

per Mail

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Versicherungsaufsicht
Hessstrasse 27E, 3003 Bern

corinne.erne@bag.admin.ch

Zürich, 3. Juni 2013

Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» und indirekter Gegenvorschlag des Bundesrates (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG) Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA-CCM

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, Ihnen unsere Überlegungen zum vorliegenden Gegenvorschlag darlegen zu können und bringen dazu die nachfolgenden Bemerkungen und Vorschläge ein.

A. Würdigung der Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“: Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine nationale Einheitskasse

Ziel der Initiative: Die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» hat die Einrichtung einer einzigen öffentlichen Krankenkasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung durch den Bund zum Ziel. Sie verlangt, dass der Bund eine einheitliche nationale öffentlich-rechtliche Einrichtung schafft, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt. Sie lässt aber offen, in welche Rechtsform die neue Institution zu kleiden ist, so dass diesbezüglich ein gewisser Interpretationsspielraum bleibt. Hingegen schreibt der Initiativtext zwingend vor, dass die Organe der Einrichtung namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet werden. Er sieht zudem vor, dass die nationale Einrichtung über kantonale oder interkantonale Agenturen verfügt. Laut den Argumenten der Initiantinnen und Initianten (www.oeffentliche-krankenkasse.ch) hätte die Volksinitiative zur Folge, dass die Krankenversicherung einfacher, effizienter, transparenter und

erst noch günstiger wird. Zudem beabsichtigen die Initianten den Wettbewerb unter den Krankenkassen zu beseitigen, welcher nur zu Risikoselektion und überzahlten Managern führe.

Organisation einer Einheitskasse: Die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung würde einer einheitlichen nationalen Einrichtung obliegen, die hierfür kantonale oder interkantonale Agenturen bildet. Diese legen namentlich die Prämien fest, ziehen sie ein und vergüten die Leistungen. Die Organe (üblicherweise: Geschäftsleitung, Verwaltungsrat) der öffentlich-rechtlichen Einrichtung setzen sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer zusammen, so der Initiativtext. Die Aufgaben und Kompetenzen der Organe werden nicht weiter beschrieben. Die vorgesehene Zusammensetzung der Organe kann zu Interessenkonflikten führen. Obwohl das Modell auf den ersten Blick mit demjenigen der SUVA vergleichbar erscheint, zeigen sich bei einer näheren Betrachtung wichtige Unterschiede. Bei der SUVA sind die Mitglieder des Verwaltungsrats Vertreter der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und des Bundes. Die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter haben dieselben Interessen. Sie vertreten die Prämienzahler und haben dieselben Anliegen bezüglich Prävention und Behandlung bei einem Unfall. Bei der Einheitskasse wären auch die Leistungserbringer und die Kantone vertreten. Dies schafft eine andere Ausgangslage.

Nicht zu vergessen ist auch die Tatsache, dass bei der SUVA nebst den Heilungskosten auch die Taggeld- und Rentenleistungen eingeschlossen sind und die SUVA nach dem Naturalleistungsprinzip arbeitet.

Auswirkungen einer Einheitskasse: Die Einrichtung einer nationalen öffentlichen Kasse zur Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung führt zwangsläufig, d.h. gesetzlich gewollt zu einer Monopolsituation auf Seiten der Versicherer mit folgenden Auswirkungen:

- Die Versicherten hätten nicht mehr wie heute die Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln, wenn sie mit der Leistungsabwicklung oder mit der Servicequalität nicht zufrieden sind. Vergleiche mit dem Ausland zeigen, dass Monopolsituationen in der Grundversicherung die Aufteilung der Finanzierung zwischen Grund- und Zusatzversorgung beeinflussen. Der Bedarf nach Versorgungs- und Versicherungsformen ausserhalb der Grundversicherung nimmt in solchen Systemen tendenziell zu, da dort die entsprechende Leistungsqualität und -bereitschaft im Rahmen von Wettbewerbsstrukturen erbracht wird und so den Präferenzen der Leistungsnachfrager besser entsprechen. Entsprechend werden und dürfen Versicherer in einer vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV) bestimmten Wirtschaft auch entsprechende Angebote entwickeln. Damit würde eindeutig eine „Zweiklassen-Medizin“ gefördert. Es ist sehr fraglich, ob die damit verbundenen sozialen Auswirkungen wünschbar sind.
- Die Ärzteschaft könnte die Tarife nicht mehr im Rahmen von modulierten Verträgen wie beispielsweise der Leistungskostenvereinbarung LeiKoV mit Tarifpartnern verhandeln, sondern könnte ihre Anliegen nur noch in den entsprechenden Organen einer Einheitskasse im Sinne eines Anhörungsrechts einbringen. Als „Tarifpartner“ stünde ihnen der "Staat" bzw. eine staatlich geregelte und zu einem erheblichen Teil auch politisch gesteuerte schweizerische Einheitsorganisation gegenüber. Durch die „Verstaatlichung“ nimmt notwendigerweise der Einfluss der Politik zu, dies auch über die politisch motivierte Besetzung der Leitungsgremien, und die Prämiengestaltung wird damit noch mehr ein

Spielball divergierender, politisierter Interessen. Ein Monopol wird für die Ärzteschaft zu noch mehr bürokratischen und tarifarischen Auflagen führen..

- Die öffentliche Krankenkasse wäre mangels Wettbewerb weniger zu einem Kosten optimierenden Verhalten motiviert. Sie würde tendenziell eher versuchen, bei den Leistungen zu sparen als beim eigenen (Verwaltungs-)Aufwand. Mehrere Krankenkassen bewirken infolge ihrer Konkurrenzsituation höhere Anreize zur Effizienz und damit zu einem Innovationsverhalten als eine einzige Krankenkasse. Aus ärztlicher Sicht könnte sich ein fehlender Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen sehr gravierend auf die Versorgungsqualität auswirken, da Anreize für die Schaffung von innovativen Versorgungsmodellen wegfallen würden. Die Ärztenetzwerke hätten keine Auswahl- und Verhandlungsmöglichkeiten mehr unter den Versicherern.
- Fehlende Konkurrenz verhindert Effizienz und erschwert Qualitätswettbewerb. Zudem würde durch einen fehlenden Wettbewerb die Rationierungsgefahr der Leistungen durch Eingriff in die Behandlungsfreiheit verstärkt.
- Auch die konsequente Durchsetzung des Datenschutzes hinsichtlich Patientendaten dürfte bei einer Einheitskasse schwieriger werden.

Der in Erfüllung eines Postulates der ständerätlichen Gesundheitskommission im Jahr 2001 erstellte Expertenbericht über die Vorteile einer Einheitskasse (Dr. Willy Oggier: „Vorteile einer Einheitskasse“, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Dezember 2001) ist zum Schluss gelangt, dass das geltende Krankenversicherungsgesetz auf der Systemebene die gesetzlichen Ziele erreicht hat. Nach Einschätzung des Autors dürfte eine Einheitskasse kaum positive Auswirkungen auf die Kosten- und Prämienentwicklung haben. In diesem Sinn sei das Instrument als ineffizient zu bezeichnen.

Eine aktuelle Studie („Kantonale oder Regionale Krankenkassen KRK“, Prof. U. Brügger et al., 2011), welche die Ostschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz in Auftrag gegeben hatte, zeigt auf, dass der finanzielle Vorteil eher klein ist und die rechtlichen Probleme bei der Umsetzung eher gross. Dargestellt wurde darin auch der wachsende Machteinfluss der Kantone und darauf hingewiesen, dass der Kanton keinesfalls gleichzeitig Regulator und Player sein sollte. Zu den bisherigen Rollen der Kantone beispielsweise als Anbieter (Spitäler/Ambulatorien), tarifgebende Behörde und Aufsichtsbehörde käme noch die Rolle des Versicherers hinzu.

Aufgrund dieser Ausführungen begrüssen wir die klar ablehnende Haltung des Bundesrates zur Volksinitiative „Für eine öffentliche Gesundheitskasse“. Wir teilen die Beurteilung des Bundesrates, dass - im Rahmen eines regulierten Wettbewerbs - mit der Einheitskasse keine Kosten gespart werden können und mit einer komplizierten Organisation und Leitung mit Vertretern von Kantonen, Bund, Versicherten und Leistungserbringern massive Rollen- und Interessenkonflikte vorprogrammiert sind, welche sich mit Bestimmtheit negativ auf die Versicherten und die Leistungserbringer auswirken werden, weil sich die politischen Vertreter von Bund und Kantonen in der Regel durchsetzen werden.

B. Indirekter Gegenvorschlag des Bundesrates

Die KKA lehnt den vorliegenden indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates ebenfalls ab. Der Gegenvorschlag weist teilweise ähnliche Schwächen auf wie die Initiative: Mit der vorgeschlagenen „Rückversicherung“, die in Realität wohl eher ein reiner Kostenpool darstellt, würde der Bundesrat ebenfalls einen grossen Schritt in Richtung staatliche Einheitskasse machen ohne damit Regulative zu schaffen, welche die Kosten- und Prämienentwicklung sowie die Optimierung der medizinischen Versorgung günstig beeinflussen könnten.

Wir verzichten deshalb auf eine detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen vorgeschlagenen Änderungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG und beschränken uns auf die folgenden drei zentralen Thematiken des indirekten Gegenvorschlags.

Anpassung und Ausbau des Risikoausgleichs

Die KKA unterstützt die sachgerechte Anpassung des Risikoausgleichs als unabdingbare Grundlage für zielführende Reformen im Schweizerischen Gesundheitswesen seit Jahren und mit grossem Engagement. Für die KKA ist der Risikoausgleich ein zentrales Anliegen. Sie ist indessen der Auffassung, dass dies nicht in den indirekten Gegenvorschlag eingebaut werden sollte. Vielmehr muss nun die im Parlament bereits angelaufene Reform förderlich und zeitnah umgesetzt werden. Die vorgesehene Integration im Gegenvorschlag ist demgegenüber völlig kontraproduktiv, verknüpft Anliegen, die nicht miteinander verknüpft werden müssen und sollen, und verzögert dadurch die Einführung eines morbiditätsbasierten Risikoausgleichs um Jahre.

Einführung einer „Rückversicherung für hohe Kosten“

Dieser Kostenpool stösst schon auf definitorische Probleme. Weniger als 20% der Versicherten verursachen mehr als 80% der Kosten, 10% rund 70% der Kosten. Wo kann, soll hier zwischen hohen und weniger hohen Kosten unterschieden werden? Die Grenzziehung wäre willkürlich. Je niedriger sodann die Schwelle ist, desto wirtschaftlich ähnlichere Konsequenzen wie bei der Einheitskasse würden sich ergeben. Die damit verbundene Prämienkonvergenz mag man zwar aus Sicht der Versicherten begrüssen, indes hätten als Folge einer Risikoauslagerung die Krankenversicherer keinen Anreiz zur Senkung hoher Kosten. Im Übrigen gelten hier die Einwände gegen die Einheitskasse analog.

Der Hochkostenpool ist als Instrument zur Reduktion von Risikoselektionsanreizen daher ungeeignet und reduziert die Anreize für effiziente und qualitative Versicherungs- und Versorgungsmodelle stark. Die Einführung eines solchen Hochkostenpools mindert den qualitativen Wettbewerb unter den Versicherern und kann deshalb auch nicht im Interesse der Ärzteschaft sein.

Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Die kantonale Ärzteschaft hat sich bereits im Jahre 2010 mit der Volksinitiative „Für Transparenz in der Krankenversicherung“ diesem Thema angenommen. Mit der Initiative, welche allerdings im März 2012 aufgrund mangelnder Unterschriften nicht zustande gekommen ist, verfocht die Ärzteschaft Anliegen, welche immer noch aktuell sind und auch im Gegenvorschlag des Bundesrates Eingang gefunden haben. Im Interesse der Versicherten und ihrer Patienten setzt sich die Ärzteschaft für eine soziale obligatorische Krankenversicherung ein, für eine Grundversicherung, die ohne Verlust der Zusatzversicherungen frei gewechselt werden kann, für die Wahrung der Privatsphäre in der Grundversicherung, für eine klare Rechnungslegung ohne untereinander verbundene Gefässe, für Prämien, die den tatsächlichen Kosten entsprechen und für unabhängige und sinnvolle Zusatzversicherungen.

Auch diese Reformen können aus Sicht der KKA schneller und zielführender auf dem ordentlichen Gesetzesweg eingeführt werden. Diese Reformen könnten mit einer verstärkt wahrgenommenen Aufsichtspflicht des Bundes über die Versicherer schon heute zum Teil umgesetzt werden. Dieses Anliegen sollte daher nach Ansicht der KKA nicht mit der Frage der Einheitskasse verknüpft werden, auch nicht als Gegenvorschlag. Für sich alleine würde es als Gegenvorschlag sowieso nicht genügen.

C. Fazit

Ein morbiditätsbasierter Risikoausgleich ist eine conditio sine qua non für alle innovativen und fairen Versorgungsmodelle der Zukunft. Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen vermindert die «Jagd nach guten Risiken». Diese Massnahme ist zwar ein gewichtiger Teil des bundesrätlichen Gegenvorschlags, kann aber unabhängig davon als ordentliche Reform im Parlament und erst noch schneller beschlossen werden.

Der Gegenvorschlag sieht zusätzlich noch die **Schaffung einer „Rückversicherung für hohe Kosten“** vor, der besonders kostenintensive Fälle abdecken und von den Versicherern gespeist werden soll. Damit haben die Versicherer keinen Anreiz mehr teure Patienten in guten Versorgungsmodellen optimal zu betreuen und damit durch gute Qualität Kosten zu sparen. Die Kosten der teuren „Fälle“ werden ja in den Hochrisiko-Pool abgeschoben und durch den Pool finanziert. So können sich innovative, vertikale Versorgungsmodelle nicht mehr weiterentwickeln, weil die nötigen Anreize fehlen.

Als drittes Element seines Gegenvorschlags schlägt der Bundesrat eine **strikte Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherungen** vor. Er greift damit die Forderungen der nicht zustande gekommenen Volksinitiative der Ärzteschaft „Für Transparenz in der Krankenversiche-

„rung“ wieder auf. Aber auch diese Massnahme könnte einfacher und schneller analog dem morbiditätsbasierten Risikoausgleich als ordentliche Reform im Parlament beschlossen werden.

Vorschläge wie in der Volksinitiative „Für eine öffentliche Gesundheitskasse“ postuliert und auch der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates dazu lösen keine unserer dringlichen Probleme im Schweizer Gesundheitswesen. Aus Sicht der Ärzteschaft sind es untaugliche Instrumente, um vermeintlich auf die Entwicklung von Kosten und Prämien einwirken zu können oder gar ein Sparpotential bei den Gesundheitskosten erzielen zu können.

Hauptkriterium für sinnvolle Reformen muss immer der Mehrwert für die Patientinnen und Patienten im Rahmen einer volkswirtschaftlichen Gesamtkostenbeurteilung sein. Letztlich wird nur eine hohe Qualität in der medizinischen Versorgung eine Optimierung der Kosteneffizienz bewirken.

Die KKA begrüsst aus den genannten Gründen nun eine rasche Abstimmung zur Volksinitiative „Für eine öffentliche Gesundheitskasse“ ohne einen indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. Gleichzeitig müssen aber die im parlamentarischen Prozess bereits eingeleiteten Reformschritte energisch vorangetrieben und gesetzlich verankert werden.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Mit freundlichen Grüssen

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Fiorenzo Caranzano, co-président CCM

