

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)

Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen

Schlussbericht

Zürich, 12. April 2021

Anna Vettori, Sabine Fries, Thomas von Stokar



Impressum

Untersuchung bei Spitälern zu Anreiz- und Kontrollmechanismen

Schlussbericht

Zürich, 12. April 2021

b3374_SB_EFK_Anreizmechanismen_final

Auftraggeber

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)

Zusatzinformationen zum Auftraggeber

Projektleitung

François Donini (EFK), Evalueur Centre de compétence "Audits de rentabilité et évaluation"

Stéphanie Locicero, Centre de compétences "évaluations"

Autorinnen und Autoren

Anna Vettori, Sabine Fries, Thomas von Stokar

Zusatzinformationen zu Autorinnen und Autoren

INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich

Tel. +41 44 205 95 95

info@infras.ch

Titelbild: Keystone-SDA

Inhalt

1.	Einleitung	5
1.1.	Ausgangslage	5
1.2.	Ziel und Fragestellungen	5
1.3.	Methodisches Vorgehen	6
1.4.	Aufbau des Berichts	8
2.	Strategische Ausrichtung, Zielvorgaben	9
2.1.	Anreizmechanismen	9
2.1.1.	Strategische Ausrichtung	9
2.1.2.	Finanzielle Zielvorgaben für die medizinischen Abteilungen	11
2.1.3.	Mindestfallzahlen	12
2.2.	Kontrollmechanismen	17
2.2.1.	Qualitätsindikatoren	17
2.2.2.	Zuweisung	20
2.3.	Zusammenfassung	21
3.	Diagnose-/Indikationsstellung	23
3.1.	Kontrollmechanismen	23
3.1.1.	Qualitätskontrollen auf Ebene der Spital-/Klinikleitung	24
3.1.2.	Standardisierte Prozesse	25
3.1.3.	Mehraugenprinzip	31
3.1.4.	Einbezug der PatientInnen	34
3.2.	Anreizmechanismen	35
3.2.1.	Nachsorge	35
3.2.2.	Versicherungsstatus	36
3.3.	Zusammenfassung	37
4.	Codierung und Rechnungsstellung	39
4.1.	Kontrollmechanismen	39
4.1.1.	Codierung/Codierrevisionen	39
4.1.2.	Rechnungsstellung	40
4.2.	Zusammenfassung	42

5.	Infrastruktur und Material	44
5.1.	Anreizmechanismen	44
5.1.1.	Grossgeräte	44
5.1.2.	Implantate	46
5.2.	Zusammenfassung	48
6.	Vergütungssysteme für die ÄrztInnen	49
6.1.	Anreizmechanismen	49
6.2.	Zusammenfassung	53
7.	Tarifstrukturen	54
7.1.	Anreizmechanismen	54
7.1.1.	Kostendeckungsgrad	54
7.1.2.	Sensibilität der Tarifierung	57
7.2.	Zusammenfassung	58
8.	Fazit	60
Annex		65
	Befragte Spitäler	65
	Themenlisten	67
	Ansätze zur Verbesserung	72
Abkürzungen		73
Literatur		74

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das Schweizer Gesundheitssystem gilt als eines der besten der Welt. Allerdings zählen auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf weltweit zu den höchsten. Studien zu medizinischen Eingriffen lassen vermuten, dass ein Teil der Interventionen unnötig ist.¹ Unnötige Eingriffe sind dabei zu verstehen als Eingriffe ohne oder mit nur einem geringen Nutzen für die PatientInnen.²

Vor diesem Hintergrund hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) beschlossen, im Rahmen einer Evaluation die Faktoren zu untersuchen, die zu unnötigen medizinischen Eingriffen führen. Gleichzeitig soll überprüft werden, inwieweit Kontrollsysteme ausreichen, solche unnötigen Eingriffe zu verhindern. Die Untersuchung fokussiert auf drei elektive medizinische Eingriffe:

- Radikale Prostatektomie bei lokalem Prostatakrebs (Urologie);
- Elektive koronare Angioplastie mit Stenteinlage in Nicht-Notfallsituationen (perkutane Koronarintervention (PCI) (Interventionskardiologie);
- Vertebroplastie und Kyphoplastie zur Behandlung von Wirbelbrüchen bei Osteoporose (Orthopädie/Neurochirurgie).

Die EFK hat diese Eingriffe deshalb ausgewählt, weil sie eine ziemlich grosse regionale Variation und steigende Fallzahlen aufweisen.³

Die Evaluation besteht aus verschiedenen Modulen: Literaturanalyse, quantitative Analysen, Interviews mit Leistungserbringern (Spitälern, PraxisärztInnen), Versicherern und PatientInnen sowie Analyse von Guidelines.

Die EFK hat INFRAS beauftragt, die Gespräche mit den Spitälern in der Deutschschweiz durchzuführen und zusammen mit den Ergebnissen der Gespräche aus der französischen Schweiz auszuwerten und zu synthetisieren.

1.2. Ziel und Fragestellungen

Ziel des Auftrages ist es aufzuzeigen, inwieweit in Spitälern Anreizmechanismen bestehen, die dazu führen, dass unnötige Eingriffe vorgenommen werden, und inwieweit Kontrollmechanismen auf Ebene Spital bestehen, um ebensolche Interventionen zu verhindern. Im Vordergrund stehen folgende Fragen:

¹ Siehe z.B. OECD, 2018.

² Unnötige Leistungen lassen sich definieren als medizinische Leistungen, welche – gemäss der dazu bestehenden Evidenz – keinen («no-value-care») oder nur einen geringfügigen klinischen Nutzen stiften («low-value care») umfassen (Scott und Duckett 2015).

³ Siehe Versorgungsatlas <http://www.versorgungsatlas.ch/>

- Enthalten die Strategien der Spitäler Elemente, die dazu führen könnten, dass nicht WZW-konforme Leistungen erbracht werden?⁴
- Schaffen die Tarifstrukturen (KVG/VVG, ambulant/stationär) einen Anreiz, nicht WZW-konforme Leistungen zu erbringen?
- Können Vergütungssysteme einen Anreiz bieten, von den WZW-Kriterien abzuweichen?
- Gibt es in Spitälern wirksame Kontrollen, um sicherzustellen, dass die ÄrztInnen die WZW-Kriterien einhalten?

1.3. Methodisches Vorgehen

Für die Bearbeitung der Fragestellungen wurden insgesamt neun Spitäler/Kliniken befragt, davon vier öffentliche und fünf private. Die Spitäler/Kliniken wurden von der EFK ausgewählt. Insgesamt fanden 36 Gespräche statt, davon 26 in der Deutschschweiz und zehn in der französischen Schweiz.⁵ Die Gespräche in einem öffentlichen und einem privaten Spital in der französischsprachigen Schweiz hat die EFK durchgeführt. Die Interviews in den sieben Spitälern in der Deutschschweiz (drei öffentliche und vier private Spitäler/Kliniken) wurden von INFRAS durchgeführt. Befragt wurden jeweils die Spital-/Klinikleitung (Direktor, CEO, Chief Medical Officer), die Leitung der Abteilung Finanzen und die Chefärzte aus den drei ausgewählten Fachgebieten – Urologie, Orthopädie, Kardiologie. An den Gesprächen teilgenommen haben in einzelnen Spitälern/Kliniken auch stellvertretende Chefärzte und Leitende aus der Codierung.

Tabelle 1: Befragte Spitäler

InterviewpartnerInnen	Total	Öffentliche Spitäler	Private Spitäler/ Kliniken
Spital-/Klinikleitung	9	4	5
Abteilung Finanzen	9	4	5 ⁶
Fachärzte Urologie	6	4	2
Fachärzte Kardiologie	6	4	2
Fachärzte Wirbelsäulen Chirurgie	6	4	2
Total	36	20	16

Tabelle INFRAS.

⁴ KVG, Art. 32 hält fest, dass medizinische Leistungen, die von der OKP vergütet werden, die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfüllen müssen und periodisch nach diesen Kriterien überprüft werden sollen.

⁵ Für Gespräche, an denen nur mit Männern teilgenommen haben, wird die männliche Form eingesetzt. In allen übrigen Fällen verwenden wir eine genderneutrale Formulierung.

⁶ In einem Fall fand das Gespräch der Finanzabteilung zusammen mit der Spitalleitung statt. Dieses Gespräch wird in der Tabelle doppelt gezählt und folglich ist das Total von 36 Gesprächen höher als im Flusstext erwähnt.

Für die Kontaktaufnahme hatte die EFK vorgängig die Gesundheitsdirektionen der jeweiligen Kantone informiert. Die erstmalige Kontaktaufnahme mit dem Spital erfolgte dann durch die EFK, teilweise auch durch INFRAS. Die Interviewpartner erhielten sodann eine Übersicht mit den Themen, zu denen die EFK und wir im Gespräch Fragen gestellt haben. Die Fragen erfolgten entlang von strukturierten akteurspezifischen Gesprächsleitfäden, welche die EFK vorgegeben und in den Gesprächen mit den Spitälern in der französischen Schweiz eingesetzt hat. Die Interviews dauerten 1-2 Stunden, die Aussagen wurden zusammenfassend protokolliert.

Spitalleitung und Finanzen konnten in allen neun Spitälern befragt werden. Festangestellte Ärzte standen in sechs Spitälern für Gespräche zur Verfügung (siehe Tabelle im Anhang). In den öffentlichen Spitälern und einer privaten Klinik mit Belegarztsystem wurden jeweils Ärzte aus allen drei ausgewählten Fachrichtungen befragt. In zwei weiteren Privatspitälern standen festangestellte Ärzte aus einer bzw. zwei Fachrichtungen für Gespräche zur Verfügung. In den zwei übrigen Privatkliniken mit Belegarztsystemen waren die Ärzte nicht bereit, an Interviews teilzunehmen.⁷ Aufgrund fehlender Weisungsbefugnis konnte die Klinikleitung die Belegärzte nicht zu Interviews «zwingen». Klinikleitung und Leiter der Abteilung Finanzen standen aber für Gespräche zur Verfügung. In diesen Fällen wurden die relevanten Fragen aus dem Gesprächsleitfaden der Ärzte auf Ebene der Spitalleitung diskutiert. Von den 18 Gesprächen mit der Ärzteschaft waren drei mit Belegärzten, die übrigen 15 mit festangestellten Ärzten. Die Aussagen von Ärzten im vorliegenden Bericht spiegeln daher mehrheitlich die Meinungen von angestellten Ärzten wider.

Ein öffentliches Spital hat zwar Unterlagen geschickt, Interviews mit dem Hinweis auf die zur Verfügung gestellten Dokumente aber abgelehnt.

Die Gespräche wurden zwischen Anfang Oktober 2019 und Mitte Februar 2020 geführt. Die vorliegende Auswertung der Interviews bezieht alle neun befragten Spitälern und Kliniken mit ein.

Im Rahmen der Gespräche haben wir ausserdem verschiedene Dokumente und Daten eingefordert, die dazu dienen, die Aussagen zu validieren. Diese Dokumente umfassen:

- Mustervertrag mit Krankenkasse,
- Leistungsauftrag mit Kanton,
- Fallzahlen und Kostendeckungsgrad für die ausgewählten Eingriffe,
- Musterarbeitsvertrag mit Arzt/Ärztin,
- Informationen für die PatientInnen (Broschüren etc.), Einverständniserklärung für die PatientInnen.

⁷ Eine Klinik hat die Absage damit begründet, dass die BelegärztInnen, nicht bereit seien, Arbeitszeit für diese Evaluation aufzuwenden. Und die Klinikleitung habe keine Möglichkeit, diese Personen zu einer Teilnahme zu verpflichten, da die betroffenen ÄrztInnen als BelegärztInnen in eigener Praxis tätig seien. Für die zweite Klinik sind die Gründe nicht bekannt.

Aussagekraft, Grenzen der Untersuchung

Die Untersuchung zeigt exemplarisch die Strukturen und Prozesse in Bezug auf die ausgewählten Eingriffe. Die Ausführungen im vorliegenden Bericht beruhen im Wesentlichen auf den Eigenaussagen der befragten Personen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass es sich bei den Aussagen um strategische Antworten handelt. Wir (INFRAS und EFK) haben diesem Umstand Rechnung getragen, indem wir Akteure auf verschiedenen Stufen – Spital-/Klinikleitung, Leitung Finanzen und Ärzteschaft – befragt und versucht haben, die Aussagen mit den zur Verfügung gestellten Dokumenten und Angaben zu verifizieren.

Das Ergebnis ist ein qualitatives Bild mit mehr oder weniger klaren Hinweisen für und gegen bestehende Anreize. Wo sich deutliche Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen ergeben, weisen wir entsprechend darauf hin. Ebenso wenn es sich um Einzelmeinungen handelt.

1.4. Aufbau des Berichts

In den Kapiteln 2-7 untersuchen wir die Anreiz- und Kontrollmechanismen, die sich aus Unternehmensstrukturen und Rahmenbedingungen ergeben. In jedem Kapitel beschreiben wir als erstes den möglichen Wirkungsmechanismus des Anreizes oder des Kontrollinstruments. Anschließend folgen die beschreibende Darstellung der in den befragten Spitälern vorgefundenen Strukturen und Prozesse sowie Einschätzungen der InterviewpartnerInnen. Die Ausführungen ziehen alle von INFRAS und der EFK befragten Spitäler und Kliniken mit ein. Unsere Beurteilung über die Stärke des Anreizes bzw. des Kontrollinstruments ist von diesen Einschätzungen getrennt, sie folgt jeweils in einem separaten Abschnitt am Ende der jeweiligen Unterkapitel. Die Beurteilungen am Ende der jeweiligen Unterkapitel geben die Auffassung von INFRAS wieder.

Im Kapitel 8 folgt sodann eine zusammenfassende Beurteilung der Anreiz- und Kontrollmechanismen aus Sicht von INFRAS.

2. Strategische Ausrichtung, Zielvorgaben

Dieses Kapitel untersucht und beurteilt die Anreiz- und Kontrollmechanismen aufgrund der strategischen Ausrichtung der Spitäler/Kliniken und aufgrund von Zielvorgaben.

Die Ausführungen ziehen alle von INFRAS und der EFK befragten Spitäler und Kliniken mit ein. Die Beurteilungen am Ende der jeweiligen Unterkapitel geben die Auffassung von INFRAS wieder.

2.1. Anreizmechanismen

2.1.1. Strategische Ausrichtung

Wirkungsmechanismus:

Anreize für unnötige Eingriffe sind aufgrund der strategischen Ausrichtung denkbar sowohl in Grundversorgungsspitälern mit einem breiten Leistungsangebot als auch in spezialisierten Privatkliniken:

- *Breit diversifizierte öffentliche Spitäler haben evtl. einen Anreiz für unnötige elektive Eingriffe, weil sie zusätzliche Infrastrukturen und Leistungen wie Notfallstation, Intensivstation, Ausbildung von AssistenzärztInnen abdecken müssen.*
- *Privatkliniken haben evtl. Anreize für unnötige Eingriffe, weil sie den Anforderungen ihrer renditeorientierten Eigentümerschaft Rechnung tragen⁸ und deshalb möglichst viele rentable Eingriffe durchführen müssen. Rentable Eingriffe sind einerseits mit zusatzversicherten PatientInnen und andererseits mit gut-tarifierten Eingriffen möglich.*

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Die befragten öffentlichen Spitäler sind alle Grundversorgungsspitäler. Neben elektiven Fällen verfügen sie über weitere Schwerpunkte wie Notfallstation (7x24h), Intensivstation, Ausbildung von AssistenzärztInnen und teilweise auch hochspezialisierte Medizin (HSM). Die ausgewählten Eingriffe sind bei allen vier Spitälern Teil des Leistungsauftrages.⁹

Die privaten Kliniken sehen sich teilweise auch als Grundversorger. Diese Aussage wird dadurch gestützt, dass die privaten Kliniken zumindest für einen Teil ihres Angebots einen Leistungsauftrag innehaben. Von den fünf befragten privaten Kliniken verfügen drei über einen Leistungsauftrag für alle drei Eingriffe. Je eine Klinik stehen auf der Spitalliste für radikale

⁸ Die Rentabilität ist eine zentrale Grösse für ein Spital. Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 benötigen sie operative Gewinne, da sie Investitionen selber tragen müssen. PwC (2019) definiert eine EBITDAR-Marge von 10% als langfristigen Zielwert. Diese Marge sei notwendig, um langfristig wettbewerbsfähig zu bleiben und nachhaltig in Infrastruktur, Digitalisierung, neue Geschäftsmodelle und medizinische Innovationen investieren zu können.

⁹ Vgl. Tabelle 14 im Anhang.

Prostatektomie und interventionelle Kardiologie bzw. für radikale Prostatektomie und Wirbelsäulen Chirurgie.

Zwei der öffentlichen Spitäler erwähnen explizit, dass sie vor allem an komplexeren Fällen interessiert sind. Ein Interviewpartner begründet dies damit, dass nur so das für komplexere Fälle notwendige Know-how erhalten werden könne.

Mit Ausnahme von einem Spital haben alle befragten Spitäler eine konkrete Ziel-EBITDA(R)-Marge¹⁰ definiert. Bei den öffentlichen Spitälern liegt sie zwischen 8% und 10%. Die Zielwerte bei den privaten Spitälern liegen zwischen 10% und 19% und damit z.T. deutlich höher. Die Spital-/Klinikleitenden begründen dies damit, dass bei renditeorientierten Privatkliniken auch noch die finanziellen Erwartungen der Investoren hinzukommen.

Die höhere Margenerwartung geht bei den privaten Spitälern/Kliniken mit einem markant höheren Anteil an zusatzversicherten PatientInnen einher. Dieser liegt bei privaten Spitälern/Kliniken zwischen 27% und 66%, gegenüber 8% bis 21% in den öffentlichen Spitälern. Eine private Klinik hat in Bezug auf den Umsatzanteil von zusatzversicherten PatientInnen ein explizites Ziel angegeben (66%).¹¹ Zwei andere Spitäler geben an, bei Fallmengen und PatientInnenklassen keine Vorgaben festzulegen. Es sei aber klar, dass zusatzversicherte PatientInnen sowohl für die BelegärztInnen als auch für das Spital lukrativ sind. Je mehr zusatzversicherte PatientInnen ein Belegarzt oder eine Belegärztin habe, desto eher werde er oder sie ein Keyplayer für das Spital und profitiere dann bspw. von einer Bevorzugung bei der OP-Kapazität. Für die übrigen Spitäler/Kliniken ist eine solche Zielsetzung nicht bekannt.

Beurteilung INFRAS: Anreize durch strategische Ausrichtung grundsätzlich vorhanden

Die Spitäler/Kliniken müssen eine ausreichende Marge erzielen, um die notwendigen Investitionen finanzieren zu können. Dieser Druck schafft einen grundsätzlichen Anreiz, möglichst viele rentable Fälle zu behandeln und damit auch unnötige Eingriffe in Kauf zu nehmen.

Die höheren EBITDA-Ziele bei den Privatkliniken schaffen aus unserer Sicht einen Anreiz, möglichst viele zusatzversicherte PatientInnen zu behandeln, da diese eine höhere Marge aufweisen als Allgemeinversicherte (bei letzteren sind die drei Eingriffe tendenziell eher knapp oder nicht kostendeckend)¹².

Ob diese grundsätzlichen Anreize auf Unternehmensebene die einzelnen ÄrztInnen tatsächlich zu beeinflussen vermögen, ist aus unserer Sicht davon abhängig, inwieweit finanzielle

¹⁰ EBITDA: Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände (engl. Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization); EBITDAR: Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten oder Restrukturierungskosten (engl. Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Restructuring or Rent costs).

¹¹ Gemäss EFK sind solche Ziele normalerweise in den Leistungsverträgen ausgeschlossen. Der Kanton VD verlange bei privaten Kliniken auf der Spitalliste einen Mindestanteil an PatientInnen aus der Grundversicherung, um Selektionseffekte zu vermeiden.

¹² Siehe Abschnitt 7.1.

Zielvorgaben für die medizinische Abteilungen bestehen (siehe Abschnitt 2.1.2) und das Vergütungssystem mengenabhängig ausgestaltet ist (siehe Kapitel 5).

2.1.2. Finanzielle Zielvorgaben für die medizinischen Abteilungen

Wirkungsmechanismus

Finanzielle Zielvorgaben (Mengen-, Umsatzwachstum, Kostendeckungsgrad) für die medizinischen Abteilungen in Spitälern mit Chefarztsystem können Anreize schaffen, dass vermehrt rentable Eingriffe vorgenommen werden, auch wenn diese nicht zwingend indiziert wären.

In Kliniken mit einem reinen Belegarztsystem bestehen in der Regel keine medizinischen Abteilungen. Insofern ist dieser Wirkungsmechanismus nur für Spitäler/Kliniken mit Chefarztsystem relevant. Für Kliniken mit Belegarztsystem spielen die Wirkungsmechanismen beim Vergütungssystem eine grössere Rolle.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Drei der vier öffentlichen Spitäler beschäftigen ausschliesslich festangestellte ÄrztInnen. Das vierte öffentliche Spital beschäftigt neben festangestellten ÄrztInnen im Bereich Wirbelsäulenchirurgie auch BelegärztInnen (Mischsystem), u.a. um die bestehende Infrastruktur besser auszulasten. Von den fünf privaten Spitälern/Kliniken arbeitet eines mit einem Chefarztsystem und angestellten ÄrztInnen. Die übrigen verfügen bei den drei ausgewählten Eingriffen ausschliesslich über BelegärztInnen.

Zwei öffentliche und das private Spital mit Chefarztsystem geben an, dass es finanzielle Ziele für die medizinischen Abteilungen gibt. Genannt werden der Kostendeckungsgrad 1¹³ oder ein leichtes Wachstum (ob bei den Fallzahlen oder beim Umsatz haben die Interviewpartner beim Interview nicht explizit angegeben). Inwieweit die Zielsetzungen nach Abteilung differenzieren, haben wir (INFRAS) nicht explizit abgefragt.

In sechs Spitälern/Kliniken (davon je drei öffentliche und drei private) setzen Spital-/Klinikleitung den medizinischen Abteilungen keine finanziellen Vorgaben. Vereinzelt gab es auch Widersprüche in den Aussagen von Spitalleitung/Finanzabteilung und medizinischer Abteilung. Wie die Ziele festgelegt werden – top-down oder bottom-up –, ist bei den befragten Spitälern nicht einheitlich: In vier Spitälern/Kliniken werden die Ziele top-down festgelegt, in fünf Spitälern/Kliniken bottom-up, wobei keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die Besitzstruktur der Spitäler bestehen. Die von den Spitälern beschriebenen Bottom-up-Prozesse lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen: Die medizinischen Abteilungen geben die Leistungen vor und

¹³ Kostendeckungsgrad 1 = Verhältnis von Erlösen zu Kosten.

schätzen die zu erwartenden Fallzahlen ab. Basierend darauf werden dann die Ressourcen (OP-Säle, Pflegepersonal etc.) verteilt.

Auch bei den Konsequenzen gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Spitälern: Werden die Abteilungsziele nicht erreicht oder erweisen sich die Fälle als defizitär, finden bei sechs Spitälern (je drei öffentliche und drei private) Gespräche zwischen Spital-/Klinikleitung und den Leitenden der medizinischen Abteilung bzw. den BelegärztInnen statt. Es würden die Gründe analysiert und Kosteneinsparpotenziale ermittelt. Drei öffentliche und drei private Spitäler geben an, dass keine Sanktionen (implizit Lohnkürzungen bei der Ärzteschaft) ergriffen werden, wenn die Ziele nicht erreicht werden. In vier öffentlichen Spitälern würden aber die Ressourcen (Personal, OP-Saal) gekürzt, wenn sich das Ergebnis verschlechtern oder der Kostendeckungsgrad der Leistungen oder Abteilungen als ungenügend taxiert würde. Bei den befragten Ärzten war dies aber bislang noch nicht der Fall. Ein privates Spital sieht ebenfalls keine Konsequenzen vor, solange die variablen Kosten gedeckt werden können (Material, Implantat, Medikament, Belegarzthonorar) und immer noch ein Deckungsbeitrag an die Fixkosten des Spitals generiert wird. Der Leiter eines privaten Spitals weist noch darauf hin, dass die Einflussnahme bei BelegärztInnen beschränkt sei, da sie hierarchisch nicht der Spitalleitung unterstellt seien.

Beurteilung INFRAS: Schwache Anreize durch finanzielle Zielsetzungen

Ausgehend davon, dass den medizinischen Abteilungen in Spitälern mit Chefarztsystemen nur leichte oder gar keine Sanktionen drohen, wenn sie ihre Ziele nicht erreichen, sehen wir die finanziellen Zielvorgaben höchstens als schwache Anreize für unnötige Eingriffe, trotz der klaren finanziellen Zielsetzungen auf Unternehmensebene. Wir verstehen die Aussagen so, dass der Druck, Kosten einzusparen, steigen dürfte, wenn sich das Ergebnis der medizinischen Abteilung verschlechtert. Auf die individuelle Vergütung der festangestellten ÄrztInnen scheinen die finanziellen Zielsetzungen in den untersuchten Spitälern kaum Einfluss zu haben.

Ähnlich beurteilen wir die Situation in privaten Kliniken mit Belegarztsystemen. Defizitäre Fälle werden besprochen und die Ursachen analysiert. Die Anreize daraus für unnötige Eingriffe erachten wir als gering.

2.1.3. Mindestfallzahlen

Wirkungsmechanismus

Mindestfallzahlen können Anreize für unnötige Eingriffe setzen, wenn das Spital bzw. die zuständigen ÄrztInnen Mühe haben, die Mindestfallzahlen einzuhalten.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

In den befragten Spitälern finden sich Mindestfallzahlen in Leistungsaufträgen von Kantonen, in Empfehlungen von Facharztgesellschaften sowie in Zertifizierungsanforderungen für Zentren. Die folgende Tabelle fasst die Situation zu den Mindestfallzahlen für PCI und Radikale Prostatektomie zusammen (für Vertebro- und Kyphoplastie liegen keine Mindestfallzahlen vor):

Tabelle 2: Mindestfallzahlen pro Jahr*

Wer verlangt Mindestfallzahlen	PCI	Radikale Prostatektomie
Leistungsvereinbarung von Kanton	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 pro Spital (1 Kanton) ▪ 10 pro Spital und 10 pro Operateur (3 Kantone*)
Guidelines	Erwägung für stabile koronare Arterienkrankheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 200 PCI pro Institution ▪ 75 PCI pro Operateur 	-
Facharztgesellschaften	Empfehlungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 200 PCI pro Institution ▪ 75 PCI pro Operateur 	-
Zertifizierung	-	Mindestfallzahlen pro Zentrum: DKG für Prostatakrebszentrum: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100 Primärfälle ▪ 50 Operationen

* Für Vertebro-/Kyphoplastie liegen keine Mindestfallzahlen vor.

** Zwei Kantone wenden die Mindestfallzahlen bereits an, ein Kanton plant die Einführung erst in der neuen Spitalplanung.

Tabelle INFRAS.

a) Mindestfallzahlen von Kantonen

Vier Kantone verlangen Mindestfallzahlen für die Leistungsgruppe URO 1.1.1 «**Radikale Prostatektomie**».¹⁴ Die Vorgaben gelten für öffentliche und private Spitäler auf der Spitalliste. In drei Kantonen gelten die Mindestfallzahlen pro Spital und pro Operateur. Ein Kanton hat die im Zürcher-Entwurf SPLG-2018 vorgeschlagenen Mindestfallzahlen pro Operateurin resp. pro Operateur nicht übernommen.

Eine Studie vom Obsan (2019) zeigt, dass 4 von 11 Spitälern/Kliniken auf der Spitalliste im Kanton VD die Mindestfallzahl von zehn Eingriffen für radikale Prostatektomie (URO1.1.1) nicht erreichen.¹⁵ Obsan (2019) hält aber auch fest, dass Mindestfallzahlen gemäss GDK als Indikator

¹⁴ Mindestfallzahlen im Anhang zur Spitalliste oder gemäss den leistungsspezifischen Anforderungen für Akutsomatik des Kantons Zürich, Version 2020.1, gültig ab 1. Januar 2020. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/pla-nung/splg>

¹⁵ Obsan 2019, S. 24.

für die Fachkompetenz des Spitals dienen sollten, aber keine Verpflichtung hinsichtlich der Anzahl der zu behandelnden Fälle darstellen. Eine geringere Anzahl von Fällen sei daher kein Grund für eine Sanktion, sondern könne eine Neu Beurteilung erforderlich machen.¹⁶ Ein Interviewpartner gibt jedoch an, dass der Kanton die Fallzahlen im Rahmen der Neufestlegung der Spitalliste alle drei Jahre überprüfe. Spitäler, die die Fallzahlen nicht erreichten, erhielten keinen Leistungsauftrag mehr und dürften diese Operationen nicht mehr durchführen. Ein anderer Interviewpartner sagt aus, dass der Kanton sogar jährlich überprüfe, ob die Mindestfallzahlen erreicht werden. Würden diese nicht erfüllt, könnte der Kanton dem Spital den Leistungsauftrag entziehen.

Für die anderen beiden Eingriffe – **PCI und Vertebro-/Kyphoplastie** – gibt es in den Kantonen, in denen Spitäler befragt wurden, keine kantonalen Mindestfallzahlen.

Eine Klinik gibt an, dass der Kanton der Klinik mit der aktuellen Spitalplanung eine Höchstzahl für alle OKP-Fälle auferlegt habe, darunter auch eine Höchstzahl für Herzoperationen. Die Klinik interpretiert die Höchstzahlen dahingehend, dass der Kanton damit dem öffentlichen Spital eine ausreichende Fallzahl im Bereich der Herzchirurgie gewährleisten möchte. Es ausserdem zu erwarten, dass diese Höchstzahlen mit der neuen Spitalplanung im Kanton verschwinden werden.

Eine Mengenbeschränkung wird aktuell auch in einem anderen Kanton diskutiert.

b) Mindestfallzahlen in Guidelines

Die ECS/EACTS Guidelines enthalten u.a. Erwägungen zu Mindestfallzahlen von **PCI** bei stabilen koronaren Arterienkrankheiten.¹⁷

c) Mindestfallzahlen von Facharztgesellschaften

Mindestfallzahlen der Facharztgesellschaften finden sich in der Kardiologie. Hier hat die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SKG) Empfehlungen für elektive **PCI** formuliert: Eine Institution sollte mindestens 200 PCI pro Jahr und ein Operateur mindestens 75 elektive PCI durchführen. Einzelne Ärzte haben darauf hingewiesen, dass die Einhaltung der Mindestfallzahlen aus den Empfehlungen nicht überprüft werden, weder von der Fachgesellschaft noch vom Kanton. Die Mindestfallzahlen in den Empfehlungen der SKG stimmen mit den Erwägungen zu Mindestfallzahlen der ESC-Guidelines überein.

¹⁶ Obsan 2019 (S. 23).

¹⁷ ECS 2019, S. 150.

Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass die Mindestfallzahlen das Ergebnis eines Interessenkonflikts sind: Die ExpertInnen, die die Mindestfallzahlen (oder auch Guidelines) festlegen, arbeiten gleichzeitig als ÄrztInnen in Spitälern, die PCI durchführen. Dies habe zur Folge, dass die Mindestfallzahlen eigentlich zu tief sind. In Schweden bspw. sei die Zahl der Herzzentren reguliert (wie auch in Dänemark und Holland). Ausserdem müsse jedes Spital einen Bedarfsnachweis erbringen. Dies habe zur Folge, dass jedes Herzzentrum über 1'000 Eingriffe durchführe. Aus Qualitätsüberlegungen wären nach Ansicht der befragten Ärzte sogar höhere Mindestfallzahlen notwendig. Dies hätte zur Folge, dass ein Grossteil der Spitäler, die heute PCI durchführen, diese nicht mehr anbieten könnten. Auswertungen der Swiss Working Group Interventional Cardiology zeigen, dass von den rund 35 Herzzentren in der Schweiz ca. 5 weniger als die von der SGK geforderten 200 PCI durchführen.¹⁸ Nur rund 10 Spitäler/Kliniken führen jährlich mehr als 1'000 PCI durch.

Für die beiden anderen Eingriffe (**radikale Prostatektomie, Vertebro-/Kyphoplastie**) haben die Fachgesellschaften keine Mindestfallzahlen festgelegt. Mehrere Interviewpartner begründen dies damit, dass die ÄrztInnen der Fachgesellschaften keinen Anreiz haben, sich selbst zu limitieren. Weshalb im Gegensatz dazu für PCI Mindestfallzahlen zustande gekommen sind, haben wir nicht explizit abgeklärt.

d) Mindestfallzahlen bei Zertifizierungen

Vier Spitäler/Kliniken haben ausserdem angegeben, dass die Zertifizierung des Prostatazentrums Mindestfallzahlen vorschreibt.¹⁹ Die Zertifizierung erfolge durch die deutsche Krebsgesellschaft (DKG).²⁰ Gemäss Aussagen eines Spitalarztes in einem zertifizierten Prostatakrebszentrum verlangt die DKG für die Zertifizierung mindestens 100 Primärfälle²¹ und 50 Operationen, wobei sich die Mindestfallzahlen auf die **radikale Prostatektomie** beziehen. Zwei weitere Spitäler/Kliniken streben die Zertifizierung an.

¹⁸ http://www.ptca.ch/public/reports/reports_english.html, Cook 2017.

¹⁹ Eine Zertifizierung ist freiwillig, die Kantone schreiben sie nicht vor. Von Seiten Kantone sind allenfalls Mindestfallzahlen vorgeschrieben.

²⁰ Für die Zertifizierung der Prostatazentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) erfolgt eine Prüfung durch das unabhängige Institut OnkoZert. Dieses überprüft, ob die Zertifizierungskriterien erfüllt werden. Dazu zählt in erster Linie, ob die Zentren gemäß der S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms behandeln und eine gewisse Fachkompetenz (Expertise) aufweisen. Dafür muss das Zentrum eine Behandlung von mindestens 100 Patienten pro Jahr nachweisen. (<https://www.prostata.de/magazin/therapie-allgemein/wo-lasse-ich-mich-behandeln>).

²¹ Der betreffende Arzt hat den Begriff Primärfälle nicht definiert. Gemäss Prognos 2017 zählen als Primärfälle eines Zentrums alle PatientInnen, dessen grösster Teil der Behandlung innerhalb des Zentrums bzw. zertifizierten Netzwerks erfolgt. Zählzeitpunkt des Primärfalls ist der Zeitpunkt der Erstdiagnose. Die genaue Definition des Primärfalls ist je nach Tumorentität unterschiedlich und im jeweiligen Erhebungsbogen beschrieben (Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (2016): Jahresbericht 2016 der zertifizierten Onkologischen Zentren. Berlin: S. 14).

e) Mindestfallzahlen von Spital-/Klinikleitung

Spital-/Klinikleitung geben den ÄrztInnen in den befragten Spitälern/Kliniken keine Fallzahlen vor. Eine private Klinik weist darauf hin, dass dies gesetzlich nicht erlaubt ist. Die Klinikleitung würde jedoch das Gespräch mit den ÄrztInnen suchen, wenn das Reporting einen Rückgang der Fallzahl feststellen würde. Gleichzeitig gibt die Klinikleitung an, dass die Klinik eine bestimmte Anzahl von Fällen benötige, um in Zukunft auf der Krankenhausliste stehen zu können.

Beurteilung INFRAS: Erhebliche Fehlanreize durch Mindestfallzahlen relativiert

Aus unserer Sicht geben Mindestfallzahlen grundsätzlich einen starken Anreiz, unnötige Eingriffe vorzunehmen. In den befragten Spitälern und Kliniken verlieren diese Anreize jedoch aus folgenden Überlegungen an Bedeutung:

- Die Fallzahlen der befragten Spitäler/Kliniken liegen im Bereich Urologie deutlich über den kantonalen Mindestfallzahlen. Die interviewten Ärzte sind ausserdem gemäss eigener Angabe teilweise sehr gut ausgelastet, es gibt Wartezeiten von mehreren Wochen. In dieser Situation bestehen für die ÄrztInnen geringe Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen.
- Die Kantone scheinen die Einhaltung der Mindestfallzahlen nicht streng durchzusetzen.²²
- Die Einhaltung der Mindestfallzahlen der Facharztgesellschaft SGK für PCI spielen bei den Anforderungen der Kantone an die Spitäler/Kliniken keine Rolle. Ausserdem gilt auch hier, dass die Fallzahlen der befragten Spitäler/Kliniken im Bereich PCI deutlich über den Mindestfallzahlen liegen.

Aus diesen Gründen schliessen wir, dass bei den befragten Spitälern höchstens schwache Anreize aufgrund von Mindestfallzahlen bestehen.

Mindestfallzahlen sind aus unserer Sicht allenfalls geeignet, in kleineren Spitälern Anreize zu schaffen, das Angebot im Hinblick auf die Sicherstellung der Qualität zu konzentrieren.

In eine andere Richtung zielen die von einem Kanton vorgegebenen Höchstzahlen für private Spitäler/Kliniken. Diese dienen unserer Ansicht nach dazu, die Zahl der Eingriffe zu beschränken und die Patientenströme in Richtung öffentliche Spitäler zu steuern.

²² Vgl. Obsan 2019.

2.2. Kontrollmechanismen

2.2.1. Qualitätsindikatoren

Wirkungsmechanismus

Schlechte Werte bei den Qualitätsindikatoren können möglicherweise Hinweise auf unnötige Eingriffe geben.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Zur Qualität von medizinischen Eingriffen gibt es in der Schweiz eine ganze Reihe von Qualitätsindikatoren. Diese lassen sich nach verschiedenen Ebenen unterscheiden:

a) Qualitätsindikatoren auf nationaler Ebene

Auf nationaler Ebene existieren die **Qualitätsindikatoren des BAG**²³ und von **ANQ**²⁴: Erstere werden vom BAG basierend auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik (BFS) berechnet. Die ANQ-Indikatoren basieren auf Messungen der Spitäler und Kliniken. Der Nationale Qualitätsvertrag verpflichtet Spitäler und Kliniken, ANQ-Messungen durchzuführen. Versicherer und Kantone sind verpflichtet, die ANQ-Messungen in ihre Leistungsaufträge respektive ihre Tarifverträge aufzunehmen.²⁵

Alle befragten Spitäler/Kliniken haben angegeben, an den Qualitätsmessungen von ANQ teilzunehmen. In den uns vorliegenden drei Leistungsaufträgen ist dies auch so festgehalten.

b) Qualitätsindikatoren auf kantonaler Ebene

In den Leistungsvereinbarungen zwischen den **Kantonen** und den von uns befragten Spitälern/Kliniken finden sich Vorgaben für weitere Qualitätsindikatoren:

- Die Leistungsvereinbarung eines öffentlichen Spitals hält bspw. fest, dass der Gesundheitsdirektion jährlich ein Bericht zum Beschwerdemanagement sowie die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessungen zuzustellen sind.
- Eine andere Leistungsvereinbarung sieht zusätzlich die Teilnahme an einem überregionalen Qualitätsmonitoring vor.²⁶

²³ Die Qualitätsindikatoren des BAG umfassen Fallzahlen, Anteilswerte (z. B. Kaiserschnitttrate), die Mortalität bei 55 Krankheitsbildern und Eingriffen sowie Angaben zur Aufenthaltsdauer. Die Indikatoren lassen sich nach Spital und Leistung (z.B. radikale Prostatektomie) unterscheiden. (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler.html>)

²⁴ Der ANQ misst Qualitätsaspekte in der stationären Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Ausgewiesen werden die nationalen Werte und das Ergebnis pro Spital oder Klinik. Die Qualitätsindikatoren des ANQ umfassen in den akutstationären Spitälern und Kliniken die Patientenzufriedenheit, potenziell vermeidbare Re-Hospitalisationen und Re-Operationen, Wundinfektionen nach Operationen sowie die Prävalenz von Druckgeschwüren und Stürzen.

²⁵ <https://www.anq.ch/de/qualitaetsvertrag/>

²⁶ Das überregionale Qualitätsmonitoring sieht vor, dass die Spitäler Schwerpunktthemen bearbeiten, intern weitere Messungen durchführen und einen Qualitätsbericht erstellen.

c) Qualitätsindikatoren auf Ebene Spital/Klinik

Auf Ebene der einzelnen Spitäler finden sich weitere Qualitätsindikatorensysteme wie die **Initiative Qualitätsmedizin (IQM)**²⁷ oder systematische Outcomemessungen, z.B. in Form von **Patient-reported outcome measures (PROMs)**²⁸:

- Von den befragten Spitalern hat ein öffentliches Spital angegeben, an der IQM teilzunehmen.
- PROMs werden zurzeit von einem öffentlichen Spital erhoben und zwar für die radikale Prostatektomie. Ein Interviewpartner gibt zu bedenken, dass unnötige PCI auch mit PROMs nicht ersichtlich werden, da Outcome-Messungen keine Aussage darüber machen, ob der Eingriff tatsächlich nötig war. Ein Patient könne sich beispielsweise nach dem Eingriff besser fühlen, auch wenn der Eingriff medizinisch nicht angezeigt war.
- Daneben werden weitere spital-/klinikspezifische Qualitätsindikatoren wie Liegedauer, Einhaltung der OP-Zeiten etc. erhoben. Diese Indikatoren erachten wir in Bezug auf unnötige Eingriffe als nicht relevant, wir führen sie deshalb nicht weiter aus.

Die Ergebnisse der Monitorings sind in allen befragten Spitalern Gegenstand der Diskussion zwischen Spital-/Klinikleitung und Ärzteschaft. Wenn sich die Indikatoren verschlechtern, würden die Gründe analysiert und bei Bedarf Prozesse und Strukturen angepasst. Finanzielle Konsequenzen im Sinne von Saläreinbussen seien aber kein Thema.

Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass im Rahmen von IQM erhobene Daten auf Überindizierungen hinweisen könnten (z.B. Häufungen von Todesfällen). Ein anderer Interviewpartner erwähnt, dass sie BelegärztInnen mit sehr wenigen Eingriffen aus Qualitätsüberlegungen unter Umständen zur Zusammenarbeit mit erfahreneren ÄrztInnen anweisen.

d) Register

Einzelne InterviewpartnerInnen haben sodann Register als möglichen Qualitätsindikator bezeichnet. Sie sehen den Nutzen eines Registers darin, dass der längerfristige Gesundheitszustand der PatientInnen und Abweichungen oder Häufungen pro Arzt oder Ärztin ersichtlich werden. Diese Häufungen könnten Hinweise auf mögliche unnötige Eingriffe geben.

Einzelne andere Gesprächspartner bezweifeln hingegen, dass Register Auskunft darüber geben können, ob ein Eingriff tatsächlich indiziert war. Die Daten aus Registern werden heute hauptsächlich dazu verwendet, die Entwicklung von Fällen, Behandlungen, Outcomes aufzuzeigen und die medizinische Forschung zu unterstützen. Es sei sehr selten, dass eine Behörde ein

²⁷ IQM führt basierend auf Routinedaten Peer Reviews durch und untersucht dabei bspw. Abweichungen bei der Mortalität oder bei Fallzahlen. Daraus lassen sich ein Verbesserungsbedarf und geeignete Massnahmen ableiten

²⁸ Patient-reported out-come measures (PROMs) liefern Informationen zum Gesundheitszustand der PatientInnen und zu den Auswirkungen von Interventionen und Behandlungen aus Sicht der PatientInnen.

Register verwen­de, um die Ein­hal­tung von Ver­fah­ren zu über­prü­fen (San­k­tionie­rung). Das SIRIS-Register (Bere­ich Ortho­pä­die) habe im­mer­hin dazu ge­führt, einen neuen ANQ-Qualitäts­in­di­ka­tor zu de­finie­ren. Bei den drei un­ter­such­ten Ein­grif­fen prä­sen­tiert sich die Situa­tion be­züg­lich Register wie folgt:

- Per Ge­setz wa­ren die Fach­ge­sell­schaf­ten von 2008 bis 2012 ver­pflich­tet, ein Register für **Kyphoplastieeingriffe** zu föhren. 2012 wurde diese Bestimmung aufgegeben. Seit 2000 besteht ausserdem die Möglichkeit, Wirbelsäulenoperationen an das internationale Register "Spine Tango" zu melden. Im Jahr 2011 erfasste «Spine Tango» 2011 jährlich geschätzt 15–18% aller Wirbelsäuleneingriffe in der Schweiz.²⁹

Die Schweizerische Gesellschaft für spinale Chirurgie baut zurzeit ein Pilotregister für ver­steifende Massnahmen auf. Dieses Register soll dann ausgebaut werden auf weitere Ver­fah­ren der Wirbelsäulen­chirurgie. Daneben ist bei SIRIS die Registrierung von Wirbelsäulen­im­plantaten in Arbeit.³⁰ Damit könnten Kyphoplastieeingriffe erfasst werden.³¹

- Für elektive **PCI** gibt es kein spezifisches Register. Ein Kardiologe kritisiert, dass die Situation dadurch sehr intransparent sei. Mit AMIS Plus existiert allerdings eine nationale Datenbank zum Thema Myokardinfarkt.³² Die Teilnahme ist freiwillig. Die beteiligten Spitäler erfassen Daten u.a. über diagnostische Massnahmen, medikamentöse Therapien und Interventionen. Zusätzlich werden Komplikationen, Verlauf und Outcome im Spital und bis ein Jahr danach dokumentiert.
- Für die **radikale Prostatektomie** hat die Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SWISS UROLOGY) ein Tumor-Register geschaffen.³³ In den Interviews wurde dieses Register allerdings nicht explizit erwähnt.

²⁹ Basierend auf Vergleichen zwischen den «Spine Tango»-Zahlen und den Daten vom Bundesamt für Statistik (nicht veröffentlicht) (Aghayev et al. 2019).

³⁰ ANQ, SIRIS, Swiss orthopaedics, Swiss Medtech 2019.

³¹ Vertebroplastie beinhaltet keine Implantate.

³² Siehe [Forum medizinische Register](#).

³³ <https://swissurology.ch/register/>: Die Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SWISS UROLOGY) hat drei Tumor-Register (Prostatektomie, Zystektomie, Nephrektomie) geschaffen.

Beurteilung INFRAS: Qualitätsindikatoren für spitalspezifische Überprüfung der Indikation weniger geeignet

Die Qualitätsindikatorensysteme von BAG, ANQ sowie kantonale Qualitätsindikatorensysteme beurteilen und vergleichen in unserem Verständnis in erster Linie die Qualität der Leistungserbringer. Die Verbesserung der Indikationsqualität sehen wir dabei nicht im Vordergrund, auch wenn gewisse Indikatoren (z.B. die Mortalität bei den BAG-Qualitätsindikatoren) für über 50 Eingriffe verfügbar sind. Insofern erachten wir Qualitätsindikatorensysteme als wenig geeignet, um die Indikationsqualität in den einzelnen Spitälern/Kliniken kontrollieren zu können.

Inwieweit sich aus PROMs und Registern Hinweise auf den medizinischen Nutzen und die Indikationsstellung ziehen lassen, ist unklar. PROMs und Register spiegeln primär die Behandlungsqualität wider. Unter Umständen, wenn es bspw. Häufungen bei einem Arzt oder einer Ärztin gibt, könnte dies aber evtl. auch ein Hinweis auf unnötige Eingriffe sein. PROMs und Register könnten damit aus unserer Sicht durchaus eine Kontrollfunktion im Hinblick auf unnötige Eingriffe übernehmen. Die Frage ist allenfalls, ob sich PROMs und Registerdaten auf einzelne Spitäler/Kliniken zurückführen lassen. Der Kontrollmechanismus wird dadurch evtl. eingeschränkt.

2.2.2. Zuweisung

Wirkungsmechanismus:

Sind die überweisenden ÄrztInnen nicht zufrieden, weil sie den Eindruck haben, dass das Spital ihren Empfehlungen zu wenig folgt oder weil es unnötige Eingriffe durchführt, werden sie die PatientInnen künftig an ein anderes Spital/eine andere Klinik überwiesen (vorausgesetzt in der Region bestehen Alternativen). Zuweiserverträge könnten diese freie Zuweisung einschränken.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Die meisten PatientInnen werden von HausärztInnen oder SpezialärztInnen an die Spitäler mit überwiesen. Dies erfolgt in den befragten Spitälern auf Basis bewährter Zusammenarbeit zwischen den zuweisenden ÄrztInnen und den Spitälern bzw. den BelegärztInnen. Vertragliche Vereinbarungen, welche eine Zuweisung von PatientInnen in ein bestimmtes Spital vorsehen, haben wir weder bei öffentlichen Spitälern noch bei privaten Spitälern/Kliniken vorgefunden.³⁴

Mehrere Interviewpartner aus öffentlichen und privaten Spitälern/Kliniken betonen, dass für die Zuweiser die Qualität der Leistungen bzw. die Reputation der ÄrztInnen entscheidend

³⁴ Ein öffentliches Spital hat im Bereich Urologie eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit einer urologischen Praxis abgeschlossen. Diese sieht vor, dass die Praxisurologen komplexe urologische Eingriffe durchführen und assistieren. Voraussetzung ist, dass der Chefarzt Urologie an diesem Spital die Indikation zur Operation und die Art des vorzusehenden Eingriffes bestätigt hat. Aus unserer Sicht

ist. Einzelne InterviewpartnerInnen schreiben den zuweisenden ÄrztInnen eine gewisse Kontrollfunktion zu: Haben Zuweiser den Eindruck, dass ein Spital zu viele unnötige Eingriffe vornimmt, werden sie künftig ihre PatientInnen nicht mehr an dieses Spital überweisen. Der Wirkungsmechanismus funktioniert aber auch umgekehrt: Wenn ein Spital aus medizinischen Überlegungen einen unnötigen Eingriff ablehnt, sind die Zuweiser ebenfalls frei, die PatientInnen für den Eingriff in ein anderes Spital zu überweisen.

Beurteilung INFRAS: Freie Zuweisung kann disziplinierend wirken

Die Möglichkeit, PatientInnen frei zuweisen zu können, wirkt unserer Ansicht nach disziplinierend auf die SpitalärztInnen und zwar sowohl auf die festangestellten als auch auf die BelegärztInnen. Die Wahrscheinlichkeit für unnötige Eingriffe dürfte dadurch sinken.

2.3. Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst zusammen, wie stark wir die Anreize und Kontrollmechanismen beurteilen:

Tabelle 2: Anreiz- und Kontrollmechanismen

Anreizmechanismus (potenzielle/theoretische Wirkung) ³⁵	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke des Anreizes *
Strategische Ausrichtung: Anreiz für unnötige Eingriffe, vor allem bei zusatzversicherten PatientInnen und gut-tarifierten Eingriffen, um Margenzielsetzungen zu erreichen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Margenzielsetzungen bei allen Spitälern/Kliniken 	+++
Finanzielle Zielvorgaben: Anreiz für unnötige Eingriffe, um finanzielle Vorgaben einzuhalten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finanzielle Zielsetzungen in einem Teil der Spitäler/Kliniken ▪ Druck zu Kosteneinsparungen bei Nichterreichen der Ziele, keine Saläreinbussen 	+
Mindestfallzahlen: Anreiz für unnötige Eingriffe, um Mindestfallzahlen zu erfüllen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Kantonen vorgegeben: Mindestfallzahlen pro Spital und pro Operateur für radikale Prostatektomie ▪ Keine strikte Sanktionierung bei Nichteinhaltung ▪ Befragte Spitäler: eher grössere Spitäler/Kliniken mit Fallzahlen z.T. deutlich über Mindestfallzahlen ▪ Mindestfallzahlen von SGK für PCI im Rahmen von Empfehlungen 	+

³⁵ Reihenfolge orientiert sich an der Reihenfolge im vorangehenden Kapitel.

- Befragte Spitäler: eher grössere Spitäler/Kliniken mit Fallzahlen z.T. deutlich über Mindestfallzahlen
- Keine Mindestfallzahlen für Vertebro-/Kyphoplastie

Kontrollmechanismus	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke der Kontrollwirkung **
Qualitätsindikatoren: Hinweis auf unnötige Eingriffe, wenn schlechte Ergebnisse bei Qualitätsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsindikatorensysteme auf Vergleich Leistungserbringer ausgerichtet (nicht auf Indikationsstellung) ▪ PROMs und Register nicht spitalspezifisch ausgerichtet 	0
Zuweisung: Zuweisung in andere Spitäler, wenn Zuweiser unnötige Eingriffe vermuten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Freie Zuweisung, keine Zuweiserverträge 	+

* Stärke der Anreizwirkung: 0 keine Anreize, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen

** Stärke der Kontrollmechanismen: 0 keine Wirkung, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Wirkung, um unnötige Eingriffe zu vermeiden bzw. unnötige Implantate einzusetzen.

Tabelle INFRAS.

3. Diagnose-/Indikationsstellung

Dieses Kapitel untersucht und beurteilt die Anreiz- und Kontrollmechanismen bei der Diagnose- und Indikationsstellung.

3.1. Kontrollmechanismen

Die in den befragten Spitälern/Kliniken vorgefundenen Kontrollmechanismen lassen sich in Instrumente auf Ebene der Spitalleitung und auf Instrumente auf Ebene der medizinischen Abteilungen unterteilen. Die Gespräche haben gezeigt, dass es auf Ebene Spitalleitung nur wenige Kontrollen gibt. Die meisten Kontrollmechanismen kommen bei den ÄrztInnen auf Ebene der medizinischen Abteilungen zum Tragen (siehe folgende Tabelle). Die Kontrollinstrumente werden anschliessend ausführlicher beschrieben.

Tabelle 3: Kontrollmechanismen im Rahmen der Diagnose- und Indikationsstellung

Ebene	Kontrollinstrument
Spitalleitung	Peer Reviews
Medizinische Abteilung	Standardisierte Prozesse, z.B. Guidelines, Entscheidungskriterien etc.
	Mehraugenprinzip, z.B. Tumorboards, Indikationskonferenzen, interdisziplinäre Fallbesprechungen etc.
	Einbezug von PatientInnen

Tabelle INFRAS.

Neben diesen institutionalisierten Kontrollmechanismen gibt es gemäss einzelnen Interviewpartnern auch eine soziale Kontrolle, in dem Sinne, dass sich zweifelhafte Diagnose- und Indikationsstellungen intern und extern herumsprechen. Dadurch leide die Reputation der betroffenen ÄrztInnen und die Folge sei, dass sie weniger PatientInnen zugewiesen erhalten. Mehrere Spitäler erwähnen, dass die Reputation ganz entscheidend sei für die Zuweisung. Zwei Spitäler (ein öffentliches und ein privates) weisen ausdrücklich darauf hin, dass die zurückhaltende Indikationsstellung ihres Spitals ein wichtiger Grund für die zahlreichen Überweisungen ist.

3.1.1. Qualitätskontrollen auf Ebene der Spital-/Klinikleitung

Wirkungsmechanismus

Ohne Kontrolle der Indikationsstellung könnten theoretisch unnötige Eingriffe indiziert werden. Eine Überprüfung der Indikationsstellung durch Spital-/Klinikleitung im Rahmen von Qualitätsindikatoren könnte die Wahrscheinlichkeit von unnötigen Eingriffen reduzieren.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Nach Ansicht der Interviewpartner verfügen Spital-/Klinikleitungen in der Regel nicht über die Möglichkeit, die Diagnose- und Indikationsstellung systematisch zu überprüfen. Mangels fachlicher Spezialisierung seien Spital-/Klinikleitung einerseits nicht in der Lage die Entscheidungen der ÄrztInnen zu kontrollieren, andererseits wollten sie auch kein Mikromanagement betreiben. Die befragten Spital- und Klinikleitungen haben Vertrauen in die ÄrztInnen und ihre Motivation, sich zur Qualität verpflichtet zu fühlen.

Ein öffentliches Spital weist darauf hin, dass die medizinische Direktion den generellen Rahmen vorgibt und bestimmt, ob umstrittene Leistungen wie die Kyphoplastie medizinisch und wirtschaftlich durchgeführt werden dürfen. Ob letztendlich eine Vertebro- oder eine Kyphoplastie durchgeführt wird oder ob ein konservatives Verfahren ausgewählt wird, darüber entschieden aber die ÄrztInnen.

Im Gegensatz zu festangestellten Ärzten, die in ein Team und eng ins Spital eingebunden seien, sei bei BelegärztInnen eine Überprüfung noch schwieriger, weil diese die Diagnose und den Behandlungsentscheid nicht im Spital, sondern in ihren Praxen trafen. Hier besteht für die Klinikleitungen kein Kontrollmechanismus und aufgrund der fehlenden Hierarchie auch keine Befugnis, die Entscheide der Ärzte zu hinterfragen.

Ein Interviewpartner erwähnt, dass sich die Indikationsqualität mit Peer Reviews (z.B. im Rahmen von IQM) überprüfen lassen.³⁶ Einzelne Interviewpartner denken auch, dass Qualitätsindikatoren aus dem IQM oder PROMs Hinweise auf problematische Indikationen geben können (vgl. Abschnitt 2.2.1).

Bei Vertebro- und Kyphoplastieeingriffen besteht ausserdem gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) die Anforderung, dass Operationen nur durch qualifizierte ChirurgInnen durchgeführt werden dürfen. Bei den durch die Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und die Schweizerische Gesellschaft für

³⁶ Bei Spitälern, die sich der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) angeschlossen haben, kann eine Häufung bei Routedaten (Schwellenwert wird deutlich überstiegen) dazu führen, dass ein Peer Review-Verfahren ausgelöst wird. Dabei werden Fälle aus Zufallsstichproben einer unabhängigen Begutachtung unterzogen.

Neurochirurgie anerkannten ChirurgInnen wird gemäss KLV davon ausgegangen, dass sie entsprechend qualifiziert sind. Soll der Eingriff durch einen Chirurgen oder eine Chirurgin durchgeführt werden, der oder die nicht von genannten Gesellschaften anerkannt ist, ist vorgängig die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin einzuholen. In einem befragten öffentlichen Spital war diese Anforderung einem ausländischen Radiologen nicht bekannt. In den anderen Spitälern haben wir die Einhaltung der Anforderung nicht explizit abgefragt.

Beurteilung INFRAS: Geringe Kontrollmöglichkeiten auf Spital-/Klinikleitung

Ausgehend von den Interviewaussagen erachten wir die Möglichkeiten der Spital-/Klinikleitungen, Entscheide über Eingriffe zu beeinflussen, als gering. Peer Reviews sind deshalb aus unserer Sicht ein geeignetes Mittel, um die Entscheide der ÄrztInnen überprüfen zu können.

Anforderungen an die Qualifikation der ÄrztInnen erachten wir ebenfalls als grundsätzlich zielführend. Die Nicht-Einhaltung müsste konsequenterweise jedoch sanktioniert werden.

3.1.2. Standardisierte Prozesse

Wirkungsmechanismus

Ohne Kontrolle der Diagnose- und Indikationsstellung können theoretisch unnötige Untersuchungen und letztendlich unnötige Eingriffe indiziert werden. Standardisierte Prozesse im Rahmen der Diagnose- und Indikationsstellung reduzieren den Spielraum für unnötige Eingriffe.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Auf Ebene der medizinischen Abteilungen existieren verschiedene Mechanismen, die eine qualitativ gute Diagnose und Indikation sicherstellen und unnötige Untersuchungen und Eingriffe verhindern sollen. Dazu zählen das Vorhandensein von Richtlinien, standardisierte Diagnoseschritte, klare Entscheidungskriterien und die Vermeidung einer Aufteilung des Eingriffs auf mehrere Eingriffe.

a) Richtlinien

Gemäss einer Studie von socialdesign (2020) kommen bei der **radikalen Prostatektomie** und den **PCI** internationale Richtlinien zur Anwendung:³⁷ Konkret sind dies die Prostate cancer guideline der European Association of Urology (EAU) und die ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization der European Society of Cardiology (ESC). Die von uns befragten Ärzte in die-

³⁷ Vgl. socialdesign 2020.

sen beiden Bereichen haben grösstenteils bestätigt, dass sie sich auf diese Richtlinien abstützen. Ein Urologe an einem öffentlichen Spital gibt zwar an, sich auf die internationalen Richtlinien zu stützen. Gleichzeitig sagt er aus, dass diese keine grosse Rolle spielten und er in erster Linie aufgrund seiner Erfahrung entscheide.

Für die **Vertebro- und Kyphoplastie** empfehlen SGNC und swiss orthopaedics aktuell keine Guideline.³⁸ Im Jahr 2004 hat die SGSC die «Guidelines and indications for ballon kyphoplasty» erarbeitet. Diese wurden seither nicht mehr aktualisiert, die Richtlinie ist aber in Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) referenziert. Hinsichtlich der Vertebroplastie bestehen gemäss socialdesign (2020) keine Guideline, die durch eine nationale Fachgesellschaft empfohlen oder in der KLV aufgeführt wird. Von den befragten Ärzten hat keiner die Richtlinie aus dem Jahr 2004 erwähnt. Die beiden Fachgesellschaften seien jedoch daran gemeinsam eine Guideline für die Kyphoplastie zu erarbeiten.³⁹ Die befragten Ärzte aus zwei öffentlichen Spitälern geben denn auch an, dass sie sich auf spitalinterne Konzepte stützen. Die zwei anderen öffentlichen und ein privates Spital orientieren sich an ausländischen Richtlinien aus USA, UK und Deutschland

Die Ergänzungen der Interviewpartner zu den Richtlinien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- In der **radikalen Prostatektomie** sind die Richtlinien gemäss den Aussagen der interviewten Urologen sehr umfassend und genau.
- Mehrere Ärzte betonten, dass Richtlinien keine reinen «Checklisten» seien. Bei einer Indikationsstellung handle es sich immer um eine Einzelfallentscheidung, bei der die PatientInnen im Zentrum stünden. Die ÄrztInnen verfügten also über einen gewissen Ermessensspielraum.
- Dass für die Behandlung von osteoporotischen Wirbelbrüchen keine aktuellen nationalen Richtlinien existieren, begründet ein Interviewpartner damit, dass **Vertebro- und Kyphoplastie** jüngere Verfahren sind, für die noch nicht viel Literatur vorhanden ist. Die Erfahrungen müssten erst noch wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Aufgrund der Diskussion über kantonale Unterschiede bei der Zahl der Eingriffe steige der Druck auf die zuständigen Facharztgesellschaften in der Schweiz, eigene Richtlinien zu erarbeiten. Solche Richtlinien seien zurzeit in Erarbeitung.

³⁸ Vgl. socialdesign 2020, S. 13, S. 17.

³⁹ Vgl. socialdesign 2020, S. 13.

b) Standardisierte Diagnoseschritte

In Bezug auf unnötige Untersuchungen im Rahmen der Diagnosestellung geben die befragten Ärzte an, nur sinnvolle Abklärungen durchzuführen. Untersuchungen und Tests würden nicht wiederholt, wenn die bereits vorliegenden Bilder und Testresultate aktuell seien.

- Bei der **radikalen Prostatektomie** bspw. hätten die meisten PatientInnen bereits einen PSA-Test hinter sich. Der Test müsse dann nicht wiederholt werden. Auch bildgebende Untersuchungen würden nicht wiederholt, sofern aktuelle Bilder vorliegen. Ein Urologe versucht allerdings aus Qualitätsgründen bei seinen Zuweisern darauf hinzuwirken, dass diese kein MRI durchführen.
- Bei der **Vertebro- und Kyphoplastie** verzichten die befragten Ärzte darauf, bildgebende Untersuchungen (Röntgen, MRI, CT) zu wiederholen, wenn aktuelle Bilder vorliegen. Ein Arzt gibt an, in der Regel ein Röntgenbild erstellen zu lassen. Dies sei notwendig, weil eine Aufnahme unter Belastung nötig ist. Erst dadurch werde klar, wie viel der frakturierte Wirbel nachgebe.
- Bei **PCI** haben sich die befragten Ärzte nur unspezifisch geäußert und betont, dass nur sinnvolle und notwendige Untersuchungen durchgeführt werden. Drei Ärzte geben an, dass ein EKG notwendig ist bzw. dass sie immer ein EKG durchzuführen, weil dieses sich schnell ändern könne.

Es sind keine Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Spitälern/Kliniken feststellbar.

Ein Interviewpartner schätzt das Risiko für zu viele Untersuchungen in der Diagnose als gering ein. Seiner Meinung nach führe die Unterdeckung bei grundversicherten PatientInnen im stationären Bereich vielmehr dazu, dass die ÄrztInnen auf eine umfassende Abklärung verzichten und Zusatzabklärungen wie CT oder Röntgen wegfällen lassen.

c) Entscheidungskriterien für die Indikation

In Bezug auf die Indikationsstellung geben die befragten Ärzte sodann an, Behandlungsent-scheide bzw. -empfehlungen aufgrund von festgelegten Kriterien zu fällen:

- Bei der **radikalen Prostatektomie** sind gemäss drei öffentlichen Spitälern und einer privaten Klinik die Relevanz des Tumors (Grösse, Aggressivität), die verbleibende Lebenserwartung (mind. 10-15 Jahre) und Komorbiditäten für einen Eingriff massgebend. Zwei Urologen weisen noch darauf hin, dass gewisse PatientInnen eine aktive Überwachung ablehnten und lieber eine radikale Prostatektomie durchführen würden, weil der psychologische Druck bei einer langwierigen Überwachung zu gross ist.
- Bei der **Vertebro-/Kyphoplastie** bezeichnen die meisten befragten Spitäler/Kliniken starke Schmerzen (auch noch nach einer Woche konservativer Behandlung) und die Dynamik der

Wirbelfraktur als ausschlaggebende Kriterien. Ein Arzt nennt noch weitere Kriterien: PatientIn ist länger als drei Tage nicht mobilisierbar und das MRI zeigt eine Wurzelkompression bzw. ein Ödem. Ein anderer Arzt betont, dass auch das individuelle Gespräch mit den PatientInnen wichtig ist, um die verschiedenen Möglichkeiten zu klären. Bei einer konservativen Behandlung werden die PatientInnen nach zwei Wochen nochmals geröntgt und dann werde entschieden, ob es eine OP braucht oder nicht. Wichtig sei eine schnelle Diagnose und nicht eine schnelle Operation. Drei Ärzte weisen auch noch darauf hin, dass es für alte geheilte Brüche, die nicht instabil sind, keinen Eingriff braucht.

- Bei **PCI** nennen die vier öffentlichen Spitäler das Vorliegen einer Stenose mit zusätzlicher Ischämie (Minderdurchblutung) als zentrale Kriterien für einen Eingriff. Die Ärzte aus zwei privaten Spitälern geben an, den Richtlinien zu folgen. Die PatientInnen stünden jedoch im Zentrum und es sei deshalb notwendig, die Richtlinien mit einer gewissen Flexibilität zu interpretieren. Die übrigen privaten Spitäler/Kliniken wurden diesbezüglich nicht explizit befragt.

Zu **Vertebro-/Kyphoplastie** haben die Interviewpartner noch folgende Ergänzungen gemacht:

- Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass der Entscheid über einen Eingriff bei einer Wirbelsäulenfraktur auch noch vom Umfeld abhängen kann: So würden gewisse ÄrztInnen häufigere Eingriffe damit begründen, dass die PatientInnen danach wieder schneller mobil sind. Dies könne durchaus auch das Ziel einer Operation sein. Eine konservative Behandlung braucht mehr Zeit und die PatientInnen müssten anschliessend evtl. auch noch in die Reha. Für eine zurückhaltende Haltung bei Eingriffen spreche, dass Wirbelfrakturen vor allem bei älteren PatientInnen vorkommen. Diese seien auch nach der OP nicht selbständig und es brauche häufig eine Zwischenlösung nach der OP. Wenn eine Zwischenlösung möglich sei, dann müsse in der Regel nicht operiert werden. Entsprechend würden in ihrem Spital letztendlich nur ca. 5-10% ihrer PatientInnen operiert. In der Regel beginnen sie mit einer konservativen Behandlung, d.h. mit Schmerzmittel und Physiotherapie. Ein befragter Wirbelsäulenchirurg in einem Privatspital nennt ebenfalls eine Grössenordnung von 10% der PatientInnen, die letztendlich operiert werden.
- Der Grund für die kantonalen Unterschiede bei der Anzahl ist gemäss einem Interviewpartner im Bereich Vertebro-/Kyphoplastie auch historisch bedingt: Im Kt. BE bspw. gab es einen Arzt, der Pionier war in Bezug auf Vertebroplastie. Darum werden im Kt. BE vergleichsweise viele Eingriffe durchgeführt. Die Operation sei nicht unnützlich, aber nicht immer nötig. Im Kt. GE gebe es viele OP, weil da die Eingriffe von interventionellen Radiologen durchgeführt werden. Radiologen seien keine Kliniker, sie stützten sich vor allem auf diag-

nostische Aspekte und seien weniger patientenbezogen. Dies sei insofern kritisch zu beurteilen, weil eine Bildgebung nicht ausreicht, um eine Entscheidung zu treffen. Ein anderer Interviewpartner ist hingegen der Ansicht, dass RadiologInnen die Diagnose ganzheitlicher beurteilen würden.

Schliesslich haben mehrere Interviewpartner darauf hingewiesen, dass die Entscheidung über den Eingriff immer auch von den PatientInnen abhängt.

Exkurs: Vertebro- oder Kyphoplastie oder konservative Behandlung

In wissenschaftlichen Kreisen ist zurzeit eine Diskussion im Gange über die Vorteile und Nachteile von Vertebro- bzw. Kyphoplastie und einer konservativen Behandlung.⁴⁰ Die befragten Ärzte vertreten unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die Frage, ob eine Vertebro- oder eine Kyphoplastie durchgeführt werden soll.⁴¹

- *Zwei Interviewpartner geben an, dass die Vertebroplastie mit weniger Risiken verbunden sei, während zwei andere Interviewpartner gerade das Gegenteil behaupteten. Zwei weitere Interviewpartner beurteilen die beiden Methoden in Bezug auf die Risiken als gleichwertig.*
- *In Bezug auf den Nutzen meinen zwei Interviewpartner, dass der Nutzen der beiden Methoden gleichwertig sei.*
- *Auch in Bezug auf die Aufrichtung der PatientInnen ergibt sich ein widersprüchliches Bild: Zwei Interviewpartner sagen, dass die Kyphoplastie nicht besser für die Aufrichtung geeignet sei als die Vertebroplastie. Zwei andere Interviewpartner erwähnen gerade das Gegenteil. Ein Arzt ergänzt, dass die gewählte Methode oftmals von den persönlichen Präferenzen, Überzeugungen und Ausbildung abhängig ist.*

Diese Meinungsverschiedenheiten spiegeln die Unsicherheiten der Wissenschaft im Bereich Vertebro-/Kyphoplastie wider. Dies könnte einer der Gründe sein, weshalb das BAG ein HTA lanciert hat.

d) Durchführung in einem Eingriff

Dieser Aspekt ist bei PCI relevant: Es geht es darum, ob Untersuchung und Eingriff in einem oder unnötigerweise in zwei Schritten durchgeführt werden. Gemäss den interviewten Kardiolo-

⁴⁰ Dabei ist zu berücksichtigen, dass Vertebroplastie und Kyphoplastie nicht in jedem Fall substituierbar sind.

⁴¹ Die Interviewpartner haben sich in ihren Aussagen teilweise auf Studien bezogen. Wir haben diese jedoch nicht systematisch erfasst. Konkret erwähnt wurde Blattert et al. 2018.

gen kann eine elektive PCI in der Regel in einem Schritt durchgeführt werden, sofern der Eingriff sorgfältig vorbereitet wird. Es könne jedoch sein, dass eine PCI in zwei Eingriffen durchgeführt werden muss:⁴²

- Die Ärzte in zwei öffentlichen und zwei privaten Spitälern nennen Komplikationen während der Untersuchung als Grund für zwei separate Eingriffe. Manchmal sei die Zahl der Stenosen zu gross für ein PCI Eingriff. In diesen Fällen müssten die ÄrztInnen mit den Herzchirurgen klären, ob zum Beispiel ein By-Pass nicht eine bessere Lösung wäre.
- Ein Interviewpartner erwähnt auch unzureichende Vorbereitung als Grund für eine unnötige Unterbrechung. So müssten die PatientInnen vor dem Eingriff Medikamente einnehmen, damit sie die Stents vertragen. Erhalten sie dieses Medikament nicht, müssen die ÄrztInnen den Eingriff unterbrechen.

Beurteilung INFRAS

Die Grundlagen für standardisierte Prozesse in der Diagnose- und Indikationsstellung sind aus unserer Sicht bei PCI und radikaler Prostatektomie durch die internationalen Richtlinien gegeben. Hier ist der Eindruck entstanden, dass die befragten Spitäler/Kliniken die Indikations- und Diagnosestellung nach einheitlichen Kriterien durchführen. Wir haben jedoch auch verstanden, dass individuelle klinische Aspekte schon auch noch eine Rolle spielen.

Bei Vertebro-/Kyphoplastie beurteilen wir die Grundlagen schwächer. Hier bestehen zwar spitalinterne Konzepte in öffentlichen Spitälern/Kliniken, diese können jedoch je nach Spital unterschiedlich sein. Entsprechend haben wir den Eindruck, dass die Indikations- und Diagnosestellung uneinheitlich gehandhabt wird. In Privatkliniken sind die Prozesse aus unserer Sicht am schwächsten, weil sie im Wesentlichen auf einzelärztlichen Konzepten beruhen. Positiv zu beurteilen ist, dass die Facharztgesellschaften nun auch im Bereich Vertebro-/Kyphoplastie Richtlinien planen.

Grundsätzlich beurteilen wir die Diagnose- und Indikationsstellung vor allem bei PCI und radikaler Prostatektomie als schon weitgehend standardisiert. Aufgrund der Orientierung an Richtlinien und spitalinternen Konzepten erachten wir hier bei der Diagnosestellung die Wahrscheinlichkeit von Doppelspurigkeiten (Wiederholung von Untersuchungen) als gering. Aufgrund der klaren Entscheidungskriterien beurteilen wir unnötige Eingriffe bei der Indikationsstellung ebenfalls als wenig wahrscheinlich. Es gibt aus unserer Sicht keine grossen Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Spitälern/Kliniken.

Gewisse Anreize für Ineffizienzen bzw. unnötige Eingriffe sehen wir allenfalls bei der Durchführung von PCI: Wenn Diagnose und Eingriff nicht innerhalb von 18 Tagen durchgeführt

⁴² Werden die zwei Eingriffe innerhalb von 18 Tagen durchgeführt, werden sie als ein Eingriff gruppiert.

werden, zählen sie als zwei Eingriffe. Es gibt Gründe, die eine zeitliche Trennung oder Unterbrechung von Diagnose und Eingriff rechtfertigen, bspw. wenn bei der Diagnose mehrere Stenosen festgestellt werden und ein Bypass notwendig ist. Gemäss einzelnen InterviewpartnerInnen kommen Unterbrechungen aber auch vor, weil die Patientinnen die notwendigen Medikamente nicht erhalten haben. Dies hat zur Folge, dass der Stent erst in einem zweiten Eingriff gesetzt wird, wobei dieser zweite Eingriff eigentlich hätte vermieden werden können. Ein weiterer Grund für eine zeitliche Trennung von Diagnose und Eingriff ergibt sich aus der Forderung «Ambulant vor stationär» (AVOS). Einer der vier untersuchten Kantone schreibt vor, dass koronare Arteriographien ambulant durchzuführen sind.⁴³ Dies führt ebenfalls dazu, dass die ÄrztInnen Diagnose und Eingriff trennen: Die Diagnose wird ambulant und der Eingriff stationär durchgeführt. Auf diese Weise werden künstlich zwei statt nur ein Eingriff generiert. Mit Blick auf unnötige Eingriffe erachten wir dies als problematisch. Bei der Aufteilung eines Eingriffs in zwei ambulante Eingriffe (Diagnose und eigentlicher Eingriff) erachten wir das Potenzial für Ineffizienzen und unnötige Eingriffe als gering, weil nur die erbrachten Leistungen abgerechnet werden können. Gemäss den InterviewpartnerInnen sind ambulant erbrachte Leistungen im Bereich PCI eher weniger kostendeckend.⁴⁴

3.1.3. Mehraugenprinzip

Wirkungsmechanismus

Ohne Kontrolle der Diagnose- und Indikationsstellung können theoretisch unnötige Eingriffe indiziert werden. Eine Überprüfung der Indikationsstellung durch weitere ÄrztInnen könnte die Wahrscheinlichkeit von unnötigen Eingriffen reduzieren.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

In den befragten Spitälern/Kliniken bestehen eine ganze Reihe von Instrumenten, welche die Diagnose- und Indikationsqualität sicherstellen sollen. Die folgende Tabelle gibt eine erste Übersicht über die Kontrollinstrumente. Diese werden anschliessend ausführlicher beschrieben.

⁴³ Falls keine guten Gründe bestehen, beteiligt sich der Kanton nicht an der stationären Behandlung.

⁴⁴ Vgl. Abschnitt 7.1.

Tabelle 4: Mehraugenprinzip

	PCI	Radikale Prostatektomie	Vertebro-/Kyphoplastie
Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationskonferenzen ▪ Fallbesprechungen im Team ▪ Präsenz von AssistenzärztInnen ▪ Doppelbesetzung im OP-Saal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumorboards 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikationskonferenzen, auch mit BelegärztInnen ▪ Fallbesprechungen im Team

Tabelle INFRAS.

Ergänzende Bemerkungen der Interviewpartner waren:

- Teamentscheidungen seien heute in fast allen Spitälern Standard oder zumindest im Aufbau begriffen. Es gebe aber auch ÄrztInnen, die nicht basierend auf standardisierten Prozessen, Richtlinien etc. entscheiden, sondern ihre Entscheide frei nach ärztlichem Ermessen und aufgrund ihrer Erfahrung treffen würden. Gemäss mehreren Interviewpartnern würden vor allem BelegärztInnen solche Einzelentscheidungen treffen.
- Vier Interviewpartner schreiben der Präsenz von AssistenzärztInnen eine disziplinierende Funktion zu, weil sie unterschiedliche Vorgehen bei hierarchisch höher gestellten ÄrztInnen kritisch hinterfragen könnten.
- In den Gesprächen hat aber auch ein Urologe in einem öffentlichen Spital angegeben, selbst zu entscheiden (trotz Tumorboard). Bei komplexeren Fällen bespreche er seine Fälle noch mit einem Kollegen.

a) Radikale Prostatektomie

Spital-/Klinikleitung weisen mehrfach darauf hin, dass die Indikationsqualität wegen der Tumorboards am ehesten bei der radikalen Prostatektomie gewährleistet ist. Tumorboards sind gemäss den leistungsspezifischen Anforderungen in den Spitallisten für alle befragten Spitäler vorgeschrieben.⁴⁵ Von den neun befragten Spitälern/Kliniken haben alle neun bestätigt, dass ein Tumorboard für radikale Prostatektomie-Fälle besteht.

In den Tumorboards wird das therapeutische Vorgehen interdisziplinär besprochen. Teilweise nehmen auch externe SpezialistInnen (OnkologInnen) und zuweisende HausärztInnen an den Besprechungen teil. In einzelnen Spitälern sind die Tumorboards zertifiziert (in den kantonalen Bestimmungen ist eine Zertifizierung nicht vorgeschrieben).

In einigen Spitälern werden allerdings nur die komplexen Fälle im Tumorboard besprochen werden, während in anderen Spitälern standardmässig alle Fälle im Tumorboard besprochen werden. Ein Arzt gibt an, dass es in seinem Spital ein Tumorboard gebe, er und sein Kollege

⁴⁵ Gemäss EFK empfiehlt die GDK den Kantonen, das Vorhandensein eines Tumorboards im Bereich Urologie als Anforderung für einen Platz auf der Spitalliste zu definieren.

aber daran nicht teilnehmen. Sie hätten beide bald 30 Jahre Berufserfahrung und würden deshalb selbst über die Indikation entscheiden. Komplexere Fälle bespräche er mit seinem Kollegen.

Sind sich die Mitglieder des Tumorboards nicht einig, entscheidet in der Regel der fallführende Arzt. Einige Interviewpartner weisen darauf hin, dass die Entscheidung immer schriftlich festgehalten werden: Wollte sich der fallführende Arzt der Empfehlung des Tumorboards widersetzen, müsse er dies sehr gut begründen können (insbesondere, wenn später Komplikationen auftreten sollten).

b) PCI

Bei PCI geben alle öffentlichen Spitäler sowie ein Privatspital an, dass standardmässig entweder eine interdisziplinäre Indikationskonferenzen (bei komplexen Fällen teilweise mit externen Teilnehmenden) oder eine tägliche teaminterne Fallbesprechung stattfindet.

Mehrere Interviewpartner (in öffentlichen und privaten Spitälern) erwähnen ausserdem, dass bei PCI teilweise zwei ÄrztInnen im OP-Saal anwesend sind, in einzelnen Fällen sei auch eine dritte Person in der Regiekabine anwesend. In einem Privatspital mit Belegarztsystem wird der Eingriff grundsätzlich von einem interventionellen Kardiologen allein durchgeführt.

c) Vertebro-/Kyphoplastie

Im Bereich Wirbelsäulenchirurgie bzw. Vertebro-/Kyphoplastie finden in drei öffentlichen und einem privaten Spital systematische Fallbesprechungen vor dem Eingriff statt, u.a. im Rahmen von Indikationskonferenzen, Teambesprechungen, Spinal Board.

Beurteilung durch INFRAS

Ausgehend von den Aussagen in den Interviews und den vorgelegten Dokumenten stellen wir fest, dass die ÄrztInnen infolge des Mehraugenprinzips in den meisten befragten Spitälern/Kliniken nicht alleine über die Behandlungsoptionen bestimmen können. Das Mehraugenprinzip trägt dazu bei, die Diagnose- und Indikationsqualität zu verbessern und damit unnötige Eingriffe zu reduzieren. Besonders geeignet scheinen uns Tumorboards bei der radikalen Prostatektomie und Indikationskonferenzen und (interdisziplinäre) Fallbesprechungen im Team bei PCI und Vertebro-/Kyphoplastie.⁴⁶ Die Wirksamkeit von Tumorboards sehen wir allenfalls dadurch eingeschränkt, dass die Teilnahme daran nicht in allen befragten Spitälern/Kliniken konsequent durchgesetzt wird (obwohl ein Tumorboard bei der radikalen Prostatektomie von den Kantonen vorgeschrieben ist). Die Wirkung eines Tumorboards wird allenfalls auch

⁴⁶ Voraussetzung ist, dass die Empfehlungen des Tumorboards auch wirklich in die Entscheidungsfindung der PatientInnen einfließen.

dadurch relativiert, dass interne ÄrztInnen als Mitglieder des Tumorboards ebenfalls von den zusätzlichen Einnahmen eines unnötigen Eingriffs profitieren.

Als problematisch erachten wir ausserdem Spitäler/Kliniken, in denen nur BelegärztInnen tätig sind, weil die Indikation in diesen Fällen in der Regel auf einer Einzelentscheidung beruht. In Kliniken mit reinen Belegarztsystem stufen wir die Kontrollmechanismen in der Entscheidungsfindung als deutlich weniger ausgeprägt ein als in Spitälern mit Chefarztsystem und festangestellten ÄrztInnen.

3.1.4. Einbezug der PatientInnen

Wirkungsmechanismus

Aufgeklärte, gut informierte PatientInnen können die Behandlungsempfehlungen der ÄrztInnen kritisch hinterfragen und helfen so mit, unnötige Eingriffe zu vermeiden.⁴⁷

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Die Ärzte in allen vier befragten öffentlichen Spitälern betonen, dass den PatientInnen das letzte Wort in Bezug auf einen möglichen Eingriff zusteht. Bei den Privatkliniken hat sich nur eine Person explizit in diese Richtung geäussert. Allerdings erhalten alle PatientInnen eine Einwilligungserklärung vorgelegt, mit welcher sie ihr Einverständnis zum Eingriff kundtun müssen. Inhalt und Umfang dieser Erklärung variieren stark, von einer knappen Seite bis zu zehn Seiten oder ganzen Broschüren mit ausführlichen Angaben zum Eingriff und zu möglichen Risiken. Die meisten Spitäler/Kliniken bieten ausserdem Sprechstunden an, in denen sich die PatientInnen beraten lassen können, wenn es Unklarheiten gibt oder sie noch Fragen haben. In der Untersuchung nicht vertieft wurde die Frage, ob PatientInnen über allfällige unterschiedliche Einschätzungen im Tumorboard unterrichtet werden. Gemäss Aussagen von Urologen ist die Entscheidung eines Tumorboards nicht bindend. Es würde sich aber kein Urologe bzw. keine Urologin erlauben, gegen den Entscheid ihrer KollegInnen eine andere Indikation durchzusetzen.

Ein wichtiges Instrument zur Vermeidung von unnötigen Eingriffen sind Zweitmeinungen. Drei der öffentlichen Spitäler weisen nicht aktiv auf die Möglichkeit von Zweitmeinungen hin, unterstützen aber die PatientInnen auf Wunsch nach einer Zweitmeinung. Ein öffentliches und zwei private Spitäler/Kliniken hingegen weisen proaktiv auf die Möglichkeit von Zweitmeinungen hin. Allerdings gibt es selbst innerhalb eines Spitals ÄrztInnen, die dies mehr oder weniger aktiv anbieten. Einer der interviewten Ärzte in einem Privatspital befürwortete zwar grundsätz-

⁴⁷ Gemäss EFK enthalten die bestehenden Guidelines den Grundsatz, dass die PatientInnen entscheiden, nachdem sie vollständig und verständlich vom Arzt bzw. von der Ärztin aufgeklärt wurden.

lich das Einholen von Zweitmeinungen, bemängelt allerdings auch, dass dies potenziell zu unnötigen Kosten und Untersuchungen führen kann, wenn die Diagnose eindeutig ausfiel. Ein Arzt in einem öffentlichen Spital meinte, es werden grundsätzlich zu wenig Zweitmeinungen eingeholt, was mit ein Grund für unnötige Eingriffe sei.

Beurteilung INFRAS: Einbezug der PatientInnen hilft unnötige Eingriffe zu vermeiden

Aus den Interviews und den vorgelegten Dokumenten schliessen wir, dass die PatientInnen ausreichend Informationen erhalten und befähigt sein sollten, die Behandlungsentscheide zu hinterfragen oder zumindest Zweitmeinungen einzuholen. Einzig in einem Privatspital mit Belegärzten, die vor allem mündlich aufklären, vermuten wir, dass die PatientInnen weniger gut informiert sind.

Ob Zweitmeinungen aktiv angeboten werden oder nicht, ist unterschiedlich: Wir beurteilen die öffentlichen Spitäler eher zurückhaltender als die privaten Spitäler und Kliniken.

In Bezug auf den Faktor Zeit entstand der Eindruck, dass den PatientInnen Zeit eingeräumt wird, die Entscheidung zu überdenken und Fragen zu stellen. Wir haben keine Anzeichen gefunden, dass PatientInnen zu einer schnellen Entscheidung für einen Eingriff gedrängt werden.⁴⁸ Der Faktor Zeit verliert ausserdem aufgrund der teilweise längeren Wartezeiten für eine OP an Bedeutung.

3.2. Anreizmechanismen

3.2.1. Nachsorge

Wirkungsmechanismus

Leistungen im Rahmen der Nachsorge⁴⁹ finden ambulant statt und können deshalb separat (nach TARMED) abgerechnet werden. Dies schafft Anreize, dass die ÄrztInnen – wenn verschiedene Therapieoptionen denkbar sind –, diejenige mit vielen Nachsorgeleistungen empfehlen.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Die Nachsorge bei einer radikalen Prostatektomie oder einer Bestrahlung unterscheidet sich nicht wesentlich. Es sind gemäss den interviewten Ärzten ähnlich viele Nachfolgeuntersuchun-

⁴⁸ Gemäss einer Patientenorganisation sei es in Realität sehr wohl wahrscheinlich, dass PatientInnen zu einer schnellen Entscheidung gedrängt werden. Dazu trage auch bei, dass sich PatientInnen zu einem schnellen Entscheid für einen Eingriff hinreissen lassen mit der Hoffnung, dass das Leiden dadurch rasch eliminiert werden kann.

⁴⁹ Die Nachsorge dient dazu, die Rehabilitation fortzuführen, den Behandlungserfolg zu überwachen und ein erneutes Fortschreiten der Erkrankung (Rezidiv) zu erkennen. Die Art und die Häufigkeit der Kontrollen sind je nach Eingriff unterschiedlich.

gen notwendig. Das Vorgehen sei aufgrund der Richtlinien stark standardisiert. Eine Active Surveillance-Behandlung benötigt mehr und kostspieligere Nachfolgeuntersuchungen (u.a. Biopsie).

Nach einer Vertebro- bzw. Kyphoplastie sind in der Regel zwei Kontrollen angezeigt. Bei einer konservativen Behandlung einer Wirbelfraktur mit Medikamenten und Physiotherapie fallen häufigere Kontrollen an.

Bei der PCI sind die Kosten für die Nachsorge ähnlich, unabhängig davon, ob ein Eingriff stationär oder ambulant stattgefunden hat.

Beurteilung INFRAS: Geringer Einfluss der Nachsorge auf den Behandlungsentscheid

Wir haben festgestellt, dass die ÄrztInnen Behandlungsentscheide bzw. Behandlungsempfehlungen in den meisten befragten Spitälern/Kliniken aufgrund klarer Grundlagen und Kriterien fällen. Insofern beurteilen wir den Einfluss der Nachsorge auf den Behandlungsentscheid und damit auch die Anreize für unnötige Eingriffe als wenig wahrscheinlich.

3.2.2. Versicherungsstatus

Wirkungsmechanismus

Für allgemeinversicherte PatientInnen kann das Spital den Versicherern die DRG in Rechnung stellen. Bei zusatzversicherten PatientInnen können zusätzlich Honorare nach VVG abgerechnet werden. Behandlungen von zusatzversicherten PatientInnen sind deutlich lukrativer als solche von allgemeinversicherten PatientInnen (höherer Kostendeckungsgrad). Sowohl die ÄrztInnen als auch das Spital/die Klinik haben damit einen erhöhten Anreiz für unnötige Eingriffe bei zusatzversicherten PatientInnen.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Von den befragten Ärzten kennen nicht alle den Versicherungsstatus der PatientInnen, die sie behandeln. Die meisten Ärzte kennen den Versicherungsstatus von stationären PatientInnen, mehrere betonen, dass der Versicherungsstatus den Behandlungsentscheid nicht beeinflusst. Ein Arzt gibt an, den Versicherungsstatus explizit nicht wissen zu wollen, um einen «Bias» zu vermeiden. Ein anderer Arzt weist darauf hin, dass der Versicherungsstatus keine Rolle spiele, weil das Lohnsystem mengenunabhängig ausgestaltet sei, so dass sie bei einem Eingriff an PrivatpatientInnen nicht zusätzlich verdienen.

Beurteilung INFRAS: Anreize aus Versicherungsstatus durch Lohnsystem relativierbar

Grundsätzlich wäre anzunehmen, dass das Wissen über den Versicherungsstatus Anreize für unnötige Eingriffe bietet, wenn die ÄrztInnen bei Zusatzversicherten PatientInnen zusätzliche Honorare bzw. einen höheren Lohn erhalten. Diese Anreize fallen weg, wenn die ÄrztInnen über ein mengenunabhängiges Vergütungssystem (Fixlohn oder Grundlohn mit mengenunabhängigem variablen Lohnbestandteil) entlohnt werden.

3.3. Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst zusammen, wie stark wir die Anreize und Kontrollmechanismen beurteilen. Zentral ist, dass wir die Kontrollmechanismen in der Entscheidungsfindung (standardisierte Prozesse, Mehraugenprinzip) in Kliniken mit reinen Belegarztsystem als deutlich weniger ausgeprägt beurteilen als in Spitälern mit Chefarztsystem und festangestellten ÄrztInnen.

Tabelle 5: Anreiz- und Kontrollmechanismen

Kontrollmechanismus	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke der Kontrollwirkung**
Qualitätskontrollen auf Ebene der Spital-/ Klinikleitung: Identifikation von unnötigen Eingriffen durch Spital-/Klinikleitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung der Indikationsstellung mangels Spezialisierung nicht möglich ▪ Überprüfung der Indikationsqualität durch Peer Reviews ▪ Anforderungen an die Qualifikation der ÄrztInnen 	++ (Peer Reviews: +++)
Standardisierte Prozesse: Reduktion unnötiger Eingriffe durch standardisierte Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Richtlinien (Guidelines) bei PCI und radikaler Prostatektomie vorhanden ▪ Bei Vertebro-/Kyphoplastie spitalspezifische interne Konzepte vorhanden ▪ Keine Wiederholung von bereits durchgeführten Untersuchungen (sofern noch aktuell) ▪ Entscheidungskriterien für oder gegen Eingriff vorhanden 	+++
Mehraugenprinzip: Reduktion unnötiger Eingriffe durch Überprüfung der Behandlungsent-scheide durch weitere ÄrztInnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumorboards bei radikaler Prostatektomie, Indikationskonferenzen und (interdisziplinäre) Fallbesprechungen im Team bei PCI und Vertebro-/Kyphoplastie vorhanden. ▪ Schwache Kontrollmechanismen bei Kliniken mit reinen Belegarztsystemen 	++
Einbezug der PatientInnen: Bessere Behandlungsent-scheide, weil Indikationsstellung durch gut-informierte PatientInnen hinterfragt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausführliche mündliche und schriftliche Information ▪ Patienteneinverständniserklärung ▪ Hinweise auf Zweitmeinung ▪ Geringer Zeitdruck beim Entscheid über einen Eingriff 	++

Anreizmechanismus (potenzielle/theoretische Wirkung)	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke des Anreizes *
Nachsorge: Anreiz für unnötige Eingriffe, weil Nachsorgeleistungen finanziell lukrativ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine grossen Unterschiede bei der Nachsorge für unterschiedliche Behandlungsoptionen bei Prostatakarzinom bzw. PCI stationär vs. ambulant ▪ Weniger Nachsorgeleistungen bei Wirbelsäuleneingriff im Vergleich zu konservativer Behandlung 	0
Versicherungsstatus: Anreiz für unnötige Eingriffe, weil bei zusatzversicherten PatientInnen zusätzliche Honorare abrechenbar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versicherungsstatus teilweise nicht bekannt ▪ Versicherungsstatus teilweise irrelevant für Vergütung (mengenunabhängiges Lohnsystem) 	++

* Stärke der Kontrollmechanismen: 0 keine Wirkung, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Wirkung, um unnötige Eingriffe zu vermeiden bzw. unnötige Implantate einzusetzen.

** Stärke der Anreizwirkung: 0 keine Anreize, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen.

Tabelle INFRAS.

4. Codierung und Rechnungsstellung

Dieses Kapitel untersucht und beurteilt die Anreiz- und Kontrollmechanismen bei der Codierung und durch die Rechnungsstellung von stationären Eingriffen.

4.1. Kontrollmechanismen

4.1.1. Codierung/Codierrevisionen

Wirkungsmechanismus

Die ÄrztInnen dokumentieren ihre Leistungen in der Krankenakte. Diese dient als Basis für die Codierung von stationären Eingriffen. Den Codierabteilungen kommt hier eine Kontrollfunktion zu.

Codierrevisionen ihrerseits überprüfen die Richtigkeit der Codierungen durch die Codierabteilungen in Bezug auf Leistungsausweitungen.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Die medizinische Codierung verschlüsselt – basierend auf der medizinischen Dokumentation – Diagnosen und Prozeduren der stationären Fälle in ICD- und CHOP-Codes und gruppiert sie zu einer DRG. In den meisten befragten Spitälern/Kliniken werden diese Arbeiten von einem spezialisierten Fachdienst vorgenommen. Bei den Codierenden handelt es sich meist um spezifisch ausgebildete Fachleute mit medizinischem Fachwissen. Ein Interviewpartner betont, dass die Codierabteilung unabhängig ist von der Finanzabteilung. In einem privaten Spital ist die Patientenadministration (u.a. Codierung, Rechnungsstellung) ausgelagert.

a) Kontrollfunktion des Codierteams

Im Rahmen der Codierung überprüft das Codierteam eines privaten Spitals die Vollständigkeit der Dokumentation. In zwei öffentlichen Spitälern haben die ÄrztInnen die Vollständigkeit durch ihr Visum zu bestätigen. Zwei öffentliche und zwei private Spitäler geben an, dass es schon mal Lücken in der Dokumentation geben könne (z.B. ein fehlendes Röntgenbild). Meistens werde in der Hektik vergessen, etwas aufzulisten. Bei Inkonsistenzen in der Dokumentation gingen die Codierenden diesen nach.

Drei öffentliche und zwei private Spitäler/Kliniken geben an, dass es dem Codierteam nicht möglich ist zu überprüfen, ob die dokumentierten Leistungen auch den tatsächlich erbrachten Leistungen entsprechen. Mehrere Spitäler/Kliniken sind ausserdem der Ansicht, dass es im Rahmen der Codierung nicht möglich ist, die Diagnose- und Indikationsqualität zu überprüfen.

b) Kontrollfunktion durch Codierrevision

Die Tarifverträge zwischen Spital/Klinik und Versicherern verpflichten die Spitäler/Kliniken, jährlich eine Codierrevision durchzuführen, bei der ein externes Büro die Qualität der Codierung überprüft.⁵⁰

Zu möglichen Anreizen für Leistungsausweitungen im Rahmen der Codierung haben sich die GesprächspartnerInnen wie folgt geäußert: Grundsätzlich versuchten die Codierenden die Codierung zugunsten des Spitals zu optimieren. Klare Regeln und jährliche Revisionen liessen aber wenig Spielraum für Übercodierungen (z.B. ungerechtfertigte Codierung von Nebendiagnosen). Abgesehen davon hätten die mit der Codierung beauftragten Personen keinen finanziellen Anreiz für Übercodierungen, da ihre Entlohnung unabhängig von den codierten Leistungen sei.

Falschangaben durch die ÄrztInnen seien praktisch unmöglich, weil mehrere ÄrztInnen und Pflegepersonen in die Behandlung involviert sind und Ungereimtheiten in der Krankenakte auffallen würden.

Zwei InterviewpartnerInnen haben die Zahl der Beanstandungen infolge der jährlichen Codierrevision als gering angegeben. Dies wird durch öffentliche Revisionsberichte bestätigt.⁵¹

Beurteilung INFRAS: Keine inhaltliche Kontrolle durch Codierteams und wenige Falschcodierungen

Aufgrund der Interviewaussagen beurteilen wir die Kontrollmöglichkeiten der Codierabteilung in Bezug auf die Überprüfung der Indikationsqualität als sehr gering.

Aufgrund der eng definierten Codierregeln sowie des Mehraugenprinzips bei der Codierung schätzen wir die Wahrscheinlichkeit von absichtlichen Falschcodierungen durch das Codierteam mit dem Ziel eine höhere Vergütung zu erzielen ebenfalls als sehr gering ein. Diese Einschätzung wird gestützt durch die geringen Beanstandungsquoten bei Codierrevisionen.

4.1.2. Rechnungsstellung

Wirkungsmechanismus

Nach Abschluss der Behandlung werden die Leistungen in Rechnung gestellt. Den Versicherern, Kantonen und PatientInnen kommt mit der Rechnungsprüfung eine Kontrollfunktion zu.

⁵⁰ Vgl. <https://www.swissdr.org/de/akutsomatik/swissdr-system-80/kodierrevision>

⁵¹ Vgl. z.B. http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/8872/1/F/Rapport2017.pdf

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Nach Abschluss der Behandlung schickt das Spital seine Rechnungen an die Versicherer und an die Kantone. Gemäss Art. 59 Abs. 4 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sind die Leistungserbringer verpflichtet, der versicherten Person im System des Tiers payant eine Kopie der Rechnung nach Art. 42 Abs. 3 KVG zukommen zu lassen.⁵²

Bei BelegärztInnen erfolgt die Rechnungsstellung für die Zusatzversicherten Leistungen (VVG-Anteil) entweder direkt durch die BelegärztInnen an die Versicherer oder die Rechnung der Belegärztin/des Belegarztes wird als Fremdrechnung auf die Rechnung der Klinik gesetzt.

Die Aussagen der befragten Spitäler/Kliniken zur Rechnungsprüfung durch die **Versicherer** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Praktisch alle befragten Spitäler/Kliniken haben angegeben, dass die Versicherer die Rechnungen kontrollierten und die Zahl der Anfragen von Versicherern für zusätzliche Auskünfte in letzter Zeit zugenommen habe. Zwei Gesprächspartner sagen aus, vor allem grosse Versicherungen prüften eher genauer und müssten Entscheide gut begründet werden.
- Zu der Art der geprüften Fälle haben wir unterschiedliche Antworten erhalten:
 - Eine private Klinik gibt an, dass Versicherer vor allem ambulante Fälle prüften, weil hier die Versicherer den gesamten Betrag übernehmen müssten.
 - Fälle mit Langliegern würden geprüft, weil die Spitäler/Kliniken für diese Fälle eine zusätzliche Entschädigung erhielten. Bei den ausgewählten Eingriffen seien Langlieger aber nicht besonders häufig.
 - Die Fälle mit den ausgewählten drei Eingriffen würden nicht speziell kontrolliert.
- Was den Inhalt der Prüfung betrifft, gehen die Aussagen ebenfalls auseinander:
 - Ein öffentliches Spital hat angegeben, dass die VertrauensärztInnen der Versicherer die Diagnose kontrollierten, während die SachbearbeiterInnen eher Details überprüften.
 - Gemäss einem anderen Gesprächspartner prüfen die Versicherer die Codierung.
 - Ein Interviewpartner bemängelt, dass Versicherer teilweise unwichtige Details überprüften. Er habe den Eindruck, als möchten die Versicherer «unbedingt etwas finden».

Die Aussagen zur Prüfung der Rechnungen durch die **Kantone** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Drei Spitäler geben an, dass der Kanton die Rechnungen überprüfe. Zwei andere Spitäler sagen aus, dass der Kanton die Rechnungen nicht überprüfe. Nach Aussage eines Spitals überprüft der Kanton, ob das Spital für die verrechneten Leistungen tatsächlich auf der Spitalliste ist. Falls das Spital Leistungen erbracht habe, für die es nicht auf der Liste stehe, müssten sie den kantonalen Anteil an der Rechnung zurückbezahlen.

⁵² Zur Problematik dieser Verpflichtung siehe Schweizerische Eidgenossenschaft 2019, S. 6082f.

- Rückfragen des Kantons betreffen häufig die Frage ambulant vor stationär oder das Eintrittsdatum der PatientInnen.

Die Auswertungen von einem öffentlichen Spital zeigen, dass aufgrund der Rückfragen der Versicherer letztendlich nur ein sehr geringer Anteil der Rechnungen korrigiert werden musste: In der Grundversicherung waren es 2017 und 2018 je ca. 0.6% aller Rechnungen, die das Spital korrigieren musste, bei den Rechnungen für zusatzversicherte PatientInnen ca. 1.3% bis 1.4% aller Rechnungen. Sei eine Korrektur notwendig, storniere das System jeweils automatisch die Rechnungen an die Versicherer und an den Kanton und stelle neue Rechnungen aus. Inwieweit Versicherer und Kantone explizit über eine Stornierung informiert werden, haben wir nicht abgefragt.

Alle befragten Spitäler/Kliniken in der Deutschschweiz verzichten aus Kostengründen darauf, den **PatientInnen** standardmässig eine Rechnungskopie zuzustellen.⁵³ Auf Wunsch würde den PatientInnen eine Kopie zugeschickt.

Beurteilung INFRAS: Kontrollfunktionen erst teilweise wahrgenommen

Aus den Interviewaussagen schliessen wir, dass die Versicherer ihre Kontrollfunktion wahrnehmen, zumindest in dem Sinne, dass sie Kontrollen durchführen. Je nach Versicherer gehen die Kontrollen unterschiedlich tief, die Kontrollen von Diagnose und Behandlung scheinen eher selten. Ob die Kontrollen zielführend oder angemessen sind, können wir nicht beurteilen. Die geringe Zahl an Korrekturen lässt hier keinen eindeutigen Schluss zu.

Zur Kontrollfunktion der Kantone haben wir z.T. unterschiedliche Aussagen; die Praxis scheint je nach Kanton unterschiedlich. Hier wären weitere Abklärungen notwendig, um die Kontrollfunktion beurteilen zu können.

Klar ist hingegen, dass die PatientInnen in der heutigen Situation ihre Kontrollfunktion nur ungenügend wahrnehmen können, wenn sie nur auf Wunsch eine Rechnung zugestellt erhalten. Inwieweit die PatientInnen überhaupt befähigt sind, eine solche Kontrollfunktion wahrzunehmen, ist nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

4.2. Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst zusammen, wie stark wir die Anreize und Kontrollmechanismen beurteilen:

⁵³ KVG Art 42, Abs. 3 verpflichtet die Spitäler, den Krankenkassen eine «detaillierte und verständliche» Rechnung zuzustellen und eine Kopie davon an die versicherte Person zu schicken. Dadurch soll sichergestellt werden, dass nur Leistungen verrechnet werden, die auch bezogen wurden.

Tabelle 6: Anreiz- und Kontrollmechanismen

Kontrollmechanismus (potenzielle/theoretische Wirkung)	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke der Kontrollwirkung *
Codierung: Identifikation von ungerechtfertigten Leistungen durch Codierabteilung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vollständigkeit der Leistungen verein- zelt überprüft ▪ Indikationsstellung nicht überprüfbar 	0
Codierung: Identifikation von ungerechtfertigten Leistungen durch Codierrevisionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klare Codierregeln ▪ Geringe Beanstandungen bei Codierre- visionen 	0
Rechnungsstellung: Identifizierung von unnötigen Eingriffen dank Rechnungsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontrolle von Rechnungen durch Versi- cherer, teilweise durch Kantone ▪ Keine Kontrolle durch PatientInnen 	+

* Stärke der Kontrollmechanismen: 0 keine Wirkung, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Wirkung, um unnötige Eingriffe zu vermeiden bzw. unnötige Implantate einzusetzen.

Tabelle INFRAS.

5. Infrastruktur und Material

Dieses Kapitel untersucht und beurteilt die Anreiz- und Kontrollmechanismen von Grossgeräten und Implantaten.

5.1. Anreizmechanismen

5.1.1. Grossgeräte

Wirkungsmechanismus

Grossgeräte wie der Da Vinci-Roboter für urologische Eingriffe oder ein Herzkatheterlabor für PCI sind sehr kostenintensiv. Sind solche Geräte nicht ausgelastet, können Anreize für unnötige Eingriffe entstehen, um die Investitionen zu amortisieren.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Sieben der neun Spitäler besitzen einen Da Vinci-Roboter und mindestens ein Herzkatheterlabor.⁵⁴ Ein öffentliches Spital teilt sich einen Da Vinci-Roboter mit einem anderen Spital.

Über die Anschaffung eines Grossgerätes entscheidet die Spital-/Klinikleitung basierend auf einem Business Plan. Der Anstoss für ein neues Gerät kommt gemäss den befragten Spitalern häufig auch von Seiten der ÄrztInnen. Die folgende Tabelle fasst wichtige Gründe für die Anschaffung von Grossgeräten zusammen:

Tabelle 7: Gründe für Grossgeräte

	Radikale Prostatektomie	PCI
Gerät	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da Vinci-Roboter 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herzkatheterlabor
Gründe für Anschaffung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategische Ausrichtung des Spitals ▪ Wettbewerbsvorteile ▪ Medizinische Kriterien (kürzere Liegedauer, schnellere Heilung) ▪ Personalmarketing ▪ Nachfrageüberhang 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategische Ausrichtung des Spitals ▪ Nachfrageüberhang, demografische Entwicklung ▪ Regulatorische Rahmenbedingungen
Grundlage für Anschaffung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Businessplan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Businessplan

Tabelle INFRAS.

Die Aussagen der Interviewpartner zur Anschaffung von kostenintensiven Geräten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

⁵⁴ Ein öffentliches und zwei private Spitäler/Kliniken setzen für die Behandlung von Prostatakarzinomen auch einen hoch intensiven fokussierten Ultraschall (HIFU) ein. Die Beschaffung von HIFU wurde in den Gesprächen nicht vertieft.

- Bei den meisten Spitälern/Kliniken spielten strategische Überlegungen und mögliche Wettbewerbsvorteile eine wichtige Rolle. Die finanzielle Rentabilität sei weniger wichtig. Gerade beim Da Vinci-Roboter nehmen einzelne Spitäler in Kauf, dass das Gerät nicht rentabel zu betreiben ist.
- Beim Da Vinci-Roboter spielten sodann auch medizinische Überlegungen – kürzere Liegedauer, schnellere Erholung etc. – eine wichtige Rolle,⁵⁵ während beim Herzkatheterlabor auch der Anstieg der älteren Bevölkerung als Grund für den Kauf eines neuen Labors genannt wird.
- Ein weiterer Grund ist gemäss den Aussagen von mehreren Spitalleitungen, dass das Spital über einen Da Vinci-Roboter verfügen müsse, wenn es gute ÄrztInnen anziehen wolle. Vor allem jüngere ÄrztInnen würden die offene Operationstechnik nicht mehr beherrschen.

Die Folge dieser Entwicklung ist gemäss einzelnen InterviewpartnerInnen, dass die Grossgeräte in gewissen Spitälern nicht ausgelastet sind. Über die Auslastung der Grossgeräte haben wir allerdings keine konkreten Angaben. Zumindest in drei Spitälern/Kliniken wird der Da Vinci-Roboter nicht nur für urologische Eingriffe eingesetzt.⁵⁶

Drei Spitäler setzen für die Behandlung von Prostatakarzinomen auch einen hoch intensiven fokussierten Ultraschall (HIFU) ein.

Exkurs: Da Vinci-Roboter:

Bei einer radikalen Prostatektomie können verschiedene Methoden zum Einsatz kommen:

- Bei einem offenen Eingriff erfolgt ein Einschnitt im unteren Bauchbereich zur Entfernung der Prostata.
- Bei einer laparoskopischen radikale Prostatektomie arbeiten die ÄrztInnen mit kleinen Schnitten und einer winzigen Kamera innerhalb der PatientInnen.
- Bei einer roboterassistierten Operation arbeiten die ChirurgInnen an einer Konsole und nicht direkt an den PatientInnen.

Die Tendenz geht zunehmend in Richtung roboterassistierte Operation.⁵⁷ Nur noch in wenigen der befragten Spitäler/Kliniken wird die Operation überhaupt noch offen durchgeführt und meistens nur noch von den älteren ÄrztInnen. Nur in einem Spital müssen die jungen ÄrztInnen

⁵⁵ Es war nicht Aufgabe, der vorliegenden Untersuchung zu prüfen, ob diese Vorteile wissenschaftlich belegt sind. Die Analyse von DRG-Kostendaten durch das BFS zeigt eine kürzere Aufenthaltsdauer bei radikalen Prostatektomie-Eingriffen, die mit dem Roboter durchgeführt wurden.

⁵⁶ Gemäss EFK ist aus anderen Spitälern bekannt, dass Da Vinci-Roboter bei Überversorgung für Eingriffe in verschiedenen Fachbereichen eingesetzt werden, u.a. für Bauchoperationen, aber auch im ORL-Bereich (Hals-Nasen-Ohren).

⁵⁷ Gemäss EFK finden 65% der Eingriffe zur radikalen Prostatektomie mit Roboter statt. 35% der Eingriffe erfolgen mit einem anderen Verfahren (offen, laparoskopisch etc.).

im Rahmen ihrer Ausbildung immer noch beide Techniken erlernen. Die meisten befragten Ärzte sind sich einig, dass mit dem Da Vinci-Roboter durchgeführte Eingriffe kurzfristige Vorteile gegenüber einer offenen Operation bringen (z.B. kürzere Aufenthaltsdauer, schnellere Erholung).⁵⁸ Der langfristige Nutzen der roboterassistierten radikalen Prostatektomie ist gemäss den Aussagen der Interviewpartner jedoch umstritten. Einige betonten, dass die onkologischen und funktionellen Resultate langfristig keine Vorteile eines Eingriffs mit dem Roboter gegenüber einer offenen OP zeigen. Entscheidend – so ein Arzt – sei die Erfahrung des Operateurs und nicht die Technik.

Beurteilung INFRAS: Teure Grossgeräte generieren Anreize für unnötige Eingriffe

Grundsätzlich dürften die hohen Anschaffungskosten und die Unterauslastung bei den Grossgeräten deutliche Anreize für unnötige Eingriffe generieren. Der Anreiz könnte sich unserer Ansicht nach relativieren, wenn das Gerät primär aus Marketingüberlegungen beschafft wurde und nicht erwartet wird, dass es kostendeckend betrieben werden kann.

Zu prüfen wäre auch, ob es gelingen könnte, die Gesundheitskosten einzudämmen, wenn der Kanton den Kauf von teuren Grossgeräten limitieren würde.

5.1.2. Implantate

Wirkungsmechanismus

Gemäss EFK kosten Stents für die PCI zwischen 1'500 CHF und 3'000 CHF.⁵⁹ Werden die Stents im Rahmen eines stationären Eingriffs eingesetzt, ist das Material in der Fallpauschale inbegriffen. Das Spital hat also einen Anreiz, möglichst wenige und günstige Stents einzusetzen. Bei zusatzversicherten PatientInnen hingegen und im ambulanten Bereich können Stents separat verrechnet werden. Damit kann der Anreiz entstehen, bei zusatzversicherten PatientInnen und bei ambulanten Eingriffen zu viele und eher teure Stents einzusetzen.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Bei praktisch allen befragten Spitälern/Kliniken bestimmen die ÄrztInnen die zu beschaffenden Stents und andere Implantate oder zumindest die Anforderungen. Je nach Spital ist das Material unterschiedlich stark standardisiert. Die Beschaffung erfolgt aber nicht durch die ÄrztInnen, sondern durch einen zentralen Einkauf. Die konkrete Ausgestaltung ist dabei unterschiedlich:

- Praktisch alle befragten Spitäler/Kliniken sind Teil einer Einkaufsgemeinschaft.

⁵⁸ Gemäss EFK bestätigen wissenschaftliche Studien diese Aussagen.

⁵⁹ Preise 2017.

- Ein öffentliches Spital strebt zusätzlich Parallelimporte aus dem Ausland an. Zwei private Kliniken führen bereits Parallelimporte durch.
- Ein öffentliches und ein privates Spital führen Ausschreibungen durch.

Als Vorteile einer zentralen Beschaffung werden genannt:

- Günstigere Preise.
- Das Materialangebot könne in einem sinnvollen Mass gesteuert werden. Dies sei wichtig für die Qualität. Ein Interviewpartner erwähnt, dass auch aus Qualitätsgründen das Materialangebot eingeschränkt werden müsse. Die Gefahr bestehe sonst, dass es zu Verwechslungen komme, wenn jeder sein eigenes Material bestellen könne.
- Eine zentrale Beschaffung verhindere, dass die Ärzteschaft durch die Industrie instrumentalisiert wird und interessensbasiert (und somit auch möglicherweise überbeuerte) Implantate einkauft.

Die Kosteneinsparungen, welche die Spitäler bei der Beschaffung erzielen, reduzieren im stationären Bereich die Fallkosten. Damit verbessert sich der Kostendeckungsgrad. Im ambulanten Bereich sind die Spitäler per Gesetz dazu verpflichtet, Rabatte aus dem Einkauf an die PatientInnen weiterzugeben. Vier Interviewpartner sehen dadurch den Anreiz reduziert, günstige Stents zu beschaffen. Ein anderer Interviewpartner erwähnt noch, dass Versicherer im ambulanten Bereich oft wegen der Stents nachfragen würden.

Ein Spital weist noch darauf hin, dass sie die Zahl der verwendeten Stents überwachen. Bei Auffälligkeiten müssten sich die BelegärztInnen rechtfertigen. In den meisten Spitälern ist ausserdem aufgrund des Mehraugenprinzips (vgl. Kapitel 3.1.3) eine gewisse Kontrolle gegeben.

Beurteilung INFRAS: Kostendruck reduziert Anreize für unnötige und teure Implantate

Das Vorhandensein von Einkaufsgemeinschaften zeigt unserer Ansicht nach, dass die Fallpauschalen einen Anreiz schaffen, für Implantate günstige Preise zu erzielen. Bei Spitälern/Kliniken, die einen hohen Anteil ambulanter Eingriffe oder zusatzversicherter PatientInnen aufweisen, dürfte der Anreiz, Rabatte zu erzielen, geringer sein, weil in diesen Fällen, Implantate zum Kaufpreis abgerechnet werden können. Der Anreize dürfte sich dadurch relativieren, wenn die Versicherer ambulante Fälle stärker kontrollieren.

Günstigere Implantate reduzieren kurzfristig die Kosten. Dadurch verbessert sich der Kostendeckungsgrad. Grundsätzlich reduzieren günstigere Kosten aber das durchschnittliche Kostengewicht der Fallpauschale und damit letztendlich die Vergütung für den Eingriff.⁶⁰

5.2. Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst zusammen, wie stark wir Anreize und Kontrollmechanismen beurteilen:

Tabelle 8: Anreizmechanismen

Anreizmechanismus (potenzielle/theoretische Wirkung)	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke des Anreizes *
Grossgeräte: Anreiz für unnötige Eingriffe infolge von hohen Anschaffungskosten und Unterauslastung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossgeräte bei fast allen Spitälern/Kliniken im Einsatz ▪ Beschaffung aus strategischen Überlegungen relativieren Anreiz 	++
Implantate: Anreiz für Kosteneinsparungen bei Eingriffen mit Fallpauschalen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einkaufsgemeinschaften bei den meisten Spitälern/Kliniken weisen auf Sparbestrebungen hin ▪ Mit Rabatten durch Einkaufsgemeinschaften steigt Kostendeckungsgrad und schafft potenziell neue Anreize für unnötige Eingriffe 	+
Implantate: Anreize für zu viele und teure Stents bei zusatzversicherten PatientInnen und bei ambulanten PCI-Eingriffen, weil Implantate separat verrechenbar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufige Nachfragen von Versicherern 	+

* Stärke der Anreizwirkung: 0 keine Anreize, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen.

Tabelle INFRAS.

⁶⁰ Vergütung = Kostengewicht x Baserate. Kostengewichte sind empirisch ermittelte, relative Gewichte, die den durchschnittlichen Behandlungsaufwand einer gegebenen Gruppe von Patienten beschreiben. Sie werden in der Regel jährlich anhand von aktualisierten Fallkostendaten der Spitäler berechnet. Die Baserate wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. (<https://www.swissdrg.org/de/ueber-uns/wichtige-begriffe>)

6. Vergütungssysteme für die ÄrztInnen

Dieses Kapitel untersucht und beurteilt die Anreiz- und Kontrollmechanismen, die sich aus dem Vergütungssystem ergeben.

6.1. Anreizmechanismen

Wirkungsmechanismus

Die Anreize von Vergütungssystemen für unnötige Eingriffe sind umso höher, je direkter einkommenswirksam die Einnahmen aus den Tarifen sind.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Wie in Kapitel 2.1.2 dargestellt, arbeiten öffentliche Spitäler vor allem mit einem Chefarztsystem und festangestellten ÄrztInnen und Privatspitäler mit BelegärztInnen. Ein privates Spital hat ein Mischsystem mit Chefarztsystem und BelegärztInnen installiert.

Der Lohn bzw. die Vergütung der ÄrztInnen ist für festangestellte ÄrztInnen und BelegärztInnen unterschiedlich.

Für **festangestellte ÄrztInnen** in einem Chefarztsystem gibt es folgende Systeme:

- **Fixlohn:** Sämtliche Einnahmen aus allgemein- und zusatzversicherten PatientInnen fließen ans Spital. Aus den Einnahmen erhalten die ÄrztInnen einen Fixlohn, es gibt keine variablen (und somit keine mengenbasierte) Bestandteile. Von den befragten Spitalern/Kliniken wendet ein Spital dieses System an (zurzeit noch geringer variabler Anteil von 1-3%).
- **Grundlohn plus variabler Lohnbestandteil:** Sämtliche Einnahmen aus allgemein- und zusatzversicherten PatientInnen (DRG, Einnahmen aus VVG, Einnahmen aus TARMED) fließen ans Spital. Die ÄrztInnen erhalten einen fixen Grundlohn und einen (variablen) Lohnbestandteil, der sich nach Kriterien wie Spital-/Abteilungsergebnis, Qualität, Reputation, Mitarbeiterführung und Patientenzuweisung berechnet. Der variable Lohnbestandteil pro Arzt ist dabei mengenunabhängig, d.h. von der Anzahl Eingriffe entkoppelt. Dieses System findet sich bei zwei öffentlichen und einem privaten Spital. Bei den öffentlichen Spitalern ist der Grundlohn gedeckelt.
- **Grundlohn plus Anteil am Honorarpool:** Sämtliche Einnahmen aus allgemeinversicherten PatientInnen fließen ans Spital. Die Einnahmen aus zusatzversicherten PatientInnen fließen in einen Pool der medizinischen Abteilung. In einem Spital fließen bspw. in der Kardiologie 50% der Privathonorare ans Spital und 50% in den Pool (die Einnahmen aus der DRG gehen zu 100% ans Spital). Die ÄrztInnen erhalten einen fixen Grundlohn und zusätzlich eine variable Lohnkomponente aus dem Pool. Die Einnahmen aus dem Pool werden über einen

Schlüssel an die ÄrztInnen verteilt. In zwei Spitälern wird der Schlüssel von den ChefärztInnen bestimmt, in einem von allen leitenden Ärzten. Kriterien für die abteilungsinterne Verteilung sind bspw. Funktion, Verantwortung für Ausbildung, Nachtarbeit, Forschungsgelder, Grants etc.

Von den befragten Spitälern/Kliniken stellen drei öffentliche Spitäler und ein privates Spital auf dieses System ab.

Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass die Kriterien für die Verteilung der Honorare innerhalb der medizinischen Abteilung eines Spitals voneinander abweichen könne. Gemäss den Interviewpartnern hat es aber grundsätzlich die Funktion, die Entschädigung der ÄrztInnen von der Anzahl behandelter PatientInnen zu entkoppeln und dadurch die Anreize für unnötige Eingriffe zu senken.

Ein Interviewpartner betont, dass es sich bei den Honoraranteilen nicht um Boni handelt.

In der Praxis kann ein Vergütungssystem von den Grundmodellen abweichen bzw. Elemente von zwei Modellen aufweisen. Ein öffentliches Spital wendet ein solches Mischsystem an: Hier wird der Honorarpool sowohl von den Einnahmen aus der OKP als auch aus den VVG-Einnahmen gespeisen. Die Honorare werden aufgrund von festgelegten Kriterien auf die Abteilungen aufgeteilt und anschliessend aufgrund von abteilungsspezifischen Kriterien auf die einzelnen ÄrztInnen verteilt. Dabei können auch qualitative Kriterien zur Anwendung kommen. Die Gesamtvergütung (Grundlohn plus variabler Honoraranteil) ist gedeckelt.

Bei den BelegärztInnen funktioniert die Vergütung wie folgt:

- Bei Allgemeinversicherten erhalten die fallführenden BelegärztInnen basierend auf Tariflöhnen (z.B. von der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung (SBV)) einen Anteil an der DRG (Grössenordnung gemäss zwei Spitälern: 20-25%).
- Bei zusatzversicherten PatientInnen fliesst die DRG-Pauschale (OKP-Anteil) vollständig ans Spital, ebenso die Erträge aus dem VVG für Hotellerie. Die Honorare aus dem VVG für die Arztleistungen gehen vollumfänglich an die BelegärztInnen. Spital-/Klinikleitung haben keinen Einfluss auf die gemäss VVG abgerechneten Honorare. Ein Interviewpartner hat darauf hingewiesen, dass dieses Modell von Seiten der FINMA als intransparent kritisiert wird, weil die OKP-Vergütung (DRG) eigentlich auch die Arztleistung zumindest teilweise abdecken sollte.⁶¹
- Bei ambulanten Leistungen erhalten die BelegärztInnen die ärztliche Leistung (AL) und allenfalls noch einen zusätzlichen Anteil von der technischen Leistung (TL).

⁶¹ Vgl. folgenden Abschnitt zu Bottom-up- und DRG+-Modell.

Im Gegensatz zu den Poolsystemen bei den angestellten ÄrztInnen sind die Einnahmen der BelegärztInnen direkt an die Anzahl der Eingriffe gekoppelt. D.h. je mehr Eingriffe sie durchführen, desto höher fallen ihre Einnahmen aus.

Die Honorarvergütung im VVG-Bereich befindet sich zurzeit im Umbruch. Einige der Interviewten erwähnten, dass die Versicherer weg von der bisherigen Einzelleistungsverrechnung und ein FINMA-kompatibles System installieren wollen, bei dem nur noch echte Mehrleistungen verrechenbar sein sollen. Die befragten Spitäler/Kliniken haben zwei Modelle erwähnt, die sich in Bezug auf die Verrechnung von VVG-Leistungen unterscheiden: Beim Bottom-up-Modell sind nur noch Mehrleistungen verrechenbar, während beim DRG+-Modell diese nicht spezifiziert werden müssen, sondern eine pauschale Vergütung erfolgt.

- **Bottom-up-Modell:**⁶² Die Vergütung aus der OKP (DRG) wird neu auch bei zusatzversicherten PatientInnen zwischen Spital und Arzt/Ärztin aufgeteilt. Die ÄrztInnen können sodann beim VVG Mehrleistungen geltend machen, ebenso das Spital für Hotellerie (1-Bett-Zimmer, erweiterte Menü-Auswahl etc.) und Spitalleistungen (z.B. individuelles Pflegekonzept). Die Mehrleistungen der ÄrztInnen umfassen dabei bspw. Behandlung durch leitende ÄrztInnen, ChefärztInnen und individuelle Betreuung (Behandlung, Visiten, Informationen). Die Gesamtvergütung für die BelegärztInnen bliebe unverändert. Von den befragten Spitälern wendet ein privates Spital dieses System bereits an und hat mit Versicherern entsprechende Verträge abgeschlossen. Der Vorteil des Modells für das Spital liegt darin, dass die Vergütung der Leistungen der ÄrztInnen zwischen den Versicherern und den ÄrztInnen geregelt wird. Für die Versicherer bietet dieses Modell den Vorteil, dass die Mehrleistungen in einem Vertrag klar definiert und tarifiert sind.
- **DRG+-Modell:** Für den VVG-Teil wird eine Baserate festgelegt, die mit einem Kostengewicht multipliziert wird. Dieser Betrag deckt die ärztliche Leistung. Die Hotellerie-Leistungen des Spitals werden über eine Nachtpauschale abgedeckt. Von den befragten Spitälern/Kliniken wendet ein privates Spital dieses Modell an. Das Modell habe dazu geführt, dass gewisse ÄrztInnen deutlich mehr verdienen, andere hingegen deutlich weniger. Ausserdem führt das Modell dazu, dass die BelegärztInnen faktisch von der Klinik entlohnt werden und nicht mehr frei ihre Rechnungen selber stellen können. Entsprechend stiess dieses Modell bei der Ärzteschaft auf Widerstand.

Die folgende Tabelle fasst die verschiedenen Systeme zusammen:

⁶² Vgl. Rüttsche 2017, S. 15.

Tabelle 9: Vergütungssysteme

	Angestellte ÄrztInnen mit Fixlohn	Angestellte ÄrztInnen mit Grundlohn und individuellem variablem Lohnanteil	Angestellte ÄrztInnen mit Grundlohn und Honoraranteil aus Pool	BelegärztInnen
Stationär allgemeinversicherte PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> DRG, Einnahmen aus VVG und Einnahmen aus TARMED fließen vollständig ans Spital 	<ul style="list-style-type: none"> DRG, Einnahmen aus VVG und Einnahmen aus TARMED fließen vollständig ans Spital Aus Gesamteinnahmen wird Fixlohn und variabler Lohnbestandteil bezahlt 	<ul style="list-style-type: none"> DRG fließen an Spital/Klinik Aus Einnahmen wird Grundlohn bezahlt 	<ul style="list-style-type: none"> Alt: DRG fließen an Spital/Klinik Neu:⁶³ DRG zwischen Spital/Klinik und ÄrztInnen aufgeteilt
Stationär Zusatzversicherte PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> Aus Gesamteinnahmen wird Fixlohn bezahlt 		<ul style="list-style-type: none"> Einnahmen aus VVG fließen teilweise an Spital, teilweise in Pool Aus Pooleinnahmen wird variabler Honoraranteil bezahlt 	<ul style="list-style-type: none"> Alt: Einnahmen aus VVG fließen an BelegärztInnen Neu: Nur noch echte Mehrleistungen verrechenbar
Ambulant Behandlungen (alle PatientInnen)			<ul style="list-style-type: none"> Einnahmen aus TARMED fließen ans Spital Aus Einnahmen wird Grundlohn bezahlt 	<ul style="list-style-type: none"> Einnahmen von TARMED-AL fließen vollständig an BelegärztInnen

Tabelle INFRAS. Quelle: Befragte Spitäler/Kliniken.

Einzelne Gesprächspartner sehen den Vorteil eines Fixlohnsystems darin, dass sie sich auf die medizinische Tätigkeit konzentrieren können. Andere betonen, dass das Fixlohnsystem keinen Anreiz für unnötige Eingriffe geben würde, weil sie nicht mehr verdienen würden, auch wenn sie mehr Eingriffe vornehmen würden. Im Gegenteil, unnötige Eingriffe würden ihre Reputation schädigen und somit sei kein Anreiz für unnötige Eingriffe gegeben.

Andere Gesprächspartner erwähnten auch, dass seit der Entkoppelung des Lohns von den Fallzahlen die interdisziplinäre Zusammenarbeit besser funktioniere: Ein Privatspital erwähnte beispielsweise, heute werde bei Komplikationen häufiger ein weiterer Arzt oder eine weitere Ärztin zum Belegarzt hinzugezogen. Früher hätten sie eher darauf verzichtet, weil sie dann das Honorar hätten teilen müssen.

⁶³ Neue Verträge sind teilweise bereits in Kraft.

Beurteilung INFRAS: Starke Anreize für unnötige Eingriffe bei BelegärztInnen

Ob Anreize für unnötige Eingriffe bestehen, ist stark davon abhängig, inwiefern eine variable Lohnkomponente besteht, welche direkt mengenabhängig einkommenswirksam ist. In Bezug auf die drei beschriebenen Systeme ziehen wir folgendes Fazit:

- Vergütungssysteme mit einem Fixlohn enthalten kurzfristig keine Anreize für unnötige Eingriffe, da die ÄrztInnen unabhängig von der Zahl der durchgeführten Eingriffe entlohnt werden. Längerfristig könnten aber auch in einem System mit Fixlöhnen die ÄrztInnen durch die Rentabilität der Abteilung oder des Gesamthospitals beeinflusst werden. Eine drohende Schliessung einer medizinischen Abteilung infolge ungenügender Rentabilität könnte dadurch Anreize für unnötige Eingriffe auslösen.
- Vergütungssysteme mit einem Honoraranteil bieten aus unserer Sicht einen – wenn auch moderaten – Anreiz für unnötige Eingriffe bei zusatzversicherten PatientInnen, weil der Honoraranteil aus den Einnahmen der Zusatzversicherten gespiesen wird. Wird das Zusatzsalär jedoch gepoolt, besteht für den einzelnen Arzt ein kleinerer Anreiz zur Mengenausweitung, da er nur in geringem Ausmass noch unmittelbar davon profitiert.
- Starke Anreize für unnötige Eingriffe sehen wir hingegen bei BelegärztInnen. Mit den aktuellen Vergütungssystemen ist jeder zusätzliche Eingriff direkt einkommenswirksam.

6.2. Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst zusammen, wie stark wir die Anreize und Kontrollmechanismen beurteilen:

Tabelle 10: Anreiz- und Kontrollmechanismen

Anreizmechanismus (potenzielle/theoretische Wirkung)	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke des Anreizes *
Mengen-/fallzahlenabhängige Vergütungssystem: Anreize für unnötige Eingriffe, weil Anzahl Fälle direkt einkommenswirksam	▪ Mengenunabhängiges Vergütungssystem mit Fixlohn oder Grundlohn mit variablem Lohnbestandteil (basierend auf Spitalergebnis, Qualität etc.)	+
	▪ Teilweise mengenunabhängiges Vergütungssystem mit Grundlohn und Honoraranteil	++
	▪ Mengenabhängiges Vergütungssystem für BelegärztInnen (VVG-Honorare gehen vollständig an BelegärztInnen)	+++

* Stärke der Anreizwirkung: 0 keine Anreize, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen.

Tabelle INFRAS.

7. Tarifstrukturen

Dieses Kapitel untersucht und beurteilt die Anreiz- und Kontrollmechanismen, die sich aus den Tarifstrukturen ergeben.

7.1. Anreizmechanismen

7.1.1. Kostendeckungsgrad

Wirkungsmechanismus

Ein positiver Kostendeckungsgrad über alle Eingriffe in der jeweiligen Kategorie kann Anreize für Mengenausweitungen und damit unnötige Eingriffe schaffen, weil damit die Marge des Gesamtsitals verbessert werden kann.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Die Kenntnisse der befragten Ärzte über die Rentabilität der Eingriffe ist unterschiedlich: Einzelne Ärzte haben angegeben, dass sie über die Kosten und Vergütungen Bescheid wissen. Andere haben ausgesagt, die Vergütung nicht zu kennen.

Um den Einfluss der Rentabilität auf die Eingriffe beurteilen zu können, haben wir bei den Spitälern/Kliniken die Kostendeckung der drei Eingriffe abgefragt. Die Angaben, die wir erhalten haben, waren aber sehr uneinheitlich und ein Vergleich deshalb nicht möglich. Alternativ haben wir den durchschnittlichen Kostendeckungsgrad für die drei Eingriffe in den vier Kantonen berechnet, in denen wir Spitäler/Kliniken befragt haben (siehe folgende Tabelle). Grundlagen hierfür sind die vom BFS zur Verfügung gestellten Kosten pro Eingriff.⁶⁴ Für die Erlöse haben wir uns auf die kantonale festgelegten Baserates und die vom BFS angegebenen Kostengewichte abgestützt. Die Angaben gelten für den OKP-pflichtigen Teil des Eingriffs.

Die Rentabilitäten der Eingriffe weisen zum Teil deutliche Unterschiede auf. Einen positiven Kostendeckungsgrad weisen PCI und Vertebroplastie auf. Die radikale Prostatektomie und Kyphoplastie-Eingriffe sind nicht kostendeckend.

⁶⁴ Die Kosten umfassen Vollkosten (direkte Kosten und Kosten für Anlagennutzung).

Tabelle 11: Kostendeckungsgrad von stationären Eingriffen

Kt.	Spitaltyp	Baserate 2017	Kostendeckungsgrad: Kosten/Erlös				
			PCI mit 2 Stents	Radikale Prosta- tektomie mit Roboter	Radikale Prosta- tektomie ohne Roboter	Vertebro- plastie 1 Wirbel	Kypho- plastie 1 Wirbel
		Kostengewicht 2017	1.385	2.048	2.048	1.500	1.500
		Kosten pro Eingriff 2017	11'792	21'912	22'377	11'487	16'705
1	Nicht-Universitätsspital	9'580	113%	90%	88%	125%	86%
2	Generell	10'170	119%	95%	93%	133%	91%
3	Generell elektive Leistungserbringer	9'950	117%	93%	91%	130%	89%
4	Universitätsspital	10'650	125%	100%	97%	139%	96%
4	Generell	9'600	113%	90%	88%	125%	86%

Tabelle: INFRAS. Quellen: Baserate: HSK 2018, Dienststelle Gesundheit und Sport Kanton Luzern 2017; Kostengewicht und Kosten: Auswertung BFS im Auftrag der EFK.

Im Zusammenhang mit der Tarifierung haben die GesprächspartnerInnen noch folgende Aspekte erwähnt (dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kostendeckung in den einzelnen Spitälern/Kliniken von den Durchschnittswerten abweichen kann):

- Einzelne Interviewpartner erwähnen, dass eine **radikale Prostatektomie** mit dem Da Vinci-Roboter wegen der hohen Gerätekosten teurer sei als eine offene OP. Gemäss EFK sind die durchschnittlichen Gesamtkosten über alle Spitäler in der Schweiz für einen Eingriff mit und ohne Roboter allerdings etwa gleich hoch.⁶⁵ Die höheren Kosten bei roboterassistierten Eingriffen werden durch eine kürzere Liegedauer kompensiert.
- Die Tarifierung für radikale Prostatektomie bietet gemäss einzelnen Interviewpartnern keine Anreize für unnötige Eingriffe, weil offene und laparoskopische Eingriffe gleich vergütet werden. Anreize für unnötige Eingriffe ergäben sich vielmehr dadurch, dass die Spitäler/Kliniken versuchen könnten, die Anschaffungskosten zu amortisieren (siehe Abschnitt 5.1.1.).
- Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass sich der Einsatz von Da Vinci-Robotern nur in grossen Zentren lohne. Es brauche ungefähr 100 Operationen pro Jahr, damit der Da Vinci-Roboter einen Gewinn abwerfe.
- Drei der befragten Spitäler/Kliniken setzen zur Behandlung des Prostatakarzinoms auch einen hochintensiven fokussierten Ultraschall (HIFU) ein. Diese Methode wird zurzeit noch nicht von der OKP vergütet, da es sich um ein experimentelles Verfahren handelt. Verschiedene Interviewpartner haben sich kritisch gegenüber dieser Methode geäussert und sich gegen eine Vergütung der Methode durch die obligatorische Krankenversicherung ausgesprochen, solange die Nützlichkeit der Methode nicht mit Studien validiert ist.

⁶⁵ Basierend auf Auswertungen von BFS-Daten zu den Krankheitskosten.

- Für **Vertebro- und Kyphoplastie** kommen ebenfalls die gleichen Fallpauschalen zur Anwendung. Es ist allerdings umstritten, welche Methode aus medizinischer Sicht überlegen ist. Gemäss den befragten Ärzten ist die Kyphoplastie teurer als die Vertebroplastie. Diese Aussage wird gemäss EFK durch die Auswertung von BFS-Daten gestützt: Diese zeigen, dass die Kosten eines Kyphoplastieeingriffs ca. 4'000 CHF höher ausfallen als für bei einem Vertebroplastieeingriff. Gemäss EFK haben sich die Fallzahlen trotz unterschiedlicher Kostendeckung ähnlich entwickelt.
- Ein Arzt vermutet, dass weder die Vergütung noch der Kostendeckungsgrad für die Methodenwahl ausschlaggebend sind, sondern die Ausbildung und die Erfahrung der behandelnden ÄrztInnen.
- Mehrere Befragte haben angegeben, dass nicht-rentable Eingriffe rentabel werden, wenn die die Vergütung für zusatzversicherte PatientInnen hinzugerechnet werde. Die Einnahmen aus den VVG-Honoraren würden dazu verwendet, die Unterdeckung bei den allgemeinversicherten PatientInnen zu quersubventionieren.

Obwohl die drei von der EFK ausgewählten Eingriffe noch nicht betroffen sind, haben sich verschiedene InterviewpartnerInnen zur Entwicklung von «Ambulant vor stationär» (AVOS) geäussert.⁶⁶ Unzufrieden sind die InterviewpartnerInnen vor allem mit den ambulanten TARMED-Tarifen, die aus Ihrer Sicht nicht kostendeckend sind, weil sie nicht auf die zuvor stationär durchgeführten Eingriffe zugeschnitten sind. Einzelne Befragte halten Anreize für Mengenausweitungen denkbar und dies in zweifacher Hinsicht:

- Einerseits schaffe AVOS Anreize, die Anzahl ambulanter Eingriffe zu erhöhen, weil dann zumindest die Fixkosten besser gedeckt sind.
- Um das Defizit der ambulanten Eingriffe decken zu können, würden die Spitäler vermehrt Eingriffe im stationären Bereich durchführen. Das Ergebnis sei eine Quersubventionierung der defizitären Fälle im ambulanten Bereich durch stationäre Eingriffe, die mit DRG-Tarifen noch gut tarifiert sind.

Ein Interviewpartner befürchtet, dass AVOS sogar zu Mehrkosten führen könnte und illustriert dies mit folgendem Beispiel: AVOS sieht vor, dass der diagnostische Linksherzkatheter neu ambulant durchzuführen ist. Wenn es dann aber eine PCI braucht, dann ist eine stationäre Behandlung notwendig und es fallen entsprechende Kosten dafür an. Dies dürfte letztendlich zu Mehrkosten führen, weil die Behandlung nicht mehr im gleichen Schritt machbar ist.

⁶⁶ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/konsultation-ambulant-vor-stationaer.html>: Ab 1. Januar 2019 wird bei sechs Gruppen von Eingriffen nur noch die ambulante Durchführung vergütet, ausser es liegen besondere Umstände vor, die eine stationäre Durchführung erfordern.

Beurteilung INFRAS: Geringe Anreize für unnötige Eingriffe durch Tarifierung

Die Aussagen in den Interviews und die uns von den Spitälern zur Verfügung gestellten Angaben lassen vermuten, dass

- PCI stationär und Vertebroplastie tendenziell eher kostendeckend sind,
- radikale Prostatektomie, Kyphoplastie und ambulante PCI tendenziell eher nicht kostendeckend abschneiden.

Bei rentablen Eingriffen bestehen aus unserer Sicht potenzielle Anreize für Mengenausweitung und unnötige Eingriffe. Bei nicht-rentablen Eingriffen beurteilen wir diese Anreize als deutlich geringer. Anreize für Mengenausweitung ergeben sich evtl. auch bei Eingriffen, die zwar nicht die Vollkosten, aber einen Deckungsbeitrag erzielen, weil zusätzliche Eingriffe zumindest einen Beitrag an die Fixkosten leisten.

Ebenfalls Anreize für unnötige Eingriffe ergeben sich unserer Ansicht nach bei Zusatzversicherten PatientInnen, weil hier BelegärztInnen ein Zusatzhonorar erzielen können. Bei festangestellten ÄrztInnen mit einem mengenentkoppelten Lohnsystem bestehen diese Anreize nicht.⁶⁷

Insgesamt sehen wir in der Tarifierung und dem sich daraus ergebenden Kostendeckungsgrad geringe Anreize für unnötige Eingriffe. Aufgrund der Interviewaussagen scheint es eher, dass defizitäre Eingriffe vielmehr eine Ursachenanalyse und eine Diskussion über Kostensenkungspotenzial auslösen. Falls nötig würden die Spitäler bei SwissDRG eine Reklassifizierung beantragen.

Die Anreize aus der Tarifierung relativieren sich unserer Ansicht dadurch, dass der Kostendeckungsgrad nicht allen festangestellten ÄrztInnen bekannt ist und daher auch nicht massgebend ist für den Entscheid für oder gegen einen Eingriff. Es finden sich in den Interviewaussagen ausserdem Hinweise, dass andere Faktoren wie die Ausrichtung der Ausbildungsstätte, an der die betroffenen ÄrztInnen lernten, eine Rolle spielen könnte, ob sie bspw. eher Vertebro- oder Kyphoplastie wählen.

Schliesslich könnte die Unterdeckung aus unserer Sicht einen gewissen Anreiz schaffen, Diagnoseuntersuchungen ambulant statt stationär durchzuführen, weil diese dann zusätzlich separat abgerechnet werden können.

7.1.2. Sensibilität der Tarifierung

Die medizinische Codierung verschlüsselt – basierend auf der medizinischen Dokumentation – Diagnosen und Prozeduren der stationären Fälle in ICD- und CHOP-Codes und gruppiert sie zu

⁶⁷ Eine Patientenorganisation weist darauf hin, dass das Management einen Ausbau der gewinnbringenden Abteilungen anstreben dürfte. Diese führe seinerseits zu Fehlanreizen, weil die vorhandenen Kapazitäten dann auch genutzt werden müssen.

einer DRG. Dabei kann es vorkommen, dass geringe Zusatzleistungen (z.B. eine etwas längere Beatmungsdauer) zu einer deutlich höheren DRG führen.⁶⁸ Dies kann Anreize schaffen, zusätzliche Leistungen zu erbringen, die nicht notwendig sind.

Vorgefundene Strukturen und Prozesse

Drei Spitäler/Kliniken beurteilen die drei ausgewählten Eingriffe als wenig sensibel, d.h. eine höhere DRG ergebe sich nur bei grösseren Veränderungen der Inputparameter (Prozeduren, Diagnosen, weitere Faktoren). Zwei private Spitäler/Kliniken sind der Meinung, dass sensible Fälle ausgemerzt wurden: Dass mit einer geringen zusätzlichen Leistung eine höhere DRG resultiere, sei heute fast nicht mehr möglich.

Ein Interviewpartner sieht allenfalls beim PCI eine gewisse Sensibilität: Wenn ein Patient oder eine Patientin bereits am Vortag des Eingriffs ins Spital eintrete, sei dies relevant für den «Grouper», der den Schweregrad festlegt. Falls die Versicherung nachfragt, müsse dies allerdings erklärbar sein.

Es haben sich aus den Interviews keine Hinweise ergeben, dass Rückenoperationen oder die radikale Prostatektomie sensibel sind.

Beurteilung INFRAS: Geringe Anreize für unnötige Eingriffe durch Tarifierung

Aufgrund der Interviewaussagen beurteilen wir bei den drei Eingriffen die Möglichkeit, durch die Codierung geringer zusätzlicher Leistungen deutlich höhere Tarife zu erzielen, als sehr gering. Entsprechend sehen wir auch keine Anreize für unnötige Eingriffe.

7.2. Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst zusammen, wie stark wir die Anreize und Kontrollmechanismen beurteilen:

⁶⁸ Zwei InterviewpartnerInnen erwähnen, dass es solche Sensibilitäten bei Beatmungen gegeben habe oder beim Geburtsgewicht.

Tabelle 12: Anreizmechanismen

Anreizmechanismus (potenzielle/ theoretische Wirkung)	Vorgefundene Strukturen/Prozesse	Beurteilung der Stärke des Anreizes
Kostendeckungsgrad: Anreize für unnötige Eingriffe bei Tarifen mit hoher Marge zwecks Quersubventio- nierung von defizitären Fällen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingriffe teilweise gut tarifiert, teil- weise defizitär ▪ Eingriffe bei zusatzversicherten Patien- tInnen in der Regel kostendeckend 	++
Sensibilität der Tarife: Geringe Zusatzleistungen generieren hö- here DRG und damit Anreiz für unnötige Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine sensiblen Leistungen identifiziert 	0

* Stärke der Anreizwirkung: 0 keine Anreize, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen.

Tabelle INFRAS.

8. Fazit

Ausgehend von den obigen Analysen beantworten wir die Fragestellungen der EFK wie folgt:

Enthalten die Strategien der Spitäler Elemente, die dazu führen könnten, dass nicht WZW-konforme Leistungen erbracht werden?

Die Strategien auf Ebene Gesamtspital/Klinik enthalten in der Regel finanzielle Zielsetzungen, meist in Form eines EBITDA(R). Für einen Teil der medizinischen Abteilungen bestehen keine finanziellen Zielsetzungen, andere haben Umsatzziele oder Ziele bezüglich Kostendeckungsgrad erhalten. Die ÄrztInnen haben kurzfristig keine Saläreinbussen zu befürchten, wenn sie die Ziele nicht erreichen. Allenfalls steigt der Kostendruck oder es werden Ressourcen gekürzt. Auch wenn sich dadurch die Anreize etwas relativieren, so gehen aus unserer Sicht von den Strategien immer noch Anreize für unnötige Eingriffe aus.

Als bedeutend für unnötige Eingriffe erachten wir die vom Kanton vorgegebenen Mindestfallzahlen pro Spital bzw. pro Operateur und die im Rahmen einer Zertifizierung verlangten Mindestfallzahlen. Da die befragten Spitäler aber kaum davon betroffen sind, weil sie die Mindestfallzahlen ohnehin erreichen, wird dieser Anreiz stark relativiert. Die von den Fachgesellschaften festgelegten Mindestfallzahlen erachten wir als wenig wirksam, da sie so niedrig angesetzt sind, dass sie die allermeisten Spitäler erreichen.

Die Beschaffung von Grossgeräten kann aus unserer Sicht ebenfalls Anreize für unnötige Eingriffe schaffen. Relativiert wird dieser Anreiz allerdings dadurch, dass bei der Beschaffung in einigen Spitälern andere Überlegungen als eine hohe Rentabilität eine wichtige Rolle spielen.

Das Monitoring von Qualitätsindikatoren und der Verzicht auf Zuweiserverträge tragen aus unserer Sicht weiter dazu bei, Anreize für unnötige Eingriffe zu reduzieren.

Zusammenfassend halten wir fest, dass die in den Spitälern vorgefundenen Strategien diverse Elemente aufweisen, von welchen potenzielle Fehlanreize für unnötige Eingriffe ausgehen. Die konkrete Ausgestaltung trägt jedoch massgeblich dazu bei, dass diese Fehlanreize abgeschwächt werden.

Schaffen die Tarifstrukturen (KVG/VVG, ambulant/stationär) einen Anreiz, nicht WZW-konforme Leistungen zu erbringen? -> Anreize für unnötige Eingriffe über Tarife und Versicherungsstatus vorhanden

Die Tarife für PCI und Vertebroplastie scheinen gut bemessen, so dass im Durchschnitt über alle Spitäler in den betreffenden Kantonen (nicht nur die von uns befragten) ein überdurchschnittlicher Kostendeckungsgrad erzielt wird.⁶⁹ Kyphoplastie und radikale Prostatektomie sind im Durchschnitt nicht kostendeckend. Die Ungleichheiten bei der Tarifierung und die sich daraus ergebende Notwendigkeit zur Quersubventionierung führen aus unserer Sicht dazu, dass bei gut tarifierten Eingriffen erhöhte Anreize für unnötige Eingriffe bestehen. Bei nicht-rentablen Eingriffen beurteilen wir diese Anreize als deutlich geringer. Anreiz für Mengenausweitung entstehen allenfalls bei Eingriffen, die zwar nicht die Vollkosten, aber einen Deckungsbeitrag erzielen, weil zusätzliche Eingriffe zumindest einen Beitrag an die Fixkosten leisten.

Der Versicherungsstatus schafft aus unserer Sicht ebenfalls Anreize für unnötige Eingriffe. Relativiert wird dieser Anreiz allerdings dann, wenn der Versicherungsstatus den ÄrztInnen beim Behandlungsentscheid nicht bekannt ist oder die Ärzteschaft wegen mengenunabhängiger Entlohnung keinen direkten finanziellen Nutzen aus der Behandlung von zusatzversicherten PatientInnen erzielen kann.

Können Vergütungssysteme einen Anreiz bieten, von den WZW-Kriterien abzuweichen? -> Anreize für unnötige Eingriffe bei mengenabhängigen Vergütungssystemen für BelegärztInnen, aber Tendenz zu mengenunabhängigen Vergütungssystemen

Die Vergütungssysteme für festangestellte SpitalärztInnen enthalten bei einigen Spitälern/Kliniken nur einen Grundlohn mit einem zusätzlichen variablen Lohnbestandteil, welcher nicht (oder nur eingeschränkt) mengenbezogene Kriterien enthält. Die meisten anderen Spitäler/Kliniken verfügen über ein Vergütungssystem mit einem Fixlohn zuzüglich eines Anteils aus einem Honorarpool. In den Honorarpool fließen die Honorare für zusatzversicherte PatientInnen (und je nach Spital auch noch Anteile aus den DRG- und TARMED-Einnahmen). Je mehr zusatzversicherte PatientInnen die ÄrztInnen behandeln, desto höher sind die zu verteilenden Mittel aus dem Pool. Zwar sind die Einnahmen für die einzelnen ÄrztInnen nicht direkt einkommenswirksam. Die ÄrztInnen profitieren aber im Kollektiv von zusätzlichen Eingriffen (die Kriterien, nach denen die Einnahmen den Honorarpools zugeteilt und die Honorare auf die einzelnen ÄrztInnen verteilt werden, können dabei unterschiedlich (qualitativ, quantitativ) ausgestaltet sein). Insofern beurteilen wir den Anreiz für unnötige Eingriffe durch die Vergütungssysteme als vorhanden, aber weniger ausgeprägt, als wenn sie direkt einkommenswirksam wären. Hinzu

⁶⁹ Überdurchschnittlicher Kostendeckungsgrad = Kostendeckungsgrad > 100%.

kommt, dass es vermehrt Bestrebungen gibt, in Spitälern ein Vergütungssystem mit Fixlöhnen zu installieren.⁷⁰ Bei sehr gut ausgelasteten Ärzten dürfte ab einem gewissen Punkt zusätzlich auch ein selbstregulierender Effekt auftreten, da mehr PatientInnen auch immer noch mehr Arbeit bedeuten.

Starke Anreize für unnötige Eingriffe bestehen unserer Ansicht nach bei den BelegärztInnen in öffentlichen und privaten Spitälern, weil die Honorare für die zusätzlichen Eingriffen direkt ihr Einkommen erhöhen.

Gibt es in Spitälern wirksame Kontrollen, um sicherzustellen, dass die ÄrztInnen die WZW-Kriterien einhalten? -> Wirksame Kontrollmechanismen verfügbar (Tumorboards, Richtlinien, Patienteneinbezug, Peer-Reviews etc.)

Die befragten Spitäler wenden eine ganze Reihe von Kontrollmassnahmen an, die dazu führen sollen, unnötige Eingriffe zu vermeiden. Je nach Eingriff gehen diese Massnahmen mehr oder weniger weit. Als geeignet beurteilen wir Massnahmen, die darauf abzielen, die Behandlungsentscheide breit abzustützen (Mehraugenprinzip in Form von Tumorboards, Indikationskonferenzen etc.). Im Weiteren tragen folgende Massnahmen in den Spitälern dazu bei, unnötige Eingriffe zu vermeiden.

- Richtlinien: Sie enthalten klare Kriterien zu den Behandlungsoptionen. Guidelines beurteilen wir in diesem Zusammenhang als wirksamer als spitalspezifische Konzepte, weil letztere nur spitalintern gelten.
- Aufklärung der PatientInnen: Die Spitäler geben sich in der Regel Mühe, die PatientInnen umfassend aufzuklären und auf Zweitmeinungen hinzuweisen. Die PatientInnen sollten dadurch befähigt sein, die Behandlungsentscheide kritisch zu hinterfragen.
- Peer-Reviews, Rechnungskontrollen: Die Kontrolle von komplexen oder auffälligen Fällen durch Peers und VertrauensärztInnen der Versicherer erlauben es, unnötige Eingriffe zu identifizieren. Während Rechnungskontrollen durch die Versicherer Standard sind, sind Peer-Reviews aus unserer Sicht noch ausbaufähig.

Folgende Massnahmen beurteilen wir ausserdem als geeignet, um zu viele bzw. zu teure Implantate einzusetzen:

- Doppelbesetzung im OP im Sinne des Mehraugenprinzips, um die Menge an Implantaten zu begrenzen und

⁷⁰ Im Kt. ZH hat der Kantonsrat am 8.6.2020 eine Motion überwiesen, die vom Regierungsrat fordert, das Spitalgesetz so anzupassen, dass in Spitälern mit einem Leistungsauftrag des Kantons «mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen nicht oder nur noch stark beschränkt möglich sind». [Protokoll Kantonsrat](#).

- Einkaufsgemeinschaften für Implantate, um die Einkaufspreise zu senken. Damit sollten zu teure Implantate reduziert werden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es Strukturen gibt, die unnötige Eingriffe begünstigen, und Massnahmen, die unnötigen Eingriffen entgegenwirken (siehe folgende Tabelle). Je besser die Kontrollmechanismen funktionieren, desto geringer ist die Gefahr unnötiger Eingriffe. Grundsätzlich dürfte ein Spital mit einem mengenunabhängigen Vergütungssystem und starkem Mehraugenprinzip in der Diagnose- und Indikationsstellung die Anreize für unnötige Eingriffe reduzieren. Bei einem Spital mit vor allem BelegärztInnen erachten wir die Gefahr für unnötige Eingriffe als deutlich höher. Begründen lässt sich mit der direkt einkommenswirksamen Vergütung und dadurch, dass sie bei der Indikationsstellung weniger auf das Mehraugenprinzip abstützen.

Grundsätzlich sind Massnahmen vorhanden, um zumindest die grössten Anreize für unnötige Eingriffe zu eliminieren. Es wird eine Grauzone bestehen bleiben, wo es schwierig sein wird, unnötige Eingriffe zu identifizieren und zu vermeiden.

Die folgende Tabelle fasst die Anreiz- und Kontrollwirkungen zusammen:

Tabelle 13: Ungünstige Strukturen und Gegenmassnahmen

Strukturen, die unnötige Eingriffe begünstigen	Stärke der Wirkung*
Strategische Ausrichtung	+++
Finanzielle Zielvorgaben für die medizinischen Abteilungen	+
Mindestfallzahlen	+
Lukrative Nachsorgeleistungen	0
Versicherungsstatus	++
Grossgeräte	++
Implantate	+
(Mengenunabhängige) Vergütungssysteme mit Grundlohn und variablem Lohnbestandteil	+
Vergütungssysteme mit Grundlohn und Honoraranteil	++
Mengenabhängige Vergütungssysteme bei BelegärztInnen	+++
Kostendeckungsgrad	++
Sensibilität der Tarifierung	0
Massnahmen, die unnötigen Eingriffen entgegenwirken (Kontrollmechanismen)	Stärke der Wirkung**
Qualitätsindikatoren	0
Zuweisung	+
Qualitätskontrollen auf Ebene der Spital-/Klinikleitung	++
Standardisierte Prozesse	+++
Mehraugenprinzip	++
Einbezug der PatientInnen in den Behandlungsentscheid	++
Codierung	0
Rechnungsstellung	++

* Stärke der Anreizwirkung: 0 keine Anreize, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Anreize, unnötige Eingriffe vorzunehmen

** Stärke der Kontrollmechanismen: 0 keine Wirkung, + geringe, ++ mittlere, +++ grosse Wirkung, um unnötige Eingriffe zu vermeiden bzw. unnötige Implantate einzusetzen.

Tabelle INFRAS.

Annex

Befragte Spitäler

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden Gespräche mit VertreterInnen von insgesamt neun Spitälern geführt. Die Kriterien für die Auswahl sind im Hauptbericht der EFK beschrieben. Die neun Spitäler bilden einen Querschnitt von Spitälern mit unterschiedlicher Eigentümerstruktur, Grösse und Positionierung. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Spitäler und ihre wesentlichen Merkmale:

Tabelle 14: Befragte Spitäler

		Spital 1	Spital 2	Spital 3	Spital 4	Spital 5	Spital 6	Spital 7	Spital 8	Spital 9
Merkmale										
Rechtsform	Öffentlich-rechtliche Anstalt / öffentliches Unternehmen	X		X	X					
	AG		X (im Besitz des Kantons)			X	X	X	X	X
Spitaltyp	Grundversorgung	X	X	X	X	X			X	
	Spezialisierung						X	X		X
Leistungsauftrag (Spitalliste) ⁷¹		X (U, K, W)	X (U, K, W)	X (U, K, W)	X (U, K, W)	X (U, K, W)	X (U, K)	X (U, W)	X (U, K, W)	X (U, K, W)
Anteil Zusatzversicherte		18%	16%	21%	8-10%	50%	50%	30%	27%	66%
Ausbildung		X	X	X	X	X		n/a	X	
Eingriffe										
Radikale Prostatektomie	Gespräch	X	X	X	X		X			X
	Da Vinci	X		X	(X) ⁷²	X	X	n/a	X	X
	Offen	n/a	X		X		?	n/a	X	n/a

⁷¹ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spittaltarife.pdf

⁷² Gerät wird mit einem anderen Spital geteilt.

	Spital 1	Spital 2	Spital 3	Spital 4	Spital 5	Spital 6	Spital 7	Spital 8	Spital 9
				X	X		n/a	X	
	X		X	X	(geplant)	X	n/a	X	geplant
			(X)	n/a	X		n/a	X	X
PCI	X	X	X	X		X			X
	X	X	X	X	X	X	n/a	X	X
	10%	50%	100%	10%	Primär	100%	n/a	X	20%
	90%	50%		90%			n/a	X	80%
					X		n/a	X	X
Vertebro-/ Kyphoplastie	X	X	X	X			X		X
		X	X	X	n/a	n/a	X	X	n/a
	X	X	X	X	n/a	n/a	X	X	n/a
		X		n/a	X	n/a	X	X	X

n/a: nicht abgefragt oder keine Angaben erhalten.

U = Urologie, K = Kardiologie, W = Wirbelsäulenchirurgie.

Tabelle INFRAS. Quelle: Spitäler.

Themenlisten

Die InterviewpartnerInnen haben vorgängig zum Gespräch eine Liste mit den zu diskutierenden Themen erhalten.

a) Themenliste Spital-/Klinikleitung

1. Spitalstrategie

- Strategische Ziele und Massnahmen, insbesondere in den Bereichen Urologie, interventio-
nelle Kardiologie und Wirbelsäulenchirurgie
- Erfolgsziele
- Qualitätsziele, Indikatorensysteme

2. Ziele für die ÄrztInnen

- Festlegung von Zielen für die medizinischen Abteilungen (z.B. Anzahl Operationen)
- Controllingsystem
- Folgen für die medizinische Abteilung, wenn sie a) Ziele überschreitet oder b) Ziele nicht er-
reicht
- Mechanismen, Massnahmen zur Verhinderung unnötiger Eingriffe
- Interne Auditabteilung (die z.B. Overuse, Rehospitalisierungen erfasst)

3. Technologische Ausstattung und Beschaffung von Material

- Verbreitung einer neuen Operationstechnik im Spital
- Kantonalen Rahmen, Vorgaben
- Beschaffungsverfahren für kostenintensive Geräte/Infrastruktur
- Finanzierung von nicht von den Versicherern gedeckten Geräten/Infrastruktur (z.B. HIFU)
- Umgang mit innovativen, aber defizitären Eingriffen
- Beschaffungsverfahren für Implantate (Stents, Wirbelsäulenimplantate etc.)

4. Vergütungssystem für die ÄrztInnen

- Festlegung und Zusammensetzung der Vergütung für angestellte und BelegärztInnen (fixer
Lohnanteil, Boni, Anteil Honorare von PrivatpatientInnen etc.)
- Leistungsanreize (qualitative und/oder quantitative Ziele)
- Boni
- Umverteilung der Einnahmen aus den Privatversicherungen
- Mechanismen, Massnahmen, die vermeiden, dass weder Boni noch private Honorare zu un-
nötigen Eingriffen führen

5. Tarifsystem

- Einfluss des Tarifumfelds auf die Entwicklung des medizinischen Leistungsangebots
- Für Ihr Spital besonders problematische Tarifelemente
- Spielraum, um das Tarifumfeld beeinflussen zu können

6. Zuweisung von PatientInnen

- Wie stellt das Spital sicher, dass genügend PatientInnen zugewiesen werden
- Vertragliche Vereinbarungen zwischen PraxisärztInnen und dem Spital über die Zuweisung von PatientInnen (für die drei ausgewählten Fälle)

b) Themenliste Finanzen

1. Prozess (Eintritt, Leistung/Eingriff, Krankenakte, Rechnerkodierung)

Eintritt des Patienten/der Patientin

- Informationen an die Versicherer (bei allgemein versicherten PatientInnen, bei PrivatpatientInnen)
- Beginn der Behandlung, Versicherungsdeckung

Medizinischer Eingriff und Bericht

- Kontrollsystem für die Angemessenheit der medizinischen Leistungen und für den Inhalt der Krankenakte
- Kontrollsysteme in den Bereichen interventionelle Kardiologie, Urologie und Rückenoperationen

Kodierung von DRG-Rechnungen

- Rolle des Arztes/der Ärztin bei der Rechnungsstellung
- Interne Kontrolle (Codierer, Audit, andere)
- Externe Kontrolle (Versicherer, PatientInnen, Kantone)
- Relevanz der DRG-Positionen für die drei ausgewählten Fälle
- Aktualisierung der DRG (Relevanz, Transparenz und Vorhersagbarkeit)

Abrechnung von stationären Leistungen

- Ablauf der Abrechnung für stationäre Leistungen
- Rechnungsprüfung intern / durch Versicherer / durch den Kanton
- Verfahren bei Rechnungskorrekturen (Kanton/Versicherer)
- Auswirkungen der Rechnungsprüfung durch Versicherer, durch Kantone; umstrittener Anteil

- Angefochtene Rechnungen für die drei ausgewählten Fälle
- Kostendeckung im Falle einer fehlenden Versicherungsdeckung (z.B. bei HIFU)

Abrechnung von ambulanten Leistungen

- Abrechnungsverfahren für ambulante Leistungen
- Rechnungsprüfung durch die Versicherer; für alle drei ausgewählten Fälle, aber insbesondere für die interventionelle Kardiologie

2. Steuerung der medizinischen Zentren/Institute

- Kriterien für die Zuweisung von Ressourcen an die medizinischen Zentren/Institute (für die drei ausgewählten Fälle)
- Erfolgsindikatoren (finanziell/quantitativ/qualitativ) für die Zentren/Institute
- Zielvorgaben für die Nutzung der Infrastruktur (Kardiologielabor, Roboter in der Urologie, Operationssäle)
- Folgen für einen Eingriff bzw. für einen Arzt oder eine Ärztin, wenn a) die Ziele überschritten oder b) nicht erreicht werden
- Umgang mit Kurzliegern, Langliegern, defizitären Fällen, überrentablen Fällen

3. Vergütungssystem für die Eingriffe

- Kostendeckung für die drei ausgewählten Eingriffe
- Schwächen und Stärken des aktuellen Vergütungssystems
- Einschätzung der Leistung der für die Vergütung zuständigen Organisationen/Institutionen H+, SwissDRG, BFS
- Änderungsanträge an SwissDRG für die ausgewählten drei Fälle
- Ambulante Vergütung des PCTA

c) Themenliste ÄrztInnen

1. Behandlungspfad

- Patientenmanagement
- Diagnoseprozess
- Kommunikation Diagnose

2. Behandlungsentscheid

- Wahl der Behandlung (Entscheidungsbaum, Protokoll, Kriterien...)
- Alternative Behandlungsmethoden

- Information der PatientInnen (z.B. Dokumentation über Risiken, Nebenwirkungen, Einwilligungserklärung)
- Einholen von Zweitmeinungen durch PatientInnen
- Die Rolle der PatientInnen bei der Wahl der Behandlung

3. Operationstechniken

- a) Prostatakrebs: offene Prostatektomie, Da Vinci Roboter, HIFU
- Kriterien für die Wahl der geeigneten Technik
 - Eingriffe, die nicht durch das KVG abgedeckt sind (HIFU)
 - Anschaffung von High-Tech-Geräten (z.B. Da Vinci)
 - Mindestfallzahlen der Interventionen pro Jahr
- b) Vertebroplastie / Kyphoplastie:
- Indikationen für die Durchführung des einen Verfahrens anstelle des anderen Verfahrens
 - Unterschiede in Bezug auf diese Eingriffe zwischen Spitälern
 - Ambulanter oder stationärer Eingriff
 - Involvierte Spezialisten und Koordination zwischen ihnen
 - Mindestfallzahlen pro Jahr
 - Material: Beschaffung, Lieferanten, Lagerverwaltung
- c) PCTA:
- Indikationen für die Durchführung dieses Eingriffs
 - Entscheidungskriterien für 1, 2 oder mehr Stents
 - Stents: Beschaffung, Lieferanten, Lagerverwaltung
 - Ambulanter oder stationärer Eingriff
 - Mindestfallzahlen pro Jahr

4. Patientennachsorge

- Im Falle einer Intervention
- Im Falle einer alternativen Behandlung
- Folgekosten einer alternativen Lösung gegenüber einer chirurgischen Intervention

5. Richtlinien/Regeln

- Qualitätssystem für die Auswahl von Therapien und Techniken, ihre Verbreitung innerhalb des Fachgebiets bzw. in den Spitälern und Kliniken

- Vorgaben (quantitativ oder qualitativ) betreffend die Patientenbetreuung
- Mitwirkung bei der Entwicklung von Richtlinien

6. Weiterbildung

- Erhaltung des Know-hows über medizinische Empfehlungen und Good Practice
- Quantitative Kriterien für den Erwerb und Erhalt eines Facharztstitels

7. Ressourcenmanagement (Finanzen und Personal)

- Kenntnisse über Kosten und Vergütung der Eingriffe
- Umgang mit defizitären Fällen und Folgen für die medizinische Abteilung

Ansätze zur Verbesserung

Die InterviewpartnerInnen haben in den Gesprächen eine ganze Reihe von Massnahmen vorgeschlagen, die dazu beitragen könnten, unnötige Eingriffe zu reduzieren. Darunter sind auch Vorschläge, die die Rahmenbedingungen allgemein verbessern sollen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die möglichen Massnahmen und die Fehlanreize, die sie adressieren, sowie die zu erwartende Verbesserung.

Tabelle 15: Verbesserungsvorschläge

Fehlanreiz, fehlende Kontrolle	Massnahme	Erwartete Wirkungen
Ungenügende Kontrolle der Diagnose-/Indikationsqualität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbindliche Leitlinien ▪ Leitlinien, die Indikationsstellung besser fassen ▪ Nachträgliche Peer-Review von Fällen ▪ Erweiterung des Qualitätsmonitorings ▪ PROMs, Outcomemessung ▪ Teamentscheidungen, Vieraugenprinzip ▪ Beteiligung an Smarter Medicine Initiative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose-/Indikationsqualität sichergestellt
Ungenügender Einbezug der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zugang zu Spitalrechnungen für PatientInnen über Onlineportal (z.B. der Versicherungen) inkl. Möglichkeit für PatientInnen effektiv erbrachte Leistungen zu bestätigen ▪ Rückervergütung für PatientInnen, die sich in einem günstigeren Spital behandeln lassen (Vorschlag von Avenir Suisse) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transparenz über erbrachte Leistungen ▪ Weniger Anreize für ungenügende Eingriffe, weil PatientInnen sonst anderes Spital wählen
Tarifungleichheiten, Notwendigkeit zur Quersubventionierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Globalbudget ▪ Keine Fallpauschalen mehr ▪ Defizitäre Leistungen wie Notfallstation 24/7 ausreichend abgelten ▪ Bessere Abgeltung von Beurteilungen (ob OP nötig oder nicht) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weniger Anreize für unnötige Eingriffe, weil «gerechte»/kostendeckende Tarifierung
Direkte Einkommenswirkung bei Belegärzten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Festanstellung von BelegärztInnen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weniger Anreize für unnötige Eingriffe, weil Fixlohn
Uneingeschränkte Zulassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedarfsnachweis (Nachfrageüberhang) ▪ Bewilligung für Zentren (Vorbilder: S, DK, NL) ▪ Regulierung der Zulassung (weniger Zentren) ▪ (Höhere) Fallzahlen pro Arzt/Ärztin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weniger Leistungserbringer

Tabelle INFRAS. Quelle: Befragung der Spitäler.

Abkürzungen

AVOS	Ambulant vor stationär
BAG	Bundesamt für Gesundheit
DB	Deckungsbeitrag
EACTS	European Association for Cardio-Thoracic Surgery
EAU	European Association of Urology
EBITDA	Betriebsergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen auf Sachanlagen und immaterielle Vermögensgegenstände (engl. Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization)
EBITDAR	Ergebnis vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände und Mieten oder Restrukturierungskosten (engl. Earnings before Interest, Taxes, Depreciation, Amortization and Restructuring or Rent costs)
EFK	Eidg. Finanzkontrolle
EKG	Elektrokardiogramm
ESC	European Society of Cardiology
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz)
HSM	Hochspezialisierte Medizin
HTA	Health Technology Assessment
KVG	Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
OP	Operation
PCI	Perkutane koronare Intervention
SKG	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
SGNC	Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WZW	wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich

Literatur

- Aghayev E., Jeszenszky D., Benneker L., Heini P., Maestretti G., Trouillier H.-H., Külling F., Otten P. 2019: Spektrum der Wirbelsäulenchirurgie in der Schweiz. Swiss Med Forum. 2019;19(4950):803-807. DOI: <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08428>, Veröffentlichung: 04.12.2019.
- ANQ, SIRIS, Swiss orthopaedics, Swiss Medtech 2019: Hüft- und Knieimplantate: Transparenz steigt. Medienmitteilung vom 26.11.2019.
- Blatter T. R., Schnake K. J., Gonschorek O., Gercek E., Hartmann F., Katscher S., Mörk S., Morrison R., Müller M., Partenheimer A., Piltz S., Scherer M. A., Ullrich B. W., Verheyden A., Zimmermann V. 2018: Nonsurgical and Surgical Management of Osteoporotic Vertebral Body Fractures: Recommendations of the Spine Section of the German Society for Orthopaedics and Trauma (DGOU). Global Spine Journal 2018, Vol. 8(2S) 50S-55S.
- Cook S. 2017: Interventional Cardiology – Swiss Statistics 2017. On behalf of the Swiss Working Group of Interventional Cardiology and Acute Coronary Syndrome. Abgerufen unter: http://www.ptca.ch/public/reports/reports_english.html
- Dienststelle Gesundheit und Sport Kanton Luzern 2017: Referenztarife des Kantons Luzern 2017.
- ESC 2019: 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. European Heart Journal (2019) 40, 87-165. doi: 10.1093/euroheartj/ehy394.
- Eidg. Finanzkontrolle: Kontrolle von DRG-Spitalrechnungen durch die Krankenversicherungen. Bestandesanalyse bei der Umstellungsphase auf die neue Spitalfinanzierung. EFK-14367 / 22.09.2014.
- Einkaufsgemeinschaft HSK 2018: Referenztarife 2018. Ausserkantonale Wahlhospitalisation, Stand 22.06.2018.
- GDK 2020: Übersicht kantonale Spitalisten und Spitaltarife. Stand 19. März 2020.
- Obsan 2019: Rapport d'évaluation des besoins en soins aigus somatiques. Données statistiques comme base de la planification hospitalière 2021-2025 du canton de Vaud. Neuchâtel 2019.
- OECD 2018:
- Rütsche B. 2017: Rechtsgutachten: Aufsicht im Bereich der Krankenzusatzversicherungen. Luzern, 23. Juli 2017.
- Schweizerische Eidgenossenschaft 2019: 19.046 Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1). Version vom 21. August 2019.

Scott I. A., Duckett S. J. 2015: In search of professional consensus in defining and reducing low-value care. *The Medical journal of Australia*, 203, 179-181.

socialdesign 2020: Evaluation der Rolle der medizinischen Fachgesellschaften hinsichtlich Erarbeitung und Diffusion medizinischer Guidelines. Synthesebericht. Im Auftrag der Eidgenössischen Finanzkontrolle. Bern, 21.1.2020.