

# Kann eine umfassende Sozialversicherung alle ärztlichen Dienstleistungen garantieren?

Autor(en): **Birkhäuser, Hans**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **48 (1968-1969)**

Heft 4

PDF erstellt am: **07.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-162121>

## **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.

# Kann eine umfassende Sozialversicherung alle ärztlichen Dienstleistungen garantieren?

HANS BIRKHÄUSER

Wir bezeichnen den allgemeinen Bedarf an ärztlichen Dienstleistungen mit dem neutralen französischen Namen «*Consommation médicale*» (C. m.). Von der Seite des «*Produzenten*» — der ärztlichen Dienste — aus betrachtet, handelt es sich dabei um die Summe der diagnostischen und therapeutischen Überlegungen und Handlungen, welche nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Ethik im Rahmen der vorhandenen personellen und apparativen Möglichkeiten in der normalen Arbeitszeit geleistet wird.

## *Die Seite des Produzenten*

1. Es gibt ärztliche Handlungen von *primärer* und von *sekundärer Wichtigkeit*: *Primär* wichtig und mit absolutem Prioritätsanspruch sind diejenigen, welche der Patient auf Grund objektiv nachweisbarer Symptome verlangt. Dazu gehören auch ärztliche Handlungen, die er aus eigenem Antrieb infolge seiner Beschwerden beansprucht, für die es aber keine objektiv wahrnehmbaren Symptome gibt. *Sekundär* wichtig sind alle medizinischen Handlungen, welche dazu dienen, noch nicht vorhandene Krankheiten zu vermeiden oder zwar vorhandene, aber symptomlose und verborgene Krankheiten zu suchen, um sie der Behandlung zuzuführen, ehe sie in einem weiter fortgeschrittenen Stadium manifest werden. Solche Handlungen werden in der Prophylaxe und der Präventivmedizin ausgeführt.

2. In die ärztlichen «Handlungen» sind die Überlegungen einzuschliessen, welche das Handeln lenken. Es ist in erster Linie die verstandesmäßige Nutzung der in Studium und Praxis erworbenen Kenntnisse. Sie sind definierbar und einer rationalen Kontrolle zugänglich. Dazu gehört aber auch die *intuitive* Erfassung der kausalen Zusammenhänge. Intuition ist als Begabung einer rationalen Kontrolle unzugänglich. Wenn auch nicht nachrechenbar, so bildet sie doch keine geringere Realität als das katalogisierbare Fachwissen. Sie ist es sogar, die zu einem guten Teil den erfolgreichen vom erfolgarmen Arzt unterscheidet. Die Leistungen aus Begabung sind Realitäten,

welche für das Ausmass der Entschädigung des Arztes ebenso stark ins Gewicht fallen wie der spektakulärere technische und rationale Anteil.

3. *Medizinische Wissenschaft* ist derjenige Teil der Heilkunde, in welchem ärztliche Handlungen ausschliesslich nach dem Kausalitätsprinzip durchgeführt oder unterlassen werden. Sie geschehen in der Absicht, die Ursache der Krankheit eindeutig zu beweisen und durch eindeutig wirkende Massnahmen auszuschalten. (Beispiel: Blindheit — grauer Star — Entfernung der trüben Linse — Verschreibung der Starbrille.) Die ausschliesslich wissenschaftlich betriebene Medizin rechtfertigt keine ärztliche Handlung beim Fehlen objektiv demonstrierbarer Krankheitsursachen. Sie kann ihre Massnahmen in diesem Falle durch keine schlüssigen Beweise begründen. (Beispiel: Kopfweg, für das nach Vornahme aller Untersuchungen keine Ursache gefunden worden ist.)

