

Courrier au BMS



Belegärzte gegen Einheitskasse

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung lehnt die vom mouvement populaire des familles und weiteren Linkskreisen verlangte Einheitskasse ab. Eine solche Monopolversicherung würde die Gesundheitskosten sicher nicht senken, hingegen den Wettbewerb unter den Kassen verunmöglichen und überdies die Eigenverantwortung der Versicherten unterdrücken. Mit den von den Initianten gleichzeitig geforderten Prämien, berechnet nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, würde vorweg der Mittelstand massiv benachteiligt.

Schliesslich würde eine Einheitskasse auch die Zusatzversicherungen gefährden.

Schweizerische Belegärzte-Vereinigung

Les médecins agréés opposés à une caisse unique

L'assurance suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privés et hôpitaux (ASMI) refuse une caisse-maladie unique revendiquée par le mouvement populaire des familles et d'autres milieux de gauche. Une telle assurance monopoliste ne baissera pas les coûts de la santé mais restreindra la concurrence entre les assureurs et réduira dans une large mesure la responsabilité individuelle des assurés. De plus, la prime d'assurance-maladie en fonction du statut économique prêterait massivement la classe moyenne et mettrait le régime des assurances complémentaires en danger.

Association Suisse de Médecins Indépendants

Gegenargumente Einheitskasse

So viele Leserbriefsteller aus Ärztekreisen dürfen nicht unbeantwortet bleiben. Es gibt genügend wichtige Gegenargumente gegen die eidgenössische Einheitskasse EEK:

1. EEK ist keine Kosteninitiative, sondern eine Finanzierungsinitiative: Unser Gesundheitswesen leidet aber unter den Kosten.

2. Die EEK nimmt jedem jeden Anreiz, unnötige Kosten zu vermeiden: Franchise, Selbstbehalt, günstigere Modelle (MC-Modelle): Was verlangt wird, wird immer auch bezahlt.

3. Eigenverantwortung: Auch diese wird durch die EEK nicht gefördert, sondern behindert. Kostenbewusstsein ist bei einer EEK nicht sexy.

4. Die Kosten, die die EEK bezahlen muss, werden steigen: heute werden ca. 10- bis 15% der Kosten von den Patienten selber bezahlt, erscheinen nicht in der Statistik: diesen Anteil machen alle die kleinen Beträge zwischen 70 und 150 Franken unterhalb der Franchise aus; diese werden mit Sicherheit zur Rückvergütung eingereicht.

5. Die fehlende Konkurrenz zwischen Kassen wird jeden Anreiz wegfallen lassen, mit den eigenen Kunden pfleglich und zuvorkommend umzugehen (siehe IV!); dies ist eine Qualitätsverminderung für die Patienten!

6. Die Ärzte werden bei einer EK derart abhängig von der Versicherung, dass sie faktisch zu Angestellten werden: Jeder muss das für sich selber beurteilen, ob er das will: es gibt genügend Länder, die bewiesen haben, dass das nicht funktioniert.

7. Eine EEK ist der erste Schritt zur Verstaatlichung der Grundversicherung: wer es sich leisten kann, wird in die bessere Zusatzversicherung gehen (mit Profit für die Kassen!!) → es wollte doch niemand die Zweiklassenmedizin!

8. Die Finanzierung über Steuern («wirtschaftliche Leistungsfähigkeit») ist unsicher: Bei schlechter Konjunktur und sinkender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit droht eine Unterfinanzierung: → Steuererhöhung oder Leistungsreduktion ist die Konsequenz! Wollen wir das?

9. Bessere Transparenz wird versprochen: vielleicht, aber: Alle Daten liegen bei einer Kasse, einer Administration, die noch weniger überwacht werden kann als im heutigen System; Man erinnere sich an die Probleme der CSS und der HELSANA mit dem Datenschutz.

10. Aufsicht: In der Leitung sollen Vertreter des Bundes, der Leistungserbringer und der Patienten sitzen: Der Bund sitzt im Leitungs-

- gremium der EEK; er hat aber per Verfassung auch die Aufgabe, die Versicherungen und Krankenkassen zu überwachen: Er überwacht sich also selber!
11. Einsparung: Wenn im heutigen KVG endlich der Risikoausgleich richtig geregelt und gehandhabt wird, fallen die (minimalen) Abwerbekosten weg.
 12. Verwaltungskosten: Auch eine EEK hat fast genau die gleichen Verwaltungskosten, besonders wenn sie die dezentralen kantonalen und regionalen Verwaltungen beibehalten will: Andernfalls werden sehr viele Personen, gerade die mit tieferen Einkommen und Teilzeiter, arbeitslos. Die angeblich gesparten Managerlöhne machen nie die versprochenen 500 Mio. Franken aus.
 13. Die «Machtkumulation» der Versicherungen wird abgelöst durch eine noch anonymere, schlecht kontrollierbare Macht, die alles bestimmt und den Leistungskatalog beliebig verändern kann, wenn die Versicherung unterfinanziert ist. (Siehe IV!)

