

VEMSInsights

Drei vermeintliche Wahrheiten dekonstruiert



Juni 2024

- Die **PCG-Liste** funktioniert entgegen unserer Behauptung beim **Risikostrukturausgleich** – wirklich?

- Der **Wirtschaftlichkeitsbegriff** ist im Recht **eindeutig geregelt** – wirklich?

- Der Effekt von **Qualitätsindikatoren** und Rankings ist eine **Verbesserung** der Behandlungsqualität – wirklich?

Funktioniert die **PCG-Liste** entgegen unserer Behauptung beim **Risikostrukturausgleich** wirklich?

In der [letzten Ausgabe](#) von VEMSI Insights haben wir geschrieben, die BAG-Liste zur Verfeinerung des Regressionsindexes der Wirtschaftlichkeitsverfahren sei dieselbe Liste, die auch beim Risikostrukturausgleich unter den Versicherern *nicht* funktioniere. Nun hat uns die Mediensprecherin des BAG dazu berichtend geschrieben: «Dies stimmt so nicht. Eine externe Arbeitsgemeinschaft von zwei Instituten der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und Mitarbeitenden der Universität Luzern analysierte im Auftrag des BAG die Wirkung der im 2020 eingeführten PCG im Risikoausgleich. Die Wirkungsanalyse hat deutlich gezeigt, dass durch die Aufnahme der PCG der Risikoausgleich verbessert werden konnte ...» Hat der VEMS hier also etwas falsch verstanden?

Wir haben die Studie [«Wirkungsanalyse zum Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen \(PCG\)»](#) vom 4. Januar 2024, auf welche das BAG in seiner E-Mail an uns verweist, daraufhin geprüft. Einerseits redet man auf Seite 27 noch diplomatisch von «Optimierungspotenzial», findet auf Seite 32 dann aber doch deutliche Worte: «Basierend auf der Rückmeldung der Versicherer lässt sich feststellen, dass die Prognostizierbarkeit sowohl der gesamten Transfersumme als auch der individuellen Ansätze im Risikoausgleich mit PCG deutlich schlechter wurde im Vergleich zum Risikoausgleich ohne PCG.» Die Studie kommt also zum gegenteiligen Schluss dessen, was die BAG-Medienstelle behauptet. Es fragt sich, wieso das BAG hier nicht auf die Kompetenz des BfS zurückgreift. Wir haben seine Behauptungen in einem Kurzbericht in den wissenschaftlichen Diskurs eingeordnet und stellen diesen [Bericht hier zur Verfügung](#).

[Das BAG sollte das Problem nicht der Medienstelle überantworten und so den Versicherern durch Inkompetenz eine Carte Blanche erteilen.](#)

Ist der **Wirtschaftlichkeitsbegriff** im Recht wirklich eindeutig geregelt?

Wird über Gesundheitskosten diskutiert, so wird unhinterfragt angenommen, der Wirtschaftlichkeitsbegriff sei in den für unser Gesundheitswesen relevanten Gesetzkörpern eindeutig geregelt. Ist das aber überhaupt der Fall? Diese Grundfrage ist insofern zentral, als Fragen der medizinischen Zweckmässigkeit heute zunehmend als Fragen der Wirtschaftlichkeit angegangen werden, indem sich eine Beurteilung medizinischer Behandlungen aufgrund der mit ihr gewonnenen qualitätsbereinigten Lebensjahre (QALY) zu etablieren beginnt. Die Medizin gerät mit dieser Umgestaltung im Verständnis ihrer Arbeit in die Defensive: Sie mag noch so wirkungsvoll behandeln, wenn damit die [letztlich utilitaristischen](#) QALY-Ziele nicht erreicht werden, so gilt ihre gute Leistung als schlechte Performance. Von den ethischen und gesellschaftlichen Folgen ganz zu schweigen.

Wir wollten es genau wissen und haben bei Prof. Ueli Kieser ein entsprechendes Gutachten eingeholt, welches wir [hier allen zur Verfügung stellen](#). Prof. Kieser arbeitet an verschiedenen Stellen heraus, dass etwa laut Art. 43 Abs. 6 des KVGs die Versorgung der Bevölkerung «zweckmässig und qualitativ hochstehend» sein soll. Der Gesetzgeber definiert dann allerdings nicht, was als qualitativ hochstehend zu gelten hat. Somit bewegen sich die von den Versicherern promovierten QALY-Diskussionen allesamt in einer rechtlichen Grauzone. Insbesondere, wenn gefordert wird, Kosteneffektivitätsanalysen (CEAs) mit QALY-Berechnungen als Grundlage für oder gegen Behandlungsentscheide zu verwenden, wie dies Ärztenetzwerke teilweise tun, stellen sich Fragen der Rechtsverträglichkeit, bzw. Fragen zu etwaigen Verstössen gegen geltendes Recht.

[Wir hoffen, mit dem Gutachten von Prof. Kieser einen Anstoss zur inskünftig weniger einseitigen Ausgestaltung dieser Diskurse zu leisten.](#)

Ist der Effekt von **Qualitätsindikatoren** und Ratings wirklich eine Verbesserung der **Behandlungsqualität**?

In einem [Interview in der NZZ vom 22. Mai 2024](#) äussert sich Christoph A. Meier, Direktor am Unispital Zürich, unter anderem zu Qualitätsindikatoren. Was dabei am meisten erstaunt, ist das Datum des Interviews, denn man kann fast nicht glauben, dass jemand heute noch so argumentiert. Holzschnittartig führt Herr Meier eine Argumentation pro Qualitätsindikatoren vor, die seit Jahren widerlegt ist: Hohe Behandlungszahl bei kleiner Komplikations- bzw. Sterberate gleich hohe Behandlungskompetenz. Allerdings relativiert er dann doch noch: «Wenn es zum Beispiel viele ältere Menschen mit mehreren Krankheiten gibt, steigt auch das Risiko für Komplikationen; diese Unterschiede kann man allerdings in der Auswertung berücksichtigen.» Offenbar sieht also auch Herr Meier, dass es für das Resultat auch eine Rolle spielt, welche Patientinnen und Patienten man behandelt.

Am 23. Juni 2016, also vor gut acht Jahren, haben wir vom VEMS in einem [Tribünebeitrag](#) ebenfalls in der NZZ das Problem auseinandergesetzt: Spitäler sind mit Qualitätsindikatoren und Rankings zwar angereizt, in ihrem eigenen wirtschaftlichen Interesse hohe Behandlungszahlen bei geringen Komplikationsraten anzustreben. Das gelingt aber eben auch, indem hohe Risiken gemieden werden (Senioren, die man im Heim sterben lässt etwa), um anstelle dieser risikoreichen Eingriffe solche mit geringerem Risiko zu machen, auch wenn davon dann vielleicht nicht alle gleichermassen zweckmässig und nötig sind. Denn die Bewertung der Morbidität bei der Auswertung zu berücksichtigen, das ist leider nicht so einfach, wie Herr Meier suggeriert (siehe WZW-Problematik).

[Anstelle von Qualitätsmessungen und Rankings am Schreibtisch wäre es besser, die Idee gezielter Qualitätsaudits vor Ort zu etablieren.](#)