4. Daraus geht aber zwingend hervor, dass *Heilkunde mehr ist als medizinische Wissenschaft*. Die Zahl der *Leiden ohne objektivierbare Ursache* ist viel grösser als diejenige mit objektivierbaren Ursachen. Die subjektiven Beschwerden sind Realität allein für das Individuum, das sie empfindet. Auf Grund dieses Erlebnisses sucht es den Arzt mit gleichem Recht auf, als hätte es eine offensichtliche Krankheit. Der Arzt findet aber nichts, worauf er seine wissenschaftlichen Kenntnisse anwenden könnte, und doch will der «Konsument» behandelt sein. Einzige Stütze der Behandlung bleibt jetzt die Intuition. Der Mediziner muss Heilkundiger mit künstlerischem Einschlag werden oder auf eine Behandlung verzichten. Die Übergänge von der einen zur anderen Haltung sind fliessend. Sie wechseln bei ein und demselben Patienten im Verlauf der Beobachtung, in der Sprechstunde von einem Patienten zum anderen. Sie wechseln ferner von einem Arzt zum anderen. Mit wachsender Spezialisierung nimmt der Anteil der wissenschaftlich fundierten Handlungen zu, der intuitiv-künstlerische ab. Ausserhalb des Laboratoriums gibt es aber keinen Spezialisten, der ausschliesslich wissenschaftliche Handlungen ausführt.

5. Die *Ethik* lenkt das gesamte Handeln des Arztes. Seine rationalwissenschaftliche Tätigkeit ist eingebettet in irrationale Verhaltensweisen, welche den körperlichen Krankheitsprozess in Zusammenhang mit der Gesamtpersönlichkeit des Patienten beobachten und seine Persönlichkeit in Zusammenhang mit dem Milieu, vor allem der Familie, berücksichtigen. Ein ethisches Element kommt besonders in den Randgebieten der wissenschaftlichen Medizin zum Zuge, beispielsweise dann, wenn im Zweifelsfalle über den Einsatz von diagnostischen Methoden (sog. Suchverfahren) oder über eine Behandlung, deren Notwendigkeit niemand zwingend beweisen kann, entschieden werden soll; man hofft dann, die Ursache einer Krankheit «ex iuvantibus» zu finden. Damit tritt man, wie bei der Behandlung aller bloss subjektiver Beschwerden, in den Bereich des Ermessens ein und verlässt die Wissenschaft.

Die Ethik determiniert das ärztliche Handeln überall dort in ausschliesslicher Weise, wo die Diagnostik leer ausgeht und eine kausale Therapie keinen Ansatzpunkt findet.

Die Beweggründe der Ethik sind rechnerisch nicht fassbar und nicht quantifizierbar. Sie sind Ermessen im Rahmen einer kulturellen Haltung. Hierin gleichen sie der Ästhetik. Ihre Leistungen sind vollendete Realität, aber eine Realität, die sich nicht wägen und messen lässt. Wäg- und Messbarkeit sind aber die Voraussetzungen zur Aufnahme in einen Katalog, der verkäufliche Waren oder Leistungen anzeigt. Die Tarifliste der Krankenversicherung ist ein solcher Katalog. In dieser Preisliste der ärztlichen Handlungen müssen, weil undefinierbar, die ethischen fehlen. Die Preise für versicherungsfähige Handlungen dieser Art sind deshalb notwendigerweise zu niedrig, weil ein wesentliches Element des Handelns mangels Quantifizierbarkeit nicht erfasst werden kann. Die Tarifpreise bezeichnen *Löhne*. Würden sie die ethischen Leistungen mit erfassen, so wären sie der Ausdruck von *Honoraren*.

6. Die Durchführbarkeit des ärztlichen Handelns hängt nicht allein von Wissen und Ethik ab, sondern auch von den notwendigen *materiellen Bedingungen*. Einerseits muss es genug Ärzte zur Bedarfsdeckung geben mit- samt dem Hilfspersonal zur Bedienung der Apparate und zur Pflege, anderseits die apparativen Einrichtungen selbst. Die Spezialisierung von Personal und Apparaturen, welche von den Patienten in äusserst ungleichem Ausmass beansprucht werden, fordert eine umfassende Organisation der Bedarfsdeckung.

7. Die normale *Arbeitszeit* sollte im Zeitalter der Arbeitszeit-Verkürzung mit der Norm der 44-Stundenwoche (und weniger) keiner Begründung bedürfen. Was für führende Persönlichkeiten gilt, die ihr ganzes Tagewerk und allenfalls auch Familie und Gesundheit ihrem Beruf opfern, kann für diejenigen nicht gelten, welche im Alltag arbeiten. Bis heute nimmt niemand Anstoss an wöchentlichen Arbeitsleistungen von 70 und mehr Stunden, wie sie in einer grossen Zahl von Arztpraxen jahraus jahrein die Regel sind. Die blosser Reduktion um 5 oder gar 10 Stunden in einer Woche würde in einem Kollektiv von 5 Millionen Individuen bei gleichbleibendem Bedarf rund 1000 Ärzte mehr erfordern.

