

Gedanken zur Revision des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG)

Autor(en): **Birkhäuser, Hans**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **41 (1961-1962)**

Heft 12

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-161282>

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.

Gedanken zur Revision des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG)¹

HANS BIRKHÄUSER

Das KUVG trägt das Datum des 13. Juni 1911. Es ist bis heute in Kraft. Seit 50 Jahren haben sich die Medizin als Wissenschaft und die Struktur der Bevölkerung, deren ärztliche Betreuung das Gesetz neuerdings ganz regeln will, sehr stark verändert. Niemand unter den Gründern des KUVG konnte diese Entwicklung voraussehen. Wenn heute das Gesetz revidiert werden soll, so genügt es nicht, seine Verästelungen zurechtzustutzen. Wenn sich die Verhältnisse so stark verändert haben, so sollte untersucht werden, ob seine Gesamtkonzeption den neuen Verhältnissen noch gerecht wird. Eine eingehende Diskussion würde den Umfang eines Buches erreichen. Hier soll lediglich versucht werden, einige Tatsachen zu erwähnen, welche bei einer Revision zu berücksichtigen sind.

Die Heilkunde bleibt Heil-Kunst

Es gibt körperliche und seelische Krankheiten. Sie gehen oft ineinander über und sind in diesem Falle schwer unterscheidbar.

Für die Beurteilung der seelischen Leiden gibt es keine Maßstäbe, welche wäg- und meßbare Werte liefern. Diagnose und Therapie beruhen auf bloßer Erfahrung und deren Tradition. (Die Teste bedeuten dem Erfahrenen nicht mehr als ein Hilfsmittel.)

Es wäre ein Irrtum, zu glauben, die Mehrzahl auch der körperlichen Leiden lasse sich — namentlich zur Zeit ihres Beginns — durch Maß und Berechnung erfassen.

Es ist gleichfalls unmöglich, die Bedeutung eines erkannten Leidens für die jeweils einmalige Persönlichkeit des Kranken rechnerisch exakt zu beschreiben. Alle Prozentzahlen, welche für praktische Bedürfnisse im Gebrauch sind, bleiben «schreckliche Simplifikationen». Das spricht nicht gegen ihre Verwendung für den Haus- und Versicherungsgebrauch. Man sollte sich nur ihrer beschränkten Gültigkeit bewußt bleiben.

¹ Es handelt sich um eine persönliche Stellungnahme ohne Beziehung zur Haltung der offiziellen Ärzteorganisationen.

Daraus folgt mit Notwendigkeit, daß die Heilkunde in weit größerem Ausmaß Kunst — ärztliche Kunst — geblieben ist, als gemeinhin angenommen wird. Als Kunst vermag sie ihre Urteile und Handlungen rechnerisch nicht zu begründen, sondern muß auf Eindrücke, Überlieferung und persönliche Erfahrung abstellen. Jedes wirtschaftliche Bezugssystem, das den Arzt zur Rechenschaft und Abrechnung nach technischen und kaufmännischen Regeln zwingt, ist deshalb von Grund auf verfehlt, denn es ist dem künstlerischen Anteil seines Berufes unangemessen.

Auch der Fortschritt hat aus der Kunst keine totale Wissenschaft gemacht

In den letzten Jahrzehnten hat die Heilkunde als angewandte Naturwissenschaft ungeheure Fortschritte gemacht. Der Arzt ist heute, im Gegensatz zum Jahre 1911, in der Lage, eine große Zahl von Lebensvorgängen und Krankheiten genau zu verfolgen. Was er zählend, wägend und messend festhält und lenkt, kann er nach technischen Regeln beschreiben und nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten verrechnen; aber nur das allein.

Je weiter er derart untersuchend ins Innere des Patienten vordringt, um so weiter weichen die Grenzen des Meßbaren zurück. (Dieselbe Erfahrung ist in der Physik gemacht worden, deren Gegenstände viel einfacher sind als alle biologischen, ganz zu schweigen vom Menschen).

