

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE
CONTRÔLE FÉDÉRAL DES FINANCES
CONTROLLO FEDERALE DELLE FINANZE
SWISS FEDERAL AUDIT OFFICE



Evaluation der Massnahmen zur Förderung oder Begrenzung der Anzahl chirurgischer Eingriffe

Bundesamt für Gesundheit

Bestelladresse	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
Adresse de commande	Monbijoustrasse 45
Indirizzo di ordinazione	3003 Bern
Ordering address	Schweiz
Bestellnummer	1.18358.316.00095
Numéro de commande	
Numero di ordinazione	
Ordering number	
Zusätzliche Informationen	www.efk.admin.ch
Complément d'informations	info@efk.admin.ch
Informazioni complementari	twitter: @EFK_CDF_SFAO
Additional information	+ 41 58 463 11 11
Abdruck	Gestattet (mit Quellenvermerk)
Reproduction	Autorisée (merci de mentionner la source)
Riproduzione	Autorizzata (indicare la fonte)
Reprint	Authorized (please mention source)

Mit Nennung der männlichen Funktionsbezeichnung ist in diesem Bericht, sofern nicht anders gekennzeichnet, immer auch die weibliche Form gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Das Wesentliche in Kürze.....	5
L'essentiel en bref	8
L'essenziale in breve	11
Key facts.....	14
1 Auftrag und Vorgehen	20
1.1 Ausgangslage	20
1.2 Prüfungsziel und -fragen.....	21
1.3 Prüfungsumfang und -grundsätze	21
1.4 Unterlagen, Auskunftserteilung und Datenzugriff	22
1.5 Schlussbesprechung	23
2 Was sagen die Zahlen?	24
2.1 Immer mehr Eingriffe in der Schweiz	24
2.2 Grosse kantonale Unterschiede bei Eingriffen am Rücken	25
2.3 Generell hohe Eingriffsraten in der Schweiz	26
3 Anreizmechanismen, die zu unnötigen Eingriffen führen können.....	29
3.1 Der stationäre Tarif: ein Anreizsystem mit kaum bekannten Folgen.....	29
3.2 Starke Anreize in den Zusatzversicherungen.....	31
3.3 Nicht kontrollierte Kosten für Verbrauchsmaterial.....	33
3.4 Geringer Anreiz durch Mindestanzahl von Eingriffen	35
3.5 Verschiedene Anreize in den Spitälern.....	36
4 Marginale Kontrolle durch den Bund	39
4.1 Ein nicht immer befolgter Katalog mit begrenzter Reichweite	39
4.2 Ein wenig wirksames Instrument zur Bewertung von Gesundheitstechnologien.....	43
5 Zahlreiche Kontrollen bei den Versicherern, aber nicht zur medizinischen Notwendigkeit	44
5.1 Vorgängige Kontrolle begrenzt	44
5.2 Nachträgliche Kontrollen befassen sich nicht mit der medizinischen Notwendigkeit	45
5.3 Qualitätskriterien zu allgemein definiert.....	47
5.4 Neue vertragliche Regelung für Leistungen der Zusatzversicherung mit noch ungewissem Ausgang	47

6	Die spitalbeaufsichtigenden Kantone befassen sich kaum mit der Notwendigkeit der Eingriffe	49
6.1	Detaillierte und harmonisierte Leistungsaufträge.....	49
6.2	Die medizinische Notwendigkeit von Operationen wird selten überprüft	50
7	Vielfalt der Selbstregulierungsmassnahmen.....	52
7.1	Ein Flickenteppich von Massnahmen in den Spitälern	52
7.2	Medizinische Fachgesellschaften mit ungleichem Einfluss	53
8	Die Rolle des Patienten bei der Entscheidung.....	56
8.1	Die Patienten entscheiden, sind aber von den Ärzten abhängig	56
8.2	Zweitmeinung: eine wichtige Massnahme mit wenig bekannten Auswirkungen	57
9	Schlussfolgerungen und Beantwortung der Fragen.....	61
9.1	Können finanzielle Anreize zu chirurgischen Eingriffen führen, die die WZW-Kriterien nicht erfüllen?.....	61
9.2	Sind die staatlichen Rahmenbedingungen und die von den Krankenversicherern ausgeübte Aufsicht ausreichend, um Eingriffe zu verhindern, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen?	61
9.3	Ist die medizinische Selbstregulierung ausreichend, um Eingriffe zu verhindern, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen?.....	62
	Anhang 1: Regionale Unterschiede bei den Fällen.....	63
	Anhang 2: Detaillierte Beschreibung der ausgewählten Behandlungen.....	65
	Anhang 3: Methoden	67
	Anhang 4: Rechtsgrundlagen.....	70
	Anhang 5: Abkürzungen.....	71
	Anhang 6: Bibliographie.....	72
	Anhang 7: Zusammensetzung der Begleitgruppe	74
	Anhang 8: Wirkungsmodell	75

Evaluation der Massnahmen zur Förderung oder Begrenzung der Anzahl chirurgischer Eingriffe

Bundesamt für Gesundheit

Das Wesentliche in Kürze

Das Wachstum der Gesundheitskosten ist für Bevölkerung und Politik Anlass zur Sorge. Zwischen 2013 und 2018 stiegen die Ausgaben jährlich um 3 % auf über 80 Milliarden Franken. Der Bundesrat interveniert verstärkt im Bereich der Krankenversicherung, um diese Entwicklung zu steuern. Eine vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) beauftragte Expertengruppe geht von einem Sparpotenzial von rund 20 % der Ausgaben aus.¹

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat überprüft, ob die von der Krankenkasse vergüteten medizinischen Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (WZW-Kriterien). Mit anderen Worten, ob es finanzielle Anreize gibt, Leistungen über das notwendige Mass hinaus zu erbringen, und ob diese Anreize gut kontrolliert werden. Die EFK hat dies anhand von drei chirurgischen Leistungen geprüft: die elektive Angioplastie (Stenting), die Prostataentfernung und die Kyphoplastie / Vertebroplastie bei Wirbelkompressionen. 2017 beliefen sich die Kosten für diese Eingriffe an rund 20 000 Patienten auf fast 250 Millionen Franken.

In der Evaluation spricht die EFK acht Empfehlungen an das Bundesamt für Gesundheit aus. Sie zielen darauf ab, den Wissenstand über problematische chirurgische Eingriffe sowie die Regeln im Katalog der nicht vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vergüteten Leistungen und deren Überwachung zu verbessern. Der Leistungskatalog ist weiterhin das geeignetste Instrument des Bundes zur Regelung chirurgischer Eingriffe, die nicht den WZW-Kriterien entsprechen. Die EFK bedauert zudem den Mangel an Studien zu den Auswirkungen der verschiedenen Anreizmechanismen auf diesem Gebiet.

Erhebliche finanzielle Anreize mit wenig bekannten Auswirkungen

Es gibt finanzielle Anreize im Krankenversicherungssystem. Allen voran ist der Zusammenhang zwischen der Vergütung der Ärzte und den Einnahmen aus der Behandlung von Zusatzversicherten Patienten zu nennen. Die EFK hat festgestellt, dass die Vergütung für eine radikale Prostatektomie bei einem Privatpatienten viermal höher ist. Bei nicht notwendigen Eingriffen ist von hohen Privatpatientenvergütungen auch die Grundversicherung betroffen, da sie über die Hälfte des nach dem gesetzlichen Tarif zulässigen Betrags übernimmt.

In einem Marktsystem müssen alle Spitäler Gewinnmargen erwirtschaften und so ihre Investitionen sichern. Darüber hinaus müssen Privatspitäler die Vergütung ihrer Eigentümer sicherstellen. Ihre finanziellen Ziele sind dadurch deutlich über denen des öffentlichen Sektors. Diese Strategien erzeugen einen indirekten wirtschaftlichen Druck auf die Ärzte. So haben finanzielle Faktoren klar Einfluss auf die Behandlung der Angioplastie mit dem Anreiz, grundversicherte Patienten ambulant und privatversicherte stationär zu behandeln.

¹ Eidgenössisches Departement des Innern (2017), Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Der Bundesrat hat unlängst beschlossen, gegen solche finanziellen Anreize vorzugehen. Er schlägt auf dem Verordnungsweg vor, Spitälern mit unsachgemässen ökonomischen Anreizen ab 2025 den Leistungsauftrag zu entziehen. Ein wichtiger erster Schritt, der konkretisiert werden muss.

Unverständliche Preisunterschiede bei Verbrauchsmaterial und Implantaten

Die EFK hat festgestellt, dass der gleiche Stent (Angioplastie) dem KVG, völlig undurchsichtig, zu unterschiedlichen Preisen zwischen 1200 und 3500 Franken verrechnet werden kann. Dabei stehen zweistellige Millionenbeträge auf dem Spiel.

Im ambulanten Bereich haben die Leistungserbringer keinen Anreiz, interessante Preise auszuhandeln, da sie den Kaufpreis an die Krankenversicherung weitergeben können. Die Empfehlung des Preisüberwachers, Parallelimporte zu nutzen, scheint kaum befolgt zu werden. Nach Ansicht der EFK mangelt es in diesem Bereich an Transparenz.

Fehlende Kontrolle der Indikationen durch die institutionellen Akteure

Mit dem Leistungskatalog verfügt der Bund über ein Instrument, mit dem er die Übernahme durch das KVG von Leistungen einschränken kann, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen. Der Leistungskatalog führt nur sehr wenige chirurgische Leistungen auf, weshalb er aktuell nur eine untergeordnete Rolle spielt. Zudem ist es für die Versicherer schwierig, die Einhaltung solcher Einschränkungen zu kontrollieren, was die praktische Bedeutung dieses Instruments zusätzlich schmälert.

Die Versicherer sollen prüfen, ob die dem KVG verrechneten Leistungen die gesetzlichen Auflagen erfüllen. Sie haben jedoch kaum eine Möglichkeit, die Richtigkeit der medizinischen Indikationen zu überprüfen. Ihre Kontrolltätigkeit konzentriert sich hauptsächlich auf die Konformität der Abrechnung der Behandlungen.

Die Kantone schreiben den Spitälern Verfahren vor, oft in detaillierter Form, um die Qualität der medizinischen Leistungen zu gewährleisten. Der Kontrolle der medizinischen Notwendigkeit der Leistungen im Einzelfall schenken sie jedoch wenig Beachtung.

Selbstregulierung, Massnahmen mit ungleicher Reichweite

Die Qualitätskontrolle der medizinischen Indikationen findet bei den Leistungserbringern, der Ärzteschaft und den Spitälern statt. Alle von der EFK besuchten Spitäler mit angestellten Ärzten verfügen über Beratungsmöglichkeiten für die Indikationsstellung. Diese Systeme werden meist von Ärzten angeregt. Sie liegen in sehr unterschiedlichen Formen in den einzelnen Institutionen vor und sind nicht immer Pflicht. Seltener sind sie in Kliniken, wo die Indikation öfter auf der Einschätzung eines einzelnen Arztes beruht.

Bei der Harmonisierung der medizinischen Praxis spielen auch die medizinischen Fachgesellschaften eine wichtige Rolle. Sie erarbeiten Empfehlungen und sorgen für deren Verbreitung. Sind diese Empfehlungen qualitativ hochwertig, gut etabliert und finden eine breite Unterstützung in den Fachkreisen, können sie die Variabilität der medizinischen Praxis deutlich verringern. Zu diesem Ergebnis kommt die EFK in dieser Evaluation.

Die Qualität der Informationen, die Patienten beim Behandlungsentscheid erhalten, ist von zentraler Bedeutung, da sie letztlich entscheiden. Die Rückmeldungen der Patienten sind eher positiv, zeigen aber auch ihre Abhängigkeit von den Ärzten. Eine ärztliche Zweitmeinung scheint deshalb ein nützliches Instrument zur Validierung von Entscheiden zu sein. Leider liegen keine Informationen zur Häufigkeit, den Modalitäten und den Auswirkungen der Zweitmeinung vor.

Originaltext auf Französisch

Evaluation des mécanismes incitant ou limitant le nombre d'interventions chirurgicales

Office fédéral de la santé publique

L'essentiel en bref

La croissance des coûts de la santé est une source de préoccupation importante de la population et du monde politique. Entre 2013 et 2018, les dépenses annuelles ont augmenté de 3 % pour franchir la barre des 80 milliards de francs. Le Conseil fédéral multiplie les interventions dans l'assurance-maladie pour maîtriser cette évolution. Selon un groupe d'experts mandaté par le Département fédéral de l'Intérieur (DFI), il existerait un potentiel d'économie de quelque 20 % des dépenses.¹

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a vérifié si les prestations médicales remboursées par l'assurance-maladie sont efficaces, adéquates et économiques (critères légaux EAE). En d'autres termes, s'il existe des incitations financières à produire des prestations au-delà du nécessaire et si ces incitations sont bien maîtrisées. Pour cela, le CDF a examiné trois prestations chirurgicales : l'angioplastie élective (pose de stents), l'ablation de la prostate ainsi que la cyphoplastie / vertébroplastie en cas de tassement des vertèbres. En 2017, le coût de ces interventions frôlait 250 millions de francs, elles concernaient près de 20 000 patients.

Dans cette évaluation, le CDF émet huit recommandations à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique. Elles visent à renforcer la connaissance des interventions chirurgicales problématiques et à améliorer les règles présentes dans le catalogue délimitant les prestations non remboursées par la LAMal, ainsi que leur surveillance. Le catalogue des prestations reste le moyen d'action de la Confédération le mieux à même de réguler le recours aux interventions chirurgicales qui ne respectent pas les critères EAE. Enfin, le CDF déplore la rareté des études portant sur les effets des différents mécanismes incitatifs dans ce domaine.

Des incitations financières importantes aux effets peu connus

Des incitations financières existent dans le système de l'assurance-maladie. La plus importante d'entre elles résulte du lien entre la rémunération des médecins et les revenus du traitement de patients bénéficiaires d'assurances complémentaires. Le CDF a observé une rémunération quatre fois plus élevée dans le cas d'une prostatectomie radicale réalisée sur un patient privé. En cas d'intervention non nécessaire incitée par une rémunération privée élevée, l'assurance de base est aussi impactée puisqu'elle rembourse plus de la moitié du montant fixé par le tarif admis légalement.

Dans un système de marché, tous les hôpitaux doivent dégager des marges bénéficiaires et assurer ainsi leurs investissements. De plus, les hôpitaux privés doivent garantir la rémunération de leurs propriétaires, d'où des objectifs financiers bien supérieurs au secteur public.

¹ Département fédéral de l'intérieur (2017), Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.

Ces stratégies génèrent une pression économique indirecte sur les médecins. Ainsi, les facteurs financiers influencent clairement le mode de prise en charge de l'angioplastie en incitant à opérer en ambulatoire les patients en assurance de base, alors que les patients privés le sont en stationnaire.

Il y a peu, le Conseil fédéral a décidé d'agir contre ce type d'incitations financières. Il propose par voie d'ordonnance de retirer d'ici à 2025 les mandats aux hôpitaux avec des incitations financières inadéquates. Ce premier pas important doit être concrétisé.

Des différences de prix incompréhensibles pour le matériel à usage courant et les implants

Le CDF a constaté que le même stent (angioplastie) pouvait être facturé à la LAMal à des prix variant de 1200 à 3500 francs, en toute opacité. L'enjeu se chiffre pourtant en plusieurs dizaines de millions de francs.

En ambulatoire, les fournisseurs ne sont pas incités à négocier des prix intéressants, car ils peuvent répercuter le prix d'achat à l'assurance-maladie. La recommandation du surveillant des prix de recourir aux importations parallèles paraît peu appliquée. Il existe aux yeux du CDF un manque de transparence dans ce domaine.

Absence de contrôle des indications par les acteurs institutionnels

Avec le catalogue de prestations, la Confédération dispose d'un instrument pour limiter la prise en charge par la LAMal de certaines prestations ne remplissant pas les critères EAE. Comme il ne couvre qu'un nombre très réduit de prestations chirurgicales, cet instrument ne joue actuellement qu'un rôle marginal. Par ailleurs, les assureurs peinent à contrôler le respect de certaines limitations, ce qui réduit encore davantage la portée pratique de cet outil.

Les assureurs sont censés contrôler que les prestations individuelles facturées à la LAMal remplissent les conditions fixées par la loi. Or, ces derniers n'ont quasiment pas la possibilité de vérifier la pertinence des indications médicales. Leur activité de contrôle porte avant tout sur la conformité de la facturation des traitements.

Les cantons imposent aux hôpitaux, souvent de manière détaillée, des procédures visant à garantir la qualité des prestations médicales. Ils n'accordent par contre que peu d'attention au contrôle de la nécessité médicale des prestations dans les cas d'espèce.

L'autorégulation, des mesures de portée inégale

Le contrôle de la qualité des indications médicales se déroule au niveau des fournisseurs, des médecins et des hôpitaux. Tous les hôpitaux visités par le CDF avec des médecins salariés connaissent des dispositifs délibératifs lors de la pose des indications. Ces systèmes sont le plus souvent élaborés à l'initiative des médecins. Ils prennent des formes très différentes dans les institutions et ne sont pas toujours obligatoires. Ils sont plus rares dans les cliniques, l'indication reposant alors plus souvent sur l'appréciation d'un seul médecin.

Les sociétés médicales jouent aussi un rôle essentiel dans l'harmonisation de la pratique médicale. Elles élaborent des recommandations et en assurent leur diffusion. Si ces recommandations sont de qualité, bien établies et font l'objet d'une large adhésion dans la communauté des spécialistes, elles parviennent à réduire de manière claire la variabilité de la pratique médicale. C'est le constat établi par le CDF dans cette évaluation.

La qualité de l'information reçue par le patient lors du choix des traitements est centrale, car c'est lui qui décide au final. Les retours des patients montrent une situation plutôt positive mais aussi leur dépendance par rapport au médecin. Un second avis médical paraît alors constituer un outil judicieux pour valider les choix. Il n'existe malheureusement aucune information sur sa fréquence, ses modalités et ses effets.

Valutazione dei meccanismi che incentivano o limitano il numero di interventi chirurgici

Ufficio federale della sanità pubblica

L'essenziale in breve

L'aumento dei costi della sanità pubblica è una grande fonte di preoccupazione per la popolazione e il mondo politico. Tra il 2013 e il 2018 le spese annuali sono aumentate in media del 3 per cento superando gli 80 miliardi di franchi. Il Consiglio federale moltiplica i propri interventi nell'ambito dell'assicurazione malattia per attenuare questa evoluzione. Secondo un gruppo di esperti incaricato dal Dipartimento federale dell'interno (DFI), sussisterebbe un potenziale di risparmio pari a circa il 20 per cento delle spese.¹

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha verificato se le prestazioni mediche rimborsate dall'assicurazione malattia rispettano i criteri legali di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE), ossia se esistono incentivi finanziari che portano a un numero eccessivo di prestazioni e se questi incentivi sono gestiti bene. A tal fine, il CDF ha esaminato tre prestazioni chirurgiche: l'angioplastica elettiva (impianto di stent), l'ablazione della prostata e la cifoplastica / vertebroplastica in caso di compattazione vertebrale. Nel 2017 il costo di questi interventi, che riguardavano circa 20 000 pazienti, sfiorava i 250 milioni di franchi.

In questa valutazione il CDF propone otto raccomandazioni all'attenzione dell'Ufficio federale di sanità pubblica. Queste puntano a rinforzare la conoscenza degli interventi chirurgici problematici e a migliorare le regole menzionate nel catalogo che definisce le prestazioni non rimborsate dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), così come la loro sorveglianza. Il catalogo di prestazioni resta il miglior mezzo d'azione della Confederazione per regolare il ricorso a interventi chirurgici che non rispettano i criteri EAE. Infine, il CDF ritiene problematico il fatto che ci siano pochi studi riguardanti gli effetti dei differenti meccanismi incentivanti in questo settore.

Incentivi finanziari importanti con effetti poco conosciuti

Nel sistema dell'assicurazione malattia esistono incentivi finanziari. Il più importante di questi deriva dal legame tra la remunerazione dei medici e i ricavi dal trattamento dei pazienti beneficiari di assicurazioni complementari. Il CDF ha osservato una remunerazione quattro volte più alta nel caso di una prostatectomia radicale realizzata su un paziente privato. In caso di un intervento non necessario incentivato da una remunerazione privata elevata, è coinvolta anche l'assicurazione di base dato che rimborsa più della metà dell'importo fissato dalla tariffa ammessa legalmente.

In un sistema di mercato tutti gli ospedali devono creare dei margini di guadagno per assicurare i loro investimenti. Inoltre gli ospedali privati devono garantire il guadagno dei loro proprietari, perciò hanno obiettivi finanziari decisamente superiori rispetto al settore pubblico. Queste strategie generano una pressione economica indiretta sui medici. Così, i fattori finanziari influenzano chiaramente il modo di trattare l'angioplastica incentivando a operare

¹ Dipartimento federale dell'interno (2017), Misure di contenimento dei costi per sgravare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

in ambulatorio i pazienti che hanno l'assicurazione di base e in ospedale i pazienti privati.

Recentemente il Consiglio federale ha deciso di agire contro questo tipo di incentivi finanziari e ha proposto, a livello di ordinanza, di ritirare entro il 2025 i mandati agli ospedali che presentano incentivi finanziari inadeguati. Questo primo passo importante deve concretizzarsi.

Differenze di prezzi incomprensibili per il materiale di uso corrente e gli impianti

Il CDF ha constatato che lo stesso stent (angioplastica) poteva essere fatturato alla LAMal a prezzi che andavano dai 1200 ai 3500 franchi, senza ragioni chiare. Si tratta di una cifra complessiva che si aggira attorno alle decine di milioni di franchi.

In ambulatorio i fornitori non sono incentivati a negoziare prezzi interessanti, dato che possono far ricadere i costi sull'assicurazione malattia. Pare che la raccomandazione del Sorvegliante dei prezzi di ricorrere alle importazioni parallele sia poco applicata. Il CDF ravvisa una mancanza di trasparenza in questo settore.

Assenza di controllo delle indicazioni da parte degli attori istituzionali

Con il catalogo delle prestazioni, la Confederazione dispone di uno strumento per limitare l'assunzione dei costi da parte della LAMal di certe prestazioni che non rispettano i criteri EAE. Poiché copre solamente un numero ridotto di prestazioni chirurgiche, questo strumento ha attualmente solo un ruolo marginale. Inoltre, gli assicuratori faticano a controllare il rispetto di certe limitazioni, cosa che riduce ancora di più la portata pratica di questo strumento.

Gli assicuratori devono controllare che le prestazioni individuali fatturate alla LAMal rispettino le condizioni previste dalla legge, però non hanno quasi mai la possibilità di verificare la pertinenza delle indicazioni mediche. La loro attività di controllo riguarda principalmente la conformità della fatturazione dei trattamenti.

I Cantoni impongono agli ospedali, spesso in modo dettagliato, procedure che puntano a garantire la qualità delle prestazioni mediche. Prestano però poca attenzione al controllo della necessità medica delle prestazioni nei casi qui in questione.

L'autoregolazione, misure di portata non equa

Il controllo della qualità delle indicazioni mediche avviene a livello dei fornitori, dei medici e degli ospedali. Tutti gli ospedali visitati dal CDF con medici salariati prevedono dispositivi deliberativi al momento di stabilire le indicazioni. Questi sistemi sono solitamente elaborati su iniziativa dei medici. Assumono forme molto differenti nelle istituzioni e non sono ancora obbligatori. Sono più rari nelle cliniche, dove l'indicazione si basa più spesso sulla valutazione di un solo medico.

Le società mediche giocano un ruolo essenziale nell'armonizzazione della pratica medica. Elaborano raccomandazioni e ne assicurano la diffusione. Se queste sono di qualità, hanno basi solide e vengono adottate su larga scala dagli specialisti, riescono a ridurre in modo chiaro la variabilità della pratica medica. Questa è la conclusione del CDF nella presente valutazione.

La qualità dell'informazione ricevuta dal paziente al momento della scelta dei trattamenti è di importanza centrale, poiché è lui che prende la decisione finale. Il fatto che i pazienti

ritornino mostra una situazione piuttosto positiva, ma anche la loro dipendenza dal medico. Un secondo parere medico sembra allora costituire uno strumento opportuno per convalidare la loro scelta. Purtroppo però non è disponibile alcuna informazione sulla frequenza, le modalità e gli effetti della richiesta di un secondo parere.

Testo originale in francese

Evaluation of mechanisms driving or limiting the number of surgical procedures

Federal Office of Public Health

Key facts

Rising healthcare costs are a major source of concern for the population and the world of politics. Between 2013 and 2018, annual expenses increased by 3% on average, to over CHF 80 billion. The Federal Council has made multiple interventions in health insurance in order to keep this trend under control. According to a group of experts commissioned by the Federal Department of Home Affairs (FDHA), there is potential for savings of around 20% in expenses.¹

The Swiss Federal Audit Office (SFAO) audited whether the medical services reimbursed by the health insurance were effective, appropriate and economically efficient (EAE legal criteria). In other words, whether there are financial incentives to provide services beyond what is necessary, and whether these incentives are properly controlled. For this purpose, the SFAO examined three surgical procedures: elective angioplasty (stent insertion), prostate ablation and kyphoplasty/vertebroplasty in the case of spinal compression fractures. In 2017, these procedures cost around CHF 250 million and involved nearly 20,000 patients.

In the context of this audit, the SFAO is issuing eight recommendations to the Federal Office of Public Health. They are aimed at raising awareness of problematic surgical procedures and tightening the rules in the catalogue defining the treatments that are not reimbursed by the Federal Health Insurance Act (HIA) collective institution. The treatment catalogue is still the best way for the Confederation to regulate the use of surgical procedures that do not meet the EAE criteria. Finally, the SFAO deplors the lack of studies on the effects of the different incentive mechanisms in this area.

Significant financial incentives with largely unknown effects

There are financial incentives in the health insurance system. The greatest incentive arises out of the link between payments to doctors and the revenue from treating patients with supplementary health insurance. The SFAO discovered a payment that was four times higher in the case of a radical prostatectomy performed on a private patient. In the event of a non-essential procedure triggered by a higher private payment, the basic insurance is also impacted, because it reimburses more than half of the amount set by the legally allowed tariff.

In a free market system, all hospitals must achieve beneficial margins, thereby securing their investments. Moreover, private hospitals must guarantee their owners' income, hence the much higher financial targets compared to the public sector. These strategies put doctors under indirect economic pressure. Thus, financial factors clearly influence how angioplasties are dealt with, with patients on basic health insurance being encouraged to have the operation as out-patients, while private patients are admitted as in-patients.

¹ Federal Department of Home Affairs (2017), Measures aimed at slowing the rising costs of mandatory health insurance.

The Federal Council recently decided to take action against this kind of financial incentive. It intends to tackle via ordinance, withdrawing contracts from hospitals with inappropriate financial incentives by 2025. This first important step still needs to be defined in detail.