Ich wundere mich, wie Ärzte dazu kommen, für die EEK Werbung zu machen: Aversion gegen die Versicherer ist eine schlechte Motivation, ein bestehendes, uns bekanntes System (mit Mängeln, das sei zugegeben) gegen ein unbekanntes System auszutauschen, das mindestens die Gefahr einer Katastrophe in sich birgt. Alle Macht den (staatlichen) Kassenfunktionären?: «Nur die allerdümmsten Kälber wählen ihre Schlächter selber».

Dr. med. T. Heuberger, Hilterfingen

Caisse unique ou caisses multiples?

Aucune importance! Toutes deux sont condamnées à l'implosion prochaine, parce que également fondées sur l'étatisme économique, sur le collectivisme et sa «solidarité» c'est-à-dire l'irresponsabilité, l'infantilisation du citoyen-cotisant. D'ailleurs, il faut savoir que la caisse unique n'est que le dernier stade de cette étatisation, avant la nationalisation.

Or, au point de vue rapports sociaux, il est évident qu'il y a un antagonisme absolu entre la médecine collectiviste ou étatisée et le respect de l'être humain. Et c'est précisément ce respect qui impose la démarcation entre la médecine humaine, hypocritique et la médecine vétérinaire, quelles que soient les qualités techniques, de compétence ou même d'empathie de cette dernière. Respect qui fait tout la différence entre l'objet spécifique des soins: l'homme et l'animal.

L'animal domestique ou de compagnie appartient à un tiers (son propriétaire) qui paie les factures du vétérinaire et aux impératifs duquel celui-ci doit se tenir. Mais l'homme n'appartient (du moins pas encore!) ni aux caisses ni à l'Etat et les soins qu'il nécessite ne sauraient donc dépendre de leurs ukases. Il n'en reste pas moins que si un tiers (les caisses) règle la facture du médecin, le *colloquium singulare* cette relation particulière, hypocritique, entre médecin et malade est rompue au profit d'une relation purement économique, de service, d'employé à employeur dominée, comme pour le vétérinaire, par celui qui paye.

Ceci, qu'il s'agisse des caisses multiples ou d'une caisse unique car, dans les deux cas, vous êtes sous la dépendance de ceux qui disposent de l'argent que vous avez déposé pour pourvoir aux risques financiers d'une éventuelle maladie. Il faut donc rompre cette dépendance. Ce qui est parfaitement faisable dans un système non «solidaire», c'est-à-dire non collectiviste. Ne déléguiez plus vos cotisations.

Au lieu de les confier à une caisse, capitalisez-les sur un compte-santé personnel, patrimonial, qui vous servira d'assurance en cas de maladie.

Système moderne, économiquement fiable, mais qui sera politiquement très contesté. Car responsabiliser les gens, c'est les rendre indépendants des pouvoirs qui les exploitent.

Essayez de prendre conscience des sommes phénoménales que représentent, à terme, la capitalisation de vos cotisations. Ainsi à 78 ans, si vous n'avez pas cotisé avant l'âge de 18 ans ni été malade depuis lors (ou n'avez jamais dépassé le montant de votre franchise), vous serez en possession d'un magot d'environ Fr. 1 000 000.–. Ce qui vous permettrait de voir venir puisque, paraît-il, le 80% des coûts de la santé est provoqué par les 2–3 dernières années de vie. Ceci d'autant plus qu'à votre décès le solde reste dans le patrimoine et fait partie de l'inventaire successoral.

Il en va de même lorsque le solde est négatif, comme cela se fait actuellement pour le règlement des prises en charge hospitalières ou en EMS. De plus ce type de système comprendrait un POOL permettant le traitement des cas particuliers. Il est évident que cet argent, mis sur un compte bancaire, ne peut être utilisé que pour couvrir, strictement, les dépenses occasionnées par le traitement d'une maladie ou d'un accident. Il faut également prévoir certains accommodements mineurs, sans aucune commune mesure avec les frais de la bureaucratie actuelle pour entretenir le système. Enfin comme pour les cotisations aux caisses, cette épargne serait obligatoire et elle serait subventionnée pour les

économiquement faibles. Ce système novateur pourrait, progressivement et en douceur, prendre la place de l'actuel, obsolète et en pleine implosion. Le but de ce texte est d'en faire comprendre et méditer l'originalité du principe. Bien sûr, en démocratie changer les règles du jeu est théoriquement toujours possible, mais il est malheureusement impossible d'exclure du jeu les tricheurs professionnels.