### *Der Konsument*

Der Bedarf des Konsumenten an ärztlicher Leistung wird durch *Leiden* hervorgerufen. Leiden ist Beeinträchtigung des unbewussten Wohlbefindens, und dieses ist Ausdruck der Gesundheit. Leiden ist häufig mit einer gewöhnlichen Lebensführung durchaus vereinbar. Nur der Leidende selbst nimmt es wahr (Beispiele: Schmerz, Müdigkeit, Übelkeit). Angst, Nieder-

geschlagenheit, Verzweiflung sind unsichtbare psychische Leiden. Sie manifestieren sich dann in sichtbarer *Krankheit*, wenn sie die übliche Lebensführung in Familie und Beruf merkbar stören oder gar verunmöglichen. Das Leiden bedeutet demnach die vom Patienten/Konsumenten empfundene Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und kann ein langes Leben lang im Subjektiven verharren, ohne dass je nach seiner Ursache gesucht oder eine solche erkennbar würde.

*Krankheit* dagegen ist eine Beeinträchtigung der körperlichen Integrität, welche häufig während langer Zeit — oft ebenfalls ein Leben lang — un bemerkt und ohne erhebliches Leiden verläuft; sie kann aber auch von Anfang an objektiv durch erkennbare Symptome oder durch blosses Leiden auffallen. Störungen der Gesundheit beginnen demnach sehr oft ausschliesslich subjektiv und verschwinden im Verborgenen, wie sie gekommen sind; sie können subjektiv und für den Arzt unerklärlich bleiben, oder allmählich stellen sich erkennbare Ursachen heraus. Sie sind von unabsehbarer Vielfältigkeit.

Das Leiden ist überdies stark von *psychischen Faktoren* abhängig. Ein und derselbe Schmerz wird vom einen unauffällig ertragen; einen anderen wirft er aus seiner Bahn. Bei ein und demselben Schaden ist sogar der Schmerz bei den Geschädigten verschieden. Ausmass und Grenze des psychischen Einflusses werden nur in Extremfällen offenbar: Bei schweren Organschäden ist die grösste Seelenstärke machtlos. Schwere seelische Erschütterungen können sich aber körperlich vernichtend auswirken. Der Tod an «gebrochenem Herzen» ist keine Übertreibung der romantischen Literatur. Die Psyche kann leichte (sog. funktionelle) Organstörungen heilend oder verschlimmernd stark beeinflussen.

Endlich sind äussere und innere psychische Hilfs- und Störfaktoren zu unterscheiden. Die äusseren lassen sich oft ermitteln und lenken, die inneren seltener. Woher sie auch kommen: die individuellen Reaktionen sind ausserordentlich verschieden. Ein und derselbe Einfluss wird vom einen stillschweigend ausgeglichen, ein anderer wird davon krank.

### *Leiden und Krankheiten bedingen die Consommation médicale*

Es steht fest, dass es auf der einen Seite eine Fülle von Leiden gibt, deren Ursachen entweder sofort zutage liegen oder nach Untersuchung objektivierbar werden, auf der anderen Seite aber weit mehr Leiden, deren Ursachen man nie findet; wenn ferner ein und dieselbe Gesundheitsstörung je nach der psychischen Eigenart des potentiellen oder des tatsächlichen Konsumenten auf unabsehbar verschiedene Weise verarbeitet wird, so lässt sich auf keine Weise abstreiten, dass die C. m. zum grösseren Teil *keine objektivierbaren Kriterien* hat. Das bedeutet aber zugleich, dass es in diesem Falle aus-

schliesslich vom *Ermessen* des Konsumenten abhängt, ob er einen Arzt beziehen will oder nicht, wie es auch ausschliesslich vom Ermessen des «Produzenten» abhängt, ob er einen solchen Konsumenten oberflächlich oder eingehend untersuchen, ob er ihn kurz oder lange oder überhaupt nicht behandeln will. Hier gibt es keine unabhängige Instanz, welche über Notwendigkeit und Ausmass der C. m. ein gerechtes Urteil fällen kann. Wo einer solchen Instanz die Kriterien fehlen, da muss sie die Beteiligten sich selbst überlassen. Sie sind ihr gegenüber frei. Frei sein heisst handeln, ohne irgend einer dritten Instanz Rechenschaft ablegen zu müssen. Nur über Berechenbares kann man Rechenschaft ablegen. Das ist der sachliche Grund für die Forderung nach Freiheit der ärztlichen Praxis: sie muss sich mit sehr viel Unberechenbarem beschäftigen.

