

# Droht die Zweiklassenmedizin?

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Sonos / Schweizerischer Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen**

Band (Jahr): **106 (2012)**

Heft 3

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-923950>

## **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.

# Droht uns die Zweiklassenmedizin?

## Welche medizinischen Leistungen können obligatorisch Krankenversicherte in Zukunft noch in Anspruch nehmen?

**Die hohe Qualität unseres Gesundheitssystems ist angesichts der unablässig steigenden Kosten in Frage gestellt. Müssen sich obligatorisch Versicherte wie in manch anderen europäischen Staaten auf lange Wartezeiten bis zur Operation, Alterslimiten für bestimmte Therapieformen oder auf die Verweigerung hochpreisiger Medikamente einstellen? Befindet sich auch die Schweiz auf dem Weg zur Zweiklassenmedizin? Wie lässt sich diese Entwicklung aufhalten?**

Am 23. Januar 2012 lädt die Paulus-Akademie Zürich im Hotel Glockenhof unter der umsichtigen Leitung und Moderation von Dr. Stephan Wirz zu einem Vortrags- und Podiumsdiskussions-Abend ein zum Thema «Droht uns die Zweiklassenmedizin?»

Der Saal London im Hotel Glockenhof ist bis auf den letzten Platz besetzt. Dr. Stephan Wirz freut sich sehr über die zahlreichen Teilnehmer und das damit verbundene Interesse am Vortragsthema. Er heisst alle Anwesenden sowie insbesondere Prof. Dr. Frank Mathwig willkommen. Mathwig wird mit seinem Eingangsreferat einen ethischen Impuls zur Thematik der medizinischen Versorgung geben. Anschliessend werden Vertreter aus den Bereichen Gesundheitspolitik, öffentliche und private Spitäler, niedergelassene Ärzte sowie der Krankenkassen, in der Podiumsdiskussion Stellung zu seinen Statements nehmen.

### Artikel 41 der Bundesverfassung

Dr. Wirz zitiert in seiner Eröffnung Artikel 41 der Bundesverfassung. Dort heisst es: «Bund und Kantone setzen sich in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und privater Initiative dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält». In Absatz 3 folgt dann aber folgende Einschränkung: «Sie streben die Sozialziel im Rahmen ihrer verfassungsmässigen Zuständigkeiten und ihrer verfügbaren Mittel an».



Dr. Stephan Wirz von der Paulus-Akademie Zürich.

Dr. Wirz: «Gegenwärtig stehen wir genau vor diesem Problem, dass angesichts des medizinischen, therapeutischen und pharmakologischen Fortschritts das medizinisch Machbare und das für den Grossteil der Bevölkerung finanzierbare auseinanderdriften. Wir fragen uns: Können wir uns noch jede Qualität in der medizinischen Versorgung leisten? Wenn es zu Einschränkungen kommt, welche Leistungen sind dann von der obligatorischen Grundversicherung zu übernehmen, welche medizinischen Leistungen werden sich dann ausserhalb davon befinden? Es geht dann nicht mehr nur um Komfortsteigerungen, sondern um Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung. Von «Zweiklassenmedizin» spricht man dann, wenn sich die Qualität der Gesundheitsversorgung je nach finanzieller Situation oder dem sozialen Status einer Person unterscheidet».

Wirz erwähnt, im Ausland gebe es schon viele Klagen zu diesem Thema. Internet-Recherchen hätten ergeben, dass in Deutschland Kassenpatienten dreimal länger auf

einen Facharzt Termin als Privatversicherte warten müssten. Aus Österreich werde beispielsweise berichtet, dass Privatversicherte bei Operationen Priorität haben und deshalb bereits vereinbarte Operationstermine mit Krankenkassenpatienten nach hinten verschoben würden. Beiträge aus anderen Ländern erwähnten die «Altersguillotinen», d.h. bestimmte medizinische Leistungen seien jenseits einer Altersgrenze für Grundversicherte gar nicht mehr erhältlich.

