

Reflexionen zum Thema «differenzierter Selbstbehalt»*

Thomas Hofer

* Der hier publizierte Text wurde angeregt durch ein Gespräch, das der Autor am 15. Mai 2010 mit Frau Nationalrätin Ruth Humbel führte. Der vielbeschäftigten Nationalrätin, Mutter und Familienfrau sei an dieser Stelle für die Zeit, die sie sich genommen hat, sowie für ihr Engagement in gesundheitspolitischen Fragen herzlich gedankt.

- 1 Alle zitierten Daten sind, wenn nicht anders erwähnt, online unter www.bfs.admin.ch einseh- und abrufbar.
- 2 Demographisches Porträt der Schweiz. Ausgabe 2007. PDF unter www.bfs.admin.ch
- 3 De Vries E, van de Poll-Franse LV, Louwman WJ, de Gruijl FR, Coebergh JW. Predictions of skin cancer incidence in the Netherlands up to 2015. *Br J Dermatol*. 2005 Mar;152(3):481–8.
- 4 Hofer T. The accuracy of surgical treatment of non-melanoma skin cancer in a private dermatology practice: a report from Switzerland. *Dermatologica Helvetica*. 2007;(2):16–9.
- 5 Thesenpapier FMH. Managed Care – Kontrahierungszwang. Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(36):1536–42. Thesen der FMH zu Managed Care vom 4. Dezember 2006 (den eidgenössischen Räten verteilt).

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Hofer
Dermatologie FMH
Winkelriedstrasse 10
CH-5430 Wettingen
thomas.hofer@active.ch

In der Zeit von 1996 bis 2007 sind die Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens von 37,5 Milliarden auf 55,2 Milliarden angewachsen [1]. Dies ergibt eine jährliche Zuwachsrate von 3%, in den letzten Jahren gar ca. 5%. Im Gegensatz dazu hat sich in der gleichen Zeitspanne der Landesindex der Konsumentenpreise jährlich zwischen 0 und 1,8 bewegt (im Durchschnitt 0,9). Es ist nun das Bestreben der Gesundheitspolitiker, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen derjenigen der Konsumentenpreise anzupassen.

Aus folgenden Gründen ist der Vergleich der Steigerung dieser beider Werte nicht möglich:

- In der Zeit von 1996 bis 2007 hat die Schweizer Bevölkerung um 0,512 Millionen zugenommen, d. h. 7,23% mehr Menschen sind in diesem Gesundheitssystem «kostenfolrig» geworden.
- Die Alterspyramide hat sich längst zu einem Alterspilz entwickelt. Dies hat zur Folge, dass ein immer grösserer Anteil unserer Bevölkerung einem grösseren Erkrankungsrisiko ausgesetzt ist [2].
- Schon mehrfach wurde nachgewiesen, dass allein aufgrund der demographischen Entwicklung unserer Bevölkerung mit einer jährlichen Zuwachsrate der medizinischen Interventionen von ca. 5% während der kommenden 20 Jahre gerechnet werden muss (zur Veranschaulichung zwei Beispiele aus der dermatologischen Fachliteratur [3, 4]).

Warum muss man die Versicherer dazu zwingen, integrierte Netzmodelle anzubieten?

Lediglich die Preise der Medikamente, der Hilfsmittel (MiGel), der Analytica, der medizinisch-technischen Apparaturen usw. können einer strikten Preiskontrolle unterworfen werden. Die Leistungserbringer selbst sind ja schon seit Jahren tarifmässig unter strikter Kontrolle. (Bis jetzt nicht erwähnt, aber in der Kostensteigerung bereits inbegriffen, ist zudem der medizinische Fortschritt.)

Schon 2006 hat die FMH, im Bestreben darum, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu verhindern, sich auf einen Kuhhandel mit den Gesundheitspolitikern eingelassen: Versicherte, Patienten und Leistungserbringer in Versorgungsnetzen profitieren in Managed-Care-Modellen von sinnvollen Anreizsystemen:

explizit ausgewiesener Qualität, Prämienverbilligungen und/oder (gegenüber traditioneller Versorgung) differenzierter Kostenbeteiligung [5].

Heute sind wir so weit, dass solche Systeme auf Gesetzesebene vorgeschrieben werden sollen. Alle Versicherer müssen zukünftig solche integrierten Netzwerke anbieten. Wer als Versicherter nicht in ein solches eingebunden sein will, wer nach wie vor für sein gesundheitliches Problem den frei bestimmten Arzt seines Vertrauens konsultieren will, muss den doppelten Selbstbehalt zahlen.

Mir stellt sich die Frage: Warum muss man die Versicherer dazu zwingen, solche integrierten Netzmodelle anzubieten? Meine mögliche Antwort: Weil die Versicherer bis jetzt mit ihren Billigkassen, sprich Kundenködern, bereits defizitäre Systeme intern quersubventionieren müssen (kürzlich gab die CSS Versicherung ja zu, dass sie ihre Billigkassen noch bis zum Jahre 2012 mit Einnahmen aus dem Zusatzversicherungsbereich quersubventionieren muss). Und ein weiteres defizitäres Versicherungsmodellangebot anzubieten, könnte für viele Kostenträger dem Ruin gleichkommen.

Mit dem System des differenzierten Selbstbehaltes will man beim Betroffenen die Kostenbeteiligung im Krankenfall erhöhen. Wer garantiert uns, dass das hierdurch bei den Versicherern anfallende Ersparnis nun nicht auch dazu missbraucht wird, unrentable Netzangebote zu subventionieren?

Unter folgenden Voraussetzungen kann ich der Idee zustimmen, dass alle Versicherer Netz- oder MC-Modelle anbieten sollen:

- Die Modelle sollen sich nicht durch einen unterschiedlichen Selbstbehalt, sondern durch eine unterschiedliche Prämie definieren, z. B. «Basis Grund» (Netz) und «Basis plus» (freie Arztwahl), dies in Analogie zu den Modellen im stationären Bereich «Allgemein Wohnkanton» und «Allgemein ganze Schweiz».
- Quersubventionierungen unter den Modellen sollen auf Gesetzesebene verboten werden.
- In «Basis Grund» muss zugunsten des Kranken das Recht zum jederzeitigen Einholen einer Zweitmeinung verankert sein, um ein klares Qualitätszeichen zu fixieren.

Die Gewerkschaften und Patientenorganisationen scheinen gegen die Idee des differenzierten Selbstbehaltes das Referendum ergreifen zu wollen. Sie erkennen mit Recht den unsozialen Aspekt dieser Regelung. Ich unterstütze sie.