

05.055

**Botschaft
zur Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien
in der Grundversicherung»**

vom 22. Juni 2005

Sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen hiermit die Botschaft zur Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung». Wir beantragen Ihnen, die Initiative Volk und Ständen mit der Empfehlung auf Ablehnung zur Abstimmung zu unterbreiten.

Der Entwurf zum entsprechenden Beschluss liegt bei.

Wir versichern Sie, sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

22. Juni 2005

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Samuel Schmid

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

Übersicht

Der Titel der Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» verdeutlicht bereits das Hauptanliegen, nämlich eine Senkung der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Zu diesem Zweck verlangt die Initiative einen neuen Verfassungsartikel 117a und eine entsprechende Übergangsbestimmung (Art. 197 Ziff. 2). Das schweizerische Krankenversicherungssystem soll wie folgt geändert werden:

- Die Krankenversicherung umfasst die Grundversicherung und die Zusatzversicherung; die Grundversicherung untersteht dem Sozialversicherungsrecht, die Zusatzversicherung dem Privatversicherungsrecht.*
- Die Grundversicherung trägt die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen, die der Schmerzlinderung, Heilung und Reintegration dienen, zweckmässig und wirtschaftlich sind, und deren Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt ist.*
- Grundversicherer und Leistungserbringer schliessen Leistungsverträge ab, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.*
- Grundversicherer dürfen nicht an Leistungserbringern und Leistungserbringer nicht an Grundversicherern beteiligt sein.*
- Die Grundversicherung wird finanziert durch Beiträge des Bundes und der Kantone sowie durch Beiträge der Versicherten. Die Beiträge der öffentlichen Hand belaufen sich auf insgesamt höchstens 50 Prozent der Kosten. Bund und Kantone leisten ihre Beiträge direkt an die Versicherer.*
- Bis zum Inkrafttreten des neuen Artikels 117a, drei Jahre nach Annahme der Initiative durch Volk und Stände, können die Versicherten bei ihrem Grundversicherer die Differenz zum bisherigen Leistungsumfang im Rahmen der Zusatzversicherung ohne Vorbehalte versichern.*

Mit Blick auf die dem Versicherungssystem eigenen Bereiche, nämlich den zentralen Versicherungselementen, den Leistungen, der Finanzierung und der Kostendämpfung, erweisen sich die von den Initiantinnen und Initianten vorgesehenen Massnahmen zur Senkung der Krankenkassenprämien in der Grundversicherung als nicht zielführend. Die Initiative sieht vor, einen Teil der obligatorischen Sozialversicherung in den freiwilligen Privatversicherungsbereich zu verlagern – allerdings ohne klar festzuhalten, welche Leistungen verlagert werden sollen. Damit wird der soziale Charakter der schweizerischen Krankenversicherung massgeblich gefährdet, ohne dass die Vorschläge zur Kosteneindämmung beitragen würden.

Aus diesen Gründen empfiehlt der Bundesrat, die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ohne Gegenvorschlag abzulehnen.

Der Bundesrat betrachtet die 2004 lancierte und teilweise bereits verabschiedete Reform des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung als indirekten Gegenvorschlag zur Initiative. Die Reform zielt ausdrücklich auf eine bessere Kostensteuerung in der sozialen Krankenversicherung, allerdings mit zweckmässigeren und wirksameren Mitteln als die Initiative.

Botschaft

1 Formelles

1.1 Wortlaut der Initiative

Die Eidgenössische Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» lautet:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 117a Krankenversicherung (*neu*)

¹ Die Krankenversicherung beruht auf:

- a. der Grundversicherung nach Sozialversicherungsrecht, welche die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen trägt, die der Schmerzlinderung, Heilung und Reintegration dienen, zweckmässig und wirtschaftlich sind, und deren Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt ist;
- b. der Zusatzversicherung nach Privatversicherungsrecht.

² Grundversicherer und Leistungserbringer schliessen Leistungsverträge ab, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen.

³ Grundversicherer dürfen nicht an Leistungserbringern und Leistungserbringer nicht an Grundversicherern beteiligt sein.

⁴ Die Grundversicherung wird finanziert durch Beiträge des Bundes und der Kantone von zusammen höchstens 50 Prozent sowie durch Beiträge der Versicherten.

⁵ Bund und Kantone leisten ihre Beiträge an die Grundversicherer.

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

Art. 197, Ziff. 2 (neu)

2. Übergangsbestimmung zu Art. 117a (Krankenversicherung)

Die Bestimmungen des neuen Artikels 117a treten drei Jahre nach ihrer Annahme durch Volk und Stände in Kraft. Der Bundesrat erlässt die nötigen Vollzugsbestimmungen auf dem Verordnungswege, bis sie durch die Gesetzgebung abgelöst werden. Bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens von Artikel 117a können die Versicherten bei ihrem Grundversicherer die Differenz zum bisherigen Leistungsumfang im Rahmen der Zusatzversicherung ohne Vorbehalte versichern.

1.2 Zustandekommen

Die Eidgenössische Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» wurde von der Schweizerischen Volkspartei (SVP) lanciert. Sie ist nach Vorprüfung durch die Schweizerische Bundeskanzlei per 14. Januar 2003 (BBl 2003 422) am 28. Juli 2004 mit der notwendigen Anzahl Unterschriften eingereicht worden. Die Bundeskanzlei hat mit Verfügung vom 17. August 2004 (BBl 2004 4717) das formelle Zustandekommen der mit 101 226 gültigen Unterschriften eingereichten Volksinitiative festgestellt.

1.3 Behandlungsfristen

Die Initiative ist in Form eines ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht worden. Der Bundesrat sieht davon ab, einen Gegenentwurf zu unterbreiten. Gestützt auf Artikel 97 Absatz 1 Buchstabe a des Parlamentsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (ParlG; SR 171.10) hat der Bundesrat bis zum 28. Juli 2005, das heisst bis spätestens ein Jahr nach Einreichen der Initiative, Zeit, der Bundesversammlung eine Botschaft und den Entwurf eines Bundesbeschlusses zu unterbreiten. Gemäss Artikel 100 ParlG beschliesst die Bundesversammlung innert 30 Monaten nach Einreichung einer Volksinitiative darüber, ob sie die Initiative Volk und Ständen zur Annahme oder Ablehnung empfiehlt. Im vorliegenden Fall läuft die Frist bis zum 28. Januar 2007. Vorbehalten bleibt die Möglichkeit für die Bundesversammlung, die Frist um ein Jahr zu verlängern, wenn mindestens ein Rat über einen Gegenentwurf oder einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlassentwurf Beschluss gefasst hat (Art. 105 Abs. 1 ParlG).

