantone im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens Massnahmen gegen den Transplantationstourismus gefordert.

Im Kollektiv ist der Grundsatz der Reziprozität von Geben und Nehmen offenbar unumstritten. Doch was kollektiv akzeptiert ist, muss auch individuell gelten. Denn in einem freiheitlichen Staat müssen sich kollektive Werte letztlich auf individuelle Werte zurückführen lassen. Es gibt nur einen Massstab: das Individuum. Der Gesetzesentwurf ist also mit seiner unterschiedlichen Behandlung der kollektiven und der individuellen Ebene inkonsistent. Es wäre daher nur folgerichtig, wenn das auf kollektiver Ebene akzeptierte Junktim zwischen Spenden und Empfangen auch auf der individuellen Ebene angewandt würde.

Fazit

Die Anforderungen an ein modernes, sachgerechtes Transplantationsgesetz erfordern beträchtliche Änderungen am vorliegenden Entwurf. Darauf kann hier nicht

im Detail eingegangen werden. Unabdingbar ist eine Änderung von Art. 24, der die Zuteilungskriterien nennt. Dort ist zu ergänzen:

«Im Knappheitsfall dürfen bei gleicher medizinischer Indikation und Wartezeit erklärte Spender gegenüber Nichtspendern nicht diskriminiert werden. Das Nähere regelt der Bundesrat.» ♦

Literatur

Charles B. Blankart, *Öffentliche Finanzen in der Demokratie*, 3. Auflage, Vahlen, München 1998.

Friedrich Breyer und Hartmut Kliemt, *Solidargemeinschaften der Organspender: Private oder öffentliche Organisation?* in: Oberender, Peter, Hrsg., *Transplantationsmedizin: Ökonomische, ethische, rechtliche und medizinische Aspekte*, Nomos Baden-Baden 1995, S. 135–160.

Eidgenössisches Departement des Innern, *Transplantationsgesetz. Erläuternder Bericht zum Entwurf*, Bern 1999.

Christian Kirchner, *Formen innerstaatlicher Interaktionsregeln für wirtschaftliche Prozesse*, Handbuch der Wirtschaftsethik, Bd. 2, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1999, S. 127–185.

Hartmut Kliemt, *Wem gehören Organe?* in: Johann S. Ach und Michael Quante, Hrsg., *Hirntod und Organverpflanzung – Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*, Stuttgart-Bad Cannstatt 1997, S. 271–287.

John Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge/Mass. (The Belknap Press of Harvard Univ. Press) 1971, deutsch: *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt 1975.

GEDICHTE

10 JAHRE DEUTSCHE WIEDERVEREINIGUNG

Zu den Gedichten von Rüdiger Görner in diesem Heft

10 Jahre deutsche Wiedervereinigung – die Frage nach der Bilanz stellt sich mit aller Macht, und doch ist es wohl vom Schwierigsten, sie zu beantworten. Rüdiger Görner, regelmässiger Autor der «Schweizer Monatshefte», hat die Beobachtungen, die er in den neunziger Jahren auf unzähligen Reisen durch die alte und neue Bundesrepublik machte, in den Kontext deutscher Geschichte und des Umgangs der Deutschen mit ihr gestellt – in 13 Gedichten über deutsche Städte und Landschaften, den Zwischentönen des Lyrischen mehr vertrauend als der analytischen Chronik.

Sechs Gedichte enthält die vorliegende Ausgabe der «Schweizer Monatshefte» auf den Seiten 8 und 50; sieben weitere Gedichte werden in den nächsten Ausgaben folgen.

MICHAEL WIRTH

Robert Heinrich Bider, geboren 1947, promovierte 1980 zum Dr. sc. techn. an der ETH Zürich. Nach einer Assistenz bei der Verwaltungsdirektion des Universitätsspitals Zürich leitete er den Bereich Betriebswirtschaft des Schweizerischen Krankenhauses in Aarau und wechselte 1985 in die Hirslandengruppe (7 Kliniken in der Schweiz), die er seit 1990 als Direktionspräsident leitet.

