

# Für ein politikfreies Gesundheitswesen

Autor(en): **Gebauer, Carlos A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur**

Band (Jahr): **89 (2009)**

Heft 972

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-168327>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Ansprüche an das Gesundheitswesen steigen. Die Preise der Behandlungen ebenfalls. Und zuletzt auch die Krankenkassenprämien. Das müsste nicht sein. Ein Vorschlag aus deutscher Sicht

## Für ein politikfreies Gesundheitswesen

Carlos A. Gebauer

Deutsche blicken oft wehmütig auf die Schweiz. Denn in dieser scheinen Selbstverantwortung, Eigentum und Freiheit vor Staatsadministration noch mehr zu gelten als in der Heimat. Um so erstaunlicher ist es, dass ein politikfreies Krankenversicherungssystem wohl ausgerechnet in Deutschland einfacher zu realisieren wäre als in der Schweiz – wenn der demokratische Wille dazu bestünde. Warum ist das so?

Zentrale Aufgabe eines jeden Versicherungssystems ist es bekanntlich, persönliche Eigenverantwortung und gemeinschaftliche Risikobewältigung in ein stabiles, wechselbezügliches Gleichgewicht zu bringen. Dies zu erreichen, ist im Gesundheitssektor – namentlich einem öffentlich-rechtlichen – ganz besonders schwierig. Denn gerade dort besteht die immerwährende politische Versuchung, aus wahltaktischen Gründen populistisch in das System einzugreifen. Wer nämlich hier Leistung ohne klar korrelierende Zahlungspflicht verspricht, weiss rasch Mehrheiten hinter sich.

Das ewige menschliche Dilemma, den einerseits prinzipiell grenzenlosen Überlebenswillen mit andererseits prinzipiell begrenzten Mitteln gegen Krankheit und Verfall durchsetzen zu müssen, provoziert ganz traditionell politische Erlösungsversprechen. So haben bekanntlich jüngst nicht einmal die relativ interventionsskeptischen Schweizer der Versuchung widerstehen können, per Gesetz das Leistungsversprechen ihrer Krankenversicherer auf Naturheilmethoden auszudehnen. Mit jedweden Ansprüchen aber steigen die Preise, mit den Preisen die Unzufriedenheit, mit ihr das Unwohlsein und mit ihm nicht nur der Bedarf nach einem Arzt.

Genauso materialisiert sich typischerweise jenes menschliche Dilemma auch für den Demokraten. Durch Mehrheitsentscheidungen schafft er sich Legalität. Gelingt es, diese um ein ethisches Argument zu ergänzen, brechen alle diskursiven Dämme gegen die Mehrheitsgewalt. Das Legale wird legitim. Dies ist der übliche Gang aller Gesundheitspolitik. Sie wägt Leben und Gesundheit hüben mit Eigentum und Vermögen

drüben ab; das Ergebnis steht immer fest. Alle staatlichen Gesundheitssysteme, die unter dem Vorbehalt politischer Intervention stehen, fassen auf exakt diesem abschüssigen Grund. Zuletzt überrollt der unbeschränkte Anspruch die materielle Reserve, das System bricht zusammen.

Wie liesse sich dem Dilemma entkommen? Ein psychotherapeutisches Vorgehen bestünde im Fruchtbarmachen der Selbstrückbezüglichkeit. Würde man Leistungskataloge nicht länger extern politisch bestimmen lassen, sondern das Definitionsrecht konkret jeder Versichertengemeinschaft selbst zuweisen, ergäben sich unabsehbare Gestaltungsmöglichkeiten, um dieser Spirale zu entkommen. Jede Leistung und ihre Begrenzung beruhte dann auf einer von den Verbrauchern – in freigewählter Gemeinschaft mit anderen – intern selbst getroffenen Entscheidung. Zugleich würde sichergestellt, dass alle Regelgeber auch persönlich betroffen sind. Gesundheitsinteressen und Eigentümerinteressen würden in einer Person zusammengeführt, getreu der Weisheit, dass nur derjenige über den Kurs eines Schiffes mitbestimmen soll, der eigene Ladung an Bord hat. Der politische Griff in fremde Taschen würde weithin eliminiert. Transferzahlungen fänden nur dort statt, wo der Versicherungsfall vorliegt.

