

# Gibt es Solidarität in der sozialen Krankenversicherung?

**Das 1996 eingeführte Krankenversicherungsgesetz KVG sollte die Solidarität zwischen den Versicherten in der Schweiz stärken. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, meint die Autorin, und sie zeigt zwei wichtige Schwachstellen auf.**

**Mariette Steiger<sup>1</sup>**

**B**is Ende 1995 war die Durchführung der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz gemeinnützigen Trägerschaften vorbehalten, und der Abschluss einer Versicherung war für die Bevölkerung freiwillig. Die Tatsache, dass für die Versicherer keine Aufnahmepflicht bestand, führte bei von Krankheit und Unfall Betroffenen zu finanziellen und gesundheitlichen Tragödien. Eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken gab es nicht. Dieser Zustand konnte nur mit der Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung mit voller Freizügigkeit korrigiert werden. Eine solche obligatorische Krankenversicherung wurde mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz KVG (das 1994 mit 51,8% Ja-Stimmen von Volk und Ständen angenommen worden war) im Januar 1996 eingeführt. Der Bundesrat verfolgte mit dem Gesetz explizit das Ziel, die «Solidarität zwischen den Versicherten durch Einheitsprämie, Risikoausgleich und Prämienverbilligung»

zu verstärken. Neun Jahre nach Einführung stellt sich die Frage, ob dieses Ziel erreicht worden ist.

Im Folgenden wird zunächst aufgezeigt, mit welchen Elementen die Solidarität im Gesetz verankert ist. Danach wird am Beispiel der Franchisenoptimierung sowie der mangelnden Eigenverantwortung aufgezeigt, mit welchem Verhalten die Versicherten und Patienten die Solidarität heute unterlaufen.

## Solidarität im neuen KVG

Neben der Prämienverbilligung finden sich im KVG auch die folgenden Solidaritätselemente:

■ Die Krankenversicherer müssen sowohl die obligatorische Krankenpflegeversicherung als auch die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG (Lohnausfallversicherung) anbieten. Die Letztere ist zwar nicht obligatorisch, soll aber für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz zugänglich sein.

■ Es dürfen keine Antragsteller abgelehnt werden, und Leistungen sind ab dem ersten Versicherungstag geschuldet. (Die Versichertengemeinschaft finanziert hiermit im Namen der Solidarität Kosten, für welche der Verursacher noch keinen Beitrag geleistet hat. Im extremsten Fall zahlt der Bürger diese Zeche sogar zweimal – einerseits mit der Kopfprämie, andererseits mit den Steuern, wenn das Sozialamt für die Prämien aufkommen muss.)

■ Über die Institution des Risikoausgleichs wird der unterschiedlichen Risikostruktur der Versicherer Rechnung getragen. Man will damit verhindern, dass Versicherer mit vielen alten und kostenintensiven Personen diese zu Gunsten von jungen



Mariette Steiger

und gesunden Risiken vertreiben, um dann mit einer günstigen Prämie ihre Stellung im Markt auszubauen.

■ In der Krankenversicherung besteht eine Einheitsprämie innerhalb der einzelnen Versicherungsform<sup>2</sup>: Männer und Frauen, Junge und Alte<sup>3</sup>, Gesunde und Kranke bezahlen dieselbe Prämie. (Weil die Prämientarife der einzelnen Versicherer noch von anderen Faktoren wie Reserven, Zahl der Erkrankten, Risikoausgleichszahlungen und ganz stark von der Politik abhängig sind, gibt es allerdings keine kantonale Einheitsprämie.)

Durch die genannten gesetzlichen Regelungen sollte die Solidarität, das heisst die Zusammengehörigkeit und Verbundenheit zwischen den Versicherten, gestärkt werden. Die

<sup>1</sup> Dieser Artikel basiert auf einer Arbeit im Rahmen des Nachdiplomstudiums für Sozialversicherungsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft HSW/IBR in Luzern.

<sup>2</sup> In der Taggeldversicherung werden in der Regel altersabhängige (10er-Schritte), aber geschlechtsunabhängige Prämien festgelegt.

<sup>3</sup> Allerdings müssen die Krankenversicherer zwischen den vom Bundesrat vorgeschriebenen Alterskategorien (zurzeit Kinder, Jugendliche [19 bis 25] und Erwachsene) unterscheiden.

täglichen Erfahrungen vieler Akteure im Gesundheitswesen zeigen aber, dass eine obligatorisch verordnete Versicherung keine echte Verbundenheit auslöst. Die fehlende Solidarität äussert sich beispielsweise darin, wie Versicherte ihre Franchise wählen.

### Franchisenoptimierung

Viele Versicherte beginnen, sobald sie mit den Leistungsbezügen über die maximale Selbstbeteiligung (gewählte Franchise und maximaler Selbstbehalt) zu liegen kommen, unnötige und unwirtschaftliche Behandlungen zu konsumieren. Sie beziehen beispielsweise Medikamente auf Vorrat, weil sie damit die Selbstkosten für das kommende Jahr minimieren wollen. Für dieses kommende Jahr erhöhen sie dann die Franchise (es ist ja nicht mit hohen Kosten zu rechnen ...), um sie ein Jahr später wieder zu senken.

Zudem wählen Versicherte, die keine Leistungen beziehen, weil sie gesund sind, höhere Franchisen, um dank der Prämienrabatte möglichst grosse Einsparungen zu generieren. Sobald dann aber eine Veränderung ihres Gesundheitszustands eintritt, ändern sie die Franchisenhöhe. So wird es den Versicherern verunmöglicht, die dringend nötigen Reserven zu bilden, was zu den bekannten massiven jährlichen Prämien erhöhungen führt.

Seit diesem Jahr dürfen die Krankenversicherer die Rabatte erstmals nach betriebswirtschaftlichen Kriterien selber festlegen und können so je nach Strategie ihren Kundenkreis eingrenzen oder ausweiten. Strebt man ein rasches Mitgliederwachstum an, so setzt man die Prämien für die Alterskategorie der 19- bis 25-Jährigen tief an und gewährt bei der höchsten Franchise den Maximalrabatt. So erhält man garantiert viele Neuzugänge, für welche aufgrund der Zahlungen in den Risikoausgleich tüchtig Reserven aufgebraucht werden. Die Ausgleichszahlungen für solche Versicherte (Junge mit hohen

Franchisen) sind in den allermeisten Fällen deutlich höher als die Prämieinnahmen. Im Weiteren muss man damit rechnen, dass viele dieser Versicherten im Schadenfall die hohen Selbstkosten nicht zahlen können. (Dies betrifft den Krankenversicherer zwar nur, wenn er die Rechnungen direkt bezahlt [Tiers payant]; aber genau diese «Schlaumeier» gehen in die Poliklinik oder in die Notfallstation und beziehen Medikamente mit der Apothekerkarte. Ausserdem gibt es immer noch Kantone, welche den Tiers payant vertragsmässig anwenden können.) Es kommt zu Betreibungen und Abschreibungen, und die Folgekosten müssen solidarisch von der Versichertengemeinschaft getragen werden.

Rentner mit tieferem Einkommen und hohen Gesundheitskosten wählen aus finanzieller Überlegung eine möglichst tiefe Franchise (d.h. heute die ordentliche Franchise von 300 Franken). Dadurch erbringen sie im Vergleich zu den jungen Gesunden mit der höchsten Franchise und tieferen Prämien grössere Eigenleistungen.

Durch das hier geschilderte Verhalten unterlaufen die Versicherten die Solidarität. Gemäss Bundesrat Pascal Couchepin soll diesem Trend dadurch entgegengewirkt werden, dass die Prämienrabatte bei erhöhten Franchisen neuerdings kleiner sein müssen als das übernommene Eigenrisiko. Wirklich gestärkt würde die Solidarität aber erst, wenn die Franchisenhöhe und die Kasse nicht mehr jedes Jahr gewechselt werden könnten.

### Mangelnde Eigenverantwortung

Die fehlende Solidarität zeigt sich auch darin, dass immer weniger Menschen bereit sind, Eigenverantwortung zu tragen. Die Sozialversicherungen des 20. Jahrhunderts wurden geschaffen, um die wirtschaftlichen Folgen bei Krankheit und Unfall zu mindern. Es sollte niemand mehr von der Fürsorge abhängig sein, weil er krank und arbeitsunfähig ist. Heute gelangt dieser Grundsatz immer mehr in Vergessenheit. Die soziale Krankenversicherung soll heute Kosten übernehmen, die ganz klar in den Bereich der persönlichen Lebensgestaltung und

hiermit in die Eigenverantwortung jedes Bürgers gehören. Ein Beispiel dazu sind die Behandlungskosten bei Komplikationen nach einer Schönheitsoperation, die gemäss KVG von der Grundversicherung zu übernehmen sind<sup>4</sup>. Wir sind inzwischen so weit, dass die obligatorische Krankenversicherung mit der Autoversi-

«Wirklich gestärkt würde die Solidarität erst, wenn die Franchise nicht mehr jedes Jahr gewechselt werden könnte.»

cherung verglichen, oder besser: verwechselt, wird: Sobald der Lack ab ist, kann der Schaden auf Kosten der Versicherung behoben werden.

Es hat hundert Jahre gedauert, um ein System zu erschaffen, das allen den Zugang zur medizinischen Versorgung garantiert. Damit dieses System überlebt, dürfen die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit nicht auf der Strecke bleiben. Die Zweiklassenmedizin wird erst dann zum Problem, wenn die Grundbedürfnisse Einzelner nicht mehr gedeckt werden können. Dies ist dann zu befürchten, wenn wir mit unseren immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen weiter sorglos umgehen, indem die Bevölkerung zum Beispiel nicht bereit ist, die Schliessung überflüssig gewordener Spitäler zu akzeptieren. Vielleicht sind wir aber auch bereit, für die Gesundheit auf Kosten anderer gesellschaftlicher Bereiche wie beispielsweise Bildung, Militär, Landwirtschaft und Sozialwesen mehr finanzielle Mittel einzusetzen. Dann können wir uns unseren sorglosen Umgang mit der Solidarität in der Krankenversicherung weiterhin leisten. ■

Autorin:  
**Mariette Steiger**

Geschäftsführerin  
aerosana Krankenkasse  
Ewiges Wegli 10  
8302 Kloten  
E-Mail: msteiger@aerosana.ch

<sup>4</sup> Im KVG sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass alle Gesundheitsstörungen – egal welcher Ursache – bezahlt werden müssen. Dabei kommt das Finalitätsprinzip zum Tragen: Es zählt nur, dass ein Schaden beziehungsweise das versicherte Ereignis eingetroffen ist.