

Freie Kassen für souveräne Patienten

Bald ein Jahr ist es her, dass die Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Parlament gescheitert ist. Der Bundesrat liess sich davon nicht beirren. Er legte die Reformvorschläge dem Parlament in nur leicht abgewandelter Form - dafür aber aufgeteilt auf verschiedene Botschaften - ein weiteres Mal vor. So sollte der noch immer vorhandene Schwung genutzt und sollten die Reformen doch noch innert nützlicher Frist durchs Parlament gebracht werden. Immerhin konnte sich der Gesundheitsminister in den meisten Fragen einer Mehrheit sicher sein. Zum Scheitern gebracht worden war die Reform ja lediglich durch die Kumulierung des Widerstands gegen verschiedene Teile der Paketlösung. Trotzdem ist man heute nicht viel weiter. In der Herbstsession beschäftigte sich das Parlament lediglich mit Detailfragen und verabschiedete Beschlüsse, die ein Weiterführen des Systems erlauben. Alle heiklen Punkte, die auf echte Neuerungen abzielen, wurden von den vorberatenden Kommissionen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Symptomatisch erscheint, dass der Ständerat in der Wintersession erst einmal einen Ausbau der Prämienverbilligungen betreiben will. Dieser wird sich zwar ganz direkt im Portemonnaie vieler Versicherter niederschlagen. Zur Kostendämpfung trägt er aber nicht bei.

Angesichts der Einigkeit darüber, dass der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gebremst werden sollte, ist der Reformstau wenig verständlich. Allerdings gehen die Meinungen darüber weit auseinander, wie die Kosteneindämmung zu geschehen habe. Auf der einen Seite finden sich jene, die in den Krankenkassen die Schuldigen für das Malaise sehen. Sie würden die Kassen am liebsten abschaffen und eine gesamtschweizerische Einheitskasse einführen. Auf der anderen Seite stehen die Befürworter von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, die auf eine Stärkung der Eigenverantwortung setzen. Dazwischen finden sich jene, die innerhalb des heutigen Systems weiterwursteln wollen. Sie versuchen, mit einer kantonalen Spitalplanung und einem Zulassungsstopp für Ärzte die Kosten in den Griff zu bekommen.

Es ist nicht zu bestreiten, dass in der Grundversicherung der Wettbewerb zwischen den Kassen heutzutage schlecht funktioniert. Vor allem gesunde Versicherte, die so genannten "guten Risiken", machen die Wahl ihrer Kasse von der Prämie abhängig. Innerhalb einer Region ist deren Höhe nicht so sehr von der Qualität des Angebots bestimmt (letztlich werden überall die gleichen Leistungen vergütet), sondern vor allem vom durchschnittlichen Gesundheitszustand der Mitglieder. Dagegen bleiben die "schlechten Risiken", also kränkere Personen, ihrer Kasse oft treu. Wohl zwingt das "Kassenhüpfen" die Krankenkassen dazu, ihre Verwaltungskosten tief zu halten. Weitergehende Wirkungen hat es aber nicht. Der Glaube, man könne diesen Mängeln mit einer Einheitskasse begegnen, ist jedoch verfehlt. Erstens ist nicht sicher, dass eine Einheitskasse kostengünstiger arbeiten würde. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind in den letzten Jahren immerhin von 8% auf 6% des Prämienvolumens gesunken. Trotz allen Unterschieden zeigt ausserdem die Suva (deren Verwaltungskosten 2001 bei 8,3% lagen), dass ein Monopol nicht notwendigerweise effizienter wäre. Zweitens wird eine Einheitskasse als Mittel zur Überwindung der zu grossen Macht der Krankenversicherungen propagiert. Weshalb jedoch eine Situation, in der die Marktmacht in einer einzigen staatlichen Institution konzentriert ist, einer Situation mit einer Vielzahl privater Anbieter, deren Macht durch den Wettbewerb begrenzt wird, vorzuziehen wäre, leuchtet nicht ein. Am wichtigsten ist aber drittens der Umstand, dass sich die Schweiz mit der Auflösung der heutigen Versicherungen die Chance vergäbe, mit mehr Wettbewerb auf ein verändertes Verhalten aller Leistungsanbieter hinzuwirken. Wenn der Wettbewerb seine Wirkung entfalten soll, darf er nämlich nicht auf die Krankenkassen begrenzt bleiben, sondern muss sich auch auf Ärzte und Spitäler erstrecken.

Heute haben die Ärzte die Garantie, dass ihre Leistungen nach dem Einheitstarif Tarmed abgegolten werden. Die Krankenkassen sind so zu blossen Zahlstellen zwischen Ärzten und Patienten degradiert. Ein entscheidender Schritt zur Einführung von Wettbewerb unter den Leistungsanbietern wäre daher die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bzw. die Einführung der Vertragsfreiheit. Damit erhielten die Kassen die Möglichkeit, die Leistungen bestimmter Anbieter nicht mehr zu vergüten. Dies bedeutet nicht, dass viele Ärzte ohne Verträge dastünden und ihre Tätigkeit aufgeben müssten. Vielmehr ist der Abschluss eines Vertrags immer eine Frage des Preises. Allein die Möglichkeit, mit einer Vertragsauflösung zu drohen, gäbe den Kassen ein Mittel in die Hand, um Rabatte zu erzielen oder gänzlich andere Entschädigungsformen durchzusetzen; etwa Fallpauschalen, Globalbudgets oder gar Fixlöhne. Wahrscheinlich würden auch viele Ärzte weiterhin nach Einzelleistung honoriert - nur hätte die Möglichkeit, solche Ärzte zu wählen, höhere Krankenversicherungsprämien zur Folge. Natürlich besteht bereits heute die Möglichkeit, alternative Versicherungsmodelle (etwa HMO) auszuprobieren. Für die Ärzte bestehen aber wenig Anreize, sich einem solchen Modell anzuschliessen, solange sie mit Tarmed weit mehr verdienen. Erst die Vertragsfreiheit würde neuen Entschädigungsformen mehr Bedeutung verschaffen.

Die Befürchtung, die Marktmacht der Kassen könnte durch die Vertragsfreiheit ungebührlich gestärkt werden, scheint angesichts der Zahl von gegen hundert Krankenkassen kaum berechtigt. In Regionen, in denen es trotzdem eine erhebliche Marktkonzentration gibt, könnte allenfalls das Kartellrecht zur Anwendung kommen. Schwerer wiegt das Argument, die Kassen könnten die Vertragsfreiheit missbrauchen, um Ärzte auszuschliessen, die sich auf bestimmte schwere und eher teure Krankheiten (wie Aids) konzentrieren. Die Vertragsfreiheit würde damit die Möglichkeiten der Kassen zur Jagd auf "gute Risiken" erweitern, und die Ärzte würden unter Druck gesetzt, besonders "teure" Patienten abzuwiegeln. Mit einer Reform des heutigen Risikoausgleichs (der sich bis anhin lediglich nach den Kriterien Alter und Geschlecht richtet) könnte dieser Gefahr aber begegnet werden. Ausserdem würde die Vertragsfreiheit nicht allein die Kassen stärken, sondern auch einzelne Ärztekategorien, etwa wenn (wie im bundesrätlichen Vorschlag vorgesehen) die Kassen verpflichtet würden, überall eine gewisse Mindestzahl an Ärzten unter Vertrag zu nehmen. In ländlichen Gebieten, wo zum Teil Ärztemangel herrscht, könnten die Ärzte dadurch vermutlich bessere Bedingungen für sich herauschlagen.

Und was haben die Versicherten von der Aufhebung des Vertragszwangs? Kritiker monieren, dass es nicht angehe, die freie Arztwahl zu einer Frage des Portemonnaies werden zu lassen. Allerdings wird die Einschränkung der Arztwahl in der Grundversicherung im stationären Bereich bereits heute praktiziert. Zudem ist das Interesse der Konsumenten nicht nur auf eine möglichst umfassende Versorgung ausgerichtet. Sie möchten diese auch zu einem möglichst günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis erhalten. Nur die Krankenversicherungen können den Versicherten helfen, dieses Interesse gegenüber den Ärzten durchzusetzen. Es ist höchste Zeit, die Kassen in die Lage zu versetzen, diese Funktion auszuüben.

Mt. (E. Matter)