

Standpunkt

Magazin zur Gesundheitspolitik
von Helsana

Nr. 3/2021

Qualität im
Gesundheitswesen

Helsana
Engagiert für das Leben.



Editorial

Mit der Corona-Pandemie hat sich der Diskurs im Gesundheitswesen verändert. Dominierten früher vorwiegend die Kosten die Debatte, interessiert heute – wo uns der Wert der eigenen Gesundheit bewusster ist als je zuvor – immer mehr eine adäquate und qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung. Das ist auch gut so, denn die Qualität wurde häufig stiefmütterlich behandelt. Ausserdem sie hat auch einen erheblichen Einfluss auf die Kosten.

Die Wahlfreiheit ist in der Schweiz tief verankert. Wo wir uns medizinisch behandeln lassen, ist eine komplexe Frage. Oft fehlt es an Informationen, um eine gut informierte Wahl zu treffen. Die FDP-Fraktion des Nationalrats will einen Anreiz setzen, damit Versicherte bei gleicher Qualität das günstigere Spital wählen. Ein hehres Ziel. Allerdings kann die Kostengünstigkeit nicht ohne Informationen zur Qualität beurteilt werden (Seite 4).

Dies führt unweigerlich zur Frage, wie denn Qualität beurteilt werden kann? Ein Indikator, auf den man sich getrost abstützen darf, sind Fallzahlen. Es ist empirisch belegt, dass höhere Fallzahlen mit besserer Qualität und Effizienz einhergehen. In unserem Spitalreport haben wir untersucht, ob die Spitäler die kantonalen Vorgaben einhalten. Leider werden vielerorts die Patientinnen und Patienten trotz fehlender Routine operiert. Daher braucht es mehr Transparenz und griffige Qualitätsindikatoren (Seite 6).

Mit unserer Forschung zur Versorgung leisten wir einen substanziellen Beitrag an die Qualitätstransparenz. Sie hilft, den Handlungsbedarf zu priorisieren und dient den Stakeholdern, sich zu verbessern und Erreichtes sichtbar zu machen. Im Rahmen der Swiss Quality Indicator for Prima-

ry Care (SQIPRICA)-Arbeitsgruppe erarbeiten wir zusammen mit Experten aus unterschiedlichen Disziplinen Qualitätsindikatoren für die ambulante Grundversorgung (Seite 10).

Die medizinische Grundversorgung ist das Grundrecht jeder in der Schweiz wohnhaften Person. Sogenannte «Schwarze Listen» stehen dem zuwider, indem sie säumige Prämienzahlende unnötig bestrafen. Die meisten Kantone haben sie gar nie eingeführt oder bereits wieder abgeschafft. Jetzt gilt es auch auf nationaler Ebene mit den aktuellen Entwicklungen Schritt zu halten und einen Schlusstrich unter das fragwürdige Regime zu setzen (Seite 12).

Noch krankt unser Gesundheitswesen an zahlreichen finanziellen Fehlanreizen. Nebst der uneinheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, gilt es auch endlich die falschen Anreize bei der Versorgung mit Medikamenten zu beseitigen. Heute verdienen Ärzte und Spitäler mehr, wenn sie ein Originalpräparat abgeben, da die Marge preisabhängig ist. Um die gleichwertigen, aber günstigeren Generika zu fördern, braucht es eine Änderung der Margenordnung; die Marge muss neutral ausgestaltet sein (Seite 14).

Jeder Umbruch und Wandel birgt Unsicherheiten und erfordert den Akteuren einiges ab. Dennoch darf ein solches Denken nicht unser Handeln bestimmen, wenn wir unser Gesundheitswesen voranbringen wollen.

Ich wünsche eine anregende Lektüre.

Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik

Inhalte

Die **Wahlfreiheit der Versicherten** ist in der Schweiz tief verankert. Die FDP-Fraktion des Nationalrats will einen Anreiz setzen, damit Versicherte bei gleicher Qualität das günstigere Spital wählen. Ein hehres Ziel, die Voraussetzung ist allerdings noch nicht gegeben. Es braucht transparente Qualitätskriterien. → **Seite 4**

5200 Patientinnen

Höhere Mindestfallzahlen sorgen für bessere Qualität. Doch viele Spitäler halten die Vorgaben nicht ein: Mehr als 5200 Patientinnen und Patienten wurden in Spitälern behandelt, die die Mindestfallzahlen nicht erreichten. Transparenz tut Not. → **Seite 6**

KURZ & KNAPP

→ **Seite 8**

Forschung schafft Wissen

Forschung hilft, den Handlungsbedarf für Qualitätsmassnahmen zu priorisieren und dient dazu, sich zu verbessern. Mit unseren

Qualitätsindikatoren wollen wir neu auch die Zusammenarbeit der Behandler und die Vernetzung der Versorgung abbilden, sagt Prof. Dr. Eva Blozik, Leiterin Gesundheitswissenschaften. → **Seite 10**

Schwarze Listen

Sie bestrafen unnötig säumige Prämienzahlerinnen und -zahler. Die Listen sind nicht nur ethisch umstritten, sondern erfüllen auch nicht ihren Zweck. Die meisten Kantone haben sie gar nie eingeführt oder bereits wieder abgeschafft. Jetzt gilt es auch auf nationaler Ebene einen Schlusstrich zu ziehen. → **Seite 12**



Heute verdienen die Ärzte und Spitäler mehr, wenn sie teure Medikamente abgeben. Diesen Fehlanreiz gilt es zu beseitigen: Zur **Förderung von Generika und Biosimilars** braucht es anreizneutrale Vertriebsmargen. → **Seite 14**

