

Verzeichnis der unnützen und gefährlichen Medikamente

MOTION

vom 13.12.2012

Stéphane Rossini

Nationalrat SP

Kanton Wallis



Der Bundesrat wird beauftragt, bei der Veröffentlichung und Aktualisierung der Spezialitätenliste (SL) den Grad der Wirksamkeit von Medikamenten und von deren Gefährlichkeit für bestimmte Patientengruppen anzugeben. Darauf gestützt sollen gefährliche Medikamente oder Scheininnovationen von der Liste der Medikamente gestrichen werden, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, was die Qualität der Verschreibungen verbessern soll.

Begründung

Auf dem Medikamentenmarkt herrscht enorme Intransparenz, insbesondere was die Wirksamkeit und die Gefährlichkeit von ärztlich verschriebenen Medikamenten betrifft. Medikamente, die zwar nützlich, im Fall einer unnötigen Verschreibung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) aber zu teuer sind, unnütze Medikamente und Scheininnovationen sowie gefährliche Medikamente sind heute eine Realität, die nicht unberücksichtigt bleiben darf. Man sollte sich auf diesem sensiblen Gebiet nicht mit den Informationen zufriedengeben, die von der Pharmaindustrie stammen, denn die derzeitigen Kontrollsysteme haben sich als reichlich ungenügend erwiesen. Deshalb ist es notwendig, mehr Transparenz zu schaffen und die tatsächlichen Innovationen zu fördern, indem die komplette Liste der Medikamente veröffentlicht wird, deren Nutzen die Wissenschaft nicht nachgewiesen hat oder deren Einnahme oder Anwendung für sie

ein erhebliches Risiko darstellt. Dazu gehören beispielsweise bestimmte Antibabypillen, Statine, Entzündungshemmer und Medikamente zur Behandlung von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Dabei sollen namentlich die internationale Praxis und die verfügbare klinische Erfahrung berücksichtigt werden.

Scheininnovationen, die in Bezug auf das Ausgangsmolekül völlig unnützlich und teuer sind, obwohl sie keinen therapeutischen Mehrwert darstellen, müssen streng geprüft werden. Die Überprüfung soll gemäss den Kriterien der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfolgen. Folglich sollen solche Medikamente von der Liste der kassenpflichtigen Medikamente gestrichen werden können; zuvor soll jedoch die Aufnahme solcher Medikamente in die Liste verboten werden. So hat beispielsweise der Preisüberwacher gefordert, dass jedes Medikament nach fünf Jahren automatisch von der Spezialitätenliste gestrichen wird und dass der Hersteller dann für jedes Produkt nachweisen muss, dass es die WZW-Kriterien erfüllt.

Stellungnahme des Bundesrates vom 20.2.2013

Arzneimittel werden nur dann in die Spezialitätenliste aufgenommen und somit von der OKP vergütet, wenn sie von Swissmedic zugelassen sind und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen. Swissmedic beurteilt bei der Zulassung eines Arzneimittels, ob die Anforderungen an die Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität erfüllt sind. Arzneimittel, welche eine Gesundheitsgefährdung darstellen, halten der Nutzen-Risiko-Analyse durch Swissmedic nicht stand und werden folglich nicht zugelassen. Sie können somit auch nicht in die SL aufgenommen werden. Angaben über Nebenwirkungen oder Kontraindikationen müssen in der Fachinformation ausgewiesen werden. Erfüllt ein Arzneimittel die Zulassungsvoraussetzungen von Swissmedic nicht mehr, wird die Zulassung widerrufen und das Arzneimittel damit auch aus der SL gestrichen.

Nach Artikel 26 Absatz 1 HMG müssen bei der Verschreibung und der Abgabe von Arzneimitteln die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden. Im Sinne der Sorgfaltspflicht muss dabei, wer mit Heilmitteln umgeht, alle Massnahmen treffen, die nach dem Stand von Wissenschaft und Technik erforderlich sind, damit die Gesundheit nicht gefährdet ist. Wie bereits in der Antwort des Bundesrates auf die Interpellation Rossini «Tatsächliche Innovation auf dem Medikamentenmarkt» ausgeführt, haben sich die Leistungserbringer auf das Mass der Therapie zu beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Bei Neuaufnahmen von Arzneimitteln in die SL werden bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit die Kosten für Forschung und Entwicklung nur dann mit einem Innovationszuschlag (IZ) honoriert, wenn das

Arzneimittel in der medizinischen Behandlung einen Fortschritt bedeutet. Wird bei der Überprüfung der Aufnahmebedingungen festgestellt, dass ein IZ im Vergleich zu einem bereits in der SL aufgeführten Arzneimittel nicht gerechtfertigt ist, wird es nicht zu einem höheren Preis in die SL aufgenommen als ein bereits in der SL gelistetes Vergleichspräparat. Der Preis wird entsprechend tiefer oder gleich angesetzt. Das Anliegen, nur effektive Innovationen besser zu vergüten, ist damit erfüllt.

Aus den dargelegten Gründen ist eine Ergänzung der SL nicht notwendig. Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.

Unterschiede zwischen UVG- und KVG-Tarif

INTERPELLATION

vom 14.12.2012

Jürg Stahl

Nationalrat SVP

Kanton Zürich



Eingereichter Text

Eine zu 100 Prozent berufstätige Person stürzt zu Hause die Treppe hinunter und muss anschliessend im Spital ambulant behandelt werden. Die Kosten der Behandlung gehen zu Lasten der Unfallversicherung (Art. 12 UVV).

Würde dieselbe Person weniger als 8 Stunden pro Woche arbeiten, müssten die anfallenden Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (Art. 13 UVV).