E. Truffer, Sierre

Einheitskasse hin oder her. Alte Menschen sitzen in der Falle

Immer wieder müssen wir als ärztliche Mitarbeiter einer geriatrischen Klinik erleben, wie das Recht auf adäquate medizinische Versorgung sogenannter schlechter Risiken, und dazu gehören zweifellos alte und gebrechliche Menschen, von den Krankenkassen systematisch torpediert wird. Gerade diese sehr vulnerable Gruppe von Beitragszahlerinnen und -zahlern bekommt nicht mehr, was sie dringend benötigt, nämlich Zeit.

So ist die Aufenthaltsdauer mancher Patientinnen in geriatrischen Institutionen nicht durch medizinische Argumente, sondern durch die wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen vorgegeben. Geriatrie verkommt zur «Rechtfertigungsmedizin». In meist 14tägigen Abständen müssen Kaderärzte/-ärztinnen in einem zeitaufwendigen Verfahren begründen, warum die bei der Kasse XY versicherte Person noch immer nicht nach Hause entlassen werden konnte oder (für die Kassen die günstigste Lösung) warum die Patientin nicht in eine Pflegeinstitution verlegt wurde. Das folgende Beispiel ist nur eines von vielen:

Eine bis anhin selbständig in einem Altersheim wohnende 88jährige Dame stürzt und zieht sich multiple intrazerebrale Kontusionen zu. Sie wird somnolent und leicht delirant in unsere Klinik aufgenommen. Bei Eintritt erteilt die zuständige Krankenkasse eine Kostengutsprache für drei Wochen und reduziert sie im gleichen Schreiben auf Pflegeheimtarif (BESA) ohne jegliches Wissen über Prognose und Verlauf. Manche Kassen erteilen Kostengutsprachen nach einer operativ versorgten Femurfraktur für 14 Tage, obwohl der Operateur eine Teilbelastung von 15 kg für sechs Wochen empfiehlt. Niemand würde bei einem 40jährigen Snowboarder, der sich eine komplizierte Unterschenkelfraktur zugezogen hat, auf die Idee kommen, zu fragen, ob man ihn nicht in ein Pflegeheim verlegen kann, bis er voll auf das Bein stehen kann. Bei Menschen über 80 Jahren taucht diese Frage als Bedrohung regelmässig auf. Alten Menschen werden adäquate

medizinische Dienstleistungen oft unter dem Argument der Wirtschaftlichkeit vorenthalten und bleiben so auf der Strecke. Sie müssen sich darum häufig nicht nur mit der Frage beschäftigen: «Werde ich wieder gesund?» Sondern sie müssen sich immer häufiger fragen: «Zahlt meine Krankenkasse, bis ich wieder gesund bin?» Diese soziale Ungerechtigkeit verstösst meiner Meinung nach vehement gegen das Gleichheitsprinzip.

Leider scheinen die bei vielen Kassen verantwortlichen Mitarbeiterinnen nicht genügend ausgebildet in der Beurteilung geriatrischer Patienten. Die Komplexität geriatrischer Probleme wie Polymorbidität, Gebrechlichkeit, kognitive Einschränkung können sie selten nachvollziehen und/oder an den zuständigen Vertrauensarzt weiterleiten. Hier besteht ein Ausbildungsbedarf an geriatrischer Fachkompetenz. Eine akute Krankheit wie eine Pneumonie, die im Rahmen der Rehabilitation nach einer Humerusfraktur aufgetreten ist und die betroffene Patientin zurückwirft, hat daher kaum Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. Es gibt auch Ausnahmen und somit Krankenkassen, die geriatriegerechter mit den Leistungen im stationären Bereich umgehen. Unser Angebot, die Komplexität geriatrischer Betreuung als Weiterbildung den Mitarbeiterinnen des Case-Managements und den Vertrauensärzten näherzubringen, wurde von einigen Kassen angenommen und hatte einen spürbaren positiven Effekt auf die Verhandlungen bezüglich der Aufenthaltsdauer. Ein Lichtblick in einem in der zunehmend düster werdenden Zukunft der Gesundheitsversorgung alter Menschen in der Schweiz.

Was hat das alles mit der Einheitskasse zu tun? Für unsere älteren Mitbewohnerinnen und -bewohner wäre es sinnvoll, eine Grundversicherung zu haben, die eine transparente definierte Grundleistung für den ambulanten und stationären Aufenthalt ohne Frage nach der behandelnden Klinik, nach deren Dauer und ohne Rücksicht auf das Alter der Versicherten übernimmt. Dieses Grundpaket sollte für alle Kassen bindend und vor allem identisch sein. Über alle anderen Zusatzleistungen kann der freie Markt gerne spielen. Nicht die Leistungsträger sollten bestimmen, wann ein Spitalaufenthalt eines älteren Menschen endet, sondern die medizinischen und pflegerischen und therapeutischen Experten als Leistungserbringer vor Ort. Für solch ein Modell Wähler zu gewinnen, sollte kein Problem sein.

*Dr. med. Thomas Münzer,
Zentrum für Geriatrie
und Rehabilitation, St. Gallen*

Moloch HELSANA und die kleinen Ärzte

Verschiedentlich haben es Ärztegruppierungen in letzter Zeit an die Öffentlichkeit getragen: Die HELSANA tritt in gemeinsamen Interessensbereichen der Krankenversicherung sehr eigenmächtig auf und zieht z.T. völlig willkürlich gefällte Entscheide stur durch. Sie missachtet die von Ärzteseite sachlich und in anständiger Manier vorgebrachten Einwände, lehnt Gesprächsangebote ab und geht unbeirrt ihres Weges. Dies geschieht nicht nur mit ihrer völlig einseitig proklamierten «Hausärzteliste», sondern auch im Zusatzversicherungsbereich mit der eigenwilligen Definition des Leistungskataloges. So werden per 1.1.2007 Kurzwegleistungen aus dem Katalog der Zusatzversicherung gestrichen mit dem Hinweis, dass diese bereits im Jahr 1976 nicht in die obligatorische Grundversicherung aufgenommen worden seien. Mit einem Verweis auf das Wörterbuch Pschyrembel und auf einen Pulstip-Ratgeber wird das fundierte Revisionsgesuch einer schweizerischen Ärztegesellschaft von Dezember 2006 abgewiesen, obwohl sich dieses auf eine Grosszahl neuester Forschungsarbeiten der letzten Jahre stützt. Ein weiterer sachlich fundierter Wiedererwägungsantrag von Januar 07 erfährt erneute Ablehnung mit dem Hinweis, man möge sich doch um Aufnahme der besagten Therapiemethode in den Leistungskatalog der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung bemühen. Eintreten auf eine sachliche Argumentation wird seitens des Versicherungskonzerns erneut verweigert! (Der Briefwechsel findet sich auf der Homepage der SAGOS: www.ozontherapie-aerzte.ch, auf der Seite «Für Mitglieder»). Die HELSANA Versicherung untergräbt damit nicht nur die wiederholt offerierte Dialogbereitschaft der Ärzte, sondern auch die Existenzberechtigung ihrer eigenen Zusatzversicherung. Dies gibt wahrlich einen lebhaften Vorgeschmack auf eine Einheitskrankenkasse, die – wenn einmal eingeführt – mit grosser Wahrscheinlichkeit in gleichem Stil auftreten und regieren würde. Vor der Einführung eines derartigen monopolistischen Molochs, wie es die Einheitskrankenkasse bedeuten würde, kann daher nicht genug gewarnt werden!

Dr. med. Adrian Bühler, Spiez

Ist die Einheitskrankenkasse die Lösung?

Die Ärztekammer hat zur Initiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» am 14./15. Dezember eine Stellungnahme abgegeben, die es verdient, genauer beleuchtet zu werden. Die

Ärztekammer würdigt zu Recht das Anliegen der Initianten, geht aber mit den effektiven Verursachern der Prämienexplosion meiner Meinung nach etwas zu schonend um.

Das ewig wiedergekaute Axiom, dass wir es in der Schweiz mit einer Kostenexplosion zu tun haben, was der Bürger als Prämienexplosion zu spüren bekommt und auch prompt als Kostenexplosion verwechselt, bleibt auch nach der tausendsten Wiederholung ein Axiom, eine Annahme. Im Vorfeld der Abstimmung zum neuen KVG hat man den Patienten (=Wähler) die Ohren gefüllt, dass wenn das neue KVG komme, der Markt spielen würde, in dessen Folge die Prämien sinken würden. Unter dem Mikroskop betrachtet besteht tatsächlich ein minimaler Verdacht auf einen möglichen Markt und damit Prämienunterschiede. Doch summa summarum hat hier der Berg eine Maus geboren: die Prämien sind praktisch überall seit 1996 um zweistellige Prozente gestiegen und sind absolut gesehen in etwa gleich. Bestehen dennoch im Einzelfall markante Unterschiede, dann sind diese meist nur von kurzer Dauer, da die Prämienskala sich innert kurzer Zeit wieder ändern kann. Der vielgerühmte Markt spielt eben wie so häufig nicht, was man nur schon bei den Pharmazeutischen Produkten sieht. Wenn in Italien ein Sulfonamid weniger als die Hälfte kostet als in der Schweiz (nota bene vom gleichen Hersteller!), dann wird die Pharmaindustrie über ihre Kanäle (z.B. über Politiker mit entsprechenden Verwaltungsmandaten) alles tun, dass wir Ärzte das Medikament nicht in Italien beziehen können. Bei den landwirtschaftlichen Erzeugnissen, etwa bei der Milch, wird dies jedoch von der Politik imperativ eingefordert, womit die hiesigen Bauern in den Randregionen massiv unter Druck gesetzt werden. Es gilt das alte Motto «Quod licet Iovi, non licet bovi».

Tröpfchenweise hat der Bürger in den letzten Jahren, in den Medien gut versteckt, erfahren, dass die Krankenkassen mehrstellige Millionenbeträge an Reingewinn (Rückstellungen nicht eingerechnet) eingestrichen haben. Das finden die Initianten zu Recht stossend. An anderer Stelle wiesen sie darauf hin, dass z.B. das jährliche Werbebudget von 10 Krankenkassen über 20 Millionen betrug, wobei die Provisionen der Versicherungsagenten nicht einmal eingerechnet waren (Bericht in der «Sonntagszeitung» vor einem Jahr). Wenn dann eine Krankenkasse im Stade de Suisse in Bern fixe Logenplätze für mehrere Zehntausend Franken reserviert hält, dann fragen sich die Initianten zu Recht, ob Krankenkassen noch den Begriff einer «Sozialversicherung» tragen dürfen, zumal die Bewoh-

nerinnen und Bewohner in der Schweiz obligatorisch einen Vertrag mit solchen Krankenversicherungen abschliessen müssen. Es ist sicher eine wichtige Forderung der Ärztekammer, dass «eine demokratische Kontrolle gewährleistet sein müsse – nicht zuletzt deshalb, weil die Krankenversicherung obligatorisch ist.» Hier wird aber seitens der Krankenkassen mit erbittertem Widerstand zu rechnen sein.

Wenn die Ärztekammer von den Krankenkassen fordert, «ihre Rolle frei und konstruktiv wahrzunehmen, ohne sich von wirtschaftlichen oder staatlichen Einwirkungen beeinflussen zu lassen», so muss dies Wunschenken bleiben. Denn mit der Einführung des KVG 1996 sind die Krankenkassen in den freien Markt entlassen worden; sie wurden Aktiengesellschaften und wir warten auf den Tag, an welchem sie analog den US-amerikanischen Krankenkassen an der Börse kotiert werden. Darum kann man von ihnen nie «solidarische, wirtschaftliche, zweckmässige und wirksame Führung» verlangen, wie der Bericht der Ärztekammer festhält. Die Gewinnmaximierung und damit die «Jagd nach den guten Risiken» wird immer das Ziel einer solchen Krankenkasse bleiben. Ein Hai wird auch nach gutem Zureden das Versprechen nie einlösen, sich ausschliesslich von Plankton zu ernähren. Die Ärztekammer würdigt den Grundansatz der Initianten, dass mit der Einheitskrankenkasse mehr Solidarität gewährleistet sein wird und dass mit Steuergeldern die Finanzierung gesichert wäre. Wenn die Verhandlungen künftig nur noch mit einem Vertragspartner zu erfolgen habe, mag dies auf den ersten Blick als eine Vereinfachung erscheinen. Es ist sicher nicht wegzudiskutieren, dass ein «zentralistisches Monstrum» entsteht, das in der Tat nicht ganz in die schweizerische Tradition hineinpasst, sondern vielleicht eher zum Zentralismusgewohnten Frankreich. Genossenschaftlich funktionierende Krankenkassen, wie sie zurzeit in der Schweiz noch zu finden sind und sich dem Ideal der «Bedarfsdeckungswirtschaft» verpflichtet fühlen, würden verschwinden.

Wenn die Einheitskrankenkasse im Ansatz brauchbare Argumente bringt, aber dennoch nicht die Lösung, wie soll es denn weitergehen? Drehen wir doch das Rad der Geschichte nur um etwas mehr als ein Jahrzehnt zurück: Da hatten wir ja noch Krankenkassen, die in einem Konkordat organisiert waren, die gewissermassen einer «Bedarfsdeckungswirtschaft» und nicht der Gewinnmaximierung verpflichtet waren. Auch der Begriff «Solidarität» war damals eine Selbstverständlichkeit. Es galt auch damals, dass die