Im Unberechenbaren bleibt ein einziger steuernder Faktor: *das Gefühl* als Manifestation des Subjektiven. Auf Gefühle können allein die unmittelbar an der jeweils einmaligen persönlichen Beziehung Beteiligten ansprechen, das heisst in unserem Falle der Patient und sein Arzt. Für jeden Dritten sind ihre Gefühle so viel wie nichts. Für sie selbst hingegen sind sie es, die ihr Verhältnis steuern. Der Einfluss, ja die blossе Gegenwart jeder dritten Kraft wirkt störend.

#### *Das Honorar als regulierender Faktor*

In einem Gefüge freier persönlicher Beziehungen, die allein durch Gefühle gelenkt werden, sind *materielle Verpflichtungen* ein massgebender Faktor. Erfüllt der Konsument diese Verpflichtungen selbst, so wägt er ihren negativen Gefühlswert gegen die positiven Werte ab, die ihm die Leistung des Arztes vermitteln soll. Aus dem Vergleich zieht er selbst die Bilanz zwischen Gewinn und Verlust. Je nach ihrem Ausfall setzt er die Konsumation fort oder bricht sie ab. Ein freies Verhältnis zwischen Konsument und Produzent steuert sich selbst. Fällt der materielle Faktor aus einem solchen Verhältnis weg, so verliert dieses einen wesentlichen Teil seiner Steuerung. Sind dagegen objektive Krankheitszeichen vorhanden, so verliert er seine Bedeutung als Massstab zwar nicht ganz, aber sie wird geringer. Anerkennen wir ihn als ein wirksames Regulativ für alle Beziehungen zwischen Produzent und Konsument, die ausschliesslich durch Gefühle gelenkt werden, und erinnern wir uns jetzt daran, dass dem grösseren Teil der C. m. die objektiv messbaren Kriterien fehlen, so wird die Bresche erkennbar, durch welche die *ungerechtfertigte Nutzung der ärztlichen Dienste*, die *Surconsommation médicale* einbricht.

Fällt die als negativ empfundene Zahlungspflicht nämlich weg und steht die C. m. trotzdem durch Garantie von dritter Seite zur Verfügung, so ist der Arzt in der Lage, zahlreiche positiv gewertete Leistungen anzubieten, denen

beim Konsumenten nichts Negatives mehr die Waage hält. In den sehr zahlreichen Fällen, in denen ein Leidender ohne objektive Krankheitszeichen unschlussig ist, ob er einen Arzt aufsuchen soll oder ob ihm die Fortsetzung einer begonnenen, wissenschaftlich nicht motivierbaren Behandlung Nutzen bringt — der grössere Teil aller Behandlungen ist ja streng wissenschaftlich nicht begründbar —, wird er sich beim Fehlen einer direkten Zahlungspflicht leichter zum Beizug des Arztes oder zur Verlängerung einer zweifelhaften Therapie entschliessen, als wenn er selbst die Last der Zahlung tragen müsste. Anlass zur Sur-C. m. geben oft Milieuschäden in der Familie oder am Arbeitsplatz, sowie Missempfindungen und Schmerzen banaler Art, deren Ursachen dauernd unbekannt bleiben. Je pathogener demnach die Umwelt ist, je krankheitsbewusster man die Bevölkerung macht und je leichter die C. m. zugänglich wird, umso häufiger wird sie von jenen Kreisen beansprucht, die sich bis dahin zurückgehalten haben. Das Reservoir an potentiellen Konsumenten ist praktisch grenzenlos. Das Lehrstück dieser Entwicklung ist der britische Gesundheitsdienst. Seine Überforderung durch den unlimitierten Bedarf ist derart offensichtlich, dass niemand das Debakel abstreitet.