Die Gesetzespflicht, sich gegen diese Kostenrisiken bei einer selbst ausgewählten Gesellschaft zu versichern – die ihrerseits für dieses Geschäft zugelassen ist und der Aufsicht unterliegt –, würde nur noch einen äusseren Rahmen bilden.

Das ewige menschliche Dilemma, den einerseits grenzenlosen Überlebenswillen mit andererseits begrenzten Mitteln gegen Krankheit und Verfall durchzusetzen, provoziert politische Erlösungsversprechen.

Denkbar wäre sogar, allen geschäftsfähigen Bürgern ab einem bestimmten Mündigkeitsalter Zug um Zug gegen die Erklärung eines unwiderruflichen lebenslangen Verzichts auf jedwede staatliche Gesundheitshilfe – beispielsweise zu Protokoll eines entsprechend zur Aufklärung über die Folgen verpflichteten Notars – Versicherungsfreiheit zuzugestehen. Bei späterhin völliger Hilflosigkeit würde sich Hilfe dann auf reine Palliativmedizin reduzieren. Dies erscheint ethisch vertretbar; Hilfsoptionen gab es und – *volenti non fit iniuria* (dem Willigen geschieht kein Unrecht).

Der Gesetzgeber erhielte jedenfalls keinen Zugriff mehr auf die binnendemokratische Struktur der Versicherung. Aus dem heutigen Mitspieler «Staat» würde ein unpartei-

ischer Schiedsrichter. Er würde nur noch alle Gesellschaften verpflichten, per allgemeinem Kontrahierungszwang jeden ohne Ansehen von Person, Alter und Gesundheitszustand zu einem intern einheitlichen Beitrag zu versichern.

In dieser Umwandlung läge zwar ein massiver Eingriff in die Strukturen bestehender privater Krankenversicherungsgesellschaften. Indes ist genau dies die Chance für eine Vorreiterstellung Deutschlands bei der Schaffung des politikfreien Gesundheitswesens der Zukunft. Denn deutsche Krankenkassen sind eben keine privaten Wirtschaftsunternehmen, sondern öffentliche Körperschaften. Sie sind niemandes Eigentum und können also in die Form einer zivilrechtlichen Gesellschaft umgewandelt werden.

Das neugeschaffene Eigentum erhielten per Gesetzeszuweisung die Versicherten selbst. Da sich alle Versicherten innerhalb ihrer eigenen Gesellschaft fachkundig beraten lassen können, entfele die «Informationsasymmetrie» gegenüber medizinischen Dienstleistern. Die eigene Versiche-

Das neugeschaffene  
Eigentum erhielten per  
Gesetzeszuweisung  
die Versicherten selbst.  
Aus Sozialstaatsuntertanen  
würden souveräne,  
solidarisch handelnde  
Versicherungseigentümer.

rungsgesellschaft wäre Partner bei der Prüfung sowohl der ärztlichen Heil- und Kostenpläne, als auch bei der Rechnungsprüfung. Da Überschüsse den Versicherten zukämen, hätten sie fortan einen Anreiz zum Kosten sparen. Aus Sozialstaatsuntertanen würden souveräne, solidarisch handelnde Versicherungseigentümer.

Was aber geschähe, wenn Gesellschafter einen zu knapp definierten Prämien- und Leistungskatalog beschlössen und deswegen Versicherungsleistungen nicht hinreichend erbringen könnten? Dann wäre die Gesellschaft der nach wie vor sozialhilferechtlich subsidiär eintretenden öffentlichen Stelle zum Ersatz derer Aufwendungen aus den Mitteln des Vermögens der Versicherungsgesellschaft verpflichtet, soweit auch der Patient selbst zahlungsunfähig ist. Auch hier würde eine selbstrückbezügliche Doppelanbindung vorgenommen. Was die Versichertengemeinschaft an primären Leistungsrückstellungen böswillig zu bilden unterliesse, muss sie unter Haftungsandrohung für den Regress sekundär bereithalten.

Sozialstaatliche Gründe würden dennoch Hilfszahlungen erfordern. Versicherungspflichtige, die persönlich nicht in der Lage sind, die fälligwerdenden Beiträge zu bezahlen, er-

hielten einen gesetzlichen Anspruch, dass ihnen ihr Beitrag aus Steuermitteln zur Verfügung gestellt wird. Nur dann, wenn sie die Mitwirkung zur Beitragssicherstellung unterliessen, hätten sie persönlich für diese Beiträge zu haften.

Auf Anzeige des Betroffenen an das Finanzamt überweise dieses die von der Versicherung fälliggestellten Beiträge unmittelbar an diese. Die freie Wahl eines Versicherers wäre auch für den gewährleistet, dessen Beiträge vom Finanzamt kämen. Auch seinem Stimmrecht innerhalb der Versicherung stünde diese Hilfe nicht entgegen. Erst wenn mehr als 30 Prozent der Gesellschafter öffentliche Beitragssubventionierung in Anspruch nähmen, bliebe vorbehalten, deren Stimmrecht durch Mehrheitsbeschluss aller übrigen Gesellschafter so lange auszusetzen, bis die Zahl der subventionsberechtigten Gesellschafter wieder unter das Quorum sinkt. Dadurch würde sichergestellt, dass selbst Beitragsfreigestellte die Leistungskataloge nicht zu Lasten Dritter überfrachten könnten.

Eine gesetzlich garantierte, grundsätzlich allgemeine Medikations- und Therapiefreiheit würde sicherstellen, dass der medizinische Fortschritt auf Nachfragerseite im wesentlichen nur von einem wirtschaftlichen Faktor abhängt: davon nämlich, für welche Leistungen die Versicherungsgesellschafter sich selbst Kosten zu erstatten bereit sind. Zwischen Versicherungsgesellschaften und Ärzten, Krankenhäusern oder Apotheken gäbe es – anders als heute in Deutschland – grundsätzlich keine unmittelbaren Vertragsbeziehungen. Wenn sich die Patienten bei jeder Inanspruchnahme von Leistungen nämlich persönlich den Rücken durch Erstattungszusagen ihrer Versicherungsgesellschaft freihalten müssen, balancieren sie in ihrer gleichzeitigen Eigenschaft als Versicherungsgesellschafter die Leistungspreise mit aus. Damit wird das Preissystem auch transparent – woran es heute fehlt –, weil jede heutige Versichertenkarte noch immer einem Blankocheck zum Leistungseinkauf gleichkommt.

Alle staatliche Kontrolle bliebe darauf beschränkt, Zulassungen und Gewerbeerlaubnisse zu erteilen, die wirtschaftliche Ordnungsmässigkeit des Versicherungsgeschäftes zu überwachen und haftungs- sowie strafrechtlichen Schutz gegen Fehlleistungen zu garantieren. Die Einhaltung von Regeln der Berufsethik würde autonom von den Kammern überwacht. Auch in der Preisgestaltung blieben alle Beteiligten frei. Andere als kartellrechtliche Interventionen des Staates würden ausgeschlossen.

Zwar kann die Schweiz diesen für Deutschland umrissenen Weg nicht in gleicher Weise beschreiten, weil ihre Versicherungsgesellschaften nicht ebenso durchgängig als öffentlich-rechtliche Behörden ausgestaltet sind. Aber es liessen sich andere Wege finden, die zur gedeihlichen Systemsteuerung unerlässliche Selbstrückbezüglichkeit auch dort herzustellen.

CARLOS A. GEBAUER, geboren 1964, ist Jurist und Autor. Soeben erschien von ihm «Der Gesundheitsaffront. Plädoyers für die Entpolitisierung unserer Gesundheit» (2009).