

SGA - Tipp 4/00

Herausgegeben von der Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA)

Präsident: Dr. med. Otto Frei, Felsenrainstrasse 1, 8052 Zürich, Tel. 01 300 60 66 Fax 01 300 60 67

Redaktion: Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, 6004 Luzern, Tel. 041 410 35 02 Fax 041 410 38 41

4. Jahrgang, Nr. 4, November 2000, erscheint vierteljährlich

Rationierung in der Arztpraxis: eine Straftat ?

Frau Dr. iur. Sibylle Schürch, Basel, hat anlässlich zweier Fortbildungsveranstaltungen der SGA (am 27. November 2000 in Glattbrugg und 30. November 2000 in Olten) zum eingangs erwähnten Thema referiert. Aufgrund diverser Anfragen unserer Mitglieder haben wir beschlossen, eine Kurzfassung des Referates, welche Frau Dr. Schürch uns freundlicherweise überlassen hat und wofür wir uns bei ihr herzlich bedanken möchten, im SGA-Tipp zu veröffentlichen.

1. Einführung

Das Thema Rationierung medizinischer Leistungen ist seit bald zwei Jahren in der Öffentlichkeit lanciert. In juristischen, gesundheitsökonomischen und medizinischen Fachkreisen wird aber bereits seit den 70er Jahren über Rationierung äusserst kontrovers debattiert.

Die Diskussion entstand unter dem Eindruck der ständig steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen und der ebenso rasant steigenden Krankenkassenprämien für die Versicherten. Das neue KVG ist Ausdruck des politischen Willens, die Ausgaben nicht weiter ansteigen zu lassen. Es gilt die Maxime, dass das Rationalisierungspotential auszuschöpfen ist, bevor überhaupt nur an Rationierung gedacht werden soll. Auf politischer Ebene besteht wenig Interesse, sich mit Rationierung auseinander zu setzen. Die Debatte lässt niemanden gewinnen und ist höchst unbequem. Von Rationierung und Rationalisierung betroffen sind vor allem die im Gesundheitssektor tätigen Berufsgruppen. Deshalb ist dort der Bedarf nach Klärung und Auseinandersetzung gross.

2. Definition der Rationierung medizinischer Leistungen

“Die“ Rationierung gibt es nicht. Vielmehr sind verschiedene Formen von Rationierung zu unterscheiden.

a) Unterscheidung von Rationierung nach Entscheidungsebene

Rationierung auf Mikro- und Makroebene: Massgebend ist, wer Rationierung entscheidet oder die Grundlagen für Rationierung legt. Wir beschäftigen uns im Rahmen dieser Weiterbildung nur mit der unteren Mikroebene, der Rationierung direkt am Patienten.

b) Unterscheidung von Rationierung nach den Folgen für Patienten

- Rationierung mit direkten Folgen: Ein Leistungsverzicht hat direkte Folgen für einen Patienten – eine Verschlechterung der Gesundheit oder eine Lebensverkürzung
- Rationierung mit Risikoerhöhung: Bei einer Rationierung durch Risikoerhöhung werden medizinische Standards nach oben/unten gesetzt. Erst höhere/tiefere Werte führen zu einem kostenrelevanten Einsatz von Medikamenten, einer Überweisung in stationäre Behandlung etc. Solche Rationierung ist schwer erkennbar. Dabei wird aber das Risiko für Leib und Leben statistisch gesteigert.

Ein grosser Teil medizinischer Massnahmen dient der Risikoverminderung. Es gibt keine allgemeingültigen medizinischen Standards. Diese ändern sich mit der Zeit, mit dem Stand der Forschung oder unter wirtschaftlichem Druck. Medizinische Standards sind elastisch und gerade deshalb können ökonomische Faktoren durchaus einen Einfluss auf ihre Ausgestaltung haben. Das haben Gesundheitsökonomien schon in den 80er Jahren festgestellt.

Diese Form der Rationierung gehört auch zur verdeckten Rationierung.

3. Unterscheidung zwischen Rationierung und Rationalisierung

Aus strafrechtlicher Sicht ist die Unterscheidung zwischen Rationierung und Rationalisierung nicht relevant. Es sind ethische Wertungen, welche die Rationierung als eine nicht vertretbare Vorgehensweise einstufen können. Rationalisierung wird als ungefährlich und unbedenklich bewertet. Es gilt aber anzumerken, dass eine Trennung dieser Massnahmen gar nicht möglich ist.

Rationierung ist der Verzicht auf nutzenbringende Leistungen. Rationalisierung ist der Verzicht auf schädliche, überflüssige oder nicht nutzenbringende Leistungen. Welche Leistungen nun nützlich und welche überflüssig sind, unterliegt einem erheblichen Ermessensspielraum. Die Nutzenbewertung medizinischer Massnahmen ist überdies stark von subjektiver Bewertung abhängig. Kurz und gut: Die Unterscheidung zwischen Rationierung und Rationalisierung gelingt nie in dem Masse, in dem uns das suggeriert wird.

Die strafrechtlichen Kriterien stützen sich auf ganz andere Bewertungsmassstäbe: Es sind dies Tatbestandsmässigkeit, Rechtswidrigkeit und Schuld. Nur wenn ein Verhalten tatbestandsmässig, rechtswidrig und schuldhaft begangen wurde, ist es strafrechtlich relevant.

4. Allgemeine Verantwortlichkeit des Arztes

Die Ärzteschaft unterliegt einer Vielzahl von rechtlichen Haftungen. In der Schweiz ist die Gerichtspraxis zu ärztlicher Tätigkeit noch relativ gering. Es gibt selten Artzhafungsprozesse, und wenn, dann vor allem bei Kunstfehlern oder fehlerhafter Diagnose. In den seltensten Fällen kommt es zu einer strafrechtlichen Haftung. Streitpunkt ist eher die Schadenersatzforderung des Zivilrechts.

Mögliche Haftungsmaßstäbe

- Ethik

Ärztliches Handeln entscheidet vielfach über Leben und Tod und beinhaltet eine ethische Beurteilung wichtigster Gesellschaftsfragen. Neben hohe Anforderungen an fachliches Können treten rechtliche und ethische Pflichten. Nicht immer können Konfliktsituationen einzig durch Beachtung rechtlicher Grundlagen gelöst werden, denn rechtsgültiges Handeln ist nicht immer gleichzeitig ethisch vertretbar und moralisch befriedigend.

Die ärztliche Ethik stellt den einzelnen Patienten und dessen Wohl in den Vordergrund. Sein Handeln beachtet die Würde des Menschen, respektiert das Leben, und einzig medizinisches Wissen sowie die Lebensumstände des Patienten dürfen ärztliche Entscheidungsgrundlagen bilden.

Zwar hat der Eid des Hippokrates heute nicht mehr uneingeschränkte Gültigkeit, er wird aber nach wie vor als Richtschnur für ärztliches Handeln verstanden.

Diese Grundregeln stehen im Widerspruch zu einer rationalisierenden und rationierenden Medizin. Hier wird maximale Behandlung gefordert, dort wird eine ökonomisch vertretbare Behandlung verlangt. Damit entsteht ein Widerspruch für die Ärzteschaft, der nur schwer zu lösen ist.

- Zivilrecht

Das Zivilrecht regelt das Zusammenleben zwischen den Menschen. Es kümmert sich um die Wiedergutmachung erlittenen Unrechts. Im Zivilrechtsprozess geht es vor allem um mögliche Schadenersatzforderungen für einen Gesundheitsschaden in Form von Geld. Kläger ist in der Regel der geschädigte Patient.

- Strafrecht: ultima ratio

Das Strafrecht ist das Recht, welches die einschneidendsten Folgen für den Einzelnen hat. Anders als im Zivilrecht, wo es grundsätzlich um die Höhe einer möglichen Schadenersatzforderung an einen anderen Bürger geht, steht im öffentlichen Recht der Staat hinter einer Sanktionierung.

Das Strafrecht ahndet solche Verhaltensweisen, die von einer Gesellschaft nicht mehr geduldet werden können – also den Rahmen des sozialadäquaten Verhaltens sprengen.

Die Strafformen sind Busse, Therapie, Freiheitsentzug, Landesverweis etc. - die schärfsten Formen eines Eingriffs in die persönliche Freiheit der Menschen. Strafrecht ist ultima ratio, ist das letzte zu ergreifende Mittel im Unrechtsfall.

Nur unter bestimmten Voraussetzungen können Verhaltensweisen überhaupt strafbar sein. Ein paar dieser Grundregeln seien hier kurz erläutert.

Ausgangslage ist die Frage: wann wird die Rationierung der Diagnostik und/oder Therapie zu einer Straftat? Anhand von Fallbeispielen sollen nach den theoretischen Grundlagen Antworten gegeben werden.