öffentliche Hand das Gesundheitswesen zu unterstützen (zu subventionieren) habe. Dahinter steht der Grundgedanke aus der Bundesverfassung, wonach der Staat Steuern erhebt, um unter anderem die Gesundheit der Bürger (nach neuer Bundesverfassung «Bewohnerinnen und Bewohner») sicherzustellen. Das ist Staatskunde erste Lektion und somit eigentlich nichts Neues. Was aber nach der Einführung des neuen KVG geschehen ist, ist eine Umverteilung der Kosten von der Öffentlichen Hand auf die Krankenkasse und damit den Prämienzahler, streng nach den Vorgaben der Welthandelsorganisation (WTO). Vergessen wir nicht: 1995 hat der damalige Bundesrat J. P. Delamuraz die WTO-Verträge unterschrieben, wobei er nur das fakultative Referendum zuließ, welches nur ein paar sehr aufmerksame Bündner Bauern versuchten zu ergreifen. Nach den Gesetzen der WTO hat der Staat (Bund und Kantone) sich aus der Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens herauszuhalten, genauso in der Landwirtschaft und im Erziehungs- und Bildungswesen. Dieser Rückzug hat hauptursächlich die aktuelle Prämienexplosion beschert, wobei die exorbitanten Reingewinne der Krankenkassen sicher auch noch einen Teil dazu beigetragen haben.

Darum frage ich mich, müssen wir das Rad nochmals neu erfinden? Müssen wir wirklich neue Vorschläge entwickeln, wie die Misere in der Grundversicherung zu lösen ist? Wäre es nicht einfacher, die Struktur von vor 1996 zurückzuverlangen und allenfalls einige Modifikationen vorzunehmen? Wenn man die desaströsen Zustände von heute betrachtet, kommt man unweigerlich zum Schluss, dass es vor 1996 sicher nicht schlechter war. Es ist nicht alles antiquiert und somit schlecht, nur weil es alt ist.

PD Dr. David Holzmann, Zürich

Einheitskrankenkasse

Bundesrat Couchepin garantiert weniger Krankenkassenprämien ohne Einheitskasse: Hier stellt sich nur die Frage: Auf Kosten von wem (Patienten) oder was (Leistungen)? Logisch ist, dass die Verwaltungen unserer 86 Krankenkassen sehr viel Geld benötigen für sich und einen unsinnigen Konkurrenzkampf. Comparis, von Krankenkassen mitfinanziert, vergleicht für alle «Kunden» die Prämien der Krankenkassen, für jeden, irgendwo, individuell. – Eine Meisterleistung der elektronischen Entsolidarisierung. Gesunde der sogenannten Handygeneration sollen profitieren.

Die Krankenkassen sind doch dank dem Obligatorium der Grundversicherung bereits eine einheitliche Sozialversicherung. Grundlage jeder Sozialversicherung ist die Solidarität. Gesunde bezahlen die Kosten der Kranken. Kranke hatten dafür im Rahmen ihrer Möglichkeiten früher als Gesunde dafür einbezahlt. Es ist ein blanker Unsinn, Solidarität vermarktwirtschaftlichen zu wollen.

Weshalb sollte eine Einheitskrankenkasse nicht langfristig kostengünstig funktionieren? Weshalb funktioniert die SUVA seit bald 100 Jahren als obligatorische Unfallversicherung ausgerechnet für Arbeiter in Hochrisikoberufen? – Sogar noch heute? Mit den aktuellen akzeptierten Abrechnungen nach TARMED, mit dem gleichen Taxpunktwert in der ganzen Schweiz, im System «tiers payant», ohne dass der Arzt dem Patienten direkt Rechnung stellen muss?

Im Jahr 2008 wird gemäss Bundesrat eine neue Gesundheitskarte eingeführt (Mitteilung 15.2.06, Seite 14). Diese kostet 100 Millionen Franken, bezahlt durch die Krankenkassen. Ende Jahr ist jede Versicherungssituation für jeden wieder unsicher. Es braucht neue Karten...!

Bei welcher ärztlichen Leistung, bei welchem Medikament gedenkt der Bundesrat, hier diese angekündigten neuen Kosten einsparen zu

können? Im Notfall fehlt ja ohnehin häufig eine solche Karte! Wenn alle praktizierenden Ärzte entsprechende Lesegeräte auch noch anschaffen müssen, dann müssen sie die Mehrkosten auch weiterverrechnen, auch wieder den Krankenkassen!

Wer kontrolliert heute die verschiedenen Krankenkassen? Wer eine Einheitskasse morgen? Aufgrund der bisherigen Diskussionen ist eine Einheitskasse klar kurz und langfristig kostengünstiger und aus Solidarität offensichtlich notwendig.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

Caisse-maladie unique

Permettez-moi de vous faire part de mes impressions à l'approche de la votation concernant une éventuelle caisse-maladie unique.