Obwohl die erfolgte Behandlung, die erbrachten Pflegeleistungen als auch die verrechneten Positionen dieselben sind, werden diese nicht zu ein und demselben Taxpunktwert abgerechnet. Während der Tarmed-Taxpunktwert für Behandlungen, welche zulasten der Unfallversicherung gehen, 1 Schweizer Franken beträgt, werden die Leistungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung getragen werden, zu einem durchschnittlichen Taxpunktwert von 0,89 Schweizer Franken abgerechnet; dies als Folge des

spielenden Wettbewerbs bei den Tarifverhandlungen im Krankenversicherungsbereich.

Das vorliegende konkrete Beispiel kann beliebig auch bei anderen Leistungserbringerkategorien festgestellt werden. Ich bitte den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist er über das Vorhandensein dieser Tarifunterschiede informiert?
2. Welche Gründe rechtfertigen diese Tarifunterschiede?
3. Wie hoch wäre das Einsparpotenzial, wenn auch im Unfallversicherungsbereich die im Krankenversicherungsbereich praktizierten Tarife und Preise zur Anwendung kämen?

Antwort des Bundesrates vom 20.2.2013 (leicht gekürzt)

1 und 2. Die Bestimmungen, welche das Medizinaltarifwesen in der Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung regeln, sind gesamtschweizerisch ausgerichtet und basieren auf dem Grundsatz, wonach die Tarife auf dem Verhandlungsweg und ohne staatliche Intervention zwischen den UVG-Versicherern und den Leistungserbringern vereinbart werden. Die Versicherer haben zur Vorbereitung der Tarifverträge und zu deren Abschluss die Medizinaltarif-Kommission (MTK) gegründet. Erst wenn keine vertragliche Lösung zustande kommt, erlässt der Bundesrat nach Anhören der Parteien die erforderlichen Vorschriften.

Für die Abgeltung der ambulanten ärztlichen Heilbehandlung ist in der Unfallversicherung die gleiche Tarifstruktur wie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) massgebend, nämlich der Tarmed. Art. 70 Abs. 1 der Unfallversicherungsverordnung bestimmt, dass Tarifverträge unter anderem zwischen Versicherern und Ärzten auf gesamtschweizerischer Ebene abzuschliessen sind. Dies gilt analog im Bereich der ambulanten Spitalbehandlung, weshalb auch dort von der MTK schweizweit einheitliche Taxpunktwerte ausgehandelt werden. Demgegenüber werden die Taxpunktwerte in der OKP von den Leistungserbringern oder deren Verbänden und den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Tarifverträge gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung bedürfen einer Genehmigung der zuständigen Kantonsregierung

oder, wenn sie in der ganzen Schweiz gelten sollen, durch den Bundesrat. Kommt zwischen Leistungserbringern und Versicherern kein Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest. Die Taxpunktwerte sind in der Regel je nach Kanton unterschiedlich ausgestaltet. Die Bandbreite der Taxpunktwerte beläuft sich zwischen 0,80 und 0,99 Franken.

Weil sich seinerzeit H+ und die MTK bezüglich Höhe des Taxpunktwertes nicht einigen konnten, musste der Bundesrat per 1. Januar 2004 die Höhe des Tarmed-Taxpunktwertes im ambulanten Spitalbereich für die obligatorische Unfallversicherung festsetzen. In Erfüllung der Verpflichtung zu einer schweizweit einheitlichen Regelung billigte er den Wert von 1 Franken, den die MTK im Unterschied zum Wert von 1,15 Franken der H+ gefordert hatte. Im Wissen darum, dass dieser Wert etwas über dem in der OKP vorgesehenen Taxpunktwert lag, wurde im Festsetzungsbeschluss ausdrücklich festgehalten, dass es sich um einen Wert an der oberen Grenze handle.

Aufgrund ihrer systemischen Abweichungen mit unterschiedlicher Regelungskompetenz weisen die beiden Sozialversicherungszweige nach KVG und nach UVG demnach bei gleicher Tarifstruktur (im ambulanten Bereich des Tarmeds) verschiedene Preise auf.

3. Das Einsparungspotenzial, das sich ergäbe, wenn im Unfallversicherungsbereich in der ambulanten

Spitalbehandlung die gleichen Preise zur Anwendung kämen wie im Krankenversicherungsbereich, lässt sich mangels spezifischer Statistiken nur approximativ ermitteln.

Die «Unfallstatistik UVG 2012» enthält Heilkosten nach Leistungsart und Leistungserbringer, basierend auf einer Stichprobe der Suva aus dem Jahr 2011 für alle obligatorischen Versicherungszweige, die auf die gesamte Suva hochgerechnet wurde. Die unter Tarmed fallenden ambulanten Leistungen betragen für Spitäler 153,9 Mio. Franken. Die gesamten Heilungskosten der Suva werden in dieser Zusammenstellung mit 996,6 Mio. Franken beziffert. Daraus lässt sich schliessen, dass ca. 15,4 Prozent der Heilungskosten unter ambulante Spitalbehandlungen nach Tarmed fallen. Wird diese Quote auf die Heilungskosten des gesamten UVG im Jahr 2011 von 1610,7 Mio. Franken angewandt, resultiert ein Betrag von 248 Mio. Franken, der nach dem Tarmed-Tarif für ambulante Spitalbehandlungen abgerechnet wurde.

Eine Reduktion des Taxpunktwertes um 11 Prozent von 1 Franken auf den vom Interpellanten genannten durchschnittlichen Taxpunktwert der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 0,89 Franken führt daher zu einer Reduktion der Heilungskosten für ambulante Spitalbehandlungen um zirka 27,3 Mio. Franken.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.