5. Theoretische Grundlagen

Es sind nachfolgend vereinfacht die Grundlagen erläutert, die für die Fallstudien gebraucht werden.

a) **Tatbestände:**

Für die Ärzteschaft sind vor allem die Tötungs- und Körperverletzungsdelikte von Bedeutung (Art. 111 – 129). Geschütztes Rechtsgut ist die körperliche Integrität, Leib und Leben genannt. Ebenso können die Gefährdungsdelikte relevant sein, Art. 127 und 128 StGB, Aussetzung und Unterlassung der Nothilfe.

b) **Voraussetzungen, dass überhaupt die Vermutung einer Straftat entstehen kann (Objektiver Tatbestand)**

- Erfolg oder eine Gefährdung für Leib und Leben müssen eingetreten sein. Meist Körperverletzung, Tod oder Lebensgefahr.
- Klar erkennbarer Täter muss vorhanden sein.
- Verhalten des Täters – eine Handlung oder Unterlassung.
- Zusammenhang zwischen Verhalten des Täters und Erfolg.

Nur wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, wird man sich fragen, ob denn der Täter das auch gewollt hat (Subjektiver Tatbestand).

c) **Vorsatz- und Fahrlässigkeitsdelikte: Subjektiver Tatbestand**

Delikte werden in Gruppierungen eingeteilt. Eine Deliktgruppe sind die Vorsatzdelikte. Dabei ist das täterschaftliche Verhalten nur dann strafbar, wenn es vorsätzlich passiert ist – wenn also ein Wissen und ein Wille hinter dem Verhalten stehen. Im sogenannten subjektiven Tatbestand wird nicht das Geschehen untersucht, sondern ein Blick "in" den Täter geworfen: wollte er den Erfolg?

Anders ist es bei den Fahrlässigkeitsdelikten: Dort fehlt es gerade an einem Vorsatz. Statt dessen macht sich strafbar, wer hätte wissen müssen, dass etwas passieren kann. Massstab ist die Verletzung einer Sorgfaltspflicht. Welches Mass an Sorgfalt anzuwenden ist, wird in vielen Theorien und Gerichtsentscheiden umschrieben. Dabei gibt es objektive und subjektive Komponenten.

6. Fallbeispiele

Sachverhalt

Dr. Gut weist seit Jahren überdurchschnittliche Werte bei den Arzt- und Medikamentenkosten auf. Er ist deshalb wiederholt vom kantonalen Krankenkassenverband abgemahnt worden.

Er hat immer wieder auf seine Praxisbesonderheiten hingewiesen, welche die Kostenüberschreitung rechtfertigen. Der kantonale Krankenkassenverband ist nicht bereit, die von ihm geltend gemachten Praxisbesonderheiten zu anerkennen. Er hat im Gegenteil Dr. Gut ultimativ aufgefordert, die überdurchschnittlichen Kosten zu senken; andernfalls müsste er mit einer Wirtschaftlichkeitsklage rechnen.

Die Kostenüberschreitung beträgt bei den Arztkosten Fr. 60'000 und bei den Medikamentenkosten Fr. 50'000. Im schlimmsten Falle müsste Dr. Gut Fr. 110'000 zurückerstatten. Damit würde er seinen gesamten Jahresverdienst verlieren.

Dr. Gut ist nicht bereit, dieses Risiko auf sich zu nehmen. Er stellt eine Liste möglicher Massnahmen zusammen, mit welchen er die Durchschnittswerte senken könnte. Er hat Bedenken, ob diese Massnahmen nicht allenfalls eine strafbare Handlung darstellen könnten. Er lässt sie daher juristisch prüfen.

Anmerkung: Es werden nur strafrechtliche Aspekte berücksichtigt, insbesondere die Delikte gegen Leib und Leben überprüft.

7. Massnahmen und strafrechtliche Beurteilung

Massnahme 1

Dr. Gut fehlen kostengünstige Patienten, welche die Durchschnittswerte senken. Er will daher sein Patientengut mit kostengünstigen Patienten auffrischen.

Strafrechtliche Relevanz: keine. Es kann weder ein strafrechtlicher Erfolg, noch eine Gefährdung für konkrete Patienten festgestellt werden.

Massnahme 2

Dr. Gut war für seine Patienten auch ausserhalb seiner Öffnungszeiten immer erreichbar. Er will diese dauernde Erreichbarkeit aufheben. Seine Patienten können den allgemeinen Notfalldienst aufsuchen.