Une fois de plus les politiciens commettent l'énorme erreur de mêler en un seul objet de vote les différents aspects d'un problème et la question de son financement, restant si floue et si sujette à manipulations, va probablement faire échouer cette opportunité si captivante qu'il y aurait de mettre sur pied une caisse unique. Eventualité captivante car sur cette lancée, et comme le mentionnent avec insistance les ré-

Leserbriefe

Leserbriefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine offensichtlichen Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Leserbriefe wird in der Regel keine Korrespondenz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch

Courrier des lecteurs

Les lettres de lecteurs sont bienvenues et peuvent être publiées, pour autant qu'elles restent acceptables, tant dans la forme que dans le fond, selon les principes de la bienséance généralement admis dans notre culture, qu'elles ne contiennent pas d'informations manifestement erronées et qu'elles ne dépassent pas une longueur de 2500 caractères. La rédaction se réserve le droit d'effectuer une sélection, de résumer ou de remanier le texte. La rédaction n'est en outre soumise à aucune obligation de publier les textes qui lui sont fournis. En règle générale, aucune correspondance ne sera échangée s'agissant des lettres de lecteurs; le fait de ne pas publier une communication ne fait notamment pas l'objet d'une justification. Il peut y avoir dérogation à ces principes si la rédaction le juge nécessaire.

Le manuscrit complet doit être adressé à la rédaction, si possible par e-mail: Bulletin des médecins suisses, EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. 061 467 85 72, fax 061 467 85 56, e-mail: redaction.bms@emh.ch

centes propositions de la FMH, je vois là, bien plus et avant tout, l'occasion potentiellement fondatrice d'un véritable organe national de gestion de la santé publique.

Quel vent d'air frais constituerait la possibilité de réfléchir enfin tout autrement, de concevoir pour une fois une culture médicale globale et digne dans notre pays, fruit d'une authentique fédération, saine et respectueuse, des forces vives du secteur de la santé! Elle regrouperait en un seul forum et allierait à la même tâche des représentants en nombre équitable d'associations non politisées d'assurés, des divers soignants reconnus, des pharmaciens, des universités, des écoles polytechniques et autres écoles concernées, de l'Académie suisse des sciences médicales, du Fonds national de la recherche scientifique, de l'Office fédéral de la santé, des directions nationale et cantonales de la santé publique pour ne citer que ceux-là.

La réflexion et les décisions reviendraient donc enfin, peut-on y croire (?!), aux personnes qualifiées; l'aspect de la gestion financière de la mutualité incombant simplement au département comptable de cette entité. A chacun sa juste place selon son expertise, comme il se doit de toute évidence.

Une telle instance aurait bien évidemment ses défauts mais je ne peux les imaginer que largement préférables au chaos et à l'inertie que nous connaissons.

Pour fonctionner efficacement, cette entité aurait comme condition absolue cette redistribution fondamentale des représentations, accordant enfin à chaque groupe son juste poids. Les assurés et les soignants, soit les deux seuls partenaires objectifs et concrets de la relation thérapeutique, devront de toute évidence y figurer en très bonne place, politiciens et assureurs dont la signification est actuellement si énorme bien que si fictive et souvent si outrageusement usurpée, retrouvant un rang proportionnel à leur importance réelle.

Dans une telle perspective, le principal souci me paraît lié au camp des assurés, quasi muets jusqu'à présent ou en tout cas beaucoup trop peu perceptibles d'une manière générale, tant ils ont été systématiquement infantilisés et probablement aussi en raison de la regrettable passivité de leur base. Leurs associations ont, certainement et de façon urgente, un immense travail à fournir. Utopie flagrante et iconoclaste que tout cela diront certains, à juste titre en partie. J'admets volontiers qu'ils s'agit d'une vision ambitieuse et coûteuse en énergie, confiance et inventivité mais, après trente-et-un ans de pratique privée, je suis convaincu qu'une démarche de ce genre

et de cette ampleur est le passage obligé et le prix à payer si nous voulons pouvoir respirer, redresser la tête et redevenir toniques et crédibles. Est-ce vraiment être totalement naïfs que de songer à une telle bouffée d'oxygène et d'espérer que ce genre d'esquisse puisse, parmi d'autres, servir de modèle de réflexion en vue d'une réorganisation fondamentale du secteur de la santé helvétique?

La caisse unique en jeu lors de cette votation a bien des risques d'être refusée. Acceptée, elle n'introduirait toutefois qu'une réforme trop partielle. Je souhaite profondément que l'effervescence engendrée par cette consultation populaire aura cependant largement démontré l'inanité du système actuel et ouvert la voie aux protagonistes légitimes qui n'auront dès lors plus une minute à perdre avant d'élaborer soigneusement une restructuration solide et attractive à proposer aux urnes.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Dr J. P. Bruggimann, Soral

Einheitskrankenkasse – Solidarität – Rationierung – Mehrklassenmedizin ...

(kleine Randbemerkungen zum Leserbrief von Nationalrat Dunant) [1]

So oder so, es wird immer alles seine zwei Seiten haben; es hängt alles zusammen! Und wenn wir nicht optimistisch-idealistisch zu Illusionisten und Utopisten oder pessimistisch-fatalistisch zu Nihilisten werden wollen, so bleibt uns nicht erspart, es auch realistisch zu akzeptieren, dass wir bei vielen als Opportunisten, Egoisten oder gar Brutalisten erscheinen ...

Es gibt nun einmal *keine Solidarität ohne Opfer und Verzicht*, was wie jede Rationalisierung und *Rationierung* durch den *Zwang der begrenzten Ressourcen* bedingt ist. Aber solange die *Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit*, zur *Beschränkung auf das medizinisch Notwendige*, nur für die *Leistungserbringer* und nicht auch für die *Versicherten selber* gilt, heisst die alte landläufige Auffassung von *Solidarität*: *Zahl mir meine Wurst – ich lösche dir den Durst ...* oder also: *du zahlst mir mein Facelifting und meine Wellnesspillen, ich zahle ja auch für deinen Raucherhusten samt neuer Lunge ...*

Die *klassenlose Gesellschaft* jedoch ist und bleibt ein *Götze und Trugbild*: *Klassen* gelten zwar als *undemokratisch*, werden aber oft still akzeptiert: Die *egalitär* «gleichen Bildungschancen» wurden in «jedem die seine» korrigiert; wem in *Kriegszeiten* die *Seifenzuteilung* nicht reichte, wick auf

den Schwarzmarkt aus oder zahlte für Toiletten-seife Luxussteuer; im Zug gibts nach wie vor zwei Wagenklassen, Preis kalkuliert nach Platzvolumen pro Wagen – Stadion und Opernhaus haben sogar 4 bis 5 Platzklassen, auch Stehplätze –, merkwürdig, dass in Bus und Tram dagegen die Stehplätze gleich teuer sind und niemand reklamiert! Einzig im Kampf gegen den Tod, der alle gleich macht, erscheint es dem «sozialen Gewissen» als unzulässig und unerträglich, dass nicht alle die gleich langen Spiesse erhalten.

Im Grunde ist *Sozialsolidarität* genauso wie die Steuerprogression nur ein ausgehandeltes Waffenstillstandsargument im endlosen Krieg zwischen Arm und Reich, in jenem vom natürlichen Selbsterhaltungstrieb diktierten Kampf ums Dasein. Gesundheitspflege und Krankenversicherung sind da lediglich Nebenschauplätze, und der Ausgang des Gefechts sollte nicht überbewertet werden.

Eines allerdings wäre unklug und unfair: die Durchführung der unumgänglichen *Konsumbeschränkung* und die *Allokation der Mittel* den Leistungserbringern zuzuweisen! Wie die Bäckereien bei einer Brotrationierung würden die einen unkontrollierbar hamstern und wuchern und die andern aus momentanem Altruismus die Vorräte unvorsichtig verschleudern.

Sozialpolitik ist und bleibt ein Kunststück, das nur selten gelingt und niemals ungeteiltes Lob einbringt.

Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco

1 Dunant JH. Weshalb keine Einheitskasse? Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(6):231.

Rechte auch für Patienten?

Eine Einheitskrankenkasse verstösst gegen die passive Wirtschaftsfreiheit aus der Sicht des Patienten. In der Schweiz gibt es neben der aktiven Wirtschaftsfreiheit eine passive Wirtschaftsfreiheit nach Artikel 27 der Schweizerischen Bundesverfassung. Die passive Wirtschaftsfreiheit betrachtet die Wirtschaftsfreiheit des Artikels 27 der Bundesverfassung aus dem Blickwinkel der Patienten (sogenannter Patientenschutz und Patienteninteresse). Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Behandlung von anerkannt hohem Niveau. Die passive Wirtschaftsfreiheit im Sinne des Patientenschutzes ist verletzt, wenn den Patienten durch die Einheitskrankenkasse gewisse Wahlmöglichkeiten und Alternativen verwehrt sind und die Behandlung durch den bestausgebildeten Arzt oder die bestausgebildete Ärztin nicht gewährleistet ist. Es darf nicht übersehen werden, dass die Bedeutung der passiven Wirtschaftsfreiheit zunimmt, je seltener und komplizierter die Krankheit, je fortgeschrittener die medizinische Wissenschaft und Forschung und je spezialisierter der behandelnde Arzt oder die Ärztin ist. In meiner Dissertation «Das Freizügigkeitsabkommen Schweiz EG: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin» an der Universität Fribourg/Schweiz habe ich den Gedanken der passiven Wirtschaftsfreiheit gemäss Schweizerischer Bundesverfassung entwickelt und auf die Bedeutung der passiven Wirtschaftsfreiheit hingewiesen.

Dr. iur. Udo Adrian Essers, Küssnacht