MEHR VERSORGUNGSQUALITÄT UND MEHR WIRTSCHAFTLICHKEIT

Vom öffentlichen Nutzen privater Kliniken. Ein Gespräch mit Robert Heinrich Bider, dem Direktionspräsidenten der Hirslandengruppe.

Die ausländischen Nachbarn beobachten die Entwicklungen im schweizerischen Gesundheitsbereich mit Interesse. In Deutschland ist man sogar der Ansicht, dass die vor knapp fünf Jahren im Zusammenhang mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz KVG eingeführten Änderungen geradezu vorbildlich sind. Dabei wurden «marktwirtschaftliche Elemente in das Modell eines solidarischen Gesundheitswesens integriert». In der Schweiz überwiegen hingegen die kritischen Stimmen zu diesem Gesetz. Die Sozialdemokraten stellen das aus ihrer Sicht unsolidarische Kopfprämiensystem in Frage, während bürgerliche Parteien die steuerfinanzierten Spitalsubventionen und den umfangreichen Katalog der Pflichtleistungen kritisieren. Wo sind die kritischen Punkte aus der Sicht eines privaten Anbieters? Robert Nef diskutierte darüber mit Robert Bider.

Robert Nef: Was brachte die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bislang?

Robert Bider: Tatsächlich brachte die Revision des KVG unter den Krankenkassen etwas mehr Wettbewerb. Wettbewerb ist aber kein Selbstzweck. Auch im Gesundheitswesen steht er im Dienst von zwei Zielen: Kostensenkung und Qualitätssteigerung. Ob wir durch das KVG diesen beiden Zielen wesentlich näher gekommen sind, bezweifle ich. Insgesamt ist der Gesundheitsmarkt auch in der Schweiz stark reguliert und staatlich fremdbestimmt. Was die Kassen bezüglich Kontrollen unternehmen ist unbedeutend.

Nef: Als Direktionspräsident einer Gruppe von Privatkliniken beurteilen Sie unser Gesundheitswesen aus unternehmerischer Sicht. Unternehmer müssen immer gleichzeitig die aktuellen Probleme in der Gegenwart lösen und trotzdem die mittel- und langfristigen Entwicklungstendenzen im Auge behalten. Zurzeit stehen in der Gesundheitspolitik der Schweiz vier Lösungsvarianten im Vordergrund: Erstens, weitere Erfahrungen sammeln mit dem bestehenden Gesetz; zweitens, im Rahmen einer «kleinen Reform» Korrekturen im Sinn von «Anpassungen» und «Reparaturen» vornehmen; drittens, einen innovativen grösseren Reformschritt in Richtung «mehr Markt und Privatautonomie» oder viertens eine sozial-

demokratische «Europäisierung» im Sinne von «mehr Staat und mehr Umverteilung». Was ist aus Ihrer Sicht vordringlich?

Bider: Auf jeden Fall wäre «mehr Staat» ein Schritt in die falsche Richtung. Als zentrales Reformpostulat sehe ich den Abbau der kantonalen Krankenhaussubventionen. Der Staat sollte allenfalls noch Leistungsaufträge formulieren, aber den Zugang zu den Spitälern, seien es nun öffentliche oder private, nicht mehr durch Interventionen und Subventionen steuern, sondern dem Wettbewerb unter den Nachfragern anheimstellen. Die Spitäler müssen vollumfänglich von den Benutzern bzw. von ihren Versicherern, den Krankenkassen, finanziert werden, nur dann gibt es einen funktionierenden Wettbewerb. Um die Krankenkassenprämien auf einem erträglichen Niveau halten zu können, kann der Staat jedoch nicht vollständig aus der Gesundheitsfinanzierung entlassen werden. Es sollten keine Subventionen mehr an die Leistungserbringer ausgerichtet werden. Staatliche Fallbeiträge an den Grundversicherungsanteil der bezogenen medizinischen Leistungen müssten für bezahlbare Prämien sorgen. Grundsätzlich stelle ich auch das Versicherungsobligatorium in Frage, weil es letztlich zu einer permanenten Ausweitung des Leistungsangebots tendiert, das nur noch über einen

Wir stellen fest, dass beispielsweise öffentliche Spitäler versuchen, unser erfolgreiches Konzept der Kompetenzzentren zu kopieren.

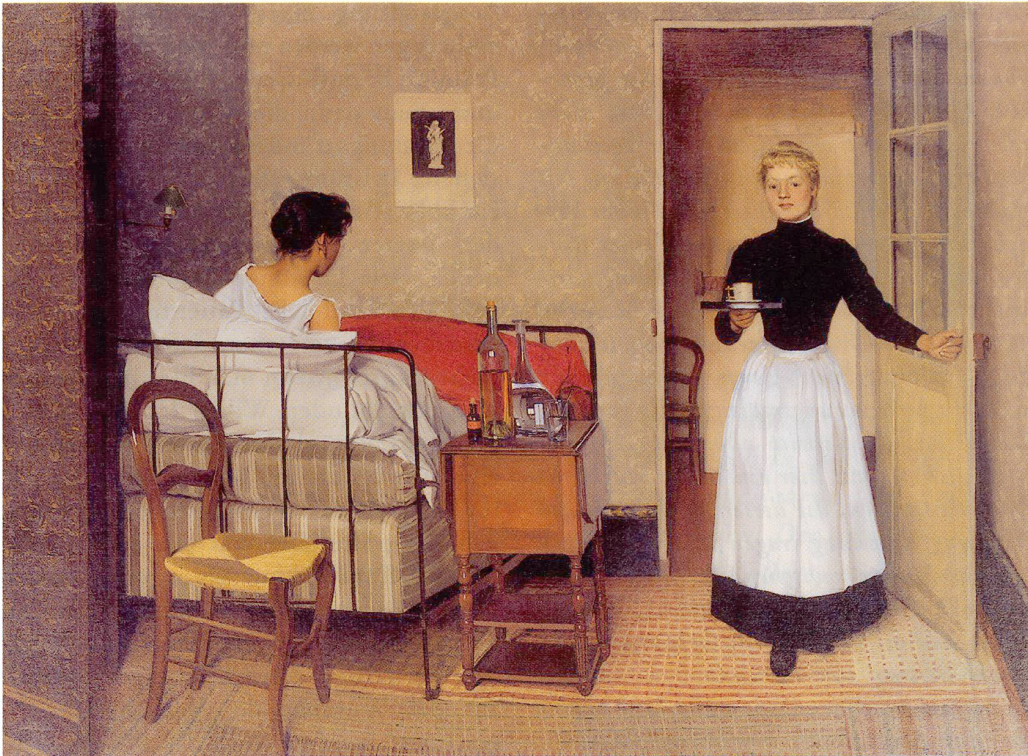
allgemeinen Qualitatsabbau oder durch Verlangsamung mittels Wartefristen vor dem totalen Zusammenbruch infolge unbegrenzter Begehrlichkeiten gerettet werden kann. Schon heute führen Bedurfnisklauseln für teure technische Geräte, wie sie beispielsweise der Kanton Neuenburg eingeführt hat, zu längeren Wartezeiten, was einer versteckten Rationierung gleichkommt. Trotz einer ungünstigen langfristigen Prognose halte ich eine Abschaffung des Obligatoriums in absehbarer Zeit für unwahrscheinlich. Mehr Chancen hat ein gezieltes «Abspecken» der obligatorischen Grundleistungen. Der generelle Anspruch auf neueste, ausserordentlich teure Heilverfahren (etwa im Bereich der Gentechnologie) kann in Zukunft nicht mehr gewährleistet werden. Der Staat kann und soll auch nicht alle irgendwie möglichen Angebote pauschal mittragen und mitfinanzieren, es ist ja auch in andern Lebensbereichen selbstverständlich, dass niemand Anspruch auf eine fremdfinanzierte Maximalversorgung haben kann.

Nef: Man hört immer wieder den Vorwurf, dass sich die Privatkliniken nur auf die kommerziell interessanten Fälle konzentrieren und insbesondere die teuren Behandlungen und die allgemein versicherten Patienten in die üblichen Spitäler abschieben. In Ihrem Jahresbericht 1999 tönt es allerdings anders. Da liest man z.B. von Ihrer Clinique Cecil in Lausanne, sie habe das Ziel, als Zentrum für ambulante Medizin einen «erstklassigen Qualitätsstandard auch für grundversicherte Patienten anzubieten». Sind Sie da wirklich konkurrenzfähig?

Bider: Selbstverständlich. Mit unseren in die Kliniken integrierten Ambulatorien können eine grosse Zahl von grundversicherten Patienten die Leistungen unserer Spezialisten in Anspruch nehmen, ohne dass sie über eine Zusatzversicherung verfügen müssen. Die steigende Zahl der behandelten Patienten widerspiegelt das Bedürfnis nach solchen Angeboten. Im stationären Bereich sind solche Lösungen allerdings nur dann möglich, wenn wir über entsprechende Leistungsverträge mit dem Wohnortkanton des Patienten verfügen. Solche Lösungen liegen aber im Trend. Möglicherweise werden in nächster Zeit viele bisher übliche Spitäler privatisiert oder teilprivatisiert. Da wir in

den üblichen Spitälern die unendliche Ausdehnung des Leistungsangebotes im Sinn einer vollständigen Ausschöpfung aller Möglichkeiten des medizintechnischen Fortschrittes nicht mehr finanzieren können, sind in Zukunft auch im Gesundheitswesen private Angebote immer aktueller, d.h. es entsteht ein Bereich des Gesundheitswesens, der mit dem Staat nichts mehr zu tun hat. Wer an einer unverzüglichen Behandlung ohne Wartefristen und ohne Qualitatseinbusse durch Rationierung interessiert ist, wird sich entsprechend privat versichern und entsprechend höhere Prämien bezahlen. Man kann einwenden, dass ein solches System eine «Mehrklassenmedizin» bewirke, und dieser Einwand ist nicht von der Hand zu weisen. Man weiss allerdings, dass es tatsächlich eine «Mehrklassenmedizin» für bestimmte Privilegierte gerade auch in egalitären sozialistischen Gesundheitssystemen schon immer gegeben hat und gibt. Die Möglichkeit, vor einem rationierten oder teilrationierten Gesundheitswesen als Privatpatient ins Ausland auszuweichen, kann faktisch gar nicht eingeschränkt werden. Die Grenzen zwischen «üblich» und «privat» werden immer flie ssender. Die Entwicklung im Gesundheitswesen führt beispielsweise zu einer immer intensiveren Vernetzung von stationärer und ambulanter Medizin, und letztere wird ja generell privat angeboten. Der Druck im Hinblick auf mehr Privatisierung kommt weniger von der Politik als von der tatsächlichen Entwicklung auf der Nachfrage- und auf der Angebotsseite.

Der Vorwurf, dass sich private Anbieter auf die finanziell attraktiven Patienten konzentrieren, ist überhaupt nicht gerechtfertigt, denn wir selektionieren ja unsere Patienten nicht, sondern behandeln und pflegen jene, welche unsere Dienste beanspruchen wollen. Es zeichnet sich sogar ab, dass ausgerechnet die ganz schweren und anspruchsvollen Fälle zu uns kommen, weil sich unsere Angebote offenbar positiv von jenen gewisser Universitätskliniken unterscheiden. Wir stellen fest, dass beispielsweise übliche Spitäler versuchen, unser erfolgreiches Konzept der Kompetenzzentren zu kopieren. In den letzten Jahren haben wir auch die Notfallstationen ausgebaut. Die Tatsache, dass wir auch unsere Infrastruktur selbst finan-



