

Was ist uns Gesundheit wert?

publifocus «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen»

13

Inhaltsverzeichnis

Welche Medizin wollen wir...	4
Unser Gesundheitssystem – eine Herausforderung	5
Nicht alles wird bezahlt: die heutige Praxis in der Schweiz	6
Reformkurs in Richtung Health Technology Assessment	7
Schwer zu fassen: der medizinische Nutzen	9
Methode der Nutzenbestimmung: das QALY	10
Nutzen und Kosten bestimmen: weitere Methoden	11
Wie andere Länder Therapien bewerten	12
Nutzenmaximierung kann ethisch heikel sein	13
Was die Bevölkerung denkt, ist wichtig	14
Worum geht es bei einem publifocus?	15
Begriffe und weiterführende Informationen	16
TA-SWISS – Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung	17

Editorial

«Nachhaltiges Gesundheitssystem»

Nachhaltige Entwicklung: Das ist das eigentliche Kennwort des 21. Jahrhunderts. Schon vor 2000 Jahren konstatierte Seneca: «Est modus in rebus» (Es gibt ein Mass in allen Dingen). Das ist nicht dasselbe? Aber natürlich ist es das. Die Schwierigkeit liegt darin, zu wissen, wo das Mass liegt und wer darüber entscheidet. Die Kostenentwicklung in unserem Gesundheitssystem ist nicht nachhaltig: Das belegen auch die beiden Berichte zum schweizerischen Gesundheitswesen, die 2006 und 2011 von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der OSZE (Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit) herausgegeben wurden. Aber tun wir einmal so, als wüssten wir das nicht. Jeder Wunsch ist ein Bedürfnis, das befriedigt werden will, und dafür müssen alle solidarisch eintreten. Und zwar muss diese Solidarität grenzenlos sein, denn sonst entbrennt die Diskussion über die Zwei-Klassen-Medizin. Aber da die Menschen seit Anbeginn der Zeit von Unsterblichkeit träumen und die Gesundheitsindustrie uns glauben lässt, dass «mehr Leistungen = bessere Gesundheit = längeres Leben» bedeute, hat keiner ein wirkliches Interesse daran, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen einzuschränken. Leistungen, die immer stärker darauf ausgelegt sind, das Wohlbefinden derer zu verbessern, denen es ohnehin schon gut geht (Human Enhancement). Denn das Bessere ist schliesslich der Feind des Guten!

In einem solchen kulturellen Kontext ist es schwierig, organisatorische Systemänderungen vorzuschlagen. Die letzte grosse Neuerung stammt aus dem Jahr 1996 und heisst KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung). Damals wurde eine Reform der Spitalfinanzierung eingeführt, die Anreize zur Sys-

temoptimierung setzt: Bis zuletzt hart umkämpft, trat sie schliesslich doch noch in Kraft, fast wie durch ein Wunder. Der nächste Schritt war das so genannte Managed-Care-Prinzip, das die ambulante Medizin rationalisieren sollte. Auch dieses wird von allen Seiten angegriffen. «Hände weg», schreien die Gegner, «alles soll so bleiben, wie es ist!» Das System gerät ausser Rand und Band? Macht nichts, auf jeden Fall nicht heute. Und morgen ist auch noch ein Tag, da werden wir sehen! In der Zwischenzeit wird der Bürger immer schizophrener: Von den Kosten erdrückt und Opfer einer immer grösseren Komplexität und Fragmentierung der Medizin und den daraus resultierenden Fehlern, scheut er trotz allem jede Veränderung.

Die Welt hat sich gewandelt, durch das Internet haben wir Raum und Zeit ausser Kraft gesetzt, aber die Organisation des Gesundheitssystems hält allen Optimierungsversuchen stand. Warum? Weil der Bauch über den Kopf siegt? Was ist Gesundheit eigentlich und welche Zielsetzungen verfolgt das Gesundheitssystem? Diese Informationsbroschüre hilft Ihnen dabei, Ihre Gedanken zu diesem Thema zu ordnen und versorgt Sie mit den unerlässlichen Argumenten, um diese ungemein wichtigen Fragen anzugehen. Denn in einer direkten Demokratie sind es letztlich die Bürger, die entscheiden. Und das ist gut so!

Ignazio Cassis

Mitglied des Nationalrats

Welche Medizin wollen wir...

... und zu welchem Preis? Die Frage ist einfacher gestellt als beantwortet. Doch sie stellt sich in letzter Zeit immer öfter. Zwei Beispiele:

Umstrittener PSA-Test

Im vergangenen Winter löste das Swiss Medical Board ein breite, unter Fachärzten kontroverse Debatte aus zum sogenannten PSA-Test. Dieser Test weist im Blut ein prostataspezifisches Eiweiss nach. Er ist eine gängige Methode zur Früherkennung von Prostatakrebs, der beim Mann häufigsten, wenngleich meist harmlos verlaufenden Krebserkrankung. Das Swiss Medical Board, ein unabhängiger Expertenrat, hatte diesen Test einer umfassenden Nutzen-Kosten-Analyse unterzogen, weil er schon länger umstritten ist. Fazit: Der PSA-Test kann zwar im Einzelfall Leben retten, doch geschieht dies so selten, dass es in der Todesursachenstatistik nicht aufscheint. Ungleich grösser als der Nutzen ist der Schaden. Weil der Test auch auf harmlose Auffälligkeiten reagiert, zieht er oft unnütze Folgebehandlungen nach sich, was zu Komplikationen führen kann. Das Swiss Medical Board gab daher die Empfehlung ab, den PSA-Test nicht als Vorsorgeuntersuchung für alle über die Grundversicherung zu bezahlen. Das spare jährliche Kosten von gegen 160 Millionen Franken.

Das Myozyme-Urteil

Ein grosses Echo fand auch ein Urteil des Bundesgerichts im Jahr 2010. Das Gericht entschied, die Krankenkasse brauche einer älteren Patientin mit der seltenen Stoffwechselkrankheit Morbus Pompe das Medikament Myozyme nicht länger zu vergüten, denn das Medikament habe bei der Patientin eine zu geringe Wirkung gezeigt. Das Brisante an diesem Fall ist nicht

nur, dass Morbus Pompe eine schwere seltene Krankheit mit tödlichem Ausgang ist und Myozyme jährlich mehr als eine halbe Million Franken kostet. Brisant waren auch die (nicht-urteilsrelevanten) Kosten-Nutzen-Abwägungen, die das Gericht machte, um damit auf die fehlenden Kriterien für solche Abwägungen in der Schweiz hinzuweisen. Die obligatorische Krankenversicherung, hielt das Gericht fest, müsse zur Verlängerung eines Menschenlebens nicht alles medizinisch Machbare bezahlen – ja sie könne das gar nicht. Das Prinzip der Rechtsgleichheit verlange nämlich, dass eine Behandlung allen Personen in vergleichbarer Lage gewährt werden muss. Konkret würde das aber heissen: Alle Personen mit vergleichbaren Einschränkungen wie bei Morbus Pompe müssten ähnlich wirksame und teure Therapien beanspruchen dürfen. Das allerdings würde 90 Milliarden Franken kosten – was mehr ist als die gesamten Schweizer Gesundheitskosten. International, fügte das Gericht an, zeichne sich eine obere Schwelle des Zahlbaren von 100 000 Franken pro gerettetes Lebensjahr ab.

