

Kurzgutachten

erstattet dem

Verein Ethik und Medizin in der Schweiz (VEMS)

zu Fragen

der Berücksichtigung von Medikamentenkosten
bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung

von

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, Zürich/St. Gallen

Inhalt

1	Auftrag	2
2	Vorbemerkung	2
3	Fragestellung	3
4	Aufbau	3
5	Wirtschaftlichkeit und Medikamentenkosten.....	3
	5.1 Ausgangspunkt.....	3
	5.2 System der Spezialitätenliste bei Medikamente	4
	5.2.1 Ausgangspunkt.....	4
	5.2.2 Spezialitätenliste	4
	5.2.3 Off label use	5
	5.3 Voraussetzungen der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln	5
	5.3.1 Zur Fragestellung.....	5
	5.3.2 Zweckmässigkeitsprüfungen bei Arzneimitteln	5
6	Vertrauensärztliche Genehmigung und Wirtschaftlichkeit.....	7
7	Medikamente als anerkannte Risikofaktoren.....	9
	7.1 Ausgangspunkt.....	9
	7.2 Krankheit und Medikamentenkosten	9
	7.3 Krankheit und Risikoausgleich.....	10
8	Ergebnisse	13

1 Auftrag

Am 13. Juli 2018 wurde der Unterzeichnende angefragt, ob er zu bestimmten Fragen der Berücksichtigung der Kosten von Medikamenten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ein Gutachten schreiben könne. Dies wurde in der Folge grundsätzlich bejaht, worauf am 17. Juli 2018 der Auftrag zur Erstellung des Gutachtens erteilt und die zu beantwortenden Fragen gestellt wurden.

2 Vorbemerkung

Das vorliegende Gutachten wird in völliger Unabhängigkeit erstattet. Es nennt alle verwendeten Quellen und bezeichnet gegebenenfalls bestehende Unsicherheiten bei der Bewertung bestimmter Fragen. Wie üblich kann mit der Abgabe des vorliegenden Gutachtens nicht die Zusicherung verbunden sein, dass politische Behörden,

Verwaltungsstellen oder Gerichtsbehörden bei der Beurteilung der entsprechenden Frage zu denjenigen Auffassungen gelangen, welche im vorliegenden Gutachten als zutreffend bezeichnet werden.

3 Fragestellung

Im Rahmen des Gutachtens sind folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie ist der Einbezug von Medikamentenkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung generell zu beurteilen?
2. Lassen sich aus allfälligen Besonderheiten der Medikamentenkosten Schlüsse auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung ableiten?

4 Aufbau

Im Aufbau hält sich das vorliegende Gutachten an die vorgenannten Fragen. Es wird zunächst aufgezeigt, wie die Medikamentenkosten an sich in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden. In der Folge werden – allfällige – Besonderheiten bei Medikamentenkosten thematisiert. Daran schliessen sich die Erörterung und die Beantwortung der Gutachtensfragen dar. Das Gutachten schliesst mit einer Zusammenfassung der massgebenden Antworten.

5 Wirtschaftlichkeit und Medikamentenkosten

5.1 Ausgangspunkt

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle Leistungserbringenden und deshalb grundsätzlich beispielsweise auch für die Apothekerin und den Apotheker. In Bezug auf die Leistungen, welche auf Anordnung des Arztes durchgeführt werden, nimmt allerdings der Arzt eine Schlüsselstellung ein. Nichtärztliche Leistungserbringer unterliegen nach der Rechtsprechung dem Wirtschaftlichkeitsgebot hauptsächlich für diejenigen Leistungen, die sie aufgrund selbständiger Entscheidung erbringen. Was die Wirtschaftlichkeit ärztlich angeordneter Leistungen anbelangt, liegt die Verantwortung demgegenüber in erster Linie beim Arzt. Das gilt auch für ärztlich verordnete Medikamente.¹ Das Wirtschaftlichkeitsgebot (soll) die Krankenversicherer (und indirekt die Versichertengemeinschaft) vor ungebührlicher Inanspruchnahme schützen.²

Von der Rückerstattungspflicht nach Art. 56 Abs. 2 KVG werden nur die direkten Kosten des Arztes (einschliesslich der von ihm abgegebenen Medikamente) erfasst.³

¹ Dazu BGer v. 16.10.2009, 9C_397/2009, E. 4.2.

² Dazu BGE 126 V 340.

³ Dazu BGE 137 V 43 ff.

Was die von den Krankenversicherern verwendete Methode zum Nachweise der Unwirtschaftlichkeit betrifft, geht es in der Praxis hauptsächlich um die ANOVA-Methode.

«Neben der RSS verwenden die KVers bezüglich der direkten Arztkosten und der Medikamentenkosten (selbstdispensiert und veranlasst) die von santésuisse entwickelte ANOVA-Methode (D'ANGELO MIRJAM, in: SAeZ 89/2008 H. 21, S. 906–908). Der Einfluss der Variablen Alter, Geschlecht und Standort der Arztpraxis (Kanton) werden dabei so standardisiert, dass umgerechnet bei allen Ärzten einer Facharztgruppe die gleiche Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten vorliegt. Die Kosten des geprüften Arztes werden so ausgewiesen, als hätte er die gleiche Alters- und Geschlechtsverteilung wie die Vergleichsgruppe als Ganzes. In einem zweiten Schritt werden die Kosten werden so ausgewiesen, wie wenn alle Leistungserbringer im gleichen Kanton tätig wären. Das Ergebnis ist ein (fiktiver) gesamtschweizerisch ermittelter Einheitsindex pro medizinische Spezialität. Für den geprüften Arzt sowie für die massgebende Facharztgruppe wird dieser korrigierte Mittelwert als Referenzgrösse herangezogen.»⁴

5.2 System der Spezialitätenliste bei Medikamente

5.2.1 Ausgangspunkt

In gewissen Bereichen der Vergütung von Leistungen der Krankenpflege wird nicht auf die Pflichtleistungsvermutung Bezug genommen, sondern auf Positiv- oder Negativlisten abgestellt. So haben Listen eine zentrale Bedeutung bei den Analysen, den Arzneimitteln sowie den Mitteln und Gegenständen.

5.2.2 Spezialitätenliste

In der Praxis zentral ist die sogenannte Spezialitätenliste, auf welcher die pharmazeutischen Spezialitäten und die konfektionierten Arzneimittel mit Preisen aufgeführt sind (dazu Art. 52 Abs. 1 lit. b KVG, Art. 64 ff. KVV, Art. 30 ff. KLV). Freilich ist unter engen Voraussetzungen ein «off-label-use» oder eine gleichgestellte Verwendung von Medikamenten zugelassen.⁵ So übernimmt die Krankenversicherung die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der von Swissmedic genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung (vgl. 71a KVV).

Die Spezialitätenliste enthält eine abschliessende Aufzählung der verschiedenen Positionen der vergütungsfähigen Medikamente. Die Bejahung einer Leistungspflicht für ein Medikament im Hinblick auf andere Indikationen durch einen Analogieschluss ist mithin unzulässig. Wird ein Arzneimittel für andere als in der SL enthaltene Indikationen verwendet, so gilt es als Arzneimittel «ausserhalb der Liste» und damit prinzipiell nicht als vergütungspflichtig.⁶ Die konkrete medizinische Indikation und die dabei angewandte Dosierung stehen zulassungsrechtlich und damit auch für die Aufnahme in die

⁴ So EUGSTER GEBHARD, Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel 2016, Rz. 882.

⁵ Dazu BGE 130 V 532, 131 V 349, 139 V 375.

⁶ Dazu BGer v. 17.03.2003, K 123/02, E. 3.2.

Spezialitätenliste in einem untrennbaren, engen Sachzusammenhang.⁷ Gesetzeswortlaut und -systematik sowie die Materialien unter Berücksichtigung der früheren Rechtslage sprechen gegen die Zulässigkeit der Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste, deren Wirksamkeit nach Massgabe der diagnostischen und therapeutischen Zielsetzung nicht rechtsgenügend nachgewiesen ist. Für eine (vorläufige) Aufnahme unter der Auflage, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes eine Evaluation zu erstellen, welche die Wirksamkeit belegt, fehlt es an einer genügenden gesetzlichen Grundlage.⁸

5.2.3 Off label use

Nur unter engen Voraussetzungen ist ein «off-label-use» oder eine gleichgestellte Verwendung von Medikamenten zugelassen.⁹ So übernimmt die Krankenversicherung die Kosten eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Arzneimittels für eine Anwendung ausserhalb der von Swissmedic genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der in der Spezialitätenliste festgelegten Limitierung (vgl. 71a KVV).

