

# 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.<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup> 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**