

Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen

Autor(en): **Krämer, Walter**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **80 (2000)**

Heft 10

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-166319>

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.

AUSGABENBEGRENZUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Walter Krämer,

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

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

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

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

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

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

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

Preise versus Mengen

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

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

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

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

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

Macht Medizin krank?

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

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

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

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

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

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

Irrweg Prävention

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

.....

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

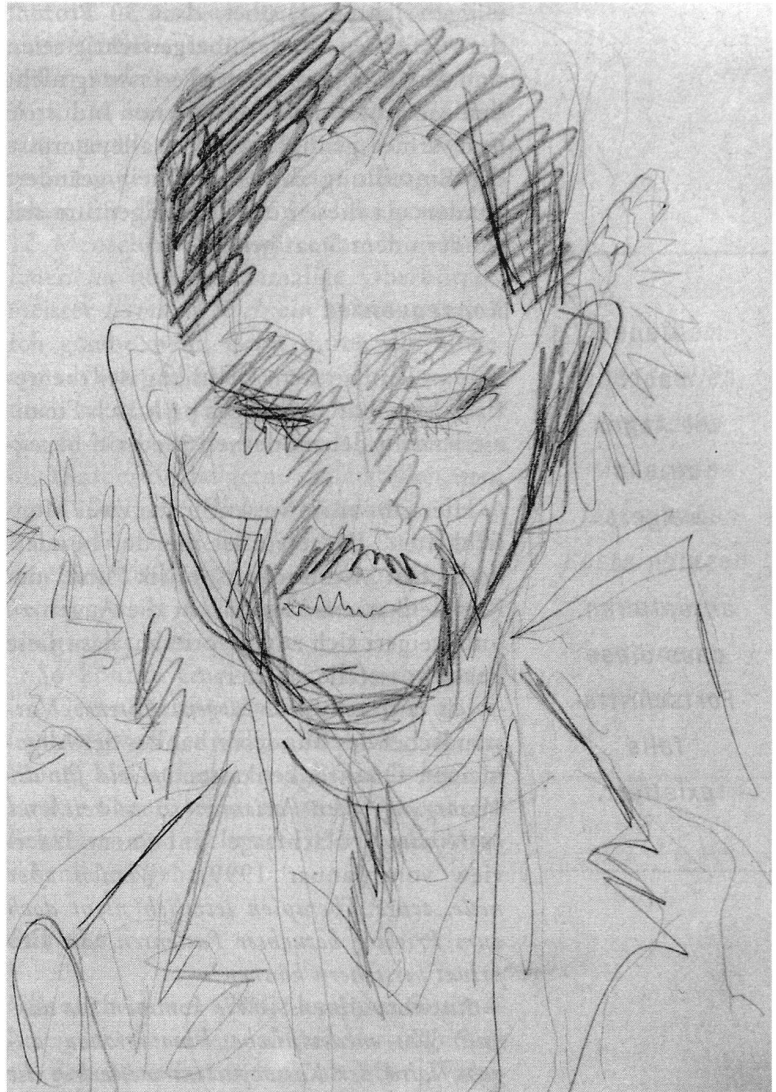
.....

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

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

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

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



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

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

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

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

Konsequenzen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

und das ist ein ganz grosser und zentraler Unterschied.

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

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

Schluss

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

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

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