

Erste Erfahrungen mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz

Autor(en): **Hafner, Ursula**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Rote Revue : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur**

Band (Jahr): **74 (1996)**

Heft 2

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-341247>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Erste Erfahrungen mit dem neuen Kranken- versicherungsgesetz

Bis jetzt hat das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) vor allem negative Schlagzeilen gemacht. «Kantone sparen auf Kosten der Prämienzahler», «Prämienbeihilfen werden zur Farce», «Wer sagt, was die Kasse zahlen muss?» – Unter solchen Titeln berichteten die Zeitungen über die Enttäuschung und die Verunsicherung vieler Leute. Dass da nicht einfach die oft gescholtenen Medien ein Problem aufbauschen, zeigten mir die Briefe und Telefonanrufe, die ich selber bekam. Und die Ombudsstelle für die Krankenversicherung wurde anfangs Jahr überschwemmt mit Klagen und Fragen.

Ursula Hafner

Wo bleiben bei alledem die positiven Auswirkungen des KVG, die Fortschritte, um derenwillen sich auch die SP für das Gesetz engagiert hat?

- Es ist klar, dass wir nichts hören von den Menschen, die lange krank sind und sich jetzt nicht mehr zu fürchten brauchen vor dem Moment, in dem die Krankenkasse nichts mehr an ihren Spitalaufenthalt zahlt.
- Welche zusätzlichen Leistungen die Versicherten nun zugute haben, merken viele erst, wenn sie darauf angewiesen sind.
- Die volle Freizügigkeit beim Kassenwechsel und die neue Solidarität hat Betagten, insbesondere Frauen, niedrigere

Prämien gebracht. So bezahlt zum Beispiel meine 84jährige Mutter 70 Franken weniger als vorher. Das Misstrauen den Krankenkassen gegenüber ist aber heute so gross, dass sich bei der Ombudsstelle auch Versicherte meldeten, weil sie weniger zahlen müssen als vorher: Sie glaubten, man habe sie bisher betrogen. Viele befürchteten auch, rückwirkend noch mehr bezahlen zu müssen, weil die Prämien vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) noch nicht genehmigt waren.

- Die kostendämpfenden Massnahmen des neuen KVG konnten in der kurzen Zeit noch nicht greifen.

Höhere Prämien

Doch zurück zu den Problemen. Die Klagen betreffen vor allem Prämien erhöhungen. Sie sind für viele Leute massiver ausgefallen als erwartet. Im Durchschnitt zahlen wir um 25 Prozent höhere Prämien als letztes Jahr.

Das hat verschiedene Gründe:

- Zum einen sind die Bundessubventionen an die Krankenkassen weggefallen (für alle Versicherten rund 10 Prozent der Kosten), ebenso gewisse kantonale Subventionen (zum Beispiel für Kinderprämien). Dies wirkt sofort, noch bevor die neuen Prämienverbilligungen endgültig festgelegt sind.

**Die Kantone
sparen auf
Kosten der
Versicherten.**

- Zum andern ist der notrechtliche Prämien- und Tarifstopp aufgehoben worden. Damit schlagen die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die weit über dem Landesindex liegen, voll auf die Prämien durch.
- Dazu kommen die zusätzlichen Leistungen, welche die Grundversicherung nun abdeckt: Ein Spitalaufenthalt wird jetzt für unbeschränkte Zeit von der Krankenkasse übernommen, an die Spitex und an den Aufenthalt im Pflegeheim entrichtet sie ebenfalls gewisse Beiträge; die ärztlichen Leistungen bei Mutterschaft, die Kosten für die Hebamme und für die notwendige Stillberatung sind kassenpflichtig, genauso kinderärztliche Untersuchungen und Kinderimpfungen, etc. Andererseits kommt die Kostendämpfung noch nicht zum Tragen, welche Spitalplanung und Konkurrenzdruck auf Krankenkassen, Ärzte, Apotheker und andere, die im Gesundheitswesen ihr Geld verdienen, bewirken sollten.

Übereilte Inkraftsetzung

Ein Teil des Ärgers und der Verunsicherung geht auf das Konto der raschen Inkraftsetzung des komplizierten Gesetzes. Nicht nur die Prämienverbilligung und die Kostendämpfung kommen erst mit Verzögerung; auch auf der Leistungsseite ist noch nicht alles klar: Die neu in die Leistungskommission aufgenommenen VertreterInnen der Komplementärmedizin konnten ihren Einfluss noch nicht genügend geltend machen, um die Versprechen hinsichtlich alternativer Heilmethoden einzulösen. Die Diskussionen um die Ultraschalluntersuchungen sind das Resultat weiterer Unsicherheiten.