Incomprehensible price differences for general-purpose materials and implants

The SFAO found that the same stent (angioplasty) could be invoiced to the HIA collective institution for between CHF 1,200 and CHF 3,500, with a complete lack of clarity. However, the amount at stake is several tens of thousands of Swiss francs.

As regards out-patient services, providers have no incentive to negotiate reasonable prices, as they can pass on the purchase price to the health insurance. The price ombudsman's recommendation to use parallel imports seems to have found little uptake. In the SFAO's opinion, there is a lack of transparency in this area.

No checking of indications by institutions

The treatment catalogue provides the Confederation with a tool for limiting the HIA collective institution's assumption of the costs for some treatments that do not meet the EAE criteria. This tool currently plays only a marginal role, as it covers only a very limited number of surgical procedures. Moreover, insurers struggle to check compliance with certain restrictions, which in practice reduces the scope of this tool even further.

Insurers are supposed to check that the individual treatments invoiced to the HIA collective institution meet the conditions set by law. However, they are not really in a position to verify the appropriateness of medical indications. Their checks are mainly centred around the compliance of treatment invoices.

The cantons set out processes for hospitals, often in great detail, aimed at ensuring the quality of medical services. By contrast, they pay little attention to checking the medical necessity of treatments in specific cases.

Self-regulation, lack of equity in the scope of measures

Quality control of medical indications takes place at the level of providers, doctors and hospitals. All the hospitals with salaried doctors visited by the SFAO know the decision-making processes when defining the indications. More often than not, these processes are drawn up at the initiative of the doctors. They differ widely between institutions and are not always binding. It is more rare to find them in clinics, where the indications are generally based on one doctor's assessment.

Medical companies therefore also play an essential role in harmonising medical practices. They draw up and disseminate recommendations. If these recommendations are high-quality, well established and widely followed by the specialist community, they can achieve a clear reduction in the variability of medical practices. This is the conclusion drawn by the SFAO from this audit.

The quality of the information received by the patient when choosing a treatment is key, because the decision ultimately lies with them. Patient feedback shows a fairly positive situation, but also highlights their reliance on the doctor. A second medical opinion would thus appear to be a judicious way of validating choices. Unfortunately, there is no information on how often second opinions are sought, their details and their effects.

Original text in French

Generelle Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit

Das BAG teilt grundsätzlich die im Bericht gemachten Ausführungen hinsichtlich Problematik von unnötigen Eingriffen und Fehlanreizen oder Schwachstellen. Bereits in der Strategie Gesundheit2020 hatte der Bundesrat 2013 auf von Experten geschätzte 20 % Effizienzreserven und auf die Notwendigkeit von Effizienzsteigerungen hingewiesen. 2016 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Gruppe von Schweizerischen und internationalen Expertinnen und Experten aus Forschung und Verwaltung eingesetzt. Diese haben in ihrem 2017 veröffentlichten Bericht 38 Kostendämpfungsmassnahmen vorgeschlagen, die verschiedene bestehende Schwachstellen und Fehlanreize adressieren, wie sie auch im vorliegenden Bericht der EFK identifiziert werden. Angesichts der Kompetenzverteilung in der Steuerung des Gesundheitswesens auf Bund, Kantone und Tarifpartner ist es notwendig, dass Verbesserungen von allen Partnern mitgestaltet und -getragen werden. Der Bund ist an der Erarbeitung von Verbesserungsmassnahmen in seinem Kompetenzbereich und hat auch schon verschiedene Gesetzesanpassungen erarbeitet, Vernehmlassungen durchgeführt sowie Änderungspakete dem Parlament übergeben. Der Bundesrat hat dem BAG zudem Ressourcen für ein Projekt zur Förderung der angemessenen Versorgung gesprochen. Dieses hat das Ziel, ein Konzept zu erarbeiten, wie die multifaktoriellen Ursachen der Über-, Unter- und Fehlversorgung im System mit auf verschiedene Akteure verteilten Zuständigkeiten und Kompetenzen koordiniert angegangen und Verbesserungsmassnahmen umgesetzt werden können. Aufgrund der Pandemiebewältigung musste das BAG diese Arbeiten zurückstellen und wird sie im Laufe des Jahres 2021 wiederaufnehmen. Der vorliegende Bericht bestätigt die Relevanz dieser Themen. Die Empfehlungen der EFK wird das BAG in die weiteren Arbeiten einbinden. Es weist jedoch darauf hin, dass für die Umsetzung gewisser Empfehlungen und für eine wirksame Verminderung von unnötigen Eingriffen andere Akteure wesentlich gefordert sind.

Stellungnahmen der Organisationen in der Begleitgruppe

Stellungnahme von santésuisse

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Bericht «Evaluation der Massnahmen zur Förderung oder Begrenzung der Anzahl der chirurgischen Eingriffe» der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK).

santésuisse begrüsst die durchgeführte Evaluation zu den Anreizmechanismen und Kontrollmassnahmen bei chirurgischen Eingriffen zwecks Sicherstellung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien).

Die aus der Evaluation hervorgegangenen Empfehlungen der EFK an das BAG werden, mit Ausnahme der Empfehlung 7, von santésuisse mehrheitlich unterstützt.

Als sinnvoll erachten wir insbesondere die Empfehlungen hinsichtlich dem statistischen Instrument zur Erfassung von regionalen Unterschieden (Empfehlung 1), der Identifikation von ungeeigneten wirtschaftlichen Anreizsystemen (Empfehlung 4), der Stärkung des Leistungskataloges mit verbesserten Kontrollmöglichkeiten von Regeln und Bedingungen durch die Krankenversicherer (Empfehlung 5), der Stärkung der im Anhang 1 der KLV referenzierten ärztlichen Empfehlungen (Empfehlung 6) sowie der Untersuchung der im Bericht genannten Themen (Zweitmeinung, Einkauf von Verbrauchsmaterialien und Implantaten, Patientenselektion, Umsetzung Art. 58f Abs. 7 KVG) im Rahmen des Forschungs- und Evaluationsprogramms KVG (Empfehlung 8). Ergänzend zur Evaluation von Zweitmeinungen schlagen wir zudem vor, die Möglichkeit einer Beratung von Patientinnen und Patienten zu medizinischen Massnahmen und möglichen Behandlungsalternativen zu prüfen.

Betreffend die Empfehlung 2 zur Identifikation von Leistungen, welche möglicherweise den WZW-Anforderungen nicht genügen, sowie im Zusammenhang mit den Empfehlungen 5 und 6 erachten wir griffige Leitlinien zur Sicherstellung der Indikationsqualität als sinnvoll. Derartige Leitlinien müssen unserer Ansicht nach zwingend den WZW-Kriterien entsprechen sowie klar und eindeutig formuliert sein. Die Verbindlichkeit von Leitlinien kann gemäss unserer Einschätzung durch Referenzierung in Anhang 1 der KLV erreicht werden. Gleichzeitig müssen jedoch auch Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Einhaltung der Leitlinien durch die Krankenversicherer effizient überprüft werden kann. Bei der Umsetzung dieser Empfehlungen sollte santésuisse konsultiert werden. Ergänzend weisen wir darauf hin, dass die Überprüfung der Indikationsqualität auch durch die seitens santésuisse geforderte Anpassung von Art. 84 KVG betreffend die rechtliche Grundlage für Verwendung der Daten über die reine Leistungskontrolle hinaus (z. B. Case Management, Generikasubstitution etc.) erleichtert werden soll.

Hinsichtlich der Empfehlung 3 für eine Gesetzesrevision zur eindeutigen Identifikation von Medizinprodukten (Verbrauchsmaterialien und Implantaten) auf ambulanten Rechnungen regen wir an, dass zusätzlich zu den Medizinprodukten auch die Mittel- und Gegenstandsliste (MiGeL) gemäss Anhang 2 der KLV berücksichtigt wird. Nebst der eindeutigen Identifikation stellt aus Sicht der Krankenversicherer auch eine einheitliche Fakturierung eine wichtige Grundvoraussetzung dar. Wir schlagen vor, dass santésuisse bei der Umsetzung einer Identifikation in die Entscheidungsfindung einbezogen wird. In diesem Zusammenhang soll

zudem eine Regelung eingeführt werden, welche Leistungserbringer verpflichtet, allfällige Rabatte auf allen Produkten weiterzugeben.

Die Empfehlung zur systematischen Überprüfung der Versicherer hinsichtlich der Kontrollen zur Einhaltung der Vorgaben aus der KLV (Empfehlung 7) ist nach Ansicht von santésuisse weder notwendig noch zielführend und wird von santésuisse abgelehnt. Der intensive Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern stellt bereits eine effiziente Rechnungskontrolle sicher.

Stellungnahme von curafutura

1. Beurteilung und Empfehlungen 1 und 2

Die Versicherer sind daran interessiert, dass nur Leistungen von der OKP vergütet werden, bei welchen eine korrekte Indikationsstellung stattgefunden hat und bei welche auch die WZW-Kriterien erfüllt sind. Unerklärbare regionale Unterschiede in den Häufigkeiten bestimmter Eingriffe sind daher zu untersuchen. Deshalb unterstützt curafutura die Empfehlungen 1 und 2.

2. Beurteilung und Empfehlung 5, 6 und 7

Die Versicherer prüfen die Regeln des Leistungskatalogs bereits heute systematisch und haben entsprechende Algorithmen in ihre Prüfungen eingebaut. Allerdings fehlen ihnen oft Informationen zur Indikationsstellung. Im ambulanten Bereich fehlen beispielsweise Informationen zu den genauen Diagnosen. In Bezug auf Empfehlung 5 ist zu bemerken, dass in KVG Art. 59 bereits heute Bestimmungen für Rückerstattungen bestehen. Allerdings greifen diese erst, wenn geklagt wird. Zudem ist die Umsetzung von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Somit gibt es in der Praxis keine einheitlichen Regelungen (z. T. Schiedsgerichte, z. T. Verwaltungsgericht), was die Umsetzung der korrekten Anwendung des Leistungskatalogs erschwert.

In Bezug auf Empfehlung 6 würde die Verpflichtung des BAG, medizinische Guidelines zu regeln, u. E. bedingen, dass Guidelines vom BAG genehmigt werden müssten. Damit würden die Fachgesellschaften eingeschränkt. Ob BAG-Guidelines besser akzeptiert würden, ist u. E. zudem höchst fraglich. Fachgesellschaften sollten die Hoheit über die Guidelines behalten, welche dann in den Leistungskatalog und die Regeln zur Vergütung einfließen sowie zukünftig auch als Massnahmen in den Qualitätsverträgen Niederschlag finden können. Die Fachgesellschaften sollten allerdings Guidelines regelmässig überprüfen, anpassen und publizieren. Dies geschieht auch heute bereits, haben viele Guidelines doch einen zeitlich beschränkten Geltungsbereich.

Die Versicherer prüfen bereits heute im Rahmen Ihrer Möglichkeiten und im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes die korrekte Anwendung des Leistungskataloges. Eine noch systematischere Prüfung der Versicherer durch die Aufsichtsstelle des BAG ist daher überflüssig und wird von curafutura strikt abgelehnt.

Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU)

Die Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SGU) anerkennt die Bestrebungen der EFK, die hohe Zahl der Eingriffe in der Schweiz zu ergründen und zu evaluieren. Die Gründe für die hohen Fallzahlen sind vielschichtig. Eine hohe Ärztedichte und ein hoher Standard in der Gesundheitsversorgung kombiniert mit einer zunehmenden Lebenserwartung der schweizerischen Bevölkerung stehen auf der einen Seite, auf der anderen der durch das neue Spitalversorgungsgesetz, die Krankenkassen und die Politik bedingte zunehmende

Kostendruck auf die Spitäler und Gesundheitsversorger. Diese multifaktorielle Entstehung des Problems bedarf einer Diskussion und Lösungssuche aller involvierten Stakeholder. Die Stigmatisierung und gegenseitige Schuldzuweisung muss vermieden werden, ansonsten längerfristig Versorgungsengpässe und Qualitätseinbussen drohen.

Die SGU setzt die Richtlinien der Europäischen Urologengesellschaft (EAU) um und strebt eine umfassende Aufklärung der betroffenen Patienten und deren Angehörigen an, mit dem Ziel des gut informierten gemeinsamen Therapieentscheidens («Shared decision making»). Dabei werden mit dem Patienten gemäss den EAU Richtlinien die verschiedenen Therapiemöglichkeiten Aktives Überwachen («active surveillance»), operative Therapie und Strahlentherapie in Abhängigkeit des Tumorstadiums und der individuellen Patientensituation besprochen. Die Zahl der Patienten unter «Aktivem Überwachen» nimmt in der Schweiz seit Jahren zu.

Die SGU führt zur Qualitätskontrolle ein anonymisiertes zentrales Register zur radikalen Prostatektomie. Die Mitglieder der Gesellschaft sind angehalten, daran teilzunehmen, und können ihre Resultate mit dem Benchmark vergleichen. Weiter informiert die SGU die Bevölkerung und ihre Mitglieder regelmässig auf verschiedenen Wegen (Broschüren, Informationsveranstaltungen, SGU-Kongress und -Fortbildungstag, etc.) über die Vor- und Nachteile eines Prostata-Screenings und unterstützt die «Choosing Wisely»-Kampagne.

Eine zentrale Regulierung oder Kontrolle der Indikation durch die Krankenkassen ist nicht zielführend, kostenintensiv und führt zu einem enormen bürokratischen Aufwand, unter dem letztlich der Patient leidet. Minimale Fallzahlen verleiten zu einer Mengenausweitung. Vernünftige regulatorische Ansätze wären Entschädigung des Eingriffes nur bei Vorliegen des Facharztstitels Urologie mit Schwerpunkt Operative Urologie FMH und/oder Teilnahme im SGU-Register und/oder die Erfassung des Verhältnisses Anzahl Patienten mit Aktiver Überwachung zu Patienten mit operativer Therapie als Parameter für die ausgewogene Indikationsstellung. Ein unabhängiges «Health Technology Assessment», wie sie das «Swiss Medical Board» der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften seit Jahren wie auch das BAG anbieten, kann zudem hilfreiche evidenz-basierte Entscheidungsgrundlagen liefern. Nur in einem vernünftigen Dialog aller Stakeholder können diese anstehenden Probleme zum Wohle aller einer Lösung zugeführt werden.

1 Auftrag und Vorgehen

1.1 Ausgangslage

Zwischen 2013 und 2018 nahmen die Gesundheitsausgaben im Schnitt um 3 % pro Jahr auf 11,2 % des BIP zu. Die Schweiz ist nach den USA das Industrieland, das am meisten Ressourcen in sein Gesundheitssystem investiert. Ihre Gesundheitsausgaben pro Kopf waren im Schnitt fast doppelt so hoch wie die der Nachbarländer.²

Dies ist für die Haushalte Anlass zu grosser Sorge; sie müssen rund 6,2 % ihres Einkommens für die obligatorischen Krankenkassenprämien aufwenden.³ Über ein Viertel benötigt dafür staatliche Unterstützung. Die Politik hat ein grundlegendes Kostenproblem im Gesundheitswesen diagnostiziert: Der Bundesrat legte nach Konsultation der Fachgremien 2019 eine erste Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Kostendämpfung vor. Ein zweites Massnahmenpaket mit dem gleichen Ziel ist in Vorbereitung. Weitere KVG-Änderungen in anderen Bereichen (die Qualitätsvorgaben z. B.) können sich ebenfalls auf die Kosten auswirken.

Vor diesem Hintergrund wollte die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) die Krankenversicherungskosten unter dem Aspekt der Definition und Überwachung der Notwendigkeit medizinischer Leistungen und des Risikos unnötiger Leistungen prüfen. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ging in ihrem jüngsten Bericht⁴ auf der Basis von Studien im Ausland davon aus, dass unnötige Leistungen bis zu 20 % der Gesundheitsausgaben ausmachen können. Diese Zahlen sind mit Vorsicht zu interpretieren, bilden aber eine Realität ab. Auch in der Schweiz wird die Frage diskutiert. Fachleute haben sich kürzlich mit dem Thema befasst und Ansichten und Lösungsvorschläge zur Minderung dieses Risiko erarbeitet.⁵ Das KVG definiert die Notwendigkeit nach den drei Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Medizinische Leistungen müssen diese drei Kriterien kumulativ erfüllen, um vergütet zu werden. Kurz erklärt basiert die *Wirksamkeit* einer Behandlung auf einer «Nutzen/Risiko»-Abwägung einer Leistung und damit auf einer rein medizinisch-wissenschaftlichen Betrachtung. Die *Zweckmässigkeit* bezieht die Umstände ein, unter denen eine Behandlung in Betracht gezogen wird. Die *Wirtschaftlichkeit* schliesslich zielt darauf ab, das Kosten-/Nutzen-Verhältnis, das heisst den wirtschaftlichen Aspekt, in die Wahl einer Behandlung einzubeziehen.

In der Krankenversicherung gilt bei medizinischen Leistungen grundsätzlich das Vertrauensprinzip, wonach die Leistungserbringer die WZW-Kriterien anwenden. Der Gesetzgeber hat aber verschiedene Kontrollebenen vorgesehen: Der Bund entscheidet über Grundsatzfragen strittiger Leistungen, die Versicherer kontrollieren vornehmlich die Abrechnungen und die Kantone sind bei der Aufsicht über das Gesundheitswesen einbezogen. Diese komplizierten Zuweisungen bergen das Risiko, dass das KVG Leistungen übernimmt, die die Kriterien einer «notwendigen Leistung» nicht erfüllen.

² Strupler Pascal (2017), Kosten des Gesundheitssystems sind stärker als in den Nachbarländern, Die Volkswirtschaft, 23.02.2017.

³ Wille Nora, Schlup Jürg (2020), Was geben Schweizer Haushalte für die Prämien aus? Schweizerische Ärztezeitung.

⁴ OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD, Paris.

⁵ Kessler Oliver et al. (2019), Immer mehr – Immer besser? Hogrefe, Berlin.

1.2 Prüfungsziel und -fragen

Ziel der Evaluation ist, Mechanismen im KVG zu identifizieren, die Anreize schaffen könnten, medizinische Leistungen zu erbringen, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen. Ausserdem wird geprüft, welche Kontrollmassnahmen vorhanden sind, um das Risiko der Erbringung solcher Leistungen zu verringern.

Es wurden drei Fragen formuliert:

- Können finanzielle Anreize zu chirurgischen Eingriffen führen, die die WZW-Kriterien nicht erfüllen?
- Sind die staatlichen Rahmenbedingungen und die von den Krankenversicherern ausgeübte Aufsicht ausreichend, um Eingriffe zu verhindern, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen?
- Ist die medizinische Selbstregulierung ausreichend, um Eingriffe zu verhindern, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen?

1.3 Prüfungsumfang und -grundsätze

Das Projekt wurde vom 1.5.2019 bis 20.12.2020 mit Unterbrechungen durchgeführt. Die Evaluation umfasst Analysen der Zeitspanne 2015–2017 und berücksichtigt seither eingeführte und geplante Kostendämpfungsmassnahmen des Bundes. Sie wurde gemäss den Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL) durchgeführt und folgt den allgemeinen Grundsätzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der International Standards of Supreme Audit Institutions.⁶

Das Projekt wurde von François Donini (Projektleiter) in Zusammenarbeit mit Stéphanie Locicero und Laurent Crémieux durchgeführt. Es stand unter der Federführung von Emmanuel Sangra. Folgende Mandate wurden an Dritte vergeben:

- Mit der Analyse der Entwicklung und der Rolle von medizinischen Empfehlungen wurde die Firma «Socialdesign» beauftragt. Der Bericht wird separat veröffentlicht.
- Mit der Analyse der Anreize und Kontrollmechanismen in Spitälern wurde die Firma «Infras» beauftragt. Der Bericht wird separat veröffentlicht.

Diese Berichte sind eine von mehreren Grundlagen, auf denen die Feststellungen und Beurteilungen der EFK beruhen.

Während der Laufzeit des Projekts wurde das Evaluationsteam von einer Begleitgruppe unterstützt, die zu drei Sitzungen zusammentraf.⁷

Die Evaluation basiert auf der Untersuchung dreier spezifischer Behandlungen, zwei in der Chirurgie und eine in der interventionellen Medizin: die radikale Prostatektomie (Urologie), die elektive Koronarangioplastie (interventionelle Kardiologie) sowie die Vertebroplastie und die Kyphoplastie, zwei ähnliche chirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule, die von Fachärzten mehrerer medizinischer Disziplinen durchgeführt werden. Verschiedene Gründe führten zu dieser Wahl: Behandlungsunterschiede in den Kantonen, die Entwicklung der

⁶ Siehe <http://www.seval.ch/> https://www.intosai.org/fileadmin/downloads/documents/open_access/ISSAI_100_to_400/issai_300/issai_300_de.pdf

⁷ Zur Zusammensetzung dieser Begleitgruppe siehe Anhang 7 dieses Berichts.

Fallzahlen, die für das KVG auf dem Spiel stehenden Beträge sowie die aktuellen medizinischen Debatten über ihre Indikation. Zur redaktionellen Vereinfachung werden die drei Interventionen in diesem Bericht wie im Titel manchmal als «chirurgische Eingriffe» bezeichnet.

Die Informationen zu diesen Fällen wurden bei einer nach begründeten Kriterien ausgewählten Stichprobe von Akteuren gesammelt. Die vier Kantone (Waadt, Luzern, Bern und Basel-Stadt) wurden nach ihrer unterschiedlichen Behandlungshäufigkeit und dem Kriterium ausgewählt, dass mindestens ein Westschweizer Kanton und ein Kanton ohne Universitätsspital darunter sein sollte. Die medizinischen Dossiers wurden nicht überprüft. Die Evaluation macht somit keine Aussagen zur Qualität der medizinischen Indikationen im Einzelfall.

Die dargestellten quantitativen Angaben stammen aus amtlichen statistischen Quellen (Bundesamt für Statistik (BFS), OECD) und den Systemen von fünf beteiligten Versicherern. Sämtliche Analysen wurden von der EFK vorgenommen. Die Methodikmodule sind in Anhang 3 kurz beschrieben.

Exkurs 1 – Die Feststellungen lassen sich nur beschränkt verallgemeinern

Aufgrund der gewählten Methode kann eine Verallgemeinerung nicht für jede Feststellung auf gleicher Stufe vorgenommen werden. Die Grundsätze dieser Evaluation lauten:

Lässt sich das gleiche Resultat aus der Mehrzahl der Beobachtungen schliessen, wird dies als Trend interpretiert. Eine Generalisierung über alle medizinischen Leistungen kommt nur dann infrage, wenn sie durch andere Quellen gestützt wird.

Ergeben die Beobachtungen sehr unterschiedliche Resultate, wird auf Vielfalt geschlossen.

1.4 Unterlagen, Auskunftserteilung und Datenzugriff

Bei der Durchführung dieser Evaluation stützte sich die EFK auf mehrere öffentliche oder private Informationsquellen (Versicherer, Spitäler, Ärzte). Die EFK konnte im Allgemeinen auf alle benötigten Informationen zugreifen, mit zwei nennenswerten Ausnahmen:

- Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das BFS erlaubten den Zugriff auf Verwaltungsdaten der Spitäler nur auf anonymer Basis. Die Kantone vertraten eine ähnliche Position, wobei sie eine Lösung auf Bundesebene wünschten, die letztlich nicht zustande kam. Dadurch wurden die Möglichkeiten der Analyse – z. B. von Auswirkungen der Änderungen des Tarifsystems SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) auf die Entwicklung der Fallzahlen auf Spitalebene – eingeschränkt.
- Die EFK konnte alle geplanten Interviews mit den Spitalleitungen durchführen, erhielt aber mehrere Absagen seitens der Ärzteschaft und insbesondere von Belegärzten. Als Grund wurde Zeitmangel für die Teilnahme an einem Interview genannt. In diesen Fällen wurden die Angaben zu den medizinischen Verfahren in den Interviews mit der Spitalleitung erhoben.

Die EFK bedankt sich ganz besonders bei der Begleitgruppe, den Patientenhilfeorganisationen (PROSCA Genève, kantonale Krebsligen), den Ärzten, die mitgemacht haben und allen voran den Patienten, die bereit waren, ihre Erfahrungen zu teilen.

1.5 Schlussbesprechung

Die Schlussbesprechung fand am 4. März 2021 statt. Teilgenommen haben seitens des BAG die stellvertretende Leiterin des Direktionsbereichs Kranken- und Unfallversicherung verantwortlich für die Abteilung Tarife und Grundlagen, der Leiter der Abteilung Leistungen Krankenversicherung und der Leiter der Abteilung Versicherungsaufsicht. Seitens der EFK waren die Mandatsleiterin, der Leiter Fachbereich Evaluationen und der Projektleiter anwesend.

Die EFK dankt für die gewährte Unterstützung und erinnert daran, dass die Überwachung der Empfehlungsumsetzung den Amtsleitungen bzw. den Generalsekretariaten obliegt.

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE

2 Was sagen die Zahlen?

2.1 Immer mehr Eingriffe in der Schweiz

Die Evaluation betrifft drei Eingriffe:

- die elektive Koronarangioplastie
- die radikale Prostatektomie
- die Kyphoplastie und die Vertebroplastie.

Die drei Eingriffe betreffen verschiedene medizinische Fachgebiete (siehe Exkurs 2).

	2015	2017	Durchschnittliches Wachstum / Jahr
Angioplastie stationär	7398	8401	6,6 %
Angioplastie ambulant	4999	5425	4,2 %
Total elektive Angioplastie	12 397	13 826	5,6 %
Kyphoplastie/Vertebroplastie	2648	3087	8,0 %
Prostatektomie	2449	3041	11,4 %

Tabelle 1: Anzahl behandelte Personen

	2015	2017	Durchschnittliches Wachstum / Jahr
Angioplastie stationär	98,9	96,9	-1,0 %
Angioplastie ambulant	n. v.	54,8	
Total elektive Angioplastie	n. v.	151,7	
Kyphoplastie/Vertebroplastie	28,9	34,1	8,6 %
Prostatektomie	46,8	61,0	14,2 %

Tabelle 2: Kosten brutto für KVG und Kantone (in Mio. CHF)⁸

2017 wurden fast 14 000 elektive Angioplastien durchgeführt, davon knapp 60 % stationär. Die Zahl der Behandelten stieg zwischen 2015 und 2017 um durchschnittlich 5,6 %. Das Finanzvolumen dieses Eingriffs schätzt die EFK auf über 150 Millionen verteilt auf die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone.⁹

Im gleichen Jahr wurden etwas mehr als 3000 radikale Prostatektomien durchgeführt, mit einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von über 11 % seit 2015. Das Finanzvolumen des Eingriffs wird für 2017 auf rund 61 Millionen geschätzt.

⁸ Bei der Kostenanalyse werden bei den stationären Aufenthalten nur die Pauschalen berücksichtigt, bei denen die Behandlung als Hauptbehandlung erscheint.