*Die Organisation der Heilkunde ohne Kompromiss ist unmöglich*

Die *ärztliche Dauerkontrolle* eines jeden Menschen wäre während seines ganzen Lebens erwünscht. Sie würde eine optimale Prophylaxe und bei Krankheit die Frühdiagnose mit Verbesserung der Prognose ermöglichen. Im Hinblick auf die Erfassung der Bevölkerung ist das aber unmöglich: Der administrative Apparat, der sämtliche Einwohner eines Staates regelmässigen Kontrollen zuführen soll, wäre zu gross und zu teuer. Auch auf der Seite der Ärzte wäre es unmöglich: deren Zahl würde bei weitem nicht ausreichen, und wäre dies wunderbarerweise dennoch möglich, so wäre die Last ihrer zusammengerechneten Saläre zu gross. Bereits der Verzicht auf alle wünschbaren prophylaktischen Massnahmen ist das Resultat eines Kompromisses zwischen Theorie und Praxis. Der Verzicht auf Massnahmen, welche sämtlichen Personen mit beeinträchtigtem Wohlbefinden die C. m. ermöglichen würden, wie man das in Grossbritannien durch den National Health Service erfolglos versucht hat, ist ein weiterer Kompromiss zwischen Wünschbarem und Möglichem.

Die tatsächlich mögliche C. m. ist demnach schon heute das Ergebnis eines *Kompromisses zwischen Theorie und Praxis*: Die Theorie will, dass jedermann den Arzt aufsucht, der sich nicht vollkommen wohl fühlt, denn hinter dem geringsten Missbehagen kann sich eine schwere Krankheit verbergen. In diesem Fall wären aber sämtliche ärztliche Dienste im Handumdrehen durch Überflutung lahmgelegt. Heilkunde ohne Kompromisse ist

demnach unmöglich, und aus diesem Grunde ist auch keine Patentlösung zu erwarten, welche durch ein wunderbares System von Garantien allen das theoretische Maximum an präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen gewährleistet. Die wirklichkeitsnahe Frage lautet vielmehr, wo notgedrungenenerweise die optimalen Grenzen zwischen Minimum und Maximum zu ziehen seien.

Die Überlastung der ärztlichen Dienste (Sur-C. m.) spielt sich im Raum der Leiden ohne objektivierbare Ursache ab. Sie sind in der Regel keine Auswirkungen schwerer Krankheiten; in seltenen Fällen können sie es jedoch sein. Will man die Sur-C. m. einschränken, so muss das im vollen Bewusstsein der Möglichkeit getan werden, dass man einige Frühdiagnosen versäumt. Einschränkende Massnahmen sind aber unumgänglich, weil sonst die ärztlichen Dienste durch Überlastung mit endgültig unklaren Leidensgeschichten an der Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgabe verhindert werden: an der Ermittlung und Behandlung von Krankheiten mit erklärbaren Ursachen.

Die Reformer der Medizinaldienste — zu welchen die Krankenversicherung zu zählen ist — sollten deshalb von vornherein auf maximalistische Pläne verzichten. Sie haben vielmehr dafür zu sorgen, dass die Konsumenten im Notfall ärztliche Behandlung finden und dass die Produzenten in erster Linie fähig sind, alle Notfälle zu versorgen. Unter «Notfall» ist hier jede Krankheit gemeint, welche objektivierbare Symptome verursacht, oder eine Symptomatik, welche eine baldige objektive Diagnose erwarten lässt. Für Leiden ohne objektivierbare Ursachen soll der Rest der ärztlichen Arbeitszeit zur Verfügung stehen, der nach Erfüllung der Hauptaufgabe übrig bleibt.

Eine scharfe Unterscheidung des «Notfalles» von den weniger dringlichen Fällen ist in der täglichen Praxis beim einzelnen selbstverständlich oft unmöglich. Im Hinblick auf alle, welche Anspruch auf C. m. haben — also im Hinblick auf das ganze zu versorgende Kollektiv — ist eine solche Unterscheidung jedoch unerlässlich, und zwar zur Besinnung auf Vorkehrungen, welche sich zur Einschränkung der Sur-C. m. eignen. Notwendig sind solche Vorkehrungen, weil die Sur-C. m. heute schon die legitime C. m. in ihrer Leistungsfähigkeit und Qualität schwer gefährdet. Man könnte auch sagen: Die eingebildeten Kranken versperren den wirklichen Kranken die Sprechzimmer der Ärzte. Ohne Änderung der Garantiesysteme nimmt diese Gefährdung zu und sinkt die Qualität der ärztlichen Leistung.