Viele offene Fragen

Die beiden Fälle illustrieren es: Je teurer und spezialisierter die Medizin wird, umso eher steht die Gesellschaft vor heiklen Entscheiden. Welche medizinische Behandlung und Betreuung soll die Allgemeinheit noch solidarisch finanzieren, welche nicht mehr? Wie lassen sich Therapien sachgerecht und fair bewerten? Sind alle Patientengruppen gleich zu behandeln? Soll es eine Kosten-Obergrenze geben? Solche Fragen lassen sich in der Schweiz wegen der heutigen Rechtsunsicherheit nicht wirklich beantworten. Sie zu klären, liegt in unserer Hand.



Je teurer und spezialisierter die Medizin wird, umso eher steht die Gesellschaft vor heiklen Entscheiden.

Unser Gesundheitssystem – eine Herausforderung

In den letzten Jahrzehnten haben die Industriestaaten ihre Gesundheitssysteme laufend ausgebaut. So etwa verfügt heute in Mitteleuropa jedes grössere Spital über die nötigen Apparaturen, um den Körper mit bildgebenden Verfahren detailliert darzustellen; dank neuer Medikamente können Menschen mit einer HIV-Infektion heute ein normales Leben führen bis ins Alter; Leukämie lässt sich zum Teil heilen. Noch vor 20 Jahren war solches undenkbar.

Hohe Qualität

Gerade die Schweiz hat heute eines der besten Gesundheitssysteme weltweit, wie eine Analyse der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ergeben hat. Die hohe Lebenserwartung, die grosse Patientenzufriedenheit, aber auch die Tatsache, dass alle Menschen Zugang haben zur medizinischen Versorgung, sind laut WHO und OECD Ausdruck für den hohen Standard in der Schweiz. Qualität hat allerdings ihren Preis. Seit den frühen 1990er-Jahren sind die Gesundheitsausgaben in den OECD-Staaten real um 70 Prozent gestiegen. Auch bei den Ausgaben liegt die Schweiz weit vorne: Hierzulande flossen im Jahr 2009 11,4 Prozent des Bruttoinlandprodukts in die Gesundheitsversorgung, während es im OECD-Schnitt nur 9,6 Prozent waren. In der Schweiz lagen die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben 2009 also pro Kopf der Bevölkerung bei jeweils 7840 Franken bzw. um 1240 Franken über dem OECD-Schnitt.

Kosten steigen weiter

Das schweizerische Gesundheitssystem ist damit eines der teuersten weltweit. Und künftig wird es sich weiter verteuern, vor allem, weil die Bevölkerung älter wird, chronische Krankheiten zunehmen und weil der medizinische Fortschritt die Palette an hochpreisigen neuen Angeboten laufend vergrössert. Diese Entwicklung kann auf die Dauer allerdings nicht so weitergehen. Denn den steigenden Kosten stehen beschränkte Finanzierungsmittel gegenüber. Schon heute stellen die Krankenversicherungsprämien in der Schweiz für viele Menschen mit tieferem Einkommen, aber ohne Prämienverbilligungen, ein substantielles Problem dar. Damit sich dieses Problem nicht weiter verschärft, braucht es Reformen. Die zentrale Aufgabe in Zukunft wird es sein, das Gesundheitssystem nachhaltig zu finanzieren und es effizient und wirksam zu gestalten. Das kann in einem ersten Schritt heissen: Das vorhandene Sparpotential ist weiter auszuschöpfen, etwa indem Überkapazitäten abgebaut werden.

Systematische Bewertungen

Langfristig gilt es aber nicht nur die Kosten, sondern vermehrt auch den Nutzen medizinischer Behandlungen zu bewerten. Soll das Gesundheitssystem gut und gerecht bleiben, muss es sich auf Behandlungen konzentrieren, die gut wirken und nicht unverhältnismässig viel kosten. Sogenannte HTA- oder Health-Technology-Assessment-Verfahren zur systematischen Nutzen-Kosten-Bewertung von Gesundheitsleistungen gewinnen daher an Bedeutung. Auch die Schweiz will künftig verstärkt auf diese Methoden setzen.

Obwohl es international schon viel Erfahrung gibt mit HTA, wird es eine Herausforderung sein, medizinische Leistungen künftig nicht einfach im Zeichen der Nutzen-Kosten-Optimierung über einen Kamm zu scheren, sondern dabei dem schweizerischen Verständnis von sozialer Gerechtigkeit oder den besonderen Voraussetzungen gesellschaftlicher Minderheiten zu entsprechen.

Das schweizerische Gesundheitssystem ist eines der teuersten weltweit. Und künftig wird es sich weiter verteuern, vor allem, weil die Bevölkerung älter wird.

Nicht alles wird bezahlt: die heutige Praxis in der Schweiz

In der Schweiz untersteht die ganze Bevölkerung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Es haben daher alle gleichermassen Zugang zur medizinischen Versorgung; finanziert wird sie über die Krankenversicherung, also mehrheitlich über die Prämien der Versicherten und über den Selbstbehalt, teilweise auch über Steuergelder.

Nicht alle medizinischen Angebote mit Marktzulassung sind daher automatisch kassenpflichtig. Welche Behandlungen im Katalog der Grundversicherung Aufnahme finden, entscheiden das Eidgenössische Departement des Innern und das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Dazu überprüft das BAG mit drei Kommissionen alle neuen beantragten Leistungen ausser jene der Ärzteschaft; für ärztliche Leistungen gilt, sofern sie unbestritten sind, das Vertrauensprinzip. Ausschlaggebend für den Erfolg dieser Kontrolle sind die sogenannten WZW-Kriterien (siehe Kasten). Ob diese Kriterien erfüllt sind, kontrollieren die Behörden im wesentlichen mit Hilfe von klinischen Studien bzw. Patientenstudien und anderen Unterlagen, welche die Antragsteller einreichen. Die Behörden führen zudem Preisvergleiche und Kostenfolgeabschätzungen durch. Sie verzichten aber auf umfassende Nutzen-Kosten-Analysen; dazu fehlen die nötigen Ressourcen ebenso wie zur systematischen Überprüfung bereits bestehender medizinischer Leistungen.

Grosszügiges Verfahren

Ist die Prüfung erfolgreich, setzt der Bund das neue Angebot auf eine der Positivlisten, die für Medikamente, Mittel und Gegenstände, Labortests und weitere Leistungen existieren. Auch führt er eine Liste mit ausgewählten, meist umstrittenen oder noch sehr neuen ärztlichen Leistungen, die explizit kassenpflichtig oder explizit nicht kassenpflichtig sein können.

In der Mehrheit der Fälle führt das Zulassungsverfahren zu einem positiven Ergebnis, wobei manche vielversprechenden Leistungen befristet und unter Auflagen aufgenommen werden, um ihren Nutzen eingehender zu prüfen. Die Schweiz gilt als eines der grosszügigsten Länder, was den Leistungskatalog der Grundversicherung angeht. Auch existieren hierzulande weder finanzielle noch andere Obergrenzen zur Einschränkung von grundversicherten Leistungen. Doch hat das weitmaschige, wenig systematische Aufnahmeverfahren für vergütungspflichtige Behandlungen einen unerwünschten Effekt: Es setzt Ärzte und Krankenkassen unter Druck, angesichts des riesigen Angebots an neuen Therapien und steigender Gesundheitskosten selber zu entscheiden, meist ohne Aufklärung der Patienten, ob eine Therapie im Zweifelsfall durchzuführen ist oder nicht. Diese versteckte Rationierung ist für keine Seite befriedigend.



