

# Der Prämien Schock lässt die Inflation kalt

Warum steigende Krankenkassenprämien keinen Einfluss auf die Teuerung haben

THOMAS FUSTER

Der Anstieg scheint ungebremst. Auch im kommenden Jahr werden die Krankenkassenprämien in der Schweiz stark steigen. Im Durchschnitt liegt die Zunahme bei 8,7 Prozent, wie der Bundesrat diese Woche mitgeteilt hat. Zu den zahlreichen Gründen für den neuerlichen Kostenschub im Gesundheitswesen gehören unter anderem mehr Arztbesuche, mehr ambulante Spitalleistungen sowie mehr und teurere Medikamente.

Die höheren Prämien belasten die Budgets vieler Familien und anderer Personen. Auch, weil die übrigen Lebenshaltungskosten ebenfalls steigen. Ob bei Mieten, Nahrungsmitteln, Stromtarifen oder Benzinpreisen: Man muss zusehends tiefer in die Tasche greifen. Zudem dürfte die hierzulande mit 1,6 Prozent noch relativ niedrige Inflation in den kommenden Quartalen erneut über die 2-Prozent-Marke steigen, so die Prognose der Schweizerischen Nationalbank (SNB).

Würde man die Bevölkerung fragen, wo sie die Inflation besonders schmerzhaft spürt, wäre die Antwort für viele Befragte klar: bei den Prämien für die Krankenkassen. Doch die Antwort wäre insofern falsch, als die Prämien gar nicht in die offizielle Messung der Inflationsrate einfließen. Wie stark die Ausgaben für die Krankenkassen steigen, hat keinen Einfluss auf den Landesindex der Konsumentenpreise (LIK), den wichtigsten Indikator für die Teuerung in der Schweiz.

Warum ist das der Fall? Der LIK misst die Preisentwicklung anhand eines sogenannten Warenkorb. In diesem Korb sind verschiedene Waren und Dienstleistungen enthalten, die Schweizer Haushalte typischerweise konsumieren. Die aktuellen Preise werden dabei verglichen mit den Preisen, die man vor einem Jahr oder vor einem Monat für dasselbe Produkt bezahlen musste. Der Unterschied zwischen den beiden Preisen für den Warenkorb ergibt dann die Inflation.

## Preis und Menge vermischt

Doch warum sind in diesem Warenkorb die Krankenkassenprämien nicht enthalten? Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat zwei Antworten:

■ **Erstens** stellten diese Prämien keinen wirklichen Konsum dar, sondern eher eine Art Voraus- oder Transfer-



Ob Verbände teurer werden oder öfter nachgefragt werden – beides führt zu höheren Kosten, nicht immer zu mehr Teuerung. K. HOFER / NZZ

zahlung. Denn die Ausgabe fließt im Schadenfall an den Haushalt zurück. Wer heute Prämien zahlt, kann später die Leistung eines Arztes oder Spitals in Anspruch nehmen, ohne nochmals zahlen zu müssen. Mit ähnlicher Begründung werden im LIK auch Steuerzahlungen oder Ausgaben für die Haftpflichtversicherung ausgeklammert. Solche Zahlungen begründen ebenfalls den Anspruch auf eine künftige Leistung.

■ **Zweitens** misst der LIK nur Preisveränderungen. Wenn nun aber die Krankenkassenprämien steigen, hat das nicht nur mit höheren Preisen für medizinische Leistungen zu tun. Ein wichtiger Grund ist, dass die Leistungen in höherer Menge nachgefragt werden. So führt die Zunahme von Arztbesuchen auch dann zu höheren Kosten und steigenden Krankenkassenprämien, wenn der Preis pro Visite gleich bleibt. Würde man die Prämien im LIK berücksichtigen, käme

es zu einer Vermischung von Preis- und Mengeneffekt.

Das heisst aber nicht, dass Gesundheitskosten im LIK bedeutungslos sind. Die Gesundheitspflege hat im LIK derzeit ein Gewicht von 15,3 Prozent, aufgeteilt auf drei Kategorien: Da sind erstens medizinische Erzeugnisse (3,9 Prozent) wie etwa Medikamente, Brillen und Hörgeräte; zweitens ambulante Dienstleistungen (8,2 Prozent) wie beispielsweise die Angebote von Arztpraxen, Zahnärzten, Labors, Physiotherapeuten und der Spitex; sowie drittens stationäre Spitalleistungen (3,2 Prozent).

Der entscheidende Punkt: Bei Gesundheitsleistungen misst der LIK nur die Preisveränderungen. Der Mengeneffekt, also die Häufigkeit, mit der Leistungen in Anspruch genommen werden, bleibt unberücksichtigt. Wenn zum Beispiel immer mehr Personen zur Physiotherapie gehen, wie das in der Schweiz der Fall ist, treibt das zwar die Gesund-

heitskosten und Prämien in die Höhe. Auf die Teuerung hat es aber nicht zwingend einen Einfluss, denn der LIK geht von konstanten Mengen aus.

## Politikum ersten Ranges

Zwar entspricht die Art und Weise, wie das BFS die Gesundheitskosten bei der Teuerungsberechnung berücksichtigt oder nicht berücksichtigt, gängiger internationaler Praxis. Dennoch wird die Entkopplung von Prämien- und Inflationsentwicklung in der politischen Diskussion oft kritisiert. Parlamentarische Initiativen, mit denen Politikerinnen und Politiker eine Einbettung der Krankenkassenprämien in den LIK fordern, gehören seit Jahren zu den Dauerbrennern in Bundesbern.

Der Unmut ist insofern nachvollziehbar, als die Prämien für viele Haushalte ein wesentlicher Kostenfaktor sind und deren verfügbares Einkommen belasten. Doch der LIK ist kein Lebenshaltungskostenindex. Er misst nicht, wie stark

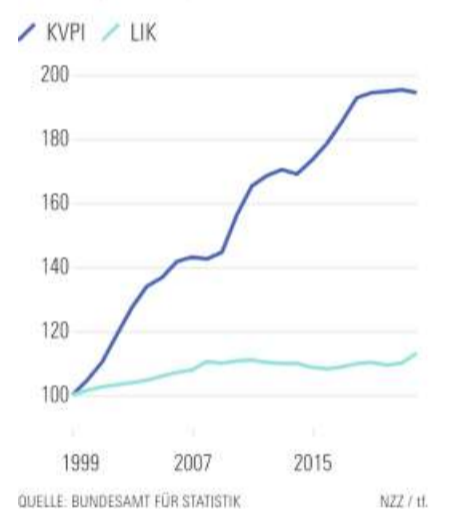
das Budget privater Haushalte im Jahresverlauf sinkt. Will man das messen, müsste man neben dem Privatkonsum alle budgetrelevanten Ausgaben wie etwa direkte Steuern oder Beiträge an die AHV und die Arbeitslosenversicherung mitberücksichtigen.

Um den Kritikern entgegenzukommen, berechnet das BFS seit 2001 einen Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI). Dieser schaut auf die Durchschnittsprämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwilligen Zusatzversicherungen. Der Index ist seit 1999 um 94 Prozent gestiegen, wobei die Prämien für den obligatorischen Teil um 125 Prozent und jene für Zusatzversicherungen um 30 Prozent zulegt. Die offizielle Inflationsrate betrug in diesem Zeitraum nur 13 Prozent.

Die Einführung des KVPI hat die Kritik an der LIK-Berechnung nicht verstummen lassen. Das erstaunt kaum, denn kein anderer Indikator hat wohl weitreichendere Folgen im Wirtschaftsleben. Nicht nur die SNB richtet ihre Geldpolitik an der Entwicklung des LIK aus. Er dient auch als Richtschnur etwa zur Anpassung von Löhnen, Renten, Tarifen, Mieten, und Budgets. Der Index ist somit ein Politikum ersten Ranges. Er wird so lange umstritten bleiben, solange es ihn gibt.

## Die Krankenkassenprämien steigen viel stärker als die offizielle Inflation

Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI) und Landesindex der Konsumentenpreise (LIK), indiziert (1999=100)



# Budget-Krankenkasse steht vor Hindernissen

Gesundheitsökonomien 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.»

Gesundheitsökonomien 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.