

Langläufer leben länger, oder Krankheiten sind (und bleiben) nicht marktfähig



Auch ein Arzt wird manchmal krank und denkt über die Kosten nach, die seine Krankheiten verursachen. Selbstverständlich ist er bei einer Krankenkasse grundversichert, zahlt für Medikamente, achtet auf seine Prämien – und staunt über die Entwicklungen im Gesundheitswesen. Hanswerner Iff, Arzt im Ruhestand, greift hier Erlebtes auf und kommentiert es. Seine Betrachtungen sind subjektiv – und sollen zum Nachdenken anregen.

von Hanswerner Iff

Telefongespräch mit der Krankenkasse

Das schweizerische Loipennetz für Langläufer wird von einem Grossverteiler, einer Telekom-Gesellschaft wie auch von einer Krankenkasse gesponsert. Das ist erfreulich und hoffentlich für alle drei Unternehmen gut angelegtes Werbegeld. Besonders einer Krankenkasse steht es gut an, sich für diese Sportart zu engagieren. Der Slogan «Langläufer leben länger» wurde bereits vor Jahrzehnten geschaffen und ist bestens bekannt. Dabei fördert jede vernünftige Sportart die Gesundheit und kann Leben verlängern. Deshalb darf man davon ausgehen, dass Langläufer gesunde Menschen sind. So dachte wohl auch ein Mitarbeiter der sponsernden Krankenkasse, der mich vor einigen Wochen anrief. Meine Telefonnummer hatte er über die Geschäftsstelle «Loipen Schweiz» erhalten, die jeweils meinen Langlauf-Saisonpass ausstellt. Übers Telefon wurde ich aufgefordert, die Krankenkasse zu wechseln. Es war offensichtlich, dass der Krankenkassenfunktionär anhand der Liste von Loipenpass-Inhabern nach gesunden, jungen Neukunden Ausschau hielt. Das Gespräch war recht kurz, der Anrufer beendete es, als er erfuhr, dass ich bereits über 70 Jahre alt bin ...

Kommentar

Nach diesem Gespräch ging mir einiges durch den Kopf. Einmal mehr zeigte sich, dass Krankenkassen nach Mitteln und Wegen suchen, um möglichst junge Kunden und Prämienzahler zu gewinnen. Diese Haltung ist nachvollziehbar, denn solche Kunden bedeuten ein gutes Geschäft. Die Krankenkassen sind mit dieser Strategie erfolgreich, weil im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein griffiger Artikel zum Risikoausgleich in der Grundversicherung fehlt. Und um die Grundversicherung geht es hier. Ein solcher Artikel wäre nötig, um die Versicherungsrisiken ausgeglichen auf die Kassen zu verteilen.

Es steckt aber noch mehr dahinter: Krankenkassen dürfen laut Gesetz mit der Grundversicherung keinen Gewinn erwirtschaften. Deshalb sind sie daran interessiert, dass die Kunden Zusatzversicherungen abschliessen. Diese bieten die Kassen gewinnbringend an. Doch mit der Grundversicherung sind die Behandlungen im Krankheitsfall bereits abgedeckt. Die Kosten für alle nötigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, ambulant oder im Spital, werden von ihr übernommen. Die Zusatzversicherungen bieten, je nach Angebot, mehr Komfort und decken spezielle Wünsche ab. Auf das Be-

handlungsergebnis sollten sie keinen Einfluss haben.

Wie wäre wohl in meinem Fall die Fortsetzung des Telefongesprächs verlaufen, wenn der Krankenkassenmitarbeiter sich mit mir über den Abschluss von Zusatzversicherungen unterhalten hätte? Vielleicht so: «Aha, Sie hatten also eine schwere Lungenentzündung während einer Blutkrebserkrankung? Da müssen wir einen Vorbehalt für diese Krankheiten anbringen und entsprechende Versicherungsleistungen ablehnen. Und dann wurde bei Ihnen eine Magnetresonanztomographie der Knie und Schultern durchgeführt? Dann dürfen Sie auch keine Zusatzleistungen bei Gelenkerkrankungen erwarten.» Mit anderen Worten: Wenn für die Krankenkassen Kosten zu erwarten sind, ziehen sie sich aus dem Geschäft zurück.

Krankheiten sind im Versicherungsmarkt nicht erwünscht. Sie sind nicht marktfähig. Darum müssen wir zu unserer breit abgestützten Grundversicherung Sorge tragen, die für die Krankheiten einsteht und gleichzeitig die Solidarität unter den Versicherten stärkt. Die Aufgabe einer Krankenkasse bleibt zweifellos die finanzielle Unterstützung kranker, und nicht Suche nach gesunden Menschen.