Der Kranke als ein Ganzes ist durch die Summe aller Einzelerfahrungen um keine Spur verständlicher oder gar berechenbarer geworden, als er es gewesen ist. (Das hat seine Auswirkungen auf den Begriff der Freiheit. Wohl lassen sich am Patienten grobe Berechnungen anstellen, und er reagiert häufig in der gewünschten Weise darauf. Seine Gesamtperson entzieht sich jedoch im großen ganzen der Berechnung, und wird sie ihr dennoch unterworfen, so mag sie sich sichtbar fügen; im Unsichtbaren bleibt sie so frei wie zuvor.) Die Zahl der unbekanntem, krankheits- und gesundheitsbedingenden Faktoren übertrifft jedenfalls diejenigen der heute und in absehbarer Zukunft bekannten um ein Vielfaches.

Naive und Halbgebildete allerdings schätzen das Ausmaß der ungelösten Aufgaben gering ein. Als Neureiche der Wissenschaft lassen sie sich von Anfangserfolgen blenden. Ist man fortgeschritten, so meinen sie, am Ziel zu sein. Am Ziel sein bedeutet aber, das Anrecht auf abschließende und endgültige Urteile erworben zu haben. Im Fall der Medizin würde das heißen, man sei in der Lage, jeden Kranken im ganzen Umfang seiner Person ermessen und richtig und vollständig beurteilen zu können, um ihn zuletzt in eine Skala endgültig festgelegter Normen einzustufen. Die hier eingetragenen Werte ließen sich auf einen Kontenplan übertragen, in Geld umrechnen, addieren und, derart verwandelt, aufs Konto «Medizin» zum Lastenausgleich überweisen. Der

Vorgang wäre nur quantitativ verschieden von Einkauf und Bezahlung im Warenhaus.

Die Fortschritte der Medizin in der Richtung auf eine Naturwissenschaft werden bis auf weiteres andauern. (Es ist zu hoffen, die Fülle der festgelegten und noch festlegbaren Einzelheiten möge nicht über das Ausmaß der Fortschritte im wesentlichen hinwegtäuschen.) Ähnliches gilt für den Menschen als Gegenstand dieser unfertigen Wissenschaft. Er bleibt, wie sie, ein offenes, unüberblickbares System, das in seiner Totalität unberechenbar ist. Diese Tatsache wird durch die Berechenbarkeit einzelner seiner Funktionen nicht widerlegt.

Die Versicherung bleibt auf den quantitativen Anteil der Heilkunst beschränkt

Diesen beiden offenen, unfertigen und unüberblickbaren Systemen soll nun das fertige, geschlossene und überblickbare System der Krankenversicherung ganz übergeworfen werden. Tatsächlich bedarf die ärztliche Tätigkeit einer wirtschaftlichen Grundlage. Weder Diagnostik noch Therapie können verschenkt werden. Das Geld ist jedoch nur eine Nebensache, welche die Hauptsache ermöglicht, nicht aber die Hauptsache, um welche sich die ärztliche Praxis dreht.

Die Unkosten werden durch folgende ärztliche Leistungen verursacht: a) ihre Quantität, b) ihre Schwierigkeit, c) die Dauer der einzelnen Leistung, d) die Art ihrer Anwendung, das heißt ihre Qualität, e) die allgemein menschlichen Qualitäten des Arztes, f) dieselben Qualitäten des Patienten. Außerdem ist der aktuelle und zukünftige finanzielle Bedarf des Arztes und seiner Familie wie auch die finanzielle Leistungsfähigkeit des Patienten in Betracht zu ziehen. Von diesen Teilfaktoren der ärztlichen Leistung kann nur eine einzige messend in Rechnung gesetzt werden: die erste. Schon die zweite und dritte unterliegen dem Ermessen, und die vierten bis sechsten sind vollends unfaßbar. — Die finanziellen Bedürfnisse von Arzt und Patient lassen sich wenigstens abschätzen. Nun sind aber die qualitativen und unfaßbaren Faktoren nicht irrelevant. Sie sind es vielmehr, welche den nicht quantifizierbaren Anteil des Krankseins beherrschen und damit zugleich die Symptome, welche Gegenstand der Heilkunst sind. Das weiß im Grunde jeder, der ärztliche Hilfe beansprucht.