Dr. Wirz: «Gehen wir auch in der Schweiz in Richtung Zweiklassenmedizin oder befinden wir uns schon längstens auf dieser Wegstrecke? Ich möchte in diesem Zusammenhang nur auf den Bundesgerichtsentscheid vom 23. November 2010 verweisen, der – verkürzt gesagt – eine Erstattungsgrenze für eine Therapie in der Grundversorgung von 100'000 Franken pro Jahr definiert. Oder auf den Vortrag des Züricher Regierungsrats Thomas Heiniger vor der Zürcher Handelskammer aus dem Jahr 2008, der die Zweiklassenmedizin als Realität bezeichnete. Medizinische Spitzen-

leistungen, so führte er damals aus, können nicht *«unabhängig von ihren Kosten und der tatsächlichen Notwendigkeit zum allgemeinen Standard erhoben werden»*, ansonsten werde *«unser Gesundheitswesen über kurz oder lang unfinanzierbar»*. Doch könne man diese Spitzenleistungen nicht denjenigen verwehren, «die willens und in der Lage sind, die Kosten dafür aufzubringen», sonst würden Innovationen und Spitzenleistungen verhindert».

Dr. Wirz schliesst seine Einleitung mit dem Hinweis, dass solche Äusserungen auf heftigen Widerspruch stiessen und auch das Humanitäts- und Gerechtigkeitsempfinden vieler Menschen beeinträchtigten. Die Gesundheit sei ein entscheidender Faktor für die Lebensqualität, für die Eigenständigkeit und das Vermögen, sein Leben selbst zu entwerfen und zu gestalten.

### **Gerechtfertigte Ungleichbehandlung?**

Prof. Dr. Frank Mathwig, Mitglied des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbunds und der Theologischen Fakultät der Universität Bern, macht sich in seinem Referat ethische Gedanken im Zusammenhang mit der Diskussion über die Zwei-Klassen-Medizin.

Eingangs nimmt er Bezug auf die Aussage eines Pharma-Manager, der in Zusammenhang mit einem Bundesgerichtsentscheid (vgl. BGE 9C\_334/2010) vor einer Zwei-Klassen-Medizin in der Schweiz warne. «Die Richter am Bundesgericht haben einem Krankenversicherer Recht gegeben, der sich geweigert hatte, die Kosten für die Fortsetzung einer medizinisch wirksamen und alternativlosen, aber sehr kostspieligen Behandlung zu übernehmen. Das Medikament für eine «orphan disease»-Patientin hätte für eineinhalb Jahre zwischen 750'000 und 900'000 Franken gekostet. Weil die Spezialitätenliste das fragliche Medikament für die Behandlung des Krankheitsbildes nicht vorsehe (deshalb spricht man von off-label-use), müsse die obligatorische Krankenversicherung nicht für die Kosten aufkommen.

Interessant ist weniger der Fall an sich, als die höchstrichterliche Begründung für die Zurückweisung. Darin werden wesentliche Aspekte aktueller gesundheitspolitischer

Finanzierungs- und Verteilungsdebatten aufgenommen. Ich nenne sechs Punkte: 1. die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen, 2. die Notwendigkeit von Kosten-Nutzen-Bewertungen, 3. die Unabwendbarkeit einer sinnvollen Leistungsbegrenzung in der Grundversorgung, 4. die Forderung nach Rechtsgleichheit und gerechter Ressourcenverteilung, 5. das – zumindest implizierte – Eintreten für einen grundsätzlich fixen Leistungskatalog in der Grundversorgung, 6. die Kritik am Fehlen allgemeiner Kriterien für die Beurteilung Kosten-/Nutzen-Relationen».

Mathwig erklärt, dass er sich in seinen nachfolgenden Gedanken auf einige grundsätzliche, ethische Bemerkungen zur Ressourcenallokation im Gesundheitswesen beschränke. Ihm gehe es nicht um die Verteidigung oder Kritik einzelner Verteilungskriterien oder -prinzipien. Ihn interessierten lediglich die politisch-ethischen Voraussetzungen und Zielbestimmungen von gesundheitspolitischen Allokationsentscheidungen. Aus ethischer Sicht stehe natürlich die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen im Vordergrund.

«Ohne dieser komplexen Fragestellung auch nur annähernd gerecht zu werden, skizziere ich im Folgenden, 1. warum der Gerechtigkeitsfokus unumgänglich ist und 2. welche gerechtigkeits-theoretischen Herausforderung das Thema der Zwei-Klassen-Medizin aufwirft.

Das auf den ersten Blick Verblüffende am eingangs erwähnten Fall besteht darin, dass das Bundesgericht seine Entscheidung mit dem Gleichheitsgrundsatz begründet, während die Gegenseite in genau dieser Argumentation das Einfallstor für eine Zwei-Klassen-Medizin sieht. Wie kommt das? Die Kritik lässt offen, welche Gefahren sie im Blick hat, Die Befürchtungen vor einer Zwei-Klassen-Medizin sind unbegründet. Wir haben sie längst, hatten sie immer und sie wird es auch in Zukunft geben. Wenn – wie heute üblich – Gesundheitsprävention als Teil der Gesundheitsversorgung verstanden wird, begegnet einem die Zwei-Klassen-Medizin überall: Dass Menschen in einem Kleinwagen bei einem Unfall weitaus schlechter geschützt sind als in einer Luxuskarosse, hat unter Umständen sehr unterschiedliche Folgen für die Gesundheit der Betroffenen. Aber würden wir hinter diesen ungleich verteilten Chancen, mit halbwegs heiler Haut davonkommen, ein gerechtigkeits-theoretisches Problem vermuten? Wohl kaum! Offensichtlich gibt es Ungleichheiten, die nicht als ungerecht empfunden werden und solche, die auf Widerstand stossen. Wo aber verläuft die Grenze zwischen akzeptierten und nicht akzeptierten Ungleichheiten?»

Aus Sicht von Prof. Mathwig stehe genau diese Fragestellung im Zentrum der jüngeren Diskussion über soziale Gerechtigkeit, etwa in der Form der vom Nobelpreisträger für Ökonomie, Amartya Sen, aufgeworfe-



Prof. Dr. Frank Mathwig studierte Theologie und Philosophie an der Philipps-Universität in Marburg und Universität Hamburg.

nen Frage: «Equality of what?» – Gleichheit im Hinblick worauf? Zweierlei werde bei der Fragestellung vorausgesetzt: 1. dass Gleichheit einen wichtigen Grundsatz für einen respektvollen Umgang der Menschen untereinander darstelle und 2. dass sich die These von der Gleichheit der Menschen irgendwie in ihrer Gleichbehandlung widerspiegeln müsse.

«Weil die Menschen gleich sind, haben sie auf gewisse gesellschaftliche Ressourcen einen gleichen Anspruch. Das Paradebeispiel für eine solche praktizierte Gleichheit bildet bekanntlich das Recht. Das Gericht urteilt – wie es so schön heisst – ohne Ansehung der Person. Deshalb trägt die Iustitia eine Augenbinde. Die verbundenen Augen symbolisieren das Prinzip der arithmetischen Gleichheit des Wegsehens. Und dieses Prinzip beherzigt auch das Bundesgericht, wenn es festhält: «Ohne besondere Rechtfertigung wäre es mit der Rechtsgleichheit und der Gleichwertigkeit aller Menschen nicht vereinbar, einzelnen Versicherten Leistungen zu erbringen, die anderen Versicherten in gleicher Lage nicht erbracht würden. Das Problem der Gleichheitsbehauptung steckt in der erwähnten Bemerkung über die «anderen Versicherten in gleicher Lage». Tatsächlich sind die in einer Krankenkasse Versicherten kaum in der gleichen, sondern in sehr verschiedenen Lagen mit ganz unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen und Risiken konfrontiert. Die Idee der Gleichheit aller Menschen beruht auf einer Unterstellung, die bewusst von den tatsächlichen Lebensumständen und -verhältnissen abstrahiert. Von der Gleichheit kann nur im Wissen um die faktische Ungleichheit der Menschen gesprochen werden. Das klingt paradox und tatsächlich entzündet sich an dieser Stelle grundlegende Gerechtigkeitsprobleme.»

Prof. Mathwig schliesst seinen hochspannenden und vor allem weitsichtigen Vortrag mit folgenden Worten: «Das Damoklesschwert einer Zwei-Klassen-Medizin hängt in gewisser Weise systemimmanent über einer Gesundheitspolitik, die wesentlich als Medizinpolitik konzipiert wird. Auch das Bundesgerichtsurteil präsentiert eine solch verengte Sichtweise: Die Richter orientieren sich an der Verallgemeinerbarkeit von Leistungsansprüchen und nicht an den – mit Hilfe medizinischer Mittel – angestrebten Ergebnissen für die Lebensqualität und -chancen