Die WZW-Kriterien (Wirksamkeit – Zweckmässigkeit – Wirtschaftlichkeit)

Damit medizinische Leistungen in der Schweiz von der Krankenversicherung übernommen werden, müssen sie gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) die WZW-Kriterien erfüllen. WZW bedeutet: Medizinische Therapien – vom Medikament bis zur Psychotherapie – sollen wirksam sein (W), was wissenschaftlich nachzuweisen ist; sie sollen zweckmässig sein (Z) – also im Vergleich zu den bestehenden Alternativen den besten diagnostischen oder therapeutischen Nutzen aufweisen; und sie sollen wirtschaftlich (W) sein, also in den Kosten dem Nutzen entsprechen und nicht teurer sein als Behandlungsalternativen.

Reformkurs in Richtung Health Technology Assessment

Das Schweizerische Krankenversicherungsgesetz verlangt, dass grundversicherte medizinische Leistungen in der Schweiz regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Von Gesetzes wegen sind daher regelmässige Nutzen-Kosten-Abwägungen für allgemein finanzierte medizinische Behandlungen seit 1996 vorgeschrieben.

Optimierungsbedarf

Allerdings wird das heutige Überprüfungsverfahren in der Schweiz diesem Auftrag nicht gerecht. Es besteht beträchtlicher Optimierungsbedarf; zu diesem Schluss kam 2009 die parlamentarische Verwaltungskontrolle – die Geschäftsprüfungskommission (GPK) des Nationalrats – nachdem sie die Überprüfung ärztlicher Leistungen durch den Bund untersucht hatte.

Die GPK würdigte zwar am heutigen System die Offenheit für Innovationen und die sachgerecht und vergleichsweise rasch durchgeführten behördlichen Evaluationen. Doch listet der GPK-Bericht grundlegende Mängel auf. So sei in der Schweiz heute nicht sichergestellt, dass fragwürdige medizinische Leistungen frühzeitig erkannt werden, nur ein Bruchteil der Leistungen werde überhaupt überprüft, die Beurteilungskriterien seien nicht hinreichend konkret und verallgemeinerungsfähig, und das ganze Verfahren müsse transparenter werden, heisst es im Bericht unter anderem.

Erste Initiativen und Vorstösse

In den letzten Jahren hat sich aber einiges bewegt in Sachen Qualitätsüberprüfung von medizinischen Behandlungen und Pflegeleistungen in der Schweiz. Wissenschaftler, Gesundheitsfachpersonen, Krankenversicherer und die Pharmaindustrie haben eigene Projekte lanciert, die aufzeigen, wie eine umfassende Überprüfung von Nutzen und Kosten der kassenpflichtigen Therapien konkret aussehen könnte. So ist das schon früh lancierte Swiss Medical Board entstanden, das Gesundheitsleistungen nach den Methoden eines wissenschaftlich basierten Health Technology Assessment (HTA) bewertet, und Initiativen wie SwissHTA haben allgemeine Leitlinien formuliert für die künftige Ausgestaltung von HTA-Verfahren für die Schweiz (siehe Seite 8).

HTA-Agentur gefordert

Auf politischer Ebene forderten Parlamentarierinnen und Parlamentarier Guidelines für eine ausreichende Überprüfung der kassenpflichtigen Therapien sowie die Einrichtung einer nationalen HTA-Agentur, welche diese Arbeit künftig unabhängig durchführen soll (Postulat Ruth Humbel vom 29. September 2010; Motion FDP-Fraktion vom 16. Oktober 2010).

Der Bundesrat hat sich bereit erklärt, diese Vorstösse anzunehmen. Er will im Verlauf des Jahres 2012 eine Aussprache über wesentliche Eckwerte wie Ziele, methodische Arbeitsweise sowie Trägerschaft und Finanzbedarf einer Health-Technology-Assessment-Agentur führen sowie das weitere Vorgehen beschliessen. Eine allfällige HTA-Agentur würde operativ in das neu zu schaffende Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen integriert, welches schon länger geplant ist.

Health Technology Assessment (HTA)

Der Begriff HTA oder Health Technology Assessment wird nicht einheitlich verwendet. Oft versteht man darunter ein wissenschaftlich basiertes Verfahren, das den Nutzen medizinischer Behandlungen systematisch bewertet und damit Grundlagen schafft für gesundheitspolitische Entscheide, speziell Vergütungsentscheide. Fachgremien beurteilen dabei alle Informationen, die über eine medizinische Behandlung oder Pflegeleistung vorliegen, meist im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffizienz. Ethische, soziale und juristische Aspekte sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Die «International Working Group for HTA Advancement» hat 15 Prinzipien für HTA definiert. Demnach sollen solche Verfahren transparent und methodisch fundiert sein, sie sollen alle relevanten Behandlungsalternativen berücksichtigen, klare Kriterien für die Evaluation und Gewichtung der Behandlungen haben oder wichtige Stakeholder (Interessengruppen) wie Patienten, Ärztinnen, Krankenkassen und Industrie einschliessen.

Viele HTA-Verfahren bestehen aus einem Assessment (Abschätzung) zur Evaluation aller Daten, einem Appraisal (Bewertung) zur Gewichtung des evaluierten Nutzens und einem Entscheid. Vor allem beim Appraisal sind oft Stakeholder einbezogen. Sie garantieren eine breite gesellschaftliche Abstützung und mehr Innovationsfreundlichkeit. Andererseits sind Verfahren mit sehr umfassendem Stakeholder-Einbezug aufwendig und können anfälliger sein für Partikularinteressen.



HTA in der Schweiz:

Swiss Medical Board

Das Swiss Medical Board (SMB) beurteilt das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis umstrittener medizinischer Behandlungen mit den Methoden von Health Technology. Für die Schweiz hat dieser kleine Expertenrat mit einem Jahresbudget von 0,5 Millionen Franken Pioniercharakter. Er führt Kosten-Nutzen-Bewertungen durch – unter anderem mit Hilfe des QALY (qualitäts-adjustiertes Lebensjahr, siehe Seite 10) und stets unter Einbezug ethischer, sozialer und rechtlicher Fragen. Aufgrund seiner Bewertungen gibt er öffentliche Empfehlungen ab. So etwa hat er empfohlen, Operationen gerissener Kreuzbänder, den PSA-Test oder das Medikament Avastin bei Dickdarmkrebs in der Regel nicht über die Grundversicherung zu vergüten. Auch von seiner zweiten Handlungsmöglichkeit hat das SMB Gebrauch gemacht und beim Bund im Fall einer neuen Herzkathetertechnik die Einschränkung der Kassspflichtigkeit beantragt. 2008 vom Kanton Zürich lanciert, wird das Swiss Medical Board heute getragen von der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), der Ärzteverbindung FMH und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SwissHTA

SwissHTA ist eine Initiative des Pharmaverbands Interpharma und des Dachverbandes der Krankenversicherer Santésuisse, der Ärzteverbindung FMH und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Der Bund ist als Beobachter beteiligt. Die Gruppe führt selbst keine Health-Technology-Assessment-Prozesse durch, sondern hat zum Ziel, solche Prozesse in der Schweiz weiter zu entwickeln. Die in einem Konsenspapier festgehaltenen Vorstellungen besagen unter anderem, HTA-Verfahren sollen keine fixen Kostenschwellen beinhalten, weil dies Ungerechtigkeiten schafft, sie sollen möglichst transparent und verbindlich sein und alle kassenpflichtigen Leistungen umfassen.