Mit der Zunahme der wirksamen und quantitativ faßbaren Leistungen, welche sich berechnen lassen, wächst ihr relatives Gewicht in der ärztlichen Praxis. Die Bedeutung der gleichfalls wirksamen, aber nur qualitativ vom Patienten erfahrbaren Maßnahmen nimmt deswegen keineswegs ab. Weil Qualitäten aber in einem Rechnungswesen, das nur nennbare Posten enthält, nicht erscheinen, geraten sie in Vergessenheit. Das Gesichtsfeld füllt sich mit Quantitäten aus.

Die Heilkunde als Wissenschaft 1911 und 1962

Von einem primitiven Medizinalwesen hatten seinerzeit arm und reich wenig Nutzen. Beide fielen mit oder ohne ärztliche Hilfe den gleichen Krankheiten zum Opfer. Mit der Zunahme der wirksamen diagnostischen und therapeutischen Verfahren änderte sich dieser Zustand. Die Wohlhabenden vermochten anfänglich Schritt zu halten und sich den Gebrauch der neuen Möglichkeiten zu sichern. Die Armen konnten es nicht. Dieser Unterschied wurde als ungerecht empfunden. Die Gerechtigkeit, auf welche sich ein solches Urteil stützte, war die christliche. Sie ist nicht selbstverständlich. Im Drange der aktuellen Auseinandersetzungen wäre es angebracht, sich dieser Tatsache zu erinnern. Die Krankenversicherung, um welche es dabei geht, würde wenigstens herkunftsmäßig ins richtige Verhältnis gesetzt, und man fände vielleicht Gelegenheit, sich noch anderer Glaubenslehren zu erinnern.

Die wirtschaftliche Hilfe auf Gegenseitigkeit und ihre Segnung durch Subvention

Der erste Versuch, die Armen nach christlichem Grundsatz allgemein am Fortschritt der medizinischen Wissenschaft teilhaben zu lassen, bestand in der Zusammenlegung eines Teils ihrer Mittel im Hinblick auf die Möglichkeit der Erkrankung. Die gesunde Mehrheit vermag durch Zusammenlegen kleiner Geldbeträge die großen Unkosten der wenigen Kranken zu decken. Diese solidarische Selbsthilfe fand als Versicherung allgemeine Anerkennung, und sie erfuhr durch die Zuweisung von Steuergeldern in der Form von Subventionen an die Krankenkassen weitere Förderung. Diese erste Stufe der Kostenverteilung unter Versicherten, die überdies Subventionsempfänger sind, war sinngemäß für die Unbemittelten gedacht. Das KUVG sollte ihnen allein dienen. Wer heute andere Zielsetzungen hineindeutet, irrt sich.

Es war nötig, diesen Personenkreis umfassend zu sichern, das heißt gegen alle Krankheiten, leichte und flüchtige wie auch schwere und langdauernde. Den Armen war nicht zuzumuten, Mittel für ärztliche Behandlung zu erübrigen. Man war deshalb bestrebt, ihnen den Beitritt auch de facto, nicht nur de iure zu ermöglichen. In diesem Sinne ist der Satz zu verstehen, die Versicherung solle jedermann zugänglich sein und die Prämien seien für alle Mitglieder gleich hoch. An die Wohlhabenden dachte damals niemand im Ernst. Diese vermochten den Arzt selbst zu bezahlen.

Die Heilkunde läuft der Krankenversicherung davon

Kurz nach der Einführung des Gesetzes, das heißt nach dem ersten Weltkrieg, nahm die Medizin den schon erwähnten unvorhergesehenen und gewaltigen Aufschwung. Zugleich änderte sich die wirtschaftliche Struktur der Be-

völkerung. Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse glichen sich an. Die Lage der Armen besserte sich zwar bedeutend, aber Kranke vermochten sie zu Hause ebensowenig zu pflegen wie früher. Für die ehemals Reichen wurde die häusliche Pflege mangels Dienstboten mühsamer. Beiden drängte sich die Benützung der Spitäler auf, wollten sie in den Genuß mancher medizinischer Vorteile gelangen. Auch aus diesem Grunde wurde die ärztliche Versorgung teurer. Nach Einführung des KUVG war für die Unbemittelten weitgehend gesorgt. Die Gutsituierten dagegen überließ man sich selbst.

