Vertrauen ist Mut, etwas Kontrolle ist auch nicht schlecht Seite 4

Im Vergleich: Der Leistungskatalog in Deutschland Seite 8

CSS Versicherung

im dialog

(Ver)trauen?

Im Fokus: Die Pflichtleistungen im KVG

Ausgabe
1 / 2017

Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle

Mehr Schein als Sein!

«Das System filtert fragliche neue oder bestehende Leistungen nicht mit der erforderlichen Konsequenz und Schnelligkeit aus.»

Zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats, 21.8.2008

Generalsekretariat Eidg. Departement des Innern

Weniger ist mehr?

«Überversorgung ist nicht zuletzt eine Folge von finanziellen Fehlanreizen.»

Medienmitteilung, 2.2.2016

Sandra Schneider

Hausaufgaben vergessen!

«Die Re-Evaluation von bereits finanzierten Leistungen wurde bislang vernachlässigt.»

Leiterin Leistungen, Bundesamt für Gesundheit, Tages-Anzeiger, 17.12.2015

Peer Teuwsen, Gordana Mijuk

Nutzen oder Schaden?

«Dabei stirbt von 1000 Frauen mit regelmässigem Mammografie-Screening bloss eine Frau weniger an Brustkrebs als bei 1000 Frauen ohne regelmässiges Screening.»

NZZ am Sonntag, 30.10.2016

Werner Enz

Schlendrian im Gesundheitswesen

«Preisgarantien, wie sie sich im Ärztetarif TARMED spiegeln, laden dazu ein, Grenzen der Zahlungsbereitschaft von Krankenkassen auszuloten.»

Redaktor NZZ Wirtschaft, 8.10.2016

Folgen Sie uns auf Twitter:
twitter.com/CSSPolitik

Barbara Hayoz ist Mitglied des Verwaltungsrats der CSS

Alles für bare Münze nehmen?

Sollen wir auch künftig Vertrauen haben? Mit dieser vielleicht etwas ketzerischen Frage spiele ich auf das Vertrauensprinzip im schweizerischen Gesundheitswesen an. Das Prinzip bildet die Basis aller medizinischen Behandlungen. Der Gesetzgeber vertraut darauf, dass nur diejenigen Leistungen ausgeführt werden, die letztlich auch Wirkung zeigen. Das Gute am Vertrauensprinzip ist die Möglichkeit, dass die Medizin auch neuere Methoden und Innovationen anwenden kann. Das Negative: Oft wird mehr als das bloss Notwendige verschrieben, und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit können arg strapaziert werden.

Dass die Kosten im Gesundheitswesen und damit die Prämien so nicht eingedämmt werden können, liegt auf der Hand. Kein Wunder also, dass das Vertrauensprinzip mehr und mehr hinterfragt wird. Gemäss einer Studie von Interpharma finden nur noch 41 Prozent der Befragten, dass Ärzte und Ärztinnen alleine darüber entscheiden sollten, ob Krankenversicherer eine Behandlung aufgrund eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu begleichen haben. 2011 lag dieser Wert noch bei über 70 Prozent. Dies zeigt klar, dass die Solidarität unter den Versicherten – die wohl grösste Errungenschaft der Krankenversicherung – kontinuierlich schwindet. Hier wegzuschauen, könnte fatale Folgen haben.

Auf den folgenden Seiten zeigen wir Lösungsansätze auf, um das Vertrauensprinzip wahren zu können, ohne gleichzeitig Überversorgung Tür und Tor zu öffnen.

Inhaltsverzeichnis

4 **Die Pflichtleistungen im KVG**
Vertrauen ist Mut, etwas Kontrolle ist auch nicht schlecht

7 **Standpunkt**
Ein Plädoyer für Transparenz

8 **Hintergrund**
Im Vergleich: Der Leistungskatalog in Deutschland

10 **Im Gespräch**
«Ich sehe die Gefahr, dass wir das Vertrauen verspielen»

14 **Praxis**
Weniger Medizin kann manchmal auch mehr sein

15 **Die andere Sicht**
Bescheiden zum Glück

16 **Persönlich**
Das Maximum ist nicht immer das Optimum

18 **Santé!**
Rettet WZW!

19 **Wissenschaft**
Wie sähe der objektive Leistungskatalog aus?

Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Judith Dissler, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (Text) und Peter Kruppa (Art Director) | Bildnachweis: Markus Bertschi, iStock/fpm, iStock/delectus, Keystone/Eddy Risch, zVg | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.

MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C008110

Welche Leistungen übernimmt die Schweizer Grundversicherung im Krankheitsfall? Auf diese scheinbar simple Frage gibt es zwei Antworten, eine einfache und eine komplizierte. Die einfache lautet: Grundsätzlich wird alles, was ein zugelassener Arzt oder eine Ärztin verordnet, von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen.

Von Prof. Dr. oec. Tilman Slembeck

Vertrauen ist Mut, etwas Kontrolle ist auch nicht schlecht

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt grundsätzlich alles, was ein zugelassener Arzt verordnet. Vertrauensprinzip nennt sich dieser überaus liberale und im Vergleich zum Ausland einzigartige Grundsatz in unserem Krankenversicherungsgesetz (KVG) (Artikel 33, Abs. 1 KVG). Medizinerinnen und Mediziner tragen denn auch eine ausserordentlich hohe Verantwortung. Sowohl hinsichtlich der Frage, welche Leistungen im konkreten Falle medizinisch sinnvoll und notwendig sind, als auch bezüglich der Kostenfolgen.

«Das KVG verlangt, dass Leistungen im Prinzip wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen.»

So weit, so gut, so einfach. Bei näherem Hinsehen wird die Antwort aber etwas komplizierter. Das KVG beinhaltet nämlich nicht bloss das Vertrauensprinzip. Es verlangt auch, dass Leistungen im Prinzip wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (KVG Art. 32). Dass diese sogenannten WZW-Kriterien erfüllt sind, wird in den meisten Fällen gemäss Vertrauensprinzip stillschweigend angenommen – allerdings nicht immer.

In Kürze

- **Gemäss Vertrauensprinzip wird angenommen, dass jede vom Arzt verordnete Leistung den WZW-Kriterien entspricht.**
- **Krankenversicherer, Anbieter von Leistungen oder das BAG können generell in Frage stellen, ob eine medizinische Leistung wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich ist.**
- **Der offene Leistungskatalog bietet schnellen Zugang zu Innovationen, deren Zusatznutzen nicht immer klar ist und die kostentreibend wirken können.**

Umstrittene Leistungen

Denn einerseits kann es vorkommen, dass einzelne Leistungserbringer deutlich mehr Leistungen abrechnen als vergleichbare Kollegen. Bei einem Verdacht auf eine solche «Überarztung» können die Krankenversicherer ein Wirtschaftlichkeitsverfahren auslösen. Der Leistungserbringer erhält dann die Möglichkeit, seine überdurchschnittlich hohen Kosten zu begründen, z.B. anhand der Zusammensetzung der tatsächlichen Patientenpopulation.

Andererseits kann ein Versicherer, ein Anbieter oder das Bundesamt für Gesundheit (BAG) generell die Frage stellen, ob eine Leistung den WZW-Kriterien entspricht. Ergeben sich bei der Vorprüfung durch das BAG Zweifel, kommt es zu einem Umstrittenheitsverfahren. Ein paritätisches Gremium (die Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen, kurz ELGK) klärt dann – oft unter Beizug von Fachexperten – ab, ob eine bestimmte Leistung den WZW-Kriterien entspricht. Aufgrund einer entsprechenden Empfehlung der Kommission fällt das Eidg. Departement des Innern (EDI) den definitiven Entscheid.

Im Zentrum dieses Verfahrens steht zunächst die Frage nach der Wirksamkeit einer neuen Leistung/Methode und ob diese einen Zusatznutzen im Vergleich zu bestehenden Alternativen hat. Die Zweckmässigkeit betrifft dann eher Fragen möglicher negativer Nebenwirkungen. Bleibt noch die der Wirtschaftlichkeit, der eine immer grössere Bedeutung zukommt. Hier werden der mögliche medizinische Zusatznutzen und die entstehenden Zusatzkosten gegeneinander abgewogen und mit bestehenden Alternativen verglichen.