Herausgeber

Helsana-Gruppe, Gesundheitspolitik
Postfach, 8081 Zürich
Telefon +41 58 340 12 12
standpunkt@helsana.ch
helsana.ch/standpunkt

Redaktion

Can Arikan, Dragana Glavic-Johansen, Wolfram Strüwe
Gestaltung eigelb – Atelier für Gestaltung, Basel
Übersetzung und Korrektorat Supertext AG
Bildnachweis istock (Hispanolistic): Cover;
Gian Marco Castelberg: S.2/3/4/6/8/14/16
Redaktionsschluss August 2021

Qualität durch Transparenz



Die Wahlfreiheit der Versicherten ist in der Schweiz tief verankert. Heute fehlt es ihnen aber an Informationen, um eine gut informierte Wahl treffen zu können. Die FDP-Fraktion des Nationalrats will einen Anreiz setzen, damit Versicherte bei gleicher Qualität das günstigere Spital wählen. Ein richtiges Ziel, die Voraussetzung ist allerdings noch nicht gegeben.

von Annette Jamieson, Ökonomie & Politik

Mit der Motion 18.4181 «Mehr qualitativer und quantitativer Wettbewerb im Spitalbereich dank Wahlfreiheit der Patienten» möchte die FDP-Fraktion des Nationalrats einen Anreiz setzen, damit die Versicherten bei gleicher Qualität das kostengünstigere Spital wählen. Die Motion geht in der Herbstsession an den Zweitrat. Wir unterstützen die Stossrichtung der Motion.

Wahl des Spitals auf Grund der Kosten greift zu kurz

Die Motion postuliert, dass die Kostengünstigkeit bei vergleichbarer Qualität über die Spitaltarife verglichen werden kann. Voraussetzung dafür ist: Es sind Informationen vorhanden, mit deren Hilfe eine gut informierte Wahl getroffen werden kann. Die Versicherten könnten sich an den Tarifen (Basispreisen) der Spitäler orientieren. Allerdings bezieht sich dieser Preis nur auf die Kosten des Spitalaufenthalts. Aus Sicht der Grundversicherung (OKP) ebenso relevant sind die Folgekosten der Spitalbehandlung in der Nachversorgung (z. Bsp. Wiederein-

tritt, Rehabilitation, Arztkonsultationen, Medikamente, ambulante Pflege etc.), die unterschiedlich hoch ausfallen können. Für ein konkretes Beispiel verweisen wir auf die Resultate des Helsana-Spitalreports zu Knieprothesen: Die stationären Kosten sind für diesen Eingriff vergleichbar und variieren wenig. Die totalen Folgekosten der Nachbehandlungen hingegen variieren und es bestehen grössere Unterschiede in Abhängigkeit von den Fallzahlen der Spitäler. Getreu dem Motto: Je öfter ein Eingriff erbracht wird, umso geringer fallen die gesamten Kosten aus (vgl. Tabelle Standpunkt-Artikel, Seite 6)

Die Folgekosten von Behandlungen werden statistisch nicht erfasst und können nur aus den Abrechnungsdaten der Versicherer analysiert werden. Die Versicherer müssten demzufolge ihren Versicherten für eine gut informierte Wahl die Kosten jeder Behandlung inkl. Folgekosten zur Verfügung stellen. Abgesehen von der Menge der Behandlungen, die ein Spital durchführt, ist dies auch analytisch nicht trivial: Denn die Folgekosten einer Be-

handlung müssen von den Kosten anderer Krankheiten unterschieden werden, die zeitgleich behandelt wurden.

«Qualitätstransparenz für die Versicherten» muss in Strategie verankert werden

Die Kostengünstigkeit von Spitaltarifen kann nicht ohne Informationen zur Qualität beurteilt werden. Die Folgekosten einer Behandlung sind, wie oben gezeigt, bei gleichen Patientenkollektiven ein «stellvertretender» Indikator für Qualität. Ziel muss es sein, dass die versicherte Person das Spital bei vergleichbaren Tarifen anhand geeigneter Qualitätsinformationen wählen kann. Eine Wahl des Spitals aufgrund von Informationen zur Qualität schlägt dabei zwei Fliegen mit einer Klappe: Eine gute Qualität von Leistungen bedeutet eine bessere Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten. Eine gute Qualität der Leistungen ist mit weniger Folgekosten verbunden.

Mit den neuen Bestimmungen zur Qualitätsentwicklung im Krankenversicherungsgesetz werden in den

«Ziel muss es sein, dass die versicherte Person das Spital bei vergleichbaren Tarifen anhand geeigneter Qualitätsinformationen wählen kann.»

kommenden Jahren auf allen Ebenen grosse Anstrengungen unternommen. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern besteht in der Schweiz die freie Wahl der Leistungserbringer. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Bundesrat im Rahmen seiner Qualitätsstrategie ein Handlungsfeld «Qualitätstransparenz für die Versicherten» vorsieht. Die Versicherten müssen bereits bei ihrer Entscheidung, in welchem Spital sie sich behandeln lassen wollen, über Informationen zur Qualität verfügen. Sie sollen die Wahl des Spitals gut informiert tätigen bzw. auf Basis von öffentlich zugänglichen Informationen mit ihrem Hausarzt besprechen können.

Bundesrat hat anderen Fokus

In der Qualitätsstrategie des Bundesrats sowie den Vierjahreszielen zur Qualitätsentwicklung 2022 bis 2024 der Eidgenössischen Qualitätskommission, die sich beide momentan in der Konsultation befinden, findet sich zu diesem Thema so gut wie nichts. Daher kann die Motion helfen, dass das wichtige Thema der informierten Wahl stärker berücksichtigt wird.

Zudem haben auch wir Versicherer Hausaufgaben zu erledigen: Wir müssen uns dafür einsetzen, dass sich unsere Kundinnen und Kunden angemessen und in für den Laien geeigneter Form über die

Qualität von medizinischen Leistungen informieren können. Dafür braucht es gute Qualitätsindikatoren und Transparenz.



Höhere Mindestfallzahlen sorgen für bessere Qualität



Der Spitalreport ist die erste gemeinsame Veröffentlichung von Helsana und dem deutschen Krankenversicherer BARMER. Wir schlussfolgern, dass höhere Fallzahlen mit besserer Qualität und Effizienz einhergehen und orten Bedarf für entsprechende Vorgaben und griffige Sanktionen. Aus Sicht der Versicherten ist mehr Transparenz hinsichtlich der erreichten Mindestfallzahlen vonnöten.

von Dr. Caroline Bähler, Gesundheitswissenschaften und Annette Jamieson, Ökonomie und Politik

Vorgaben für Mindestfallzahlen (MFZ) werden in vielen europäischen Ländern als Instrument der Qualitätssicherung von stationär durchgeführten Operationen eingesetzt. Der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität wie die 30-Tages-Sterblichkeit oder die Rehospitalisationsrate wurde insbesondere für komplexe chirurgische Eingriffe mehrfach empirisch belegt.

Nationale Vorgabe in Deutschland, kantonale Vorgaben in der Schweiz

In Deutschland ist der Gemeinsame Bundesausschuss (bestehend aus Vertretern der Tarifpartner) für MFZ im Rahmen des Leistungskatalogs bundesweit zuständig. In der Schweiz wird die hochspezialisierte Medizin interkantonal geregelt, sodass in der ganzen Schweiz einheitliche Vorgaben gelten. Die meisten Vorgaben zu MFZ werden von den Kantonen im Rahmen der kantonalen Spitalplanung eingesetzt. Der Anteil der Behandlungen in Leistungsbereichen mit MFZ liegt aktuell bei 18% der Spitalkosten.

Spitäler erfüllen Mindestfallzahlen nicht

Unsere Auswertung über die Einhaltung der von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) empfohlenen MFZ zeigen für 2018 je nach medizinischer Leistung (Leistungsgruppe) beträchtliche Unterschiede. Analysiert wurden alle Schweizer Spitäler mit mehr als zwei Fällen pro Leistungsgruppe und Jahr, unabhängig davon, ob der Kanton Auflagen hinsichtlich MFZ festgelegt hatte oder nicht. Insgesamt wurden in der Schweiz mehr als 5200 Patientinnen und Patienten in Spitälern behandelt, die die MFZ nicht erreichten. Je nach Leistungsgruppe waren 0-27% aller Patientinnen und Patienten betroffen.

Die Gesundheitsdirektion im Kanton Zürich – exemplarisch für die Schweiz – ist ermächtigt, bei wiederholten nicht erreichten der MFZ Leistungsaufträge zu befristen oder ganz zu entziehen. Gleichwohl kennt der Kanton auch Ausnahmeregelungen. Es ist davon auszugehen, dass solche Ausnahmen nicht selten sind: 16

von 20 Spitälern erbrachten im Kanton Zürich im Jahr 2018 mindestens eine Leistung, für die sie keinen Leistungsauftrag hatten.

MFZ sorgen für bessere Outcomes

Die Kniegelenks-Totalendoprothese¹ (Knie-TEP) eignet sich exemplarisch gut zur Untersuchung der Versorgungslandschaft, da beide Länder MFZ für diesen Eingriff kennen. In Deutschland liegt sie bei 50 Fällen, in der Schweiz je nach Kanton bei 0-50. Die Kennzahlen zeigen für Deutschland deutliche Unterschiede hinsichtlich der Qualität und Effizienz in Abhängigkeit von den Fallzahlen pro Spital: Liegedauer und Kosten der Knie-TEP sowie Folgekosten sind tiefer, je mehr Fälle erbracht werden. Dies gilt auch für patientenorientierte Outcomes wie die kniespezifische Rehospitalisationsrate.

¹Bei der Implantation einer Knieprothese handelt es sich um ein therapeutisch operatives Verfahren der Orthopädie, welches zur Korrektur einer Funktionseinschränkung des Kniegelenks eingesetzt wird. (Quelle: Gesundheitslexikon, DocMedicus).

In der Schweiz zeichnet sich ein ähnliches Bild ab: Mit steigender Fallzahl sinken sowohl die Aufenthaltsdauer und die Kosten der Knie-TEP als auch die Folgekosten (siehe Tabelle). Aufgrund einer geringeren Anzahl von Spitälern mit kleiner Fallzahl sind diese Unterschiede jedoch weniger ausgeprägt als in Deutschland. Prozentual wurden in beiden Ländern nur wenige Eingriffe in Spitälern vorgenommen, die weniger als 50 Fälle im Jahr verzeichneten (Deutschland 2%, Schweiz 3,3%). Angesichts dieser Erkenntnisse lässt sich schlussfolgern: Die Kantone müssen die MFZ für Knie-TEP höher ansetzen, um bessere Outcomes und tiefere Kosten zu erzielen.

Aufenthaltsdauer, Re-Hospitalisation und Kosten in Abhängigkeit der Fallzahl des Spitals (2017-2018)

Fallzahlen pro Spital	<250	≥250
Knie-TEP (n, %)	2850 (67%)	1420 (33%)
Spitalaufenthaltsdauer, Mittelwert (Median), in Tagen	8 (7)	7 (7)
Knie-spezifische Re-Hospitalisation (n; %)	70 (3%)	22 (2%)
Stationäre Kosten, Median in Euro	17 320 (17 310)	16 730 (17 110)
Total Kosten im Folgejahr, Median in Euro	17 050 (10 680)	15 440 (9470)



Interview mit Peter Indra

Facharzt FMH für chirurgische Orthopädie, Leiter des Amtes für Gesundheit des Kantons Zürich.

Wie beurteilen Sie als Orthopäde die Ergebnisse zu den Knie-TEP-Analysen?

Knie-TEP sind für die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten wichtige Eingriffe. Gleichzeitig sind sie aber auch gut bezahlt und werden daher gerne durchgeführt. Knie-TEP sollten nur durch geübte Operateure und Teams, die das in genügend grosser Zahl machen, vorgenommen werden. Die Spitäler, die den Eingriff weniger als 50 mal pro Jahr machen, sollten gemieden werden. Als nächsten Schritt gilt es die Fallzahlen weiter auf die einzelnen Operateure oder Teams herunterzubrechen, da hier die Fähigkeiten des Einzelnen gefragt sind. Ich gehe von einer notwendigen weitergehenden Konzentration aus.

Könnten MFZ einen Fehlanreiz für eine Mengenausweitung setzen?

Mindestfallzahlen (MFZ) können einen Anreiz zu einer ungerechtfertigten Mengenausweitung haben und damit der Qualität schaden. Daher braucht es einen ganzheitlichen Ansatz, wo Menge, Indikations- und Ergebnis-

qualität als Ganzes betrachtet werden. Im Kanton Zürich verlangen wir in vielen Bereichen Zertifizierungen der Operateure, was eine gewisse zusätzliche Sicherheit gibt. Und schlussendlich führen wir auch eine Kontrolle der Krankenakten durch, wenn es Verdachtsmomente für Unregelmässigkeiten gibt.

Wie sehen Sie den Umgang mit Spitälern, welche die MFZ nicht erreichen?

Fallzahlen sind einer gewissen Schwankung unterworfen, gerade auch in Gebieten, die nicht häufig sind. Wir stellen auch nicht nur auf ein einzelnes Jahr ab, sondern vergleichen mindestens zwei Jahre. Ist dies in einem Jahr nicht der Fall, erfolgt die Zulassung provisorisch. Erst wenn dies wiederum nicht erfüllt ist, erfolgt der Entzug, weil dann auch sicherlich die Expertise fehlt. Das scheint uns ein sinnvolles und faires Vorgehen, das für den Outcome wichtig ist und damit den Patienten nützt.

Befürworten Sie schweizweite Vorschriften auch ausserhalb der hochspezialisierten Medizin?

Ja, ganz klar! Es gibt genügend klinische Evidenz für viele medizinische Bereiche, in denen MFZ die Ergebnisqualität fördern oder überhaupt erst sicherstellen. Der Kanton Zürich ist hier sicherlich der Vorreiterkanton für die Schweiz. Viele Kantone haben mittlerweile diese MFZ auch übernommen, wo sie durch die hochspezialisierte Medizin nicht sowieso schon verpflichtend sind.

KURZ & KNAPP



76 Millionen

Der Bundesrat hat die Voraussetzungen für den freiwilligen Abbau von Reserven durch die Versicherer vereinfacht. Die zulässige Mindesthöhe für einen Abbau der Reserven in der obligatorischen Krankenversicherung wurde auf 100 % gesenkt (vormals 150 %). Helsana begrüsst den grösseren Spielraum und hat im Rahmen des Prämienbudgetprozesses zusätzlich einen Reserveabbau von 76 Millionen beantragt, vorbehältlich der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

TARDOC

Der Bundesrat hat den neuen Einzelleistungstarif Ende Juni erstmal nicht genehmigt. Schon komisch, wie da mit den Tarifpartnern umgesprungen wird, haben sie doch sämtliche bundesrätlichen Bedingungen erfüllt. Schwamm drüber! Der Bundesrat sagt selbst, dass Ende Jahr ein neuer Anlauf genommen werden kann. Er sieht nach wie vor Handlungsbedarf. Da nehmen wir ihn doch beim Wort, so dass der neue TARDOC auf 2023 in Kraft tritt.



HMS impft

öffentliche Grundversorger

Die Health & Medical Service AG (HMS), eine Tochtergesellschaft der Helsana-Gruppe, steht Unternehmenskunden mit gesundheitlichen und medizinischen Dienstleistungen zur Seite. Im Kampf gegen die Covid-Pandemie hat sie ihr Angebot rund um Covid-Tests und Impfungen erweitert. Seit Anfang Jahr wurden rund 15 000 Impfdosen des Wirkstoffs Moderna verimpft. Die Impfungen wurden für Transportunternehmen des öffentlichen Verkehrs in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion Bern durch das medizinische Personal von Health & Medical Service AG durchgeführt.

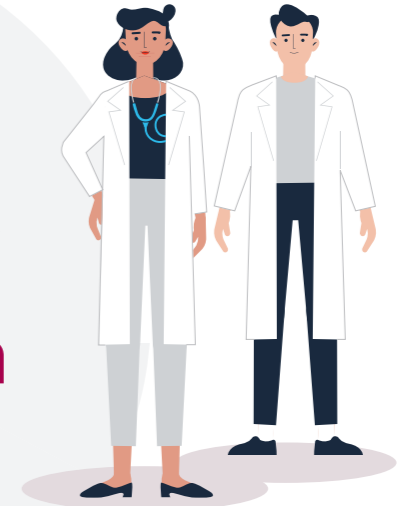
Fusion sichert nachhaltige Prämienstabilität

Die bisher eigenständige Tochtergesellschaft Progrès Versicherungen AG fusioniert per 1. Januar 2022 mit der Helsana Versicherungen AG. Die Versicherten profitieren durch den Zusammenschluss, da ein grösserer Versichertenbestand eine stabile und nachhaltige Prämienentwicklung ermöglicht.

Kosten im Vergleich

Jede solide Investition bedarf regelmässiger Kontrolle und Wartung. Nach rund 20 Jahren ist es an der Zeit die Tarifziffern neu zu justieren. Der Tardoc ist der ambulante Tarif der Zukunft.

TARMED
→ **TARDOC**
12 Milliarden Franken
pro Jahr



**Kampf-
flugzeuge**

**6 Milliarden
Franken**
einmalig



Gotthard

**12 Milliarden
Franken**
einmalig



Versorgungsforschung als Grundlage für bessere Qualität



Die Forschung zur Versorgung schafft Qualitätstransparenz. Sie hilft, den Handlungsbedarf zu priorisieren und dient den Stakeholdern, sich zu verbessern und Erreichtes sichtbar zu machen. Im Rahmen der Swiss Quality Indicator for Primary Care (SQIPRICA)-Arbeitsgruppe erarbeiten Versorgungsforscher Methoden zur Messung der Qualität in der ambulanten Grundversorgung.

von Prof. Dr. Eva Blozik, Leiterin Gesundheitswissenschaften

Versorgungsforschung zeigt Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf, und quantifiziert sie. So zeigte beispielsweise vor mehreren Jahren eine Studie von Helsana in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin auf, dass einfache Tests, die helfen sollen, Langzeitschäden bei Diabetikern zu vermeiden, in der Schweiz wesentlich seltener abgerechnet wurden als erwartet. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass Diabetiker, die diese Tests erhalten hatten, seltener ins Spital eingewiesen wurden als diejenigen, die die Tests nicht erhalten hatten.¹ Offensichtlich war ein für Patienten, Kostenträger und Behandler relevanter Parameter der Versorgungsqualität gefunden. In der Folge vereinbarte Helsana im Rahmen ihrer alternativen Versicherungsmodelle mit Ärztenetzen, dass diejenigen Netze einen finanziellen Bonus erreichen können, bei denen besonders hohe Anteile ihrer Diabetiker die empfohlenen Tests erhalten.² Zugleich bekamen die beteiligten Ärztenetze regelmässig Rückmeldung zum Anteil ihrer Diabetiker, bei denen die empfohlenen Tests abgerechnet wurden.

Gemeinsame Bemühungen um mehr Qualität

Die vertragliche Umsetzung stützt dabei auf Ergebnisse aus der Versorgungsforschung ab: Die hier eingesetzten Messgrössen für Qualität (sog. Qualitätsindikatoren) wurden von einer multidisziplinären, unabhängigen Expertengruppe, der Arbeitsgruppe Swiss Quality Indicator for Primary Care (SQIPRICA) entwickelt und zeigen beispielhaft auf, wie Versorgungsforschung als gemeinsamer Nenner zwischen Stakeholdern beitragen kann:

- Wissenschaftlich entwickelte methodische Instrumente folgen einem nachvollziehbaren Entwicklungsprozess, werden publiziert und sind daher allen Interessierten zugänglich.
- Ausgangspunkt von Versorgungsforschung ist der aktuelle internationale Stand des medizinischen Wissens, der prinzipiell für alle an der Versorgung Beteiligten Gültigkeit besitzt.
- Internationale Forschungserkenntnisse können und müssen auf die Schweiz übertragen werden. Allerdings lässt sich nur mit Kenntnis

der lokalen Erfordernisse definieren, welche Qualitätsdimensionen im Schweizer Gesundheitswesen relevant und wie diese umsetzbar sind.

- Die Sichtweise von Patienten und Konsumenten zu berücksichtigen, ist integraler Bestandteil von Versorgungsforschung und liefert bei der Auswahl von Qualitätsindikatoren zentrale Argumente.

Kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung als Grundlage für Akzeptanz

Der wissenschaftliche Stand des Wissens ist nicht statisch und entwickelt sich laufend weiter. Einerseits kommen fortlaufend neue internationale Studien hinzu; und Leitlinien, die für die Praktiker die klinischen Studien in Form von Behandlungsempfehlungen zusammenfassen, sind zu erneuern. Andererseits können Anwendungserfahrungen ausgewertet werden und so in eine kontinuierliche Weiterentwicklung einfließen. Jüngst ist dies bei den erwähnten Diabetes-Indikatoren geschehen. Angestossen durch Rückmeldungen von Seiten der

«Unterrepräsentiert sind Indikatoren, die die Zusammenarbeit der Behandler abbilden. Hier wollen wir mit unseren Indikatoren ansetzen.»

Hausärzte, die im Rahmen der Verträge zwischen Krankenversicherung und Ärztenetzen tagtäglich Patienten mit Diabetes versorgen, wurden die vertraglich implementierten Diabetes-Indikatoren nochmals beleuchtet. Wenn beispielsweise Patienten schon mit den wirksamsten Medikamenten behandelt werden, hat das Laborergebnis keine Konsequenzen für die weitere Versorgung und der Indikator misst so auch keinen sinnvollen Parameter für Versorgungsqualität. Aufgrund dieser Überlegungen, neuester Studien und Leitlinien und Praxiserfahrung wurden in der Folge zwei der vier vertraglich implementierten Diabetes-Indikatoren durch die SQIPRICA-Expertengruppe angepasst (vgl. Tabelle).

Die Ergebnisse aus klinischen Studien – z.B. zusammengefasst in medizinischen

Leitlinien – sind häufig zu wenig auf die Komplexität der Alltagssituationen in der realen Versorgung zugeschnitten. Daher braucht es zwingend eine kontinuierliche Evaluation mit Methoden der Versorgungsforschung, damit derartige Indikatoren die angestrebten Versorgungsziele abbilden können.

Integrierte Versorgung sichtbar machen

Häufig fokussieren Qualitätsindikatoren auf spezifische klinische Situationen und messen z.B., ob Patienten nach einem Herzinfarkt bestimmte empfohlene Medikamente erhalten und bilden somit nur sehr punktuell Versorgungsqualität ab. Unterrepräsentiert sind bisher Indikatoren, die die Zusammenarbeit der Behandler und die Vernetzung der Versorgung abbilden. Aus diesem Grund

ist die SQIPRICA-Arbeitsgruppe daran, die 2018 von ihr vorgestellten Indikatoren³ um weitere zu erweitern, die transparent machen, wie Überversorgung durch mehr Koordination und Vernetzung vermindert werden kann.

¹Huber CA et. al. A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes. Patient Prefer Adherence. 2016;10:223-231

²Blozik E. Evidenzbasierte Performance-Indikatoren: Ein innovativer Ansatz zur Qualitätsförderung in der Grundversorgung, 2019.

³Blozik, E. et al. Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. BMC Health Serv Res 18, 743 (2018).

Qualitätsindikatoren zur Diabetiker-Versorgung und ihre Anpassungen (fett).

Qualitätsindikatoren bei Diabetikern	Ursprüngliche Version (Version 2018)	Adaptierte Version (Version 2021)	Argumentation
Blutfettwertmessung	Anteil Personen mit Diabetesmedikamenten, die mindestens 1x pro Jahr eine Blutfettspiegelmessung erhalten.	Anteil Personen mit Diabetesmedikamenten unter 76 Jahren und ohne Statinbehandlung , die mindestens 1x pro Jahr eine Blutfettspiegelmessung erhalten.	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Personen über 75 Jahren ist der Nutzen einer Blutfettwertmessung zur Prävention von Herz-Kreislauf-Ereignissen umstritten. - Bei Personen, die bereits ein Statin zur Senkung des Blutfettspiegels erhalten, fehlt die therapeutische Konsequenz der Messung.
Nierenwertmessung	Anteil Personen mit Diabetesmedikamenten, die mindestens 1x pro Jahr eine Nierenwertmessung erhalten.	Anteil Personen mit Diabetesmedikamenten und ohne Behandlung mit ACE oder AT2 Inhibitoren , die mindestens 1x pro Jahr eine Nierenwertmessung erhalten.	Bei Personen, die bereits die nieren-schützenden Medikamente aus der Gruppe der ACE- oder AT2-Inhibitor erhalten, fehlt die therapeutische Konsequenz der Messung.

«Viel sinnvoller als «schwarze Listen» sind flächendeckende Begleitmassnahmen der Kantone, die sicherstellen, dass eine Betreuung abgewendet wird.»

Medizinische Versorgung unabhängig von finanzieller Situation



«Schwarze Listen» haben sich nicht bewährt. Die meisten Kantone haben sie gar nie eingeführt oder bereits wieder abgeschafft. Jetzt gilt es auch auf nationaler Ebene mit den aktuellen Entwicklungen Schritt zu halten und einen Schlussstrich unter das fragwürdige Regime zu ziehen.

von Manuel Elmiger, Ökonomie & Politik

Die Zeichen für eine Abschaffung der «schwarzen Listen» standen gut. Hätte auch nur ein Ständeratsmitglied anders gestimmt, könnten sie wohl bald der Vergangenheit angehören. Doch der Ständerat möchte es weiterhin den Kantonen überlassen, ob und wie die «schwarzen Listen» zur Anwendung kommen. Nun ist es am Nationalrat, den Ball wieder aufzunehmen und eine Kehrtwende zu vollziehen.

Auch die Entscheide, wonach die Krankenversicherer säumige Prämienzahlende nur noch zwei Mal jährlich betreiben dürfen oder die Pflicht, Versicherte der «schwarzen Liste» einem alternativen Versicherungsmodell (AVM) zuzuteilen, sind administrativ nicht umsetzbar bzw. kontraproduktiv für alle Beteiligten. In den AVM würde sich die Risikostruktur verändern und damit die Kosten und Prämien der betroffenen Modelle. Auch können die Krankenversicherer bei Missachtung der Versicherungsbedingungen

Versicherte nicht sanktionieren, da wie normalerweise üblich, die Zuteilung in ein Standardmodell nicht möglich ist. Ganz generell ist es essenziell, dass schweizweit nur eine einzige Praxis für die Verlustscheinübernahme existiert und die neuen Regelungen für alle Kantone verbindlich sind.

«Schwarze Listen» sind ethisch problematisch

Bei der Einführung der kantonalen Beteiligung an den Verlusten im Jahr 2012 wurde auch die Möglichkeit geschaffen, dass die Grundversicherung bei Personen auf der «schwarzen Liste» auf Geheiss des Kantons nur noch Kosten für Notfallbehandlungen übernehmen darf. Quasi nach dem Motto «wer zahlt, befiehlt». Zahlungsunwillige Personen fallen nicht unter diese Regelung, denn bei ihnen führt die Betreuung normalerweise zu einer Begleichung der Schuld. Die «schwarzen Listen» sollten also primär eine abschreckende Wirkung bei renitenten Zahlern

entfalten. Inzwischen haben jedoch mehr als 200 000 Versicherte¹ Ausstände bei den Krankenversicherern und die sechs Kantone mit «schwarzen Listen» führen knapp 40 000 säumige Prämienzahlende². Die Listen sind ethisch umstritten und der erste Schritt zu einer Zweiklassenmedizin. Immer wieder kommt es zu stossenden Situationen, wenn etwa eine Geburt oder überlebensnotwendige Medikamente und Behandlungen nicht vergütet werden dürfen. Denn: Nicht in jedem Kanton handelt es sich bei solchen Behandlungen um einen Notfall (vgl. Box).

Die Verweigerung von Leistungen durch den Kanton kann zu einer Unterversorgung führen. Dies mag kurzfristig Kosten sparen. Experten gehen jedoch davon aus, dass damit mittel- und längerfristig höhere Kosten resultieren, sei dies durch eine Chronifizierung von im Grunde harmlosen Erkrankungen oder durch das Provozieren teurerer Notfälle.³

Die Administration und die kantonale unterschiedliche Handhabung der Listen sind für alle Beteiligten mit grossem Aufwand verbunden. Aus gesellschaftlicher Sicht besonders stossend ist die Aufrechterhaltung eines Eintrages über den Zeitpunkt der Ausstellung des Verlustscheins hinaus. Nicht nur zahlungsunwillige, sondern auch zahlungsunfähige Personen verlieren dann ihren verfassungsmässigen und mit dem Versicherungsobligatorium verankerten Zugang zu medizinischer Grundversorgung.

Schuldenspirale effektiv stoppen

Viel sinnvoller als «schwarze Listen» sind flächendeckende Begleitmassnahmen der Kantone, die sicherstellen, dass eine Betreuung mittels eines effektiven Case Managements abgewendet wird oder mittels einer klugen Zusammenarbeit zwischen den Betreibungsämtern und den Versicherern die Verschuldung sukzessive abgebaut wird.⁴ Oder: Eine Forderung wird durch eine Übernahme-Garantie vor dem Betreibungsverfahren durch den Kanton beglichen. Beispielsweise in den Kantonen Genf, Neuenburg, Waadt und Wallis, wo «schwarze Listen» keine Anwendung finden, wird dies bereits heute in vielen Fällen erfolgreich praktiziert. Ebenso kann die sinnvolle Ausgestaltung der Prämienverbilligung dem Teufelskreis der Verschuldung einer wirtschaftlich und sozial schlechter gestellten Bevölkerungsschicht ein Ende setzen und eine adäquate medizinische Versorgung für alle in der Schweiz sicherstellen.

Schwarze Listen: Darum geht's

Seit dem Jahr 2012 gibt es bei Versicherten mit Zahlungsausständen bei ihrer Krankenversicherung keinen Leistungsaufschub durch die Versicherer mehr und die medizinische Versorgung in der Grundversicherung bleibt vollumfassend erhalten. Mit Art. 64a Abs. 7 KVG haben die Kantone jedoch die Möglichkeit eine Liste mit Personen zu führen, welche ihre Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlen. Je nach Kanton fallen die Kriterien für eine Aufnahme auf die Liste unterschiedlich aus. Die Aufführung auf einer sogenannten «schwarzen Liste» bedeutet für die versicherte Person, dass die Krankenversicherung ihr auf Geheiss des Kantons keine Leistungen aus der Grundversicherung vergüten darf. Davon ausgenommen sind Notfälle, wobei der Begriff Notfall in jedem Kanton unterschiedlich ausgelegt wird. Laut einem Gerichtsentscheid aus dem Kanton St. Gallen⁵ ist dieser jedoch sehr umfassend zu interpretieren. Zurzeit führen die Kantone Aargau, Luzern, Tessin⁶, St. Gallen (Abschaffung beschlossen), Thurgau und Zug entsprechende Listen. Graubünden, Solothurn und Schaffhausen haben die Listen wieder abgeschafft. Die Verfechter der Listen gehen davon aus, dass in erster Linie ein abschreckender Effekt erzielt wird und sich damit die Zahlungsdisziplin der Prämienzahler erhöht. Die Gegner bezweifeln dies und führen sozialen Ungerechtigkeiten sowie hohe administrative Kosten ins Feld, welche den Nutzen der Listen nicht rechtfertigen.⁷

¹Statistik OKP 2019, eigene Hochrechnung auf die gesamte Schweiz

²verschiedene Zeitungsberichte; Datenstand Juli 2019 bis Juni 2020

³und ⁷B, S.S. Untersuchung über die Entwicklung der nichtbezahlten Krankenkassenprämien im Kanton Zürich (2015)

⁴Artikel «Diese Schuldenfalle ging vergessen» im Beobachter vom 21.05.2021

⁵Rechtsprechung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen (Urteil vom 26. April 2018, KSCHG 2017/5)

⁶Stand August 2021 ist die Regelung aufgrund von Covid weiterhin ausgesetzt. Geplante Reaktivierung unbekannt.

Erst Einsparungen realisieren, dann Gesetz ändern



Zur Förderung von Generika und Biosimilars ist in einem ersten Schritt die Anpassung der Vertriebsanteile bzw. die Einführung einer anreizneutralen Vertriebsmarge notwendig. Mit dieser Massnahme lassen sich die Kostensparziele im Arzneimittelbereich einfach und schnell umsetzen.

von Mathias Früh, Leiter Ökonomie & Politik

Die ständerätliche Gesundheitskommission (SGK-SR) wird anlässlich ihrer Sitzung vom 31. August 2021 im Rahmen der Kostendämpfungsmassnahmen das Referenzpreissystem für Arzneimittel beraten. Bei einem Referenzpreissystem wird für patentabgelaufene Arzneimittel und Generika mit demselben Wirkstoff ein Höchstpreis festgelegt, der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu vergüten ist. Wird ein teureres Arzneimittel abgegeben, muss der Versicherte die Differenz zu diesem «Referenzpreis» übernehmen. Der Nationalrat hat diesem Systemwechsel in

der Wintersession 2020 nicht zugestimmt. Dabei ging es nicht darum, im Bereich der patentabgelaufenen Medikamente keine Einsparungen erzielen zu wollen, sondern zunächst sollten substantielle Einsparungen durch Optimierung des bestehenden Preissystems erzielt werden.

Der Nationalrat stützte sich bei seinem Entscheid im Wesentlichen auf den gemeinsamen Vorschlag der Verbände von curafutura, Pharmasuisse, den Ärzten mit Patientenapotheke und Intergenerika. Sie schlugen vor, zunächst Einsparungen durch die Erhöhung des

Anteils von Generika und Biosimilars an den Arzneimitteln zu erzielen. Denn im Kern gilt es, endlich den entscheidenden Fehlanreiz bei der Medikamentenabgabe zu beseitigen. Heute verdienen die Leistungserbringer mehr, wenn sie teurere Medikamente abgeben. Sie haben einen direkten Anreiz, ein Originalpräparat anstelle eines kostengünstigeren Biosimilar oder Generikums abzugeben.

Preisabhängige Vertriebsmargen drücken aufs Portemonnaie

Die eindrucklichen Auswirkungen dieses Fehlanreizes auf die Kosten zeigt

die jährliche Publikation unseres Arzneimittelreports. Es zeigt sich jedes Mal, dass die Schweiz ein enormes Einsparpotential vergibt. Beispielsweise stehen seit 2016 für das Originalpräparat Remicade (Rheumatoide Arthritis) zwei Nachahmerpräparate zur Verfügung, die 25 Prozent günstiger sind. Bis Ende 2019 wurde bei 78 Prozent aller Verschreibungen aber immer noch auf das teurere Original zurückgegriffen – mit fatalen Kostenfolgen: Innert vier Jahren blieben fast 120 Mio. Franken an Einsparpotential ungenutzt; wohlge-merkt für ein einziges Medikament.

Der Grund liegt auf der Hand: Bei Remicade liegt gemäss Biosimilar-Barometer¹ die Marge pro Jahr und Patient 630 Franken höher als beim günstigeren aber qualitativ gleichwertigen Nachahmerpräparat. Die Benachteiligung von günstigen Nachahmerprodukten ist enorm, gerade bei den hochpreisigen Medikamenten.

Einsparpotenzial wirkungsvoll auf Verordnungsstufe regeln

Die umfassende Beseitigung dieser Fehlanreize ist eine effektive und nachhaltige Massnahme zur Kostendämpfung zu Gunsten aller Prämienzahlenden. Der grosse Vorteil: Das Problem kann vollständig und wirkungsvoll auf Verordnungsstufe gelöst werden. Eine Gesetzesänderung ist nicht nötig, die Massnahme kann schnell umgesetzt werden. Mit der Motion 20.3936 fordert die SGK-NR einen vom Fabrikabgabepreis unabhängigen Fixanteil, um die Abgabe von preisgünstigeren Arzneimitteln nicht mehr zu benachteiligen. Dies ist der richtige Weg.

¹https://curafutura.ch/uploads/tx_pmxitemlist/210408_Biosimilar_Barometer_2020_DE.pdf

Einsparpotential bei Remicade durch Abgabe günstiger Nachahmerpräparate (in CHF)

	2016	2017	2018	2019	Total
Remicade Kosten	127 000 000	128 000 000	115 000 000	109 221 398	479 221 398
25 % Einsparpotential	31 750 000	32 000 000	28 750 000	27 305 350	119 805 350

«Die Benachteiligung von günstigen Nachahmerprodukten ist enorm, gerade bei den hochpreisigen Medikamenten.»

Dringende Reformvorschläge im Arzneimittelbereich



Es müssen dringend anreizneutrale Vertriebsmargen eingeführt werden, um den Fehlanreiz in der Medikamentenabgabe zu beseitigen.



Bei der Preisbildung soll neu die Prävalenz einer Krankheit und damit deren Kostenfolgen konsequent berücksichtigt werden.



Die Preise für die auf der Spezialitätenliste gelisteten Arzneimittel müssen jährlich statt alle drei Jahre überprüft werden.



Die Krankenversicherer brauchen ein Antrags- und Beschwerderecht bei der Zulassung und der Preisfestsetzung von Arzneimitteln, um das System im Interesse der Versicherten ins Gleichgewicht zu bringen.



Die Preisabstände zum Original sollten für Biosimilars gleich geregelt werden wie bei den Generika. Das Substitutionsrecht (Art. 52a KVG) muss auch für Biosimilars gelten.



«Seit Januar 2021 hat Helsana
80 Millionen Franken für
Corona-Tests und 20 Millionen
Franken für Corona-Impfungen
bezahlt. Wir bleiben am Ball und
stellen eine reibungslose
Abrechnung sicher.»

Dr. Olaf Schäfer
Leiter Service & Leistungsmanagement