

Warum das Swiss Medical Board nicht genügt

Um von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt zu werden, müssen medizinische Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Dies wird in sogenannten Health Technology Assessments (HTA) überprüft. In der Schweiz wurde dafür das Swiss Medical Board gegründet. Warum nicht alle damit glücklich sind. Von Michael Schlander

Das auf eine Initiative des Kantons Zürich zurückgehende Swiss Medical Board (SMB) hat unlängst in der Schweiz die Diskussion über Health Technology Assessments (HTA) in Gang gebracht. Seine Methoden bleiben jedoch in vielen Punkten hinter dem Stand der internationalen Entwicklung zurück. Deshalb haben Santésuisse und Interpharma das Projekt Swiss HTA ins Leben gerufen und in Zusammenarbeit mit weiteren Partnern (FMH, SAMW) einen Konsens erarbeitet. Dieser zeigt Wege auf, wie die Erwartungen der Schweizer Stimmbürger an ihr Gesundheitssystem unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben, einschliesslich der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) des Krankenversicherungsgesetzes, in HTA Berücksichtigung finden können.

Prozess zur systematischen Bewertung

HTA ist ein Prozess zur systematischen Bewertung von medizinischen Leistungen. Dazu gehören Medikamente, Technologien, Prozeduren, Hilfsmittel und Organisationsformen. Berücksichtigt werden medizinische, soziale, ethische und wirtschaftliche Implikationen. Mittels HTA sollen die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse so aufbereitet werden, dass sie für gesundheitspolitische Entscheide – etwa Aufnahme in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Preisfindung, Unterstützung des sachgerechten Einsatzes mittels klinischer Leitlinien – nützlich sind. International besteht weitgehend Einigkeit, dass HTA auf die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin abzustützen sind. Diese fragt nach dem medizinischen (Mehr-)Nutzen und versucht, diesen nach seiner Relevanz (z. B. Lebensverlängerung wichtiger als Vermeidung geringfügiger Nebenwirkungen) und seiner Grösse einzuordnen. Evidenzbasierte Medizin kann keine Aussagen zur Wirtschaftlichkeit machen; dazu braucht es eine gesundheitsökonomische Evaluation, die Mehrnutzen und Mehrkosten einander gegenüberstellt. Dementsprechend sind Wirtschaftlichkeitsanalysen das zweite Standbein von HTA.

Im letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts wurde im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse die Verwendung von Quality-Adjusted Life Years (QALY) zunehmend gebräuchlich. QALY integrieren Lebensqualität und -zeit in einer Zahl. Dabei wird angenommen, eine Intervention sei umso effizienter, je niedriger die Relation von (Mehr-)Kosten je gewonnenem QALY ist. Das erscheint zunächst plausibel, wird aber problematisch, wenn die gleiche Messlatte für die «Kosten je QALY» auf unterschiedlichste Gesundheitsstörun-

gen angewendet wird. Dann wird nämlich erstens unterstellt, eine medizinische Intervention sei sozial umso mehr erwünscht, je geringer die Kosten pro QALY sind. Zweitens sei es möglich, eine allgemein gültige Obergrenze der «sozialen Zahlungsbereitschaft» für ein QALY zu definieren.

Wenn dem so wäre, müsste etwa die Entfernung von Tätowierungen im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine sehr hohe Priorität geniessen, weil hier starke individuelle Präferenzen auf niedrige Kosten pro Behandlungsfall treffen und deshalb mit niedrigen Kosten je QALY assoziiert sind. Umgekehrt hätten wegen hoher Kosten je QALY die meisten palliativmedizinischen Massnahmen oder die Behandlung bösartiger Tumore keinerlei Chance auf Aufnahme in den Leistungskatalog.

Diskriminierung vermeiden

Was ziemlich irritierend ist, hat seine Wurzeln in der Vorstellung, das Ziel einer solidarischen Gesundheitsversorgung sei es, bei gegebenen Kosten möglichst viele QALY zu «produzieren». Die grosse Mehrheit der Menschen will aber keine QALY-Maximierung, sondern eine Priorität für Interventionen zugunsten Schwerkranker, für Hilfe in akuten Notsituationen sowie die Vermeidung einer Diskriminierung von gesundheitlich beeinträchtigten Patienten. Zu Letzteren gehören etwa Behinderte oder mehrfach Erkrankte, die wegen ihres eingeschränkten Gesundheitsstatus weniger QALY gewinnen können. Soziale Präferenzen und sozialer Nutzen sind also nicht einfach ein Aggregat individueller Eigennutzorientierung. Dem entspricht die neuere internationale Entwicklung. So wurde mit der jüngsten Gesundheitsreform in den USA von 2010 zwar ein HTA-Institut geschaffen, diesem aber explizit untersagt, auf der Basis von kalkulierten Kosten pro QALY Empfehlungen auszusprechen. Und in jenen Ländern, in denen die QALY-basierte Evaluationslogik eingeführt wurde (allen voran in Grossbritannien), gibt es eine intensive Debatte über soziale Präferenzen und eine Abkehr von einheitlichen Schwellenwerten.

Das Swiss Medical Board hat diese Entwicklungen bisher übergangen. Besonders deutlich wird das an der Vorgabe in seinem «Methodenpapier». Demnach müssten Leistungen mit Kosten pro QALY unter einem unteren Schwellenwert «durch die Solidargemeinschaft ohne weiteres übernommen» werden. Das hiesse, die obligatorische Krankenpflegeversicherung würde künftig Tattoo-Entfernungen, nicht aber Palliativmedizin und neue Krebsmedikamente bezahlen.

Ein nachhaltig erfolgreiches Konzept für HTA

wird also methodisch anspruchsvoller und breiter legitimiert sein müssen. Hinzu treten weitere kritische Aspekte: Für die institutionelle Einbettung von HTA beim Bund ist auf den Einbezug aller wichtigen Stakeholder im HTA-Prozess zu achten. Denn die Erfahrung zeigt, dass HTA aus reiner Expertensicht es nicht vermögen, die relevanten Perspektiven von Patienten, Versicherern und forschender Industrie aufzuzeigen. Ein weiterer Aspekt betrifft den Umgang mit der Unsicherheit, die untrennbar mit dem medizinischen Fortschritt verbunden ist. HTA soll die vorhandenen wissenschaftlichen Studien im Kontext der realistisch erwartbaren Evidenz beurteilen und keine formalistischen, unüberwindbaren Hürden aufstellen. Vielmehr ist weiterer Forschungsbedarf zu identifizieren und begründete Unsicherheit zu akzeptieren. Swiss HTA will deshalb seine Erkenntnisse in die Diskussion einbringen und unterstützt die notwendige Konvergenz der verschiedenen HTA-Ansätze unter der Führung des Bundes.

Michael Schlander ist wissenschaftlicher Leiter des Swiss-HTA-Projekts. Der Gesundheitsökonom lehrt an der Universität Heidelberg und an der Hochschule Ludwigshafen am Rhein.