Der erste Sündenfall der Sozialversicherung

Im Verlauf der Jahre zeigte sich auch im Mittelstand und sogar bei Wohlhabenden das Bedürfnis nach Versicherung gegen die großen Risiken. Da dieser Majorität keine passende Versicherungsform angeboten wurde, blieb ihr nichts anderes übrig, als die Sozialversicherung der unbemittelten Minorität zu benutzen. Sie wurde als «guter Zahler» gern gesehen. Daß die wirtschaftlich selbständige Majorität zugleich unter die Subventionsempfänger ging, störte niemand und erst später fiel auf, daß vor allem sie die größten Nutznießer stellte. Mit dem Einzug der Bemittelten begann die Fehlentwicklung der Sozialversicherung. Sie gewöhnte sie an die Entgegennahme unverlangter Staatsgelder und damit zur stillschweigenden Anerkennung der geldverteilenden Administration. Zugleich zwang sie sie zur Überversicherung: der kleinen Risiken nämlich, welche sie weder zu versichern wünschen noch brauchen. Die Überversicherung nehmen sie mit Stillschweigen in Kauf und benutzen sie häufig nicht. Gesucht wird allein die Deckung der großen Risiken.

Nun garantiert die Sozialversicherung nicht allein Arzt und Arznei für alles, sondern darüber hinaus billig. Billig ist diese Behandlung aus zwei Gründen; erstens weil die Ärzte ursprünglich für ihre Leistungen geringe Entschädigungen verlangten; sie gewährten einen Armentarif, weil sie an Armen nichts verdienen wollten. (Dabei gerieten sie später in eine schiefe Lage, als sich immer weitere Kreise der Sozialversicherung anschlossen, die Tarife aber Armentarife blieben. Jedes Gesuch um Anpassung an die neuen Verhältnisse wurde als Preistreiberei gedeutet. Man verwechselte Ursache und Wirkung.) Zweitens können die Prämien dank der Staatssubvention niedrig gehalten werden. Weil man nicht an eine Mitgliedschaft der Reichen dachte, hat man nichts für deren Beitritt vorgesehen. (Später wurde diese Unterlassung umgedeutet in ein Recht zu jedermanns Beitritt unter gleichen Bedingungen.) Der Spitalaufenthalt ist für die Versicherten ausnehmend vorteilhaft. Den Spitalern wird von der Sozialversicherung zwar nur ein Bruchteil der Unkosten vergütet; der Fehlbetrag muß aber nicht vom «Versicherten» bezahlt werden, sondern vom Staat in der Form der Defizitgarantie. Der sozialversicherte Spitalpatient ist

somit ein doppelt Staatssubventionierter. In der Regel weiß er es nicht und glaubt an seinen ungetrübten «Rechtsanspruch», sofern er Prämien bezahlt.

Unter diesen Umständen ist es verständlich, wenn die Wohlhabenden die Vorteile der Mitgliedschaft bei der Sozialversicherung wahrnehmen und mit Entschiedenheit benützen lernten. Statt den Arzt bei leichter Erkrankung selbst zu honorieren, lassen sie ihn nunmehr auf dem Umweg über einen administrativen Apparat bezahlen, den sie, ohne daran Anstoß zu nehmen, durch ihre Steuerleistungen finanzieren helfen.

Leichte und schwere Krankheiten und ihr Gewicht für arm und reich

Nun sind die kurzen und leichten Krankheiten, welche die Wohlhabenden nicht zu versichern brauchen, häufiger als die schweren und langdauernden, welche jedermann versichern sollte. Darüber hinaus sind es nicht selten verhältnismäßig angenehme Krankheiten. Sie geben den nicht stark leidenden Versicherten die Rechtfertigung zum Unterbruch einer Arbeit, die sie oft wenig befriedigt. Sie sind also nicht nur objektiv häufig, sondern werden gerne subjektiv überbewertet. In versicherungstechnischer Hinsicht sind sie deshalb teuer und erfordern hohe Prämien und einen wesentlichen Teil der Subventionen.

Die schweren Leiden dagegen sind seltener und leichter objektivierbar. Sie eignen sich schlecht zur Überforderung der Versicherung, und in Spitalbehandlung begibt sich niemand ohne Not. In versicherungstechnischer Hinsicht sind sie deshalb verhältnismäßig billig bei ausreichenden Leistungen. Die Prämien könnten von den Bemittelten allein getragen werden.

Der zweite Sündenfall der Sozialversicherung

Die Neigung der Versicherten zu ungerechtfertigten Bezügen bei leichter und überbewerteter Krankheit ist durch die Einführung von Selbstbehalt und Krankenscheingebühren offiziell als Realität anerkannt worden. Anders läßt sich diese bremsende Belastung nicht rechtfertigen. Damit hat sich die Versicherung aber ein zweites Mal von ihrer ursprünglichen Zielsetzung entfernt. Während die Entrichtung von Selbstbehalt und Scheingebühren die Wohlhabenden wenig anfißt, wird sie für die Armen, denen in vollem Umfang geholfen werden sollte, bei langdauernder Krankheit zur Last.

Das Unwägbar liefert die Maßstäbe für die ärztliche Leistung

Die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt ist einer Gleichung mit mehreren Unbekannten ähnlich. Eine Versicherung, welche sie bis ins

einzelne regeln will, kann sich allein mit den Bekannten befassen. Die nicht definier- und meßbaren Unbekannten fallen unter den Tisch. Diese Qualitäten, welche die Versicherung nicht berücksichtigen kann, werden verschieden beurteilt: a) Naiv: sie werden nicht wahrgenommen, weil der ärztliche Dienst als Reparaturservice gilt. b) Defaitistisch: sie werden zwar anerkannt, können aber in der Sozialversicherung nicht untergebracht werden. c) Zynisch: man behauptet, sie verständigen sich von selbst und seien in die Lohnzahlung der Krankenversicherung eingerechnet. d) Bejahend: die Frage interessiert, wie die Qualität unter dem zunehmenden Druck der Quantität hochgehalten werden kann.

Nach der Qualität der Leistung beurteilt der Patient aber zu einem guten Teil seinen Arzt. Oft ist es ihm dagegen versagt, den quantitativ-meßbaren Erfolg von Diagnostik und Therapie richtig einzuschätzen — also das, was ausschließlicher Vertragsgegenstand ist. Dadurch wird die Beziehung zwischen den Hauptpersonen schief und verfälscht: der Patient schätzt das besonders hoch ein, was dem Kassenarzt nicht honoriert wird — Sorgfalt, Rücksicht, Geduld, Freundlichkeit, Geschicklichkeit und vieles andere —, und der Arzt fühlt sich verpflichtet, seine Patienten in diesem Sinne zu behandeln. Unter dem Druck des Quantitativen fällt ihm jedoch die Hochhaltung der Qualität schwer. Mancher sieht endlich ein, daß die Praxis auch als ein Medizinalbetrieb läuft, der ausschließlich die von der Versicherung vorgesehenen Leistungen erbringt. Damit nimmt sie jenen seelenlosen und formalistischen Charakter an, den die unmittelbar Beteiligten bedauern, ohne daß der zahlende Dritte darunter zu leiden hätte.

Weshalb Honorar und nicht Lohn nach Tarif?

Die Wertschätzung des Qualitativen und Subjektiven durch den Kranken und seinen Arzt ist zugleich der feinste und zuverlässigste Regulator ihrer Beziehung. An ihr wägen beide die Höhe und Angemessenheit des Honorars ab. Es ist der einfachste Nenner, auf welchen sich die so vielschichtige Dualunion reduzieren läßt. Es wäre falsch, ihm eine bloß minderwertige oder gar erniedrigende Funktion beizumessen. Im Honorar lassen sich diskret Anerkennung oder Mißbilligung ausdrücken. Tatsächlich heißt es beim Arzt und Künstler nicht «Lohn»: Honorar soll nicht Bezahlung für Handreichungen sein, sondern eine Entschädigung für die Erfüllung einer Berufsehre, welche Materielles zwar einschließt, sich darin aber nicht erschöpft. Was über den Gelderwerb hinaus geht, kann sich nur in der Freiheit entfalten — Qualität und Empfindung lassen sich nicht kodifizieren — und was frei geschehen darf, richtet sich nach Ehrbegriffen. Zwang und vertragliche Bindung entziehen ihnen den Boden. Die Entscheidungen, welche der Arzt nach den Grundsätzen seiner

