

Zeitschrift: Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur
Herausgeber: Gesellschaft Schweizer Monatshefte
Band: 46 (1966-1967)
Heft: 7

Artikel: Über den Abbau der Freiheit : erläutert an einem Beispiel
Autor: Birkhäuser, Hans
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-161897>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Über den Abbau der Freiheit

(Erläutert an einem Beispiel)

HANS BIRKHÄUSER

*Auf, ladet euere Büchsen
mit Pulver und mit Blei!
Wir wollen jagen und suchen,
Wo unsre Freiheit sei!*

...

*Vom Jura bis zum Splügen,
Vom Rhodan bis zum Rhein
Muß doch noch wo zu finden
Die alte Freiheit sein!*

*Gottfried Keller
Lied der Freischaren*

Jeder Fortschritt beginnt nach der Einführung einer neuen Qualität: mit einer schöpferischen Tat. Wenn sie Früchte trägt, so fächert sie sich auf, gestaltet ihr Gebiet um und verändert es derart, daß sie zuletzt veraltet in einer veränderten Umwelt steht. Die ursprüngliche Schöpfungseinheit fasert sich auf in einer Vielheit zweitrangiger Leistungen. Sie schafft mit den Wandlungen, welche sie hervorruft, für die verwandelte Welt sogleich neue Aufgaben.

Die technische Erfindung zeichnet sich durch das größte Mißverhältnis aus zwischen ihrer ersten, unansehnlichen Erscheinung und ihren sekundären Auswirkungen. Die Dampfmaschine, der Explosionsmotor, die Hertzschen Wellen und die Antibiotica waren, für sich allein, die bewundernswerten Ergebnisse der Einfälle genialer Laboratoriumstechniker, aber nicht mehr. Erst in den Händen ihrer Ausbeuter haben sie die Welt verändert und ihr so viele Aufgaben zweiten Ranges gestellt, daß zweifelhaft ist, ob man sie noch zu meistern vermag. Nicht die Qualität der sekundären Aufgaben ist beunruhigend; sie wirken im Gegenteil durch ihre Banalität ermüdend. Die Richtung, in welcher die Lösungen zu suchen sind, ist bekannt. Sie bleiben aber in der Masse der Aufträge stecken.

Angesichts des Überhangs an drängenden Verpflichtungen, die jeweils einzeln durchaus erfüllbar wären, droht die Gefahr der Kurzschlüsse.

Die Heilkunde als Einsatz im Spiel der Mächte

Das Musterbeispiel einer Wissenschaft, welche nächstens in der Quantität der selbst geschaffenen Aufgaben ersticken könnte, ist die *Heilkunde*. Ihre Schwierigkeiten künden sich, wenn wir vom Krebs, von den Krankheiten des Aufbrauchs und den konstitutionellen Fehlleistungen absehen, nicht in ihr

selbst an. Sie steht im Gegenteil in voller Blüte. Es ist vielmehr die *Nutzanwendung* der immer neuen Kenntnisse, welche ihre weitere Entfaltung bedroht. Diese Gefahr zeigt sich in einfacher Weise bei den Kosten. Wenn einmal die Pflege des einzelnen Patienten im Spital Fr. 100.— im Tag kostet und eine Stadt von 250000 Einwohnern tausend Betten unterhalten muß, wenn sie ferner der Tätigkeit von mehr als 300 Ärzten zur Versorgung der Wohnbevölkerung bedarf, nebst weiterer Betten für Pflegefälle, so stellt sich nächstens die Frage: Womit bestreitet ein Kollektiv von 250000 Individuen, neben allem Aufwand für Ernährung, Energie, Städtebau, Verkehr, Erziehung, Kunstpflege und so weiter, die Kosten der Heilkunde?

Bisher konnte sich der ärztliche Dienst beliebig ausdehnen. Auch gegen ein weiteres, luxurierendes Wachstum wäre wenig einzuwenden, wenn sich das Angebot frei auf den echten Bedarf einspielen könnte. Das ist aber längst nicht mehr möglich. Die private Bezahlung des Arztes, welche ein freies Spiel der ausgleichenden Kräfte allein zuläßt, ist verdrängt worden durch eine summarische Entschädigung aus kollektiven Kassen, und diesen fließt ein wachsender Anteil staatlich vermittelter Steuergelder zu. (In Großbritannien ist die Ablösung des persönlichen Verhältnisses zwischen Patient und Arzt durch ein kollektives Verrechnungssystem am weitesten vorangetrieben. Von den gänzlich andersartigen Verhältnissen im Osten sehen wir ab.)

