



Assekuranz: Täuschungen führen zu Globalbudget

Michel Romanens, 20.12.2021

An der Spitze unseres Gesundheitswesens macht sich unsachliche Hektik breit. Sie verleitet zu gefährlichem Handeln. Dabei liessen sich Milliarden einsparen, wenn wir zugleich freier und rationaler denken würden.

Rationierungs-Vorreiter im Kanton Waadt

In der Hauptausgabe der [«Tagesschau» vom 29. Januar 2018](#) sprach unser Gesundheitsminister Alain Berset erzürnt von einem Denkverbot, das die Ärzteschaft der Idee einer Kostenobergrenze erteilt habe.

Welche Probleme solche Globalbudgets allerdings mit sich bringen, zeigte Oliver Peters in derselben «Tagesschau». Peters ist stellvertretender Generaldirektor im CHUV, also im Kanton Waadt, wo man mit Kostenobergrenzen arbeitet. Zur Frage eines neuen Hüftgelenks für einen 30jährigen Patienten sagte er: «Wenn es klinisch notwendig ist, erbringen wir selbstverständlich die Leistung. Aber wir werden nicht Patienten, die relativ jung sind und bei denen man gut noch zwei oder fünf Jahre warten kann oder die vielleicht besser zunächst einmal zehn Kilo abnehmen sollten, bevor man so etwas diskutiert – denen würden wir nicht eine Operation aufschwätzen.»

Um es deutlich zu machen: Hier redet nicht ein Mediziner darüber, wann eine Hüftoperation medizinisch zweckmässig ist; es redet der Spitalverwalter darüber, wann er sie aus ökonomischer Sicht für sinnvoll hält. Und er macht klar: Seine Sicht zählt.

Werfen wir einen Blick nach England, wo man seit einiger Zeit mit Kostenobergrenzen arbeitet. Die deutsche [«Ärztezeitung»](#) hat im [staatlichen britischen Gesundheitsdienst NHS](#) recherchiert und herausgefunden: Die Kostenobergrenze führt zur systematischen Diskriminierung von Patienten. So wurden in etlichen Gegenden Patienten mit einem Body Mass Index über 30 von Eingriffen wie Hüftgelenkoperationen ausgeschlossen. Englische Mediziner reden von einem «schmutzigen Geheimnis, über das niemand redet».

Es ist naiv, vor diesem Hintergrund zu erwarten, dass Kostenobergrenzen in der Schweiz keine solchen Folgen haben würden.

Es wird einfach weiter behauptet

Angeblich spart man im Kanton Waadt so. Wirklich? Könnte es nicht auch sein, dass von der Behandlungsverweigerung frustrierte diskriminierte Patienten in andere Kantone ausweichen, wo die Kosten dann angefallen sind? Gibt es entsprechende Patientenströme? Werden solche Phänomene überhaupt in Betracht gezogen?

Aus Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung wissen wir, dass Austretende auffällig tiefe Gesundheitskosten haben – aber ebenso, dass Kantone mit besonders vielen solcher Netzwerke im Schnitt höhere OKP-Kosten aufweisen können. Doch untersucht wird deshalb nichts – es wird einfach weiter behauptet, so liesse sich Geld sparen.