5.3 Voraussetzungen der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit bei Arzneimitteln

5.3.1 Zur Fragestellung

Wenn ein Arzneimittel in die Spezialitätenliste aufgenommen wird, bedeutet dies, dass die Zulassungsbehörde die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft und als gegeben betrachtet (vgl. Art 30 Abs. 1 lit. a KLV). Dies stellt bezogen auf die Voraussetzung der Zweckmässigkeit eine nicht ohne weiteres nachvollziehbare Festlegung dar. Denn nach allgemeiner Auffassung wird im Rahmen der Zweckmässigkeit im einzelnen Behandlungsfall geklärt, ob die Behandlung bzw. das Arzneimittel in Anbetracht des konkreten Krankheitsbildes die nach objektiven Kriterien am besten geeignete Massnahme ist und den besten medizinischen Nutzen aufweist; es ist also bestätigt, dass die fragliche Leistung schneller, besser oder einfacher zum verfolgten Behandlungsziel führt. Eine solche Prüfung ist prinzipiell nur im konkreten Behandlungsfall möglich. Damit muss der Frage genauer nachgegangen werden, die Prüfung welcher «Zweckmässigkeit» im Rahmen der Zulassung eines Arzneimittels vorgenommen wurde.

5.3.2 Zweckmässigkeitsprüfungen bei Arzneimitteln

Es stellt sich die Frage, ob bezogen auf die WZW-Kriterien im konkreten Anwendungsfall eine Überprüfungsmöglichkeit bestehen bleibt. Diese Frage ist vom Bundesgericht aufgegriffen, aber nicht abschliessend beantwortet worden. Das Bundesgericht führt nämlich aus, dass (im konkreten Fall) nicht zu prüfen sei, ob «den Krankenversicherern grundsätzlich

⁷ Vgl. BGE 131 V 352.

⁸ Dazu BGE 128 V 168.

⁹ Dazu BGE 130 V 532, 131 V 349, 139 V 375.

die Möglichkeit offensteht, den Einsatz eines gelisteten Medikaments im konkreten Behandlungsfall wegen fehlender Wirtschaftlichkeit rechtsmittelweise in Frage zu stellen».¹⁰

Das Bundesgericht hat ferner festgelegt, dass bei jenen Limitierungen, welche konkrete Vergütungsvoraussetzungen nennen, eine Einzelfallprüfung ausgeschlossen ist. Das Bundesgericht hält nämlich folgendes fest:

«Nachdem in der Limitierung ausdrücklich – und für den Beschwerdegegner nicht anfechtbar – festgehalten wurde, bei rechtskonform diagnostizierter später Verlaufsform von Morbus Pompe und erfüllter Limitatio bestehe Anspruch auf eine initiale Vergütung der Therapie durch die OKP während eines Jahres [...], sind sämtliche Rügen, die sich auf den fehlenden Therapieerfolg im konkreten Fall beziehen, in diesem Verfahren von vornherein nicht stichhaltig. Sollte die Kostenübernahme für die strikt reglementierte Weitertherapie nach einem Jahr wegen fehlendem Therapieerfolg ebenfalls streitig werden, wären entsprechende Einwände allenfalls in jenem Verfahren vorzubringen und zu prüfen».¹¹

Aus dieser Rechtsprechung lässt sich also ableiten, dass die Frage massgebend ist, wie die Limitation formuliert ist. Wenn die Limitation erkennbare konkrete Vergütungsvoraussetzungen nennt – zum Beispiel: «Vergütung durch die OKP während eines Jahres» –, ist für den Krankenversicherer ausgeschlossen, die konkrete Voraussetzung in Frage zu stellen (im vorgenannten Fall: Vergütungsfrist von einem Jahr). Ebenfalls darf der Krankenversicherer nicht überprüfen, ob die prinzipiellen Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind, denn die allgemeine Erfüllung dieser Voraussetzungen bildet für das Arzneimittel nach Art. 30 Abs. 1 lit. a KLV ein Aufnahmekriterium. Es geht bei Arzneimitteln also beim Kriterium der Zweckmässigkeit um eine eingeeengte, zugespitzte Prüfungsmöglichkeit des Krankenversicherers. An sich ist bei der Aufnahme eines Arzneimittels auf die Spezialitätenliste bestätigt worden, dass die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gegeben sind. Bezogen auf das hier interessierende Kriterium der Zweckmässigkeit bedeutet die Zulassung durch das BAG freilich nicht, dass der Krankenversicherer jeder Überprüfungsbefugnis bzw. -pflicht enthoben wäre. Es kann nämlich bei der prinzipiellen Prüfung der Zulassung durch das BAG nicht die erst im konkreten Behandlungsfall vorzunehmende (besondere) Zweckmässigkeitsprüfung vorweggenommen worden sein. Soweit also die Überprüfung durch den Krankenversicherer einzig bezogen auf die konkreten Umstände des Einzelfalls vorgenommen wird, ist eine solche Überprüfung zulässig. Es geht dabei um die mögliche und notwendige Abgrenzung zwischen der Zweckmässigkeitsprüfung auf der Makro-Ebene einerseits und auf der individuellen Ebene andererseits. Damit bedeutet die Aufnahme eines Arzneimittels auf die Spezialitätenliste – mit oder ohne Limitation – nicht eine unbedingte Pflicht der Krankenversicherer, ohne weitere Prüfung die Vergütung zu gewähren. Vielmehr kann der Krankenversicherer – bzw. muss der Krankenversicherer – die Zweckmässigkeitsprüfung auf individueller Ebene vornehmen. Dabei kann er allerdings

¹⁰ So BGE 142 V 486 f.

¹¹ So BGE 142 V 487 f.

nicht diejenigen Kriterien grundsätzlich in Frage stellen, welche durch die Umschreibung der Vergütungspflicht in der Spezialitätenliste konkret als massgebend bezeichnet wurden. Hingegen kann der Krankenversicherer bzw. die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer im konkreten Fall überprüfen:

- ob im Rahmen einer individuellen Zweckmässigkeitsprüfung trotz Erfüllung der SL-Voraussetzungen die Vergütung ausnahmsweise nicht zu leisten ist. Beispiel (ausserhalb der Spezialitätenliste): Die ambulante individuelle multiprofessionell strukturierte Therapie für übergewichtige Kinder und Jugendliche ist in vier Schritten vorzunehmen (vgl. Ziff. 4 KLV Anhang 1); wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die vier Schritte nicht abgeschlossen werden können – etwa bei Abreise ins Ausland – ist die entsprechende Pflichtleistung trotzdem nicht zu gewähren;
- ob die Zulassungsprüfung bestimmte Faktoren nicht einbezogen hat. Beispiel: Es ist nach der Zulassung bekannt geworden, dass ein Arzneimittel bisher nicht bekannte unerwünschte Wirkungen hat;
- ob die Limitation sich auf Teilbereiche beschränkt und im Übrigen die Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen der Einzelfallprüfung überlässt. Beispiel: In der Spezialitätenliste ist ausdrücklich vorgesehen, dass eine vertrauensärztliche Bewilligung notwendig ist.

6 Vertrauensärztliche Genehmigung und Wirtschaftlichkeit

Kostengutsprachen – oder hier gleichlautend verwendet: Bewilligungen – haben in der obligatorischen Krankenversicherung eine erhebliche Bedeutung. Allerdings muss bezogen auf die Einordnung der Kostengutsprachen eine genauere Analyse vorgenommen werden. Kostengutsprachen können sich auf eine Rechtsnorm abstützen, welche vorsieht, dass die Krankenversicherung eine Leistung nur vergütet, wenn sie (regelmässig) vorgängig bewilligt wurde. So verhält es sich etwa im Bereich der Psychotherapie (Art. 3b KLV), bei der Physiotherapie (Art. 5 Abs. 4 KLV) und bei verschiedenen Medikamenten, bei welchen sich auf Grund der Vorgaben der Spezialitätenliste eine Genehmigungspflicht ergeben kann. Kostengutsprachen können sich auch ergeben, wenn dies im Tarifvertrag entsprechend geregelt wird; Beispiel dafür bildet die Vergütung nach Art. 42 Abs. 2 KVG. Danach können Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des tiers payant). Das Kostengutsprachege such bezweckt hier, vorgängig abklären zu können, ob ein bestimmter Hinderungsgrund für die Übernahme der Leistungsvergütung besteht.

Bezogen auf die Tatbestände der bewilligten Behandlungen hält die Rechtsprechung in konstanter Praxis fest, dass eine unwirtschaftliche Behandlung zu verneinen ist, wenn die Behandlungen in ihrer Mehrzahl durch die Krankenversicherer beziehungsweise durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt bewilligt wurden. Solche Bewilligungen stellen

nach ständiger Rechtsprechung nicht nur Zusicherungen der Kostenvergütungen dar, sondern beinhalten ebenfalls die Zusicherung, dass es sich bei der in Frage stehenden psychotherapeutischen Behandlung um eine wirtschaftliche Behandlung handelt.¹² Damit hat die Rechtsprechung bestätigt, dass die vertrauensärztliche bzw. die krankenversicherungsrechtliche Bewilligung der Behandlung zugleich bedeutet, dass eine wirtschaftliche Behandlung vorliegt.

