

## ***Eine Medizin gegen das Machtkartell der Krankenkassen***

*Christian Jordi. Die Ergebnisse des "Gesundheitsmonitor 2002", eine Repräsentativ-Befragung des GfS- Forschungsinstitutes lassen aufhorchen: die Essentials linker Gesundheitspolitik erfreuen sich breiter Akzeptanz und sind mehrheitsfähig. Und: für eine Mehrheit der Befragten bereitet das Bezahlen der Krankenkassenprämien mehr Mühe als die Steuerlast. Gesundheitspolitisch hat die Linke sehr gute Karten, offensives Auftreten ist gefragt.*

Insbesondere räumt der Studienbericht mit einem unisono verbreiteten Mythos auf, nämlich, dass die Einführung von einkommensabhängigen Prämien, wie es die SP-Gesundheitsinitiative fordert, vor dem Volk keine Chance habe - befürworten doch in der Umfrage 72 % die Einführung ebensolcher Prämien. Populär (65 % Zustimmung) ist auch die Idee der generellen Prämienverbilligung für Kinder, wie sie die abtretende SP-Bundesrätin Dreyfuss vergeblich zu realisieren versuchte. Interessant auch, dass eine Mehrheit von 56 % sich dafür ausspricht, dass der Leistungskatalog in der Grundversicherung beibehalten wird. Die geplante SVP-Initiative, welche diesen Leistungs-katalog zugunsten der Privatassekuranz einschränken möchte, wird auf Granit beißen.

### ***Umverteilung: von unten nach oben - oder umgekehrt?***

In den letzten 20 Jahren ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 8,5 % auf 10,7 % gestiegen, während die Prämien im gleichen Zeitraum explodiert sind. Die jüngste Prämienhöhung von gut 10 % macht einmal mehr klar, dass nicht ein Kosten- sondern ein Finanzierungsproblem besteht. Rund 2/3 der Kosten werden von den Haushalten bezahlt, der grösste Teil davon über Kopfprämien. Eine dreiköpfige Familie muss mittlerweile 16 % des Budgets für die Krankenkassenprämien opfern. Gemäss Bundesamt für Sozialversicherung sind 25% der Familien auf Zuschüsse angewiesen. Im "Gesundheitsmonitor 2002" geben 42 Prozent der Befragten dauernd oder gelegentlich Mühe an, die Prämien zu bezahlen - mehr als diejenigen, die mit den Steuern Probleme haben.

Umverteilung ist angesagt, dass bestreitet auch die Rechte nicht - sie will genau dies, nämlich von unten nach oben: Abbau des Leistungskataloges, Erhöhung der Franchisen, Privatisierungen und "Verselbständigung" öffentlicher Spitäler, Subventionen für Privatkliniken - diese und andere Rezepte aus der neoliberalen Küche begrenzen den Zugang der einkommensschwachen Schichten zur Gesundheitsversorgung und reservieren immer grössere Segmente des Gesundheitswesens für die einkommensstarken Schichten via Zusatzversicherung. Gemäss einem Vorschlag des Präsidenten der kantonalzürcherischen Ärztesgesellschaft soll selbst die freie Wahl des ärztlichen Grundversorgers von einer Zusatzversicherung abhängig gemacht werden. In der GfS-Studie befürwortet hingegen eine klare Mehrheit, dass die Kassen weiterhin verpflichtet werden, mit allen zugelassenen Ärzten Verträge abzuschliessen (Kontrahierungszwang). Denn eines ist klar: wenn die Krankenkassen den PatientInnen vorschreiben, welche ÄrztInnen konsultiert werden dürfen, wird nicht die Qualität das entscheidende Kriterium sein, sondern eine möglichst billige Medizin.

### ***Prämiengelder für Referenden, Börsengeschäfte und Publicity***

In der Empörung über die Erhöhung der Prämien blieb ein Machtkartell im aktuellen Gesundheits-Poker beinahe unbeleuchtet: die Krankenkassen selber. Einerseits tragen sie mit einer Milliarde Verwaltungskosten pro Jahr nicht unwesentlich zu den Prämienhöhungen bei, andererseits erfreuen sie sich immer grösserer Machtfülle und politisieren immer unverhohlener auf der Seite der extremen Rechten. Kein Deregulierungsvorschlag, kein versuchter Leistungsabbau, welchem nicht vom Präsidenten des Krankenkassenverbandes "Santésuisse", dem Bündner SVP-Ständerat Christoffel Brändli und seiner Lobby im Bundeshaus applaudiert wird. Der jüngste Streich der Assura-Krankenkasse, das Referendum gegen die Spitalfinanzierung, welches auf höhere kantonale Beiträge für Privatversicherte abzielt, hat selbst die kantonalen Sanitätsdirektoren zu Protesten veranlasst.

Die Liste der Negativschlagzeilen ist lang. Noch in lebhafter Erinnerung ist die SUPRA- Krankenkasse, welche ihre Versicherten plötzlich dazu zwang, die Medikamentenkosten in der Apotheke bar zu bezahlen, was viele mehrheitlich ältere Patienten vergraulte, was natürlich beabsichtigt war, handelt es sich doch um die "schlechten Risiken", die jede Krankenkasse loswerden will. Aus Arztpraxen in der Romandie, wo die Assura-Krankenkasse das gleiche Trauerspiel bot, wird berichtet, dass PatientInnen medikamentöse Behandlungen abbrachen und einige Monate später mit schweren Rückfällen bei ihren ÄrztInnen erschienen.

Gerade in diesen Tagen starten die Krankenkasse - mit Prämiengeldern notabene- eine breitangelegte Publicitykampagne, die bei näherem Hinsehen nur Kopfschütteln verursachen kann. Da werden alle möglichen Leistungen versprochen, während in meinem Alltag als ärztlicher Grundversorger die Krankenkassen ständig

Leistungen aus der Grundversorgung in Frage stellen und zu diesem Zweck ihre Vertrauensärzte einschalten - ein kostaufwändiger Papierkrieg ist die Folge.

Die Krankenkassen haben zudem eine völlig intransparente Buchhaltung, vor allem was die Reserven betrifft. Wer bei seiner Krankenkasse nachfragt, welcher Anteil der Prämie zur Reservenbildung dient, wird mit nebulösen Erklärungen abgespiesen. Bloss am Rande sei erwähnt, dass eben diese nach KVG obligatorischen Reserven in den letzten Jahren an der Börse verspielt wurden.

### ***Totengräber des Solidaritätsgedankens***

Das Machtkartell der Krankenkassen droht, noch mächtiger zu werden, falls der Kontrahierungszwang, wie das die Rechte fordert, fällt und das monistische Spitalfinanzierungsmodell eingeführt wird, nach welchem sich die Kantone aus der Spitalfinanzierung zurückzögen und die Krankenkassen auch im stationären Bereich fast ausschliesslich das Sagen hätten.

Dass die Konkurrenz zwischen den Krankenkassen sich positiv auf die Prämien auswirken soll, ist selbst aus marktwirtschaftlicher Sicht eine Illusion. Kassen mit tiefen Prämien erhöhen diese, sobald sie mehr Versicherte haben, woraus langfristig ein Nullsummenspiel resultiert. Die Zahl der Krankenkassen ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Während der Gesetzgeber 1990 noch 246 Krankenkassen anerkannte, waren es 10 Jahre später noch 110 Kassen. Der Konzentrationsprozess hält unvermindert an und hat zum Oligopol der wenigen grossen Krankenkassen mit mehr als 500'000 Mitgliedern geführt. Durch die Schaffung von Billigkassen für "gute Risiken" hat sich die Idee der Konkurrenz zwischen den Kassen selber ad absurdum geführt, und mit dem jüngsten Vorschlag einer zusätzlichen Pflege-Versicherung für Senioren sind die Krankenkassen vollends zu den Totengräbern des Solidaritätsgedankens geworden.

### ***Einheitskasse: Service Publique statt Oligopol***

Zeit also, über Alternativen nachzudenken. Der Vorschlag einer eidgenössischen Einheitskrankenkasse findet in der Romandie bereits grosse Akzeptanz und eine entsprechende Initiative des "Mouvement Populaire des Familles" ist in Vorbereitung. Interessanterweise befürwortet auch in der GfS-Studie die Hälfte der Befragten eine solche Einheitskasse nach dem Modell der SUVA.

Von der Formulierung des Initiativtextes wird es abhängen, dass eine solche Einheitskasse nicht als weiteres Instrument zu Sozialabbau, Zweiklassenmedizin und Leistungsverweigerung missbraucht wird. Das Interesse der FDP an der Einheitskrankenkasse - eine entsprechende Motion soll in der kommenden Herbstsession unterstützt werden - lässt solches vermuten. Es wäre natürlich ein attraktives Szenario zum Sozialabbau, eine Einheitskrankenkasse als Minimalversicherung für tiefe Einkommen zu konzipieren, welche eine minimale und qualitativ schlechte medizinische Versorgung analog dem ersten Versicherungskreis der SVP-Initiative bieten würde. Weitergehende medizinische Betreuung würde dann von Zusatzversicherungen abhängig gemacht, nach dem Motto: Lepramedizin für den Staat, Geschäft für die Privaten.

### ***Was für eine eidgenössische Einheitskasse?***

Die Gefahr des Sozialabbaus via Staatsmonopol ist nur gebannt, wenn die Einheitskasse einen qualitativ hochstehenden Service Publique mit breit ausgebauter Mitbestimmung der Beteiligten verbindet.

Folgende Kriterien müssten im Initiativtext berücksichtigt werden:

- Umfassende und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung entsprechend dem jetzt gültigen Grundleistungskatalog, allenfalls erweitert um Zahnmedizin und nichtärztliche Psychotherapie.
- Einkommensabhängige Prämien, Kinder sind von Prämien befreit
- Keine gleichzeitige Zulassung von privaten Kassen in diesem Bereich, weil sonst das Spiel der Konkurrenz mit Abjagen von "guten Risiken" wieder von vorne beginnen würde.
- Aufsichtsorgan mit garantierter Mitbestimmung der PatientInnen und medizinischen Dienstleister (Pflegepersonal, Ärzte, Physiotherapeuten etc.).
- Rekursmöglichkeit bei Leistungsverweigerung bis zum Sozialgericht mit erleichtertem Rechtsbeistand.