1.4 Gültigkeit

1.4.1 Einheit der Form

Gemäss Artikel 139 (alt) Absatz 2 und 3 sowie Artikel 194 Absatz 3 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101) ist eine Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung nur in der Form der allgemeinen Anregung oder des ausgearbeiteten Entwurfs zulässig; Mischformen sind nicht gestattet. Die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ist ausschliesslich und in allen Teilen in der Form des ausgearbeiteten Entwurfs gehalten. Die Einheit der Form ist somit gewahrt.

1.4.2 Einheit der Materie

Gemäss Artikel 139 (alt) Absatz 3 und Artikel 194 Absatz 2 BV muss die Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung die Einheit der Materie wahren und darf entsprechend nur eine Materie zum Gegenstand haben. Die Einheit der Materie gilt als gewahrt, wenn zwischen den einzelnen Teilen der Initiative ein sachlicher Zusammenhang besteht. Die Einheit der Materie will vermeiden, dass ein Initiativbegehren mehrere materiell nicht zusammenhängende Themen umfasst. Dieser Grundsatz dient der Gewährleistung des freien und unverfälscht geäusserten Volks-

willens. Die Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» bezieht sich einzig auf die Krankenversicherung und es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen den verschiedenen vorgeschlagenen Massnahmen. Damit ist die Einheit der Materie gewahrt.

1.4.3 Vereinbarkeit mit dem Völkerrecht

Gemäss Artikel 139 Absatz 3 und Artikel 194 Absatz 2 BV darf eine Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung die zwingenden Bestimmungen des Völkerrechts nicht verletzen. Die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» verletzt keine dieser Bestimmungen.

1.4.4 Durchführbarkeit

Die offensichtliche faktische Undurchführbarkeit einer Initiative gilt als einzige ungeschriebene materielle Schranke der Verfassungsrevision. Nach konstanter Praxis müssen zweifelsfrei und faktisch unmöglich durchführbare Volksinitiativen der Volksabstimmung entzogen werden. Die Forderungen der Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» sind weder in rechtlicher Hinsicht unmöglich zu realisieren noch sind sie faktisch undurchführbar.

Die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» ist somit gültig.

2 Ausgangslage

2.1 Das Krankenversicherungsgesetz vom 18. März 1994: Zielsetzungen und Reformmassnahmen im Überblick

Seit den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts zeichnete sich immer mehr ab, dass das aus dem Jahr 1911 stammende Krankenversicherungsgesetz den Anforderungen eines modernen Gesundheitswesens nicht mehr gerecht werden konnte. Aus dieser Entwicklung ging zunächst ab dem Jahr 1991 der Erlass von Notrecht hervor, das einige Jahre später durch das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz [KVG]; SR 832.10) abgelöst wurde. Bei seiner Einführung am 1. Januar 1996 verfolgte das Krankenversicherungsgesetz das dreifache Ziel:

- mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (*Versorgungsziel und Solidaritätsziel*);
- Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bei der Prämienzahlung finanziell zu entlasten (*Solidaritätsziel*);
- die Entwicklung der Kosten in der Krankenversicherung einzudämmen (*Kostendämpfungsziel*).

Diese drei Hauptziele werden im Krankenversicherungsgesetz durch verschiedene Reformmassnahmen angestrebt, die sich in den Kerngebieten des (Kranken-) Versicherungssystems – neben den eigentlichen Versicherungselementen die Leistungen, die Finanzierung und die Kostendämpfung – wie folgt zusammenfassen lassen:

2.1.1 Zentrale Versicherungselemente

Als zentrales konstitutives Element ist das Versicherungsobligatorium zu erwähnen, das mit dem KVG eingeführt worden ist und die offensichtlichen Mängel einer freiwilligen Versicherung zum einen für die Solidarität, zum anderen aber auch für den Wettbewerb beseitigt hat: Im Hinblick auf das Solidaritätsziel gibt es mit einem Versicherungsobligatorium weder Versicherungsausschlüsse bei Prämienausständen noch Versicherungsvorbehalte für Krankheiten, die beim Abschluss der Versicherung bestehen oder Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter. Dem Versicherungsobligatorium kann aber auch ein kostendämpfender Wettbewerbsaspekt zukommen, weil die volle Freizügigkeit der Versicherten – und damit die freie Wahl des Versicherers – erst in einem obligatorischen System spielen kann, in dem Versicherte von jedem Versicherer zwingend aufgenommen werden müssen.

2.1.2 Leistungen

Das Krankenversicherungsgesetz von 1994 hat im Leistungsbereich zum einen den Grundsatz verankert, wonach der Pflichtleistungscharakter ärztlicher Leistungen a priori vermutet wird, sofern die allgemeinen Voraussetzungen für die Kostenübernahme – die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistung – erfüllt sind (vgl. Art. 32 KVG). Während im Bereich der ärztlichen Leistungen somit kein abschliessend definierter Leistungskatalog besteht, gilt für die nichtärztlichen Leistungen (wie beispielsweise Physiotherapie oder Logopädie) durchgehend das Prinzip der echten Positivliste: Pflichtleistungscharakter kommt im Bereich der nichtärztlichen Leistungen ausschliesslich denjenigen Leistungen zu, die in den jeweiligen Leistungslisten explizit erwähnt werden. Darüber hinaus hat das Krankenversicherungsgesetz von 1994 verschiedene Leistungslücken geschlossen. Dies betrifft vor allem Spitalbehandlungen (keine zeitliche Beschränkung mehr, die Beherbergungskosten und die Kosten für medizinisch indizierte Rehabilitationen werden übernommen), die Pflege (sowohl zu Hause als auch im Pflegeheim), die Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen (Kostenübernahme bis zu einem Höchstbetrag), ausgewählte Leistungen der Prävention (z.B. Impfungen), Leistungen gewisser nichtärztlicher Leistungserbringer (z.B. Ernährungsberatung) sowie Transporte (Beitrag an Transport- und Rettungskosten).

