

# «Die Patienten sagen uns, welche Behandlungen wir auszuführen haben»

**Anspruchshaltung beim Arztbesuch** Selbst wer ein bisschen hustet, fordert heute eine Rundumbehandlung. Ärzte erzählen, was sie in der Praxis erleben. Spielen sie nicht mit, riskieren sie negative Bewertungen.

**Fabienne Riklin**

Diese 1-Stern-Bewertungen sind noch relativ freundlich: «Ich musste alle Untersuchungen selber anordnen. Bei einem Check erwarde ich: Blutdruck messen, Urinprobe, Gewicht nehmen.» Oder: «Nach einer Stunde Wartezeit hat mir der Arzt zwei Minuten Zeit geschenkt – fühlte mich überhaupt nicht ernst genommen.»

Für Leander Muheim zeigen solche Onlinekommentare exemplarisch die wachsende Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten. Er ist Hausarzt, leitet das Netzwerk der Medix-Praxen in Zürich und ist Vizepräsident des schweizweiten Medix-Verbunds mit über 850 Ärztinnen und Ärzten. Muheim sagt: «Immer mehr Patienten sagen uns direkt, welche Behandlungen wir auszuführen haben.»

Gerade in den städtischen Regionen herrsche die Meinung vor: Ist eine Leistung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgeführt, steht sie insbesondere einem selbst zu. «Dass diese auch wirksam und zweckmässig sein muss, wird oft ausgeblendet.» Bleibt Muheim standhaft und ordnet bei einem verstauchten Fuss nicht gleich einen MRI-Termin an oder in gewissen Fällen ein Ganzkörper-MRI, um auch ja alle Eventualitäten auszuschliessen, riskiert



**«Wir haben den Beruf gewählt, um Kranken zu helfen, und nicht, um Behandlungen zu machen, die es gar nicht braucht.»**

**Leander Muheim**  
Vizepräsident Medix-Verbund

er negative Kommentare à la «NIEEEEE wieder Medix» oder der Patient zieht einfach zur nächsten Ärztin weiter.

Wie gross das Problem ist, zeigt eine Umfrage unter mehreren Hausärzten, Dermatologen und Kinderärztinnen. Sie haben uns unter Wahrung ihrer Anonymität Beispiele geschildert: – «Leider muss ich emotional werden. Diese Anspruchshaltung der Patienten ist eine wirkliche Katastrophe.»

– «Manchmal fühlen wir uns mehr als Dienstleister. Der Patient kommt und sagt, was er möchte.»

– «Früher war dieses Verhalten bei älteren Patienten weniger ausgeprägt, heute stehen sie den Jungen in nichts nach.»

– «Viele Patienten wollen auch rein ästhetische Behandlungen, beispielsweise Lasern, über die Krankenkasse abrechnen, da sie ja «schon so viel Prämie» bezahlen.»

– «Oft haben die Patienten völlig falsch im Internet recherchiert und sagen uns: «Ich möchte das und das», und lassen sich kaum davon abbringen.»

– «Viele wollen jetzt und sofort einen Termin, trotzdem halten sie ihn aber oft nicht ein. Bei schönem Wetter sind No-Shows völlig normal geworden.»

– «Sie verhalten sich abfällig gegenüber unseren Mitarbeitenden, vor allem wenn es darum geht, möglichst schnell einen Termin zu bekommen.»

– «Oft kommen sie für jeden Nonsense und fordern unbegründete Untersuchungen, Blutentnahmen, Röntgen bei Bagatellsachen. Im Sinne von: Ich zahle ja meine Prämien, dann hast du auszuführen.»

– «Sie wollen rückwirkend eine Krankenschreibung, obwohl wir das Kind nicht gesehen haben.»

– «Sie fordern bei Kindern ein schnell wirkendes Wundermit-



tel, obwohl viele Krankheiten praktisch keine oder kaum Medikamente benötigen.»

**Die Allgemeinheit bezahlt die Kosten**

2022 gingen die Schweizerinnen und Schweizer pro Kopf gerechnet durchschnittlich 4,5-mal zum Arzt, jeder Dritte tat dies mehr als 5-mal. Dabei stehen die eigentlich gesünderen Jüngeren den Älteren in nichts nach. So ist bei den 25- bis 34-jährigen ein Praxisbesuch fast so häufig wie bei den 45- bis 64-jährigen. «Doc-Hopping» heisst dieses Phänomen

und trägt auch zur Kostenspirale im Gesundheitswesen bei.