Mit Unbehagen muss man beobachten, dass sich in den obersten Instanzen unseres Gesundheitswesens eine unsachliche Hektik breitmacht, die Anlass gibt zu gefährlichem Handeln. Das Narrativ, auf welchem sie fusst, lässt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Prämien steigen Jahr für Jahr, weswegen die Kostensteigerungen besser kontrolliert werden müssen. Die Ursache sind zunehmend älter werdende Menschen und der technische Fortschritt.
2. Rund 20 Prozent der 80 Milliarden Kosten sind unnötig – also 16 Milliarden. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP wären das rund 7 Milliarden Franken. Unnötigen Kosten entstehen potentiell durch:
 - Boni-Verträge in den Spitälern
 - eine veraltete Tarifstruktur
 - Mengenausweitung im ambulanten Sektor
 - das fordernde Patientenverhalten
 - überhöhte Medikamentenpreise (Generika)
 - ungenügende HTA-Evaluationen
 - unnötige Behandlungen (z.B. als Folge der hohen Spezialisten-Dichte)
 - den Kontrahierungszwang: Kassen müssen die Rechnungen teurer Ärzte immer bezahlen.
 - Ungenügende Prävention vermeidbarer chronischer Krankheiten
 - Unnötiges Controlling WZW
 - Vertrauensärzte-Wesen
 - Kostengutsprache-Wesen
 - Krankenkassenwechsel
 - Krankenkassenwerbung

- Rationierung von Medikamenten (Limitatio)
- Fallpauschalen-Wesen
- Kosten der Erzeugung und Controlling von Fallpauschalen
- Interne Mengenausweitung Netzwerke
- Controlling und Verwaltung Spital / Behörde / Versicherer
- Rentenverweigerung
- Unterversorgung prekärer Bevölkerungsgruppen

Das offizielle Erklärungs-Muster lautet: die zunehmend unbezahlbaren Prämien werden durch unnötige Arztkosten verursacht, doch auch das Patientenverhalten und die Medikamentenpreise spielen eine gewisse Rolle. Fortschritt und älter werdende Menschen erklären den Rest.

Dieses Narrativ wird genährt durch immer die gleichen Kreise aus Gesundheitsökonomie, [santésuisse](#), Swiss Medical Board, SAMW, Journalisten, Verwaltung flankiert wird es durch Echokammer-Kongresse, wo immer die gleichen Akteure immer die gleichen Weisheiten herunterleiern.

Versuchen wir, dieses Beton-Narrativ zu durchbrechen. Das Modell der Prämienprozente eignet sich dazu wohl am besten. Um wieviel steigen oder sinken die Prämien mit welcher Massnahme?

Betrachten wir das unter der Annahme, dass 250 Millionen Franken an Kosten eine Prämienveränderung von 1 Prozent bewirken.

Eine Übersicht gibt die folgende Tabelle. Es handelt sich um eine grobe Einordnung (wie auch bei den bundesrätlichen Zahlen mit Schätzungen von Gesundheitsökonomien).

Die potentiellen Sparsbereiche betreffen die Krankenkassen, die Kostengutsprachen, die Fallpauschalen, die Wirtschaftlichkeitsverfahren, die Rationierung von Medikamenten, die Rationierung von Leistungen in Managed-Care Modellen mit Capitation, die Rationierung in der Prävention und die Kosten für Qualitätskontrollen. Die folgende Tabelle wurde auch in unserem [Beitrag von Medinside](#) publiziert.

21 Milliarden Einsparungen: Wie sich vermeidbare Kosten streichen liessen

Schätzung der Einsparmöglichkeiten bei den Prämien (in%)	Gesamtkosten Mio pro Jahr	Duale Finanzierung	Prämien Prozente	Teil-Summen
Krankenkassen				
Krankenkassen Wechsel	462	462	1.85	
Risikostrukturausgleich	200	200	0.80	
Werbung	1000	1000	4.00	
Reservetopf	500	500	2.00	8.65
Kostengutsprachen				
Personal	1000	500	1.00	
Spitalkosten	500	250	0.50	
Ambulante Kosten	500	500	2.00	3.50
Fallpauschalen				
Kodierung	500	250	1.00	
Mengenausweitung	2500	1250	5.00	
Luxus-Apparate	1000	500	2.00	8.00
Controlling Ambulant				
WZW Verfahren	200	200	0.80	
Mengenausweitung	500	500	2.00	2.80
Rationierung Medikamente				
Hepatitis C	250	125	0.50	
Andere	2500	1250	5.00	5.50
Rationierung ambulant (managed care)				
Globalbudget	1000	1000	4.00	
Mengenausweitung Netzwerke	2000	2000	8.00	12.00
Rationierung Prävention				
Risikofaktoren	1000	1000	4.00	
Rentenverweigerungen	500	500	2.00	6.00
Controlling und Verwaltung				
Arbeitszeit QM	2500	1250	5.00	
Verwaltung	2500	1250	5.00	10.00
Summe	21112	14487	56.45	

