

Was leistet unser Gesundheitswesen?

FRANZ ROHRER

Unter dem obigen Titel wurde am 17. März 2004 eine gemeinsam von Dres. St. Vaterlaus und H. Telser von der Beratungsfirma Plaut Economics und Prof. Dr. P. Zweifel und P. Eugster vom Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich erstellte Studie der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese wurde im Auftrag des BSV (Bundesamt für Sozialversicherung), der Galenica, der Interpharma, des Merian-Iselin-Spitals, der Firma MSD, des Verbands *santésuisse*, des *seco* (Staatssekretariat für Wirtschaft), der *vips* (Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten) und des VSAO (Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte) erstellt.

Die politische und ökonomische Diskussion um das schweizerische Gesundheitswesen dreht sich primär um dessen Kosten. In dieser Studie wird die Frage aufgegriffen, ob diesen Kosten auch ein Nutzen gegenübersteht. Im erwähnten Projekt wurde untersucht, was unser Gesundheitswesen aus Sicht der Patienten, Prämien- und Steuerzahler leistet. Dabei wurden drei Blickwinkel betrachtet: Mit neuen statistischen Ansätzen, so genannten Marktexperimenten, wurde erstmals untersucht, mit welchem Nutzenverlust verschiedene Änderungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) verbunden wären. Weiter wurde anhand einer repräsentativen Umfrage die Beurteilung des schweizerischen Gesundheitswesens aus der Sicht der Bevölkerung erfasst, und schliesslich wurde versucht, mittels eines internationalen Vergleichs das Schweizer Gesund-

heitswesen bezüglich Kosten und Leistungen im Vergleich mit anderen Ländern zu positionieren.

Nutzenverlust durch Änderungen des KVG-Leistungskatalogs

Die Studie untersuchte im Einzelnen, welche Einflüsse Einschränkungen bei der Arztwahl, beim Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten (Aufnahme in den Leistungskatalog erst zwei Jahre nachdem deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen wurde), bei der Medikamentenwahl (z.B. Kostenerstattung nur für Generika, falls solche vorhanden sind, oder ein Verzicht auf die Vergütung von Medikamenten, die nur für Bagatellerkrankungen eingesetzt werden) und bei der Spitalwahl (durch Schliessung der kleinen lokalen Spitäler) ausüben würden. Zusätzlich wurde der Effekt der Einführung einer altersabhängig finanzierten Pflegeversicherung untersucht, welche ausschliesslich von Personen, die älter als 50 Jahre sind, abgeschlossen werden müsste.

Die Nutzenverluste der einzelnen Änderungsvorschläge wurden mit einem 95%-Vertrauensintervall (in Franken pro Person und Monat) errechnet. Für die einzelnen Reformvorhaben kam die Studie zu folgenden Ergebnissen: Eine Selektion der Ärzte nach Kostenkriterien ist mit einem sehr grossen Nutzenverlust von rund 100 Franken pro Person und Monat verbunden. Würden Qualitäts- und Kostenüberlegungen gemeinsam bei der Erstellung einer eingeschränkten Ärzteliste berücksichtigt, reduzierte sich der Nutzenverlust auf rund 40 Franken pro Person und Monat. Indem beinahe 50 Prozent der Befragten die Listenerstellung den Krankenversicherern zwar zugestehen, diese aber nachträglich durch den Kanton geprüft

und genehmigt wissen wollen, sprachen sie sich für «Checks and Balances» aus. Die hohe Bedeutung, welche die Schweizer Bevölkerung einer guten Qualität im Gesundheitswesen beimisst, zeigt sich auch beim Nutzenverlust aus einem temporären Verzicht auf neue Methoden und Medikamente. Mit rund 65 Franken pro Person und Monat fiel der Nutzenverlust in einer ähnlichen Grössenordnung aus wie bei einer Erstellung der Ärzteliste nach Qualitätskriterien. Aus der eingeschränkten Spitalliste resultierte ein durchschnittlicher Nutzenverlust von rund 40 Franken pro Person und Monat, was in etwa dem gleichen Betrag entspricht wie bei der Ärzteliste nach Effizienzkriterien (Qualitäts- und Kostenbetrachtungen). Relativ geringe finanzielle Kompensationen sind notwendig, damit die Befragten auf Originalpräparate verzichten würden, falls entsprechende Generika vorhanden sind. Der Nutzenverlust aus diesem Verzicht liegt bei rund 5 Franken pro Person und Monat. Ebenfalls nur einen geringen Einfluss auf den Nutzen hätte ein Verzicht der Finanzierung von Medikamenten für Bagatellerkrankungen im Grundleistungskatalog. Eine altersabhängig finanzierte obligatorische Pflegeversicherung generierte im Durchschnitt einen Nutzenverlust in der Grössenordnung von 20 Franken pro Person und Monat. Für das Zustandekommen des Nutzenverlusts dürfte gemäss Beurteilung der Autoren der Studie vor allem die altersabhängige, das heisst mit dem fünfzigsten Lebensjahr beginnende Finanzierung verantwortlich sein.