Seltene Überprüfung

Am weitesten fortgeschritten ist diese Abwägung bei den Medikamenten, weniger ausgeprägt bei anderen Leistungen. Dies deshalb, weil zum Zeitpunkt der Überprüfung verschiedene Einflussfaktoren oft noch unsicher und Informationen unvollständig sind; zum →

Die Pflichtleistungen im KVG

Arzt

Vertrauensprinzip (Art. 33 KVG)

Beratende Instanz: ELGK[2]
WZW-Kontrolle nur, wenn Leistung umstritten
↳ **Anhang 1 KLV[1]**

Kostenentwicklung/Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
Behandlungen durch Ärzte	637	669	737	818
Spital ambulant	488	545	625	656

WZW (Art. 32 KVG)

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 40 %

Auf Verordnung des Arztes

Stationäre und chiropraktorische Leistungen

Beratende Instanz: ELGK[2]
↳ **KLV[1]**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 23 %

Kostenentwicklung/Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
Spital stationär	712	722	836	837
Chiropraktoren	9	9	10	10

Analysen

Beratende Instanz: EAMGK[4]
WZW-Kontrolle immer
↳ **Anhang 3 KLV[1]**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 4 %

Kostenentw./Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
(Labor-)Analysen (Ärzte und Laboratorien)	122	122	137	159

Physiotherapie

Beratende Instanz: ELGK[2]
↳ **KLV[1]**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 3 %

Kostenentw./Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
Physiotherapie	72	77	82	103

Hebammen

Beratende Instanz: ELGK[2]
↳ **KLV[1]**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 0,2 %

Kostenentw./Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
Hebammen	4	5	5	7

Arzneimittel

Beratende Instanz: EAK[3]
WZW-Kontrolle immer
↳ **Spezialitätenliste (SL)**
↳ **Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) (Anhang 4 KLV[1])**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 18 %

Kostenentwicklung/Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
Medikamente (Ärzte und Apotheke)	622	609	627	649

Mittel und Gegenstände

Beratende Instanz: EAMGK[4]
WZW-Kontrolle immer
↳ **MiGeL (Anhang 2 KLV[1])**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 1 %

Kostenentw./Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
MiGeL (Abgabestelle, weitere Leistungen in ambulant und stationär)	14	15	24	28

Weitere Leistungen

Beratende Instanz: ELGK[2]
↳ **KLV[1]**

% Anteil 2015 an Gesamtkosten: 11 %

Kostenentw./Kopf in CHF	*2009	*2011	**2013	**2015
Pflegeheime/Pflegefachpersonen	237	228	231	222
Spitex-Organisationen	65	71	80	91
Zahnärzte	9	8	8	8
Ergotherapie/Logopädie/ Ernährungsberatung	10	12	13	15
Transport-/Rettungsunternehmen	4	4	6	7
Heilbäder	1	1	1	1
Übrige* **	66	70	57	45

Kostenentwicklung Grundversicherung/Kopf in CHF

Bruttoleistungen

*2009	*2011	**2013	**2015
3071	3168	3479	3654

Krankenversicherer
Einfluss auf Menge und Preis durch Leistungskontrolle und Tarifverhandlungen

Politik / Bundesamt für Gesundheit / Eidg. Departement des Innern
Einfluss auf Menge und Preis durch Beschränkung und Preisfestsetzung

Patient

[1] KLV = Krankenpflege-Leistungsverordnung
[2] ELGK = Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen
[3] EAK = Eidgenössische Arzneimittelkommission
[4] EAMGK = Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände
* SASIS AG-Datenppol, Jahresdaten, Mandatenkreis santésuisse, Stand 22.05.2013
** SASIS AG-Datenpool, Jahresdaten, Mandatenkreis SASIS AG, Stand 29.04.2016
*** Restliche Leistungserbringer / nicht zuordnungsbare Leistungen

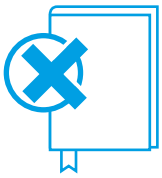
→ Beispiel die Anzahl und Qualität klinischer Studien, die geforderten Kosten pro Leistung sowie die Frage, wie viele Patienten mit welcher Indikation tatsächlich von der Leistung profitieren können. Wobei gerade der letzte Punkt zentral ist. Auch günstige Leistungen können nämlich mit der Zeit zu hohen Kostenvolumen führen, wenn sie – etwa durch Ausweitung auf weitere Indikationen – bei immer mehr Patienten angewandt werden.

Weil die ELGK ein Milizgremium ist und durch sie pro Jahr lediglich ein gutes Dutzend an Leistungen behandelt werden kann, wird deutlich, dass nur ein sehr geringer Teil der medizinischen Leistungen in der Schweiz jemals systematisch hinsichtlich der WZW-Kriterien überprüft wurde. Dies ist stossend. Denn das Gesetz verlangt eine regelmässige Überprüfung aller Leistungen und insbesondere einen Nachweis der Wirksamkeit mittels wissenschaftlicher Methoden (KVG Art. 32 Abs. 1 und 2).

Der Leistungskatalog

Diese Ausführungen zeigen: In der Schweiz besteht für ärztliche Pflichtleistungen kein Leistungskatalog im Sinne einer umfassenden und abschliessenden Positivliste. Allerdings existiert – auf der Basis des Umstrittenheitsverfahrens – eine Positiv-/Negativliste. Sie umfasst Leistungen, bei denen das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) auf Antrag der ELGK zu einem positiven respektive einem negativen Urteil gekommen ist. Diese Entscheidungen sind im Anhang der Krankenpflege-Leistungsverordnung festgehalten (KLV). Einen umfassenden Katalog aller Pflichtleistungen für ärztliche Leistungen gibt es also nicht. Im Gegensatz zu anderen Bereichen: Nebst der Spezialitätenliste (SL) mit allen Medikamenten, die von den Krankenversicherern bezahlt werden müssen, existiert die Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) sowie eine Liste mit Laborleistungen – alles abschliessende Positivlisten.

Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt grundsätzlich
alles, was ein zugelassener Arzt verschreibt.



In der Schweiz existiert für medizinische Pflichtleistungen **kein Leistungskatalog** im Sinne einer umfassenden und abschliessenden Positivliste.

Bei den Arzneimitteln kommt die Liste so zustande: Nach deren Marktzulassung durch Swissmedic kommt die Eidg. Arzneimittelkommission (EAK) zum Zug. Sie prüft die WZW-Kriterien aufgrund von Anträgen der Hersteller und entscheidet, ob ein Medikament auf die Spezialitätenliste kommt und damit kassenpflichtig wird (vgl. Artikel Hintergrund, «im dialog» 1/2016). Dies ist ein fundamentaler Unterschied zu den meisten ärztlichen Leistungen, die nur in Ausnahmefällen überprüft werden.

TARMED = Katalog?

Auch in der Öffentlichkeit bekannt ist der Leistungstarif TARMED. Mit seinen mehr als 4600 Positionen umfasst er nahezu sämtliche ärztlichen und arztnahen Leistungen in der Arztpraxis und im ambulanten Spitalbereich. Es wird zwischen der ärztlichen und der technischen Leistung unterschieden. Jede Leistung erhält im TARMED je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten. Der Frankenwert der Taxpunkte unterscheidet sich je nach Kanton und wird periodisch zwischen den Tarifpartnern neu verhandelt.

Der TARMED ist also nicht mit einem Leistungskatalog vergleichbar. Denn ein solcher würde festhalten, welche Leistungen tatsächlich von den Versicherern übernommen werden müssen. Der TARMED liefert lediglich die Struktur, nach welcher Leistungen abgerechnet werden (Tarifstruktur).

Interessant ist beim TARMED allerdings, dass eine kleine Zahl von Tarifpositionen für den Grossteil der Kosten verantwortlich ist. Konkret verursachen die 30 wichtigsten Leistungen etwa 50 Prozent der Kosten. Es handelt sich dabei insbesondere um Konsultationen und kleine Untersuchungen beim Arzt, psychiatrische Diagnostik und Therapie sowie ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten.

Im ambulanten und spitalambulanten Bereich verursachen also nicht wenige sehr teure, sondern viele eher günstige Leistungen den Grossteil der Kosten.

Pro und contra offener Leistungskatalog

Vor allem dank oder vielmehr wegen des Vertrauensprinzips ermöglicht das heutige System eine schnelle und unkomplizierte Einführung neuer Leistungen. Bei echten Innovationen mit diagnostischem oder therapeutischem Mehrwert für die Patientinnen und Patienten ist dies zwar positiv. Gleichzeitig besteht aber die Gefahr, dass zusätzliche Leistungen eingeführt werden, die als Pseudo-Innovationen keinen wirklichen Zusatznutzen erbringen, aber kostentreibend wirken.

Per Gesetz fällt den Versicherern zwar die Rolle des Aufpassers zu. Da ihnen jedoch im ambulanten Bereich die Diagnosedaten fehlen, ist es für sie kaum möglich, Leistungen zu identifizieren, die den WZW-Kriterien widersprechen. Trotz vielen medizinischen Innovationen kommt es deshalb zu vergleichsweise wenigen Umstrittenheitsverfahren. Die eigentlich vom Gesetz verlangte Überprüfung anhand der WZW-Kriterien hat bei vielen ärztlichen Leistungen somit in der Praxis eine recht geringe Bedeutung und findet auch nicht periodisch statt, wie vom Gesetz verlangt.

Zusammenfassend fällt eine gesundheitsökonomische Beurteilung des heutigen Systems nicht leicht. Denn einerseits können Patientinnen und Patienten in der Schweiz davon ausgehen, dass sie vergleichsweise

Abgesehen von den Positivlisten für Arzneimittel, Mittel und Gegenstände sowie Analysen basiert die Vergütung der medizinischen Tätigkeiten auf dem Vertrauensprinzip. Das heisst ganz konkret, dass wir als Krankenversicherer darauf vertrauen, dass jeder Arzt all seine Tätigkeiten wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbringt.

Gabriella Chiesa ist Senior Consultant und Mitglied der Direktion. In dieser Funktion vertritt sie die CSS in diversen Kommissionen (u.a. in der ELGK).
gabriella.chiesatanner@css.ch

Ein Plädoyer für Transparenz

Vertrauen ist ein entscheidender Wert in der Medizin; sei es als Patient in der Arztpraxis oder bei Therapieempfehlungen von Fachgesellschaften. Doch blindes Vertrauen ist generell nicht zu empfehlen. Vertrauen braucht Offenheit und Transparenz. Denn nur wenn man sich kennt und gemeinsames Wissen teilt, ist tiefes Vertrauen möglich. Für Krankenversicherer bedeutet das: Wir wollen die Vorteile des offenen Leistungskatalogs unseren Kundinnen und Kunden ermöglichen und unterstützen deshalb das Vertrauensprinzip. Dafür brauchen wir aber Offenheit, Transparenz und das Wissen, dass wir nur Leistungen vergüten, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Im Alltag der Medizin stellt sich weniger die Frage, ob die angewandte Methode oder medizinische Leistung die WZW-Kriterien im Allgemeinen erfüllt. Vielmehr steht im Zentrum, ob die gewählte medizinische Methode zur jeweiligen Krankheitssituation passt. Die richtige Indikationsstellung ist gefragt, und nicht die Leistung an und für sich steht zur Diskussion. Bei dieser Fragestellung müssen wir als Krankenversicherer blind vertrauen. Transparenz zur Diagnose und Qualität der Leistungserbringung wäre die Basis, dieses Vertrauen aktiv zu leben und unsere Rolle zu erfüllen. Das Vertrauen zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern sollte gegenseitig sein, sonst macht das ganze System wenig Sinn.

Das Vertrauensprinzip erlaubt, Innovationen zu leben und den Patienten schnell die neuesten Therapien zu ermöglichen. Als Versicherer hätten wir den Auftrag, neue Leistungen mit mangelnder WZW zu erkennen und eine Umstrittenheit zu beantragen. Leider ist diese Aufgabe ohne die erwähnte Transparenz überaus schwierig. Wir müssen deshalb darauf vertrauen, dass auch der Leistungserbringer bei umstrittenen Leistungen aktiv wird und ein Dossier an das Bundesamt für Gesundheit einreicht. Die zuständige Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) berät dann hinter verschlossenen Türen. Würde Transparenz über die Beratungen der ELGK nicht auch mehr Vertrauen schaffen? Dem Entscheid des EDI muss blind vertraut werden, im Bewusstsein, dass politische Mächte mitentscheiden.

Mein Fazit: Das Vertrauensprinzip ist ein lobenswertes Konzept, dessen Umsetzungserfolg allerdings aufgrund mangelnder Transparenz auf halbem Weg stecken blieb.

schnell Zugang zu neuen Leistungen haben. Andererseits bleibt häufig unklar, welcher Zusatznutzen damit wirklich verbunden ist.

HTA als Chance

Ein vermehrter Einsatz von sogenannten Health Technology Assessments (HTA; ein Prozess zur systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel) kann hier helfen. Weil diese Assessments allerdings aufwendig, teuer und zeitintensiv sind, sollten die HTAs verstärkt in Kooperation mit dem Ausland durchgeführt oder von dort übernommen werden.

Grössere Länder – wie Grossbritannien und Deutschland – verfügen über gut ausgebaute wissenschaftliche Institute von hoher Qualität. Von diesen kann die Schweiz stark profitieren, vor allem bezüglich wissenschaftlicher Assessments von Wirksamkeit, Zusatznutzen und Nebenwirkungen. Somit könnten sich die schweizerischen Institutionen, wie die ELGK oder die EAK, im Rahmen des Milizsystems vermehrt auf Fragen der Angemessenheit von Leistungen und entsprechender Kostenübernahme durch Versicherer konzentrieren (sogenanntes Appraisal).

Tilman Slembeck ist Volkswirtschaftsprofessor an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) und Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen (HSG). Neben anderen ist die Gesundheitsökonomie einer seiner Arbeits- und Forschungsschwerpunkte.

Der Leistungskatalog in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland wird im Gesetz sehr allgemein definiert. Der Leistungsanspruch für die Versicherten wird im gesetzlichen Auftrag durch die gesetzlichen Krankenversicherer und Leistungserbringer konkretisiert. Ambulant tätige Ärzte können Leistungen nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, wenn diese in den Vergütungskatalog aufgenommen wurden.

Von Prof. Dr. Stefan Gress

Im Vergleich: Der Leistungskatalog in Deutschland

Die Bestimmung des Leistungskatalogs für den in einer gesetzlichen Krankenkasse versicherten Personenkreis – etwa 90 Prozent der Bevölkerung in Deutschland – erfolgt in zwei Schritten. Im ersten Schritt definiert das Sozialgesetzbuch V den Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherern in sehr allgemeiner Form. Das in etwa dem Krankenversicherungsgesetz in der Schweiz vergleichbare Gesetz legt erstens fest, dass die Versicherten einen generellen Anspruch auf ambulante ärztliche Leistungen haben. Zweitens müssen diese Leistungen – wie alle von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Leistungen – ausreichend, zweckmässig und wirtschaftlich sein und dürfen das Mass des Notwendigen nicht überschreiten. Diese Vorgaben werden auch als Wirtschaftlichkeitsgebot bezeichnet, ohne dass der Gesetzgeber näher definiert, was genau unter Wirtschaftlichkeit zu verstehen ist.

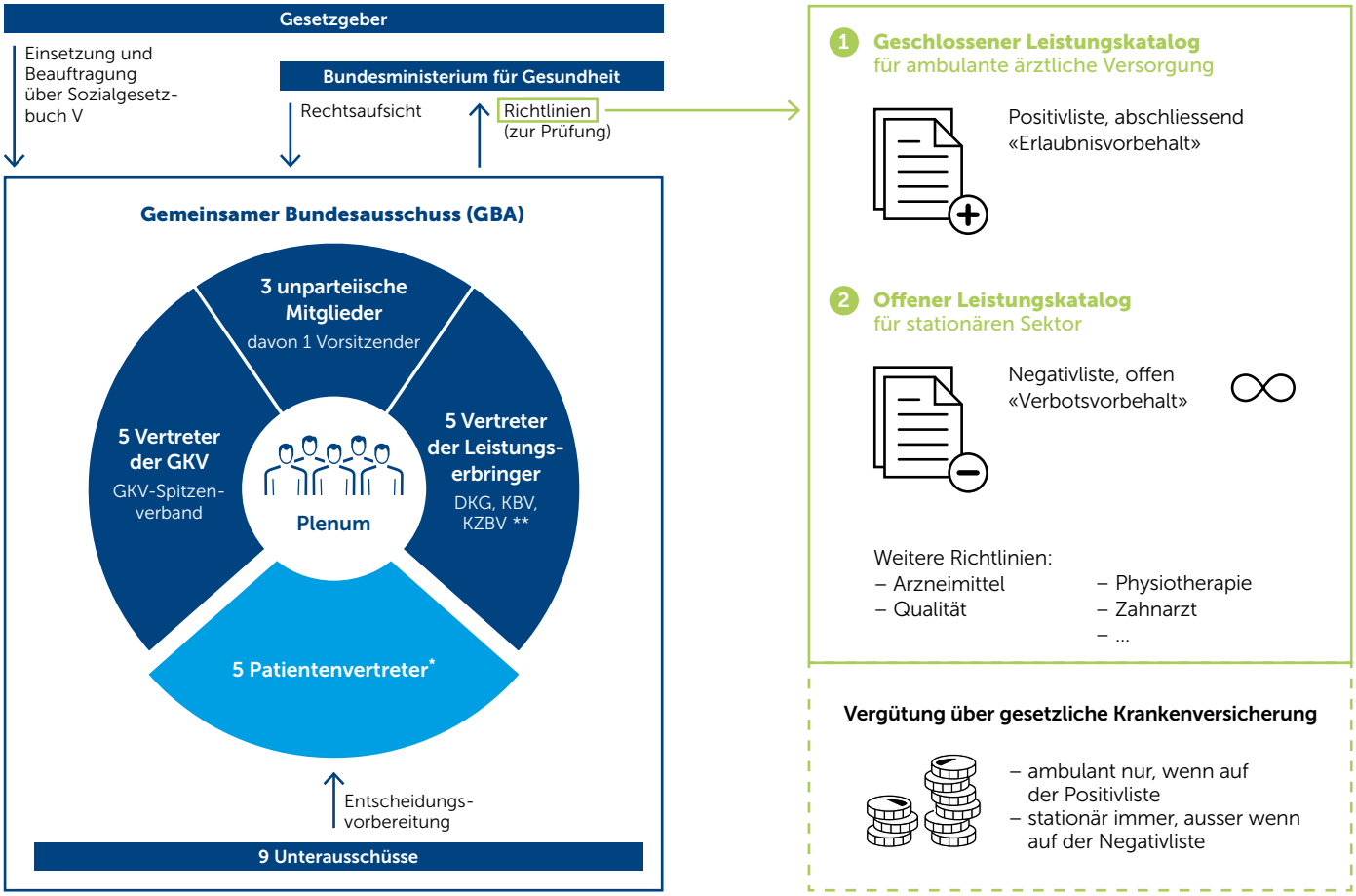
Die Konkretisierung des zunächst nur sehr allgemein festgelegten Leistungsanspruchs der Versicherten erfolgt traditionell nicht durch den Gesetzgeber, sondern durch Institutionen der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung. Konkret sind dies in diesem Fall der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) und der Bewertungsausschuss. Beide Institutionen setzen sich zu gleichen Teilen aus Repräsentanten der Leistungserbringer und der gesetzlichen Krankenversicherer zusammen. Bei Stimmengleichheit entscheidet ein unabhängiger Vorsitzender. Der GBA entscheidet, welche Leistungen konkret Eingang in den Leistungskatalog für die ambulante ärztliche Versorgung finden. Dabei gilt im Regelfall ein Erlaubnisvorbehalt. Mit anderen Worten können ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte eine bestimmte Leistung nur erbringen, wenn der GBA vorher seine Zustimmung erteilt hat. Die Konkretisierung des Leistungskatalogs erfolgt dann in einer Richtlinie des GBA, die laufend aktualisiert wird und für die ambulant tätige Ärzteschaft verbindlich ist. Erst nach Aufnahme einer Leistung in diese Richtlinie entscheidet der Bewertungsausschuss, in welcher Höhe die gesetzlichen Krankenversicherer die jeweilige Leistung vergüten müssen. Im stationären Sektor gilt der «Verbotsvorbehalt». Neue medizinische Methoden sind grundsätzlich einsetzbar, wenn sie vom GBA nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden (analog dem Schweizer System).

Aus einer formaljuristischen Perspektive betrachtet sorgt das oben – zugegebenermassen sehr verkürzt – dargestellte Verfahren dafür, dass alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen identischen Leistungsanspruch in der ambulanten ärztlichen Versorgung haben. Allerdings ist dieses Verfahren insgesamt nicht unproblematisch. Erstens entscheidet über die Frage der Aufnahme einer Leistung in den Leistungskatalog ein Gremium, das nur sehr eingeschränkt dazu legitimiert ist. Die Repräsentativität des GBA ist sehr gering, da in ihm nur Leistungserbringer und gesetzliche Krankenversicherer vertreten sind. Gerade dem unabhängigen Vorsitzenden kommt in vielen Entscheidungssituationen ein hohes Gewicht zu, ohne dass dieser Vorsitzende demokratisch legitimiert ist. Kritiker bezeichnen daher den GBA als «kleinen Gesetzgeber» – ohne dass sich die in ihm vertretenen Parteien einem demokratischen Votum stellen mussten.

In Kürze

- **In Deutschland bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss über den Erstattungsanspruch von ambulanten ärztlichen Leistungen.**
- **Im Vergütungskatalog ist abschliessend definiert, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherern übernommen werden.**
- **Das Verfahren ist demokratisch kaum legitimiert, schützt aber vor Leistungen, die keinen Zusatznutzen haben.**

Der Leistungskatalog in Deutschland



* Mitberatungs- und Antragsrecht, kein Stimmrecht
** Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen

Zu kritisieren ist aus einer ökonomischen Perspektive zweitens die Operationalisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots durch den GBA. Bei der Aufnahme von Leistungen spielt ausschliesslich der zusätzliche Nutzen eine Rolle – die zusätzlichen Kosten sind kein entscheidungsrelevantes Kriterium. So ist es möglich, dass Leistungen mit einem geringen Zusatznutzen und hohen Zusatzkosten in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Immerhin schützt das beschriebene Verfahren die Versicherten davor, dass Leistungen ohne belegten Zusatznutzen erbracht und durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden müssen.

Letztlich kann auch das Verfahren zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in Deutschland zweierlei nicht verhindern. Erstens zeigen aktuelle Untersuchungen, dass – wie in anderen Ländern auch – die regionalen Unterschiede in der Leistungserbringung erheblich sind. Eine zentrale Festlegung des Leistungskatalogs hat nicht zur Folge, dass dieser auch regional umgesetzt wird. Zweitens bieten ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in zunehmendem Ausmass sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen an. Dieser Begriff ist letztlich nur ein Euphemismus für Leistungen, die keinen Eingang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden haben und damit vollständig aus den Taschen der Versicherten finanziert werden müssen.

Im Vergleich mit der Schweiz ermöglicht das System in Deutschland eine vorgängige Nutzenbewertung neuer Leistungen. Das fördert die Qualität der Leistungserbringung grundsätzlich. Die Einführung von Health Technology Assessments (HTA, siehe «im dialog» 1/2016) in der Schweiz hilft, eine hohe Qualität der Leistungen durchzusetzen. Der Weg dahin ist jedoch noch lang, denn weder neue noch teilweise umstrittene Behandlungen werden heute systematisch überprüft.

Stefan Gress ist Professor an der Hochschule Fulda (D). Er leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Wenn eine ärztliche Leistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, wird sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt. Erst wenn die Leistung angefochten wird, wird sie überprüft und kann aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen werden. Ist dieses System noch zeitgemäss? Über diese Frage streiten Thomas Rosemann, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin am Universitätsspital Zürich, und Markus Trutmann, Generalsekretär der fmCh.

Interview: Patrick Rohr

«Ich sehe die Gefahr, dass wir das Vertrauen verspielen»

Patrick Rohr (PR): Ist der Leistungskatalog so, wie er sich heute präsentiert, ein taugliches Instrument, um die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen?
Markus Trutmann (MT): Ich halte das jetzige System für grundsätzlich richtig. Es beruht auf dem Vertrauensprinzip, also darauf, dass Ärzte immer im Sinne des Patienten handeln. Wenn man unsicher ist, ob ein bestimmter Eingriff wirklich nützlich ist, kann man das mit dem Umstrittenheitsverfahren in Frage stellen. Das System hat den Vorteil, dass es innovationsfreundlich ist. Neue Technologien, Medikamente und Operationsverfahren kommen schnell zum Patienten.

PR: Weil man sie ohne lange Bewilligungsverfahren ausprobieren kann?
MT: Genau.

PR: Herr Rosemann, wie sehen Sie das?
Thomas Rosemann (TR): In jedem Gesundheitssystem, in dem Ärzte Leistungen mehr oder weniger willkürlich verrechnen können, besteht die Gefahr für Fehlanreize, dass also Indikationen nicht nur nach medizinischen, sondern auch nach monetären Gesichtspunkten gestellt werden.

PR: Stellen Sie damit das Vertrauensprinzip infrage?
TR: Ich bin ein absoluter Verfechter des Vertrauensprinzips. Es ist eine grosse Errungenschaft, die sich die Ärzteschaft über Jahrhunderte erarbeitet hat. Im Moment sehe ich aber die Gefahr, dass wir dieses Vertrauen verspielen. Heute muss jedes Spital rentieren, das ist eine gefährliche Entwicklung. Wenn wir uns nur noch an Kennzahlen orientieren, ist es mit dem über viele Jahre erworbenen Vertrauensvorschuss vorbei.

PR: Sie denken also, dass viele Entscheide im Hinblick auf den Profit gefällt werden?
TR: Ja.

PR: Woran machen Sie das fest?
TR: An Bonuszahlungen für Ärzte, zum Beispiel. Oder am Druck auf die Klinikdirektoren, möglichst wirtschaftlich zu arbeiten.
MT: Wirtschaftliches Arbeiten ist nicht grundsätzlich abzulehnen, das muss jeder andere Beruf auch. Wirtschaftliche Anreize können sogar die Qualität fördern. Bei der Einführung der DRG in der Schweiz erlebten die Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit einen Boom. Nicht, weil sich die Spitäler plötzlich grössere Sorgen um die Patienten gemacht hätten, sondern weil man wirtschaftliches Arbeiten unter anderem erreicht, indem man Komplikationen vermeidet.

PR: Wie kann ich als Patient darauf vertrauen, dass sich die Ärzte in erster Linie für mein gesundheitliches Wohl und nicht für das finanzielle Wohl des Spitals einsetzen?
MT: Man darf vom Patienten erwarten, dass er sich als mündiger Bürger und Patient kritisch zeigt und Fragen stellt.

PR: Herr Rosemann, kann man diese Aufgabe wirklich an die Patienten delegieren?
TR: Nein, das ist zu einfach. Es ist ein grosser Unterschied, ob ich im Elektromarkt Artikel verkaufe und dem Kunden sage: Du brauchst einen neuen Fernseher, dein alter ist kaputt. Da kann sich der Kunde dafür oder dagegen entscheiden, ohne schlimme Folgen. In der Medizin ist das anders, wir arbeiten mit Ängsten. Wenn der Kardiologe sagt: Sie brauchen einen Herzkatheter, sonst erleiden Sie einen Herzinfarkt und sind tot oder schwer beeinträchtigt – ich glaube nicht, dass der Patient sich dann noch wirklich frei entscheiden kann. Das ist der Unterschied, darum funktionieren die Prinzipien des freien Markts im Gesundheitswesen nicht. Das Missverhältnis im Wissen zwischen den beiden Beteiligten ist zu gross. Wir Ärzte machen es uns zu leicht, wenn wir uns mit dem mündigen Patienten herausreden.
MT: Natürlich gibt es diese Informationsasymmetrie zwischen dem Patienten und →

Thomas Rosemann (rechts) ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Er arbeitete als Arzt, bevor er in die Forschung und Lehre einstieg. 2008 wurde er auf den Lehrstuhl für Hausarztmedizin am Universitätsspital Zürich berufen.

Der Chirurg **Markus Trutmann** (links) war wissenschaftlicher Mitarbeiter der Gesundheitsdirektorenkonferenz, bevor er 2006 Generalsekretär des Dachverbandes der chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz (fmCh) wurde.

→ dem Arzt. Aber diese Asymmetrie erlebe ich auch, wenn ich mein Auto zum Garagisten bringe. Ich verstehe nämlich von Automechanik rein gar nichts. Wir sollten den Arztberuf nicht überhöhen, Informationsasymmetrien gibt es überall. Und schliesslich ist der Patient auch nicht alleine. In der Regel macht er sich zuerst beim Hausarzt kundig. Und dann gibt es noch den Krankenversicherer, der noch viel mehr die Rolle des Treuhänders seiner Kunden, der Versicherten, übernehmen sollte.

PR: Wie denn?
MT: Indem er zum Beispiel im Versicherungspaket die Zweitmeinung anbietet. Dem Patienten sollte es leichtgemacht werden, finanziell oder durch Zuweisung zu Experten, niederschwellig eine zweite Meinung einzuholen.

PR: Herr Rosemann, Sie schütteln den Kopf?
TR: Ich sehe das kritisch. Das wäre ja dann wirklich ein Vertrauensverlust! Man vertraut nicht mehr seinem Arzt, sondern geht zu einem zweiten Arzt, den der Versicherer nennt.

PR: Was das Eingeständnis wäre, dass das Vertrauensprinzip tatsächlich nicht mehr funktioniert, Herr Trutmann!
MT: Nein, nein, dieses Vorgehen kränkt allerhöchstens den Narzissmus des Arztes. Ein Arzt, der in seiner Persönlichkeit gefestigt ist und weiss, was er kann, hat kein Problem damit, wenn der Patient eine Zweitmeinung einholt. Das Vertrauen des Patienten in ihn wird dadurch nicht erschüttert.
TR: Oh, doch! Viele Hausärzte haben den Kampf aufgegeben. Sie werden von den Patienten oft nur noch als Verhinderer wahrgenommen, weil sie ihnen sagen: Das brauchts nicht, du kannst zuwarten. Der Patient glaubt lieber dem Spezialisten, der etwas macht, der agiert. In unserem System bekommt man für das begründete Nichtstun weder Geld noch Ehre.

«Das Vertrauensprinzip ist gut, aber wir müssen uns das Vertrauen neu erkämpfen.»

Thomas Rosemann

MT: Ich denke nicht, dass die Hausärzte so resigniert sind, wie Sie das darstellen. Ich erlebe das im Raum Basel: Wenn aus irgendeinem Grund der Service in einem Spital nicht zufriedenstellend ist, reagieren die Hausärzte sofort, sie passen ihr Zuweisungsverhalten sofort an. Und weil die Spitäler eben wirtschaftlichen Druck haben, reagieren sie sofort.
TR: Es gibt viele Bereiche, wo weder der Patient noch der Hausarzt die Prozessqualität, und über die sprechen wir ja jetzt, beurteilen kann. Ob er drei oder fünf Stents gebraucht hat und ob es ihm bei einer asymptomatischen Einengung der Herzkranzgefässe hinterher besser geht oder nicht, das kann der Patient nicht beurteilen.

PR: Werden nicht viele Operationen auch nur deshalb gemacht, weil sie überhaupt gemacht werden können?
MT: Ärzte sind tatsächlich Opfer des medizinischen Fortschritts. Der Erfolg senkt die Hemmschwelle, jemanden zu operieren. Aber es ist, wie häufig in der Medizin, nicht schwarz oder weiss. Es gibt natürlich die klaren Fälle, aber daneben gibt es viele Grauzonen. Es liegt in der Natur der Me-

dizin, dass man nicht immer hundertprozentig voraussagen kann, ob ein Eingriff bei einem Patienten den gewünschten Erfolg hat. Wenn die Gefahr gering und die Erfolgsquote hoch ist, probiert man es in der Tendenz natürlich eher, als dass man es lässt.

PR: Aber genau diese Entwicklung führt doch zu immer höheren Kosten im Gesundheitswesen?
MT: Wir leben in einer Wohlstandsgesellschaft. Wir haben von allem zu viel, wieso sollen wir dann nicht auch in der Medizin zu viel haben?
TR: Jetzt schieben wir es wieder auf den Patienten: Der Patient hat ein Segelboot, ein Auto, eine Ferienwohnung – da will er doch auch noch ein neues Hüftgelenk. Das stimmt doch nicht! Kein Mensch, ob er nun in einem über- oder unterversorgten Land lebt, möchte eine Hüfte früher, als es unbedingt sein muss. Er will auch keinen Herzkatheter oder ein Lungen-CT, ohne dass es indiziert ist.
Es ist eine Frage der Indikationsqualität: Natürlich müssen wir für alle Menschen möglichst das Optimum an Versorgung bereitstellen, aber zum richtigen Zeitpunkt. Nämlich dann, wenn es indiziert ist. Es gibt sehr teure Interventionen, anstelle deren man sehr günstige, konventionelle Behandlungsmethoden anwenden könnte und der Outcome hinsichtlich Lebensqualität und -quantität identisch ist. Für den Patienten hätte es keinen Nachteil, aber für das System wäre es wesentlich kostengünstiger.

PR: Und warum verzichtet man nicht auf diese Interventionen?
TR: Weil die Fehlanreize eben dergestalt sind, dass diese nicht indizierte Leistung sehr, sehr gut vergütet wird. Wenn ich heute eine Klinik übernehme und die Indikationen sehr kritisch stelle und damit vielleicht einen Drittel weniger Patienten behandle, dann bin ich meinen Job sehr schnell wieder los.

PR: Dann hat das System also doch evidente Mängel, Herr Trutmann?
MT: Ich denke, wenn man die finanziellen Fehlanreize, die nicht wegzudiskutieren sind, wirksam angehen will, dann ist die wirksamste Gegenmassnahme, die Indikationsqualität zu messen. Und dort ist das grösste Problem, dass man überhaupt zu diesen Messungen kommt. Messen würde heissen, Transparenz zu schaffen. Hier sehe ich den grössten Widerstand.

PR: Sie vertreten viele Chirurgen in diesem Land – würden diese Hand bieten für diese Art von Transparenz?
MT: Der Weg Richtung Transparenz ist bereits eingeschlagen, aber noch ungenügend. Es gibt zum Beispiel bereits ein nationales Hüftgelenke- und Knieprothesenregister, das 95 Prozent aller Eingriffe abdeckt. In der Herzchirurgie und in der Neurochirurgie haben wir noch keine öffentlichen Register, es gibt aber Ansätze und bereits entwickelte Projekte. Der einzige Weg ist, dass man die finanziellen Anreize an die Qualität koppelt.

«Man darf vom Patienten erwarten, dass er sich als mündiger Bürger und Patient kritisch zeigt und Fragen stellt.»

Markus Trutmann

PR: Das heisst, einen Bonus gäbe es nur noch, wenn die Operation gut genug war?
MT: Oder es gäbe einen Abzug bei schlechter Qualität oder bei Nichtteilnahme am Register. Der Versicherer als finanzieller Anwalt der Versicherten müsste sagen: Nicht jedes Spital bekommt den gleichen Preis, wenn es nicht die Qualität bietet, die wir uns wünschen!

PR: Ist das realistisch, Herr Rosemann?
TR: Ich denke auch, dass die Transparenz die einzige Lösung ist. Es gibt Beispiele aus den Vereinigten Staaten. Da hat man, zum Beispiel bei Herzkathetern, festgestellt, dass die Zahlen bei unterschiedlichen Spitälern ganz unterschiedlich waren, was an der unterschiedlichen Indikationsstellung lag. Man hat dann sogenannte Appropriateness-, also Angemessenheits-Kriterien eingeführt und definiert, wann eine bestimmte Intervention angemessen ist und wann nicht. Oft waren nicht einmal einfache, billige Voruntersuchungen durchgeführt worden, die den Patienten für eine bestimmte Massnahme ausgeschlossen hätten. Nach Einführung dieser Kriterien gingen die Zahlen massiv zurück. Das kann aber nur funktionieren, wenn alle Fakten bekannt sind.

PR: Haben Sie das Gefühl, die Ärzte würden Hand bieten für diesen Systemwechsel? Immerhin würde ja auch hier das Vertrauen in die Ärzte infrage gestellt.
TR: Es gibt zwei Möglichkeiten: Entweder macht man es über Druck oder über Anreize. Ich finde Anreize immer besser. Man könnte zum Beispiel Spitälern, die sich freiwillig anschliessen, die Möglichkeit geben, damit zu werben.

PR: Verstehe ich Sie also richtig, meine Herren: Das heutige System hat Mängel, aber im Grundsatz ist es gut?
MT: Ich bleibe dabei: Das Vertrauensprinzip ist gut, aber wir müssen uns das Vertrauen neu erkämpfen. Indem wir Transparenz schaffen und Hand bieten für sogenannte Technologie-Assessments. Das heisst, dass man systematisch prüft, ob eine neue Technologie in einem vernünftigen Kosten-Nutzen-Verhältnis anzuwenden ist.
TR: Ich bleibe auch gern beim Vertrauensprinzip. Aber der Patient hat ein Anrecht darauf, dass er nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis behandelt wird. Und das muss nicht immer eine teure Operation sein.

Patrick Rohr ist Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater. Nach 15 Jahren als Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena» und «Quer») hat er sich 2007 mit einer Firma für Kommunikationstrainings und Medienproduktionen selbständig gemacht.

Es gibt medizinische Behandlungen, welche für die Behandelten wenig bringen oder gar ein zusätzliches Risiko bedeuten. Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) hat zwei Listen mit je fünf medizinischen Massnahmen ausgearbeitet, die oft unnötigerweise verordnet werden. Weitere Fachgesellschaften werden 2017 entsprechende Listen veröffentlichen. Die Botschaft der Kampagne «smarter medicine» heisst: mehr Lebensqualität statt Überversorgung.

Von Bruno Schmucki und Hermann Amstad

Weniger Medizin kann manchmal auch mehr sein

Einem Arzt, der nichts verschreibt, zürnen die Kranken. Sie glauben, sie seien von ihm aufgegeben», stellte schon der antike griechische Philosoph und Arzt Epiktet fest. Mit diesem Problem sind erst recht die heutigen Ärzte konfrontiert. Angesichts des rasanten technischen Fortschritts in der Medizin herrscht bei vielen betroffenen Patienten die Überzeugung vor, dass sämtliche verfügbaren Diagnostik- und Behandlungsmethoden zur Anwendung gebracht werden müssen. Die Frage, ob diese Methoden etwas bringen und was sie nützen, wird oftmals nicht gestellt.

Listen mit unnötigen Behandlungen

Vor ein paar Jahren wurden in den USA Stimmen laut, welche vor den Auswirkungen der medizinischen Überversorgung («Overuse») warnten. 2011 lancierten Ärztinnen und Ärzte die «Choosing Wisely»-Initiative. Ziel dieser Initiative ist es, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern.

Kernstück von «Choosing Wisely» sind sogenannte «Top-5-Listen» aus jeder klinischen Fachdisziplin. Diese Top-5-Listen enthalten je fünf medizinische Massnahmen, die in der Regel unnötig sind. Das heisst: Ärzte und Patienten sollten miteinander darüber reden, ob nicht besser auf eine Behandlung verzichtet werden kann, weil die damit verbundenen Risiken potenziell grösser sind als der Nutzen.

Smartere Medizin für die Schweiz

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat die «Choosing Wisely»-Initiative in ihrer Roadmap «Nachhaltiges Gesundheitssystem» propagiert. Bei der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) stiess dieses Anliegen ebenfalls auf grosses Interesse. Eine Kommission machte sich in der Folge daran, eine eigene Top-5-Liste für den ambulanten Bereich in der Schweiz auszuarbeiten, und stellte diese 2014 unter dem Namen «smarter medicine» der Öffentlichkeit vor.

Kritisch beurteilte die SGAIM-Kommission zum Beispiel Röntgenaufnahmen bei unspezifischen Schmerzen, aufwendige Tests ohne klaren Nutzen und Verabreichung von Antibiotika bei unkomplizierten Infekten. Zwei Jahre später folgte eine Liste für den Spitalbereich. Die SGAIM empfiehlt unter anderem, auf routinemässige Blutentnahmen, Transfusionen, die Verabreichung von Schlafmitteln und das Einlegen von Dauerkathetern zu verzichten.

Infektionen ausgelöst durch Katheter sind die häufigsten Krankenhausinfektionen.

Ausweitung der Initiative

Auf Veranlassung der SAMW haben in der Zwischenzeit weitere medizinische Fachgesellschaften die Übernahme der US-amerikanischen Empfehlungen für die Schweiz geprüft und beschlossen. Die entsprechenden Listen werden 2017 veröffentlicht, zusammen mit Erläuterungen in patientenverständlicher Sprache.

Die «smarter medicine»-Kampagne hat in der Schweiz – im Gegensatz zu anderen Ländern – noch nicht richtig Fuss gefasst. Das liegt wohl daran, dass es bisher lediglich einzelne Aktivitäten gab, und dies zudem nur in grösseren zeitlichen Abständen. Deshalb ist geplant, eine breit abgestützte Trägerschaft zu gründen, die die «smarter medicine»-Kampagne kontinuierlich begleitet, unterstützt und bekannt macht.

Die Diskussion über unnötige Behandlungen soll nicht nur im Sprechzimmer oder am Spitalbett stattfinden. Es braucht eine öffentliche Auseinandersetzung über die Frage, mit wie viel Medizin das Wohl des Patienten und damit seine Lebensqualität am besten gefördert werden.

Bruno Schmucki ist Projektleiter Kommunikation bei der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM). **Hermann Amstad** ist Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Die Kampagne «smarter medicine» ist eine Initiative der SGAIM und wird von der SAMW und vom Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) unterstützt. www.smartermedicine.ch

Mirjam Müller verweigert sich dem grassierenden Konsumwahn. Als Minimalistin lebt sie in einem Bus und besitzt nur wenige Dinge – den Sinn des Lebens sieht sie nicht im Besitz von Konsumgütern. Sie ist überzeugt: Auch im Gesundheitswesen wird die Frage nach dem Sinn zu wenig gestellt.

Von Manuela Specker

Bescheiden zum Glück

Immer mehr, immer schneller, immer höher, immer weiter. Für Mirjam Müller war diese Maxime nie erstrebenswert. Sie ist eine sogenannte «Minimalistin», die Glück und Erfüllung nicht im materiellen Besitz sucht. Ihr ganzes Hab und Gut findet in einem Mercedes Sprinter Platz, der zugleich auch Schlafstätte und Miniwohnung ist. Im Moment hat sie ihren Standplatz im Kanton Zürich, vor einer WG bei Freundinnen, wo sie die sanitären Anlagen und die Küche mitbenutzen kann. Für diese Lebensweise reichen ihr 15000 Franken im Jahr.

Oft ehrenamtlich unterwegs

Die ausgebildete Sozialpädagogin finanziert sich ihren bescheidenen Unterhalt mit Stellvertretungen. Meistens aber ist sie in ehrenamtlicher Mission unterwegs, um sich für eine nachhaltige und solidarische Lebensweise einzusetzen. «Sinnhaftigkeit sowie Freunde und Freundinnen sind mir wichtiger als alles andere», sagt Mirjam Müller. Schon in jungen Jahren beobachtete sie, wie ehemalige Kommilitonen ihren Lebensstil dem steigenden Gehalt anpassten. «Aber glücklicher sind sie dabei nicht geworden.»

Ausgerechnet die Krankenversicherungsprämie gehört nebst dem Essen zum grössten Budgetposten von Mirjam Müller. Das verwundert sie nicht. «Auch im Gesundheitswesen ist die Anspruchsmentalität hoch.» Es sei letztlich ein Markt wie jeder andere auch. «Da werden immer neue Bedürfnisse geschaffen, wo noch keine sind.» Natürlich schätze sie es, bei Krankheit oder Unfall auf eine umfassende medizinische Versorgung zurückgreifen zu können. «Das Problem ist, dass wir uns auch im Gesundheitswesen die Sinnfrage nicht stellen.» Die Patientenverfügung spielt für Mirjam Müller eine zentrale Rolle, und sie legt diese allen Mitmenschen ans Herz. So mache man sich nicht nur Gedanken darüber, was man wolle und was nicht. «Eine Patientenverfügung nimmt dem Umfeld heikle Entscheidungen ab, und man kann sich gegen unnötige Behandlungen schützen.»

Die Realität schaut oft anders aus: Anstatt das Gesundheitssystem auf die tatsächlichen Bedürfnisse auszurichten, werde es ganz nach dem Wachstumsprinzip ausgereizt – was sich in entsprechend hohen Prämien widerspiegelt.

Unbezahlbare Solidarität

Mirjam Müller kommt auch deshalb mit wenig Geld aus, weil sie bei vielem selber Hand anlegt: Sie arbeitet bei einer Gemüsekooperative mit, von wo sie je nach Ernte Lebensmittel bezieht, sie flickt sich die Kleider selber, hält den Bus mit Renovationsarbeiten instand und eilt Freundinnen, Freunden und Familie zu Hilfe, wenn sie auf Unterstützung angewiesen sind.

Genau diese Solidarität, ist sie überzeugt, würde auch dem Gesundheitswesen guttun. Zum einen, indem wir nicht mehr wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt rennen, wenn stattdessen jemand im Bekanntenkreis hilft. Zum anderen, indem wir wieder mehr miteinander sprechen. «Wir können nicht nur auf die neusten technischen Apparate und Medikamente setzen. Gerade bei Krankheit braucht es auch menschliche Wärme und Zuwendung.»

Mirjam Müller (36) lebt als Minimalistin. Seit 2006 ist ihr Zuhause ein selbst ausgebauter Mercedes-Sprinter-Bus, und ihr Jahresbudget beträgt rund 15000 Franken.

In Kürze

- **Minimalisten suchen ihr Glück und ihre Erfüllung nicht im materiellen Besitz.**
- **Die grössten Budgetposten im Leben von Mirjam Müller sind Essen und die Krankenversicherungsprämie.**
- **Solidarität und Rückbesinnung auf das Essenzielle wären für viele Lebensbereiche wünschenswert.**

Eigentlich sollte Mariette Hermann sich einer Lungentransplantation unterziehen. Die 63-jährige Frau aus dem Wallis informierte sich bei anderen Betroffenen über den Eingriff und wurde immer unschlüssiger. Sie suchte Rat und liess sich auf eine Zweitmeinung ein. Die richtige Entscheidung, wie sie heute weiss.

Von Roland Hügi

Das Maximum ist nicht immer das Optimum

Entspannt schaut Mariette Hermann von ihrem Zuhause in die Walliser Berge, atmet tief durch. Doch bis vor noch nicht allzu langer Zeit war da oft bloss eines: Angst. Dieses Wort fällt immer wieder, wenn Mariette Hermann auf ihre Krankheitsgeschichte zurückblendet. Angst, keine Luft mehr zu kriegen, Angst, zu ersticken. Bis Ende 2015 war dieses beklemmende Gefühl ihr ständiger Begleiter. Auslöser war eine Darmoperation im Jahr 2010. Ein nicht richtig gesetzter Schmerzkatheter hatte fatale Folgen: Die rechte Lunge von Mariette Hermann kollabierte – eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit und eine Erbkrankheit, die ihr bis dahin gar nicht bewusst war, traten zu Tage: ein Alpha-1-Antitrypsin-Mangel. Dieser Gendefekt greift die Lunge an und führt dazu, dass

Fast beschwerdefrei geniesst Mariette heute wieder ihre Spaziergänge, hier mit Ehemann Erwin und ihrer Enkeltochter.

immer mehr Lungenbläschen verloren gehen. Mit der Zeit kommt es zu einer Unterversorgung des Körpers mit Sauerstoff.

Plötzlich ein anderer Mensch

Fortan war die vife 63-jährige Frau ein anderer Mensch. Selbst die kleinste Anstrengung brachte sie ausser Atem. An Wanderungen oder Spaziergänge wie früher war schon gar nicht mehr zu denken. Zwar brachte ein Klinikaufenthalt im Höhenkurort Montana kurzfristig Linderung. Aber kaum zu Hause, zeigten sich wieder die alten Beschwerden. Also wieder «Montana». Doch statt nachhaltige Linderung verschaffen zu können, mussten die Ärzte mit einem niederschmetternden Befund aufwarten: «Sie werden nie mehr ohne zusätzlichen Sauerstoff leben können», lautete das Fazit. «In mir brach eine Welt zusammen», blendet Mariette Hermann auf diesen Moment zurück.

Der **Alpha-1-Antitrypsin-Mangel** (Alpha-1) ist **eine Erbkrankheit,** die bewirkt, dass die Leberzellen das Enzym Alpha-1-Antitrypsin (AAT) fehlerhaft oder in zu geringer Menge bilden oder freisetzen.

Reicht der Sauerstoff aus?

Fortan galt es, das Leben umzustellen. Bei jedem Gang ausser Haus stand die Frage im Mittelpunkt, wie lange der mitgeführte Sauerstoff ausreichen würde. «Es war eine zermürbende Zeit», sagt Mariette Hermann. Doch sie versuchte, das Beste aus der Situation zu machen. Mehrmals pro Woche absolvierte sie ein Fitnesstraining. Sie nahm sich vor, ihren Körper so stark wie möglich zu fordern, sich nicht einfach ihrer Krankheit zu ergeben. Sie wollte mithelfen, weitere teure Kuraufenthalte zu vermeiden. Mit Erfolg: Bald schon brauchte ihr Körper lediglich noch die Hälfte des Sauerstoffs. Hoffnung keimte auf. Doch der Rückschlag kam postwendend. Wegen Schulterbeschwerden musste sie wieder in ärztliche Behandlung. An körperliche Belastung war nicht zu denken – und die Lunge begann wieder zu rebellieren. Schlimmer als je zuvor. Die Ärzte in Montana waren ratlos und sahen bloss noch eine Lösung: Lungentransplantation.

Endlich wieder atmen

Im ersten Moment reagierte Mariette Hermann erfreut. «Eine neue Lunge, ein neues Leben – wieder ein wirkliches Leben», sagte ich mir in diesem Moment. Bereits malte sie sich aus, wie es sein würde, ohne Sauerstoff zu leben, endlich wieder frei atmen zu können. Immer wieder fuhr sie ins Transplantationszentrum in Zürich. Untersuchungen standen an, Abklärungen – und Kontakte mit anderen Menschen, die bereits eine neue Lunge erhalten hatten. Doch je mehr Zeit verstrich, desto grösser wurden die Zweifel von Mariette Hermann. Sie lernte Betroffene kennen, deren Körper die implantierte Lunge wieder abstiess. Sie erfuhr, dass sie nach einer Implantation täglich rund 40 Medikamente zu sich nehmen müsste. Und vor allem reifte in ihr die Erkenntnis, dass ihr Körper eine solche Chemiekeule wohl nie würde verarbeiten können. Wohl wäre eine Transplantation ein ungemein teurer Versuch gewesen, die Leiden von Mariette Hermann zu lindern. Doch wäre er auch zweckmässig gewesen und vor allem wirksam? Diese Fragen blieben im Raum stehen.

Zweitmeinung löste alles

In dieser Zeit tiefer Ratlosigkeit hatte Mariette Hermann Kontakt mit der CSS. Sie regte eine Zweitmeinung an, und Mariette Hermann liess sich in der Uniklinik Lausanne von einer neutralen Fachperson erneut untersuchen. «Der Arzt nahm sich viel Zeit für mich und zeigte mir einen neuen Weg auf: eine Teilsekretion der Lunge, also eine Entfernung des kranken Lungengewebes. Auch das Transplantationszentrum Zürich, das lange Zeit einzig die Transplantation als Lösung skizzierte, schwenkte auf diesen Weg ein. Im Dezember 2015 stand die Operation an. Und damit die grosse Frage für Mariette Hermann: «Werde ich endlich wieder frei atmen können?» Die Antwort darauf bekam sie am 18. Dezember 2015. An diesem Tag verliess sie nach einem abschliessenden Kuraufenthalt die Luzerner Höhenklinik Montana. «Ich konnte frei atmen, spürte die wohltuende Bergluft in meinen Lungen – es war, als wäre ich zum zweiten Mal geboren worden. Einfach wunderbar.»

Seither ist ein Jahr vergangen. Und Mariette Hermann geht immer noch fast ohne Beschwerden durch ihr neues Leben. Wohl bereiten ihr Anstrengungen noch immer Mühe, kann sie bei ihren ausgedehnten Spaziergängen nur langsam bergauf gehen. «Doch im Vergleich zu vorher ist mein Leben wieder lebenswert geworden. Die Zweitmeinung war das Beste, das mir passieren konnte», blendet sie zurück. «Lange wurde mir von den Ärzten erklärt, dass bloss die Maximalvariante – eine Lungentransplantation – in Frage komme. Doch letztlich stellte sich für mich der viel kleinere Eingriff als Optimum heraus.»

«Die Zweitmeinung war das Beste, das mir passieren konnte.»

Mariette Hermann (63) lebt in Susten (Wallis). Nach der Entscheidung gegen eine Lungentransplantation geht es ihr heute dank Selbstdisziplin und der richtigen Beratung über die Zweitmeinung wieder besser.

In Kürze

- **Wegen einer Erbkrankheit und COPD wurde das Leben von Mariette Hermann zur Qual.**
- **Lange skizzierten die Ärzte eine Lungentransplantation als einzige Lösung.**
- **Letztlich stellte ein viel kleinerer und günstigerer Eingriff die Lösung dar.**

Rettet WZW!

Beda M. Stadler, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

WZW stand einst für Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit in unserem KVG – sozusagen als rationale Säule, um damit Missbrauch zu verhindern. Das ging leider gewaltig in die Hose. Der medizinisch wohl wichtigste Durchbruch im letzten Jahrhundert war nämlich der Doppelblindversuch. Seither kann man die Wirksamkeit eines Medikaments zweifelsfrei beurteilen. Trotz WZW haben wir aber im Nachhinein als einziges Land auf diesem Planeten die Alternativmedizin in der Verfassung verankert und verspotten damit die Wirksamkeit.

Sobald die Wissenschaft nicht mehr dazu dient, die Wirksamkeit zu beurteilen, muss man sich nicht wundern, wenn die Zweckmässigkeit zur Redensart wird. «Der Zweck heiligt die Mittel» gilt schliesslich als Prinzip des Machiavellismus. Die vermeintlich rationale Säule WZW steht damit alleine auf den Schultern der Wirtschaftlichkeit. Jetzt würde sich der alte Machiavelli doppelt ins Fäustchen lachen, da die meisten Leute Wirtschaftlichkeit mit Rentabilität verwechseln.

«Trotz WZW haben wir als einziges Land auf diesem Planeten die Alternativmedizin in der Verfassung verankert.»

Ist WZW noch zu retten? Sicher, wir müssten nur alle Entscheide rund um WZW von jeglicher Meinung befreien. Es dürften nur noch Fakten zählen. Politiker dürfen Meinungen haben, schliesslich werden sie deswegen gewählt. Würden Fakten in der Politik zählen, gäbe es nur eine Partei: die Rationalen. Da die Patienten aber nicht so lange warten können, sollten wir einfach zurück auf Punkt null.

Die Wirksamkeit wird rein wissenschaftlich eruiert. Die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit werden auf eine neue Basis gestellt: Priorität hat nicht der Markt, sondern die Solidarität mit dem Patienten. Die Gesundheitsökonomen dürfen ruhig eine andere Meinung haben. Da es sich um ihre Meinung handelt, wird dies aber irrelevant sein.

Ein solch rationaler Neubeginn für WZW beinhaltet natürlich auch die Frage, was Krankheit ist. Weil dies kein ganz einfaches Unterfangen ist, haben die Meinungsmacher in den letzten Jahren versucht, die Gesundheit zu definieren. Allen voran hat die WHO dies verbrochen, und unser BAG hat diese Definition sogleich übernommen, womit wir in der Schweiz definitionsgemäss keinen einzigen gesunden Menschen mehr haben.

Krankheit ist hingegen viel einfacher zu definieren. Wir müssten nur den Mut haben, die Befindlichkeitsstörungen als das zu belassen, was sie sind, und die Latte für die gewöhnlichen Bobos etwas höher zu legen. Die Patienten unterhalb dieser Latte dürften trotzdem zum Arzt, um sich ihre Streicheleinheiten zu holen, aber sie sollen es selber bezahlen.

twitter.com/CSSPolitik

Vier Grössen beeinflussen die Behandlung und somit das Leistungsvolumen in der obligatorischen Grundversicherung (OKP): unbeeinflussbare Lebensumstände, individueller Effort, individuelle Ansprüche und die Behandlungsempfehlungen der Ärzte. Um den optimalen Leistungskatalog zu definieren, müssen Ansprüche und Behandlungsempfehlungen herausgefiltert werden.

Von Prof. Dr. Konstantin Beck

Wie sähe der objektive Leistungskatalog aus?

Warum gibt es in der OKP keinen abschliessend definierten Leistungskatalog? Sicher auch darum, weil den Leistungserbringern ein gewisser Handlungsspielraum beim Behandlungsentscheid zugestanden werden soll. Das ist so lange unproblematisch, wie ein einigermassen klarer Zusammenhang zwischen Diagnose und Behandlung gegeben ist. Dass dem so sei, ist eine weit verbreitete Vorstellung, stimmt aber nicht immer mit der Realität überein. Schon 1988 wies Payer[1] nach, dass die Bandbreite akzeptabler Behandlungen für die meisten Krankheiten viel grösser ist, als dies in irgendeinem Land zugegeben wird, dass die Raten für bestimmte chirurgische Eingriffe um mehrere hundert Prozent schwanken, ja dass eines der gängigsten Mittel in Frankreich (zur Erweiterung zerebraler Blutgefässe) in den USA und GB als wirkungslos angesehen wird.

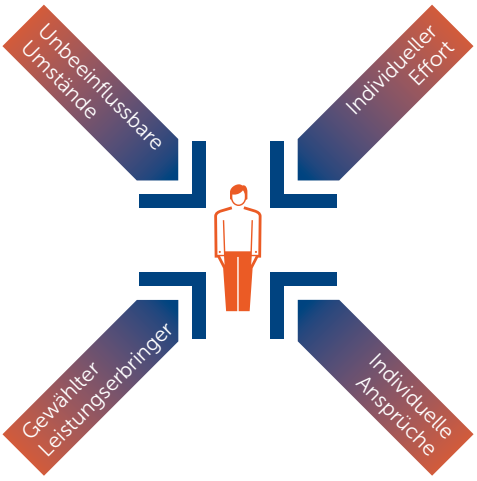
In der jüngeren ökonomischen Forschung[2] hat sich die Sichtweise durchgesetzt, dass die Art der Behandlung auf vier unterschiedliche Gruppen von Einflussfaktoren zurückzuführen ist: auf unbeeinflussbare Umstände, den individuellen Effort, individuelle Ansprüche und den gewählten Leistungserbringer.

Unproblematisch sind dabei die Umstände: Natürlich ist die Behandlung objektiv abhängig von Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht, aber auch Ausbildung oder Wohnort. Diese Unterschiede waren dem Gesetzgeber bewusst. Ihnen wird im Rahmen des Risikoausgleichs als auch durch die (beispielsweise regionale) Prämiendifferenzierung gebührend Rechnung getragen.

Problematischer ist es mit dem individuellen Effort. Wer beispielsweise erfolgreich und mit hoher Selbstdisziplin Prävention betrieben hat, wird im Krankheitsfall weniger Leistungen beanspruchen müssen als derjenige, der das nicht gemacht hat. Wer die Solidarität breit auslegt, mag bewusst über Unterschiede im Effort hinwegsehen. Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird heute ganz einfach der durchschnittliche Effort zum Massstab der Leistungsauszahlung, ob er nun hoch oder gering ausfällt. Das gewährt den Versicherten grosse Entscheidungsautonomie, ist aber nicht unbedingt effizient.

Darüber hinaus liegen aber auch Unterschiede im Anspruchsverhalten der Versicherten und Unterschiede in den Handlungsempfehlungen der Leistungserbringer vor, wobei diese Empfehlungen direkten Einfluss auf ihr eigenes Einkommen haben. Den objektiv zulässigen Leistungskatalog sowie das zulässige Leistungsvolumen kann nur derjenige definieren, dem es gelingt, den Einfluss von Ansprüchen und Behandlungsempfehlungen herauszufiltern. Das ist ein schwieriges, aber nicht unmögliches Unterfangen.

Vier unterschiedliche Gruppen von Einflussfaktoren auf die Art der Behandlung:



Prof. Dr. Konstantin Beck ist Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Titularprofessor der Universitäten Zürich und Luzern.
konstantin.beck@css-institut.ch

[1] Payer L. Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Campus, Frankfurt (1988).

[2] Glazer J und McGuire T. Gold and Silver health plans: Accommodating demand heterogeneity in managed competition. In: Journal of Health Economics 30 (2011), 1011–1019.
Fleurbaey M und Schokkaert E. Equity in Health and Health Care. Pauly M, McGuire T, Barros PP (Eds.). Handbook of Health Economics, Vol. 1, 1003–1092, North-Holland, Amsterdam (2012).

Wo bleibt der Nutzen?

Weisst du, Schatzi, früher zahlten wir 35 Franken für die Tageskarte, und alles war top. Heute kostet sie das Doppelte – wofür eigentlich?

Maximiert ist nicht immer optimiert

Luxusresort und all-inclusive, aber Skifahren geht nicht. Optimale Skiferien stelle ich mir anders vor.

Blinde Kuh

Lumpenpack! Haben uns gute Schneeverhältnisse versprochen, und nun stehen wir im Kraut. Das passiert halt, wenn man blind vertraut.