

Ja zur Einheitskrankenkasse

Stellungnahme der VUA¹

In unserer letzten Ausgabe (Soziale Medizin 3.06) hat die Redaktionsgruppe der Soziale Medizin grosse Vorbehalte gegenüber der Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse formuliert. Hier nun eine Stellungnahme der Vereinigung Unabhängiger Ärztinnen und Ärzte VUA¹, welche die Initiative unterstützt.

1. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen behindert effiziente Versorgungsmodelle

Das Anwerben guter Risiken ist der wirksamste Kostenvorteil im Krankenkassenwettbewerb: Etwa 30 % aller Leistungsausgaben entfallen auf die teuersten 1 % der Versicherten und etwa 80 % aller Leistungsausgaben auf 10 % der Versicherten. Ein noch so ausgefeilter Risikoausgleich wird eine Tatsache nicht aus der Welt schaffen: Um alte, chronisch kranke Menschen wird kein Wettbewerb stattfinden, denn sie werden von konkurrierenden Kassen in erster Linie als «riskante Kostenfaktoren» wahrgenommen.

Durch einen verbesserten Risikoausgleich die Jagd nach «guten Risiken» zu begrenzen, ist das eine. Den «schlechten Risiken» aber tatsächlich integrierte und qualitativ hoch stehende Behandlungsnetze anzubieten, ist das andere. Denn solche Versorgungsstrukturen wären zwangsläufig kostenintensiv. Und je besser sie wären, umso grösser wäre das Risiko, teure Patienten anderer Kassen und Ärztenetzwerke anzulocken. In Deutschland kommt eine Studie des Sachverständigenrates zum Schluss, dass die Krankenkassen die in Modellstudien gewonnenen Erkenntnisse über die Verbesserung der Versorgung «oftmals nicht, verzögert oder partiell transparent gemacht [haben], um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen

Leistungsanbietern und Kostenträgern zu sichern.»⁽¹⁾ Aus denselben Wettbewerbsgründen haben die Krankenkassen auch kein genuines Interesse an Primärprävention – abgesehen von publikumswirksamen Marketingstrategien (Stichworte Fitness & Wellness), welche sich wiederum an «gute Risiken» wenden. Bei kostenintensiveren primärpräventiven Strategien wäre zu unsicher, ob der gesundheitliche Benefit nicht bei einem Kassenwechsel der Konkurrenz zugute kommt. Der Gesundheitsökonom Thomas Gerlinger folgert deshalb: «Der Kassenwettbewerb etabliert also offenkundig ein Anreizsystem, das die Entwicklung und Diffusion effizienter Versorgungsmodelle eher behindert als fördert.»⁽²⁾

2. Die Einheitskasse begünstigt die flächendeckende Integration der Behandlungskette (Managed-Care-Modelle)



Konkurrierende Krankenkassen gehen rein betriebswirtschaftlich und finanzorientiert vor, kurzfristige Kostenminimierung ist dabei wichtiger als Ergebnisqualität und medizinischer Sachverstand.

Einzelne konkurrierende Krankenkassen gehen rein betriebswirtschaftlich und finanzorientiert vor, kurzfristige Kostenminimierung ist dabei wichtiger als Ergebnisqualität und medizinischer Sachverstand. Das Outcome ist deshalb von untergeordnetem Interesse, weil Kosten zur Konkurrenz abgeschoben werden können oder anderswo zu Buche schlagen (IV, Erwerbsausfallversicherungen, Sozialausgaben).

Antworten der Redaktionsgruppe Soziale Medizin

sm. Auf unsere kritische Stellungnahme zur Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse in Soziale Medizin 3.06 haben wir eine Vielzahl von positiven und negativen Feed-backs erhalten. Wir wollen und können nicht auf alle reagieren. Auf unserer Website finden sich aber Antworten auf die wichtigsten Einwände (http://www.sozialemedizin.ch/archiv_wp/220906/). Unsere Stellungnahme selber findet sich ebenfalls auf unserer Website (http://www.sozialemedizin.ch/archiv_wp/70906-1/), ebenso eine Kurzfassung davon (http://www.sozialemedizin.ch/archiv_wp/70906-2/).

Eine Einheitskrankenkasse hätte hingegen ein genuines Interesse an einer effizienten Integration der gesamten Behandlungskette und an einer Kultur der wissenschaftlichen Ergebnismessung. Eine einheitliche Zahlungsstelle würde die flächendeckende Einführung von Managed-Care-Modellen („Zuerst-Zum-Hausarzt“) erleichtern.

Eine Einheitskrankenkasse hätte ein genuines Interesse an präventivmedizinischen Programmen (v.a. verhält-

nispräventiver, nicht bloss verhaltenpräventiver Art), zu denen die Anreize im jetzigen System aus wettbewerbsimmanenten Gründen fehlen.

3. Die Einheitskasse hat ein Interesse an bestmöglicher medizinischer Versorgung der Patienten

Während konkurrierende Krankenkassen primär ein Interesse an jungen, gesunden Patienten haben und diese,



Ein guter Patient im heutigen System ist ein Patient, der wenig kostet, unabhängig von seiner Gesundheit, ein guter Patient im System der Einheitskasse ist ein Patient, der gesund bleibt (und dadurch wenig kostet).

sobald sie alt und krank werden, am liebsten wieder loshaben wollen, entfällt dieses Interesse für die Einheitskasse, da sie die ganze Bevölkerung versichern muss. Dafür hat letztere ein grosses Interesse an der langfristigen Gesunderhaltung ihrer Patienten und damit an einer nicht auf kurzfristige Symptomlinderung sondern langfristige Heilung und Prävention ausgerichteten Medizin. Die Einheitskasse hat deshalb ein grosses Interesse an einer guten, d.h. nachhaltigen medizinischen Versorgung ihrer Mitglieder. Für ein solches Interesse fehlen hingegen im jetzigen System aus wettbewerbsimmanenten Gründen die Anreize. Ein guter Patient im heutigen System ist ein Patient, der wenig kostet, unabhängig von seiner Gesundheit. Ein guter Patient im System der Einheitskasse ist ein Patient, der gesund bleibt (und dadurch wenig kostet).

4. Die Einheitskasse ist wirtschaftlicher, zweckmässiger und sozialer

Die konkurrierenden Krankenkassen haben einen jährlichen Administrationsaufwand von 850 Millionen Franken. Eine Einheitskrankenkasse könnte viele Kosten optimieren, indem keine Werbe-, Abwerbe und Kassenwechselkosten mehr entstünden. Es gäbe nur einen Leistungskatalog für alle und damit eine relativ günstige Grundprämie. Wer mehr Leistungen integrieren möchte, könnte sich dafür weiterhin privat versichern.

Zwei Drittel der Kosten im Gesundheitswesen werden von den Haushalten bezahlt, der grösste Teil davon über Kopfprämien (d.h. Krankenkassenprämien, die unabhängig vom Einkommen für alle gleich hoch sind), welche für immer breitere Schichten nahezu unbezahlbar geworden sind.

Die Einheitskasse greift nun ein altes Postulat eines sozialen und gerechten Gesundheitswesens auf: die Finanzierung der Krankenprämien entsprechend dem Einkommen. Dies wäre administrativ einfach als Abzug auf der Grundlage der steuerbaren Einkommens bzw. Vermögens realisierbar, während andererseits der administrative Aufwand für die heutigen Prämienverbilligungen entfällt.

5. Lieber eine öffentliche Einheitskasse mit Mitbestimmung als Ausgeliefertsein an ein paar KK-Elefanten

Der Konzentrationsprozess der Krankenkassen ist unaufhaltsam, 1990 waren 250 Kassen schweizweit aktiv, zurzeit sind es nur noch 25. Gerade eben ging die «Elefantenhochzeit» zwischen Concordia und KPT über die Bühne. Hier zeichnet sich eine ganz andere «Einheitskasse» ab, die sich nur an eine Maxime halten wird: Wer zahlt befiehlt. Die Initiative schlägt jedoch eine öffentlich kontrollierte Institution nach dem Vorbild der SUVA vor, zusätzlich soll aber durch paritätische Kontrolle der Versicherten und Leistungserbringer eine wirksame Vertretung und Teilnahme aller betroffenen Gruppierungen erreicht werden.

Während wir im Umgang mit den Krankenkassen oft genug Arroganz, medizinische Ignoranz und kurzfristiges ökonomistisches Denken erfahren müssen, sind unsere Erfahrungen mit der SUVA tendenziell von einem respektvollen Dialog geprägt.

1) Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 2002: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden

2) Gerlinger Thomas: Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück? Rot-Grüne Gesundheitspolitik 1998-2003. PROKLA 132. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 3/2003

Zehn kleine Negerlein ...

... fallen jeden Tag durch die Maschen unseres löchrigen sozialen Netzes in die Armut – ohne die, von ihnen abhängigen Personen (wie zum Beispiel Kinder) mit zu zählen.

Seit 1994 werden durchschnittlich jeden Monat 2'500 Personen aus der Arbeitslosenversicherung ausgesteuert, 30'000 pro Jahr, 375'000 insgesamt. Nur 47 % von ihnen, vor allem die Jüngeren, finden danach wieder eine Erwerbsmöglichkeit, allerdings nur 23 % eine Festanstellung, oft weit unter dem finanziellen Niveau der früheren Arbeit. Die allermeisten Betroffenen samt ihren Angehörigen verarmen somit mehr oder weniger.

Das Elend beginnt mit den existentiellen Ängsten nach der Kündigung, gefolgt von administrativem Ärger mit der RAV-Administration. Dann folgen insgesamt rund fünfzig Millionen Bewerbungen, von denen höchstens 1–2 % auf ernsthaftes Interesse stossen. Soviel Hoffnungen – so viel Enttäuschungen! Je grösser die Resignation einerseits und der Druck vom RAV (und später dem Sozialamt) andererseits, desto wahrscheinlicher wird ein On Call-, Temporär-, Working Poor- oder Schwarzarbeits-Job angenommen. Das Elend hört für die Ausgesteuerten fast nie mehr auf.

Gehen wir einmal davon aus, dass die 30'000 Betroffenen (samt den betroffenen Angehörigen) pro Jahr wegen Depressionen und allen psychosomatischen Folgeerkrankungen infolge der Existenzängste und der Resignation je 5'000 – 10'000 Franken Gesundheitskosten generieren, so bedeutet dies nicht nur unermessliches gesundheitliches Elend, sondern auch Kosten von 150–300 Millionen Franken, allein für das Gesundheitswesen, Jahr für Jahr.

Und warum dies alles?

Damit immer mehr Superreiche in diesem Land je so viel verdienen, wie 1000 Ausgesteuerte samt ihren Familien zusammen. O tempora, o mores!

David Winizki

VUA* – Vereinigung Unabhängiger Ärztinnen und Ärzte. VUA (Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte, PF 2309, 8031 Zürich www.vua.ch / sekretariat@vua.ch)