Für diese Bereiche zeigt die Tabelle die vermuteten Kosten als Folge möglicherweise unnötiger Leistungen (z.B. Kassenwerbung) oder vermeidbare Folgekosten durch falsche Anreize oder Rationierungen, grob aufgeteilt in Gesamtkosten pro Jahr und die Kosten für die Krankenkassen gemäss dem Prinzip der dualen Finanzierung (hier je 50 Prozent).

- So [haben wir beispielsweise berechnet](#), dass die Rationierung von Hepatitis-Cholesterin-Medikamenten durch das BAG wegen der vermeidbaren direkten und indirekten Kosten der – unbehandelten oder nicht erkannten – Hepatitis Cholesterin die Prämienkosten trotz der hohen Therapiekosten unter dem Strich erhöhen.
- Ein weiteres Beispiel stellen die Fallpauschalen dar, welche ihrerseits bisher national nicht quantifizierte Kosten für Kodierungspersonal, *up-coding* von Diagnosen, Kostenfolgen medizinischer Überversorgung und Kosten als Folge des Wettbewerbs generieren.
- Die bei den Kapitationsmodellen der Ärztenetzwerke eingesparten Gelder [reizen zur Rationierung medizinischer Leistungen](#), was zu verzögerten und damit kostenintensiveren Krankheitsfolgen führen kann.
- Die Rationierung von Medikamenten durch fehlerhafte HTA-Berichte hat in

einer älter werdenden Gesellschaft [kostentreibende Folgen](#) wegen ungenügender Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen und vaskulärer oder gemischter Demenz und damit auch auf die Pflegekosten im Alter.

A-posteriori-Schätzungen ohne Bezug zur Realität

Es ist Aufgabe der Versorgungsforschung, das in der Tabelle vermutete Sparpotential zu überprüfen. Zudem müssen die medizinischen Leistungen den WZW-Kriterien entsprechen. Aus der Perspektive des Arztes hat eine Behandlung «a priori» wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

Wenn aber Experten oder [Politiker verkünden](#), dass 20 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen durch bessere Effizienz eingespart werden können, so sind dies A-posteriori-Schätzungen, die keinen Bezug zur medizinischen Realität haben. Ein Arzt ist verpflichtet, gemäss den WZW-Kriterien a priori zu handeln, auch wenn er weiss, dass die Behandlung nicht bei allen gleich oder überhaupt wirkt.

Die Medizin hat ihre Effizienz bewiesen. Wie ist es mit der Gesundheitsökonomie?

Effizienzsteigerung würde hier bedeuten, dass man Leistungen rationiert, wo die Wahrscheinlichkeit gering genug wäre, dass die Therapie wirkt oder die Bildgebung eine unwahrscheinliche Pathologie zeigt, nach dem Motto von *Choosing wisely* und *Smarter medicine*: «Wo wahrscheinlich nichts ist, ist nichts.» Solche Denksysteme basieren weder auf einer überprüften Evidenz, noch existiert dafür eine rechtliche Grundlage.

Keine populistischen Schnellschüsse

Im Gegensatz zu den gesundheitsökonomischen und effizienz-behindernden Spielereien (QALY, HTA) hat die medizinische Wissenschaft ihre Effizienz mit evidenzbasierten Studien bewiesen. Es sind auch nicht die älter werdenden Menschen, die Kosten verursachen, sondern die [vermeidbaren Kosten im Alter](#). Dazu genügt eine Senkung der Erkrankungsrisiken auf möglichst tiefe Werte. Ohne Steigerung der Effizienz in der Krankheitsprävention ist eine [Krankheitskompression](#) auf das Lebensende hin (mit gesundem Altern bis 90) undenkbar und erfüllt zudem den Bevölkerungsauftrag an das Gesundheitswesen in keiner Weise: Möglichst lange gesund bleiben.

In einer Demokratie sind ergebnisoffene Diskurse normal. Bundesrat Berset täte gut daran diejenigen Fragen zu stellen, die sich aus der Tabelle zwanglos ergeben. Die wissenschaftlichen Antworten in Form einer unabhängigen Versorgungsforschung werden von Bürgerinnen und Bürgern erwartet. Populistische Schnellschüsse sind nicht die Lösung der anstehenden Probleme.

Existierende Globalbudgets

Anreize, erkrankte Personen nicht zu behandeln, entspricht nicht gerade dem eigentlichen Sinn des Gesundheitswesens. Doch darauf laufen die politisch nun [geforderten Globalbudgets](#) heraus. Dass dies zu Rationierungen führt, wird auch von den Versicherern als [explizites Problem benannt](#) (NZZ, 18.11.2017).

Die heutigen politischen Forderungen sind lediglich eine kleine Verschärfung wirksamer Globalbudgets in der ambulanten Medizin.

Erstens: die Wirtschaftlichkeitsverfahren von santésuisse dienen seit über 30 Jahren der Prävention von hohen Kosten in der Arztpraxis, dort wirkt das Globalbudget ab 30% über dem Kostenschnitt der Vergleichsgruppe. Tausende von kranken Personen werden so seit Jahrzehnten unterversorgt, wie Frau Prof. Hurst in Arbeiten aus den Jahren 2005-2009 zeigte:

<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:5411>.

Zweitens: rund die Hälfte der Schweiz ist in Hausarztmodellen versichert, von denen der Bundesrat auf Anfrage Simonetta Sommaruga noch 2006 (Motion 06.3354) wegen unbekanntem Rationierungs-Effekten gewarnt hatte. Der Mechanismus in den Hausarztmodellen funktioniert hier über ein Globalbudget in der obligatorischen Grundversicherung OKP mit einem den Versicherungsnehmern in der Regel nicht bewussten Bonus- Malus System (geringere Durchschnittskosten werden mit einem Bonus belohnt, erhöhte mit einem Malus bestraft).

Geheimvertrag: <http://physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf>

Die ambulante Medizin ist somit vollständig von einem bereits sehr wirksamen Globalbudget gesteuert. Ob damit Kosten über die Jahre und die gesamte Versorgungskette gespart werden, oder ob im Gegenteil durch Abwarten in der Versorgung vermehrt Kosten und vermehrtes Leiden folgen, ist die zentrale Frage.

Was zeigt nun die Forschung betreffend dem Rationierungseffekt dieser Globalbudgets auf die Versorgungsqualität und die Kosten im Gesundheitswesen?

Die Forschung zu Kostenfolgen von Rationierungen mittels Globalbudgets in der ambulanten schweizerischen Medizin über die gesamte Behandlungskette ist **inexistent**. Es fehlen den Behörden die entsprechenden Daten. Wenn sich das ändern soll, muss der Bundesrat die von den Leistungserbringern an die Versicherer seit Jahrzehnten gelieferten individuellen Datensätze erkrankter Personen einfordern. Die gesetzliche Grundlage für den Datentransfer ist vorhanden. Das Bundesamt für Statistik wäre damit zu beauftragen, entsprechend intelligente Versorgungsforschung über die einzelnen Versicherer hinaus, also umfassend, zu erarbeiten.

Bleibt die Frage, warum Begleitforschung nicht schon lange durchgeführt worden?

