

Standpunkt

Magazin zur Gesundheitspolitik
von Helsana

Nr. 1/2023



EFAS:
Das Pingpong-Spiel hat begonnen.

Helsana
Engagiert für das Leben.



Editorial

Wahljahr ist Profilierungsjahr, denn man will ja gewählt bzw. wiedergewählt werden. Wenn die Profilierung aber auf Kosten einer sinnvollen Gestaltung geht, wird es brenzlig. Das Thema Gesundheitswesen ist prädestiniert, um es als Wahlkampf-Lokomotive einzusetzen, da es alle Menschen in diesem Land betrifft. Hoffen wir mal, dass es 2023 ganz anders wird als in der Vergangenheit.

Und täglich grüsst das Murmeltier: EFAS scheint – nachdem Ruth Humbel 2009 die parlamentarische Initiative eingereicht hat – auf die Zielgerade eingeschwenkt zu sein. Sie ist die wegweisendste Reform der vergangenen Jahre und Fachleute schätzen das Einsparungspotenzial auf bis zu drei Milliarden Franken. Bei der Rechnungskontrolle herrscht noch keine Eintracht. Die Rechnungskontrolle ist das Kerngeschäft der Krankenversicherer. Daher ist es nur folgerichtig, dass sie diese Aufgabe weiterhin übernehmen, weil sie es können (Seite 4).

Aktionitis gibt es auch in Bundesbern. Die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei ist hierfür stellvertretend. Der Gegenvorschlag verlangt, dass der Bundesrat Kosten- und Qualitätsziele für jeweils vier Jahre festlegen soll. Eine neu eingesetzte Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring soll

zudem Empfehlungen abgeben. Was das dem Gesundheitswesen nützt? Wohl nichts, da die Daten bereits existieren und schon heute von den Tarifpartnern in den Verhandlungen genutzt werden (Seite 6).

Der verfeinerte Risikoausgleich fördert den Qualitätswettbewerb unter den Versicherern. Um die medizinische Versorgung der Versicherten zu verbessern, ist es unabdingbar, dass die Krankenversicherer ihre Daten nutzen dürfen. Ganz nach dem Leitgedanken: Daten für gute Taten (Seite 10).

Auf einem hohen Poststapel können Briefe verloren gehen. Das kennen wir alle aus unserem Alltag. Wenn sich das Sicherheitsprofil eines Medikaments ändert, versenden die Pharmafirmen die sogenannten «Dear Doctor Letters» via Post. Was für einen Einfluss haben diese Briefe, und finden die neuen Sicherheitsrichtlinien den Weg in die Praxis? Unsere Gesundheitswissenschaftlerinnen haben das anhand von zwei Beispielen analysiert (Seite 12).

Ich wünsche eine anregende Lektüre.

Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik &
Unternehmenskommunikation

Inhalte



EFAS ist scheinbar auf der Zielgerade: Bei der Rechnungskontrolle herrscht aber noch keine Einigung. Um die Prozesse schlank zu halten, ist es notwendig und sinnvoll, dass eine einzige Instanz die Rechnungen kontrolliert. Die Rechnungskontrolle ist das Kerngeschäft der Krankenversicherer. → **Seite 4**

Wie geht es mit der **Kostenbremse-Initiative** der Mitte-Partei weiter? Die SGK-S ist im Januar 2023 dem Vorschlag des Nationalrats gefolgt. Der Bundesrat soll künftig Kosten- und Qualitätsziele für die nächsten vier Jahre festlegen. → **Seite 6**

KURZ UND KNAPP
→ **Seite 8**

Der **Risikoausgleich** sorgt für einen finanziellen Ausgleich zwischen Versicherern mit unterschiedlicher Risikostruktur. Was braucht es noch, um eine bessere medizinische Versorgung der Versicherten zu ermöglichen? → **Seite 10**



Wenn sich das Sicherheitsprofil eines Medikaments ändert, versenden die Arzneimittelhersteller sogenannte **«Dear Doctor Letters»**. Doch kommen diese Schreiben bei den Ärztinnen und Ärzten an und findet eine Veränderung in der Praxis statt? → **Seite 12**

Herausgeberin

Helsana-Gruppe, Gesundheitspolitik
Postfach, 8081 Zürich
Telefon +41 58 340 12 12
public.relations@helsana.ch
helsana.ch/standpunkt

Redaktion Can Arikan, Urs Kilchenmann, Diana Knecht, Wolfram Strüwe

Gestaltung eigelb – Atelier für Gestaltung, Basel

Übersetzung Supertext AG

Bildnachweis Cover: istock (skynesher), Seiten 3/14: istock (andrei_r)

Redaktionsschluss Februar 2023

Bürokratisierung bei EFAS verhindern



Der Beschluss des Ständerats ist ein weiterer Schritt in Richtung einheitlicher Finanzierung der Leistungen (EFAS). Dieser Schritt ist sicherlich lobenswert, aber es gibt auch Aspekte, die Fragen aufwerfen. Es werden Punkte in die Vorlage integriert, die über den Rahmen der Reform hinausgehen. Die Bürokratisierung hat ihre Grenzen, vor allem dann, wenn sie aus einem anachronistischen Finanzierungssystem für das Gesundheitswesen resultiert.

von Gaël Saillen, Leiter Public Affairs

Die Reform der einheitlichen Finanzierung von Leistungen ist zentral. Eine solche Reform ist sowieso, an sich schon komplex. Daher darf sie nicht mit Gesetzesartikeln überladen werden, bei denen man sich zudem fragen muss, ob sie überhaupt notwendig sind. Doch der am 1. Dezember letzten Jahres vom Ständerat verabschiedete Text will Dinge regeln, die nichts mit den Zielen von EFAS zu tun haben. Nehmen wir zum Beispiel die Rechnungskontrolle durch die Kantone (Art. 60, Abs. 7–7bis E-KVG). Hier handelt es sich um Paragraphen, die im Ständerat offensichtlich kaum diskutiert wurden. Der neue Artikel wird als selbstverständlich angeschaut, obwohl es darin um eine Scheinlösung im Bereich der Rechnungsprüfung geht, die schwer zu rechtfertigen ist und daher diskutiert werden muss.

