



www.vems.ch

Beurteilung

«Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen»

Studie der INFRAS im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG



Stand September 2020

Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth,
Flavian Kurth

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der Texte,
auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

www.docfind.ch/VEMSPeerReviewEffizienzpotenzialPflichtleistungen.pdf

Hintergrund

Im Juni 2019 hat der VEMS beim BAG angefragt, ob es die Zahl, 20 bis 30% der medizinischen Eingriffe seien unnötig, bestätigen könne. Denn auf das BAG beziehen sich die Autorinnen und Autoren, die diese Zahl herumreichen, oftmals. Das BAG schrieb uns dazu: «Im Bericht der Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017 wird gesagt, dass verschiedene Studien und Expertenschätzungen für die Schweiz vorliegen, «...die zum Schluss kommen, dass – würden die Effizienzreserven ausgeschöpft – die Leistungen zu Lasten der OKP durchschnittlich um rund 20 Prozent günstiger erbracht werden könnten» (Seite 19).»

Das BAG stellt diesbezüglich klar: «In diesen Berichten wird von Effizienzreserven gesprochen, was die gesamten Ineffizienzen und nicht nur unnötige Behandlungen umfasst.» Die Unterscheidung der Ineffizienz in Overuse und Overhead wurde durch [Shrank im Journal of the American Medical Association](#) untersucht. Demnach werden rund 30% der Kosten als ineffizient betrachtet, wovon 35% durch unnötige Overheadkosten verursacht werden, während Abuse mit 8% und Overuse mit 10% berechnet werden. Das Hauptproblem sind also die überbordenden Overheadkosten.

Obwohl dies hinlänglich bekannt ist, wollen gesundheitsökonomische Betrachtungen Effizienzpotenziale in der Regel vor allem bei den – teilweise tatsächlich, teilweise vermeintlich – unnötigen Behandlungen ausmachen. Damit bringen sich Ökonomen in die Schwierigkeit, medizinisches Behandeln zu beurteilen, während sie in ihrem Kerngebiet, der Verbesserung der Effizienz durch Verschlinkung der Administration, zu wenig tun. Die Folge hat der VEMS in seinem [«Thesenpapier für einen neuen Optimismus in der Medizin»](#) vom Februar 2018 so formuliert: «Weil sich die Ökonomie in den medizini-

schen Indikations- und Behandlungsentscheid einmischt, verschlechtert sie dessen Qualität, was dazu führt, dass a) der administrative Wasserkopf sich bläht und b) die Medizin immer mehr medizinischen Unsinn macht.»

Dieses Muster zeigt sich am deutlichsten bei den [WZW-Verfahren](#): Sie beurteilen systematisch falsch und sanktionieren damit medizinische Zweckmässigkeit, während sie medizinische Unzweckmässigkeit kaum je erkennen oder sogar fördern. Ohne medizinisches Wissen, Können und Erfahrung kann die Zweckmässigkeit von Behandlungen nicht beurteilt werden, erstrecht nicht auf statistischer Ebene. Wenn das BAG nun mit der Studie [«Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen»](#) eine reine Ökonomiestudie in Auftrag gibt, bei deren Erarbeitung die Medizin gar nicht inkludiert wurde, um so das Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen zu evaluieren, dann sind also Zweifel angebracht.

Methode

Die Studie berechnet für 14 Leistungsbereiche das Effizienzpotenzial in folgenden sechs Ineffizienz-Kategorien: Unwirksame Leistungen, Angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitungen, Mangelnde Koordination in der Versorgung, Produktive Ineffizienzen bei den Leistungserbringern, Suboptimale Allokation des Versorgungssettings, Zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen und -produkte. Für die Kategorien mangelnde Qualität sähen sich die Autorinnen und Autoren aufgrund fehlender Daten nicht in der Lage, das Effizienzpotenzial zu berechnen. Es stellt sich die Frage, wofür die Qualitätsindikatoren des BAG erhoben werden, wenn diese Daten nun angeblich fehlen. Gleiches gilt bezüglich administrativer Ineffizienz (Seite 22): «Die Quantifizierung der administrativen Ineffizienzen (P4) und der durch mangelnde Versorgungsqualität ausgehenden Ineffizienzen (M4) hat sich aufgrund unzu-

reichender Daten als nicht umsetzbar erwiesen ...». Die administrative Ineffizienz dürfte allerdings der grösste Kostentreiber sein. Die Kategorie unwirksame Leistung schliesslich kann von Ökonomen gar nicht beurteilt werden, hier braucht es zumindest den Beizug von Mediziner*innen. Somit haben wir ein Studiendesign, eine Studiendisposition und ein Autorenteam, die den wohl grössten Kostentreiber nicht beurteilen und den immer wieder als grössten Kostentreiber herumgereichten, die unnötigen Behandlungen, gar nicht beurteilen können.