Ethik trifft, braucht er nicht zur quantitativen Erledigung seines Programms — es wird ihm durch Bedürfnis und Vertrag aufgedrängt —, sondern zur qualitativen Ausführung. Ein und dieselbe Handlung kann gut oder schlecht sein, ohne daß der Unterschied vertraglich oder tarifmäßig wahrgenommen werden könnte. Wer ihn aber ohne weiteres wahrnimmt, ist der Patient. Ehemals honorierte er die gute Leistung seines Arztes; von einem Pfuscher wandte er sich ab. So regelte er stillschweigend, billig und wirksam seine Beziehungen, und auch der Arzt hatte die Möglichkeit, seine Patienten in ähnlicher Weise zu beeinflussen. Der Sozialversicherte dagegen kann nichts honorieren, und auch das Ausweichen wird ihm nicht leicht gemacht. Sein Arzt muß ihn nehmen, wie er ist. Das Honorar ist der Versicherung unangemessen, und sie muß auf seine ausgleichende, still kontrollierende Funktion verzichten.

Die Versicherung als Brotherr wider Willen

Die Versicherungsanstalt muß deshalb die verwalteten Gelder auf andere Weise kontrollieren. Ob sie will oder nicht: als der zahlende Dritte wird sie zur Macht, auf welche sich der Kranke und der Arzt ausrichten. Das Geld, die ursprüngliche Nebensache, wird zum alleinigen Maßstab und Mittelpunkt, um welchen sich das Medizinalwesen dreht. Mit anderem als mit Geld kann sich die Versicherung nicht beschäftigen. Sie reduziert die Leiden des Kranken und die Mühen des Arztes auf Unkostenfaktoren.

Überdies lockt jedes zur allgemeinen Verfügung gestellte und der persönlichen Verantwortung entzogene Kapital unberechtigte Nutznießer an. Zum Schutz vor solchen Forderungen wird ein System von Vorschriften und Reglementen errichtet, dem sich alle Beteiligten unterwerfen müssen. Es ist aber zweierlei, ob ein Kontrollsystem freiwillig übernommen wird, oder ob man sich ihm ungefragt unterzuordnen hat wie in der obligatorischen Sozialversicherung. Im ersten Falle läßt sich der Vertrag kündigen, wenn er nicht mehr gefällt, im zweiten Falle nicht. Diese Kleinigkeit macht den Unterschied zwischen Freiheit und Zwangswirtschaft aus.

Die Erbsünde der Krankenversicherung

Die ursprünglich einfache, für die beiden Beteiligten leicht überblickbare und unschwer korrigierbare Beziehung wird in der Sozialversicherung durch ein anonymes Kontrollsystem übers Dreieck ersetzt. Das lebendige Verhältnis zwischen dem Kranken und dem Arzt, das Materielles und Immaterielles einschließt, wird auf seinen materiellen Anteil verkürzt, und dieser letztere zählt allein.

Wenn jede Versicherung, welche die gesamten Beziehungen zwischen Patient und Arzt regeln will, aus den schon erwähnten Gründen zu eng bleiben muß, so ist sie in einer weiteren Hinsicht notwendigerweise zu starr: die Medizin ist in Entwicklung, jede Versicherung aber statisch, sei sie vertraglich oder gesetzlich verankert. Die Wissenschaft entfaltet sich fließend. Versicherung und Gesetz können sich diesem Strom nur schubweise anpassen. Zwischen zwei derartigen Damnbrüchen staut sich die Entwicklung auf. Die Reglemente sind am Tag nach ihrem Abschluß veraltet. Die erste neue und wirksame Methode muß dem Patienten zugute kommen. Der Arzt darf nicht warten, bis Vertrag und Gesetz sie anerkennen. So lange praktiziert er im leeren Raum und ohne finanzielle Garantie. Die umfassende Versicherung wirkt deshalb auch retardierend auf den naturwissenschaftlich-materiellen Anteil der ärztlichen Tätigkeit.