Ein Anachronismus, der aufgegeben werden muss

EFAS muss unbürokratisch umgesetzt werden, um wirksam zu sein und das Sparpotenzial zu realisieren. Nur so kann die Finanzierung des Gesundheitssystems aus dem Silodenken herauskommen. Diese Transformation wird eine integrierte, kollaborative Medizin unterstützen, die sich an der Patientenversorgung orientiert.

Der Grund, warum die Kantone heute stationäre Rechnungen erhalten, ist in der dualen Finanzierung zu finden. Die Spitäler stellen ihnen direkt Rechnung. Die Möglichkeit, die Rechnungsstellung über die Krankenversicherer abzuwickeln, wird von keinem Kanton genutzt (sog. administrativer Monismus gemäss Art. 49a Abs. 3 KVG). Zudem bedeutet der

Empfang von Rechnungen nicht, dass diese auch kontrolliert werden. Bereits heute vollziehen mehrere Kantone diese Aufgabe nicht.

Dennoch will der Ständerat in seiner Variante die Rechnungskontrolle im ambulanten Bereich den Versicherern und im stationären Bereich weiterhin beiden Zahlern zuweisen. Für diese doppelte Kontrolle gibt es aber keine Rechtfertigung. Vor allem werden die Kantone mit EFAS zu «Beitragszahlern» der gesamten Finanzierung des Gesundheitssystems. Sie beteiligen sich mit einem bestimmten Prozentsatz an jeder einzelnen Leistung. Daher sind die Versicherer allein dafür verantwortlich, die Rechnungen zu empfangen, zu prüfen und zu begleichen. Von ihnen zu verlangen, dass sie die Rechnun-

«Es besteht kein Bedarf, den Versicherer in die von den Kantonen wahrgenommene Aufsichtsaufgabe einzubeziehen.»



gen des stationären Sektors an die Kantone schicken, würde zu ungerechtfertigten Zusatzkosten für die Versicherten führen. Wieso sollen geprüfte Rechnungen nochmals geprüft werden?

Darüber hinaus würde dieser Dualismus auch den Kantonen Kosten verursachen. Wie man als Versicherer weiss, sind solche Prüfungen komplex und erfordern erhebliche Investitionen in die Infrastruktur. Die Teams, die mit dieser anspruchsvollen Aufgabe betraut werden, müssen zudem über Kompetenzen in der Datenanalyse sowie im juristischen und im medizinischen Bereich verfügen. Hier geht es um eine Kernaufgabe der Versicherer, die ernst genommen wird. Anzumerken ist, dass die Eidgenössische Finanzkontrolle in einem Bericht über das Verfahren zur Fakturierung von Covid-Tests auf die Schwierigkeiten hinweist, mit denen die Kantone konfrontiert sind. Darin erläutert sie: «Die Kantone bewegen sich bei den Rechnungskontrollen nicht in ihrem Kerngebiet und verfügen über wenig effektive Hilfsmittel» (Covid-19: Prüfung des Abrechnungsverfahrens bei den Testkosten, Eidgenössische Finanzkontrolle).

Schliesslich führt die Übertragung der Rechnungen des stationären Bereichs an die Kantone zu einer Dualität in einer einheitlich gewünschten Finanzierung. Das ergibt so keinen Sinn.

Kantonale Aufsicht hat nichts mit Finanzierung zu tun

Auch wenn hier von einer Tätigkeit die Rede ist, die in den Zuständigkeitsbereich der Versicherer fällt, ist die von den Kantonen ausgeübte Aufsicht ebenfalls wichtig. Sie hat jedoch nichts mit der Finanzierung zu tun.

Wie würde es denn mit der vom Ständerat verabschiedeten Version aussehen? Der Kanton müsste, um seine Aufsichtsfunktion über die Spitäler ausüben zu können, Daten von 45 verschiedenen Versicherern einholen. Das ist absurd und macht auch keinen Sinn, denn er kann sich direkt an die Spitäler wenden, wie er es heute bereits tut. Die Krankenversicherer haben noch nie eine Anfrage bekommen. Zudem sind noch viele Kantone direkt oder indirekt Spitaleigentümer. Folglich muss Artikel

60 Absatz 7 a 7ter E-KVG nicht einbezogen werden, um den Kantonen ihre Aufgabe der Aufsicht über die Spitäler zu sichern. Diese Aufgabe fällt unter das kantonale Recht.

Nationalrat muss hart bleiben

Der Ball liegt nun wieder bei der Gesundheitskommission des Nationalrats. Vermeiden wir einen kostspieligen und anachronistischen Dualismus bei der einheitlichen Finanzierung von Leistungen. Vermeiden wir eine abstruse Situation, in der sich der Kanton aus aufsichtsrechtlichen Gründen an die Versicherer wendet, statt die Daten bei den Leistungserbringern einzufordern. Es ist entscheidend, dass die Kontrolle der Rechnungen allein in der Hand der Versicherer liegt. Wir fordern den Nationalrat daher auf, in diesem Punkt hart zu bleiben.

EFAS

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) hiess EFAS, die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, gut. Nationalrätin Ruth Humbel hat die parlamentarische Initiative 2009 eingereicht. Nun hat die Kommission des Nationalrats (SKG-N) der Differenzberatung begonnen. Dazu gehört unter anderem die Rechnungskontrolle im stationären Bereich. Um die Prozesse schlank zu halten und weil es sich um ein Kerngeschäft der Krankenversicherer handelt, ist es sinnvoll, wenn die Krankenversicherer die Rechnung kontrollieren, da sie auch das Knowhow besitzen.

Kostenfokus verleitet zu Aktivismus



Eine knappe Mehrheit des Nationalrats hat sich an der letzten Sommersession für den Gegenvorschlag der Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei entschieden. Die SGK-S ist im Januar 2023 dem Vorschlag des Nationalrats gefolgt.

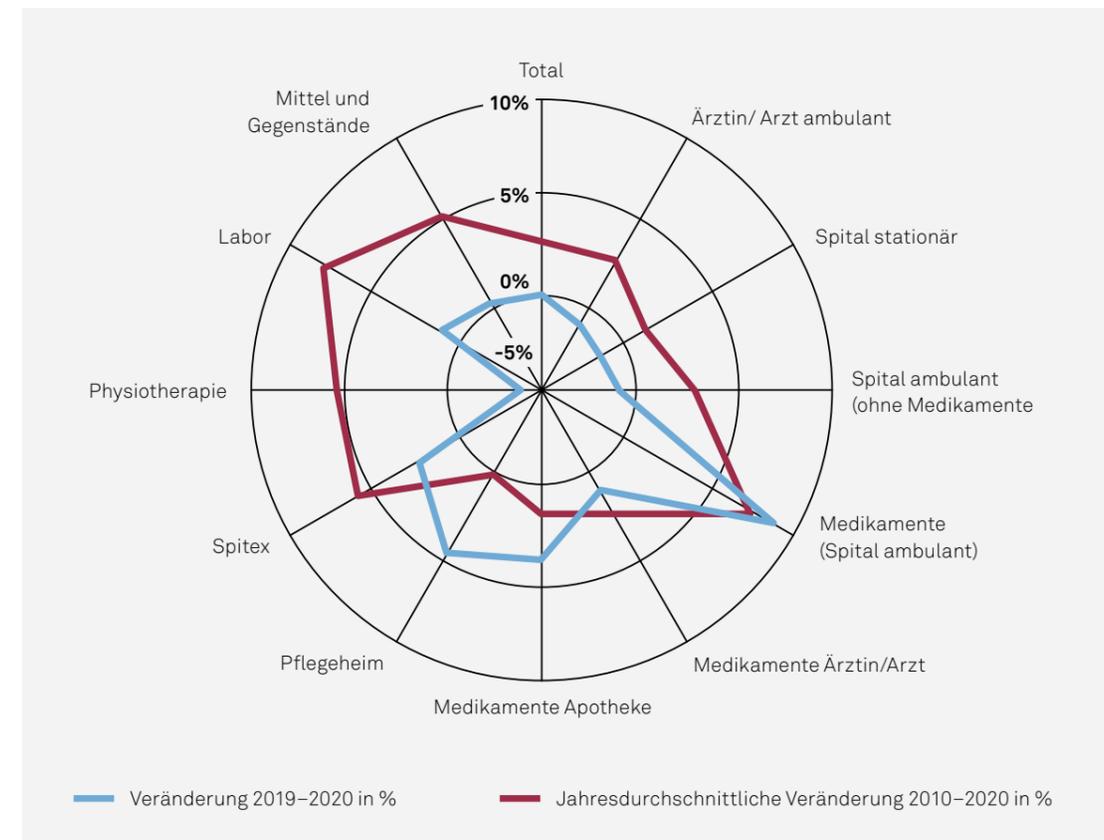
von Mathias Früh, Leiter Gesundheitspolitik & Public Affairs

Künftig soll der Bundesrat Kosten- und Qualitätsziele für jeweils vier Jahre festlegen. Eine neu eingesetzte Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring soll zudem Empfehlungen abgeben. Trotz allem wachsen die Gesundheitskosten stetig. Diese Entwicklung befeuert seit vielen Jahren die Diskussion, wie unser Gesundheitswesen zu gestalten sei. Dabei gilt es, einen sicheren Zugang für alle zu gewährleisten sowie eine hohe Qualität und nachhaltige Finanzierbarkeit sicherzustellen.

Mit Aktivismus ist niemandem geholfen – es herrscht schon Transparenz
Was bringt der aktuelle Aktivismus dem Schweizer Gesundheitswesen? Wohl nicht viel, denn Transparenz über die Kostenentwicklung – über verschiedenste Dimensionen – existiert schon seit Jahren. Einerseits gibt es im Schweizer Gesundheitswesen

unzählige Datensammlungen (BAG, BfS, SASIS etc.) und andererseits publiziert das Bundesamt für Gesundheit jedes Jahr einen 200-seitigen Bericht «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» sowie jeweils sage und schreibe – auch wenn es schwer zu glauben ist – 110 dazugehörige Excel-Tabellen. Die in der Publikation präsentierten Tabellen und Grafiken basieren zum grössten Teil auf Angaben, die die Krankenversicherer dem BAG jährlich einzureichen haben. Präsentiert werden des Weiteren statistische Resultate aus dem Prämiengenehmigungsverfahren und dem Risikoausgleich durch die Gemeinsame Einrichtung KVG. Die Transparenz über Kostendaten, sei es pro versicherte Person, nach Alter oder Geschlecht, nach Kanton oder Leistungserbringer und noch vieles mehr, ist bereits gegeben. Mit anderen Worten: Das geplante Kostenmonitoring existiert bereits.

Entwicklung der Bruttokosten nach Kostengruppe pro versicherte Person



Quelle: BAG 2020

Als Beispiel zeigt folgende Grafik der «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» (Ausgabe 2020) eindrücklich, dass die Bruttokosten pro versicherte Person in den letzten Jahren vor allem in den Bereichen Medikamente (Spital ambulant) und Labor überdurchschnittlich gewachsen sind. Übrigens zwei Bereiche, in denen der Bund sowohl für die gelisteten Leistungen selbst wie auch die entsprechenden Preise zuständig ist.

Die Schweiz will sich um jeden Preis zwei Qualitätskommissionen leisten
Geht es nach dem Nationalrat, soll die neue Kommission neben dem Kostenausschuss noch für ein Qualitätsmonitoring zuständig sein. Das Ziel, die Qualität in der Versorgung zu erhöhen, ist nachvollziehbar und erwünscht. Massnahmen hierzu hat das Parlament aber bereits 2019 mit der Teilrevision «Stärkung von Qualität

und Wirtschaftlichkeit» verabschiedet. Bereits diese Gesetzgebung hat den Bundesrat verpflichtet, jeweils für vier Jahre die Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen. Die neuen Bestimmungen sind erst seit 2021 in Kraft, auch die entsprechende Kommission. Erfahrungen im medizinischen Alltag konnten folglich noch nicht gesammelt werden. Es macht also wenig Sinn, für dasselbe politische Ziel nun weitere Gesetzesrevisionen in Angriff zu nehmen, ohne die Erfahrungen mit einer – hoffentlich klug – umgesetzten neuen gesetzlichen Bestimmung abzuwarten.

Reale Herausforderungen anpacken
Geburtenreiche Jahrgänge verlassen den Arbeitsmarkt und werden in den kommenden Jahren die Nachfrage nach gesundheitlichen Dienstleistungen weiter

antreiben. Gleichzeitig droht ein akuter Mangel an Gesundheitspersonal. Die Herausforderung der Zukunft scheint also eher eine drohende Unterversorgung als eine Kostenexplosion zu sein.

KURZ UND KNAPP

«Mehr ambulante Behandlungen führen zu höheren Kosten bei den Versicherungen und damit zu höheren Krankenkassenprämien. Deshalb muss man die Finanzierung neu regeln.»

Regine Sauter, H+-Präsidentin, setzt sich in den Schaffhauser Nachrichten für die EFAS-Reform ein. Der prämiertenfinanzierte Teil wuchs in den letzten Jahren aufgrund der Ambulantisierung viel stärker als der steuerfinanzierte Teil. Lösung: EFAS.

Dank Reserven nachhaltig gesund

2022 gestaltete sich äusserst aussergewöhnlich. Dies hat auch Helsana zu spüren bekommen. Entsprechend resultierte für das Berichtsjahr eine negative Performance auf den Kapitalanlagen. Mit einer äusserst soliden Eigenkapitalbasis – Reserven – konnte dieses Ergebnis aber aufgefangen werden. Helsana bleibt auch in aussergewöhnlichen Jahren dank der finanziellen Stärke nachhaltig gesund. Ein verpflichtender oder übermässiger Abbau der Reserven würde die finanzielle Stabilität der Krankenversicherer ernsthaft gefährden, gerade in Zeiten mit zahlreichen Unwägbarkeiten und nicht vorhersehbaren Schwankungen der Solvenz. Mit den aktuellen Reserven können die Krankenversicherer die Leistungen in der OKP für rund vier Monate vergüten. Das reicht, weitergehende Regulierungen braucht es definitiv nicht.

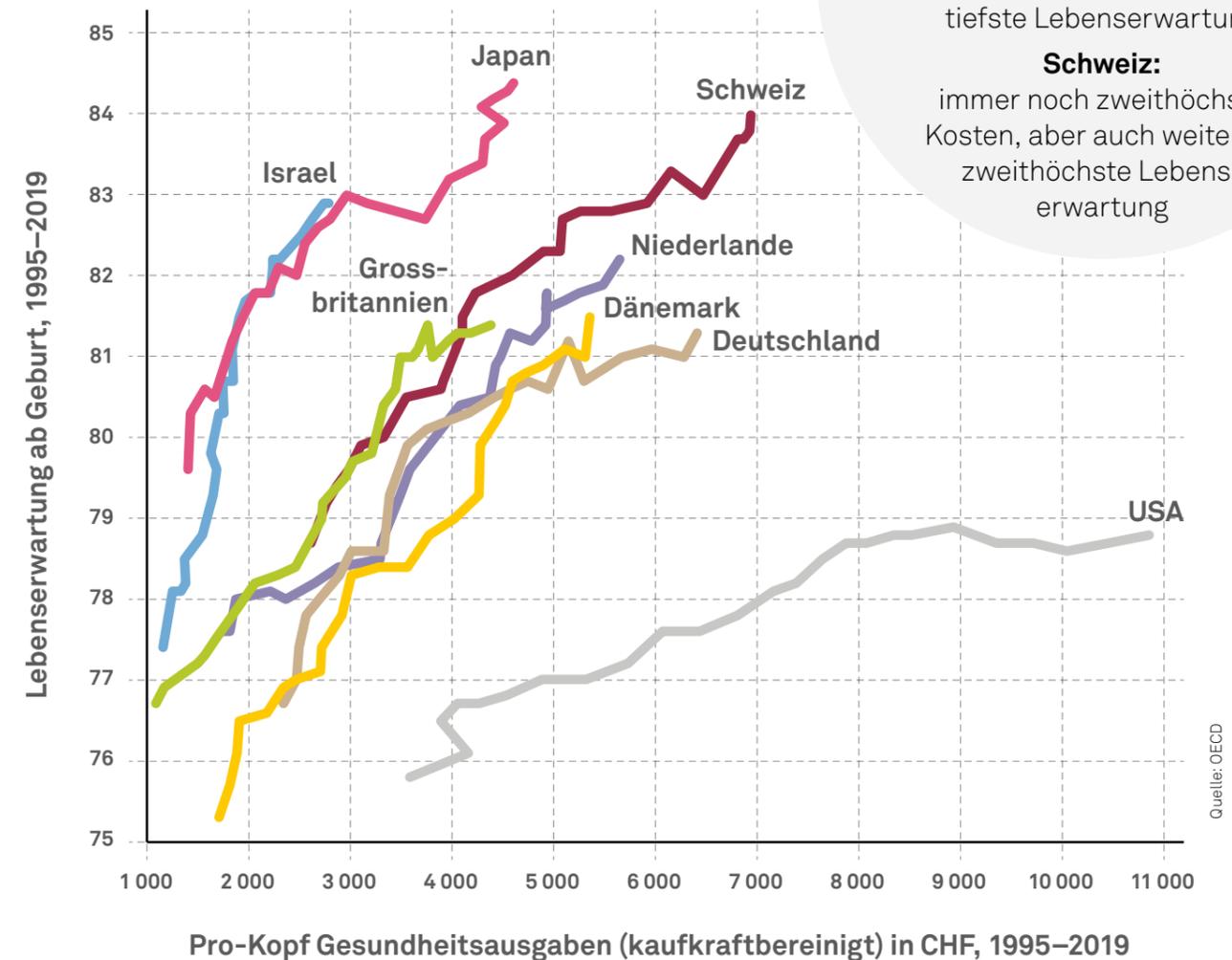
Rechnungskontrolle: ein Fall für die Krankenversicherer

Die Rechnungskontrolle ist das Kerngeschäft einer Krankenversicherung. Die heutigen Prüfungsmechanismen sind ausgefeilt, ausgereift und effizient: Bei jährlich rund 130 Millionen ausgestellter Rechnungen in der Schweiz werden über alle Versicherer hinweg Fehler in der Tarifierung, doppelte Rechnungen, oder Leistungen, die nicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, herausgefiltert. Krankenversicherer sind besonders daran interessiert, dass Rechnungen von Leistungserbringern, die die Krankenversicherer begleichen, richtig sind: Die Rechnungskontrolle ist Sache der Krankenversicherer.

Bilanz nach 25 Jahren:

USA:
höchste Kosten, aber mittlerweile tiefste Lebenserwartung

Schweiz:
immer noch zweithöchste Kosten, aber auch weiterhin zweithöchste Lebenserwartung



Quelle: OECD

Risikoausgleich soll bessere Versorgung ermöglichen



Die Krankenversicherung in der Schweiz ist wettbewerblich organisiert. Dies bedeutet, dass sich die Krankenversicherer – wie die gesamte Versicherungsindustrie bei der Gewinnung und dem Halten von Versicherten – sowie beim Management der Schadenskosten in Konkurrenz zueinander befinden. Grundidee dabei ist, dass Wettbewerb effizientere Ergebnisse hervorbringt.

von Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik & Unternehmenskommunikation

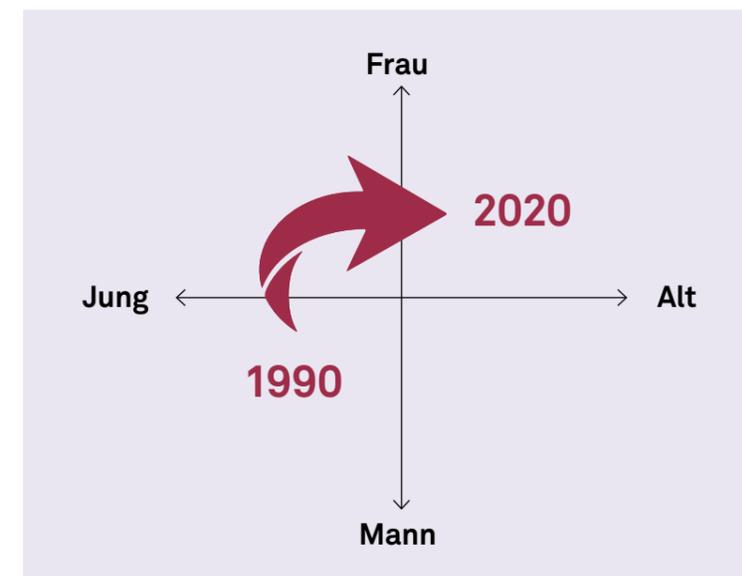
Diese «normalen» Aktivitäten der Portfoliopflege unterliegen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) jedoch einer wesentlichen, sozialpolitisch motivierten Restriktion. Daraus resultiert ein regulierter Wettbewerb: Es besteht für die Krankenversicherer Aufnahmezwang ohne Kündigungsrecht und Gesundheitsprüfung. Dies führt dazu, dass Krankenversicherer, deren Versicherte gesünder sind als die eines anderen, tiefere Prämien am Markt verlangen können, da die Leistungskosten tiefer sind. So wechseln vor allem Gesunde zu diesem Versicherer, mit der Konsequenz, dass er im darauffolgenden Jahr noch tiefere Prämien anbieten kann. Der teurere Versicherer hingegen muss noch höhere Prämien verlangen, da er das gleiche Leistungskostenvolumen mit weniger Versicherten finanzieren muss. Dieses Phänomen wird als «adverse Selektion» bezeichnet und führt letztlich zum Zusammenbruch des Marktes. Um dies zu verhindern, muss es in einem solchen Versicherungssystem notwendi-

gerweise einen Risikostrukturausgleich unter den Versicherern geben. Jene Krankenversicherer, die ein gesünderes Versichertenkollektiv haben, müssen an jene, die im Durchschnitt kränkere Versicherte haben, Ausgleichszahlungen leisten. Diese Zahlungen beziehen sich allein auf die Unterschiede in den Risikostrukturen.

Unattraktive Risikoselektion

Der Risikoausgleich (RA) war in der Vergangenheit höchst unvollständig ausgestaltet. Aus diesem Grund war es bei der Portfoliopflege für die Krankenversicherer lohnender, vor allem Risikoselektion bei der Versichertengewinnung denn Leistungskostenmanagement bei den Kranken zu betreiben. Sprich: im Sinne des regulierten Wettbewerbs für eine bessere medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu sorgen. Dies wurde durch die Gesetzesreform von 2007 geändert. Das Parlament hat den RA dauerhaft im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ver-

Schaden-Kosten-Quote nach Alter und Geschlecht: Neu sind nicht mehr junge Männer, sondern Frauen und ältere Menschen für Krankenversicherer attraktiv



Quelle: Reto Bürgin, Fabrice Perler, Lennart Pirktl, Monika Schmid-Appert: Risk Adjustment Network Conference, Portland, September 23-26, 2019

ankert und dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, den RA weiterzuentwickeln und so zu verbessern. So soll die Risikoselektion unattraktiver (vgl. Abbildung), insbesondere aber die Grundlage für einen fairen Wettbewerb um eine bessere Versorgung der Kranken forciert werden.

Der heute angewendete Risikoausgleich erfüllt diese Zielsetzung weit besser als der alte: Die Selektionskosten sind massiv gestiegen und für einige Krankheitsbilder ist es sehr attraktiv geworden, die entsprechenden Versicherten besser zu versorgen. Grund dafür ist die Mechanik des RA: Alle Versicherer bekommen in einem Jahr für eine bestimmte Krankheit den gleichen Betrag pro entsprechenden Versicherten aus dem RA. Dieser Betrag wird anhand der Kostendaten des Vorjahres aller Krankenversicherer für diese Krankheit berechnet. Gelingt es einem Krankenversicherer, die Behandlungskosten im laufenden Jahr unter diesen Risikoausgleichsbetrag zu senken, hat er einen

unmittelbar wirksamen Prämienvorteil gegenüber der Konkurrenz.

Vorbedingung für den Leistungswettbewerb: Datennutzung

Voraussetzung dafür, dass dieser Leistungswettbewerb spielen kann, ist die Nutzung der versicherungseigenen Daten. Die Krankenversicherer «kennen» ihre Versicherten, das heisst, sie wissen, wo sie wohnen, sie kennen ihre Krankheiten, sie wissen auf der Basis der medizinisch fundierten Tarifsysteme, welche Leistungen in welchen Mengen von welchen Leistungserbringern über den gesamten Behandlungspfad hinweg erbracht werden.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat zusammen mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) das Kreisschreiben 7.1 «Aufsicht des BAG über datenschutzrelevante Bereiche gemäss KVAG, KVAV, KVG und KVV» auf den 1. Januar 2022 revidiert.

Neu findet sich unter dem Titel «5.1 Die Datenbearbeitung nach Art. 84 KVG» folgender Passus auf Seite 7: «So ist bspw. die Bearbeitung von Gesundheitsdaten und Persönlichkeitsprofilen der Versicherten zur Identifizierung von besonderen Zielgruppen für ein Empfehlungsschreiben für gesundheitsfördernde Massnahmen oder für Medikamente nicht mit den erwähnten rechtlichen Grundlagen vereinbar. Eine gezielte gesundheits- oder krankheitsspezifische Empfehlung an selektierte Versicherte ist nicht durch Art. 84 KVG abgedeckt, weil es sich nicht um eine nach dem KVG oder KVAG übertragene Durchführungsaufgabe des Versicherers handelt. Es fehlt für eine solche Personendatenbearbeitung die nötige gesetzliche Grundlage und diese unzulässige Datenbearbeitung ist infolgedessen zu unterlassen.»

Daten für gute Taten

Mit diesen Ausführungen im Kreisschreiben wird den Krankenversicherern die Möglichkeit genommen, ihre Daten für eine bessere Versorgung ihrer Versicherten zu nutzen. Sie dürfen zum Beispiel nicht einmal bestimmte Krankheitsgruppen anschreiben, um sie auf unterschiedliche Bezugskanäle von Medikamenten hinzuweisen.

Damit verhindern die regulatorischen Grundlagen bzw. deren Interpretation durch die Behörden genau jenen Leistungswettbewerb um eine bessere Versorgung, die der Gesetzgeber mit seiner Reform von 2007 intendiert hat. Die positiven Wirkungen des reformierten RA können sich also gar nicht entfalten, die Reform bleibt in einem Kernpunkt unvollendet und ist daher dysfunktional. Das sollte geändert werden.

«Dear Doctor»: Kommen Sicherheitswarnungen an?



Wenn sich das Sicherheitsprofil eines Medikaments ändert, versenden die Arzneimittelhersteller auf Anordnung der Swissmedic sogenannte «Dear Doctor Letters». Doch kommen diese Schreiben bei den Ärztinnen und Ärzten an und findet ein Praxistransfer statt?

von Dr. med. Sabrina M. Stollberg und Dr. Sereina Graber, Gesundheitswissenschaften

Bei wichtigen neuen Änderungen des Sicherheitsprofils von Medikamenten kann die Swissmedic, die Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte, die jeweiligen Hersteller anweisen, neben den Anpassungen der Arzneimittelinformation sogenannte «Direct Healthcare Professional Communications» (DHPC) zu versenden. Sie sind als «Dear Doctor Letters» bekannt. Doch kommen solche Mitteilungen bei den Verschreibenden an und werden sie umgesetzt? Mithilfe von Helsana-Versichertendaten sind wir dieser Fragestellung beispielhaft für zwei DHPC nachgegangen.

Antibiotikaverschreibung

Im Januar 2018 wurde eine Mitteilung zu Anwendungseinschränkungen von Flu-

orchinolonen versandt. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von Antibiotika, die ein breites Erregerspektrum abdeckt. Aufgrund verschiedener schwerwiegender und teilweise nicht reversibler unerwünschter Wirkungen sollen diese Antibiotika nicht mehr bei unkomplizierten Infekten als Ersttherapie verwendet werden.

Epilepsiemedikament

Die zweite von uns untersuchte DHPC vom Dezember 2018 betrifft die Therapie mit Valproat – einem Medikament, das bei Patientinnen und Patienten mit Epilepsie eingesetzt wird. Für Kinder, die im Mutterleib Valproat ausgesetzt waren, besteht ein hohes Risiko für Missbildungen und schwerwiegende Entwicklungsstörungen, weshalb das Medikament während

Trendanalyse der Verschreibungen von Antibiotika und Fluorchinolonen sowie Antiepileptika und Valproat

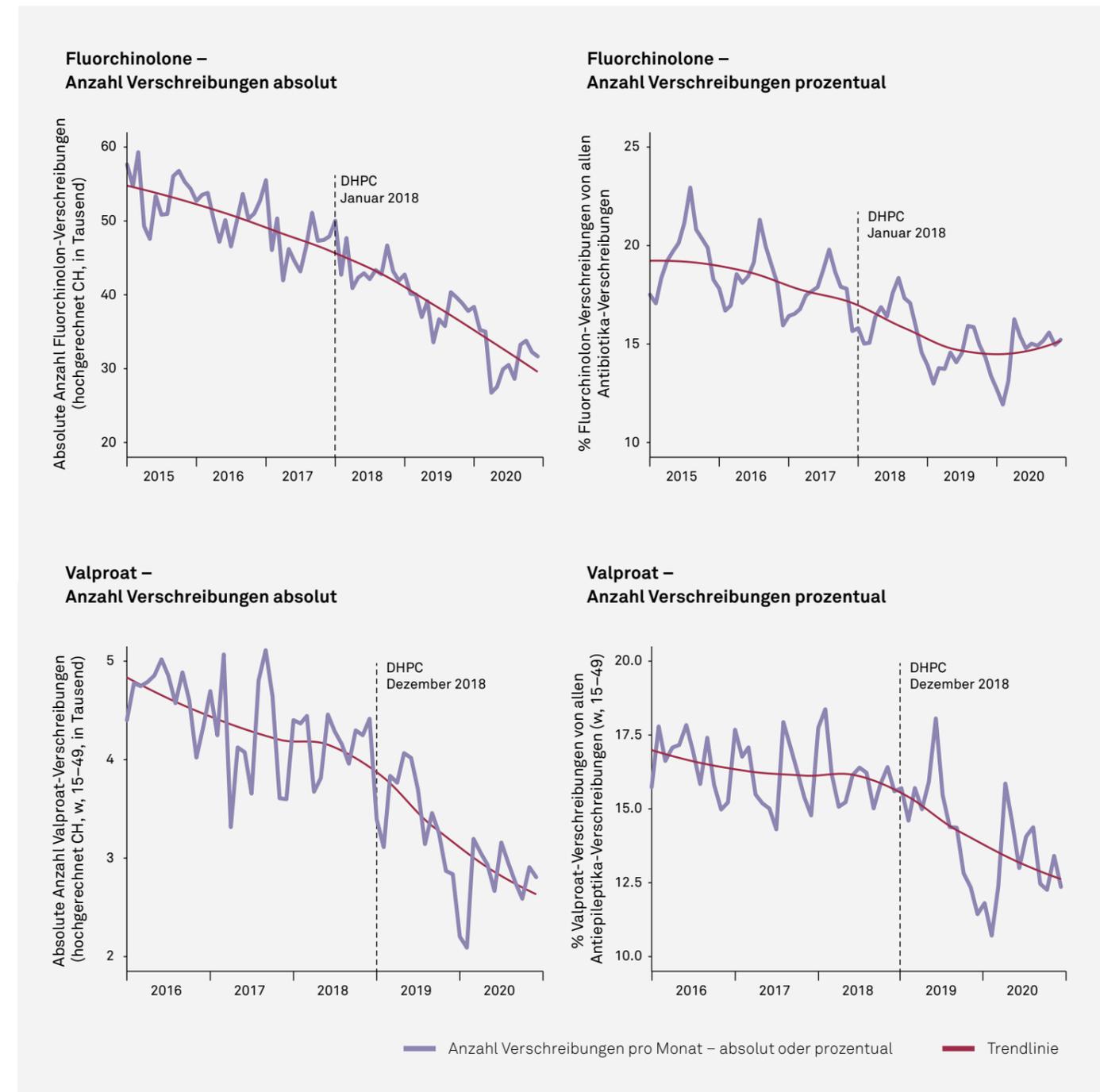


Abb. 1, Quelle: Helsana



«Die breite Etablierung von elektronischen Systemen, welche die Verschreibenden direkt bei der Medikamentenverordnung über das geänderte Sicherheitsprofil informiert, wäre begrüssenswert.»

Interview mit Dr. Thomas Stammschulte

Head of Pharmacovigilance Section,
Swissmedic

Was könnte man tun, um die Reichweite und die Wirksamkeit der DHPC zu verbessern?

Die DHPC werden von den jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen respektive Zulassungsinhaberinnen verschickt. Dies geschieht anhand klarer Vorgaben von Swissmedic, wer die Information erhalten muss. Hierzu zählen Ärztinnen und Ärzte in der Praxis, die das betroffene Arzneimittel verschreiben oder eventuell mit den Komplikationen konfrontiert werden, leitende Ärztinnen/Ärzte in den Spitälern sowie Spital- und Offizin-Apotheken. Zusätzlich müssen DHPC auch als Inserat in der Schweizerischen Ärztezeitung und im PharmaJournal publiziert werden. Swissmedic stellt ausserdem alle DHPC auf ihrer Website zur Verfügung und es besteht die Möglichkeit, sich für einen entsprechenden Newsletter bzw. RSS-Feed anzumelden. Weiterhin informiert Swissmedic die betroffenen Fachgesellschaften, die FMH, pharmasuisse, die Kantonsärztinnen und -apotheker sowie die regionalen Pharmacovigilance-Zentren per Rund-E-Mail über die DHPC. Die Information

kann von den Adressaten ebenfalls weiterverteilt werden. Wichtig wäre, dass Leitlinien von Fachgesellschaften in spitalinternen Leitdokumenten zeitnah angepasst werden, um die Reichweite zu erhöhen.

Werden DHPC heute hauptsächlich als Brief oder E-Mail versendet?

Die DHPC werden – neben den oben genannten Verteilungswegen – bislang als Brief versendet. Dies, da ein verbindlicher Verteiler mit allen E-Mail-Adressen leider nicht zur Verfügung steht.

Wären «Kontrollmechanismen» für das Lesen der DHPC sinnvoll?

Die breite Etablierung von elektronischen Systemen, welche die Verschreibenden direkt bei der Medikamentenverordnung über das geänderte Sicherheitsprofil informiert, wäre begrüssenswert. Dies würde dafür sorgen, dass man bei der Verordnung des jeweiligen Medikaments mit Hilfe eines elektronischen Systems automatisch auf die DHPC aufmerksam gemacht wird. Die Etablierung von elektronischen Verordnungssystemen mit entsprechenden Möglichkeiten liegt nicht in der Hand von Swissmedic.

der Schwangerschaft kontraindiziert ist. Bei Frauen im gebärfähigen Alter soll es deshalb nicht angewendet werden. Eine Ausnahme besteht, wenn andere Behandlungen nicht wirksam sind oder nicht vertragen werden. Die DHPC führte für diese Frauen ein Schwangerschaftsverhütungsprogramm ein.

Die Verschreibungszahlen gehen zurück

Basierend auf der Auswertung von Daten der rund 1,2 Mio. bei Helsana versicherten Personen zwischen 2015 und 2020 und anschliessenden Hochrechnungen für die gesamte Schweiz zeigte sich ein signi-

fikanter Abwärtstrend der ambulanten Verschreibungen beider Medikamente – mit einer Trendwende nach Versand der DHPC. Die Verordnungen von Fluorchinolonen gingen von fast 60'000 Verschreibungen im Januar 2015 auf ca. 30'000 im Dezember 2020 zurück. Die Verordnungen von Valproat von 4400 im Januar 2016 auf ca. 2800 im Dezember 2020 (Abb. 1).

Helsana-Daten bilden den klinischen Verschreibungsalltag ab

Zwischen den rückläufigen Verordnungszahlen und dem Versand der DHPC lässt sich retrospektiv kein kausaler

Zusammenhang ableiten. Auch lässt sich keine Aussage darüber treffen, ob der beobachtete Rückgang aus medizinischer Sicht ausreichend ist. Dennoch geben die Zahlen aus der Helsana-Datenbank einen guten Überblick über die Wirklichkeit, da es sich um sehr grosse Fallzahlen und nicht nur um Untersuchungen aus einzelnen Praxen oder Kliniken handelt. Diese Daten sind eine zuverlässige und repräsentative Quelle zum Orten eines weiteren Handlungs- und Informationsbedarfes zur Medikamentensicherheit. Die vorliegende Studie soll zur Diskussion über die Optimierung von Sicherheitswarnungen anregen.



Finanzerträge der Krankenversicherer – quo vadis?

Anfrage von Nationalrat Olivier Feller vom 12. Dezember 2022:

«Welche (wahrscheinlich negativen) Kapitalerträge haben die Krankenversicherer im Jahr 2022 erzielt? Um welche Beträge handelt es sich? Welchen Einfluss haben diese Erträge auf die Reserven? Welchen Einfluss haben diese Erträge auf die versicherungstechnischen Rückstellungen?»

Antwort Bundesrat vom 1. Februar 2023:

«Es ist davon auszugehen, dass die Finanzerträge im Jahr 2022 negativ sein werden. Die Versicherer schätzten die Anlageerträge bei der Eingabe für die Prämien 2023 Ende Juli auf rund minus 800 Millionen für 2022. **Dieser Verlust dürfte sich gemäss den Entwicklungen an den Finanzmärkten seit Juli nochmals ausgeweitet haben.** Dies wird zu einer Senkung der vorhandenen Reserven führen. Die Anlageverluste haben jedoch keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherungstechnischen Rückstellungen.»

Lieber Bundesrat, richtig, die Finanzerträge sind nochmals gesunken, und zwar ordentlich!