Versorgungsforschung über sämtliche OKP Kosten der letzten Jahrzehnte ist im Rahmen der Aufspaltung der bei den Krankenversicherern parkierten Datensätze, auch wenn sie Millionen versicherte Personen umfassen, aus den genannten Gründen der fehlenden Beobachtung gesamter Versorgungsketten qualitativ inakzeptabel, darauf haben wir schon mehrfach hingewiesen. Wahrscheinlich hat sich die Politik letztlich auf Behauptungen dieser partikularen Versorgungsforschung verlassen und daraus geschlossen, dass Globalbudgets die Kosten weiter senken ohne die Qualität der Versorgung zu mindern, also nach dem Motto, billiger ist besser. Wir warten auf dem Geburtsstunde der umfassenden öffentlichen und

demokratisch kontrollierbaren Versorgungsforschung.
Die politische Entwicklung bis Dezember 2021

In der Botschaft 19.046 des Bundesrates zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) steht zu lesen:

<https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2019/2216/de/doc/fedlex-data-admin-ch-eli-fga-2019-2216-de-doc.doc>

Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Auszug aus der Botschaft des Bundesrates:

«Grundsätzlich geht diese Massnahme in eine ähnliche Richtung wie die pa. Iv. 17.402 der SGK-NR «Steuerung der Kosten im KVG durch die Vertragspartner». Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) hat diese pa. Iv. in ihrer Sitzung vom 13. November 2017 abgelehnt mit der Begründung, dass der Bundesrat aufgrund einer Gesamtschau entscheiden solle, welche kostendämpfenden Massnahmen im Gesundheitswesen vorrangig weiterverfolgt werden sollen. Der Nationalrat hat daraufhin der Initiative am 28. Mai 2018 keine Folge gegeben. Die vorliegende Gesetzesvorlage geht in einigen Punkten weniger weit als die pa. Iv. **Am 15. März 2018 hat jedoch Nationalrat Heinz Brand die Motion 18.3305 «KVG. Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämmungselement» mit sehr ähnlichem Inhalt eingereicht, die den Bundesrat beauftragt, das KVG so anzupassen, dass genehmigungsreife Tarifverträge künftig zwingend ein Kosteneindämmungselement enthalten müssen.** [Anmerkung Romanens: am 18.11.2017 hat sich Verena Nold von *santésuisse* vehement gegen Globalbudgets gewehrt, es liegt somit eine Täuschung der Öffentlichkeit vor, da *Santésuisse* Präsident Heinz Brand eben dieses Globalbudget in seiner Motion 18.3305 fordert]. Die Motion wurde vom Ständerat am 21. März 2019 abgelehnt mit der Begründung, dass die Motion nicht mehr nötig sei, da der Bundesrat dieses berechnete Anliegen mit dem ersten Paket zur Kostendämpfung aufnehmen werde. Die SGK-SR hat am 15. April 2019 die Motion 19.3419 «Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen» eingereicht. Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion, da deren Anliegen bereits mit vorliegendem Massnahmenpaket aufgenommen werden und es in diesem Sinne keinen weiteren Auftrag des Parlaments benötigt. Am 20. Juni 2019 hat der Ständerat die Motion angenommen.»

Im Oktober 2020 erfolgte die Abstimmung im Nationalrat (Nr 21567) zum Globalbudget Artikel 47c, welcher mit 91:90 Stimmen abgelehnt wurde.

Fraktion / Groupe / Gruppo	S	GL	V	RL	M-CEB	G	Tot.
+ Ja / oui / si	35	13	2	1	13	26	90
- Nein / non / no		1	50	26	14		91
= Enth. / abst. / ast.	1	1	2				4
E Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4	3		1	1	2	4	11
O Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		1			2		3
P Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes				1			1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Proposition de la majorité
Bedeutung Nein / Signification du non: Proposition de la minorité II Hess Lorenz (biffer)

Während Grüne und die SP geschlossen für ein Globalbudget stimmten, hat mit 2 Ausnahmen die gesamte SVP das vom eigenen Gesundheitspolitiker Brand gewollte Globalbudget abgelehnt (2:50), dafür waren die SVP-NR Estermann und Reimann.

