

Komitee "Nein zur Denner-Zweiklassen-Medizin"

Gegen die Abschaffung der sozialen Krankenversicherung

Geschäftsstelle "Nein zur Denner-Zweiklassen-Medizin"
Postfach 5835
3001 Bern

Tel 031 / 352 23 64
Fax 31 / 352 24 30

NEIN zur Denner-Zweiklassen-Medizin – Argumentarium

1. Warum soll die Initiative abgelehnt werden?

Die Initiative bringt eine Entsolidarisierung und eine Zweiklassenmedizin, führt zu einem Kahlschlag und zum Ende der sozialen Krankenversicherung.

2. Was will die Initiative?

Nach der Initiative sollen künftig nur noch die Spitalaufenthalte versichert werden. Für jeden Tag, den der Patient in der allgemeinen Abteilung verbringt, sollen die Kantone vom Versicherer 250 Fr. erhalten. Wer weiterhin auch die ambulanten Krankheitskosten oder andere Leistungen gedeckt haben möchte, muss eine Zusatzversicherung abschliessen.

3. Was würde sie gemäss Denner bringen?

Gemäss den Initianten würde diese Initiative zur Verminderung der Kosten im Gesundheitswesen führen und die Versicherungsprämien auf 60 Franken pro Monat für Erwachsene und 25 Franken pro Monat für Jugendliche senken.

4. Was bringt sie tatsächlich?

Die Initiative geht von falschen Voraussetzungen aus, fördert den stationären Sektor (der teurer ist) anstelle des kostengünstigeren ambulanten Sektors und führt zu einer massiven Mehrbelastung der Fürsorge.

5. Wie steht es mit der Solidarität?

Die Initiative ist unsolidarisch. Sie führt zu einer Zweiklassenmedizin, bei welcher nur noch Wohlhabende eine Medizin von hochstehender Qualität beanspruchen und sich entsprechend versichern können.

6. Wieso soll die ambulante Medizin Opfer der Gesundheitskosten werden?

Die Denner-Initiative ist ein klassisches Eigentor. Sie fördert den stationären Sektor zulasten des ambulanten Bereichs und führt dadurch zu Mehrkosten.

7. Würden ambulante Behandlungen von den Krankenkassen noch vergütet?

Nein, denn die Behandlungen bei Kinder- und Hausärzten, Spezialisten, in der Physiotherapie und bei Chiropraktoren würden von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet.

8. Würden gynäkologische Behandlungen vergütet?

Nein, die Frauen müssten Untersuchungen und Behandlungen beim Frauenarzt selber bezahlen.

9. Müsste man sich überhaupt noch grundversichern?

Wegen der Abschaffung des Krankenkassenobligatoriums im ambulanten Bereich würden sich viele Personen, vor allem Junge und derzeit Gesunde, nicht mehr versichern.

10. Ist das noch sozial vertretbar, wenn sich nur noch die reicheren Leute eine hochstehende Medizin leisten können?

Nein, es ist sozial und ethisch nicht vertretbar. Darum sind alle Gesundheitsorganisationen, alle Parteien, die Gewerkschaften, das Parlament und der Bundesrat entschieden gegen diese Initiative.

11. Würden schliesslich nicht wieder die schwächsten Glieder der Gesellschaft darunter leiden?

Sicher. Insbesondere Chronischkranke und Langzeitpatienten würden in den finanziellen Ruin getrieben und wären rasch auf staatliche Fürsorgeleistungen angewiesen.

12. Wieso lancierte Denner überhaupt diese Initiative?

Um Propaganda für sich selber zu machen – so wie es Herr Karl Schwenk seit Jahren macht und so wie er auch noch eine zweite eidgenössische Volksinitiative zum Gesundheitswesen forciert, über die wir voraussichtlich am 4. März 2001 abstimmen werden.

13. Würden bei einer Annahme dieser Initiative nicht die Lasten auf Kanton und Bund, und damit wiederum auf die Steuerzahler, überwältigt?

Laut Bundesrätin Ruth Dreifuss würden über 10 Milliarden Franken von den Krankenkassen auf Patientinnen und Patienten überwältigt, wenn diese Arztbesuche und Medikamente selber bezahlen müssten. Die Zeche würde dann die Allgemeinheit bezahlen, die Kantone und damit die Steuerzahler. Die Initiative bringt keine Kostensenkung, sondern nur eine unsolidarische Umverteilung.