Ergebnisse

Die grössten Effizienzpotenziale sehen die Autorinnen und Autoren bei der ambulanten Radiologie (18.1% bis 48.2%), der stationären Psychiatrie (25.5% bis 26.1%), der spitalambulanten Akutsomatik (20.7% bis 22.6%) und bei den ambulant durchgeführten Laboranalysen (18.1% bis 22.2%). Also bei den üblichen Sündenböcken. Auch sind die Ursachen, welche die Autorinnen und Autoren dafür identifizieren, wenig überraschend: die angebots- und nachfrageseitige Mengenausweitung, Ineffizienzen bei den Leistungserbringern und zu hohe Preise von Gesundheitsleistungen und -produkten. Also die populäre Narration: Schuld sind die Medizinerinnen und Mediziner, sie behandeln unnötig, arbeiten ineffizient und verdienen zu viel. Es fällt schwer, in dieser Beurteilung keine Voreingenommenheit zu sehen, und es fällt auch schwer, diese Arbeit als Studie durchgehen zu lassen.

Hauptmängel

Die Studie untersucht das Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Es ist deshalb falsch, wenn Ineffizienzen bei den Leistungserbringern als Mangel identifiziert werden, denn sie sind nicht prämierelevant. Eine

Medizinerin, ein Mediziner bekommt ja nicht einen höheren Tarmed-Tarif, weil sie oder er länger an einer Behandlung hat, und die Fallpauschale steigt deshalb auch nicht. Der administrative Aufwand hingegen ist mit dem Fallpauschalensystem gestiegen, denn die Krankenkassen haben damit einen Teil ihrer Administration der Medizin aufgebürdet. Gut möglich also auch, dass die von der Studie ausgemachten angeblichen Ineffizienzen bei den Leistungserbringern in Wahrheit jener Overhead sind, den die Studie nicht untersuchen zu können meint. Der gravierendste Mangel der Studie aber ist es, dass sie gerade jenen Bereich nicht untersucht, wo die Medizin das grösste Spar- und Effizienzpotenzial hat: die Prävention. Dazu heisst es in der Legende der Tabelle auf Seite 23, es seien hier keine Schätzstrategien entwickelt worden, «da kein relevantes Effizienzpotenzial». Richtig ist, dass hier ein enormes Potenzial vorliegt. In der Präventionsmedizin wurde in praktisch allen Bereichen der Medizin in den letzten Jahren rationiert, weil dies angeblich unnötige Behandlungen seien. Die Folge sind Krebserkrankungen, Herzinfarkte, Hirnschläge etc. – Krankheiten und Kosten, die zu verhindern gewesen wären.

Beurteilung

Das Bureau of Labor Statistics; NCHS; Himmelstein/Woolhandler analysis of CPS macht zwischen 1970 und 2009 ein [Wachstum der Verwaltungskosten im Gesundheitswesen](#) der USA von gegen 3'000% aus, während die Ausgaben für Heilung und Pflege in dieser Zeit keine 100% gestiegen sind. Immer mehr Overhead zieht immer mehr Ressourcen aus dem Gesundheitswesen, weshalb für Heilung und Pflege immer weniger bleibt. Unter den rund fünf Prozent Aufwand subsummieren die Versicherer ja nur die Verwaltungskosten. Darin nicht enthalten sind etwa die Amortisationskosten, die Vertriebskosten (Verkäuferprovisionen), die Kosten für die Rechnungslegung, die Aufschläge da-

für, dass im Verlustfall die Versicherer den Verlust allein tragen müssen etc. Damit gar nicht erst erkannt sind die enormen Aufwände, die eine «Kostenoptimierungsökonomie» der Medizin aufbürdet, der sie einen immer grösseren Teil ihrer Ressourcen bindet. Der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO reagiert darauf mit seiner Kampagne [«Medizin statt Bürokratie!»](#). Es ist zwar zu begrüßen, dass die Medizin lernt, mit der Overheadlast durch die Ökonomie besser umzugehen. Wenn diese dies aber als Zeichen versteht, ihren Overhead nicht zu verringern oder ihn dadurch gar vergrössert, da er angeblich ja tragbar ist, dann wäre das kontraproduktiv. Die Gesundheitsökonomie muss sich beizeiten Gedanken darüber machen, ob ihre «Kostenoptimierung» gesund ist für das Gesundheitswesen und vor allem: ob sie ökonomisch oder nicht vielmehr weitgehend unzweckmässig, deshalb schädlich ist.

Die Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen» mit ihren Fehlern und Versäumnissen kann dazu dienen, Steuerungsentscheide zu rechtfertigen, die diesen Trend weiter befördern: Rationieren bei den Alten, Kranken und Behinderten, Abfluss des damit gesparten Geldes in die weitere Blähung des Wasserkopfs. Unser Abrechnungssystem orientiert sich an den Durchschnittskosten, die Autoren gehen aber von «heutigen Outcomes» zu geringeren Kosten aus. Das ist ohne Rationierung nicht zu haben. Für die Ökonomie mag das logisch und folgerichtig sein. Medizinisches Handeln aber ist von ärztlicher Ethik geleitet. Sie zeigt sich etwa im [Versorgungsauftrag](#), der gesetzlich festgelegt und nicht verhandelbar ist.