

Sachdokumentation:

Signatur: DS 4494

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/4494



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Mehr Wahlfreiheit, tiefere Krankenkassenprämien

Idee einer Budget-Krankenversicherung (Stand 12.07.2023)

1 Hintergrund und Ausgangslage

- › Die Prämien steigen im kommenden Jahr – gemäss Medienberichten - im Schnitt um 6%. Die formelle Ankündigung durch Bundesrat Alain Berset wird im September erwartet. Darum wird in der heissen Phase des Wahlkampfs unausweichlich über die Krankenkassenprämien debattiert werden.
- › Die FDP hat in der Sommersession 2023 eine Fraktionsmotion lanciert, welche den Bundesrat auffordert, der Bundesversammlung einen Vorschlag zu unterbreiten, um alle relevanten Gesetze und Verordnungen so zu ändern, dass die Einführung eines Krankenversicherungsmodells mit sehr niedrigen Prämien ermöglicht wird. Den Motionstext inkl. Begründung finden Sie [hier](#).

2 Budget-Krankenversicherung: Was ist das genau?

- › Angesichts der explodierenden Krankenkassenprämien, die das Budget der Schweizerinnen und Schweizer zunehmend belasten, fordert die FDP die **Einführung einer «Budget»-Versicherung**.
- › Das Prinzip ist einfach: Die Grundleistungen werden weiterhin erbracht, aber zu weniger luxuriösen Bedingungen als die derzeitig obligatorische Versicherung. Die Bedürfnisse der Menschen rücken dank mehr Wahlfreiheit stärker ins Zentrum.
- › **Das Ziel: erhebliche Prämienenkungen, welche persönliche Einsparungen von bis zu 25 Prozent ermöglichen.**
- › Entlastung des Mittelstands, welcher nicht von Prämienverbilligungen profitiert.
- › Modell basiert auf Freiwilligkeit, wie dies bereits bei bestehende alternativen Versicherungsmodelle der Fall ist. (z.B. Hausarzt- oder Telemed-Modell; 75% der Leute nutzen bereits heute solche Modelle)
- › Die Solidarität wird nicht verletzt, sie ist durch den Risikoausgleich und Prämienverbilligungen (5,5 Milliarden jährlich) weiterhin sichergestellt.
- › Alles wie gehabt bleibt möglich, denn die Kosten für jene, die keine Budget-Versicherung wollen, werden sich nicht erhöhen. Budget-Versicherte profitieren von den eigens erzielten Einsparungen.

3 Innovative Versicherungsmodelle: Welche Möglichkeiten sollen sie bieten?

- › **Generikapflicht:** Sofern ein Generikum existiert (gleicher Wirkstoffe wie Originalpräparate) wird dieses verschrieben. Wenn es ausserdem ein billigeres Generikum gibt, das direkt aus der EU importiert wird, kann auch dieses obligatorisch sein.
- › **Präventionspflicht:** Bestimmte medizinische Untersuchungen sind unerlässlich, um Krankheiten bei Risikopersonen frühzeitig zu erkennen. Man denke hier an die Bekämpfung von Brustkrebs bei Frauen oder an Darmkrebs. Prävention ist im Interesse des Patienten und senkt die Kosten. Sie sollte selbstverständlich sein, was sie leider nicht ist – es braucht entsprechende Anreize. «Budget»-Versicherte können unter Androhung einer Geldstrafe aufgefordert werden, sich gewissen Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen.

- › **Mehrjahresversicherungen:** Um echte Massnahmen zur Patientenbetreuung und Prävention zu ermöglichen, wird die Versicherung für einen Zeitraum von drei Jahren abgeschlossen, wobei die maximale Prämiensteigerungsrate von vornherein festgelegt wird.
- › **Keine Leistungen ohne nachgewiesene Wirksamkeit:** Dies ist z.B. der Fall bei alternativer Medizin. Die Leistungen werden nicht von der Budget-Versicherung übernommen.
- › **Elektronisches Patientendossier:** Für «Budget»-Versicherte ist ein elektronisches Patientendossier obligatorisch. Medizinische Leistungen werden nachverfolgt, Doppelabrechnungen und unnötige Leistungen werden vermieden, die Rechnungsstellung erfolgt elektronisch.
- › **Einschränkung der Wahl der Laboratorien:** Laboranalysen dürfen nur von Instituten durchgeführt werden, die Partnerschaften mit der Versicherung eingegangen sind, zu einem Tarif, der günstiger ist als der offizielle Tarif. Dadurch werden die Kosten gesenkt, aber auch die Anreize beseitigt, dieselben Analysen mehrfach durchzuführen.
- › **Erstattung von Leistungen im Ausland:** In bestimmten Fällen, z. B. bei Medikamenten, die in der Schweiz nicht erschwinglich sind, kann die Versicherung Leistungen vergüten, die in Nachbarländern angeboten werden.
- › **Begrenzung der Anzahl der Leistungserbringer.** Ausser in Notfällen werden die Versicherten aufgefordert, ihre Leistungserbringer aus einer von der Versicherung erstellten Liste auszuwählen. Die Liste wird aufgrund von Qualitätskriterien der Leistungen erstellt. Dies gilt sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für Krankenhäuser. Damit soll insbesondere ein Überangebot bekämpft werden.
- › **Vertragsfreiheit für Medizinprodukte:** Krankenkassen, die eine Budget-Versicherung anbieten können mit Anbietern von Medizinprodukten Verträge abschliessen, um die Budget-Versicherten mit günstigeren Produkten zu versorgen.
- › **Begrenzung der Erstattungen für Psychotherapien:** Der Übergang zum Verschreibungsmodell für Psychologen hat die Kosten für Psychotherapien in die Höhe schnellen lassen. Die Budgetversicherung wird wieder das bis 2023 geltende Delegationssystem anwenden, d. h. das Angebot von Leistungen unter Aufsicht eines Psychiaters.
- › **Freiwillige Wartezeiten (Notfälle ausgeschlossen):** Die ständige Verfügbarkeit, auch für nicht dringende Fälle, verursacht hohe und unnötige Kosten. So ist es heute nicht ungewöhnlich, dass ein MRI innerhalb einer Stunde nach einem Arzttermin, der Monate zuvor vereinbart wurde, in Anspruch genommen wird. Dies, obwohl es sich nicht um einen Notfall handelt.
- › **Fallbezogene Selbstbeteiligung:** Anstelle einer hohen Gesamtfranchise zahlen die Patienten die ersten 600 Franken jedes medizinischen Falles. Die Budgetversicherung übernimmt und betreut so die schweren Fälle. Kleine, harmlose Krankheiten (z.B. ein Schnupfen) liegen in der Verantwortung des Versicherten und werden von diesem bezahlt.

Fazit: Alle diese Vorschläge führen zu erheblichen Einsparungen. Sie bringen zwar gewisse Einschränkungen für den Versicherten mit sich, der manchmal auf harmlose Eingriffe warten, einige zusätzliche Kilometer fahren oder einen neuen Leistungserbringer wählen muss, aber sie führen zu keiner wesentlichen Reduzierung des Versorgungskatalogs, geschweige denn der Qualität der Versorgung. Dieses Modell, das sowohl für einen gesunden als auch für einen kranken Patienten praktikabel ist, ermöglicht es den Versicherten, frei zu entscheiden, ob und wie sie ihre Krankenkassenprämien senken wollen.

Wahlfreiheit und Wettbewerb - zwei Werte, für die sich die FDP einsetzt, im Gesundheitswesen wie auch anderswo.

- ✓ Packen wir die Überversorgung an, senken wir die Kosten & Prämien – so stärken wir die Kaufkraft des Mittelstands!
- ✓ Packen wir die Überversorgung an, entlasten wir das Pflegepersonal und vermeiden Burn-outs!
- ✓ Packen wir die Überversorgung an, entlasten wir die Ärztinnen, Psychologen und Pflegekräfte und sichern unsere Grundversorgung!

4 Fragen und Antworten

4.1 Bleibt die Qualität gesichert und wie?

Ja. Die Qualität unseres Gesundheitssystem bleibt erhalten und für alle zugänglich. Die Bedürfnisse der Menschen sollen aber künftig stärker berücksichtigt werden, wenn es darum geht, Qualität zu bestimmen. Es ist gar nicht möglich, den Qualitätsbegriff für fast 9 Mio. Menschen zentral zu definieren. Viele Leute halten z.B. wenig von Homöopathie und glauben nicht daran. Andere vertrauen Generika und würden gerne auf die teuren Originalpräparate verzichten. Es geht lediglich darum, die Wahlfreiheit zu erhöhen, von der bereits heute 75% aller Schweizerinnen und Schweizer Gebrauch machen. Wir werden alle gezwungen, ein teures und leider ineffizientes System zu nutzen.

4.2 Ist das nicht einfach eine Umlage der Kosten? Wer übernimmt die Ausfälle?

Nein. Wenn jemand freiwillig auf Leistungen verzichtet, weil er oder sie diese Leistungen nicht will, senkt dies die Kosten. Diese Einsparungen werden dann via Prämienrabatte weitergegeben. Für das Gesundheitssystem ist es ein Nullsummenspiel. Bereits heute nutzen rund 75% der Schweizerinnen und Schweizer solche Modelle. Die FDP will nur die Möglichkeiten erweitern und so die Wahlfreiheit stärken. Entscheiden kann jede und jeder selbst.

4.3 Solidarität / Zweiklassenmedizin?

Die Solidarität wird weder in Frage gestellt noch geschwächt. Erstens entsteht diese aus der Versicherungspflicht und dem Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen. Zweitens werden jährlich Prämienverbilligungen in Höhe von rund 5.5 Mrd. umverteilt. Diese werden durch Steuergelder finanziert und stehen nicht zur Debatte.

4.4 Wie ist das mit chronischen Erkrankten, die sich die teure Version nicht leisten können?

Für chronisch Kranke ändert sich nichts. Sie können sich weiterhin ein für sie passendes Modell frei aussuchen. Wenn sie sich die Krankenversicherung nicht leisten können, werden sie durch Prämienverbilligungen und falls nötig weiteren Sozialleistungen unterstützt. Das ist so vorgesehen und auch richtig.

4.5 Systemwechsel? Prämien sind nicht das einzige, das kostet?

Die FDP fordert eine deutliche Ausweitung bestehender Wahlmöglichkeiten im bestehenden System. Bereits heute schliessen rund 75% Prozent der Schweizerinnen und Schweizer alternative Versicherungsmodelle ab und bringen so ihre individuellen Bedürfnisse

zum Ausdruck. Dieser Umstand zeigt, dass diese Option beliebt ist. Die FDP will nun die bestehenden Optionen ausweiten.

4.6 Wieso ist Digitalisierung so zentral?

Die Digitalisierung erlaubt es Doppelspurigkeit zu vermeiden. Das jährliche Einsparpotential bewegt sich laut Studien im Milliardenbereich. Die Schweiz hat in diesem Bereich grossen Nachholbedarf.

5 Die untauglichen Vorschläge von SP und Mitte

- › Die «Kostenbremse-Initiative» der Mitte verlangt, dass Bundesrat, Parlament und Kantone eingreifen müssen, wenn die Gesundheitskosten, im Vergleich zur Lohnentwicklung zu stark steigen.
 - › Diese Initiative ist eindeutig ein Schritt in Richtung Globalbudget. Einige europäische Länder (Grossbritannien, Deutschland) haben mit diesem Instrument schlechte Erfahrungen gemacht. Die Gefahr der Rationierung von Leistungen ist real und muss daher ernst genommen werden.
 - › Ihre Umsetzung entspräche einer Planwirtschaft für unsere Gesundheitspolitik. Dieses staatliche Modell würde zu übermässiger Bürokratie und letztlich zu einer Fehlallokation von Ressourcen und einer Rationierung von Leistungen führen.
- › SP fordert mit der «Prämien-Entlastungs-Initiative», dass maximal 10% des Einkommens für Prämien aufgewendet werden müssen.
 - › Die SP versucht alle Herausforderungen mit «mehr Geld/Subventionen» zu lösen. Ihre Initiative kostet zusätzliche 7,3 Milliarden und blendet das eigentliche Problem (Kostensteigerungen) vollkommen aus.
 - › Diese Forderung ist ein scheinheiliger Versuch das Problem der Prämienteuerung auf Besserverdienende abzuwälzen, während die Kosten nicht gedeckt werden können.
 - › Die Initiative ist antiföderalistisch und stützt sich stark auf eine Erhöhung der Bundesbeiträge, während die Gesundheitskosten stark von kantonalen Entscheidungen beeinflusst werden.