Nutzenverluste müssen keine Kosteneinsparungen sein

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Nutzenverluste nicht

Was leistet unser Gesundheitswesen?

mit den erwarteten Kosteneinsparungen der untersuchten Reformvorhaben gleichzusetzen sind. Vielmehr erlaubt erst der Vergleich der ermittelten Nutzenverluste mit den erwarteten Kosteneinsparungen ein abschliessendes Urteil darüber, ob die Einführung einer Massnahme sinnvoll ist oder nicht. Bei der Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf sozioökonomische Unterschiede zeigt sich, dass die Nutzenverluste bei Personen mit höheren Einkommen grösser sind. Aufgrund der Untervertretung der tiefen Einkommen bei den Befragten sind die in der Studie ermittelten Nutzenverluste als Grössenordnungen zu interpretieren. Ausserdem ergeben sich allgemein deutlich grössere Nutzenverluste bei den in der Westschweiz befragten Personen. Überdies sind die Nutzenverluste bei Gesunden geringer als bei Kranken. Der Unterschied zwischen dem Nutzenverlust der Männer und Frauen ist zu vernachlässigen. Bei älteren Personen hingegen sind grundsätzlich höhere Nutzenverluste zu registrieren als bei den Jungen.

Valide Resultate – aber grosse Streuung beim Individuum

Die Methode der Marktexperimente hat sich nach Einschätzung der Autoren bewährt. Sie eigne sich zur Messung der Präferenzen der Schweizer Bevölkerung für komplexe Sachverhalte im Gesundheitswesen. Insgesamt seien die Ergebnisse nach statistischen Kriterien durchwegs valide. Dies bestätige ein Vergleich mit einer ähnlichen Parallelstudie des Sozialökonomischen Instituts der Universität Zürich, welche mit der gleichen Methode für sich überschneidende Reformthemen (Generika statt Originalpräparate sowie verzögerter Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten) zu vergleichbaren Ergebnissen gekommen sei. Überdies konnten auch ähnliche sozioökonomische Effekte identifiziert werden. Die untersuchten Änderungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Grundversicherung wären teilweise mit beträchtlichen Nutzenverlusten für die Versicherten verbunden. Die diskutierten Durchschnittswerte täuschen über die Tatsache hinweg, dass Nutzenverluste von einzelnen Individuen unter-

schiedlich empfunden werden. Werden individuelle Nutzenverluste berechnet, streuen die Werte je nach vorgeschlagener Änderung unterschiedlich stark. So ist der Nutzenverlust aus den beiden Einschränkungen «Ärzteliste nach Kostenkriterien» und «verzögerter Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten» auch für die 10 Prozent der Befragten mit den geringsten Nutzeneinbussen immer noch beträchtlich. Mit 59 Franken bzw. 35 Franken liegt er bei etwa 55 Prozent der Durchschnittswerte von 103 Franken beziehungsweise 69 Franken. Die Befragten sind sich in der (negativen) Bewertung dieser Einschränkung ziemlich einig, und die Chancen, mit einer Prämienreduktion einzelne Gruppen gezielt dafür zu gewinnen, sind demnach gering. Auf der anderen Seite liegt der Nutzenverlust bei einer Ärzteliste nach Effizienzkriterien mit 10 Franken oder bei einer altersabhängig finanzierten Pflegeversicherung mit 7 Franken für die untersten 10 Prozent gerade noch bei etwa einem Viertel des Durchschnittswerts für die Gesamtbevölkerung. Hier weisen die Werte auf eine beträchtliche Heterogenität der Berechnungen hin. Dies bedeutet, dass eine Minderheit bereits für relativ geringe Prämienkompensation bereit wäre, sich in gewissen Bereichen einzuschränken und zum Beispiel alternative Versicherungsmodelle zu wählen.