Für Hausarzt Muheim ist das frustrierend. «Wir haben den Beruf gewählt, um Kranken zu helfen, und nicht, um Behandlungen zu machen, die es gar nicht braucht und die nur unnötige Kräfte binden.» Weil schwer kranke Patienten mehr Zeit beanspruchten, seien er und sein Team darauf angewiesen, Bagatellen oft auch in wenigen Minuten behandeln zu können. Aber manche Patientinnen und Patienten wollen das partout nicht wahrhaben und fordern einen

Beweis, dass sie wirklich nur einen Husten haben.

«Oft handelt es sich um eine starke Ängstlichkeit, die medizinisch ernst genommen werden sollte», sagt der Arzt. Aber manchmal sei der Übergang in ein berechnendes Optimierungsverhalten auf Kosten der Allgemeinheit fließend. Muheim ist bedacht, auch jene Patienten nicht zu brüskieren. Merkt er hingegen, dass eine Person überhaupt nicht zusammenarbeiten will, nimmt er auch mal einen 1-Stern-Kommentar in Kauf. «Da sind mir dann manchmal auch meine Zeit

Die Gesundheitskosten explodieren, die Prämien steigen, aber niemand will so richtig sparen – obwohl das Problem seit Jahren bekannt ist. Woran liegt's – und was ist zu tun? Wir haben nachgefragt bei Stefan Felder, Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Basel.

**Herr Felder, warum laufen die Gesundheitskosten aus dem Ruder?**

Weil unsere Ansprüche steigen und wir immer mehr von unserem Einkommen für Gesundheit übrig haben. Je höher der Wohlstand, desto höher die Nachfrage nach Therapien und Untersuchungen. Das lässt sich weltweit beobachten.

**Wenn gleichzeitig auch der Wohlstand steigt, ist das doch kein Problem.**

Es wäre keines, wenn die steigenden Gesundheitsausgaben privat bezahlt würden. Das Gegenteil ist aber der Fall, der staatlich finanzierte Anteil nimmt laufend zu. Wenn wir so weitermachen, fahren wir das System an die Wand.

**Was heisst das?**

Die jährlichen Gesundheitskosten pro Kopf betragen heute bereits 10'000 Franken. Die Krankenkassenprämie zahlt davon nur

3000 Franken. 3600 Franken sind schon heute Steuergelder vom Bund und den Kantonen, davon sind 600 Franken Prämienverbilligung. Der Rest kommt aus privaten Quellen. Jeder Steuerfranken, der zusätzlich in die Gesundheit fliesst, fehlt anderswo. Dabei wollen wir ja auch unsere Kinder ausbilden und die Landesverteidigung verbessern.

**Dann sind Sie wohl kein Freund der Prämieninitiative.** Bei der Initiative geht es ja nicht um höhere oder tiefere Kosten, sondern darum, wer sie bezahlen muss. Ob man es gut findet,

dass Ärmere entlastet werden, ist eine Frage der politischen Einstellung, da kann ich als Ökonom nicht viel dazu sagen. Aber ja, es ist klar: Wenn sie angenommen wird, würden ab nächstem Jahr mehr als 7 Milliarden Franken zusätzliche Steuergelder in die Prämienverbilligung fließen. **Trotzdem: Muss man nicht ehrlich sein und sagen, ein gutes Gesundheitssystem hat halt seinen Preis, die reiche Schweiz kann sich das leisten?** Das lässt sich auf lange Sicht nicht durchhalten, ohne dass an-

dere staatliche Aufgaben verdrängt würden. Es sollte eine Grenze gezogen werden, bei der die staatliche Fürsorge aufhört und die private Verantwortung anfängt, so wie es im Übrigen die Bundesverfassung vorschreibt. **Plädieren Sie denn für eine Zweiklassenmedizin?** Wir sollten ehrlich sein und zugeben, dass eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Zweiklassenmedizin schlicht nicht möglich ist. Denn wenn jeder die bestmögliche Behandlung bekäme, würden die Steuergelder dafür bei weitem nicht ausreichen.

**Heisst das, dass ärmere Menschen keine vollwertige Behandlung mehr bekommen sollen?**

Nein. Im Gesetz steht: Die obligatorische Krankenversicherung bezahlt, was wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Richtig umgesetzt bedeutet das, dass teure Therapien, die nur einen marginalen Nutzen haben, nicht bezahlt werden. Bundesrat Alain Berset sagte bei seinem Rücktritt, er sei stolz darauf, in seiner zwölfjährigen Amtszeit den gesetzlichen Leistungskatalog kontinuierlich ausgebaut zu

## «30 Prozent der Gesundheitskosten sind reine Verschwendung»

**Unnötige Untersuchungen** Gesundheitsökonom Stefan Felder sagt, auf welche Behandlungen wir verzichten könnten, warum es eine Zweiklassenmedizin braucht und wieso Alain Berset gegen das Gesetz verstossen hat.

haben. Damit versties Berset gegen das gesetzliche Wirtschaftlichkeitsgebot und machte sich zum Treiber der Gesundheitskosten.

**Wie viel könnte man einsparen, ohne dass die medizinische Versorgung leidet?**

Es gibt gut belegte Studien aus den USA, die zeigen, dass 30 Prozent der Ausgaben überflüssig sind: Operationen, die nichts nützen, Bildgebungsverfahren, die medizinisch nicht indiziert sind, unzureichende Vorsorgeuntersuchungen. Was für die USA gilt, gilt auch für die Schweiz: 30 Prozent der Gesundheitskosten sind reine Verschwendung.

**Wie kommen Sie darauf?**

Das staatliche Gesundheitsobservatorium in Neuenburg berichtet regelmässig über auffällige regionale Unterschiede bei der Häufigkeit von bestimmten Behandlungen. Der unterschiedliche medizinische Bedarf spielt dabei zwar eine Rolle, jedoch sind auch unterschiedliche Ansprüche der Bevölkerung und finanzielle Interessen der Leistungserbringer dafür entscheidend. In Basel sind die Prämien doppelt so hoch wie in Appenzell-Innerrhoden. Klar, die höheren Ausgaben in Basel bedeuten nicht nur Verschwendung, aber



Ärztinnen und Ärzte stellen eine wachsende Anspruchshaltung der Patienten fest.  
Symbolfoto: Keystone

nicht. «Sie setzen den Verantwortungssinn runter statt rauf, sowohl bei Patienten wie auch bei Ärzten. Das ist kontraproduktiv.» Muheim geht deshalb so weit, dass er sagt: «Wer nicht bereit ist, mit einem Hausarzt über ein Hausarztmodell zusammenzuarbeiten, sollte einen höheren Selbstbehalt zahlen.» Statt wie heute 10, könnte er sich 20 Prozent vorstellen.

Unlängst hat der Verband der Schweizer Ärztinnen und Ärzten FHM für seine Mitglieder Empfehlungen im Umgang mit Onlinebewertungen herausgegeben. Denn während sich aus berechtigten Beschwerden Verbesserungspotenziale ergeben, können nicht berechnete existenzbedrohende Auswirkungen haben.

Bei den Medix-Praxen in Zürich werden die Kommentare durch eine Mitarbeiterin gemangelt. Sie bedankt sich für fünf Sterne und bietet bei jenen mit wenigen an, mit der Praxis ins Gespräch zu kommen: «Für die Unannehmlichkeiten möchten wir uns gerne entschuldigen. Gerne dürfen Sie uns jederzeit eine E-Mail schreiben, und wir melden uns bei Ihnen.» Sich detaillierter öffentlich zur Wehr setzen ist wegen des Arztgeheimnisses meistens nicht erlaubt.

#### Auf Onlinekommentare ist nicht immer Verlass

Doch was taugen die Bewertungen überhaupt? Zwei Studien in den USA kamen zum Schluss: Zwischen der Onlinebewertung und der tatsächlichen medizinischen Leistung gibt es keinen Zusammenhang. Wer auf der Suche nach einem kompetenten Arzt auf solche Kommentare zurückgreift, könnte also ebenso gut würfeln. Auffallend ist auch: Gerade die Google-Kommentare sind entweder top oder flop. Etwas dazwischen gibt es häufig nicht.

Deutlich differenzierter sind im Vergleich die Bewertungen bei MedicoSearch, der grössten schweizerischen Plattform für medizinische Onlinetermine mit Bewertungsfunktion. Allerdings mit zwei grossen Unterschieden zu Google. Erstens können nur jene Patienten ein Rating abgeben, die auch tatsächlich einen Termin wahrgenommen haben. Und zweitens ist es nicht möglich, die medizinische Leistung

zu beurteilen. «Dazu sind Patienten fachlich nicht in der Lage», sagt Rafael Imboden, Mitglied der Geschäftsleitung. Dafür stehen andere subjektive Parameter zur Verfügung wie beispielsweise: Vertrauensverhältnis, Informationsverhalten und Empfehlung.

Über 300 Bewertungen treffen täglich bei MedicoSearch ein, Tendenz steigend. Ein Team aus pensionierten Medizinerinnen prüft diese und schaltet sie nach den vorgegebenen Kriterien frei. Ist ein Kommentar beleidigend, unsachlich oder offensichtlich unglaubwürdig, wird er gelöscht. Dies ist bei etwa drei Prozent der Fall. Publiziert sind auf MedicoSearch mittlerweile über 400'000 Patientenrückmeldungen.

#### Persönliche Empfehlungen bei Arztwahl wichtiger

«Wir sind kein Frustrportal», sagt Imboden. Aufgefordert, die wahrgenommene Behandlung zu bewerten, werden deshalb alle Patienten kurz nach dem Termin beurteilt und auch mittels Sternen zwischen ein und fünf. Jedoch fällt auf: Bei MedicoSearch sind die Bewertungen im Schnitt deutlich zahlreicher und ein Stern besser als bei Google. Gemäss Imboden ist die Durchschnittsbewertung auf ihrer Plattform eine 4,6.

«Wir erleben viel, dass Praxen und Ärzte auf Google unfair bewertet werden», sagt Imboden. Das diene niemandem etwas. Ist ein Kommentar besonders kritisch, versucht MedicoSearch deshalb zwischen dem medizinischen Leistungserbringer sowie dem Benutzer zu vermitteln. «Unser Ziel ist es, dass die Kommentare bei der Suche nach einem Arzt oder einer Ärztin einen Mehrwert bringen. Wir wollen kein Bashing.»

Noch haben sich die Bewertungsportale für Patienten nicht so etabliert wie bei Restaurants oder Hotels, zeigen Auswertungen des eHealth-Barometers des Forschungsinstituts GFS. Nach wie vor scheinen bei der Wahl einer Praxis oder eines Arztes persönliche Empfehlungen wichtiger zu sein. Doch für Imboden ist klar: «Digitale Patientenrückmeldungen werden auch im medizinischen Bereich entscheidend. Das ist eine Frage der Zeit.»

## Prämien von 10'000 Franken «sind möglich»

Initiativen Kurz vor der Abstimmung am nächsten Sonntag heizen Befürworter, Gegner und Experten die Kontroverse über künftige Prämienkosten an.

Der Negativrekord kommt aus Genf: Dort hat die Krankenkasse Agrisano für 2024 in der Grundversicherung eine Jahresprämie von 11'252 Franken offeriert – für eine erwachsene Person mit einer Franchise von 300 Franken, inklusive Unfallversicherung. Auch bei der Visana-Tochter Galenos kostet diese Variante über 10'000 Franken, wie eine Abfrage beim Prämienrechner des Bundes zeigt.

Es handelt sich hier zwar um Extrembeispiele aus einem Hochprämienkanton. Dennoch zeigt es, dass Krankenkassenprämien von 10'000 Franken keine Utopie mehr sind. Für SP-Nationalrat Roger Nordmann ist die Situation «alarmierend». Er hat selber Berechnungen aufgestellt. Demnach könnten gegen Ende der 2020er-Jahre auch die durchschnittlichen Prämien in ersten Kantonen auf über 10'000 Franken steigen. In Genf liegen sie bereits jetzt über 8000 Franken.

Nordmann geht in seinem Modell davon aus, dass die Prämien 2025 um 6 Prozent steigen, so wie kürzlich vom Vergleichsdienst Comparis prognostiziert. Für die Folgejahre rechnet er mit einem Wachstum von jeweils 4 Prozent. Das entspricht dem Durchschnitt der Jahre 2021 bis 2025. In dieser Phase gab es sehr hohe Anstiege, aber auch ein Nullwachstum.