14. Wie stehen die Krankenkassen, Ärzte, Gesundheitsinstitutionen dazu?

Es stehen alle geschlossen gegen diese Initiative, die klar abzulehnen ist.

15. Könnte die populistische Aufmachung dieser Initiative an der Urne nicht zu einem gefährlichen Ergebnis führen?

Diese Gefahr besteht durchaus. Denn wer will schon keine tieferen Krankenkassenprämien und Spitalkosten. Es ist darum enorm wichtig, dass man genügend und offen über die fatalen Konsequenzen dieser Initiative mit ihrem irreführenden Titel informiert.

16. Parlament und Bundesrat sind klar gegen die Initiative. Reicht dies für die breite Bevölkerung?

Am 10. Oktober ist ein überparteiliches und breit abgestütztes Abstimmungskomitee „NEIN zur Denner-Zweiklassen-Medizin“ gegründet worden. Das Komitee führt die Kampagne und informiert die Bevölkerung. So wird rasch klar werden, dass Denner die soziale Krankenversicherung in der Schweiz abschaffen will und Hunderttausende in den finanziellen Ruin treiben würde, weil sie ihre medizinische Behandlung nicht mehr bezahlen und sich keine Privatversicherung leisten könnten.

17. Ist im Vorfeld nicht zu wenig über diese Initiative debattiert worden?

Das kann sein. Aber es fanden erst im September wichtige Volksabstimmungen statt, so dass die Zeit für diese Abstimmung sehr eng ist.

18. Weiss man, wie viele Leute in der Schweiz mit dem KVG unzufrieden sind?

Gemäss einer kürzlich durchgeführten Umfrage sind nur rund 20 % der Bevölkerung mit dem KVG unzufrieden. Es ist deshalb verlogen und irreführend, wenn das Initiativkomitee im Bundesbüchlein behauptet, dass das Krankenversicherungsgesetz auf der ganzen Linie gescheitert sei. Das Gegenteil ist der Fall: Die Schweizer sind stolz auf die hochstehende medizinische Versorgung.

19. Wie sieht die Kostenverteilung stationär/ambulant aus?

In der obligatorischen Krankenversicherung betragen heute die stationären Spitalkosten 27%. Bei einer Annahme der Initiative wären über 70% des heutigen Kostenumfangs nicht mehr gedeckt, darunter ambulante Operationen, Nierendialysen, Medikamente für MS-Patienten und für AIDS-Patienten sowie Pflege im Heim.

20. Welche Volksinitiativen hat Herr Schweri schon eingereicht?

Karl Schweri ist immer wieder auf eidgenössischer, kantonaler und kommunaler Ebene mit politischen Instrumenten aktiv: Seine Hauptzielscheiben und Lieblingsthemen sind angebliche Monopolisten wie Bierbrauer und Zigarettenproduzenten, die Landwirtschaftspolitik, Wein- und Käseproduzenten, der Parfummarkt, Bundesbeamte, der Konsumentenschutz und seit einigen Jahren auch der Gesundheitsmarkt. Der 83jährige ist ein Kämpfer für die eigene Interessen seines milliardenschweren Unternehmens. Dazu setzt er teure politische Kampagnen ein, führt lange und teure Prozesse und versucht die Gunst der Medien mit fetten Inserateaufträgen zu ködern. Und dazu strapaziert er wiederholt unsere demokratischen Mittel. Auch wenn er sich geschickt als Vertreter der Interessen des Volkes und des kleinen Mannes tarnt und im Namen des Volkes spricht, so scheitert er mit seinen Initiativen an der Urne regelmässig und regelmässig deutlich. Es ist zu hoffen, dass es ihm auch am 26. November 2000 so ergehen wird.

21. Die Initiative stärkt gemäss Herrn Schweri den Föderalismus

Die anstehenden Probleme im schweizerischen Gesundheitswesen verlangen vorrangig mehr Wettbewerb, wie es das KVG vorsieht, statt weitere föderalistische Verzettelungen.

22. Die medizinischen Grossrisiken sind mit der Initiative versichert

Es zeugt für die gesundheitspolitische Inkompetenz der Discount-Firma Denner, dass sich Erwachsene für 60 Franken und Jugendliche für 25 Franken pro Monat für die medizinischen Grossrisiken versichern können. Chronischkranke, MS- und Alzheimer-

Patienten, Aids-Patienten einerseits, aber auch z.B. Dialysebehandlungen, Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim führen zu Behandlungskosten von mehreren Zehntausenden von Franken pro Jahr. Werden solche ambulanten Behandlungen von der Versicherung ausgeschlossen, würden viele Patienten finanziell ruiniert, oder sie müssten auf eine Behandlung verzichten. Das führt direkt zur Zweiklassenmedizin, zur staatlichen Fürsorge, zur Abschaffung der sozialen Krankenversicherung und zu höheren Prämien und höheren Steuern zugleich.

