

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an den Grossen Rat

Frauenfeld, 29. März 2011

249

GRG NR.	08	AN 11	186
---------	----	-------	-----

**Antrag gemäss § 52 der Geschäftsordnung des Grossen Rates von Bernhard Wälti und Walter Hugentobler vom 13. Januar 2010
„Erarbeitung eines Berichts Überregionale Einheitskrankenkasse“**

Beantwortung

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Eingabe vom 13. Januar 2010 beauftragten die Antragsteller und 31 Mitunterzeichner und Mitunterzeichnerinnen den Regierungsrat, es sei dem Grossen Rat ein Bericht zu unterbreiten, welcher die Möglichkeit der Einführung einer überregionalen Einheitskrankenkasse, also unter Einbezug weiterer Ostschweizer Kantone, aufzeigt.

Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, eine Einheitskrankenkasse könne helfen, die Krankenkassenkosten zu senken. So würden einerseits die dauernden Kassenwechsel mit ihren enormen administrativen Kosten wegfallen, andererseits könnten die Werbekosten eingespart werden. Zudem seien auch nicht nachvollziehbare Prämienunterschiede in den Regionen auszumachen. Die Bildung von Tochter- und Billigkassen schaffe falsche Anreize und entsolidarisiere über alle Alterskategorien. Da Tarifstruktur und Taxpunktwert heute von santésuisse zusammengefasst würden, mache eine Ostschweizer Einheitskrankenkasse umso mehr Sinn.

Mit Schreiben vom 23. November 2010 teilte das Departement für Finanzen und Soziales (DFS) dem Büro des Grossen Rates mit, die Thematik kantonale oder überregionale Krankenkasse bilde Gegenstand einer Studie, welche die Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Ostschweizer Kantone und des Fürstentums Liechtenstein (GDK-Ost) in Auftrag gegeben habe. In Anwendung von § 46 Abs. 4 der Geschäftsordnung des Grossen Rates (GOGR) werde deshalb um eine Fristerstreckung bis zum Vorliegen der Studie voraussichtlich im Februar 2011 ersucht. Diesem Antrag gab das Büro am 7. Dezember 2010 statt.

Mit der Publikation der Studie am 17. März 2011 ist der Regierungsrat nunmehr in der Lage, über den Gegenstand des Antrags Bericht zu erstatten.

I. Ausgangslage

Die steigenden Krankenkassenprämien stellen sowohl für die öffentliche Hand wie für die Versicherten seit Jahren ein zunehmendes Ärgernis dar. Verschiedene Überlegungen stehen deshalb im Raum, wie das System effizienter und kostengünstiger gestaltet werden kann. Ein Ansatzpunkt bildet das Modell einer kantonalen oder regionalen Krankenkasse (KRK). Die Idee des Systems besteht darin, dass in der gesamten Schweiz pro Kanton bzw. pro Region nur noch eine Krankenkasse im Grundversicherungsbereich zugelassen ist. Es gilt ein Obligatorium für alle Personen, die im Gebiet der KRK wohnhaft sind, eine Wahlfreiheit besteht nicht. Der Zusatzversicherungsbe- reich steht allen Anbietern offen. Die KRK ist nicht zwingend durch den Kanton bzw. die Region zu führen, sondern als selbständige öffentlichrechtliche Anstalt, die einen Leistungsauftrag erhält und dementsprechend der politischen Kontrolle unterliegt. Vergleichbare Systeme bestehen in der Unfallversicherung (SUVA), in der Gebäudeversicherung (kantonale Gebäudeversicherungsanstalten) oder im Bankbereich (Kantonalbanken).

Vor diesem Hintergrund erteilten fünf Gesundheitsdepartemente aus der GDK-Ost (Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Schaffhausen, St. Gallen und Thurgau, nachfolgend vereinfachend GDK-Ost) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (zhaw) den Auftrag für eine Studie zur Abklärung eines KRK-Systems.

II. Ergebnis der Studie

Die „Studie kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK)“ der zhaw wurde am 17. März 2011 veröffentlicht und von der GDK-Ost anlässlich einer Medienkonferenz vorgestellt. Das Gutachten ist unter www.gesundheitsamt.tg.ch hinterlegt. Im Folgenden sollen die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst werden.

