

Budget-Krankenkasse steht vor Hindernissen

Gesundheitsökonominnen sind skeptisch bezüglich der Umsetzung und fordern Abbau des aufgeblähten Leistungskatalogs in der Grundsicherung

MICHAEL FERBER

Die Krankenkassenprämien steigen 2024 im Durchschnitt um 8,7 Prozent. Gute Ideen, wie man im Gesundheitswesen sparen kann, haben folglich Hochkonjunktur. Dabei ist auch der Vorschlag der FDP vom Juli dieses Jahres, eine Budget-Krankenversicherung einzuführen, wieder in den Vordergrund gerückt.

Dabei geht es um die Einführung eines Krankenversicherungsmodells mit sehr niedrigen Prämien. Die Grundleistungen sollen weiter erbracht werden, aber «zu weniger luxuriösen Bedingungen» als in der derzeitigen Grundversicherung, heisst es in einem Paper der Partei. Versicherte sollen freiwillig auf Leistungen aus der Grundversicherung verzichten können und so ihre Prämien senken. «Viele Leute halten zum Beispiel wenig von Homöopathie und glauben nicht daran», heisst es weiter.

Zudem sollen innovative Versicherungsmodelle Sparmöglichkeiten wie eine Generika-Pflicht und den Verzicht auf Originalmedikamente bieten. Die Prämien könnten auch dadurch gesenkt werden, dass Versicherte sich zur Krankheitsprävention verpflichten

oder dass sie mehrjährige Verträge mit ihrer Krankenkasse abschliessen. Auch das elektronische Patientendossier könnte für Versicherte in einer Budget-Versicherung obligatorisch werden. All dies soll Einsparungen bringen.

«Die Solidarität wird im gegenwärtigen System, in dem alle immer alles mitfinanzieren müssen, stark geritzt», sagt der FDP-Vizepräsident Andrei Silberschmidt zum Vorschlag seiner Partei. Dies motiviere zum Überkonsum auf Kosten anderer. «Die Krankenversicherungen sollen zurück zum Versicherungscharakter und Risiken absichern, die man sonst nicht finanzieren kann.»

Gesundheitsökonominnen halten die Anstösse teilweise für sinnvoll, sehen aber bei der praktischen Umsetzung Schwierigkeiten.

Trittbrettfahrer begünstigt?

Stefan Felder, Professor an der Universität Basel, geht einig mit der Analyse, dass der Leistungskatalog in der Grundversicherung in den vergangenen Jahren von der Politik zu stark ausgeweitet wurde. Es sei Aufgabe des Bundes, zu überprüfen, ob die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaft-

lich seien – doch hiervon sei nichts zu sehen gewesen. Für nicht vertretbar hält er indessen die Idee, dass sich Versicherte Leistungen aus dem Katalog herauspicken, die sie nicht beziehen wollen. «Dies widerspricht der Idee, dass wir eine gesetzliche Krankenversicherung haben», sagt er.

Der Berner Gesundheitsökonom Heinz Locher steht der Idee einer Budget-Krankenkasse kritisch gegenüber. Das Konzept sei aus praktischen und sozialpolitischen Gründen zum Scheitern verurteilt. Die Einführung einer solchen Kasse begünstige Trittbrettfahrer – denn in der Schweiz bestehe ein gesellschaftlicher Konsens, dass man versorgt wird, wenn man krank ist.

Wer also Abstriche bei den Leistungen mache und in der Folge geringere Prämien bezahle, könne sich trotzdem sicher sein, dass er diese im Ernstfall bekomme. Zudem könnte die Einführung solcher Kassen aus Lochers Sicht sozialpolitisch schädlich sein. «Es stellt sich die Frage, wer dann in Zukunft die sogenannten schlechten Risiken – beispielsweise Alte und Kranke – versichert», sagt Locher.

Um die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung zu dämpfen, bieten sich aus seiner Sicht vor

allem fünf Wege an: erstens die Stärkung von Health Technology Assessments (HTA), zweitens die Einführung von Indikationsboards, drittens die verstärkte Anwendung von Behandlungsleitlinien, viertens die Förderung von medizinischen Zweitmeinungen und fünftens die Anwendung des Konzepts «Smarter Medicine».

Weniger unnötige Behandlungen

HTA überprüfen Leistungen in der Grundversicherung und stellen dabei fest, ob diese wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Falls dies nicht so ist, können die Leistungen aus dem Katalog ausgeschlossen oder durch kostengünstigere Alternativen ersetzt werden. In Indikationsboards beraten fachübergreifende Teams über das medizinische Vorgehen beispielsweise bei Krebserkrankungen, anstatt dass dies ein Arzt allein entscheidet. Dies soll unnötige Behandlungen verhindern.

Auch das Forcieren von Behandlungsleitlinien und Zweitmeinungen von Ärzten sollen hier einen Beitrag leisten. Bei «Smarter Medicine» werden aus jeder klinischen Fachdisziplin und aus jedem Gesundheitsberuf fünf

medizinische Behandlungen aufgelistet, die normalerweise unnötig sind, wie Locher ausführt. Ärzte und Patienten sollen darüber sprechen, ob man nicht darauf verzichten solle.

Der Gesundheitsökonom Pius Gyger ist skeptisch gegenüber Vorschlägen aus der Politik, welche die Kosten im Gesundheitswesen senken sollen. «Die Wahrheit ist, dass niemand wirklich einen Leistungsabbau im Gesundheitswesen will», sagt er. Derweil schreite die technologische Entwicklung fort, und die Menschen wollten Zugang zu neuen Behandlungsmöglichkeiten. Hinzu kommt die demografische Entwicklung. «Der Kuchen im Gesundheitswesen, der über Krankenkassenprämien finanziert wird, wird folglich nicht kleiner – und die, die versichert sind, müssen das bezahlen.»

Die Einführung einer Budget-Krankenkasse würde aus Gygers Sicht vor allem dazu führen, dass sich die Finanzierung verändert: «Wenn Einzelne weniger zahlen, müssen andere mehr bezahlen.» Ansetzen sollte man aus seiner Sicht eher bei dem «grauenhaften Bürokratie-Apparat», der sich in den vergangenen Jahrzehnten im Gesundheitswesen aufgebaut habe.