Wichtigste Ergebnisse der Befragung vom Herbst 2003

Neben der erstmaligen Berechnung der Nutzenverluste für ausgewählte Reformvorhaben wurden im Herbst 2003 im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung verschiedene Antworten bezüglich Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem schweizerischen Gesundheitswesen ermittelt: Insbesondere fühlt sich die Schweizer Bevölkerung grundsätzlich gesund und sehr zufrieden mit der Qualität der medizinischen Leistungen sowie mit dem Gesundheitssystem insgesamt. Trotz der Mediendiskussion über Krankenkassenprämien und Behandlungskosten konnte knapp die Hälfte der Befragten keine Angaben zur

Höhe ihrer monatlichen Prämie machen. Dieses fehlende Wissen war bei Personen mit niedrigen Prämien oder höherem Bildungsgrad ausgeprägter. Ärzte und Spitäler werden sowohl bezüglich der Kompetenz als auch der sozialen Verantwortung besser beurteilt als die Krankenkassenversicherer und die Pharmaindustrie. Die Patientenorganisationen scheinen von einem grossen Teil der Bevölkerung nicht genügend wahrgenommen zu werden, da ein Drittel bezüglich Kompetenz respektive ein Fünftel der Befragten bezüglich sozialer Verantwortung kein Urteil über sie abgeben konnte.

Internationaler Vergleich ausgewählter Gesundheitssysteme

Anhand ausgewählter OECD- und WHO-Studien wurde das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich positioniert. Das schweizerische System zeichnet sich durch qualitativ gute Leistungen, jedoch auch ein vergleichsweise hohes Kostenniveau aus. Dabei wären – wie das Beispiel Japan zeigt – höhere Leistungen auch mit geringerem finanziellem Aufwand realisierbar. Die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems sei im Vergleich zu den USA grösser bei gleichzeitig leicht geringeren Kosten. Italien, Frankreich und Grossbritannien setzten ihre verfügbaren finanziellen Ressourcen kosteneffizienter ein als die Schweiz, wiesen aber bezüglich Qualität einen Rückstand auf. Deutschland soll insgesamt schlechter abschneiden als die Schweiz, weist aber bezogen auf die Kosten einen geringen Vorsprung auf. Zusammenfassend verfügt die Schweiz im internationalen Vergleich gemäss den untersuchten Daten über ein teures, aber qualitativ hoch stehendes Gesundheitswesen.

Studienkritik

Von verschiedenen Auftraggebern liegen Stellungnahmen zu den Resultaten der erwähnten Studie vor.

Die santésuisse behauptet, dass aus dieser Studie klar hervorgehe, dass das Schweizer Gesundheitswesen ineffizient sei. Tatsächlich konnte diese Studie die Frage

Was leistet unser Gesundheitswesen?

der Qualität der erbrachten Leistungen und natürlich auch die Frage, ob alle erbrachten Leistungen auch indiziert waren, nicht beantworten. Hier fehlt die Innensicht, die alleine mit ökonomischen Daten und Umfragen nie erbracht werden kann, aber auch die Aussensicht auf andere ökonomische, soziale oder medizinische Faktoren, wie das generell in der Schweiz (zu) hohe Preis- und Lohnniveau, demografische Entwicklungen, rechtliche Grundlagen oder die Prävalenz bestimmter Erkrankungen. Das Qualitätsproblem und die damit verbundene fehlende Effizienz bei der Ressourcenverteilung, an denen staatlich geleitete Gesundheitssysteme, zum Beispiel in Grossbritannien, leiden, wurden im Positionspapier der santésuisse einfach ausgeklammert. Die santésuisse betont die differenzierten Resultate, geht es um die freie Arztwahl: die Versicherten bevorzugten eine Selektion der Ärzte nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien («Effizienz»). Ein alleiniges Abstellen auf «Qualität» ohne Rücksicht auf den Preis schneide schlechter ab. Erwähnenswert sind aber auch grosse Unterschiede zwischen Deutschschweiz und Romandie, der Nutzenverlust durch den Wegfall der freien Arztwahl scheint dort viermal grösser zu sein als in der Deutschschweiz. Gesamthaft zeigt aber die Studie eine vergleichsweise hohe Zahlungsbereitschaft der Versicherten für das Recht auf die freie Arztwahl.

Von Seiten der Interpharma werden andere Kritikpunkte hervorgehoben: Insbesondere wird betont, dass trotz vermehrten Kostenbewusstseins bei den Versicherten die Orientierung an einem qualitativ hochwertigen, innovativen Gesundheitswesen bestimmend bleibe und die im internationalen Vergleich grossen Wahlfreiheiten als sehr wertvoll eingeschätzt würden. Der Nutzenverlust mehrerer kombinierter Einschränkungen übersteige mit 291 Franken gar die Durchschnittsprämie von 190 Franken. Von dieser Seite wird natürlich der mit 65 Franken pro Monat (oder einem Drittel der durchschnittlichen Monatsprämie) hohe Nutzenverlust durch den Verzicht auf neue Methoden und Medikamente während

zwei Jahren besonders hervorgehoben. Die Förderung von Generika wird als Beitrag zur Kostendämpfung akzeptiert, solange nicht ein (medizinisch) problematischer Zwang zur Substitution bestehe. Auch aufgrund der erhobenen Zahlen wird die obligatorische Wirkstoff- statt Präparateverschreibung abgelehnt, da sie eine Einschränkung der Therapiefreiheit bedeute und der Behandlungserfolg in Frage gestellt werde, da der Patient laufend andere Medikamente beziehungsweise Präparate erhalte. Aus den gleichen Zahlen schliesst allerdings der Krankenkassenverband santésuisse genau das Gegenteil!

In seiner Stellungnahme betont der VSAO insbesondere, dass sowohl von Patienten wie Gesunden die Einschränkung der freien Arztwahl allein nach Kostenkriterien, aber auch nach kombinierten Qualitäts- und Kostenkriterien klar abgelehnt werde, da der quantitative Nutzenverlust lediglich im Bereich einer halben monatlichen Krankenkassenprämie liege. Auch der unverzügerte Zugang zu neuen Abklärungs- und Behandlungsmethoden stelle in den Augen der Bevölkerung ein Qualitätsmerkmal unseres Gesundheitssystems dar, das nicht eingeschränkt werden soll. Lediglich Einschränkungen bei der Medikamentenwahl würden nicht als gravierend empfunden und zeigten dementsprechend einen kleinen Nutzenverlust. Eindrücklich sei die grosse Bandbreite der Nutzenverluste in ausgewählten Subgruppen, wobei insbesondere für Frauen, Kranke, Ältere und Welschschweizer deutlich höhere Nutzenverluste resultierten. Aufgrund der Studienergebnisse ziehe die Bevölkerung den Status quo den vorgeschlagenen Alternativen mit unterschiedlicher Deutlichkeit vor: Die freie Arztwahl und eine qualitativ hoch stehende Medizin stellten diejenigen Elemente unseres Gesundheitssystems dar, die von der Bevölkerung als letzte geopfert würden.

Konsequenz: vermehrte Transparenz für die Versicherten

Diese Studie kann keine genügende Aussage zur Effizienz des schweizerischen

Gesundheitswesens machen. Die internationalen Vergleiche sind nur so gut wie die dazu herbeigezogenen Studien und lassen sicher keinen abschliessenden Qualitätsvergleich zu, insbesondere da bisher keine geeigneten Indikatoren zur Qualitätsmessung entwickelt worden sind. Korrelationen zwischen Ärztedichte und zum Beispiel der Anzahl Hysterektomien oder Tonsillektomien in einer Region sind zur Effizienzmessung definitiv unbrauchbar, da der entscheidende Faktor vielleicht verpasst wird. Die bedeutendste Neuerung der Studie und der für sie entwickelten Messmethoden ist, dass die von den Versicherten auf sich zu nehmenden Nutzenverluste verschiedener Massnahmen quantifiziert werden konnten und damit einer rationalen Betrachtungsweise zur Verfügung stehen. Von der eigenen Betrachtungsweise gewisser Interessengruppen, seien dies Ärzte, Krankenkassen oder Pharmahersteller oder -händler, beeinflusste Bewertungen werden nun für alle Beteiligten transparenter. Bei der Bewertung dieser Verluste sind nun vor allem die Versicherten und die Patientenorganisationen gefragt. Diese müssen den Politikerinnen bekannt geben, welche Nutzenverluste sie in Zukunft, das heisst im Rahmen der KVG-Revision, zu tragen gewillt sind!

Weitere Informationen und auch die vollständige Studie sind erhältlich unter:

<http://www.plaut-economics.ch>

<http://www.interpharma.ch>

<http://www.santesuisse.ch>

<http://www.vsao.ch>

Dr. med. Franz Rohrer
Innere Medizin FMH
4415 Lausen

Dieser Beitrag erschien zuerst in «Synapse» 4/04 (Juni). Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung.