



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Bolligenstrasse 52
CH-3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Telefax 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Argumentarium zur Eidgenössischen Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»

Im Mai 2012 ist die Eidgenössische Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» zustande gekommen. Die Volksinitiative will eine einzige Krankenkasse für die Grundversicherung mit regionalen Agenturen und kantonal festgelegten Prämien. Hinter dem Begehren steht ein Trägerverein, dem über 20 Organisationen, Verbände und Parteien angehören. Dazu gehören die SP, die Grünen, Konsumenten- und Patientenorganisationen sowie Vereinigungen von medizinischen Leistungserbringern wie VSAO und Physioswiss.

Die Bevölkerung wie auch die Ärzteschaft sind in der Frage der öffentlichen Krankenkasse gespalten (siehe Gesundheitsmonitor 2012). Der Vorstand der Konferenz der Kantonalen Ärzteschaften KKA hat sich gegen die Initiative ausgesprochen. Bei Umfragen unter Ärztinnen und Ärzten im Kanton Zürich und in der Ostschweiz sprachen sich knappe Mehrheiten (Zürich: 55%, Ostschweiz: 51%) für die öffentliche Krankenkasse aus.

Nachfolgend wurden Pro- und Contra-Argumente, insbesondere aus der Sicht der Leistungserbringer, zusammengetragen.

Pro öffentliche Krankenkasse

- Die öffentliche Krankenkasse ist eine Monopolistin, die mit allen Ärztinnen und Ärzten Verträge abschliesst. Die **Aufhebung des Vertragszwangs ist kein Thema** mehr. Ärztinnen und Ärzte werden nicht länger unter Druck gesetzt, wenn sie schwer kranke und teure Patientinnen und Patienten betreuen.
- **Chronisch Kranke und ältere Versicherte lassen sich nicht mehr an andere Kassen abschieben.** Gute Fallführung und Behandlungsprogramme lohnen sich. Eine öffentliche Krankenkasse investiert **mehr in Prävention und Gesundheitsförderung**, weil diese direkte Kostenersparnisse mit sich bringt.
- **Versicherte müssen die eigene Krankenversicherung nicht mehr selber wählen**, jährliche Prämieevaluationen und teure **Kassenwechsel fallen weg**. Heute wechseln jährlich rund eine Million Personen ihre Krankenkasse und verursachen Administrationskosten in der Höhe von 100 Millionen Franken.
- Die öffentliche Krankenkasse **beendet die Risikoselektion** – die Jagd nach jungen, gesunden Risiken – in der Grundversicherung. Die öffentliche Krankenkasse macht den **Risikoausgleich überflüssig, ein Hochrisikopool wird unnötig**.
- Die öffentliche Krankenkasse **beendet** den heutigen **Scheinwettbewerb** in der Grundversicherung, wo die Versicherer mit identischem Leistungsangebot um Kunden buhlen.
- Die öffentliche Krankenkasse führt zu einer **klaren Trennung zwischen KVG und Zusatzversicherung**. Im Zusatzversicherungsbereich spielt der Wettbewerb weiterhin.



- Das Prämienwachstum wird durch das **Wegfallen von Werbe- und Marketingkosten** kurzfristig gebremst. Für Marketing und Werbung geben die Versicherer heute pro Jahr zwischen 200 und 400 Millionen Franken aus.
- Die öffentliche Krankenkasse hat eine starke Marktposition und kann den **Druck auf Preise** für Medikamente und Hilfsmittel erhöhen.
- Die **öffentliche Krankenkasse vereinfacht die administrativen Abläufe** wie Tarifverhandlungen, Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren. Sie vereinheitlicht Datengrundlagen auf Kosten- und Leistungsseite. Die aufwändigen Kontrollen zur Einhaltung der Deckungsreserven und Rückstellungen der rund 80 Krankenkassen fallen weg.

Contra öffentliche Krankenkasse

- Die **grosse Verhandlungsmacht** der öffentlichen Krankenkasse schafft ein **Ungleichgewicht zwischen den Tarifpartnern** – zum Nachteil der Ärzteschaft.
- Eine öffentliche Krankenkasse führt zu einem sogenannten **Monopson**, einer Marktform mit einem einzigen Einkäufer, **der faktisch das Angebot diktiert**. Die öffentliche Krankenkasse ist die zentrale Planungsstelle, die über kantonale und regionale Agenturen Prämien nach Bedarf festlegt. Es droht die haushaltspolitisch motivierte Rationierung medizinischer Leistungen.
- Durch die öffentliche Krankenkasse nimmt der Einfluss der Politik zu. Die Finanzierung der medizinischen Versorgung wird zum Spielball der Politik. Es kommt zu einer **Verpolitisierung der Prämien** – zum Nachteil der Patienten.
- Bei der **öffentlichen Krankenkasse werden Versicherungsleistungen und Versorgungsplanung faktisch gleichgeschaltet**. Versicherte können nur noch indirekt an der Urne ihre Präferenzen äussern und nicht mehr direkt über die Wahl des Versicherers.
- **Keine Wahlfreiheit für Patienten:** Kostenintensive Patienten müssten sich Ausgrenzungsstrategien der öffentlichen Krankenkasse gefallen lassen. Dies kann auf subtile Weise geschehen: lange Wartezeiten für Kostengutsprachen oder für Kostenrückerstattungen. Und bei Streitigkeiten im Falle von Leistungsverweigerungen können die Versicherten nicht einfach den Versicherer wechseln.
- Die öffentliche Krankenkasse schafft den Wettbewerb unter den Kassen ab. Es **fehlen wettbewerbliche Anreize für innovative Lösungen** zwischen Ärzten, Spitälern und Krankenkassen. Alternative Versicherungsmodelle werden kaum mehr entwickelt.
- Die öffentliche Krankenkasse hat keine Anreize, über **Rechnungskontrollen und Tarifverhandlungen die Kosten zu senken**. Gerade in vertieften Rechnungskontrollen liegt erhebliches Sparpotenzial. **Zusätzliche Kosten** werden einfach auf **den Versicherten/Steuerzahler abgewälzt**.
- Die öffentliche Krankenkasse funktioniert über eine zentral organisierte Rechnungsstellung. Der Tiers garant wird hinfällig. Auch Patientendaten werden zentral verwaltet. Die **individuelle Kontrolle der bezogenen Leistungen** geht verloren.
- Die **Systemumstellung** auf eine öffentliche Krankenkasse ist **eine einschneidende Massnahme**. Werden öffentliche Krankenkassen auf bestehenden Strukturen umgesetzt, kommt dies einer Zwangsfusion und einer **Enteignung** der bisherigen Versicherer gleich.