Eine *Reform der Medizinaldienste* muss deshalb paradoxerweise nicht in der traditionellen Richtung gesucht werden, welche in Verkennung des grenzenlosen Bedarfs an C. m. jedermann jede nur denkbare ärztliche Leistung garantieren möchte, sondern in der Richtung einer Konzentration der verfügbaren Medizinaldienste zugunsten jenes Bruchteils aller Beschwerdeträger, bei denen die Ursachen ihrer Leiden gefunden und kausal angegangen werden können. Sie muss grundsätzlich in der Einführung eines



Garantiesystems für ärztliche Behandlung bestehen, welches *degressive* Leistungen erbringt, je länger die Konsumation dauert, ohne dass objektive Krankheitszeichen zum Vorschein kommen, *progressive* dagegen, je länger eine Krankheit mit nachgewiesenen Ursachen dauert. Auch sollten die Kosten für kurzdauernde und damit billige Beanspruchungen des Arztes vom grösseren Teil der Konsumenten selbst getragen werden, das heisst ohne die Vermittlung durch einen kostspieligen Versicherungsapparat.

### *Die Degenerationsformen der Garantiesysteme*

Auf die Bedeutung der direkten Bezahlung des Arztes durch den Patienten ist bereits hingewiesen worden. Ihr Wegfall stört die gegenseitige Beziehung. Die Störung wird durch die indirekte Bezahlung des Arztes durch einen Dritten nicht ausgeglichen. Für den Konsumenten ist die C. m. im Krankheitsfalle so teuer, dass er sie bei längerer Dauer aus eigenen Mitteln nicht bezahlen kann. Die Versicherung gegen das Risiko der langdauernden Krankheit und der Spitalpflege ist deshalb unerlässlich. Als Versicherter tritt der Patient als Zahler in den Hintergrund. Namentlich der obligatorisch Versicherte bezahlt zwar keinen wesentlichen Anteil seiner C. m. mehr; er hat aber einen vollen «Rechtsanspruch» darauf. Er darf fordern, ohne dass diesem Forderungsrecht die Folgen einer unmittelbar fühlbaren Zahlungspflicht entgegenstünden. Im Falle einer offensichtlichen Krankheit ist das nicht nur unwichtig, sondern sogar von Vorteil. Anders verhält es sich jedoch, wenn — wie so oft — keine Ursachen für sein Leiden auffindbar sind. Unter den heutigen Versicherungssystemen kann der Konsument bei nahezu beliebiger Dauer aller beliebigen, nie erklärbaren Beschwerden die Garantie des zahlenden Dritten beanspruchen; von der direkten Zahlungspflicht befreit, hindert ihn nichts an hemmungslosen Forderungen. Dieser Zustand bringt nicht allein der Versicherung schwere finanzielle Lasten (vermutlich mindestens gleich hohe wie durch die berechnete C. m.), sondern er wirkt sich als Begehrlichkeit auch demoralisierend auf die Dienstbereitschaft des Arztes aus, ganz abgesehen von der entbehrlichen Überlastung seiner Sprechstunden. Eine umfassende Garantie der C. m. ist zwar unbestreitbar für einen grossen Teil der Bevölkerung notwendig. Sie hat aber nicht allein den Vorzug, den Mittellosen die C. m. zu ermöglichen, sondern auch den Nachteil, wohl ebenso viele besser bemittelte Versicherte zur Sur-C. m. zu verleiten. Damit steigen zunächst die Versicherungskosten und danach die Prämien (und die Staatszuschüsse) unnötigerweise an, und überdies finden ausgerechnet jene anderen Versicherten den Zugang zu den ärztlichen Diensten versperrt, die sie wegen wirklicher Krankheit dringend benötigen.