HTA-Verfahren sollen keine fixen Kostenschwellen beinhalten, weil dies Ungerechtigkeiten schafft.

Schwer zu fassen: der medizinische Nutzen

Ein wichtiger Gradmesser für den gesundheitlichen Nutzen einer Therapie ist die Wirksamkeit. Wenn eine Kopfschmerztablette Migräne zum Verschwinden bringt, hat sie einen hohen Nutzen, wenn die Migräne bald wieder kommt, einen weniger hohen. Zugleich soll eine Therapie möglichst frei von unerwünschten Wirkungen, zumindest aber verhältnismässig sein. Selbst das wirksamste Migränemittel hilft wenig, wenn es beispielsweise zugleich starke Nebenwirkungen wie permanenten Brechreiz verursacht.

Doch bei vergütungspflichtigen Therapien wird nicht nur der medizinische Nutzen erhoben – meist mit Patientenstudien zu Wirkungen und Nebenwirkungen –, sondern es ist von Interesse, in welchem Verhältnis der Nutzen zu den Kosten einer Therapie steht. Dabei geht es genau genommen um das Verhältnis zwischen dem

Zusatznutzen und den Zusatzkosten, welche eine neue Therapie im Vergleich zu ähnlichen schon bestehenden Angeboten aufweist. Je mehr eine neue Therapie kostet, desto grösser sollte in der Regel ihr Nutzen sein; doch wird diese Maxime nicht allen Situationen gerecht und gilt daher auch nicht rigide.

Keine Einheitsformel

Der medizinische Nutzen ist also keine fixe Grösse, und es gibt auch keine Einheitsformel, um ihn zu messen. Der Wert, den eine medizinische Behandlung durch eine Nutzen-Kosten-Analyse erhält, kann variieren, je nachdem, welche Definitionen man verwendet. So etwa lässt sich Nutzen nicht nur medizinisch definieren, sondern auch über Innovation: Eine unheilbare

Krankheit wird vielleicht dereinst heilbar, wenn die Forschung eine neue wirksame Behandlung dagegen findet. Diese innovative Komponente von Nutzen kann ein Land unterschiedlich stark gewichten, indem es aus dem Topf der allgemein finanzierten Mittel mehr oder weniger hohe Innovationszuschläge an die Entwickler gewährt – als Beitrag an die Entwicklungskosten. Auch die angewandten Methoden beeinflussen die Bewertung von «Nutzen» bzw. «Nutzen und Kosten». So etwa fallen Befragungen zur Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung grosszügiger aus, wenn vor allem nach künftigen, noch nicht existierenden Therapien gefragt wird, als wenn der Verzicht bestehender Leistungen im Vordergrund steht. Oder der medizinische Nutzen einer Therapie wird überschätzt, weil negative Studienergebnisse dazu nicht immer publiziert werden.

Trotz solcher Schwierigkeiten ist es unerlässlich, medizinische Behandlungen und Betreuung systematisch auf ihre Qualität und Kosteneffizienz hin zu bewerten. Wichtig ist dabei, dass diese Durchleuchtung wissenschaftlich fundiert und zugleich transparent abläuft. Wer im Bewertungsprozess wie viel Gewicht hat, muss bekannt sein, und die gewählten Methoden samt ihren Vor- und Nachteilen müssen offen liegen, ebenso die Entscheidungskriterien. Nur so lässt sich der ermittelte Nutzen richtig interpretieren, und es kann eine öffentliche Diskussion darüber stattfinden, ob und wie ein Verfahren allenfalls anzupassen wäre.

Je aktiver diese Diskussion geführt wird, desto eher entsprechen die gefundenen Lösungen einem breiten gesellschaftlichen Konsens. Das publifocus-Dialogverfahren soll diese Diskussion daher frühzeitig unterstützen (siehe Seite 15). Leute aus allen Bevölkerungs- und Landes-teilen sollen sich in verschiedenen Diskussionsrunden zum Thema von Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen einbringen und austauschen können.



Methode der Nutzenbestimmung: das QALY

Wie gut und wie teuer ein neues Medikament oder eine neue Behandlung ist, lässt sich mit einer ganzen Reihe von Methoden messen. Relativ weit verbreitet ist heute in der Gesundheitsökonomie das Konzept des QALY, kurz für «quality-adjusted life years» oder qualitätsbereinigte Lebensjahre. Dieses Mass für den therapeutischen Nutzen hat gegenüber anderen Methoden einen Vorteil: Es misst nicht nur, welchen Nutzen beispielsweise ein Blutdrucksenker im Vergleich zu anderen Blutdrucksenkern stiftet, sondern funktioniert auch therapieübergreifend. Es zeigt beispielsweise auf, wie gut das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines neuen Röntgenverfahrens im Vergleich zu einem umstrittenen Labortest oder Medikament ist.

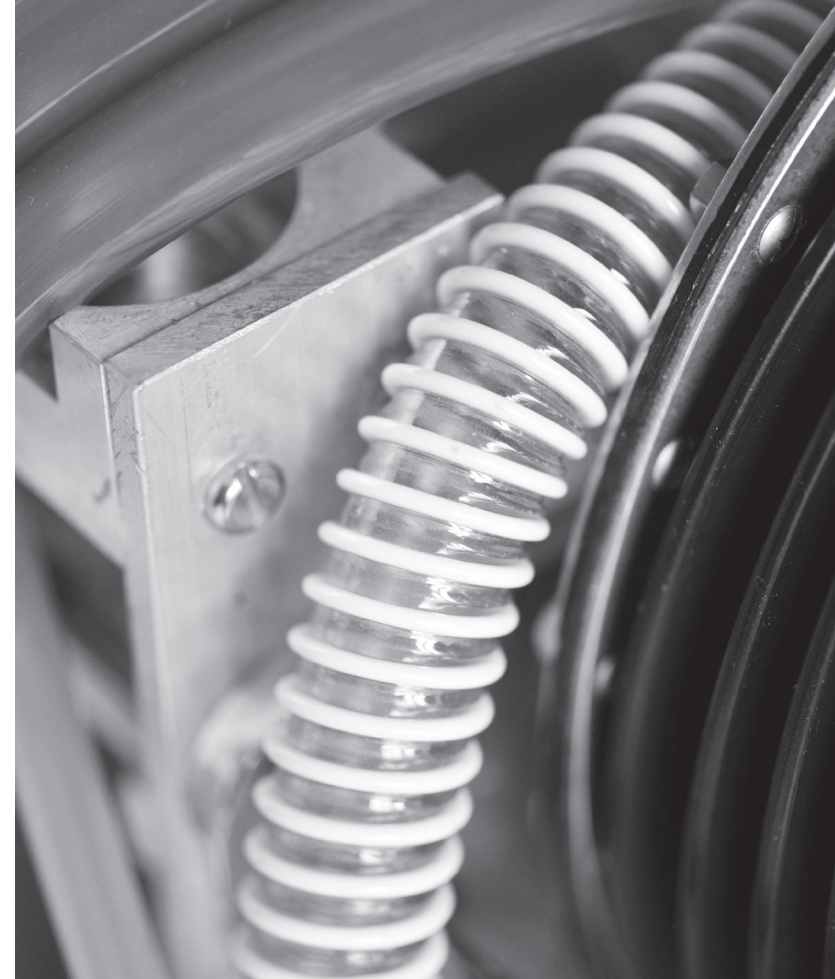
Lebensjahre mal Lebensqualität

Den Nutzen einer medizinischen Behandlung definieren QALYs sehr breit als Kombination von Lebensqualität und hinzugewonnenen Lebensjahren. Wie wird gerechnet? Ein Beispiel: Eine Frau leidet an einer Erbkrankheit, die ihre Lebensqualität im Vergleich zu gesunden Personen um die Hälfte reduziert, und die auch ihre Lebenserwartung verkürzt. Ein neues Medikament verlängert nun die Lebenserwartung der Patientin um zehn Jahre, vermag aber ihre Lebensqualität nicht zu verbessern. Ausgedrückt in QALYs hätte dieses Medikament nun einen medizinischen Nutzen von fünf qualitätskorrigierten Lebensjahren oder QALYs. Dieser Wert, fünf QALYs, ist das Resultat einer Multiplikation: Man multipliziert die Anzahl gewonnener Lebensjahre (hier zehn) mit einem Faktor für Lebensqualität (0,5 für «um die Hälfte reduziert»). Anschliessend lässt sich der so berechnete Nutzen koppeln mit den Kosten des Medikaments (Kosten pro QALY).

Fragt sich, wie «Lebensqualität» definiert wird. In der Regel werden dazu Befragungen durchgeführt. Ausgewählte Personen geben an, als wie wünschenswert sie bestimmte Gesundheitszustände empfinden. Auf dieser Basis wird später eine Lebensqualitätsskala mit Werten zwischen 1 für «vollkommen gesund» und 0 für «tot» erstellt. Es gibt verschiedene solcher Skalen, die jeweils unterschiedliche Teilaspekte von Lebensqualität widerspiegeln. So etwa bildet der in der Schweiz vom Swiss Medical Board verwendete Karnofsky-Index die Fähigkeit ab, Alltagsverrichtungen durchzuführen: eine Treppe hochsteigen etwa oder selber einkaufen können.

40 Jahre Erfahrung

Umfassend lässt sich Lebensqualität also nicht messen und auch nicht objektiv. Die QALY-Werte hängen beispielsweise davon ab, welche Personen die Bewertungen vornehmen – meist werden gesunde Personen, nicht Betroffene befragt (siehe Seite 13). Und meist, so hat sich gezeigt, sind die Personen nicht in der Lage, Gesundheitszustände so linear abzustufen, wie dies die Lebensqualitätsskalen suggerieren. QALYs eignen sich auch nicht für alle Therapien gleich gut, sondern bewerten jene Therapien am adäquatesten, die wie etwa Krebstherapien auf ein längeres Leben und anhaltend bessere Gesundheit abzielen. Solche Eigenheiten und Einschränkungen sind heute, nach rund 40 Jahren internationaler Erfahrung mit dieser Methode, recht gut verstanden, sodass Korrekturen möglich sind. Korrekturen und Relativierungen braucht es nämlich. QALYs sind daher nicht das Mass aller Dinge. Dennoch bleiben sie für Kosten-Nutzen-Bewertungen innerhalb eines gesamten Gesundheitssystems interessant, weil sie als therapieübergreifende Vergleichsgrösse eine Gesamtschau ermöglichen.



Umfassend lässt sich Lebensqualität nicht messen und auch nicht objektiv.

Nutzen und Kosten bestimmen: weitere Methoden

Schwellenwert

Um zu verhindern, dass die Gesundheitskosten unbegrenzt steigen, haben manche Länder für versicherungspflichtige Behandlungen Schwellenwerte definiert. Diese finanziellen Obergrenzen sind meist nicht scharf, sondern bewegen sich in einer gewissen Bandbreite – so etwa in einem Bereich von meist 20 000 bis 30 000 Pfund pro gerettetes Lebensjahr in Grossbritannien.

Schwellenwerte haben den Vorteil, dass sie die öffentliche Diskussion zur Frage, wie viel Gesundheit höchstens kosten darf, fördern. Doch kann eine solche Plafonierung ethisch heikel sein, weshalb manche Länder heute ihre Schwellenwerte aufgeweicht haben (siehe Seite 12).

Ob Schwellenwerte die Gesundheitskosten wirklich eindämmen, ist umstritten. Manche vermuten sogar das Gegenteil, dass sie nämlich dazu verleiten, Preise für teure Therapien näher an die Höchstgrenze zu legen als gerechtfertigt. Demnach wäre in Gesundheitssystemen mit Schwellenwerten besonders genau darauf zu achten, dass Therapien kosteneffizient sind, also ein angemessenes Verhältnis von Zusatznutzen und Zusatzkosten haben, und dass ergänzende Massnahmen wie Kostenfolgeabschätzungen eingesetzt werden, weil kosteneffiziente Therapien allein nicht notwendigerweise kostensparend sind.

Zusatznutzen

Statt zu schauen, wie eine neue Behandlung im Vergleich zu gar keiner Behandlung wirkt, kann man auch schauen, wie sie im Vergleich zu ähnlichen Behandlungen wirkt. Damit wird, wie heute üblich, der Zusatznutzen erhoben. Dieser rein medizinische Mehrwert soll mehr als nur geringfügig sein und er soll die Krankheitssymptome ebenso wie die Lebensqualität und den künftigen Verlauf der Gesundheit abdecken. Ein Zusatznutzen liegt beispielsweise vor, wenn eine neue Diabetes-Therapie das Auftreten von krankheitsspezifischen Komplikationen wie etwa Augen- oder Gefässschädigungen länger verhindern kann als die bisherigen Therapien.

Preisvergleich

Preisvergleiche dienen dazu, einen angemessenen Richtpreis für Therapien festzulegen. Verbreitet sind sie vor allem im Fall von Medikamenten. Dabei wird ein Medikament mit anderen Medikamenten verglichen, die gegen dasselbe Leiden schon existieren, oder der Vergleich erfolgt mit dem gleichen Medikament im Ausland, sofern es dort bereits zugelassen ist. Preisvergleiche beziehen sich ausschliesslich auf die Kosten einer Therapie; die Wirksamkeit muss mit anderen Methoden separat ermittelt werden.

Kostenfolgeabschätzung

Wie der Preisvergleich berücksichtigt auch die Kostenfolgeabschätzung nur die Kosten. Sie gibt an, wie viel Geld sich mit einer gesundheitlichen Massnahme im Vergleich zu heute voraussichtlich einsparen lässt oder mehr auszugeben ist. Bevor Gesundheitsbehörden zum Beispiel eine Schutzimpfung gegen Gebärmutterhalskrebs empfehlen (wie heute in der Schweiz der Fall), berechnen sie etwa, wie viele Mädchen in die Impfgruppe fallen und wie viel das Impfen voraussichtlich kosten würde; von Belang ist weiter, wie viel die Behandlung der an Gebärmutterhalskrebs erkrankten Frauen heute kostet, wie viele Krebsfälle bzw. Behandlungskosten sich mit der Impfung künftig wohl vermeiden lassen und anderes mehr. Auch die Kosten für an- oder wegfallende Absenzen erkrankter Personen am Arbeitsplatz oder für ihre Pflege durch Familienangehörige können bei solchen Berechnungen einfließen. Eine Gegenüberstellung der einzelnen Analysen erlaubt am Ende eine Gesamtabschätzung.

