

Beiträge zur Abstimmung über die Einheitskasse

Beiträge zur Abstimmung über die Einheitskasse in der SÄZ

An der Ärztekammer vom 8. Mai dieses Jahres hat die FMH die Stimmfreigabe zur Abstimmung über die Eidgenössische Volksabstimmung «Für eine öffentliche Krankenkasse» beschlossen und zu diesem Thema seither ein Editorial und ein Argumentarium publiziert. Vor diesem Hintergrund wird die Redaktion im Vorfeld der Abstimmung nicht aktiv weitere Beiträge zum Thema Einheitskasse einholen. Die freie Diskussion über die Einheitskasse soll in der SÄZ nach wie vor möglich sein, wobei die Redaktion bemüht ist, Pro- und Contra-Beiträge in einem ausgewogenen Mass zu berücksichtigen. Je nach Anzahl der Einreichungen muss sich die Redaktion vorbehalten, aus den zugestellten Beiträgen eine – möglichst repräsentative – Auswahl zu treffen, da der zur Verfügung stehende redaktionelle Platz begrenzt ist.

Dr. med. Bruno Kesseli, Chefredaktor

Ich habe meine Meinung über die Einheitskasse geändert. Warum?

Ich bin eher liberal orientiert und bevorzuge private Systeme, die individueller, flexibler und freier sind. Ich mag weder die Bürokratie noch das mit ihr verbundene Beamtentum. Ich hielt also nicht viel von der Einheitskasse. Die Krankenkassen haben zwar gut funktioniert, sowohl für die Patienten als auch für die Behandelnden, zumindest bis zur Einführung des KVG. Was hat sich also geändert? Der mächtigen Lobby der Versicherer ist es gelungen, im KVG die Vorstellung durchzusetzen, dass die Versicherer gleichzeitig als Richter und Partei aufzutreten hatten. Da liegt offenbar ein juristischer Fehler. Es wäre die Aufgabe des Parlaments gewesen, eine Instanz zu schaffen, die die Konflikte zwischen Gesundheitsversorgern und Versicherern schlichten würde. Den Letzteren wurde viel zu viel Macht gewährt. Im heutigen Zustand verunmöglichen die Interessenkonflikte ein gesundes Verhältnis zwischen den verschiedenen Parteien.

Unsere Ärzteschaft ist nicht besser als andere Körperschaften und zählt auch manche skrupellose Mitglieder, die übertriebene Rechnungen stellen und die gemässregelt gehören. Hingegen kennt jeder von uns einen oder mehrere Kollegen, die ungerecht und manchmal jahrelang mit falschen Argumenten durch die Versicherer verfolgt wurden, und die letztendlich Recht bekommen haben. Diese Situation verursacht Spannungen, die nicht mehr tragbar sind und die für die Behandlungsqualität und die Arbeitsbedingungen der Pflegenden schädlich sind. Wieso können die Versicherer soviel Transparenz seitens der Ärzte verlangen, obwohl ihr eigenes Funktionieren so undurchsichtig bleibt?

Dazu kommt, dass die Versicherer nie müde werden, die Aufhebung des Kontrahierungs-

zwangs zu verlangen, und dies, obwohl das Schweizer Volk mehrmals dagegen gestimmt hat. Der Kontrahierungszwang ist einer der wichtigsten Pfeiler der Behandlungsqualität. Falls die Einheitskasse abgelehnt wird, wird der Kontrahierungszwang wahrscheinlich wegfallen und manche Versicherer werden eine «low cost»-Strategie einführen, mit unter Kostendruck gesetzten Ärzten und auch mit entsprechender Veränderung ihrer Arbeitsweise. Die Versicherten werden die freie Arztwahl verlieren und die Versicherer werden Ärzte und die Spitäler bestimmen können. Die Einheitskasse hingegen würde diesen Trend verhindern und der Kontrahierungszwang würde langfristig erhalten werden.

Santésuisse lehnt bei Verhandlungen systematisch die Gesuche der FMH ab. Dies kann nicht länger toleriert werden, da dieses Verhalten die Einführung von neuen Techniken blockiert, die Ärzte in die Armut treibt und somit langfristig zu einer sinkenden Behandlungsqualität führt.

Der ausschlaggebende Punkt betrifft die Finanzierung. Hier steckt ebenfalls ein Fehler in der Grundkonzeption des KVG. Wie konnte ein System aufgebaut werden, mit einerseits kantonalen Prämien und andererseits einer schweizweiten Solidarität? Dies musste unweigerlich zu Geldtransfers führen, mit den entsprechenden Ungerechtigkeiten. So wurde es Einwohnern von bestimmten Kantonen möglich, Prämien zu bezahlen, die unter den realen Kosten lagen. Der Unterschied wurde durch Einwohner von anderen Kantonen querfinanziert. Diese wurden jahrelang um ihr Geld betrogen und werden die zuviel bezahlten Beträge nie wiedersehen. Es war schliesslich die Versichererlobby, die für den Rückerstattungsmodus eine völlig hinkende

Lösung vorgeschlagen hat, die kürzlich durch das Parlament übernommen wurde: Nur die Hälfte wird rückerstattet, dies über einen Zeitraum von mehreren Jahren, davon je ein Drittel durch Versicherer, durch den Bund und durch die Versicherten, die zu wenig bezahlt hatten. Die Benachteiligten werden also durch Prämien und Steuern $\frac{2}{3}$ der Rechnung tragen und die Bevorzugten nur $\frac{1}{6}$ bezahlen!

Warum ist die Buchführung der Krankenversicherungen derart undurchsichtig? Niemand weiss, wie die Gelder fließen, und dies, obwohl die Versicherung obligatorisch ist. Was ist zum Beispiel aus dem Zins der gigantischen Reserven (über 6 Milliarden!) geworden? Die Versicherten können zwar ungehindert ihre Krankenkasse zugunsten einer billigeren wechseln. Die Fédération romande des consommateurs schätzt die Kosten dieser Wechsel auf 100 Millionen pro Jahr. Könnten diese Summen nicht sinnvoller eingesetzt werden? Die Jagd nach guten Risiken als einzige Begründung für die Prämienunterschiede ist ein Schlüsselement für den Betrieb der Krankenkassen, bewirkt aber auch eine absurde Teuerung, da Reserven für jeden neuen Versicherten erstellt werden müssen.

Das System der Einheitskasse ist bestimmt nicht perfekt. Es stellt zweifellos einen Schritt in Richtung «verstaatlichte Medizin» dar. Und einige Punkte in der Vorlage sind heikel, wie zum Beispiel das Fehlen einer Gegenpartei im Konfliktfall, denn man weiss nicht so recht, wer diese Rolle übernehmen könnte. Wir werden einerseits Patienten haben, die immer mehr Leistungen beanspruchen werden, andererseits Ärzte, die ihr Einkommen verteidigen werden. Die Politiker, um ihre Wiederwahl besorgt, werden den Ansprüchen beider Seiten nachgeben. Das System könnte dadurch ausser Kontrolle geraten und, da niemand die Prämien erhöhen möchte und doch jeder mehr Leistungen will, könnte man in die Schulden schlittern. Man wird im Fall einer Einheitskasse eine sehr strikte Regelung der Finanzen einhalten müssen, damit die Kosten durch die Prämien gedeckt werden.

Abschliessend muss man leider einsehen, dass das heutige System der Krankenkassen derart verdorben ist, dass es nicht mehr «repariert» werden kann. Ich habe aus diesen Gründen meine Meinung über die Einheitskasse geändert. Ich werde also «Ja» stimmen, obwohl nicht alles dabei perfekt ist. Ich paraphrasiere Churchill, der über die Demokratie sagte: «Die Einheitskasse ist das schlechteste aller Systeme, ausgenommen alle anderen.»

Dr. med. Jean-Pierre Grillet, Genf

Einheitskrankenkasse – Wirtschaftliche Mogelpackung nach Hoffungsprinzip

Es ist eine Tatsache, dass weder die Einheitskrankenkasse (EK) noch das aktuelle System in der Lage sein werden, die Kosten entscheidend günstig beeinflussen zu können, solange im politischen Interesse mit dessen primärem Ziel der Stützung und Förderung der Gesundheitsindustrie zum Wohle des gesamtgesellschaftlichen Nutzens oder des Reichtums der Schweiz noch immer darauf verzichtet wird, das im Krankenversicherungsgesetz vorgeschriebene Kriterium Zweckmässigkeit effizient umzusetzen.

Mit dem Z-Kriterium könnte die medizinische Notwendigkeit der erbrachten Dienstleistungen anhand von Erfahrungswerten im Praxisalltag mittels Versorgungs- oder Zweckmässigkeitsforschung unter der Führung der Ständesorganisationen der FMH erhoben werden. Also dort, wo die Kosten entstehen, durch diejenigen kontrolliert, welche Indikation und Behandlungsqualität fachkompetent zu beurteilen vermögen. Generell kostenvertuernde und individuell gesundheitsgefährdende medizinische Unter- wie auch Überversorgung im Sinne von sinnlosen oder übermässig erbrachter medizinischer Dienstleistungen könnte zur Wahrung sowohl der Versorgungssicherheit der Patienten als auch der Kosteneffizienz der OKP im Anschluss daran über das WZW-Kriterium Wirtschaftlichkeit sachgerecht nach ökonomischen Grundregeln optimiert werden. Die Abklärung des medizinischen Nutzens über Versorgungsforschung steht jedoch oftmals nicht im Interesse unserer Leistungserbringer und Dienstleister, weil Behandlungen so nach rein medizinischen Erwägungen und Erkenntnissen indiziert werden müssen und nicht mehr gezielt über leicht korrumpierbare finanzielle Fehlanreize oder Globalbudgets (Budgetverantwortung) zum wirtschaftlichen Nutzen gewisser Profiteure unserer Gesundheitsindustrie oder des Staates gesteuert werden können. Denn was therapeu-

tisch keinen angemessenen Sinn ergibt, kann auch ökonomisch nicht mehr glaubwürdig vertreten werden. Da die Finanzierbarkeit unserer Sozialsysteme aber stark vom wirtschaftlichen Mehrwert einzelner Pfeiler unserer Gesundheitsindustrie abhängig ist, können es sich die Befürworter der EK nicht leisten, das Z-Kriterium entsprechend effektiv umzusetzen. Dies erklärt die nur geringfügig erzielbaren Einsparungen unter der EK im Vergleich zum aktuellen System.

Der Grundversicherte ist ohne die Einforderung des Z-Kriteriums stets der doppelten Wirtschaftlichkeit ausgeliefert und dadurch DER Verlierer im jeweiligen System, weil er die anfallenden Kosten im Interesse der Förderung der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens ohne eigentliche medizinische Qualitäts- resp. Nutzenkontrolle zu vergüten hat. Auch die Ärzteschaft wird in beiden Systemen mit individuell willkürlichen (ungerechten?) Rationierungen konfrontiert werden.

Aus diesem Grunde werden gesunde Mitmenschen und Familien das aktuelle System befürworten, damit auch sie nach wie vor die für sie günstigste Prämie «jagen» können! Chronisch Kranke, Behinderte, Senioren und Familien mit schwerkranken Kindern werden in der Hoffnung auf gerechtere Leistungsübernahmen jedoch mehrheitlich die EK wählen, um so den ständigen willkürlichen Leistungskürzungen der Grundversicherer durch medizinisch oftmals überforderte, finanziell von den Versicherungen zusätzlich abhängigen und in deren wirtschaftlichen Interessen agierenden Vertrauensärzten entfliehen zu können.

Nur die Hoffnung der Patienten und in deren Interesse nach medizinisch ethischen Regeln agierender Ärztinnen und Ärzte lässt die Mogelpackung EK noch am Leben.

Dr. med. vet. Andreas Keusch, Pfäffikon

Die Annahme der Initiative wäre ein wünschenswerter Fortschritt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Der Neuenburger Hausärzteverband (MFNe) hat an seiner letzten Hauptversammlung entschieden, die Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse zu unterstützen. Der Verband ist auch Mitglied des kantonalen überparteilichen Unterstützungskomitees via seine beiden Co-Präsidenten (Dr. Bünzli und Dr. Rilliot).

MFNe möchte die Argumente, die zu dieser Entscheidung führten, mit den andern Schweizer Ärzten teilen.

Die Annahme der Initiative am 28. September durch das Schweizer Volk wäre ein wünschenswerter Fortschritt der Krankenversicherung. Es ist nicht mehr akzeptabel, dass die Krankenkassen das aktuelle System aufrechterhalten. Zu sehr zeigten sich in der Vergangenheit die Grenzen und Ausartungen dieses Systems auf. Jeder Versuch, das System zu korrigieren, wird systematisch von der Krankenkassen-Lobby im Parlament verhindert.

Die Neuenburger Hausärzte sind der Meinung, dass eine eidgenössische Krankenkasse

mit kantonalen Sektionen, welche die regionalen Spezifitäten bestens kennen, eine adäquate Antwort gegenüber den erlebten Aberrationen des aktuellen Systems ist.

Eine öffentliches Kassenorgan, das durch Bund, Kantone, Patienten und Pflegende verwaltet wird, beendet die Undurchsichtigkeit des aktuellen Krankenkassensystems. Der Gebrauch der Prämiegelder würde endlich kontrollierbar. Die Jagd auf gute Risiken würde de facto nicht mehr stattfinden, weil eine öffentliche Kasse es weder nötig noch die Möglichkeit hat, eine solche Selektion durchzuführen. Die Pseudo-Konkurrenz und die Kassenwechsel entfielen, – dafür gäbe es Einsparungen von administrativen Kosten. Die unglückliche Mischung von Grund- und Zusatzversicherungen verschwände und es könnte endlich eine richtige Konkurrenz im privaten Sektor entstehen. Wie können die Versicherer es tolerieren obligatorische Krankenkassenprämien einzutreiben, wenn sie doch den wirtschaftlichen Liberalismus huldigen? Eine öffentliche Kasse würde es ihnen endlich erlauben, dieses Dilemma zu lösen.

Die Qualität der Behandlungen wird nicht beeinträchtigt, da ja die Leistungserbringer und nicht die Versicherungen die Behandlungen durchführen. In der Schweiz sind die Weiterbildungsanforderungen sehr hoch und unabhängig von den Krankenkassen.

Diejenigen welche um die Managed-Care-Modelle fürchten, wissen bestimmt, dass diese Netzwerke sich grösstenteils durch die Jagd nach guten Risiken finanzieren und dass die tägliche Praxis nur wenig von der Zugehörigkeit an ein solches Modell beeinflusst wird. Es ist die Teilnahme an Qualitätszirkeln, mit dem kritischen Hinterfragen des eigenen Handelns, das die Haupttriebfeder für die Verbesserung der Behandlungsqualität ist. Die Krankenversicherung hat nicht in dieses Vorgehen einzugreifen, da ihr ganz einfach die Kompetenzen dazu fehlen.

Übrigens hindert nichts im Initiativtext, dass Hausarztmodelle, variable Franchisen, Selbstbehalte etc. weiter möglich sind.

Die einzige grosse Änderung wird sein, dass die Kontrolle der Finanzierenden (Krankenkassen) endlich effizient wird.

Es ist bemerkenswert, mit welcher Motivation die aktuellen Versicherer, die ihr Geld vor allem mit Behandlungen der Zusatzversicherungen verdienen, darauf aus sind den Status quo zu verteidigen! Wenn die Grundversicherung öffentlich wird, welche Auswirkungen wird das denn haben? Seit Jahrzehnten predigt man uns, dass die Prämien der Grundversicherung nicht von den Zusatzversicherungen gebraucht werden und dass diese beiden Domänen strikt getrennt sind! Werden wir belogen?

Ist dies nicht die Bestätigung, dass die Konkurrenz zwischen den Krankenkassen reines Wunschdenken ist, und dass die Krankenversicherer – höchst widersprüchlich – alles tun, um ein System beizubehalten, das es ihnen ermöglicht obligatorische Kassenprämien der Grundversicherung einzukassieren, um das Überleben ihrer Zusatzversicherungen zu gewährleisten.

Es ist im Interesse einer öffentlichen Krankenkasse die Prävention von Erkrankungen auf nationaler Ebene zu fördern. Denn die Versicherten bleiben ihr Leben lang bei dieser öffentlichen Einrichtung, und dies unabhängig ihrer Gesundheit. Die Prävention wurde in der Schweizer Gesundheitspolitik immer stiefmütterlich behandelt. Wir haben jetzt eine Gelegenheit, dies zu ändern. Die Präventionskampagnen von der SUVA, bfu etc. erinnern uns daran.

Schlussendlich werden wahrscheinlich die Tarifverhandlungen mit einer Einheitskasse für uns Leistungserbringer vereinfacht. Demgegenüber sitzen wir aktuell einer Vielzahl von wechselnden und nicht repräsentativen Gesprächspartnern gegenüber, mit denen wir unsere Zeit in den Verhandlungen verschwenden.

Aus all diesen Gründen lädt der Verband Neuenburger Hausärzte (MFNe) die Schweizer Ärzteschaft ein, der Initiative für eine öffentliche Krankenkasse am 28. September zuzustimmen.

Mediengruppe MFNe:

Dr. med. Joël Rilliot

Dr. med. Philippe Krayenbühl

Dr. med. Dominique Bünzli

Dr. med. Albin Tzaut