1. Rechtliche Zulässigkeit einer KRK

Die Studie erkennt folgenden rechtlichen Handlungsbedarf für die Zulässigkeit einer obligatorischen KRK:

- Die Einführung eines KRK-Systems bedingte eine Änderung des KVG.
- Einer solchen Gesetzesänderung hätte in Anbetracht der wirtschaftsverfassungsrechtlichen Regelung möglicherweise (je nach Auslegung von Art. 117 BV) eine Verfassungsrevision vorzuzugehen, die eine Ermächtigung zu einer derartigen Monopolisierung schaffen würde.
- Eine Ermächtigung in der Bundesverfassung (BV) vorausgesetzt, darf der Gesetzgeber ein KRK-System nur vorsehen, wenn dies den Grundsätzen des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit entspricht, was aufgrund der gesundheitsökonomischen Analyse zu beurteilen sein wird.
- Der Übergang vom alten zum neuen System müsste so ausgestaltet werden, dass er mit der Eigentumsgarantie vereinbar wäre.

Der Regierungsrat teilt die Auffassung, wonach die Schaffung eines KRK-Systems eine Anpassung des KVG bedingt. Hingegen bezweifelt er, ob auch eine Verfassungsrevision nötig ist. Da die Schweiz keine Verfassungsgerichtsbarkeit kennt, kann der Bund direkt im KVG die Möglichkeit der Einführung von kantonalen oder regionalen Einheitskassen verankern. Dazu kommt, dass der Bund in Art. 117 Abs. 1 BV explizit ermächtigt wird, „Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung“ zu erlassen. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung werden für die beiden Versicherungsbereiche keine Unterschiede formuliert. Im Bereich der Unfallversicherung hat der Bund - ohne Verfassungsänderung - für bestimmte Arbeitgeber bzw. Branchen eine Einheitskasse (SUVA) vorgeschrieben. Wenn dies im Unfallbereich möglich ist, muss dies auch im Bereich der Krankenversicherung zulässig sein. Der Bund kann deshalb im KVG ohne weiteres, d. h. ohne zusätzliche verfassungsrechtliche Grundlage eine Rechtsgrundlage schaffen, die es einem oder mehreren erlaubt, für Kantoneinwohner und -einwohnerinnen eine Einheitskasse einzuführen. Überdies können nach Art. 12 Abs. 1 KVG nicht nur juristische Personen des privaten, sondern auch des öffentlichen Rechts Krankenkassen betreiben. Entsprechend wäre es den Kantonen schon heute möglich, selbst (mit anderen Krankenversicherern konkurrierende) Krankenkassen zu betreiben.

Was die Eigentumsgarantie betrifft, so steht diese der Einführung einer Einheitskasse ebenfalls nicht entgegen. Es ist lediglich eine entsprechende Enteignungsregelung im KVG zu schaffen. Eine Entschädigung der Grundversicherer ist aber kaum denkbar, da diese gemäss Art. 12 KVG im Rahmen der Grundversicherung keinen Erwerbszweck verfolgen und somit keinen Gewinn machen dürfen. Mit Ausnahme von Stilllegungskosten sind deshalb wohl keine Entschädigungsansprüche zu erwarten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bildung eines KRK-Systems keine Verfassungsrevision sondern lediglich eine Anpassung des KVG voraussetzt.

2. Ökonomische Analyse

Die Studie geht für den Vergleich der beiden Versicherungssysteme von der Frage aus, welches der beiden besser in der Lage ist, die Versicherungsdienstleistungen und die medizinische Versorgung zu möglichst geringen Kosten bereitzustellen. Daneben berücksichtigt sie das Kriterium der Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten, ausgedrückt mit der im KVG verankerten Regelung von gleichen Prämien für alle Versicherten einer Kasse in einer Prämienregion. Als Modell für eine KRK dient die SUVA, also eine öffentlichrechtliche Anstalt mit einem Monopol für die Grundversicherung, die aus Wettbewerbsgründen keine Zusatzversicherungen anbietet. Bei der Beurteilung der Vor- und Nachteile des Wechsels zu einer KRK untersucht die Studie einerseits die Auswirkungen auf die Verwaltungskosten (heute etwa 6 % der Gesamtkosten der Kassen) und andererseits die Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben (heute etwa 94 % der gesamten Ausgaben).

2.1 Verwaltungskosten

Mit einem Systemwechsel zur KRK würden die Kassenwechsel wegfallen, womit die

Kosten für administrativen Aufwand und Werbung eingespart werden könnten. Die Studie schätzt die Einsparungen auf 1.2 % oder ca. 300 Mio. Franken der Gesamtausgaben der Krankenkassen und ermittelt so eine Prämienreduktion von 1 %. Die Studie macht keine Aussagen zu den Überführungskosten, den personellen Konsequenzen und dem Nebeneinander von KRK und privaten Anbietern für den Bereich der Zusatzversicherung.

2.2 Gesundheitskosten

Laut Studie sei ein wichtiger Vorteil der KRK, dass sie stärkere Anreize schaffe, sich um chronisch kranke Menschen und kostenintensive Patienten und Patientinnen zu kümmern, weil die Möglichkeit des Wechsels bzw. der Abschiebung dieser „schlechten Risiken“ auf andere Krankenkassen entfalle. Die Studie attestiert denn auch dem Case Management ein bedeutendes Potential zur Effizienzsteigerung und damit für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Nachteile des KRK-Modells könnten bei der Dienstleistungsqualität entstehen. Es bestehe die Gefahr, dass bei einer KRK die Kundenbedürfnisse und -wünsche weniger stark berücksichtigt würden als bei einem System mit mehreren Anbietern. Da der Kanton Aufsichtsbehörde über die KRK und zugleich Kostenträger, Leistungserbringer und Tarifgenehmiger sei, ergebe sich eine problematische Machtkonzentration.

Ob die Gesundheitskosten mit einem KRK-Modell nachhaltiger und spürbarer als mit dem heutigen eingedämmt werden, hängt - so die Studie - von partiellen Verbesserungen des aktuellen Systems ab, insbesondere ob und wie der neue Risikoausgleich die Anreize zur Risikoselektion verringern werde. Sollte diese nicht geschehen, würden die Anreize der Kassen in einem Wettbewerbssystem weiterhin gering bleiben.

Die wichtige Frage der möglichen Auswirkungen des neuen Risikoausgleichs auf das Ausmass der Risikoselektion auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung konnten die Verfasser der Studie vor allem aufgrund mangelnder Daten über die Struktur der Gesundheitskosten nicht beantworten, weil diese Daten allein den privaten Krankenversicherern zur Verfügung stehen.

2.3 Zusammenfassung

Die KRK kann eine Alternative zum heutigen System darstellen. Entscheidend für die zukünftige Prämienentwicklung ist die Frage, welches System besser geeignet ist, die Behandlungskosten zu steuern. In diesem Zusammenhang spielt vor allem die Ausgestaltung von Managed Care Modellen eine Rolle. Welches der beiden Systeme in diesem Bereich besser abschneidet, hängt vor allem davon ab, ob der neue Risikoausgleich in der Lage ist, die Risikoselektion entscheidend zu vermindern. Bevor diese Fragen nicht geklärt sind, besteht für den Übergang zur KRK heute noch keine Veranlassung.

III. Politische Forderungen

Die Studie zeigt Wege auf, wie die Effizienz im heutigen System ohne grössere Änderungen verbessert und der Kostenanstieg gebremst werden kann. Vor diesem Hinter-

grund erheben die an der Studie beteiligten Gesundheitsdepartemente folgende politische Forderungen:

1. Einhaltung und Verstärkung des Gentlemen-Agreements betreffend Werbekosten

Die GDK-Ost nimmt mit Befriedigung davon Kenntnis, dass der politische Druck die Krankenkassen endlich zu einem Umdenken bewogen hat. Die Kassen sind aber leider nur bereit, die Telefonwerbung zu verbieten sowie den Maklern eine Obergrenze von 50 Franken pro Abschluss zu bezahlen. Die anderen Werbeausgaben unterliegen nicht dem Verhaltenskodex. Das von den Kassen bezifferte Potential von Einsparungen in der Höhe von 100 Mio. Franken ist entsprechend als bescheiden zu beurteilen. Die Studie bezeichnet die durch Werbung ausgelösten Wechsel als schlecht, da diese unnötige Kosten verursachen und die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden untergraben.

2. Nachhaltige Verbesserungen im Risikoausgleich

Der Risikoausgleich führt dazu, dass sich Krankenkassen mit hohem finanziellen Aufwand gegenseitig gute Risiken abjagen. Diese Wechsel verursachen dem System unnötige Kosten und erzielen keine nachhaltige Wirkung auf das Prämienwachstum. Ein verbesserter, wirksamer Risikoausgleich ist dringend notwendig. Die Erkenntnisse der Studie lassen allerdings zweifeln, ob die Anpassungen ausreichen, um die unerwünschte Risikoselektion zu unterbinden. Die GDK-Ost fordert eine griffige wirksame Lösung unter Einbezug von weiteren Kriterien (bspw. Medikamentenbedarf).

3. Verbot von Billigkassen

Billigkassen sind nur auf den ersten Blick ein Vorteil für die Versicherten. Billigkassen haben tiefe Prämien, nicht weil sie günstig arbeiten, sondern weil sie gute Risiken mit geringen Ausgaben anziehen. Die Billigkassen versuchen deshalb mit allen Mitteln, die Prämien tief zu halten. Ansonsten scheitert dieses Geschäftsmodell. Den Billigkassen muss deshalb besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das Bundesamt für Gesundheit plant eine verbesserte Aufsicht der Krankenkassen, was jedoch zu einem personellen Mehraufwand in der Verwaltung führt. Diesen müssen die Versicherten allenfalls über ihre Prämien finanzieren ebenso wie die Wechselkosten. Diese kostentreibenden Ineffizienzen sind nach Ansicht der GDK-Ost unnötig. Die Billigkassen tragen nicht zu einer Kosteneindämmung bei und sind zu verbieten.

4. Tarifverhandlungen: kein Basar

Die GDK-Ost ist besorgt, dass der Tarifverbund der Krankenkassen (Tarifsuisse) bröckelt. Der Alleingang von Krankenkassen wie Helsana, KPT oder Sanitas bläht das System bürokratisch auf. Müssen die Leistungserbringer wie Spitäler mit verschiedenen Kassen Tarif- und Vertragsverhandlungen führen, verursacht das personellen Mehraufwand – und zwar auf beiden Seiten. Viele Leistungserbringer können aus Praktikabilitätsgründen nicht verschiedene Tarife vereinbaren. Die Versicherten zahlen letztendlich

diesen Zusatzaufwand über höhere Prämien, ohne einen entsprechenden Mehrwert zu erhalten. Die Kantone stehen vor Problemen bei der Tarifgenehmigung, indem sie für das gleiche Spital unter Umständen verschiedene Tarife zulassen müssen.

5. Abkehr vom System kantonaler Reserven

Kantonale kalkulatorische Reserven sind nach Ansicht der GDK-Ost ein Systemfehler. Die Kassen müssen ihre kantonalen Reserven aufstocken, wenn die Zahl ihrer Versicherten steigt. Dieser Aufbau muss mit einer Erhöhung der Prämien finanziert werden. Das kann dazu führen, dass neu eingetretene Versicherte die Kasse wieder verlassen. Die Reservevorschriften können unnötige Kassenwechsel auslösen. Bei den kantonalen Reserven handelt es sich um statistische, und nicht versicherungsmathematische Grössen. Die Versichertenkollektive einzelner Kassen sind in kleineren Kantonen zu klein, um eine finanztechnische Sicherheit zu erreichen. Deshalb wird eine Sicherstellung von genügenden Reserven auf Betriebsebene gefordert.

6. Pflicht zur flächendeckenden Einführung von Managed Care Modellen

80 Prozent der Nettokosten fallen bei 10 Prozent der Versicherten an. Die Studie ortet hier das grösste Potential für Effizienzsteigerungen und somit Kosteneinsparungen. Managed Care hat zum Ziel, Angebot und Nachfrage über finanzielle Anreize aufeinander abzustimmen. Insbesondere die Betreuung von chronisch kranken Personen im Rahmen von Case Management senkt die Kosten, verbessert den Ablauf des Behandlungsprozesses und baut Doppelspurigkeiten ab. Die GDK-Ost bedauert ausserordentlich, dass das eidgenössische Parlament den Nutzen einer flächendeckenden und obligatorischen Einführung von Managed Care in Frage stellt und nicht vorantreibt.

IV. Fazit

Der Regierungsrat beobachtet die Entwicklung im Gesundheitswesen weiterhin aufmerksam. Die Umsetzung der sechs politischen Forderungen der GDK-Ost führt zweifelsohne zu nachhaltigen Einsparungen im Gesundheitswesen. Dies liegt im Interesse der Versicherten sowie der Kantone, welche mit über 7 Mia. Franken an die obligatorische Krankenpflegeversicherung sowie den Beiträgen über die individuelle Prämienverbilligung einen erheblichen Teil der Kosten im Gesundheitswesen mitfinanzieren. Sollten die geforderten Verbesserungen in absehbarer Zeit wirksam werden, kann auf die Einführung eines KRK-Modells verzichtet werden.

V. Antrag

Der Regierungsrat hat mit dem vorliegenden Bericht den Antrag bereits erfüllt. Wir beantragen Ihnen deshalb, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, vom Bericht Kenntnis zu nehmen und das Geschäft als erledigt am Protokoll abzuschreiben.

Der Präsident des Regierungsrates

Dr. Jakob Stark

Der Staatsschreiber

Dr. Rainer Gonzenbach