

Die ÖKK und ihre Zukunft

Autor(en): Thomas Mall
Quelle: Basler Stadtbuch
Jahr: 1983

<https://www.baslerstadtbuch.ch/.permalink/stadtbuch/fa8c9bd1-e56e-43c4-a402-fcbeccb53e53>

Nutzungsbedingungen

Die Online-Plattform www.baslerstadtbuch.ch ist ein Angebot der Christoph Merian Stiftung. Die auf dieser Plattform veröffentlichten Dokumente stehen für nichtkommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung gratis zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrücke 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 schriftlicher Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des vorherigen schriftlichen Einverständnisses der Christoph Merian Stiftung.

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.

Die Online-Plattform [baslerstadtbuch.ch](http://www.baslerstadtbuch.ch) ist ein Service public der Christoph Merian Stiftung.

<http://www.cms-basel.ch>

<https://www.baslerstadtbuch.ch>

Die ÖKK und ihre Zukunft

Es ist weitherum bekannt, dass die Öffentliche Krankenkasse (ÖKK) in einer derart tiefen Krise steckt, dass neue Wege gesucht werden müssen. Dass in einer solchen Situation Lösungsvorschläge verschiedenster Art formuliert werden, ist ganz natürlich und trägt dazu bei, dass die Problematik umfassend beleuchtet werden kann. Eine unerwünschte Folge ist jedoch, dass dadurch diejenigen verunsichert werden, die sich nicht speziell mit dem Problem befassen. Im folgenden soll deshalb versucht werden zu analysieren, warum es zur heutigen Situation kommen konnte und welche «Kuren» für die kranke ÖKK in Frage kommen.

Historischer Rückblick

Ausgangs des letzten Jahrhunderts erhielten die wirtschaftlich schlechter gestellten Kantonseinwohner bei Krankheit unentgeltliche Behandlung durch die Allgemeine Poliklinik. Im Jahre 1914 wurde die ÖKK zur Anpassung der Basler Verhältnisse an das eidgenössische Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911 als erste öffentlich-rechtliche kantonale Krankenkasse der Schweiz gegründet. Im selben Jahr wurde auch das Teilobligatorium für Bevölkerungsteile mit Prämienbeitrag eingeführt. Schon 1920 versicherte die ÖKK 50% der kantonalen Bevölkerung. 1940 waren es 70%, 1960 62% und 1979 54%. Seither schrumpfte der Mitgliederbestand weiter; dies, weil die Konkurrenz tiefere Prämien besonders für gute Risiken anbot, aber auch als Folge einer Verunsicherung angesichts der Ungewissheit des weiteren Schicksals der ÖKK.

Zur *finanziellen Situation* ist zu bemerken, dass in den 65 Jahren von 1914 bis 1979 nur gerade 15 Jahresrechnungen ohne Defizit abgeschlossen. Im Jahre 1960/61 wurde eine grundlegende Sanierung durchgeführt und das aufgelaufene Defizit von 11 Millionen Franken von der Staatskasse übernommen. Gleichzeitig wurde eine Prämiennachschusspflicht eingeführt, was bedeutet, dass bei Vorliegen eines Defizites die Mitglieder Zusatzprämien bis zum Ausgleich der Rechnung zu zahlen haben. Aus den verschiedensten Gründen wurde diesem Prinzip jedoch nicht nachgelebt, so dass es dazu kommen konnte, dass seit 1971 eine ununterbrochene Reihe von defizitären Abschlüssen im Ausmass von 1–9 Millionen Franken pro Jahr ausgewiesen wurde. Dies führte bis Ende der 70er Jahre zu einem kumulierten Defizit von 33 Millionen Franken. In der Zwischenzeit waren die Prämien wohl laufend erhöht worden, jedoch immer etwas weniger, als zur vollen Kostendeckung nötig gewesen wäre. Die Relationen vermag die Rechnung etwas zu erhellen, dass jeweils eine 5prozentige zusätzliche Prämienerrhöhung Mehreinnahmen von ca. 8 Millionen Franken gebracht hätte. Derart kostendeckende Prämien hätten die ÖKK aber im Vergleich mit anderen Kassen konkurrenzunfähig gemacht. In dieser Situation wurden Überlegungen zur Sanierung dieser regelmässig anfallenden Defizite angestellt. Der entsprechende Ratschlag wurde dem Grossen Rat im Juni 1981 zugestellt.

In der Zwischenzeit hat sich die Finanzlage der ÖKK weiter verschlechtert. So hat sich der Jahresverlust von 1979 bis 1982 von 6,5 auf

24 Millionen Franken und das kumulierte Defizit auf nahezu 100 Millionen Franken erhöht. Massnahmen, diese Entwicklung zu brechen, sind also dringend geworden.

Besonderheiten der ÖKK

1. Teilobligatorium:

Krankenkassen pflegen bei der Aufnahme neuer Mitglieder Vorbehalte für bereits bestehende Krankheiten zu machen, in der Regel während 5 Jahren. Die ÖKK hingegen hat die obligatorisch Versicherten ohne Vorbehalt aufgenommen. Damit war sie für Risikobelastete die weitaus günstigste Versicherung und hat deshalb diese Versichertengruppe bei sich konzentriert. Dies führte zu einer Verschlechterung der Risikostruktur.

2. Einheitsprämien bis 1974/81:

Bis 1974 galt eine Einheitsprämie, unabhängig vom Eintrittsalter. Jüngere Versicherte hatten also keine niedrigeren Prämien wie bei anderen Kassen, hingegen hatten die älteren auch keine höheren. Das führte zu einer Abwanderung bzw. zum Nichtbeitritt bei den Jüngeren und zu einem verstärkten Beitritt von Älteren, insgesamt also zu einer schlechteren Altersstruktur. Dieses System wurde in einem ersten Schritt 1974 und in einem zweiten Schritt 1981 dem bei den Konkurrenzkassen üblichen System angeglichen.

3. Prämiengleichheit für Mann und Frau:

Die ÖKK erhebt für Männer und Frauen die gleichen Prämien. Dies bedeutet im Vergleich zu anderen Kassen eine um ca. 10% tiefere Prämie für Frauen.

Zu diesen drei Punkten kommt als Besonderheit der ÖKK hinzu, dass sie praktisch ausschliesslich eine städtische Bevölkerung versichert. Es ist bekannt, dass Stadtbewohner rascher und häufiger ärztliche Leistungen bean-

spruchen als eine Landbevölkerung. Der Anteil der Patienten, der in einem Universitäts-spital (= Lehrspital) versorgt wird, ist im Stadtkanton Basel relativ hoch. Als spezifische Eigenheit der Basler Bevölkerung ist zudem ihre Altersstruktur zu nennen, mit dem im schweizerischen Vergleich höchsten Anteil an Betagten und Hochbetagten. Obwohl nicht kostendeckende Prämien erhoben werden, wozu sie ja nach den geltenden Bestimmungen verpflichtet wäre, ist die ÖKK für viele Versicherte aus diesen sowie den vorerwähnten Gründen etwas teurer als die Konkurrenz. Das führt zum Abwandern der guten Risiken bzw. hält diese vom Beitritt ab, was die Risikostruktur weiter verschlechtert und die Gesamtzahl der Versicherten abnehmen lässt. Diese Besonderheiten der ÖKK sind die wichtigste Erklärung dafür, warum sie im Verhältnis zu ihren Konkurrenten heute schlechter dasteht.

Die Sanierungsvarianten

Mit dem Ratschlag 6738 wurden von der Regierung dem Grossen Rat im Juni 1981 zwei Sanierungsvarianten vorgelegt:

Variante A: Öffentlich-rechtliche Genossenschaft. Der Grundgedanke dieser Variante bestand in einer Loslösung der ÖKK vom Staat (erschwerter Zugang zur Defizitdeckung) und in der Verpflichtung zu kostendeckenden Prämien. Die neue Genossenschaft sollte in bezug auf Subventionen genau gleich wie die übrigen Kassen behandelt werden, wobei jedoch zwei wichtige Ausnahmen vorgesehen waren:

1. Risikosubvention, d.h. Ausgleich für schlechte Risiken wegen vorbehaltlosem Beitritt;
2. Altersbaumsubvention, d.h. Ausgleich für das schlechte Altersrisiko.

Der wichtigste Einwand gegen diese Variante

ist der Hinweis darauf, dass die Verpflichtung zu kostendeckenden Prämien, ja sogar die Nachschusspflicht, schon bei früheren Sanierungen eingeführt worden war, dass aber diesen Forderungen aus verschiedenen Gründen nicht nachgelebt wurde.

Variante B: Multifusionsvertrag mit 13 Kassen vom 6. Mai 1980.

Vorgesehen war auf den 1. Januar 1982 oder 1983 die Aufteilung der bisherigen Versicherten der ÖKK auf 13 bestehende schweizerische Kassen, was zur Angleichung des Basler Systems an die Verhältnisse in der übrigen Schweiz geführt hätte. Zur Wahrung der Interessen der ÖKK-Versicherten waren im speziellen vorgesehen:

- Wahrung des Versicherungsschutzes;
- Vom Staat bezahlte Eintrittsprämien für Personen über 40 Jahre;
- Keine Prämienerrhöhung während eines Jahres. Weitere Erhöhungen sollten nach Möglichkeit dem schweizerischen Durchschnitt angeglichen werden;
- Freizügigkeit der Wahl der neuen Kasse (ausserhalb der Zuteilungsquoten);
- Frauen- = Männerprämie (Subvention der Frauenprämien mit Fr. 60.– p.a.).

Aus terminlichen Gründen kam jedoch eine Stellungnahme hiezu nicht zustande. Der Ratschlag wurde Mitte 1981 dem Grossen Rat zugestellt und im Oktober an eine Spezialkommission gewiesen, die im November ihre Arbeit aufnahm. Angesichts des umstrittenen Geschäftes und des vorauszusehenden Referendums gegen einen allfälligen Beschluss wäre eine abschliessende parlamentarische Behandlung innerhalb von 6 Monaten nötig gewesen. In Anbetracht der sehr gespaltenen Meinungen, was ja schon dazu geführt hatte, dass die Regierung sich nicht auf *eine* Variante festlegen konnte, war diese Zeit zu kurz. Die

Fusionskassen wollten jedoch den Vertrag nicht erneuern, so dass der Diskussion der Boden entzogen war.

In dieser Situation bestellte der Regierungsrat eine Delegation, bestehend aus den Regierungsräten Wyss und Jenny sowie Staatschreiber Dr. Weiss zur Aushandlung eines neuen Vertrages. Das Resultat liegt im Ergänzungsbericht Nr. 7741 vor. Darin wird folgende neue Lösung vorgeschlagen:

Teil 1: Weiterführen der ÖKK als geschlossene Kasse (keine Neuaufnahmen) für die in Basel-Stadt wohnhaften über 65jährigen.

Teil 2: Multifusion mit 8 Kassen für alle anderen ÖKK-Mitglieder. Zu deren Schutz wären ähnliche Massnahmen wie bei der Sanierungsvariante B vorgesehen:

- Wahrung des Versicherungsschutzes;
- Freizügigkeit;
- Prämien: Massgebend ist das Eintrittsalter in die ÖKK;
- Frauen- = Männerprämien, solange Basel-Stadt die Differenz bezahlt, was vorerst für 10 Jahre vorgesehen ist;
- Obligatorisch Versicherte werden ohne Vorbehalt aufgenommen.

Um von den Krankenkassen die Zustimmung zu diesem Vertrag zu erhalten, musste sich Basel-Stadt zu den folgenden Leistungen verpflichten: Zahlung von Fr. 500.– Einkaufssumme für in Basel-Stadt wohnhafte Versicherte über 65 Jahren (die anteilmässigen Leistungen für ausserkantonale Versicherte sind in diesem Betrag enthalten) sowie Zahlung eines Frauenprämien-Ausgleichs von Fr. 80.– p.a. mit jährlicher Anpassung an die Teuerung während mindestens 10 Jahren. Zusätzlich verpflichtet sich der Kanton, für die Jahre 1983/84 auf stärkere Spalttaxerhöhungen zu verzichten. Als Termin ist der 1. Januar 1984 vorgesehen. Bei späterem Inkrafttreten

erhöhen sich die Leistungen des Kantons um je 10% pro Jahr.

Bemerkungen zur kombinierten Sanierungsvariante

Es handelt sich hier um einen typischen Kompromissvorschlag. Das Ziel, ein System wie in der übrigen Schweiz zu erhalten, wird erreicht unter Ausklammerung der Älteren in der Auslaufkasse. Für diejenigen, denen am meisten daran liegt, bleibt die ÖKK erhalten. Politisch zeichnet sich eine breitere Zustimmung ab; die ganze Regierung steht hinter dem Vorschlag. Opposition erwächst der Vorlage vor allem aus folgenden Gründen:

– Je grösser der ungedeckte Kostenteil bei der staatlichen Krankenkasse, desto grösser ist das Defizit beim Staat, das via Steuern gedeckt werden muss. Die Steuern sind aber im Gegensatz zu den Kassenprämien einkommensabhängig progressiv.

Dem ist gegenüberzuhalten, dass zu tiefe Prämien, die zu Defiziten führen, *allen* ohne Berücksichtigung ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zugute kommen, also auch solchen, die das gar nicht benötigen (Giesskannenprinzip). Bedürftigen wird aber ohnehin mit staatlichen Prämienbeiträgen geholfen. In bezug auf die Prämienbeihilfen ist Basel-Stadt in der Schweiz mit Abstand der grosszügigste Kanton.

– Befürchtungen, die Prämien würden stark steigen: Eine gewisse Steigerung ist sicher; sie wäre auch bei der ÖKK unumgänglich, da ja die laufenden Defizite vermieden werden sollen. Befürchtungen, es müsste zu ungeheuren Prämien erhöhungen kommen, sind indessen übertrieben: So hätte bis in die letzten Jahre jeweils eine zusätzliche Prämienhöhung von 5% genügt, um bei der ÖKK zu einer ausgeglichenen Rechnung zu kommen. Die Notwendigkeit grosser Prämien sprünge ergibt

sich nur dann, wenn mit Anpassungen zu lange gewartet wird.

Die ÖKK hat eine anerkannt schlechte Risiko- und Altersstruktur, d.h. sie benötigt höhere Prämien als die Konkurrentenkassen. Durch die Staatsbeiträge im Rahmen der Sanierung und die folgende Multifusion wird für die ÖKK-Mitglieder die Notwendigkeit von Prämien erhöhungen über das allgemeine Mass hinaus behoben, was sicher im Interesse ihrer Mitglieder ist.

Finanzielle Konsequenzen der Sanierung für den Staatshaushalt

Die Berechnung der genauen Kosten irgendeiner Variante im Verlauf der nächsten 15 Jahre ist sehr schwierig, da man sich dabei auf verschiedene Annahmen stützen muss. Der Regierungsrat hat auf Grund von Expertenberechnungen ermittelt, dass bei einer Sanierung der ÖKK in Form einer Genossenschaft (Variante A) bis zur Jahrtausendwende rund 1850 Millionen Franken an Defiziten von der Staatskasse übernommen werden müssten. Bei der Multifusionsvariante (nach Bericht Nr. 7741) ergeben die analogen Berechnungen rund 770 Millionen.

Auf Grund der vielen Variablen ist es klar, dass über diese Zahlen lange diskutiert werden kann. Wesentlicher als deren absolute Höhe ist aber das relative Verhältnis sowie die Frage, warum eine Variante billiger sein soll und wer die Differenz bezahlt. Hier ist als wichtigstes Argument sicher zu erwähnen, dass allfällige Prämien erhöhungen nach einer Multifusion sich auf die Gesamtheit der Krankenpflegeversicherten in Basel verteilen und nicht nur auf die ÖKK-Versicherten. Durch die mit der Schaffung der Auslaufkasse dokumentierte Bereitschaft zur Übernahme der über das durchschnittliche Mass hinausgehenden Defizite der Gruppe mit den schlechten Risiken

werden die Voraussetzungen dazu geschaffen, in Basel-Stadt Kassenverhältnisse zu erhalten, wie sie in der übrigen Schweiz üblich sind. In diesem Zusammenhang sei es erlaubt, ein Fragezeichen hinter die vorgesehene Frauenprämien-Ausgleichssubvention zu setzen. Die Aufrechterhaltung der Prämienungleichheit für Mann und Frau, wie sie in der Schweiz nicht üblich ist, kostet den Kanton in den nächsten 15 Jahren über 100 Millionen Franken. Dieser Betrag geht zu einem grossen Teil an nicht bedürftige Frauen. Hingegen fehlt das Geld dann in der Staatskasse, wenn echt Bedürftigen geholfen werden soll. Zusätzlich besteht eine erhebliche Ungerechtigkeit: In den Genuss der Subvention kommen nur in Basel-Stadt wohnhafte Frauen, die bei der ÖKK oder zufälligerweise bei einer der 8 Vertragskassen versichert sind, während die übrigen leer ausgehen. Eine solche Subventionspolitik ist willkürlich.

Wie geht es weiter?

Die beiden Varianten, öffentlich-rechtliche Genossenschaft und Multifusion kombiniert mit Auslaufkasse, werden zur Zeit in der Spezialkommission des Grossen Rates beraten. Es ist anzunehmen, dass diese Beratungen im Herbst 1983 abgeschlossen werden können. Das Geschäft geht dann zurück an den Grossen Rat. Auf Grund der politischen Verhältnisse kann eine Mehrheit für die Variante Multifusion/Auslaufkasse angenommen werden. Der Beschluss des Grossen Rates unterliegt dem Referendum, das mit grosser Wahrscheinlichkeit ergriffen werden wird.

Einsparungen auf der Kostenseite

Alle bisherigen Ausführungen beziehen sich nur auf die Frage, wie die anfallenden Kosten zu verteilen, von wem sie zu tragen seien. Saniert werden kann natürlich auch, indem die

Kosten gesenkt werden. Nur scheint diese Frage noch erheblich komplexer als die eben behandelte.

Die «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen ist ein vielzitiertes Schlagwort. Es konnte jedoch schon hinreichend gezeigt werden, dass es sich hierbei nicht um eine «Explosion», sondern um eine gesetzmässige Entwicklung handelt, deren Ursachen bekannt sind. Nebst der Entwicklung der Medizin und der parallel dazu erfolgten Steigerung der Ansprüche der Bevölkerung sind es vor allem die Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten, deren Löhne den Löwenanteil der Gesamtausgaben ausmachen. Wenn im produktiven Sektor die Arbeitsbedingungen dem Produktivitätsfortschritt entsprechend verbessert werden, so müssen in einem Gebiet wie dem Gesundheitswesen, wo die Produktivität nicht durch Automatisierung etc. erhöht werden kann, die Kosten überproportional steigen, immer vorausgesetzt, die Arbeitsbedingungen würden im gleichen Mass verbessert wie im produktiven Sektor.

Auch wenn die Schweiz sehr hohe Gesundheitsausgaben ausweist, so sollten diese doch in Relation zum Bruttosozialprodukt gesetzt werden. Denn damit erhält man eine Vergleichszahl, ob das, was getan wird, noch der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht oder nicht. Hier bewegt sich die Schweiz mit rund 7% im unteren Bereich der Industrieländer. Die entsprechenden Zahlen für die USA, Deutschland und Schweden liegen zwischen rund 9 und 10%.

Wenn gespart werden soll, können grundsätzlich die Ausgaben für medizinische Leistungen oder diejenigen für den Komfort, in dem sich diese abspielen, gesenkt werden.

Beim internationalen Vergleich fällt sofort auf, um wieviel luxuriöser Gebäude und Einrichtungen der medizinischen Versorgung

(Spitäler!) bei uns sind. Es besteht auch z.B. ein weiterhin ungebrochener Trend, Mehrbettzimmer in einem Spital als unzumutbar zu betrachten. Zugegeben, die Mehrausgaben für grösseren Komfort halten sich, gemessen an den Gesamtkosten, in relativ bescheidenem Rahmen. Andererseits ist es, wenn schon die Mittel beschränkt sind, besser, vorübergehend eine Komfoteinbusse in Kauf nehmen zu müssen, als dass durch Verzicht auf medizinische Leistungen im Einzelfall nicht wiedergutmachende Folgen auftreten. Erstaunlicherweise ist bei unserer Bevölkerung die Bereitschaft zu Komfoteinbussen relativ unpopulär. Freiwillig bringen ja oft mehr Patienten die hohen zusätzlichen Kosten für Privatbehandlungen auf, als in den Spitälern Privatbetten verfügbar sind.

Vielfältig sind hingegen die Vorschläge zur Reduzierung der Kosten beim medizinischen Aufwand. Geläufiges Stichwort ist die Beschränkung der «Spitzenmedizin». Oft werden solche Vorschläge jedoch in Unkenntnis darüber gemacht, was diese Spitzenmedizin nun genau ist und was die Folgen eines Verzichtes wären. Meist sieht die Sachlage auch sehr verschieden aus, wenn man als selbst Erkrankter oder vom grünen Tisch aus argumentiert. Wer für die «Abschaffung der Spitzenmedizin» plädiert, muss wissen, dass dies in Einzelschicksalen eine Resignation bedeuten kann und für die Gesamtheit eine Senkung des allgemeinen medizinischen Niveaus beinhaltet.

Manchmal wird betont, dass der zusätzliche Aufwand im Gesundheitswesen keinen entsprechenden Zuwachs an «Volksgesundheit» bringe. Wer so denkt, beweist, dass er die Lage der heutigen Medizin nicht begriffen hat. Die Zeit der grossen Seuchenbekämpfungen ist bei uns vorbei. In unserer heutigen Gesellschaft behandeln wir vor allem chronische Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen.

Die medizinischen Bemühungen bewirken, dass die Erkrankten länger am Leben bleiben und dass somit die Gesamtbevölkerung eher «kranker» wird. Weil wir aber das Individuum als solches respektieren, lässt sich das nicht ändern. Fortschritte bedeuten heute bessere Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten bei bestimmten Einzelfällen und mehr Sicherheit des Patienten (Apparate, Medikamente). Das kann sich zahlenmässig natürlich nicht erheblich auf die Gesamtbevölkerung auswirken. Bisher wurde bei uns niemandem aus finanziellen Gründen nicht geholfen. Wer dieses Prinzip in Frage stellen will, sollte sich zum mindesten der Tragweite einer solchen Einstellung bewusst sein.

Trotzdem sind Einsparungen bei der Spitzenmedizin möglich. Dies dadurch, dass in vernünftigem regionalem Rahmen Einzugsgebiete für gewisse Leistungen abgesteckt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Die Kinderspitäler der beiden Basel sind hier ein vielzitiertes negatives Beispiel. Partnerschaftliche Lösungen würden beiden Seiten Positives bringen, falls die Bereitschaft zum echten Teilen der Verantwortung und der Kosten vorhanden wäre.

Angebot und Nachfrage bestimmen sich im Gesundheitswesen bis zu einem gewissen Grad selbst. Dies weniger darum, weil die Ärzte unnötige Leistungen erbringen, als vielmehr deshalb, weil leichtere Erhältlichkeit den Konsum ärztlicher Leistung fördert. Barrieren organisatorischer oder finanzieller Art sind für denjenigen, der wirklich Hilfe braucht, ungerecht. Viel leichter liesse sich das Ziel einer Verminderung oder Konstanthaltung des Konsums ärztlicher Leistung durch eine Verknappung des Angebotes erreichen. Es stünde dann im Entscheidungsspielraum jedes Einzelnen, ob er seinen Arzt trotz gewissen Wartezeiten konsultieren will oder

nicht. Hier wird bisher aber gesamtschweizerisch das genaue Gegenteil des Notwendigen getan, es werden nämlich seit Jahren unvermindert nachgewiesenermassen viel zu viele Ärzte ausgebildet.

Einsparungen bei den Medikamentenkosten können schon deshalb kein überwältigendes Ausmass annehmen, weil deren Anteil an den Gesamtkosten nur wenig über 10% liegt. Die Forderung, von einer von mehreren Firmen angebotenen Substanz jeweils nur die billigste Form zuzulassen, hört sich gerade in Basel mit seiner bedeutenden forschenden chemischen Industrie grotesk an. Auf Grund der in den letzten Jahren im Interesse der Konsumenten enorm ausgebauten, der Medikamentensicherheit dienenden Prüfungen verstreicht oft mehr als die Hälfte der Dauer eines Patentschutzes, bevor eine neue Substanz auf den Markt gebracht werden kann. Nach Ablauf der Schutzfrist können andere Firmen ohne die geringsten Forschungsaufwendungen unter Benützung der von der Konkurrenz erarbeiteten Daten die gleiche Substanz verständlicherweise billiger anbieten. Weder die Kranken noch Basel haben aber ein Interesse daran, fruchtbare Forschungstätigkeit unmöglich zu machen. Zu überlegen wäre allenfalls, ob nicht die Schutzdauer verlängert werden sollte.

Ein gefährlicher Weg zur Sanierung der Krankenkassen ist das Herumlaborieren am Begriff «Krankheit» und somit an der Definition der Leistungspflicht der Kasse. Man ist heute teilweise daran, chronischen körperlichen Defektzuständen vor allem im Alter den Krankheitswert abzuerkennen. Diese Entwicklung ist problematisch, denn sie kann zur einseitigen Schlechterstellung einer Randgruppe führen. Die Unterscheidung zwischen Altersgebrechlichkeit und Krankheit ist schwierig. Falls das Problem ausgeweitet und allgemein

bekannt würde, stellte sich die Frage, wie dieses Risiko versicherungsmässig abgedeckt werden könnte. Das würde aber nicht zu einer Kosteneinsparung, sondern nur zu einer Erhebung unter einem anderen Namen und mit reduzierter Solidarität führen.

*

Zusammengefasst bestehen die Sanierungsbemühungen der ÖKK im Versuch einer Angleichung des Kassensystems in Basel an jenes in der übrigen Schweiz. Allen Varianten liegt das Bemühen zugrunde, für die bisherigen Mitglieder gute und gerechte Lösungen zu finden. Der Kanton übernimmt in jedem Fall weitgehend die grossen Kosten einer Angleichung strukturell bedingter Mehraufwendungen bei der Basler Bevölkerung an den schweizerischen Durchschnitt. Nicht betroffen von den Sanierungsbemühungen für die ÖKK ist die traditionell grosszügige Bereitschaft Basels zu gezielten Beiträgen an die Krankenversicherung bei finanziell Schwächeren. Die Ziele der Systemänderung bei der ÖKK können nicht mit allgemeinen Sparmassnahmen erreicht werden. Hingegen ist die gründliche Prüfung von Möglichkeiten zur Kosteneinsparung unabhängig vom gewählten Versicherungssystem ein Dauerauftrag.