2.1.3 Finanzierung

Im KVG wurde der Grundsatz der einkommensunabhängigen Kopfprämien des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) beibehalten. Diese werden jedoch nicht mehr auf der Basis der Gruppenrisiken (Geschlecht und Eintrittsalter sowie Kollektivversicherungen) kalkuliert, Abstufungen der Kopfprämien sind nur noch nach Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene), Prä-

mienregionen und Versicherungsformen möglich (Einheitsprämien). Dieses System stellt die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Mann und Frau und zwischen Jung und Alt sicher. Die individuellen Kopfprämien haben jedoch zur Folge, dass keine Solidarität zwischen wirtschaftlich besser gestellten und wirtschaftlich schwächeren Versicherten herrscht. Die Prämien belasten dementsprechend Personen und Familien mit unteren und mittleren Einkommen mehr als solche mit höheren Einkommen und Vermögen. Deshalb ist im KVG – anders als unter dem Regime des KUVG, in dem die Kassen subventioniert wurden – die individuelle Prämienverbilligung als zentrales soziales Korrektiv verankert. Mittels Bundesbeschluss werden von Seiten des Bundes Gelder für die individuelle Prämienverbilligung an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bereitgestellt. Die Kantone rufen diese Gelder ab, müssen indessen den bezogenen Betrag um 50 Prozent erhöhen. Die Kantone legen die Anspruchsvoraussetzungen für die Prämienverbilligung fest. Auf Grund einer Gesetzesänderung, welche die eidgenössischen Räte in der Frühjahrssession 2005 beschlossen haben, sind die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen, die in Ausbildung stehen, in Familien mit unteren und mittleren Einkommen bevorzugt zu verbilligen.

Auf Grund ihrer verfassungsrechtlichen Pflicht zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung finanzieren die Kantone die Betriebskosten der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler anteilmässig, in der Regel übernehmen sie überdies deren Defizite und finanzieren deren Investitionen. Zudem entrichten die Kantone und Gemeinden Beiträge an Pflegeheime und Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause. Im Jahre 2002 wurden von den Gesamtausgaben von 24 348 Millionen Franken für Leistungen gemäss KVG 17 095,6 Millionen Franken von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung über Prämien und 7252,4 Millionen Franken (inkl. Investitionskosten) von den Kantonen über Steuern finanziert. Zusätzlich wurden 2892 Millionen Franken an Prämienverbilligungen an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ausgerichtet, finanziert durch den Bund (zwei Drittel) und die Kantone (ein Drittel).¹

2.1.4 Kostendämpfung

Das KVG enthält verschiedene Instrumente, welche die Förderung des kostenbewussten Verhaltens der Akteure im Gesundheitswesen zum Ziel haben. So sollen die Kantone durch die Spitalplanung dafür sorgen, dass im kostenintensiven Spitalbereich der Schaffung von Überkapazitäten entgegengewirkt wird bzw. dass bestehende Überkapazitäten abgebaut werden. Die Tarifpartner sollen, insbesondere durch das Verbot gewisser kartellistischen Verhaltensweisen, einem stärkeren Wettbewerb im Tarifbereich ausgesetzt sein und entsprechend günstigere Tarife vereinbaren. Die Versicherten ihrerseits sollen mittels Wahlfranchisen die Gelegenheit haben, Einfluss auf die selbst getragenen bzw. der Versicherung belasteten Kosten auszuüben und somit mehr Verantwortung zu übernehmen. Zudem können die Versicherten mit der Wahl eines alternativen Versicherungsmodells mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, welche entweder auf dem Prinzip des Gatekeeping oder jenem der Vernetzung der Leistungserbringer beruht, dafür sorgen, dass die Behandlungen

¹ Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2002 und Bundesamt für Statistik, Statistik der öffentlichen Finanzen 2002.

gesteuert und überflüssige Leistungen vermieden werden und so die Menge der erbrachten Leistungen beeinflusst wird.

2.2 Beurteilung der Zielerreichung des KVG

Um den Grad der Zielerreichung durch das KVG beurteilen zu können, hat der Bundesrat die Verwaltung schon vor Inkrafttreten des KVG damit beauftragt, eine breit angelegte Gesetzesevaluation durchzuführen, die insbesondere die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung sowie die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes in den Mittelpunkt rücken sollte. In der Folge wurden in den Jahren 1996 bis 2000 rund 25 wissenschaftliche Studien zu Teilaspekten des KVG verfasst, deren Schlussfolgerungen zu einem Ende 2001 veröffentlichten Synthesebericht² verdichtet worden sind. Diesem Bericht können folgende Kernaussagen zur Zielkonformität des KVG entnommen werden:

- Zum Versorgungsziel: Gemäss Wirkungsanalyse hat das KVG die wichtigsten Leistungslücken geschlossen, womit der Zugang zu den Leistungen für alle gewährleistet ist. Die medizinische Versorgung hält – trotz vereinzelter Leistungslücken (z.B. im Bereich der Präventionsleistungen und der zahnmedizinischen Behandlung) – internationalen Vergleichen stand.
- Zum Solidaritätsziel: Die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten wurde gestärkt. So haben das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie, die volle Freizügigkeit sowie der Risikoausgleich, aber auch die individuelle Prämienverbilligung (zumindest für die unteren, weniger für die mittleren Einkommenskategorien) der fortschreitenden Entsolidarisierung nachhaltig entgegengewirkt.
- Zum Kostendämpfungsziel: Die dritte Zielsetzung des KVG, die Kostendämpfung, konnte in der Einschätzung der Wirkungsanalyse nicht ausreichend erreicht werden. Auch wenn dies zumindest teilweise mit Faktoren zusammenhängt, die unabhängig vom KVG innerhalb des Gesundheitswesens wirksam sind (wie der medizinisch-technische Fortschritt oder gewisse Wohlstandeffekte), so musste nach rund fünf Jahren doch festgestellt werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern noch ungenügend spielt, Managed-Care-Organisationen sich nur bescheiden entwickelt haben und die Spitalplanung noch nicht zu den gewünschten Kosteneinsparungen geführt hat.

2.3 Reformstrategie von Bundesrat und Parlament

2.3.1 Reformstrategie im Allgemeinen

Der Bundesrat hat sich – u.a. an seiner Klausur vom 22. Mai 2002 – die Ergebnisse der Wirkungsanalyse weitgehend zu eigen gemacht und festgehalten, dass das geltende Krankenversicherungsgesetz wohl auf der Leistungs- (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und

² Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Bern 2001.

