



„Das NEIN zur Einheitskasse ebnet den Weg zur Verbesserung unseres Krankenversicherungssystems“

Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen lehnt eine Staatskasse dezidiert ab, da sie keines der bestehenden wichtigen Probleme im System der Krankenversicherung löst, sondern vielmehr neue Probleme schafft. Die Ablehnung begründet das Bündnis mit klaren und sachlichen Argumenten.

Im Herbst dieses Jahres wird über die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ abgestimmt. In Umfragen hat sich die Bevölkerung unseres Landes dezidiert gegen eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens ausgesprochen und sowohl Volk als auch alle politischen Parteien qualifizieren das schweizerische Gesundheitssystem als gut bis sehr gut. Warum zeigen dann aktuelle Umfragen eine hohe Zustimmung für diese Vorlage? Verantwortlich dafür ist die Emotionalisierung des Themas und die Desinformation durch bestimmte Kreise. Es ist mehr als bedauerlich, dass ein unsinniges, bereits mehrfach vor dem Volk gescheitertes Vorhaben über so lange Zeit wichtige Reformprozesse blockiert und viele Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen bindet, die für die Umsetzung sinnvoller Reformprozesse benötigt würden.

Gegen die Einheitskasse sprechen primär folgende Argumente:

- Wer den Arzt, das Spital, den Apotheker etc. frei wählen darf, soll auch den Versicherer frei wählen dürfen, dann wer Patienten und Kunden verlieren kann, ist viel mehr um ihr Wohl bemüht.
- Die Einheitskasse würde das ohnehin schon gefährdete Gleichgewicht zwischen staatlichen und privaten Akteuren im Gesundheitswesen weiter in die falsche Richtung verschieben und insbesondere die Rollenkonflikte der Kantone verschärfen. Die Schweiz hat es bisher verstanden, Machtkonzentrationen und Klumpenrisiken im Gesundheitswesen zu verhindern. Die Einheitskasse gefährdet diese Erfolgsgeschichte.
- Eine Mehrzahl an Anbietern, die untereinander im Wettbewerb stehen, lässt Raum für Entwicklungen, Innovation und Kreativität zu Gunsten der Versicherten und Patienten.

Das NEIN zur Einheitskasse macht den Weg frei für Verbesserungen am bestehenden System, Verbesserungen, durch welche Wahlfreiheit, Qualität, Innovation und Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung auch in Zukunft gewährleistet werden. Ein JA würde wichtige Reformen während Jahren blockieren, weil primär über Details der Verstaatlichung der Krankenkassen und die Auswirkungen auf das komplexe Gesundheitswesen gestritten würde.

Das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse und seiner breiten Abstützung. Die Mitglieder des Bündnisses sind keine Schreibtischtäter, sie arbeiten tagtäglich im schweizerischen Gesundheitswesen und kennen die wirklichen Probleme aber auch die Stärken und Chancen des Systems aus erster Hand.

Unter „freiheitlich“ verstehen wir nicht „jeder für sich“ sondern das gemeinsame Ausüben einer umfassenden Verantwortung.

1. Patienten und Versicherte kennen ihre Bedürfnisse aus erster Hand. Harte Tarifverhandlungen, die ab und zu auch scheitern, sind für das Gesundheitswesen besser als staatliche Einheitslösungen.

Gfs Bern führt jedes Jahr eine Bevölkerungsbefragung zum Gesundheitswesen in der Schweiz durch („Gesundheitsmonitor“). Im Jahr 2012 haben sich Volk und alle politischen Parteien mit hoher Zufriedenheit zu unserem Gesundheitssystem geäußert:

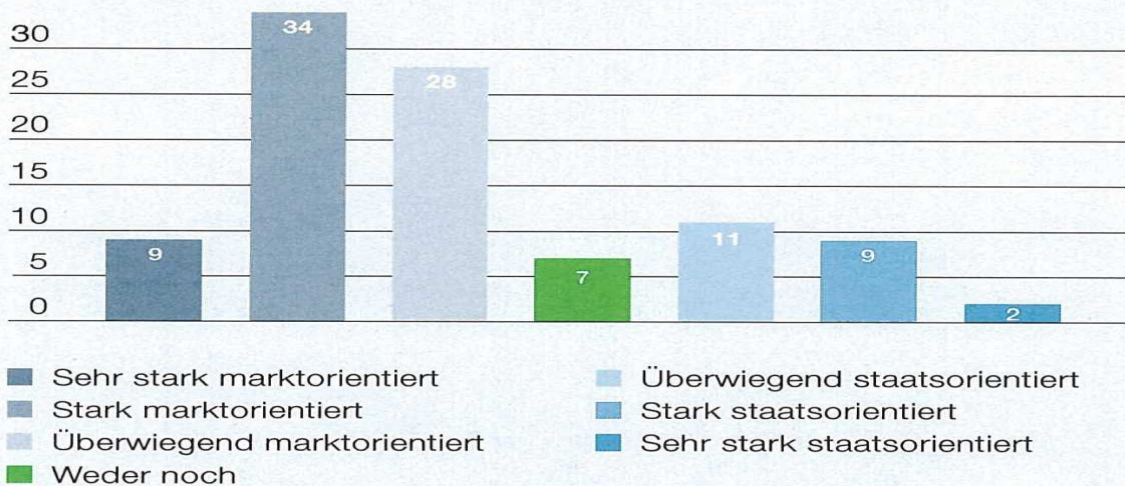
- Die Zufriedenheit mit dem System ist bei der Bevölkerung hoch (64% positiv - sehr positiv, 23% eher negativ, 4% sehr negativ, 9% keine Meinung)
- Die Zufriedenheit ist auch bei den Parteien hoch:
 - GPS: 67% positiv - sehr positiv, 21% eher negativ, 7% sehr negativ, 5% keine Meinung
 - SP: 55% positiv - sehr positiv, 34% eher negativ, 5% sehr negativ, 6% keine Meinung
 - CVP: 62% positiv - sehr positiv, 29% eher negativ, 1% sehr negativ, 8% keine Meinung
 - FDP: 77% positiv - sehr positiv, 16% eher negativ, 1% sehr negativ, 6% keine Meinung
 - SVP: 71% positiv - sehr positiv, 22% eher negativ, 4% sehr negativ, 3% keine Meinung

Eine weitere repräsentative Erhebung durch gfs im Jahr 2011 hat ergeben, dass sich über 70% der Bevölkerung klar für ein marktorientiertes Gesundheitswesen aussprechen:

Mehr Markt oder mehr Staat

in % der Stimmberechtigten

«Was für ein Gesundheitswesen in der Schweiz würden Sie sich wünschen? Möchten Sie ein Gesundheitswesen in der Schweiz, wo der Markt mehr regelt als der Staat oder wo der Staat mehr regelt als der Markt?»



Quelle: gfs.bern, Gesundheitsmonitor 2011 (N = 1 200).

2. Die Vorwürfe an die Adresse der Krankenversicherer

Die Krankenversicherer in unserem Land geraten immer wieder in die Kritik seitens Bevölkerung, Medien und Politik.

Dabei werden vor allem die folgenden Kritikpunkte laut:

- Die Krankenversicherer seien schuld am Kosten- und Prämienschub im schweizerischen Gesundheitswesen.
- Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer würden laufend ansteigen und würden Gesundheitskosten und Prämien nach oben treiben.
- Die Krankenversicherer seien nicht transparent. Man wisse nicht genau, was sie mit dem jährlichen Prämienvolumen von rund 25 Milliarden Franken machen würden.
- Die Krankenversicherer, Call Center und Makler würden die Bevölkerung mit penetranter und unqualifizierter Jagd nach guten Risiken verärgern.
- Die Krankenversicherer würden unnötig viel Bürokratie bei Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte, Apotheken etc.) verursachen.
- Jeder Versicherer agiere anders. Der Branche fehle eine gemeinsame Auffassung, wie der Wettbewerb in der Grundversicherung zum Wohle aller Versicherten zu gestalten sei.

3. Die Fakten

Es ist in gewissen Kreisen zur Usanz geworden, die Krankenversicherer für den Kostenanstieg und einzelne Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen verantwortlich zu machen. Krankenversicherer sind aber nicht die Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen. Teile der Kostenentwicklung sind unvermeidbar (Altersstruktur unserer Gesellschaft, steigende Lebenserwartung) respektive erwünscht (medizinischer Fortschritt). Vermeidbare Kosten liegen in Fehlanreizen, welche zu Ineffizienz des Systems und Mengenausweitungen ohne Mehrwert für die Patienten führen.

a. Unberechtigte Kritik

Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer sind mit ca. 5 Prozent der Prämien (rund 1.2 Mia. Franken pro Jahr bzw. rund 150 Franken pro versicherte Person und Jahr) moderat und ein Indiz, dass der Wettbewerb grundsätzlich funktioniert und gefördert statt eingeschränkt werden muss.

Verursacher der steigenden Krankenkassenprämien sind also nicht die Versicherer, vielmehr handelt es sich bei den Prämien um ein Abbild der Kostenentwicklung des Vorjahres und eine Prognose für das Folgejahr.

Es gibt auch kaum eine Branche, welche so genau beaufsichtigt wird. Das zeigen die vielfältigen, öffentlich zugänglichen Aufsichtsdaten des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Mehr Transparenz sollte das BAG mit einer aktiven Kommunikation der wichtigsten Kennzahlen jeder Kasse (Verwaltungskosten insgesamt, Werbeaufwand, Reserven, Rückstellungen etc.) analog der Prämienkommunikation schaffen.

An der Schnittstelle zwischen Grund- und Zusatzversicherung (BAG und FINMA) muss die Aufsicht durch bessere Koordination der beiden Aufsichtsbehörden im Interesse der Versicherten wirksamer werden.

b. Reformbedarf

Kein System ist perfekt. Ein komplexes System wie das Gesundheitswesen schon gar nicht. Ein Teil der geäusserten Kritik ist deshalb berechtigt. Hier sind Verbesserungen des bestehenden Systems notwendig, wobei diese Verbesserungen nur zu einem Teil von den Versicherern direkt umgesetzt werden können. In einigen Bereichen sind auch Gesetzgeber und Verwaltung gefordert. Dieser Reformbedarf wird nachstehend dargelegt.

Eines steht aber fest: Die Einführung einer Einheitskasse würde die richtigen und wichtigen Reformen zu einem grossen Teil verhindern. Wer reisst denn sonst ein Haus ab, das mit wenig Aufwand in einen hervorragenden Zustand saniert werden könnte?

4. Warum zeigt die Bevölkerung in Meinungsumfragen trotzdem so viel Sympathie für eine Einheitskasse?

Die Meinungsumfragen pro Einheitskasse haben vor allem mit Verärgerung in der Bevölkerung gegenüber Krankenversicherern zu tun. Diese ist zum Teil berechtigt, zum Teil unberechtigt. Unberechtigt ist die Verärgerung, was den Anstieg der Krankenkassenprämien anbetrifft, weil die Ursachen dafür kaum bei den Krankenversicherern liegen, berechtigt ist demgegenüber beispielsweise der Ärger über die ständige Belästigung durch Call Center und Makler.

Diese Stimmungslage in grossen Teilen der Bevölkerung führt zur paradoxen Situation, dass nicht die Initianten die Notwendigkeit einer Einheitskasse beweisen müssen, sondern die Gegner müssen beweisen, dass es sie nicht braucht.

Mit einem Ja zur Einheitskasse würden nicht einfach 61 Kassen durch einen staatlichen Monopolbetrieb mit kantonalen Agenturen ersetzt. Das Kräfteverhältnis zwischen privaten Akteuren auf der einen Seite, Bund und Kantonen auf der anderen Seite, würde zu Gunsten des Staates verschoben.

Bevor wir aus Ärger über Telefonmakler für die Einheitskasse stimmen, sollten wir uns gut überlegen, was sich mit der Einheitskasse wirklich verändert und welche unumkehrbaren Prozesse eingeleitet werden.

5. Was versprechen die Initianten, was wollen sie?

Zitate aus der Internetseite des Initiativkomitees:

- **Schluss mit dem Pseudowettbewerb**
- **Eine Prämie pro Kanton**
- **Bremsen des Kosten- und Prämienwachstums** dank Einsparungen bei den Werbe-, Marketing- und Verwaltungskosten. Mittel- und langfristig ermöglicht die öffentliche Krankenkasse substanzielle Einsparungen dank einer effizienteren Betreuung der chronisch kranken, teuren PatientInnen, einem verstärkten Interesse an Prävention und einer stärkeren Verhandlungsposition bei der Aushandlung von Tarifen und Preisen.
- **Fokus auf die Behandlungsqualität**
- **Stärkung der freien Arztwahl:** Weil die öffentliche Krankenkasse ein Monopol hat, wird sie mit allen Ärztinnen und Ärzten Verträge abschliessen müssen – die Aufhebung des Vertragszwangs wird kein Thema mehr sein. Ärztinnen und Ärzte werden nicht länger unter Druck kommen, weil sie schwer kranke und kostenintensive Patientinnen und Patienten betreuen.
- **Einfachere und transparentere Tarifverhandlungen**
- **Keine Verstaatlichung des Gesundheitswesens:** Das Geschäft mit den Zusatzversicherungen bleibt weiterhin in privater Hand, ebenso wie Arztpraxen, Therapieangebote und ein Teil der Spitäler. Von einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens durch die öffentliche Krankenkasse kann also keine Rede sein.

Ein Grossteil dieser Punkte steht in keinem oder geringem Zusammenhang zu einer Einheitskassenlösung. Ausserdem werden nicht belegbare Behauptungen aufgestellt. Das Versprechen der Initianten, die medizinische Versorgung werde dank einer Einheitskasse günstiger und besser, wird durch nichts untermauert.

Die Initianten sind intensiv daran, bei Leistungserbringern für die Einheitskasse zu lobbyieren. Dabei geben sie Versprechen ab, die sie gar nicht einhalten können, zum Beispiel dass es unter einer Einheitskasse keinesfalls zu einer Aufhebung des Vertragszwanges käme. Hierzu sei daran erinnert, dass gerade die von den Initianten immer wieder als Beispiel herangezogene SUVA keinen Vertragszwang kennt. Ferner legen die Initianten offen, dass Einsparungen bei einer Einheitskasse möglich seien, weil man als Monopolist eine stärkere Verhandlungsposition bei der Aushandlung von Tarifen und Preisen habe, man also mehr Druck auf die Leistungserbringer ausüben könne. Es ist also offensichtlich, dass die Initianten nicht fair umgehen mit den Leistungserbringern.

Die Initianten haben bei Frau Anna Sax (gesundheitspolitische Beraterin der SP-Bundeshausfraktion) eine „Studie“ mit dem Titel „Fakten und Argumente für eine öffentliche Krankenkasse“ in Auftrag gegeben. Dort wird im Kostenbereich als einzige mögliche Einsparung ein Effizienzpotenzial von „einigen hundert Millionen Franken“ in den Verwaltungskosten gesehen. Diese Rosskuhr wäre wohl kaum ohne eine massive Vernichtung von Arbeitsplätzen machbar. Ausserdem ist der Preis für das Ende der ärgerlichen Telefonanrufe - diesen kann das Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) übrigens schon jetzt mit einem konsequenten Vollzug des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) unterbinden - der Verlust der Wahlfreiheit bei Unzufriedenheit mit der Staatskasse und die Trägheit eines Monopolisten, der sich nicht davor fürchten muss, durch Ineffizienz und mangelnde Kundenfreundlichkeit Kunden zu verlieren.

Die auf ca. 1.75 Mia. Franken geschätzten Kosten für einen Systemwechsel kommentiert die Studie wie folgt: „Angesichts des Reservenbestandes der Krankenversicherer von insgesamt 6.5 Mrd. Franken (2012) dürfte die Finanzierung der Umstellung kein allzu grosses Problem darstellen.“ Dabei vergisst die Autorin aber, dass die Reserven den Versicherten und nicht den Kassen gehören und dass auch eine Einheitskasse über Reserven verfügen muss, die entweder aus Steuermitteln zur Verfügung gestellt oder bei den Versicherern aus den heutigen Reservebeständen abgeschöpft werden müssen. Man kann sich also nicht aus den heute bestehenden Reserven „bedienen“ um Kosten für den Systemwechsel zu decken. Zu befürchten ist vielmehr, dass der steigende politische Einfluss auf Prämien und Reserven zu einer Verschuldung wie bei der „Einheitskasse Invalidenversicherung“ führen würde.

Der Initiativtext

Art. 117 Abs 3 (neu) und 4 (neu)

3 Die soziale Krankenversicherung wird von einer einheitlichen, nationalen öffentlich-rechtlichen Einrichtung durchgeführt. Deren Organe werden namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet.

4 Die nationale Einrichtung verfügt über kantonale oder interkantonale Agenturen. Diese legen namentlich die Prämien fest, ziehen sie ein und vergüten die Leistungen. Für jeden Kanton wird eine einheitliche Prämie festgelegt; diese wird aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung berechnet.

Anmerkung: Eine „einheitliche Prämie pro Kanton“ bedeutet das Ende der Wahlfranchisen und der besonderen Versicherungsmodelle. Die Festlegung der Kantonsprämie einzig auf der Basis der Kosten lässt Tür und Tor offen, wie kurz oder langfristig die vergangenen oder zukünftigen Kosten in Betracht gezogen werden. Der Schuldenberg der Einheitskasse Invalidenversicherung, die Mehrwertsteuerbeiträge, Leistungskürzungen für behinderte Menschen sollten uns davon abhalten, in der sozialen Krankenversicherung die gleichen Fehler zu wiederholen.

Die Übergangsbestimmungen

Art. 197 Ziff. 8 (neu)

1 Nach der Annahme von Art. 117 Abs 3 und 4 durch Volk und Stände erlässt die Bundesversammlung die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen, damit die Reserven, die Rückstellungen und die Vermögen aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung auf die Einrichtung nach Art. 117 Abs 3 und 4 übertragen werden.

2 Erlässt die Bundesversammlung nicht innert drei Jahren nach Annahme von Art. 117 Abs 3 und 4 ein entsprechendes Bundesgesetz, so können die Kantone auf ihrem Gebiet eine einheitliche öffentliche Einrichtung der sozialen Krankenversicherung schaffen.

Anmerkungen: Schaffen es die Eidgenössischen Räte nicht, sich innert drei Jahren auf ein praktikables Gesetz über die Verstaatlichung der Krankenkassen zu einigen, käme es zu einer vollständigen Kantonalisierung des Gesundheitswesens. Die Kantone würden zu ihren verschiedenen Funktionen im schweizerischen Gesundheitswesen eine zusätzliche Rolle erhalten. Das läuft der angestrebten Entflechtung der Rollen der Kantone diametral entgegen.

Ein weiteres Problem: Die Übergangsbestimmung sagt in Absatz 2, dass die Kantone eine Einheitskasse auf ihrem Gebiet schaffen können, sie müssen es also nicht tun. Was würde nun passieren, wenn einige Kantone dies nicht tun oder nur schon, wenn die Umsetzung mit sehr unterschiedlichem Zeitplan ablaufen würde? Ein Chaos wäre wegen der unsorgfältigen Ausarbeitung der Vorlage vorprogrammiert, ein Chaos, unter dem Patientinnen / Patienten und Versicherte leiden würden.