Félix Vallotton,
La Malade, 1892,
Huile/Toile, 74 x 100 cm.
Collection particulière,
Suisse.

zieren müssen und – wie eingangs erwähnt – grundsätzlich auf einer Finanzierung durch die Patienten bzw. ihre Versicherer basieren, zwingt uns zu einer dauernden Mitberücksichtigung finanzieller Gesichtspunkte. Dies hat dazu geführt, dass wir in vielen Fällen nachweisbar kostengünstiger arbeiten. Die Zeiten, in denen die Kostenfrage im öffentlichen Gesundheitswesen tabu war, sind definitiv vorbei. Auch die Gemeinwesen kommen nicht darum herum, das Gesamtvolumen der öffentlichen Gesundheitsinvestitionen zu definieren und einen optimalen Mitteleinsatz zu planen.

Nef: Könnten Sie sich eine vollständige Privatisierung des Gesundheitswesens vorstellen, d.h. eine Ersetzung der Gesundheitspolitik durch den Gesundheitsmarkt und eine Unterstützung der Bedürftigen durch sozialpolitisch motivierte Subjekthilfe, die allen den Zugang zu den notwendigen Leistungen des Gesundheitsmarktes ermöglichen?

Bider: Ein solcher Vorschlag ginge noch wesentlich weiter als das amerikanische System, das zwar auf einem freien Gesundheitsmarkt basiert, ergänzt jedoch durch ein gesundheitspolitisches Auffangnetz, das auch Unbemittelten eine medizinische Grundversorgung – übrigens auf einem im internationalen Vergleich beachtlichen Niveau – gewährleistet. Ein

Modell, das jegliche soziale Komponente aus dem Gesundheitswesen ausklammert und die Nachfrager nur noch über sozialpolitische Subjekthilfe in die Lage versetzt, eine Minimalversorgung abzuschließen, stünde weltweit ziemlich einmalig da und ist m.E. unrealistisch.

Nef: Ob es tatsächlich weniger sozial wäre, bleibt für mich eine offene Frage, weil sich die Unterstützung aus öffentlichen Mitteln ganz gezielt auf die Gruppe der jeweils Bedürftigsten konzentrieren könnte.

Bider: Ein definiertes Grundleistungsangebot zu definierten Preisen hat auch in Kombination mit marktwirtschaftlichen Angeboten durchaus Vorteile. Die Gefahr, dass in einem rein marktwirtschaftlichen Gesundheitswesen Leistungen zu überhöhten Preisen angeboten werden, ist nicht von der Hand zu weisen. Das grösste Problem eines freien Gesundheitsmarktes ist die Tatsache, dass der Patient im allgemeinen nicht in der Lage ist, abzuschätzen, welche Leistungen er wie hoch versichern soll und welche Risiken er eingeht, wenn er auf die Versicherung oder die Inanspruchnahme gewisser Leistungsangebote verzichtet.

Nef: Das Problem beschäftigt mich auch. Gibt es den «gesundheitsmündigen Menschen», der genügend informiert ist, um seine potentielle Nachfrage nach eigenen

Ein Modell,
das jegliche
soziale
Komponente
aus dem
Gesundheits-
wesen
ausklammert,
stünde weltweit
ziemlich einmalig
da und ist
meines Erachtens
unrealistisch.

Möglicherweise
entsteht hier
ein neuer
Markt für
Dienstleistungen,
die dieser
Nachfrage
nach Beratung
Rechnung
tragen.

