

**Agentur / Ressort:** Meinung und Debatte  
**Veröffentlichungsdatum:** 12.04.2018  
**Text ID:** 247822293  
**Sperrstatus:** frei  
**Notiz:** kein Eintrag

**Agentur / Herkunft:** kein Eintrag  
**Priorität:** kein Eintrag

## KOSTENBREMSE IM GESUNDHEITSWESEN

# Steuerung über Qualität

Gastkommentar

---

## VON JÜRIG NADIG UND RUTH BAUMANN-HÖLZLE

Angesichts ungebremster Prämiensteigerungen wird auch in der Schweiz zunehmend die Forderung laut, zur Entlastung der Prämienzahler medizinische Leistungen zu rationieren und das Gesundheitswesen über die Kosten zu steuern. Mit der kürzlich beschlossenen Verlagerung von Eingriffen in den ambulanten Bereich werden aber die Krankenkassenprämien weiter steigen, da die so eingesparten 200 Millionen Franken den Staatshaushalt, aber nicht die Prämienzahler entlasten werden. Von verschiedenen Seiten werden einschneidende Massnahmen verlangt: Manche Kantone erwägen sogar schon die Rationierung von Leistungen beim einzelnen Patienten. Neu stehen nicht nur die hohen Kosten pro gewonnenes Lebensjahr, sondern auch die Kosten für einen Monat Sterben zur Debatte. Rationierung im Einzelfall bedeutete einen Qualitätsabbau bei der Behandlung und der Betreuung von Patienten. Solange aber Experten von einem Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsreduktion von rund 20 Prozent ausgehen, erscheint eine Rationierung im Einzelfall ethisch nicht vertretbar.

Die Expertengruppe zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen des Bundes empfiehlt, für die jeweiligen Sektoren im Gesundheitswesen jährliche Zuwachsraten festzulegen und einzelne Leistungserbringer mit übermässigem Kostenwachstum mit Sanktionen zu belegen, um dieses zu bremsen. Verleiten solche Sanktionen dazu, teure Therapien gar nicht anzubieten oder sie nur ungenügend zu dosieren?

Beides läge zum Beispiel nicht im Interesse von Tumorkranken, könnte aber das Budget des Arztes wirksam entlasten, verursachen doch in der Onkologie die Medikamente mehr als drei Viertel der Behandlungskosten. Das Gesundheitswesen über im Voraus festgelegte Kostensteigerungsraten zu steuern, verlangt deshalb nach einer Erfassung der Behandlungs- und Versorgungsqualität. Für die Krebsbehandlung bedeutet dies, dass die medikamentöse Tumorbehandlung in den Krebsregistern erfasst und ausgewertet werden müsste, was bis heute aber nicht vorgesehen ist.

Damit trotz den geplanten Sparmassnahmen jeder Bewohner der Schweiz unabhängig vom Wohnort oder vom Versicherungsstatus Zugang zur optimalen medizinischen Behandlung von Dickdarmkrebs erhält, haben sich zwanzig Fachgesellschaften und Berufsverbände in den letzten fünf Jahren im Rahmen eines interprofessionellen Pilotprojektes der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) gemeinsam auf einen Behandlungspfad bei Dickdarmkrebs festgelegt und Minimalkriterien für die Behandlung erarbeitet. Dieser Pfad soll nun in einer Pilotregion verfolgt werden, um die dadurch erhoffte Verbesserung zu überprüfen, bevor für andere Tumoren solche Pfade erarbeitet werden. Dazu sind aber verlässliche Daten aus Krebsregistern und anderen Quellen unabdingbar. Man hofft, dass dieses Beispiel sowohl zur Qualitätssicherung als auch zu einer fairen Kostenfestlegung beiträgt und später auch auf andere Bereiche übertragen werden kann. Die Pro-Kopf-Kosten für Medikamente sind im Vergleich zu den anderen Kosten im Gesundheitswesen allgemein zwar weniger gewachsen, nicht aber in der Tumorbehandlung: Neu zugelassene Therapien kosten bis zum Vierzigfachen der früher angewendeten. Zudem scheinen bei der amtlichen Preisfestsetzung die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht zu gelten, denn der Preis korreliert oft nicht nachvollziehbar mit dem Patientennutzen – weder bezüglich progressionsfreiem Überleben noch hinsichtlich einer Lebensverlängerung.

Die Schere zwischen Patientennutzen und Preis geht auch deshalb so stark auseinander, weil andere Gesichtspunkte wie Forschungs- und Standortförderung, Vermarktungskosten, Dividenden, Managersaläre sowie ein Innovationsbonus eingerechnet werden. Nicht die Massnahmen zur Lebensverlängerung, sondern einzelne Medikamente sind zu teuer. Statt nach den Kosten für ein Lebensjahr sollte nach dem Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis gefragt werden, das von der Solidargemeinschaft noch finanziert werden soll. Für wenig wirksame oder wenig erprobte Medikamente ist primär kein Listenpreis zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) festzulegen. Diese Medikamente sollten analog dem Off-Label-Use zur Verfügung stehen und gemäss ihrem Nutzen vergütet werden, wie es ein Bundesgerichtsentscheid verlangt. Gemäss Experten werden bereits heute in der Onkologie etwa 60 Prozent der Medikamente nicht gemäss der Zulassung eingesetzt (Off-Label-Use). Der Patientennutzen liess sich bereits aufgrund erster Studiendaten abschätzen und in eine Vergütung überführen. Da diese Vergütung oft deutlich tiefer liegt als die heute von den Kostenträgern mit den Herstellern ausgehandelte, bürge eine solche Regelung ein beträchtliches Sparpotenzial. Patienten, die es wünschten, erhielten so weiterhin Zugang zu diesen Medikamenten. Eine vertragliche Vereinbarung zwischen Krankenversicherern und Pharmaindustrie zur Vergütungsfestlegung nach diesem definierten Verfahren wäre Ausdruck des vom BAG geforderten Kostenbewusstseins.

**Jürg Nadig** ist Past-Präsident der SGMO und Co-Leiter des Pilotprojekts Sektorübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom; **Ruth Baumann-Hölzle** ist Leiterin des Instituts Dialog Ethik in Zürich.