Auch die Grünliberalen waren mit 13:1 für die Vorlage, bei der Mitte-Partei 13:14, also umstritten. Die Abstimmung dazu im Ständerat erfolgte im Dezember 2021 und wurde ebenfalls nur ganz knapp mit Stichentscheid der Ständerats-Präsidenten Hefti (FDP) abgelehnt.

FRAKTIONEN DER 51. LEGISLATURPERIODE 2019 – 2023

FRAKTION		PRÄSIDENT/IN	ZUSAMMENSETZUNG / PARTEI	TOTAL	NR	SR
<u>Fraktion der Schweizerischen Volkspartei</u>	V	<u>Thomas Aeschi</u>	59 SVP, 1 Lega, 1 EDU, 1 parteilos	62	55	7
<u>Sozialdemokratische Fraktion</u>	S	<u>Roger Nordmann</u>	48 SP	48	39	9
<u>Die Mitte-Fraktion. Die Mitte. EVP.</u>	M-E	<u>Philipp Matthias Bregy</u>	41 Die Mitte, 3 EVP	44	31	13
<u>FDP-Liberale Fraktion</u>	RL	<u>Beat Walti</u>	41 FDP:Die Liberalen	41	29	12
<u>Grüne Fraktion</u>	G	<u>Aline Trede</u>	33 GPS, 1 PdA, 1 EàG	35	30	5
<u>Grünliberale Fraktion</u>	GL	<u>Tiana Angelina Moser</u>	16 GLP	16	16	0

Somit ist aktuell die Linke zusammen mit der Mitte die Treiberin in Richtung Rationierung im Gesundheitswesen.

Es wird zuviel gemacht, tatsächlich?

Die Wahrnehmung zu den Kosten im Gesundheitswesen geht heute praktisch durch alle Akteure und Parteien in Richtung «es wird zuviel gemacht», verstärkt durch die Ansicht «... und das schadet den Patientinnen und Patienten». Der Medizinhistoriker Flurin Condrau hat die Problematik kürzlich [auf den Punkt gebracht](#): Zu viele unnötige und teure Operationen bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Prävention.

Welche Täuschungen existieren?

1. **Kosteneffekte medizinischer Behandlungen:** Die Effekte der medizinischen Behandlung betreffen den Krankheitsverlauf und die assoziierten Kosten. Die Gesundheitsökonomie hat sich bisher darauf beschränkt, die Kosteneffekte der Behandlung anzuschauen, ohne assoziierte indirekte Kosten wie Erwerbsausfall, Wert des Lebens im Todesfall und andere Kosten anzuschauen. Gemäss internationaler Literatur verdoppelt sich die Kosteneffektivität medizinischer Behandlungen unter Einbezug der direkten und indirekten Effekte im Vergleich zu den direkten Effekten alleine ¹. Die systematische Halbierung der Medizineffektivität durch die Gesundheitsökonomie ist also nicht das Problem der Medizineffekte, sondern das Problem der handwerklich ungenügenden Gesundheitsökonomie selbst.
2. **Vergleichskosten ärztlicher Behandlungen:** In den Jahren 2008-2017 vergleicht santésuisse die Arztkosten national mit dem ANOVA Index, obwohl dies nicht dem Standard der Gesundheitsökonomie entspricht, welcher 2008 durch die CSS-Versicherung um Prof. K. Beck publiziert wurde ². Medizinisch notwendige, aber teure Behandlungen [erschieneen dadurch als unwirtschaftlich](#). Es geht um eine von santésuisse durchgesetzte und von Aerzten im Ergebnis tolerierte Falschbeurteilung von rund 25'000 Aerztinnen über 10 Jahre (2008-

2017) mit einer der Aerzteschaft abgeforderten Regresssumme in Vergleichs- und Gerichtsverfahren von ca. 1.25 Mia. Fr (50'000 Fr. pro Fall).

- 3. QALY basierte Effektivitätsberechnungen:** QALY Berechnungen in der Gesundheitsökonomie, also die Kosten für ein Lebensjahr in guter Lebensqualität wurden in der Schweiz durch die Gesundheitsökonomie eingeführt und von der Politik übernommen, ohne dass dazu eine öffentliche Debatte dazu stattgefunden hätte. Selbstverständlich müssen die Kosten von Medikamenten in Relation zu ihren Effekten gebracht werden, QALY sind jedoch hierfür denkbar ungeeignet und sind in den USA sogar gesetzlich verboten ^{1,3,4}. Die Kosten pro QALY in der Prävention von Herz- und Hirnschlag werden vom Swiss Medical Board unter Verwendung von Statinen mit 210000 Fr / QALY angegeben ⁵, während der Bund mit Kosten von 3000 Fr /QALY rechnet ⁶. Werden zudem QALY für einen zu kurzen Zeitraum berechnet (z.B. bei der Budget Impact Analysis) treten weitere Pseudo-Überteurungseffekte auf ⁷. Die falschen SMB Berechnungen zur Kosteneffektivität von Statinen leider auch von Fachpersonen in die Politik getragen, damals sozialistische Partei der Schweiz, Vortrag 2017 ⁸.
- 4. Absolute Kosten:** Felix Schneuwly, Krankenkassenexperte bei Comparis und ehemaliger Sprecher bei santésuisse formuliert hingegen am 14.03.2019 in einem Blog der Freiburger Nachrichten: «Die steigenden Krankenkassenprämien führen in Bundesbern zu einer Hysterie, die für das Gesundheitswesen nicht gut ist. ... Das Mengenwachstum kann man politisch nur durch Rationierung bremsen. Von Rationierung will aber auch die CVP nichts wissen. ... Nur wer sich bei der oberflächlichen Kostenhysterie die Mühe nimmt, das Wachstum der Gesundheitskosten etwas genauer zu analysieren, schafft die Basis für die richtigen politischen Weichenstellungen. Zwischen 1996 und 2015 sind die Gesundheitskosten jährlich um 3.7 Prozent gestiegen, das BIP nur um 2.3 Prozent. Prozentwerte ohne Basisangaben können aber wie hier ein völlig falsches Bild vermitteln. Die 3.7 Prozent Gesundheitskostenwachstum entsprechen rund 3 Milliarden Franken, die 2.3 Prozent BIP Wachstum entsprechen hingegen 15.4 Milliarden Franken pro Jahr. Der geringere Prozentwert ist absolut knapp 15-mal mehr als der grössere. Wenn sich das Wachstum der letzten 20 Jahren fortsetzt, wird das absolute Wachstum von BIP und Gesundheitsausgaben im Jahr 2135 gleich hoch sein. Erst dann müssen wir die Wohlfahrt in den anderen Bereichen reduzieren, wenn das Gesundheitssystem gleich weiterwachsen soll».
- 5. Budget Impact Analysis (BIA):** Das BAG lässt regelmässig vermutlich komplett falsche BIA erstellen, um innovative und kosteneffektive Medikamente mit einer Limitation zu versehen. Aus unserer Sicht ist das illegal. Während die Zweckmässigkeit der rationierten Medikamente erwiesen ist (SwissMedic Zulassungen), ist die BIA experimentell und willkürlich, entscheidet aber über Krankheit und Tod in der Schweiz aus Angst, dass die Prämien um 1% steigen könnten.

Zusammenfassung

Die Politik arbeitet seit über 10 Jahren daran, das Gesundheitswesen in einen Discountladen umzuwandeln.

Grund dafür sind die hohen Kosten im Verhältnis zu Leistungen, welche pro Jahr im Umfang von 14 Mia Franken (oder 20% der Leistungen) unnötig seien und zudem den Patientinnen und Patienten gesundheitlichen Schaden zufügen würden. Diese Behauptung hat keine Grundlage. Dass sie trotzdem geglaubt wird, ist Folge eines erfolgreichen Lobbyings der Krankenkassen und assoziierter gesundheitsökonomischer Berechnungen.

Die mathematischen Modelle erfassen lediglich die Behandlungskosten, indirekte Kosten, die vermieden werden, sind nicht berücksichtigt. Diskontierungseffekt des Behandlungswerts: 50%. Ferner werden Diskontierungen des Behandlungswertes von 3-9% pro Jahr in die Berechnungen eingeführt, was bei chronischen Krankheiten überhaupt keinen Sinn macht. So kann der tatsächliche 100% Effekt einer medizinischen Behandlung innerhalb von 5-10 Jahren durch falsche gesundheitsökonomische Annahmen pulverisiert werden.

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit obliegt dem privaten Verein santésuisse. Er hat entgegen bekannten Tatsachen von 2008-2017 mit einem falschen Prüfverfahren das Bild der teuren Ärztinnen und Ärzte zementiert. Praktisch alle, welche damals zu teuer waren, sind es mit der neuen Methode nicht mehr. So konnte santésuisse der Ärzteschaft nicht nur einen massiven Reputationsschaden zufügen, sondern nebenbei noch geschätzte 1.25 Mia Franken abknöpfen.

Die aktuellen Diskussionen zu Globalbudgets sind Folge der verzerrten gesundheitsökonomischen Berechnungen und falschen Wirtschaftlichkeits-Beurteilungen.

Die chronische Unterfinanzierung insbesondere der Krankenhäuser, sowie auch bald der ambulanten Medizin mit Fallpauschalen und Globalbudget wird die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens weiter reduzieren und zu einer Zunahme der Krankheitslast führen. Ursache hierfür sind zu billige oder zu späte Abklärungen und Behandlungen.

Die Gesellschaft hat in Anbetracht der drohenden Krankheitswelle bis 2030 jedes Interesse daran, die Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen. Dies ist mit einem Discountladen als Gesundheitswesen nicht zu haben. Die linken Parteien stehen in den Parlamentsabstimmungen geschlossen hinter dem Sparkurs der Krankenkassen. Das ist eine fatale Entwicklung.

Weitere Literaturangaben

1. Romanens M, Adams A, Bojara W, Balint S, Warmuth W. Cost-Effectiveness-Analysis of Statins in primary care. Results from the Arteris Cohort Study (in press). *Swiss Med Wkly* 2021;
2. Rotz S Von, Kunze U, Beck K, Rotz S, Kunze U, Beck K, Rotz S Von, Kunze U, Beck K. Der Ärzteindex: Ein Instrument zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Grundversorgern. *Gesundheitsökonomie und Qual* 2008;**13**:142–148.
3. Neumann PJ, Cohen JT, Ollendorf DA. Drug-Pricing Debate Redux — Should Cost-Effectiveness Analysis Be Used Now to Price Pharmaceuticals? *N Engl J Med* Massachusetts Medical Society; 2021;**385**:1923–1924.
4. Conti RM, Frank RG, Gruber J. Regulating Drug Prices while Increasing Innovation. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2113764> Massachusetts Medical Society; 2021;**385**:1921–1923.
5. Felder S, Jüni P, Meier CA, et al. SMB Statin Recommendation. 2014.
6. Anouk Oordt, Bunge E, Ende C van den, Klein P, Huygens S, Corball L, Versteegh NBM, Redekop K. Health Technology Assessment (HTA): Statins for primary prevention of cardiovascular events and mortality in Switzerland. 2021.
7. Han L, Zhang X, Fu WQ, Sun CY, Zhao XM, Zhou LR, Liu GX. A systematic review of the budget impact analyses for antitumor drugs of lung cancer. *Cost Eff. Resour. Alloc. BioMed Central Ltd*; 2020.
8. Meier CA. Überversorgung in der Medizin – Was ist zu tun? Gesundheitstagung der SPS.