Einheitsprämie) die gesetzgeberischen Ziele erreicht hat, in der Wirkung seiner kostendämpfenden Instrumente aber noch offensichtliche Defizite aufweist.

Diese Feststellung bewegt den Bundesrat zur Strategie, auf der Leistungs- und der Systemebene, wo das KVG sich durchaus bewährt hat, in erster Linie eine *Konsolidierung* des Systems anzustreben, während im Bereich der (noch defizitären) Kostendämpfung eine *Optimierung* verfolgt werden soll, indem ökonomische Anreize verstärkt bzw. ökonomische Fehlanreize beseitigt werden. Die Hauptursache für das nach wie vor ungelöste Kostenproblem in der Krankenversicherung ortet der Bundesrat dabei in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen, weshalb das Schwergewicht auf entsprechende mengenwirksame Korrekturen gelegt werden muss.

2.3.2 Umsetzung der Reformstrategie im Einzelnen

Aus dem Scheitern der 2. KVG-Revision im Dezember 2003 hat der Bundesrat den Schluss gezogen, dass Reformschritte wohl in eine Gesamtstrategie einzubetten sind, aber einzeln und nicht im Rahmen einer Gesamtvorlage vorzunehmen sind. In Umsetzung dieser Schlussfolgerung hat der Bundesrat seit Ende 2003, zum Teil zu Gesetzgebungspaketen zusammengefasst, dem Parlament sieben Botschaften vorgelegt, deren Vorschläge teils das geltende System punktuell konsolidieren, teils die kostendämpfenden Massnahmen durch Stärkung ökonomischer Anreize optimieren wollen. Bezogen auf die einzelnen Bereiche des Versicherungssystems werden in den verschiedenen Botschaften folgende Reformmassnahmen diskutiert:

2.3.2.1 Zentrale Versicherungselemente

Die Ergebnisse der Wirkungsanalysen des KVG haben gezeigt, dass mit dem Versicherungsobligatorium, der Einheitsprämie, der vollen Freizügigkeit und dem Risikoausgleich sowohl die Versorgungs- als auch die Solidaritätsziele klar erreicht worden sind. Eine grundlegende Reform der zentralen Versicherungselemente drängt sich zum jetzigen Zeitpunkt demzufolge nicht auf.

Der Risikoausgleich ist mittlerweile grundsätzlich unbestritten, weshalb die Bundesversammlung in der Herbstsession 2004 beschlossen hat, die ursprünglich auf zehn Jahre festgelegte Frist unverändert um weitere fünf Jahre zu verlängern. Ein in der Wintersession 2002 eingereichtes Postulat (02.3643 Po SGK-N/Risikoausgleich. Hochkostenpool) beauftragt den Bundesrat, eine Neuordnung des Risikoausgleiches vorzulegen, dies unter Einbezug alternativer Modelle, wie z.B. eines Hochkostenpools für Behandlungskosten ab einer bestimmter Höhe pro Jahr oder für bestimmte Patientengruppen oder eine Rückversicherung im Rahmen von Ärztenetzen. Damit soll eine Optimierung des Systems erreicht werden. Der Bundesrat hat sich bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen.

2.3.2.2 Leistungen

Obwohl der so genannte «Leistungskatalog» in der politischen Diskussion immer wieder als kostentreibender Faktor dargestellt wird, ist für die Kostenentwicklung nicht die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung per se entscheidend, sondern vielmehr die Häufung unangemessener Anwendungen im Einzelfall. Von Bedeutung sind u.a. die unausgeglichene Angebotsstrukturen mit einem Überhang an ärztlichen und nichtärztlichen Anbietern in gewissen städtischen Gebieten bei gleichzeitig sich abzeichnendem Mangel an Grundversorgern in ländlichen Gebieten, aber auch übertriebene, z.T. bewusst geweckte Erwartungen an die Medizin in der Bevölkerung oder schlicht die Verschreibung inadäquater Leistungen (so legen die Analysen von Verkaufszahlen und die Befragungen von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen nahe, dass etliche Medikamente teils ausserhalb der empfohlenen Indikationen verschrieben werden). Schlussfolgerung ist, dass daher die bereits bestehenden Bestrebungen, die zu einer Reduktion des Volumens medizinisch nicht indizierter und damit unnötiger Leistungen führen, intensiviert werden müssen (vgl. zu den einzelnen Massnahmen Ziff. 2.3.2.4).

2.3.2.3 Finanzierung

Das auf individuellen Prämien beruhende Finanzierungssystem der Krankenversicherung bedeutet für Mehrpersonenhaushalte eine grosse finanzielle Belastung. Entsprechend drängte es sich auf, das System der individuellen Prämienverbilligungen zu optimieren, indem Familien gezielt entlastet werden. Der Gesetzgeber hat mit seiner Lösung auf das vom Bundesrat in seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 (BBl 2004 4327) zur Prämienverbilligung vorgeschlagene Modell mit einem differenzierten Sozialziel³ verzichtet und in der Frühjahrssession 2005 beschlossen, dass es den Kantonen in Zukunft⁴ obliegt, die Prämien für Kinder und Jugendliche in Ausbildung von Eltern mit tiefen und mittleren Einkommen um mindestens 50 % zu senken.

³ Das Modell mit einem differenzierten Sozialziel sah eine Ausrichtung von abgestuften Prämienverbilligungen durch die Kantone an Familien und andere Versicherte vor. Die Kantone hätten für diese beiden Personengruppen mindestens vier Einkommenskategorien festlegen und Prämienverbilligungen gewähren müssen, so dass der abgestufte Eigenanteil der Familien maximal zwischen 2 und 10 % des Einkommens und derjenige der übrigen Versicherten maximal zwischen 4 und 12 % betragen hätte. Die Kantone hätten ausserdem Höchsteinkommen für den Anspruch auf Prämienverbilligung festlegen können.

⁴ Die KVG-Änderung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Für die Kantone ist indes eine Übergangsfrist vorgesehen. Sie haben ein Jahr Zeit, das neue Prämienverbilligungssystem umzusetzen.