6. Die Argumente des Bündnisses gegen eine Einheitskasse

- Eine Mehrzahl an Anbietern lässt Raum für Entwicklungen, Innovation und Kreativität zu Gunsten der Versicherten und Patienten. Fehlende Wahlmöglichkeiten beschränken demgegenüber die Entscheidungsfreiheit der Patienten und Versicherten.
- Verstaatlichung und Enteignung sind keine Instrumente unserer Demokratie.
- Für rund die Hälfte unserer Bevölkerung werden die Prämien bei Einführung einer Einheitskasse durch die „einheitlichen kantonalen Prämien“ nicht sinken, sondern steigen.
- Die Schaffung einer Einheitskasse ist ein erster Schritt hin zur Rationierung unseres Gesundheitswesens, weil ein staatlicher Monopolist alleine seine Leistungspflicht ausgestalten könnte – ohne Konkurrenzdruck. Die Patienten und Versicherten wären einem Monopolisten ohne Alternative ausgeliefert. Ein Monopol birgt ausserdem ein erhebliches Klumpenrisiko in sich. Wo Menschen arbeiten, machen sie Fehler. Im Gegensatz zu den Banken gibt es bei den Krankenversicherern kein Too-Big-To-Fail-Risiko. Der Fehler einer einzelnen Kasse sind also für das Gesamtkollektiv der Versicherten also nie so schlimm, wie der gleiche Fehler der Staatskasse.
- Artikel 51 KVG sieht vor, dass Kantone im Bereich der Spitäler und Pflegeheime Globalbudgets als finanzielles Steuerungsinstrument einführen können. Die Umsetzung dieser Bestimmung unter dem System einer Einheitskasse würde zu einer Rationierung der Leistungen führen.
- Das System der Krankenversicherung in unserem Land muss weiter verbessert werden. Die Einheitskasse bringt hier aber gar nichts. Die Forderungen der Initianten werden mit einer Einheitskasse nicht erreicht. Im Gegenteil werden zusätzliche neue Probleme geschaffen. Die wirklichen, aktuellen Probleme unseres Gesundheitswesens liegen weitgehend an anderen Orten.
- In Deutschland lehnen Parteien und Akteure im Gesundheitswesen dieses Modell ab. Das kanadische System, das die Initianten erwähnen, ist kein Referenzsystem. Kanada hat ein staatliches Gesundheitssystem (Medicare). In den meisten Provinzen wird Medicare über Steuern finanziert. Nur in Alberta und British Columbia muss man Krankenkassenbeiträge bezahlen - dafür sind die Steuern entsprechend niedriger. Systeme, die in die Richtung einer staatlichen Krankenversicherung gehen, führen zu einer erheblichen Verschuldung des Staates (z.B. Sécurité sociale in Frankreich).
- Werbung und Maklertätigkeit werden nur zu einem sehr kleinen Teil aus Mitteln der Grundversicherung finanziert – das BAG überwacht das streng.
- Der vorgesehene Einbezug der Leistungserbringer in die Steuerung der Einheitskasse ist Propaganda. In der Praxis würde das nicht funktionieren und gerade deshalb versucht man, überall die „Mehrfachrollen“ (z.B. der Kantone) abzubauen. Genau dieselben politischen Kreise bereiten eine Verstaatlichung des Tarifsystems vor, um die Akteure von der Mitsprache auszuschliessen. Und es sind dieselben politischen Kreise, die Managed Care bekämpft haben und sich nun – vermeintlich – für die Anliegen von chronisch Kranken einsetzen.

- Der Vergleich mit der SUVA hinkt – es werden „Äpfel mit Birnen“ verglichen:
 - Die SUVA ist ein Teilmonopolist.
 - Unfallversicherung (Schadensversicherung) ist eine völlig andere Versicherungsform als die Krankenkasse. Die Diagnose ist in beinahe allen Fällen klar und die Therapie auch.
 - Die SUVA hat deutlich höhere Verwaltungskosten als Krankenkassen, was auch damit zu tun hat, dass es im Unfallversicherungsbereich viel mehr Berentungen gibt.
- Die Schaffung einer Einheitskasse würde zahlreiche Versicherer verschwinden lassen. Was passiert mit den Zusatzversicherten? Diese würden höchstens zum Teil von „überlebenden“ Versicherern übernommen. Vor allem ältere und chronisch kranke Personen würden keinen Versicherer mehr finden. Ist das ein sozialer Effekt?
- Den Anliegen der Ärzteschaft hilft diese Initiative nicht weiter:
 - Faire Wirtschaftlichkeitsprüfungen
 - Transparenz
 - Weniger Administration
 - Faire Tarife
- Es kann nicht im Sinne der Versicherten und der Leistungserbringer sein, einem Monopolisten auf „Gedeih und Verderb“ ausgeliefert zu sein.
- Bei der Einheitskasse sollen die Kantonalsektionen die Prämien festlegen. Wie soll das praktisch umgesetzt werden? Hierzu schweigen sich die Initianten aus. Zahlreiche, schier unlösbare Vollzugsprobleme zeichnen sich klar ab. Ferner würden damit die Kantone zu ihren verschiedenen Funktionen im schweizerischen Gesundheitswesen eine zusätzliche Rolle erhalten. Das läuft der angestrebten Entflechtung der Rollen der Kantone diametral entgegen.
- Die Umsetzung der Einheitskasse ist in drei Jahren nicht machbar, womit es zu kantonalen Lösungen kommen wird. Damit werden einige der Ziele einer Einheitskasse gar nicht erreicht.

7. Was braucht die Schweiz?

- Ein leistungsfähiges Gesundheitswesen mit sozialen Leitplanken
- Wahlfreiheit und regulierten Wettbewerb
- Finanzielle Absicherung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft
- Optimale medizinische Versorgung – Qualität und Patientensicherheit
- Höchste Effizienz
- Motivation und Anreize für Innovation und Fortschritt und die notwendigen Mittel dafür.

Diese Anforderungen können durch Korrekturen am bestehenden System ohne die Nachteile einer Einheitskasse erfüllt werden.

8. Wie sieht ein optimales Krankenversicherungssystem aus? Was muss geändert werden?

Vision: Die Krankenversicherer als Anwälte / Treuhänder der Versicherten und Lotsen der Patienten mit übergreifender Verantwortung betreffend Nachhaltigkeit und Qualität der Versorgung

- Der Risikoausgleich muss zügig weiter verfeinert werden, um den Wettbewerb von der „Jagd nach guten Risiken“ zum besten Preis-Leistungs-Verhältnis der medizinischen Pflichtleistungen zu verlagern.
- Die Versicherer sind nicht schuld an den zahlreichen Wechseln von Versicherten jedes Jahr und an den daraus entstehenden Kosten. Dies ist im System des KVG so vorgesehen. Es müssen somit im System Anreize geschaffen werden, die die Versicherten motivieren, nicht laufend den Versicherer zu wechseln. Denkbar wäre, längerfristige Verträge auf freiwilliger Basis im KVG vorzusehen und entsprechende Anreize durch Prämienrabatte zu schaffen. Dies würde die Wechselkosten reduzieren und die Versicherer hätten einen längeren Planungshorizont und damit gerade im wichtigen Bereich der Prävention eine gewisse Investitionssicherheit.
- Tarifpartnerschaft und Kartellrecht statt staatliche Genehmigung und Rechtsstreitigkeiten: Ohne Tarifgenehmigungen bzw. Festsetzungen durch Kantone oder Bund werden die Blockaden zwischen den Tarifpartnern beseitigt und durch das unternehmerische Verhandlungsgeschick bzw. –risiko ersetzt. Taktieren im Hinblick auf ein staatliches Eingreifen ist dann nicht mehr möglich. Durch die Einsetzung eines Schiedsgerichtes mit Fachkompetenz und den möglichen Weiterzug an das Bundesverwaltungsgericht ist der Rechtsweg sichergestellt. Ferner garantiert das Kartellrecht, dass sich die Tarifpartner nicht auf Kosten der Versicherten oder Steuerzahler einigen.
- Notwendig ist auch ein Rekursrecht für direkt betroffene Akteure gegen Kostenentscheide von Versicherern.
- Die ärgerliche Telefonmaklerei muss sofort gestoppt werden. Seit dem 1. April 2012 verbietet das Bundesgesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) Werbeanrufe an Personen mit einem Stern im Telefonverzeichnis. Dasselbe gilt für Personen, die gar nicht im Telefonverzeichnis eingetragen sind. Es braucht also keine generellen Verbote, wenn sich jeder Bürger mit dem Sterneintrag individuell vor unerwünschten Werbeanrufen schützen kann.

Die UWG-Bestimmungen über den Sterneintrag sind ausreichend und nun liegt es am zuständigen Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco), den entsprechenden gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Branchenspezifische Verbote sind nicht notwendig und auch nicht zielführend. Ein Telefonwerbeverbot im KVG wäre nicht zielführend, weil es sich auf die Grundversicherung beschränken würde, Werbeanrufe über den Umweg der Zusatzversicherung also weiterhin zulässig wären.

Die Krankenversicherer sollten ferner ein vitales Interesse daran haben, ihr Image nicht weiter mit unerwünschter Telefonwerbung zu schädigen und sich von Geschäftspraktiken und Geschäftspartnern distanzieren, welche Personen mit einem Sterneintrag im Telefonverzeichnis belästigen.

- Die überwiegende Mehrheit der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler in unserem Land beziehen keine Leistungen von der obligatorischen Grundversicherung. An diesem Solidaritätsprinzip soll nicht gerüttelt werden. Die grosse Mehrheit der Bevölkerung hat aber ein Anrecht darauf, dass ihre Krankenkassenprämien ausschliesslich für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche medizinische Behandlungen verwendet werden, also für wirklich notwendige Behandlungen zu einem korrekten Preis. Das KVG garantiert dies. Missbräuche des Solidaritätsprinzips (z.B. durch unnötiges Einholen von Zweit- und Drittmeinungen, mehrfachen Bezug von Medikamenten etc.) sind von Kassen und Leistungserbringern mit vereinten Kräften zu verhindern. Es sei hierzu auf Artikel 6 der Bundesverfassung verwiesen, der das Prinzip der Selbstverantwortung festschreibt.
- Eine transparente, umfassende und faire Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Rechnungskontrollen gegenüber den Leistungserbringern nach justiziablen Kriterien muss rasch umgesetzt werden. Dazu könnten Transparenzplattformen zwischen Kassen, Leistungserbringern und Zulieferern geschaffen werden.
- Im Bereich der seltenen Krankheiten, von denen vor allem Kinder betroffen sind, herrscht Handlungsbedarf: Die Gesetzgeber und Versicherer müssen rasch Transparenz schaffen und einheitliche Kriterien definieren, nach denen die Abgeltung von Leistungen geprüft wird. Die hohe und bei den Versicherern sehr unterschiedliche Bürokratie gegenüber Ärzten und Spitälern in „Kostengutspracheverfahren“ binden Ressourcen, bringen Zeitverlust in der Therapie und verunsichern Patienten und ihre Angehörigen. Der Bund hat im Sommer 2012 ein entsprechendes Projekt lanciert, das bis heute offenbar kaum vorangekommen ist.
- Die Abgeltung von nicht zugelassenen Medikamenten durch die Versicherer in Einzelfällen ist in Artikel 71 a / b der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz unbefriedigend geregelt. Auch hier geht es darum, Transparenz und Rechtssicherheit gegenüber Patientinnen und Patienten zu schaffen. Der Bund hat Mitte 2012 für das Jahr 2013 ein Monitoring dieser Vorschriften zugesichert, seither wurde nichts mehr kommuniziert.
- Die meisten Versicherer unterhalten eigene Vertrauensärztliche Dienste, zum Teil werden diese Dienste von mehreren Versicherern gebündelt oder an niedergelassene Ärzte im Auftragsverhältnis vergeben. Auch hier bestehen keine transparenten und klaren Richtlinien, auf die Patienten und behandelnde Ärzte vertrauen könnten. Ein von der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauensärzte vor mehr als einem Jahr vorgestelltes „9 Felder-Modell“ zur Beurteilung der Abgeltung von nicht zugelassenen Medikamenten (vor allem im Bereich der seltenen Krankheiten und der Krebstherapie) konnte bis heute nicht für allgemeinverbindlich erklärt werden.
- Versicherer müssen ein Case Management aufbauen. Dazu gehört beispielsweise ein Coaching ihrer Versicherten mit Krankheiten, welche komplexen bzw. langwierige Behandlungen erfordern.
- Kohärente Finanzierung aller medizinischen Leistungen gemäss KVG: Die unterschiedliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen durch Kantone und Kassen ist wettbewerbsverzerrend. Die Prämienverbilligungen gehen schon jetzt direkt an die Kassen. Zusammen mit einem besseren Risikoausgleich, wäre es auch sinnvoll, die Beiträge von Bund und Kantonen via gemeinsame Einrichtung KVG, den Krankenversicherern für die Vergütung der KVG-Pflichtleistungen zur Verfügung zu stellen. Das BAG hat schon jetzt den Auftrag, dafür zu sorgen, dass die Krankenversicherer die Grundversicherung gesetzeskonform durchführen. Das gilt schon jetzt für die Prämien und müsste bei einer kohärenten Finanzierung auch so sein.

Es ist festzuhalten, dass die hier geforderten Massnahmen bereits von einigen Krankenversicherern umgesetzt werden, soweit dies in der aktuellen Rechtslage überhaupt möglich ist.

Nun braucht es als Alternative zur Einheitskasse und zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens fünf Hauptaktivitäten:

- 1. Schaffung der notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen**
- 2. Korrektur der Fehlanreize**
- 3. Tätigwerden der Verwaltung (z.B. Vorgehen gegen Versicherungsmakler, die den Sterneintrag in Telefonverzeichnissen nicht respektieren)**
- 4. Rasches Handeln seitens der noch untätigen Versicherer**
- 5. Bekenntnis der Tarifpartner zum hier skizzierten Reformpaket des Krankenversicherungsgesetzes KVG.**