23. Warum soll die Initiative kontraproduktiv sein?

Die von der Initiative vorgesehene Beschränkung der Beteiligung der Krankenversicherung an den Spalkosten auf 250 Franken je Tag und Patient ist ungeeignet zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Einzige Wirkung wäre eine weitere Lastenverschiebung bei den Spalkosten zur öffentlichen Hand bzw. auf den Steuerzahler und auf die Zusatzversicherten. Statt der propagierten Kostensenkung würde die radikale Denner-Initiative zu einer Verschiebung vom günstigsten ambulanten Bereich in die kostenintensiven Spitäler führen. Auch im Spitalbereich müssten also die Kantone wesentlich mehr Steuermittel aufwenden.

24. Welche Leistungen wären nicht mehr gedeckt?

Die Denner-Initiative schafft die Vergütung der ambulanten Medizin durch die Krankenversicherer ab. Betroffen wären sämtliche Behandlungen bei Hausärzten, Spezialisten, in der Physiotherapie und bei Chiropraktoren. Leidtragende wären nebst den Chronischkranken und Langzeitpatienten vor allem auch Frauen und Kinder, da weder die Behandlung für die Gynäkologie noch beim Kinderarzt vergütet würden.

25. Was sagt Bundesrätin Ruth Dreifuss zur Denner-Initiative?

„Man darf dem Volk nicht eine Versicherung versprechen, die angeblich seinen Bedürfnissen entspreche, während ein grosser Teil der Gesundheitskosten ausgeklammert werden soll.“

„Die Initiative zerschlägt alles, zerstört die Solidarität, die heute zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Männern und Frauen existiert.“

„Mit ihrer lapidaren Einfältigkeit ist die Denner-Initiative eine Holzhammer-Initiative: Sie zerstört alles, schmerzt und löst nichts.“

Komitee "Nein zur Denner-Zweiklassen-Medizin"

Gegen die Abschaffung der sozialen Krankenversicherung

Geschäftsstelle "Nein zur Denner-Zweiklassen-Medizin"

Postfach 5835

3001 Bern

Tel 031 / 352 23 64

Fax 031 / 352 24 30

NEIN zur Denner-Zweiklassen-Medizin – Musterreferat

Das Schweizer Volk und die Stände werden in den nächsten drei Jahren über mehrere gesundheitspolitische Volksinitiativen an der Urne zu entscheiden haben. Es handelt sich um folgende Initiativen:

Die von einem Initiativkomitee um den Grossverteiler und Discounter Denner AG am 10. September 1998 mit 106'776 Unterschriften eingereichte Volksinitiative „Für tiefere Spitalkosten“ macht am 26. November 2000 den Auftakt. Was will diese Initiative? Sie schlägt eine radikale Änderung unseres Krankenversicherungssystems vor. Sie verlangt mit einer Revision der Bundesverfassung insbesondere, dass sich das Versicherungsobligatorium nur noch auf die Dekkung der Spitalkosten beschränkt. Alle ambulanten Behandlungen würden die Krankenkassen nicht mehr vergüten können.

Was sagt der Bundesrat?

Der Bundesrat stimmt dem Ziel der Volksinitiative grundsätzlich zu, insoweit sie die Eindämmung der Gesundheitskosten anpeilt. Er beurteilt aber die von den Initianten vorgeschlagenen Massnahmen aus sozialer, gesundheitspolitischer und steuerpolitischer Sicht als „absolut unangemessen und inakzeptabel“. Er lehnt deshalb die Initiative ohne Gegenvorschlag ab. **Drei Hauptgründe** sind dafür massgebend.

- ◆ Die Initiative begrenzt das Obligatorium der Krankenversicherung auf den stationären Bereich. Personen, die keine umfassende Versicherungsdeckung für den ambulanten und teilstationären Bereich haben, werden quasi gezwungen, einen Spitalaufenthalt zu wählen. So werden die kostengünstigeren ambulanten und teilstationären Behandlungen in den wesentlich teureren stationären Bereich verlagert.
- ◆ Weil die Versicherten die Möglichkeit erhalten, eine Versicherung für den Spitalaufenthalt bei einem Versicherer im Sinne des KVG oder einem Privatversicherer ausserhalb des KVG abzuschliessen, bedroht die Initiative die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken.
- ◆ Die Beteiligung der Krankenversicherung auf den Spitalaufenthalt der Versicherten in der allgemeinen Abteilung zu begrenzen, bringt keine Einsparungen für das Gesundheitswesen. Diese Massnahmen führen einzig dazu, den Aufwand für den teureren Spitalaufenthalt vom Prämienzahler auf den Steuerzahler zu verlagern.

Was sagt das Parlament?

National- und Ständerat haben die Denner-Initiative am 24. März 2000 mit nur einer Gegenstimme abgelehnt. Die Meinungen deckten sich quer durch alle Parteien: Die Denner-Initiative trägt nichts zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung bei. Sie würde im Gegenteil neue, schwerwiegende soziale und gesundheitspolitische Probleme schaffen. Die Initiative mit ihrem irreführenden Titel dient einzig der Propaganda des Discounters Denner AG. Sie muss als politisches Lockvogelangebot bezeichnet werden. Im Ständerat meinte Kommissionsprecherin Christine Beerli (FDP, BE), es sei erschreckend, wie die Initiative mit einem täuschenden Titel die Bürgerinnen und Bürger zur Abgabe ihrer Unterschrift verleitet

habe. Und im Nationalrat erklärte Hugo Fasel (Grüne Fraktion, FR), dass Kranksein unmittelbar zu einem Armutsrisiko würde. Die Initiative wurden im Parlament unisono als untaugliche Kurskorrektur, als unsolidarisch und als unseriöse Mogelpackung eingestuft und abgelehnt.

Falsche Versprechen

Die heutige obligatorische Grundversicherung bietet eine breite Abdeckung der Gesundheitskosten. So sind Arztbesuche, Spitalaufenthalte, ärztlich verschriebene Medikamente, Laboranalysen sowie gewisse Aufwendungen für Spitex und Pflegeheime grundsätzlich gedeckt. Gemäss Denner wären künftig lediglich stationäre Spitalaufenthalte im Leistungskatalog enthalten. Im Gegenzug verspricht Millionär Karl Schwenk, dass die Krankenkassenprämie für Erwachsene pro Monat nur noch 60 Franken, für Jugendliche 25 Franken betrage würde.

In Tat und Wahrheit aber würde sich das Gegenteil einstellen: höhere Prämien, Kostenverschiebungen und höhere Steuern. Weil viele Bürgerinnen und Bürger eine private Zusatzversicherung abschliessen müssten, wird es zu einer Trennung von „guten“ und „schlechten“ Versicherungsrisiken kommen. Dies wird sich in sehr grossen Prämienunterschieden zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen niederschlagen. Die Prämie für die Spitalkostenversicherung wird für Hunderttausende von Bürgerinnen und Bürger, namentlich Kranke und ältere Menschen, ein Mehrfaches der irreführenden Denner-Versprechungen betragen.

Höhere Spitalkosten

Die für die Grundversicherung erbrachten stationären Spitalbehandlungen werden mindestens zur Hälfte durch die Kantone finanziert. Ambulante Grundleistungen hingegen deckt die Grundversicherung vollständig ab. Deshalb ist die Belastung durch die stationäre Versorgung in der Grundversicherung deutlich kleiner als im gesamten Gesundheitswesen. Während die stationären Kosten in der Grundversicherung 33% der Behandlungskosten verursachen (stationäre Spitalkosten 25% und Pflegeheime 8%), sind es im gesamten Gesundheitswesen 52%. Umgerechnet auf eine durchschnittliche Monatsprämie, mit der neben den Versicherungsleistungen auch noch der Verwaltungsaufwand, die Abschreibungen und die Rückstellungen zu finanzieren sind, beträgt in der Grundversicherung die Belastung durch die stationären Spitalkosten sogar nur rund 23%.

Stabilisierung der Spalkosten dank KVG

Der Kostenanstieg im Bereich der stationären Spalkleistungen ist bedeutend geringer als die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung. Allerdings darf nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche nicht mehr unter den Spalkkosten erscheinenden Ausgaben eingespart worden sind: Teilweise sind sie in den ambulanten und spalkambulanten Bereich und den Pflegeheimsektor verschoben worden. Weil in der Medizin allgemein die Tendenz besteht, wegen der Entwicklung schonenderer Behandlungsmethoden vermehrt Behandlungen ambulant statt im stationären Rahmen durchzuführen, wurden immer mehr Spalkbetten überflüssig. Zudem hatten die Kantone eine Planung für eine bedarfsgerechte Spalkversorgung sowie daraus resultierend Spalklisten zu erstellen; die Spalkplanungen beinhalteten auch den Abbau von Überkapazitäten. Insbesondere diese beiden Faktoren führten zur genannten Kostenentwicklung im Spalkbereich.

Ambulanter Bereich wächst schneller

Eine Grundversicherung nur noch für stationäre Spalkbehandlungen würde die Versicherungsdeckung auf ein Viertel herabsetzen. Bezogen auf die gesamten Gesundheitskosten, die einer Person wegen Krankheit, Unfall, Invalidität usw. entstehen können, würde sich die Deckung von knapp 40% auf 10% verkleinern. Diese Reduktion würde künftig noch grösser ausfallen, weil der ambulante Sektor schneller wächst als der stationäre Sektor. Dies gilt insbesondere für den Spalkbereich, wo die Verlagerung zur ambulanten Versorgung besonders deutlich war. So stiegen 1998 bzw. 1997 die Gesundheitskosten für ambulante Spalkbehandlungen um 14% bzw. 6% an, während die stationären Spalkbehandlungen lediglich um 3% bzw. 2% zulegten..

Für die Grundversicherung hat diese Entwicklung eine besondere Bedeutung. Erstens werden die im Gesundheitswesen insgesamt anfallenden ambulanten Spalkbehandlungen grossmehrheitlich für Krankheitsfälle der Grundversicherung erbracht. Eine Kostensteigerung in diesem Bereich wirkt sich somit vor allem in der Grundversicherung aus. Zweitens muss die Grundversicherung ambulante Spalkbehandlungen vollständig, stationäre Spalkbehandlungen aber höchstens zur Hälfte übernehmen. Die Verlagerung wird dadurch verstärkt.

Kostensteigerung durch die initiative

Bei einem Wegfall der ambulanten Deckung aus der Grundversicherung würde auch derjenige Teil herausgenommen, der für die Zukunft kosteneffizienter ist. Zudem würden falsche Anreize gesetzt; nämlich zur vermehrten Hospitalisierung. Das ist unerwünscht, weil der medizinische Fortschritt laufend effizientere Behandlungsmethoden entwickelt, dank derer sich immer häufiger die gesamtwirtschaftlich kostspieligeren stationären Aufenthalte in Spitälern vermeiden lassen. Mit einer auf Spitalaufenthalte beschränkten obligatorischen Versicherung würde der an sich erwünschte Trend zur Verlagerung in den ambulanten Sektor teilweise rückgängig gemacht, weil Hospitalisationen wieder in den Vordergrund rücken würden. Die Ausnahme würde derjenige Teil der Bevölkerung bilden, der sich eine auf das individuelle Erkrankungsrisiko zugeschnittene ambulante Zusatzversicherung leisten könnte. Vor dem Hintergrund der jüngeren Entwicklung in den vom Erkrankungsrisiko des Einzelnen abhängigen Zusatzversicherungen und in Anbetracht der Tatsache, dass 4 von 5 Personen jährlich mindestens einmal erkranken, ist anzunehmen, dass dieser Bevölkerungsteil klein wäre.

Die Initiative bringt also eine Entsolidarisierung und eine Zweiklassen-Medizin. Sie führt zu einem Kahlschlag und zum Ende der sozialen Krankenversicherung. Die Initiative verschiebt die Kosten von den Prämien- auf die Steuerzahler und die Kantone. Sie ist gesundheitspolitisch unerwünscht und dient einzig der Propaganda des Discounters Denner.

Kein Versicherungsschutz für ambulante Leistungen

Die nicht mehr über das Versicherungsobligatorium gedeckten Leistungen, namentlich ambulante Leistungen, SPITEX- und Pflegeleistungen wie Physiotherapie und Chiropraktik, aber auch Medikamente und Analysen könnten ausschliesslich über Privatversicherungen versichert werden. Die Versicherer könnten jedoch Versicherte mit vorbestehenden Krankheiten oder solche, die ein bestimmtes Alter überschritten haben, abweisen oder Vorbehalte anbringen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit chronischen Krankheiten und in bescheidenen finanziellen Verhältnissen wegen der Vorbehalte oder der horrenden Prämien sich nicht versichern könnten. Das Gleiche gilt für ältere Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.