Die Prämienhöhungen wurden überdies den Leuten mitgeteilt, bevor sie vom BSV genehmigt waren. Es hat sich nun herausgestellt, dass sie nicht in jedem Fall gerechtfertigt waren. Ende März hat das BSV die Überprüfung bei den elf grössten

Krankenkassen abgeschlossen. Sieben von ihnen müssen in zwölf Kantonen ihre Prämien senken. Rund 300'000 Personen werden demnach weniger bezahlen müssen als angekündigt.

Ungenügende Entlastung

Trotzdem wird die Prämienbelastung hoch – für viele zu hoch – bleiben. Dies gilt besonders für Familien mit Kindern, die als Folge des unsozialen Kopfprämiensystems unverhältnismässig viel für die Krankenkasse bezahlen müssen. Wir sind das einzige Land weit und breit, das noch die individuelle Kopfprämie kennt, welche für eine Verkäuferin gleich hoch ist wie für einen Grossverdiener. Statt davon wegzukommen, wie es die SPS/SGB-Initiative wollte, versprach das neue KVG nur eine nachträgliche Entlastung der unteren Einkommen. Das einkommensschwächste Drittel der Bevölkerung werde weniger Prämien bezahlen als bisher, das mittlere Drittel etwa gleich viel und das obere Drittel mehr, erklärte das BSV vor der Abstimmung.

Doch die meisten Kantone haben einen Strich durch diese Rechnung gemacht. Sie sparen auf Kosten der Versicherten.

- Gut die Hälfte der Kantone ruft nur einen Teil der Bundessubventionen ab, um ihrerseits weniger Subventionen ausschütten zu müssen. So werden 460 Millionen Franken weniger Bundesbeiträge und 188 Millionen weniger Kantonsbeiträge an die Versicherten ausgezahlt, als im Gesetz für diesen Zweck vorgesehen sind. Damit werden auch die 5 Prozent des Mehrwertsteuerertrages, die den bescheideneren Einkommen als Kompensation in Form einer zusätzlichen Verbilligung der Krankenkassenprämien zugesichert worden waren, nicht mehr ausgezahlt. 1995 hat der Bund 1,86 Milliarden Franken an die Krankenversicherung bezahlt, 1996 sind es nur noch 1,37 Milliarden. Kein Wunder, fühlen sich die Versicherten durch den Bruch

dieses doppelt abgegebenen Versprechens (im KVG und in der Mehrwertsteuervorlage) betrogen.

- Kantone und Gemeinden sparen zudem, indem sie die Subventionen auf die Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungs- (EL-) und Fürsorgeleistungen konzentrieren. Für finanzschwache, aber nicht schon unterstützungsbedürftige Familien und Einzelpersonen bleibt kaum etwas übrig. So wird beispielsweise im Kanton Zürich eine Familie mit zwei Kindern und einem steuerbaren Einkommen von 20'000 Franken nicht entlastet, obwohl sie 29 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien aufbringen muss und keinerlei Vermögen besitzt. Die Prämien von EL-Bezügerinnen und -Bezügern zu übernehmen lohnt sich für die Kantone: Mussten sie im Durchschnitt 75 Prozent an die – jetzt wegfallenden – Ergänzungsleistungen bezahlen, so bezahlen sie an die Krankenkassenprämien nur noch 33 Prozent, den Rest übernimmt der Bund. Und oft fallen noch zusätzliche Vergünstigungen weg, die vorher den EL-Bezügerinnen und -Bezügern gewährt wurden.

- In manchen Kantonen ist das Verfahren für die Einwohnerinnen und Einwohner so eingerichtet, dass ein Teil von ihnen die Prämienverbilligung, auf die sie Anspruch hätten, gar nicht bezieht. Die Erfahrung zeigt, dass viele wirklich Bedürftige abgeschreckt werden, wenn sie einen Antrag stellen müssen. Im Kanton Bern wurde auf Druck des Kantonsparlaments beschlossen, dass die Prämienverbilligungen von Amtes wegen festgestellt und ausbezahlt werden. Vor zwei Jahren, als die frühere kantonale Prämienverbilligung noch beantragt werden musste, erhielten nur 48'000 Personen einen Zustupf, neu werden es fünfmal mehr sein.¹

- Eine weitere Sparmöglichkeit zu Lasten der Versicherten ergibt sich für die Kantone bei den Spitaltaxen. Sie dürfen laut

KVG den Kostendeckungsgrad auf 50 Prozent erhöhen und machen schon weitgehend davon Gebrauch.

Überbordender Föderalismus

Die Prämienunterschiede zwischen den Kantonen sind enorm. So sind zum Beispiel im Kanton Genf die Prämien mehr als doppelt so hoch wie im Glarner- oder Appenzellerland. Auch wenn Genf und die andern Westschweizer Kantone die vollen Subventionen ausschütten, sind die Prämienbelastungen für viele Versicherte noch zu hoch. Es war ein Fehler, dass die Mehrheit des eidgenössischen Parlaments – auf Druck der Deutschschweizer Kantone – es ablehnte, bei der Bemessung der Bundesbeiträge auch die Prämienhöhe zu berücksichtigen.

Überhaupt wurde dem Druck der Kantone bei der Prämienverbilligung viel zu weit nachgegeben: Bereits bekommen diese selber die Auswirkungen des überbordenden Föderalismus zu spüren. So mussten etwa im Kanton Luzern zur Umsetzung des kantonalen Prämienverbilligungsgesetzes sieben neue Stellen geschaffen werden. Nun sind zumindest die kantonalen Finanzdirektoren zur Einsicht gelangt, dass es gescheiter wäre, dem Bund die Verantwortung für die Krankenversicherung zu überlassen. Im Bericht zum neuen Finanzausgleich, den das eidgenössische Finanzdepartement und die Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren gemeinsam präsentieren, heisst es, der Bund solle die Krankenversicherung abschliessend regeln und vollziehen und die kantonalen Unterschiede bei der Prämienverbilligung ausgleichen.

Notwendige Korrekturen

Hier zeichnet sich also eine Korrektur des KVG ab, die in die richtige Richtung geht. Genügen kann sie aber nicht. Die nachträgliche Verbilligung der Prämien nach

Die Prämienunterschiede zwischen den Kantonen sind enorm.

¹Zeitschrift für öffentliche Fürsorge, Nr. 3/1996.

dem Bedarfsprinzip wird weiterhin eine grosse Bürokratie benötigen und zu Demütigungen bei den Berechtigten führen. Deshalb wird in der SP und in weiteren Kreisen an einer neuen Volksinitiative gearbeitet, die eine soziale Finanzierung der Krankenversicherung bringt. – Übrigens ergab eine Meinungsumfrage schon Mitte Januar eine klare Mehrheit (59 Prozent der Befragten) für einkommensabhängige Prämien. Unsere alte Initiative, die wir als notwendige Ergänzung zum neuen KVG verstanden, um zur besseren Grundversicherung auch eine bessere Finanzierungsart zu bekommen, hätte heute bedeutend mehr Chancen als im Dezember 94.

Bis aber eine neue Initiative umgesetzt werden kann, müssen wir für Verbesserungen des geltenden KVG sorgen:

- Im eidgenössischen Parlament hat die SP verlangt, dass die versprochenen 500 Millionen aus der Mehrwertsteuer umgehend für gezielte Prämienverbilligungen verwendet werden, insbesondere zur Entlastung von Familien mit Kindern. Der Ständerat hat einen entsprechenden dringlichen Bundesbeschluss abgelehnt, die zuständige Nationalratskommission hat wenigstens eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche Mängel beim Vollzug des KVG angehen soll.

- Unsere Forderung nach Massnahmen, die eine Schlechterstellung von EL-Bezügerinnen und -Bezügern verhindern, soll schneller erfüllt werden. Bundesrätin Ruth Dreifuss hat angekündigt, dass sie in den nächsten Monaten das EL-Gesetz ändern wird.

- Ausserdem will die Gesundheitsministerin dem Bundesrat beantragen, dass ab 1997 bei der Zuteilung der Subventionen das Prämienniveau der Kantone mitberücksichtigt wird und dass der Bund nächstes Jahr interveniert, falls die Prämienverbilligungen in einigen Kantonen immer noch ungenügend ausfallen sollten.

- In verschiedenen Kantonsparlamenten verlangten SozialdemokratInnen, dass schon 1996 die Prämienverbilligungen voll ausgeschöpft und von Amtes wegen festgestellt und ausbezahlt werden.

Solchen Korrekturen auf der Finanzierungsseite müssen weitere Massnahmen gegen die Kostenexplosion folgen, wenn sich das KVG auch hier nicht als griffig genug erweisen sollte. Immerhin ist bereits eine Senkung der Medikamentenpreise angekündigt, und die detaillierten Abrechnungen, welche die Ärztinnen und Ärzte jetzt ihren Patientinnen und Patienten zustellen müssen, und welche auch von den Krankenkassen kontrolliert werden, sollten schon bald zu Kostensenkungen führen. Eine effiziente Spitalplanung und der Abbau überflüssiger Spitalbetten werden folgen. Falls Krankenkassen, Kantone und Bund jedoch nicht in der Lage sind, bei der Ärzteschaft leistungsgerechte Tarife durchzusetzen und die Spitalkosten in den Griff zu bekommen, wird ein erneuter Tarif- und Preisstopp, werden weitere Massnahmen erforderlich sein.

Ursula Hafner, Dr. phil. I, Nationalrätin,
Fraktionspräsidentin der SPS, Schaffhausen.