Aber auch beim Arzt wirkt sich die direkte Zahlungspflicht des Patienten korrigierend aus. Ist sich der Arzt der finanziellen Last bewusst, die er dem

selbstzahlenden Patienten auferlegt, so wird er sich beim Fehlen objektiver Krankheitszeichen im Zweifelsfalle eher zurückhalten, als wenn ihn ein gleichartiger Patient ohne direkte Zahlungspflicht um immer neue diagnostische und vor allem therapeutische Massnahmen ersucht. Bezahlt ein Dritter die C. m., so kann er das entweder nach dem Leistungsprinzip oder mit pauschaler Abfindung tun. Das Leistungsprinzip stützt sich auf die Tarife. Diese können sich allein auf eindeutig definierbare, also technische Leistungen beziehen. Der Arzt muss jedoch eine Fülle von undefinierbaren Leiden behandeln, und es kommt für den Patienten sehr darauf an, welche Sorgfalt er in beiden Fällen aufbringt. Die Gesamtheit der ärztlichen Leistung wird aber von keinem Tarif erfasst. Auf den technischen Teil derselben beschnitten ist er immer zu niedrig. Der Arzt wird für die Qualität seiner Arbeit nicht entschädigt. Er muss den Ausfall durch Bevorzugung der Quantität ausgleichen. Daraus ist die berüchtigte Massenpraxis des Kassenarztes entstanden. Sie ist mit Recht berüchtigt, weil sie weder die berechtigten psychologischen Bedürfnisse zahlreicher Konsumenten befriedigen noch für den wissenschaftlichen Teil der Praxis immer die notwendige Sorgfalt aufbringen kann.

«Bessere Tarife» bringen hier keine Abhilfe: Die finanzielle Belastung der Versicherung würde bei weiter blühender Massenpraxis bald untragbar; das Umsatzdenken des Kassenarztes würde durch die Aussicht auf noch beträchtlichere Akkumulation von «guten» Tarifleistungen in manchen Fällen stimuliert.

Die eigentliche Degeneration der Kassenpraxis, die sich auf leicht erhältliche Tarifleistungen stützt, besteht im Ausbau in der Richtung der häufigen Leiden ohne objektivierbare Ursachen. Der Bedarf an pseudowissenschaftlichen «Behandlungen» ist unerschöpflich, und der «Rechtsanspruch» des Versicherten auch auf eine solche «Arznei» ist garantiert. Die Interessen zahlreicher Produzenten und Konsumenten ergänzen sich trefflich. Das ärztliche Risiko ist umgekehrt proportional zur Grösse dieses Bedarfs. Kranke mit höheren Ansprüchen an Diagnostik und Therapie werden an Spezialisten und Spitäler weitergeleitet — sofern man sie rechtzeitig entdeckt.

Pauschale Abfindungssysteme sollen diesen Übelstand verhindern. Gelten sie für den gesamten Medizinaldienst, so haben auch sie ihre spezifische Degenerationsform. Das ärztliche Einkommen ist zwar garantiert, aber auch limitiert. Der Konsument hat nur noch Ansprüche, aber keine Pflichten mehr. Nun ist er aber der bei weitem komplizierteste, heikelste und gefährlichste Konsument, den man sich denken kann. Sind seinem Bedarf zudem keine Grenzen gesetzt, so kann sich der umfassend in Pflicht genommene Arzt der überbordenden Ansprüche nur durch strengen Formalismus und Schematismus erwehren. Beide sind aber die Todfeinde der ärztlichen

Praxis, denn es gibt keine zwei Krankheitsfälle, welche in allen Teilen gleich sind. Beim Umgang mit Konsumenten ohne objektive Krankheitszeichen ist eine behende Praxisführung wenigstens im Hinblick auf schwere Fehler unerheblich; es sind aber gerade diese Patienten, welche oft eine besonders eingehende und geduldige Behandlung erwarten. Vermissen sie sie, so mündet ihre Enttäuschung häufig in Aggression gegen den mechanisch handelnden Arzt aus. Daraus ergibt sich aber eine zweite Phase der Degeneration. Der zahlende Dritte trägt nämlich an der Verantwortung für die von ihm garantierte Leistung mit.