2.3.2.4 Kostendämpfung

Der Bundesrat hat in seinen im Jahr 2004 verabschiedeten Gesetzgebungspaketen verschiedene Massnahmen vorgeschlagen, welche auf die Menge der erbrachten sowie der nachgefragten Leistungen Einfluss nehmen sollen:

- *Anreize zur Effizienzsteigerung in der Spitalfinanzierung:* In seiner Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung (BBl 2004 5551) schlägt der Bundesrat als effizienzsteigernde Massnahme neben dem Übergang zur Leistungsfinanzierung insbesondere eine Verpflichtung der Kantone vor, im Bereich der hoch spezialisierten Medizin eine gemeinsame Planung zu beschliessen.
- *Einführung der Vertragsfreiheit:* Um auf die Mengenentwicklung, welche durch die Zunahme der Anzahl Leistungserbringer entsteht, einzuwirken, wird, in Anlehnung an die Beratung beider Kammern im Rahmen der 2003 gescheiterten Revision des KVG, in der entsprechenden bundesrätlichen Botschaft vom 26. Mai 2004 (BBl 2004 4293) die *Einführung der Vertragsfreiheit* vorgeschlagen. Ein damit verfolgtes Ziel ist die Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern des gleichen Berufsstands im ambulanten Bereich und der Ausschluss von «schwarzen Schafen» vom Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, somit von Leistungserbringern, welche unwirtschaftliche oder qualitativ ungenügende Leistungen erbringen. Das zweite Ziel, das der Bundesrat mit seinem Vorschlag verfolgt, ist die Verringerung der Überversorgung im ambulanten Bereich in den Kantonen, in denen eine solche vorhanden ist. Zu diesem Zweck will der Bundesrat die Kantone in die Verantwortung einbinden, indem er sie verpflichtet, eine Mindestzahl von Leistungserbringern zu bestimmen, die für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung notwendig ist. Diese Massnahme weist den Vorteil auf, dass sie die Anzahl der Leistungserbringer begrenzt und zudem für die Leistungserbringer, die auf dem Versicherungsmarkt tätig sind, einen Anreiz darstellt, qualitativ hoch stehende Leistungen zu erbringen und dabei auf deren Wirtschaftlichkeit zu achten, um sich so den Zugang zu diesem Markt zu verschaffen oder das Bestehen auf diesem Markt zu sichern. Zur Behebung und Vermeidung von Missständen im Einzelfall sollen zudem die Sanktionen gegen fehlbare Leistungserbringer verschärft werden. Aus versorgungspolitischer Sicht ermöglicht die kantonale Planung, auf die Versorgungsdichte Einfluss zu nehmen und der Über- beziehungsweise Unterversorgung in bestimmten Regionen und medizinischen Fachgebieten entgegenzuwirken.
- *Erhöhung des Selbstbehaltes für Erwachsene:* Der Bundesrat hat zudem vorgeschlagen (Botschaft vom 26. Mai 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Kostenbeteiligung], BBl 2004 4361), den Selbstbehalt der erwachsenen Versicherten generell von 10 auf 20 Prozent zu erhöhen. Dabei soll der maximale Selbstbehalt in absoluten Beträgen im Gesetz festgeschrieben werden. Die Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent soll von einer Erweiterung der Kompetenz des Bundesrates, auf Verordnungsebene die Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen herabzusetzen oder aufzuheben, begleitet werden, so dass auch Modelle differenzierter Kostenbeteiligung in die Überlegungen einbezogen werden können. Der Ständerat als Erstrat hat diesem Vorschlag zugestimmt.

- *Förderung von Managed Care:* Ausserdem schlägt der Bundesrat in seiner Botschaft vom 15. September 2004 zur Änderung des KVG im Bereich Managed Care (BBl 2004 5599) vor, die Rahmenbedingungen für Managed-Care-Modelle zu verbessern und neu den Begriff der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz zu definieren. In diesen Ärztenetzwerken haben die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen. Im Ausmass, in dem der Leistungserbringer einen Teil des finanziellen Risikos trägt, besteht für ihn der Anreiz, möglichst effektiv zu arbeiten und insbesondere unnötige oder unnötig kostspielige Massnahmen zu vermeiden. Mit der Förderung von besonderen Versicherungsformen können somit die Ziele einer verstärkten Kostendämpfung und einer Effizienzsteigerung unter gleichzeitiger Beibehaltung der Qualität der Versorgung erreicht werden.

3 Ziel und Inhalt der Initiative

Der Titel der Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» verdeutlicht bereits das Hauptanliegen, nämlich eine Senkung der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Zu diesem Zweck verlangt die Initiative einen neuen Verfassungsartikel 117a und eine entsprechende Übergangsbestimmung (Art. 197 Ziff. 2). Das schweizerische Krankenversicherungssystem soll wie folgt geändert werden:

- Die Krankenversicherung umfasst die Grundversicherung und die Zusatzversicherung; die Grundversicherung untersteht dem Sozialversicherungsrecht, die Zusatzversicherung dem Privatversicherungsrecht (Art. 117a Abs. 1).
- Die Grundversicherung trägt die Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen, die der Schmerzlinderung, Heilung und Reintegration dienen, zweckmässig und wirtschaftlich sind, und deren Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt ist (Art. 117a Abs. 1 Bst. a).
- Grundversicherer und Leistungserbringer schliessen Leistungsverträge ab, die den Bedürfnissen der Versicherten entsprechen (Art. 117a Abs. 2).
- Grundversicherer dürfen nicht an Leistungserbringern und Leistungserbringer nicht an Grundversicherern beteiligt sein (Art. 117a Abs. 3).
- Die Grundversicherung wird finanziert durch Beiträge des Bundes und der Kantone sowie durch Beiträge der Versicherten. Die Beiträge der öffentlichen Hand belaufen sich auf insgesamt höchstens 50 Prozent der Kosten. Bund und Kantone leisten ihre Beiträge direkt an die Versicherer (Art. 117a Abs. 4 und 5).
- Bis zum Inkrafttreten des neuen Artikels 117a, drei Jahre nach Annahme der Initiative durch Volk und Stände, können die Versicherten bei ihrem Grundversicherer die Differenz zum bisherigen Leistungsumfang im Rahmen der Zusatzversicherung ohne Vorbehalte versichern (Art. 117a Ziff. 2).

4 Würdigung der Initiative

Die verschiedenen von der Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» genannten Massnahmen zur Senkung der Prämien in der Grundversicherung können unter dem Gesichtspunkt der vier dem Versicherungssystem eigenen Bereiche betrachtet und geprüft werden:

4.1 Zentrale Versicherungselemente

Die Initiative schlägt vor, den Geltungsbereich der Krankenpflegeversicherung einzuschränken, um so eine Senkung der Prämien zu erreichen. Sie sieht vor, einen Teil der obligatorischen Sozialversicherung in den freiwilligen Privatversicherungsbereich zu verlagern.

Ein Abbau der kassenpflichtigen Leistungen würde den sozialen Leitgedanken der Krankenversicherung gefährden. Das Versicherungsobligatorium ist unmittelbar mit dem Solidaritätsprinzip verknüpft, auf dem die Krankenversicherung beruht. In einer freiwilligen Versicherung können die Krankenkassen Versicherungsvorbehalte anbringen oder unterschiedliche Prämien nach Geschlecht und Alter (effektives Alter oder Eintrittsalter) der Versicherten festlegen. In einer obligatorischen Versicherung hingegen sind die Prämien bei einem Versicherer für alle Versicherten gleich und die Versicherten profitieren von der vollen Freizügigkeit. Heute ist die Unterscheidung zwischen Grundversicherung gemäss KVG und Zusatzversicherungen nach Privatrecht insoweit vertretbar, als die Grundversicherung ein umfassendes Angebot an notwendigen Leistungen abdeckt und die freiwilligen Versicherungen spezielle Komfortbedürfnisse abdecken, die aus sozialer Sicht keiner Solidarität bedürfen. Wird nun, wie dies die Initiative fordert, das Versicherungsobligatorium für notwendige Leistungen eingeschränkt, bedeutet dies nicht nur einen Rückfall in die altrechtlichen Unzulänglichkeiten, sondern unweigerlich auch einen Solidaritätszerfall zwischen Kranken und Gesunden, Jungen und Alten, Frauen und Männern.

4.2 Leistungen

Im Leistungsbereich schlägt die Initiative drei Massnahmen zur Senkung der Prämien in der Grundversicherung vor:

4.2.1 Allgemeine Beschränkung des Leistungskatalogs

Die Initiative fordert nicht ausdrücklich, dass die Pflichtleistungen gemäss KVG einzuschränken sind. Aus der Übergangsbestimmung geht allerdings implizit hervor, dass in substanzieller Art Pflichtleistungen eingeschränkt oder gestrichen und zumindest zum Teil in den Privatversicherungsbereich verlagert werden sollen. Der Initiativtext schweigt sich konsequenterweise auch darüber aus, welche Leistungen oder Leistungsbereiche konkret aus der Grundversicherung ausgeschlossen werden sollen.

Was den Leistungskatalog betrifft, so ist der Bundesrat der Ansicht, dass nicht die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung per se für die Kostenentwicklung entscheidend ist, sondern vielmehr die Häufung unangemessener Anwendungen im Einzelfall (siehe Ziff. 2.3.2.4). Der Bundesrat lehnt folglich jeglichen Abbau des von der Grundversicherung gedeckten Leistungsangebots ab. Allerdings räumt er ein, dass bestehende Leistungslisten überarbeitet und Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr gegeben ist, wenn nötig gestrichen werden müssen. Die entsprechenden verwaltungsinternen Vorarbeiten sind im Gang.

4.2.2 Ausschluss der Prävention und der Leistungen bei Mutterschaft

Gemäss Initiative übernimmt die Grundversicherung nur die «Kosten für medizinische und pflegerische Leistungen, die der Schmerzlinderung, Heilung und Reintegration dienen». Daraus kann abgeleitet werden, dass unter anderem Leistungen bei Mutterschaft und für Prävention nicht mehr unter die Pflichtleistungen fallen sollen:

Ein gänzlicher Ausschluss der Leistungen bei Mutterschaft würde dazu führen, dass die üblichen Schwangerschaftskontrollen und die Geburt die Eltern im Normalfall fünf- bis zehntausend Franken kosten würde, bei Risikoschwangerschaft (z.B. Mehrlingsschwangerschaften) oder bei komplizierter Geburt z.T. deutlich mehr. Eine allfällige Einschränkung der Leistungen der Krankenversicherung auf Risikoschwangerschaften und -geburten könnte hingegen dazu führen, dass unnötig oft eine an sich normale Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft deklariert wird, um in den Genuss von Versicherungsleistungen zu kommen, was die Medikalisierung der Mutterschaft fördern würde.

Was den Ausschluss der Prävention vom Versicherungsumfang betrifft, verkennen die Initiantinnen und Initianten, dass 50 Prozent der Krankenversicherungskosten von lediglich 8 Prozent der Versicherten ausgelöst werden. Dabei handelt es sich zu einem grossen Teil um Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten. Diese Krankheiten können teilweise früh erkannt und dadurch kostengünstiger behandelt, teilweise mit geeigneten nichtmedikamentösen und medikamentösen Massnahmen verhindert oder im Eintreten verzögert werden. Es hat sich gezeigt, dass eine fehlende Finanzierung ein bedeutsames Hindernis für die Inanspruchnahme präventiver Leistungen darstellt. Auch wenn unbestritten ist, dass die Krankenversicherung nicht alle denkbaren, sondern ausschliesslich jene medizinischen Präventionsmassnahmen finanziert, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, und dass andere Akteure (so der Bund, die Kantone, die Unfallversicherer oder die Institution nach Art. 19 f. KVG) im Präventionsbereich weiterhin eine tragende Rolle spielen müssen, so müssen individuelle Ansätze der Prävention, die wegen der Notwendigkeit der exakten Indikationsstellung und der möglichen Nebenwirkungen in den medizinischen Kontext gehören (z.B. Impfungen, medikamentöse Behandlung des Bluthochdrucks und erhöhter Cholesterinwerte, Krebsfrüherkennung), weiterhin auch über das Finanzierungssystem der Krankenversicherung finanzierbar bleiben. Die Leistungen der medizinischen Prävention aus dem Leistungsbereich der Krankenversicherung auszuschliessen, würde bedeuten, eine Möglichkeit zu verpassen, die Krankheitslast der nächsten Jahre und Jahrzehnte (und damit die Kosten für

die Krankenversicherung und die Gesellschaft) zu vermindern. Dies ist am Beispiel der Grippe-Impfung eindrücklich dokumentiert: Gesundheitsökonomische Analysen belegen, dass die jährliche Impfung von Personen über 65 Jahren Komplikationen mit z.T. bleibenden Funktionseinschränkungen verhindert und Folgekosten in mehrfacher Höhe der Impfkosten einspart.

4.2.3 Änderung der Voraussetzungen für die Kostenübernahme

Die Initiative schlägt vor, die Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Leistungen zu ändern: Muss bisher «die Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen» sein, soll neu «die Wirksamkeit von der Wissenschaft anerkannt» sein. Dieser Unterschied mag auf den ersten Blick gering sein, er kann aber bedeutende Auswirkungen haben. Während der «Nachweis der Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden» eine Sichtung und kritische Bewertung sämtlicher verfügbarer wissenschaftlicher Studien erfordert, ein Vorgehen, das international im Rahmen des so genannten «Health Technology Assessment» zum Standard geworden ist, kann das Kriterium «von der Wissenschaft anerkannt» lediglich bedeuten, dass der oder die auf dem Gebiet führende Wissenschaftler oder Wissenschaftlerin in der Schweiz zu einer Methode befragt wird (und möglicherweise eine Beurteilung abgibt, die einer gesamthaften Betrachtung der Evidenz nicht standhalten würde). Der Nachweis der Wirksamkeit mit wissenschaftlichen Methoden schliesst zudem neben der Studienwirksamkeit (englisch: efficacy) auch die Alltagswirksamkeit (effectiveness) ein, also die für die Fragestellung der Kostenübernahme relevante Grösse, während sich die wissenschaftliche Anerkennung der Wirksamkeit auf die Studienwirksamkeit beschränken könnte. Die von den Initiantinnen und Initianten vorgeschlagene Formulierung könnte damit zu einer Aushöhlung des Wirksamkeitsbegriffs führen.

4.3 Finanzierung

Die Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» scheint, ohne diesbezüglich klar zu sein, nach wie vor auf die Prämien der Versicherten als Hauptfinanzierungsquelle zu setzen und schlägt unter anderem in Bezug auf die Finanzierung der obligatorischen Grundversicherung zwei weitreichende Änderungen vor.

4.3.1 Allgemeine Finanzierungsmechanismen der Initiative

Die Initiative scheint, wie das geltende Recht, auf «Beiträge der Versicherten» als Hauptfinanzierungsquelle der Grundversicherung zu setzen, lässt allerdings völlig offen, wie diese Prämien bemessen werden sollen, beispielsweise, ob das Kopf- und Einheitsprämienystem beibehalten werden soll oder nicht. Die fehlende Klarheit der Initiative darüber, welche Leistungen oder Leistungsbereiche zur Grundversicherung gehören, führt auch in der Finanzierung zu Unklarheiten: Da das finanzielle Volumen der Grundversicherung nach dem Wortlaut der Initiative nicht mal annäherungsweise zu bestimmen ist, ist keine klare Aussage über den zu erwartenden

finanziellen Beitrag der öffentlichen Hand, der maximal 50 Prozent der Grundversicherungskosten betragen darf, möglich. Klar ist einzig, dass in jedem Fall mit einer massiven finanziellen Umverteilung zu rechnen ist: Ausgehend vom heutigen Volumen der Grundversicherung (rund 17 Mia. Fr. pro Jahr) und von den heutigen Beiträgen der öffentlichen Hand, die für die individuelle Prämienverbilligung zur Verfügung stehen (rund 3,5 Mia. Fr. pro Jahr), steht mit der Initiative entweder eine massive Erhöhung des Beitrags der öffentlichen Hand oder eine massive Umlagerung der Grundversicherung in den Zusatzversicherungsbereich zur Diskussion.

4.3.2 Beiträge der öffentlichen Hand

Die Initiative lässt mit ihrer vagen Formulierung auch ein Finanzierungsmodell zu, das auf die individuelle Prämienverbilligung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verzichtet und stattdessen wieder ein System mit Subventionierung der Krankenkassen einsetzt, so wie dies vorher, unter dem alten Recht, der Fall war.

Damals haben die Versicherer je nach Risikostruktur ihres Versichertenbestandes Bundesbeiträge erhalten. Da die Krankenversicherung noch auf freiwilliger Basis funktionierte, dienten die Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherer der Gewährleistung der Solidarität zwischen gesunden und kranken bzw. krankheitsgefährdeten Versicherten. Dieses System beruhte auf tieferen Prämien für alle Versicherten und zwar ohne deren finanzielle Möglichkeiten zu berücksichtigen. Auf Bundesebene gab es keine nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten abgestuften Beiträge.

Mit der Einführung des KVG machten Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherer keinen Sinn mehr, da man in einer obligatorischen Versicherung die Solidarität zwischen kranken und gesunden Versicherten nicht über Beiträge der öffentlichen Hand zu sichern braucht. Der Gesetzgeber hat sich deshalb entschieden, die öffentlichen Mittel fortan gezielt und den Bedürfnissen der Versicherten entsprechend einzusetzen. Die Prämien werden heute individuell verbilligt und so die Solidarität zwischen den Versicherten in unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährleistet, da ja die Einheitsprämie pro Versicherer eben diese Finanzkraft der Versicherten nicht berücksichtigt.

Der Bundesrat erachtet die individuelle Prämienverbilligung als zentrales Instrument der schweizerischen Sozialpolitik. Das Prämienverbilligungssystem hat auch die eidgenössischen Räte überzeugt: Mit der Verabschiedung massgeblicher Verbesserungen zu Gunsten von Haushalten mit Kindern (siehe Ziff. 2.3.2.3) in der Frühjahrsession 2005 ist das System weiter gestärkt worden. Auch in Bezug auf die Solidarität hat sich das System als sehr wirksam erwiesen. Ein allfälliger Verzicht auf dieses System würde bedeuten, dass man sich gänzlich von einem der Hauptziele des KVG abwendet, und dies zugunsten eines Modells, das die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten nicht berücksichtigt.

4.3.3 Monistisches Finanzierungsmodell

Es ist anzunehmen, dass die Initiative auf ein monistisches Finanzierungssystem abzielt, in welchem die Leistungserbringer einem einzigen Kostenträger gegenüberstehen. Die Diskussion über ein monistisches Finanzierungsmodell ist, unabhängig von der vorliegenden Initiative, vom Parlament bereits aufgenommen worden. Zwar hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 15. September 2004 zur Änderung des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung (BBl 2004 5551) vorgeschlagen, in einem ersten Schritt zur dual-fixen Finanzierung der stationären Leistungen im Spital überzugehen und erst im einen zweiten Schritt den Übergang zu einem monistischen Finanzierungsmodell anzugehen. Seitens des Parlamentes wird die Frage der künftigen Finanzierung der Leistungen gemäss KVG indessen in einem umfassenden Sinne diskutiert. In jedem Fall bleibt aber festzuhalten, dass die Auswirkungen einer monistischen Finanzierung auf die Prämien in ihrem Ausmass schwer zu bestimmen sind.

4.4 Kosteneindämmung

Die Initiative enthält – abgesehen von der Vertragsfreiheit – grundsätzlich keine (neuen) Ansätze zu kostendämpfenden Massnahmen, d.h. Rationalisierungen ohne Qualitätseinbussen bei der medizinischen Versorgung, im Gegenteil: Durch das Verbot für Grundversicherer, sich an Leistungserbringern zu beteiligen, werden Managed-Care-Modelle mit echtem Kostendämpfungspotenzial in Frage gestellt:

Das Beteiligungsverbot beseitigt zwar einerseits die Gefahr, dass betriebswirtschaftliche Interessen von Versicherern negativ auf medizinische Therapieentscheide einwirken könnten, gibt aber dem Versicherer nicht mehr die Möglichkeit, sich schon über seine Beteiligung für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungserbringung einzusetzen.

Auch die Förderung von integrierten Versorgungsnetzen, von denen man sich eine kostendämpfende Wirkung verspricht, wäre gefährdet. Denn sie übersteigt heute oftmals die personellen, fachlichen und finanziellen Mittel von mittelgrossen und kleinen Ärztenetzwerken. Von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen sind Ärztenetzwerke nicht in der Lage, die Entwicklungsvorhaben vorzufinanzieren. Aus diesen Gründen, und weil sich auch Fragen stellen, die übergreifend angegangen werden müssen (z.B. Evaluation, Forschung und Entwicklung, Weiter- und Fortbildung), tragen meist die Versicherer den grössten Teil der Innovationslast im Bereich Managed Care. Dieses Engagement bedingt in der Regel auch eine gewisse Beteiligung der Versicherer an solchen Modellen.

Ein Verbot von Beteiligungen von Grundversicherern an Leistungserbringern hätte somit schwerwiegende Konsequenzen für die Förderung von Managed-Care-Modellen. Im Hinblick auf eine kostendämpfende Wirkung solcher Modelle muss das Beteiligungsverbot daher als kontraproduktiv bezeichnet werden.

In zusammenfassender Würdigung ist die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» aus folgenden Gründen als nicht zielführend zu bezeichnen:

- Die Prämienenkung ist nur möglich, wenn gleichzeitig die Leistungen der Grundversicherung abgebaut werden, wobei die Initiative völlig offen lässt, welche Leistungen oder Leistungsbereiche abgebaut werden sollen. Unausweichliche Folge ist eine finanzielle Mehrbelastung der Versicherten durch die Hintertüre: entweder im Krankheitsfall, wenn sie Leistungen selber berappen müssen, oder vorgängig durch den Abschluss von Zusatzversicherungen – mit allen Nachteilen, die damit verbunden sein können (risikogerechte Prämien, Vorbehalte für vorbestehende Krankheiten).
- Die Initiative enthält, abgesehen von der Vertragsfreiheit, keine tauglichen Instrumente zur Kostendämpfung: Echte kostendämpfende Massnahmen, d.h. Rationalisierungen ohne Qualitätseinbussen bei der medizinischen Versorgung, werden in der Initiative nicht vorgeschlagen bzw. werden zum Teil gar verhindert (so durch das Beteiligungsverbot).

Die Initiative höhlt damit die soziale Krankenversicherung aus, ohne dass ein Fortschritt in der Kostenfrage erwartet werden könnte. Die differenzierte Strategie des Bundesrates, durch ein ganzes Bündel an Massnahmen auf die Reduktion der medizinisch nicht indizierten Leistungen abzielen – und damit eine kostendämpfende Wirkung zu erzielen, ohne den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Medizin zu erschweren – ist nicht nur sozialpolitisch angemessener, sondern für die Kostendämpfung auch weit erfolversprechender als die Volksinitiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung».

Die Volksinitiative ist ohne Gegenvorschlag abzulehnen. Ein direkter Gegenvorschlag erübrigt sich in Anbetracht der offenen Formulierung der geltenden verfassungsrechtlichen Kompetenznorm (Art. 117 BV). Ein indirekter Gegenvorschlag drängt sich auch nicht auf, da in der politischen Debatte die teils laufenden, teils bereits abgeschlossenen KVG-Revisionen der Initiative als indirekter Gegenvorschlag gegenübergestellt werden können. Diese Revisionen verfolgen die Zielrichtung der Initiative – mit einem allerdings weit sachgerechteren und ausgewogeneren Lösungsansatz.

Synopse: Vergleich zwischen dem KVG (geltendes Recht inkl. laufende Revisionsbestrebungen) und der Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien»

	<i>KVG (inkl. Hängige Revisionen)</i>	<i>Prämiensenkungsinitiative</i>
<i>Versicherungselemente</i>	Garantierter Zugang zu Gesundheitsleistungen dank Obligatorium	Aushöhlung des Obligatoriums, Zugang zu bestimmten Leistungen ausschliesslich über Zusatzversicherungen möglich (damit verbunden: risikogerechte Prämien, Vorbehalte für vorbestehende Krankheiten).
<i>Leistungen</i>	Kompletter Leistungsumfang	Leistungsabbau (Prävention, Mutterschaftsleistungen) bzw. Verschiebung von Leistungen in den Zusatzversicherungsbereich
<i>Finanzierung</i>	Sozialpolitische Korrektur der Kopfprämie durch das System der individuellen Prämienverbilligungen, die familienfreundlicher ausgestaltet werden (Parlamentbeschluss vom März 2005)	Unklare Definition des Beitrags der Versicherten (Prämien) und der öffentlichen Hand; allenfalls Verzicht auf individuelle Prämienverbilligungen und Wiedereinführung der Subventionierung der Krankenversicherer
<i>Kostendämpfung</i>	Verstärkung der bestehenden Kostendämpfungsinstrumente durch Massnahmen in den folgenden Revisionsbereichen: <ul style="list-style-type: none"> – Spitalfinanzierung – Vertragsfreiheit – Kostenbeteiligung – Managed Care 	Keine neuen Ansätze: Die Vorschläge der Initiative sind entweder eh schon in Diskussion (Vertragsfreiheit) oder untauglich (Beteiligungsverbot).