

**Anna Wanner
und Florence Vuichard**

Vor rund einem Jahr hat Saskia Schenker den Chefposten beim neuen Krankenkassenverband Prioswiss übernommen. Sie will die Krankenversicherer wieder verstärkt «als Vertreter der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler» positionieren.

Nach dem Prämienchock ist vor dem Prämienchock. Wie hoch wird er für 2027?

Saskia Schenker: Gemäss neuesten Zahlen des Bundesamtes für Gesundheit steigen die Gesundheitskosten um 4,5 bis 5 Prozent.

Dann dürften auch die Prämien um so viel steigen?

Die Prämien folgen grundsätzlich den Kosten, dennoch dürfen wir die beiden Entwicklungen nicht gleichsetzen. Zudem gibt es noch viele Unbekannte. So fehlen derzeit die Daten aus dem ambulanten Spitalbereich.

Noch immer?

Ja. Es gibt viele Spitäler, die noch immer nicht vollständig abrechnen können. Die Situation verbessert sich allmählich. Viele Spitäler verschicken nun Testrechnungen.

Ist das nicht ein Armutszeugnis für die Spitäler?

Gemäss den Spitalern vor allem für ihre Softwarelieferanten. Die mangelnde Datenlage hat negative Folgen für das ganze System. Gerade bei der Einführung einer neuen Tarifstruktur ist ein funktionierendes Monitoring zentral, damit wir sehen, wie die Tarifstruktur wirkt.

Trotz vieler Kostendämpfungspakete steigen die Gesundheitskosten ungebremst weiter. Warum?

In den vergangenen Jahren haben Parlament sowie das Bundesamt für Gesundheit den Leistungskatalog laufend erweitert. Wir müssen als Gesellschaft die Diskussion führen, ob wirklich immer mehr Leistungen in die Grundversicherung aufgenommen werden sollen, die dann alle gemeinsam via die Prämien finanzieren müssen.

An was denken Sie konkret?

Nehmen wir als Beispiel die Sturzpräventionsprogramme in der Physiotherapie für Menschen über 65 Jahre. Dabei werden zu Hause Massnahmen zur Verhinderung von Stürzen umgesetzt. Da kann man sich durchaus fragen: Gehört das in die Grundversicherung oder nicht? Anderes Beispiel: Vor einigen Jahren wurden gewisse podologische Leistungen aufgenommen. Es gibt immer gute Argumente dafür, das ist mir klar. Die Frage ist, wo die Grenzen sind.

Das sind kleine Posten.

Ja, aber es sind viele. Jeder einzelne Entscheid erscheint klein, aber in der Summe entsteht ein erheblicher Kosteneffekt. Es sind oft kleine und schnell getroffene Entscheide, die in der Summe sehr viel ausmachen.

Können Sie beziffern, wie hoch dieser Effekt ist?

Nein, noch nicht. Wir versuchen das derzeit auf die Prämienentwicklung herunterzubrechen und verlangen von der Politik und dem Bundesamt



Saskia Schenker:
«Die Krankenversicherer verhindern Zahlungen von rund 4 Milliarden Franken.»
Bild: Jeannette Meier Kamer

«Immer mehr erhalten die Abnehmspritze»

Prioswiss-Chefin Saskia Schenker kritisiert den Ausbau der Grundversicherung, die kantonale Spitalplanung sowie den drohenden Marschhalt bei den Medikamenten.

gegenüber der Öffentlichkeit mehr Transparenz bei solchen Entscheiden. Ein weiteres Beispiel sind die Abnehmspritzen, die unter bestimmten Voraussetzungen von der Grundversicherung bezahlt werden. Allein im vergangenen Jahr beliefen sich die Kosten für Semaglutid-Präparate – also Wegovy und andere Medikamente mit demselben Wirkstoff – auf rund 200 Millionen Franken. Und die Kosten steigen weiter.

Sind Sie dagegen, dass die Spritzen von der Grundversicherung bezahlt werden?

Liberale Ökonomin

Saskia Schenker, 46, ist seit Mai 2025 Direktorin von Prioswiss, dem neuen Krankenkassenverband, der aus dem Zusammenschluss von Santésuisse und Curafutura hervorging. Zuvor leitete die Politologin und Ökonomin, die an der Universität Bern studiert hat, den Arbeitgeberverband der Region Basel. Schenker sass für die FDP bis vor kurzem im Baselpoliten Kantonsparlament. (chm)

Wenn jemand adipös, also krankhaft übergewichtig ist und dadurch schwere Folgeerkrankungen drohen, kann eine Abnehmspritze eine wichtige therapeutische Massnahme sein – und ist berechtigt für die Grundversicherung. Im Moment sehen wir vor allem eine starke Zunahme der Personen, die die Voraussetzungen erfüllen. Die Behandlung wird heute relativ rasch eingesetzt, was zusätzlich eine Sogwirkung entfaltet.

Aber es gibt doch Einschränkungen bei der Abgabe?

Wir sehen dennoch eine massive Entwicklung. Immer mehr Interessierte erhalten die Abnehmspritze so verschrieben, dass sie von der Grundversicherung übernommen werden muss. Ein Beispiel dafür ist die Voraussetzung, dass eine Diabetes-Vorstufe vorliegen muss. Ab einem gewissen Alter zeigen viele Menschen entsprechende Anzeichen, was die Abgrenzung anspruchsvoll macht.

Sie sagen also, die Ärzte finden einen Weg, die Abnehmspritzen zu verschreiben?

Ich spreche hier nicht von Missbrauch. Das System ist grundsätzlich so aufgebaut, dass der

Weg über die Grundversicherung gefunden wird. Für die Versicherer ist das schwierig.

Die grosszügige Auslegung?

Gerade die Abgabe von Wegovy und ähnlichen Medikamenten müssen wir sehr genau beobachten. Die Abgabe ist aktuell auf drei Jahre befristet. Es gibt aber Ärzte, die sagen, man müsse die Medikamente lebenslang einnehmen. Das muss medizinisch beurteilt werden. Wir erwarten nun vom Bund eine klare Auslegeordnung, wie das weitergehen soll. Fällt die Befristung, zahlt die Bevölkerung unbegrenzt – und zwar für immer mehr Menschen. Und da stellt sich die Frage: Ist das im Sinne des Erfinders? Bei Wegovy und Co. erleben wir erstmals seit Langem wieder eine interessante gesellschaftliche Diskussion darüber, was eine Sozialversicherung bezahlen soll und wo ihre Grenzen sind.

Diese Diskussion müssen wir auch bei der Angehörigenpflege führen.

Ja, da sehen wir ein starkes Wachstum. Bei der Spitex sind es plus 12 Prozent. Und die Angehörigenpflege ist neben der Alterung der Gesellschaft ein

wesentlicher Treiber. Pflegende Angehörige leisten einen wichtigen Beitrag, jedoch benötigt es in diesem Bereich mehr Regulierung und klarere Definitionen. Sonst nimmt die Entwicklung ein Ausmass an, das für die obligatorische Grundversicherung nicht mehr tragbar ist.

Was in der Grundversicherung ist, fliegt nie mehr raus?

Das stimmt. Deshalb wollen wir die Verfahren stärken, mit denen Leistungen im Leistungskatalog auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Erfüllen Leistungen die Kriterien nicht mehr, müssen wir sie streichen können. Hier haben wir viel Aufholbedarf.

Werden die Krankenkassen angrieffiger?

In erster Linie bringen wir uns im Sinne der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler und einer zielgerichteten Versorgung ein. Aber ja, wir haben Beschwerden gegen gewisse kantonale Spitalplanungen eingereicht, jüngst gegen die Spitalplanung im Kanton Schwyz. Für die Kantone ist das natürlich nicht angenehm. Wir bilden ein Gegengewicht zu den Leistungserbringern, die re-

gelmässig mit Beschwerden drohen, wenn ihnen Leistungen oder Aufträge entzogen werden, weil sie die Kriterien nicht mehr erfüllen.

Jüngst haben die Kantone ihre Spitäler aber eher aus- statt abgebaut.

Es geht nicht darum, den Menschen etwas wegzunehmen. Es geht darum, die Qualität zu verbessern. Heute werden in der Schweiz noch immer zu viele Behandlungen an Standorten durchgeführt, die zu geringe Fallzahlen haben. Die Wissenschaft zeigt klar, dass tiefe Fallzahlen häufig mit schlechterer Behandlungsqualität verbunden sind.

Ein Thema sind auch die Medikamentenpreise. Die Politik krebst bei den Rabatten für umsatzstarke Arzneien wieder zurück. Zu Recht?

Nein. Das Kostendämpfungspaket enthält fünf Massnahmen. Vier sollen den Zugang für die Pharma und ihre innovativen Medikamente verbessern, eine betrifft die Kosten: Für besonders umsatzstarke Medikamente sollen die Hersteller Rabatte gewähren. Das ist ein Parlamentsbeschluss und muss umgesetzt werden, darauf beharren wir. Über die konkrete Ausgestaltung können wir diskutieren. Wobei diese Rabattmodelle bei umsatzstarken Medikamenten sowieso erst greifen, wenn ein grosser Teil der Forschungs- und Entwicklungskosten refinanziert ist. Die Einstiegspreise können weiterhin so hoch bleiben wie bis anhin. Das ist ein wirtschaftlich sinnvolles Instrument.

Lässt es sich aufschieben?

Ein Verzögern lehnen wir ab. Die Politik wird der Bevölkerung kaum erklären können, weshalb eine Kostendämpfung von 350 Millionen Franken nicht umgesetzt werden soll.

Macht die Pharma also ein Theater für nichts?

Alle haben stets gute Argumente, warum Leistungen nicht gekürzt und Preise nicht gedrückt werden sollen.

Wir reden seit 20 Jahren über Massnahmen gegen steigende Prämien. Die einzigen, die ergriffen wurden, sind Senkungen bei den Medikamentenpreisen.

Bei den Medikamenten kann der Bund eigenständig handeln, weil es administrierte Preise sind. Fakt ist auch, dass die Preise für neue Medikamente heute viel höher sind als noch vor ein paar Jahren. Die Pharma ist sicher nicht die einzige Branche, die zur Kostendämpfung beiträgt. Der Bundesrat hat auch schon beim Arzttarif eingegriffen oder bei den Laboranalysen. Und auch die Versicherer sehen sich konstant in der Pflicht.

Was ist denn ihr Beitrag?

Neben der Finanzierbarkeit und einer guten Versorgung kümmern wir uns um die Rechnungskontrolle. Jährlich laufen rund 150 Millionen Rechnungen digital durch das System. Dadurch verhindern die Krankenversicherer Zahlungen von rund 4 Milliarden Franken, die sonst aufgrund fehlerhafter oder ungerechtfertigter Rechnungen geleistet würden.