Ausser den «klassischen» ambulanten Kosten (Behandlung in der Arztpraxis und Medikamente) wären die folgenden weiteren Kosten nicht mehr durch die obligatorische Spitalversicherung gedeckt:

- ◆ ambulante und teilstationäre Kosten in Spitälern (z.B. ambulante Operation des grauen Stars, Dialyse)
- ◆ Pflegekosten für Personen im Pflegeheim sowie zu Hause (SPITEX)
- ◆ Kosten für Hilfsmittel, die an die Patienten abgegeben werden (z.B. Krücken, Inhalationsgeräte, Brillen und Kontaktlinsen)
- ◆ ärztlich angeordnete Leistungen der Physiotherapie und Chiropraktik, etc.
- ◆ Bestimmte Krebsbehandlungen (medikamentöse und Strahlentherapie)
- ◆ Leistungen der Gynäkologie und bei Mutterschaft (mit Ausnahme des Spitalaufenthaltes zur Geburt)
- ◆ Alternative Heilmethoden

Viele Patientinnen und Patienten würden so finanziell ruiniert, oder sie müssten auf eine Behandlung verzichten.

Beispiele für ambulante Behandlungen zu Lasten der Patienten

Herr F. (59) erleidet einen Herzinfarkt und wird im nächstgelegenen Regionalspital rasch und kompetent behandelt. Der Infarkt ist nicht schwerwiegend, so dass anschliessend kein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik notwendig ist. Es ist aber eine ambulante Rehabilitation angezeigt, um die im Akutspital eingeleiteten Verhaltensänderungen (Herr F. ist leicht übergewichtig und war bis zum Infarkt starker Raucher) zu festigen und das Aufbautraining zu begleiten. Ausserdem ist eine medikamentöse Cholesterinsenkung notwendig (Kosten: 1'500.–/Jahr). Das 4wöchige Programm kostet Fr. 475.– pro Woche. Ohne diese Massnahmen mit Gesamtkosten in der Höhe von Fr. 3'400.– wäre die Wiederaufnahme der Arbeit nicht gesichert; zudem wäre Herr F. in hohem Masse gefährdet, einen zweiten Infarkt zu erleiden.

Bei Frau M. (70) wurde vor 10 Jahren Diabetes festgestellt, seit 4 Jahren ist sie auf Insulin angewiesen (zwei Dosen pro Tag). Insulin (Fr. 800.– pro Jahr), der Insulin-Pen (Injektionsgerät, Fr. 50.– pro Jahr), das Messgerät für die Blutzuckermessungen zu Hause (Fr. 70.– pro Jahr), die wöchentlichen Blutzucker-Selbstmessungen (Fr. 100.– pro Jahr), die 4-6 wöchentlichen Kontrollen bei ihrem Hausarzt (Fr. 900.– bis 1'200.– pro Jahr inkl. Laborkontrollen) und die augenärztlichen Kontrollen (Fr. 200.– bis 400.–) verursachen Kosten in der Grössenordnung von

Fr. 2'500.– pro Jahr. Mit diesen Massnahmen ist der Blutzuckerhaushalt befriedigend eingestellt. Sollen Komplikationen, z.B. die gefürchteten Durchblutungsstörungen an den Füssen oder die Sehbehinderung (die rasch zu Pflegebedürftigkeit führen können), vermieden werden, muss die Behandlungsdichte unbedingt beibehalten werden. Frau M. hat aber als einzige Einnahmequelle die AHV-Rente und keine Pensionskasse.

Herr G. ist 72jährig und leidet seit 8 Jahren an **Alzheimer**. Er wird zu Hause von seiner Frau betreut, in letzter Zeit praktisch rund um die Uhr. Ein Übertritt in eine Pflegeeinrichtung ist dringend notwendig. Die Kosten belaufen sich auf rund Fr. 4'500.– pro Monat, die Krankenkasse übernimmt heute die Pflegekosten im engeren Sinn (rund Fr. 2'100.– pro Monat).

Frau X. ist 52jährig, muss 2 x wöchentlich zur **Dialyse**. Eine Nierentransplantation kommt wegen ihres geschwächten Allgemeinzustandes nicht in Frage. Sie ist arbeitsunfähig und lebt von der Sozialhilfe. Die Kosten der Dialyse von Fr. 80'000.– pro Jahr könnte sie nicht übernehmen, diese würden zusätzlich zu Lasten der Fürsorge gehen.

Anita (13) litt im Kleinkindesalter an **Asthma**, war aber in den letzten Jahren beschwerdefrei. Seit dem Umzug der Familie von Davos nach Chur hat sich die Krankheit wieder gemeldet. Eine pneumologische und allergologische Abklärung (Kosten: Fr. 600.–) bestätigen den Verdacht auf eine Milben-Allergie. Der Ersatz des Spannteppichs durch Linoleum (Vermieter bezahlt nur einen Teil, Fr. 500.– muss die Familie bezahlen) und eine Matratzenhülle (heute bis zum Preis von Fr. 200.– durch die Krankenversicherung bezahlt) sind notwendig. Die Kosten der fachärztlichen Betreuung inkl. Medikamente belaufen sich auf ca. Fr. 800.– pro Jahr. Dadurch lassen sich asthmatische Krisen (mit Notfallkonsultationen und evt. sogar Hospitalisationen) verhindern, und das Kind ist leistungsfähig wie seine Alterskolleginnen. Im Bericht, den die Versicherung beim früheren Hausarzt einholt, wird die Asthma-Erkrankung im Kleinkindesalter erwähnt. Die Versicherung ist nur mit einem Vorbehalt für Asthma-Krankheiten für die 5 Jahre nach Versicherungsabschluss möglich.

Herr L., 68jährig, erlitt vor einem halben Jahr einen **Darmverschluss** und musste notfallmässig operiert werden. Er hat seither einen künstlichen Darmausgang (Stoma) und braucht Stomaartikel für rund Fr. 500.– pro Monat. Zu Beginn benötigte er zudem Hilfe und Anleitung durch die Gemeindeschwester (Kosten im ersten Monat: Fr. 400.–, im zweiten Monat: 100.–). Voraussichtlich kann das Stoma in einigen Monaten wieder verschlossen und damit der Zustand normalisiert werden. Allein die pflegerischen Folgekosten des Stoma (ohne ärztliche Kontrollen etc.) belaufen sich auf ca. Fr. 5'000.–.

➤ **Alle diese Personen könnten wegen ihrer Krankheiten und/oder ihres Alters keine Zusatzversicherung zu einem erschwinglichen Preis abschliessen.**

Frauen und Kinder besonders stark betroffen

Die Initiative würde dazu führen, dass der ganze Bereich der ambulanten Medizin von den Krankenversicherern nicht mehr vergütet würde. Betroffen davon wären sämtliche Behandlungen bei Hausärzten, Spezialisten, in der Physiotherapie und bei Chiropraktoren. Leidtragende wären vor allem auch die Frauen und die Kinder, da gemäss Denner-Initiative weder die Be-

handlung für die Gynäkologie noch für den Kinderarzt vergütet würde. Wegen der Abschaffung des Krankenkassenobligatoriums im ambulanten Bereich würden sich viele Personen, vor allem Junge und Gesunde, überhaupt nicht mehr versichern. Weite Bevölkerungskreise könnten die in die Höhe schnellenden Prämien nicht mehr bezahlen. Nur noch Wohlhabende könnten sich eine qualitativ hochstehende medizinische Behandlung leisten. Eine Zweiklassen-Medizin wäre die Folge. Insbesondere Chronischkranke und Langzeitpatienten wären rasch auf Fürsorgeleistungen angewiesen. Das wiederum würde die Steuerlast erhöhen.

Fehlende Kontrolle der Tarifverträge

Bei einer Annahme der Initiative würde die Kontrolle der Tarife für die ambulanten medizinischen Leistungen wegfallen. Dies könnte zu einem Kostenschub im ambulanten Bereich führen. Die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegten Tarife und Preise dienen als Grundlage für die Rechnungsstellung der Leistungserbringer. In der Regel werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versichererem und Leistungserbringern vereinbart.

Der Tarifvertrag bedarf heute der Genehmigung durch die Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Vertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit in Einklang steht. Dies bedeutet, dass die Berechnung der Tarife grundsätzlich auf der Basis der Kosten zu erfolgen hat. Dabei ist darauf zu achten, dass eine zweckmässige und qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird und ein Zusammenhang zwischen der bezogenen Leistung und dem vom Patienten bezahlten Tarif bestehen muss.

Für Tarifverträge, die nicht gesamtschweizerisch gültig sind, bräuchte es keine Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung mehr. Dies bedeutet, dass Leistungserbringer im ambulanten und teilstationären Bereich bei einer Annahme der Initiative höhere Tarife als heute verrechnen könnten, ohne dass eine Kontrollbehörde dies untersagen könnte, wie dies z.B. bei Zahnärzten der Fall ist.

Bei der einheitlichen Pauschalentschädigung von 250 Franken/Spitaltag berücksichtigt die Initiative in keiner Weise, dass die Lebenshaltungskosten in den verschiedenen Regionen unterschiedlich hoch sind und es bezüglich des Angebots der verschiedenen Spitalkategorien Unterschiede gibt. Unberücksichtigt bleibt auch die Tatsache, dass zwischen subventionierten und

nichtsubventionierten Spitälern unterschieden werden muss. Mit der Initiative würde der in der obligatorischen Krankenversicherung festgelegte Betrag von durchschnittlich 300 Franken pro Spitaltag für alle Spitalkategorien zusammen (Grundversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie) auf die vorgeschlagenen 250 Franken gesenkt. Es wäre Sache des Staates, den Differenzbetrag auszugleichen und zwar zusätzlich zum bereits übernommenen Anteil. Die öffentlichen Haushalte kommen heute für rund die Hälfte der Spitalkosten auf.

Dadurch dass diese Entschädigung fix ist und einzig nach dem Landesindex für Konsumentenpreise zu indexieren wäre, entstünde eine wachsende Kluft zwischen diesem festen Entschädigungsbetrag und den tatsächlichen Kosten pro Behandlungstag, die insbesondere wegen dem medizinischen Fortschritt stärker ansteigen. Die Folge wäre ein massiver Qualitätsabbau bei der stationären Behandlung.

Höhere Steuern und höhere Prämien

Die von der Initiative verlangte Beschränkung der Beteiligung der Krankenversicherung an den Spitalkosten auf 250 Franken je Tag und Patient ist ungeeignet zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Einzige Wirkung wäre eine weitere Lastenverschiebung bei den Spitalkosten zur öffentlichen Hand bzw. auf den Steuerzahler und auf die Zusatzversicherten. Statt der propagierten Kostensenkung würde die radikale Denner-Initiative zu einer Verschiebung vom günstigsten ambulanten Bereich in die kostenintensiven Spitäler führen. Auch im Spitalbereich müssten also die Kantone wesentlich mehr Steuermittel aufwenden. Die Neuordnung der Spitalfinanzierung hat der Bundesrat im übrigen bereits eingeleitet.

Die Initiative würde somit den Kantonen Mehrkosten verursachen, und zwar im Bereich der Sozialhilfe oder durch eine stärkere finanzielle Beteiligung im stationären Bereich. Was nicht mehr mit den Prämien finanziert werden könnte, hätten die Patienten durch die direkte Bezahlung der medizinischen Leistungen und/oder die Steuerzahlenden via Besteuerung zu tragen. In Anbetracht der gegenwärtigen Finanzlage der Kantone erscheint diese Situation besonders bedenklich.

Denner ist der falsche Arzt

Es ist bemerkenswert, wie sich die Initianten und allen voran Denner-Inhaber Karl Schweri als Retter des schweizerischen Gesundheitswesens aufspielen. Da behauptet dieser Millionär und

angebliche Freund des kleinen Mannes im Bundesabstimmungsbüchlein, dass „der Grossteil der Bevölkerung die nicht teure ambulante medizinische Behandlung selbst berappen kann“. Und das sollen die Schweizer Bürgerinnen und Bürger jemandem abnehmen, der sich mit Lega-Nationalrat Flavio Maspoli verbündet hat und gegen den die Tessiner Staatsanwaltschaft anfangs Oktober 2000 Voruntersuchungen wegen möglichem betrügerischem Konkurs eröffnet hat? Herr Schweri, bleiben Sie doch in ihrem Discountunternehmen und verschonen Sie uns mit inkompetenten gesundheitspolitischen Ratschlägen!

Die hängigen Volksinitiativen und die verschiedenen Gesetzesprojekte weisen darauf hin, dass im Gesundheitswesens Handlungsbedarf besteht. Die Volksbegehren legen den Finger auf wunde Punkte. Aber gleichzeitig schiessen sie mit radikalen Forderungen und Pseudolösungen weit übers Ziel hinaus. Oder sie enthalten gar keine durchdachten, mehrheitsfähigen Lösungen. Oder sie dienen nur den eigenen geschäftlichen Zwecken. Die Denner-Spital-Initiative ist eine typische Pseudomedizin und ein Rückfall zu einem mittelalterlichen Gesundheitswesen. Sie bürdet der Bevölkerung neue Lasten auf, fördert neue soziale Ungleichheiten und belastet die Steuerzahler aufs Neue. **Die Initiative ist am 26. November 2000 wegen ihren verheerenden Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem wuchtig abzulehnen.**