Er prüft auch, ob er die Öffnungszeiten seiner Praxis reduziert und vermehrt in die Ferien geht.

Er hatte während seiner Praxisabwesenheit einen Stellvertreter angestellt, der seine Patienten in seiner Arztpraxis betreute. Der Stellvertreter soll inskünftig unter eigenem Namen und Konkordatsnummer abrechnen. Sollte dies nicht möglich sein, verzichtet er auf einen weiteren Einsatz eines Stellvertreters.

Strafrechtliche Relevanz: in der Regel keine. Der privat praktizierende Arzt hat grundsätzlich keinen strafrechtlich verbindlichen öffentlichen Versorgungsauftrag. Wohl aber hat er gemäss Art. 128 oder 129 StGB wie alle anderen Bürger eine Pflicht zur Hilfeleistung.

Aus diesen allgemeinen Geboten lässt sich aber kein Auftrag an den Privatarzt ableiten, welches Minimum an Öffnungszeiten oder Präsenz garantiert werden muss. Dieser Auftrag wird durch den öffentlichen Dienst übernommen und ist gesetzlich geregelt.

Massnahme 3

Dr. Gut ist notfalls bereit, auf die Verrechnung von erbrachten Leistungen zu verzichten.

Strafrechtliche Relevanz: keine.

Massnahme 4

Dr. Gut fragt sich, ob er seine Diagnostik reduzieren darf, indem er sich auf die notwendigsten Massnahmen beschränkt, vermehrt stufenweise vorgeht und die sich wiederholende Kontrolldiagnostik streckt.

Massnahme 5

Dr. Gut prüft auch, ob er bei einzelnen Patienten die therapeutischen Massnahmen, d.h. den Behandlungsrhythmus strecken oder sogar auf das Notwendigste reduzieren kann.

Strafrechtliche Relevanz: möglich, bedarf einer differenzierten Abklärung.

Bei Massnahmen 4 und 5 kann es sich um Rationierung durch Risikoerhöhung handeln.

Bei den vorgeschlagenen Massnahmen werden medizinische Standards verändert, was eine Erhöhung des Risikos für die Gesundheit von Patienten bedeuten kann.

Es fragt sich, wie das Mindestmass an Massnahmen oder wie der minimale Behandlungsrhythmus festgelegt werden können. Was ist das Notwendigste?

Und ab wann steigert sich die Erhöhung des Risikos auf ein nicht mehr sozialadäquates Mass? Diese Fragen können pauschal nicht beantwortet werden. Für beide Massnahmen müsste angenommen werden, dass ein Patient aufgrund des neuen ärztlichen Vorgehens zu Schaden gekommen ist. Anhand eines Einzelfallbeispiels können die sich stellenden Fragen beantwortet werden:

Die Bildung von tödlichen Metastasen kann bei Patient X nicht rechtzeitig erkannt werden, weil die Kontrolldiagnostik zu grosse Intervalle enthält. X stirbt.

Zu prüfen ist, ob der Arzt sich einer Tötung schuldig gemacht hat. Es wird von einem Vorsatzdelikt ausgegangen. Dabei liegt ein Vorsatz vor, wenn der Arzt mindestens die Lebensverkürzung in Kauf genommen hat.

a) Vorsätzliche Tötung, Art. 111 StGB

- Erfolg: Tod eines Patienten
- Täterschaft: der behandelnde Arzt
- Verhalten des Täters: Handlung oder Unterlassung

Vorliegend handelt es sich um eine Unterlassung. Der Täter hat es unterlassen, durch Kontrolldiagnostik die Bildung von Metastasen in kürzeren Abständen zu überwachen. Die sog. Garantenpflicht, die bei Unterlassungen vorhanden sein muss, ist anzunehmen.

- Zusammenhang zwischen Verhalten des Täters und Erfolg/ Kausalität

Knackpunkt für die strafrechtliche Beurteilung. Es müsste festgestellt werden, dass die unterlassene Kontrolldiagnostik direkt kausal zum Tod des Patienten führte. Bei der Feststellung der Kausalität gibt es im Strafrecht verschiedene Ansätze und Theorien. Heute gilt vorwiegend die Theorie der objektiven Zurechnung.

Es muss abgeklärt werden, welches Risiko als sozial normales Minimalrisiko akzeptiert werden kann, und ab wann ein Risiko als unerlaubt und damit strafrechtlich relevant werden kann.

Eine solche Abklärung kann nur im Einzelfall getroffen werden. Massstab zwischen erlaubtem und unerlaubtem Risiko werden wohl medizinische Durchschnittswerte sein.

Nur wenn der Arzt mit seinem Kontrolldiagnose-Rhythmus erheblich vom üblichen Mass abweicht, kann von einer objektiven Zurechnung ausgegangen werden.

Weiter fragt sich, ob dieses unerlaubte Risiko typischerweise zum Erfolg – Tod des Patienten – geführt hat. Es ist möglich, dass auch andere Faktoren für den Tod des Patienten ursächlich sind. Es muss feststehen, dass die Unterlassung des Arztes für den Tod des Patienten ursächlich ist.

Die Feststellung der Kausalität scheidet aber in vielen Fällen an Mangel aus Beweisen. Oft kann nicht mit der nötigen Sicherheit festgestellt werden, welches Verhalten für den Tod ursächlich war. In diesen Fällen gilt der Grundsatz „in dubio pro reo“ – im Zweifel für den Angeklagten. Es fehlt dann an der Kausalität und somit an einem Tatbestandsmerkmal. Damit entfällt die Strafbarkeit.

Wenn alle objektiven Merkmale gegeben sind, kann bei Vorliegen eines Vorsatzes (mindestens in Kauf nehmen des Erfolges) eine Tötung durch Unterlassen, Art. 111 StGB, angenommen werden. Dies wird aber in der Praxis kaum geschehen.

Massnahme 6

Dr. Gut hat bisher diverse Tätigkeiten (Diagnostik und Therapie) ausgeübt, welche bei den Ärzten seiner Fachgruppe nicht unbedingt üblich sind. Er wird diese Tätigkeiten reduzieren und die Patienten an die betreffenden Spezialärzte oder Spitäler überweisen.

Massnahme 7

Dr. Gut ist nicht mehr gewillt, Patienten anzunehmen, welche seine Durchschnittswerte in die Höhe treiben.

Er will sogar notfalls sog. teure Patienten abschieben bzw. nicht mehr behandeln.

Strafrechtliche Relevanz: Der Arzt muss im Rahmen seiner strafrechtlichen Handlungspflichten (Art. 127) handeln. Das heisst, er darf Patienten, die sich in einer Gefahr für das Leben oder einer schweren unmittelbaren Gefahr für die Gesundheit befinden, nicht im Stiche lassen. Er ist zur Lebensrettung verpflichtet, wenn es ihm den Umständen entsprechend zugemutet werden kann (Art. 128 StGB).

In allen anderen Fällen ist es strafrechtlich unproblematisch, wenn ein Arzt sein Tätigkeitsfeld verändert oder Patienten abweist, solange keine akute Gefahr für Gesundheit oder Leben besteht. Aus den strafrechtlichen Normen lässt sich keine Behandlungs-

pflicht ableiten. Rechtlich zur Grundversorgung der Bevölkerung verpflichtet ist wiederum der öffentliche Dienst.

Ganz anders ist die ethische Beurteilung dieser Massnahme: es widerspricht dem ärztlichen Berufsethos, teure Patienten abzuweisen. Damit werden Menschen nach ökonomischen Grundsätzen beurteilt und ungleich behandelt. Das öffentliche Recht, die Bundesverfassung mit ihrem Rechtsgleichheitsgebot müsste dort zum Zuge kommen. Die Verfassung enthält aber keine Bestimmungen, welche die Ärzteschaft zu einem Behandlungszwang jedes Menschen verpflichten könnte.

Massnahme 8

Dr. Gut verzichtet inskünftig auf die sog. fachfremde Medikation. Der Patient soll solche Medikamente beim Spezialarzt beziehen.

Massnahme 9

Dr. Gut wird inskünftig soweit möglich nur noch Generika abgeben.

Massnahme 10

Dr. Gut prüft auch, ob er den Medikationsrhythmus strecken kann.

Massnahme 11

Dr. Gut wird den Medikamentenverbrauch des Patienten kontrollieren. Er wird sich weigern, mehr Medikamente abzugeben als aus seiner Sicht notwendig ist.

In all diesen Fällen geht es wiederum um das erlaubte und unerlaubte Risiko. Fachfremde Medikation, Generika, gestreckte Medikationsrhythmen oder Medikamentenkontrolle können strafrechtlich unbedenklich sein. Ebenso können sie aber dann strafbar werden, wenn dabei einzelne Patienten zu Schaden kommen.

Im Grundsatz sei auf die bisherigen Ausführungen zu Massnahmen zu verweisen. Anhand dieser Beispiele kann aber noch die fahrlässige Tatbegehung untersucht werden.

a) Fahrlässige Tötung, Art. 117 StGB

Wie im theoretischen Teil bereits erläutert, müssen gewisse Punkte geprüft werden. Nehmen wir an, ein Patient spricht auf ein Generika nicht so gut an und die Symptome seiner Erkrankung verschlechtern sich derart, dass er stirbt. Es entsteht der Vorwurf, beim Einsatz des teuren Medikamentes hätte der Tod verhindert werden können.

- Taterfolg: Tod eines Patienten

- Kausaler Zusammenhang zwischen Taterfolg und Tathandlung

Schon an dieser Stelle treffen wir auf die bereits besprochenen Beweisprobleme. Es muss klar sein, dass die Verwendung eines Generika den Todeserfolg verursachte und der Erfolg mit einem anderen Medikament zu verhindern gewesen wäre. Kann dieser Beweis nicht mit der notwendigen Sicherheit erbracht werden, spielt die Regel in dubio pro reo.

- Voraussehbarkeit Kausalverlauf und Taterfolg

Hier müssen allgemeine Massstäbe angelegt und ebenso individuelle Kenntnisse berücksichtigt werden. Es ist schwierig, ohne einen konkreten Fall ein Urteil über die Voraussehbarkeit abzugeben.

- **Sorgfaltspflichtverletzung**

Bei der Sorgfaltspflicht werden wohl wieder Richtlinien und Durchschnittswerte zum Zuge kommen. Wer ärztliche Kunstregeln beachtet, dem kann wohl kaum den Vorwurf der Sorgfaltspflichtverletzung gemacht werden.

Weiter werden aber auch individuelle Massstäbe angesetzt. Hat der Arzt schon bei anderen Patienten die Erfahrung gemacht, dass das Generika längst nicht so leistungsfähig ist, wie das normale Medikament, wird an ihn einen höheren Sorgfaltsmassstab aufgrund individueller Kenntnisse angelegt.

Massgebend sind also einmal mehr die üblichen Praktiken und Massstäbe. Was als sorgfältig, sozialadäquat oder erlaubtes Risiko gelten soll, ist aber unklar. Die Messwerte sind - wie bereits mehrmals erwähnt - flexibel und können sich gerade unter wirtschaftlichem Druck anpassen. Damit können auch die Anforderungen an eine Sorgfaltspflicht gesenkt werden.

Nur wenn der Einsatz eines Generika bekanntermassen nicht sehr wirksam ist und ein erhebliches Risiko für das Leben bestehen bleibt, kann von einer Sorgfaltspflichtverletzung ausgegangen werden.

Als Fazit gilt auch hier, dass es wohl in den seltensten Fällen zu Verurteilungen kommen kann.

8. Schlussbemerkungen

Das Strafrecht greift nur in seltenen Fällen – nämlich dann, wenn der Arzt offensichtliche Grundregeln der ärztlichen Heilkunst missachtet. In allen anderen Fällen ist vom Strafrecht weder etwas zu befürchten noch zu erwarten.

Ein ganz anderes Thema ist die berufspolitische und ethische Bewertung solcher Massnahmen.

Was wäre, wenn alle Privatärzte wie Dr. Gut entscheiden würden, also beispielsweise die teuren Patienten nicht mehr übernehmen würden? Dann ist der öffentliche Dienst umso mehr gefordert. Der gesetzliche Auftrag einer anständigen Grundversorgung ist von Bund und Kantonen garantiert. Eine Abschiebep Praxis aus Kostengründen würde den öffentlichen Dienst überfordern.

Heute wird von der Ärzteschaft verlangt, dass sie nicht nur den Menschen, sondern auch die Kosten im Auge haben sollen. Ob diese Rolle als sog. „gatekeeper“ erwünscht und sinnvoll ist, muss in den nächsten Jahren geklärt werden. Eine Doppelrolle würde eine Umdeutung des hippokratischen Eides bedeuten. Es liegt an Ärzten und Patienten, ihre Ziele und Interessen zu entwickeln, an die Öffentlichkeit zu tragen und einen Konsens über die zukünftige Rolle der Ärzteschaft zu erarbeiten.