Damit ist aber auch das Risiko geteilt. Der Arzt wird das seine unter solchen Umständen so weit als möglich einschränken, einerseits durch die Abfertigung einer möglichst kleinen Zahl von Patienten je Zeiteinheit, andererseits durch maximale Anwendung der diagnostischen und therapeutischen Verfahren: Es gilt ja, sich gegen allfällige Kritik durch den Arbeitgeber nach Möglichkeit abzudecken. Noch heute wählt der Arzt dagegen seine diagnostischen und therapeutischen Massnahmen in allen unklaren Fällen nach eigenem Ermessen unter einer unabsehbaren Zahl von Methoden aus. Er sucht auch hier ein Optimum, weil er das Maximum aus Rücksicht auf Patienten und Zahler vermeiden will. Theoretisch allerdings könnte er nie genug tun, und nach dem Schema der Theorie fährt er demnach am sichersten, wenn auch das meiste nutzlos vertan ist. Wendet er in seiner Abhängigkeit den Grundsatz eines theoretischen Maximalismus zur eigenen Absicherung tatsächlich an, so kann man sich die Folgen leicht vorstellen: Was ehemals Heilkunst war, wird zu einem unmenschlichen und kostspieligen Formalismus absinken.

### *Ausblick*

Wenn die schweizerische Krankenversicherung bei einer älteren Form der Tarifierung stehen geblieben ist und sich zudem bei der letzten Gesetzesrevision durch die Ausdehnung ausgerechnet auf undefinierbare Leiden überladen hat, so wäre es unverantwortlich, die fällige Reform in einer Richtung zu suchen, in die das Ausland längst, aber mit bedenklichen Folgen gegangen ist: Wir meinen das Totalobligatorium mit Totalgarantie für alle nur denkbaren Beschwerden unter Abschöpfung der Mittel an der Quelle, das heisst nach AHV-Prinzip von Lohn und Einkommen. Solche Systeme sind Scheinlösungen insofern, als sie die Illusion erwecken, sie vermöchten den Bedarf an medizinischen Dienstleistungen ebenso vollständig zu decken, wie sie das Medizinalwesen vollständig beherrschen. Tatsächlich befriedigen sie nur politische Doktrinen, denen der Alltag der zwangsmässig Versicherten gleichgültig ist. Eine echte Reform des Versicherungswesens bleibt ausserordentlich schwierig und nur als Kompromiss denkbar; die Flucht in

die Scheinlösungen des Auslandes ist damit zwar psychologisch verständlich, aber keineswegs entschuldbar.

Ihre Schwierigkeit beruht zur Hauptsache auf der Evolution der naturwissenschaftlichen Heilkunde und auf dem ebenso gewaltig angestiegenen Bedarf einer Wohlstandsgesellschaft, der durch alle vorhandenen Hilfsmittel nicht gedeckt werden kann. Es ist unwahrscheinlich, dass die öffentlichen Mittel je dafür ausreichen, und zwar je weiter die Entwicklung fortschreitet, desto weniger. (Als Garant der Finanzierung müsste man wohl — das ein ketzerischer Gedanke — eine baldige Stagnation der wissenschaftlichen Fortschritte wünschen.) Ganz sicher wird aber die Allgemeinheit überfordert, wenn sie nicht nur für die *Consommation médicale*, sondern auch noch für die *Surconsommation médicale* Mittel aufbringen muss. Die Besinnung auf das Unerlässliche und somit auf eine Sicherstellung derjenigen Medizinaldienste, die in erster Linie dieses Notwendige leisten, ist die vordringliche Aufgabe. Ausser Zweifel steht natürlich jener objektiv erkennbare Bedarf, bei welchem es praktisch keine *Surconsommation*, das heisst keinen Missbrauch zu allgemein gefasster Garantien gibt: der Bedarf an Spitalversorgung, an der Behandlung schwerer, länger dauernder Krankheiten und an teuren diagnostischen Leistungen. Es wäre erwünscht, wenn sich ein Gespräch anbahnen würde, wie man ein derart limitiertes Ziel erreichen könnte und von den sterilen Zänkereien um eine illusionäre Totalversicherung loskäme.

## Die Christenheit und die Juden

ALEXANDER GOSZTONYI

Anscheinend mußte es zur erschütternden Katastrophe des europäischen Judentums im 20. Jahrhundert kommen, zu einer Katastrophe, in der Menschen ausschließlich aufgrund einer völlig unzulänglich definierten ethnischen Klassierung hingemordet wurden, damit die Christenheit begann, sich über ihre Stellung zum Judentum zu besinnen und ihre jahrtausendelange eigene Verschuldung am schweren Schicksal des jüdischen Volkes einzusehen. Christen und Juden bemühen sich seit Kriegsende in Publikationen,