Vorstellungen «massgeschneidert» zu rationalisieren? Möglicherweise sind jene Informationen, die ein rationales Verhalten gegenüber Gesundheitsrisiken ermöglichen, nicht oder noch nicht erhältlich. Eine «gesundheitliche Lebensplanung» in Verbindung mit einer Lebens-Finanzplanung und einer Versicherungsplanung, basierend auf einer Risikoanalyse mit entsprechenden Lösungsvarianten wäre ihrem Wesen nach dauernd anzupassen, auch an die neueste Entwicklung der Medizintechnik, denn kaum jemand will sich versicherungsmässig völlig vom medizinischen Fortschritt abkoppeln. Möglicherweise entsteht hier ein neuer Markt für Dienstleistungen, die dieser Nachfrage nach Beratung Rechnung tragen und einen dauernden Dialog zwischen Fachleuten und Laien in Gang halten. Auch das Bildungswesen und die Medien sind herausgefordert, einen Beitrag zur Gesundheitsmündigkeit zu leisten, es sei denn, man überlasse es einfach dem Staat, in diesem vitalen und höchst persönlichen Bereich Angebot und Nachfrage zu regulieren.

Bider: Ich sehe im privaten Bereich durchaus Entwicklungsmöglichkeiten. Herausgefordert sind die Versicherungen, welche die Interessen ihrer Versicherten optimal wahrnehmen müssen, wenn sie im Wettbewerb bestehen wollen. Selbst wenn wir im Grundleistungsbereich am Obligatorium festhalten, gibt es sehr wohl den wichtigen Bereich der Zusatzversicherungen, wo in einem Dialog auch durchaus kostengünstigere Varianten ausgehandelt werden können. Die private Zusatzversicherung sollte sich nicht ausschliesslich auf zusätzliche «Extras» konzentrieren, welche die Prämie verteuern. Das Problem des bewusst in Kauf genommenen Verzichts auf lebensverlängernde Massnahmen sollte beispielsweise in die autonome

Ausgestaltung einer Versicherungspolice einbezogen werden und auch die Höhe der Prämie beeinflussen. Selbstverständlich muss man dann die Möglichkeit haben, die Meinung zu ändern und eine nicht versicherte Leistung selbst zu finanzieren. Da ein hoher Anteil der Gesundheitskosten in den letzten Lebensmonaten anfällt, in denen viele Leistungen konsumiert werden, die zahlreiche Patienten gar nicht ausdrücklich wünschen, ist es überhaupt nicht zynisch, wenn man hier in Übereinstimmung mit dem Willen der Betroffenen ein neues persönliches Kostenbewusstsein, eine Abwägung der persönlichen Motive für oder gegen lebensverlängernde Massnahmen postuliert. Was mir vorschwebt, ist die Entwicklung einer erstklassigen Versicherung, welche möglichst nahe an den persönlichen Vorstellungen der Versicherten ist und deren Leistungen optimal auf die Wünsche der Versicherten abgestimmt werden, auch im Bereich der Kosten und Nutzen, im engeren und im weiteren Sinn. Da könnten beispielsweise auch persönliche Wünsche bezüglich jährlichem *Check-up* und die Speicherung von Gesundheitsdaten mit weltweit vernetztem Zugriff berücksichtigt werden.

Nef: Sollen wirklich auch im Gesundheitswesen die wirtschaftlichen Überlegungen ins Zentrum rücken?

Bider: Es ist unverantwortlich, wenn man trotz grundsätzlich beschränkter Mittel unbeschränkte Leistungen verspricht. Wenn die öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen beschränkt werden, was – auf welchem Niveau auch immer – in Zukunft unumgänglich ist, muss man öffentlich dazu stehen und die Möglichkeit offen lassen, sich zusätzlich privat zu versichern. Alle andern Lösungen sind nicht nur unfreiheitlich, sondern auch unehrlich. ♦

Seit 1996 steigt die Zahl der Menschen an, die sich nach eigenem Empfinden grundsätzlich sehr gut fühlen. Entsprechend sinkt die Zahl derjenigen, denen es «gut» geht. Demgegenüber ist die Zahl der Personen, die ihren Zustand als «nicht gut» bezeichnen, seit 1991 mehr oder weniger stabil geblieben.

In: PETRA HUTH, CLAUDE LONGCHAMP, Kostendruck bewirkt wachsendes Leistungsbewusstsein, 1. Trendstudie «Gesundheitsmonitor '99», S. 35, GfS-Forschungsinstitut, Interpharma, Basel 1999.