einer Person. Die Intuition, das gerecht sei, wenn alle gleich viel erhalten, lenkt ab von der Wahrnehmung der Bedeutung gerechtigkeitsrelevanter Verteilungswirkungen. Eine Zwei-Klassen-Medizin droht an dieser Stelle durch die Verortung der Gleichheitsforderung auf der Ebene der Ressourcen, anstatt auf der Ebene der Zielsetzung bzw. Allokationswirkungen. Das Gericht setzt auf das Prinzip der Ressourcengleichheit anstelle des alternativen Prinzips der Chancengleichheit. Auch Kosten-Nutzen- oder Wirksamkeitsanalysen fokussieren auf die Ressourcenebene, weil sie den statistischen Nutzen bzw. die generelle Wirksamkeit eines Ressourceneinsatzes untersuchen, nicht aber die Folgen für die Gesundheitszustände und Lebenslagen konkreter Patientinnen und Patienten. In den differenzierten Rationierungsdebatten im Gesundheitswesen wird viel darüber nachgedacht, welche medizinisch wirksamen Leistungen Patientinnen und Patienten vorenthalten werden dürfen. Diese Fragen sind wichtig und berechtigt. Beantworten lassen sie sich aber nur vor dem Hintergrund der anderen – kaum diskutierten – Frage danach, ob und auf welche (obligatorisch versicherten) Ziele der Gesundheitsversorgung zukünftig verzichtet werden muss bzw. wem bestimmte Leistungen verweigert werden sollen.

Es gibt kein ethisches Prinzip für eine gerechte Verteilung knapper Gesundheitsleistungen, dessen Anwendung das Abrutschen in eine sozialstaatliche prekäre Zwei-

Klassen-Medizin sicher verhindern könnte. Deshalb müssen medizinische Massstäbe der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit, gesundheitsökonomische Kriterien der Wirtschaftlichkeit und ethische Grundsätze der Menschenwürde, Autonomie und Solidarität wechselseitig vermittelt werden. Über das Ranking der einzelnen Kriterien muss offen und öffentlich gestritten werden. Dabei gilt es, zwei wichtige Unterscheidungen der Public-Health-Perspektive nicht zu übersehen: 1. gesundheitliche Chancengleichheit (health equity) bemisst sich nicht an der Verteilung von Gesundheitsleistungen. Und 2. gesundheitliche Ungleichheit darf nicht mit einer ungerechten Gesundheitsversorgung gleichgesetzt werden, wobei erstere grosse Bedeutung hat für die letztere.»

## Podiumsdiskussion

Nach dem äusserst interessanten Referat von Prof. Mathwig, welches mit Bestimmtheit dazu beiträgt, die Gesundheitsversorgung aus einer anderen Perspektive zu betrachten, eröffnet Dr. Wirz die Podiumsdiskussion mit Experten aus dem Gesundheitsbereich.

**Dr. Wirz:** «Ich freue mich sehr, nun mit meinen Gästen aus den Bereichen der Gesundheitspolitik, den öffentlichen und privaten Spitälern, der niedergelassenen Ärzten sowie der Krankenkassen und der Pharmaindustrie das Schweizer-Modell der Gesundheitsversorgung unter die «Lupe» zu



Das Podium: Prof. Dr. Stephan Bodis, Chefarzt Radio-Onkologie Kantonsspital Aarau, Dr. Carlo Conti, Regierungsrat Basel-Stadt, Vorsteher Gesundheitsdepartement, Dr. Stephan Wirz, Paulus-Akademie Zürich, Dr. Regula Capaul Ammann, Präsidentin Vereinigung Zürcher Internisten, Dr. Ole Wiesinger, CEO Privatklinikgruppe Hirslanden, Prof. Dr. Thomas Szucs, Direktor Institut für Pharmazeutische Medizin / European Center of Pharmaceutical Medicine der Universität Basel, VR-Präsident Helsana (v.l.n.r.)

nehmen und in Erfahrung zu bringen, ob die Schweiz auf dem Weg zur Zwei-Klassen-Medizin ist».

Die Gäste von Dr. Wirz diskutieren in der Folge aus ganz unterschiedlichen – vor allem beruflichen – Perspektiven die aktuelle Situation des schweizerischen Gesundheitssystems und informieren über ihre Erfahrungen. Die nachfolgend zusammengefassten Statements veranschaulichen deutlich die Komplexität der Fragestellung.

**Dr. Carlo Conti** meint, auf den Punkt gebracht, gehe es um den Zugang zur Chancengleichheit und um den Zugang zur Verteilung von Ressourcen. Die Chancengleichheit zu erreichen sei schwierig, weil der soziale Status, der Bildungs-Status aber auch die Migrationshintergründe der Menschen ganz unterschiedlich seien. Aber genau hier beginne bereits die soziologische Diskussion. Eine absolute Chancengleichheit werde es nicht geben. Alle Studien zeigten, dass niemand auf Gesundheitsleistungen verzichten möchte. Gesundheitsleistungen sollten verfügbar sein und falls es doch zu Einschränkungen kommen sollte, stelle sich die Frage, wo und wie eingeschränkt werden müsse.

Er gibt zu bedenken, dass zwei Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben in den beiden letzten Lebensjahren der Menschen ausgegeben würden und 20% der Kranken rund 80% der Gesamtkosten verursachten. Aufgrund dieser Tatsachen sei es schlussendlich eine Frage der Solidarität innerhalb der versicherten Gemeinschaft. Es stelle sich somit die Frage, ob die «solidaritätsfinanzierte» Krankenkassenprämie wirklich wünschbar sei.

**Dr. Regula Capaul Ammann** weist darauf hin, dass es in der ambulanten Medizin – im Gegensatz zu der stationären Medizin – keine Zwei-Klassen-Medizin gebe. In der ambulanten Versorgung entscheide nicht die Kaufkraft des persönlichen Portemonnaies der Patienten. Es gebe ab und zu Situationen, wo der Krankenversicherer nachfrage, aber grossmehrheitlich gebe es keine Probleme.

**Prof. Dr. Stephan Bodis** stellt fest, dass wir hier in der Schweiz ein 7 Millionen-Klassen-System haben. Es habe keine Platz das weltbeste Gesundheitssystem – quasi mit dem Vergleich von der SBB mit der 1. Klasse und der 3. Klasse – mit populistischen Aussagen in Frage zu stellen.



Dr. Carlo Conti setzt sich auf politischer Ebene dafür ein, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft garantiert bleibt.



Prof. Dr. Stephan Bodis stellt klar, dass das Schweizer Gesundheitsmodell das Weltbeste sei. Es dürfe nicht mit populistischen Aussagen in Frage gestellt werden.



Dr. Regula Capaul Ammann, Dr. Ole Wiesinger und Prof. Dr. Thomas Szucs (v.l.n.r.).

**Dr. Ole Wiesinger** gibt zu bedenken, dass die Zwei-Klassen-Medizin mit dem Verweis auf die obligatorische Grund- und die privaten Zusatzversicherungen seit langem Realität sei. Der Standard in der Schweiz sei aber derart hoch, dass es keinen negativen Effekt für die «nur» Grundversicherten gebe. Es stelle sich vielmehr die Frage, ob das System weiterhin noch solidarisch finanziert werden könne und wie viel Geld wir zukünftig dafür ausgeben wollten, wenn man sich vom bisherigen Prämien-Kopf-System abwende.

**Prof. Dr. Thomas Szucs** erklärt, dass hinter den Schlagwörtern «Chancengleichheit» und «Ressourcenverteilung» 7,2 Millionen ganz unterschiedliche Menschen stünden. Es stelle sich somit die Frage, wie Krankenversicherer damit mathematisch umgingen hinsichtlich Erhebung der Prämien. Die Versicherer analysierten sehr genau die aktuelle Situation. Mit Blick auf ein mögliches «Zwei-Klassen-Medizin-Szenario» werde dabei die Fragestellung der Warte-Liste gestellt – das heisst Kasenpatienten würden länger warten als Privatversicherte. Schlussendlich würden Krankenkassenpatienten schlechter gestellt, ist das Fazit seiner Analyse. Diese Diskussionen müsse ausführlich weiter geführt werden, appelliert er.

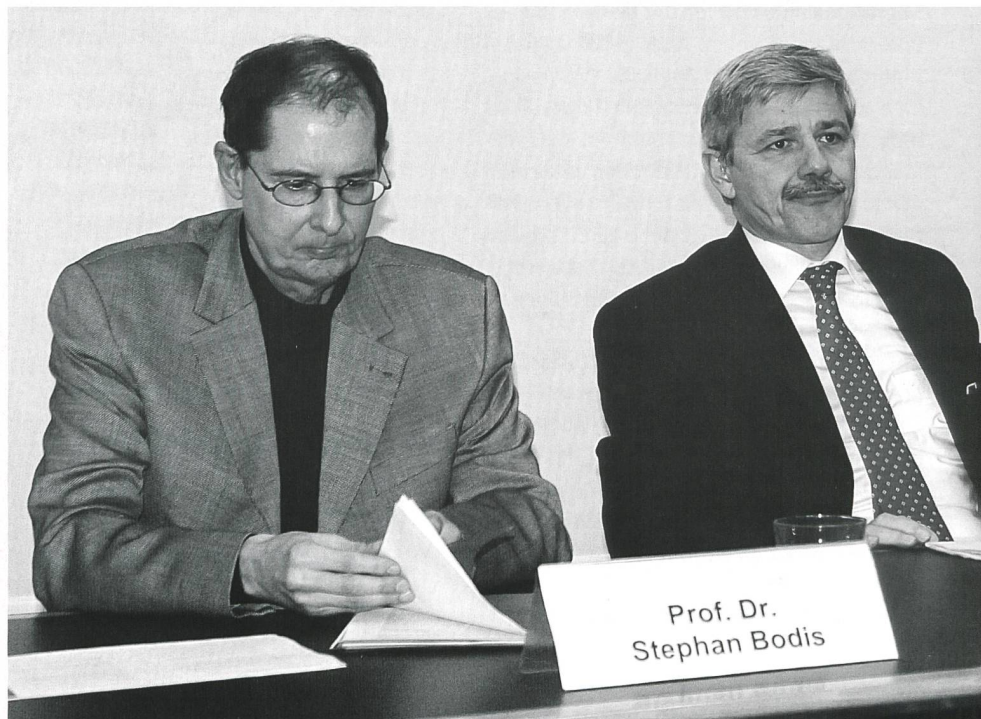
**Dr. Carlo Conti** weist darauf hin, dass die Gesundheitskosten im europäischen Raum eigentlich nicht stiegen und man nicht von Kostenexplosionen im Gesundheitswesen sprechen könne. Probleme gebe es aber infolge des immer stärker zurückgehenden unterstützenden sozialen Umfelds. Einerseits aufgrund der räumlichen Distanz zwischen den Familienangehörigen und andererseits infolge der allein lebenden Menschen in Einzelhaushalten. Ältere Menschen könnten von ihren Angehörigen nicht mehr unterstützt werden. Sie würden deshalb früher und immer häufiger in Altersheime «abgedrängt».

**Prof. Dr. Stephan Bodis** stellt auch die Frage in den Raum, wie viel der Mensch am Lebensende an Leistungen – wenn keine Patienten-Verfügungen vorhanden seien – noch konsumieren dürfe.

**Dr. Carlo Conti** stellt klar, die Hoheit in Bezug auf die Verneinung von lebensverlängernden Massnahmen liege in jedem Fall bei den Betroffenen. Der Staat dürfe



Dr. Regula Capaul betont, dass es in der Schweiz in der ambulanten medizinischen Versorgung keine Zwei-Klassen-Medizin gebe. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen stuft sie als eigentlich sehr unproblematisch ein.



Prof. Dr. Stephan Bodis und Dr. Carlo Conti vertreten beide die Meinung, dass der Staat in Bezug auf lebensverlängernde Massnahmen nicht aktiv einschreiten dürfe. Die Entscheidung liege hier in jedem Fall bei den direkt Betroffenen.

hier auf keinen Fall einschreiten oder gar darüber bestimmen.

**Dr. Ole Wiesinger** meint, dass die Komplementär-Medizin sowie «Check-Up»-Leistungen nicht in die Grundversicherung gehörten und nicht solidarisch finanziert werden sollten.

Am Schluss der angeregt geführten Diskussion sind die Gesundheitsexperten der Meinung, dass solange in der 2. Klasse – um beim Vergleich mit der SBB zu bleiben – 1. Klasse-Leistungen erbracht würden, werde es in der Schweiz

keine Zwei-Klassen-Medizin geben. Längerfristig werde es aber zu Differenzierungen und Rationalisierungen kommen. Die Zukunft in 50 Jahren kenne niemand, aber solange wir als Gesellschaft das Gleiche wollten, werde es zu keinen Rationierungen kommen. Sinnvoll wäre es, wenn wir uns dazu durchringen könnten, medizinische Leistungen klar zu definieren, welche – und eben dann nur diese – durch die Krankenkassen zu bezahlen seien.

[rr]