⁹ Die Patienten müssen allenfalls einen Teil dieses Betrags über Beteiligungen und Franchisen zahlen.

Schliesslich wurden 2017 rund 3000 Spitalaufenthalte registriert, bei denen eine Vertebroplastie oder eine Kyphoplastie durchgeführt wurde. In rund 10 % der Fälle wurden beide Eingriffe kombiniert. Die jährliche Zunahme dieser Eingriffe betrug durchschnittlich 8,0 %, das Finanzvolumen lag 2017 bei ca. 35 Millionen.

Der deutliche Anstieg der Fallzahlen hat mehrere Ursachen. Dazu gehören insbesondere Veränderungen in der Risikogruppe oder die Entwicklung der Diagnosetechniken.

Exkurs 2 – Kurze Beschreibung der drei Eingriffe

Die *elektive Koronarangioplastie* (PCI) ist ein Wahleingriff (elektiv), der vom Interventionskardiologen per Katheter durchgeführt wird. Dabei werden eine oder mehrere Verengungen (Stenosen) der Herzkranzgefässe, die eine verminderte Sauerstoffversorgung des Herzens verursachen, entfernt und in den meisten Fällen ein Stent gesetzt. Die bevorzugte Behandlung bei einer stabilen koronaren Herzkrankheit ist die medikamentöse Behandlung. Die PCI wird in der Regel nur in Betracht gezogen, wenn der Patient nicht auf die Behandlung anspricht und die Stenose klar definierten Kriterien entspricht.

Die *radikale Prostatektomie* ist ein Eingriff in der urologischen Chirurgie. Sie ist die Standardbehandlung bei Prostatakrebs, der mit einem geringen Risiko verbunden wird. Die Behandlung besteht in der chirurgischen Entfernung der Prostata und teilweise der Samenblasen. Einige Spitäler bieten die gezielte Entfernung der Krebszellen durch Ultraschall (HIFU) an. Diese Technik ist heute nicht durch das KVG abgedeckt. Der Krebs, der selten vor dem 55. Altersjahr auftritt, gilt als «Karzinom des alten Mannes». Insofern die Krankheit langsam fortschreitet, können die Ärzte die aktive Überwachung als Alternative vorschlagen; sie besteht darin, die Entwicklung der Krankheit zu beobachten und den Zeitpunkt der chirurgischen Behandlung hinauszuzögern oder sie zu vermeiden.

Die *Vertebroplastie und die Kyphoplastie* sind verwandte Eingriffe zur Behandlung von Wirbelbrüchen. Sie werden in der Schweiz durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen durchgeführt. In der Regel werden sie nur bei sehr schmerzhaften Frakturen bei Patienten durchgeführt, die nicht auf Schmerzmittel ansprechen und für die eine Ruhigstellung nicht in Betracht kommt. Bei beiden Techniken wird Knochenzement in den gebrochenen Wirbel injiziert und auf diese Weise eine weitere Kompression verhindert. Bei der Kyphoplastie wird zudem die Höhe und Form des frakturierten Wirbels mit Implantaten wiederhergestellt, um die Verkrümmung der Wirbelsäule zu verhindern.

Eine detailliertere Beschreibung der Eingriffe findet sich in Anhang 2.

2.2 Grosse kantonale Unterschiede bei Eingriffen am Rücken

Die Behandlungsraten der Kantone unterscheiden sich erheblich voneinander. Am grössten sind die Unterschiede bei den beiden Wirbelsäuleneingriffen. Die Wahrscheinlichkeit, sich einem dieser Eingriffe zu unterziehen, ist im Kanton mit dem höchsten Wert (BE) zwanzigmal höher als im Kanton mit dem tiefsten Wert (OW). Auch bei der Angioplastie oder der Prostatektomie gibt es Unterschiede, die aber mit einer Variation von 3 (Prostatektomie) respektive 2,6 (Angioplastie) deutlich geringer sind.

Diese Unterschiede spiegeln vor allem die Merkmale der Versorgungssysteme (Struktur und Dichte des medizinischen Angebots) und weniger der Nachfrage wider. Da die Vergleiche auf standardisierten Raten beruhen, spielen Unterschiede in der Struktur der kantonalen Bevölkerung (Alter, Geschlecht) keine Rolle. Da die Versicherten den Ort der Behandlung

frei wählen können und die Kantone die Behandlungen koordinieren, können die Unterschiede auch den Einfluss der Gesundheitssysteme von Nachbarkantonen widerspiegeln. Der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium OBSAN¹⁰ herausgegebene Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung, dessen letzte Zahlen von 2015 stammen, berücksichtigt diesen Aspekt mit der Analyse der Häufigkeit nach Spitaleinzugsgebiet. Diese Dimension konnte die Evaluation aufgrund des begrenzten Datenzugriffs nicht einbeziehen.

Bei der Interpretation der beobachteten Unterschiede unter den Kantonen müssen die Vertrauensintervalle (siehe Grafik) berücksichtigt werden. Wenn sich die Grenzen dieser Intervalle nicht überschneiden, sind die beobachteten Unterschiede statistisch signifikant. Dies ist bei allen vier für die Evaluation ausgewählten Kantonen der Fall: Die Unterschiede sind signifikant und nicht zufällig.

Alle Ergebnisse finden sich in Anhang 1.

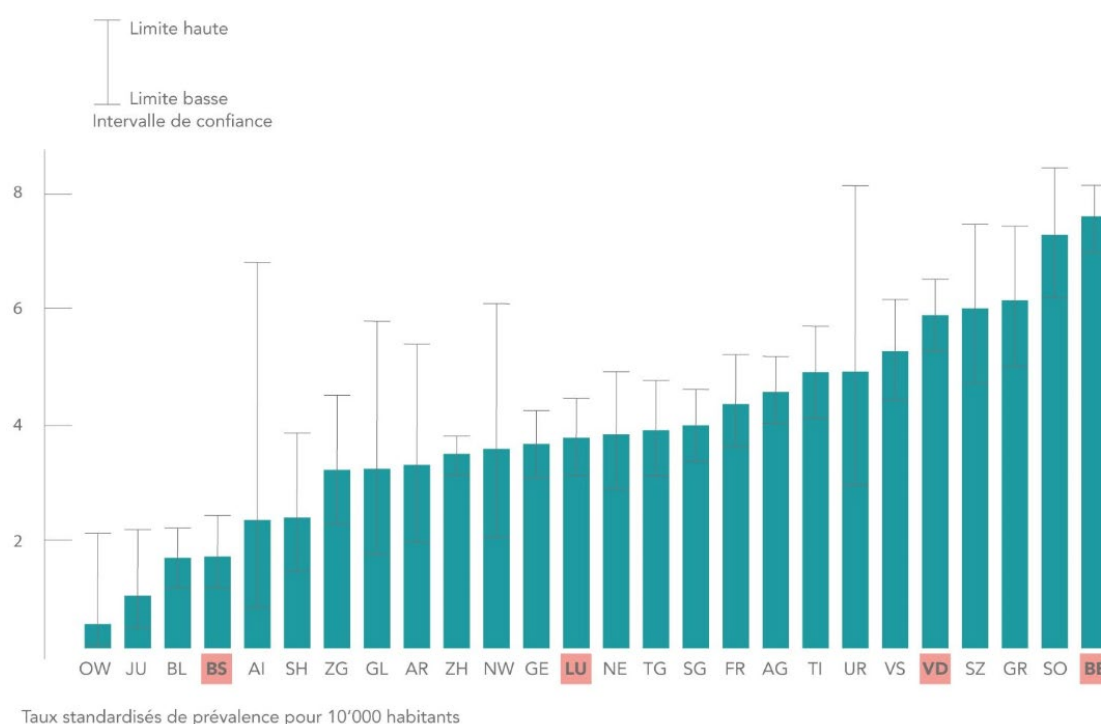


Abbildung 1: Kantonale Behandlungsprävalenz Vertebroplastie / Kyphoplastie 2017, Berechnungen EFK

2.3 Generell hohe Eingriffsraten in der Schweiz

Die OECD berechnet für ihre Mitgliedsländer Eingriffsraten für ein Dutzend Verfahren, darunter die PCI und die radikale Prostatektomie. Für die Vertebroplastie und die Kyphoplastie liegen keine Vergleiche vor.

¹⁰ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2018), Atlas der Gesundheitsversorgung, <http://www.versorgungsatlas.ch/>.

Abbildung 2 zeigt, dass die Schweiz unter einer Auswahl von Ländern mit vergleichbarem Gesundheitssystem bei den ausgewählten Fällen zweimal der «Spitzengruppe» angehört. Die Schweiz gehört generell zu den Ländern mit besonders hohen Eingriffsraten, wie das Durchschnittsranking zeigt. Die Schweiz belegt dabei den ersten Rang auf einem mit Deutschland und Österreich vergleichbaren Niveau.¹¹

Die hohen Eingriffsraten der Schweiz wurden bereits anhand der Zahlen vor rund zehn Jahren festgestellt.¹² Seither hat sich nichts geändert.

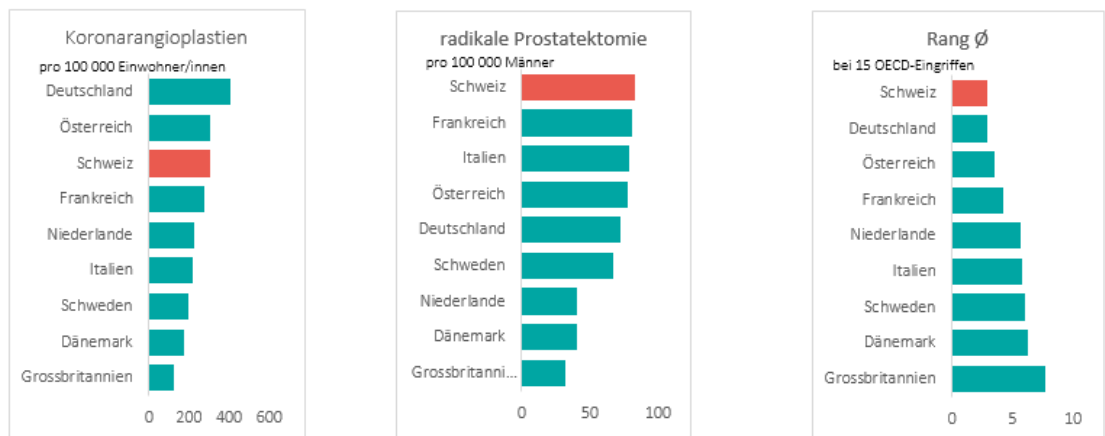


Abbildung 2: Chirurgische Eingriffe 2018, OECD, Berechnungen EFK

Beurteilung

Die Zahlen zeigen einen deutlichen Anstieg der Eingriffe bei allen drei Behandlungen. Im Vergleich zu in wirtschaftlicher Hinsicht ähnlichen Ländern weist die Schweiz eine generell hohe chirurgische Aktivität auf.

Im interkantonalen Vergleich zeigen sich sehr grosse Unterschiede bei den Eingriffsraten an der Wirbelsäule. Unterschiede gibt es auch bei der Angioplastie und der radikalen Prostatektomie, jedoch in deutliche geringerer Masse.

Unterschiede bei den Versorgungsraten zwischen den Kantonen sind normal. Es gibt keine wissenschaftlichen Regeln für die Festlegung eines Grenzwertes, ab dem solche Unterschiede problematisch werden. Eine hohe Variabilität, wie im Fall der Wirbelsäuleneingriffe, weist auf ein Problem der öffentlichen Gesundheit hin, das geprüft werden muss.

Die Bedeutung dieser Unterschiede muss auch im Hinblick auf die Gesamtzahl der Eingriffe und ihre finanziellen Auswirkungen für die Versicherung betrachtet werden. In dieser Hinsicht ist erstaunlich, dass sich eine im Kanton Wallis lebende Person mit fast dreimal höherer Wahrscheinlichkeit einer elektiven Angioplastie unterzieht als eine in Graubünden lebende, und dies bei praktisch identischer Lebenserwartung in beiden Kantonen.¹³

¹¹ OECD (2020), OECD Stat, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

¹² McPherson Kim et al. (2013), International variations in a selected number of surgical procedures, OECD Working Papers, Paris.

¹³ Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Kanton für die Jahre 2015/16, BFS.

Um die Gründe für diese Unterschiede zu verstehen und zu eruieren, wo allenfalls welche staatlichen Massnahmen nötig sind, braucht es entsprechende Informationen. Der vor einigen Jahren von OBSAN entwickelte Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung wurde leider eingestellt. Vor Kurzem haben das BAG und OBSAN vereinbart, den Atlas wiederaufzunehmen, allerdings auf vier Jahre befristet.

Auf dieser neuen quantitativen Basis und mit Einbezug weiterer Informationsquellen (z. B. internationale Vergleiche) ist unbedingt zu klären, ob die beobachteten regionalen Unterschiede auf nicht WZW-konforme Eingriffe zurückzuführen sind. Nach Artikel 58 KVG kann der Bundesrat wissenschaftliche und systematische Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen Leistungen vorsehen. Er kann die Durchführung der Kontrollen auch den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

Empfehlung 1 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG, eine verlässliche und nachhaltige öffentliche Statistik zu den regionalen Raten von KVG-Leistungen einzuführen, nachdem die Auswahlkriterien der darin aufzunehmenden Leistungen festgelegt wurden.

Stellungnahme des BAG

Das BAG ist der Ansicht, dass der Schweizer Atlas der Gesundheitsversorgung ein geeignetes Instrument ist und hat in einem ersten Schritt im 2020 eine Vereinbarung mit dem Obsan zur Finanzierung der Aktualisierung und des Ausbaus des Atlases für die ersten vier Jahre getroffen. Weiter werden im Rahmen des Projektes des BAG zur «Förderung einer angemessenen Gesundheitsversorgung» die Ausbaumöglichkeiten und die längerfristige Finanzierung des Atlases sowie weitere Massnahmen im Bereich von Versorgungsindikatoren und deren Nutzung durch die Akteure geklärt. Ergebnisse sollen voraussichtlich bis Ende 2023 vorliegen.

Empfehlung 2 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG, medizinische Leistungen mit einem hohen Risiko der Nichteinhaltung der WZW-Kriterien systematisch zu identifizieren. In Zusammenarbeit mit den Kantonen und den Berufsverbänden soll das BAG anschliessend die Qualität der Indikationen überprüfen und über den Leistungskatalog eine geeignete Regelung einführen.

Stellungnahme des BAG

Das BAG stimmt dem Anliegen im Grundsatz zu und verfolgt diesen bereits im HTA Programm. Zusätzlich ist im Rahmen des Projekts zur «Förderung einer angemessenen Gesundheitsversorgung» das Thema der Identifikation von Leistungen mit Handlungsbedarf, vertieften Abklärungen und Ableitung von Massnahmen vorgesehen. Die Frage der Indikationsqualität ist miteingeschlossen. Konzeptuelle Grundlagen sollen voraussichtlich bis Ende 2023 vorliegen. Die Indikationsqualität ist auch in der von den Eidgenössischen Räten im Juni 2019 beschlossenen Änderung des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit genannt. Die Umsetzungsarbeiten dazu sind im Gange.

3 Anreizmechanismen, die zu unnötigen Eingriffen führen können

3.1 Der stationäre Tarif: ein Anreizsystem mit kaum bekannten Folgen

Nach Artikel 49 KVG fakturieren die Leistungserbringer im Krankenversicherungsbereich ihre Leistungen auf der Basis von Tarifen oder mit den Versicherern vereinbarten Preisen. Im stationären Bereich wird über Pauschalen vergütet.

Die von den Tarifpartnern gegründete SwissDRG ist verantwortlich für die «Einführung, Weiterentwicklung und Pflege der stationären Tarifstrukturen». Diese Tarifstruktur wird jährlich angepasst und dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Ist die Tarifstruktur, bestehend aus den Positionen und dem Kostengewicht (*Cost-Weight*), auf nationaler Ebene vereinbart, werden die Basispreise (*Baserate*) durch die Tarifpartner ausgehandelt und von den Kantonen genehmigt.

Der Tarif wird jährlich ausgehend von den detaillierten Kostenfalldaten der Spitäler angepasst. Heute können drei Viertel der KVG-Spitäler die Daten an SwissDRG liefern. Die Repräsentativität auf Fallebene liegt bei rund 90 % und steigt tendenziell weiter an.

Die Hauptaufgabe von SwissDRG ist das Pauschalensystem so weiterzuentwickeln, dass es die *Streuung der Fallnormkosten* bestmöglich abdeckt. Mit der jährlichen Anpassung des Tarifs werden zwei Ziele verfolgt: die Erhaltung einer sinnvollen medizinischen Struktur und Kostenneutralität bei gleichzeitig begrenzter Gesamtzahl der Pauschalen.¹⁴

Das Anpassungssystem ist dynamisch: Für den 2020 gültigen Tarif hat SwissDRG über 3000 Simulationen vorgenommen und über 600 Anpassungen vorgeschlagen. Die Tarifpartner können die Überprüfung der Vergütung für bestimmte Verfahren verlangen. Diese Möglichkeit wird häufig genutzt und führt in den meisten Fällen zu einer Tarifierhöhung.

Die Anreize, die durch das Fallpauschalensystem geschaffen werden, können je nach Kostenniveau der Spitäler und der vom Kanton genehmigten Baserate stark variieren. Ginge dieses Phänomen mit einer Konzentration der Behandlungen in Spitälern mit tieferen Kosten einher, würde dies zu einer Effizienzsteigerung des gesamten Systems führen.

Ohne Zugriffsmöglichkeit auf die Daten nach Spital war es leider nicht möglich im Detail zu untersuchen, welche Bedeutung dieser Anreiz auf der Ebene der Spitalerrichtungen hat. Es ist aber möglich den Mechanismus dieses Anreizes anhand der beiden Rückenoperationen mit einem besonders deutlichen Kosten/Erlös-Verhältnis zu veranschaulichen.

Im 2017 geltenden Tarifsysteem 6.0 wurden 55 % der Vertebroplastien und 75 % des Kyphoplastien in zwei DRG, die Codes I10B und I10C, eingeordnet. Die Zuteilung zum einen oder anderen Code hängt unter anderem von der Lage und der Anzahl der behandelten Wirbel ab. In drei der vier Fälle waren die von den Spitälern ausgewiesenen durchschnittlichen

¹⁴ Kostenneutralität versteht sich als Fehlen eines Kosteneffekts im Zusammenhang mit der Tarifierhöhung. Die Tarifierhöhung soll nicht zu einer generellen Kostenerhöhung führen, sondern die Fallstreuung optimieren. Die maximale Anzahl DRG sollte nach SwissDRG nicht über 1200 liegen.

Kosten für die Behandlungen dieser DRG¹⁵ höher als die Erlöse aus den Pauschalen. Die wegen der verwendeten Implantate teurere Kyphoplastie kostete die Spitäler im Durchschnitt rund 16 700 Franken, wurde aber bei der Einreihung in die DRG I10C mit etwas unter 10 000 Franken vergütet (Tabelle 3).

	Durchschnittliche Kosten Vertebroplastie	Durchschnittliche Kosten Kyphoplastie	Durchschnittlicher Erlös DRG 2017 ¹⁶
DRG I10C	11 692	16 736	9763
DRG I10B	12 485	16 754	14 400

Tabelle 3: Durchschnittliche Kosten der Spitäler und durchschnittliche DRG-Erlöse (Kyphoplastie und Vertebroplastie)

Ein Grund für die relativ grosse Diskrepanz zwischen den DRG-Erlösen und den Kosten ist die verhältnismässig geringe Differenzierung der Rückenoperationen im damaligen Tarif.

Trotz der Untervergütung der Kyphoplastie, die in diesem Ausmass eine grosse Mehrheit der Spitäler betreffen dürfte, ist die Zahl dieser Eingriffe zwischen 2015 und 2017 um fast 11 % pro Jahr gestiegen. Die Zahl der Spitalstandorte, an denen beide Operationen durchgeführt wurden, nahm im gleichen Zeitraum sogar leicht zu. Es war keine Konzentration der Behandlungen in den Spitälern mit den tiefsten Kosten festzustellen.

Ein Pauschalensystem schafft per se Anreize. Im vorliegenden Fall hatte der erhebliche finanzielle Anreiz, die Kyphoplastieeingriffe zu reduzieren, keine Auswirkungen auf das Behandlungsangebot der Spitäler. Dies liegt daran, dass die Spitäler grundsätzlich verpflichtet sind, das in den Leistungsvereinbarungen festgelegte Leistungsangebot beizubehalten. Wie die Interviews zeigen, ergreifen sie in dieser Situation zunächst Massnahmen zur Reduktion ihrer Kosten.¹⁷ Ausserdem schenken die Spitäler der gesicherten DRG-Abdeckung nicht immer die gleiche Beachtung, insbesondere wenn sie nur einen Bruchteil ihrer Einnahmen ausmacht. Schliesslich besteht immer noch die Möglichkeit, explizit eine Tarifkorrektur zu beantragen. Dies war bei der Vertebroplastie und der Kyphoplastie 2018 der Fall (siehe Exkurs 3).

Die Feststellung, dass das Behandlungsangebot in den Spitälern nicht auf die vom SwissDRG-System geschaffenen Anreize reagiert, lässt sich nicht über dieses Beispiel hinaus verallgemeinern. Die Situation kann je nach Behandlungsort, Baserate und Kostenniveau des einzelnen Spitals stark variieren. Die Wirkung muss auf dieser Ebene und über einen längeren Zeitraum untersucht werden.

Exkurs 3 – Ein Effekt der Tarifänderungen

Unter den Hunderten Anpassungen für den DRG-Tarif 7.0 (2018) betrafen einige die Klassifikationsalgorithmen der Vertebroplastie und der Kyphoplastie. Drei Pauschalen decken die grosse Mehrheit dieser Eingriffe ab (I10A, I10B und I10C). Diese Pauschalen sind mit unterschiedlichen Gewichtungen verknüpft.

¹⁵ Kosten im Jahr 2015, Berechnungsgrundlage Tarif 2017, Auswertung BFS.

¹⁶ Cost Weight 1.017 (I10C) und 1.5 (I10B). Durchschnittliche Vergütung bei einer Baserate von CHF 9600. Es wird von einer normalen Dauer der Eingriffe ausgegangen.

¹⁷ Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

Die beim Übergang vom System 6.0 zum System 7.0 geänderten Regeln betrafen die Lage der Fraktur an der Wirbelsäule. Eine Modellierung dieser Änderung zeigt, dass sie eine Erhöhung der durchschnittlichen Vergütung der beiden über drei Pauschalen vergüteten Eingriffe um über 10 % bewirkte.

Diese Änderungen wurden nicht aufgrund einer beantragten Überprüfung, sondern aufgrund des normalen Simulationsverfahrens von SwissDRG vorgenommen.

Global gesehen streben die Tarifierungen eine Kostenneutralität an, nicht jedoch in Bezug auf den einzelnen Eingriff. Die zahlreichen Tarifänderungen, die jedes Jahr vorgenommen werden, führen zu Umverteilungen der Finanzierung bei den durch das KVG und die Kantone garantierten Eingriffen, mit denen sich auch die Anreize auf Spitalbene ändern können.

3.2 Starke Anreize in den Zusatzversicherungen

Das Krankenversicherungssystem sieht vor, dass die DRG unabhängig von der Art der Spitalversicherung der Patienten von der Grundversicherung und dem Kanton übernommen wird (zu 45 % resp. 55 %). Die zusätzlichen Kosten, die Privatversicherten in Rechnung gestellt werden, übernehmen die Zusatzversicherungen. Für eine Person mit Zusatzversicherung wird somit mehr bezahlt als für eine ohne.

30 % der Bevölkerung verfügen derzeit über eine Halbprivat- oder Privatversicherung.¹⁸

Fünf Versicherer haben der EFK die Daten von 2017 zu ihren Fällen nach Versicherungsdeckung (allgemein-, halbprivat-, privatversichert) bei einem Spitalaufenthalt geliefert. Drei haben zudem detaillierte Daten zur Aufteilung der Privatkosten geliefert. In der Auswertung wurden die Halbprivat- und die Privatpatienten in der Kategorie «Privatpatienten» zusammengefasst.

Da die Versicherer die Behandlungsdaten in der Regel nicht länger als drei Monate aufbewahren, können die Anreize in Bezug auf die Versicherungsart nur auf der Grundlage der DRG-Pauschalen geprüft werden, die eine gute Abdeckung der ausgewählten Fälle gewährleisten.¹⁹

Wie eine Analyse der Mediankosten zeigt, weisen die Akteure je nach Versicherungsschutz erhebliche Vergütungsunterschiede auf. Für die radikale Prostatektomie können sie oft das Doppelte, bei einem Versicherer sogar fast das Dreifache betragen.

¹⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021), Personen mit und ohne Spitalzusatzversicherung. 2019, Bulletin OBSAN.

¹⁹ Der DRG-Code F56B machte 2017 rund 50 % der elektiven PCI aus und war diesbezüglich sehr homogen, der männer-spezifische Code M01B enthielt praktisch alle Fälle und ausschliesslich die radikale Prostatektomie, und der Code I10C machte rund 55 % der Vertebroplastie- und Kyphoplastiefälle aus.

	Spital- versicherung	Angioplastie	Vertebro- / Kyphoplastie	Prostatekto- mie
Versicherer 1	Stationär allgemeinvers.	11 555	9887	19 781
	Stationär privatvers.	21 470	21 329	53 383
	Verhältnis	1,9	2,2	2,7
Versicherer 2	Stationär allgemeinvers.	11 935	9903	20 091
	Stationär privatvers.	18 759	18 837	38 124
	Verhältnis	1,6	1,9	1,9
Versicherer 3	Stationär allgemeinvers.	11 935	9946	19 892
	Stationär privatvers.	27 825	21 023	48 396
	Verhältnis	2,3	2,1	2,4

Tabelle 4: Bruttomediankosten nach Versicherungsart bei drei Versicherern, 2017²⁰

Die Versicherungsart schafft somit einen erheblichen finanziellen Anreiz, Privatpatienten über das notwendige Mass hinaus zu behandeln. Insofern der Kostensockel immer der Grundversicherung verrechnet wird, kann sich dieser Anreiz direkt auf die Ausgaben der obligatorischen Versicherung auswirken.

Bei der Betrachtung der Häufigkeit der Behandlungen nach Versicherungsart²¹ zeigt sich eine differenzierte Wirkung dieses Anreizes. Bei der Vertebroplastie / Kyphoplastie ist kein signifikanter Unterschied bei der Eingriffswahrscheinlichkeit zwischen Allgemeinversicherten und Privatversicherten zu beobachten. Bei der Prostatektomie ist nur bei einem Versicherer die Behandlungswahrscheinlichkeit der Privatpatienten deutlich höher.

Bei der elektiven Angioplastie muss berücksichtigt werden, dass sie auch ambulant durchgeführt werden kann. Die Analysen zeigen, dass die Leistungserbringer Privatpatienten systematisch deutlich weniger oft ambulant behandeln, obwohl die Gesamtbehandlungszahlen der beiden Kategorien ähnlich sind. Die Versicherungsart wirkt sich deutlich auf die Versorgungsart (stationär/ambulant) und weniger auf die Gesamtzahl der Eingriffe aus.

In den untersuchten Fällen führt die Versicherungsart also nicht zu einer höheren Bereitschaft, die Behandlung vorzunehmen, sondern beeinflusst die Art der Versorgung zur Optimierung der Vergütung. Dieser Substitutionseffekt verteilt die finanzielle Belastung in der obligatorischen Krankenversicherung zwischen Versicherern und Kantonen insofern um, als die Kantone die ambulanten Behandlungen nicht mitfinanzieren.

²⁰ Der kantonale DRG-Anteil wird nach dem Verhältnis 45 % / 55 % modelliert.

²¹ Die Analyse wurde auf alters- und geschlechtsstandardisierten Wahrscheinlichkeiten durchgeführt. Um die Repräsentativität zu erhöhen, schliesst die PCI auch DRG F57B und die Vertebroplastie / Kyphoplastie DRG I10B ein. Die Gruppe der Privatversicherten umfasst die Versicherten, die die Grundversicherung beim gleichen Versicherer haben. Hier als Allgemeinversicherte eingeteilte Personen könnten somit eine Spitalzusatzversicherung bei einem anderen Versicherer haben. Die Information liegt nicht vor. Ein signifikanter Einfluss auf die Ergebnisse dürfte sich aus dieser methodischen Begrenzung aber nicht ergeben.

Diese Aussage lässt sich aber nicht verallgemeinern. Das BAG hat vor einigen Jahren rund fünfzehn DRG identifiziert, bei denen ein deutlicher Behandlungsüberhang von Zusatzversicherten festgestellt wurde.²² Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass der Gesundheitszustand von Zusatzversicherten bei gleichem Alter im Durchschnitt besser ist.²³

3.3 Nicht kontrollierte Kosten für Verbrauchsmaterial

Eine stationäre Angioplastie wird mittels Pauschale, eine ambulante Angioplastie nach dem TARMED vergütet. Bei dieser Tarifart besteht für die Ärzte ein Anreiz für eine Fakturierung über das notwendige Mass hinaus. Es ist jedoch nicht möglich, unnötige Positionen anhand der einzelnen Rechnungen zu identifizieren: Dafür müsste die genaue klinische Situation des einzelnen Patienten bekannt sein.

Eine kleine Stichprobe²⁴ von rund 5500 ambulanten PCI-Rechnungen zeigt, dass der Anteil des medizinischen Verbrauchsmaterials (Katheter, Ballons, Stents) oft mehr als ein Drittel des verrechneten Betrags ausmacht. Dieses Material kann nur manuell über den Namen identifiziert werden, da es dafür keine eindeutige Identifikationsnummer gibt. Der Anteil scheint mit fast 46 % der in der DRG F56B fakturierten Kosten (gemäss Spitalkostendaten 2015) auch im stationären Bereich hoch.

Nach den TARMED-Regeln muss der Leistungserbringer der Krankenkasse das Verbrauchsmaterial zum Einkaufspreis verrechnen.²⁵ Die Krankenkasse legt keinen Referenzpreis für dieses Material fest. Somit besteht keinerlei Verbindung zwischen der Stelle, die den Preis aushandelt, und der Stelle, die ihn finanziell abdeckt.

Bei der Angioplastie kommt sehr oft ein Stent zum Einsatz. Von dieser Form des Implantats sind verschiedene Marken erhältlich. Bei einer Stichprobe von Rechnungen hat die EFK die Art und den Preis der verwendeten Stents identifiziert. Das Verfahren wurde von einem interventionellen Kardiologen validiert.

Auf der Basis dieser kleinen Stichprobe hat die EFK festgestellt, dass die Stents dem KVG zu sehr unterschiedlichen Preisen verrechnet wurden, die zwischen 950 und 3500 Franken liegen. Noch überraschender variiert auch der Preis für das gleiche Modell zwischen 1200 und 3500 Franken. Da diesen Daten nur eine kleine Stichprobe zugrunde liegt, können keine Rückschlüsse auf die Mehrkosten im Zusammenhang mit diesen Preisunterschieden gezogen werden.

Der Anreiz, günstige Einkaufspreise auszuhandeln, unterscheidet sich je nach Geschäftsmodell des Spitals stark: Er ist hoch, wenn das Material pauschal vergütet wird. Er ist im ambulanten und im stationären Bereich inexistent, wenn das Spital einen Teil dieser Kosten unrechtmässig einer Zusatzversicherung verrechnen kann.

²² Bundesamt für Gesundheit (2016), Überhang in der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Zusatzversicherten, Bern.

²³ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021), Personen mit oder ohne Spitalzusatzversicherung. OBSAN Bulletin.

²⁴ Es handelt sich um 17 zufällig gezogene Rechnungen eines Versicherers.

²⁵ Nach den 2017 noch geltenden Regeln konnte dieser Einkaufspreis um 10 % erhöht werden. Diese Regel wurde in der TARMED-Revision von 2018 aufgehoben, hat aber keinen Einfluss auf die Feststellung.

Der Preisüberwacher hat das Problem der Preise für Medizinprodukte in der Schweiz erkannt und Parallelimporte empfohlen.²⁶ Einige Interviews mit Spitälern zur Beschaffung von Stents zeigen, dass es Überlegungen in diese Richtung, jedoch noch kaum konkrete Massnahmen.

Die Europäische Union hat 2017 eine neue Gesetzgebung für Medizinprodukte eingeführt, die eine eindeutige Identifikationsnummer (UDI, Unique Device Identification) vorsieht. Die Schweiz hat diese Regelung übernommen. Geplant ist ein schrittweises Inkrafttreten dieser Nummer zwischen Mai 2021 und Mai 2025 (Art. 104 Medizinprodukteverordnung MepV). Trotz coronabedingter Verzögerung bei der technischen Lösung, die auf europäischer Ebene umgesetzt werden muss, steht die Einführung fest. Die UDI ist die Grundlage für eine systematischere Bearbeitung der Information über Einwegmaterial und Implantate.

Beurteilung

Bei den Stents stellt die EFK erhebliche Unterschiede bei den der Krankenkasse verrechneten Preisen im ambulanten Bereich fest. Bei identischem Material reicht der Preis von etwa über 1200 bis 3500 Franken. Diese Unterschiede zeigen, wie wichtig die Einführung von Pauschalen im ambulanten Bereich ist, damit der Druck auf die Leistungserbringer steigt, bei ihren Lieferanten Preissenkungen zu erwirken.

Für Implantate wie Stents gibt es keinen Referenzpreis. Der Preisüberwacher empfiehlt die Preise zu reduzieren, indem die Leistungserbringer Einkaufszentralen bilden und Parallelimporte nutzen. Nach den Ergebnissen zu urteilen, zeigen diese Empfehlungen aber noch wenig Wirkung. Zur Erinnerung: Diese Empfehlungen des Preisüberwachers, die sich an die Spitäler richten, sind nicht verbindlich.

Die EFK bedauert die mangelnde Transparenz in diesem Bereich, die es unmöglich macht zu prüfen, ob die Empfehlungen für tiefere Preis Wirkung zeigen oder ob andere Massnahmen wie eine Preisfestsetzung oder das Vorgeben einer Preisspanne nötig wären. Die EFK schätzt, dass jährlich rund 40 000 Stents gesetzt werden, 7500 davon ambulant, die ein Volumen von über 50 Millionen Franken darstellen.

Die baldige Einführung der UDI (Unique Device Identification) soll für mehr Transparenz beim medizinischen Material sorgen, was nicht nur die Patientensicherheit erhöht, sondern auch eine bessere Kontrolle der Abrechnungen ermöglicht. Sie bietet auch Gelegenheit, Leistungserbringer zu identifizieren, die bei den Preisen für Einwegmaterial und Implantate nicht gut genug verhandelt haben, und sie darauf hinzuweisen (siehe Empfehlung 8). Diese Lösung ist eine Vorstufe, bevor als Ultima Ratio eine Preisfestsetzung ins Auge gefasst wird.

Empfehlung 3 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG eine Gesetzesrevision vorzuschlagen, die die Leistungserbringer verpflichtet, Medizinprodukte (Einwegmaterial und Implantate) bei der ambulanten Verrechnung mit einer eindeutigen Identifikation zu versehen.

²⁶ Surveillance des prix (2017), Medizinprodukte für den Spitalbedarf: Wie lassen sich die Kosten senken? Surveillance des prix: Newsletter 3/17.

Stellungnahme des BAG

L'introduction des dispositions européennes et suisses sur l'identifiant unique des dispositifs médicaux (UDI) sera échelonnée et la base de données EUDAMED ne devrait être opérationnelle que dès 2024. Ce n'est qu'alors que l'utilité de mentionner l'UDI sur les factures pourra être examinée, en tenant compte notamment des facteurs technico-pratiques et du tarif convenu entre les partenaires tarifaires (forfaitaire ou à la prestation). Les données à inscrire sur les factures selon l'art. 59, al. 1, OAMal sont en principe précisées par les partenaires tarifaires. Une modification du droit sera envisagée si les partenaires tarifaires n'arrivent pas à une solution, malgré la démonstration de l'utilité de l'identifiant unique sur les factures. Aucune évaluation ne sera possible avant 2025. Toutefois, l'OFSP thématise le sujet dans le cadre du groupe de contact avec les assureurs lors d'une prochaine séance, afin qu'ils entament des réflexions dans ce sens avec les fournisseurs de prestations.

3.4 Geringer Anreiz durch Mindestanzahl von Eingriffen

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ersucht die Kantone in ihren Empfehlungen zu den Leistungsaufträgen der Spitäler, in bestimmten Bereichen eine Mindestzahl von Eingriffen pro Jahr festzulegen, um die Qualität der Eingriffe zu sichern. Weiter weist die GDK darauf hin, dass dieser Standard pragmatisch umzusetzen sei.

2017 war von den drei untersuchten Fällen nur die radikale Prostatektomie mit einer Mindestzahl von zehn Eingriffen pro Jahr betroffen. Die meisten Kantone haben diese Zahl in ihren Leistungsaufträgen übernommen. Mindestfallzahlen entsprechen Erwägungen zur Qualitätssicherung, können für ein (kleines) Spital aber ein Anreiz sein, die Zahl der Behandlungen zu erhöhen, um den Auftrag zu behalten.

Die EFK äussert sich nicht zur Zweckmässigkeit einer medizinischen Mindestvorgabe, sondern interessiert sich für deren Wirkung auf die Fallzahlen.

Die Prüfung der Spitaldaten zeigt, dass die radikale Prostatektomie 2017 in 73 Spitalzentren durchgeführt wurde. Drei Viertel der Eingriffe fanden in Zentren statt, die über 50 Eingriffe pro Jahr durchführen. Fünf Zentren führten genau zehn Eingriffe durch, und in 17 Zentren waren es weniger als zehn pro Jahr. Die Interviews mit den Kantonen zeigen, dass diese begrenzte Anzahl zunächst für Verhandlungen mit den betreffenden Spitälern genutzt werden, aber nicht zwingend zu einer sofortigen Auflösung des Leistungsauftrags führen. Der Kanton Bern hat beispielsweise die Möglichkeit einer Befristung des Leistungsauftrags eingeführt, nach der die Situation neu beurteilt wird. Wo es diese Normen gibt, scheinen sie gegenwärtig ein eher begrenztes Risiko für unnötige Eingriffe darzustellen.

Die Empfehlung der GDK wurde aber kürzlich geändert und schlägt nun eine Mindestfallzahl pro Operateur der radikalen Prostatektomie vor. Der Kanton Bern hat die Empfehlung im Gegensatz zu den anderen befragten Kantonen nicht übernommen. Eine solche Massnahme, die in verschiedenen Spitälern und verschiedenen Kantonen tätige Operateure betrifft, auf kantonaler Ebene umzusetzen, stellt eine grosse Herausforderung dar. Ausserdem erhöht sich dadurch das Risiko, einen Anreiz für unnötige Eingriffe zu schaffen.

Es gibt auch medizinische Fachgesellschaften, die Mindestfallzahlen empfehlen, wie die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie bei der PCI.²⁷ Diese Mindestzahlen wirken sich aber kaum auf die Praxis aus, solange die Kantone sie nicht in die Leistungsaufträge aufnehmen.

3.5 Verschiedene Anreize in den Spitälern

Das Management- und Führungssystem

In einem Wettbewerbssystem müssen alle Spitäler eine Gewinnmarge erzielen, um ihre Investitionen zu finanzieren. Privatspitäler müssen darüber hinaus eine angemessene Vergütung ihrer Eigentümer sicherstellen. Bei den neun an der Evaluation beteiligten Spitälern sind die angestrebten Margen²⁸ in den Privatspitälern höher als in den öffentlichen Spitälern, mit grossen Unterschieden zwischen den einzelnen Einrichtungen.²⁹ Die Notwendigkeit, einen Gewinn zu erzielen, schafft einen Anreiz, die Zahl der lukrativen Fälle zu erhöhen. Je höher die angestrebte Marge ist, desto grösser ist dieser Anreiz.

Die **Ziele** des Spitals können eine direkte Wirkung auf medizinische Entscheide haben, unter anderem über finanzielle Jahresziele oder die Vorgabe eines Mindest-DRG-Durchschnitts (*case-mix*) für die medizinischen Abteilungen. Die Hälfte der befragten Spitäler mit angestellten Ärzten kennt solche Systeme. Sie sind aber nicht mit Sanktionen für die Ärzte bei Nichterreichung der Ziele verbunden (z. B. über einen Lohnabzug). Anreize sind dennoch vorhanden, aber in versteckter Form, beispielsweise durch eine drohende Kürzung der Ressourcen in den betreffenden medizinischen Abteilungen. In Spitälern mit Belegärzten werden diesen vertraglich keine quantitativen Ziele gesetzt. Das Ausmass ihrer Tätigkeit wird von den Spitalleitungen jedoch genau verfolgt.

Eine Möglichkeit, die Marge zu erhöhen ohne die Fallzahlen zu beeinflussen, ist die **Selektion** der lukrativsten Fälle: Der Anteil an Privatversicherten ist in Kliniken deutlich höher als in öffentlichen Spitälern. Eine Patientenselektion nach dem Versicherungsstatus ist in KVG-Einrichtungen grundsätzlich verboten (Leistungspflicht). Dennoch wurde in einer Klinik ein Mechanismus identifiziert, der den Belegärzten eine Privatpatientenquote vorgibt. Neben der Patientenselektion nach der Versicherungsart sind theoretisch insbesondere in der obligatorischen Versicherung noch andere Mechanismen denkbar. Sie zielen darauf ab, sich auf Patienten zu konzentrieren, bei denen die erwarteten Kosten niedrig genug sind, um eine ausreichende Deckungsrate sicherzustellen. Solche eher diffusen Mechanismen wurden in dieser Evaluation nicht untersucht.

Vergütungsarten

Die EFK hat ihr Augenmerk auch auf die Vergütungssysteme gerichtet. Anhand der Informationen der neun untersuchten Spitäler lässt sich folgende allgemeine Typologie der Vergütungsarten erstellen:

1. Fixlohn: In diesem System liegt eine vollständige Entkoppelung der Vergütung der Operierenden von der Anzahl und dem Erlös aus den Eingriffen vor. Die Operierenden sind fest angestellt und erhalten keine Prämie.

²⁷ Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie empfiehlt seit mehreren Jahren eine Mindestfallzahl von 200 PCI pro Einrichtung und 75 pro operierende Person. Die 200 Eingriffe wurden 2017 in vier Zentren nicht erreicht.

²⁸ EBITDA: Betriebsergebnis vor Steuern, Zinsen und Abschreibungen.

²⁹ Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

2. Grundlohn plus ergebnisunabhängiger variabler Bestandteil: Die variable Komponente, gespeist aus einem vordefinierten Anteil der Ressourcen des Spitals (Einnahmen DRG, TARMED, VVG ...) wird nach festgelegten Verteilschlüsseln, die nicht von der Anzahl Eingriffe und der Patientenart abhängen, an die medizinischen Abteilungen verteilt. Die Kriterien für die Verteilung auf die Ärzte, die von einer Abteilung zur anderen variieren können, sind z. B Spitalergebnis, Qualität der Leistungen, Reputation.
3. Grundlohn und ergebnisabhängiger variabler Bestandteil: Die variable Komponente besteht aus einem Anteil am Honorarpool, gespeisen aus (einem Teil) der Einnahmen in Bezug auf die vom Dienst *direkt behandelten* Privatpatienten. In diesem System besteht eine engere Verbindung zwischen dem Volumen des zu verteilenden Honorarpools und der Anzahl und dem Versicherungsstatus der behandelten Patientinnen und Patienten. Die Kriterien für die Verteilung der Honorare auf die Ärzte können wie beim zweiten Modell unterschiedlicher Art sein.

Die ersten drei Modelle finden sich in Spitälern mit angestellten Ärzten. Das vierte Modell (unten) ist das von Kliniken, die selbständigen Chirurgen eine technische Plattform (Operationssäle, Pflegepersonal und Grundversorgung, Hotellerie) zur Verfügung stellen. Diese sind nicht fest angestellt, sondern durch unterschiedlichste Verträge an die Klinik gebunden, die unter anderem die Nutzungsbedingungen der Infrastruktur festlegen.

4. Selbständige Vergütung (Belegärzte): Die Vergütung ist direkt von der Anzahl und dem Erlös der Behandlung abhängig. Da die Honorare von Belegärzten, die Privatversicherte behandeln, kaum reguliert sind, kann der finanzielle Anreiz hier besonders stark sein, wie das Beispiel in Tabelle 5 zeigt. Dieses Beispiel stellt eine durchschnittliche Situation dar.

	Patient allgemeinversichert	Patient privatversichert
Gesamtvergütung Klinik	15 231	34 996
Gesamtvergütung Ärztin/Arzt	4550	18 387
Gesamtkosten	19 781	53 383

Tabelle 5: Unterschiedliche Vergütung eines Belegarztes nach Versicherungsstatus des Patienten bei einer radikalen Prostatektomie³⁰

In der Praxis können die Spitäler von den Grundmodellen abweichen und Elemente davon kombinieren. In einem Fall wurde auch eine Obergrenze (*salary cap*) festgelegt. Das dritte und besonders das vierte Modell schaffen finanzielle Anreize, die den ärztlichen Entscheid beeinflussen können.

³⁰ Modell basierend auf Rechnungen von Median-Patienten in der obligatorischen Versicherung und mit einer Zusatzversicherung bei dem Versicherer, der detaillierte Daten bereitstellte. Die Aufteilung der Rechnungen zwischen Aufenthalt (Klinik) und Arzthonorar ist bei der Behandlung von Zusatzversicherten bekannt. Bei der obligatorischen Versicherung wird für den Belegarzt eine Vergütung von 23 % der DRG angenommen, was einem von den Kliniken und einigen Versicherern angegebenen Durchschnittssatz entspricht. In diesem Fall verbleiben 77 % bei der Klinik zur Deckung des Aufenthalts, für die Infrastrukturkosten und die Implantate sowie der zentralen medizinischen Dienste. Die allfällige Operationsassistentz wird aus dem Arztanteil vergütet. Diese Aufteilungen können je nach Fachgebiet und Klinik etwas variieren.

Bei dem 2020 in die Vernehmlassung geschickten neuen Artikel 58f Absatz 7 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) signalisiert der Bundesrat klar, dass er mögliche wirtschaftliche Fehlanreize in Spitälern unterbinden will: «Die Leistungsaufträge der Spitäler sehen als Auflage das Verbot unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme zur Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a des Gesetzes vor.»

Die vorgeschlagene Änderung betrifft alle KVG-Spitäler. Die Umsetzung durch die Kantone ist bis 2025 geplant. Das Belegarztssystem wird laut BAG dadurch nicht infrage gestellt.

Beurteilung

Die Versicherungsform schafft auf verschiedenen Ebenen Anreize für unnötige Eingriffe. Auch wenn dies nicht eindeutig aus den drei untersuchten Fällen hervorgeht, stellt die grosszügige Kostendeckung von Zusatzversicherungen ein grosses Risiko dar.

Die tatsächliche Stärke des Anreizes ist an der Wirkung erkennbar, die diese Versicherungsprodukte auf das Einkommen der indikationsstellenden Ärzte haben. Die Art der Vergütung spielt daher eine entscheidende Rolle. Besonders stark ist der Anreiz bei Belegärzten, nicht vorhanden ist er bei Ärzten mit Fixlohn. Zwischen den beiden Polen besteht ein abgestuftes Risiko, das vom Umfang und von der Form des variablen Vergütungsanteils abhängt.

Anreize können auch von spitalexternen Mechanismen herrühren. So kann der Pauschaltarif in einigen Einrichtungen zu Situationen erheblicher Über- oder Untervergütung führen. Diese kann möglicherweise unerwünschte Auswirkungen auf das Leistungsangebot haben. Ähnlich stellt die vorgeschriebene Mindestzahl von Eingriffen pro Spital heute ein begrenztes Risiko für unnötige Leistungen dar, das sich aber mit einer Verschärfung der Bestimmungen erhöhen könnte.

Über die Auswirkungen dieser Mechanismen ist bisher wenig bekannt.

Mit der vorgeschlagenen Anpassung der KVV, die die Aufnahme von Spitälern mit unsachgemässen ökonomischen Anreizsystemen in die Spitalliste verbietet, wirkt der Bundesrat auf eine Reduktion des Risikos unnötiger Leistungen hin. Diese noch nicht umgesetzte Bestimmung ist jedoch sehr allgemein formuliert und sollte konkretisiert werden.

Empfehlung 4 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG, Beispiele unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme nach dem neuen Artikel 58f Absatz 7 KVV zu eruieren und zu veröffentlichen.

Stellungnahme des BAG

In der Vernehmlassungsvorlage zur Änderung der KVV werden in den Erläuterungen mit der expliziten Erwähnung der Zahlung von mengenabhängigen Boni und von Kickbacks bereits zwei der wichtigsten Fehlanreize zur medizinisch nicht angezeigten Mengenausweitung aufgeführt. Mögliche Fehlanreize zur medizinisch nicht angezeigten Mengenausweitung können vielgestaltig sein und immer wieder neue Formen annehmen. Es ist daher nicht möglich und sinnvoll, diese abschliessend aufzuzählen oder zu publizieren. Primäres Ziel der Bestimmung ist nicht das Verbot einzelner, aufzählbarer Anreizsysteme, sondern generell die Verhinderung einer medizinisch nicht angezeigten Mengenausweitung zu Lasten der OKP. Eine zusätzliche Auflistung von einzelnen Praktiken würde den generellen Charakter der Norm relativieren.

4 Marginale Kontrolle durch den Bund

4.1 Ein nicht immer befolgter Katalog mit begrenzter Reichweite

Wenn medizinische Leistungen zu Diagnose- oder Therapiezwecken die WZW-Kriterien nicht erfüllen, gibt es auf Bundesebene die Möglichkeit, die Übernahme durch die obligatorische Krankenversicherung einzuschränken (oder auszuschliessen).

Die Prüfung der Einhaltung der WZW-Kriterien auf dieser Ebene betrifft jedoch nur einen Teil der KVG-Leistungen, da sie auf neue oder umstrittene Leistungen beschränkt ist. Es handelt sich nicht um eine Positivliste wie im Arzneimittelbereich, sondern um eine «Negativliste», sprich eine medizinische Leistung wird vergütet, solange sie nicht auf der in einem Anhang zum KVG publizierten Liste genannt oder eingeschränkt wird.

In der Praxis erfolgt die Überprüfung der Anträge durch eine ausserparlamentarische, multidisziplinäre Kommission, die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK)³¹, die vom BAG wissenschaftlich und administrativ unterstützt wird. Das BAG nimmt die Triage vor und stellt sicher, dass die der Kommission vorgelegten Dossiers vollständig und wissenschaftlich validiert sind. Die Dossiers werden für die Kommission zur Stellungnahme zur WZW-Konformität vorbereitet.

Das Verfahren zur Prüfung der Dossiers wurde in den letzten Jahren im Sinne einer besseren Anwendbarkeit der WZW-Kriterien regelmässig angepasst. Die Anpassung 2020 will den Vergleich mit alternativen Therapien stärken.

Die ELGK formuliert Entscheidungsvorschläge zuhanden des EDI, das sie in der Regel übernimmt. Die Liste in Anhang 1 KLV («Leistungskatalog») dokumentiert alle aktuellen Entscheide der Kommission, auch diejenigen, die zu keiner Einschränkung der Leistungen führen. Insofern handelt es sich um einen eigentlichen «Streitfallkatalog». Grundsätzlich können alle, auch der Bund, einen Überprüfungsantrag an die ELGK stellen. In der Praxis überprüft die ELGK aber meist von Herstellern von medizinischen Geräten, Leistungserbringern oder Versicherern thematisierte Fälle.

Eine Untersuchung der letzten Änderungen im Katalog zeigt, dass die getroffenen Entscheide nur einen marginalen Effekt auf die medizinischen Leistungen haben. So wurden zwischen 2015 und 2017 nur vier Entscheide im Kapitel Chirurgie getroffen. Sie waren alle restriktiver Natur.

Von den drei in dieser Evaluation berücksichtigten Eingriffe sind zwei von Einschränkungen im Leistungskatalog betroffen. Sie sind seit mehreren Jahren in der Liste aufgeführt. Eine Regelung kann sich im Lauf der Zeit ändern und das Ergebnis von Kompromissen in der Kommission sein, wie der Fall der Kyphoplastie (siehe Exkurs 4) oder der PCI (siehe Exkurs 5) zeigen.

Die Versicherer dürfen nur Leistungen vergüten, die WZW-konform und nicht durch den Katalog ausgeschlossen sind. Ob die Verfahren, die dies sicherstellen sollen, wirksam sind, unterliegt der Aufsicht des BAG, das Prüfungen bei den Krankenversicherern durchführt.

³¹ Art. 37d KVV.

Exkurs 4 – Die Kyphoplastie und eine auf Kompromissen beruhende Regelung

Die Kyphoplastie ist ein chirurgisches Verfahren, mit dem sich die ELGK mehrfach befasste. Sie wurde Anfang 2000er-Jahre auf Antrag eines Medizinprodukteherstellers erstmals untersucht. 2004 wurde sie mangels Nachweisen für ihre WZW-Konformität im Leistungskatalog vollständig ausgeschlossen. Im Jahr darauf wurde aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Neuprüfung beantragt. 2005 wurde der Eingriff dann für drei Jahre unter zwei Bedingungen zugelassen: die Einhaltung einer besonderen medizinische Empfehlung und ein Zertifizierungsverfahren für die Zulassung der Chirurgen.³² Diese Kompromisslösung soll die Qualität gewährleisten und gleichzeitig den Antragstellern genügend Zeit für den benötigten Nachweis der WZW-Konformität einräumen.

2008 wurde die Befristung ohne vorgängige Neubeurteilung aufgehoben. Da die Operation doch eine gewisse therapeutische Wirksamkeit haben könnte, schliesst die ELGK die Leistung nicht aus, verlängert aber die Bedingungen von 2004 und fügt eine weitere hinzu: die Führung eines nationalen Registers durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie (SGS), um bessere Entscheidungsgrundlagen zu erhalten. Das Vorhaben wird angesichts der materiellen Schwierigkeiten, Patientendaten zu erfassen, fünf Jahre später aufgegeben.

Es geht aber noch weiter. Aus Sicht der ELGK bestehen weiterhin zahlreiche Fragezeichen rund um den Nutzen dieses Eingriffs, insbesondere gegenüber der Vertebroplastie und den konservativen Behandlungen. Die Kommission hat deshalb 2019 beschlossen, ein Health Technology Assessment (HTA) zur Kyphoplastie einzuleiten; das Ergebnis und die Auswirkungen auf den Leistungskatalog werden für 2021 erwartet.³³

Die Interviews mit den Ärzten und den Versicherern zeigen, dass die Umsetzung der Bestimmungen zur Kyphoplastie im Leistungskatalog in der Praxis Probleme bereitet: Die Operateure sind geteilter Meinung in Bezug auf den Nutzen der medizinischen Leitlinie, auf die im Katalog verwiesen wird, und kennen diese teils gar nicht. Das Zertifizierungsverfahren ist nicht allen Operateuren bekannt. Zwei Versicherer geben ausserdem an, deren Zertifizierung nicht zu prüfen – sie erachten es nicht als ihre Aufgabe. In den Bestimmungen zu den kantonalen Spitalisten wird eine besondere Zertifizierung für die Durchführung der Kyphoplastie nirgends erwähnt.

Exkurs 5 – Ausschluss von HIFU zur Behandlung von Prostatakrebs

Die Überprüfung der Intensiven Fokussierten Ultraschall (High Intensity Focused Ultrasound, HIFU)³⁴ im KVG wurde 2008 von den Versicherern beantragt. 2009 wurde die Behandlung des Prostatakarzinoms mit HIFU ausgeschlossen. Dieser Entscheidung wurde von der Fachwelt gestützt.

³² Erarbeitung der Empfehlungen und Kriterien sowie Zertifizierung durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie.

³³ Die EFK hat die Verfahrenseffizienz von Health Technology Assessments (HTA) geprüft. Der Bericht PA 19084 ist auf der Webseite der EFK erhältlich (www.efk.admin.ch).

³⁴ Mit dieser Technik sollen Krebszellen sehr gezielt durch Ultraschall zerstört werden. HIFU wird vor allem bei Prostatakrebs eingesetzt.

2015 beantragten Urologen die Neubeurteilung dieses Eingriffs durch die ELGK. HIFU wird von einem Teil der Fachärzteschaft in bestimmten Fällen als erfolgreiche Behandlungsalternative zur radikalen Prostatektomie erachtet. In verschiedenen Ländern wie u. a. Grossbritannien wird HIFU in grossem Umfang praktiziert.

Bis Anfang 2021 ist noch kein Entscheid gefallen. Das BAG erwartet ein wissenschaftliches Dossier, damit es sich zur WZW-Konformität dieser Leistung äussern kann. HIFU wird von der Krankenversicherung weiterhin nicht übernommen. Es gibt aber Schweizer Spitäler, die über die nötige Ausrüstung für diesen Eingriff verfügen. Wo er durchgeführt wird, muss er anders als über die obligatorische Krankenversicherung finanziert werden, z. B. vom Kanton als innovative Therapie oder durch den Patienten selbst.

Diese Behandlung und die dazugehörige Diagnose haben einen spezifischen Code – eine ideale Voraussetzung für die Kontrolle durch einen Computeralgorithmus.

Die Kontrolle der ausgeschlossenen HIFU-Leistung scheint ebenfalls lückenhaft. Mindestens zwei der fünf befragten Versicherer haben diesen Code nicht in ihre Triageregeln aufgenommen. Bei ihren Datenauswertungen zum Jahr 2017 hat die EFK in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser rund fünfzig HIFU-Rechnungen im Zusammenhang mit einer Prostatakrebsdiagnose gefunden, die vom KVG übernommen wurden. HIFU erscheint auch in den von den Spitälern gemeldeten SwissDRG-Daten für die Tarifierung. Somit liegt die Vermutung nahe, dass es bei einigen HIFU-Eingriffen zur unerlaubten KVG-Übernahme kam.

Beurteilung

Es gibt ein gesetzliches Dispositiv auf Bundesebene, um die KVG-Übernahme von Leistungen, die die WZW-Kriterien nicht erfüllen, einzuschränken oder auszuschliessen. Die Zahl der Leistungen, die diese Überprüfung umfasst, ist jedoch sehr gering.

Wenn Leistungen auf dieser Ebene überprüft werden, nimmt der Bund eine strenge Haltung ein, sucht aber auch nach Kompromisslösungen. Der Bund legt unter anderem Bedingungen fest, wenn die wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine umfassende Beurteilung nicht ausreichen.

Die festgestellten Unterschiede in der medizinischen Praxis im Fall der Kyphoplastie sind für eine auf der Ebene des Leistungskatalogs geregelte Behandlung nicht akzeptabel. Die positiven Aspekte der medizinischen Selbstregulierung müssen unbedingt besser mit den rechtlichen Vorgaben verknüpft werden, um eine ausgewogenere Situation zu erreichen.

Empfehlung 5 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG, in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Leistungskommission die Rolle des Leistungskatalogs zu stärken, indem dafür gesorgt wird, dass die der Komplexität der Indikationen angepassten Regeln für die Versicherer besser kontrollierbar sind. Auf diese Weise kann der Katalog die Übernahme von Behandlungen vom Nachweis abhängig machen, dass bestimmte Bedingungen wie z. B. ein Beratungsprozess mit interventionellen und nicht-interventionellen Ärzten sowie Patienten eingehalten werden.

Stellungnahme des BAG

Das BAG und die ELGK legen grossen Wert auf die Umsetzbarkeit einer Regulation zur Leistungspflicht. Auch Regelungen hinsichtlich interdisziplinärer Indikationsstellungen werden jeweils geprüft und wurden auch als Voraussetzungen zur Leistungspflicht bereits aufgenommen. Die Überprüfung der Einhaltung dieser Regeln obliegt den Krankenversicherern,

die ebenfalls in der Kommission vertreten sind (siehe auch Ausführungen zur Empfehlung 7). Das BAG hat weiter vorgesehen, zusammen mit den Akteuren zu prüfen, wie die im Rahmen des Projekts zur «Förderung der angemessenen Versorgung» ausgearbeiteten Massnahmen zur Indikationsqualität als unterstützende Massnahme auch in die Form einer Regulation aufgenommen werden sollten oder könnten.

Beurteilung

Das Beispiel Kyphoplastie zeigt, dass der Leistungskatalog eine KVG-Leistung mit Verweis auf eine medizinische Empfehlung regelt, die den heute für diese Art von Instrument geltenden Qualitätsanforderungen nicht entspricht (siehe Feststellungen und Beurteilungen Kapitel 7). Diese Situation kann zu einer Regelung führen, die auf unklaren Berufsgrundsätzen beruht, die die Ärzte nur zum Teil befolgen.

Empfehlung 6 (Priorität 1)

Wenn der Leistungskatalog direkt auf eine medizinische Empfehlung verweist, empfiehlt die EFK dem BAG, in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Leistungskommission die wesentlichen Punkte auf Katalogebene zu präzisieren. Parallel dazu muss das BAG sicherstellen, dass sie die von solchen Instrumenten erwarteten Qualitätskriterien erfüllt, u. a. hinsichtlich der Transparenz der wissenschaftlichen Grundlage, Unabhängigkeitserklärung, breite Akzeptanz bei den Operateuren und periodische Überprüfung durch die zuständige Fachgesellschaft.

Stellungnahme des BAG

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat im 2017 ein Dokument zum Umgang mit Interessenkonflikten bei der Ausarbeitung von Guidelines herausgegeben. Das BAG und die ELGK haben die Prüfung der Leitlinien in den letzten Jahren vertieft und wenden dabei geeignete von Dritten herausgegebene Prüfprinzipien an. Das BAG erachtet dieses Vorgehen als geeignet. Weiter hat das BAG im 2020 begonnen im Zusammenhang mit der Neugliederung des Anhang 1 KLV (tritt auf den 1. Juli 2021 in Kraft), alte Einträge zu überprüfen und hat vorgesehen, einen periodischen Prüfprozess zu installieren. Die Überprüfung wird voraussichtlich bis Ende 2023 dauern. Das Thema der Adhärenz der Fachpersonen an die Leitlinien ist im Projekt «Förderung einer angemessenen Versorgung» vorgesehen.

Beurteilung

Auch wenn der Leistungskatalog nur eine marginale Funktion erfüllt, macht er nur Sinn, wenn er eingehalten wird. Die Prüfung der beiden von einer Einschränkung betroffenen Fälle lässt erkennen, dass die Versicherer nicht immer in der Lage sind, seine Einhaltung zu kontrollieren. Nicht einmal ein rudimentäres System, um bestimmte Leistungs-codes auszuschliessen, wie z. B. HIFU, wird – trotz Aufsicht durch das BAG – überall eingesetzt. Dass erhebliches Verbesserungspotenzial besteht, zeigt auch die Schwierigkeit der Versicherer im Umgang mit Listen für die Kyphoplastie zertifizierter Chirurgen.

Empfehlung 7 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG, im Rahmen seiner Prüfungen bei den Versicherern die Kontrollen, ob die Regeln des Leistungskatalogs eingehalten werden, systematischer zu prüfen.

Stellungnahme des BAG

Seit 2019 hat im Zuge der Kostendämpfungsmassnahmen eine Verstärkung der Aufsicht im Bereich der Rechnungskontrolle stattgefunden. Aufgrund der Erkenntnisse werden die

Prüfkonzepte weiterentwickelt, um die Einhaltung des Leistungskatalogs durch die Versicherer noch systematischer zu prüfen.

4.2 Ein wenig wirksames Instrument zur Bewertung von Gesundheitstechnologien

Das KVG überträgt dem Bund auch die Aufgabe, eine gewisse Transparenz über die medizinische Qualität der Leistungen auf Spitalebene zu gewährleisten. Das BAG veröffentlicht jährlich Indikatoren (CH-IQI) zu rund sechzig Behandlungen. Als Qualitätsindikatoren dienen vor allem die Fallzahlen, die stationäre Mortalität und die Aufenthaltsdauer. Die radikale Prostatektomie, die elektive PCI und die Vertebroplastie / Kyphoplastie gehören zu den von den Indikatoren erfassten Behandlungen.

Mit dem kürzlich eingeführten Instrument *Health Technology Assessment* (HTA) hat das Parlament der Verwaltung und der ELGK neue, umfassendere Möglichkeiten gegeben, bestimmte medizinische Leistungen für die Prüfung der WZW-Kriterien auszuwählen.

Die von der EFK kürzlich vorgenommene Prüfung dieses neuen Instruments zeigt, dass es erst eine marginale Bedeutung hat: Die Zahl der geprüften Leistungen ist tief, das Auswahl-, Prüfungs- und Entscheidungsverfahren sind zu lang. So kann bisher noch keine Wirkung beim Leistungskatalog und somit auch keine Desinvestition im Gesundheitswesen festgestellt werden.³⁵

³⁵ Eidgenössische Finanzkontrolle (2020), PA 19084, Prüfung der Verfahrenseffizienz von Health Technology Assessments, Bern.

5 Zahlreiche Kontrollen bei den Versicherern, aber nicht zur medizinischen Notwendigkeit

Versicherer könnten die medizinische Notwendigkeit theoretisch zu zwei Zeitpunkten prüfen: bei der Übernahme der Behandlung (ex ante) oder nach Abschluss der Behandlung, das heisst bei Eingang der Rechnung (ex post).

Die Versicherer müssen mit den Leistungserbringern auch bestimmte Qualitätskriterien für die Leistungserbringung vereinbaren, was je nach Art der festgelegten Kriterien eine präventive Wirkung in Bezug auf unnötige Leistungen haben kann.

5.1 Vorgängige Kontrolle begrenzt

Bei den fünf befragten Versicherern wird das Einholen einer Kostengutsprache für Patienten in der obligatorischen Versicherung in der Regel stillschweigend vorausgesetzt. Zu diesem Zeitpunkt werden keine Informationen zu Diagnose, Behandlung oder Identität des Operateurs übermittelt.³⁶

Im Gesetz und in den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Versicherer und Leistungserbringer sind jedoch Ausnahmen im Hinblick auf die Kontrolle der WZW-Kriterien vorgesehen. So kann der Leistungskatalog vorgeben, dass eine Behandlung die Empfehlung des Vertrauensarztes erfordert, die den Versicherer beim Entscheid unterstützen. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren vereinfachte Verfahren («stillschweigende Vereinbarung»), um den administrativen Aufwand in spezifischen Bereichen zu reduzieren.

Von den drei von der EFK geprüften Behandlungen ist nur die Kyphoplastie teilweise von einer vorgängigen Kontrolle betroffen. Wird der Eingriff durch nicht von der SGS anerkannten Chirurgen durchgeführt, so muss vorgängig die Empfehlung des Vertrauensarztes eingeholt werden.

Es kann auch vorkommen, dass ein Leistungserbringer explizit eine Gutsprache einholt, z. B. weil er eine innovative Behandlung anwenden will und befürchtet, der Versicherer könnte die Übernahme ablehnen. In diesem Fall werden medizinische Informationen zwischen Leistungserbringer und Vertrauensarzt ausgetauscht. Nach den der EFK vorliegenden Informationen sind solche Fälle aber die Ausnahme.

Es gibt unterschiedliche Kostengutsprachen; bei Zusatzversicherten Patienten werden sie genauer geprüft. Dabei wird kontrolliert, ob die Gründe und Bedingungen für die stationäre Behandlung vertraglich abgedeckt sind (vorliegender Versicherungsvorbehalt), ob der Leistungserbringer anerkannt ist und ob Streitfälle vorliegen. Auch da wird die medizinische Indikation nicht geprüft.

³⁶ Es gibt Ausnahmen für die Eingriffe auf den Bundeslisten «ambulant vor stationär». In diesen Fällen muss bei stationärer Behandlung die Kostengutsprache des Versicherers eingeholt werden.

5.2 Nachträgliche Kontrollen befassen sich nicht mit der medizinischen Notwendigkeit

Bei den meisten Kontrollen, die die Versicherer vornehmen, handelt es sich um nachträgliche Kontrollen. Angesichts der unterschiedlichen Informationen, die über die fakturierten Leistungen im stationären und im ambulanten Bereich vorliegen, wenden die Versicherer in den beiden Bereichen unterschiedliche Techniken an.

Rechnungskontrolle im stationären Bereich

Im stationären Bereich haben die Versicherer mit den Leistungserbringern vereinbart, dass Diagnose- und Behandlungs-codes auf Basis der DRG-Klassifikation (Minimal Clinical Dataset, MCD) geliefert werden. Die Regeln zur Verwendung dieser Informationen schreiben den Versicherern eine gewisse Verhältnismässigkeit vor. Die Versicherer dürfen diese schutzwürdigen Informationen drei Monate aufbewahren. Sie können sie somit nur für die Kontrolle der Einzelrechnungen verwenden.

Die fünf befragten Versicherer haben die Kontrolle im stationären Bereich ähnlich organisiert. Zuerst werden automatisch die Identifikatoren und die rechnerische Richtigkeit, die formelle Übereinstimmung der Codierung mit den offiziellen Nomenklaturen³⁷ und die korrekte Verwendung der DRG-Codierung geprüft. Die Versicherer können in diesem Stadium die gleichen Kontrollplattformen nutzen. In dieser Phase werden die meisten Einsparungen im Zusammenhang mit der Rechnungskontrolle realisiert.

In einem zweiten Schritt wenden die Versicherer ein Triage-System an, das 10-20 % der stationären Rechnungen auswählt.³⁸ Diese Triage betrifft beispielsweise die Codierung bestimmter Zusatzleistungen, die leicht zur Änderung der DRG-Klasse oder zu Langliegerfällen führen kann (*outliers*). In diesem Stadium werden auch einige Regeln zur Überprüfung der Einhaltung des Leistungskatalogs definiert. Die Regeln sind bei jedem Versicherer anders und Teil seines Geschäftsmodells. Bei den befragten grossen Versicherern wird das Triage-System mehrmals jährlich nach einem festgelegten Verfahren angepasst. Die ausgewählten Fälle werden manuell von Spezialisten überprüft, teils auch von den Vertrauensärzten oder den Vertrauensgesundheitsfachpersonen. Je nach den vom Versicherer definierten Kriterien werden dann beim Leistungserbringer zusätzliche Informationen eingeholt.

Bei diesen Triageregeln wenden die Versicherer einen Kosten-Nutzen-Ansatz an: Sie versuchen, das Ergebnis der Kontrollen in Bezug auf ihre Ressourcen zu optimieren, indem z. B. die «Erfolgsquote» der Kontrollen überprüft und das damit verbundene Sparpotenzial abgeschätzt wird. Einige Versicherer wiesen auf den Trend hin, die manuelle Kontrolle durch weiterentwickelte Computerverfahren zu ersetzen.

Die EFK hatte keinen Zugriff auf die Kontrollalgorithmen der Versicherer. Die Auswirkungen auf die Leistungserbringer weisen jedoch auf sehr unterschiedliche Strategien in diesem Bereich hin. Die Daten eines grossen Spitals zeigen, dass die Häufigkeit der Nachfragen bei stationären Rechnungen je nach Versicherer zwischen 5 % und über 30 % variiert. Der Anteil der Rechnungen, die einer Anpassung unterliegen, betrug jedoch bei keinem Versicherer über 1 % aller Rechnungen. Die Regeln, um problematische Rechnungen auszumachen, sind somit mehr oder weniger von Erfolg gekrönt.

³⁷ Prozeduren- und Diagnosecodes; diese Codierungssysteme entwickeln sich laufend weiter.

³⁸ Von den Versicherern genannte Anteile für den stationären Bereich.

Die Notwendigkeit der drei ausgewählten Eingriffe wurde bei diesen Kontrollen in den letzten Jahren von den Versicherern nie infrage gestellt. Aus ihrer Sicht handelt es sich um unproblematische Verfahren, die auch nie Gegenstand spezieller Triageregeln waren.

Die Versicherer sind ihren Angaben zufolge kaum in der Lage, eine Indikation eines Arztes infrage zu stellen. Zum einen decken ihre medizinischen Dienste nicht alle Fachbereiche ab, vor allem aber haben sie nur teilweise Zugriff auf die Informationen, auf denen die behandelnden Ärzte ihre Indikation abstellen.³⁹ In diesem Fall ist es schwierig, die nötigen Nachweise für eine falsche Indikation zu erlangen. Zum anderen verweisen die Versicherer auf das Vertrauensprinzip. Nach dem Gesetz muss sich der Leistungserbringer «in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist» (Art. 56 Abs. 1 KVG).

Mit Anfragen nach zusätzlichen Informationen aus dem medizinischen Dossier versuchen die Versicherer zuerst zu prüfen, ob die Leistung tatsächlich erbracht und korrekt kodiert wurde, und nur in sehr spezifischen Fällen, ob sie zu Recht erbracht wurde.⁴⁰ Nur ein Versicherer gab an, für Angioplastien punktuell ein weitergehendes Kontrollverfahren durchgeführt zu haben. Er überprüfte eine Besonderheit des DRG-Tarifs, der ein Anreiz für Spitäler sein könnte, Eingriffe auf mehrere Aufenthalte aufzuteilen und ihre Einnahmen damit zu optimieren.⁴¹

Im Rahmen ihrer Kontrollen müssen die Versicherer ausserdem sicherstellen, dass sich die Leistungserbringer an die vom Leistungskatalog vorgegebenen Beschränkungen halten. Die Beispiele in Bezug auf die HIFU und die Kyphoplastie zeigen, dass diese Kontrollen teils lückenhaft sind.

Rechnungskontrolle im ambulanten Bereich

Im ambulanten Bereich enthalten die medizinischen Rechnungen die Tarifpositionen, jedoch keine Angaben zur Diagnose, die zur Behandlung geführt hat. Diese Daten dürfen hingegen zeitlich unbegrenzt aufbewahrt und ausgewertet werden.

Wie im stationären Bereich nehmen die Versicherer in erster Linie formelle Kontrollen bei den Rechnungen vor (Identifikatoren und rechnerische Richtigkeit, TARMED-Nomenklatur). Beim medizinischen Material für die Angioplastien erfolgt die Überprüfung punktuell durch Einsichtnahme in die Kaufunterlagen, die den fakturierten Preis belegen.

Eine zweite Kontrollebene im ambulanten Bereich zielt darauf ab, systematische Praktiken unangemessener Abrechnung zu identifizieren. Auf der Basis ihrer eigenen Risikoanalyse oder von Rückmeldungen ihrer Versicherten wählen die Versicherer repräsentative Tarifpositionen einer bestimmten Leistung aus, beispielsweise den TARMED-Code 17.1110 für die Angioplastie. Sie nehmen Vergleiche der für diesen Code verrechneten Beträge und Tarifposition unter den Leistungserbringern vor. Diese Kontrollen sind temporär und nur sinnvoll, wenn sie bei einer grösseren Zahl von Rechnungen durchgeführt werden. Drei der fünf befragten Versicherer gaben an, diese Art der Auswertung durchzuführen, wobei die Häufigkeit stark von den verfügbaren Ressourcen für die Datenanalyse abhängig ist. Nur ein

³⁹ Die Vertrauensärzte können theoretisch selbst medizinische Untersuchungen vornehmen, was aber sehr selten vorkommt.

⁴⁰ Z. B. Prüfung der Begründung für sehr lange Spitalaufenthalte. Ab einer gewissen Länge erfolgt ein DRG-Zuschlag.

⁴¹ Nach den DRG-Regeln muss ein erneuter Spitalaufenthalt innert 18 Tagen für die gleiche DRG-Art als ein Aufenthalt gruppiert und betrachtet werden. Ab da können zwei Aufenthalte verrechnet werden. Die Kontrolle des Versicherers ergab nicht, dass dieses Risiko eingetreten war.

Versicherer gab an, eine Kontrolle der Angioplastie vorgenommen zu haben, die zu einer Intervention bei einem Leistungserbringer führte.

Schliesslich besteht eine Vereinbarung zwischen den Versicherern und der FMH, die die Kontrolle der KVG-Einkommen selbständiger Ärzte, auch Fachärzte im Bereich der drei untersuchten Fälle, an tarifsuisse delegiert. Bei der Prüfung werden Unterschiede bei den KVG-Einkommen nach Patient anhand verschiedener Kriterien und bestimmter Schwellenwerte analysiert.

Werden bei einem Leistungserbringer Abrechnungsprobleme – im stationären oder im ambulanten Bereich – festgestellt, so ziehen Versicherer angesichts der Langwierigkeit und des ungewissen Ausgangs von Gerichtsverfahren immer den aussergerichtlichen Weg vor. Betreffen die Probleme mehr als einen Leistungserbringer, wird manchmal die betreffende medizinische Fachgesellschaft hinzugezogen.

5.3 Qualitätskriterien zu allgemein definiert

Das Gesetz schreibt den Leistungserbringern vor, die Qualität ihrer Leistungen zu garantieren und die Umsetzungsmodalitäten in Verträgen mit den Versicherern zu regeln.⁴² Ein typischer Tarifvertrag zwischen rund fünfzig Versicherern und einem grossen Spital zeigt, wie diese Bestimmung heute umgesetzt wird. Zum einen wird das Spital zur Teilnahme am Indikatorensystem des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung (ANQ) verpflichtet. Damit verpflichten sich die Spitäler zur Lieferung von Daten, die einen Benchmark zur allgemeinen Qualität ihrer Dienstleistungen ermöglichen. Zum anderen wird im Tarifvertrag an die gesetzliche Pflicht zur Erbringung wirtschaftlicher Leistungen erinnert. Die einzige Bestimmung, die potenziell zur Aufdeckung problematischer Indikationen führen kann, ist die Pflicht zur Beteiligung an einem medizinischen Register (SIRIS), in dem die Patienten erfasst werden, denen eine Hüft- oder Knieprothese eingesetzt wurde.

Das Inkrafttreten der neuen Bestimmungen über die Qualitätssicherung in der Krankenversicherung im Jahr 2021 sollte eine Veränderung in diesem Bereich bringen.⁴³ Der Bundesrat erhält neue Kompetenzen zur Festlegung der Leistungsqualität, die er den Tarifpartnern vorgeben und an Sanktionen knüpfen kann.

5.4 Neue vertragliche Regelung für Leistungen der Zusatzversicherung mit noch ungewissem Ausgang

Bei ihren jüngsten Kontrollen bei Zusatzversicherern stellte die FINMA erhebliche Probleme bei der Kontrolle der Leistungsabrechnungen fest.⁴⁴ Sie forderte die Zusatzversicherer auf, den vertraglichen Rahmen der Zusatzversicherungsleistungen zu überprüfen. Mit den Leistungserbringern sollen Mechanismen eingeführt werden, die sicherstellen, dass es sich bei den verrechneten Leistungen tatsächlich um Mehrleistungen ausserhalb des KVG handelt. Da es sich um private Verträge handelt, hat die FINMA nur begrenzte rechtliche Befugnisse, kann aber Kontrollen vornehmen.

⁴² Art. 77 Abs. 1 KVV.

⁴³ KVG-Revision vom 21. Juni 2019 (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit).

⁴⁴ Medienmitteilung FINMA «Krankenzusatzversicherer: FINMA sieht Handlungsbedarf bei Leistungsabrechnungen», Bern, Dezember 2020.

Laut Auskunft der fünf befragten Versicherer sind die Verhandlungen mit den Kliniken und Spitälern zur Präzisierung der Zusatzversicherungsleistungen und zur Vereinbarung neuer Vergütungsmethoden, vorzugsweise mit Pauschalen, fortgeschritten und dürften 2021 abgeschlossen sein. Die Versicherer wiesen auf Schwierigkeiten hin, Lösungen für die Regelung von Belegärzten zu finden, die nicht immer vertraglich an die Versicherer gebunden sind.

Beurteilung

Gemäss KVG sind die Leistungserbringer verpflichtet, bei der Leistungserbringung die WZW-Kriterien zu erfüllen und die Versicherer müssen dies kontrollieren.

Die Versicherer führen zahlreiche Leistungskontrollen durch, die jedoch alle administrativer Natur sind. Der Fokus der Kontrolltätigkeit eines Versicherers liegt nicht auf der Beurteilung der Notwendigkeit einer Behandlung, sondern von deren korrekter Abrechnung. Die Versicherer überprüfen deshalb äusserst selten, ob die WZW-Kriterien eingehalten wurden.

Die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung wird aus verschiedenen Gründen nicht geprüft: Die Versicherer verfügen in der Regel nicht über genügend Informationen zu den Patienten, um dies zu tun, und nicht immer über das Fachwissen in allen medizinischen Bereichen, um sie zu beurteilen. Auch das Kosten/Nutzen-Verhältnis einer Anfechtung der Indikation (z. B. vor Gericht) und deren ungewisser Ausgang spielen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus sollte die Prüfung einer Indikation idealerweise vor der Operation stattfinden, was im Leistungskatalog selten vorgesehen ist.

Die medizinische Notwendigkeit einer Leistung sollte nicht nur durch eine Kontrolle, sondern auch präventiv durch die Definition von zu erfüllenden Qualitätskriterien beurteilt werden. Die gegenwärtig zwischen Versicherern und Spitälern in ihrer Vereinbarung festgelegte Qualitätskontrolle ist zu allgemein, um dieses Ziel zu erreichen. Die neuen KVG-Regeln, die ab 2021 gelten (neue Qualitätsbestimmungen) könnten die Situation verbessern. Allerdings ist es heute noch zu früh, um dies zu beurteilen.

6 Die spitalbeaufsichtigenden Kantone befassen sich kaum mit der Notwendigkeit der Eingriffe

6.1 Detaillierte und harmonisierte Leistungsaufträge

Die Gesundheitsversorgung im stationären Bereich organisieren die Kantone. Sie erstellen die periodische Planung nach dem Bedarf ihrer Bevölkerung und bestimmen die Einrichtungen, die zur Leistungserbringung im Rahmen der Krankenversicherung berechtigt sind. Dabei können sie Leistungen von Spitälern ausserhalb des Kantons in Anspruch nehmen.

Das Krankenversicherungsrecht schreibt den Kantonen allgemein vor, wie sie vorzugehen haben. Die ausgewählten Spitäler müssen insbesondere in der Lage sein, ihre Leistungen in ausreichender Qualität und zu angemessenen Kosten sicherzustellen. Die Kantone müssen zudem die Erreichbarkeit des Angebots gewährleisten und sich untereinander koordinieren. Die ausgewählten Spitäler erhalten einen Leistungsauftrag und stehen unter Aufsicht der Kantone.

Diese gesetzlichen Vorgaben werden durch detailliertere Empfehlungen der GDK ergänzt. Die Empfehlungen betreffen z. B. die Art und Weise, wie medizinische Leistungen im Hinblick auf die sinnvolle Zuteilung der Aufträge zu gruppieren sind,⁴⁵ und die Definition der damit verbundenen Qualitätskriterien.⁴⁶ Die Empfehlungen basieren auf einem vom Kanton Zürich entwickelten Modell.

Die Gesetzgebung erlaubt auch quantitative Begrenzungen der Spitalleistungen. Nach den Empfehlungen der GDK sind diese Begrenzungen, wenn sie zur Anwendung kommen, so umzusetzen, dass sie keine Rationierung für die Bevölkerung darstellen.

Drei der vier Kantone der Stichprobe übernehmen im Wesentlichen die Empfehlungen der GDK bei der Formulierung der Leistungsaufträge, ebenso die Qualitätskriterien.⁴⁷ Die radikale Prostatektomie ist auf Einrichtungen beschränkt, die eine Mindestzahl von Eingriffen durchführen und ein Tumorboard abhalten. Die Vertebroplastie und die Kyphoplastie zu tumoralen Frakturen dürfen nur in Einrichtungen mit einem Tumorboard durchgeführt werden. Für die Angioplastie gilt keine Beschränkung.

Über diese Aufträge können die Kantone die Spitäler verpflichten, in ihren Verfahren die Empfehlungen der Fachgesellschaften einzuhalten, sich an medizinischen Registern zu beteiligen oder die Verfügbarkeit sehr spezifischer Berufsqualifikationen in bestimmten Bereichen sicherzustellen. In den vier untersuchten Kantonen wurden für alle drei Fälle jedoch keine derartigen Anforderungen erhoben.

Im ambulanten Bereich verfügen die Kantone über eine vom Bundesrat delegierte Kompetenz (Art. 55a KVG), die Niederlassung bestimmter Ärzte, die für das KVG tätig werden wollen, von einer Bedarfsklausel abhängig zu machen. Die meisten Kantone machen davon

⁴⁵ Diese Leistungsgruppierungen erfolgen nach rein medizinischer Logik und sind nicht mit den DRG zu verwechseln.

⁴⁶ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2018). «Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung», 25.5.2018.

⁴⁷ Der Kanton Waadt hat eine andere als die von der GDK propagierte Methode zur Planung und Erstellung der Leistungsaufträge entwickelt. Er hat angekündigt, sie bei der nächsten Planung den anderen Kantonen angleichen zu wollen.

Gebrauch. Sie haben dabei grösste Ermessensfreiheit und können von den 2013 vom Bundesrat festgelegten Obergrenzen pro Fachgebiet abweichen. Der Anwendungsbereich dieser Bestimmung ist insofern begrenzt, als das Zulassungsverfahren in der Praxis nur für ausländische Ärzte gilt, die sich in der Schweiz niederlassen wollen.⁴⁸

Mit der im Juni 2020 vom Parlament beschlossenen Revision von Artikel 55a KVG wird diese Massnahme künftig effizienter. Der Spielraum der Kantone bei der Bedarfsermittlung wird reduziert, der Kreis der betroffenen Ärzte wird erweitert, wobei die erworbenen Rechte bereits niedergelassener Ärzte garantiert sind. Die Kantone haben bis 2023 Zeit, ihre Rechtsgrundlagen entsprechend anzupassen.

6.2 Die medizinische Notwendigkeit von Operationen wird selten überprüft

Die EFK hat untersucht, auf welcher Ebene die Kantone die medizinische Notwendigkeit der Leistungen von Einrichtungen prüfen, denen sie Leistungsaufträge erteilt haben. Anders als im ambulanten Bereich verfügen sie im stationären Bereich, für dessen Aufsicht sie zuständig sind, über detaillierte statistische Informationen.

Der Kanton Basel-Stadt ist in diesem Bereich der aktivste der vier analysierten Kantone. Er nimmt regelmässig vergleichende Analysen der Behandlungsraten vor. Auf dieser Basis entwickelt er punktuell Kontrollindikatoren für spezifische Leistungen. Nach einer gemeinsam mit den Spitalern durchgeführten Studie über die langfristigen Auswirkungen der Implantation von orthopädischen Prothesen auf die Patienten⁴⁹ wurden Obergrenzen für bestimmte Eingriffe festgelegt, die als zu häufig angesehen werden. Überschreitet ein Spital sein Kontingent, werden seine Indikationen überprüft. Die drei ausgewählten Eingriffe gehören jedoch nicht zu den besonders überwachten Operationen.

Der Kanton Waadt verzichtet bewusst auf eine spezifische Kontrolle der Leistungsqualität, da er quantitative Grenzen für stationäre Leistungen festlegt und die Spitalressourcen kontrolliert. Öffentliche Spitäler sind einem Globalbudget unterstellt, und nicht dringende Fälle sind für Privatspitäler kontingentiert. Dadurch werden stationäre Leistungen eingeschränkt und Verlagerungen in den ambulanten Bereich gefördert. Bei ausserhalb des Budgets oder der Kontingente durchgeführten stationären Eingriffen wird der Kantonsbeitrag reduziert oder gestrichen. Der Kanton Waadt unterstellt alle Beschaffungen von medizinischen Grossgeräten einer Bedarfsklausel.

Der Kanton Luzern nimmt eine Zwischenposition ein, indem er die Häufigkeit bestimmter Eingriffe mit online von OBSAN veröffentlichten Werten vergleicht, sich aber vor allem auf die Auswirkungen der Bestimmungen «ambulant vor stationär» konzentriert, zu deren Vorreitern er in der Schweiz gehört.

Der Kanton Bern legt keinen besonderen Fokus auf die Qualität der Indikationen. Seine Qualitätsstrategie zielt vor allem darauf ab, dass sich die Spitäler gebietsweise organisieren und die Behandlungen an bestimmten Standorten konzentrieren.

⁴⁸ Genauer gesagt für Ärzte, die nicht mindestens drei Jahre an einer Schweizer Weiterbildungsstätte praktiziert haben, vorausgesetzt natürlich, dass sie über eine anerkannte Ausbildung verfügen.

⁴⁹ Al-Deb Aref et al. (2015), Auf der letzten Meile zum Patienten, Schweizerische Ärztezeitung.

Zusammenfassend scheinen die Kantone sehr unterschiedliche Wege zu beschreiten, wenn es darum geht, die Notwendigkeit der von ihren Einrichtungen erbrachten medizinischen Leistungen zu gewährleisten. Sie reichen von Indifferenz bis zur Implementierung sehr spezifischer Überwachungsinstrumente wie etwa im Kanton Basel-Stadt. Werden Probleme festgestellt, werden als Erstes Verhandlungen mit den betroffenen Einrichtungen geführt, die zu einer Anpassung des Leistungsauftrags führen können.

Alle vier Kantone prüfen die stationären Rechnungen. Es handelt sich um eine administrative Überprüfung, bei der kontrolliert wird, ob die Leistung von einem Spital mit einem Leistungsauftrag erbracht wurde und ob die auf der Rechnung genannte DRG dem fakturierten Betrag entspricht. Die Kantone nehmen fälschlicherweise an, dass die WZW-Kontrolle durch die Versicherer vorgenommen wird. Der Kanton Basel-Stadt bildet auch hier die Ausnahme. Er hat Zugriff auf medizinische Daten bestimmter stationärer Patienten verlangt und erhalten – insbesondere zur Überprüfung von Behandlungen, für die eine Obergrenze gilt.

Beurteilung

Die Kantone spielen bei der Regulierung ihres stationären Systems eine zentrale Rolle. Über Leistungsaufträge definieren sie präventiv die Bedingungen, die die Spitäler erfüllen müssen, um Leistungen im Rahmen des KVG zu erbringen. Mit diesen Instrumenten können sie detaillierte Organisationsformen und Vorgehen unter Einhaltung medizinischer Empfehlungen vorschreiben und die Spitäler zur Erfassung von Leistungsindikatoren verpflichten. Alle diese Bestimmungen zielen darauf ab, die Qualität der medizinischen Leistungen zu gewährleisten. Die Praxis der Kantone in diesem Bereich ist recht homogen.

Im ambulanten Bereich verfügen die Kantone über die Kompetenz, die Niederlassung von Ärzten für das KVG von einer Zulassung abhängig zu machen. Diese Bestimmungen gelten aber nach wie vor für einen sehr kleinen Kreis von Ärzten.

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich stellt die EFK bei der Gesetzgebung eine positive Entwicklung fest. Im stationären Bereich müssen die Kantone bei Leistungsaufträgen an die Spitäler weitergehende Qualitätskriterien anwenden. Zudem müssen sie sicherstellen, dass unsachgemässe ökonomische Anreizsysteme beseitigt werden (siehe Kapitel 4). Im ambulanten Bereich werden die Zulassungen zur Berufsausübung auf einen grösseren Kreis von Ärzten ausgedehnt und die Kantone müssen harmonisierte Kriterien für die Bedarfsermittlung anwenden.

Die Kantone befassen sich kaum mit der medizinischen Notwendigkeit der konkret erbrachten Leistungen. Eine Ausnahme ist der Kanton Basel-Stadt, der in seinen Spitälern in bestimmten Fällen Obergrenzen für Eingriffe festlegt und Kontrollen der Indikationen vornimmt.

7 Vielfalt der Selbstregulierungsmassnahmen

7.1 Ein Flickenteppich von Massnahmen in den Spitälern

Nach Artikel 56 Absatz 1 KVG muss sich der Leistungserbringer «in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist». Wenn er dies nicht tut, drohen verschiedene Sanktionen (Art. 59 KVG). Im Rahmen dieser Evaluation wurde das Büro Infras beauftragt, die wichtigsten Anreizkontrollmechanismen in den Spitälern zu untersuchen.⁵⁰

In den Spitälern gibt es Verfahren zur Kontrolle der Qualität der medizinischen Leistungen. Die Spitalleitungen überwachen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtung auf allgemeiner Ebene, z. B. mit offiziellen Indikatorensystemen⁵¹ oder internen Systemen wie das Critical Incident Reporting. Diese Einrichtungen verfügen zum Teil über eine medizinische Leitung, die das Portfolio der im Spital vorgenommenen Eingriffe festlegt. Bei Zweifeln an der Leistungsqualität einzelner Bereiche kann sie eine Peer Review in Auftrag geben. Dieser Fall trifft aber selten ein. Die Spitalleitungen äussern sich grundsätzlich nicht zu einer besonderen medizinischen Indikation. Dafür sind die Ärzte zuständig.

Die wichtigsten Mechanismen zur Qualitätskontrolle bei Diagnosen und Behandlungen sind somit in den medizinischen Abteilungen zu finden.

Die häufigste organisatorische Massnahme besteht darin, in Schlüsselphasen Beratungen unter Fachspezialisten zu gewährleisten. Sie können in unterschiedlicher Form stattfinden (Indikationskonferenz, interdisziplinäre Fallbesprechung usw.). Diese Massnahmen wurden in den Spitälern für alle drei Eingriffsarten festgestellt.

Zum Teil wird die Beratung von den Kantonen vorgegeben, z. B. wird für die Durchführung der radikalen Prostatektomie ein Tumorboard verlangt. Der Fall wird dann in der Regel von einer Gruppe von Ärzten aus verschiedenen Fachbereichen (Radio-Onkologie, Pathologie, Onkologie, allgemeine Medizin, Spezialisten des betroffenen Organs) besprochen. Die Spitäler können bei Tumorboards zusammenarbeiten. In der Praxis variieren die Regeln für Tumorboards je nach Spital; in einigen Spitälern werden alle Fälle in Tumorboards besprochen, in anderen nur die komplexesten. Tumorboards scheinen sich etabliert zu haben. Schon 2008 erachteten zwei Drittel der Leitungen von Spitalabteilungen das Tumorboard als Standardverfahren bei Krebsfällen.⁵²

Das Ergebnis dieser Besprechungen hat weiterhin beratenden Charakter. Nach den Bestimmungen des Kantons Zürich (der oft als Referenz für die anderen Kantone dient) sind die Empfehlungen eines Tumorboards aber «in der Regel» umzusetzen.⁵³ Laut Angaben der Ärzte in den Interviews weichen sie nur selten von Entscheiden ab, die ein medizinisches Kollektiv getroffen hat.

⁵⁰ Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

⁵¹ System ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung) oder System CH-IQI (BFS).

⁵² Lehmann Kuno et al. (2008), Interdisciplinary Tumour Boards in Switzerland: quo vadis? Swiss medical weekly.

⁵³ Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2020.1; gültig ab 1. Januar 2020)

Es gibt auch weniger formalisierte Beratungen, die sich aus bestimmten Verfahren ergeben. In einer grossen interventionellen Kardiologieabteilung, wie es sie z. B. in einem Universitätsspital gibt, sind in den Operationssälen jeweils mehrere Spezialisten anwesend, welche die der Diagnosestellung zugrunde liegende Koronarografie gemeinsam auswerten.

Ausser bei Peer Reviews werden die Indikationsqualität und die Behandlungswahl nie systematisch durch eine unabhängige Stelle geprüft. Die jährlichen Prüfungen der DRG-Rechnungen beschränken sich auf die Kontrolle der Codierung der medizinischen Berichte und erstrecken sich nicht auf die Wahl der Behandlung.⁵⁴

Bei selbständigen Ärzten sind Verfahren und organisatorische Massnahmen zur Qualitätssicherung von Indikationen durch eine Beratungsphase seltener: Der Entscheid liegt eindeutig allein bei einem Arzt. Selbständige Ärzte unterliegen zwar einem entsprechenden Verfahren, wenn es der Kanton vorschreibt (Tumorboard), sind aber ansonsten völlig frei in der Entscheidung. Sie können selbstverständlich von sich aus die Meinung eines Kollegen einholen.

Neben den institutionellen Regelungen gaben die Befragten an, dass es stets eine diffusere Form der sozialen Kontrolle innerhalb und ausserhalb des Spitals gibt, die den Ruf eines Arztes (oder einer Abteilung), der systematisch fragwürdige Indikationen vorlegt, beeinträchtigen kann. Der Ruf ist entscheidend für die Zuweisung von Patienten.

7.2 Medizinische Fachgesellschaften mit ungleichem Einfluss

Durch die Organisation der Grundausbildung, der Weiterbildung und insbesondere der Erarbeitung medizinischer Empfehlungen tragen die medizinischen Fachgesellschaften zur Qualität der Diagnosen und der Leistungen bei. Im Rahmen der Definition der Übernahme-kriterien im Leistungskatalog können die medizinischen Fachgesellschaften vom Bundesrat aufgefordert werden, medizinische Leitlinien zu erarbeiten.

Eine medizinische Empfehlung steuert die Praxis lediglich, ohne sie vorzuschreiben. Ihr Ziel ist es, Unsicherheiten zu reduzieren. Die Ärzte haben immer einen gewissen Ermessensspielraum, der sich auf ihre Ausbildung und Erfahrung und die klinische Situation des Patienten stützt. Wenn die Empfehlungen nach Evidenzgrad abgestuft werden, so muss ein Arzt einen guten Grund dafür haben, eine Empfehlung mit hohem Evidenzgrad nicht zu befolgen. Klare Empfehlungen sind nützlich, um die Sorgfaltspflicht eines Arztes in einem Gerichtsverfahren zu beurteilen, reichen aber in der Regel nicht aus, um einen Kunstfehler nachzuweisen.

Nicht alle in der Schweiz verwendeten medizinische Empfehlungen erreichen das gleiche Qualitätsniveau. Sie müssen bestimmte Qualitätsstandards erfüllen.⁵⁵ Zu den wichtigsten gehören die Erklärung, dass keine Interessenkonflikte bestehen, eine transparente wissenschaftliche Grundlage und ein partizipativer Prozess. Empfehlungen, die diese Kriterien erfüllen, sind in der Fachwelt in der Regel gut akzeptiert und haben erhebliche Auswirkungen.

⁵⁴ Eidgenössische Finanzkontrolle (2014), PA 14367, Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen, Bern.

⁵⁵ Es gibt in diesem Bereich mehrere nationale und internationale Referenzsysteme, die sich aber grösstenteils überschneiden.

Im Rahmen dieser Evaluation hat das Büro Socialdesign untersucht, inwieweit die verfügbaren medizinischen Empfehlungen zu den ausgewählten Eingriffen diese Kriterien erfüllen.⁵⁶

Die EFK stellt fest, dass die medizinischen Empfehlungen von Swiss Urology zur radikalen Prostatektomie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur elektiven Angioplastie die wesentlichen Anforderungen an diese Art von Instrument erfüllen. Es handelt sich um detaillierte Empfehlungen mit transparenten Grundlagen (Finanzierung und Interessenerklärung), die auf klaren wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und regelmässig von einem breiten Expertengremium aktualisiert werden. Die klinischen Situationen werden differenziert dargestellt und die Empfehlungen sind nach unterschiedlichen Evidenzgraden abgestuft. Sie werden auf internationaler Ebene mit Beteiligung von Schweizer Experten erstellt.

Diese medizinischen Empfehlungen zur Prostatektomie und zur Angioplastie haben einen positiven Effekt auf die Tätigkeit der Ärzte (siehe Exkurs 6), während sich die Situation bei den beiden Eingriffen am Rücken ganz anders darstellt.

Exkurs 6 – Positiver Effekt bei der radikalen Prostatektomie und der Angioplastie

Die Interviews mit den Ärzten der interventionellen Kardiologie und der Urologie zeigen, dass sie sich in ihrer klinischen Praxis konsequent auf die gleichen medizinischen Empfehlungen beziehen und dass diese zur Harmonisierung der Verfahren in den Spitälern beitragen.⁵⁷ Dies scheint der ausschlaggebende Faktor zu sein, der die geringen interkantonalen Unterschiede bei den Eingriffsraten dieser beiden Behandlungen im Vergleich zu den Wirbelsäuleneingriffen erklärt (siehe Kapitel 2).

Bestimmte Auswirkungen lassen sich genauer überprüfen: Die Empfehlung, einen chirurgischen Eingriff in den letzten zehn Lebensjahren des Patienten nicht mehr vorzunehmen, hat dazu geführt, dass nur 18 (der 3041) radikalen Prostatektomien bei über 80-jährigen Patienten durchgeführt wurden.

Für die Vertebroplastie gibt es keine medizinischen Empfehlungen. Ihre Praxis beruht auf der Expertise, der Erfahrung und den individuellen Präferenzen der Ärzte.

Für die Kyphoplastie wurden 2004 von der SGS auf Verlangen des Bundesrats nationale Empfehlungen erarbeitet, die auch 2020 noch die Voraussetzungen für die Übernahme dieser Behandlung durch die Krankenkasse bilden (siehe Kapitel 4). Deutschland, das sich ebenfalls bei der Definition bestimmter Leistungen zulasten der Krankenversicherung auf medizinische Empfehlungen stützt, erachtet diese zehn Jahre nach der Erstellung als veraltet und lässt sie überprüfen.⁵⁸ Mittlerweile wurde von den zuständigen Fachgesellschaften aber ein Verfahren zur Revision der Empfehlungen zur Kyphoplastie eingeleitet.

Obwohl sie fachspezifisch und detailliert sind, enthalten die Empfehlungen für die Kyphoplastie keine Angaben zu den Voraussetzungen ihrer Erstellung und den wissenschaftlichen Grundlagen, auf die sie sich beziehen. Sie weisen auch keine Abstufung nach Evidenzgrad

⁵⁶ Socialdesign (2020), Evaluation der Rolle der medizinischen Fachgesellschaften hinsichtlich Erarbeitung und Diffusion medizinischer Guidelines, Bern.

⁵⁷ Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

⁵⁸ Socialdesign (2020), Evaluation der Rolle der medizinischen Fachgesellschaften hinsichtlich Erarbeitung und Diffusion medizinischer Guidelines, Bern.

auf. Die Meinung der befragten Operateure zu ihrem Nutzen sind geteilt: Einige sprechen ihnen einen gewissen praktischen Nutzen zu, andere wissen nicht einmal, dass es sie gibt.

Eine Besonderheit der Vertebroplastie und der Kyphoplastie ist, dass sie von Spezialisten aus drei medizinischen Fachgebieten durchgeführt werden (orthopädische Chirurgie, Neurochirurgie und interventionelle Radiologie), deren Ansätze unterschiedlich sein können.⁵⁹ Die Interviews haben gezeigt, dass die Ärzte dazu neigen, weniger harmonisierte Beurteilungskriterien zu entwickeln, die sich auf ihre klinische Erfahrung und verschiedene wissenschaftliche Quellen stützen, auch wenn immer die Schmerzen den Hauptgrund für den Eingriff darstellen. Diese Regeln können eine bestimmte Praxis auf Spital- und Klinikebene kodifizieren und zur Bildung von «Schulen» führen, wie dies im Kanton Bern für die Vertebroplastie der Fall zu sein scheint.⁶⁰ Bern ist der Kanton mit der höchsten Eingriffsrate in diesem Bereich.

Einige medizinische Fachgesellschaften führen auf nationaler Ebene medizinische Register. Swiss Urology hat 2019 ein medizinisches Register der Krebsbehandlung in der Urologie eingeführt, das auch die radikale Prostatektomie umfasst. Diese Register erfassen so detaillierte Daten wie Diagnose, Behandlung und Entwicklung des Gesundheitszustands des Patienten. Sie haben primär die Funktion, die medizinische Wissenschaft zu verbessern. Sie könnten potenziell für eine Konformitätsprüfung der Indikationen bei den Leistungserbringern verwendet werden, was die Rahmenbedingungen (freiwillige Teilnahme, Anonymität, private Finanzierung) jedoch nicht zulassen. Sie könnten aber dazu verwendet werden, die Verbreitung bestimmter Therapien wie z. B. die aktive Überwachung zu verfolgen.

Beurteilung

Beratungsprozesse bei Indikationsentscheiden in den Spitälern sind mit einer Kontrolle nach dem Vier-Augen-Prinzip vergleichbar. Es ist eine – teils von den Kantonen vorgeschriebene – Selbstregulierungsmassnahme, die das Risiko unnötiger Leistungen effizient reduzieren kann.

Die medizinische Tätigkeit ist schweizweit homogener, wenn qualitativ hochstehende Empfehlungen vorliegen. Aus Sicht der EFK sollte sich der Leistungskatalog deshalb nur auf qualitativ hochstehende medizinische Empfehlungen stützen, wenn er sich für die Regulierung einer Leistung im KVG darauf bezieht. Die Situation bei der Kyphoplastie zeugt von Defiziten in diesem Bereich. Empfehlung 6 zum Leistungskatalog ist eine direkte Folge dieser Beurteilung.

⁵⁹ Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

⁶⁰ Ebd.

8 Die Rolle des Patienten bei der Entscheidung

8.1 Die Patienten entscheiden, sind aber von den Ärzten abhängig

Grundsätzlich wird dem Patienten zum Zeitpunkt des Behandlungsentscheids immer eine detaillierte schriftliche Information abgegeben. Doch wie ist der Informationsstand der Patienten wirklich, und welche Stellung nehmen sie hinsichtlich der Entscheidung ein?

Die EFK führte elf Interviews mit Patienten, bei denen eine Prostatakrebsbehandlung erfolgte. Bei zehn Patienten wurde eine radikale Prostatektomie vorgenommen, bei einem Patienten wurde die aktive Überwachung gewählt. Die befragten Patienten waren zum Zeitpunkt der Diagnose durchschnittlich 62 Jahre alt. Bei den Operierten fand der Eingriff einige Monate nach der Entdeckung der Krankheit statt. Sechs Patienten waren halbprivat oder privat versichert. Der Ausbildungsgrad der Patienten war relativ hoch.

In den meisten Fällen scheint die Diagnose den wichtigsten Etappen zu entsprechen, die in den in der Schweiz anerkannten Empfehlungen der European Association of Urology definiert sind.⁶¹ Die Bestätigung, Krebs zu haben, war für alle ein sehr grosser Schock, auch wenn sie «darauf vorbereitet» waren. Die meisten Patienten gaben an, von ihrem Urologen verständliche und ausreichende Informationen erhalten zu haben. Die therapeutischen Möglichkeiten wurden schon zum Zeitpunkt der Diagnose besprochen und im Detail mit ihren möglichen Nebenwirkungen aufgezeigt.

Vor jedem elektiven Eingriff müssen die Patienten schriftlich ihr Einverständnis erklären. Sie erhalten eine Dokumentation zur Operation, der sie sich unterziehen. Die Art der Dokumentation kann von Spital zu Spital stark variieren.⁶²

Die Patienten fühlten sich rückblickend stark in den Therapieentscheid einbezogen. Dennoch schrieben sie dem Arzt eine Hauptrolle bei ihrer Wahl zu, was mit der asymmetrischen Arzt-Patient-Situation zu tun hat. Wie wichtig es ist, in dieser Phase absolutes Vertrauen in die Kompetenzen des Arztes zu haben, zeigt der Umstand, dass zwei Patienten zum Zeitpunkt ihrer Behandlung den Spezialisten gewechselt haben und die Hälfte eine Zweitmeinung eingeholt hat. Die Patienten sagten, sie seien zwar beeinflusst worden, hatten jedoch nicht das Gefühl, von ihrem Arzt manipuliert worden zu sein. Diese Beobachtung deckt sich mit neueren Studien, wonach alle Patienten mehr Informationen über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten wünschen, aber nur ein Teil von ihnen an der Entscheidungsfindung teilhaben möchte.⁶³ Die Patienten hatten auch nicht das Gefühl, dass ihre Versicherungsdeckung die vorgeschlagenen Therapien beeinflusst hat.

Bei fast der Hälfte der Patienten wurde die aktive Überwachung als Therapiealternative vorgeschlagen, in vier von fünf Fällen wurde sie aber abgelehnt. Diese Wahl wird im Rückblick mit der Angst vor dem Leben mit Krebs im Alltag, seines drohenden Fortschreitens

⁶¹ Mottet Nicolas et al. (2017), EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent, Eur. Urol.

⁶² Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

⁶³ Gerber Michelle et al. (2016), Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem, Schweizerische Ärztezeitung.

und der Belastung durch die medizinische Überwachung begründet.⁶⁴ Diese psychologischen Gründe sind ausreichend, um einen chirurgischen Eingriff nach den in der Schweiz anerkannten medizinischen Empfehlungen zu rechtfertigen.⁶⁵

Nach Meinung der befragten Ärzte ist die Entscheidung für die aktive Überwachung keine Ausnahme. Sie hat in den letzten Jahren sogar an Bedeutung gewonnen.⁶⁶ Die wissenschaftliche Literatur zeigt, dass Patienten, die sich einmal dafür entschieden haben, in der Regel dabei bleiben. Ein Austritt aus dem Behandlungsprotokoll erfolgt meist nur aus medizinischen Gründen.⁶⁷ Die Motivation eines Patienten, der die aktive Überwachung wählt, ändert sich somit wenig im Lauf der Zeit. Eine systematische Überprüfung der aktiven Überwachung auf internationaler Ebene hat jedoch klinische Unterschiede bei der Wahl der Patienten, der Betreuung und den Austrittskriterien ergeben. Die Autoren gehen davon aus, dass diese Unterschiede mit präziseren medizinischen Empfehlungen in diesem Bereich reduziert werden können.⁶⁸

Die positive Bilanz aus diesen Interviews, die eine Annäherung an ein «Shared-Decision»-Modell mit kollektiver Entscheidung zeigen, darf nicht verallgemeinert werden. Die befragten Patienten waren mittleren Alters und gehörten alle einer eher hohen sozioprofessionellen Kategorie an. Sie waren in der Lage, sich zu informieren, und ihrem Urologen die relevanten Fragen zu stellen. Auch die Art der Pathologie spielt eine Rolle. Das lokalisierte Prostatakarzinom, das langsam fortschreitet und keine Schmerzen verursacht, lässt dem Patienten genug Zeit, seinen Entscheid reiflich zu überlegen. Im Gegensatz dazu muss sich eine ältere Frau, die einen Wirbelbruch erlitten hat und starke Schmerzen hat, gleich bei ihrem ersten Treffen mit dem Operateur für eine Kyphoplastie entscheiden.

In jedem Fall spielt der Arzt bei der Art und Weise, wie er den Patienten zum Therapieentscheid begleitet, eine zentrale Rolle. Studien zufolge, z. B. zur interventionellen Kardiologie in den USA, war die grosse Mehrheit der Patienten, bei denen eine Angioplastie vorgenommen wurde, zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung nicht vollständig über Nutzen und Risiken der Therapie informiert.⁶⁹

8.2 Zweitmeinung: eine wichtige Massnahme mit wenig bekannten Auswirkungen

Eine Zweitmeinung ist eine Massnahme, die zu einer besseren Qualität der Indikation führt und das Risiko unnötiger Leistungen verringert. Der Vorteil für die Patienten besteht darin, ihre Sicherheit bei der Wahl einer Therapie zu erhöhen, indem sie die Meinung eines Arztes

⁶⁴ Sie besteht aus einer Bestätigungsbiopsie innert zwölf Monaten und regelmässigen PSA-Tests. Die Häufigkeit späterer Biopsien hängt von der Entwicklung des PSA-Werts ab. Auch diejenigen, die eine radikale Prostatektomie hatten, werden wie alle, die wegen Krebs behandelt wurden, medizinisch überwacht, jedoch ohne Biopsie.

⁶⁵ European Association of Urology (2021), Guidelines Prostate Cancer, <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.

⁶⁶ In diesem Bereich liegen keine Zahlen vor. Das könnte sich mit der Umsetzung des medizinischen Registers der Krebsbehandlung in der Urologie ändern (siehe Kapitel 7.2).

⁶⁷ Bruinsma Sophie M. und Lying Zhang (2018), The Movember Foundation's GAP3 cohort: a profile of the largest global prostate cancer active surveillance database to date, BJUI International.

⁶⁸ Kinsella Netty et al. (2018), Active surveillance for prostate cancer: a systematic review of contemporary worldwide practices, Transl Androl Urol.

⁶⁹ Klemperer David (2019), Überversorgung und Unterversorgung. Immer Mehr, immer besser, Hogrefe, Bern.

einholen, der insofern kein direktes finanzielles Interesse hat, als nicht er die Operation durchführen würde.

Die Zweitmeinung ist für den Patienten nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden⁷⁰, es besteht im KVG aber auch kein besonderer Anreiz, diese Möglichkeit zu nutzen. Die im Gesetz vorgesehenen alternativen Versicherungsmodelle «belohnen» ihre Nutzung nicht (z. B. in Form einer Prämienreduktion).

Hinsichtlich der Rolle der Zweitmeinung bei der Entscheidungsfindung der Patienten in der Schweiz kam die Evaluation zu keinem eindeutigen Schluss. Grundsätzlich unterscheidet das KVG nicht zwischen einer medizinischen Konsultation für eine Zweitmeinung und einer «normalen» Konsultation. Es kann aber vorkommen, dass Versicherer, wenn sie erkennen, dass es sich um eine Konsultation für eine Zweitmeinung handelt, in bestimmten Fällen die Übernahme wegen Nichteinhaltung der WZW-Kriterien verweigern. Anhand der Verwaltungsdaten lassen sich weder die Häufigkeit noch die medizinischen oder finanziellen Folgen der Zweitmeinung eruieren.

Die Interviews mit Ärzten und Patienten ergaben ein durchzogenes Bild. Die Hälfte der im Rahmen ihrer Prostatakrebsbehandlung befragten Patienten gab an, eine Zweitmeinung eingeholt zu haben. Die Haltung der Ärzte ist gemischt: Einige ermutigen ihre Patienten ausdrücklich, eine Zweitmeinung einzuholen, und unterstützen sie dabei, andere weisen nicht darauf hin. Einige gaben an, sie würden regelmässig für eine Zweitmeinung konsultiert, andere sehr selten.

Die Mehrheit der befragten Versicherer verfügt über Mechanismen, die den Zugang der Versicherten zu einer Zweitmeinung erleichtern. Dies kann über einen Vertrauensarzt der Versicherung oder die Bereitstellung eines unabhängigen Facharztes erfolgen. Ein Versicherer gab an – unter sehr besonderen Umständen, die nicht die drei Fälle betreffen – aktiv Formen des medizinischen Coachings anzubieten. Diese Produkte sind teils Privatversicherten vorbehalten. Ungeachtet ihrer Form sind sie im Allgemeinen fakultativ und scheinen bei den Versicherten nicht sehr beliebt zu sein. Ein gewisses Misstrauen gegenüber den von den Versicherern angebotenen Systemen der Zweitmeinung hat sich auch in den Interviews mit den Patienten bestätigt.

Beurteilung

Die Interviews mit einer qualitativen Stichprobe von Patienten mit einem lokalisierten Prostatakarzinom zeigen, dass der Informationsstand der Patienten zum Zeitpunkt der Wahl der Behandlung zufriedenstellend ist. Die Situationen nähern sich dem «Shared-Decision»-Modell an, bei dem die Patienten vollständig und ehrlich informiert werden. Sie treffen eine aufgeklärte Entscheidung. Die Ärzte spielen bei dieser Entscheidung aber weiterhin eine Hauptrolle. Diese positive Bilanz – ein informierter Patient, der aufgrund seiner Präferenzen entscheiden kann, ohne für ärztliche Manipulation empfänglich zu sein – kann aber nicht ohne Weiteres über diese Stichprobe hinaus gelten. Die medizinische Zweitmeinung ist aus Sicht der EFK eine Massnahme, die die Abhängigkeit vom Arzt verringern kann: Der Patient kann die Meinung eines Facharztes einholen, der kein direktes finanzielles Interesse an der Behandlung hat. Im KVG hat die Zweitmeinung keinen besonderen Stellenwert. Die diesbezüglichen Systeme der Krankenkassen stossen bei den Versicherten auf Misstrauen. Um

⁷⁰ Es sei denn, die Franchise und der Selbstbehalt sind noch nicht erreicht.

hier Abhilfe zu schaffen, muss die gegenwärtige Lage einer Analyse unterzogen werden, was im Rahmen des BAG-Programms Ressortforschung und Evaluation geschehen könnte.

Andere in diesem Bericht behandelte Aspekte sollten ebenfalls in dieses Programm aufgenommen werden:

- In Anbetracht von Empfehlung 3 (siehe Kapitel 3.3) zu mehr Transparenz bei den Kosten des Einwegmaterials und der Implantate im ambulanten Bereich sollte im Rahmen einer Evaluation untersucht werden, ob die Leistungserbringer ihren Verhandlungsspielraum im Hinblick auf eine Kostendämpfung ausreichend nutzen.
- Wie in Kapitel 3.5 angesprochen, braucht es mehr Wissen über Praktiken von Spitälern zur Selektion der lukrativsten Patienten.
- Eine wichtige Massnahme zur Kostendämpfung im KVG wird letztlich davon abhängen, wie gut die Kantone die neue KVV-Bestimmung zur Beseitigung unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme in den Spitälern umsetzen (siehe Kapitel 3.5).

Empfehlung 8 (Priorität 1)

Die EFK empfiehlt dem BAG, im Rahmen des KVG die folgenden Themen in sein Programm Ressortforschung und Evaluation aufzunehmen:

- a. Beitrag der Zweitmeinung im Hinblick auf die Kostendämpfung und andere Massnahmen, die den Patienten bei schwierigen Entscheidungen stärken
- b. Kostensenkung bei der Beschaffung von Einwegmaterial und Implantaten im ambulanten Bereich
- c. Mechanismen zur Selektion der lukrativsten Patienten in den Spitälern
- d. Umsetzung von Artikel 58f Absatz 7 KVV zur Beseitigung unsachgemässer ökonomischer Anreizsysteme.

Stellungnahme des BAG

Das BAG sieht grundsätzlich in den einzelnen Projekten vor, die entsprechenden Entwicklungen auch mit Ressortforschungsmandaten zu begleiten. Die spezifischen Fragestellungen hängen dabei von den Zeitplänen in den Projekten ab.

Zu 8a

Die Förderung der medizinischen Zweitmeinung wird im Rahmen des Projekts zur «Förderung der angemessenen Versorgung» angegangen.

Zu 8b

Eine Evaluation in diesem Bereich ist derzeit nicht möglich, allenfalls kann dies zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, vgl. dazu Kommentar zur Empfehlung 3.

Zu 8c

Die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Spitäler sind im Rahmen der durch den Kanton erteilten Leistungsaufträge und der daraus folgenden Aufnahmespflicht gemäss Artikel 41a KVG verpflichtet, im Rahmen ihrer Kapazitäten versicherte Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen. Auch wenn sich beispielsweise einzelne Spitäler auf gewisse Eingriffe spezialisieren, so hat die Zusammenstellung oder Auswahl des Patientengutes stets unter Einhaltung der Aufnahmespflicht zu erfolgen. Die Aufnahmespflicht dient der

Sicherstellung einer spitalplanungskonformen Gesundheitsversorgung, welche nicht durch Aufnahmeverweigerungen unterlaufen werden soll.

Die Erarbeitung von Tarifstrukturen, welche die Kosten der einzelnen Fälle gut abbildet, Über- oder Untervergütungen verhindert und somit die Anreize zur Patientenselektion minimiert, ist primär Aufgabe der Tarifpartner. Das BAG achtet als für die Genehmigung der Tarifverträge zuständiges Fachamt bei der Prüfung der Tarifstrukturen auf eine gute Abbildungsqualität resp. deren stete Verbesserung um tarifstrukturbedingte Anreize für eine Patientenselektion zu minimieren. Darüber hinaus untersucht das BAG regelmässig die Wirkungen der Anwendung des KVG. Dazu können auch Anreize zur Patientenselektion zählen, welche von den Tarifstrukturen oder von der Schnittstelle zu Zusatzversicherungen ausgehen.

Ebenfalls ein Anreiz für eine Patientenselektion stellen überhöhte Vergütungen durch die Zusatzversicherungen dar. Sofern es sich um Leistungen gemäss KVG handelt, übernimmt die OKP einen sog. Sockelbeitrag gemäss den genehmigten Tarifen. Führt das Anreizsystem dazu, dass die erbrachte Leistung aus medizinischer Sicht unbegründet erfolgte, so fehlen aus Sicht des KVG auch die WZW-Kriterien für diese Leistung resp. den zu leistenden Beitrag. Wie in einem solchen Fall das Verhältnis zwischen Grund- und Zusatzversicherer zu beurteilen ist, ist jedoch nicht restlos geklärt. Da es sich jedoch um Leistungen der Zusatzversicherung handelt, liegt der Ball hier in erster Linie bei der FINMA sowie allenfalls dem Preisüberwacher, welche beide in dieser Sache bereits aktiv geworden sind.

Das BAG prüft, inwiefern die Thematik der Patientenselektion unter Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen in ein Forschungs- oder Evaluationsverfahren aufgenommen werden kann.

Zu 8d

Das BAG als das für die Überwachung des Vollzuges des KVG zuständige Fachamt sieht es als Teil seiner Aufgabe, die Wirkung verordneter Massnahmen wie beispielsweise das Verbot für Anreizsysteme zur Mengenausweitung zu überprüfen. Allerdings gilt es zu beachten, dass die Kantone nach Inkrafttreten vier Jahre Zeit haben dürften, ihre Spitalisten anzupassen. Eine Evaluation ist daher erst nach Ablauf dieser Frist ab dem voraussichtlichen Inkrafttreten am 1. Januar 2022 sinnvoll.

9 Schlussfolgerungen und Beantwortung der Fragen

9.1 Können finanzielle Anreize zu chirurgischen Eingriffen führen, die die WZW-Kriterien nicht erfüllen?

Die Evaluation hat ergeben, dass die Krankenversicherung Anreize schafft, die zu unnötigen Eingriffen führen können.

Ein hohes Risiko stellt die Deckung der Zusatzversicherungen dar. Wie stark dieser Anreiz ist, lässt sich an den Auswirkungen auf die Vergütung der Ärzte ablesen, die für die Indikationsstellung verantwortlich sind. Für die gleiche Behandlung wurden unterschiedliche Vergütungen bis zum Vierfachen festgestellt, je nachdem, ob sie an allgemeinversicherten oder Zusatzversicherten Patientinnen und Patienten vorgenommen werden.

Weitere Anreizmechanismen können zu unnötigen Eingriffen führen, insbesondere die Pauschalentschädigung für stationäre Leistungen oder die vom Kanton aus Qualitätsgründen vorgegebene Mindestfallzahlen für Eingriffe. Mit einer von den Kantonen beabsichtigten Ausweitung dieser Bedingungen steigt das Risiko für unnötige Eingriffe. Aus Sicht der EFK sollten die Wirkungen der verschiedenen Mechanismen genauer untersucht werden.

Der Bundesrat wird zur Bekämpfung von Fehlanreizen im Rahmen einer Verordnungsänderung, die 2021 in Kraft treten soll, die Kantone verpflichten, über die Leistungsaufträge «unsachgemässe ökonomische Anreizsysteme» in den Spitälern zu verbieten. Die EFK begrüsst diese Massnahme. Sie empfiehlt aber dem BAG, diese Absicht zu konkretisieren und die Umsetzung durch die Kantone zu evaluieren.

Im ambulanten Bereich bringt die Evaluation eine stossende Situation bei der Verrechnung von Verbrauchsmaterial und Implantaten ans Licht. Fehlende positive Anreize in Verbindung mit der garantierten Erstattung des Einkaufspreises durch das KVG führen dazu, dass nicht alle Leistungserbringer interessante Preise aushandeln. Die mangelnde Transparenz in diesem Bereich behindert aus Sicht der EFK die Überwachung der Auswirkungen der Empfehlungen des Preisüberwachers.

9.2 Sind die staatlichen Rahmenbedingungen und die von den Krankenversicherern ausgeübte Aufsicht ausreichend, um Eingriffe zu verhindern, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen?

Die Evaluation zeigt, dass der Bund und die Kantone bei der Vermeidung unnötiger Operationen eine schwache Rolle spielen und dass die Versicherer selten in der Lage sind, die Qualität der Indikationen zu kontrollieren.

Der Bund hat die Kompetenz, die Erstattung neuer oder umstrittener Leistungen auszuschliessen oder einzuschränken, wenn sie die WZW-Kriterien nicht erfüllen. In diesem Bereich ist eine sehr geringe Zahl an medizinischen Diagnose- und Therapieleistungen geregelt.

Die Rolle der Versicherer besteht darin, im Rahmen des allgemeinen Vertrauensprinzips zu prüfen, ob die erbrachten Leistungen gesetzeskonform sind und die WZW-Kriterien erfüllen. Die Kontrollen sind zahlreich und im Wesentlichen administrativer Art. Sie zielen hauptsächlich auf die Richtigkeit der Codierung und der Abrechnung ab und prüfen nur in Ausnahmefällen, ob die Indikation den WZW-Kriterien entspricht. Zudem stellt die EFK Mängel bei der Kontrolle der Regeln des Leistungskatalogs durch die Versicherer und die Leistungserbringer fest.

Die Kantone spielen bei der Gestaltung ihres Gesundheitssystems und insbesondere ihrer Spitäler eine zentrale Rolle. Über Leistungsaufträge passen sie das Angebot dem Bedarf an, legen gewisse interne Verfahren teils detailliert fest oder verlangen die Einhaltung medizinischer Leitlinien. Die Kantone verfolgen unterschiedliche Strategien, wenn es um die Beurteilung der Notwendigkeit medizinischer Leistungen geht. Einige interessieren sich für die Qualität bestimmter in ihren Spitälern erbrachten Leistungen, die sie als kritisch erachten, andere kümmern sich überhaupt nicht darum. In den meisten Fällen überlassen sie diesen Aspekt den Versicherern, die jedoch nicht in der Lage sind, diese Kontrolle vorzunehmen.

In Anbetracht dessen ist das System, das Bund, Krankenversicherer und Kantone einbezieht, nicht in der Lage, in angemessener Weise zu gewährleisten, dass der Krankenversicherung nur Leistungen fakturiert werden, die wirklich notwendig sind. Die Identifikation problematischer Leistungen und die Kontrollen müssen verbessert werden.

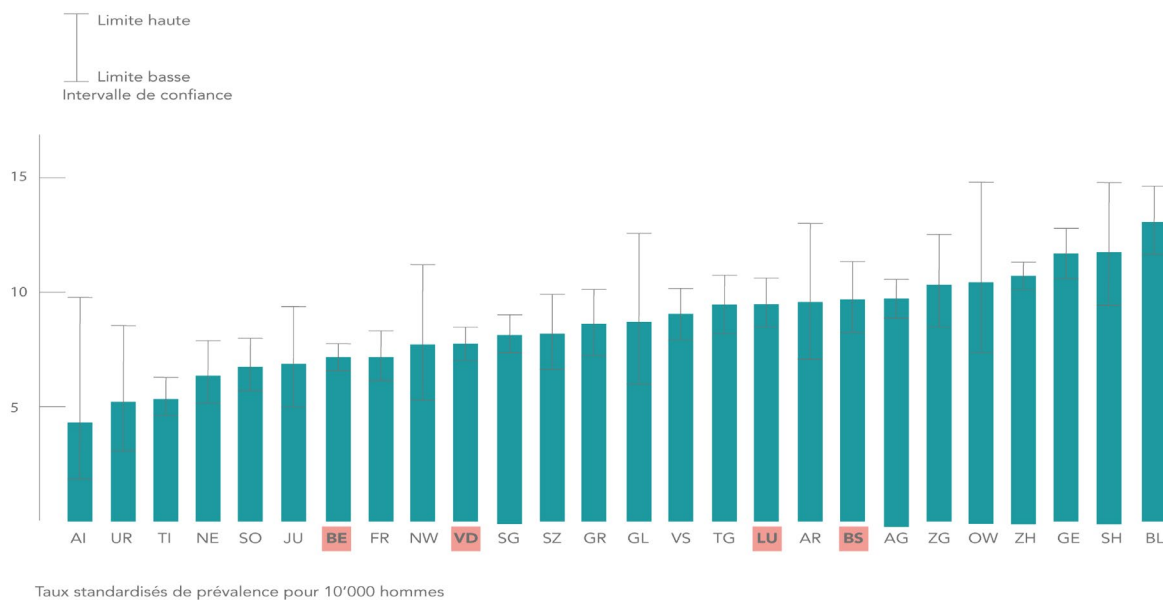
9.3 Ist die medizinische Selbstregulierung ausreichend, um Eingriffe zu verhindern, die nicht die WZW-Kriterien erfüllen?

Die Spitäler haben Systeme zur Qualitätssicherung der Indikationen eingerichtet, meist über Beratungsverfahren unter Ärzten. Diese Mechanismen sollen eine teils multidisziplinäre Prüfung der Patientendossiers nach dem Vier-Augen-Prinzip sicherstellen. Solche Massnahmen können das Risiko unnötiger Leistungen verringern. Sie sollten systematischer umgesetzt werden, vor allem, wenn signifikante Unterschiede in der medizinischen Praxis unter den Kantonen festgestellt werden.

Auch die Qualität der Informationen, die die Patienten erhalten, kann das Risiko unnötiger Leistungen verringern. Die im Rahmen der Evaluation befragten Patienten bestätigen, dass sie bei der Wahl der Behandlung von ihrem Arzt umfassend und eher neutral informiert wurden. Der Einfluss ihres Arztes war ihren Aussagen zufolge dennoch stark. Die Möglichkeit, eine medizinische Zweitmeinung einzuholen, könnte eine wichtige Massnahme zur Vermeidung unnötiger Behandlungen sein. Über die Auswirkungen der Zweitmeinung ist jedoch wenig bekannt, sie sollten untersucht werden, bevor eine systematischere Anwendung in der Krankenversicherung in Erwägung gezogen wird.

Durch die Erstellung und Verbreitung medizinischer Empfehlungen tragen die Fachgesellschaften zur Harmonisierung der medizinischen Praxis in der Schweiz bei. Die Wirkung dieser Leitlinien hängt von ihrer Qualität ab und davon, wie stark die Operateure sie befolgen. Der Verweis auf die Leitlinien im Leistungskatalog muss diesen Kriterien besser Rechnung tragen.

Anhang 1: Regionale Unterschiede bei den Fällen

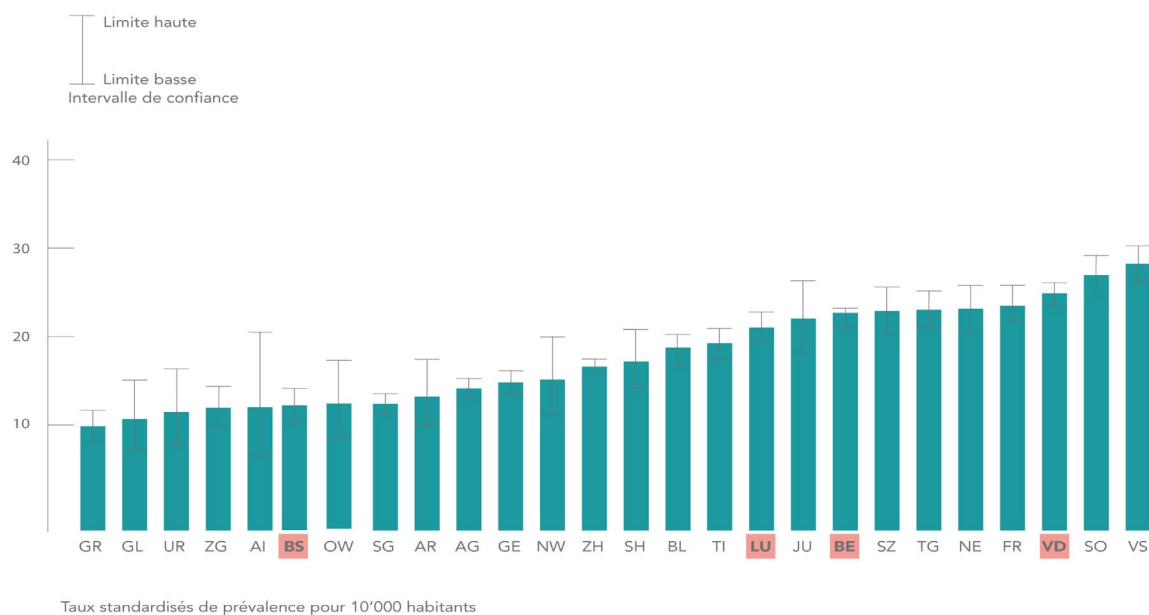


Graphique A1 : Prévalence de la prostatectomie radicale en 2017, calculs CDF.

Source et critères de sélection des interventions

Source : Statistique médicale des hôpitaux 2017

Stationnaire : CHOP 60.5X.00, 60.5X.10, 60.5X.20, 60.5X.30, 60.5X.99 sur une des six premières positions des traitements, et sexe masculin



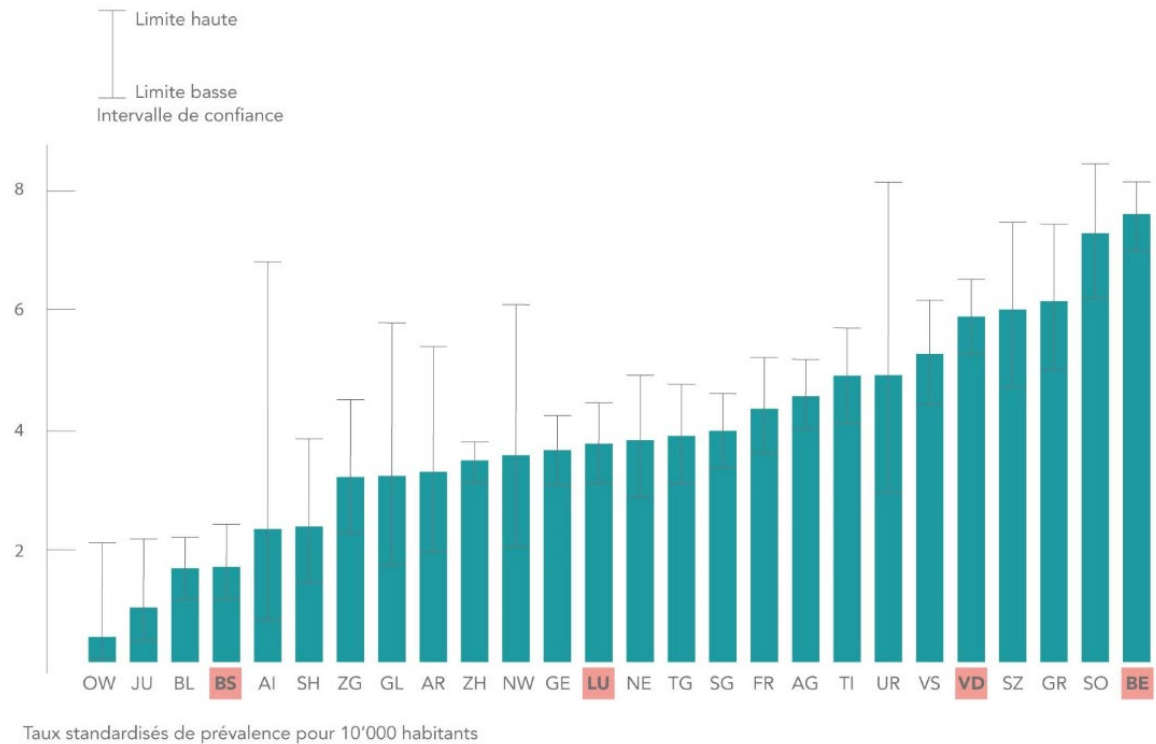
Graphique A2 : Prévalence de l'angioplastie élective en 2017, calculs CDF.

Source et critères de sélection des interventions

Source : Statistique médicale des hôpitaux et tarifpool 2017

Stationnaire : au moins un code CHOP 00.66.00, 00.66.10, 00.66.20, 00.66.21, 00.66.22, 00.66.29, 00.66.30, 00.66.32, 00.66.33, 00.66.35, 00.66.36, 00.66.99 sur une des six premières positions de traitement et prise en charge indiquée comme « Elective »

Ambulatoire : Position Tarmed 17.1110



Graphique A3 : Prévalence de la vertébroplastie et cyphoplastie en 2017, calculs CDF.

Source et critères de sélection des interventions

Source : Statistique médicale des hôpitaux 2017

Sélection des interventions de cyphoplastie et de vertébroplastie :

Au moins un code CHOP 81.65.00, 81.65.10, 81.65.11, 81.65.12, 81.65.13, 81.65.99, 81.66.00, 81.66.10, 81.66.11, 81.66.12, 81.66.13, 81.66.99 sur une des six premières positions des traitements

Anhang 2: Detaillierte Beschreibung der ausgewählten Behandlungen

Fall 1: Elektive Koronarangioplastie (PCI)

Herz-Kreislauf-Krankheiten sind die häufigste Todesursache in der Schweiz. Sie sind in der Regel symptomatisch (Schmerzen im Brustkorb, Angina pectoris) und werden durch Koronarschlüsse verursacht, die die Blutversorgung des Herzens einschränken.

Der in dieser Evaluation betrachtete Fall bezieht sich auf eine stabile koronare Herzkrankheit. Notfallmässige Behandlungen nach einem Myokardinfarkt gehören nicht dazu.

Die bevorzugte Behandlung bei stabiler koronarer Herzkrankheit ist die medikamentöse Therapie. Spricht der Patient auf diese Behandlung nicht an, ist der Verschluss gross und verursacht eine deutliche Verringerung des Blutdurchflusses, wird eine perkutane transluminale Koronarangioplastie (englische Abkürzung PCI) ins Auge gefasst. Dabei wird die Verengung mit einem Ballon erweitert. In der Regel werden ein oder mehrere chemische Stents gesetzt, um ein erneutes Auftreten zu verhindern. Der Eingriff erfolgt mittels eines Katheters. Er wird in der Schweiz stationär oder ambulant durchgeführt.

Die Diagnosestellung einer Koronarerkrankung erfordert eine Reihe nicht invasiver Tests wie das Elektrokardiogramm oder die medizinische Bildgebung. Kann die Diagnose in diesem Stadium nicht sichergestellt werden, wird eine Koronarographie durchgeführt, bei der die Gefässe mit einem Katheter dargestellt und Messungen des Blutflusses vorgenommen werden. Ist die Indikation klar, wird die PCI sofort vorgenommen.⁷¹

Sowohl zu den diagnostischen Etappen als auch zu den Kriterien für die Durchführung einer Angioplastie (z. B. Stärke der Verengung und der Ischämie⁷²) gibt es detaillierte, international erarbeitete medizinische Empfehlungen.⁷³

Fall 2: Radikale Prostatektomie

Prostatakrebs ist eine asymptomatische Krankheit, die selten vor dem 55. Altersjahr diagnostiziert wird. Ihre Häufigkeit und ihr sehr langsames Fortschreiten führen dazu, dass ein Grossteil der Männer nicht an, sondern mit Prostatakrebs stirbt.

Es gibt kein systematisches Screening in der Schweiz. Der Test wird aber zwischen 50 und 75-80 Jahren (bei familiärer Disposition ab 45 Jahren) empfohlen. Das Screening erfolgt mittels PSA-Test (Prostate-Specific Antigen).

Die radikale Prostatektomie ist die Standardbehandlung für lokal begrenzten Krebs mit geringem Risiko. Sie besteht in der chirurgischen Entfernung des gesamten vom Krebs befallenen Organs und teils seiner Umgebung. In fast 65 % der Fälle wird der Eingriff roboterassistiert durchgeführt. Die häufigste unerwünschte Nebenwirkung einer radikalen

⁷¹ Der Patient wird vom Kardiologen auf diese Möglichkeit vorbereitet, gibt vorher das Einverständnis und nimmt die notwendigen Medikamente vorbeugend ein. Voraussetzung ist, dass der körperliche Zustand des Patienten den Eingriff zulassen.

⁷² Ischämie ist das Mass der verringerten Durchblutung des Herzens.

⁷³ Neumann Franz-Joseph et al. (2019), 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization, European society of Cardiology, European Heart Journal.

Prostatektomie ist, abhängig von der Krankheit und vom Alter des Patienten, die erektile Dysfunktion.

Die Strahlentherapie (Radiotherapie) ist eine Alternative, wenn eine kurative Behandlung in Betracht kommt und der Patient keinen chirurgischen Eingriff wünscht. Einige Spitäler bieten auch die gezielte Entfernung von Krebszellen durch Ultraschall (HIFU) an. Diese Technik wird gegenwärtig nicht vom KVG übernommen.

Eine Alternative ist die *aktive Überwachung*. Mit dieser Massnahme soll ein chirurgischer Eingriff um mehrere Jahre hinausgezögert oder *vermieden* werden. Bei jeder Behandlungsform wird der Patient medizinisch überwacht, um das Fortschreiten der Krankheit zu kontrollieren.

Bei einem Patienten mit einem Prostatakrebs mit geringem Risiko und einer begrenzten Lebenserwartung (Komorbiditäten, fortgeschrittenes Alter) wird empfohlen, auf die Behandlungen und die Einschränkungen der aktiven Überwachung zu verzichten. Der Patient wird dann auf weniger belastende Weise medizinisch begleitet («abwartendes Beobachten»).

Sowohl zu den diagnostischen Etappen als auch (zu) den Kriterien für die Indikation einer radikalen Prostatektomie gibt es detaillierte, international erarbeitete medizinische Empfehlungen.⁷⁴

Fall 3: Kyphoplastie und Vertebroplastie

Wirbelkompressionsfrakturen können starke Schmerzen verursachen. Sie können zu Verformungen der Wirbelsäule führen. Diese Frakturen sind in den meisten Fällen die Folgen einer Osteoporose und betreffen hauptsächlich ältere Frauen. Sie können aber auch die Folge von Krebs oder eines Unfalls sein.

Die Vertebroplastie und die Kyphoplastie sind minimalinvasive Eingriffe, die bei sehr schmerzhaften, nicht auf eine schmerzlindernde Behandlung ansprechenden Frakturen und bei Patienten durchgeführt werden, für die eine konservative Behandlung (Ruhigstellung, Mobilitätshilfen usw.) nicht infrage kommt.

Bei beiden Techniken wird der gebrochene Wirbel mit Knochenzement gefüllt, um weitere Kompressionen zu verhindern. Die Kyphoplastie unterscheidet sich dadurch, dass sie die Höhe und Form des gebrochenen Wirbels mithilfe von Ballons und Implantaten teilweise wiederherstellt.

Die Kyphoplastie wird meist nur an einem Wirbelkörper durchgeführt, die Vertebroplastie hingegen häufiger bei mehreren Wirbeln. In etwas mehr als 10 % der Fälle werden die Operationen kombiniert.

Die Kyphoplastie ist teurer als die Vertebroplastie. Sie wird ausschliesslich stationär durchgeführt. Die *Vertebroplastie* kann ambulant durchgeführt werden, wird in der Schweiz aber mehrheitlich stationär vorgenommen.

⁷⁴ European Association of Urology (2021), Guidelines Prostate Cancer. <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.

Anhang 3: Methoden

Module 1 : Analyse documentaire

L'analyse documentaire a été conduite à plusieurs niveaux. Au niveau fédéral, les bases légales de la LAMal et en particulier la réglementation entourant le fonctionnement de la Commission fédérale des prestations générales et des principes ont été examinées. Les dossiers relatifs au traitement de la cyphoplastie et du HIFU ont été analysés. Au niveau cantonal, les bases légales, les mandats de prestations et les listes hospitalières ont été consultées, en particulier par rapport à l'encadrement des trois cas.

Au niveau des assureurs, les documents présentant les procédures de contrôle ont été ponctuellement examinés. Le CDF n'a par contre pas eu accès aux algorithmes détaillés des contrôles.

La littérature médicale récente concernant les trois cas a été examinée.

Module 2 : Traitement des données

Plusieurs analyses de données ont été réalisées. Les données de la statistique médicale des hôpitaux de 2015 à 2017 ont été analysées dans la version de la location de l'établissement et du domicile du patient au niveau des cas. Les données des coûts par cas transmis par les hôpitaux (Netzspitäler) ont aussi été inclus afin de connaître le coût moyen des traitements.

Les traitements ont été identifiés à travers la codification CHOP, selon les règles déjà établies par l'OBSAN dans l'Atlas suisse des soins de santé. Les coûts bruts totaux des séjours hospitaliers pour l'assurance-maladie et les cantons (les tableaux sont calculés en appliquant aux « cost-weight » des DRG un « base-rate » de 9500 francs (2015) et 9600 francs (2017), en se basant sur les chiffres moyens de HSK pour cette année-là. Dans la mesure où le domaine stationnaire connaît le principe d'une indemnisation forfaitaire couvrant plusieurs traitements, on estime ces coûts sur la base des forfaits pour lesquels le traitement figure comme *traitement principal* : il s'agit d'une estimation financière plutôt conservatrice.

Le nombre d'angioplastie ambulatoire a été établi par l'OBSAN sur la base du Tarifpool. Le coût d'une angioplastie ambulatoire pour 2017 est fixé à 10 100 francs, médiane des coûts qui ressort des données de facturation transmise par les assureurs ayant participé à l'enquête.

Il n'a pas été possible d'obtenir l'identification des hôpitaux, de sorte qu'il n'a pas été possible non plus de suivre l'évolution de certains indicateurs sur plusieurs années au niveau de l'hôpital.

Les influences du changement tarifaire SwissDRG sur la rémunération de la cyphoplastie ont été analysées à l'aide du « Grouper » (système qui permet d'établir le DRG d'un cas pour une année tarifaire donnée compte tenu de sa combinaison des codes de traitement et de diagnostics) mis en ligne pour les fournisseurs par SwissDRG.

L'analyse des coûts et de la fréquence d'hospitalisation selon le couverture d'assurance a été conduite sur la base des données de facturation de cinq assureurs. Les données des factures couvrent en principe l'année 2017. Ces assureurs comptaient ensemble un peu plus de 800 000 assurés majeurs en assurance privée et demi-privée (hospitalisation). Ces

données ont été livrées avec différents degrés de granularité et n'ont pas pu être incluses au même degré de détail dans toutes les exploitations.

L'analyse des coûts des stents en ambulatoire a été faite sur un échantillon aléatoire de 17 factures fournies par un assureur. L'identification des stents a été contrôlée par un cardiologue interventionnel.

Module 3 : Entretiens avec les acteurs de la santé

Une vingtaine d'entretiens ont été menés avec les acteurs de la santé, en particulier avec l'OFSP, une représentante de la Commission fédérale de prestations, avec les représentants des autorités hospitalières de quatre cantons (BE, VD, LU, BS), de la CDS, de SwissDRG ainsi qu'avec cinq assureurs. Les entretiens ont parfois été menés en groupe et conduits en plusieurs séances. Ils ont permis de clarifier des questions sur la régulation, la tarification et le contrôle des prestations médicales, de manière générale et de manière plus spécifique sur les cas choisis.

Module 4 : Entretiens avec les patients

Onze entretiens approfondis ont été menés avec des patients ayant été soumis à une prostatectomie radicale. Les entretiens ont permis d'avoir le point de vue des patients dans cette évaluation et de comprendre la relation avec le médecin et les circonstances ayant présidé à leur choix. Les patients ont été recherchés à travers les organisations d'aide aux patients et certains médecins.

Module 5 : Analyse des incitations et des dispositifs de contrôle au niveau des hôpitaux (module externe)

Un mandat a été donné portant sur l'analyse de l'importance des incitations et des contrôles en place dans les hôpitaux. L'examen a été fait sur la base d'entretiens conduits dans neuf hôpitaux (deux dans chaque canton, à l'exception de BS où trois hôpitaux ont été visités). Dans ce choix, le CDF a veillé à avoir une représentation de plusieurs genres d'hôpitaux (hôpitaux publics/privés, universitaires, cantonaux, régionaux) conduisant les interventions choisies.

Une quarantaine d'entretiens (quatre à cinq par hôpital) ont été prévus avec les directions hospitalières et les responsables administratifs d'une part, et les médecins des différentes spécialités d'autre part. Il n'a pas été possible de conduire tous les entretiens, en particulier avec certains médecins agréés qui ont invoqué un manque de temps. Un hôpital public a renoncé de manière générale aux entretiens pour des raisons liées à la pandémie COVID.

Les documents relatifs aux procédures internes, aux systèmes d'encadrement et aux contrôles des prestations médicales ont pu être consultés. L'accès a parfois été possible à certains documents portant sur le management de l'hôpital, y compris les systèmes de rémunération des médecins. Les dispositions de plusieurs contrats tarifaires ont pu être examinées.

Les entretiens et l'analyse de la documentation ont été conduits par la société Infrass dans tous les hôpitaux, à l'exception de ceux du canton de VD, où les entretiens ont été menés par le CDF. Le rapport Infrass présente la synthèse des résultats et est publié à part.

Module 6 : Analyse des recommandations médicales – comparaisons internationales

Afin d'examiner les conditions dans lesquelles les trois recommandations entourant les cas ont été élaborées et de juger leur qualité formelle, six entretiens ont été conduits avec les représentants des sociétés médicales responsables et la FMH. La comparaison internationale visant à comprendre la place que prennent les recommandations médicales dans un système différent de la Suisse a été réalisée sur la base d'entretiens téléphoniques avec les autorités responsables de recommandations à l'étranger (GB et D).

Les entretiens et l'analyse documentaire ont été assurés par Socialdesign. Le rapport est publié à part.

Sélection des cantons dans l'évaluation

La sélection des cantons inclus dans cette évaluation a été faite sur la base de plusieurs critères. Elle devait montrer une vision contrastée de la prise en charge au niveau des trois cas, garantir au moins la présence d'un canton latin et ne disposant pas d'un hôpital universitaire ainsi qu'éviter les cantons trop petits.

	BE	VD	LU	BS
PCI Electif	8	3	10	21
Cypho- / Vertébroplastie	1	4	14	23
Prostatectomie	20	17	10	8

Tableau 2 : Rangs des cantons retenus concernant les probabilités de traitement, calculs CDF.

Anhang 4: Rechtsgrundlagen

Gesetzestexte

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102

Parlamentarische Vorstösse

18.4318 – KVG. Unnötige und schädliche Eingriffe vermeiden. Keine Tarifverträge ohne Qualitätsmessung. Motion Rebecca Ruiz. Der Bundesrat beantragte die Ablehnung, doch inzwischen wurde die Motion zurückgezogen.

18.3305 – KVG. Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämmungselement. Motion Heinz Brand, erledigt.

18.3107 – Transparenz bei Entschädigungen und Honoraren für Ärzte und Ärztinnen in leitender Funktion. Motion Bea Heim, angenommen.

16.4120 – Krankenversicherung. Kostenfaktor Boni? Motion Bea Heim, erledigt.

Botschaften

15.083 – Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) vom 4.12.2015, BBl 257

19.046 – Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1) vom 21.8.2019, BBl 6071

Anhang 5: Abkürzungen

ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CH-IQI	Nationale Qualitätsindikatoren für Spitalleistungen
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
FHG	Finanzhaushaltgesetz
FHV	Finanzhaushaltverordnung
FKG	Finanzkontrollgesetz
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HTA	Health Technology Assessment (systematische Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien)
MCD	Minimal Clinical Dataset
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie
UDI	Unique Device Identification
WZW (Kriterien)	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Priorisierung der Empfehlungen

Die Eidgenössische Finanzkontrolle priorisiert die Empfehlungen nach den zugrunde liegenden Risiken (1 = hoch, 2 = mittel, 3 = klein). Als Risiken gelten beispielsweise unwirtschaftliche Vorhaben, Verstösse gegen die Recht- oder Ordnungsmässigkeit, Haftungsfälle oder Reputationsschäden. Dabei werden die Auswirkungen und die Eintrittswahrscheinlichkeit beurteilt. Diese Bewertung bezieht sich auf den konkreten Prüfgegenstand (relativ) und nicht auf die Relevanz für die Bundesverwaltung insgesamt (absolut).

Anhang 6: Bibliographie

Al-Deb Aref et al. (2015), Auf der letzten Meile zum Patienten, Bulletin des médecins suisses.

Bruinsma Sophie M. et Lying Zhang (2018), The Movember Foundation's GAP3 cohort: a profile of the largest global prostate cancer active surveillance database to date, BJUI International.

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (2015), Vertébroplastie percutanée et cyphoplastie par ballonnet, KCE Report 255Bs, https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_255B_Vertebroplastie_percutanees_Synthese.pdf.

Contrôle fédéral des finances (2014), PA 14367, Contrôle des factures hospitalières DRG par les assurances-maladie, Berne.

Contrôle fédéral des finances (2020), PA 19084, Audit de l'efficacité de la procédure portant sur les technologies de la santé, Berne.

Département fédéral de l'intérieur (2017), Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, Berne.

Gerber Michelle et al. (2016), La surconsommation de prestations médicales, un problème de qualité, Bulletin des médecins suisses.

Infras (2021), Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen, Zürich.

Kessler Oliver et al. (2019), Immer mehr-Immer besser?, Hogrefe, Berlin.

Kinsella Netty et al. (2018), Active surveillance for prostate cancer: a systematic review of contemporary worldwide practices, Transl Androl Urol.

Klemperer David. (2019), Überversorgung und Unterversorgung. Immer Mehr, immer besser, Hogrefe, Bern.

Lehmann Kuno et al. (2008), Interdisciplinary tumour boards in Switzerland: quo vadis?, Swiss medical weekly.

McPherson Klim et al. (2013), International variations in a selected number of surgical procedures, OECD- Working Papers, Paris.

Mottet Nicolas et al. (2017), EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent, Eur. Urol.

Neumann Franz-Joseph et al. (2019), 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization, European society of Cardiology, European Heart Journal.

Observatoire suisse de la santé (2018), Atlas der Gesundheitsversorgung,
<http://www.versorgungsatlas.ch>.

Observatoire suisse de la santé (2021), Les assurés en division hospitalière (demi-) privée
et commune. 2019, Bulletin OBSAN.

OCDE (2017), Tackling Wasteful spending on Health, OCDE, Paris.

OCDE (2020), OECD, Stat, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

Office fédéral de la santé publique (2016), Excédent de prestations stationnaires pour les
personnes avec une assurance complémentaire, Bern.

Office fédéral de la santé publique (2017), Chiffres-clés des hôpitaux, Bern.

Socialdesign (2020), Evaluation der Rolle der medizinischen Fachgesellschaften hinsicht-
lich Erarbeitung und Diffusion medizinischer Guidelines, Bern.

Strupler Pascal (2017), Kosten des Gesundheitssystems sind stärker als in den Nachbar-
ländern, Die Volkswirtschaft, 23.02.2017.

Surveillance des prix (2017), Medizinprodukte für den Spitalbedarf: Wie lassen sich die
Kosten senken?, Surveillance des prix: Newsletter 3/17.

Wille Nora et Schlupe Juerg (2020), Que dépensons-nous pour les primes d'assurance-
maladie?, Bulletin des médecins suisses.

Anhang 7: Zusammensetzung der Begleitgruppe

Composition du groupe d'accompagnement

Besson Pascal, Responsable du département Gestion économique et Comptabilité chez H+

Prof. Billinger Michael, cardiologue interventionnel, société suisse de cardiologie

Al-Daebi Aref, responsable du monitoring de la santé du canton de BS

Prof. Gaemperli Oliver, cardiologue interventionnel, société suisse de cardiologie

Prof. Guenther Bernhard, économiste de la santé, Curafutura

Prof. Hausmann Nic Oliver, neurochirurgien, société suisse de neurochirurgie

Prof. Heini Paul, orthopédiste, Swiss Orthopedics

Indra Peter, chef du département de la santé du canton de BS et représentant de la CDS

Jaggi Adrian, médecin et chef de projet, santésuisse

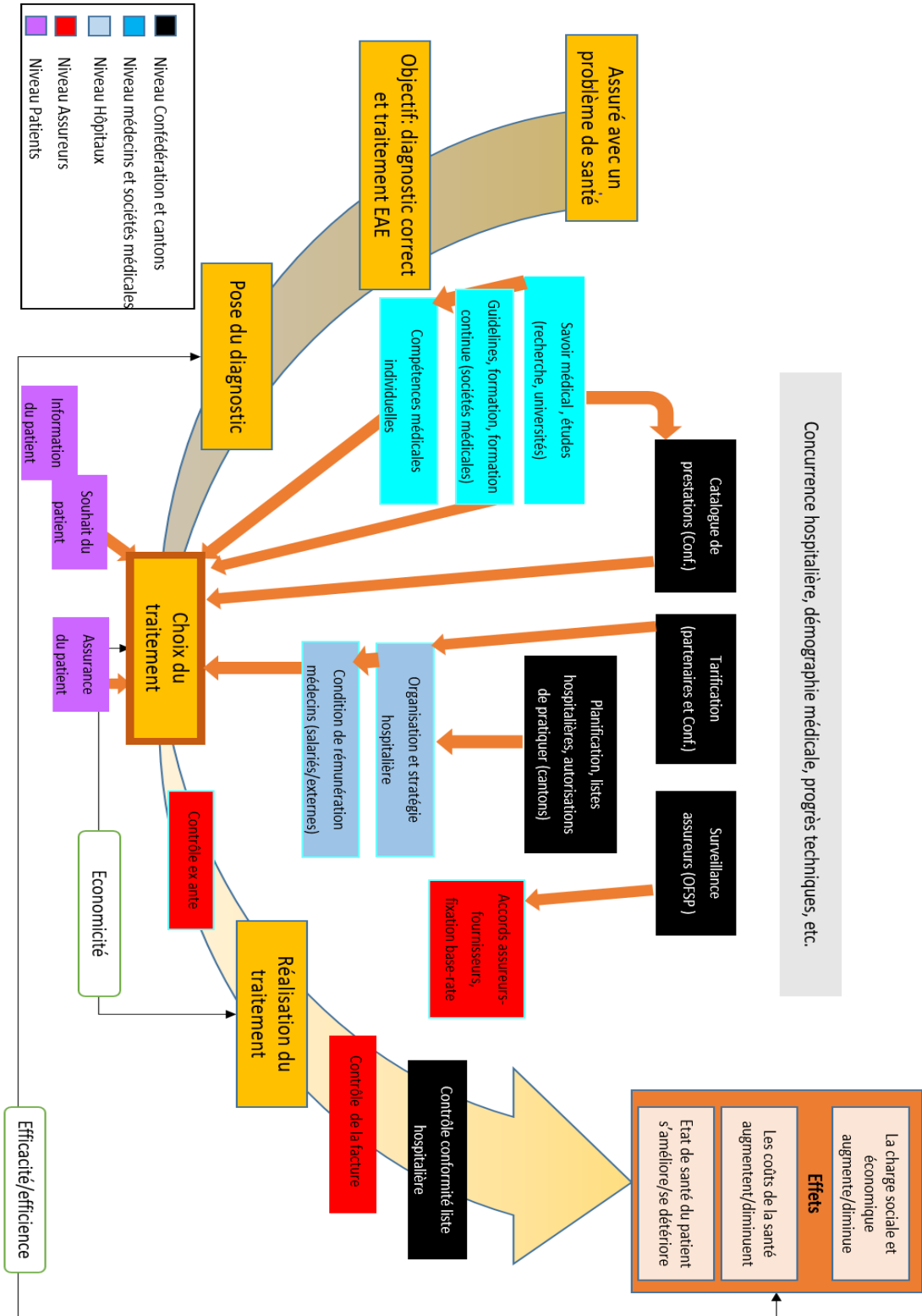
Sonia Pellegrini, économiste de la santé, OBSAN

Tandjung Ryan, médecin, responsable de la division Prestations de l'assurance-maladie à l'OFSP

Tapernoux Daniel, médecin, représentant de la Société suisse des patients

Prof. Thalmann Georges, urologue, Swiss Urology

Anhang 8: Wirkungsmodell



Source: CDF