

Ein Kassenmodell für mündige Patienten

Urs Strebel

Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, ehem. Chefarzt für Innere Medizin am Spital Männedorf, Mitglied FMH

Nach 40-jähriger klinischer Tätigkeit – vorwiegend im Spital, aber auch zwei Jahre als selbständiger Hausarzt – und nach dem Rücktritt von verschiedenen Aufgaben bei der FMH, SGIM und SAMW per Ende 2015 hatte ich mir vorgenommen, die anstehenden Fragen im Gesundheitswesen jüngeren Mitbürgerinnen und Mitbürgern¹ zur Lösung zu überlassen. Trotzdem verfolge ich die gesundheitspolitischen Themen weiter. Dabei beschäftigt mich auch das Kostenproblem, das u.a. durch falsche Anreize, Überbehandlungen, steigende Medikamentenpreise und Pseudowettbewerb bedingt ist (siehe auch [1–3]). Ich fühle mich deshalb genötigt, auf zwei Massnahmen hinzuweisen, die das System verbessern könnten.

Schaffung einer Qualitätskontrolle der Indikation

Die erste Massnahme läge in der Einführung einer *Qualitätskontrolle der Indikation*. Heute werden nur einzelne Schritte in der Behandlungskette und/oder das Resultat auf ihre Qualität hin kontrolliert, *nicht* aber die *Indikation*. Man denke an die unterschiedlichen Kaiserschnittraten, die verschiedenen Behandlungen der vorderen Kreuzbandruptur oder die Indikation zur Vertebroplastie [4]. Im *Club* vom 22. November 2016 hat auch der Präsident der fmCh diese fehlende Qualitätskontrolle bemängelt. Und der

¹ Auch wenn nicht ausdrücklich angegeben, sind immer beide Geschlechter gemeint.

Un modèle de caisses pour patients responsables

Deux raisons importantes de l'augmentation des coûts dans le système de santé sont l'absence de contrôle de l'indication et le fait que les coûts directs soient à la charge d'un tiers. C'est pourquoi il me semble important d'instaurer un contrôle de la qualité de l'indication (nécessité d'une mesure, existence d'alternatives moins coûteuses ou risquées) et une participation illimitée des patients aux coûts de toutes les mesures médicales, des mesures d'accompagnement étant toutefois requises pour les personnes pauvres ou atteintes de maladies chroniques.

Une participation illimitée aux coûts nous obligerait à parler des coûts avec les patients et à les justifier. Et comme tous ne veulent pas forcément tout à n'importe quel prix, la concurrence jouerait justement sur les mesures chères à l'utilité limitée, car leur prix serait entre autres déterminé par la demande. Aujourd'hui, les patients qui ont payé CHF 1000 de franchise et de quote-part bénéficient de tout gratuitement pour le reste de l'année. Ce manque d'incitation à l'économie fait logiquement grimper les coûts dans notre système axé sur le profit.

im ZV der FMH für das Ressort Qualität zuständige Vertreter hat mir seit 2012 mehrfach erklärt, dass eine Qualitätskontrolle der Indikation nötig und deren Einführung geplant sei, allerdings nicht mit oberster Priorität. Da bin ich anderer Meinung. Denn wegen ihrer zentralen Bedeutung sollte sie möglichst rasch realisiert werden.

Einführung eines unbegrenzten Selbstbehalts

Die zweite Massnahme betrifft Franchise und Selbstbehalt. Aktuell müssen die ersten 300 Franken *pro Kalenderjahr* selber bezahlt werden. Von den die Franchise übersteigenden Kosten müssen dann bis maximal 700 Franken pro Jahr, zehn Prozent, als Selbstbehalt entrichtet werden [5].

Franchise und Selbstbehalt haben sicher einen bremsenden Einfluss auf die ersten Arztbesuche. Sobald ein Patient aber die 1000 Franken bezahlt hat, entfällt diese Bremse. Denn alle weiteren Leistungen im gleichen Kalenderjahr sind von nun an gratis. Eine Folge

Ich halte ein System ohne Franchise, aber mit unbegrenztem Selbstbehalt für geeigneter.

davon ist, dass wir Ärzte nie über Kosten sprechen müssen und die Patienten Kostenargumente nur schwer akzeptieren und meist mit dem Hinweis zurückweisen, dass sie schliesslich hohe Prämien bezahlen. Eine direkte Folge ist die Zunahme von Wahl- eingriffen in der zweiten Jahreshälfte, wenn viele Patienten, die Anfang Jahr Franchise und Selbstbehalt bereits bezahlt haben, den Wahleingriff noch im gleichen Kalenderjahr kostenfrei durchführen lassen möchten.

Ich halte ein System ohne Franchise, aber mit *unbegrenztem Selbstbehalt* für geeigneter: Patienten würden so eher von unüberlegten Arztbesuchen und von der Einforderung sinnloser Zusatzuntersuchungen und Therapien abgehalten und wir Ärzte von unnötigen Abklärungen, überteuerten Therapien und Eingriffen, deren Indikation diskutabel ist. Denn wenn der Pa-



Die Kosten im Gesundheitswesen steigen: Ein Kassenmodell, in dem die Indikation kontrolliert und ein unbegrenzter Selbstbehalt gelten würde, könnte Abhilfe schaffen.

tient stets einen Teil mitbezahlen muss, sind wir gezwungen, über die Kosten zu reden und zu begründen, weshalb die kostspieligere Massnahme besser ist als die günstigere. Ich bin auch sicher, dass unter diesen Umständen nicht alle Patienten all das möchten, was an teuren Therapien mit lediglich geringem Zusatznutzen angeboten wird. Damit würde das Gesundheitswesen endlich in eine Wettbewerbssituation geraten, in welcher der Preis auch von der Nachfrage mitbestimmt wird (siehe Bemerkung 1).

Überlegungen zu Modellen über den Selbstbehalt

Ich habe meine Überlegungen in den letzten Monaten mit einigen mir bekannten Parlamentariern von FDP, CVP und SP besprochen. Von FDP und CVP kamen wohlwollende Rückmeldungen. Allerdings erklärte sich niemand bereit, das Thema im Rat im Rahmen der Debatte über die Erhöhung der Franchise aufzunehmen. Das grösste Interesse zeigte eine Nationalrätin der SP. Sie gab allerdings offen zu, dass es nicht möglich sein dürfte, ihre Parteigenossen von der Idee eines unlimitierten Selbstbehaltes zu überzeugen, da sie tiefere Einkommensklassen benachteiligen und unbemittelte Menschen dazu verleiten könnte, im Notfall aus Kostengründen auf medizinische Hilfe zu

verzichten. Einen weiteren Einwand stellt die auf den ersten Blick berechtigte Angst der Benachteiligung von Patienten dar, die sehr teure Massnahmen benötigen, sowie von Patienten mit chronischen und/oder seltenen Krankheiten.

Ein unbegrenzter Selbstbehalt braucht deshalb gute flankierende Massnahmen, denn er darf nicht zur Folge haben, dass notwendige Therapien nicht durchgeführt werden können. Was den Prozentsatz des Selbstbehalts betrifft, kann man sich neben einem linearen Satz von beispielsweise 10% auch einen degressiven von 12% für die ersten 10 000 Franken, 9% für die nächsten 1000 Franken und 6% für die weiteren Kosten *innerhalb von 12 Monaten* vorstellen. Armen Patienten mit einer chronischen Krankheit müssten die Kosten für diese Krankheit eventuell ganz erlassen

Falls sich die Patienten an den Kosten beteiligen müssten, würden sie ihre eigenen Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen.

werden. Natürlich müsste das Modell von Fachleuten durchgerechnet und angepasst werden, die mehr von Ökonomie verstehen und die Gesundheitsdaten besser kennen als ich.

Ich möchte noch einige Überlegungen zu den beiden Modellen anstellen:

- Ein Vorteil des bisherigen Modells ist, dass sich alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch versichern müssen. Das muss so bleiben.
- Beim aktuellen Modell müssen die ersten 300 Franken aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Für Wenig-Verdienende ist das eine nicht zu unterschätzende Hürde.
- Franchise und Selbstbehalt gelten pro Kalenderjahr. In einem neuen Modell würde bei einer linearen Beteiligung eine zeitliche Limite entfallen, bei einem degressiven Modell würde sie 12 Monate betragen.
- Sobald die Kasse leistungspflichtig wird, vergütet sie dafür alle innerhalb des Kalenderjahres auftretenden Krankheiten, auch wenn diese in keiner Weise zusammenhängen wie etwa Diskushernie und Gallenkolik. Während das im bisherigen Modell kostentreibend wirkt, spielt es bei einer unlimitierten Selbstbeteiligung keine Rolle.
- Rund 30% der Einwohner erhalten Subventionen. Diese flankierende Massnahme bräuchte es in angepasster Form auch im neuen Modell.
- Bei einer unbegrenzten Selbstbeteiligung entfällt die Franchise als anfängliche Hürde. Denn 10% einer einfachen Konsultation entsprechen 10 bis 30 Franken und nur in den seltensten Fällen 300 Franken oder mehr. Es besteht deshalb gerade für Wenig-Verdienende keine hohe Anfangshürde.

Abschliessend möchte ich drei Bemerkungen anfügen und meine Kernanliegen wiederholen:

Bemerkung 1: Einzelne Medikamente kosten mehrere 10 000 Franken pro Jahr, wobei ihr Nutzen teilweise bescheiden ist [6]. Die Preisgestaltung lässt sich nicht transparent nachvollziehen. Aufgrund der Dividenden und Boni darf aber davon ausgegangen werden, dass die Pharmaindustrie den Preis einiges über den Gesteungskosten ansetzt. Sie senkt ihn auch nicht freiwillig, wenn die Indikation breiter und das Medikament häufiger verkauft wird. Da die Patienten wegen ihrer Grundkrankheit Franchise und Selbstbehalt in der Regel schon bezahlt haben, kommt von ihrer Seite kein Druck, den Preis zu senken. Und auch das BAG hat nur einen beschränkten Einfluss. Falls sich die Patienten an den Kosten beteiligen müssten, würden sie ihre eigenen Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen und zum Beispiel bei fortgeschrittenem Alter teilweise auf

eine teure Therapie verzichten. Unter diesen Bedingungen wird sich die Pharmaindustrie überlegen, ob sie nicht den Preis senken will, um dafür mehr zu verkaufen.

Bemerkung 2: Zur Diskussion über ein neues Kassensmodell gehören auch die Fragen, ob Kopfprämien gerecht sind und ob die Unterteilung in ambulante und stationäre Versorgung mit unterschiedlichen Kostenträgern noch zeitgemäss ist.

Bemerkung 3: Wenn wir über die Kosten des Gesundheitswesens und mögliche Verbesserungen nachdenken, dürfen wir uns nicht auf die Kassenprobleme beschränken, sondern müssen auch die Tatsache berücksichtigen, dass sozio-ökonomisch benachteiligte Menschen eine signifikant verkürzte Lebenserwartung haben [7, 8]. Überlegungen, wie diese Situation zu verbessern ist, gehören auch zu einem umfassenden Gesundheitswesen.

Um die Diskussion noch einmal zu fokussieren, möchte ich die beiden zentralen Gedanken wiederholen.

- Einführung einer Qualitätskontrolle der Indikationen;
- unbegrenzter Selbstbehalt ohne Franchise.

Ohne diese oder ähnliche Massnahmen droht uns eine Rationierung, die sicher niemand will.

Danksagung

Ich danke Prof. Dr. Markus Zimmermann und Irmgard Strebelt herzlich für die kritische und konstruktive Durchsicht des Manuskripts.

Literatur

- 1 Teuwsen P. & Mijuk G. Ist das wirklich alles nötig? NZZ am Sonntag 30.10.16, S. 22f.
- 2 Scheidegger D. Ärzte verhalten sich wie Messies. Tages-Anzeiger 23.11.16, S. 40.
- 3 Oertle D. Die Hausärzte sterben aus: Na und? In: Schweiz Ärztezeitung 2016;97(51–52):1804–180.
- 4 <http://www.medical-board.ch/index.php?id=809&L=1%27A%3D0>
- 5 <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/04285/?lang=de>
- 6 Schrag D. The Price Tag on Progress – Chemotherapy for Colorectal Cancer. NEJM 2004;317:317–9.
- 7 <http://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/bildung/sozialrechte/einfluss-soziooekonomischer-faktoren-gesundheit>
- 8 <http://www.lebenserwartung.info/index-Dateien/soziodiff.htm>

Bildnachweis

© Nito100 | Dreamstime.com

Korrespondenz:
Dr. med. Urs Strebelt
Etzelstrasse 20
CH-8712 Stäfa
[ui.strebelt\[at\]bluewin.ch](mailto:ui.strebelt[at]bluewin.ch)