

Briefe an die SÄZ



Eine steuerfinanzierte Einheitskasse – ein Alptraum, nicht nur für die Ärzteschaft

Der Initiativtext

Art. 117 Abs. 3. BV (neu)

Der Bund richtet eine Einheitskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein. Im Verwaltungsrat und im Aufsichtsrat sind Behörden, die Leistungserbringer und die Interessenvertreter der Versicherten mit jeweils gleich vielen Personen vertreten. Das Gesetz regelt die Finanzierung der Kassen. Es legt die Prämien nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit der Versicherten fest.

Übergangsbestimmungen Art.197 Ziff. 2 BV (neu)

Die Einheitskasse nimmt ihre Arbeit spätestens drei Jahre nach Annahme von Art. 117 Absatz 3 auf. Sie übernimmt die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflege.

Was als Initiative zur Einführung einer Einheitskasse angepriesen wird, ist in Wirklichkeit ein Anlauf zum fundamentalen Systemwechsel im Schweizer Gesundheitswesen. Während unsere Gesundheitsversorgung heute über die drei Säulen Prämien, Steuern, Direktzahlungen und zu einem geringen Teil durch Kapitalerträge finanziert wird, will die Initiative allein auf progressive Steuern bauen. Die jährlichen Aufwendungen für die Gesundheit unserer Bevölkerung sollen somit vom jeweiligen Steueraufkommen abhängig werden. Das ist gefährlich. Steuern unterliegen demokratischen Auseinandersetzungen mit entsprechend langwierigen Entscheidungsprozessen. Ein konjunkturell schwaches Jahr hätte bereits verheerende Auswirkungen auf die Kassenleistungen. Der vorgesehene Verwaltungsrat der neuen Einheitskasse wäre gemäss Initiativtext aus Parteienvertretern mit grundsätzlich diametraler Interessenlage zusammengesetzt. Ein derartiges Gremium wird weder entscheidungs- noch handlungsfähig. Die Referendumsdemokratie eignet sich nicht für den Versicherungsmarkt, wo letztlich das Schadenvolumen die Beitragshöhe bestimmt.

Ein Drittel unserer Bevölkerung bezieht heute Prämienverbilligungen. Dadurch wird ein gezielter, den aktuellen Verhältnissen angepasster, sozialer Ausgleich möglich. Ein jährlich wechselndes Steueraufkommen, Steuerabrechnungen nach Jahren, investitionsbedingte Nullsteuerjahre würden das neue System extrem belasten. Da das fehlende Prämienvolumen – es sind in der Grundversicherung rund 17 Milliarden – neu durch Steuereinnahmen finanziert werden müsste, würde in erster Linie erneut der Mittelstand steuerlich zur Kasse gebeten. Damit wäre wohl auch das Ende der Zusatzversicherungen absehbar, denn für viele Normalverdiener sind schon heute die Prämien limitierend.

Die Ausgestaltung der Steuer lässt die Initiative offen. Soll eine Bundessteuer mit staatlicher Einnahmenverteilung an die Kantone etabliert werden? Werden sparsame Regionen zu Nettozahlern? Oder sollen individuelle kantonale Steuern nach dem kantonalen Schadenvolumen erhoben werden? In jedem Fall müssten zwingend Ämter und Gremien für Verteilung, Kontrolle und Planung geschaffen werden.

Die Annahme, dass durch die Fusion zu einer Monopolkrankenkasse die Prämien wesentlich gesenkt werden könnten, ist naiv. Wenn Migros und Coop fusionieren, dürften die Lebensmittel kaum wesentlich günstiger werden. Die Administration der Grundversicherung mit der Buchhaltung, der Rechnungskontrolle, der Mitgliederverwaltung und Information kostet gegenwärtig 5,6% des Prämienvolumens, tendenziell sinkend. Natürlich ärgern wir uns über die herbstliche Anpreisung und Werbung der einzelnen Kassen. Aber es sind dennoch nur 80 Rappen pro Mitglied, die derart verwendet werden. Die Macht eines Einheitskassenmonopolisten gegenüber den Patienten und vor allem gegenüber den Leistungserbringern würde gewaltig zunehmen. Nachdem sich die Ärzteschaft mit der Anklammerung an den Kontrahierungszwang finanziell weitgehend in eine Abhängigkeit vom jährlichen Prämienvolumen gebracht hat, würde die Einheitskasse das «Vogel friss oder stirb» endgültig zur Tatsache machen. Eine einzige Liste der Monopolkrankenkasse würde genügen, um über die Zukunft einzelner Spitäler und Ärzte zu entscheiden.

Heute besteht eine Versicherungsvielfalt. Die Konkurrenz unter den Versicherern beflügelt die Ausgestaltung alternativer, den individuellen Bedürfnissen von Versicherten angepasster Lösungen. Die Motivation zur Innovation dürfte beim Monopolisten, der ohne jeden Konkurrenzdruck arbeiten wird, abnehmen. Die geplante Verbesserung des Risikoausgleichs wird hingegen das leide Problem der Risikoselektion in Zukunft entschärfen. Alternative Versicherungsmodelle mit freiwilliger Einschränkung für den Patienten werden dadurch attraktiver werden. Das gültige System fördert, der vorgeschlagene Systemwechsel hemmt die Etablierung innovativer Versicherungsmodelle.

Im Zusammenhang mit der Einheitskasse wird immer auch die SUVA erwähnt. Der Vergleich mit der staatlichen Unfallversicherung SUVA hinkt aber gewaltig, steht doch die SUVA in erster Linie für Rentenleistungen. Die Finanzierung erfolgt über Lohnprozente entsprechend den Schadenvolumina in der versicherten Branche und keineswegs über Steuern. Auch muss sich die SUVA dem Kostenvergleich mit den andern grossen Unfallversicherern stellen.

Es wäre unklug, wenn die Ärzteschaft aus Verbitterung über aktuelle Schwierigkeiten mit Krankenversicherungen leichtfertig eine Systemänderung mit verheerenden Folgen unterstützen würde.

Dr. med. Walter Grete,
Mitglied Forum Gesundheit Schweiz,
Bachenbülach



Etude ESPRIT

Le *Lancet* [1] a publié l'étude ESPRIT comparant l'efficacité de l'aspirine plus dipyridamole versus aspirine seule en prévention secondaire des AVC. Les précédentes études étaient contradictoires et l'étude actuelle devait «résoudre cette incertitude». Et les résultats fournissent suffisamment d'éléments pour que l'on juge la thérapie combinée préférable «sufficient evidence to prefer...». Il est troublant que le *Journal Watch* [2] reproduise cette conclusion et que l'expert consulté, Bruce Soloway, MD, souligne que la thérapie combinée «might become the treatment of choice for routine secondary prevention after stroke».

Cet enthousiasme dérange: p. 1666 l'article nous apprend en effet qu'«*ESPRIT had an open, non-blinded study design, to assess real-life treatment strategies*».

Dr Claude Fernex, Genève

N.B.: En guise de consolation, p. 1673: La contribution des facultés helvétiques à la constitution de la cohorte internationale de 2700 patients n'a été que de 1 cas!

- 1 ESPRIT Study Group; Halkes PH, van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A. Aspirin plus dipyridamole versus aspirin alone after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): randomised controlled trial. *Lancet*. 2006;367:1665-73.
- 2 Soloway B. Adding Dipyridamole to Aspirin Improves Secondary Prevention After Stroke. *Journal Watch* 2006 June 9. Vol. 26.



Nochmals:

Keuchhustentherapie im Gaswerk

Mit Interesse las ich den Leserbrief von Kollege R. Flammer über seine Erlebnisse mit den Keuchhustentherapien von «damals» [1]. Ich war von 1957 bis 1992 Hausarzt in Schlieren, der Hochburg der Gasproduktion der Stadt Zürich, und ich erinnere mich sehr wohl an jene wohl mehr exotische als nur alternative Therapie im hiesigen Gaswerk.

In der Mitte des letzten Jahrhunderts war die Durchimpfung der Kinder noch sehr ungenügend, und mehrere Epidemien von Pertussis gingen durchs Land. Es handelte sich nicht nur um eine «grippeähnliche», rasch abklingende Krankheit. Vielmehr litt zumeist eine ganze Familie wochenlang. Ich verstand sehr wohl, dass verzweifelte Mütter nach zehn/vierzehn Wochen von tage- und vor allem nächtelangen Hustenattacken ihrer Kleinkinder psychisch am Ende waren. Die Hustenanfälle waren so, dass man diese Krankheit den «blauen Husten» nannte. Stundenlang keuchten, bellten, wimmerten und schleimten diese Kinder in den Armen ihrer Mütter. Bis zur Dyspnoe. Und wir Ärzte hatten wahrhaftig wenige Waffen zur Verfügung. Wir waren jeweils froh, wenn der Prozess sich mit vermehrter Expektoration dem Ende näherte. Kein Wunder, dass die geplagten Mütter auf alle möglichen Therapieangebote eingingen, wie

eben: stundenlanges Spielen in der Nähe der ausglühenden Kokshaufen oder dem Sand mit dem letzten Ausstoss von Gasen. Offensichtlich erfuhren die meisten dieser «Gaswerkkinde» eine Linderung, wenn auch nur von kurzer Dauer. Wie eine solche zustande kam, konnte niemand erklären. War es die Einwirkung der Ammoniakgase auf die Bronchialschleimhäute, war es die Wirkung des CO auf die Erneuerung der Ec, oder war es irgendein Impuls zur Immunisierung? Hauptsache, die Kinder und die Mütter konnten wieder einige Nächte durchschlafen.

Eine ähnliche Wirkung versprach man sich von einem Aufenthalt in grosser Höhe. Zweitausend Meter sollten es sein. So erlebte ich Mütter, die eine oder mehrere Nächte beim Wetterwart auf dem Säntis verbrachten. Auch eine Stunde oder zwei im Flugzeug oder ein Aufenthalt auf dem Jungfrauoch waren eine gesuchte Therapieform, letzteres natürlich nur den Gutbetuchten zugänglich. Es wurden sogar spezielle «Keuchhustenflüge» offeriert. Die Erfolge waren fragwürdig. Zumindest waren es eindrückliche Erlebnisse für Mutter und Kind. Wetterwart wie Pilot konnten jedenfalls in die nächtliche Traumwelt von beiden eingehen.

Die Pertussis hat ihren Schrecken verloren – dank unserer Durchimpfung. Ebenso die noch weit mehr gefürchtete Poliomyelitis. Ich erlebte in den 50ern noch Poliotodesfälle, ganz zu schweigen von den Lähmungswracks nach überstandener Krankheit. Ich halte es für unverantwortlich, die Durchimpfung unserer Kinder gegen diese Teufelskrankheiten in Frage zu stellen oder mit fadenscheinigen Argumenten aus der Reihe der Bio- und Esoterikfundamentalisten zu verunglimpfen. Seien wir doch froh, eine wirksame Prophylaxe zu haben!

Dr. med Rolf Jucker, Schlieren

1 Flammer R. Gaswerktherapie und Schneckensirup gegen Keuchhusten. Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(42):1808.



Fahrausweis auf Zeit – mehr Positives als Negatives

Die Entrüstung ob der neuerlichen «Breitseite» auf des Seniors Fahrerqualitäten ist verständlich, bestätigen doch die jüngsten Studien dem Seniorfahrer eine recht gute Bewährungsprobe. Was jedoch nach wie vor im Raume steht, ist die personelle Frage der obligatorischen Untersuchung mit ihrer oft kritisierten befängenen Begutachtung der Fahrfähigkeit durch den Hausarzt. Die einheitliche und von der Bewertung her professionellere Beurteilung, wie sie im Antrag enthalten ist, nähme den Bestrebungen von Untersuchungen nur noch durch die Bezirks- oder Amtsärzte den «Wind aus den Segeln». Die Hausärzte sind es, die ihre Patienten kennen und dank geschulter und vereinheitlichter Bewertung verhindern, dass die Beurteilung der Fahrfähigkeit zur Lotterie wird. Pikanterweise hat der Vorstoss zur Übertragung der Untersuchung an die Bezirks- und Amtsärzte die Unterstützung des Seniorenrates.

Senioren sehen sehr oft im Ausweis eine Fahrbeurteilung auf Lebenszeit und stellen sich zuwenig darauf ein, dass für alle der Moment kommt, wo die Fahrtauglichkeit einfach nicht mehr gegeben ist. Die Beantragung der Erneuerung des Fahrausweises, begleitet vom freundschaftlichen Dialog, brächte ihnen dies immer wieder zum Bewusstsein und ist aber andererseits eine wertvolle Hilfe zur überzeugten Selbstentscheidung. In der regelmässigen eigenen Infragestellung der Fahrtauglichkeit liegt bereits viel Positives zur Sicherheit – für sich und andere!

*Hansueli Bleiker,
Fahrberatungsstelle für Senioren, Morschach*