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

Artikel: Krankenversicherung für mündige Menschen
Autor: Nef, Robert
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-166318

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: 07.08.2025

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

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 konfliktträchtiger 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 Vergleichgrössen 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 langfristigen 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*).

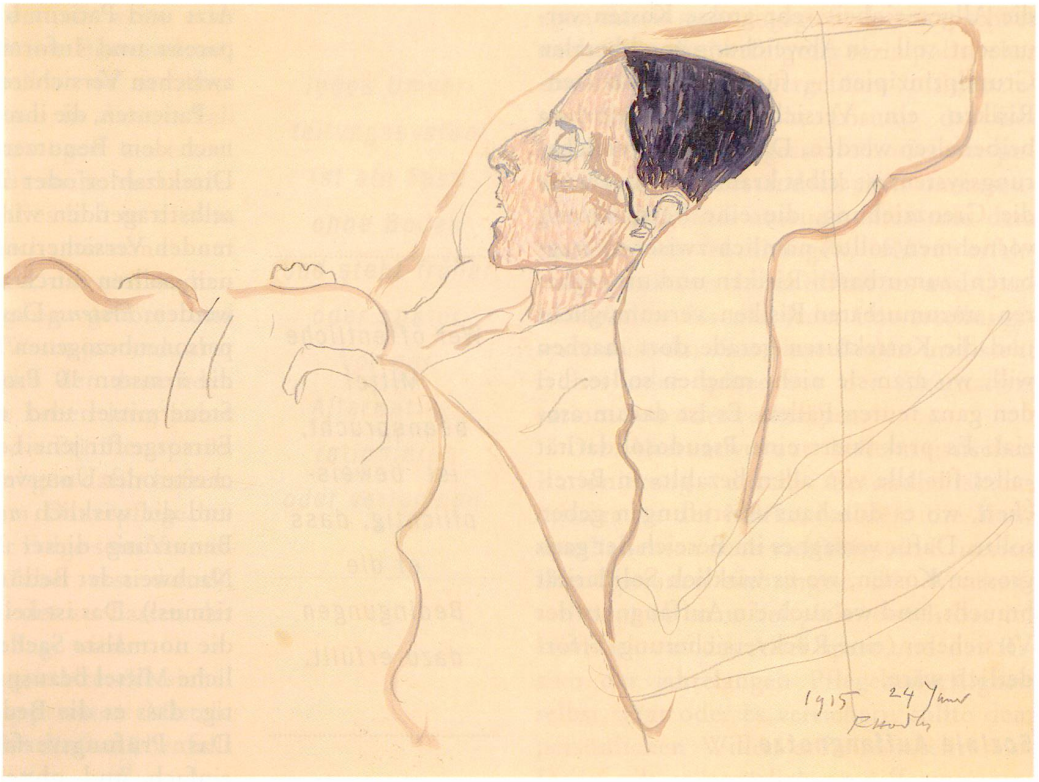
Was heisst «Zweiklassenmedizin»?

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

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

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 *not*wendig 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 Vermögenslose 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 unsolidarisch 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 anderseits 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 Erbenschutz. 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 Prämiengelder, sind die Reichen 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.

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?

Der mündige Versicherte ist zum Teil noch eine Utopie.

Unsere Krankenkassen und Versicherungen sind auf Lösungen mit hoher

Selbstverantwortung, die stets einen guten Informationsstand voraussetzten, schlecht vorbereitet. Der mündige Versicherte ist zum Teil noch eine Utopie, weil die Voraussetzungen hiefür 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 praktizierbare 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.

Über 50 Jahre Staatskrücken haben die ganze Branche von den entscheidenden Fragen abgeschirmt.

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 allgemeinen 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?

Solidarität kann als eine menschliche Regung nicht zwangsweise verordnet werden.

Wie steht es aber mit der vielbeschworenen 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. ✦