

Jugendsession 2023

09. - 13. November

Dossier

Krankenversicherung

Yannick Gresch

Inhaltsverzeichnis

Worum geht es?	3
Duales Krankenversicherungsmodell	3
Grundversicherung	3
Wie setzen sich die Versicherungs- und Gesundheitskosten für die Kunden zusammen?	3
Wie finanziert sich die Grundversicherung?	4
Was wird bezahlt?	4
Freiwillige Zusatzversicherung	5
Politische Herausforderungen	6
Steigende Prämien	6
<i>Warum steigen die Krankenkassenprämien?</i>	<i>7</i>
Mengenausweitung.....	7
Hohe Ärzte- und Spitaldichte	8
Innovation und technischer Fortschritt.....	8
Demografische Entwicklung	9
Reserven der Krankenkassen sinken	10
Covid 19 Pandemie.....	10
Weitere Ursachen.....	10
Politische Vorschläge zur Bewältigung des Problems - Aktuelles aus der Politik	11
<i>Kostendämpfungsprogramm des Bundesrates</i>	<i>11</i>
<i>Prämientlastungsinitiative der SP</i>	<i>12</i>
<i>Kostenbremse-Initiative der Mitte</i>	<i>12</i>
<i>Budget-Krankenkasse: Vorschlag von FDP-Nationalrat Andri Silberschmidt</i>	<i>13</i>
Glossar	13
Nützliche Links	14
Quellenverzeichnis	15

Worum geht es?

Gemäss dem neusten Sorgenbarometer machen sich die Schweizerinnen und Schweizer mittlerweile mehr Sorgen um die steigenden Gesundheitskosten als um den Klimawandel. Angesichts der für dieses Jahr angekündigten Erhöhung der Krankenkassenprämien um 8,7% ist dies nicht verwunderlich. Bereits im Vorjahr stiegen die Prämien um 6,6% und diese Entwicklungen belasten die privaten Haushalte.

Das Thema Gesundheitskosten ist eines der vieldiskutierten politischen Themen und auch bei den Parlamentswahlen 2023 ein zentrales Thema. Die Art und Weise von Reformvorschlägen reicht von kleineren Anpassungen am bestehenden Modell bis hin zu neuen Systemen, der Reformbedarf ist jedoch bei allen Akteur*innen in diesem Bereich unbestritten.

Duales Krankenversicherungsmodell

Grundversicherung

Die Krankenpflegeversicherung, auch Grundversicherung genannt, ist grundsätzlich für alle Einwohner*innen der Schweiz obligatorisch – unabhängig von der Staatsangehörigkeit. Sie untersteht dem Sozialversicherungsrecht. Der Versicherer kann jedes Jahr frei gewählt werden. In der Schweiz hat man die Wahl zwischen rund 45 Versicherungen, die vom Bund anerkannt sind. Die Unternehmen sind dabei nicht gewinnorientiert. Die Versicherer müssen alle Versicherten gleich behandeln. Der Gesundheitszustand darf dabei keine Rolle spielen.

Alle Versicherungen bieten den gleichen Leistungsumfang (BAG 2023) an. Die Leistungen, die ein Krankenversicherer erbringen muss, sind im Krankenversicherungsgesetz KVG und den dazu gehörenden Verordnungen genau umschrieben. Die Grundversicherung deckt u.a. die Arztkosten, die Spitalkosten in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, Medikamente, Leistungen bei Schwangerschaft und Notfallbehandlungen im Ausland. Was über diesen Leistungskatalog hinausgeht, darf die soziale Grundversicherung nicht bezahlen. Wer höhere Leistungen in Anspruch nehmen will, muss eine freiwillige Zusatzversicherung abschliessen.

Wie setzen sich die Versicherungs- und Gesundheitskosten für die Kunden zusammen?

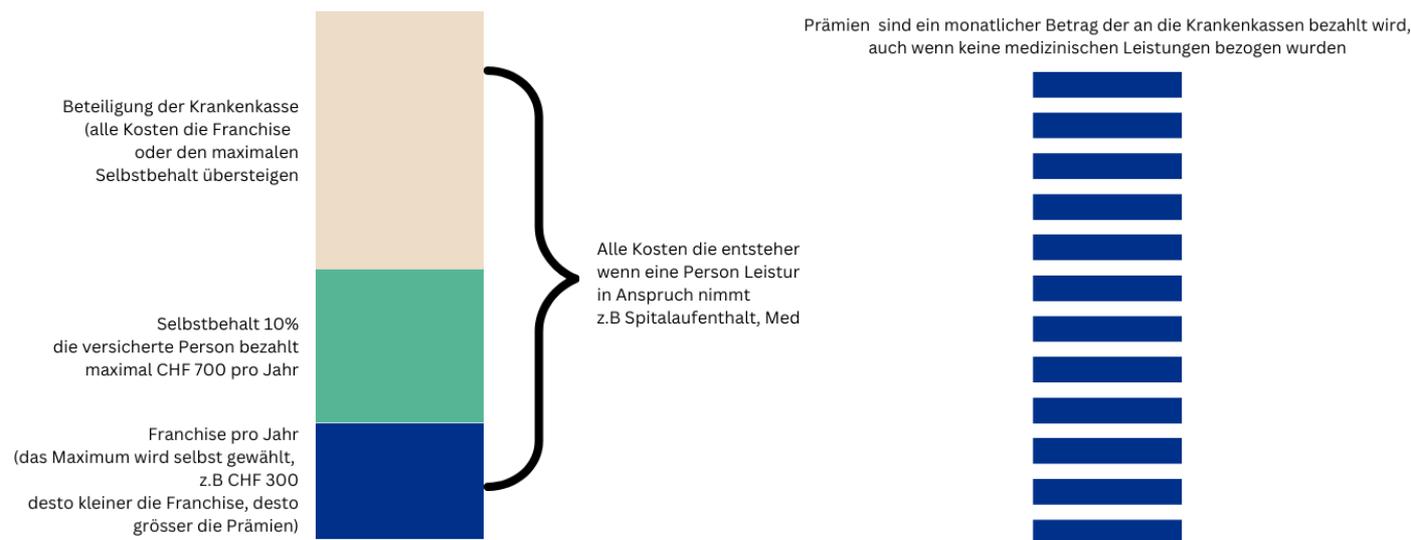
Im KVG gibt es zwei Instrumente, die definieren, wie sich eine versicherte Person an den Kosten der Leistungen in der Grundversicherung beteiligt – die Franchise und den Selbstbehalt.

Franchise: Wenn Kosten für Arztbesuche, Spitalaufenthalte oder Medikamente entstehen, müssen die Versicherten die Kosten zuerst selbst übernehmen. Diese erste Kostenbeteiligung ist die Franchise. Erst wenn die Kosten die vereinbarte Franchise übersteigen, beteiligt sich die Krankenversicherung an den weiteren Kosten. Die versicherte Person kommt dann nur noch für den Selbstbehalt auf. Die Höhe der Franchise wird für ein Jahr bestimmt. Wählt die versicherte Person eine Franchise höher als die gesetzlich vorgeschriebene von CHF 300, dann kommt sie in den Genuss Prämienreduktion.

Selbstbehalt: Zur Franchise (Jahresbeitrag) hinzu kommt der Selbstbehalt. Der Selbstbehalt ist ein bestimmter Prozentsatz der entstandenen Gesundheitskosten (10 Prozent), der nicht in der Franchise inbegriffen ist. Der Selbstbehalt ist limitiert auf maximal CHF 700 pro Jahr.

Die Versicherten können die Wahl der Leistungserbringer (z.B. Ärzte) bzw. den Zugang zum Gesundheitswesen auch freiwillig einschränken, um die Prämien zu reduzieren. Alternative Versicherungsmodelle sind zum Beispiel wie Hausarzt-, Callmed- oder HMO-Modelle¹.

Die obligatorische Grundversicherung ist nicht gewinnorientiert. Die Prämien werden jährlich basierend auf einer Schätzung der Kosten des Folgejahres durch die Krankenversicherer berechnet und müssen vom Bundesamt für Gesundheit BAG genehmigt werden.



Wie finanziert sich die Grundversicherung?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert sich wie folgt:

- Beiträge der Versicherten, den sogenannten Kopfprämien
- Kostenbeteiligungen der Versicherten: Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag
- Erträge der Versicherer auf Kapitalanlagen
- Kantonsbeiträge an die stationäre Akutversorgung
- Gelder des Bundes und der Kantone z.B. im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung

Was wird bezahlt?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Dabei werden verschiedene Behandlungsarten unterschieden: Ambulante Behandlungen, stationäre Behandlungen und Pflegeleistungen. Diese Behandlungen haben verschiedene Kostentreiber.

Ambulante Behandlungen

¹ Erklärung zu den verschiedenen Modellen in der Grundversicherung: <https://www.versicherung-schweiz.ch/krankenkasse/grundversicherung/modelle>

Ambulante Behandlungen erfolgen in einem Spital oder in einer Arztpraxis, ohne dass der*die Patient*in anschliessend vor Ort übernachtet. Die Leistungserbringer*innen rechnen Ihre Leistungen an den Patient*innen über die vom Bund vorgegebenen Tarifstruktur TARMED ab. TARMED ist eine bindende Tarifstruktur für Ärzte und Spitäler im ambulanten Bereich.

TARMED umfasst mehr als 4600 Positionen. Das entspricht nahezu sämtlichen ärztlichen und arztnahen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich. Das heisst, der Arzt oder die Ärztin kann Arbeiten und Verrichtungen am Patienten anhand spezifischer Positionen abrechnen, z.B. das Anfertigen einer Röntgenaufnahme oder die Führung der Konsultation selbst.

Stationäre Behandlungen

Stationäre Behandlungen beinhalten im Gegensatz zur ambulanten Behandlung die Übernachtung in einem Spital oder in einer Pflegeeinrichtung. Für stationäre Behandlungen werden dem Patienten Pauschalbeiträge verrechnet. Dazu kommen drei nationale Tarifstrukturen zur Anwendung.

- SwissDRG: Tarifstruktur für die Akutsomatik (allg. Medizin, Chirurgie, Gynäkologie)
- TARPSY: Tarifstruktur für die Psychiatrie
- ST Reha: Tarifstruktur für die Rehabilitation.

Diese Tarifstrukturen dienen als eine Art Vorgabe dazu, was verrechnet werden kann. In gewissen Fällen werden auch komplementärmedizinische (z.B. Akupunktur) oder zahnmedizinische Behandlungen (in Falle einer Erkrankung) übernommen.

Ergänzend zu den Tarifstrukturen verfügt der Bund über Listen, welche unter anderem aufführen, welche Medikamente, Analysen sowie Hilfsmittel zu welchem Preis oder Höchstvergütungsbeitrag von der obligatorischen Grundversicherung bezahlt werden.

Freiwillige Zusatzversicherung

Die Zusatzversicherung untersteht dem Privatrecht (Versicherungsvertragsgesetz VVG). Sie ist freiwillig. Es gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Jedem Versicherer steht es frei, ob und zu welchen Bedingungen er jemanden aufnehmen will.

In der Zusatzversicherung können die Krankversicherer individuelle Leistungen erbringen, die durch die Grundversicherung nicht gedeckt sind. Mit diesem Angebot gehen die Krankenversicherer auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche der Kundinnen und Kunden ein.

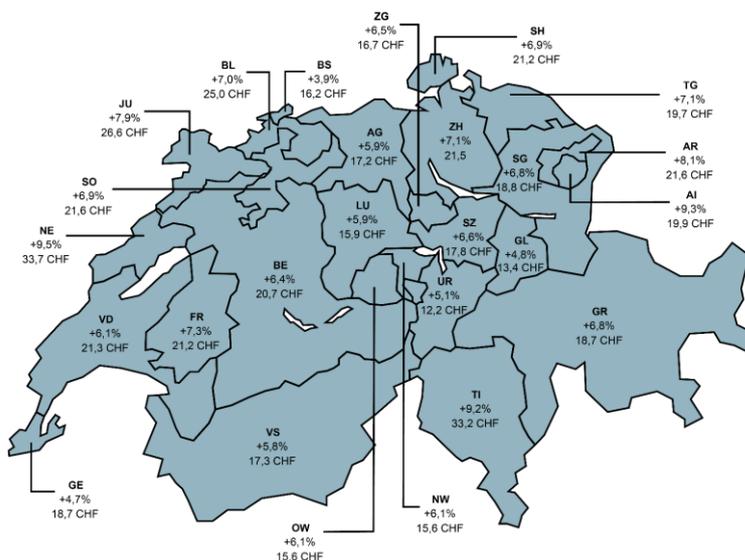
Zusatzversicherungen decken vor allem Leistungen im Spital, die nicht durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt sind (z.B. freie Arztwahl, Hotellerieleistungen). Diese Versicherungen eignen sich besonders für Personen, die vom Angebot alternativer Behandlungsmethoden von nichtärztlichen Therapeuten profitieren wollen. Oft werden Zusatzversicherungen auch abgeschlossen, um Zahnbehandlungen oder Behandlungen im

Ausland bei Reisen zu decken, sowie um eine Taggeldversicherung (für die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) abzuschliessen.

Die Prämien in den Zusatzversicherungen sind risikodifferenziert gestaltet und richten sich nach den individuell zusammengestellten Leistungen. Das heisst, die Prämien in den Zusatzversicherungen variieren nach Produkt, Leistung und Person. Der Prozentsatz des Selbstbehaltes bei einem Besuch bei der Zahnärztin ist anders als bei einem Brillenkauf. Die Prämien müssen von der Schweizerischen Finanzmarktaufsicht genehmigt werden. Die Kosten für die Versicherten werden ähnlich berechnet wie in der Grundversicherung (Franchise, Selbstbehalt, Prämie) jedoch sind die Prozentsätze nicht vom Staat sondern vom Markt beeinflusst.

Politische Herausforderungen

Steigende Prämien



Anstieg Krankenkassenprämien in den Kantonen

Im Jahr 2023 sind die Krankenkassenprämien im Durchschnitt um 6.6 Prozent gestiegen, für das Jahr 2024 ist eine durchschnittliche Zunahme von 8.7 % angekündigt. Schätzungen zufolge werden die Prämien im nächsten Jahr voraussichtlich um weitere 6-10 Prozent ansteigen. Die steigenden Kosten der obligatorischen Grundversicherung werden immer deutlicher spürbar. Die Kaufkraft gerät zunehmend unter Druck.



Warum steigen die Krankenkassenprämien?

Die Prämien folgen den Kosten. Die Frage nach den Gründen für den stetigen Anstieg der Krankenkassenprämien lässt sich nicht vollständig beantworten, und die einzelnen Punkte lassen sich schwer isoliert betrachten. Es ist vielmehr das Ergebnis einer komplexen Mischung aus verschiedenen wirtschaftlichen, sozialen und technologischen Faktoren. Trotzdem bieten die untenstehenden Gründe ein wenig Klarheit und beleuchten die Ursachen der Teuerung.

Mengenausweitung

Der Bundesrat setzte 2016 eine Expertengruppe ein, die die Gründe für die steigenden Kosten analysierte und Lösungen vorschlug. In ihrem Bericht haben sie vor allem ein «Mengenproblem» bei den Ärztinnen und Ärzten in freien Praxen festgelegt - genauer im stationären Bereich und in ambulanten Stationen von Spitälern (BAG, 2017). Das heisst es stiegen nicht die Preise pro Person oder Fall, sondern die Fallzahlen im Allgemeinen sind um 30 Prozent gestiegen. Dafür werden im Bericht verschiedene Gründe genannt. Zum einen sind die Krankenversicherer gezwungen mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen und die darin bestimmten Leistungen zu übernehmen.

Zum anderen können die Leistungserbringer ihre Leistungen grundsätzlich zulasten der Grundversicherung abrechnen. Diese Leistungen müssen zwar gemäss dem KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (KVG Art. 32), aber diese Voraussetzungen werden lediglich bei Umstrittenheit neuer Leistungen sowie im Rahmen statistischer Erhebungen überprüft, jedoch nicht auf regelmässiger Basis (siehe Vertrauensprinzip im Anhang).

Auch die Politik trägt eine Mitverantwortung an der Mengenausweitung. So werden immer mehr Leistungen in die Grundversicherung verschoben, welche bislang nicht oder von der Zusatzversicherung finanziert wurden. Ein aktuelles Beispiel ist die angeordnete psychologische Psychotherapie. Bislang war nur die delegierte Psychotherapie von der Grundversicherung finanziert, neu auch die angeordnete Psychotherapie (Psychologen in freier Praxis).

Ein weiterer Grund für steigende Kosten ist das Verhalten der Versicherten. Sie haben durch die obligatorische Krankenversicherung weniger Anreize für präventives Verhalten und nehmen die Leistungen schneller in Anspruch (vgl. Moralisches Risiko, Glossar). Als Beispiel kann man die Zahnpflege nehmen, die freiwillig in einer Zusatzversicherung abgeschlossen werden muss. Um Kosten zu sparen bemühen sich viele Schweizer*innen selbstständig um eine gute Dentalhygiene.

Zudem tendieren Personen im Krankheitsfall alle Leistungen zu fordern, die einen positiven Nutzen versprechen, ohne den Preis oder die Kosten in Betracht zu ziehen. Der Selbstbehalt und die Franchise helfen gegen dieses Verhaltensmuster zu steuern.

Neben den geschilderten grundsätzlichen Problemen in Gesundheitsmärkten, besteht eine Vielzahl von weiteren Fehlanreizen, die hier nur angedeutet werden können. Die Mengenausweitung wird u.a. gefördert durch mengenbezogene Kompensationen und Bonuszahlungen in der Ärzteschaft, Erreichung von nötigen Fallzahlen, Erreichung von Umsatzzielen bzw. Auslastungszielen im Rahmen getätigter Investitionen, dies sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich (BAG, 2017).

Hohe Ärzte- und Spitaldichte

Die Leistungserbringer, wie zum Beispiel die Ärzteschaft, sind auf der Anbieterseite im Markt, und können durch ihren Informationsvorsprung einen grossen Teil des Marktes beeinflussen. Deshalb können sie ihr Einkommen aufrechterhalten oder sogar ausweiten, auch wenn sie sich den Markt mit neuen Anbietern teilen müssen. Empirische Studien zeigen, dass zum Beispiel Fachärzte rund die Hälfte der Leistungseinbussen wegen neuer Konkurrenz kompensieren können, indem sie mehr Patienten aufnehmen oder teurere Behandlungen durchführen. (Kommission für Konjunkturfragen 2006: 68). Aus diesem Grunde führt eine hohe Ärzte- oder Spitaldichte regelmässig zu hohen Gesundheitskosten (vgl. Schleiniger et al. 2007, für eine empirische Studie nach Kantonen) (BAG 2017).

Innovation und technischer Fortschritt

Der Katalog an versicherten Behandlungen und Medikamenten in der Grundversicherung ist – gerade auch im internationalen Vergleich – sehr umfassend und medizinische Innovationen sind in der Regel rasch verfügbar. (Beck et al. 2016). Dank den Fortschritten in der medizinischen Technologie kommen neue, innovative medizinische Geräte und Ausrüstungen auf den Markt. Allerdings sind diese oft kostspielig in der Anschaffung, Wartung und Schulung des medizinischen Personals. Zudem sind die Lebenszyklen medizinischer Geräte kurz, da sich die Medizintechnik und die entsprechenden Qualitätsanforderungen ständig weiterentwickeln. Deshalb wird die Anschaffung neuer Geräte immer wieder unumgänglich.

Auch die Bedeutung von Gentechnik und Substitutionstechnologie nimmt stetig zu. Manuelle Tätigkeiten und Funktionen können durch Maschinen ersetzt werden. Auch in der Pharmazie tragen Forschung und technologische Neuerungen zur Entdeckung und Herstellung neuer Medikamente bei. Dies ist mit hohen Kosten verbunden und kann zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen führen.

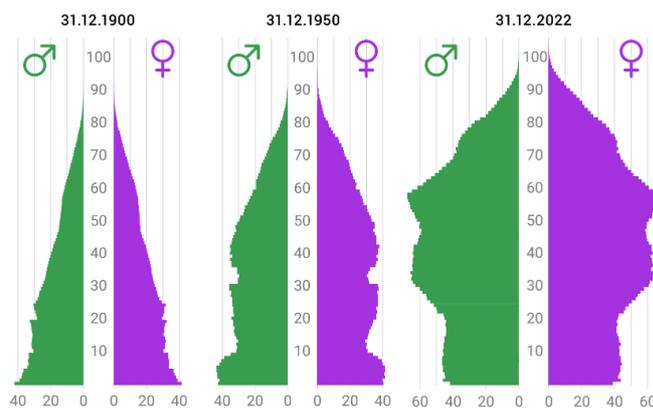
Technischer Fortschritt kann jedoch auch zur Senkung der Kosten führen. Mit technologischem Fortschritt sollte es nämlich möglich sein, vormals teure Behandlungsarten durch günstigere zu ersetzen. Dazu ist es aber wichtig, dass neue Technologien effizient und richtig eingesetzt werden. Brändle und Colombier (2017) merken hier an, dass neue Technologien oft eingesetzt werden, ohne bei den entsprechenden Behandlungen eine Kosten-Nutzen-Abwägung vorzunehmen, was die Kosten in die Höhe treibt. Diese Entwicklung wird durch gewisse Fehlanreize im System noch zusätzlich begünstigt.

Demografische Entwicklung

Gemäss Angaben des Bundesamts für Statistik wird sich die Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung in den kommenden Jahren grundlegend verändern. In den letzten Jahrzehnten konnte ein starker Rückgang der Geburtenrate beobachtet werden, der eine Erneuerung der Generationen nicht zulässt.

Altersaufbau der Bevölkerung nach Geschlecht

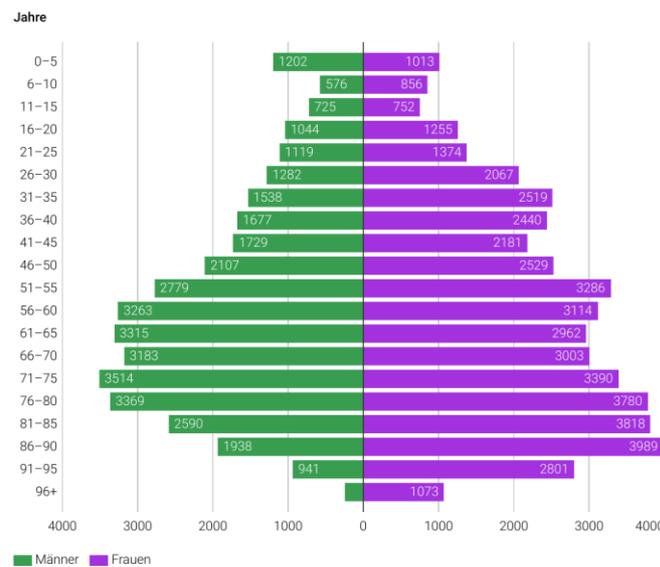
Anzahl Personen in 1000



Die Alterspyramide zeigt deutlich, dass der Anteil der älteren Personen in der Schweiz steigt, durch tiefe Geburtenraten und die steigende Lebenserwartung. Im Weiteren wird der Eintritt der Babyboom-Generation in den Ruhestand dieses Phänomen verstärken. So wird sich zum Beispiel die Zahl der über 80-jährigen Menschen in der Schweiz bis 2045 mehr als verdoppeln.

Gesundheitskosten nach Altersklasse und Geschlecht, 2021

In Millionen Franken



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS 2023

Die Lebenserwartung steigt kontinuierlich an, wodurch ein grosser Anteil der Bevölkerung ein sehr hohes Alter erreicht.

Laut Schätzungen des Bundesamts für Statistik wird die Anzahl älterer Menschen hoch bleiben, selbst nach dem Verschwinden der sogenannten "Babyboom-Generationen", in etwa in 50 Jahren. Dies ist hauptsächlich auf die niedrige Sterblichkeitsrate und den Rückgang der Geburtenrate zurückzuführen.

Eine kontinuierlich älter werdende Bevölkerung bedeutet auch eine Zunahme an medizinischen Problemen

und eine steigende Zahl von chronischen Erkrankungen.

Medikamentenpreise

Die Kosten für Medikamente steigen seit Jahren kontinuierlich an. Da Medikamente einen grossen Teil der von den Krankenkassen vergüteten Leistungen ausmachen, hat dies einen grossen Effekt auf die Gesundheitskosten und somit auf die Höher der Prämien. Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2023) machen Medikamente den drittgrösstenteil der Kosten im Gesundheitswesen aus (nach stationärer Pflege im Spital und Langzeitpflege). Gemäss dem Bericht des eidgenössischen Preisüberwachers von 2021 betrug der Kostenanstieg der Kassenpflichtigen Medikamente 4.4% (gegenüber einer generellen Zunahme der Gesundheitskosten von 3.6%). Die Medikamentenpreise tragen also überdurchschnittlich stark zur Kostensteigerung bei. Besonders hervorgehoben wird der relativ tiefe

Anteil von Generika (Medikamente, deren Patentschutz abgelaufen ist) sowie deren hohe Preise. Gemäss Bericht des Preisüberwachers liessen sich die Kosten im Gesundheitswesen bei den Medikamenten (bei gleich bleibender Qualität der Behandlung) mit Anpassung des Referenzpreissystems sehr effektiv und langfristig senken (Preisüberwachung PUE, 2021)

Reserven der Krankenkassen sinken

Die Reserven der Krankenkassen dienen der Absicherung gegen unerwartete Risiken und kommen damit den Versicherten zugute. Sie werden durch Überschüsse geäufnet, wenn die Ausgaben der Krankenkasse tiefer sind als die eingenommenen Prämien.

Nachdem die Reservequote über einige Jahre kontinuierlich gestiegen ist, wurden die Reserven in den letzten zwei Jahren stark abgebaut. In den Jahren 2022 und 2023 konnte die Auswirkung der steigenden Kosten auf die Krankenkassenprämien dank der Reserven etwas gedämpft werden, jedoch ist dies bereits auf 2024 und wahrscheinlich auch in Zukunft nicht mehr möglich. Die Gesundheitskosten steigen massiv an und die steigenden Prämien spiegeln dies wider. Die Krankenkassen können die steigenden Kosten nicht mehr allein durch einen Reserveabbau abdecken. Hinzu kommen Verluste auf den Finanzmärkten aufgrund des Ukrainekriegs und steigender Zinsen. Zudem ist es wichtig zu beachten, dass die Reserven der Krankenversicherungen nur dazu verwendet werden dürfen, die Kosten der Krankenversicherung zu decken. Ausserdem werden diese Reserven investiert und erwirtschaften normalerweise finanzielle Gewinne. Daher ist die Verwendung von Reserven keine langfristige Lösung zur Senkung der Prämien.

Covid 19 Pandemie

Durch die Covid 19 Pandemie wurde unser Gesundheitswesen überdurchschnittlich stark beansprucht. In den Kosten hat sich dies allerdings erst mit Verzögerung gespiegelt. Im Pandemiejahr war der Kostenanstieg unter anderem eher tief, weil Behandlungen aufgeschoben wurden. Diese werden nun aber nachgeholt. Die Prämien in den Jahren 2021 und 2022 konnten die mit Verzögerung steigenden Kosten nicht decken, weswegen für das Jahr 2023 ein Nachholprozess zwingend erforderlich wurde.

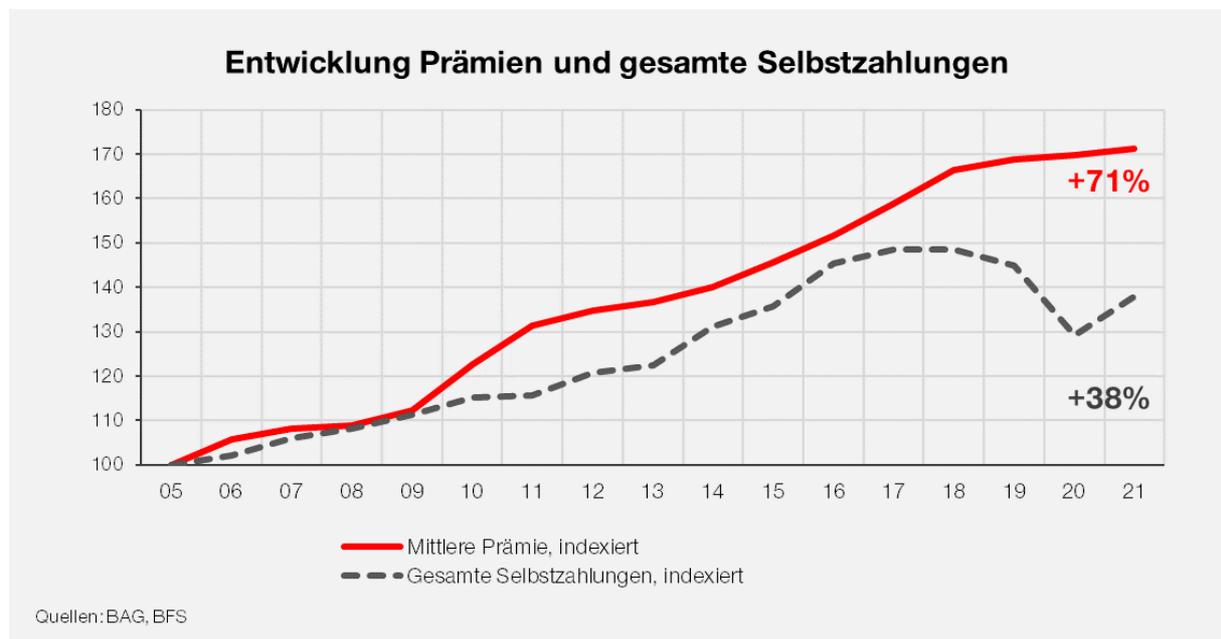
Weitere Ursachen

Darüber hinaus ist die Kostenzunahme aber auch auf medizinisch unnötige Mengenausweitungen zurückzuführen. Dabei handelt es sich um die Erbringung von unangemessenen Leistungen, unter anderem infolge von:

- Fehlanreizen in den Tarifstrukturen, z.B. durch überhöhte Tarife und Arzneimittelpreise oder teure stationäre anstatt günstige ambulante Behandlungen,
- unwirksamen Leistungen
- mangelnder Koordination und Digitalisierung in der Versorgung, z.B. durch doppelte Durchführung von Untersuchungen.

Sinkende Kaufkraft durch steigende Prämien

Die steigenden Krankenkassenprämien belasten die Budgets vieler Haushalte. Da die Prämien stärker steigen als die Löhne, haben viele Menschen in der Schweiz weniger Geld für das tägliche Leben zur Verfügung. Das wirkt sich einerseits negativ auf das Wachstum der Wirtschaft aus (z.B. auf den Tourismus, da die Menschen keine Ferien mehr machen oder vermehrt günstigere Ferien im Ausland machen). Andererseits stellt es besonders für Personen mit kleinem Einkommen ein grosses Armutsrisiko dar. Zwar werden die Prämien für Personen mit kleinen Einkommen durch die Kantone verbilligt, trotzdem steigt die sogenannte «Selbstzahlungsquote» ähnlich wie die Prämien stetig an. Dies bedeutet, dass Personen ihre Franchise erhöhen, um dadurch ihre Prämien verringern zu können. Im Krankheitsfall müssen sie so aber höhere Beträge direkt selbst finanzieren, was ein Armutsrisiko darstellt. Im europäischen Vergleich haben in der Schweiz wohnhafte Personen die höchsten Ausgaben für die Gesundheit, welche nicht von einer Krankenversicherung übernommen werden.



Politische Vorschläge zur Bewältigung des Problems - Aktuelles aus der Politik

Kostendämpfungsprogramm des Bundesrates

Um bei der Problematik der medizinisch nicht begründbaren Leistungen anzusetzen, hat der Bundesrat im März 2018 ein Kostendämpfungsprogramm verabschiedet. Das Programm besteht aus zwei Massnahmenpaketen, die in Etappen umgesetzt werden. Erste Massnahmen sind bereits in Kraft getreten.

Kostendämpfungspaket 1a ist seit dem 1. Januar 2023 vollumfänglich in Kraft getreten. Es handelt sich dabei z.B. um die Einführung eines Experimentierartikels, die Verpflichtung zur Übermittlung einer Rechnungskopie an die Versicherten und eine Reihe anderer Massnahmen. Paket 1b wurde von den eidgenössischen Räten am 30. September 2022 verabschiedet und wird voraussichtlich anfangs 2024 in Kraft treten. Das Kostendämpfungspaket 2 wurde im September 2022 ans Parlament zur Beratung überwiesen. Mit dem 2. Kostendämpfungspaket und den beiden indirekten Gegenvorschlägen zur

Kostenbremse-Initiative und Prämientlastungs-Initiative (siehe unten) befinden sich weitere Gesetzesrevisionen in parlamentarischer Beratung, mit denen der Bundesrat die Belastung der privaten Haushalte durch die ständig steigenden Gesundheitskosten mindern möchte.

Die genannten Massnahmen richten sich an alle Akteure des Gesundheitswesens und sollen diese konsequent in die Verantwortung nehmen, damit die Kosten nur in dem Umfang steigen, wie sie medizinisch begründbar sind.

Prämientlastungsinitiative der SP

Bereits im Jahr 2019 hat die Sozialdemokratische Partei der Schweiz eine Initiative eingereicht, die fordert, dass die Krankenkassenprämien nicht mehr als 10 Prozent des Einkommens betragen dürfen. Bund und Kantone sollen als Ausgleich mehr Geld in die individuelle Prämienverbilligung investieren.

Durch stagnierende Löhne trotz Inflation, steigende Krankenkassenprämien und steigende Mietkosten gerät die Kaufkraft zunehmend unter Druck. Die SP möchte mit dieser Initiative die Situation mildern und verlangt daher, dass die Prämien maximal 10 % des Einkommens betragen darf. Einzelpersonen und Familien, bei denen die Prämienlast weniger als 10% beträgt, würden weiterhin die Pro-Kopf-Prämie wie bis anhin bezahlen. Personen, welche mehr als 10% des Einkommens für die Prämien ausgeben, hätten anschliessend eine einkommensabhängige Prämie. Die Kosten dafür sollen zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von den Kantonen getragen werden. Der Bundesrat lehnt diesen Vorschlag ab, da er bedeuten würde, dass der Bund massgeblich für die Finanzierung der individuellen Prämienverbilligung verantwortlich wäre und nicht mehr die Kantone.

Die Gegner der Initiative kritisieren neben den Kosten auch, dass die eigentliche Ursache des Problems, nämlich die steigenden Gesundheitskosten, nicht angegangen würde.

Kostenbremse-Initiative der Mitte

Die Mitte forderte mit ihrer Initiative aus dem Jahr 2018, dass der Bund und die Kantone eine Kostenbremse einführen müssen. Die Initiative verlangt, dass Bund und Kantone Massnahmen ergreifen, sobald die Prämienhöhung die Entwicklung der Nominallöhne um mehr als 20 Prozent übersteigt. Diese Massnahmen sollen jeweils im Folgejahr wirksam werden.

Der Bundesrat schlägt als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei die Einführung von Zielen für das maximale Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vor. Die Kostenziele stärken die Transparenz über diejenige Kostenentwicklung, welche mit Blick auf Faktoren wie die demografische Entwicklung, die Entwicklung von Löhnen und Preisen und den medizinischen Fortschritt als gerechtfertigt erscheint.

Die Gegner der Initiative und des Gegenvorschlags sehen darin ein Bürokratiemonster, da die Zuständigkeiten der verschiedenen Behörden unklar seien. Darüber hinaus gibt es Befürchtungen, dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden.

Budget-Krankenkasse: Vorschlag von FDP-Nationalrat Andri Silberschmidt

Die FDP fordert mit Unterstützung der SVP mehr Selbstbestimmung in Bezug auf die Leistungen der Krankenkassen. Dabei sollen alternative kostensparende Versicherungsmodelle entwickelt werden. Nationalrat Andri Silberschmidt hat in einer Motion gefordert, dass ein sogenanntes "Light"-Modell geschaffen werden soll, welches es ermöglicht, bis zu einem Viertel der Prämien einzusparen. Hierfür sollen bestimmte Leistungen gestrichen werden, wie zum Beispiel das Recht auf ein Originalpräparat eines Medikaments, wenn ein Generikum vorhanden ist, oder Einschränkungen in den Bereichen Phytotherapie und Homöopathie. Zusätzlich sollen Mehrjahresverträge mit Krankenkassen und die Erhöhung der Franchise bis auf 3500 CHF ermöglicht werden.

Dieser Vorschlag wird von Mitte-Links stark kritisiert, da er nicht mit dem Solidaritätsprinzip zu vereinbaren sei. Personen, die es sich leisten können, dürfen nicht ihrer Verantwortung entbunden werden dürfen. Denn heute ist es so, dass gesunde, die weniger gesunden, mitfinanzieren.

Die SP befürchtet ausserdem, dass Geringverdiener aufgrund ihrer finanziellen Situation gezwungen sein könnten, ein solches "Light"-Modell abzuschliessen und dabei Einbussen in der Gesundheitsversorgung hinzunehmen. Viel eher soll ein System geschaffen werden, welches Fehlanreize verhindert und sich mehr auf die Prävention fokussiert

Glossar

Versicherer: Versicherungsgesellschaft

Versicherter: Versicherungsnehmer

Tarifvertrag: Die Leistungserbringer*innen erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen und Preisen und werden so für ihre Leistungen entschädigt. Diese werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringer*innen vereinbart oder in den vom Gesetz bestimmten Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt. Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die jeweils zuständige Behörde. Die Tarife haben dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit zu entsprechen. Ziel der Tarifgestaltung ist eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.

Prämien: Betrag, den der Versicherungsnehmer bezahlen muss, um versichert zu sein. Die Prämien stellen einen festen Geldbetrag dar, der unabhängig vom Einkommen ist. Die Prämien können je nach Alter, Wohnort, Versicherung und Franchise unterschiedlich hoch ausfallen. Die Grundversicherung beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Gesunde finanzieren kranke Personen mit.

Franchise: Die Franchise ist ein festgelegter Betrag, den jeder Versicherter pro Jahr für Behandlungen selbst bezahlen muss, bevor die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Die Höhe der Franchise kann individuell gewählt werden und liegt zwischen mindestens 300 CHF und höchstens 2500 CHF (bei Kindern zwischen 0 und 600 CHF). Die Höhe der Franchise beeinflusst massgeblich die Höhe der Prämien der versicherungsnehmenden Person. Je niedriger die Franchise, desto höher die Prämie und umgekehrt.

Selbstbehalt: Sobald der Versicherungsnehmer die Franchise erreicht hat, bezahlt er oder sie nur noch 10 Prozent der Kosten, die durch die Grundversicherung abgedeckt sind. Der Selbstbehalt beträgt bei Erwachsenen maximal 700 CHF pro Jahr und bei unter 18-Jährigen maximal 350 CHF. **Beispiel:** Eine Person hat eine Franchise von 1000 Franken und während eines Jahres drei Leistungen von je 4000 Franken (insgesamt 12'000 Franken).

Für die erste Leistung zahlt die Person die ersten 1000 Franken, dann 10% der restlichen 3000 Franken, also 300 Franken und 2700 werden von der Versicherung bezahlt. Für die zweite Rechnung zahlt die Person 10% der 4000 Franken (da die Franchise schon überschritten wurde), also 400 werden von der Person bezahlt und 3600 von der Versicherung. Da das Maximum von 700 Kostenbeteiligungen und die Franchise von 1000 bereits erreicht sind, wird die dritte Rechnung vollständig von der Versicherung bezahlt. Somit zahlt der Versicherte letztendlich 1700 Franken und die Versicherung 11'300 Franken zu ihren Lasten.)

Individuelle Prämienverbilligung: Als soziales Korrektiv zur Einheitsprämie sieht das Krankenversicherungsgesetz KVG vor, dass die Prämien von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Bundes- und Kantonsbeiträge verbilligt werden. Überdies müssen die Kantone bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien von jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen. Für Kinder beträgt die Prämienverbilligung 80%.

Leistungserbringer: Ärzt*innen, Medizinisches Personal wie z.B. Apotheker*innen, Chiropraktiker*innen, Hebammen, Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen.

Moralisches Risiko (Moral Hazard): Dabei handelt es sich um einen Begriff, der in der Gesundheitsökonomie häufig verwendet wird. Moralisches Risiko kann zum Kostenwachstum im Gesundheitswesen beitragen, beispielsweise, indem Personen aufgrund der obligatorischen Krankenversicherung weniger auf ihre Gesundheit achten. Andererseits ist es möglich, dass Ärzt*innen aufgrund ungleicher Informationen den Patient*innen unnötige oder unnötig teure Behandlungen verschreiben.

Nützliche Links

Bundesamt für Gesundheit – Krankenversicherung

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung.html>

ch.ch – Kosten für Krankenkasse

<https://www.ch.ch/de/gesundheit/krankenkasse/kosten-fur-krankenkasse/#>

Bundesamt für Gesundheit – Prämienverbilligung

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenvsicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemienverbilligung.html>

SRF – Clip und Klar: Krankenversicherung

<https://www.youtube.com/watch?v=8TK1T7-MbZk>

Quellenverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (2023): Krankenversicherung: Prämienverbilligung
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-g-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemienverbilligung.html>

Generalsekretariat EDI (2023): Krankenversicherung: Starker Kostenanstieg führt zu höheren Prämien im Jahr 2023
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-90514.html>

(Zusammenfassungen Praxismanagement und BWL, Gespräch mit David Burkhalter BAG)

Bundesamt für Statistik (2023): Alterung der Bevölkerung
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html>

Bundesamt für Statistik (2023): Schweiz-Szenarien
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html>

Medinside (2023): Krankenkassen weisen Milliardenverluste aus
<https://www.medinside.ch/krankenkassen-weisen-milliardenverluste-aus-20230706>

SRF News (2023): Sollen die Krankenkassen ihre Reserven abbauen?
<https://www.srf.ch/news/schweiz/drohender-praemienanstieg-2023-sollen-die-krankenkassen-ihre-reserven-abbauen/>

Generalsekretariat EDI (2023): Krankenversicherung: Starker Kostenanstieg führt zu höheren Prämien im Jahr 2023
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-90514.html#:~:text=Die%20Krankenkassenprämien%20widerspiegeln%20die%20Gesundheitskosten,das%20Gesundheitssystem%20stark%20beansprucht%20hat>

SP (2023): Prämien-Entlastungs-Initiative
<https://bezahlbare-praemien.ch/>

SRF News (2023): Ständerat will kein «Russisch Roulette» bei Prämienverbilligungen
<https://www.srf.ch/news/schweiz/praemien-entlastungsinitiative-staenderat-will-kein-russisch-roulette-bei-praemienverbilligungen>

Andri Silberschmidt (2023): FDP will Budget-Krankenkasse für alle
<https://www.andrisilberschmidt.ch/fdp-will-budget-krankenkasse-fuer-alle/>

SRF News (2023): Vorschlag der FDP für eine Budget-Krankenkasse fällt durch
<https://www.srf.ch/news/schweiz/kasse-mit-reduzierter-leistung-vorschlag-der-fdp-fuer-eine-budget-krankenkasse-faellt-durch>

Bundesamt für Gesundheit BAG (2023): Krankenversicherungen: Das wichtigste in Kürze
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-g-das-wichtigste-in-kuerze.html>

Generalsekretariat EDI 2023: Krankenversicherung: Starker Kostenanstieg führt zu höheren Prämien
im Jahr 2023
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-90514.html>