Wie andere Länder Therapien bewerten

Bereits seit mehreren Jahrzehnten gibt es Bestrebungen, medizinische Leistungen systematisch zu bewerten. Die Ursprünge des Health Technology Assessments (HTA) liegen in den USA, wo bereits 1972 eine entsprechende Einrichtung geschaffen wurde, das «Congressional Office of Technology Assessment». In Europa begann diese Entwicklung 1982 mit einer Fachstelle, die Pariser Spitäler einrichteten. Die erste nationale HTA-Agentur in Europa entstand 1987 in Schweden. Seit den 1990er-Jahren haben praktisch alle EU-Länder HTA-Programme etabliert, sei es durch Agenturen, Fachstellen an Universitäten, in der Verwaltung oder durch externe Institutionen. Besonders weit fortgeschritten ist der Ansatz heute etwa in Schweden, Grossbritannien, Belgien oder auch in Kanada und Australien.

Die Art und Weise, wie medizinische Leistungen evaluiert werden, ist aber von Land zu Land sehr unterschiedlich. So versucht etwa der staatliche Gesundheitsdienst Grossbritanniens seine begrenzten Mittel möglichst effektiv einzusetzen. Er stützt sich auf die jeweils publizierten Kosten-Nutzen-Bewertungen des britischen Instituts NICE (siehe Kasten) und bezahlt nur jene evaluierten Therapien, deren Kosten einen bestimmten Schwellenwert nicht übersteigen. Auch Therapien gegen schwere Krankheiten werden daher ab einer gewissen, jüngst erhöhten Grenze nicht mehr vergütet. Im Bewertungsverfahren des NICE sind Patientenvertretungen immer einbezogen; nicht systematisch einbezogen sind Ethikfachleute.

Am anderen Ende des Spektrums steht Deutschland, wo das HTA-Institut IQWiG (siehe Kasten) medizinische Bewertungen vornimmt und publiziert. Das IQWiG konzentriert sich dabei auf die medizinische Wirksamkeit von Therapien. Die Ergebnisse stellen Kriterien für die Preisbildung dar. Zudem arbeitet das IQWiG indikationsspezifisch, das heisst es vergleicht nur unterschiedliche Behandlungsweisen innerhalb eines bestimmten Krankheitsbilds. Das ist zwar medizinisch sinnvoll, macht aber Überlegungen zur Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen unmöglich.



NICE – HTA in Grossbritannien

In Grossbritannien ermittelt das 1999 geschaffene National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Therapien zuhanden des nationalen Gesundheitsdiensts. Dabei arbeitet es mit Kosten-Wirksamkeits-Schwellenwerten. Ab einem Schwellenwert von 30 000 Britischen Pfund pro zusätzlichem QALY (gewonnenes Lebensjahr bei voller Gesundheit) wird eine Behandlung in der Regel nicht mehr bezahlt. Für Patienten am Lebensende wurde dieser Schwellenwert auf 55 000 Pfund erhöht. NICE hat ein jährliches Budget von 33 Millionen Pfund.

IQWiG – HTA in Deutschland

In Deutschland bewertet seit 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) medizinische Leistungen, insbesondere Medikamente. Dabei beurteilt es einzig den Zusatznutzen, d.h. den Mehrwert einer Therapie gemessen an vergleichbaren Therapien. Das IQWiG arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, des obersten Beschlussgremiums der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen sowie des Bundesgesundheitsministeriums. Das jährliche Budget liegt bei 15 Millionen Euro.

Die Art und Weise, wie medizinische Leistungen evaluiert werden, ist aber von Land zu Land sehr unterschiedlich.

Nutzenmaximierung kann ethisch heikel sein

Das Bestreben, medizinische Leistungen möglichst effizient einzusetzen, ist aus ethischer Sicht nicht nur vertretbar, sondern geboten, denn es garantiert eine gute Gesundheitsversorgung für alle bei beschränkten Mitteln. Oder andersherum: Es verhindert, dass wirkungslose Therapien Gelder beanspruchen, die danach für sinnvolle Angebote fehlen – sei es im Gesundheitswesen oder in anderen Bereichen, wo die Ressourcen ebenfalls knapp sind.

Groteske Rangliste

Systematische Nutzen-Kosten-Analysen machen in der medizinischen Grundversorgung daher Sinn. Allerdings darf es bei solchen Analysen nicht allein um Nutzenmaximierung und Kostenminimierung gehen. Sonst kann es zu grotesken Verzerrungen kommen, wie in den 1990er-Jahren ein Experiment im US-Bundesstaat Oregon zeigte. In der dort erstellten Rangliste erhielt eine fakultative Zahnkorrektur einen grösseren Wert als ein offener Beckenbruch, und teure Transplantationen oder seltene Aids-Therapien figurierten ganz zuunterst auf der Liste.

Jedes Bewertungsverfahren – auch wenn die Berechnungen noch so objektiv aussehen – ist in seiner Aussagekraft begrenzt und muss daher ergänzt werden. So soll sichergestellt sein, dass es nicht zu Diskriminierungen kommt. Diese Gefahr besteht beispielsweise, wenn Therapien auf der Basis von Lebensqualitätsskalen vergütet werden, die ohne Einbezug von Patientinnen und Patienten zustande kamen. Denn solche Skalen bewerten die Lebensqualität bei bestimmten Krankheiten erfahrungsgemäss schlechter, als Betroffene sie selber empfinden.

Diskriminierung vermeiden

Diskriminierungen sind auch möglich, wenn Vergütungsentscheide für Therapien aufgrund von QALYs oder qualitätsbereinigten Lebensjahren erfolgen. Denn die QALY-Werte liegen bei Personengruppen wie chronisch Kranken, Behinderten oder Menschen mit seltenen Krankheiten tiefer als bei anderen, weil diese Gruppen bei den QALY-Komponenten «Lebensqualität» und «verlängerte Lebensjahre» nie das Maximum erreichen können. Das hat zur Folge, dass etwa ein Gehörloser, der an Krebs erkrankt, geringere Aussichten auf eine neue teure Krebsbehandlung hätte als ein Krebskranker mit intaktem Gehör – allein wegen seiner Behinderung.

Neue Ethik-Ansätze für HTA

Um solche Ungerechtigkeiten zu vermeiden, sollen daher bei HTA-Verfahren auch ethische, soziale und juristische Betrachtungen einfließen. Europaweit gibt es Bestrebungen, für diese umfassende Perspektive einheitliche methodische Ansätze zu entwickeln. Das internationale Netzwerk der HTA-Agenturen INAHTA etwa hat ein Set an ethisch relevanten Fragen erarbeitet. Und ein Modell der EU-Initiative EUnetHTA versucht, ethisch wichtige Aspekte in HTA-Verfahren zu integrieren mit Überlegungen wie: Tangiert eine neue Behandlung religiöse, kulturelle oder moralische Überzeugungen? Welche und wessen Interessen werden berührt? Gibt es versteckte oder unbeabsichtigte Konsequenzen?