#### Drei Prozent Anstieg sind «unvermeidlich»

Ist eine solche Entwicklung möglich? Gemäss Gesundheitsökonom Heinz Locher bleibt der Druck auf die Prämien hoch. «Ein Anstieg von bis zu 3 Prozent ist in den kommenden Jahren unvermeidlich.» Locher begründet dies mit strukturellen Defiziten. «Wir leisten uns zu viele Spitäler.» Ob die Prämien noch stärker ansteigen könnten, sei schwierig vorherzusagen. Locher zeigt sich dabei wenig optimistisch: «In der Politik fehlt es an Kräften, die Massnahmen zum Durchbruch verhelfen könnten, um das Prämienwachstum zu stoppen. Dazu kommen die Lobbyisten, die alles hintertreiben.»

Gemäss Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte bei Comparis, hängen die künftigen Prämien von der Entwicklung der Spitalkosten, der Pflegefinanzierung und den Finanzmärkten ab. «Ab 2026 gehe ich von einem jährlichen Anstieg von rund 3 Prozent aus, was leicht über dem Durch-

schnitt der letzten 10 Jahre ist. Alles, was darüber liegt, ist reine Spekulation.»

Bei einem 3-Prozent-Wachstum würde die 10'000er-Grenze im Nordmann-Modell zu Beginn der 2030er-Jahre geknackt. Auch für Schneuwly ist eine solche Entwicklung denkbar. «Prämien von 10'000 Franken sind massiv, aber möglich, wenn Bruttoinlandprodukt und Wohlstand weiter zunehmen und die Löhne steigen.» Nur wenn der Wohlstand schrumpfe, «werden wir uns weniger Medizin leisten können».

#### Doppeltes Ja soll einen «Schock» verhindern

Nordmann warnt nun vor einer Ablehnung der Prämieninitiative der SP und der Kostenbremseinitiative der Mitte. «Prämien von 10'000 Franken sind ein Albtraum. Jetzt ist der letzte Moment, um die breite Bevölkerung vor diesem Schock zu bewahren», sagt der ehemalige SP-Fraktionschef und Bundesratskandidat. Ein doppeltes Ja erhöhe den Druck auf Bund und Kantone, die Kosten in den Griff zu bekommen. «Die Erhöhung der Prämienverbilligungen sorgt für mehr Gerechtigkeit und die Kostenbremse für mehr Effizienz.»

Auch für Mitte-Nationalrat Stefan Müller-Altermatt geht der Trend «ganz klar in Richtung 10'000 Franken», wie er sagt. «Wir brauchen jetzt maximalen Druck, damit sich etwas ändert.» Müller-Altermatt ist der Einzige, der im Parlament beiden Initiativen zugestimmt hat.

Damit ist die Schlussoffensive der Befürworter vor der Abstimmung am kommenden Sonntag lanciert. Nach gutem Start haben beide Vorlagen in den letzten Umfragen an Zustimmung verloren. Bei der Kostenbremse zeichnet sich bereits ein Nein ab. Die Prämien-Initiative hat nur noch eine knappe Ja-Mehrheit.

Die Gegner hingegen kritisieren die Warnung aus dem Pro-Lager scharf. «Für mich ist das Angstmacherei mit einer Milchbüchlirechnung», sagt FDP-Nationalrätin Regine Sauter. Sie spricht sich zwar auch für kostendämpfende Massnahmen aus. Die Prämienverbilligungsinitiative verursache aber «enormen Kosten», und die Kostenbremse rationiere die Gesundheitsversorgung. «Beide Initiativen schiessen weit über das Ziel hinaus.»

Adrian Schmid

und meine Nerven zu schade.» Allerdings zeigt sich, besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patient und Mediziner, nimmt die Anspruchshaltung der Patienten ab. Dann bekommt der Hausarzt oft zu lesen: «Arzt unseres Vertrauens», «super Arzt» oder «voll zufrieden, sehr kompetent». Muheim ist deshalb überzeugt: «Eine sinnvolle Medizin braucht Stabilität, Solidarität und gegenseitiges Vertrauen.»

Doch beide Initiativen, über die am kommenden Sonntag abgestimmt wird, berücksichtigen gemäss Muheim diese Attribute



«Ehrlich sein»: Gesundheitsökonom Stefan Felder. Foto: Nicole Pont

vieles davon gehört nicht zur Leistungspflicht einer Grundversicherung.

#### Aber wo konkret wird mehr als das Notwendige gemacht?

Nehmen wir Kaiserschnitte. Eine Geburt mit Kaiserschnitt ist gegenüber einer normalen Entbindung rund 2300 Franken teurer. Im Jura wurden bei 26 Prozent der Geburten Kaiserschnitte durchgeführt, in Zug bei 43 Prozent. Mit medizinischen Notwendigkeiten hat dieser Unterschied wenig zu tun, mit unterschiedlichen Ansprüchen der Schwangeren schon.

#### Sollen Kaiserschnitte künftig finanziell besser gestellten Frauen vorbehalten sein?

Die Entbindung sollte der Normalfall sein, der Kaiserschnitt die Ausnahme. Bei über 30'000 Kaiserschnitten im Jahr würde eine Halbierung 35 Mio. Franken einsparen. Darüber hinaus werden die Risiken vermieden, denen Mutter und Kind bei einem Kaiserschnitt ausgesetzt werden. Die aktuelle Vergütung von Spitalleistungen reizt die Spitäler an, zu viel zu operieren. Aber auch in der Diagnostik wird zu viel gemacht. Besonders schlimm sind überflüssige nuklearmedizinische Untersuchungen, welche die Patienten unnötig-

erweise einem Krebsrisiko aussetzen.

#### Damit sind Millionen, aber noch nicht Milliarden gespart. Weitere Beispiele?

Oft werden auch Vorsorgetests unweckmässig eingesetzt. Nehmen wir den PSA-Test zur Aufdeckung des Prostatakrebses. Bei zwei Dritteln der Männer, die keinen Krebs haben, liegt der Test falsch. In der Folge kommt es zu unnötigen Abklärungen, aber auch zu Behandlungen, die zu Inkontinenz und Impotenz der Betroffenen führen. Ganz ähnlich ist es beim Brustkrebs-Screening, das viele Kantone standardmässig durchführen. Es schadet den Frauen mehr, als es ihnen nützt.

#### Wo genau liegt die Ursache für überflüssige Behandlungen?

Falsche Anreize, die sich gegenseitig verstärken: umfassende Grundversicherung, niedriger Selbstbehalt und grosszügige Vergütung. In der Folge halten sich die Versicherten nicht zurück und die Ärzteschaft greift in die Vollen.

#### Was hätte Alain Berset in den zwölf Jahren Amtszeit anders machen müssen?

Man kann ihm natürlich nicht allein die Schuld geben. Aber er hätte den Leistungskatalog ge-

## «Ein Kaiserschnitt ist gegenüber einer normalen Entbindung rund 2300 Franken teurer.»

mäss gesetzlichem Auftrag beschränken müssen. Zudem hat er die Reform der ärztlichen Vergütung gebremst.

#### Das grosse Problem ist aber, die Wirtschaftlichkeit einer Therapie zu messen.

Das stimmt nicht, die medizinische Literatur bietet bereits die Grundlage, um den Nutzen einer Leistung zu bestimmen, eine Reduktion der Sterblichkeit genauso wie eine Verbesserung der Lebensqualität. Damit lässt sich die Wirkung in sogenannten qualitätsbereinigten Lebensjahren messen und mit den Kosten vergleichen. Das Bundesgericht hat einmal vorgeschlagen, dass eine Gesundheitsmassnahme nicht in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen werden sollte, wenn ein durch sie gewonnenes qualitätsbereinigtes Lebensjahr mehr als 100'000 Franken kostet.

England hat das eingeführt. Solche Limiten sind aber ethisch umstritten. Kritiker sagen unter anderem, ältere Menschen würden damit diskriminiert.

England steht nicht allein da, skandinavische Länder tun es auch, ohne einen Unterschied zwischen Jung und Alt zu machen. In der Schweizer Raumplanung wird das auch bereits angewendet. Bei einer anstehenden Sicherung einer gefährlichen Strassenkurve wird die erwartete Reduktion von Unfällen und Todesfällen mit den Kosten der Massnahme gegengerechnet. Dabei wird ein gerettetes Leben mit 260'000 Franken bewertet, ein allerdings hoher Wert im internationalen Vergleich.

#### In eine ähnliche Richtung wie Sie geht die zur Abstimmung stehende Kostenbremse-Initiative der Mitte. Genügt sie nicht?

Leider nein. Die Initianten benennen zwar das Problem steigender Gesundheitskosten, sagen aber nicht konkret, wie diese gebremst werden können. Sie pflegen ihr Image und leisten dem Gesundheitssystem einen Bärendienst.

Mischa Aebi