Damit erscheinen die Ausgaben für die Entlohnung der praktizierenden Ärzte in der Staatsrechnung und unterliegen nicht mehr dem Urteil der unmittelbar Beteiligten, welche ihre Berechtigung aus persönlicher Beobachtung am besten abzuschätzen wissen, sondern einer unbeteiligten staatlichen Administration, und diese untersteht ihrerseits den der Sache fernstehenden Politikern. Gewisse Kostensteigerungen nehmen beide im Rahmen des Üblichen in Kauf. Überschreiten sie aber das gewohnte Maß, wie das in der Heilkunde notwendigerweise der Fall ist, so werden sie zunächst der um ihre Budgets besorgten Administration und danach den Politikern suspekt und willkommener Anlaß zum Spiel mit der Macht. Der Abstand von der Spitze des Eisbergs, den der Politiker sieht, bis in die Unter- und gar Hintergründe, ist zu groß, als daß er ihn zu überblicken vermöchte. Da er aber trotzdem handeln soll, fällt er Entscheide ohne Sachkenntnis; davon soll später ein Beispiel mitgeteilt werden.

Soziale Krankenversicherung einst und jetzt

Wenn dem kreditgewährenden Politiker die Heilkunde im allgemeinen fern steht, so ist auch seine Treuhänderin, die Verwaltung der Sozialversicherung, mehr daran interessiert, ihre Finanzen budgetgemäß in Ordnung zu halten, als sie den wechselnden Bedürfnissen der verwalteten Tätigkeiten anzupassen. Als Zahlender Dritter (*Tiers payant*) hat sie sich vor allem in der Gewohnheit

geübt, Millionenbeträge zu manipulieren und die mehr als nur angenehme Rolle des grandiosen Auftraggebers zu spielen. Damit ist sie, ohne es (wenigstens anfänglich) zu beabsichtigen, zu einem mächtigen Mitglied des modernen Tiers Etat geworden. Sie beherrscht ohne Anfechtung ein Verteilungssystem von Kapital, das zu Bismarcks Zeiten entworfen und seither nie darauf untersucht worden ist, ob es sich für die Wohlstandsgesellschaft des späten zwanzigsten Jahrhunderts ebenso gut eignet, wie es sich für das Proletariat des neunzehnten geeignet haben mochte.

Der Grundplan stammt aus einer Zeit, in welcher die Heilkunde von einer heute nicht mehr vorstellbaren Primitivität war, die Versicherten gerade das nackte Leben zu fristen vermochten und kein Geld auch für die kleinste Arztrechnung zur Verfügung hatten. Er wurde deshalb am Anfang schief geprägt durch zu einfache Aufgaben in einer notleidenden Gesellschaft. Dem Bestreben der Initianten, den Aufwand so billig als möglich zu halten, kam die damalige Lage auf dem medizinischen Arbeitsmarkt entgegen: zu viele Ärzte boten ihre Dienste um jeden Preis an. Arbeitslosigkeit wirkte lohndrückend, und die Sozialadministration vermochte die Medizin, die sie ihren Kunden vermittelte, äußerst vorteilhaft einzukaufen. Eine ausreichende Zahl proletarisierter Ärzte war froh, für die Versorgung insolventer Patienten von einem zahlungsfähigen Dritten ein Weniges sicher, statt von den notleidenden Patienten noch weniger oder nichts zu erhalten. Die Weitblickenden versprachen sich überdies, durch hohe Umsätze an medizinischen Verrichtungen das auszugleichen, was ihnen der Hungertarif im einzelnen vorenthielt — ein Grundsatz, der sich als das geheime Hauptübel des Systems herausgestellt hat, weil er sich für die Qualität der ärztlichen Leistung in bedenklicher Weise auswirkt.

Die Sozialversicherung trat ihren Lebensweg jedenfalls mit einem doppelten Geburtsgebrechen an: ausschließlich medizinal-technische Verrichtungen schlecht zu entlohnen und alles zu ignorieren, was in der Beziehung des Arztes zum Kranken außerhalb der bloßen Technik liegt. Was in den Bereich der Kunstfertigkeit und der Ethik gehört, läßt sich in keinen Tarifkatalog aufnehmen.

Der Rückstand der ärztlichen Tariflöhne ist in hundert Jahren nicht aufgeholt worden. Zwei Beispiele aus Basel mögen dies veranschaulichen: «Blutentnahme mit Differenzierung (inkl. Blutentnahme): Fr. 4.—.» Dazu erforderlich sind: Instrumentarium, Sterilisations-einrichtung, Farbstoffe, Glasmaterial, Mikroskop, Reinigung und Vorbereitung des Materials, $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunden konzentrierte Arbeit auf Grund von Spezialkenntnissen. — «Eingehende Augenuntersuchung (Funktionsprüfung, Gesichtsfeld, Farbensinn, Brillenbestimmung inkl. Verordnung der Brille): Fr. 4.—.» Erforderlich: ein umfangreiches Instrumentarium und — ohne Erhebung der Vorgeschichte und die oft zeitraubenden Erklärungen an schwerfällige Patienten — mindestens $\frac{1}{4}$ Stunde Arbeit. — Im Optikerladen legt der derart verarztete Patient ohne weiteres Fr. 80.— für das Brillengestell aus eigener Tasche auf den Ladentisch. — Sämtliche kostspielige Instrumentarien sind selbstverständlich vom Arzt zu stellen.

Die Geburtsfehler potenzieren ihren ungünstigen Einfluß auf die Praxisführung des Arztes. Wie jeder Lohnarbeiter, der trotz eines niederen Stücklohns zu angemessenem Einkommen gelangen will, sucht auch der Kassenarzt den Ausgleich im Akkordprinzip durch Umsatzsteigerung. Er fertigt seine 80 bis 100 und mehr Patienten im Tag ab und gelangt bei robuster Gesundheit, verlängerter Arbeitszeit und organisatorischem Talent zu hohem Einkommen. Auf *dieses allein* wird dann vom Arbeitgeber im Konfliktfall verwiesen; nach der *Qualität* der Tätigkeit, welche das Sündengeld hereinbringt, fragt er nicht.

Das hervorragendste Merkmal des Kassenarztes ist für seine Patienten der *Zeitmangel*. Er ist zu dem geworden, wozu ihn das Versicherungssystem herabgewürdigt hat: zum messenden, stechenden und rezepteschreibenden Medizinaltechniker, der kaum ein Wort für seinen Kunden übrig hat. Genau hiefür wird er entlohnt. Was er allenfalls darüber hinaus bietet — ein ruhiges Gespräch, eine Beratung über das Familienleben, das Fortkommen der Kinder, die Schwierigkeiten eines Ehepartners — das spendet er gratis auf Kosten seiner Arbeitszeit und Gesundheit, seiner eigenen Familie und seiner breiteren Bildung. Jedermann weiß das, und die unmittelbar Beteiligten seufzen unter der Hetze. Sie haben sich ins scheinbar Unvermeidliche gefügt, denn weder die Versicherungsadministration noch gar der Politiker kümmert sich darum. Der Karren läuft, und bis zur Stunde hat sich niemand veranlaßt gesehen, die Ärzte oder gar die versicherte Klientele anzufragen, ob sie mit dem Medizinalservice zufrieden seien.

Zu den Geburtsfehlern gesellen sich Wachstumsstörungen: einerseits die *Breitenentwicklung der Heilkunde* selbst, welche für jeden einzelnen Krankheitsfall von Jahr zu Jahr neue diagnostische und therapeutische Verfahren bereitstellt und auch gebraucht wissen will. Die Arbeitslast vervielfältigt sich, auch wenn die Zahl der Patienten gleich bleibt, und zwar für einen Arzt, der schon zu Beginn dieser Entwicklung voll beschäftigt war. Andererseits hat sich *die Gesinnung des versicherten Publikums* geändert. Während es früher den Arzt nur im Notfall beizog und sich so lange als möglich mit Hausmitteln behelf, ist es sich seines «Rechtsanspruchs» auf ärztliche Behandlung bewußt geworden und holt nicht allein beim geringsten Unbehagen ärztlichen Rat, sondern sogar bei vollem Wohlbefinden, wie es der unermüdliche Aufklärungsdienst aller Massenkommunikationsmittel empfiehlt. Zur systematisch geförderten Sorge um das eigene Wohlergehen gesellt sich die stimmungsmäßige Unruhe einer ruhiggestellten Wohlstandsgesellschaft. Sie drängt in Massen zu einem ärztlichen Dienst, dessen Leistungsfähigkeit schon für die offensichtlich Kranken bis zum Zerreißen angespannt ist. Gewiß sind prophylaktische Maßnahmen erwünscht. Zweifel sollten sich aber dann erheben, wenn ihre Durchführung das vorhandene Arbeitspotential aller ärztlichen Dienste überfordert. Das ist heute der Fall und zugleich ein Beispiel für die Schwierigkeiten, welche durch die bloße Anhäufung einfacher Aufgaben entstehen.

Dazu kommt als weitere Wandlung *die neue Struktur der Einkommen* seit der Einführung der Sozialversicherung. Das ehemals mittellose Proletariat, für welches die umfassende Krankenversicherung eingeführt wurde, ist in den westlichen Industriestaaten abgelöst worden durch eine wohlorganisierte Arbeiterschaft mit ausreichenden Einkommen. Aber auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der ganzen übrigen Bevölkerung hat sich gewaltig verbessert. Die soziale Krankenversicherung ist dagegen auf dem Stand von 1880 belassen worden, als gälte es heute noch, eine elende Gesellschaft für die geringste Leistung zu versichern, welche sie dem Arzt zu entrichten haben könnte. Dank der erstaunlichen Geduld der meisten Ärzte, dank auch der weniger erfreulichen Geschäftstüchtigkeit eines anderen Teils der Mediziner, welcher die Not seiner Berufsübung durch hohe Einkünfte zu lindern gelernt hat, und dank der Unmöglichkeit einer wirksamen Meinungsbildung unter den Versicherten denkt man bis zur Stunde zuständigen Orts nicht daran, die in allen Fugen krachende, verbrauchte Versicherungsmaschinerie zu revidieren und den Forderungen der Neuzeit anzupassen.

Darf man nichts aus Fehlern lernen?

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sollten vier Hauptaufgaben gelöst werden, damit sich die Heilkunde weiter zu entwickeln vermag:

1. Wenn sich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten von Jahr zu Jahr vermehren und immer kostspieliger werden: womit bezahlen wir ihre Anwendung?

2. Wenn Publikum und Ärzte sie derart auszunützen geneigt sind, wie sich das heute abzeichnet: sind Maßnahmen denkbar, welche ihren rationelleren Einsatz ermöglichen?

3. Wenn der Patient seinen Arzt nicht mehr selbst bezahlt, sondern ihn durch unsichtbare Apparaturen aus Steuergeldern und allenfalls Versicherungsleistungen finanzieren läßt, und wenn der Arzt sein Einkommen aus Kleinstbeträgen zusammenstückeln muß: hat diese Denaturierung des Zahlungsverkehrs einen Einfluß auf ihre Beziehungen, oder ist sie gleichgültig? Ein Gewinn ist sie gewiß nicht, wie dies, aller Sinnfälligkeit zum Trotz, immer noch behauptet wird.

4. Hat die Denaturierung des Zahlungsverkehrs einen Einfluß auf die Qualität der ärztlichen Leistung? Ist der Arzt unter dem Druck der Routinezahlungen von dritter Seite mit seinen Leistungen zufrieden, und wie würden diese von seinen ehemaligen Lehrern an der Hochschule beurteilt? Ist der Patient mit einem Arzt zufrieden, dem er seine Dankbarkeit in keiner Weise mehr ausdrücken kann — nicht einmal durch die Überreichung eines Honorars — und wie sollte sich der Arzt nach der Meinung des Patienten im allgemeinen verhalten?

Eine summarische Antwort ist heute schon möglich:

1. Macht man von allen verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Verfahren wahllos und regelmäßig Gebrauch, so wird ihre Finanzierung unmöglich.

2. Die Möglichkeiten zu rationellerem Einsatz der Ärzte sind begrenzt. Man hat zu wählen zwischen dem Versuch einer Zurückdämmung der bloßen Begehrlichkeit auf der einen Seite und des Hangs zum bequemen Geldverdienen auf dem Rücken der sicher zahlenden Versicherung auf der anderen Seite durch Abwälzung aller Kleinkosten auf das zahlungsfähig gewordene Publikum, oder aber dem Versuch einer restlosen Durchreglementierung der ärztlichen Praxis mit Ausbau der administrativen Kontrollsysteme. Ein einfacherer Ersatz der Reglementierung ist die Bindung der ärztlichen Leistung an größere Einheiten, unter Zwang zu einem staatlich vorgeschriebenen Umsatz, wie das in Großbritannien in erstaunlicher Weise vollzogen worden ist: der Arzt gelangt dort zu dem offiziell geduldeten Einkommen, wenn er eine vorgeschriebene Minimalzahl von «Köpfen» versorgt, die ihre Namen auf eine bei ihm aufliegende Liste eintragen. Die Versorgung einer größeren Zahl mit entsprechender Einkommensvermehrung ist weder physisch möglich noch staatlich geduldet, diejenige einer kleineren Zahl mit entsprechender Einkommenskürzung wohl. Der englische Arzt hat die Rolle eines dressierten Hundes übernommen, der sein Futter nur dann erhält, wenn er hoch genug springt.

Was den Versuch einer Abwälzung der Kleinkosten auf den Patienten zur Eindämmung ihres Bedarfs anbelangt, sei darauf hingewiesen, daß der *Durchschnitt* aller Arztrechnungen in Basel zur Zeit Fr. 40.— beträgt, ein größerer Teil also darunter liegt und noch leichter vom Einzelnen getragen werden könnte, ein kleinerer Teil darüber.

3. Der Wegfall der persönlichen Bezahlung des Arztes durch den Patienten wirkt sich ungünstig aus. Die Behauptung des Gegenteils — er entlaste sie und mache sie erst unbefangen — widerspricht der Erfahrung und entspricht nur dem simplifizierenden Rationalismus des neunzehnten Jahrhunderts. Schon die ersten Untersuchungen in der psychiatrischen Praxis haben ihre Unrichtigkeit herausgestellt.

4. Auf dem Boden der Sozialversicherung kann eine minderwertige, aber einträgliche Praxis durch massenhaftes Einsammeln von Tarifleistungen aufgebaut werden. Schwerkranke schiebt man durch Spitaleinweisung ab und widmet sich ausschließlich einer bequemeren Klientel mit Alltagsklagen, welche häufige Wiederbestellung und das Ausprobieren unzähliger Medikamente schätzt; beides ist ungefährlich. Der Arzt hat lediglich zu merken, wann Gefahr im Verzug und der Spitalschein auszufüllen ist. Wie stark die Krankenversicherung durch dieses Geschäft auf Gegenseitigkeit belastet wird, hat noch niemand auszurechnen versucht; sicher nicht wenig.

Hätte man den Mut und den guten Willen, die Konsequenzen zu ziehen, so ließe sich die Krankenversicherung wirksamer und namentlich ökonomischer für Schwerkranke und Spitalpatienten einsetzen. Die wichtigste Voraussetzung wäre das Gegenteil einer Durchreglementierung, nämlich die *Liberalisierung* der ärztlichen Praxis dort, wo dies, dank den verbesserten Einkommen, heute möglich wäre: für alle *billigen* Verrichtungen. Wäre der Wille dazu vorhanden, so ließe sich der Weg finden. Er ist auf Grund der heute in der Schweiz gültigen Gesetzgebung offen, aber es stellt sich verblüffenderweise heraus, daß ihn weder die Sozialadministration noch sogar ein großer Teil der Ärzteschaft gehen will: so sehr ist dieser letzte schon durch die *Dolce vita* des bequem zahlenden Dritten korrumpiert.

Der Vollzug des Kurzschlusses

Zu einer Reform braucht es Zeit, Sachlichkeit und Mut. Alle drei haben im öffentlichen Leben Seltenheitswert erlangt. Der Politiker, der die Steuergelder verteilt, zieht deshalb oft den billigeren Kurzschluß vor, wie endlich am folgenden Beispiel gezeigt wird.

Im Kanton Basel-Stadt ist der Beitritt zur Krankenpflegeversicherung für Minderbemittelte seit dem Ersten Weltkrieg obligatorisch. Das ist richtig. Ihre ärztliche Versorgung wird durch den Bund direkt, durch den Kanton zusätzlich gleichfalls direkt, außerdem aber auch indirekt massiv subventioniert, beispielsweise durch Bezahlung der gewaltigen Spitaldefizite, welche infolge der ungenügenden Leistungen der Krankenkassen für ihre «Versicherten» entstehen. Für die untersten Einkommensklassen ist die ärztliche Versorgung gratis. Auch das ist richtig. Nicht mehr richtig ist es dagegen, wenn mehr als die Hälfte der Bevölkerung als minderbemittelt behandelt und mit dieser Argumentation dem Versicherungszwang unterstellt wird. Bis zum Zweiten Weltkrieg unterstanden rund 60% dem Obligatorium und «genossen» damit «den Tarifschutz»: das heißt, sie mußten zu den gleichen staatlich anerkannten Taxen behandelt werden, welche die Ärzteschaft seinerzeit für die Behandlung der Armen gewährte. Seit 1942 nimmt die staatlich gelenkte Öffentliche Krankenkasse auch Personen mit beliebig hohem Einkommen als freiwillig Versicherte auf und schenkt damit auch diesen den umfassenden «Tarifschutz» mit staatlicher Subvention zu. Personen mit guten und sogar hohem Einkommen werden damit sanft an die Entgegennahme staatlicher Zuwendungen und die Reglementierung ihres Verbrauches gewöhnt, ohne daß sie beide nötig hätten; damit aber auch zugleich an die Allgegenwart der jedem Einzelnen sein Quantum öffentlich sanktionierter Wohlfahrt zuteilenden Sozialadministration.

Im Verlauf der allgemeinen Einkommensverbesserung ist seit dem Zweiten Weltkrieg rund die Hälfte der Bevölkerung der Versicherungspflicht ent-

wachsen, also sozusagen mündig geworden. (Von ehemals 60% unterstanden bis vor kurzem nur noch 40% dem Obligatorium.) Sie hat damit aber keineswegs auf ihr Versicherungs-Recht verzichtet, sondern blieb ihren Kassen in vollem Umfang treu. Nirgends zeigt sich ein Rückgang der Versicherungsdichte. Jeder Demokrat und Volksfreund müßte so viel Vernunft loben und als ein zahlenmäßig nachweisbares Ergebnis staatsbürgerlicher Erziehung hochschätzen. Nicht so unsere Linkspolitiker. Ihnen ist ein Bürger, der freiwillig tut, was er tun soll, zum Ärgernis geworden.

Bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1965 empfahl der Regierungsrat eine Erhöhung der Obligatoriumsgrenzen, welche wiederum etwa 50% der Bevölkerung der Versicherungspflicht unterstellt hätte. Der einzige erkennbare sachliche Grund bestand in der Möglichkeit, den untersten Einkommensklassen die Staatszuschüsse angemessen zu erhöhen. Niemand erhob dagegen Einspruch — außer den Linksparteien im Großen Rat. Sie forderten eine Erhöhung, welche 80% der Bevölkerung zur Sozialversicherung gezwungen hätte, und ihre Redner verkündeten unverhohlen, ihr Ziel sei der Wohlfahrtsstaat, und zu diesem gehöre die totale staatliche Krankenpflege. (Im Hinblick auf die gegenteiligen Beteuerungen mancher anderer Genossen ist diese Offenheit anerkennenswert.) Der Versuch, die Festung im Sturm zu erobern, mißlang für dieses Mal. Er hatte aber die Annahme eines sogenannten Kompromisses zur Folge, welcher statt 80 nur 60—70% der Einwohner zur Versicherung zwingt. Auch der kleine Schritt ist nicht zu verachten, bringt er doch die allgemeine Zwangsversicherung als einen Teil der obrigkeitlich anerkannten Wohlfahrt um so viel der Verwirklichung näher.

«Wo mag da noch zu finden die alte Freiheit sein?» müßte Gottfried Keller heute singen. Der Unterschied zwischen dem Staatssozialismus und der Gesinnung des Kellerschen Fortschritts besteht darin, daß man damals jedem Staatsbürger die *Gelegenheit* bieten wollte, zu Wohlstand zu gelangen, während man seither das Wesen des Wohlstandes selbst angeblich so genau kennen gelernt hat, daß man als ein Alleswisser jedermann in das Korsett der öffentlich anerkannten Wohlstandsnormen *zwingen* will. Wir sind damit in die Zeiten zurückgefallen, als sich die Kirche im Besitz der absoluten Wahrheit wähnte. Heute will es ihr hemdsärmliger Nachfolger sein, der Staat. Der nach dem Jenseits gerichtete Blick glitt wenigstens über manches hinweg, was hienieden ohne kirchlichen Segen vorankommt. Wer dagegen nur das Diesseits anvisiert, meint, das, was er sieht, sei alles, was vorhanden ist und läßt nichts mehr gelten, was kein Gegenstand öffentlicher Anerkennung ist. Das *ganze* Leben, das sich immer ins Unzugängliche erstreckt, wird im sichtbaren Teil in das Netz der staatlichen Wohlfahrt verschnürt und muß schief wachsen. Die Schiefheiten hängen heute schon zum Tagloch herein, aber man tut so, als hänge der Himmel voll Baßgeigen.

Was bezweckt die Linke mit der Erhöhung der Obligatoriumsgrenzen,

wenn wir vom Ausverkauf ihrer weltumspannenden Menschenfreundlichkeit absehen? Sie erklärt nichts weniger, als daß sich die Reichweite der Zwangsversicherung mit dem Begriff der Minderbemittelten decke, daß also niemand mehr nach freiem Entschluß für seine kranken Tage sorgen könne, sondern allein noch nach dem staatlich sanktionierten Allerweltsrezept. Dieses Rezept kontrolliert die Arzttarife, und diese schreiben dem Arzt zwar nicht die Einzelheiten seiner Praxis vor (weshalb denn auch grinsend erklärt wird, niemand habe die Absicht, ihm dreinzureden), wohl aber das Tempo seiner Tätigkeit. Im Geschirr des vorgeschriebenen Tarifs muß er die Mühle des Gesundheitsapparates drehen. In süßen Tönen wird ihm ein leichtes Joch versprochen und böse geschimpft, wenn er keine Lust zeigt, sich vollkommen einspannen zu lassen.

Die scheinbar großzügig angebotenen Lohnzuschläge führen zu keinem Ausweg. Auf der Linken glaubt man im Gegenteil, es gehe allein ums Geld. Es ist ungewiß, ob sie die wirklichen Schwierigkeiten nicht sehen *will*, oder ob sie sie nicht zu erkennen *vermag*. Beides wäre gleich schlimm. Sie meint, mit dem Kurzschluß zum Ziel zu kommen und sieht das Heil in einer durch Preisdiktat erzwungenen Nivellierung der ärztlichen Praxis. Zwei Weltanschauungen stoßen aufeinander: die Ausläufer eines Materialismus, der *alles* regelrecht auf der Schiefertafel berechnen und determinieren zu können meint, und ein gereifter Rationalismus, der seinen engen Gültigkeitsbereich kennen gelernt hat und dazu bereit ist, Bezirke lebendiger Auseinandersetzung anzuerkennen, zu welchen vielleicht die Vernunft, aber kein rechnender Verstand Zugang hat.

Um den Kurzschluß um jeden Preis vollziehen zu können, scheut sich die Linke nicht, den Mitbürgern das Recht zum freien Entschluß, von dem sie nachgewiesenermaßen den besten Gebrauch gemacht haben, aus der Hand zu winden, um als der zahlende Dritte den Ärzten die Arbeitsbedingungen diktieren zu können. Die Regierung (welche sie unter Druck hält) ist nämlich befugt, die Ärzte nötigenfalls zur Annahme der staatlich gewährten Tarife zu *zwingen*. Zwang ist der Zweck der Übung. Schon hundert Jahre, nachdem Gottfried Kellers Freischaren auszogen, um die letzten Zwingherren zu verjagen, werden sie zur Hintertüre wieder hereinkomplimentiert. Eine andere, als die von der linken Reaktion für richtig gehaltene Entwicklung ist unmöglich, wenn sie den Medizinalmarkt kontrolliert, und mit dem gemeinsamen Suchen nach neuen Lösungen in Freiheit ist es zu Ende. Geschieht kein Wunder, so ist die Praxis der Heilkunde in Basel am 16. Juni 1966 unter dem Zeichen des rot angelaufenen Fortschritts nach vollzogenem Kurzschluß in ihre degenerative Phase eingetreten.