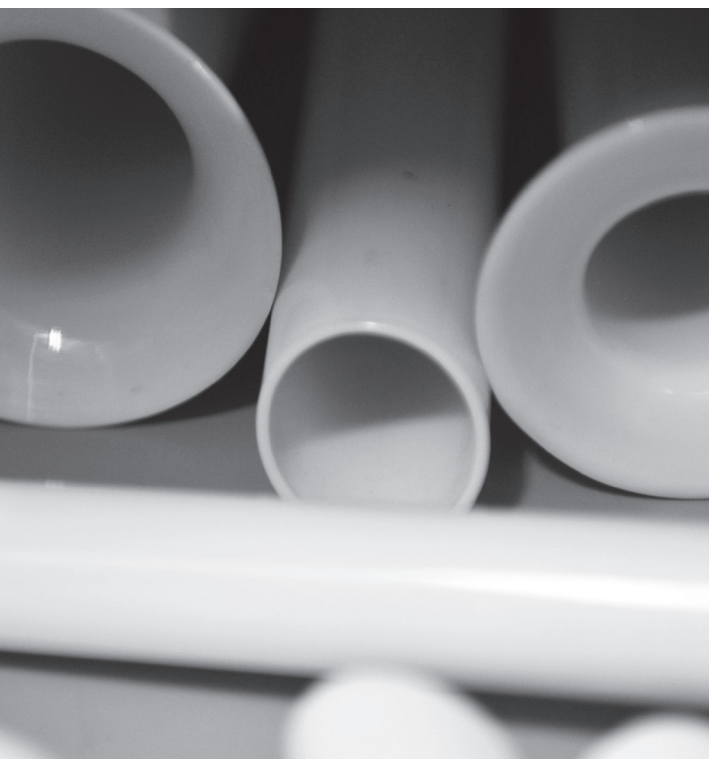
Während auf der Ebene einzelner Health Technology Assessments also einiges im Gange ist, bleibt die Frage, wie das Gesundheitswesen fair und effizient gestaltet werden kann und welche Rolle HTA dabei spielen soll, auf der übergeordneten politischen Ebene noch schwierig.



Was die Bevölkerung denkt, ist wichtig

Dass es neue Ansätze braucht, um Qualität und Kosten im Gesundheitswesen unter einen Hut zu bringen, ist heute insgesamt anerkannt. Doch genügt dies nicht. Wichtig wäre eine breite öffentliche Auseinandersetzung mit dem Thema – gerade jetzt, wo Fachleute, Politikerinnen und der Bund sich überlegen, ob und wie eine neue Health-Technology-Assessment-Einrichtung den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung strenger auf Nutzen und Kosten von Therapien überprüfen sollte.

Da die Weichen für diese Neubewertung noch nicht gestellt sind, lässt sich der neue Kurs zurzeit noch diskutieren. Wer beispielsweise soll in einer künftigen HTA-Einrichtung die Therapien bewerten und wer soll am Ende entscheiden – Expertinnen? Betroffene? Wer



sonst? Zu klären gilt es auch ethisch heikle Fragen. Soll ein Arzt beispielsweise einer chronisch kranken Patientin eine kostspielige Operation anbieten, die ihr Leiden lindern könnte, doch mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Komplikationen und dauerhafter Pflegebedürftigkeit führen wird? Wo sind die Grenzen von Nutzen und Solidarität? Gibt es bei Grenzfällen sinnvolle Alternativen, und wenn ja, wie fördern wir sie?

Trotz bestem Willen und Einsatz von Mitteln wird es immer Bereiche und Fragen geben, die nicht endgültig beantwortet werden können. Doch eine gesellschaftliche Bewertung obiger Fragen ist unabdingbar, denn schliesslich geht es darum, die Ausgaben öffentlicher Gelder zu rechtfertigen. Auch andere Länder bemühen sich daher, den Puls der Bevölkerung zu fühlen. So hat Deutschland zum Thema «Hightech-Medizin» einen mehrmonatigen Bürgerdialog durchgeführt. Unter anderem empfahlen die beteiligten Bürgerinnen und Bürger eine offene ärztliche Aufklärung der Patienten über Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten und, als wichtigsten Punkt, mehr Raum für menschliche Betreuung und persönlichen Kontakt.

Pflege und Prävention miteinbeziehen

Gerade im Bereich «Betreuung, Pflege» besteht die Gefahr, dass die erbrachten Leistungen angesichts knapper Ressourcen unterbewertet werden, weil ihre Wirkung weniger gut sichtbar ist als etwa die einer Operation. In der älter werdenden Gesellschaft werden aber Pflegeleistungen wichtiger, und die Frage, welche Art von Pflege und Betreuung wir wollen, muss diskutiert werden. Immer kürzere Spitalaufenthalte sind mit guten Ergebnissen nur möglich, wenn kontinuierlich qualifizierte Pflegefachpersonen im Einsatz stehen. Nicht selten erkennen Pflegefachleute sich

anbahnende Komplikationen frühzeitig, etwa nach einer Operation, und verhindern dank angepasstem Handeln zusätzliches Leid und Mehrkosten. Studien zeigen, dass in pflegerisch gut betreuten Spitälern Patientinnen und Patienten weniger Komplikationen haben und die Pflegenden länger auf ihrem Beruf arbeiten. Pflegefachpersonen beraten chronisch Kranke jeden Alters und ihre Angehörigen und unterstützen sie in der Selbstheilung. Dadurch verzögerte oder verhinderte Heimeintritte steigern die Lebensqualität und senken Kosten.

Ähnliches lässt sich für Präventionsmassnahmen sagen. Masern-Impfprogramme etwa haben nicht nur einen hohen medizinischen Nutzen, sondern sind auch nachweislich kostensparend. Die Prävention, die in der Schweiz nur zwei Prozent der Gesundheitsausgaben ausmacht, sei zu fördern, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation WHO. Es ist daher zu überlegen, wie auch solche Leistungen bei künftigen Kosten-Nutzen-Abwägungen durch HTA angemessen berücksichtigt werden können.

Da die Weichen für diese Neubewertung noch nicht gestellt sind, lässt sich der neue Kurs zurzeit noch diskutieren.

Worum geht es bei einem publifocus?

Immer mehr ist heute medizinisch machbar. Doch die Schere zwischen dem Machbaren und dem für die Gesellschaft noch Zahlbaren geht auseinander. Das führt zu offenen Fragen: Ist die Gesellschaft bereit, künftig medizinische Behandlungen und Pflegeleistungen strenger als heute auf ihren Nutzen hin durchleuchten und aussortieren zu lassen? Wie können unwirksame und unwirtschaftliche Therapien überhaupt frühzeitig erkannt werden? Wie kann das Schweizer Gesundheitssystem seinen hohen Standard dennoch beibehalten?

Um die Meinung der Bürgerinnen und Bürger zu solchen Fragen im Zeichen einer nachhaltigen medizinischen Zukunft einzuholen, führt TA-SWISS zusammen mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW) einen publifocus «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen» durch. Dieses partizipative Verfahren ist darauf angelegt, die Meinungen der Bevölkerung, aber auch ihre Ängste und Erwartungen zum Thema in Erfahrung zu bringen. Wie immer bei publifocus-Dialogverfahren geht es letztlich darum, frühzeitig die möglichen Auswirkungen des technischen Fortschritts zu erkennen. Diese neuste publifocus-Ausgabe ist Teil eines umfassenderen Projekts «Nachhaltiges Gesundheitssystem», in dessen Rahmen die SAMW auch eine wissenschaftliche Studie zum Wert medizinischer Leistungen lanciert hat (siehe Seite 16).

Diskussionsforen, Broschüre und Bericht

Im Zentrum des publifocus «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen» stehen drei Diskussionsrunden mit jeweils zehn bis fünfzehn zufällig ausgewählten Personen aus der breiten Bevölkerung der Schweiz. Die jeweils professionell moderierten Diskussionen dauern vier Stunden und finden einmal in der Deutschschweiz, einmal in der Romandie und einmal im Tessin statt. Jede Diskussion wird protokolliert. Im Vorfeld haben die Teilnehmenden Gelegenheit, sich eingehend mit dem Thema vertraut zu machen. Mindestens drei Wochen vor den Diskussionen erhalten sie die vorliegende Informationsbroschüre, welche die Hintergründe, Entwicklungen und Besonderheiten einer stärker nutzenorientierten Medizin aufzeigt, dies möglichst ausgewogen und gut verständlich. Auch führen jeweils zwei Expertenreferate in die Diskussionsrunden ein.

Die Diskussionen werden anschliessend ausgewertet und die Ergebnisse in Form eines Berichts den Medien, Politikern und Politikerinnen sowie Fachkreisen vorgestellt. In den publifocus-Veranstaltungen werden keine Empfehlungen erarbeitet. Sie geben jedoch die Einschätzung der Teilnehmenden wieder und zeigen, wo im Bereich von neuen Technologien Spannungsfelder liegen, und bei welchen Fragen Konsens besteht.



Begriffe und weiterführende Informationen

Schwellenwert Seiten 4, 8, 11 und 12

Zusatznutzen Seite 9, 11 und 12

Karnofsky-Index Seite 10

Kosteneffizient Seite 11 (unter «Schwellenwert»)

Kostenfolgeabschätzung Seiten 6 und 11

Preisvergleich Seiten 6 und 11

QALY, qualitätskorrigiertes Lebensjahr Seiten 8, 10, 12 und 13

Rationierung Seite 6

WZW-Kriterien Seite 6

Ausgewählte Informationen zum Thema

Rechtliche Grundlage zur Überprüfung von Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen: Krankenversicherungsgesetz (KVG), Artikel 32 über die WZW-Kriterien: www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf

Informationen des Bundesamts für Gesundheit zum Zulassungsverfahren, WZW-Kriterien, Health Technology Assessment u.a.: www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Leistungen > Antragsformulare

Bericht der WHO und der OECD zur Entwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens (auf Englisch und Französisch): «OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011», 156 Seiten, Hrsg. OECD Publishing, 2011. Eine Kurzfassung dieses Berichts lässt sich im Internet googeln unter dem Titel «Health: Switzerland's health system is high-performing but must prepare for the future».

Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats zur Überprüfung medizinischer Leistungen in der Schweiz: www.admin.ch/ch/d/ff/2009/5577.pdf

Publikationen des deutschen Ethikrats: www.ethikrat.org
> Publikationen > Stellungnahmen: «Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung»

Bewertung von medizinischen Leistungen aus Sicht der Pharmaindustrie: www.interpharma.ch/de/pdf/Themen-dossier_2011_1_HTA_D.pdf



Ausgewählte HTA-Initiativen in der Schweiz:

Swiss Medical Board: www.medical-board.ch

SwissHTA: www.swisshta.ch

Swiss Network for Health Technology Assessment: www.snhta.ch

Ausgewählte HTA-Initiativen in Europa:

EUnetHTA: www.eunethta.eu

INAHTA: www.inahta.net

Die vorliegende Broschüre stützt sich im wesentlichen auf folgende Studie, die im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz an den Universitäten Basel und Zürich entstanden ist: Florian Gutzwiller, Nikola Biller-Andorno, Caroline Harnacke, Lea Bollhalder, Thomas Szucs, Felix Gutzwiller, Matthias Schwenkglenks: «Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen und deren Anwendung in der Schweiz und ausgewählten europäischen Ländern», Hrsg. Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2012. www.akademien-schweiz.ch/dms/D/.../Gutzwiller_et_al_2012.pdf

TA-SWISS – Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung

Neue Technologien bieten oftmals entscheidende Verbesserungen für die Lebensqualität. Zugleich bergen sie mitunter aber auch neuartige Risiken, deren Folgen sich nicht immer von vornherein absehen lassen. Das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS untersucht die Chancen und Risiken neuer technologischer Entwicklungen in den Bereichen «Biotechnologie und Medizin», «Informationsgesellschaft», «Nanotechnologien» und «Mobilität/Energie/Klima». Seine Studien richten sich sowohl an die Entscheidungstragenden in Politik und Wirtschaft als auch an die breite Öffentlichkeit. Ausserdem fördert TA-SWISS den Informations- und Meinungs austausch zwischen Fachleuten aus Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und der breiten Bevölkerung durch Mitwirkungsverfahren (zum Beispiel PubliForen und publifocus). Die Studien von TA-SWISS sollen möglichst sachliche, unabhängige und breit abgestützte Informationen zu den Chancen und Risiken neuer Technologien vermitteln. Deshalb werden sie in Absprache mit themenspezifisch zusammengesetzten Expertengruppen erarbeitet. Durch die Fachkompetenz ihrer Mitglieder decken diese so genannten Begleitgruppen eine breite Palette von Aspekten der untersuchten Thematik ab.

TA-SWISS ist ein Kompetenzzentrum der Akademien der Wissenschaften Schweiz.

publifocus «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen»:

Trägerschaft:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW)

www.samw.ch

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW)

www.sagw.ch

Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (TA-SWISS)

www.ta-swiss.ch

Begleitgruppe:

- **Prof. Peter Suter**, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Basel (Präsident der Begleitgruppe)
- **Dr. Hermann Amstad**, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Basel
- **Prof. Nikola Biller-Andorno**, Universität Zürich
- **Dr. Ignazio Cassis**, Nationalrat, Montagnola
- **Prof. Luca Crivelli**, Universität der italienischen Schweiz, Lugano
- **Barbara Gassmann**, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Bern
- **Pius Gyger**, Helsana, Zürich
- **Martina Hersperger**, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Bern
- **Prof. Valérie Junod**, Universität Lausanne
- **Margrit Kessler**, SPO Patientenschutz, Zürich

- **Isabelle Moncada**, Radio Télévision Suisse RTS, Genf
- **Prof. Fred Paccaud**, Universität Lausanne
- **Prof. Julie Page**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, Winterthur
- **Dr. Heiner Sandmeier**, Interpharma, Basel
- **Prof. Daniel Scheidegger**, Universitätsspital Basel
- **Sandra Schneider**, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern
- **Prof. Giatgen A. Spinaz**, Universitätsspital Zürich
- **Dr. Markus Zürcher**, Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften SAGW, Bern

Projektverantwortliche:

- **Nadia Ben Zbir**, TA-SWISS, Bern

Projektassistentin:

- **Dilini-Sylvie Jeanneret**, TA-SWISS, Bern

Impressum

Was ist uns Gesundheit wert? publifocus Nutzen und
Kosten medizinischer Behandlungen
Herausgeber: TA-SWISS, Bern, 2012

TA-P17 IB/2012

Autorin: Anita Vonmont, Journalistin, Basel
Redaktion: Christine D'Anna-Huber, Nadia Ben Zbir,
TA-SWISS, Bern
Übersetzungen: Sarah Martinez, Genf (f),
Elena Altenburger, Bern (i)
Layout und Fotos: Hannes Saxer, Bern
Druck: Jordi AG – Das Medienhaus, Belp

Angaben zu den Fotos

Mit bestem Dank an die Inselspital-Stiftung für den
freundlicherweise gewährten Zugang zu ihrer musealen
Sammlung.





Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung
Brunngasse 36
CH-3011 Bern
info@ta-swiss.ch
www.ta-swiss.ch

a⁺ Ein Kompetenzzentrum der
Akademien der Wissenschaften Schweiz

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
Académie suisse des sciences humaines et sociales
Accademia svizzera di scienze morali e sociali
Accademia svizra da ciencias morales e socialas
Swiss Academy of Humanities and Social Sciences



SAMW
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften