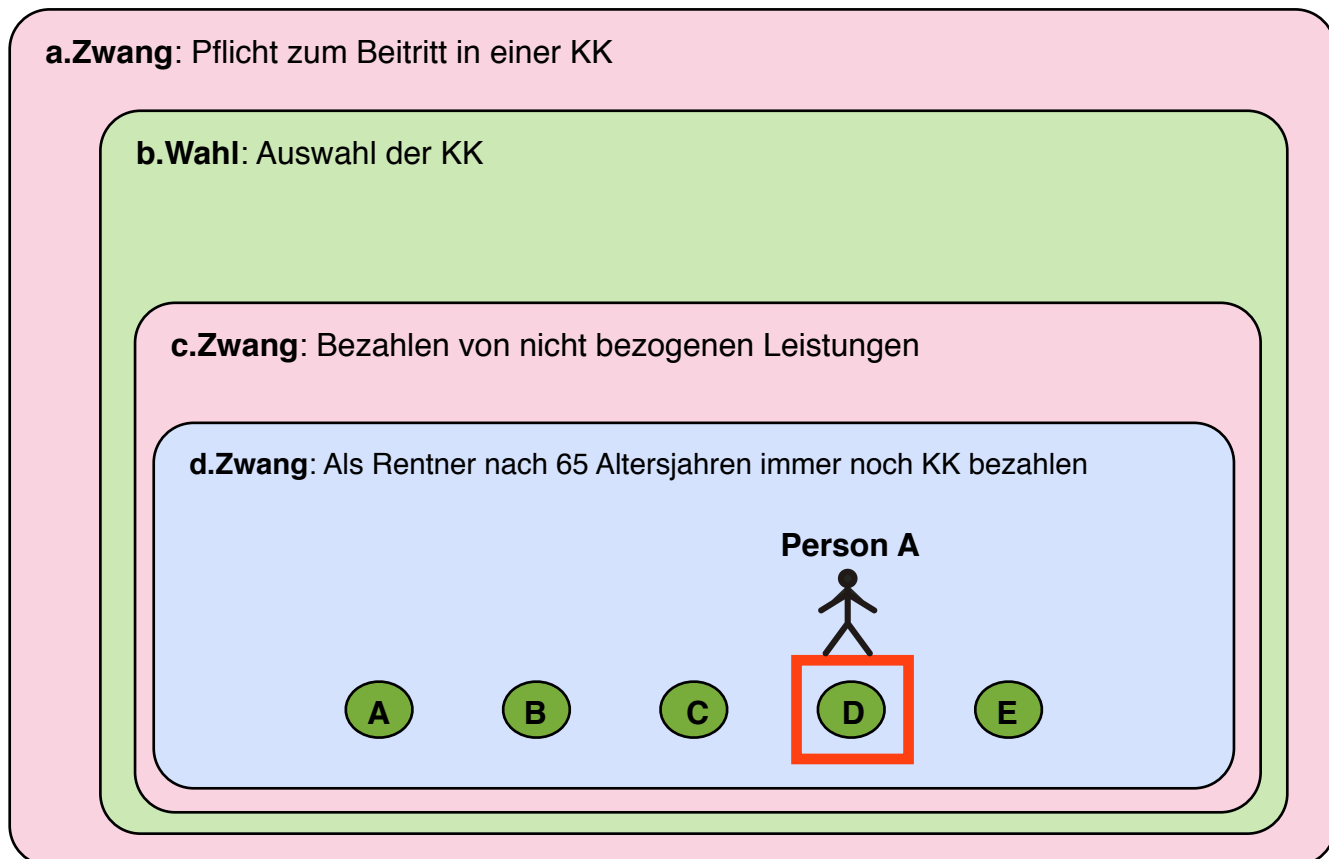
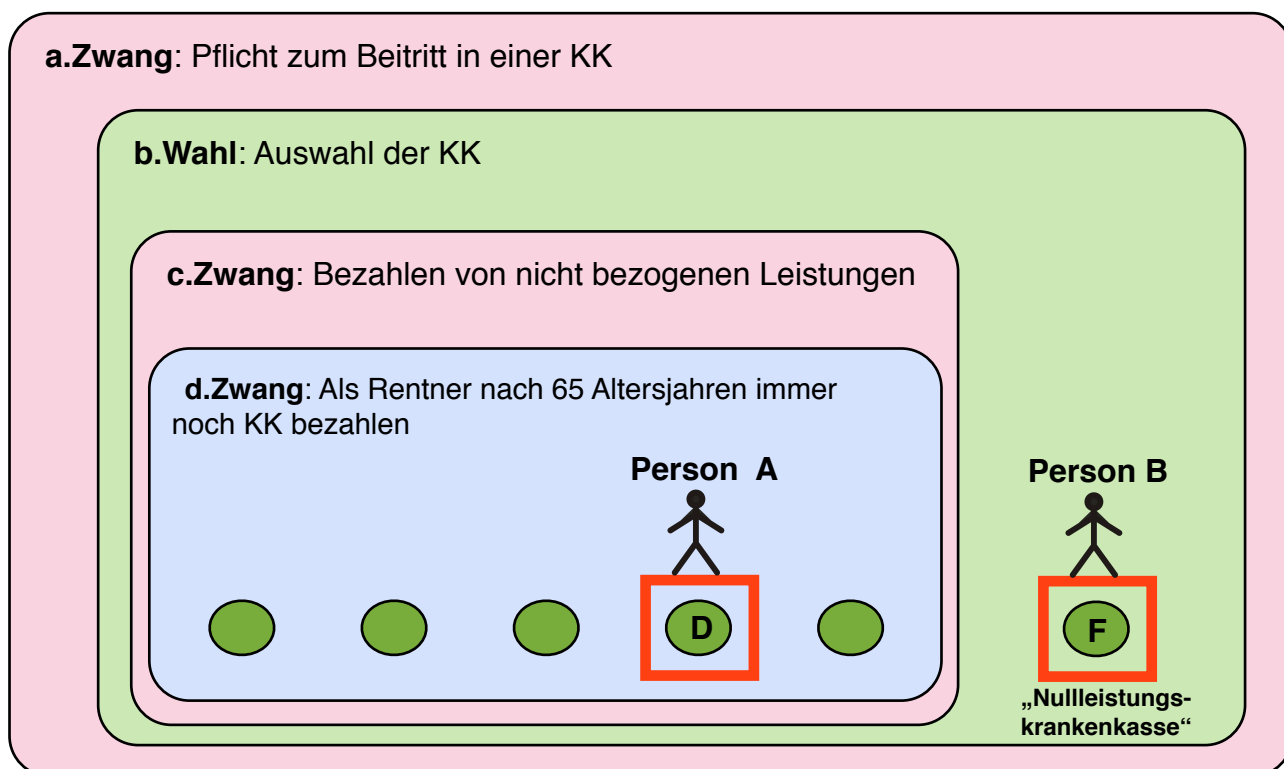


### Jetziges KK-System (Ist-Zustand)



\*Bildlegende: Person A kann innerhalb eines „Zwang-Wahl-Zwang-Zwang-Modus“ zwischen Krankenkasse A bis E wählen. Sie hat Krankenkasse D gewählt.

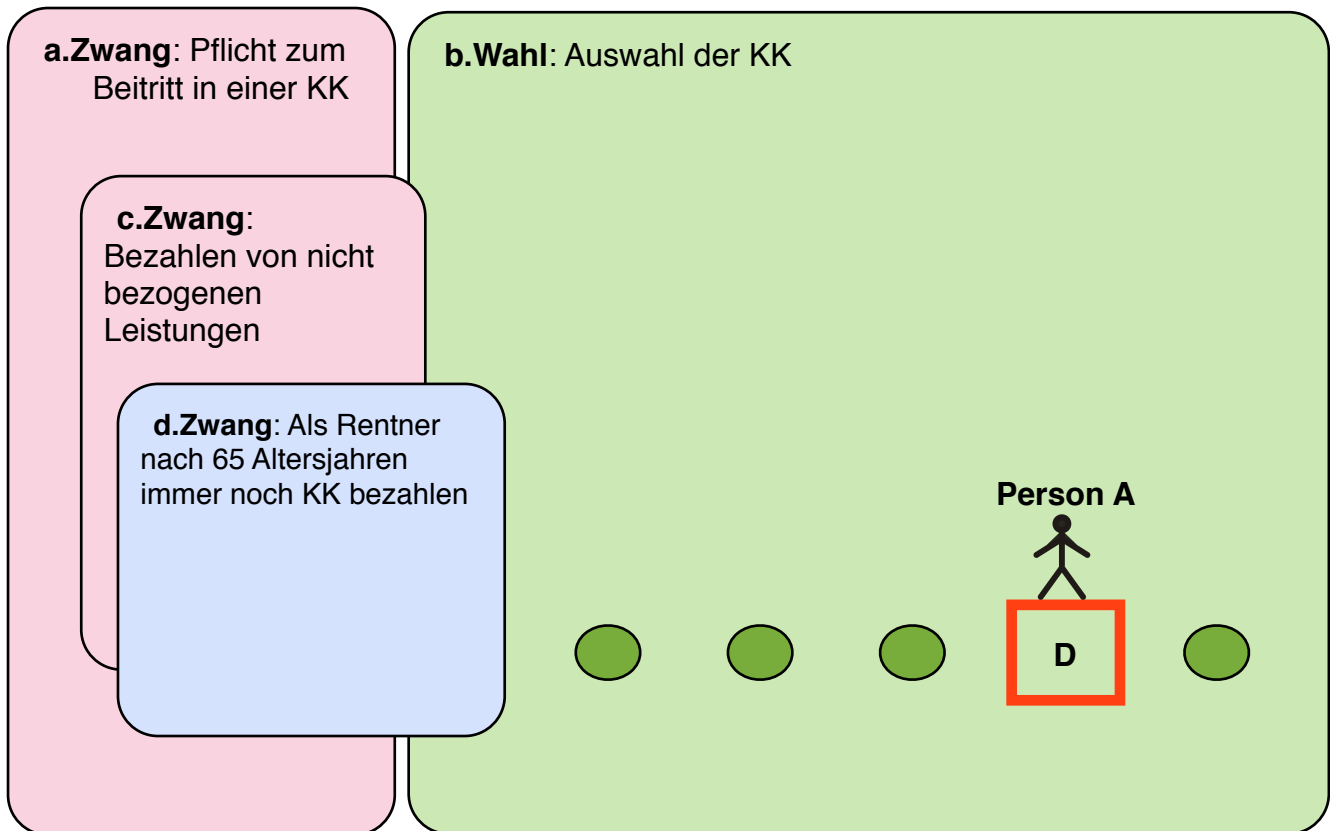
### Geändertes System ohne Krankenkassenzwang (Vorschlag 1)



\*Bildlegende: Person B hat innerhalb des „Zwang-Wahl-Zwang-Modus“ die Krankenkasse F gewählt.

## Geändertes System mit vollständiger Aufhebung des KK-Zwanges (Vorschlag 2)

Dieses System zeigt die Möglichkeit auf, dass jede Person in der Schweiz wählen könnte, ob er/sie eine Krankenkasse bezahlen möchte oder nicht. Wer keine Krankenkasse wählt, erhält auch keine KK-Leistungen. Er/sie ist aber nicht gezwungen, jedes Jahr mehr Prämien zu bezahlen oder kann auch ein paar Jahre seine Zahlungen aussetzen. Dieser Vorschlag ist möglicherweise zu radikal.



## Bemerkungen zum Systemwechsel

Das jetzige Krankenkassen-System beruht auf der Fehlannahme, dass unter den Krankenkassen ein Wettbewerb herrschen würde, obwohl weder eine Krankenkasse Konkurs gehen darf, noch der Versicherungsnehmer wirklich eine Kasse wählen kann, die seinen Bedürfnissen wirklich entspricht.

Der Versicherungsnehmer ist nicht einmal in der Lage, eine eigene Krankenkasse zu gründen, die seinen Bedürfnissen entspricht, und z.B. nur 50 Fr. pro Person und Jahr kosten würde.

Der Versicherungsnehmer ist auch nicht in der Lage, die jetzigen Krankenkassen zu mehr Wettbewerb und Kostenbewusstsein aufzufordern, da das Krankenkassen-Obligatorium des Bundes nur starre, ineffiziente, vermischte und gesicherte Geldflüsse der Versicherungsnehmer zu den Leistungserbringern (= Ärzte, Apotheker, Spitäler, Pharmaindustrie, usw.) zementiert und diese nicht etwa optimiert.

Daher lautet der **Vorschlag 1**, dass das Krankenkassen-Obligatorium zwar nicht aufgehoben wird, dass aber der Versicherungsnehmer die Wahl innerhalb des KK-Zwanges erhält, aus einer Krankenkasse zu wählen, **die keine Leistungen anbietet**, und dennoch eine kleine Gebühr von ca. 50 Franken/Person/Jahr verlangen würde, um die Administrationskosten zu decken.

Rein theoretisch könnte diese Gebühr von 50 Fr./Person/Jahr auf unter 5 Franken reduziert werden, weil mit 2 Mio. Schweizern, die diese Kasse nach meiner Einschätzung zukünftig wählen

könnten, eine KK-Administration mit 5 Büro-Personen finanziert werden könnte, welche die Versicherungsnehmer-Personalien verwaltet, die Adressdaten-Datenbank der „**Nullleistungskrankenkasse F**“ pflegt, und welche die „**Nullleistungskrankenkasse F**“ beim Bundesamt für Gesundheit am Leben erhält. Natürlich müsste diese Nullleistungskrankenkasse teilstaatlich sein, da sie aber keine Leistungen erbringen würde, stellt sie keinen Kostenfaktor dar. Mit 2 Mio. Fr. x 5 Fr./Person/Jahr ergibt das ein Budget von **10 Mio. Franken**, welches für eine reine KK-Administration mehr als genügen würde.

### Was ändert für Person A in Vorschlag 1?

Von **Vorschlag 1** zum jetzigen KK-System ändert für den einzelnen Versicherungsnehmer gar nichts. Der Versicherungsnehmer (Person A) kann weiterhin seine Krankenkasse wählen, er kann Leistungen von den Krankenkassen beziehen, er kann das Sozial- und Krankenkassensystem unberechtigt ausnutzen oder nicht, er kann zu viel oder zu wenig für seine Krankenkasse bezahlen, er kann sich ärgern oder nicht; er wird nicht auf seine Leistungen verzichten müssen. Die bisherigen anderen Versicherungsnehmer bezahlen seine Leistungen.

### Was ändert für Person B in Vorschlag 1?

Die Person B wird nicht mehr dazu angehalten und gezwungen, für die Allgemeinheit mit Geldern zuzudienen, die weder ihr, noch dem Gesundheitssystem etwas nützen, welches wiederum immer schwerfälliger, teurer, unbeweglicher wird, weil die eigentlichen Kosten durch das TARMED-Tarifsysteem fix fixiert sind, und unter den Ärzten, Spitälern, Medikamentenherstellern, usw., kein eigentlicher Kosten-Wettbewerb herrscht.

Die Person B kann selber entscheiden, ob er/sie später wieder eine Krankenkasse in **Untermengenkreis „d“** wählen möchte, oder ob er/sie für sein Lebensende die Eigenverantwortung wahr nehmen möchte, alle seine Kranken- und Unfallkosten selber oder mit seiner Familie selber zu bezahlen.

Es gibt immer Lösungen: Heute hört man, dass eine teure Operation kaum bezahlt werden könne, deshalb braucht es Krankenkassen. Doch ob die Operation wirklich berechtigt so teuer sein muss, ob man zwingend eine Krankenkasse dazu benötigt, wie vielen Personen jährlich Megakosten durch eine seltene Krankheit entstünden, weil man selber dieses Geld nicht auf einen Schlag aufbringen kann, wird nicht nachgedacht, oder wird auch nicht hinterfragt.

Die Person B wird im **Vorschlag 1** finanziell entlastet, da es erwiesenermassen sehr wenige Personen in der Schweiz gibt, die sich *am Matterhorn alle Knochen brechen*, eine *seltene Erbkrankheit haben*, oder durch einen *Unfall an den Rollstuhl* gebunden sind, wobei gesagt werden muss, dass es mit dem REGA- oder dem Paraplegiker-Beitrag von ca. **45 Fr./Person/Jahr** über genügend Alternativen zur *Krankenkassen-Angst* gibt, um alle Eventualitäten abzudecken.

### Was ändert für die Gesundheitsindustrie in Vorschlag 1?

Die Gesundheitsindustrie wird Probleme bekommen, weiter wie bis anhin „herum zu wursteln“ und ihre Kosten auf die Allgemeinheit und die zwangszahlenden KK-Prämienzahler abzuschieben. Bisher konnten die Gründe für ansteigende Kosten immer auf Pseudogründe und die Krankenkassen als „Prügelknaben“ geschoben werden, um die eigentlichen Kostentreiber auszublenden.

Sollten die Versicherungsnehmer in **Vorschlag 1** immer mehr zur **Krankenkasse D** abwandern, wird es für die Gesundheitsindustrie zukünftig schwierig werden, die bereits anfallenden Kosten, (wobei deren Berechtigung oder Wirtschaftlichkeit sehr in Frage gestellt wird!) auf immer weniger Versicherungsnehmer (**Krankenkassen A bis E**) zu verteilen.

**Die Folge:** Die Krankenkassen-Prämien werden für die Teilnehmer von **Krankenkasse A bis E** weiter steigen, es werden vermehrt Versicherungsnehmer zu **Krankenkasse D** abwandern, es kommt ein Druckmittel mit Wettbewerbs-ähnlichen Effekten zu Stande.

Damit wird *die Gesundheitsindustrie zu mehr Wettbewerb* gezwungen, denn wenn alle Versicherungsnehmer bei der **Krankenkasse D** landen, wird das Thema „**Kostenwahrheit**“ und **Eigenverantwortung wieder** mehr in den Fokus rücken, und es werden politische Bestrebungen laut, einzelne Ärzte, Spitäler, Pharma-Medikamente, Leistungsanbieter allgemein, usw., in einem Katalog bereit zu stellen, wobei die Versicherungsnehmer das günstigste Angebot aus dem Katalog auswählen können und vergleichen können.

**Ist unsere Gesundheit noch gesichert, wenn Ärzte/Pharmafirmen weniger für ihre Arbeit erhalten?**

Die Gegenfrage: Wird ein Restaurant dadurch bekannter und berühmter, weil es über eine sehr gute Infrastruktur verfügt, oder weil wir als Restaurant-Besucher auf unser Beziehungsnetz, die Verwandten und Bekannten hören, welche gute Mundpropaganda zu ihren Entscheidungen, dem Restaurant, den Spielplätzen, den Lehrern, den besuchten Läden, den Spielsachen und Gegenständen, usw., abgeben?

Nein, die Qualität von Ärzten und Spitälern kann jederzeit ohne Manipulation am Besten immer noch durch unsere Vertrauenspersonen bewertet werden, weil diese über die nötigen Erfahrungen verfügen, denen wir vertrauen. Darum ist ein Ratschlag unseres Beziehungsnetzes immer noch wichtiger als ein Vorurteil, *wonach der am billigsten offerierende Arzt nicht sicher und eben unseriös sei.*

Wir müssen uns von der Vorstellung lösen, dass das Gesundheitssystem mit genügend Zahlungsströmen auch sicherer wird: Das ist nicht bewiesen und ein Arzt, welcher günstig offeriert oder seine Kosten nicht selber decken kann, wird von alleine von der Bildfläche verschwinden, wenn er für seine Arbeit zu wenig verlangen würde.

Es ist aber so, dass die Patienten und Versicherungsnehmer bisher zu wenig Instrumente hatten, eine Kosteneinsparung und Margenreduktion in diesem Bereich zu verlangen, die dringend nötig wäre, *um den Kostenanstieg auch im Gesundheitssystem zu beenden.*

Mit der Zeit wäre denkbar, dass das System der Krankenkassen später als veraltet und obsolet ausdienen würde, und die meisten Krankenkassen nach einem Paradigmenwechsel von alleine verschwinden würden.

Das ist allerdings Wunschvorstellung von mir und Personen, die eine Krankenkasse wirklich benutzen wollen, darf man nicht zwingen, keine Krankenkasse zu benutzen, weil man sie nicht zwingen sollte.

Umgekehrt sollten aber auch Personen, die keine Gesundheitskosten verursachen und keine Gegenleistung für ihr hart erarbeitetes Prämien-Geld erhalten, nicht gezwungen werden, in ein Gesundheitssystem einzuzahlen, dass keine Unternehmungen unternimmt, um den Prämienanstieg wirklich zu stoppen.

**Veröffentlicht 24.6.2017 unter:** [www.nein-zum-krankenkassenzwang.ch](http://www.nein-zum-krankenkassenzwang.ch)