Deshalb muss bezogen auf vorliegende Bewilligungen jeweils abgeklärt werden, welche Aspekte bei der Erteilung der Bewilligung bzw. bei der Verweigerung der Bewilligung überprüft wurden. Soweit es sich um Bewilligungspflichten handelt, welche im Krankenversicherungsrecht selber fassen, d.h. sich aus dem Gesetz oder einer Verordnung oder einem Anhang zur Verordnung, ergeben, verhält es sich so, dass mit der Erteilung der Bewilligung zugleich die Wirtschaftlichkeit der Behandlung geprüft wurde. Bei den anderen Bewilligungspflichten, welche sich beispielsweise aus Tarifverträgen ergeben, verhält es sich demgegenüber nicht notwendigerweise so; hier ist denkbar, dass eine Bewilligungspflicht aus sonstigen Gründen vorgesehen ist, was mithin bedeutet, dass insoweit eine besondere Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht erfolgt ist.

Der Durchschnittskostenvergleich, wie er bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Praxis weit im Vordergrund steht, erfasst alle auf Grund des Krankenversicherungsrechts abgerechneten ärztlichen Krankenpflegeleistungen. Wenn innerhalb dieser Gruppe von ärztlichen Leistungen bestimmte Behandlungen vertrauensärztlich bzw. krankenversicherungsmässig bewilligt wurden und damit eine Wirtschaftlichkeitsprüfung verbunden war, bringt der nichtbereinigte Durchschnittskostenvergleich mit sich, dass auch Kosten einbezogen werden, bezogen auf welche bereits eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit dem Ergebnis stattgefunden hat, dass die betreffende Behandlung wirtschaftlich ist. Unter Berücksichtigung der regelmässig gegebenen Ausgangslage, dass es sich bei den entsprechenden bewilligten Behandlungen um kostspielige Behandlungen handelt, ist unschwer erkennbar, dass der Durchschnittskostenvergleich nicht unbereinigt erfolgen darf. Andernfalls würde eine besonders kostspielige, aber wirtschaftliche Behandlung erneut überprüft.

Es entspricht denn auch der Rechtsprechung, dass bei einer Mehrzahl von bewilligten Behandlungen eine unwirtschaftliche Behandlung nicht angenommen werden kann. Entsprechend hält das Bundesgericht folgendes fest:¹³

«D'après la jurisprudence, une pratique non économique constitutive de polypragmasie doit être niée dans le cas où les traitements ont été pour la plupart approuvés de manière spécifique par les assureurs (respectivement par les médecins-conseil de ceux-ci)».

¹² Vgl. dazu neustens BGer v. 06.06.2016, 9C_570/2015, E. 7.2; das Urteil verweist auf den früheren Entscheid BGer K 192/97, E. 5e = RKUV 1999 BGer K 994 320.

¹³ Vgl. Urteil BGer v. 06.06.2016, 9C_570/2015, E. 7.2.

Deshalb sind bei einer grossen Mehrzahl von bewilligten Behandlungen sowohl die statistische als auch die analytische Prüfmethode unzulässig. Was die Ausgangslage betrifft, dass nicht die Mehrheit bzw. die grosse Mehrzahl der Behandlungen vorgängig bewilligt wurde, müssen in einem solchen Fall die als wirtschaftlich erklärten Behandlungsfälle aus dem Kollektiv der Behandlungsfälle des geprüften Arztes ausgesondert werden, und es wird mit den verbliebenen Behandlungsfällen ein rektifizierter Fallwert berechnet. Als Beispiel für eine solche Aussonderung ist der Sachverhalt zu nennen, dass bestimmte (i.d.R. teure) Arzneimittel bewilligt werden, was in der Folge eine entsprechende Aussonderungspflicht nach sich zieht.

7 Medikamente als anerkannte Risikofaktoren

7.1 Ausgangspunkt

Nach der bisherigen Vorgehensweise bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Leistungserbringenden im Sinne von Art. 56 KVG werden – wie aufgezeigt – bei Ärztinnen und Ärzten die selbst abgegebenen Arzneimittel berücksichtigt. Insoweit werden prinzipiell Arzneimittel in Entsprechung zur ärztlichen Behandlungsleistung betrachtet. Es stellt sich die Frage, ob dies die zutreffende Vorgehensweise ist. Darauf wird nachstehend – auch unter Berücksichtigung der voranstehenden Überlegungen in den Ziffern 5 und 6 – näher einzugehen sein.

Vorab ist nämlich festzuhalten, dass die Verwendung von zu teuren Medikamenten an sich anders zu bewerten ist als die unwirtschaftliche ärztliche Behandlung selber.

«Während falsch eingetragene Diagnosecodes für den Patienten bedeutungslos bleiben, können es sich die Ärzte nur beschränkt erlauben, zu starke oder medizinisch nicht indizierte (zu teure) Medikamente zu verschreiben, weil sie damit unter Umständen die Gesundheit der Patienten gefährden würden.»¹⁴

7.2 Krankheit und Medikamentenkosten

Auf Grund von statistischen Untersuchungen zeigt sich, dass einzelne Krankheiten besonders hohe mittlere Zusatzkosten bewirken. Wie der nachstehenden Tabelle unschwer entnommen werden kann, variieren dabei die Zusatzkosten von verschiedenen Krankheiten in ganz ausserordentlichem Mass. Dies lässt erkennen, dass die Betreuung von wenigen versicherten Personen mit entsprechend hohen Zusatzkosten die Medikamentenkosten überdurchschnittlich erhöht. Bei der ärztlichen Behandlung selber sind erfahrungsgemäss nicht Unterschiede in dieser ausserordentlichen Höhe zu bemerken. Damit zeigt sich, dass

¹⁴ So ROBERT E. LEU UND KONSTANTIN BECK, Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz, Bern / Luzern November 2006, Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg, 30.

bestimmte Krankheitsbilder sich bei den Medikamenten ganz anders auswirken als bei der ärztlichen Behandlung selber.

Tabelle 4-2: Ranking der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG)¹⁵

Rang PCG

Anzahl Versicherte/ Anteil in Klammern	Mittlere Zusatzkosten in Fr./Monat
1 13: Nierenerkrankungen, ESRD 114 (0.06%)	3484
2 12: HIV / AIDS 206 (0.11%)	1529
3 09: Transplantationen 282 (0.15%)	1291
4 10: Bösartige Tumoren 243 (0.13%)	970
5 07: Diabetes Typ I 1372 (0.75%)	558
6 08: Morbus Parkinson 686 (0.38%)	440
7 02: Epilepsie 1631 (0.89%)	280
8 01: Asthma 3939 (2.16%)	248
9 05: Morbus Crohn, Colitis ulc. 424 (0.23%)	215
10 11: Diabetes Typ II 4387 (2.40%)	180
11 03: Rheumaerkrankungen 5203 (2.85%)	165
12 06: Refluxkrankheiten 1076 (0.59%)	142
13 04: Herzkrankheiten 7220 (3.96%)	114

7.3 Krankheit und Risikoausgleich

Im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich unter den Krankenversicherern werden in der Schweiz verschiedene Risikofaktoren berücksichtigt. Hier fällt – wie der nachstehenden Darstellung entnommen werden kann – insbesondere entscheidend ins Gewicht, dass in jüngster Zeit das Kriterium „Arzneimittelkosten“ berücksichtigt wird.

Auszug aus einer Darstellung des BAG¹⁶

¹⁵ Entnommen aus ROBERT E. LEU UND KONSTANTIN BECK, Risikoselektion und Risikostrukturausgleich in der Schweiz, Bern / Luzern November 2006, Gutachten zuhanden der Techniker Krankenkasse Hamburg, 33.

Der Risikoausgleich schafft einen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit unterschiedlicher Risikostruktur. Aktuell berücksichtigt er die Indikatoren «Alter», «Geschlecht», «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» und «Arzneimittelkosten im Vorjahr».

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wird mittels Einheitsprämien finanziert. Das heisst, dass jede versicherte Person unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht oder einem anderen Indikator für den Gesundheitszustand beim gleichen Krankenversicherer im gleichen Kanton respektive der gleichen Prämienregion für das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie bezahlt. Diese Einheitsprämie entspricht jedoch nicht dem effektiven Risiko einer versicherten Person, zu erkranken und Kosten zulasten der OKP zu verursachen.

Der Risikoausgleich wurde geschaffen, um dem für die Krankenversicherer bestehenden Anreiz, möglichst gesunde Personen zu versichern, das heisst, Risikoselektion zu betreiben, entgegenzuwirken. Er sorgt für einen finanziellen Ausgleich zwischen Versicherern mit unterschiedlicher Risikostruktur: Versicherer, die wenig hohe Risiken (das heisst Personen mit hohem Erkrankungsrisiko) versichern, bezahlen Abgaben in den Risikoausgleich. Versicherer, die viele hohe Risiken versichern, erhalten Beiträge aus dem Risikoausgleich.

Berechnung des Risikoausgleichs

Die Gemeinsame Einrichtung KVG führt den Risikoausgleich durch. Die Berechnung des Risikoausgleichs erfolgt kantonale und berücksichtigt die Indikatoren «Alter», «Geschlecht», «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» und «Arzneimittelkosten im Vorjahr».

Die Versicherten werden für die Berechnung aufgrund dieser Indikatoren in Risikogruppen eingeteilt. Pro Risikogruppe werden die Durchschnittskosten ermittelt (Gruppenschnitt). Diese werden mit den Gesamtdurchschnittskosten verglichen. Für Versicherte in Risikogruppen mit einem Gruppenschnitt, der unter dem Gesamtdurchschnitt liegt, leisten die Versicherer eine Abgabe in der Höhe der Differenz. Für Versicherte in Risikogruppen mit einem Gruppenschnitt, der über dem Gesamtdurchschnitt liegt, erhalten die Versicherer einen Beitrag in der Höhe der Differenz.

Die Summe der Abgaben in den Risikoausgleich entspricht der Summe der Beiträge aus dem Risikoausgleich (Nullsummenspiel).

Aufgrund der prospektiven Ausgestaltung werden beim Risikoausgleich effektiv Risiken und nicht Kostenunterschiede ausgeglichen.

Entlastung der jungen Erwachsenen im Risikoausgleich

Am 17. März 2017 hat das Parlament aufgrund der parlamentarischen Initiativen 10.407 «Prämienbefreiung für Kinder» und 13.477 «KVG. Änderung der Prämienkategorien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene» das KVG geändert. Bisher wurden die jungen Erwachsenen (19-25 Jahre) im Risikoausgleich wie die Erwachsenen berücksichtigt. Neu werden die Versicherer im Risikoausgleich für die jungen Erwachsenen entlastet. Deren Zahlungen in den Risikoausgleich

werden um 50 Prozent reduziert. Dies ermöglicht den Versicherern, den jungen Erwachsenen günstigere Prämien anzubieten, als es ihnen ohne diese Entlastung möglich gewesen wäre. Die Entlastung wird gleichmässig über eine Erhöhung der Risikoabgaben und über eine Senkung der Ausgleichsbeiträge für die Versicherten, die 26 Jahre und älter sind, finanziert. In der Verordnung über den Risikoausgleich (VORA) wird die Berechnungsformel für den Risikoausgleich entsprechend angepasst. Der Bundesrat hat diese Änderung am 11. April 2018 verabschiedet und damit auch die erwähnte Gesetzesänderung betreffend Prämien der jungen Erwachsenen in Kraft gesetzt. Die Änderungen treten am 1. Januar 2019 in Kraft.

Reduktion der Risikoselektionsanreize der Versicherer als Teil der Strategie Gesundheit2020

Die Reduktion der Risikoselektionsanreize der Versicherer ist Teil des Handlungsfeldes Chancengleichheit in der Strategie Gesundheit2020. Mit der weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs soll der Anreiz zur Risikoselektion weiter vermindert werden. Damit soll erreicht werden, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern dort spielt, wo er vom Gesetzgeber ursprünglich gewollt war, nämlich bei:

der Qualität der Versicherungsangebote,

den Dienstleistungen,

der Kostenkontrolle.

Verfeinerung des Risikoausgleichs

Zur weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs hat das BAG in den letzten Jahren verschiedene Studien in Auftrag gegeben.

Der Bundesrat zeigt in seinem Bericht in Erfüllung des Postulates 07.3769 «Einbezug eines weiteren Morbiditätsfaktors in den Risikoausgleich» aus dem Jahr 2011 auf, dass der Risikoausgleich mittelfristig mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) verfeinert werden soll. Wegen der langen Vorbereitungszeit wird zudem eine Übergangslösung vorgeschlagen.

Seither wurde die Verfeinerung des Risikoausgleichs angegangen: Bereits seit 2017 werden die «Arzneimittelkosten» als zusätzlicher Indikator im Risikoausgleich berücksichtigt. Vor allem ambulant behandelte, teure Versicherte werden so besser erfasst und deren Versicherer besser entschädigt. Ab 2020 wird dieser Indikator abgelöst durch Indikatoren, die auf PCG beruhen. Diese Indikatoren bringen insbesondere aus Anreizsicht Vorteile gegenüber der Übergangslösung.

Aus dieser Darstellung kann also entnommen werden, dass in der schweizerischen Krankenversicherung die Abgabe von Medikamenten bezogen auf das gesundheitliche Risiko ein Einordnungsmerkmal darstellt. Wenn besonders viele Medikamente abgegeben werden, liegt ein besonders hohes Risiko vor.

8 Ergebnisse

Im vorliegenden Kurzgutachten sind – mindestens in summarischer Hinsicht – aus den vorstehenden Bemerkungen die wichtigsten Ergebnisse zusammenzutragen.

1. Das Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren in der schweizerischen Krankenversicherung basiert im Wesentlichen auf dem Durchschnittskostenvergleich. Dabei wird regelmässig auf die ANOVA-Methode abgestellt, welche die Variablen Alter, Geschlecht und Standort der Arztpraxis standardisiert. Nicht eingeschlossen wird bei dieser Durchschnittskostenvergleichsmethode die Morbidität, was mit sich bringt, dass eine hier zu beobachtende ungleiche Verteilung von Krankheiten zu statistisch nicht zuverlässigen Ergebnissen führt.

2. Medikamente werden in der Schweiz durch die Krankenversicherung vergütet, wenn sie auf der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Es gilt für Medikamente also – anders als für ärztliche Behandlungsleistungen – keine Pflichtleistungsvermutung. Mit der Aufnahme auf die Spezialitätenliste wird bestätigt, dass das betreffende Medikament wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. In vielen Fällen ist die Verwendung des Medikaments an Limitationen gebunden. Nur ausnahmsweise ist ein sogenannter off label use zulässig. Damit steht fest, dass die Abgabe des Arzneimittels gemäss Festlegung der Spezialitätenliste die Vermutung für sich hat, dass das betreffende Arzneimittel wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

3. Besonders teure Medikamente werden vertrauensärztlich genehmigt. Die vertrauensärztliche Genehmigung bedeutet, dass insoweit die Leistungsvergütungsvoraussetzungen überprüft wurden. Beim Durchschnittskostenvergleich müssen solche vertrauensärztlich bewilligte Abgaben von Arzneimitteln ausgeschlossen werden.

4. Wenn in der Arztpraxis zu starke oder medizinisch nicht indizierte (zu teure) Medikamente abgegeben werden, liegt eine grundsätzlich andere Situation als bei falsch eingetragenen Diagnosecodes vor. Denn mit einer solchen Medikamentenabgabe wird an sich die Gesundheit der versicherten Person gefährdet. Insoweit liegt zwischen ärztlicher Behandlung und Arzneimittelabgabe ein grundlegender Unterschied vor.

5. Bei den verschiedenen Krankheiten ergibt ein Ranking der pharmazeutischen Kostengruppen, dass überaus grosse Unterschiede zwischen den jeweiligen mittleren Zusatzkosten bestehen. Die entsprechenden Unterschiede sind weit größer als Unterschiede in den Kosten von ambulanten ärztlichen Behandlungen.

6. Dass die Arzneimittel ein massgebendes Element des Risikos darstellen, wird dadurch bestätigt, dass die Arzneimittelkosten beim Risikoausgleich unter den Krankenversicherern berücksichtigt werden.

7. Insgesamt zeigt sich, dass der statistische Einbezug von Arzneimittelkosten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblichen Einschränkungen unterliegt. Insbesondere verbietet es sich, Arzneimittelkosten in Parallele zu den Kosten der ärztlichen Behandlung statistisch einzubeziehen. Es gelten mannigfaltige Besonderheiten bei den Medikamenten (dazu vorstehend Ziffer 1 bis 6), welche beim schlüssigen Nachweis einer allfälligen Unwirtschaftlichkeit des ärztlichen Verhaltens zwingend zu berücksichtigen sind. Insoweit drängt sich eine grundlegende Überprüfung der heutigen Rechtsprechung zum Einbezug von Arzneimitteln in das Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren auf.

Zürich/St.Gallen, 15. August 2018



Ueli Kieser