


FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Fédération des médecins suisses

Federazione dei medici svizzeri

Swiss Medical Association

Bundesverfassung Art. 117: Kranken- und Unfallversicherung

¹ Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

² Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

Gegenvorschlag der FMH zur Einheitskasseninitiative

BV Art. 117 (Abs. 3-5 neu)

³ Der Bund beauftragt die Krankenkassen, die soziale Krankenversicherung in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Leistungserbringern und den Patientinnen und Patienten durchzuführen.

⁴ Die Krankenkassen haben eine demokratische Struktur und nehmen die sozialen und finanziellen Interessen ihrer Versicherten wahr.

⁵ Die Krankenkassen betreiben ausschliesslich die soziale Kranken- und Unfallversicherung und haben keine strukturellen, organisatorischen oder wirtschaftlichen Verbindungen mit andern Tätigkeiten.

Erläuterungen

Zu Absatz 3:

Die konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Krankenversicherern gemäss KVG, den Kantonen und den Leistungserbringern sowie den Patientinnen und Patienten ist von zentraler Bedeutung. Die Probleme im Gesundheitswesen können nur gemeinsam gelöst werden.

Zu Absatz 4:

Dank demokratischer Struktur bestimmen die angeschlossenen Versicherten die Geschicke der Kasse und haben volle Transparenz. Für die Umsetzung in Art. 12 Abs. 1 KVG bieten sich als Organisationsform insbesondere der Verein, die Stiftung, allenfalls die Genossenschaft an.

Zu Absatz 5:

Die anerkannten Krankenkassen beschränken ihre Tätigkeit auf die soziale Krankenversicherung (Krankenpflegegrund- und Taggeldversicherung) sowie die soziale Unfallversicherung. Zusatzversicherungen und Rechtsschutzversicherungen beispielsweise sollen weder von der Krankenkasse selbst noch in Kooperation mit Dritten angeboten werden. Der Verzicht auf KVG-fremde Tätigkeiten und auf strukturelle, organisatorische oder wirtschaftliche Verbindungen mit Dritten stellt die Unabhängigkeit und Transparenz der Kasse sicher und vermeidet Interessenkonflikte. Die Umsetzung auf gesetzgeberischer Ebene erfolgt in Art. 12 Abs. 2 KVG, Beschränkung auf die ausschliessliche Tätigkeit im Rahmen des KVG und Verzicht auf Kooperationen mit Dritten.



FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Fédération des médecins suisses

Federazione dei medici svizzeri

Swiss Medical Association

Die Ärztinnen und Ärzte haben etwas beizutragen zur politischen Diskussion!

Ihre Erfahrung im menschlichen Bereich, ihr Engagement für die Gesundheit und die Prävention sowie ihr Humanismus sind Gründe, weshalb sie ihre Stimme einbringen möchten. Denn wir arbeiten in einem Bereich, in dem die Anforderungen „anders“ sind, in dem es wichtig ist, die relative Bedeutung der wirtschaftlichen und der bio-psychozialen Aspekte im Auge zu behalten. Oder anders ausgedrückt: Aufgrund ihrer Bestrebungen, die Diskussion immer wieder auf das Wesentliche auszurichten, haben Ärztinnen und Ärzte gerade im politischen Bereich ein gewichtiges Wort mitzureden.

Dieser Willen der Ärzteschaft, sich politisch zu engagieren, ist verhältnismässig neu. Wir haben beschlossen, ihn ohne enges Standesdenken konstruktiv umzusetzen und dabei den Anforderungen der Medizin - d.h. der Gesundheit im weiteren Sinn und auch der Ethik - Rechnung zu tragen.

- Ausgehend von dieser Haltung nimmt der Gegenvorschlag der FMH aktuelle Probleme auf:
 - Der Krankenkassensektor, der einen enormen Anteil des Einkommens der Haushalte verschlingt, ist völlig intransparent.
 - Im gegenwärtigen System bestehen inakzeptable finanzielle Querverbindungen und Interessenkonflikte.
 - Angesichts eines undurchsichtigen Systems und eines wahren Verwaltungsdschungels bleibt der Bevölkerung schliesslich nur murrende Resignation.
- Der Gegenvorschlag der FMH nimmt den Bedarf von Bevölkerung und Politik nach Veränderungen auf:
 - Die Prämienfelder dürfen nicht mehr durch ein intransparentes, schlecht kontrolliertes System verwaltet werden.
 - Die wirtschaftlichen Zusammenhänge und Wechselwirkungen müssen geklärt werden.
 - Im Gesundheitssystem muss die Partnerschaft zur Regel werden.
- Der Gegenvorschlag der FMH nimmt reale Bedürfnisse auf und trägt auch den politischen Möglichkeiten realistisch Rechnung:
 - Der Ärger der Bevölkerung ist echt.
 - Die Initiative "Für eine soziale Einheitskasse" lässt sich nicht einfach vom Tisch wischen.
 - Die Gelegenheit einer Volksabstimmung zu diesem Thema, das unbedingt weiterentwickelt werden muss, darf nicht verpasst werden.
- Der Gegenvorschlag der FMH nimmt unsere ethischen (auch soziopolitischen) und medizinischen Entscheidungen auf:
 - Die Achtung der Person, die aktive Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger und die Demokratie sind Grundwerte, die unablässig gefördert werden müssen.
 - Der Einbezug der Bürgerinnen und Bürger in die Steuerung des Systems ist von grundlegender Bedeutung, um ihr Interesse am Gesundheitswesen und an der Prävention wieder zu wecken.

Jacques de Haller, Präsident der FMH


FMH

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Fédération des médecins suisses

Federazione dei medici svizzeri

Swiss Medical Association

Bern, 16. Februar 2006

Gegenvorschlag der FMH zur Verfassungsinitiative «Für eine soziale Einheitskasse»

Dr. med. Yves Guisan, Vizepräsident der FMH und Nationalrat FDP

Der konstante Anstieg der Krankenversicherungsprämien hat im Gegensatz zu der durch das KVG geweckten Hoffnung für viele Haushalte und Einzelpersonen ein sozial und wirtschaftlich untragbares Ausmass angenommen. Die Mittelschicht ist zwangsläufig immer stärker betroffen, weil sie keine Prämienverbilligungen erhält. Mehrfach wurde eine persönliche finanzielle Beteiligung von höchstens 8% des Einkommens als Zielwert genannt, insbesondere im Rahmen der letzten, 2003 gescheiterten KVG-Revision. Dieses Ziel ist jedoch bei Weitem nicht erreicht und wird angesichts der unüberwindlich scheinenden Probleme möglicherweise auch nur schwer zu schaffen sein.

Folglich sorgen die regelmässigen Prämien erhöhungen jeden Herbst nicht nur für Enttäuschung, sondern für regelrechte Verärgerung.

Heute müssen wir feststellen, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen bezüglich Kosteneindämmung keinerlei konkrete Ergebnisse gezeitigt hat. Die Versicherer haben bisher versucht, die Prämien erhöhungen durch Risikoselektion statt durch wirksame Kostenkontroll-Massnahmen zu minimieren.

Die Massnahmen des Bundes bestanden im Wesentlichen darin, die Franchisen oder Selbstbehalte zu erhöhen. Damit werden die Versicherten weiter belastet, um «ihr Verantwortungsbewusstsein zu stärken».

Die FMH lehnt das Erwecken von Schuldgefühlen wegen Krankheit entschieden ab, denn niemand entscheidet sich freiwillig, krank zu werden. Ausserdem ist die FMH weiterhin fest davon überzeugt, dass Prävention und freier Zugang für alle eine unabdingbare Voraussetzung für eine wirksame und wirtschaftliche Behandlung darstellen. Die Kostenüberwälzung hat ausserdem nur vorübergehende Buchführungstricks hervorgebracht, die grundlegenden Probleme jedoch nicht gelöst.

Die FMH ist der Auffassung, dass die Probleme der Kosteneindämmung nicht nur mit autoritären, repressiven und sogar schikanösen Massnahmen zulasten der Leistungserbringer oder angesichts der Nachfrage der Versicherten gelöst werden können.

Dazu kommt, dass all dies im Zeichen eines so genannt regulierten, in Tat und Wahrheit jedoch völlig undurchsichtigen Marktes geschieht. Die zurzeit im Parlament diskutierten Vorschläge zur Begrenzung von Angebot und Nachfrage, insbesondere die Abschaffung des Kontrahierungszwangs, verursachen vor allem eine sehr starke Marktverzerrung und üben

erheblichen Druck auf die soziale Krankenversicherung zugunsten der Privatversicherung aus - sofern die Versicherten überhaupt noch über Mittel verfügen, sich eine solche zu leisten. Unter diesen Umständen sind die Aussichten auf eine Kosteneindämmung äusserst düster, und dieses Ziel kann nur um den Preis krasser sozialer Ungleichheiten und Ungleichbehandlungen erreicht werden. Dies stünde allerdings im Widerspruch zu einem solidarischen und obligatorischen System. Die Interessenkonflikte der gemischten öffentlich-privaten Struktur der Krankenkassen spielen diesbezüglich ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle.

Die FMH ist gewillt, ihre gesellschaftliche Verantwortung bei den Gesundheitskosten vollumfänglich wahrzunehmen. Ein Prozess, der auf die individuelle Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn ausgerichtet ist, kann jedoch nur schwer einseitigen Regeln unterworfen werden, die sich auf strukturelle und volkswirtschaftlich-finanzielle Aspekte beschränken. Die individuelle Beziehung ist ausserdem ein grundlegender Bestandteil der medizinischen Ethik und darf nicht einer Betreuung nach industriellem Vorbild geopfert werden. Die FMH ist daher überzeugt, dass diese Probleme nur durch das Gespräch zwischen den verschiedenen Akteuren sowie die Zusammenlegung der Kompetenzen, und nicht durch Konfrontation und konfliktgeladenes Kräfteressen in den Griff zu bekommen sind. Die Erarbeitung echter Lösungen bedingt die Beteiligung aller Akteure des Gesundheitswesens sowie einen demokratischen Prozess auf allen Ebenen. Dies ist die Grundvoraussetzung für gerechte Entscheidungen und vor allem für ihre Akzeptanz und Wirksamkeit.

Die Initiative für die Einführung einer Einheitskasse erreicht diese Ziele gewiss zum Teil, weil sie eine paritätische Struktur vorsieht. In diesem Punkt ist sie sicherlich im Sinne der postulierten Verhandlungen zwischen Partnern. Sie stösst aber auf politische Hindernisse, die ihren Erfolg gefährden. Daran ändert auch die breite und verständliche Unterstützung aufgrund der jährlichen Prämienhöhungen nichts, die das Mass des Erträglichen überschritten haben. Sind die tief greifenden Umwälzungen, welche die Initiative erfordert, und die nicht unerheblichen Schwierigkeiten bei ihrer Umsetzung wirklich nötig, um die aktuellen Mängel zu beheben? Die Initiative eröffnet ein weites Feld an Streitfällen rund um die Liquidation der alten Krankenkassen, was sicherlich über das angestrebte Ziel hinausgeht.

Der zweite Schwachpunkt der Initiative besteht darin, dass sie nicht nur eine Struktur-, sondern auch eine Finanzierungsreform beinhaltet. Nun ist die Verfolgung unterschiedlicher Ziele ohne eigentliche Konvergenz in einer einzigen Initiative an sich schon problematisch, und ausserdem waren diese Fragen bereits Gegenstand einer Volksinitiative, die am 18. Mai 2003 von Volk und Ständen klar abgelehnt wurde. Die öffentliche Meinung entwickelt sich zwar im Laufe der Zeit und aufgrund neuer Faktoren, aber ein erneuter Anlauf nach nur drei Jahren scheint vermessen, wenn nicht unangebracht. Auch wenn die Kopfprämien unstrittig zu einer sozialen Ungleichbehandlung führen, stellen einkommensabhängige Prämien auch kein Allheilmittel dar. Bei einer Vielzahl von Krankenkassen ergeben sich komplexe, fast unlösbare Probleme bei der praktischen Umsetzung. Die Vorschläge der FMH präjudizieren jedenfalls nicht die Finanzierung und lassen die Möglichkeit einer Änderung oder Beibehaltung des aktuellen Systems offen.

Der Bundesrat empfiehlt die Initiative schlicht und einfach zur Ablehnung und wiederholt dabei zu einem grossen Teil die Argumente, die er bereits im Rahmen der Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ins Feld geführt hat. Obwohl bei dieser Argumentation verfassungsrechtliche und gesetzliche Elemente sorglos vermischt werden, ist der Bundesrat vor allem der Meinung, dass die Frage der Kosteneindämmung im Rahmen der laufenden Gesetzesrevision zu lösen sei. Das Gesetz befasst sich jedoch nicht mit den grundlegenden strukturellen Widersprüchen, die wirksamen und akzeptierten Lösungen im Weg stehen:

Konfrontation statt Verständigung unter den Partnern, Konflikt zwischen sozialen und privaten Interessen und Fehlen demokratischer Strukturen bei den Krankenkassen. Es handelt sich hierbei um Grundsätze, die in der Verfassung verankert werden müssen. Wir dürfen uns nicht mit einer technischen Lösung auf Gesetzesstufe begnügen. Dazu kommt, dass die Situation explosiv geworden ist. Die Beschränkung auf eine einfache Ablehnung der Initiative «Für eine soziale Einheitskasse», die aufgrund der enormen Frustration viele Sympathien geweckt hat, stellt zweifellos eine nicht unprovokative Weigerung angesichts legitimer Forderungen und echter Probleme dar. Dies ist umso offenkundiger, als die vorgeschlagenen Lösungen im Rahmen der Gesetzesrevision umstritten sind. Ausserdem ist die Gefahr eines Referendums gross. Die FMH ist deshalb der Auffassung, dass ein Gegenvorschlag nötig ist. Die FMH will nicht das gesamte aktuelle System in Frage stellen. Sie hat keine speziellen Bedenken in Bezug auf ein eventuelles Monopol einer Einheitskasse, stellt jedoch fest, dass einige Kassen gewerkschaftlichen Ursprungs oder in bestimmten, klar abgegrenzten Branchen wie Landwirtschaft, Metallindustrie, Bauwesen, Hotellerie und Gaststätten nicht nur die Krankenversicherung, sondern alle Sozialversicherungen umfassen. Diese Kassen geniessen bei ihren Mitgliedern ein hohes Vertrauen, und daher wäre es wohl wenig konstruktiv, ihnen übereilt die Rolle als Krankenversicherer zu entziehen. Die FMH hält es folglich nicht als nötig, die aktuellen Kassen abzuschaffen. Das System muss jedoch eine andere Ausrichtung erhalten. Der Wettbewerb und der freie Kassenwechsel bleiben erhalten, aber unter einem anderen und breiteren Blickwinkel und unter Berücksichtigung anderer Marktfaktoren als der alleinigen Finanzergebnisse des Unternehmens. Nur ein partnerschaftliches und demokratisches System ohne abgekartetes Spiel und Interessenkonflikte kann das Vertrauen wiederherstellen.

Absatz 3 (neu)

Warum soll die Partnerschaft auf Verfassungsstufe verankert werden? Im aktuellen Gesetz ist dieses System insbesondere bei den Tarifen bereits vorgesehen. Es ist aber sehr undurchsichtig. Mit der laufenden KVG-Revision wird dieser Zustand sogar zementiert, weil den Krankenkassen noch mehr Macht eingeräumt werden soll. Die Erfahrung der letzten neun Jahre hat jedoch zur Genüge die totale Ineffizienz, ja sogar Unsinnigkeit eines Systems aufgezeigt, das Rivalitäten und Interessenkonflikte statt eine Zusammenarbeit fördert.

Unser Gesundheitswesen funktioniert im Rahmen eines Markts mit begrenzten Mitteln. Seine Ausgestaltung beruht folglich auf Entscheidungen und nicht auf einer ausschliesslich marktgesteuerten Regulierung und widersprüchlichen wirtschaftlichen Interessen, auch wenn der Staat die Rahmenbedingungen festlegt. Die Prämien haben ausserdem wirtschaftlich und sozial gesehen ein untragbares Niveau erreicht. Die Verhandlungen zwischen Partnern müssen folglich über rein buchhalterische und tarifliche Aspekte bzw. unmittelbare Interessen hinausgehen, um grundlegenden Entscheidungen Platz zu machen.

Wie kann der Zugang zu Behandlungen und Pflegeleistungen im Einklang mit dem medizinischen Fortschritt gewährleistet werden? Wie kann die Qualität der Betreuung trotz der abnehmenden Ressourcen garantiert werden? Wie kann der Einsatz dieser Ressourcen optimiert werden? Wie kann das, was zur sozialen Krankenversicherung gehört, vom Rest abgegrenzt werden?

Will man auf diese grundlegenden Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und Gemeinwohls antworten, müssen unbedingt die verschiedenen Kompetenzen in gegenseitigem Respekt zusammengelegt werden.

Die notwendigen Entscheidungen zur Sicherung der Zukunft eines Gesundheitswesens, das sich auf eine obligatorische und solidarische Versicherung stützt, werden auf allen Ebenen zweifellos unpopuläre Massnahmen mit sich bringen. Dafür brauchen wir einen bedeutenden Paradigmenwechsel. Die Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern, Versicherten, Leistungserbringern und Patienten muss daher ein grundlegendes Prinzip sein. Sonst ist es unmöglich, die gewünschten Ziele zu erreichen und eine Akzeptanz dafür zu erhalten. In diesem Zusammenhang muss der Staat natürlich die Rolle des Schiedsrichters wahrnehmen, wodurch er im Übrigen keine seiner anderen Kompetenzen verliert.

Die Versicherer werden sich in dieser Hinsicht ändern müssen, um ihren Auftrag als Vertreter der Versicherten und Patienten vollumfänglich wahrzunehmen. Der Rahmen ihrer Aufgabe wird in den Absätzen 4 und 5 abgesteckt.

Bei den Patientenorganisationen ist es schwierig, die Modalitäten auf Verfassungsstufe festzulegen. Sie sind auf Personen mit besonderen Erkrankungen (Dialysepatienten, Transplantierte, Stomaträger, Diabetiker etc.) sowie andere, eher soziale Organisationen aufgeteilt. Sie sollten sich in einem Dachverband zusammenschliessen, um ihren Standpunkt wirksamer zu vertreten. Die verfassungsrechtliche Anforderung wird sich diesbezüglich zweifellos förderlich auswirken.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Leistungserbringer nicht nur die Ärzte und Spitäler umfassen. Dazu gehören auch Spitex und Pflegeheime. Die verschiedenen Aspekte der Betreuung sind weitgehend komplementär und dürfen nicht wie allzu oft heutzutage getrennt angesehen werden. Die ganzheitliche Betrachtung entspricht einer in den Institutionen und Organisationen bereits laufenden Anstrengung. Die Umsetzung in die Praxis, die Erarbeitung effizienterer Prozesse (unter Wahrung der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung) erfordert eine partnerschaftliche Überlegung und Zusammenarbeit, auch mit Blick auf die wirtschaftlichen Aspekte.

All dies ist auch eine Herausforderung für die FMH. Sie hat bereits bewiesen, dass sie sich nicht hinter einer gewerkschaftlichen und defensiven Haltung verschanzen, sondern im Gegenteil Stellung beziehen, Vorschläge unterbreiten und einen Beitrag mit Blick auf das Gemeinwohl leisten will.

Dieser Paradigmenwechsel stellt folglich eine grosse Herausforderung dar. Ohne eine solche Zusammenarbeit und Verständigung wird es jedoch keine Lösungen geben, sondern nur anhaltende und entmutigende Konflikte mit entsprechenden Folgen (Mangel an Allgemeinpraktikern, chronischer Mangel an Fachpersonal und weitere Verteuerung).

Absatz 4

Um in einem besonders schwierigen Umfeld Lösungen zu finden, müssen alle Partner an einem paritätischen System beteiligt werden. Heute sind die Versicherten nicht formell vertreten oder verfügen kaum über die Mittel, sich zu äussern, sich Gehör zu verschaffen und im Rahmen des Gesetzesvollzugs tätig zu werden. Sie können höchstens auf politischer Ebene als Bürger handeln.

Früher besaßen die Krankenkassen eine auf Gegenseitigkeit basierende Struktur mit lokalen und regionalen Versammlungen. So konnten sich die Versicherten mit ihrer Kasse identifizieren und ihre Meinung äussern. Seit dem In-Kraft-Treten des KVG haben sich diese Strukturen in eine andere Richtung entwickelt: Bis auf wenige Ausnahmen sind sie fast vollständig verschwunden. Die Verwaltungsräte der Krankenkassen werden aufgrund

persönlicher Beziehungen oder politischer und wirtschaftlicher Entscheidungen besetzt. Sie vertreten nicht mehr die Versicherten/Konsumenten, die gleichzeitig auch Patienten sind und eigentlich im Zentrum ihrer Überlegungen stehen sollten. Die Patienten müssen ein Interesse an ihrer Kasse haben, das über die Höhe der Prämie hinausgeht.

Zurzeit besteht ihre einzige Handlungsmöglichkeit darin, zu einer billigeren Kasse zu wechseln. Die meisten bleiben jedoch ihrer Krankenkasse treu und machen die Faust im Sack, weil sie überzeugt sind, dass die billigste Kasse ein Jahr später nicht mehr die günstigste sein wird. Diese so genannte Treue bedeutet allerdings keinesfalls, dass die Versicherten beteiligt werden oder zustimmen. Ihre Beteiligung ist aber unverzichtbar für das Verständnis und die Erarbeitung der Verwaltungsstrategie, die sie betrifft. Die Probleme, die es dabei zu begreifen gilt, sind auf jeden Fall nicht komplexer als die Themen vieler Abstimmungsvorlagen.

Die effektive Vertretung der Versicherten ist auch bei der Suche nach ausgewogenen Lösungen zur Kosteneindämmung unabdingbar. Dies gilt umso mehr, als viele von ihnen nicht nur Prämienzahler, sondern auch Leistungsbezüger, d.h. Patienten, sind, deren Rechnungen übernommen werden. Sie stehen folglich im Zentrum der wirtschaftlichen Überlegungen der Versicherer. Die Gruppe der Versicherten ist auch für die Akzeptanz der Opfer erforderlich, die alle Partner erbringen müssen.

Diese Strukturänderung bei den Krankenkassen trägt nicht nur zu mehr Demokratie, sondern auch zu mehr Transparenz bei. Die wegen der geringen Anzahl Mitarbeiter im Vergleich zum Ausmass der Aufgabe zwangsläufig nach dem Zufallsprinzip durchgeführte Finanzaufsicht erfolgt nicht mehr nur durch die Instanzen des BAG, sondern auch direkt durch die Mitglieder der Krankenkasse. Dies ist vergleichbar mit der Aufsicht durch die Aktionäre oder Genossenschafter grosser Unternehmen wie Nestlé oder Migros. Die Krankenkassen werden gezwungen sein, ein Rechnungsprüfungsorgan einzusetzen, das nicht mehr rein technisch ist und gemäss nicht nachvollziehbaren Regeln arbeitet, sondern gewählt und dadurch auf gewisse Weise öffentlich ist.

Diese strukturellen Änderungen lassen den Versicherungsauftrag des Krankenversicherers unberührt. Sie verpflichten ihn jedoch, direkt Rechenschaft über seine soziale und wirtschaftliche Strategie gegenüber seinen Mitgliedern abzulegen. Der Begriff Wettbewerb erhält dadurch eine andere Bedeutung. Es geht nicht mehr nur um die Höhe der Prämien, sondern auch um die Qualität der Dienstleistungen und die Übereinstimmung mit den Erwartungen der Mitglieder.

Die Versicherten werden durch bessere Information über die zu lösenden Probleme und die direkte Konfrontation mit der Wirklichkeit ebenfalls gezwungen, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Sie müssen Stellung beziehen zu den Vorschlägen, die ihnen im Rahmen der Versammlungen unterbreitet werden, Delegierte, Rechnungsprüfungsorgane und Verwaltungsräte wählen.

So werden die Krankenkassen wirklich ihren Mitgliedern und nicht mehr einer Gruppe von Gleichgesinnten dienen, die letztlich nur ihre eigenen Interessen verfolgen.

Absatz 5

Eine der Hauptursachen der oben beschriebenen Auswüchse ist der Interessenkonflikt zwischen der obligatorischen und solidarischen Sozialversicherung, die per definitionem im Dienste aller sein muss, und der Gewinn bringenden privaten Zusatzversicherung.

Der Wettbewerb hat in diesem Bereich nur für Verwirrung gesorgt. Die Strategie zur Erhöhung des Marktanteils kann in einem sozialen Sektor mit zwangsläufig beschränkten Mitteln und gesetzlich vorgegebenen strengen Regeln überhaupt nicht die Gleiche sein wie in einem Bereich, in dem Angebot und Nachfrage frei spielen und eine andere Legitimität vorherrscht.

Auf diese Weise kommt es dauernd zu Interessenkonflikten und Rollenvermischungen. Dies führt unweigerlich zu einer Politik, mit der die Sozialversicherung, die keine Gewinne schreibt, unter Druck gesetzt wird, um bei der Zusatzversicherung oder anderen, parallelen Versicherungstätigkeiten Gewinnnischen zu schaffen. So wird auch die Akquirierung von Versicherten für die Grundversicherung benutzt, um Kunden zu gewinnen, die praktisch an die privaten Zusatzversicherungen gefesselt sind. Die Sanitätsdirektorenkonferenz hat diese Feststellungen bestätigt und ist ebenfalls der Auffassung, dass eine striktere Trennung zwischen der sozialen und privaten Versicherungstätigkeit gerechtfertigt wäre.

Das Arztgeheimnis ist in diesem Zusammenhang zentral. Es ist im Prinzip durch das Gesetz garantiert. In Tat und Wahrheit sind die verschiedenen Versicherungsbereiche nicht vollständig getrennt, auch wenn sie grundsätzlich zu einer anderen Gesellschaft als die Grundversicherung gehören. Die Daten der Krankenversicherung ermöglichen nicht nur die Erstellung einer Datenbank für Marketingoperationen, sondern erleichtern auch in erheblichem Mass das Risiko- und Gewinnmanagement.

Bisher gab es diesbezüglich zwar noch keine gerichtlichen Klagen, aber die lasche Haltung beim Datenschutz ist nichtsdestotrotz offenkundig. Die strenge strukturelle, organisatorische und wirtschaftliche Trennung der Krankenversicherung von den übrigen Versicherungstätigkeiten wird folglich zur Stärkung des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses beitragen.

Der Wille, die soziale Krankenversicherung strikt von den übrigen Versicherungstätigkeiten zu trennen, bedeutet in keinerlei Weise eine Kompetenzbeschneidung.

Die Taggeld- und die Unfallversicherung von nicht Angestellten gehören zu den Sozialversicherungen und sind selbstverständlich nicht von dieser Anforderung der vollständigen strukturellen, organisatorischen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit betroffen. Davon abgesehen ist aber die Abgrenzung der Sozialversicherung vom Rest einer der Schlüssel zur wirksamen Kostensteuerung. Diese wichtige und sicherlich heisse Diskussion der kommenden Jahre kann nur im Rahmen eines partnerschaftlichen und demokratischen, transparenten Prozesses ohne Interessenvermischung stattfinden.

Die eindeutige Trennung von Sozial- und Privatversicherung ist konkret bei der Kosteneindämmung und symbolisch bei der Wiederherstellung des Image und Vertrauens in die Krankenversicherungen von solcher Bedeutung, dass sie so klar in der Verfassung verankert werden muss, dass keine Umgehung möglich ist.