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Das schweizerische KUVG ist zu einer Zeit in Kraft getreten, in welcher eine alte soziale und wirtschaftliche Ordnung zu Ende ging, die Medizin als Wissenschaft aber noch am Anfang ihrer Entwicklung stand. An diesem Wendepunkt schien ein Versicherungs- und Unterstützungsschutz allein für die unbemittelten Kranken notwendig zu sein. Die ärztliche Betreuung war einfach und billig. Der Mittelstand schon vermochte sie zu bezahlen. Im Verlauf der folgenden Jahrzehnte verloren jedoch die Wohlhabenden manchen materiellen Vorteil, und zugleich wurde die ärztliche Behandlung teurer. Auch der Mittelstand mußte sich nach Versicherungsschutz umsehen. Er bedarf jedoch eines anderen Schutzes als der Arme. Die kleinen Risiken kann er nach wie vor selbst tragen. Einer Versicherung bedarf er allein für die großen. Eine solche, dem Mittelstand und den Wohlhabenden angemessene Versicherung ist aber nicht geschaffen worden, weshalb sie in die Armenkasse eintreten mußten.

Damit ist der Gedanke der Sozialversicherung in doppelter Hinsicht verfälscht worden: einerseits sind die Wohlhabenden ungewollt Subventionsempfänger geworden; andererseits wurde ihnen die Versicherung kleiner Risiken aufgenötigt, welche sie nicht brauchen.

Infolge der Unterlassung der Anpassung des Versicherungswesens an die Evolution von Medizin und Gesellschaft rutschte praktisch die Gesamtheit der Bevölkerung in ein System, das für die unbemittelte Minderheit zur Zeit eines rudimentären Medizinalwesens gedacht war. Dies entspricht weder der Absicht der Gründer des KUVG, noch der sozialen Gerechtigkeit, noch den Bedürfnissen einer in lebendiger Entwicklung begriffenen Medizin. Es handelt sich hier um ein Musterbeispiel für das Verhängnis, bei welchem sich eine freiheitliche Demokratie unmerklich in das Wirkungsfeld einer gleichsam ano-

nymen Autorität verwandelt. Anfänglich ereignet es sich absichtslos. Eine wirkliche Re-Vision des KUVG kann deshalb nur darin bestehen, die Krankenversicherung den medizinischen und sozialen Gegebenheiten des Jahres 1962 anzupassen und die antiquierten Formen preiszugeben, welche dem Stand der Dinge im Jahre 1911 entsprachen; das heißt umfassende Sicherung der Unbemittelten, aber lediglich Versicherung der großen Risiken der wirtschaftlich Selbständigen: langdauernde Krankheiten, Spitalaufenthalt, teure Untersuchungen. Der Grundsatz der Versicherung wird von niemand angefochten. Zur Diskussion stehen nur Form und Umfang.

Die heutige und zukünftige Wirklichkeit wird durch die wachsende Vielfalt, Unüberblickbarkeit und Kostspieligkeit der Medizin dominiert. Man darf auch die Rolle der psychologischen Kräfte und die Bedeutung einer elastischen Anpassung an das Unvorhersehbare und Unberechenbare nicht mehr so geringschätzen, wie das bisher geschehen ist. Die Aufgabe besteht deshalb in der Lösung der schwierigen Frage, wie sich einem Gesetz Freizonen einbauen lassen, in denen sich Unberechenbares und Irrational-Psychologisches in ungehemmtem Kräftespiel entfalten können. Hierzu gehört in erster Linie die Beschränkung von Reglementen, Vorschriften und Zwang auf das unerläßliche Minimum. Jede in Freiheit getroffene Abmachung auf Widerruf ist besser als der praktisch unwiderrufliche Zwang durch Gesetz.

Es wäre zu untersuchen, welche medizinische Verfahren durch organisatorische Zusammenlegung rationalisiert und verbilligt werden können und welche unter allen Umständen einer individuellen Bearbeitung überlassen bleiben müssen. Für beide ist Raum genug! Die ersten sind die Gegenstände einer Organisation nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten; die zweiten bedürfen der Einmischung Dritter im einzelnen nicht, sondern müssen der individuellen Selbstregulation innerhalb einer echten, selbsttragenden Versicherung überlassen bleiben. Sollten Bedenken entstehen, es könnte unter einer künftigen Ordnung zwei unterschiedlich betreute Klassen von Kranken geben, so ließen sich Sicherungen einbauen.

Unter allen Umständen wäre es verhängnisvoll, die differenzierte Wirklichkeit der Gegenwart in den Rahmen von gesetzlichen Maßnahmen zurückpressen zu wollen, die in einer schon sagenhaften Vorzeit richtig gewesen sein mögen, heute aber sowohl theoretisch als praktisch veraltet sind.