



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

***Wirkungsanalyse KVG:
Die Kosten neuer Leistungen
im KVG***

***Folgerungen aus der Analyse
der Anträge für neue Leistungen
und Unterlagen des BSV aus den
Jahren 1996–1998***

Forschungsbericht Nr. 13/01

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

Das Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlicht in seiner Reihe „Beiträge zur Sozialen Sicherheit“ konzeptionelle Arbeiten und Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Analysen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherung wieder.

Autoren: Roland Haari, Karl Schilling
COPLAN Empirische Sozialforschung
Socinstrasse 81
4951 Basel
Tel. 061 272 44 40
E-mail: rhaari@bluewin.ch

Auskünfte: Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherung
Seilerstrasse 8
3003 Bern
Tel. 031/322 90 25
E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-39-9

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung,
CH-3003 Bern

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherung gestattet.

Vertrieb: BBL, Vertrieb Publikationen, CH-3003 Bern
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

Bestellnummer: 318.010.13/01 d 2.02 400

Wirkungsanalyse KVG:

Die Kosten neuer Leistungen im KVG

Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998

ausgearbeitet durch

COPLAN Empirische Sozialforschung

Bearbeiter:

Roland Haari, dipl. Ing./M.S. in Soziologie
Karl Schilling, dipl. Programmierer

Im Auftrag des

Bundesamtes für Sozialversicherung

November 2001

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherung

Ein Hauptziel des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist die Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung für die ganze Bevölkerung. Dies bedeutet auch, dass der Leistungsumfang dem medizinischen Fortschritt angepasst werden muss. Das KVG geht deshalb grundsätzlich davon aus, dass alle medizinischen Leistungen, welche von Ärztinnen und Ärzten (sowie Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren) erbracht werden, durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Lediglich umstrittene Leistungen werden durch die Leistungskommission ELK überprüft. Das Eidgenössische Departement des Innern EDI entscheidet auf Antrag der ELK über die Aufnahme oder Ablehnung der spezifischen Leistung.

In der politischen Debatte werden diese durch die ELK überprüften und durch das EDI zugelassenen Leistungen als wesentlicher Faktor bei der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung bezeichnet. Mit der vorliegenden Studie sollte zum einen überprüft werden, welches die tatsächlichen, durch diese neuen Leistungen ausgelösten Kosten sind und welchen Anteil diese an der Kostensteigerung insgesamt ausmachen. Zum anderen sollte die Grundlage geschaffen werden, damit die Abschätzung der Kostenfolgen im Moment des Zulassungsentscheides verbessert werden können.

Die verfügbaren Schätzungen zeigen, dass die Kostenfolgen der durch das EDI zugelassenen medizinischen Leistungen für die Kostenentwicklung eine untergeordnete Rolle spielen. Allerdings lassen sie sich aufgrund der vorhandenen statistischen Grundlagen nicht ermitteln. Die im Rahmen dieser Studie entwickelten Grundlagen sollten es zwar erlauben, die Schätzungen in Zukunft weiter zu verbessern. Trotzdem ist der Aufbau der statistischen Grundlagen für eine empirische Überprüfung der ausgelösten Kosten unerlässlich.

Kostendämpfungsmassnahmen sind in der Krankenversicherung notwendig. Die vorliegende Studie legt aber den Schluss nahe, dass die wesentlichen kostentreibenden Faktoren nicht bei den einzelnen, explizit zugelassenen neuen medizinischen Leistungen zu suchen sind. Es gibt deshalb keinen Grund, in Zukunft restriktiver bei der Zulassung neuer medizinischer Leistungen zu sein. Wichtig ist aber, den Einfluss anderer Faktoren auf die Kosten in der Krankenversicherung (vermehrte Inanspruchnahme, Alterung der Bevölkerung, Angebotsstrukturen, etc.) vertieft zu analysieren. Damit soll der Politik die Grundlagen für gezielte Massnahmen zur Verfügung gestellt werden.

L. Gärtner
Leiter Bereich Forschung und Entwicklung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Un des principaux objectifs de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) consiste à garantir à l'ensemble de la population l'accès à des soins médicaux de qualité. Cela signifie également que le volume des prestations doit évoluer au rythme des progrès de la médecine. Pour cette raison, la LAMal part du principe que toutes les prestations médicales fournies par des médecins (et des chiropraticiens ou chiropraticiennes) sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, seules les prestations faisant l'objet de contestations sont soumises à l'examen de la Commission fédérale des prestations (CFP). L'admission ou le refus d'une prestation est du ressort du Département fédéral de l'intérieur, sur recommandation de la CFP.

Les milieux politiques affirment souvent que les prestations examinées par la CFP et admises par le DFI constituent un élément essentiel de l'augmentation des coûts dans l'assurance-maladie. La présente étude vise à établir quel est le coût réel de ces prestations en regard de l'assurance obligatoire des soins et quelle est leur part dans l'augmentation globale des coûts de la santé. Elle devrait par ailleurs offrir les bases nécessaires à une meilleure estimation des effets financiers de toute nouvelle mesure lors de l'examen de son admission dans le catalogue des prestations de base.

Les estimations disponibles montrent que les nouvelles prestations médicales admises par le DFI ne jouent qu'un rôle mineur dans l'évolution globale des coûts. Néanmoins, les données statistiques actuellement disponibles ne permettent pas d'établir les répercussions financières de ces prestations. Les bases élaborées dans le cadre de la présente étude devraient permettre d'améliorer encore la fiabilité des estimations. L'établissement de bases statistiques est, quoi qu'il en soit, indispensable à un examen empirique des coûts engendrés.

Nul ne conteste la nécessité d'introduire des mesures de maîtrise des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. La présente étude invite toutefois à conclure que les principaux facteurs de renchérissement **ne sont pas** à chercher du côté des nouvelles prestations médicales admises par le DFI. Par conséquent, rien ne saurait justifier une pratique plus restrictive en la matière. En revanche, il importe d'analyser en détail l'influence que d'autres facteurs peuvent exercer sur les coûts de l'assurance-maladie (notamment la multiplication du recours aux prestations, le vieillissement de la population, les structures de l'offre de prestations, etc.). Ainsi, il sera possible de fournir aux milieux politiques des bases de décision qui leur permettront de faire des choix ciblés.

L. Gärtner
Chef du secteur Recherche et développement

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Uno degli scopi principali della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) è di garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria qualitativamente elevata a tutta la popolazione. Questo significa anche che il volume delle prestazioni deve essere adeguato ai progressi della medicina. Per questa ragione la LAMal prevede che i costi di tutte le prestazioni mediche dispensate dai medici e dai chiropratici vengano assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Soltanto i casi concernenti prestazioni contestate vengono esaminati dalla Commissione federale delle prestazioni generali (Commissione delle prestazioni). Su proposta di quest'ultima, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) decide se ammettere o meno la prestazione in questione.

Nel dibattito politico le prestazioni esaminate dalla Commissione delle prestazioni e ammesse dal DFI vengono considerate un fattore essenziale dell'evoluzione dei costi nell'assicurazione malattie. Il presente studio si prefigge due obiettivi: accertare a quanto ammontino i costi effettivi cagionati da queste nuove prestazioni e in quale percentuale essi contribuiscano complessivamente all'aumento dei costi e creare una base che permetta di valutare più precisamente, al momento di decidere sull'ammissione della prestazione, le conseguenze finanziarie.

Le stime disponibili mostrano che le prestazioni mediche ammesse dal DFI non incidono in maniera decisiva sull'evoluzione dei costi. Tuttavia, le basi statistiche esistenti non permettono purtroppo di determinarne con esattezza le ripercussioni finanziarie. Le basi create nell'ambito del presente studio dovrebbero permettere di migliorare ulteriormente le stime, ma resta indispensabile elaborare basi statistiche per analizzare empiricamente i costi generati da queste prestazioni.

Nell'assicurazione malattie sono necessarie misure volte al contenimento dei costi. Stando al presente studio, però, i fattori essenziali che cagionano costi **non** vanno cercati nelle singole nuove prestazioni mediche esplicitamente ammesse. Non vi è quindi alcun motivo per adottare in futuro norme più severe in materia. E' tuttavia importante analizzare l'incidenza di altri fattori sui costi dell'assicurazione malattie (maggiore ricorso a prestazioni mediche, invecchiamento della popolazione, struttura dell'offerta ecc.), di modo che gli ambienti politici dispongano delle basi necessarie per prendere misure mirate.

L. Gärtner
Capo Ricerca e Sviluppo

Foreword by the Federal Office for Social Insurance

One of the major aims of the Federal Law on Sickness Insurance (Krankenversicherungsgesetz KVG) is to ensure that the entire population has access to quality medical care. This means that the volume of services must adapt to the progress of medical science. Consequently, the KVG assumes that all services provided by physicians and chiropractors ought to be covered by the obligatory health insurance system. Only services that are controversial are reviewed by the Federal Commission for Health Insurance Benefits (Leistungskommission ELK), which then submits them to the Federal Department of Home Affairs (EDI) for definitive approval or rejection.

In the political debate, the services that have been reviewed by the ELK and approved by the EDI, are often held to be responsible for the constant increase in health insurance costs. The present study investigates the real costs generated by these new services, and their contribution to the growth of overall costs. It also aims to establish the bases for a better assessment of cost consequences prior to a service's approval.

Available assessments show that the impact of the costs of EDI-approved medical services on the overall evolution of health care costs is a minor one. However, these costs cannot be clearly determined on the basis of current statistical data. The results of this study should make more precise estimations possible in the future; but they also show that fuller and more reliable data allowing for an empirical investigation of costs are required.

Measures to curb health insurance costs are a necessity. Still, the present study implies that the essential cost-boosting factors are *not* to be found in individual, explicitly approved new medical services, and that there is no reason to be more restrictive when approving them in the future. What is important, however, is an in-depth analysis of factors that influence health insurance costs, such as increased use of medical services, the ageing of the population, structures that offer medical services, etc. This should provide policy-makers with a better base for deciding upon targeted relevant measures.

L. Gärtner
Head of Research and Development Service

Zusammenfassung

Umstrittene Leistungen, die in den Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherungen aufgenommen werden sollen, müssen das Zulassungsverfahren bei der Eidgenössischen Kommission für Leistungen der Krankenversicherung (ELK) durchlaufen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) entscheidet auf Antrag der ELK über die Vergütung dieser Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung. Für das Zulassungsverfahren bei der ELK ist eine Dokumentation einzureichen, die den Anforderungen des Handbuchs zur standardisierten Bewertung medizinischer Leistungen zu genügen hat. Verschiedene Akteure sehen in diesen neu zugelassenen Leistungen einen wesentlichen Grund für die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenversicherung. In den letzten Jahren versuchte deshalb das BSV mit Hilfe von groben Schätzungen mehr Klarheit über die Kostenentwicklung zu erhalten. In einem Forschungsprojekt sollte zusätzlich überprüft werden, welche Kostenfolgen die neu zugelassenen, aber auch die abgelehnten Leistungen haben. Das Vorhaben, die Kostenfolgen auf der Basis von neuen Erhebungen und einer Nachkalkulation zu überprüfen, erwies sich aufgrund der Datenlage als zu schwierig und zu aufwendig. Stattdessen sollten die eingereichten Dokumentationen in Hinblick auf die Ermittlung der Kostenfolgen analysiert werden. Ziel ist abzuleiten, wie die Gesuchssteller künftig die Kostenfolgen zu berechnen und darzustellen haben. Eine Übersicht über vorhandene Datenbestände, die sich für den Nachweis der Kostenfolgen eignen, soll als weitere Hilfestellung dienen. Ausserdem soll versucht werden, aus den eingereichten Dokumentationen, aber auch aus den Schätzungen des BSV die jährlichen Kostenfolgen der neuen Leistungen für die Jahre 1996-1998 festzustellen.

Während in den Entscheidungen der ELK bisher die Priorität auf der Wirkung und dem Nutzen der neuen Leistung liegt, beschränkt sich die vorliegende Studie auf die Frage der Kostenfolgen. Als Grundlage für die Analyse der Dokumentationen wurde deshalb ein Wirkungsmodell entwickelt, welches die Mechanismen wiedergibt, die bei der Zulassung einer Leistung eine Rolle spielen. Nach dem Modell wirkt sich die Zulassung einer Leistung auf den durch den Patienten zu bezahlenden Preis aus. Weitere Einflussfaktoren sind der zu erwartende Nutzen der neuen Leistung im Vergleich zu substituierten oder vermiedenen Behandlungen. Die Nachfrage nach einer neuen Leistung steigt deshalb nicht plötzlich an, sondern nimmt aufgrund der Abwägung der Nachfrager über einen längeren Zeitraum zu, bis eine Marktsättigung erreicht wird. Bei der Berechnung der Kostenfolgen sind deshalb die Aufwendungen für die neue Leistung und für die substituierten bzw. vermiedenen Behandlungen über längere Zeit vor und nach der Zulassung zu verfolgen. Aus dem Wirkungsmodell wurde ein Analyseraster entwickelt, der die Untersuchung der Dokumentationen auf folgende Punkte lenken soll: 1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen, d.h. alle die Kosten beeinflussenden Faktoren. 2. Kosten der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen. 3. Zusatzkosten der Leistungen aufgrund von Nebenwirkungen und eingeschränkter Wirksamkeit. 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähig-

keit. 5. Mengenentwicklung der Leistungen und der anderen Kostenfaktoren. 6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten zur Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen.

Die Analyse der Dokumentationen liess grosse Unterschiede in bezug auf die Darstellung der Kostenfolgen erkennen. Ein Grund lag im Handbuch zur standardisierten Bewertung der medizinischen Leistungen, die von den Gesuchstellern als Leitfaden zur Erstellung ihrer Dokumentationen benutzt wurde. Im Handbuch fehlten gerade die praktischen Handlungsanweisungen, welche Datenquellen und welche Verfahren die Gesuchsteller benutzen sollen, um die Nachfrage und damit die Kostenfolgen einer neuen Leistung zu berechnen. Eine zusammenfassende Bewertung, die auf der detaillierten Auswertung der Dokumentationen im Anhang beruht, ergab, dass die neu beantragten Leistungen besser beschrieben wurden als die substituierten bzw. vermiedenen Leistungen. Gerade 26 von 36 Dokumentationen enthielten Aussagen zur Menge der neuen Leistung und 16 auch Aussagen zur Menge der substituierten Leistungen. In mehr als der Hälfte der Dokumentationen waren keine Angaben zu den gesamtschweizerischen Kostenfolgen vorhanden. Gerade zehn Gesuchsteller versuchten sowohl die Kosten der neuen als auch der substituierten Leistungen zu berücksichtigen. Auffallend sind auch die häufigen Rechenfehler und methodischen Mängel in den Dokumentationen.

Die aus den Dokumentationen ermittelten jährlichen Kostenfolgen, die sich aus den durch die ELK behandelten Leistungen ergaben, sind aus den oben dargestellten Gründen mit grossen Unsicherheiten behaftet. Aber auch die groben Schätzungen in den Unterlagen des BSV waren nicht immer nachvollziehbar. Nach den Angaben in den Dokumentationen und den Unterlagen des BSV schwanken die jährlichen Kostenfolgen der angenommenen Leistungen in den Jahren von 1996 bis 1998 zwischen Minderkosten von 63 Mio. und Mehrkosten von 147 Mio. Franken. Für die abgelehnten Leistungen wären in den Jahren von 1996 bis 1998 nur Minderkosten entstanden, die sich zwischen 2 Mio. und 37 Mio. Franken bewegen. Von rund 40 Mia. Franken Ausgaben im Gesundheitswesen entfällt auf die Kostenfolgen durch die von der ELK behandelten Leistungen deutlich weniger als ein Prozent. Bei den etwa 14 Mia. Franken Aufwendungen der Krankenversicherungen für Krankenpflegeleistungen ist es etwa ein Prozent. Wenn der Anteil der Kostenfolgen neuer Leistungen zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen und bei den Krankenkassen in Beziehung gesetzt wird, dann ergeben sich durch die angenommenen Leistungen im Gesundheitswesen Abnahmen von 8% und Zunahmen von 11% und bei den Krankenkassen Abnahmen von 9% und Zunahmen von 24% der jährlichen Kostensteigerung. Die Aussage vom geringen Kostenanteil der durch die ELK behandelten Leistungen kann selbst unter Berücksichtigung der Mängel der Dokumentationen bei der Berechnung der Kostenfolgen aufrecht erhalten werden. Gründe dafür sind, dass den neuen Leistungen Kostenminderungen durch substituierte Leistungen entgegenstehen und die ELK nur die wenigen umstrittenen Leistungen behandelt. Die vielen nicht umstrittenen Leistungen werden jedes Jahr neu durch die Krankenkassen vergütet und tragen im grösseren Masse zur Kostensteigerung bei. Weitere

Kostenfaktoren sind auch neue Medikamente, Tarifabschlüsse oder Mengenausweitungen bei den Leistungserbringern.

Die Analyse der Dokumentationen liess bei drei Punkten Handlungsbedarf erkennen, die im folgenden näher ausgeführt werden: Erstens wird für die Gesuchssteller ein Leitfaden zur Berechnung der Kostenfolgen dargestellt, der die Mechanismen des Wirkungsmodells und die sechs Punkte des Analyserasters berücksichtigt. In diesem Leitfaden sind auch Hinweise auf Daten zur Ermittlung der Kostenfolgen sowie Methoden zur Schliessung von Informationslücken enthalten. Diese Empfehlungen wurden bereits in das Handbuch zur standardisierten Bewertung neuer Leistungen aufgenommen. Zweitens sollte Sorge getragen werden, dass in Neuentwicklungen bei Datenquellen wie Einzelkostenabrechnung in den Spitälern oder TARMED bei den freipraktizierenden Ärzten frühzeitig übergeordnete Gesichtspunkte der Gesundheitspolitik und -forschung berücksichtigt werden. Drittens sind die Kosten von neu zugelassenen Leistungen zu überprüfen und in Beziehung zu anderen Kostenfaktoren zu setzen, um für die Gesundheitspolitik die notwendigen Entscheidungsgrundlagen bereitzustellen.

Résumé

Les prestations qui doivent être admises dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées par les assurances-maladie mais qui font l'objet de contestations sont soumises à une procédure d'admission auprès de la Commission fédérale des prestations (CFP). À l'issue de cette procédure, le Département fédéral de l'intérieur (DFI), sur recommandation de la CFP, décide du remboursement de ces prestations dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. La procédure d'admission auprès de la CFP est subordonnée à la présentation d'un dossier conforme aux exigences du Manuel de standardisation pour l'évaluation des prestations médicales. Différents partenaires du domaine de la santé estimant que les prestations nouvellement admises sont pour une bonne part dans l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie obligatoire, l'OFAS a procédé ces dernières années à des approximations pour se faire une idée plus précise de la question. Un travail de recherche mené en parallèle devait en outre établir les incidences financières des prestations nouvellement admises, mais aussi de celles qui ont été refusées. Le projet d'évaluer ces répercussions sur la base de nouveaux relevés et d'un calcul des coûts a posteriori s'est en fait avéré trop complexe et trop lourd au vu des données nécessaires à cette entreprise. Par conséquent, il a été décidé d'analyser les effets sur les coûts à partir des dossiers soumis à la CFP, l'objectif consistant à définir comment, à l'avenir, les requérants devront calculer et présenter les répercussions financières d'une prestation. Le projet de recherche avait aussi pour objectif de présenter une vue d'ensemble des données disponibles utiles au calcul de ces répercussions, d'offrir par la même occasion un instrument d'analyse supplémentaire et de calculer les coûts annuels des nouvelles prestations pour la période 1996-1998 sur la base des dossiers présentés à la CFP et des estimations de l'OFAS.

Si les décisions de la CFP se fondent en priorité sur l'efficacité et l'intérêt des nouvelles prestations, la présente étude aborde les nouvelles prestations uniquement sous l'angle de leurs répercussions financières. L'analyse des dossiers s'appuie sur un schéma-type des effets, spécialement élaboré pour la circonstance, qui met en évidence les mécanismes intervenant dans le processus d'admission d'une prestation. D'après le schéma-type, l'admission d'une prestation a des répercussions sur le prix que le patient paiera pour cette prestation. D'autres facteurs entrent également en ligne de compte, notamment l'avantage que l'on peut attendre d'une nouvelle prestation par rapport à des traitements de substitution ou par rapport aux traitements qu'elle permet d'éviter. C'est pour cette raison que la demande d'une nouvelle prestation n'augmente pas abruptement, mais qu'elle croît progressivement sur une plus longue durée, selon l'accueil que les demandeurs lui réservent, jusqu'au moment où le marché est saturé. Lors du calcul des répercussions financières, il y a lieu par conséquent d'observer sur une plus longue période, avant et après l'admission, les coûts liés à la nouvelle prestation et aux prestations de substitution ou aux prestations ainsi évitées. Une grille d'analyse a été tirée du schéma-type afin d'orienter plus particulièrement l'examen des dossiers sur les éléments suivants: 1) description des nouvelles prestations, des prestations de substitution et des prestations évitées, autrement dit, présentation de tous les éléments ayant une incidence sur les coûts; 2) coûts des nouvelles prestations, des prestations de substitution et des prestations évitées; 3) coûts supplémentaires des prestations en

raison de leurs effets annexes ou d'une efficacité réduite; 4) coûts indirects, dus par exemple à une incapacité de travail; 5) évolution du volume des prestations et des autres facteurs de coûts; 6) mise en relation de l'évolution des volumes et des coûts afin de dégager les conséquences financières à l'échelle suisse.

L'analyse des dossiers a mis en évidence d'importantes différences dans la manière de présenter les incidences financières d'une nouvelle prestation. Cela est dû en partie au Manuel de standardisation pour l'évaluation des prestations médicales utilisé comme référence par les demandeurs pour élaborer leur dossier. En effet, ce manuel omettait un certain nombre de renseignements pratiques importants et n'indiquait ni les sources de données à utiliser ni les procédures à suivre par les requérants pour estimer la demande et, partant, calculer les répercussions financières d'une nouvelle prestation. Une évaluation récapitulative reposant sur l'examen détaillé des dossiers figurant en annexe a montré que les prestations faisant l'objet d'une demande d'admission étaient décrites plus rigoureusement que les prestations de substitution ou les prestations évitées. Sur 36 dossiers, 26 contenaient des informations quant au volume de la nouvelle prestation et 16 fournissaient aussi des indications sur le volume des prestations de substitution. Plus de la moitié des dossiers ne mentionnaient pas les répercussions financières à l'échelle suisse. Dix requérants à peine se sont efforcés de considérer à la fois les coûts des nouvelles prestations et ceux des prestations de substitution. On relèvera encore à ce propos les nombreuses erreurs de calcul et lacunes méthodologiques dans l'élaboration des dossiers.

Pour les raisons qu'on vient d'énoncer, les incidences financières annuelles établies sur la base des prestations examinées par la CFP, autrement dit d'après les dossiers soumis par les requérants, doivent être considérées avec circonspection. Mais les approximations figurant dans les documents de l'OFAS n'étaient pas non plus toujours compréhensibles. Selon les indications des dossiers et celles de l'OFAS, les incidences financières annuelles des prestations admises entre 1996 et 1998 vont d'une baisse des coûts de 63 millions de francs à une hausse de 147 millions de francs. En ce qui concerne les prestations refusées pendant cette même période, il en serait résulté uniquement des réductions de coûts, de l'ordre de 2 à 37 millions de francs. Sur un total de dépenses de santé de 40 milliards de francs, les répercussions financières des prestations examinées par la CFP représentent nettement moins de 1 %. Pour les assurances-maladie, cela équivaut à environ 1 % des quelque 14 milliards de francs déboursés au titre des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Si l'on met en relation d'une part les répercussions financières des nouvelles prestations, d'autre part l'augmentation globale des coûts de la santé publique et l'augmentation des coûts à la charge des caisses-maladie, les nouvelles prestations représentent, par rapport à l'augmentation annuelle des coûts, des baisses de 8 % et des hausses de 11 % pour les coûts de la santé publique contre des baisses de 9 % et des hausses de 24 % pour les caisses-maladie. Même compte tenu des lacunes relevées dans les dossiers soumis par les requérants en ce qui concerne le calcul des incidences financières, l'on peut maintenir l'affirmation selon laquelle la part aux coûts des prestations traitées par la CFP reste peu élevée. Cela s'explique par le fait que les coûts des nouvelles prestations sont contrebalancés par des baisses de coûts dues aux prestations de substitution et que la CFP examine uniquement les rares prestations faisant l'objet de contestations. Les nombreuses autres prestations non contestées sont, chaque année, ré-

gulièrement remboursées par les caisses-maladie et contribuent pour une large part à l'augmentation des coûts. D'autres facteurs de coûts sont les médicaments, les conventions tarifaires ou encore l'extension du volume des soins prodigués par les fournisseurs de prestations.

L'analyse des dossiers a mis en évidence trois aspects à améliorer. D'abord, les requérants doivent avoir à disposition un fil conducteur, tenant compte des mécanismes du schéma-type des effets et des six critères de la grille d'analyse, qui leur permette de calculer les conséquences financières d'une nouvelle prestation. Cet instrument doit également fournir des renseignements sur les données servant à établir les incidences financières et sur les moyens de compléter des informations lacunaires. Précisons que ces recommandations ont d'ores et déjà été reprises dans le Manuel de standardisation pour l'évaluation des prestations médicales. Ensuite, il faut veiller à ce que les principes supérieurs de la politique et de la recherche en matière de santé soient pris en compte suffisamment tôt en cas d'innovations dans les sources de données (p. ex. facturation des coûts par prestation pour les hôpitaux ou TARMED pour les médecins installés). Enfin, il y a lieu d'examiner les coûts des nouvelles prestations et de les comparer à d'autres facteurs de coûts, afin d'établir des bases de décision auxquelles la politique de santé puisse se référer.

Riassunto

Le prestazioni contestate che s'intendono aggiungere al catalogo delle prestazioni a carico degli assicuratori-malattie devono essere sottoposte alla procedura d'ammissione della Commissione federale delle prestazioni generali (Commissione delle prestazioni). Su proposta di quest'ultima, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) decide del rimborso di queste prestazioni da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria. Per la procedura d'ammissione alla Commissione delle prestazioni deve essere inoltrato un incarto che risponda ai requisiti previsti dal manuale "Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale des prestations médicales" (f/d). Vari operatori del sistema sanitario ritengono che l'aumento dei costi nell'assicurazione malattie obbligatoria sia essenzialmente riconducibile proprio all'ammissione di nuove prestazioni. Per questo motivo, negli ultimi anni l'UFAS intendeva fare maggiore chiarezza sull'evoluzione dei costi mediante stime approssimative. È stato inoltre lanciato un progetto di ricerca volto a esaminare le ripercussioni finanziarie delle prestazioni ammesse, ma anche di quelle respinte. L'obiettivo di analizzare le ripercussioni sulla base di nuovi rilevamenti e verifiche successive si è rivelato troppo complesso e oneroso a causa dell'insufficienza dei dati disponibili. Per valutare le conseguenze finanziarie si è quindi optato per un'analisi degli incarti inoltrati. L'obiettivo è di estrapolare e indicare ai richiedenti come dovranno calcolare e valutare in futuro le ripercussioni finanziarie. Una visione d'insieme del volume dei dati disponibili, idonei al calcolo delle ripercussioni finanziarie, sarà un ulteriore aiuto. Inoltre, s'intende valutare sulla base degli incarti inoltrati, ma anche delle stime dell'UFAS, le ripercussioni finanziarie annue dell'ammissione di nuove prestazioni per gli anni 1996-1998.

Fino a oggi l'efficacia e i vantaggi delle nuove prestazioni erano preponderanti nella decisione della Commissione delle prestazioni. Il presente studio è invece incentrato unicamente sulla problematica delle ripercussioni finanziarie. Quale base per l'analisi degli incarti è stato quindi elaborato un modello degli effetti che riflette i meccanismi attivati dall'ammissione di una prestazione. Conformemente a questo modello, l'ammissione di una prestazione si ripercuote sul prezzo a carico del paziente. I vantaggi prevedibili della nuova prestazione, paragonata alle cure sostituite o evitate, costituiscono un ulteriore fattore d'incidenza. L'aumento della domanda relativa a una nuova prestazione, perciò, non è improvviso, ma si estende su un arco di tempo fino a saturazione del mercato, durante il quale chi è interessato pondera la prestazione. Per calcolare le ripercussioni finanziarie è quindi necessario seguire i costi delle nuove prestazioni e di quelle sostituite o evitate per un arco di tempo relativamente lungo, prima e dopo l'ammissione. In seguito il modello degli effetti è stato elaborato in uno strumento di analisi che consente, all'esame degli incarti, di focalizzare i seguenti punti: 1. descrizione delle nuove prestazioni e di quelle sostituite e/o evitate, ossia di tutti i fattori che incidono sui costi, 2. costi delle nuove prestazioni e di quelle sostituite e/o evitate, 3. costi supplementari delle prestazioni cagionati dagli effetti collaterali e dall'efficacia limitata, 4. costi indiretti, p. es. generati dall'incapacità al lavoro, 5. evoluzione quantitativa delle prestazioni e

degli altri fattori di costo, 6. interazione tra evoluzione quantitativa e costi per il calcolo delle ripercussioni finanziarie a livello svizzero.

L'analisi degli incarti ha rilevato notevoli differenze riguardo alle ripercussioni finanziarie. Uno dei motivi consiste nel fatto che nella guida "Manuel de standardisation pour l'évaluation médicale des prestations médicales" (f/d), consultata per la preparazione dell'incarto da chi chiede l'ammissione di una prestazione, mancavano proprio le indicazioni pratiche sul modo di agire, le fonti dei dati e le procedure che i richiedenti erano tenuti a seguire per stabilire quale fosse la domanda e, quindi, le ripercussioni sui costi di una nuova prestazione. I risultati di una valutazione riassuntiva dell'analisi dettagliata degli incarti allegati al presente studio indicano che la descrizione delle prestazioni per le quali è stata chiesta l'ammissione era più completa di quella delle prestazioni sostituite o evitate. Mentre 26 incarti su 36 comunicavano informazioni sul numero di nuove prestazioni, solo 16 indicavano anche il numero di prestazioni sostituite. Oltre la metà degli incarti non forniva alcuna indicazione sulle ripercussioni finanziarie a livello svizzero. Solo 10 richiedenti hanno dimostrato di tenere conto dei costi delle nuove prestazioni nonché dei costi delle prestazioni sostituite. Inoltre, gli incarti contenevano frequenti errori di calcolo e lacune metodologiche notevoli.

Le ripercussioni finanziarie annue, estrapolate dagli incarti relativi alle nuove prestazioni evasi dalla Commissione delle prestazioni, sono caratterizzate da notevoli imprecisioni per i motivi summenzionati. Anche le stime approssimative della documentazione dell'UFAS non erano sempre plausibili. Secondo i dati forniti dagli incarti e dalla documentazione dell'UFAS, tra il 1996 e il 1998 le ripercussioni finanziarie annue delle prestazioni ammesse nel catalogo oscillavano da una diminuzione dei costi di 63 milioni di franchi a un aumento di 147 milioni. Negli stessi anni, le prestazioni non ammesse avrebbero cagionato solo una diminuzione dei costi tra 2 e 37 milioni di franchi. Nel settore sanitario, una quota nettamente inferiore all'un per cento delle uscite complessive pari a circa 40 miliardi di franchi è da ricondurre alle ripercussioni finanziarie delle prestazioni evase dalla Commissione delle prestazioni. Nell'assicurazione malattie essa si aggira sull'un per cento dei circa 14 miliardi di franchi di spese per le cure medico-sanitarie. Se si rapporta la quota delle ripercussioni finanziarie delle nuove prestazioni all'aumento dei costi nel settore sanitario e presso gli assicuratori-malattie, si ottiene che le prestazioni ammesse generano nel settore sanitario una diminuzione dell'8% della crescita annuale dei costi e un aumento dell'11% e presso gli assicuratori una diminuzione del 9% e un aumento del 24%. L'affermazione relativa alla quota esigua dei costi cagionati dalle prestazioni evase dalla Commissione delle prestazioni può essere sostenuta anche solo tenendo conto delle lacune degli incarti riguardo al calcolo delle conseguenze finanziarie. Questo è dovuto al fatto che per le nuove prestazioni vi è una diminuzione dei costi ottenuta mediante le prestazioni sostituite e che la Commissione delle prestazioni si occupa solo delle prestazioni contestate, che non sono numerose. La maggior parte delle prestazioni, quelle non contestate, vanno di anno in anno ad aggiungersi a quelle rimborsate dagli assicuratori-malattie e contribui-

scono in maggior misura all'aumento dei costi. Altri fattori di costo sono i nuovi farmaci, le convenzioni tariffali e l'aumento dei fornitori di prestazioni.

L'analisi degli incarti ha permesso di rilevare la necessità di agire per tre aspetti, esposti più in dettaglio nel presente studio: in primo luogo sarà messa a disposizione dei richiedenti una guida per il calcolo delle ripercussioni finanziarie che tenga conto dei fattori del modello degli effetti e dei sei punti dello strumento di analisi. La guida comprende anche indicazioni sui dati per il calcolo delle ripercussioni finanziarie nonché procedimenti per colmare le lacune d'informazione. Queste raccomandazioni sono già state integrate nella guida per la standardizzazione della valutazione di nuove prestazioni summenzionata. In secondo luogo, si dovrà fare in modo che nell'ambito dello sviluppo delle fonti dei dati, quali per esempio la fatturazione dei costi per prestazione negli ospedali o la TarMed per i medici indipendenti, si tenga conto tempestivamente dei punti di vista principali della politica e della ricerca sanitarie. Infine, i costi delle nuove prestazioni ammesse nel catalogo devono essere esaminati e rapportati ad altri fattori di costo, cosicché la politica sanitaria possa disporre della base decisionale di cui necessita.

Summary

Controversial services to be included in the list of medical services covered by the obligatory basic health insurance scheme (Pflichtleistungskatalog) are subject to approval by the Federal Commission for Health Insurance Benefits (Eidgenössische Kommission für Leistungen der Krankenversicherung ELK). The ELK voices its opinion on the service in question to the Federal Department of Home Affairs, which takes the final decision. Documentation on the given service must be submitted prior to this procedure, drawn up according to the requirements specified in the Manual for the standardised assessment of health care services. Various parties view these newly approved services as a major cause of rising basic health insurance costs. During the last years the Federal Social Insurance Office (BSV) attempted to shed some light on the issue of cost evolution by means of rough estimates, and a research project to investigate the cost consequences of newly approved or refused services was also set up. However, the attempt to verify cost consequences on the basis of new surveys and recalculation finally proved too complex and expensive. Instead, it was decided to analyse the documents submitted by applicants in terms of assessing cost consequences. The aim is to establish how applicants should calculate and present these in the future. An overview of available data documenting costs should also prove helpful. Finally, an attempt was made to determine annual cost consequences for the new services for the 1996-1998 period on the basis of the applicants' documents and BSV estimates.

Whereas hitherto ELK decisions focused primarily on the effects and benefits of newly approved services, the present study focuses exclusively on costs. A model was developed for the analysis of applicants' documents, reflecting the mechanisms that play a role in the approval of new services. According to the model, the approval of a service influences the price the patient will have to pay for it. Other factors are the expected benefit(s) of the new service in comparison to supplanted or averted treatment. This means that the demand for a new service does not suddenly explode, but rises steadily over a longer period while patients weigh its pros and cons, until the market is saturated. When calculating cost consequences, expenditure on the new service, as well as on the treatment it supplants or averts, should be monitored over a longer period of time prior to and after approval. A grid was derived from the model to focus the analyses of the documentation on the following points: 1. Description of the new, supplanted and/or averted services, i.e. all factors that influence cost. 2. Cost of the new, supplanted and/or averted services 3. Additional costs of the services arising from side-effects and limited effectiveness 4. Indirect costs, due to inability to work for example 5. Evolution of the volume of services and other cost factors 6. Linking volume evolution and costs to calculate cost consequences for all of Switzerland.

An analysis of the submitted documents made it apparent that there are considerable differences in how cost consequences are presented. The above-mentioned Manual, which applicants use as a guide when setting up their documentation, is partly to blame for this. The Manual offers no practical instructions concerning data

sources and procedures that ought to be used to calculate the demand for a new service, and its cost consequences. A summary assessment, based on a detailed evaluation of the documents featured in the Appendix, showed that newly submitted services were described better than the supplanted and/or averted ones. Only 26 out of 36 files dealt with the volume of the new service, 16 also mentioned the volume of the supplanted service. Over half the documents contained no information concerning cost consequences for Switzerland as a whole. Only ten applicants attempted to account for the costs of both the new and the supplanted service. The number of errors and methodological shortcomings in the documentations was striking.

For all these reasons, calculating the annual cost consequences of services dealt with by the ELK on the basis of the applicants' documents is not very reliable. On the other hand, the assessments featured in BSV documents cannot always be verified either. According to applicants' and BSV documents, annual cost consequences of approved services for the years 1996 to 1998 vary from cost reduction by CHF 63 million CHF to cost increase by CHF 147 million. The services that were not approved in the 1996 to 1998 period seem to have generated only cost reduction, varying between CHF 2 million and 37 million. However, the costs of the services dealt with by the ELK make up less than one percent of overall Swiss health expenditure (approximately CHF 40 billion), and one percent of the CHF 14 billion insurers reimburse for health care services each year. When the share of costs generated by new services is set against rising costs in the health care system and in health insurance, approved services generate reduced costs of 8% and higher costs of 11% in health care, and reduced costs of 9% and higher costs of 24% for insurers per year. Even when one takes into account the shortcomings of presently available data for calculating cost consequences, it still holds true that services dealt with by the ELK make up a very small proportion of overall costs. This is because new services may generate lower costs by supplanting other services, and that the ELK deals only with services that are controversial. Many forms of treatment that are not controversial are reimbursed each year by insurers, contributing significantly to rising health costs. New medication, collective agreements on rates, and the expanding volume of services are further cost factors.

The analysis of the documents showed that there is a need to act on three counts. First, guidelines on calculating cost consequences by applicants have been set up, accounting for the mechanisms of the model and the six points of the analytic grid. These guidelines also include tips on data required to calculate cost consequences and methods to close information gaps. These recommendations have already been included in the Manual for the standardised assessment of new services. Second, care should be taken to ensure that new data-relevant developments, such as accounting for individual services by hospitals or TARMED for physicians who operate a private surgery, account for overriding health policy and research aspects without delay. Third, costs of newly approved services should be checked and set in relation to other cost factors, in order to establish the necessary bases for decision-makers in the health policy sector.

INHALTSVERZEICHNIS	
ZUSAMMENFASSUNG	IX
RÉSUMÉ	XIII
RIASSUNTO	XVII
SUMMARY	XXI
1 EINLEITUNG	29
2 GRUNDLAGEN ZUR BEURTEILUNG DER DOKUMENTATIONEN	31
2.1 Wirkungsmodell	31
2.2 Darstellung des Analyserasters	35
3 ANALYSE DER DOKUMENTATIONEN 1996 –1998	40
3.1 Vorbemerkungen	40
3.2 Das Handbuch als Grundlage für die Dokumentationen	40
3.3 Bewertung der Dokumentationen 1996 - 1998	42
4 KOSTENFOLGEN DER NEUEN LEISTUNGEN 1996 - 1998	46
4.1 Vorbemerkungen	46
4.2 Direkte Kosten der angenommenen Leistungen	48
4.3 Direkte Kosten der abgelehnten Leistungen	51
4.4 Einschätzung der Ergebnisse zu den Kostenfolgen	53
5 VORSCHLÄGE FÜR DAS WEITERE VORGEHEN	56
5.1 Vorbemerkungen	56
5.2 Leitfaden zur wirtschaftlichen Bewertung neuer Leistungen	56
5.2.1 Ausgangslage	56
5.2.2 Kostenfolgen einer neuen Leistung	57
5.2.2.1 Übersicht über Kostenfaktoren	57
5.2.2.2 Menge der nachgefragten Behandlungen	58
5.2.2.3 Berechnung der Kostenfolgen	59
5.2.3 Informationsbeschaffung	63
5.3 Weitere Handlungsfelder in bezug auf neue Leistungen	66
6 ANHANG	68
6.1 Auswertung der Dokumentationen und Unterlagen BSV	68
6.2 Angenommene Anträge	69

6.2.1	Entscheidungen 1996	69
6.2.1.1	Behandlung mit BOTOX Botulinum Toxin Typ A, Lyophilisat von Strabismus, fokaler Dystonien und anderen Bewegungsstörungen	69
6.2.1.2	Hautautograft	70
6.2.1.3	Parenterale Antibiotikaabgabe mittels Infusionspumpe	71
6.2.1.4	Hämatopoietische Stammzellen-Transplantation (HTL)	72
6.2.1.5	Polysomnographie	74
6.2.1.6	Rehabilitation für Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen	76
6.2.1.7	Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	76
6.2.1.8	Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Factors alpha	77
6.2.1.9	Extrakorporelle Photochemotherapie	77
6.2.1.10	Ultraschallkontrollen in der normalen Schwangerschaft	79
6.2.1.11	Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie	80
6.2.1.12	Speichelsteinlithotripsie	81
6.2.1.13	Ernährungsberatung	81
6.2.1.14	Künstliche Insemination	82
6.2.1.15	Sonographisches Hüftscreening bei Neugeborenen	83
6.2.1.16	Rachitisprophylaxe	86
6.2.1.17	Prophylaxe der Vitamin K-Mangeldurchblutung bei Neugeborenen und Säuglingen	87
6.2.1.18	Änderung der Methadonverordnung in der KLV, Anhang 1, Punkt 8 Psychiatrie	88
6.2.1.19	PET-Staging beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom und beim malignen Melanom	90
6.2.1.20	Zahnärztliche Leistungen bei Geburtsgebrechen	91
6.2.2	Entscheidungen 1997	91
6.2.2.1	ErecAid-System OSBON	91
6.2.2.2	Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacterpylori-Elimination	92
6.2.2.3	Nichtchirurgische Ablation des Endometriums	93
6.2.2.4	Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)	94
6.2.2.5	Vorsorgliche Mammographie	96
6.2.2.6	Iscador-Therapie	98
6.2.2.7	Ärztliche Leistungen (inkl. neue Regelung Brillen/Kontaktgläser)	99
6.2.2.8	Neuraltherapie (Regulationstherapie) nach Huneke	99
6.2.3	Entscheidungen 1998	100
6.2.3.1	Motorisch evozierte Potentiale (MEP)	100
6.2.3.2	Spondylodese mittels Diskuskäfigen	101
6.2.3.3	Magnetische Kernresonanz (MRI) – weitere Indikationen	102
6.2.3.4	Komplementärmedizinische Leistungen	103
6.2.3.5	Generelle Hepatitis-B-Impfung	104
6.2.3.6	Knochendensitometrie (DXA) – weitere Indikationen	106
6.2.3.7	Positronen-Emission-Tomographie (PET) – weitere Indikationen	108
6.2.3.8	Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und bei primären malignen Hirntumoren	110
6.2.3.9	Zahnärztliche Leistungen (vor allem Anpassung IV im Bereich Geburtsgebrechen)	113

6.2.3.10	Mittel und Gegenstände (z.B. bisher von der AHV bezahlte Prothesen und Orthesen)	113
6.3	Abgelehnte Anträge	113
6.3.1	Entscheidungen 1996	113
6.3.1.1	Massnahmen der Tuberkulose-Prävention sowie	113
6.3.1.2	Screening auf Tuberkulose	113
6.3.1.3	Vorsorgeuntersuchungen im Schul- und Adoleszentenalter	113
6.3.1.4	Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	115
6.3.1.5	Stosswellentherapie in der Orthopädie	115
6.3.1.6	Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie und	117
6.3.1.7	Messung des Melatoninpiegels mit Serum	117
6.3.1.8	Perkutane nonendoskopische laserassistierte Diskusdekompression (PLDD)	117
6.3.1.9	Kryoneurolyse speziell der Wirbelgelenke	119
6.3.1.10	Klimatherapie am Toten Meer sowie	120
6.3.1.11	Laser-Vaporisierte Palatoplastik	120
6.3.2	Entscheidungen 1997	121
6.3.2.1	Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung mit Hylaninjektionen	121
6.3.3	Entscheidungen 1998	123
6.3.3.1	In-vitro-Fertilisation (IVF-ET) und Embryotransfer	123
6.3.3.2	Ambulanter Opiatentzug (ESCAPE)	125
6.3.3.3	Hüftprotector (Safehip) zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen	126
6.4	Gesprächsleitfäden zur Ermittlung der Datenlage	129

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1:	Beurteilung der Dokumentationen nach den sechs Punkten des Analyserasters	43
Tab. 2:	Zusammenfassung der Kosten der angenommenen Leistungen 1996-1998	48
Tab. 3:	Kosten der angenommenen Leistungen 1996	49
Tab. 4:	Kosten der angenommenen Leistungen 1997	50
Tab. 5:	Kosten der angenommenen Leistungen 1998	51
Tab. 6:	Zusammenfassung der Kosten der abgelehnten Leistungen 1996-1998	51
Tab. 7:	Kosten der abgelehnten Leistungen im Jahr 1996	52
Tab. 8:	Kosten der abgelehnten Leistungen im Jahr 1997	52
Tab. 9:	Kosten der abgelehnten Leistungen im Jahr 1998	53
Tab. 10:	Charakteristika vorhandener Datenquelle zur Menge von Leistungen	64
Tab. 11:	Charakteristika von Methoden zur Schliessung von Informationslücken	65

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme und Preisbildung einer neuen Leistung	32
Abb. 2:	Veränderung der Nachfrage von neuer und alter Leistung nach Entscheid des EDI34	
Abb. 3:	Methodischer Ablauf bei der Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Leistung	62

1 Einleitung

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass alle Leistungen, welche von Ärztinnen und Ärzten (sowie Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren) erbracht werden, den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen und deshalb durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Hingegen kann die Kostenübernahme durch die soziale Krankenversicherung insbesondere bei neuen Leistungen bestritten werden. Strittige Leistungen können aufgrund von Anträgen beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) in den Pflichtleistungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) aufgenommen werden. Diese Anträge - sie sind seit 1998 mit einer Literatur-Kurzreview zu prüfen - werden sowohl der *santésuisse* (vormals Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen) als auch der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) zur Beurteilung vorgelegt. Ist aufgrund der drei Bewertungen die neue Leistung unbestritten, dann wird sie kassenpflichtig. Andernfalls wird das Zulassungsverfahren bei der Eidgenössischen Kommission für Leistungen der Krankenversicherung (ELK) eingeleitet. Für das Verfahren ist eine Dokumentation mit einem medizinischen, wirtschaftlichen und einem Begründungsteil zu erstellen. Die Anforderungen an diese Dokumentation sind in dem „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ detailliert umschrieben. Die ELK überprüft anhand dieser Dokumentation, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen eine Leistungspflicht wünschenswert wäre. Wichtigstes Entscheidungskriterium der ELK ist die Wirksamkeit der Leistungen, die mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss. Das KVG wurde mit dem Anspruch geschaffen, dass allen Bürgerinnen und Bürgern die wirksamen und in ihren konkreten Fällen notwendigen Leistungen finanziert werden. Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit kommt erst zum Tragen, wenn sich eine bestimmte Wirkung über verschiedene Wege erreichen lässt. Gestützt auf die Kommissionsarbeit hat das Eidgenössische Department des Innern (EDI) verschiedene Leistungen in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen, bedingt aufgenommen oder abgelehnt. Bedingungen für die Aufnahme in die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) können eine Befristung der Leistung, die Führung eines Evaluationsregisters oder beides sein.

Verschiedene Akteure sehen in den neu zugelassenen Leistungen einen wesentlichen Grund für die Kostensteigerungen in der obligatorischen Krankenversicherung. In letzter Zeit wurde im Zusammenhang mit der Behandlung von neuen Leistungen in der ELK vom BSV auch mehr Gewicht auf die Kostenfolgen gelegt und eigene grobe Schätzungen angestellt. Genauere Angaben sollten in dem Forschungsprojekt „Wirkungsanalyse KVG: Kosten neuer Leistungen im KVG“ für die bei der ELK im Zeitraum von 1996 bis 1998 vorgelegten Leistungen ermittelt werden. Geprüft sollte werden, welche Kostenfolgen für die Krankenversicherer und das Gesundheitswesen aufgrund der Zulassung oder Ablehnung von Leistungen entstehen. Der Plan, mithilfe von eigenen Erhebungen eine Nachkalkulation der Kosten durchzuführen, erwies sich wegen der Datenlage als zu schwierig und zu aufwendig. Stattdessen sollen in der Studie die Dokumentationen, die bei der ELK eingereicht wurden, in Hinblick auf die Ermittlung der Kostenfolgen analysiert werden. Zu berücksichtigen sind ebenfalls die Unterlagen des BSV, in denen die Kostenfolgen von neuen Leistungen geschätzt wurden.

Die vorliegende Arbeit hat aus diesen Gründen zwei Ziele: Zum einen ist aus der Analyse abzuleiten, wie die Gesuchsteller künftig die Kostenfolgen zu berechnen und in den bei der ELK eingereichten Unterlagen darzustellen haben. Zusätzlich ist darzulegen, welche Daten für die Be-

rechnung der Kostenfolgen vorhanden sind und mit welchen Vorgehensweisen sich die benötigten Informationen ermitteln lassen. Zum anderen soll versucht werden, aus den Dokumentationen die jährlichen Kostenfolgen der angenommenen und abgelehnten Leistungen abzuleiten. Dort wo das BSV eigene Bemühungen zur Schätzung der Kostenfolgen unternommen hat, sollen auch diese Unterlagen zu Hilfe genommen werden.

Um die im Forschungsprojekt „Wirkungsanalyse KVG: Kosten neuer Leistungen im KVG“ aufgeworfenen Fragestellungen in bezug auf Kostenfolgen und Berechnungsverfahren zu beantworten, wird deshalb im zweiten Kapitel das Instrumentarium zur Beurteilung der Dokumentationen vorgestellt. Der erste Abschnitt zeigt in einem Wirkungsmodell, welche Faktoren nach welchen Mechanismen die Kostenfolgen beeinflussen. Das Wirkungsmodell ermöglicht dann im zweiten Abschnitt in einem Analyseraster die benötigten Kriterien zur Beurteilung der Dokumentationen aufzuzeigen.

Im dritten Kapitel erfolgt die Untersuchung der zwischen 1996 und 1998 bei der ELK eingereichten Dokumentationen anhand des Analyserasters. In diesem Zusammenhang wird auch auf das Handbuch bezuggenommen, welches den Dokumentationen der Gesuchsteller bei der Berechnung der Kostenfolgen zugrunde liegt. Nach einer Einführung wird auf die Angaben zu den Kostenfolgen in den Dokumentationen eingegangen.

Das vierte Kapitel befasst sich mit der Ableitung der jährlichen Kostenfolgen der beantragten Leistungen aus den Dokumentationen und den Unterlagen des BSV. Der Darstellung der Kostenfolgen folgt noch eine Einschätzung, wie die Ergebnisse zu interpretieren sind.

Das fünfte Kapitel befasst sich einerseits mit Vorschlägen, wie in den Dokumentationen künftig die Kostenfolgen zu berechnen sind und andererseits, in welchen Bereichen in bezug auf neue Leistungen Handlungsbedarf besteht. Nach den Vorbemerkungen behandelt der zweite Abschnitt, wie in künftigen Dokumentationen die Kostenfolgen einer Leistung zu berechnen sind und geht ferner auf die Möglichkeit der Informationsbeschaffung ein. Der dritte Abschnitt enthält Überlegungen zu weiteren Handlungsfeldern in bezug auf neue Leistungen.

Der Anhang umfasst die detaillierte Auswertung aller zwischen 1996 und 1998 eingereichten Dokumentationen. Ebenfalls sind die Informationen aus den Unterlagen des BSV dargestellt. Diese Materialsammlung kann vom Leser nach Bedarf für weiterführende Informationen zu den Dokumentationen und Unterlagen des BSV konsultiert werden. Zusätzlich sind im Anhang die Gesprächsleitfäden wiedergegeben, die benutzt wurden, um die Möglichkeit der Informationsbeschaffung für künftige Dokumentationen zu eruieren.

2 Grundlagen zur Beurteilung der Dokumentationen

2.1 Wirkungsmodell

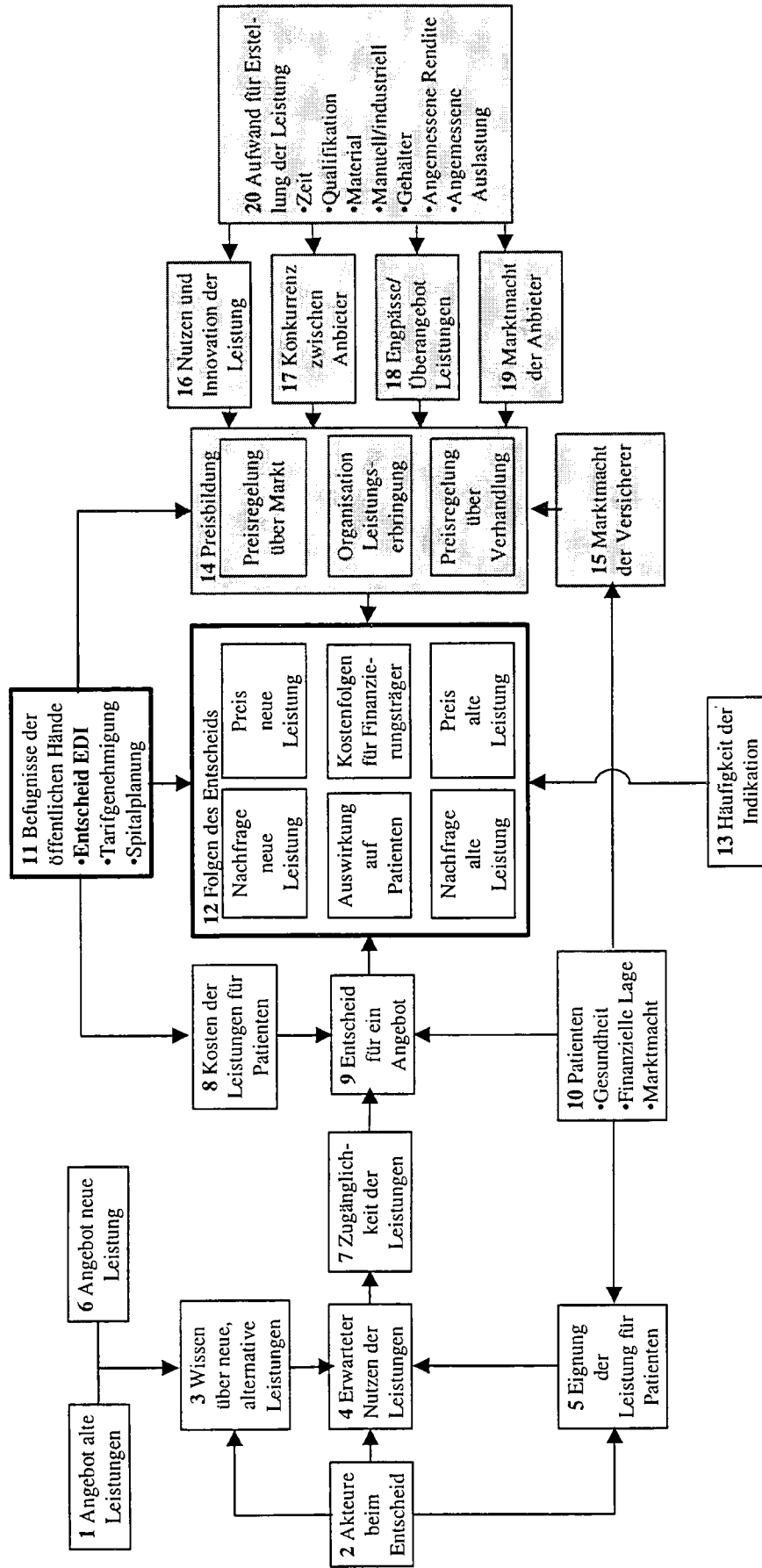
Der Entscheid des EDI, eine Leistung in den Pflichtleistungskatalog aufzunehmen, bedingt aufzunehmen oder abzulehnen, stellt nur einen Faktor unter anderen dar, der die Inanspruchnahme einer Leistung und damit die Kosten im Gesundheitswesen beeinflusst. Um die Auswirkungen des Entscheids des EDI analysieren zu können, sind die verschiedenen Umstände, die sowohl die Mengen- als auch die Preisentwicklung beeinflussen, zu berücksichtigen. Die folgende Abb. 1 gibt gemeinsam mit dem erläuternden Text einen Überblick über die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme und auf die Preisbildung einer Leistung. Der nichtschattierte Teil der Abb. 1 enthält die Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer neuen Leistung. Im schattierten Teil sind die Einflussfaktoren auf die Preisbildung dargestellt. In den beiden fettumrandeten Rechtecken sind zum einen die Befugnisse der öffentlichen Hand (Abb. 1: 11) und zum anderen die Folgen des Entscheids zur Aufnahme einer neuen Leistung in den Pflichtleistungskatalog der Grundversicherung (Abb. 1: 12) abgebildet.

Im Wirkungsmodell wird von der Hypothese ausgegangen, dass, wenn es sich nicht um ein Bagatelleleiden handelt, immer Leistungen erbracht werden. Eine neue Leistung kann eine alte oder inadäquate Behandlungsmethode ersetzen. Sie kann aber auch, wie bei einer Präventionsmassnahme früher notwendige Behandlungen, z.B. Spitalaufenthalt, vermeiden helfen. Eventuell wirkt sie sich auch auf indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit des Patienten aus. Bei der Berechnung der Kostenfolgen sind die Aufwendungen für die neue Leistung und für die vorher übliche(n) Leistung(en) sowie auch die indirekten Kosten zu berücksichtigen (Abb. 1: 1,6,12). Dabei ist der gesamte Behandlungspfad zu berücksichtigen, innerhalb dessen die Leistung erbracht wird.

Der Entscheid (Abb. 1: 9), eine neue Leistung nachzufragen oder eine bisher übliche Therapie zu verwenden, hängt von einer Reihe von Bedingungen ab. Ein überzeugter Schulmediziner wird z.B. kaum komplementärmedizinische Methoden anwenden. Unter Umständen beeinflussen auch die Wünsche des Patienten oder seiner Angehörigen, welche Leistung nachgefragt wird (Abb. 1: 2). Die neue Leistung muss bekannt sein und der erwartete Nutzen einen komparativen Vorteil gegenüber bisherigen Massnahmen aufweisen. Der physische und psychische Zustand sollte gewährleisten, dass die neue Leistung für ihn geeignet ist (Abb. 1: 3-5, 10). Die Zugänglichkeit (Wartefristen, Entfernung) und der Preis der Leistungsnutzung muss für den Patienten verkraftbar sein (Abb. 1: 7,8,10). Im Rahmen der aufgezählten Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer Leistung wirkt sich der Entscheid des EDI zunächst lediglich auf den Preis der Leistung für den Patienten aus.

Für die Kostenfolgen einer neuen Leistung spielt neben der Inanspruchnahme die Preisbildung eine Rolle. Vor dem Entscheid des EDI erfolgt die Preisbildung über den Markt und nach dem Entscheid über Tarifverhandlungen. Bei der Regelung über den Markt bestimmt bereits die Absicht, die neue Leistung in den Pflichtleistungskatalog des KVG aufnehmen zu lassen, die Preishöhe. Wird doch darauf spekuliert, dass der Marktpreis den Tarifpreis beeinflusst. Bei der Preisbildung über Tarifverhandlungen werden zunehmend die Gestehungskosten eines betriebswirtschaftlich optimierten Unternehmens beachtet. In den meisten Fällen beruhen die Tariffestsetzungen indessen nicht auf überprüften Fakten, sondern sind von den Einschätzungen, Bewertungen und Vergleichen mit alten Behandlungsmethoden oder ausländischen Erfahrungen durch die Verhandlungspartner abhängig

Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme und Preisbildung einer neuen Leistung

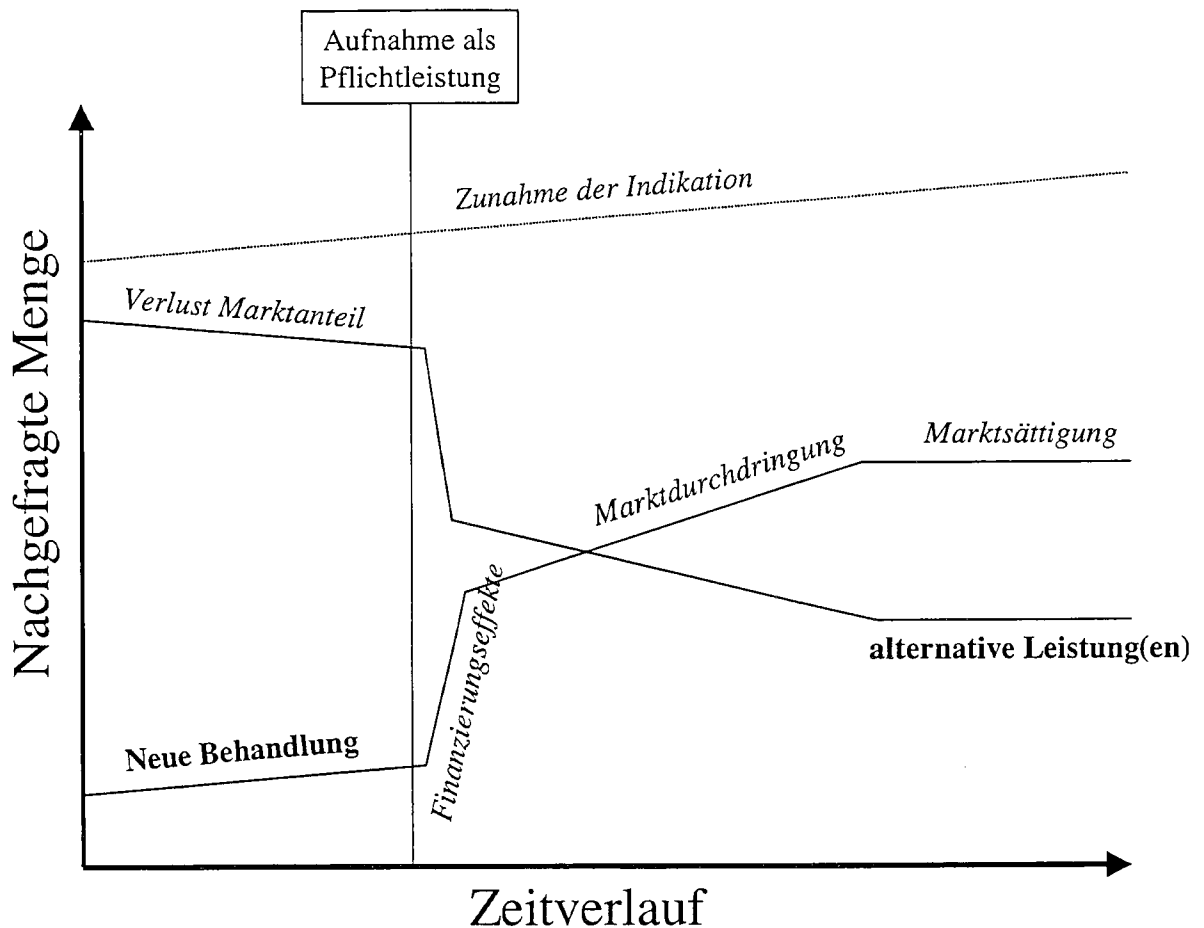


(Abb. 1: 14,20). Neue Organisationsformen wie HMO können bei der Zusicherung einer bestimmten Abnahmemenge für bestimmte Leistungen Rabatte aushandeln (Abb. 1: 12,14,20). Eine Rolle bei der Preisfestsetzung spielt auch, dass die Leistungserbringer sich auf die Vertretung ihrer Interessen konzentrieren können, während die öffentliche Hände über den politischen Prozess und die Versicherer über die Möglichkeit des Kassenwechsels der Versicherten in einem gewissen Ausmass von den Nutzern des Gesundheitswesens abhängig sind (Abb. 1: 10,11,15,17,19). Wenn die Preise durch Tarife festgesetzt sind, dann reagieren die Preise unflexibel auf eine Ausweitung der Nachfrage, auf Engpässe oder Überangebote auf dem Markt. Eventuelle Kostenminderungen durch Rationalisierungsfortschritte werden nicht an die Nachfrager weitergegeben (Abb. 1: 12,14,18,20). Dazu kommt, dass zu den Preisen der neuen Leistungen durch einen angenommenen Mehrnutzen ein Innovationszuschlag gerechnet wird, so dass neue Behandlungen in der Regel teurer als alte sind (Abb. 1: 17).

Der in Abb. 1 dargestellte Abwägungsprozess der Nachfrager ist im zeitlichen Ablauf einem Wandel unterworfen. Skepsis gegenüber einer neuen Leistung kann einer zunehmenden Zustimmung Platz machen. Aus diesem Grunde ist nach dem Entscheid des EDI von einer allmählichen Zunahme der Inanspruchnahme über eine längere Zeitperiode auszugehen, die bis zur Erreichung einer Marktsättigung anhält. Nach der Aufnahme der neuen Leistung in den Pflichtleistungskatalog wirken sich hingegen die sogenannten Finanzierungseffekte unmittelbar aus. Eine vorher unerschwingliche Leistung wird für den Patienten plötzlich tragbar. Welche Wirkung der Preis auf die Menge der Behandlungen hat, hängt vom Leidensdruck und der Zahlungsfähigkeit der Patienten ab. Bei einer preisgünstigen Leistung dürfte die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog kaum Auswirkungen auf die Nachfrage haben. Eine teure Organtransplantation wird ohne Kassenpflicht nur für wenige kaufkräftige Patienten in Frage kommen. Hingegen wird unabhängig vom Preis die neue Leistung, die vorher über Zusatzversicherung oder vom Patienten finanziert wurde, nach dem Entscheid des EDI nun zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gehen (s. Abb. 2).

Bei der Abschätzung der Kostenfolgen einer neuen Leistung ist zu bedenken, dass die Inzidenz und Prävalenz der Indikation(en), für die eine Leistung geeignet ist, sich im Laufe der Zeit verändern kann. Mit besser werdenden hygienischen Verhältnissen nimmt die Anzahl der Infektionskrankheiten ab. Hingegen steigt mit zunehmender Lebenserwartung der Menschen die Menge der chronischen Krankheiten. Zu berücksichtigen sind auch eventuelle saisonale Schwankungen oder Sondereinflüsse auf die Häufigkeit einer Erkrankung, wie sie z.B. durch Grippeepidemien entstehen können. Die Häufigkeit einer Indikation gibt indessen nur einen groben Anhaltspunkt über den potentiellen Umfang einer Nachfrage. Die Sättigungsgrenze durch die realisierte Nachfrage wird aus verschiedenen Gründen unter dem potentiellen Umfang liegen. Verantwortlich dafür kann unter anderem die Nutzung bisheriger Behandlungen sein. Eventuell ist die neue Behandlung unter Fachleuten umstritten, so dass sie nicht stets bei dafür geeigneten Indikationen angewendet wird. Die Akzeptanz einer neuen Behandlung kann sich im Zeitverlauf wandeln. Skepsis kann einer wachsenden Zustimmung Platz machen. Entsprechend verändert sich die Nachfrage nach einer neuen Behandlung. Abb. 2 veranschaulicht die allmähliche Ablösung einer alten Leistung durch eine neue Leistung.

Abb. 2: Veränderung der Nachfrage von neuer und alter Leistung nach Entscheid des EDI



Zusammenfassung und Folgerungen

Jede neue Leistung erlaubt Behandlungen zu ersetzen, zu vermeiden oder wirkt sich auf indirekte Kosten wie die Arbeitsunfähigkeit des Patienten aus. Die Nachfrage nach einer neuen Leistung hängt vom erwartenden Nutzen und Kosten im Vergleich zu bisherigen Methoden ab. Im Rahmen dieses Abwägungsprozesses wirkt sich die Aufnahme einer neuen Leistung nur auf deren Preis für Patienten aus. Die Nachfrage nach einer neuen Leistung steigt nach dem Entscheid des EDI aufgrund der Finanzierungseffekte zwar plötzlich an und nimmt dann über eine längere Zeitperiode stetig zu, bis die Marktsättigung erreicht wird. Die Marktsättigung liegt aber unter dem potentiellen Umfang, den die Nachfrage aufgrund der Eignung der Leistung für eine Indikation annehmen könnte. Ein Grund kann sein, dass bisherige Therapien weiter angewendet werden. Sobald der Preis der neuen Leistung der Tariffestsetzung unterliegt, reagiert er unflexibel auf eine Ausweitung der Nachfrage, auf Engpässe, Überangebote und auf Kostenminderungen durch Rationalisierungen. Der Preis stellt darum einen Anreiz zur Mengenausweitung dar. Für die Ermittlung der Kostenfolgen einer in den Pflichtleistungskatalog aufgenommenen oder von dem EDI abgelehnten Leistungen ergeben sich für die Dokumentationen nachstehende Folgerungen:

1. Bei der Berechnung der Kostenfolgen sind die Aufwendungen für die neue Leistung und für die vorher übliche(n) Leistung(en), aber auch die indirekten Kosten zu berücksichtigen.

2. Die Mengenentwicklung einer Leistung muss über mehrere Jahre vor und nach dem Entscheid des EDI dargestellt werden, um sowohl die Finanzierungseffekte als auch die Marktsättigung bei den Kostenfolgen zu berücksichtigen.

2.2 Darstellung des Analyserasters

In den Beratungen der ELK steht vor allem die Wirksamkeit einer neuen Leistung im Vordergrund. Im Gegensatz dazu geht es bei der Darstellung des Analyserasters vor allem um die Ermittlung der Kostenfolgen, die, wie oben erwähnt, in Beziehung zu den Kosten der substituierten und/oder vermiedenen Leistungen und deren Mengenentwicklung zu sehen sind. Daneben sind auch die zusätzlich finanziellen Aufwendungen aufgrund von Nebenwirkungen oder eingeschränkter Wirksamkeit sowie die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit oder Produktionsausfälle zu berücksichtigen. Die Kostenfolgen werden in den Dokumentationen jeweils für die neue, substituierte und/oder vermiedene Leistung nach sechs Punkten analysiert:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen
2. Kosten der Leistungen
3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit
4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit
5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren
6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Der unten dargestellte Analyseraster enthält zum einen Kriterien, die bei den sechs Punkten zu berücksichtigen sind. Zum anderen wird eine wünschbare Darstellung der Daten zur Berechnung der Kostenfolgen aufgezeigt. Die Ausführungen zu den sechs Punkten dienen in erster Linie als Checkliste, wie bei der Analyse vorzugehen ist.

1. Beschreibung der neuen, substituierten und /oder vermiedenen Leistungen

Zu prüfen ist, ob die Indikation(en), die neuen sowie die substituierten und/oder vermiedenen Leistungen, d.h. die wichtigsten Kostenfaktoren klar umschrieben sind.

2. Kosten der Leistungen

Technische und methodische Prüfung der Darstellung und Datenquellen

- Nachvollziehbarkeit der Argumentation und Berechnungen
Sind die Berechnungen der Leistungen vollständig (Behandlungspfad)?
Ist die Darstellung der Kosten korrekt?
- Informations- und Datenquellen
Ist die Herkunft der Informationen und Daten belegt?
Beruhen die verwendeten Kosten auf Arbeitshypothesen, begründeten Schätzungen oder öffentlich zugänglichen Preislisten oder Tarifvereinbarungen?
Werden vor allem Verhandlungspreise (Tarife, Taxen), reale Kosten (Arbeits- und Sachaufwand) oder Marktpreise verwendet?

Darstellung der Kosten der Leistungen

Leistungen nach Einzelkosten	Summe	Total
<i>Neue Leistung</i>		
Teilleistung 1	Fr.	
Teilleistung 2	Fr.	
.....	
Teilleistung n	Fr.	Fr.
<i>Substituierte bzw. vermiedene Leistung</i>		
Teilleistung 1	Fr.	
Teilleistung 2	Fr.	
.....	
Teilleistung n	Fr.	Fr.

Sollte die neue Leistung für verschiedene Indikationen geeignet sein oder nach Krankheitsstadien differieren, dann ist zu prüfen, wie diese Abweichungen in der Dokumentation berücksichtigt sind. Wenn mit unterschiedlichen Kosten der Leistungen, z.B. vor und nach dem Entscheid des EDI zu rechnen ist, dann sind die Abweichungen darzustellen.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Technische und methodische Prüfung der Darstellung und Datenquellen

- Nachvollziehbarkeit der Argumentation und Berechnungen
 - Sind die Nebenwirkungen und die Wirksamkeit der neuen und substituierten bzw. vermiedenen Leistungen klar umschrieben und nach verschiedenen Auswirkungen typisiert?
 - Sind die Charakteristika der zusätzlich erforderlichen Leistungen, die sich aus den Nebenwirkungen und aus der Wirksamkeit der Leistung(en) ergeben, klar dargestellt?
 - Sind die Berechnungen der zusätzlichen Leistungen vollständig (Behandlungspfad)?
 - Ist die Darstellung der Kosten korrekt?
- Informations- und Datenquellen
 - Sind die Herkunft der Informationen und Daten belegt?
 - Beruhendie verwendeten Daten auf Arbeitshypothesen, begründeten Schätzungen oder öffentlich zugänglichen Preislisten oder Tarifvereinbarungen?
 - Werden vor allem Verhandlungspreise (Tarife, Taxen), reale Kosten (Arbeits- und Sachaufwand) oder Marktpreise verwendet?

Darstellung der Zusatzkosten der Nebenwirkungen und eingeschränkter Wirksamkeit

Zusätzlichen Kosten Nebenwirkungen/eingeschränkte Wirksamkeit	Summe	Total
<i>Nebenwirkungen/Wirksamkeit der neuen Leistung</i>		
Teilleistung 1	Fr.	
Teilleistung 2	Fr.	
.....	
Teilleistung n	Fr.	Fr.
<i>Nebenwirkungen/Wirksamkeit der substituierten bzw. vermiedenen Leistung</i>		
Teilleistung 1	Fr.	
Teilleistung 2	Fr.	
.....	
Teilleistung n	Fr.	Fr.

Sollten die Zusatzkosten je nach Nebenwirkungen oder Wirksamkeit differieren, dann sind die Unterschiede in der Dokumentation darzustellen. Da die Nebenwirkungen bzw. eingeschränkte Wirksamkeit nur einen Teil der Patienten betreffen, wäre es wünschenswert, wenn die Zusatzkosten

separat als Anteil an den Kosten der neuen, substituierten bzw. vermiedenen Leistung ausgewiesen würden.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Technische und methodische Prüfung der Darstellung und Datenquellen

- Nachvollziehbarkeit der Argumentation und Berechnungen
Sind die indirekten Kosten der neuen und substituierten bzw. vermiedenen Leistungen nach Arbeitsunfähigkeit, Produktionsausfall, Invalidenrente und anderen Ursachen klar umschrieben und nach Schweregraden typisiert?
Sind die Berechnungen der indirekten Leistungen vollständig?
Ist die Darstellung der Kosten korrekt?
- Informations- und Datenquellen
Ist die Herkunft der Informationen und Daten belegt?
Beruhen die verwendeten Daten auf Arbeitshypothesen, begründeten Schätzungen, empirischen Untersuchungen oder Statistiken?

Darstellung der indirekten Kosten

Indirekte Kosten nach Ursachen	Summe	Total
<i>indirekte Kosten neue Leistung</i>		
Ursache 1	Fr.	
Ursache 2	Fr.	
.....	
Ursache n	Fr.	Fr.
<i>indirekte Kosten der substituierten bzw. vermiedenen Leistung</i>		
Ursache 1	Fr.	
Ursache 2	Fr.	
.....	
Ursache n	Fr.	Fr.

Wenn die indirekten Kosten je nach Indikation oder Krankheitsstadien differieren, dann sollte dieser Punkt bei der Analyse der Dokumentationen beachtet werden. Weil die indirekten Kosten nur einen Teil der Patienten betreffen dürften, sind sie separat auszuweisen und als Anteil der Kosten für die neue, substituierte oder vermiedene Leistung zu behandeln.

5. Mengententwicklung der Kostenfaktoren

Technische und methodische Prüfung der Darstellung und Datenquellen

- Nachvollziehbarkeit der Argumentation und Berechnungen
Wird die Mengententwicklung des Bedarfs aufgrund der Indikationshäufigkeit (Prävalenz, Inzidenz) und/oder der Nachfrage aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme dargestellt?
Finden weitere Spezifizierungen der Indikation, die eine Anwendung der Leistung einschränkt, Eingang in die Betrachtung der Mengententwicklung
Ist das Mengengerüst der neuen und substituierten bzw. vermiedenen Leistungen nach Vergangenheitsentwicklung (vor Entscheid des EDI) und künftiger potentieller Entwicklung (nach Entscheid des EDI) klar unterschieden?
Werden bei der Mengententwicklung auch die Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit und indirekte Kosten in Zusammenhang mit einer Leistung berücksichtigt?
Ist die Darstellung der Mengententwicklung korrekt?
- Informations- und Datenquellen
Ist die Herkunft der Informationen und Daten belegt?
Beruhen die verwendeten Daten auf Arbeitshypothesen, begründeten Schätzungen, auf empirischen Untersuchungen oder Statistiken?

Darstellung der Mengenentwicklung

	vor Entscheid				nach Entscheid			
	Datum 1	Datum 2	Datum	Datum n	Datum 1	Datum 2	Datum	Datum n
Häufigkeit der Indikation - Inzidenz - Prävalenz - sonstige Einschränkung für Leistung								
neue Leistung - Nachfrage - Nebenwirkungen - eingeschränkte Wirksamkeit - indirekte Kosten								
substituierte/vermiedene Leistung(en) - Nachfrage - Nebenwirkung - eingeschränkte Wirksamkeit - indirekte Kosten								

Die Auswirkungen verschiedener Indikationen oder Krankheitsstadien sind bei der Analyse der Mengenentwicklung zu berücksichtigen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Technische und methodische Prüfung der Darstellung und Datenquellen

- Nachvollziehbarkeit der Argumentation und Berechnungen
Sind alle Punkte 1-5 bei der Ableitung der Kostenfolgen berücksichtigt?
Ist die Darstellung der Kosten korrekt?
- Gesamteinschätzung der Kostenfolgen
Sind die berechneten Kostenfolgen in der Dokumentation realistisch oder was für Argumente sprechen dafür, dass die Kostenfolgen höher oder niedriger als in der Dokumentation ausfallen?
Kann in etwa aufgrund der Daten in der Dokumentation abgeschätzt werden, wie viel höher oder niedriger die Kostenfolgen ausfallen könnten?

Darstellung der Verknüpfung der Mengenentwicklung mit den Kostenfolgen (Punkte 1-5)

	Datum	Menge	Kosten	Summe
neue Leistung vor Entscheid	1			
	2			
			
	n			
neue Leistung nach Entscheid	1			
	2			
			
	n			
substituierte/vermiedene Leistung(en) vor Entscheid	1			
	2			
			
	n			
substituierte/vermiedene Leistung(en) nach Entscheid	1			
	2			
			
	n			
Total neue, substituierte/vermiedene Leistungen vor Entscheid	1			
	2			
			
	n			
Total neue, substituierte/vermiedene Leistungen nach Entscheid	1			
	2			
			
	n			

In der Dokumentation ist zu überprüfen, wie die Kosten der Nebenwirkungen, der eingeschränkten Wirksamkeit oder wie die indirekten Kosten bei der Berechnung der Kostenfolgen berücksichtigt werden.

3 Analyse der Dokumentationen 1996 –1998

3.1 Vorbemerkungen

In den Jahren 1996 bis 1998 wurde in der Zeit des Wechsels vom Kranken- und Unfallversicherungsgesetz KUVG zum KVG nicht zu allen Leistungen, die die ELK behandelte, eine Dokumentation erstellt. Kapitel 3. „Analyse der Dokumentationen 1996 bis 1998“ beschränkt sich deshalb auf eine Auswertung der Leistungen, wo eine Dokumentation vorliegt. Im Vordergrund der Untersuchung steht eine Beurteilung des Vorgehens bei der Ermittlung der Kostenfolgen. Keine Beachtung findet hingegen der Nutzen der Leistung, der in den Beratungen der ELK erste Priorität hat. Weiter spielt deshalb auch keine Rolle, weshalb eine Leistung angenommen, bedingt angenommen oder abgelehnt wurde. Im Anhang wird jede einzelne beantragte Leistung in bezug auf die Kostenfolgen separat betrachtet. Weitergehende Informationen zu den Dokumentationen lassen sich dort nachschlagen.

Die Dokumentationen, die bei umstrittenen Leistungen durch die Antragssteller beim BSV zur Begutachtung durch die ELK einzureichen sind, müssen den Spezifikationen im „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlicher Bewertung medizinischer Leistungen“ folgen. Daher wird im nächsten Abschnitt zuerst das Handbuch in der Ausgabe von 1998 näher betrachtet.

Anschliessend werden die Dokumentationen aus den Jahren 1996 bis 1998 anhand der sechs Punkte des Analyserasters aus dem vorangegangenen Kapitel auf ihre Zweckmässigkeit zur Ermittlung der Kostenfolgen von neuen Leistungen untersucht. Im Vordergrund steht ein genereller Überblick über Stärken und Schwächen der Dokumentationen.

3.2 Das Handbuch als Grundlage für die Dokumentationen

Das Handbuch ist in einen pragmatischen und einen wissenschaftlichen Teil gegliedert. Der pragmatische Teil befasst sich mit Verfahrensfragen bei der Gesuchsstellung und mit Entscheidungsmöglichkeiten der ELK und enthält ferner Hinweise, wie die medizinische und wirtschaftliche Technologiebewertung in der Dokumentation durchzuführen ist. Der wissenschaftliche Teil gibt einen umfassenden Überblick über den Stand der medizinischen Technologiebewertung und über die verschiedenen Arten der klinisch ökonomischen Analysen. Für die Antragssteller gilt es in ihren Dokumentationen vor allem die Richtlinien im pragmatischen Teil einzuhalten. Aus diesem Grunde soll auf die Punkte bei der medizinischen und wirtschaftlichen Technologiebewertung eingegangen werden, die für die Kostenfolgen von neuen Leistungen relevant sind.

Zur Bezeichnung der Leistung wird im medizinischen Teil das Register Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und der Spitalleistungskatalog (SKL) als verbindlich angegeben. Die darin enthaltenen Nomenklaturen sind nach Möglichkeit zu verwenden. Wenn die Leistung weder im KLV noch im SLK enthalten ist, soll auf die im wissenschaftlichen Schrifttum oder im ICD 9 (Massnahmen) angegebene übliche Bezeichnung zurückgegriffen werden. Für die Kostenfolgen ist wesentlich, dass bereits im medizinischen Teil internationale und schweizerische Statistiken verlangt werden und zwar über die Entwicklung sowohl der Indikationen als auch über die Anwendung der Leistung und die Erfolgsraten. Für die Schweiz wird eine Verteilung der Leistung auf die verschiedenen Leistungserbringer verlangt. Der Gesuchssteller soll aufgrund seiner eigenen Erfahrungen die

Auswirkungen der Leistung wie Heilung, Lebensverlängerung, Lebensqualität, Bedarf an Dauerbehandlung oder Komplikationen darstellen. Die neue Leistung ist auch mit alternativen (bisherigen) Behandlungsmöglichkeiten bezüglich Wirksamkeit, Sicherheit und Kosten zu vergleichen. Zusätzlich wird verlangt, den Gesamtbedarf für die Leistung in der Schweiz in den kommenden Jahren zu schätzen. Als Grundlagen sollen epidemiologische und demographische Unterlagen dienen.

In den Ausführungen zur wirtschaftlichen Technologiebewertung im Handbuch wird eine Übersicht über das zu erwartende gesamtschweizerische Kostenvolumen einer neuen Leistung erwünscht. Abgesehen von einem Verweis auf Statistiken und epidemiologische und demographischen Unterlagen fehlen jedoch Hinweise, wie die Kostenfolgen detaillierte zu berechnen sind. Hingegen geht das Handbuch ausführlich auf die Kalkulation einer Leistung ein. Dabei wird betont, dass die neue Leistung und zum Vergleich die bisherige Behandlungsmethode (alternative Verfahren) darzustellen sind.

Die Kostenberechnung einer Leistung läuft nach dem Handbuch in mehreren Schritten ab: Zuerst sind der Behandlungspfad und seine Unterteilung in Kostenblöcke wie Voruntersuchung, Behandlung, Nachbehandlung und Nachkontrollen aufzuzeigen. Der Behandlungspfad und die Kostenblöcke bilden dann die Grundlage für die Kostenberechnung. Dabei sollen für die Ableitung der Kosten, sofern für die Leistungselemente entsprechende Positionen vorgesehen sind, in erster Linie die Taxpunkte oder Tarife aus dem Spitalleistungskatalog (SLK) oder aus den geltenden kantonalen Taxordnungen herangezogen werden. Für Leistungen, für die noch keine rechtsgültigen Tarife vorliegen, werden die Kosten nach den Grundsätzen der Paritätischen Kommission zur Überarbeitung des Spitalleistungskatalogs (PKS) berechnet. Dabei ist nach dem Handbuch zwischen direkten Betriebskosten für Personal und Sachaufwendungen und indirekten Betriebskosten für Raummiete der Leistungserstellung, Umlage der Infrastrukturaufwendungen und Kapitalkosten zu unterscheiden. Für die Abgeltung der stationären Behandlung sollen die anrechenbaren Kosten für Unterkunft, Verpflegung und übliche medizinische und pflegerische Grundleistungen die Grundtaxen für ausserkantonale Allgemeinpatienten zur Anwendung gelangen. In detaillierten Ausführungen, die hier im einzelnen nicht von Interesse sind, wird dann beschrieben, wie Personalkosten, Sachkosten und Aufwendungen für Instrumente, Utensilien, Medikamente, Apparate und Einrichtungen, Raumkosten und Umlagekosten zu bestimmen sind.

Die im Handbuch dargestellten Regeln zum Behandlungspfad für die neue Leistung und bisherige Behandlungsmethoden, die Umsetzung in Kostenblöcke und die Anleitungen zur Berechnung der Kosten sind vollständig, transparent und für den Gesuchsteller umsetzbar. Schwierig wird es, wenn man ähnliche Hilfestellungen zur Mengenentwicklung einer Leistung und zur Berechnung des gesamten Kostenvolumens im Handbuch erwartet. Hier wird im medizinischen Teil einfach auf internationale Statistiken zur Häufigkeit der Anwendung verwiesen. Die Bedarfsermittlung soll auf epidemiologische und demographische Unterlagen abgestützt werden, die jedoch gerade nicht erlauben, die realisierte Nachfrage und die Mengenentwicklung einer Leistung abzuleiten. Der wissenschaftliche Teil bringt zwar eine comprehensive Übersicht über den „state of the art“ der Technologiebewertung. Aber im pragmatischen Teil fehlt, wie solche methodischen Ansprüche sich für den Gesuchsteller umsetzen lassen. Der pragmatische Teil sollte deshalb sowohl mögliche Datenquellen in der Schweiz als auch Näherungswege aufzeigen, die trotz lückenhafter Datenlage zu einigermaßen vernünftigen Resultaten führen. Insbesondere wären Verfahren darzustellen, wie bei der Erarbeitung von Arbeitshypothesen und Schätzungen vorzugehen ist, um die Annahmen begründen zu können.

nen. Ferner sollen Hinweise über die Mengenentwicklung im Zeitverlauf und die zu berücksichtigende Zeitperiode vor und nach dem Entscheid des EDI im Handbuch enthalten sein.

3.3 Bewertung der Dokumentationen 1996 - 1998

Mit Hilfe des Analyserasters (s. Kapitel 2) wurde jede der zwischen 1996 bis 1998 bei der ELK eingereichten Dokumentationen nach ihren Stärken und Schwächen (s. Anhang) untersucht. Für eine generelle Einschätzung der Dokumentationen als Grundlage zur Ableitung der Kostenfolgen erweisen sich jedoch diese detaillierten Ausführungen zu jeder einzelnen Dokumentation als zu unübersichtlich.

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse werden deshalb in Tab. 1 zusammengefasst und nach den sechs Punkt des Analyserasters auf ihre Zweckmässigkeit zur Ermittlung der Kostenfolgen bewertet. Jeder Punkt ist nach 5 Kriterien gewichtet. Wenn ein Punkt des Analyserasters für eine Leistung nicht relevant ist, dann erhält er das Gewicht 0. Sind die Ausführungen in Ordnung, dann wird das Gewicht 10 zugeteilt. Erweisen sich die Angaben zu einem Punkt als unvollständig und fehlerhaft oder als fragwürdig und unbegründet dann bekommt der Punkt das Gewicht 21 bzw. 22. Die Unterscheidung durch die Gewichte 21 und 22 dient ausschliesslich zur Identifikation des Problems in der Dokumentation und soll keine Differenz in der Bewertung signalisieren. Gibt es zu einem Punkt überhaupt keine Angaben, dann wird ein Gewicht von 30 zugewiesen.

Die sechs Punkte sind in der Tabelle jeweils unterteilt nach neu, wo die Ausführungen zur neu beantragten Leistung bewertet werden, und alt, wo die bisherigen Behandlungsmethoden bewertet werden. Beim Punkt Zusatzkosten hat es sich als zweckmässig erwiesen, die Nebenwirkungen und die Wirksamkeit (Erfolgsrate) einer Leistung getrennt darzustellen. Die fettgeschriebenen Zahlen in der linken Spalte oder in den Zeilen unter allen angenommenen und abgelehnten Leistungen geben die durchschnittliche Punktezahl wieder. In der linken Spalte erlauben die Zahlen die einzelnen Dokumentationen miteinander zu vergleichen. Den Zeilen „Total angenommene Leistungen“ und „Total abgelehnte Leistungen,“ kann entnommen werden, wie über alle Dokumentationen die gewünschten Angaben zu den einzelnen Punkten erfüllt werden. Je höher die Punktzahl ausfällt, um so schlechter sind die Dokumentationen bzw. die Punkte des Analyserasters in bezug auf die Ableitung der Kostenfolgen einer neuen Leistung einzuschätzen.

Die Tabelle enthält zur besseren Orientierung im Anhang alle in den Jahren 1996-1998 angenommenen und abgelehnten Leistungen. Zu den Leistungen, die schattiert hinterlegt sind, wurden keine Dokumentationen eingereicht und es konnte keine Bewertung nach den sechs Punkten des Analyserasters vorgenommen werden.

Das gewählte Bewertungsverfahren ist grob. Zum Beispiel wenn ein Gesuchssteller versucht, nicht nur die Menge, sondern auch die Mengenentwicklung der Leistungen im Zeitverlauf zu berücksichtigen, dann ist diese zusätzliche Information nicht speziell berücksichtigt. Ebenfalls fließen subjektive Urteile in die Ergebnisse ein: Etwa wenn entschieden werden soll, bei welchem Ausmass von fehlenden Informationen ein Punkt als unvollständig zu bezeichnen ist.

Trotz diesen Vorbehalten erhellen die Analyseergebnisse in der Tabelle Zusammenhänge, die bei einer Aneinanderreihung der einzelnen Bewertungen der Dokumentationen nicht ersichtlich werden. In den Dokumentationen werden nach den Punkten des Analyserasters die neu beantragten Leistungen jeweils besser beschrieben als die alte substituierte oder vermiedene Leistung. Auffallend ist ferner, dass bei den Analysepunkten die Bewertungen von links nach rechts in der Tabelle

schlechter ausfallen. Ein Grund für diese beiden Befunde ist, dass im Handbuch zur Bewertung medizinischer Leistungen den Gesuchstellern detaillierte Hilfestellungen zur Beschreibung der neuen Leistung und zur Berechnung der Kosten gegeben werden. Dass die substituierten Leistungen ebenfalls zu berücksichtigen sind, geht für die Gesuchsteller aus dem Handbuch anscheinend nicht

Tab. 1: Beurteilung der Dokumentationen nach den sechs Punkten des Analyserasters

Legende: 00 = nicht relevant 10 = in Ordnung 21 = unvollständig/fehlerhaft 22 = fragwürdig/unbegründet 30 = keine Angaben	Leistungen		Kosten		Zusatzkosten				indirekte Kosten		Menge		Folgekosten		
	neu	alt	neu	alt	Nebenw. neu	Nebenw. alt	Wirks-k. neu	Wirks-k. alt	neu	alt	neu	alt	neu	alt	
Angenommene Leistungen															
Behandlung mit BOTOX Botulinum	0	10	10	10	30	21	21	21	21	21	21	22	30	22	30
Hautautograft	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Parenterale Antibiotikaabgabe	0	10	10	30	30	30	30	30	30	30	30	22	30	30	30
Hämatopoietische Stammzellen-Transplant.	25	10	10	10	21	30	30	30	30	30	30	21	30	30	30
Polysomnographie	0	10	30	21	22	00	30	22	30	30	30	22	30	22	22
Rehab. Herz- und Kreislauferkrankungen															
Intraaortale Ballonpumpe															
Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie															
Extrakorporelle Photochemotherapie	27	10	10	10	30	21	30	30	30	30	30	21	30	21	30
Ultraschallkontrollen normale Schwangersch.	16	10	10	10	30	21	30	21	30	21	30	22	22	22	22
Refraktive Chirurgie bei Anisometropie	21	10	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Speichelsteinlithotripsie															
Ernährungsberatung															
Künstliche Insemination															
Sonographisches Hüftscreening bei Neugeb.	22	10	10	10	10	10	30	21	30	00	10	21	21	22	22
Rachitisprophylaxe	18	10	30	10	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Prophylaxe Vitamin K-Mangeldurchblutung	0	10	30	10	30	10	30	10	30	00	00	30	30	30	30
Änderung der Methadonverordnung	17	10	10	21	21	30	30	30	30	30	30	22	22	30	30
PET-Staging nichtkleinzelligem Lungenkarz.															
Zahnärztliche Leistungen Geburtsgebrechen															
ErecAid-System OSBON	0	10	10	10	21	21	21	21	21	00	00	22	30	30	30
Atemtest mit Harnstoff 13C															
Nichtchirurgische Ablation des Endometriums	23	10	10	10	10	10	30	10	30	10	10	22	22	30	30
Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)	29	10	10	10	10	21	21	21	21	30	30	22	22	30	30
Vorsorgliche Mammographie	21	10	10	10	10	10	30	21	30	30	30	22	30	22	30
Isador-Therapie	0	10	30	10	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Ärztliche Leistungen (neue Regelung Brillen)															
Neuraltherapie nach Huneke	22	10	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Motorisch evozierte Potentiale (MEP)	18	10	10	10	21	21	21	30	30	30	30	22	30	30	30
Spondylodes mittels Diskuskäfigen	22	10	10	10	10	21	30	21	30	30	30	21	21	30	30
Magnetische Kernresonanz - weitere Indikat	21	10	10	10	30	10	30	30	30	00	00	22	30	22	30
Komplementärmedizinische Leistungen	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Generelle Hepatitis-B-Impfung	29	10	10	10	30	10	30	10	30	00	22	22	22	22	22
Knochendensitometrie - weitere Indikationen	30	10	10	10	10	10	30	10	30	30	30	21	21	21	21
Positronen-Emission-Tomographie (PET)	19	10	10	10	10	30	30	30	30	30	30	10	10	10	10
Stereotaktische Radiochirurgie	19	10	10	21	21	10	10	21	30	10	10	22	22	30	30
Zahnärztliche Leistungen (Anpassung IV)															
Mittel und Gegenstände (Prothesen, Orthesen)															
Total angenommene Leistungen	12	16	15	23	20	28	24	29	22	24	24	26	26	28	
Abgelehnte Leistungen															
Massnahmen der Tuberkulose-Prävention	30	10	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Screening auf Tuberkulose	27	10	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Vorsorgeuntersuchung von Schulkindern	24	10	21	10	30	30	30	30	30	30	30	22	30	22	30
Mischinjektion mit Jodoformöl															
Stosswellentherapie in der Orthopädie	0	10	10	10	21	21	30	21	21	10	21	22	22	30	30
Transuretrale Prostatektomie															
Messung des Melatoninpiegels mit Serum															
Diskusdekompression	0	10	10	21	21	10	10	21	21	21	21	22	22	22	22
Kryoneurolyse speziell der Wirbelgelenke	21	10	21	21	21	21	30	21	30	10	30	22	30	30	30
Klimatherapie am Toten Meer															
Laser-Vaporisierte Palatoplastik															
Viskosesupplementation zur Gonarthroseb.	23	10	10	10	10	10	10	21	21	30	30	22	22	22	22
In-vitro-Fertilisation (IVF-ET)	0	10	10	10	10	21	21	21	21	00	00	22	22	22	22
Ambulanter Opiantenzug (ESCAPE)	24	10	21	10	21	10	30	21	30	21	30	22	22	30	30
Hüftprotector (Safehip)	23	10	10	21	10	00	30	10	30	30	30	21	21	21	21
Total abgelehnte Leistungen	4	17	17	20	20	25	23	26	24	10	24	25	26	27	

zwingend hervor. Obwohl im Handbuch die Gesamtkosten der neuen Leistung für die Schweiz angesprochen werden, sind die Hinweise, wie die Inanspruchnahme der neuen Leistung und die Einsparungen durch substituierte Leistungen bei den Kostenfolgen zu berechnen sind, wenig präzise. Entsprechend unterschiedlich setzen sich die Gesuchsteller mit den Kostenfolgen auseinander.

In mehr als der Hälfte der Dokumentationen (21 von 36) sind keine Angaben zu den gesamtschweizerischen Kostenfolgen vorhanden. Bei weiteren 5 werden Aussagen über die mutmasslichen Kosten der neuen Behandlung, aber nicht zu den substituierten Leistungen gemacht. Gerade zehn Gesuchsteller versuchen sowohl die neue und die substituierte Leistung zu berücksichtigen. Indessen stossen die Bemühungen zur Ableitung der Kostenfolgen auf Probleme, weil die Ableitung der Menge der Leistungen schwierig ist. Gerade 26 von 36 Dokumentationen enthalten Aussagen zur Menge der neuen Leistung und lediglich 16 Aussagen zur Menge der substituierten Leistungen.

Nach dieser generellen Beurteilung von Stärken und Schwächen der Dokumentationen, soll an einigen Beispielen die Probleme bei der Berechnung der Kostenfolgen aufgezeigt werden. In der Dokumentation zum Hüftprotektor „Safehip“ wird richtig gesehen, dass die Nachfrage mit der Zunahme der älteren Menschen wächst. Der Gesuchsteller nutzt dann auch die Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik, um die Veränderung der Altersstruktur im Zeitverlauf und damit der Inzidenz der Hüftfrakturen sowie der Nachfrage nach Hüftprotektoren festzustellen. In der Dokumentation wird die Inzidenz der Hüftfrakturen mit dem Bedarf nach Hüftprotektoren gleichgesetzt. Die Gesuchsteller bedachten nicht, dass die gesamte Risikopopulation Hüftprotektoren tragen muss, um die Inzidenz der Hüftfrakturen nennenswert zu senken. Auch die Aufklärung und die Betreuung der Risikopopulation, die eine Voraussetzung für das Tragen des Hüftprotektors sind, werden bei den Kosten vernachlässigt.

Im Gegensatz zum Hüftprotektor wird in der Dokumentation zur generellen Hepatitis-B-Impfung versucht, mittels einer Befragung bei Medizinem und der Bevölkerung die Akzeptanz der Impfung festzustellen. Ob sich daraus im Zeitverlauf unterschiedliche Partizipationsraten an der Impfung ergeben, wird allerdings nicht problematisiert. Die Abnahme der Inzidenz der Hepatitis-B-Infektionen aufgrund der Meldungen von Laboratorien und Ärzten ist ebenfalls dargestellt, wenn auch daraus keine Schlüsse für den Nutzen der Hepatitis-B-Impfung gezogen werden. Für die Berechnung der Kostenfolgen wird dann ein statistisches Modell der Partizipationsrate, der Indikationshäufigkeit und der vermiedenen Leistungen verwendet. Bei der vorsorglichen Mammographie wird hingegen dargestellt, wie sich aufgrund der veränderten Partizipation an der Vorsorgeuntersuchung die Folgekosten der Untersuchung vor und nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog ändern. Allerdings sind bei den Folgekosten die vermiedenen Operationen nicht berücksichtigt.

Detailliert geht indessen die Dokumentation zur Positronen-Emission-Tomographie (PET) auf die je nach Indikation unterschiedlichen Kosten der neuen und substituierten Diagnosen ein. Trotz schwieriger Datenlage wird aus der Inzidenz und Prävalenz jeder Indikation die Menge der neuen und substituierten Leistungen und die daraus resultierenden Folgekosten geschätzt. In der Dokumentation fehlt jedoch, in welchem Umfang die neue Leistung und die substituierten Diagnosen vor der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog angewendet wurden.

Die vier Beispiele zeigen, welche Probleme die Gesuchsteller bei der Kostenfolgenberechnung haben. Im Vergleich zu diesen differenzierten Bemühungen wird in den meisten anderen Dokumentationen einfach angenommen, dass die Häufigkeit der Indikation identisch mit der zu erwartenden Menge der neuen Leistung ist und jede neue Leistung eine alte Behandlungsmethode ersetzt.

Dazu kommt, dass die Häufigkeit einer Indikation einfach als unveränderliche Grösse in die Berechnung einfließt.

Aber selbst in den Bereichen, wo das Handbuch detaillierte Hilfestellungen gibt, erfüllen die Dokumentationen nicht immer die Erwartungen. Bei der Polysomnographie wird zwar die neue Leistung beschrieben, aber zu den vermiedenen Leistungen und deren Kosten nur vage und unbegründete Angaben gemacht. Bei der Dokumentation zu den komplementärmedizinischen Leistungen werden bedenkenswerte und grundsätzliche Meinungen zur alternativen Medizin geäußert. Verwertbare Aussagen zu Indikationen, Behandlungspfad, substituierte Leistungen und Kosten sind nicht vorhanden. Mehrfach enthalten die Dokumentationen auch Rechenfehler, die zu falschen Folgerungen bezüglich der Kostenfolgen einer neuen Leistung führen.

4 Kostenfolgen der neuen Leistungen 1996 - 1998

4.1 Vorbemerkungen

Neue Leistungen seit 1996 betrafen Neuaufnahmen einerseits infolge des Wechsels vom KUVG zum KVG und andererseits infolge der technischen Entwicklung. Nicht zu allen neuen Leistungen wurde in dieser Übergangszeit eine Dokumentation erstellt. In diesem Kapitel wird versucht, eine Übersicht über die Kostenfolgen aller neuen Leistungen zu geben, unabhängig davon ob eine Dokumentation vorliegt oder nicht.

Zu beachten ist, dass in den Beratungen der ELK die Kriterien der Evidence Based Medicine und Zweckmässigkeit gemäss dem Handbuch zur standardisierten Bewertung medizinischer Leistungen Vorrang haben. Die Wirtschaftlichkeit kommt erst zum Zug, wenn bezüglich der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zwei gleichwertige Verfahren zu beurteilen sind. Dann wird die Frage gestellt, ob der gleiche Nutzen mit geringeren oder höheren Kosten erreicht wird. Die vorliegende Studie geht hingegen nicht auf den Nutzen der Leistungen ein, sondern beschränkt sich auf die Kostenfolgen der neuen Leistungen. Zwei Quellen stehen für die Berechnungen zur Verfügung. Zum einen die Dokumentationen der Gesuchsteller, die im wirtschaftlichen Teil mehr oder weniger ausführlich auf die Kostenfolgen eingehen. Zum anderen Unterlagen des BSV, das aufgrund der in letzter Zeit veränderten politischen Lage selber bemüht ist, sich grössere Klarheit über die Kostenentwicklung zu verschaffen. Grobe Schätzungen zu den Kostenfolgen von neuen Leistungen sind deshalb in verschiedenen Unterlagen des BSV enthalten. Weder die Dokumentationen noch die Unterlagen des BSV behandeln alle Leistungen, die in der ELK in den Jahren zwischen 1996 und 1998 behandelt wurden. Dazu kommt, dass die Herleitung der Angaben nicht immer transparent ist.

- Die Analyse der Dokumentationen im Anhang und die Zusammenfassung der Ergebnisse im vorherigen Kapitel zeigen, dass in den Dokumentationen die Ermittlung der Kostenfolgen höchst unterschiedlich gehandhabt wurde. Während einige Gesuchsteller versuchten die gesamtschweizerischen Kostenfolgen zu berechnen, begnügten sich andere oft mit rudimentären Angaben. Häufig fehlen die Daten zu den substituierten oder vermiedenen Leistungen. Aufwendungen, die sich aus Nebenwirkungen oder eingeschränkter Wirksamkeit der Leistungen ergeben, bleiben unberücksichtigt. Unklar bleibt auch, wie sich die Nachfrage nach den neuen, substituierten und vermiedenen Leistungen entwickelt. Dazu kommt, dass einige Gesuchsteller von realen Kosten der Leistungen und andere von Tarifpreisen ausgehen. Diese heterogene Datenbasis führt dazu, dass die aus den Dokumentationen deduzierten gesamtschweizerischen Kostenfolgen teils die Minderkosten durch substituierte Leistungen enthalten und teils nicht. Ebenfalls sind die Zusatzkosten für Nebenwirkungen oder eingeschränkte Wirksamkeit häufig nicht vorhanden.
- In den Unterlagen des BSV werden die Kostenfolgen der Leistungen ebenfalls unterschiedlich behandelt. Die Kostenfolgen können sich auf Tarifpreise, Belastung der Krankenversicherer oder Vollkosten der Leistungen beziehen. In der Regel werden Minderkosten durch substituierte Leistungen nicht berücksichtigt. Bei einigen Leistungen werden die Angaben aus den Dokumentationen übernommen. Bei anderen, insbesondere wenn Angaben in der Dokumentation fehlen oder keine Dokumentation vorhanden ist, wurden auch zusätzliche Informationen bei Fachpersonen für die Ableitung der Kostenfolgen eingeholt. Immer wieder wird betont, dass es sich um grobe Schätzungen handle. In etlichen Fällen lässt sich wohl deshalb nicht nachvollziehen, wie die Kosten ermittelt wurden.

Die in den Dokumentationen oder Unterlagen des BSV dargestellten Kostenfolgen der Leistungen berücksichtigen und vernachlässigen unterschiedliche Kostenfaktoren. Hinzu kommt, dass die Schätzungen mit grossen Unsicherheiten behaftet sind. Teilweise ergeben sich aus diesem Grunde auch beträchtliche Differenzen in den Kostenschätzungen zwischen den Dokumentationen und den Unterlagen des BSV. Für die Ermittlung der jährlichen Kostenfolgen der angenommenen und abgelehnten Leistungen wird deshalb wie folgt vorgegangen:

- Wenn Angaben zu den Kostenfolgen einer Leistung sowohl in der Dokumentation als auch in den Unterlagen des BSV vorliegen, dann werden diejenigen genutzt, die am meisten Informationen enthalten oder die am plausibelsten erscheinen. In den Abschnitten „4.2 Direkte Kosten der angenommenen Leistungen“ und „4.3 Direkte Kosten der abgelehnten Leistungen“ wird jeweils erläutert, warum die eine Angabe der anderen vorgezogen wurde. Wenn notwendig, wird zusätzlich von eigenen Annahmen zur Ableitung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ausgegangen.
- Wenn nur in einer Quelle Anhaltspunkte zu den Kostenfolgen vorliegen, dann werden diese benutzt und wenn nötig ebenfalls mit eigenen Überlegungen zur Ableitung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ergänzt.
- Wenn überhaupt keine Informationen zu den Kostenfolgen einer Leistung vorliegen, dann wird für diesen fehlenden Wert der Median aus den Kostenfolgen der Leistungen eingesetzt, deren Kosten sich schätzen liessen. Der Median wird gewählt, weil er durch Ausreisser weniger als der Durchschnitt beeinflusst wird. Der Median der analysierten Leistungen beträgt 0.45 Mio. Franken und der Durchschnitt 1.217 Mio. Franken.

Zur Darstellung der Kostenfolgen in den beiden nächsten Abschnitten sind noch auf folgende drei Punkte hinzuweisen:

- Die ELK berücksichtigt in ihren Beratungen die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit nicht. Einige Gesuchssteller befassten sich jedoch mit den indirekten Kosten, die im Anhang dann auch dargestellt sind. Aber in den meisten Dokumentationen fehlt diese Information. Die folgende Übersicht enthält aus diesem Grunde nur die Kostenfolgen, die sich aus den direkten Kosten einer neuen Leistung ergeben.
- Bei den Kostenfolgen sollte eigentlich zwischen den Aufwendungen für das Gesundheitswesen und für die Krankenkassen unterschieden werden. Bei den Krankenkassen müsste z.B. für die Leistungen der Selbstbehalt der Patienten oder bei einer stationären Behandlung der Spitalanteil abgezogen werden. Korrekterweise müssten auch die Mehr- bzw. die Minderkosten über die Jahre nach einem üblichen Zinssatz diskontiert werden. Da jedoch die Zahlen zu den Kostenfolgen mit grossen Unsicherheiten behaftet sind, würde durch eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Aufwendungen im Gesundheitswesen und der Krankenkassen oder der Diskontierung der Mehr- oder Minderkosten über die Jahre eine ungerechtfertigte Scheingenauigkeit entstehen.
- Die Kostenfolgen der neuen Leistungen werden in der Regel erst im nächsten Jahr nach der Behandlung in der ELK wirksam. Die Kostenveränderungen der neuen Leistungen werden deshalb in Beziehung zu den Kosten des Gesundheitswesens und der Krankenversicherer im Jahr nach Behandlung in der ELK gesetzt.

Der nächste Abschnitt enthält die Kostenfolgen der angenommenen und im übernächsten der abgelehnten Leistungen. In den beiden Abschnitten werden für jedes Jahr getrennt die direkten Kosten der Leistungen dargestellt und diese mit den Aufwendungen für das Gesundheitswesen und den Ausgaben der Krankenversicherer für Krankenpflegeleistungen verglichen. Wenn zwei unterschied-

liche Schätzungen zu den Kostenfolgen vorliegen, wird vorher ausgeführt, warum welche Schätzung gewählt wurde. Zu Beginn jedes Abschnitts werden in einer Übersicht die Kosten aus den drei Jahren zusammengefasst und ihr Anteil an den Aufwendungen und Kostensteigerungen des Gesundheitswesens und der Krankenkassen dargestellt. Weiterführende Informationen zu den Dokumentationen und Unterlagen des BSV finden sich im Anhang.

4.2 Direkte Kosten der angenommenen Leistungen

Die Kostenfolgen, die durch die angenommenen Leistungen entstehen, schwanken 1996 bis 1998 zwischen Minderkosten von 63.21 Mio. und Mehrkosten von 147.56 Mio. Franken. Der Anteil an den gesamten Aufwendungen liegt beim Gesundheitswesen zwischen einer Abnahme von 0.163% und einer Zunahme von 0.355% und bei den Krankenkassen zwischen einer Abnahme von 0.481% und einer Zunahme von 1.009%. Wenn nur die Kostenveränderungen zum Vorjahr berücksichtigt werden, dann beträgt der jährliche Anteil der Kostenfolgen 1996 ca. 8.295% Abnahme und 1998 etwa 11.325% Zunahme im Gesundheitswesen. Bei den Krankenkassen lauten die gleichen Zahlen 9.309% und 24.717%. Der beträchtliche Anstieg der Kostenfolgen im Jahr 1998 ergibt sich vor allem durch die Aufnahme der komplementärmedizinischen Leistungen, die mit 110 Mio. Franken zu Buche schlagen. Die folgende Tabelle zeigt die jährlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen und der Krankenkassen für die Krankenpflegeleistungen in den Jahren 1996 bis 1999 und die Kosten der angenommenen Leistungen in den Jahren 1996 bis 1998, die jeweils im folgenden Jahr kostenwirksam werden. In den letzten vier Spalten ist der Anteil an den Gesamtaufwendungen und an den Veränderungen zum Vorjahr berechnet.

Tab. 2: Zusammenfassung der Kosten der angenommenen Leistungen 1996-1998

Jahre	Gesundheits- wesen in Mio. Fr.	Kranken- kassen in Mio. Fr.	Leistungen in Mio. Fr.	In % vom Aufwand Gesundheits- wesen	In % vom Aufwand Kranken- kassen	In % von Zunahme im Gesundheits- wesen	In % von Zunahme bei Kran- kenkassen
1996	37 908	12 459					
1996/1997	38 670	13 138	-63.21	-0.163	-0.481	-8.295	-9.309
1997/1998	40 292	14 024	17.93	0.045	0.128	1.105	2.024
1998/1999	41 595	14 621	147.56	0.355	1.009	11.325	24.717

In der Regel ergeben sich durch die angenommenen Leistungen Minderkosten durch substituierte oder vermiedene Leistungen. Mehrkosten fallen gering aus. Wenn hohe Summen, z.B. bei der Magnetischen Kernresonanz MRI, angegeben sind, dann weil die Gesuchsteller nicht auf substituierte oder vermiedene Leistungen eingegangen sind.

Die nächsten drei Tabellen geben die Kosten jeder einzelnen angenommenen Leistung in den Jahren 1996 bis 1998 an. Bei den Krankenkassen bezieht sich der Anteil der abgelehnten Leistungen auf den Aufwand für Krankenpflegeleistungen.

Bei drei der im Jahr 1996 von der ELK angenommenen Leistungen bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen der Dokumentation und den Unterlagen des BSV in den Kostenfolgen:

- Bei den hämatopoietische Stammzellen-Transplantationen ergeben sich aufgrund der Unterlagen des BSV jährliche Folgekosten von 12.45 Mio. Franken und aufgrund der Dokumentation von 26.75 Mio. Franken. Zwei Gründe sind für die niedrigere Schätzung des BSV verantwortlich: Das BSV geht von niedrigeren Fallzahlen aus, die, weil nicht nach Indikationen aufgeschlüsselt, nicht nachvollziehbar sind. Die Schätzung des BSV rechnet nicht mit den Vollkosten, sondern mit den 50% durch die Krankenversicherer zu tragenden Anteil. Die höhere Schätzung, die aus

den Angaben in der Dokumentation abgeleitet wurden, geben deshalb ein genaueres Bild der gesamtschweizerischen Kostenfolgen.

- Die jährlichen Folgekosten für die Polysomnographie werden in den Unterlagen des BSV mit 2.5 Mio. Franken angegeben und belaufen sich aufgrund der Zahlen in der Dokumentation auf 5 Mio. Franken. Die niedrigeren Kosten von 2.5 Mio. Franken beruhen auf dem Argument, dass bereits heute ein Teil der Polysomnographien kassenpflichtig ist. Indessen wie gross dieser Anteil wirklich ist, wird nicht begründet. Da Schlafstörungen weit verbreitet sind und bei kassenpflichtigen Polysomnographien mit einer Mengenausweitung zu rechnen ist, wird von der höheren Schätzung ausgegangen.
- Die Unterlagen des BSV gehen beim sonographischen Hüftscreening bei Neugeborenen von jährlichen Folgekosten von 4.8 Mio. Franken aus, die Berechnung aufgrund der Dokumentation kommt auf Minderkosten von 16.7 Mio. Franken. Der Unterschied ergibt sich, weil vom BSV die Minderkosten aufgrund vermiedener Behandlungen nicht berücksichtigt wurden. Die Zusammenstellung der Kosten für 1996 geht von Minderkosten von 16.7 Mio. Franken aus.

Die gesamten jährlichen Folgekosten für die im Jahr 1996 angenommenen Leistungen sehen wie folgt aus:

Tab. 3: Kosten der angenommenen Leistungen 1996

	In Mio. Franken	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen
Behandlung mit BOTOX Botulinum Toxin Typ A, Lymphophilisat, von Strabismus und fokalen Dystonien	1.60 (1)	0.0041	0.0122
Hautautograft	0.10 (2)	0.0003	0.0008
Parenterale Antibiotikaabgabe mittels Infusionspumpe	0.17 (2)	0.0004	0.0013
Hämatopoietische Stammzellen-Transplantationen (HTL)	26.75 (1)	0.0692	0.2036
Polysomnographie	5.00 (1)	0.0129	0.0381
Rehabilitation für Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen	0.00 (2)		
Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie	1.10 (2)	0.0028	0.0083
Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Factors alpha	1.60 (2)	0.0041	0.0122
Extrakorporelle Photochemotherapie	3.80 (1)	0.0098	0.0289
Ultraschallkontrollen während der normalen Schwangerschaft	3.57 (1)	0.0092	0.0272
Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie	0.11 (2)	0.0003	0.0008
Speichelsteinlithotripsie	0.07 (2)	0.0002	0.0005
Ernährungsberatung	12.5 (2)	0.0323	0.0951
Künstliche Insemination	5.60 (2)	0.0145	0.0426
Sonographisches Hüftscreening bei Neugeborenen	-16.70 (1)	-0.0430	-0.1271
Rachitisprophylaxe	0.45 (2)	0.0011	0.0034
Prophylaxe der Vitamin K-Mangeldurchblutung bei Neugeborenen und Säuglingen	0.30 (1)	0.0008	0.0023
Änderung der Methadonverordnung	-110.20 (2)	-0.2849	-0.8388
PET-Staging beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom und beim malignen Melanom	0.47 (2)	0.0012	0.0036
Zahnärztliche Leistungen bei Geburtsgebrechen	0.50 (2)	0.0013	0.0038
Alle angenommenen Leistungen 1996	-63.21	-0.1634	-0.4812
Aufwendungen Gesundheitswesen / Krankenkassen 1997	38 670 / 13 138	100	100

Legende: (1) = aus Dokumentation, (2) = aus Unterlagen BSV, (3) = Schätzung aus Median aller Leistungen

Im Jahr 1997 gibt es nur bei der vorsorglichen Mammographie grosse Differenzen bei den Kostenfolgen zwischen den Unterlagen des BSV und der Dokumentation. Die Unterlagen des BSV gehen von Folgekosten von 12 Mio. Franken in der Übersichtsliste aus. In anderen Papieren wird von 14.4 Mio. Franken nach dem Entscheid gesprochen. Die Herleitung dieser Zahlen kann nicht nachvollzogen werden. Aus diesem Grunde wird von den 21.3 Mio. Franken ausgegangen, die aus der Dokumentation abgeleitet wurden.

Tab. 4: Kosten der angenommenen Leistungen 1997

	In Mio. Franken	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen
ErecAid-System OSBON	0.33 (1)	0.0008	0.0024
Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacterpylory-Elimination	2.50 (2)	0.0062	0.0178
Nichtchirurgische Ablation des Endometriums	-4.40 (1)	-0.0109	0.0314
Ultra Rapide Opiate Detoxification (UROD)	-3.70 (1)	-0.0092	-0.0264
Vorsorgliche Mammographie (bei 40% Partizipation)	21.30 (1)	0.0529	0.1519
Iscador-Therapie	1.00 (2)	0.0025	0.0071
Ärztliche Leistungen (inkl. neue Regelung Brillen/Kontaktgläser)	0.45 (3)	0.0011	0.0033
Neuraltherapie (Regulationstherapie) nach Huneke	0.45 (3)	0.0011	0.0033
Alle angenommenen Leistungen 1997	17.93	0.0445	0.1278
Aufwendungen Gesundheitswesen / Krankenkasse 1998	40 292 / 14 024	100	100

Legende: (1) = aus Dokumentation, (2) = aus Unterlagen BSV, (3) = Schätzung aus Median aller Leistungen

Im Jahr 1998 sind bei vier Leistungen auffallende Differenzen in den Kostenfolgen zwischen den Dokumentationen und den Unterlagen des BSV festzustellen:

- Bei den motorisch evozierten Potentialen (MEP) entstehen aufgrund der Angaben in der Dokumentation keine Mehrkosten, während in den Unterlagen des BSV mit jährlichen Folgekosten von 0.5 Mio. Franken gerechnet werden. Der Unterschied ergibt sich, weil in der Schätzung des BSV die vermiedenen Leistungen unberücksichtigt bleiben. Die Ableitung der Kostenfolgen aus der Dokumentation scheint aus diesem Grunde realistischer als die Schätzung des BSV zu sein.
- Die Spondylodese mittels Diskuskäfigen führt nach der Dokumentation zu jährlichen Kostenfolgen von 0.42 Mio. Franken und nach den Unterlagen des BSV von 2 Mio. Franken. Die Herleitung der Kosten in den Unterlagen des BSV kann nicht nachvollzogen werden. Deshalb wird von den Angaben in der Dokumentation ausgegangen.
- Die generelle Hepatitis-B-Impfung ermöglicht nach der Dokumentation Einsparungen von 15.2 Mio. Franken und nach den Unterlagen des BSV ergeben sich Mehrkosten von 15 Mio. Franken. In den Unterlagen des BSV werden die vermiedenen Leistungen nicht berücksichtigt. Deshalb wird von den Angaben in der Dokumentation ausgegangen.
- Nach der Dokumentation resultieren aus den weiteren Indikationen der Positronen-Emissionstomographie (PET) Kosteneinsparungen von 0,51 Mio. Franken und nach den Unterlagen des BSV Mehrkosten von 7.3 Mio. Franken. Das BSV geht von Kostenfolgen von 6 Mio. Franken durch die Indikationserweiterung und 1.3 Mio. Franken durch ein Satelliten-PET aus. Die Basis für diese Berechnung bleibt unklar, so dass von den Angaben in der Dokumentation ausgegangen wird.

Die Kosten der von der ELK angenommenen Leistungen für das Jahr 1998 sehen wie folgt aus:

Tab. 5: Kosten der angenommenen Leistungen 1998

	In Mio. Franken	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen
Motorisch evozierte Potentiale (MEP)	0.00 (1)		
Spondylodese mittels Diskuskäfigen	0.42 (1)	0.0010	0.0029
Magnetische Kernresonanz (MRI) – weitere Indikationen	47.00 (1)	0.1123	0.3215
Komplementärmedizinische Leistungen	110.00 (2)	0.2645	0.7523
Generelle Hepatitis-B-Impfung	-15.20 (1)	-0.0365	-0.1040
Knochendensitometrie (DXA) – weitere Indikationen	0.10 (1)	0.0002	0.0007
Positronen-Emission-Tomographie (PET) – weitere Indikationen	-0.51 (1)	-0.0012	-0.0035
Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und bei primären malignen Hirntumoren	0.80 (1)	0.0019	0.0055
Zahnärztliche Leistungen (vor allem Anpassung IV im Bereich Geburtsgebrechen)	0.45 (3)	0.0011	0.0031
Mittel und Gegenstände (z.B. bisher von der AHV bezahlte Prothesen und Orthesen)	4.5 (2)	0.0108	0.0310
Alle angenommenen Leistungen 1998	147.56	0.3548	1.0092
Aufwendungen Gesundheitswesen / Krankenkassen 1999	41 595 / 14 621	100	100

Legende: (1) = aus Dokumentation, (2) = aus Unterlagen BSV, (3) = Schätzung aus Median aller Leistungen

4.3 Direkte Kosten der abgelehnten Leistungen

Die abgelehnten Leistungen hätten nur zu Minderkosten in den drei analysierten Jahren geführt. Bei den Einsparungen, die durch die abgelehnten Leistungen entstanden wären, handelt es sich nur um Bruchteile von Prozenten an den gesamten Aufwendungen im Gesundheitswesen und der Krankenkassen für Krankenpflegeleistungen. In absoluten Zahlen hätten die Minderkosten 1996 bis 1998 zwischen 2.36 Mio. und 37.33 Mio. Franken geschwankt. Wenn nur die Kostenveränderungen zum Vorjahr berücksichtigt werden, dann hätte der jährliche Anteil der Kostenfolgen 1996 bis 1998 zu Abnahmen von 0.31% bzw. 2.87% im Gesundheitswesen geführt. Bei den Krankenkassen lauten die gleichen Zahlen 0.35% und 6.25%. Die folgende Tabelle zeigt die jährlichen Aufwendungen für das Gesundheitswesen und der Krankenkassen für die Krankenpflegeleistungen in den Jahren 1996 bis 1999 und die Kosten der abgelehnten Leistungen in den Jahren 1996 bis 1998, die jeweils im folgenden Jahr kostenwirksam geworden wären. In den letzten vier Spalten ist der Anteil an den Gesamtaufwendungen und an den Veränderungen zum Vorjahr berechnet.

Tab. 6: Zusammenfassung der Kosten der abgelehnten Leistungen 1996-1998

Jahr	Gesundheitswesen in Mio. Fr.	Krankenkassen in Mio. Fr.	Leistungen in Mio. Fr.	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen	In % von Zunahme im Gesundheitswesen	In % von Zunahme bei Krankenkassen
1996	37 908	12 459					
1996/1997	38 670	13 138	-2.36	-0.006	-0.018	-0.310	-0.348
1997/1998	40 292	14 024	-5.77	-0.014	-0.041	-0.356	-0.651
1998/1999	41 595	14 621	-37.33	-0.090	-0.255	-2.865	-6.253

In der Regel hätten sich durch die abgelehnten Leistungen in den Jahren 1996 bis 1998 Minderkosten durch substituierte oder vermiedene Leistungen ergeben oder die Mehrkosten wären gering ausgefallen. Wenn hohe Summen, z.B. bei der Vorsorgeuntersuchung im Schul- und Adoles-

zentenalter, angegeben sind, dann weil die Gesuchsteller nicht auf substituierte oder vermiedene Leistungen eingegangen sind.

Die folgenden drei Tabellen geben die Kosten jeder einzelnen abgelehnten Leistung in den Jahren 1996 bis 1998 an. Bei den Krankenkassen bezieht sich der Anteil der abgelehnten Leistungen auf den Aufwand für Krankenpflegeleistungen.

Im Jahr 1996 liessen sich bei Vorsorgeuntersuchung im Schul- und Adoleszentenalter sowie Stosswellentherapie in der Orthopädie beträchtliche Unterschiede in den geschätzten Kostenfolgen zwischen den Dokumentationen und den Unterlagen des BSV feststellen. Indessen ist unklar auf welcher Basis die Kostenfolgen in den Unterlagen des BSV geschätzt wurden, so dass von den Angaben in den Dokumentationen ausgegangen wird.

Tab. 7: Kosten der abgelehnten Leistungen im Jahr 1996

	In Mio. Franken	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen
Massnahmen der Tuberkulose-Prävention	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Screening auf Tuberkulose	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Vorsorgeuntersuchung im Schul- und Adoleszentenalter	20.00 (1)	0.0517	0.1522
Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Stosswellentherapie in der Orthopädie	-7.42 (1)	-0.0192	-0.0565
Transuretrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostataktomie	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Messung des Melatoninspiegels mit Serum	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Perkutane nonendoskopische laserassistierte Diskusdekompression	-20.20 (1)	-0.0522	-0.1538
Kryoneurolyse speziell der Wirbelgelenke	2.11 (1)	0.0055	0.0161
Klimatherapie am Toten Meer	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Laser-Vaporisierte Palatoplastik	0.45 (3)	0.0012	0.0034
Alle abgelehnten Leistungen 1996	-2.36	-0.0061	-0.0180
Aufwendungen Gesundheitswesen / Krankenkassen 1997	38 670 / 13 138	100	100

Legende: (1) = aus Dokumentation, (2) = aus Unterlagen BSV, (3) = Schätzung aus Median aller Leistungen

Im Jahr 1997 wurde nur eine Leistung, nämlich die Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung mit Hylan-Injektion, abgelehnt. Nach den Angaben in der Dokumentation würden jährliche Minderkosten von 5.77 Mio. Franken und nach den Unterlagen des BSV Mehrkosten von 27.6 Mio. Franken entstehen. Die Ursache für die Differenz liegt in der Nichtberücksichtigung der vermiedenen bzw. substituierten Leistungen in der BSV Schätzung. Die Kostenfolgen für die Leistung werden deshalb aus der Dokumentation abgeleitet.

Tab. 8: Kosten der abgelehnten Leistungen im Jahr 1997

Abgelehnte Leistungen 1997			
	In Mio. Franken	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen
Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung mit Hylan-Injektionen	-5.77 (1)	-0.0143	-0.0411
Aufwendungen Gesundheitswesen / Krankenkassen 1998	40 292 / 14 024	100	100

Legende: (1) = aus Dokumentation, (2) = aus Unterlagen BSV, (3) = Schätzung aus Median aller Leistungen

Im Jahr 1998 werden die Kostenfolgen der abgelehnten Leistungen ausschliesslich aus den Angaben in den Dokumentationen abgeleitet.

Tab. 9: Kosten der abgelehnten Leistungen im Jahr 1998

	In Mio. Franken	In % vom Aufwand Gesundheitswesen	In % vom Aufwand Krankenkassen
In-vitro-Fertilisation (IVF-ET) und Embryotransfer	24.00 (1)	0.0577	0.1641
Ambulanter Opiatentzug (ESCAPE)	-29.98 (1)	-0.0721	-0.2050
Hüftprotektor (Safehip) zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen (interpoliert aus Zahlen für 1995 und 2000)	-31.35 (1)	-0.0754	-0.2144
Alle abgelehnten Leistungen 1998	-37.33	-0.0897	-0.2553
Aufwendungen Gesundheitswesen / Krankenkassen	41 595 / 14 621	100	100

Legende: (1) = aus Dokumentation, (2) = aus Unterlagen BSV, (3) = Schätzung aus Median aller Leistungen

4.4 Einschätzung der Ergebnisse zu den Kostenfolgen

Die umstrittenen Leistungen, die in der eidgenössischen Leistungskommission (ELK) zwischen 1996 und 1998 behandelt wurden, verändern die Kosten im Gesundheitswesen nur um einen Bruchteil eines Prozents und die Aufwendungen der Krankenkassen im Jahr knapp über ein Prozent. Wenn die Kosten der umstrittenen Leistungen an den jährlichen Zuwachsraten im Gesundheitswesen und bei den Krankenkassen gemessen werden, liegt der Anteil zwischen -9% und 24%. Die Frage stellt sich, wie diese Ergebnisse aufgrund der Probleme der Gesuchsteller bei der wirtschaftlichen Technologiebewertung einzuschätzen sind. Dazu sollen die Auswirkungen der wichtigsten Schwierigkeiten bei der Kostenberechnung näher betrachtet werden:

- In den Dokumentationen wird die Häufigkeit einer Indikation oder der Umfang einer Zielgruppe für eine Präventionsmassnahme meistens mit der realisierten Nachfrage der Leistung nach einer Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog gleichgesetzt. Die Nachfrage dürfte in der Regel jedoch unter diesen Annahmen liegen und so auch die berechneten Minder- oder Mehrkosten der neuen Leistungen.
- Den neuen Leistungen stehen in der Regel substituierte bzw. vermiedene Leistungen gegenüber, die in den meisten Dokumentationen zwar wenig eingehend behandelt sind, aber trotzdem aufgrund von groben Schätzungen zu Minderkosten von 63.21 Mio. im Jahr 1996 Franken führen. Weil jedoch die substituierten und vermiedenen Leistungen bei der Magnetischen Kernresonanz (MRI) keine Beachtung finden und die Auswirkungen der komplementärmedizinischen Leistungen höchst ungewiss sind, ergeben sich im Jahr 1998 Mehrkosten von 147.56 Mio. Franken. Zu vermuten ist, dass bei einer genaueren Kostenkalkulation der neuen, substituierten und vermiedenen Leistungen die gesamtschweizerischen Kostenfolgen geringer ausfallen.
- Die Zusatzkosten durch Nebenwirkungen oder eingeschränkte Wirksamkeit einer neuen Leistung werden häufig vernachlässigt, aber dasselbe trifft auch auf die substituierten Leistungen zu. Eventuell ergeben sich aus diesem Grunde keine gravierenden Verzerrungen bei den Kostenfolgen.

Die Aussage über die geringen Kostenfolgen für das Gesundheitswesen und die Krankenkassen durch die von der ELK zugelassenen umstrittenen Leistungen dürfte nach den oben dargestellten Überlegungen aufrecht zu erhalten sein. Aber dass die von der ELK behandelten Leistungen nur geringfügig zu den Gesundheitsausgaben beitragen, hat noch weitere Gründe:

- Die bei der ELK behandelten und zwischen dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) und der Verbindung Schweizer Ärzte (FMH) umstrittenen Leistungen umfassen nur einen Teil der neu durch die Krankenversicherer zu vergüteten Leistungen. Wie viele nicht um-

strittene Leistungen jedes Jahr neu durch die Krankenversicherung vergütet werden, ist unbekannt. Eine schleichende Entwicklung findet im stationären Sektor statt, weil in den Tages- oder Fallpauschalen neue Leistungen nicht durch eine eigene Tarifposition auffallen.

- Weitere Kostenfaktoren sind neue Medikamente, die durch die Eidgenössische Arzneimittelkommission beurteilt, und neue Leistungserbringer, die durch die Eidgenössische Leistungskommission zugelassen werden. Eine Rolle dürfte auch die Veränderungen im Leistungsumfang der Leistungserbringer spielen, die durch Verhandlungen geschehen. Daneben bestehen eine Reihe von weiteren Einflussfaktoren wie Tarifabschlüsse oder Mengenausweitungen, die zu den jährlichen Kostensteigerungen möglicherweise beitragen.

Die neuen Leistungen, die von der ELK beurteilt werden, stellen deshalb nur die Spitze eines Eisbergs dar. Wenn auch die von der Kommission behandelten Leistungen nicht massgeblich zur Kostenausweitung im Gesundheitswesen beitragen, darf nicht vergessen werden, dass die wirtschaftliche Bewertung in Zeiten knapper Mittel ein immer wichtigeres Zulassungskriterium wird. Vier Gründe sind verantwortlich, weshalb die beim BSV eingereichten Dokumentationen nicht als Entscheidungsgrundlage für die Kommission und das EDI in bezug auf die gesamtschweizerischen Kostenfolgen dienen können:

- Die Informationen zur Inzidenz und Prävalenz der Indikationen sind häufig unvollständig oder nicht differenziert genug. Dazu kommt, dass Daten zur Inanspruchnahme einer neuen Leistung sowie zu Veränderungen in der Menge der nachgefragten substituierten und/oder vermiedenen Leistungen entweder nicht vorhanden oder nur schwierig zu eruieren sind. Diese Schwierigkeiten werden noch erhöht, weil eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einer neuen Leistung in den meisten Fällen auch die Entwicklung über eine längere Zeitperiode einschliessen muss. Inwiefern mit TARMED und der Spitalstatistik sich künftig dieser Notstand beheben lässt, wäre noch zu prüfen.
- Die Antragssteller verfügen häufig nicht über das theoretische Wissen und das methodische Rüstzeug, die für eine wirtschaftliche Evaluation einer neuen Leistung notwendig sind. Diese Beobachtung trifft selbst dann zu, wenn nicht der Mediziner, sondern der kaufmännische Direktor oder seine Sachbearbeiter den Wirtschaftsteil verfassen. Erschwert wird diese Situation, weil das Handbuch zur standardisierten Bewertung medizinischer Leistungen den Gesuchstellern nicht genügend praktische Hilfestellung gibt.
- Trotzdem ist bemerkenswert, wie unterschiedlich die Dokumentationen ausfallen. Teils werden die Kosten der neuen, aber auch der substituierten und vermiedenen Leistungen ausgewiesen. Manchmal sind die Angaben sogar nach verschiedenen Indikationen differenziert. Teils finden sich nicht einmal die Kosten der neuen Leistung. Dieselbe unterschiedliche Behandlung erfahren auch Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit und indirekte Kosten. Selten kommt der Versuch vor, die Mengenveränderung einer Leistung über eine längere Zeit zu schätzen. In der Regel begnügen sich die Antragssteller damit, aus der Häufigkeit einer Indikation den Bedarf und die Kosten abzuleiten. Die geplante Ergänzung zur neuen Edition des Handbuchs dürfte bei den letzten beiden Punkten teilweise Abhilfe schaffen.
- Auffallend sind auch Rechenfehler in den Dokumentationen oder das Bemühen, durch überhöhte Kosten bei den substituierten bzw. vermiedenen Leistungen den Eindruck einer besonderen Wirtschaftlichkeit der neuen Leistung zu erwecken. Vor der Behandlung in der Kommission wä-

re aus diesen Gründen durch eine technische und methodische Prüfung sicherzustellen, dass nicht von falschen Voraussetzungen ausgegangen wird.

5 Vorschläge für das weitere Vorgehen

5.1 Vorbemerkungen

Die im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG durchgeführte Ermittlung der Kostenfolgen neuer Leistungen, die das Zulassungsverfahren bei der Eidgenössischen Kommission für Leistungen der Krankenversicherung durchlaufen haben, liess bei drei Punkten Handlungsbedarf erkennen: Erstens ist ein Konzept und ein Leitfaden zu entwickeln, wie die Gesuchsteller bei der Berechnung der Kostenfolgen vorzugehen haben. Zweitens sind die Anstrengungen zur Bereitstellung von Datenbanken zu verstärken, die Aufschluss über die Entwicklung im Gesundheitswesen geben. Drittens sind die Ursachen der Kostensteigerungen besser zu erforschen, um Entscheidungsgrundlagen für die Gesundheitspolitik bereitzustellen.

Entsprechend dem Fokus der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt bei den Vorschlägen für das weitere Vorgehen auf dem Leitfaden für die Gesuchsteller zur Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Leistung. In diesem Zusammenhang wird zusätzlich noch auf Möglichkeiten der Datenbeschaffung hingewiesen. Die künftigen Dokumentationen sollen dadurch für das EDI und für die ELK zu besseren Entscheidungsgrundlagen für die Zulassung neuer Leistungen werden. Im nächsten Abschnitt werden deshalb die Anforderungen an die wirtschaftliche Bewertung neuer Leistungen detailliert beschrieben. Im dritten Abschnitt wird dann eine Übersicht über weitere Punkte gegeben, wo Bedarf nach weiteren Kenntnissen besteht.

5.2 Leitfaden zur wirtschaftlichen Bewertung neuer Leistungen

5.2.1 Ausgangslage

Im „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ sind bereits Elemente der wirtschaftlichen Bewertung neuer Leistungen enthalten. Im medizinischen Teil des Handbuchs wird auf die Häufigkeit einer Indikation eingegangen. Der wirtschaftliche Teil stellt detailliert dar, wie die Kosten einer Leistung abzuleiten sind. Diese bereits im Handbuch behandelten Punkte werden als Grundlage für die folgenden Ausführungen vorausgesetzt und nicht mehr näher behandelt. Im Vordergrund stehen hingegen die Identifikation der Kostenfaktoren bei der Einführung einer neuen Leistung, die Einflüsse auf die Mengenentwicklung der neuen, substituierten und vermiedenen Leistungen sowie die Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen. Das vorgeschlagene Vorgehen folgt weitgehend dem Wirkungsmodell sowie dem Analyseraster, die für die Beurteilung der Dokumentationen verwendet wurden. Im vorliegenden Abschnitt wird zusätzlich auf die Möglichkeiten zur Datenbeschaffung für die Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Leistung eingegangen.

Die Vorschläge, die im Rahmen dieser Studie zur Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Leistung erarbeitet wurden, sind zusammen mit den Ergebnissen zur Datenbeschaffung bereits in einem Supplement zum „Handbuch zur Standardisierung der medizinischen und wirtschaftlichen Bewertung medizinischer Leistungen“ dargestellt. Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass das in diesem Bericht vorgeschlagene Verfahren gemeinsam mit den Gesuchstellern an zwei neuen Leistungen getestet wird. Die dabei gesammelten Erfahrungen sollen bei künftigen Dokumentationen als Fallbeispiele dienen.

5.2.2 Kostenfolgen einer neuen Leistung

5.2.2.1 Übersicht über Kostenfaktoren

Bei der Berechnung der Kostenfolgen, die sich aus der Aufnahme einer neuen Behandlung in den Pflichtleistungskatalog ergeben, sind alle kostenwirksamen Veränderungen zu berücksichtigen. Dabei ist zwischen den direkten Kosten für die Durchführung der Behandlung und eventuellen indirekten Kosten durch kürzere oder längere Arbeitsunfähigkeit eines Patienten zu unterscheiden. Die bereits im Wirkungsmodell und Analyseraster in Kapitel 2 dargestellten Kostenfaktoren sollen zusammengefasst und mit Hinweisen ergänzt werden, die von den Gesuchsstellern zu beachten sind.

Kosten der neuen Behandlung sowie der substituierten bzw. vermiedenen Leistungen

In den Ausführungen zum Wirkungsmodell wurde erwähnt, wenn es sich bei der Krankheit nicht um Bagatelleiden handelt, dann finden immer Leistungen statt. Für die Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Behandlung ist deshalb wichtig, nicht nur die Kosten der neuen Behandlung, sondern auch der substituierten oder vermiedenen Leistungen darzulegen.

Zuschläge zu den Kosten der neuen Behandlung und der substituierten bzw. vermiedenen Leistungen

Die Kosten der neuen Behandlung oder der substituierten bzw. vermiedenen Leistungen schliessen jedoch nicht alle anfallenden finanziellen Aufwendungen einer Therapie ein. Zu beachten sind Nebenwirkungen, die verschiedene flankierende Massnahmen auslösen können. Ebenfalls kann die eingeschränkte Wirksamkeit eines Heilverfahrens zu einer Veränderung des Behandlungsablaufes führen. Die Kosten, die sich daraus ergeben, sind darum bei der Berechnung der Kostenfolgen einzubeziehen.

Weil die Nebenwirkungen oder die eingeschränkte Wirksamkeit in der Regel nur einen Teil der Patienten betreffen, sind die daraus entstehenden Kosten als Zuschlag zu behandeln. Zum Beispiel bei 30% der Patienten werden durch Nebenwirkungen flankierende Massnahmen im Wert von Fr. 500.00 ausgelöst. Demzufolge sind bei den Therapiekosten jedes Patienten Fr. 150.00, d.h. 30% der Kosten der flankierenden Massnahme, dazuzurechnen. Entsprechend ist auch zu verfahren, wenn eine Therapie durch eingeschränkte Wirksamkeit nicht bei 100% der Patienten zum Erfolg führt und deshalb zusätzliche Kosten verursacht. Die Zuschläge zu den Behandlungskosten sind separat auszuweisen. Der Weg, wie sie abgeleitet werden, ist in der Dokumentation darzustellen.

Indirekte Kosten durch Lohnausfälle, Hilfen und Invalidenrenten

Indirekte Kosten fallen durch die eingeschränkte Fähigkeit an, zum Beispiel einer Arbeit nachzugehen oder das tägliche Leben selbst zu bewältigen. Sie entstehen zusätzlich zu den direkten Kosten für die Durchführung einer Behandlung. Die indirekten Kosten lassen sich zum Beispiel beziffern durch den Lohnausfall eines Arbeitnehmers, die Bezahlung der benötigten Haushaltshilfe für eine Mutter mit zwei Kindern oder einer nicht mehr erwerbstätigen Person im Rentenalter. Weiter können sowohl eine Rente der Invalidenversicherung (IV) als auch die Aufwendungen für die Sozialfürsorge unter die indirekten Kosten fallen. Welche Art von indirekten Kosten im Zusammenhang mit einer neuen Behandlung relevant ist, hängt von den Charakteristika der Patienten ab.

Die indirekten Kosten sollten je nach Art der Patienten entweder die Länge der Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen oder die benötigte Hilfe bei der täglichen Lebensbewältigung bei Nichterwerbstätigen berücksichtigen. Bei bleibenden Behinderungen sind die Kosten der IV-Rente anzurechnen. Die indirekten Kosten sollten separat ausgewiesen und als Kostenanteil (s. Nebenwirkungen und eingeschränkte Wirksamkeit) bei den Behandlungen dargestellt werden.

Kosten für das Gesundheitswesen und für verschiedene Kostenträger

Ausgangsbasis für die Kostenberechnung sollten alle Kosten der Behandlung sein. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass sich die Kosten auf verschiedene Kostenträger aufteilen. Bei einem Spitalaufenthalt braucht die Krankenversicherung höchstens 50%, bei einer ambulanten Behandlung jedoch muss sie bis auf den Patientenselbstbehalt die gesamten Kosten tragen. Je nach Art der Leistungen ergeben sich andere Aufteilungen für die privaten Haushalte, die Versicherer und die öffentliche Hand.

5.2.2.2 Menge der nachgefragten Behandlungen

Für die Berechnung der Kostenfolgen ist die Menge der nachgefragten neuen Behandlungen bzw. der substituierten und vermiedenen Leistungen eine weitere wichtige Voraussetzung. Die Nachfrage hängt indessen von verschiedenen Faktoren ab, die im Zeitverlauf sich verändern können. Im Wirkungsmodell in Kapitel 2 sind die Einflussfaktoren und Wechselwirkungen beschrieben. Sie sind zu beachten, um eine Grundlage zur Ableitung der nachgefragten Mengen zu schaffen. Hier werden die wichtigsten Punkte zusammengefasst in Bezug auf

- Häufigkeit einer Indikation
- Nachgefragte Menge nach einer Behandlung oder einer Leistung
- Aufnahme einer Leistung in den Pflichtleistungskatalog
- Wechselwirkung zwischen Indikation, Nachfrage und Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog

Häufigkeit einer Indikation

Die Häufigkeit einer Krankheit gibt Anhaltspunkte über den potentiellen Bedarf nach einem geeigneten Heilverfahren. Zu berücksichtigen sind ferner eventuelle saisonale Schwankungen oder Sondereinflüsse auf die Häufigkeit einer Erkrankung. Als Grundlage für die Mengenentwicklung der neuen Behandlung bzw. der substituierten oder vermiedenen Leistungen interessiert, ob die Häufigkeit der Indikation stationär bleibt, zu- oder abnimmt und wie stark die Zu- oder Abnahme im Zeitverlauf ausfällt. Saisonale Schwankungen oder Sondereinflüsse wie Epidemien sind mit geeigneten statistischen Methoden zu bereinigen.

Nachgefragte Menge nach einer Behandlung oder einer Leistung

Die Häufigkeit einer Krankheit und der daraus ableitbare Bedarf nach einer dafür geeigneten Behandlung gibt indessen nur erste Anhaltspunkte über den potentiellen Umfang, den die Nachfrage annehmen könnte. Von den Gesuchstellern ist deshalb zu berücksichtigen, wie sich die Nutzung bisheriger Therapien auf die Menge der neuen Leistung auswirkt. Gleichermassen beeinflusst die zunehmende Inanspruchnahme der neuen Behandlung die Nachfrage der bislang erbrachten Leistungen. Indessen kann nicht in jedem Fall davon ausgegangen werden, dass im Verhältnis 1 : 1 jede neue Behandlung eine vorhandene Therapie ersetzt. Zum Beispiel können zwar neue diagnostische Methoden bisherige Untersuchungen ablösen. Aber eventuell fühlen sich die Anwender sicherer, wenn sie die traditionelle Technik zusätzlich brauchen. Eine neue Behandlung kann zu den herkömmlichen Verfahren addiert werden in der Hoffnung, dass wenn schon das eine nicht hilft, eventuell das andere nützt.

Die Kostenfolgen hängen zum einen von der zunehmenden Inanspruchnahme der neuen Behandlung ab. Zum anderen können sie durch die geringere Nachfrage nach substituierten oder vermiedenen Leistungen beeinflusst werden. Die einzelnen Einflussfaktoren auf die Nachfrage sind deshalb zu identifizieren, um das Ausmass der Veränderungen bei der neuen Behandlung sowie bei den substituierten bzw. vermiedenen Leistungen abschätzen zu können.

Aufnahme einer Leistung in den Pflichtleistungskatalog

Die Aufnahme einer Leistung oder Behandlung in den Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherer wirkt sich vor allem auf den Preis für den Patienten aus. Die Gesuchsteller müssen deshalb beachten, dass nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog die Menge der Behandlungen wegen der Kostenübernahme durch die Krankenversicherer zwar wahrscheinlich kurzfristig ansteigt. Aber danach ist aufgrund der anderen Einflussfaktoren mit einer eher allmählichen Zunahme der Inanspruchnahme über eine längere Zeitperiode zu rechnen, die anhält, bis eine Marktsättigung erreicht wird. Dagegen kann bei den alternativen Leistungen eine abnehmende Inanspruchnahme beobachtet werden. Wie stark die Zu- und Abnahme ausfällt, kann zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung nur geschätzt werden. Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass für die neue Behandlung und für die substituierte alternative Leistung die bisherige Entwicklung der nachgefragten Menge dargestellt wird. Als weitere Grundlage zur Schätzung der künftigen Entwicklung ist die Wirkung der Einflussfaktoren und des Preises auf die nachgefragte Menge der neuen Behandlung sowie der alternativen substituierten bzw. vermiedenen Leistungen möglichst genau zu beschreiben.

Wechselwirkung zwischen Indikation, Nachfrage und Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog

Die Häufigkeit einer Indikation, die nachgefragte Menge einer Leistung und die Aufnahme einer Leistung in den Pflichtleistungskatalog werden nicht nur durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bestimmt, sondern zwischen ihnen bestehen ebenfalls Wechselwirkungen. Der folgende Text fasst die wichtigsten Mechanismen aus Abb. 2 in Kapitel 2 zusammen.

Abb. 2 zeigt, dass die neue Behandlung, sofern sie einen komparativen Vorteil gegenüber bisherigen Therapien hat, bereits vor der Aufnahme als Pflichtleistung anfängt Marktanteile zu gewinnen. Entsprechend findet ein Verlust von Marktanteilen bei den substituierten Leistungen statt. Die Aufnahme der neuen Behandlung als Pflichtleistung der Grundversicherung kann zu einem plötzlichen Anstieg der Nachfrage führen, dem entsprechende Verluste bei den substituierten Leistungen entgegenstehen. Die weitere Marktdurchdringung der neuen Behandlung mag durch die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog und die Preisreduktion ebenfalls stärker zunehmen.

Zu beachten ist ebenfalls, wenn die Häufigkeit der Indikation ansteigt, dann nimmt die Menge der neuen Behandlung stärker zu, während die Abnahme der Nachfrage bei den substituierten Leistungen geringer ausfällt. Umgekehrt gilt auch, ein Rückgang der Indikation lässt auch die Menge der neuen Behandlung weniger stark ansteigen und führt zu grösseren Verlusten bei den substituierten Leistungen.

5.2.2.3 Berechnung der Kostenfolgen

Die Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Behandlung setzt voraus, dass erstens die Mengenentwicklung der neuen Behandlung vor ihrer Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog festgestellt und für die Zeit nach ihrer Aufnahme geschätzt wird. Dasselbe ist ebenfalls für die durch die neue Behandlung substituierten alternativen bzw. vermiedenen Leistungen zu tun. Zweitens sind die Mengen der neuen Behandlung, der substituierten bzw. vermiedenen Leistungen mit ihren jeweiligen Kosten zu multiplizieren. Und drittens sind für die Berechnung der Kostenfolgen die Gesamtkosten, die sowohl die Aufwendungen für die neue Behandlung als auch für die substituierten bzw. vermiedenen Leistungen einschliessen, vor und nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog miteinander zu vergleichen. Für die indirekten Kosten, z.B. Arbeitsunfähigkeit, ist nach demselben Verfahren vorzugehen. Im einzelnen sind in den vier Arbeitsschritten folgende Punkte zu beachten:

Mengenentwicklung vor und nach Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog

Die Ausführungen in „5.2.2.2 Menge der nachgefragten Behandlungen“ weisen auf ein dynamisches Modell hin, in dem sich alle Parameter im Zeitverlauf verändern. Aus „Abb. 2: Veränderung der Nachfrage von neuer und alter Leistung nach Entscheid des EDI“ ist zu entnehmen, dass bereits vor der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog die neue Behandlung angewendet wird und dass auf Kosten bisheriger Therapien Marktanteile gewonnen werden können. Nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog kann die Inanspruchnahme der neuen Behandlung innert kurzer Zeit aufgrund der Finanzierungseffekte beträchtlich ansteigen. Danach gewinnt möglicherweise die neue Behandlung im Zeitverlauf noch weitere Marktanteile auf Kosten von substituierten alternativen Leistungen.

Die erste Frage, die sich aus den oben erwähnten Gründen stellt, ist, für welchen Zeithorizont soll die Mengenentwicklung berücksichtigt werden? Als Faustregel sollte mindestens eine Zeitperiode von 5 Jahren vor und 5 Jahren nach der Aufnahme der neuen Behandlung in den Pflichtleistungskatalog beobachtet werden. Die Kostenfolgen sind dann differenziert für das erste und fünfte Jahr nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog darzustellen, um sowohl Aufschluss zu den Kostenfolgen des Finanzierungseffekts als auch zu denjenigen einer Marktsättigung zu erhalten.

Die zweite Frage ist, wie lässt sich die künftige Entwicklung für die 5 Jahre nach der Aufnahme der neuen Behandlung in den Pflichtleistungskatalog ableiten? Diese Frage muss je nach gewünschter Information unterschiedlich beantwortet werden. Soll die Wechselwirkung zwischen Mengenentwicklung einer Leistung mit der Häufigkeit einer Indikation dargestellt werden, dann kann die Vergangenheitsentwicklung der Indikation für die nächsten 5 Jahre fortgeschrieben werden. Die Fortschreibung der Vergangenheitsentwicklung kann ebenfalls, wenn auch nicht als Endresultat, als Grundlage für die Schätzung der Inanspruchnahme der neuen Behandlung und substituierten alternativen bzw. vermiedenen Leistungen dienen. Um Kenntnisse über die Entwicklung der nächsten Jahre zu erhalten, gibt es unterschiedliche Verfahren wie Trendextrapolationen oder die Komponentenmethode für Prognosen.

- Trendextrapolationen gehören zu den einfachsten Möglichkeiten, aufgrund der Vergangenheitsentwicklung einen „Blick in die Zukunft“ machen zu können. Die meisten Statistikprogramme erlauben ohne grossen Aufwand durch vorhandene Datenpunkte eine Kurve zu legen und zu extrapolieren. Ob eher ein lineares, logarithmisches oder quadratisches Modell für die Daten geeignet ist, kann aus den zu den jeweiligen Kurven durch die Datenpunkte von den Programmen berechneten Statistiken entnommen werden. Der Nachteil einer Trendextrapolation ist, dass die unterschiedlichen Gründe, die eine Entwicklung beeinflussen, vernachlässigt werden. Wenn zum Beispiel die Häufigkeit von Strassenunfällen alleine aus der Entwicklung des Autobestandes abgeleitet wird, dann kommt man zu überhöhten Zahlen. Wird doch vernachlässigt, dass im Zeitverlauf sowohl die Autos sicherer als auch die Autofahrer vorsichtiger fahren.
- Die Komponentenmethode für Prognosen greift genau die oben beschriebene Kritik auf. Sie zerlegt die Entwicklung in einzelne Komponenten wie Zunahme des Autobestandes, Fortschritte im Autobau bei der aktiven und passiven Sicherheit oder vorsichtigeres Fahrverhalten der Autobesitzer. Im Gegensatz zu den Trendextrapolationen braucht es für die Komponentenmethode entsprechend ausgebildete Fachleute.

Für die Mengenentwicklung der neuen Behandlung, der substituierten alternativen bzw. vermiedenen Leistungen genügt jedoch eine Fortschreibung der Vergangenheitsentwicklung nicht. Findet doch mit dem Entscheid, die neue Behandlung in den Pflichtleistungskatalog aufzunehmen,

eine Intervention statt, die die Mengenentwicklung verändert. Wie sich der Entscheid auf die Mengenentwicklung auswirkt, lässt sich nicht genau feststellen. Aber durch Literaturoswertungen, Expertengespräche oder explorative Erhebungen können Anhaltspunkte gewonnen werden, wie die Anwender der neuen Behandlung kurzfristig (Finanzierungseffekt) und langfristig (Marktdurchdringung) auf die Aufnahme der neuen Behandlung in den Pflichtleistungskatalog reagieren (s. 5.2.3 Informationsbeschaffung). Weil jedoch die Ergebnisse ausländischer Untersuchungen nicht 1 : 1 auf schweizerische Verhältnisse übertragbar sind, ist es sinnvoll mit Szenarien zu operieren, die erklären, in welcher Bandbreite die Mengenentwicklung in der Schweiz schwanken kann. Dasselbe gilt auch bezüglich der Ergebnisse der Expertengespräche oder der explorativen Erhebungen. Die Meinung der Experten, wie die Anwender die neue Behandlung nach der Aufnahme im Pflichtleistungskatalog nutzen, braucht nicht mit deren tatsächlichen Verhalten übereinstimmen. Auch wenn im Rahmen einer explorativen Erhebung die Anwender selbst gefragt werden, dann stimmen deren Ansichten nicht unbedingt mit dem tatsächlichen Verhalten überein.

Die Abfolge, wie die Mengenentwicklung und die Kostenfolgen zu berechnen sind, ist in Abb. 3 auf der nächsten Seite dargestellt

Verknüpfung der Mengenentwicklung mit den Kosten

Das Verfahren, wie die Kosten einer Leistung zu berechnen sind, ist im Handbuch enthalten. Wie die Mengenentwicklung abzuleiten ist, wurde gerade dargestellt. Die Verknüpfung der Mengenentwicklung mit den Kosten ist dann nur noch eine einfache arithmetische Operation. Zu beachten ist lediglich, dass erstens alle Kostenfaktoren (s. 5.2.2.1 Übersicht über Kostenfaktoren) und zweitens eventuelle Preisänderungen der neuen Behandlung und der substituierten alternativen bzw. vermiedenen Leistungen berücksichtigt werden.

Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Behandlung

Bei der Berechnung der Kostenfolgen sind folgende Punkte zu überlegen: Auf welche zeitliche Basis sollen sich die Kostenfolgen der neuen Behandlung beziehen? Sollen die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen oder die finanziellen Aufwendungen für die Krankenversicherer ausgewiesen werden? Mit welchem Verfahren sind die Kostenfolgen am besten zu berechnen?

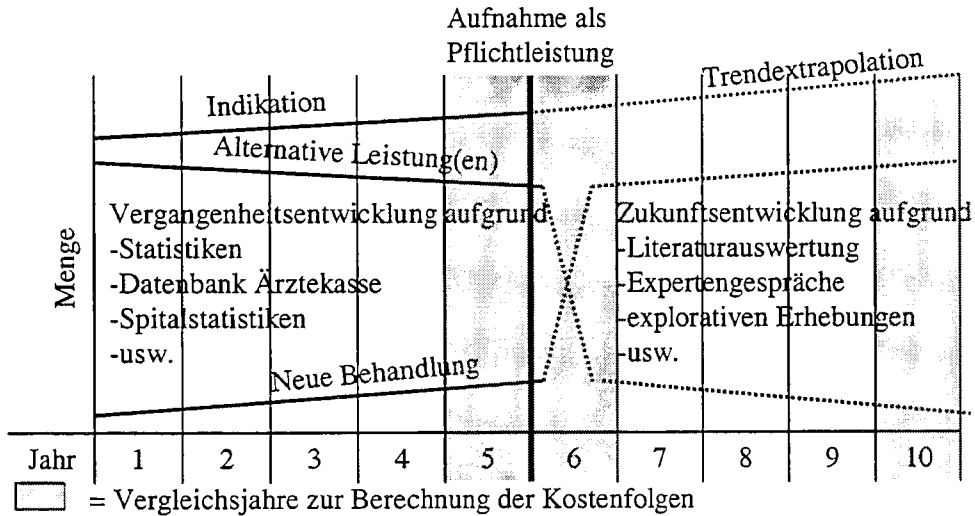
Bei der Mengenentwicklung der neuen Behandlung wurde darauf hingewiesen, dass, direkt nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog aufgrund des Finanzierungseffekts, die Anzahl der neuen Behandlungen plötzlich ansteigt und dass anschliessend in einer Phase der Marktdurchdringung ein nicht mehr so rasches Wachstum stattfindet. Aus dieser Entwicklung lässt sich ableiten, dass die Kosten der neuen Behandlung und substituierten Leistungen im letzten Jahr vor der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog mindestens mit denjenigen im ersten Jahr nach der Aufnahme (Finanzierungseffekt) sowie im fünften Jahr nach der Aufnahme (Marktsättigung) zu vergleichen sind. Einer differenzierten Darstellung der Kostenentwicklung steht allerdings nichts entgegen. Indessen sind Schätzungen, die einen Zeitraum von über 10 Jahren umfassen, mit grossen Unsicherheiten behaftet.

Durch eine neue Behandlung fallen unterschiedliche Arten von Kostenfolgen an, die klar voneinander zu unterscheiden sind. Bereits erwähnt wurden die direkten Kosten für die Durchführung der Behandlung und die indirekten Kosten, die z.B. durch die Arbeitsunfähigkeit des Patienten entstehen. Ebenfalls weichen die gesamten Kosten, die dem Gesundheitswesen durch die neue Behandlung entstehen, von den Kostenfolgen für die privaten Haushalte, die Krankenversicherer, die öffentliche Hand oder anderen Finanzierungsträgern ab. Ungleich können die Kostenfolgen sein, die ausschliesslich dem Entscheid zur Aufnahme der neuen Behandlung zuzuschreiben sind oder die

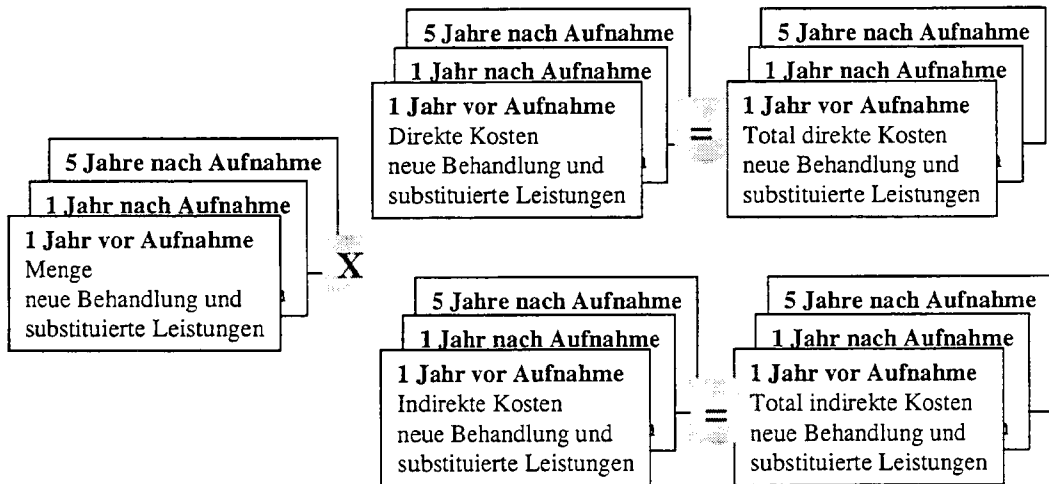
nach dem Entscheid insgesamt stattfinden. Wenn nur die Kostenfolgen des Entscheids interessieren, dann sind die aus anderen Gründen stattfindenden Veränderungen an den gesamten Kostenfolgen abzuziehen

Abb. 3: Methodischer Ablauf bei der Berechnung der Kostenfolgen einer neuen Leistung

1. Berechnung der Mengenentwicklung



2. Verknüpfung der Mengenentwicklung mit den Kosten



3. Berechnung der Kostenfolgen

	Kosten vor Aufnahme 1 Jahr	Kosten nach Aufnahme 1 Jahr und 5 Jahre	Differenz Kosten vor/nach Aufnahme 1 Jahr und 5 Jahre
neue Behandlung	direkte indirekte	direkte indirekte	direkte indirekte
substituierte Leistungen	direkte indirekte	direkte indirekte	direkte indirekte
Kosten Total	direkte indirekte	direkte indirekte	direkte indirekte

Die Kostenfolgen werden durch die Aufwendungen für die neue Behandlung und durch die eventuellen Einsparungen durch substituierte alternative bzw. vermiedene Leistungen bestimmt.

Möglicherweise ersetzt die neue Behandlung jedoch nicht eine genau festlegbare Anzahl von alternativen Leistungen, sondern der Substitutionseffekt variiert. Zum Beispiel kann eine neue diagnostische Methode zwar theoretisch früher angewendete Verfahren überflüssig machen. Aber möglich ist auch, dass einige Anwender sowohl die neue und die alte Prozedur benutzen. Aus diesem Grunde ist es zweckmässig, die gesamten Kosten der neuen Behandlung und der substituierten alternativen bzw. vermiedenen Leistungen vor und nach der Aufnahme der neuen Behandlung in den Pflichtleistungskatalog miteinander zu vergleichen. Damit werden die unterschiedlichen Substitutionseffekte, die sich bei einer längeren Anwendung einer neuen Behandlung ergeben können, beachtet.

5.2.3 Informationsbeschaffung

Die Untersuchung befasste sich auch mit der Möglichkeit der Informationsbeschaffung, um Grundlagen für die Berechnung der Kostenfolgen neuer Leistungen im KVG zu erhalten. Zu diesem Zweck wurde im Zeitraum vom 6. Dezember 1999 bis 19. Januar 2000 acht Fachgespräche durchgeführt sowie schriftliche Unterlagen ausgewertet. Vier Fachgespräche wurden mit Vertretern der Krankenversicherer geführt, dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK), der Stiftung Rechenzentrum für Krankenversicherung (RESO), beide in Solothurn, sowie der Helsana in Zürich und der Christlich-Soziale der Schweiz (CSS) in Luzern. Vier Gespräche fanden mit Leistungserbringern statt, und zwar mit dem Kinderspital Basel, einem freipraktizierenden Arzt und mit der HMO, beide in Basel, sowie mit der Ärztekasse in Zürich.

Für die Erstellung von Dokumentationen ist zu unterscheiden zwischen vorhandenen Datenquellen, die erlauben die Vergangenheitsentwicklung von Leistungen festzustellen, und Methoden zur Schliessung von Informationslücken sowie zur Ableitung von künftigen Entwicklungen. Die vorhandenen Datenquellen weisen, wie die Ergebnisse der Fachgespräche zeigen, unterschiedliche Schwächen für die Informationsgewinnung auf. Aus diesem Grunde sollen die Datenquellen in der folgenden Übersichtstabelle kurz beschrieben werden. Unter der Rubrik Datenquelle wird die Art der Information und Möglichkeit der Auswertung dargestellt. Die in der Datenquelle enthaltenen Informationen zu den Leistungen und Kostenfaktoren sind unter Inhalt zu finden. In der letzten Spalte wird dann noch auf Informationslücken hingewiesen. Die Datenquellen sind in der Reihenfolge nach zunehmendem Aufwand für die Informationsgewinnung geordnet.

Tab. 10: Charakteristika vorhandener Datenquelle zur Menge von Leistungen

Datenquelle	Inhalt	Informationslücken
<p>Ärzteliste</p> <p>Seit dem 1.1.1997 erlaubt die Datenbank der Ärztekasse Sonderauswertungen durchzuführen.</p> <p>Wegen der unterschiedlichen Tarifverträge sind die Auswertungen (gegenwärtig noch) für jeden Kanton separat durchzuführen.</p> <p>Für die Zeit vor 1997 bestehen schriftliche Unterlagen, die jedoch unvollständig sein dürften.</p>	<p>Rechnungen für ambulante ärztliche Behandlungen können nach Einzelleistungen sortiert werden. Im Zusammenhang mit einer Einzelleistung lassen sich auch weitere erbrachte Leistungen feststellen.</p> <p>Die Mengenentwicklung einer Leistung kann eruiert werden.</p> <p>Die Kosten für Leistungen lassen sich feststellen.</p>	<p>Angaben von nicht durch praktizierende Ärzte abgerechnete Leistungen, z.B. Physiotherapeuten, sind nicht greifbar. Angaben zur Diagnose fehlen.</p> <p>Informationen zur Arbeitsunfähigkeit sind nicht erhältlich.</p> <p>Über welchen Versicherungszeitpunkt eine Leistung abgerechnet wird, ist nicht ersichtlich.</p>
<p>Spitäler</p> <p>Die Datenerfassung sieht zum gegenwärtigen Zeitpunkt in den Spitälern unterschiedlich aus.</p> <p>Neu eingeführte Systeme erlauben Sonderauswertungen.</p> <p>Wenn ein neues System eingeführt wird, dann sind die früheren Daten meistens nicht mehr auswertbar.</p>	<p>In Spitälern, die ihr EDV-System auf Einzelkostenabrechnung umgestellt haben, kann eine Auswertung nach Einzelleistungen durchgeführt werden.</p> <p>Mengenveränderungen im Zeitverlauf lassen sich feststellen.</p> <p>Die Kosten für erbrachte Leistungen können abgerufen werden.</p>	<p>Angaben zu nicht vom Spital erbrachte Leistungen fehlen.</p> <p>Wiedereintritte von Patienten ins Spital aufgrund von Komplikationen werden als neue Fälle geführt, was zu Verzerrungen bei den Informationen führen kann.</p> <p>Angaben zur Arbeitsunfähigkeit nach Spitalaufenthalt sind nicht erhältlich.</p>
<p>Versichertendossier</p> <p>Jedes von den Krankenversicherern geführte Versichertendossier muss einzeln nach den gewünschten Informationen gesichtet werden.</p> <p>Der Erhebungsaufwand lässt sich reduzieren, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchsicht auf bestimmte Leistungserbringer eingeschränkt werden kann, - nur „typische“ Kantone berücksichtigt werden, - ein geeignetes Stichprobenverfahren entwickelt wird. 	<p>Einzelne Leistungen und Behandlungspfad können bei ambulanter Behandlung verfolgt werden.</p> <p>Mengenveränderungen lassen sich feststellen, wenn alle Dossiers für die gewünschte Zeitperiode als Erhebungseinheit berücksichtigt werden.</p> <p>Über den Versicherer abgerechnete Kosten für ambulante Leistungen sind ersichtlich.</p> <p>Arbeitsunfähigkeit kann in Ausnahmefällen durch Taggeldversicherungen festgestellt werden.</p>	<p>Für den stationären Bereich sind keine Angaben zu den erbrachten Leistungen und Kosten vorhanden, weil nur die Tagespauschale abgerechnet wird.</p> <p>Die Diagnose ist nicht ersichtlich.</p> <p>Informationslücken bestehen, wenn die Leistungen vom Versicherten direkt bezahlt oder Kosten über andere Versicherungen abgerechnet werden.</p>

Die vorhandenen Datenquellen enthalten unter Umständen nicht die gewünschten Informationen oder nur unvollständige Angaben. In den meisten Fällen kann auch nicht direkt die Mengenentwicklung der neuen, substituierten oder vermiedenen Leistungen nach dem Entscheid des EDI abgeleitet werden. Darum ist in der Regel abzuklären, wie sich Informationslücken schliessen lassen. Der Königsweg wäre ohne Zweifel eigene, allerdings auch aufwendige Primärerhebungen

durchzuführen. Andere Möglichkeiten der Informationsgewinnung und ihre Stärken und Schwächen sind in der folgenden Übersichtstabelle „Charakteristika von Methoden zur Schliessung von Informationslücken“ angegeben. Unter der Rubrik Methoden wird die Art der Informationsgewinnung und Möglichkeit der Auswertung dargestellt. Die mittlere Spalte Inhalt enthält Angaben, was für Informationen mit der Methode gewonnen werden können. Die letzte Spalte geht auf die Einschränkungen der jeweiligen Vorgehensweise ein. Die Methoden sind ebenfalls in der Reihenfolge nach zunehmendem Aufwand für die Informationsgewinnung geordnet.

Bei den dargestellten Methoden der Informationsgewinnung wäre es wünschenswert, wenn sie durch darin ausgebildete Fachpersonen angewendet würden. Das gilt insbesondere, wenn eine nicht auf der Übersichtstabelle aufgeführte repräsentative Primärerhebung geplant ist.

Tab. 11: Charakteristika von Methoden zur Schliessung von Informationslücken

Methoden	Inhalt	Einschränkungen
<p>Literaturoauswertung Literaturoauswertungen, insbesondere wenn Angaben über interessierende Sachverhalte aus dem Ausland vorliegen, können dort eingesetzt werden, wo entweder keine Daten erhältlich oder andere Erhebungsformen im Vergleich zum Nutzen zu aufwendig sind.</p>	<p>Die Literatur erlaubt aus dem aktuellen Wissensstand erhärtete Vermutungen z.B. über Substitutionseffekte oder Mengenentwicklung abzuleiten. Aus ausländischen Erfahrungen lassen sich eventuell Parameter für die prospektive Mengenentwicklung in der Schweiz nach der Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog ableiten.</p>	<p>Die in der Literatur dargestellten Ergebnisse dienen in der Regel einer anderen Zielsetzung und lassen sich speziell bei ausländischen Studien nur mit einem grossen Unsicherheitsfaktor auf die zu beantwortende Fragestellung übertragen.</p>
<p>Expertengespräche Zu interessierenden Sachverhalten werden Leitfadengespräche oder strukturierte Gruppendiskussionen mit 5-10 Fachleuten geführt. Ausgangslage für die Expertengespräche sollte eine Zusammenfassung des Wissensstands sein. Mit den Expertengesprächen können aufwendige Erhebungen zur Schliessung von Informationslücken ersetzt werden.</p>	<p>Aus den Erfahrungen und Meinungen der Experten können erhärtete Vermutungen z.B. über Substitutionseffekte oder Mengenentwicklungen abgeleitet werden. Aus den Gesprächen lassen sich auch prospektive Mengenentwicklungen nach Aufnahme einer Leistung in den Pflichtleistungskatalog ableiten.</p>	<p>Expertenmeinungen können empirisch erhobene Daten nicht vollwertig ersetzen und sind mit Unsicherheiten behaftet.</p>
<p>Explorative Erhebungen Explorative Erhebungen mit einem standardisierten Fragebogen bei Fachpersonen. Um einigermassen stabile Daten zu erhalten, sind zwischen 30-50 Fachpersonen zu befragen</p>	<p>Aus den explorativen Erhebungen können grobe quantitative Daten zu Substitutionseffekte, bisherige sowie künftige Mengenentwicklungen einer Leistung nach Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog gewonnen werden.</p>	<p>Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse lässt aufgrund der kleinen Datenbasis zu wünschen übrig. Da keine repräsentative Stichprobe gezogen werden kann, können die Aussagen verzerrt sein.</p>

5.3 Weitere Handlungsfelder in bezug auf neue Leistungen

Neue Entwicklungen bei Datenquellen

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen führt zu verschiedenen Bemühungen für eine stärkere Beachtung der Wirtschaftlichkeit. Die Verordnung zu den Krankenversicherungen schreibt die Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirkung des KVG fest. Im Gesundheitswesen möchten die politischen Behörden durch Globalbudgets das wirtschaftliche Verhalten der Leistungserbringer fördern. Mit Diagnosis Related Groups (DRG) soll anstelle von wenig transparenten Tagespauschalen vermehrt von den wahren Kosten bei der Behandlung der Patienten ausgegangen werden. Die verfügbaren Datenquellen beginnen sich zu verändern und die Grundlagen zur wirtschaftlichen Bewertung von medizinischen Leistungen werden künftig aussagekräftiger sein. Insbesondere zwei sich gegenwärtig abspielende Entwicklungen sind von Interesse:

1. Bei den Spitälern wird das Rechnungswesen zunehmend nach einzelnen Kostenstellen gegliedert. Bestrebungen sind auch im Gange eine medizinische Statistik einzuführen. Künftig wäre möglich, nach Patient und Diagnose die erbrachten Leistungen und die daraus entstehenden Kosten festzustellen. Allerdings ist diese Entwicklung in den Kantonen unterschiedlich weit fortgeschritten. Die grössere Transparenz bei der Leistungserstellung ändert gegenüber den Krankenversicherern bisher nicht die Abrechnungspraxis, die immer noch auf ausgehandelten Tagespauschalen beruht. Bedenklich ist ferner, dass nach der Einführung eines neuen EDV-Systems häufig der Zugriff auf ältere Datenbestände nicht mehr möglich ist.
2. Bei den freipraktizierenden Ärzten soll mit TARMED eine landesweite einheitliche tarifliche Gliederung der ärztlichen Leistungen eingeführt werden. Mit rund 5000 Tarifpositionen ist zu erwarten, dass das neue Tarifwerk mit EDV verarbeitet wird. Einzelne Verrichtungen dürften sich in dieser neu entstehenden Datenbank dann auch für die wirtschaftliche Bewertung medizinischer Leistungen identifizieren lassen.

Auch andere Leistungserbringer, z.B. Spitexorganisationen, wollen durch betriebliche Daten besser über die erbrachten Leistungen und die Kosten informiert sein. Indessen die sich abspielende Entwicklung erhöht die Gefahr, dass Institutionen ausschliesslich nach ihren Bedürfnissen Datenbanken aufbauen. Dadurch können übergeordnete Gesichtspunkte verloren gehen. Zum Beispiel detaillierte Angaben, die sich mit TARMED zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Patienten gewinnen lassen, sind eventuell nicht mit den Leistungen aus stationären Episoden der Patienten im Spital verknüpfbar. Deshalb wäre zu überlegen, wie übergeordnete Gesichtspunkte, die sich aus der Gesundheitspolitik und Forschung ergeben, künftig besser ohne Verletzung des Datenschutzes berücksichtigt werden.

Überprüfung der Kosten bei neuen zugelassenen Leistungen

Die Gesuchsteller sind in ihren Dokumentationen auf Schätzungen über die Kostenfolgen einer neuen Leistung nach dem Entscheid des EDI angewiesen. Selbst wenn das benutzte methodische Vorgehen dem neusten Stand des Wissens entspricht, dürften die errechneten Kosten mit Unsicherheiten behaftet sein. Aus diesem Grunde drängen sich Nachkalkulationen bei neuen Leistungen etwa 5 Jahre nach der Zulassung auf. Zwei Ziele sollen damit erreicht werden:

1. Die Nachkalkulationen sollen realistischere auf empirische Daten abgestützte Zahlen zu den wirklichen Kostenfolgen neuer Leistungen geben. Diese Zahlen würden auch erlauben Korrektu-

ren an den Kostenschätzungen vorzunehmen, die alleine auf den Angaben in den Dokumentationen beruhen.

2. Die Nachkalkulationen ermöglichen ebenfalls neue Erkenntnisse zu gewinnen, die sich für die Kostenschätzungen in den Dokumentationen nutzen lassen. Insbesondere systematische Fehleinschätzungen bei der Berechnung der Kostenfolgen können so korrigiert werden.

Diese Nachkalkulationen sollten in regelmässigen Abständen durchgeführt und die Leistungen mittels einer Stichprobe oder eines Quotenplans ausgewählt werden.

Neue nicht umstrittene Leistungen

Die von der ELK behandelten Leistungen machen nur einen Teil der Neuzulassungen aus, die von den Krankenversicherungen zu vergüten sind. Die Anzahl der nicht umstrittenen neuen Leistungen und deren Kostenfolgen wäre deshalb näher zu untersuchen. Insbesondere wäre zu analysieren, inwieweit die neuen Leistungen, die auch Ausdruck des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts sind, wirklich zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen beitragen.

Einflussfaktoren auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen

Für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werden viele Ursachen angeführt. Neben den neuen Leistungen werden die Patienten, die immer mehr Leistungen beanspruchen, verantwortlich gemacht. Andere Faktoren sollen die zunehmende Anzahl von Ärzten oder die überdimensionierte stationäre Versorgung sein. Genannt werden auch die hohen Ärzteneinkommen oder ein wenig kostendämpfendes Tarifsysteem. Indessen welche Einflussfaktoren in welchem Ausmass zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen beitragen, ist weitgehend unbekannt. Entsprechend schwierig ist festzulegen, welche Richtung die Gesundheitspolitik einschlagen soll.

6 Anhang

6.1 Auswertung der Dokumentationen und Unterlagen BSV

Der vorliegende Abschnitt enthält die Auswertung der Dokumentationen der Gesuchsteller und Unterlagen des BSV in bezug auf die Kostenfolgen neuer Leistungen aus den Jahren 1996 bis 1998. In der Regel wird zuerst auf die Dokumentation und dann auf die Unterlagen zu einer neuen Leistung eingegangen. Es kommt vor, dass zu Leistungen entweder nur Dokumentationen oder nur Unterlagen des BSV existieren. Zu einigen Leistungen gibt es weder Dokumentationen noch Unterlagen des BSV. Der Text enthält dann jeweils die entsprechenden Hinweise.

Die Auswertung der jeweiligen Dokumentation und/oder der Unterlagen des BSV beruht auf dem Wirkungsmodell und dem Analyseraster, die in Kapitel 2 ausgeführt sind. Anschliessend folgt jeweils eine Schätzung der jährlichen gesamtschweizerischen Kosten der neuen Leistung, die auf der Dokumentation und/oder den Unterlagen des BSV beruht. Bei den neuen Leistungen, wo keine Berechnung der Kostenfolgen in den Dokumentationen und/oder in den Unterlagen des BSV bestehen, wird versucht, anhand der vorhandenen Angaben sowie eigener Annahmen zu einem Resultat zu gelangen. Bei einigen Leistungen sind allerdings selbst solche Aussagen nicht möglich. Wenn nötig und möglich werden auch Fehler in den Berechnungen korrigiert, die in den Dokumentationen und/oder den Unterlagen des BSV enthalten sind.

Wenn es die Angaben erlauben, werden die Zusatzkosten durch Nebenwirkungen oder durch eingeschränkte Wirksamkeit in der Übersichtstabelle nach der Analyse der Dokumentationen anteilig zu den Kosten der Leistungen geschlagen. Bei langandauernden Behandlungen, z.B. bei chronischen Krankheiten, werden nach Möglichkeit die jährlichen Behandlungskosten angegeben. Sollten die Kosten einer Leistung je nach Indikation unterschiedlich ausfallen, wird, sofern Anhaltspunkte über die Mengenverteilung der Indikationen vorhanden sind, zur Vereinfachung ein gewichtetes Mittel für die Behandlungskosten berechnet. Die Preise für die direkten und indirekten Kosten einer Leistung sind in Franken angegeben. Die Hochrechnungen für die Schweiz beziehen sich auf die direkten Kosten und sind in Mio. Franken wiedergegeben. Zu den indirekten Kosten bestehen nur in wenigen Fällen Hinweise, so dass mangels Daten keine Hochrechnungen vorgenommen werden. Bei jeder Leistung wird die Datenlage zu den Kosten der Leistungen und zu den gesamtschweizerischen Kostenfolgen kurz bewertet. Für detaillierte Informationen kann auf die voranstehende Analyse der Dokumentationen zurückgegriffen werden.

Zu beachten ist ferner, dass je nach Leistung entweder die Tarifpreise für die Krankenkassen oder die effektiven Kosten angegeben werden. Einige Dokumentationen und/oder Unterlagen des BSV erlauben die Kosten der substituierten Leistungen an der Gesamtsumme abzuziehen, andere lassen nur zu, die gesamtschweizerischen Aufwendungen der neuen Leistung zu schätzen. Diese unterschiedliche Basis der wiedergegebenen Zahlen rät zur Vorsicht bei der Beurteilung der dargestellten gesamtschweizerischen Kostenfolgen. In der folgenden Auswertung wird zuerst auf die angenommenen Anträge eingegangen, danach werden die abgelehnten Anträge behandelt. Die Anträge sind nach Entscheidungsjahr geordnet.

6.2 Angenommene Anträge

6.2.1 Entscheidungen 1996

6.2.1.1 Behandlung mit BOTOX Botulinum Toxin Typ A, Lyophilisat von Strabismus, fokaler Dystonien und anderen Bewegungsstörungen

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Botox Lyophilisat wird zur Linderung von spastischen Kontraktionen von Muskeln eingesetzt. In die betroffene Muskel injiziert, unterbindet Botox Lyophilisat für etwa 12 Wochen fokale Dystonien und andere Bewegungsstörungen. Beim Strabismus liegt der Sonderfall vor, dass durch die Injektion eine dauerhafte Korrektur erfolgt. Bisherige Therapien beruhen zum einen auf Medikamenten wie Baclofen, Diazepam oder Dantrolen-Natrium sowie zum anderen auf neurochirurgischen und orthopädischen Massnahmen, die jedoch nicht eindeutig wirksam und unbedenklich sind.

2. Kosten der Leistungen

Da die Behandlung mit Botox Lyophilisat in regelmässigen Abständen wiederholt werden muss und je nach Indikation unterschiedlich wirkt, werden in der Dokumentation jährliche Kosten für das Medikament angegeben. Für die alternativen bzw. substituierten Therapien werden hingegen keine Preisangaben gemacht.

Indikation	Menge/Jahr	Preis für 1 Vials à 100U	Jährliche Kosten
Blepharospasmus	1.1	Fr. 364.65	Fr. 395.00
Zervikale Dystonie	5.2	Fr. 364.65	Fr. 1 896.00
Andere Dystonien	2.5	Fr. 364.65	Fr. 912.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Unerwünschte Nebenwirkungen von Botox Lyophilisat fallen je nach Indikation unterschiedlich aus und bilden sich nach wenigen Tagen wieder zurück. Als gravierender werden die Nebenwirkungen der substituierten Behandlungen geschildert. Auch auf die eingeschränkte Wirksamkeit des neuen Medikaments und der bisherigen Therapien wird eingegangen. Besonders wird die verminderte Arbeitsfähigkeit der Patienten bei einer Nichtbehandlung hervorgehoben. Welche Kosten durch Nebenwirkungen, eingeschränkter Wirksamkeit und Arbeitsunfähigkeit entstehen, wird in der Dokumentation nicht angegeben.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Prävalenz der verschiedenen Indikationen wird aus der Literatur abgeleitet. Die Schätzversuche für die Menge der Behandlungen mit Botox Lyophilisat beruht auf Annahmen zum Anteil der korrekten Diagnosen, zum Anteil der für das Medikament geeigneten Patienten sowie der tatsächlich mit Botox Lyophilisat behandelten Patienten. Zur Behandlung nach einem positiven Entscheid wird nur in einer Fussnote bemerkt, dass sie um das Doppelte steigen könnte. Auf welcher empirischen Basis die Aussagen zur Anzahl Behandlungen gemacht werden, ist nicht ersichtlich. Angaben zu substituierten Behandlungen oder Arbeitsunfähigkeit fehlen ebenfalls in der Dokumentation.

	Blepharospasmus und Hemifazialis	Zervikale Dystonie	Andere Dystonien
Bevölkerung	7 Mio.	7 Mio.	7 Mio.
Prävalenz per Mio.	80	160	100
Potentielle Patienten	560	1 120	700
Anteil korrekte Diagnose	80%	60%	30%
Anteil geeignete Patienten	100%	100%	80%
Anteil tatsächlich behandelte Patienten	50%	50%	50%
Anzahl Behandlungen mit Botox	224	336	84

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die fehlenden Angaben über substituierte Behandlungen sowie über Zusatzkosten für Nebenwirkungen oder eingeschränkter Wirksamkeit sowie die unbegründeten Annahmen über die Anzahl der Behandlungen lassen die berechneten jährlichen Kosten in der Dokumentation als sehr fragwürdig erscheinen. Vermutlich wurde der Bedarf rückwärts aus den Verkaufszahlen von 1995 berechnet. Eine weitere Berechnung zur Behandlung der Spastik mit Botox Lyophilisat, die nach dem Antragssteller noch mit mehr Unsicherheiten behaftet ist, kommt auf Kosten von 5.329 Mio. Franken.

Indikation	Anzahl Patienten	Kosten/Jahr	Total
Blepharospasmus und Hemifazialis	224	Fr. 395.00	Fr. 88 480.00
Zervikale Dystonie	336	Fr. 1 896.00	Fr. 637 056.00
Andere Dystonien	84	Fr. 912.00	Fr. 76 608
Gesamttotal			Fr. 802 144.00

Nach einem positiven Entscheid der ELK gehen die Antragssteller von einer Verdoppelung der Behandlungen aus. Die jährlichen Kosten würden dann wie folgt aussehen:

Behandlung mit BOTOX Botulinum Toxin Typ A, Lyophilisat, von Strabismus, fokaler Dystonien und anderen Bewegungsstörungen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Jährliche Kosten von BOTOX bei Blepharospasmus, zervikale Dystonie und andere Dystonien (gewichtetes Mittel 802 144 Franken: 644 Behandlungen)	1 245		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Kosten der substituierten und vermiedenen Leistungen sowie der Nebenwirkungen, eingeschränkter Wirksamkeit und Aufwendungen für indirekte Kosten fehlen	?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (ca. 1 288 Behandlungen) Die Prävalenz wird aus der Literatur abgeleitet. Wenig transparent ist jedoch der angenommene Anteil der korrekten Diagnosen und der für BOTOX geeigneten Patienten. Unklar ist auch die Zunahme von 644 Behandlungen vor dem Entscheid auf 1 288 Behandlungen nach einem positiven Entscheid.			1.60 Mio.

6.2.1.2 Hautautograft

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

In einem Brief wird nachgesucht, dass „Hautautograft mit gezüchteten Keratinozyten“ neben dem Universitätsspital Zürich auch im Universitätsspital Lausanne vergütet wird. Der Brief enthält keine Anhaltspunkte, die eine gesamtschweizerische Berechnung der Kostenfolgen erlaubt. Die Ableitung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

In den Ausführungen des ärztlichen Dienstes des BSV wird ausgeführt, dass diese Leistung nur selten zur Anwendung kommt, z.B. bei der grossflächigen Wiederherstellung der Haut nach Verbrennungen. Geschätzt wird, dass der Preis der Leistung Fr. 50'000.00 betrage, und dass zwei Fälle pro Jahr auftreten. Diese Annahmen werden nicht weiter belegt. Die jährlichen Kostenfolgen betragen danach 0.1 Mio. Franken.

6.2.1.3 Parenterale Antibiotikaabgabe mittels Infusionspumpe**Analyse des Antrags der Gesuchsteller:****1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen**

Mittels einer Infusionspumpe wird während ca. 20 Tage eine Antibiotikaabgabe bei Cystischen Fibrose Patienten durchgeführt. Die neue Leistung ersetzt einen zwei- bis dreiwöchigen Spitalaufenthalt, der je nach Bedarf 1-3x im Jahr zur intravenösen Antibiotikaabgabe stattfand. Voraussetzungen der ambulanten Antibiotikaabgabe mit einer Infusionspumpe sind, dass der Patient keine schweren Exazerbationen hat und die psychosoziale Situation des Patienten und der Familie stabil ist. Weiter ist eine Instruktion des Patienten und der Familie notwendig, die entweder bei einem 2-3tägigen Spitalaufenthalt des Patienten oder in 2-3halbtägigen ambulanten Sitzungen stattfindet.

2. Kosten der Leistungen,**3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und****4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit**

In der Dokumentation sind die Behandlungskosten eines Behandlungszyklus weder bei einer ambulanten Antibiotikaabgabe mit einer Infusionspumpe noch bei einem Spitalaufenthalt dargestellt. Nach beigelegtem Artikel liegen die Kosten der ambulanten Behandlung deutlich unter den Kosten eines Spitalaufenthaltes. In der Dokumentation wird zwar auf Komplikationen mit der Pumpe hingewiesen. Angaben zu Zusatzkosten oder indirekten Kosten werden nicht gemacht.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Nach der Dokumentation muss man in den nächsten 5 Jahren für 5-10% der CF-Patienten mit jährlich zwischen 20-40 Kuren à 2-3 Wochen rechnen, die mit einer ambulanten Antibiotikaabgabe mittels Infusionspumpe erfolgen könnte. Später kann sich die Anzahl der ambulanten Kuren verdoppeln. Worauf diese Berechnung beruht, ist aus der Dokumentation nicht zu ersehen. Aus der Dokumentation kann implizit angenommen werden, dass jede ambulante Kur einen entsprechenden Spitalaufenthalt substituiert.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wurde kein Versuch unternommen, die Gesamtkosten und die Kostenfolgen der neuen Leistung zu berechnen. Die Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich. Durch die neue Leistung dürften sich wahrscheinlich Einsparungen ergeben.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Nach mündlicher Auskunft, die beim Inselfspital Bern eingeholt wurde, betragen die Kosten für eine dreiwöchige Kur zwischen 10'000.00 bis 15'000.00 Franken. Gerechnet wird mit 10 bis 20 Kuren pro Jahr. Mit der ambulanten Behandlung kann ein zweiwöchiger Spitalaufenthalt mit einer Tagespauschale von Fr. 300.00 ersetzt werden. Die jährlichen Kostenfolgen würden danach betragen:

Ambulante parenterale antibiotische Gabe mit Infusionspumpe			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Ambulante Behandlung durchschnittliche Kosten	12'500		
Spitalaufenthalt 14 Tage à Fr. 300.00	4'200		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	8'300		
Bei der ambulanten Kur wird mit Vollkosten gerechnet, während bei einem Spitalaufenthalt von der Tagespauschale ausgegangen wird. Wahrscheinlich können mit der ambulanten Kur Kosten eingespart werden.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (ca. 20 Kuren x 8'300 Franken)			0.166 Mio.

6.2.1.4 Hämatopoietische Stammzellen-Transplantation (HTL)

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die Transplantation von hämatopoietischen Stammzellen ermöglicht zum einen Immundefekte zu beheben und zum anderen nach einer Chemotherapie gegen Krebserkrankungen geschädigtes Knochenmark wieder zu ersetzen. Dabei wird bei der Transplantation hämatopoietische Stammzellen zwischen autologer HTL, wo die Stammzellen vom Empfänger selbst entnommen werden, und allogener HTL unterschieden, wo die Stammzellen von einem geeigneten Spender kommen. Die hämatopoietische Stammzellen-Transplantation konnte unter bestimmten Voraussetzungen bisher über die Krankenkassen abgerechnet werden. Im vorliegenden Antrag geht es vor allem um die Ausweitung der Leistungspflicht auf neue Indikationen.

Die hämatopoietische Stammzellen- wie auch die Knochenmark-Transplantation ermöglicht wirksamere Chemotherapien gegen Krebs. Die durch die Chemotherapie zerstörten Zellen des Knochenmarks werden dann durch die Transplantation ersetzt. Die Knochenmark-Transplantation wird zunehmend durch die hämatopoietische Stammzellen-Transplantation abgelöst.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten der hämatopoietischen Stammzellen-Transplantation wurden in vier Spitälern ermittelt. Soweit möglich werden für die Leistungselemente der Spitalleistungskatalog (SLK) oder die Tarifordnung des Inselspitals berücksichtigt, ansonsten wird nach allgemein anerkannten Tarifierungsgrundsätzen verfahren. Der Behandlungspfad und die Kosten der neuen Leistung werden detailliert und nachvollziehbar ermittelt. Hingegen wurden die Kosten, die sich aus der traditionellen Behandlung ergeben, nicht dargestellt.

Mobilisationsphase		
Chemotherapie und/oder Wachstumsfaktoren	Fr. 1 376.00	
Apherese	Fr. 1 026.00	
Verarbeitung der Stammzellen	Fr. 15 368.00	Fr. 17 770.00
Transplantationsphase		
Hochdosis-Therapie	Fr. 6 722.00	
Transplantation von Stammzellen (Reinfusion)	Fr. 71 903.00	Fr. 77 903.00
Ambulante Vor- und Nachbehandlung		
Voruntersuchung	Fr. 4 791.00	
Nachuntersuchung	Fr. 4 420.00	Fr. 9 211.00
Total		Fr. 104 884.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Im Text wird kurz auf die Komplikationen der Therapie eingegangen. Zu den Kosten der Nebenwirkungen, der eingeschränkten Wirksamkeit und der Arbeitsunfähigkeit finden sich keine Ausführungen in der Dokumentation.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Dokumentation enthält Tabellen, die über in der Schweiz durchgeführten hämatopoietischen Stammzellen-Transplantation zwischen 1990 und 1995 und Knochenmark-Transplantationen zwischen 1989 und 1995 Auskunft geben. Die Tabelle für die hämatopoietischen Stammzellen-Transplantation ist nach Indikationen geordnet, die jedoch nur teilweise die Krankheitsbilder enthalten, für die die Leistungspflicht für die hämatopoietischen Stammzellen-Transplantation der Krankenkassen ausgeweitet werden soll. Für die neuen Indikationen der hämatopoietischen Stammzellen-Transplantation werden jährliche Bedarfszahlen angegeben, deren Ableitung in den meisten Fällen nicht nachvollziehbar ist. In der untenstehenden Tabelle sind der jährliche Bedarf für die neuen Indikationen angegeben und soweit möglich in Klammer die Anzahl durchgeführter Therapien in den vergangenen Jahren. Über eine eventuelle Abnahme der Knochenmark-Transplantationen enthält die Dokumentation keine Ausführungen. Aus der Tabelle ist ausschliesslich zu entnehmen, dass in den Jahren 1989 bis 1995 die allogene Transplantation zwischen 41 und 59 und die autologe Transplantation zwischen 36 und 154 Fällen schwankt. Ebenfalls sind keine Angaben zur Menge der Nebenwirkungen, der eingeschränkten Wirksamkeit oder Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Neue Indikationen	Geschätzter Bedarf für die Schweiz sowie in Klammer jährliche Anzahl Therapien (1990-1995)	
	allogen	autolog
Chronische myeloische Leukämie	10-15 (5-15)	10-20 (0-1)
Chronische lymphatische Leukämie	< 5 (0-2)	0-5 (0-1)
Myelo-dysplastisches Syndrom	10 (2-8)	10-20 (0-1)
Multiples Myelom	< 5 (1-2)	30-35 (7-21)
Mammakarzinom		
- > 8 Lymphknoten-Metastasen		15-20
- primäres Hochrisiko		35-40
- inoperativ, hochentzündlich		15-20
Keimzelltumoren		20-25
Neuroblastom		< 5
Ovariakarzinom		0-5
Kleinzelliges Lungenkarzinom		5-10
Medulloblastom		0-5
Ewing-Sarkom		0-5
Kongenitale Erkrankungen	ca. 5	-

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wird kein Versuch gemacht, die Gesamtkosten der ausgedehnten Indikation für die hämatopoietischen Stammzellen-Transplantation zu berechnen. Wenn die oben angegebenen oberen Fallzahlen mit den Behandlungskosten multipliziert werden, dann sehen die jährlichen Kosten wie folgt aus:

Hämatopoietische Stammzellen-Transplantation (HTL)			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Hämatopoietische Stammzellen-Transplantation (HTL) Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Die Angaben zu substituierten oder vermiedenen Leistungen sind vage. Allein zur Knochenmark-Transplantation wird ausgeführt, dass sie 25% teurer sei. Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit und indirekte Kosten werden nicht beziffert.	104 884 ?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (ca. 255 x 104 884) In der Dokumentation wird kein Versuch zur Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen gemacht. Die Bedarfsschätzung der Therapien kann nicht nachvollzogen werden. Die eigenen Berechnungen sind deshalb mit grossen Unsicherheiten behaftet.			26.75 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

In der Kostenschätzung des BSV wird ebenfalls von der Berechnung der Antragssteller von 104'884 Franken für eine autologe Transplantation ausgegangen, aber argumentiert, dass von dieser vollkostendeckenden Pauschale die kantonalen Patienten ein Drittel der Kosten bezahlen. Aufgrund einer groben Schätzung, die nicht nachvollziehbar ist, wird angenommen, dass 50% der Patienten kantonale Patienten sind. Der durchschnittliche Preis für ausserkantonale und kantonale Patienten betrage danach 78'900 Franken. Eine Überprüfung der Berechnung auf dieser Grundlage kommt jedoch auf 69'922 Franken für die Krankenversicherung. Warum bei der Stammzellen-Transplantation nur mit den Kosten für Krankenversicherung gerechnet wird und nicht auch bei den anderen Leistungen ist allerdings nicht verständlich. Die allogene Transplantation soll nach dem Kinderspital Zürich rund 60% teurer als eine autologe Transplantation sein, d.h. 126'200 Franken unkorrigiert bzw. 111'825 Franken korrigiert.

Für die Jahre 1992-1993 wird von 18.7 Transplantationen pro 1 Mio. Einwohner, das heisst ca. 130 Transplantationen in der gesamten Schweiz ausgegangen. In einer Tabelle wird der geschätzte Bedarf für alle Transplantationen mit 211 und für die neu beantragten Leistungen mit 153 berechnet. Welcher Zusammenhang mit den jährlichen 130 Transplantationen von 1992-1993 besteht, ist nicht klar. Ebenfalls wird kein Bezug zu den verschiedenen Indikationen hergestellt. Nach diesen Annahmen des BSV sehen die Kosten zu Lasten der Krankenversicherung wie folgt aus:

Transplantationen	Alle Leistungen	Neue Leistungen
Autolog	178 x Fr. 78 900 14 044 200	145 x 78 900 11 440 500
allogen	33 x Fr. 126 200 4 164 600	8 x 126 200 1 009 600
Total	18 208 800	12 450 100

6.2.1.5 Polysomnographie

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei der Polysomnographie wird im Schlaflabor der Schlaf mittels Elektroenzephalogramm, die Atmung mittels transkutaner Pulsoymetrie, oronasaler Atemfluss-Messung und thorakoabdominaler Atemeffort-Messung aufgezeichnet. Mit Elektrokardiogramm (EKG) wird eine Rhythmusanalyse durchgeführt. Die Schlafposition wird mit Lagesensoren und videographisch registriert. Die Schnarchgeräusche werden akustisch oder elektronisch überwacht. Zur Erfassung der Beinbewegungen werden Tibials-EMG und Videographie eingesetzt. Die Polysomnographie dient der Diagnose von Schlafstörungen. Bisher bestand eine Leistungspflicht beim Schlafapnoe-Syndrom. Neu soll die Polysomnographie gemacht werden bei Beinbewegungen im Schlaf sowie bei unsicherer Diagnose

von Narkolepsie, von Ein- und Durchschlafstörungen, von ernsthafter Parasomnie sowie von persistierenden circadianen Rhythmusstörungen.

Die bessere Diagnose der Schlafstörungen dürfte helfen, schlafstörungsbedingte Unfälle zu vermeiden. Was mit schlafstörungsbedingten Unfällen gemeint ist, ist in der Dokumentation nicht näher erklärt.

2. Kosten der Leistungen

Eine detaillierte Auflistung der Kosten für eine Polysomnographie fehlt in der Dokumentation. Es wird von einem Preis von Fr. 2 500.00 ausgegangen, der mit den Waadtländer Krankenkassen vereinbart wurde. Weil genaue Angaben zu den vermiedenen Unfällen fehlen, gibt es auch keine zu den Kosten vermiedener Leistungen. Aus amerikanischen Studien wird abgeleitet, dass sich in der Schweiz knapp 2 Mia. Franken schlafstörungsbedingte Unfallkosten vermeiden lassen.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

In der Dokumentation wird knapp festgehalten, dass die Polysomnographie keine Nebenwirkungen für den Patienten hat. Die Wirksamkeit der Methode zeigt sich auch darin, dass in 80% der Fälle eine weiterführende Diagnose folgt. Auf indirekte Kosten wird nicht eingegangen.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Aufgrund von Schätzungen der den Antragsstellern bekannten Labors werden zur Zeit 2000 vollständige Polysomnographien in der Schweiz im Jahr durchgeführt werden. An dieser Zahl dürfte sich kurzfristig nicht viel ändern, weil Polysomnographien für die erweiterte Indikation bereits heute unter Taxpunkt-Analogien abgerechnet werden. Langfristig ist mit einer Zunahme von Polysomnographien zu rechnen. Eine Aufschlüsselung der Polysomnographien nach bisherig erlaubten und neuen Indikationen wurde nicht versucht.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Eine gesamtschweizerische Kostenberechnung wurde von den Antragsstellern nicht unternommen. Bei 2000 Polysomnographien im Jahr müssten für die Untersuchung 5 Mio. Franken ausgegeben werden. Den Aufwendungen für die Untersuchungen würden Einsparungen von 2 Mia. Franken entgegenstehen, die aber nirgends näher spezifiziert sind.

Polysomnographie			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Polysomnographie	2 500		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Vermiedene Leistungen werden nicht beziffert.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (2 000 x 2 500 Franken) Bereits vor dem Entscheid wurden jährlich 2 000 Polysomnographien durchgeführt. Daran dürfte sich nach den Antragsstellern nach dem Entscheid kurzfristig nichts ändern. Woher die vermiedenen Unfallkosten von 2 Mia. Franken kommen wird nicht dargestellt,			5.0 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Kostenschätzung des BSV folgt weitgehend der Argumentation der Gesuchsteller. Selbst die vermiedenen Unfallkosten von 2 Mia. Franken werden wiederholt. Nicht nachvollziehbar wird argumentiert, dass nach geltender Umschreibung der Leistungspflicht die Hälfte der Polysomnographien von der Krankenversicherung zu übernehmen sei. Die Mehrkosten würden deshalb nur 2.5 Mio. Franken betragen.

6.2.1.6 Rehabilitation für Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Gewöhnlich nach Entlassung aus dem Akutspital wegen eines Myokardinfarkts, Bypass-Operation, anderen Interventionen oder chronischer Herzkrankheit soll in einer ärztlich geleiteten Institution entweder ambulant oder stationär eine Bewegungstherapie durchgeführt werden. Die ambulante Rehabilitation dauert zwischen 2-6 Monate und die stationäre Therapie zwischen 2-4 Wochen.

2. Kosten der Leistungen,

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit,

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit,

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen und

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Mit dem Antrag wird keine neue Leistung eingeführt, sondern es handelt sich um eine Neuformulierung einer bereits in der Krankenpflege-Leistungsverordnung vorhandene Regelung. Die Neuformulierung hat nach Ansicht der ELK keine Auswirkungen auf die Kosten. Der Antrag enthält dementsprechend keine Angaben zu Kosten und Mengenentwicklung.

6.2.1.7 Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Zu der neuen Leistung gibt es keinen Antrag. Entsprechend existiert keine Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen. In den Unterlagen wird nur auf die Angaben des ärztlichen Dienstes des BSV hingewiesen.

2. Kosten der Leistungen

Der Preis der neuen Leistung wird ohne nähere Spezifizierung mit Fr. 2'200.00 angegeben.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Angaben über Zusatz- und indirekte Kosten sind nicht vorhanden.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Ohne weitere Begründung wird von jährlich 500 Fällen ausgegangen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Über substituierte und vermiedene Leistungen sowie über Zusatz- und indirekte Kosten bestehen keine Angaben. Aus den Kosten der neuen Leistung und der geschätzten Menge ergeben sich jährliche Gesamtkosten von 1.1 Mio. Franken.

Intraaortale Ballonpumpe in der interventionellen Kardiologie			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Intraaortale Ballonpumpe Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Alternative Therapien werden nicht beschrieben	2 200 ?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (500 x 2 200 Franken) Die Menge von 500 Fällen wird nicht begründet.			1.1 Mio.

6.2.1.8 Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Factors alpha

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Zu der neuen Leistung gibt es keinen Antrag. Entsprechend existiert keine Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen. In den Unterlagen wird nur auf die Angaben des ärztlichen Dienstes des BSV hingewiesen. Danach handelt es sich um eine lebensrettende Massnahme ohne alternative Behandlung bei Patienten mit Hautkrebs an den Extremitäten.

2. Kosten der Leistungen

Der Preis der neuen Leistung wird ohne nähere Spezifizierung mit Fr. 40'000.00 für den ausserkantonalen Tarif angegeben.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Angaben über Zusatz- und indirekte Kosten sind nicht vorhanden.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Im Jahr 1996 vor dem Antrag sind 25 Behandlungen durchgeführt worden. Die Schätzungen belaufen sich für die Jahre 1997 bis 1998 auf 30, 35 und 40 Fälle.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Zu substituierten und vermiedenen Leistungen sowie zu Zusatz- und indirekten Kosten bestehen keine Angaben. Die jährlichen Kosten der neuen Leistung belaufen sich 1997 auf 1.2 Mio. Franken, 1998 auf 1.4 Mio. Franken und 1999 auf 1.6 Mio. Franken.

Isolierte Gliedmassenperfusion mit Hyperthermie und Einsatz des Tumor-Necrosis-Factors alpha			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Isolierte Gliedmassenperfusion Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Alternative Therapien werden nicht beschrieben	40 000 ?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (1999: 40 Fälle x 40 000 Franken) Die Menge von 40 Fällen wird nicht begründet.			1.60 Mio.

6.2.1.9 Extrakorporelle Photochemotherapie

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei der extrakorporellen Photochemotherapie bzw. Photopherese handelt es sich um eine extrakorporelle Bestrahlung von Leukozyten des peripheren Blutes mit UVA-Licht unter Anwesenheit von 8-Methoxypsoralen. Die extrakorporelle Photochemotherapie wird in der Regel einmal monatlich an zwei aufeinanderfolgenden Tagen über mehrere Monate im Spital durchgeführt. Eine

Reevaluation des Behandlungserfolges erfolgt jeweils nach 6 Zyklen, d.h. in halbjährlichen Abständen. Wenn nach 24 Zyklen keine Verbesserung des Krankheitsverlaufes erzielt wird, dann wird die Behandlung abgebrochen. Indikationen sind Tumorerkrankungen, Abstossungsreaktionen nach Transplantationen, Autoimmunerkrankungen und HIV-Infektionen. Mit der Therapie wird die Krankheit nur in Einzelfällen kurativ angegangen. Das Ziel der Behandlung liegt in einer Verbesserung der Lebensqualität.

Alternative bzw. vermiedene Therapiemöglichkeiten sind systematische Kortikosteroidtherapie, Retinoide und PUVA, Interferon-Alpha und -Gamma, Röntgen-Fernbestrahlung, Chemotherapie oder eine Kombination der aufgeführten Therapien.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten für die neue Leistung beruhen auf dem Spitalleistungskatalog (SKL) bzw. auf der kantonalen Taxordnung (Zürich). Für die eigentliche Photopheresebehandlung wurde eine Leistungsposition in Analogie zur bereits tarifierten Peritonealdialyse geschaffen. Beim Behandlungspfad wird mit durchschnittlich 15 Zyklen gerechnet. Zu den alternativen bzw. vermiedenen Therapien sind keine Preisangaben enthalten.

Leistung	Menge	Preis	Total
Voruntersuchung/Diagnosesicherung	1	Fr. 5 774.15	Fr. 5 774.15
Photopherese-Behandlung	6	Fr. 7 451.00	Fr. 44 706.00
Reevaluation des Behandlungserfolges	1	Fr. 2 898.70	Fr. 2 898.70
Photopherese-Behandlung	6	Fr. 7 451.00	Fr. 44 706.00
Reevaluation des Behandlungserfolges	1	Fr. 2 898.70	Fr. 2 898.70
Photopherese-Behandlung	3	Fr. 7 451.00	Fr. 22 353.00
Reevaluation des Behandlungserfolges	1	Fr. 2 898.70	Fr. 2 898.70
Gesamttotal			Fr. 126 235.25

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Komplikation bei der Behandlung können Hypovolämie während des Photopherese-Zyklus und Hypovolämie mit Lungenödem beim Reinfundieren sein, die zu Fieber und Schüttelfrost, Übelkeit durch Psoralengabe, Schwindel durch Hypovolämie führen. Behandlungen können Volumengabe bei Hypovolämie, Diuretikagabe und langsame Reinfusion des behandelten Blutes bei Hypovolämie sein.

Die Kosten der Nebenwirkungen und der eingeschränkten Wirksamkeit der Therapie werden in der Dokumentation nicht behandelt. Auf indirekte Kosten wird in der Dokumentation ebenfalls nicht eingegangen.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Inzidenz des Syndroms, für die sich die neue Leistung eignet, wird mit 0.5 bis 1 Patienten auf 100 000 Personen angegeben. Über die Anzahl der bisherigen Behandlungen mit der neuen Leistung gibt es keine Daten. Der künftige Therapiebedarf wird ohne nähere Begründung aus der niedrigen Inzidenz von 0.5/100 000 und nicht aus 1/100 000 abgeleitet. Die substituierten bzw. vermiedenen Leistungen sowie Komplikationen und Nebenwirkungen werden bei der Mengenentwicklung nicht behandelt. Zur Wirksamkeit der Therapie wird aufgrund einer kleinen Stichprobe (7 Patienten) am Universitätsspital Zürich (USZ) berichtet, dass sich bei 57% ein Ansprechen auf die Therapie zeigte, bei 14.5% musste zusätzlich eine Röntgen-Fernbestrahlung eingeleitet werden, bei 28.5% wurde keine Wirkung erzielt. Nach dem Antrag soll die extrakorporelle Photochemotherapie nur im Einzugsgebiet des USZ stattfinden.

Der Therapiebedarf wird in der Schweiz mit ca. 30 Patienten angenommen, im Einzugsgebiet des USZ befinden sich 10 Patienten. Da bei ca. 10-20% bereits ein extrakutaner Befall vorliegt, wird von einem Behandlungsbedarf bei 8 Patienten ausgegangen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Zu den substituierten bzw. vermiedenen Leistungen sowie zu den Nebenwirkungen können keine Kosten abgeleitet werden. Aus dem in der Dokumentation angegebenen Therapiebedarf für 30 Patienten in der Schweiz und den durchschnittlichen Kosten von Fr. 126 235.25 ergeben sich Gesamtkosten von etwa Fr. 3 787 057.50.

Extrakorporelle Photochemotherapie			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Extrakorporelle Photochemotherapie (15 Zyklen) Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Alternative Therapien werden beschrieben, aber ihre Kosten nicht dargestellt. Ebenfalls fehlen die Kosten der Nebenwirkungen, der eingeschränkten Wirksamkeit und Aufwendungen für indirekte Kosten.	126 235 ?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (30 Patienten à Fr. 126 235) Die Inzidenz für die Behandlung wird mit 0.5-1.0 Patienten je 100 000 Personen angegeben. Für die Berechnung der Kostenfolgen wird von der niedrigen Inzidenz von 0.5/100 000 ausgegangen			3.8 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Kostenschätzung des BSV von 3.5 Mio. Franken folgt weitgehend den Angaben in der Dokumentation der Gesuchssteller. Der einzige Unterschied ist, dass nicht von 30, sondern von 28 Patienten ausgegangen wird.

6.2.1.10 Ultraschallkontrollen in der normalen Schwangerschaft

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

In der 10.-12. und der 20.-23. Schwangerschaftswoche soll bei normalen Schwangerschaften jeweils eine Ultraschallkontrolle durchgeführt werden. Bei Führung eines Evaluationsregisters kann eine dritte Untersuchung in der 30.-32. Schwangerschaftswoche stattfinden.

Zur substituierten Leistung gehört der Urintest zum Schwangerschaftsnachweis. Vermiedene Leistungen umfassen Einleitung von Geburten, vorgeburtliche Hospitalisationen, unentdeckte Aneuploidien, Fehlbildungen und Plazenta prävia.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten einer Ultraschallkontrolle werden nach dem zürcherischen Tarif mit Fr. 59.40 angegeben. Zu den substituierten und vermiedenen Leistungen liegen keine Preisangaben vor.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Kurzfristige und langfristige Nebenwirkungen konnten nicht nachgewiesen werden. Auf Fehlbeurteilungen aufgrund verschiedener Umstände wird hingewiesen, aber der Umfang wird nicht quantifiziert und die möglichen Kostenfolgen werden nicht beschrieben.

Ein Hinweis auf eventuelle Einsparungen bei der Invalidenversicherung (IV) ist zwar in der Dokumentation enthalten, aber die Kosten werden nicht weiter spezifiziert.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Zwischen Risikoschwangerschaften, wo bereits heute Ultraschallkontrollen durch die Krankenkassen übernommen werden, und normalen Schwangerschaften wurde keine mengenmässige Abgrenzung versucht. Zur Anzahl der bisher jährlich durchgeführten Ultraschallkontrollen gibt es keine Angaben. Zu einzelnen substituierten und vermiedenen Leistungen gibt es Hinweise, aber die Zahlen werden nicht weiter begründet.

	Vor Entscheid	Nach Entscheid	Total
Neue Leistung			
3 Ultraschallkontrollen bei 83 000 Schwangerschaften im Jahr	?	249 000	249 000
Substituierte/vermiedene Leistungen			
Urintest	83 000	3 000	-80 000
Geburtseinleitungen	6 640	1 992	-4 500
Antenatale Hospitalisierungen	11 700	10 700	- 1 000
Unentdeckte Aneuploidien	?	?	-150
Unentdeckte Fehlbildungen	1 700	1 350	-350
Unentdeckte Plazenta prävia	2-5	0	-2-5
- Massentransfusionen	35	0	-35

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Kostenberechnung wird von 25 000-30 000 normalen Schwangerschaften ausgegangen, wo jeweils 2 Ultraschallkontrollen anfallen. Nicht berücksichtigt ist der Anteil, wenn eine dritte Kontrolle stattfindet. Bei einem Preis der Ultraschallkontrolle von Fr. 59.40 (Kanton Zürich) würden zusätzliche Kosten zwischen 3 bis 3.5 Millionen Franken anfallen. Die Anzahl normaler Schwangerschaften ist nicht einsichtig begründet. Die substituierten und vermiedenen Kosten werden nicht einmal versuchsweise beziffert.

Ultraschallkontrollen in der normalen Schwangerschaft			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Ultraschallkontrollen während der Schwangerschaft (2 x 59.40)	119		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Kosten der substituierten und vermiedenen Leistungen sowie der Nebenwirkungen, eingeschränkter Wirksamkeit und Aufwendungen für indirekte Kosten fehlen.			
Gesamt-schweizerische Kostenfolgen (30 000 Schwangerschaften à Fr. 119.00)			3.57 Mio.
Die Dokumentation enthält Schätzungen für die Menge der substituierten und vermiedenen Leistungen, aber es fehlen sowohl empirische Begründungen und Kostenangaben. Unklar ist, wie die jährliche Anzahl von normalen Schwangerschaften abgeleitet wird. Wenig einsichtig ist, warum bei der Ableitung der Kostenfolgen nur von 2 Untersuchungen ausgegangen wird und nicht ein Zuschlag für eine eventuell 3. Kontrolle berechnet wird.			

6.2.1.11 Refraktive Chirurgie zur Behandlung der Anisometropie

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

Bei ungleichen Brillenwerten der beiden Augen können ungleich grosse Bilder auf den Netzhäuten entstehen. Oder bei unterschiedlich dicken Brillengläsern haben die peripheren Teile einen unterschiedlichen prismatischen Effekt, der zu Doppelbildern führen kann. Kontaktlinsen helfen dieses Problem zu reduzieren, aber trockene Augen, Allergie oder Beruf verhindern manchmal diese Lösung. In solchen Fällen sollte eine Operation durch die Krankenkassen zugelassen werden. Die Anzahl der Patienten, die keine Kontaktlinsen vertragen, wird als sehr klein bezeichnet. Die Ausführungen befinden sich in einem zweiseitigen Brief, der keine Angaben enthält, der für die

Berechnung von Kostenfolgen nützlich wäre. Die Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Ohne nachvollziehbare Begründung wird der Preis der Leistung mit Fr. 3'500.00, die Menge mit 30 Fällen und die jährlichen gesamtschweizerischen Kostenfolgen mit Fr. 105'000.00 angegeben.

6.2.1.12 Speichelsteinlithotripsie

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Zu der neuen Leistung gibt es keinen Antrag. Entsprechend existiert keine Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen. In den Unterlagen wird nur auf die Angaben des ärztlichen Dienstes des BSV hingewiesen. Danach sollen sich die chirurgischen Eingriffe um etwa 50% vermindern.

2. Kosten der Leistungen

Der Preis der neuen Leistung wird ohne nähere Spezifizierung mit Fr. 700.00 angegeben.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Angaben über Zusatz- und indirekte Kosten sind nicht vorhanden.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Ohne weitere Begründung wird von jährlich 100 Fällen ausgegangen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Zu substituierten und vermiedenen Leistungen sowie Zusatz- und indirekten Kosten bestehen keine Angaben. Aus den Kosten der neuen Leistung und der geschätzten Menge ergeben sich jährliche Gesamtkosten von 0.07 Mio. Franken.

Speichelsteinlithotripsie			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Speichelsteinlithotripsie	700		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Alternative Therapien werden nicht beschrieben	?		
Gemittelte Kostenfolgen (100 x 700 Franken) Die Menge von 100 Fällen wird nicht begründet.			0.07 Mio.

6.2.1.13 Ernährungsberatung

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die Ernährungsberatung findet bei Stoffwechselkrankheiten, Diabetes, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems, Nierenerkrankungen, Fehlernährungen und Nahrungsmittelenergien statt.

2. Kosten der Leistungen

Eine Beratungsstunde soll zwischen Fr. 90.00 bis 100.00 kosten. Der Preis eines Beratungszykluses wird nicht angegeben. Es wird jedoch bei einer Behandlung von sechs Konsultationen ausgegangen.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit oder Arbeitsunfähigkeit spielen bei der Ernährungsberatung keine Rolle.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Über die Anzahl der notwendigen Beratungen enthalten die Unterlagen keine Informationen. Hingegen wird festgestellt, dass in der Schweiz etwa 80 freiberufliche Ernährungsberater tätig sind, die ein Arbeitspensum zwischen 20 bis 80% aufweisen. In den nächsten Jahren sollen etwa 150 Ernährungsberater Vollzeit oder 200 bis 250 Ernährungsberater Teilzeit tätig sein. Aufgrund einer Verbandsbefragung wird von 450 bis 550 Beratungsstunden je Ernährungsberaterin ausgegangen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die Berechnung in den Unterlagen geht von 150 freipraktizierenden Ernährungsberatern aus, die in Teilzeit 500 Beratungsstunden à Fr. 90.00 bis 100.00 jährlich durchführen. In den Unterlagen wird jedoch davon gesprochen, dass in den nächsten Jahren 150 Ernährungsberater entweder Vollzeit oder 200 bis 250 Ernährungsberater Teilzeit arbeiten wird. Die Annahmen für die Kostenfolgenberechnung dürften deshalb in den Unterlagen deutlich zu tief liegen. Die folgende Berechnung geht deshalb nicht von 150, sondern von 250 Ernährungsberater aus:

Ernährungsberatung			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Ernährungsberatung Beratungsstunde	100		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (250 ERB x 500 Stunden x 100.00 Franken)			12.50 Mio.
Der Antrag enthält keine Schätzung des Bedarfs für Ernährungsberatung nach Indikation, sondern die Berechnung der Kostenfolgen basiert auf der Zunahme der Ernährungsberater.			

6.2.1.14 Künstliche Insemination

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die bisherige Regelung der künstlichen Insemination konnte aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes nicht aufrechterhalten werden. Die neue Regelung sieht die Leistungspflicht bei intrauteriner Insemination bei höchstens 3 Behandlungszyklen pro Schwangerschaft vor.

2. Kosten der Leistungen

Der Preis der Leistung wird ohne Begründung mit Fr. 250.00 angegeben.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit oder Arbeitsunfähigkeit spielen bei der künstlichen Insemination keine Rolle.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Ohne weitere Erklärung wird von 5000 Fällen je Jahr ausgegangen, wobei die Massnahme 3 bis 6 Mal zu wiederholen sei.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Bei 5000 Fällen je Jahr und durchschnittlich 4.5 Wiederholungen der Massnahme fallen folgende jährliche Kosten für die künstliche Insemination an:

Künstliche Insemination			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Künstliche Insemination	250		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (5000 Fälle x 4.5 Wiederholungen x 250.00 Franken) Die jährliche Anzahl der Fälle und die Anzahl der Wiederholungen der Massnahme ist aufgrund der Unterlagen nicht nachvollziehbar.			5.60 Mio.

6.2.1.15 Sonographisches Hüftscreening bei Neugeborenen

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibungen der neuen substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Im Alter von 0-6 Wochen wird eine sonographische Untersuchung des Hüftgelenks durchgeführt, um Reifungsverzögerungen, Reifungsdefizite, Verknöcherungsdefizite, Dezentrierungsgefährdungen oder beginnende Dezentrierungen festzustellen. Angeborene Hüftdysplasien und –luxationen sind nur schwierig tastbar. Die Sonographie erweist sich gegenüber anderen klinischen Untersuchungsmethoden eindeutig überlegen.

Hüftdysplasien im Kindesalter können bei frühzeitiger Behandlung mit wenig Aufwand korrigiert werden. Im Erwachsenenalter führen sie zu vermeidbaren Coxarthrosen, die häufig durch folgende Operationsverfahren zu beheben sind: 1. Knöcherne Korrekturoperationen im Bereich der Pfanne (periacetabuläre Osteotomien). 2. Knöcherne Korrekturoperationen im Bereich des Oberschenkels (intertrochantäre Osteotomien). 3. Künstlicher Gelenkersatz.

2. Kosten der Leistungen

Die sonographische Hüftuntersuchung wird je nach Kanton unterschiedlich vergütet. Für die Berechnung wird aus diesem Grunde von durchschnittlichen Kosten ausgegangen. Substituierte andere klinische Untersuchungen werden kostenmässig nicht beziffert. Die Kosten der vermeidbaren Operationen werden detailliert aufgeführt, allerdings ist die Quelle, auf der die Angaben beruhen, nicht belegt.

Neue Leistung	Preis	Total
Sonographische Hüftuntersuchung		Fr. 100.00
Vermiedene Behandlungen		
1. Periacetabuläre Osteotomien Präoperative Abklärungen (meist inkl. CT oder MRI, 3-dimensionale Rekonstruktionen und Computerberechnung der nötigen Korrektur) autologe Bluttransfusionen, Labor etc. Spitalaufenthalt allgemein in Zentrumsklinik ca. 2 Wochen inkl. Effektive Operationskosten und andere Unkosten Nachbehandlungen (Physiotherapie, Röntgenkontrollen etc.)	Fr. 5 000.00 Fr. 20 000.00 Fr. 5 000.00	Fr. 30 000.00
2. Intertrochantere Osteotomien Präoperative Abklärungen inkl. Röntgen, autologe Bluttransfusionen, Labor etc. Spitalaufenthalt allgemein orthopädische Abteilung inkl. effektive Operationskosten und andere Unkosten Nachbehandlung (Physiotherapie, Röntgenkontrollen etc.)	Fr. 5 000.00 Fr. 15 000.00 Fr. 5 000.00	Fr. 25 000.00
3. Hüftgelenk-Totalprothesen Präoperative Abklärungen inkl. Röntgen, autologe Bluttransfusionen, Labor etc. Spitalaufenthalt allgemein orthopädische Abteilung inkl. effektive Operationskosten und andere Unkosten Nachbehandlungen (Physiotherapie, Röntgenkontrollen etc.)	Fr. 5 000.00 Fr. 30 000.00 Fr. 5 000.00	Fr. 40 000.00
4. Kostenschätzung Totalprothesenwechsel		Fr. 50 000.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Die sonographische Hüftuntersuchung hat keine Nebenwirkung, weshalb in der Dokumentation nicht darauf eingegangen werden braucht. Beachtung finden Fehlbeurteilungen und die Unzuverlässigkeit der sonographischen Hüftuntersuchung, aber ohne kostenmässige Bezifferung.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Die indirekten Kosten bei operativen Eingriffen durch Arbeitsunfähigkeit wurden geschätzt. Allerdings ist nicht klar auf welchen Grundlagen die Schätzungen beruhen. Angenommen werden 4 Monate Arbeitsunfähigkeit à 20 000 und 5 Monate à 25 000 Franken.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Antragssteller bemühten sich durch Umfragen erhärtete Vermutungen über die bisherige Anzahl von durchgeführten sonographischen Hüftuntersuchungen sowie die Quantität der vermeidbaren Operationen zu erlangen. Das Vorgehen ist allerdings nicht beschrieben, so dass die Qualität der Daten schwer einzuschätzen ist. Nach dem Entscheid soll bei allen Neugeborenen in der Schweiz eine sonographische Hüftuntersuchung durchgeführt werden. Ob dafür die Bereitschaft wirklich vorhanden ist, wird nicht dargelegt. Wahrscheinlich ist die jährliche Anzahl von 85 000 Sonographien viel zu hoch gegriffen. Über substituierte klinische Untersuchungen oder eingeschränkte Wirksamkeit der sonographischen Hüftuntersuchung bei der Entdeckung von Anomalien gibt es keine Angaben. In der Dokumentation wird darauf hingewiesen, dass die Invalidenversicherung 1992 für die Behandlung des Geburtsgebrechens Hüftluxation oder -dysplasie bei Kindern 4.8 Mio. Franken bezahlte. Durch die Sonographie soll eine Kostenreduktion von 40% (2.8 Mio. Franken) entstehen, weil die Behandlungskosten um 70% sinken, aber die Anzahl der zu behandelnden Patienten sich verdoppelt. Auf was die Zahlen zu den Behandlungskosten der IV beruhen, bleibt unklar. Nach einer Erhebung wurden 25 930 Sonographien im Jahr 1992 durchgeführt. Nach eigenen Schätzungen der Gesuchsteller dürfte diese Anzahl gegenwärtig auf 35-40 000 gestiegen sein.

Für die Kostenberechnung der neuen Leistung wird vor dem Entscheid wenig einleuchtend von einem 20% Screening, d.h. 17 000 Sonographien, ausgegangen.

	Vor Entscheid			Nach Entscheid
	1992	1996	20% selektives Screening	
Geburten	87 894			85 000
Sonographien	25 930	35-40 000	17 000	85 000
IV-Kosten	4.8 Mio. Franken			2.8 Mio. Franken
Periacetabuläre Osteotomien			75	0
Intertrochantere Osteotomien			40	0
Hüft-Totalprothesen			400	0
Totalprothesenwechsel			40	0
4 Monate Arbeitsausfall			515	0
5 Monate Arbeitsausfall			40	0

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wird von Minderkosten durch vermiedene Behandlungen im Kindesalter von 4.8 Mio. Franken und im Erwachsenenalter von 21.25 Mio. Franken ausgegangen. Der Lohnausfall beläuft sich auf 11.3 Mio. Franken. Die gesamten Minderkosten würden nach dieser Berechnung 37.12 Mio. Franken im Jahr betragen. Da aber im Jahr 1992 bereits 25 930 Sonographien durchgeführt wurden, gegenwärtig sogar mit 35-40 000 Sonographien gerechnet wird, sind zwei Folgerungen möglich: Die Kosten für die neue Leistung ergeben sich nicht aus der Differenz von 17 000 Sonographien vor dem Entscheid und 85 000 Sonographien nach dem Entscheid, sondern aus der Differenz von 40 000 und 85 000 Sonographien. Entsprechend werden bereits jetzt mehr Dysplasien entdeckt und die Minderkosten dürften niedriger ausfallen als von den Autoren berechnet.

	Datum	Menge	Kosten	Total
Sonographie				
Vor Entscheid	1992	25 930	Fr. 100.00	Fr. 2 593 000.00
	1996	35-40 000	Fr. 100.00	Fr. 3.5-4 000
	20% Screen.	17 000	Fr. 100.00	000.00
Nach Entscheid		85 000	Fr. 100.00	Fr. 1 700 000.00
				Fr. 8 500 000.00
IV-Kosten				
Vor Entscheid	1992			Fr. 4 800 000.00
Nach Entscheid				Fr. 2 800 000.00
Operationen				
Vor Entscheid:				
- periacetabuläre Osteotomie		75	Fr. 30 000.00	Fr. 2 250 000.00
- intertrochantere Osteotomie		40	Fr. 25 000.00	Fr. 1 000 000.00
- Hüft-Totalprothesen		400	Fr. 40 000.00	Fr. 16 000 000.00
- Totalprothesenwechsel		40	Fr. 50 000.00	Fr. 2 000 000.00
Nach Entscheid:				
- keine Operationen		0	0	Fr. 00 000 000.00
Arbeitsunfähigkeit				
Vor Entscheid:				
- 4 Monate		515	Fr. 20 000.00	Fr. 10 300 000.00
- 5 Monate		40	Fr. 25 000.00	Fr. 1 000 000.00
nach Entscheid:				
keine Arbeitsunfähigkeit		0	0	Fr. 00 000 000.00

Durch die 45'000 zusätzlichen Sonographien nach dem Entscheid der ELK dürften die Kostenfolgen wie folgt aussehen:

Sonographisches Hüftscreening bei Neugeborenen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Sonographie	100		
Vermiedene Operationen und Arbeitsunfähigkeit je Sonographie	472	251	
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-372	-251	-623
Kosten der Nebenwirkungen und eingeschränkter Wirksamkeit bei vermiedenen Operationen nicht berücksichtigt. Ableitung der Kosten für Arbeitsunfähigkeit unklar.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (45 000 Sonographien x -372 direkte Kosten)			-16.7 Mio.
In der Dokumentation ist das Verfahren zur Schätzung der zusätzlichen Sonographien widersprüchlich und unklar. Ebenfalls wird die Ableitung der Anzahl der vermiedenen Operationen und Kosten der Arbeitsunfähigkeit nicht einsichtig.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Kostenschätzung des BSV folgt weitgehend den Zahlen in der Dokumentation. Die Anzahl der Sonographien steigt auf 85'000 nach dem Entscheid, vorher wurden bereits 17'000 durchgeführt. Die Mehrkosten für die Krankenversicherung betragen bei einem Preis von 100 Franken für eine Sonographie 6.8 Mio. Franken. Bei der Invalidenversicherung würden nach der Änderung anstelle der bisherigen 4.8 Mio. Franken nur noch 2.8 Mio. Franken anfallen. Die Mehrkosten insgesamt betragen demnach noch 4.8 Mio. Franken. Die Einsparungen bei der Invalidenversicherung können nicht nachvollzogen werden. Weshalb sonst manchmal von den Kosten für die Krankenversicherung ausgegangen wird, bei der Sonographie jedoch die Einsparungen bei der Invalidenversicherung zusätzlich berücksichtigt werden, ist nicht nachvollziehbar. In den Unterlagen des BSV wird auf vermiedene Behandlungskosten von 21.25 Mio. Franken und nicht eingetretene Lohnausfälle von 11.07 Mio. Franken hingewiesen, jedoch nicht bei den Kostenfolgen berücksichtigt.

6.2.1.16 Rachitisprophylaxe

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

Die meisten Kinderärzte verschreiben 400 U des Vitamins D denjenigen Säuglingen, die durch Muttermilch ernährt werden. Säuglinge, die mit der Flasche ernährt werden, erhalten durch die industrielle Säuglingsnahrung eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D. Aus diesem Grunde ist die Rachitis praktisch in der Schweiz verschwunden. Es ist jedoch notwendig, bei durch die Brust ernährten Kindern weiterhin Vitamin D zu verschreiben. Eine Flasche mit Vitamin D kostet Fr. 3.85. Die Prophylaxe für ein Jahr kostet etwa Fr. 10.00 je Kind.

Angaben über Menge, über vermiedene Behandlungen und über potentielle Kostenfolgen der Leistung sind nicht vorhanden. Eine Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Das BSV geht von 82'980 Lebendgeborenen im Jahr aus und schätzt, dass die Kinder im ersten Lebensjahr 100 Tage voll gestillt und 135 Tage voll- und teilgestillt werden sollten. Bei Kosten der Prophylaxe von 3.85 Franken für 100 Tage betragen die Kostenfolgen zwischen 300'000 und 450'000 Franken im Jahr. Ob bei dieser Berechnung davon ausgegangen wird, dass alle Neugeborenen gestillt werden, wird nicht ganz klar.

6.2.1.17 Prophylaxe der Vitamin K-Mangeldurchblutung bei Neugeborenen und Säuglingen

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Vitamin K-Prophylaxe wird in der Schweiz seit über 50 Jahren durchgeführt. Zunächst durch i.m. Injektionen und seit den 70er Jahren zunehmend als ein- oder zweimalige per os-Gabe. Seit 1995 ist ein neues wasserlösliches Vitamin K-Präparat (Konaktion® MM paediatric) auf dem Markt. Die offizielle Empfehlung sieht seither eine Gabe von 2 mg per os am ersten und vierten Lebenstag vor. Welche der unterschiedlichen Formen der Vitamin K Gabe optimal ist, soll noch untersucht werden.

Über Behandlungen, die durch die Vitamin K-Prophylaxe vermieden werden, sind keine Beschreibungen in der Dokumentation vorhanden.

2. Kosten der Leistungen

Zwei Ampullen Konaktion® MM paediatric kosten Fr. 1.80. Der Preis der substituierten Vitaminpräparate wird nicht angegeben. Ebenfalls gibt es keine Informationen über die Aufwendungen für vermiedene Behandlungen.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Im Gegensatz zur intramuskulärer Verabreichung von Vitamin K, welche eine Krebsgefährdung im Kindesalter verursachen könnte, wird bei oral eingenommener Dosis von keinen Nebenwirkungen berichtet. Über die Wirksamkeit der neuen Applikationsart gibt es noch keine gesicherten Erkenntnisse.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Im Jahr 1986/1987 wurde praktisch zu 100% eine Dosis intramuskulär verabreicht, im Jahr 1993/1994 wurden nur noch bei 40% eine Dosis und bei 60% zwei Dosen verabreicht. Keine Angaben gibt es, wie häufig die Vitamin K-Prophylaxe durchgeführt wurde bzw. werden soll.

Blutungshäufigkeiten in der ersten Lebenswoche ohne Prophylaxe bewegen sich zwischen 0.01-1.5% und die Häufigkeit von Spätblutungen um 0.01%, was 5-10 Fälle/Jahr in der Schweiz entspricht. Durch die Prophylaxe sind die Blutungen in der ersten Lebenswoche verschwunden, die Spätblutungen jedoch nicht im gewünschten Masse zurückgegangen. Im Jahr 1986/1987 betragen sie 7.2/100 000 und im Jahr 1993/1994 4.2/100 000.

Über die Menge der vermiedenen Leistungen durch die Vitamin K-Prophylaxe sind keine Informationen in der Dokumentation enthalten.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Der Versuch einer gesamtschweizerischen Kostenschätzung wird in der Dokumentation nicht gemacht. Aufgrund den Unterlagen dürften folgende Kosten anfallen:

Prophylaxe der Vitamin K-Mangeldurchblutung bei Neugeborenen und Säuglingen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Vitamin K Gabe 2 x Fr. 1.80?	4		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Keine Angaben über vermiedene Leistungen.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (80 000 Kinder x 4 Franken)			+0.3 Mio.
Keine Schätzung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen in der Dokumentation vorhanden.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Aufgrund der Annahme, dass für alle 82'980 Neugeborenen bei einem Preis von Fr. 3.60 bei zwei Vitamingaben die Prophylaxe durchgeführt wird, sollen die Folgekosten 150'000 Franken im Jahr betragen. Damit werden die Kosten um ca. 150'000 Franken zu niedrig angegeben.

6.2.1.18 Änderung der Methadonverordnung in der KLV, Anhang 1, Punkt 8 Psychiatrie

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Methadonbehandlung soll leistungspflichtig sein, wenn eine Entwöhnungsbehandlung keinen Erfolg verspricht und der Patient bzw. die Patientin mindestens 18 Jahre alt ist, eine Opiatabhängigkeit seit mindestens einem Jahr besteht und nach ärztlicher Meinung ein Entzug zur Zeit nicht indiziert ist. Der behandelnde Arzt muss dem Vertrauensarzt des Versicherers bestätigen, dass die Indikation für eine Methadonbehandlung gegeben ist, dass die erforderlichen kantonalen Bewilligungen vorliegen, dass die nach 2 Jahren vorgenommene Überprüfung für eine Fortsetzung der Methadonbehandlung spricht und, dass die Behandlungssteuerung durch eine vom Arzt oder von der Ärztin angeordnete Urinuntersuchung erfolgt.

Mit der Methadonbehandlung sollen zum einen die sozialen Verhältnisse und die berufliche Integration stabilisiert und verbessert werden. Zum anderen soll der problematische Drogenkonsum verringert und vermieden werden, damit eine Gefährdung der Gesundheit ausbleibt oder sich der psychische und physische Zustand erholt.

Alternativen wären der stationäre Entzug in einem Akutspital, in einer psychiatrischen Klinik oder einer drogenspezifischen Einrichtung sowie eine ambulante Behandlung.

2. Kosten der Leistungen

Für die Methadon- und alternativen Behandlungen werden aufgrund von Umfragen und Schätzungen Tagessätze angegeben. Unklar ist, wie die Tagessätze von Fr. 600.00 im Akutspital und von Fr. 700.00 in psychiatrischen Kliniken hergeleitet sind. Bei der Methadonbehandlung enthält die Dokumentation auch die durchschnittliche Behandlungsdauer, die bei den alternativen Verfahren fehlen. Dadurch ist ein Kostenvergleich nicht möglich. Ebenfalls fehlen Kosten, die sich durch die Behandlung von vermiedenen Infektionskrankheiten oder von anderen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ergeben.

Art der Behandlung	Dauer	Preis	Total
In Akutspitalern	?	ca. Fr. 600.00/Tag	?
In psychiatrischen Kliniken je nach Intensität der Betreuung	?	ca. Fr. 280.00-700.00/Tag	?
In ambulanter Betreuung (Drogenberatung)	?	ca. Fr. 8.00/Tag	?
Methadonbehandlung mit medizinischer, psychosozialer Betreuung und Substanz	28.5 (+/-17.3) Monate	ca. Fr. 15.00-30.00/Tag	Fr. 8000.00-16'000.00
Stationäre drogenspezifische Einrichtung (Entzug, Therapie, Eingliederung)	?	ca. Fr. 200.00-600.00/Tag	?

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Die drei Aspekte werden zwar in der Dokumentation angesprochen, aber die daraus resultierenden Kosten sind nicht behandelt.

5. Mengenentwicklungen der Kostenfaktoren

30 000 Personen gehören zur Zielgruppe für eine Methadonbehandlung. 15 000 Personen befinden sich in Methadonprogrammen und ca. 1 250 stationäre Behandlungsplätze stehen zur Verfügung. Weitere Angaben für Berechnungen der gesamtschweizerischen Kostenfolgen fehlen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Eine gesamtschweizerische Schätzung der Kostenfolgen durch die Veränderung der Methadonverordnung wird nicht versucht.

Die Angaben in der Dokumentation erlauben nicht, die gesamtschweizerischen Kostenfolgen abzuleiten. Wahrscheinlich werden sich Einsparungen durch die Änderung der Methadonverordnung ergeben.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung gehen davon aus, dass die Änderung der Methadonverordnung zu einer Zunahme der Methadontherapie und zu einer Abnahme der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen führen.

2. Kosten der Leistungen

Die Preise für die Methadonsubstanz, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung werden wie folgt angegeben:

Methadonsubstanz: ca. Fr. 10.00/Tag

Entzugsbehandlung: Akutspital Fr. 600.00/Tag

Entwöhnungsbehandlung: Stationäre drogenspezifische Einrichtung Fr. 400.00/Tag

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Angaben über Zusatz- und indirekte Kosten sind nicht vorhanden.

5. Mengenentwicklungen der Kostenfaktoren

Die Schätzungen des BSV gehen von folgenden Annahmen aus: 1995 waren 15'000 Personen in Methadonsubstitutionsprogrammen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 28.5 Monate. Jedes Jahr sind 6'300 neue Patienten dazugekommen. Der Entzug im Akutspital dürfte 20 Tage und die Entwöhnung in einer stationären drogenspezifischen Einrichtung 182 Tage je Patient dauern.

Nach Änderung der Bestimmungen dürfte die Anzahl potentieller Teilnehmer auf 19'000 steigen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beläuft sich auf 30 Monate. Jedes Jahr kommen 7'600 Patienten dazu. Nach Variante A werden 2/3 der neuen Patienten, d.h. rund 5'000, einen Entzug von 20 Tagen im Akutspital und eine Entwöhnung von 182 Tagen in einer stationären drogenspezifischen Einrichtung durchführen. Nach Variante B trifft dies nur für die Hälfte, d.h. 3'800 Patienten zu.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die Änderung der Methadonverordnung führt nach diesen Annahmen zu einer Verringerung der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen und zu folgenden Kosteneinsparungen:

Änderung der Methadonverordnung			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Änderung Verordnung (Methadonbehandlung 365 Tage x 10 Fr.)	3'650		
Keine Änderung (Methadonbehandlung 365 Tage x 10 Fr. + 20 Tage Akutspital x 600 Fr. + 182 Tage drogenspezifische Einrichtung x 400 Fr.)	88'450		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-84'800		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen	Variante A (6'300 – 5'000 Fälle x –84'800 Franken) Variante B (6'300 – 3'800 Fälle x –84'800 Franken)		-110.2 Mio. -212.0 Mio.
Die Abnahme der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung nach der Änderung der Methadonverordnung ist nicht nachvollziehbar.			

6.2.1.19 PET-Staging beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom und beim malignen Melanom

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ist ein nicht-invasives diagnostisches Verfahren, das erlaubt physiologische und biochemische Gewebefunktionen bildlich darzustellen. Nach Angaben des ärztlichen Dienstes des BSV erlaubt PET z.B. beim Melanomstaging auf Computertomographie und Ultraschalluntersuchungen zu verzichten. Durch diese diagnostische Methode lässt sich auch die Anzahl der Lungeneingriffe um 10% vermindern.

2. Kosten der Leistungen

Der Preis der Leistung wird ohne nähere Ausführungen mit Fr. 1'200.00 beim Tumorstaging des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms und Fr. 1'400.00 des malignen Melanoms angegeben. Zu den substituierten oder vermiedenen Leistungen finden sich in den Unterlagen keine Informationen.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit oder Arbeitsunfähigkeit spielen bei PET keine Rolle.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Beim Lungenkarzinom wird ohne nähere Begründung mit 100 und beim malignen Melanom mit 250 Fällen im Jahr gerechnet. Zu substituierten oder vermiedenen Leistungen bestehen in den Unterlagen keine Mengenangaben.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Aufgrund der Angaben fallen beim PET-Staging folgende Kosten an:

PET-Staging			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
PET-Staging beim nichtkleinzelligen Lungenkarzinom	1'200		
PET-Staging beim malignen Melanom	1'400		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (100 Lungenkarzinom x 1'200 Franken und 250 maligne Melanom x 1'400 Franken)			0.47 Mio.
Die jährliche Anzahl der Fälle und die Anzahl der Wiederholungen der Massnahme ist aufgrund der Unterlagen nicht nachvollziehbar.			

6.2.1.20 Zahnärztliche Leistungen bei Geburtsgebrechen

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Verschiedene Geburtsgebrechen im Kiefer- und Gesichtsbereich können erst operativ behandelt werden, wenn der pubertäre Wachstumsschub abgeschlossen ist. Die Behandlung kann bei einem Teil der Betroffenen erst nach dem 20. Altersjahr, d.h. nach dem Ende der Leistungspflicht der IV gemäss Art. 13 Absatz 1 IVG abgeschlossen werden.

2. Kosten der Leistungen,

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit,

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit und

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Zu Kosten, Zusatzkosten, indirekte Kosten und Mengenentwicklung sind in den Unterlagen keine Angaben zu finden

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Ohne nähere Begründung wird geschätzt, dass die Kosten für die Krankenversicherer ungefähr 1% der heutigen zahnärztlichen Kosten der IV für Geburtsgebrechen ausmachen. Danach dürften sich die Kosten auf 0.5 Mio. Franken im Jahr betragen.

6.2.2 Entscheidungen 1997

6.2.2.1 ErecAid-System OSBON

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei erektilen Dysfunktionen, die wegen physischen und/oder psychischen Ursachen bestehen, wird mithilfe einer Vakuumpumpe zuerst eine Erektion erzeugt und dann mit einem Spannungsring, der an der Peniswurzel angebracht wird, während des Geschlechtsverkehrs erhalten. Andere Behandlungsmöglichkeiten sind psychotherapeutische und –soziale Beratungen, Medikamente, Schwellkörperinjektionen (SKAT), gefässchirurgische Eingriffe oder Penisimplantate.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten des ErecAid-Systems OSBON werden differenziert nach Modell und Verbrauchsmaterial angegeben. Von den substituierten Methoden werden zu gefässchirurgischen Eingriffen und Penisimplantate Schätzungen des Universitätsspitals Zürich dargestellt. Zu SKAT wird ohne weitere Detaillierung bemerkt, dass sie teurer als das ErecAid-System OSBON ist.

ErecAid-Classic (mit Handpumpe)	Fr.	870.00	
ErecAid-Plus (mit batteriebetriebener Pumpe)	Fr.	949.00	
Verbrauchsmaterial (je nach Gebrauch zu ersetzen)	Fr.	17.00	
- Original OSBON Gleit-Gel (1 grosse Tube)	Fr.	24.00	Fr. 911.00-990.00
- Gummi Spannungsringe (1 Stück)			
Operative Revaskularisation	Fr.	15 000.00	
Hydraulische Prothese (inkl. Operation und Nachbehandlung)	Fr.	19 500.00	

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Die Nebenwirkungen des ErecAid-Systems OSBON sind gering und beziehen sich hauptsächlich auf Schmerzen bei der Anwendung. Manchmal kommen Hautläsionen und Hämatome vor. Dagegen weisen die alternativen Behandlungen schwerwiegendere Komplikationen auf, deren Kos-

ten jedoch nicht beziffert werden. Bei allen Methoden ist die Wirksamkeit eingeschränkt. Welche Zusatzkosten, z.B. durch Versuche des Patienten mit anderen Behandlung auftreten, wird nicht dargestellt. Der Arbeitsunfähigkeit kommt hingegen keine Bedeutung zu.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Aus der Literatur wird in der Dokumentation zitiert, dass 5% der Männer im Alter von 40 Jahren und 25% der über 65jährigen unter erektilen Dysfunktionen leiden. In den letzten Jahren hat die Anzahl der Männer zugenommen, die einen Arzt wegen einer erektilen Dysfunktion konsultieren. Schätzungen über den Anteil der Betroffenen, die für ein ErecAid-System OSBON geeignet sind, wurden nicht gemacht. Der Antragssteller denkt ohne weitere Begründung, dass der jährliche Bedarf etwa 350 Stück betragen könnte.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wurde kein Versuch unternommen, die gesamtschweizerischen Kostenfolgen zu berechnen. Nach den Angaben in der Dokumentation dürften etwa folgende Kosten anfallen:

ErecAid-System OSBON			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
ErecAid-System OSBON	950		
Operative Revaskularisation	15 000		
Hydraulische Prothese (inkl. Operation und Nachbehandlung)	19 500		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-14 050 bis -18550		
Kosten der Nebenwirkungen der alternativen Massnahmen fehlen. Kosten der eingeschränkten Wirksamkeit der Behandlungen werden ebenfalls nicht angegeben			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (Bedarf 350 Stück x 950)			0.33 Mio.
Der Bedarf von 350 ErecAid-System OSBON ist empirisch nicht begründet. Zu vermuten ist, dass die Betroffenen mehrere Methoden ausprobieren und keine Minderkosten anfallen.			

6.2.2.2 Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis von Helicobacterpylori-Elimination

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Zur Leistung gibt es keine Beschreibung. In den Unterlagen wird nur bemerkt, dass durch diese Untersuchungsmethode eine Kontrollgastroskopie unnötig werde.

2. Kosten der Leistungen

Der Preis der Leistung beträgt Fr. 125.00. Zur substituierten Kontrollgastroskopie wird kein Preis angegeben.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit oder Arbeitsunfähigkeit spielen bei dieser Untersuchungsmethode keine Rolle.

5. Mengenentwicklung der Kostenfolgen

Ohne weiteren Ausführungen wird mit 20'000 Fälle im Jahr gerechnet.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Aufgrund der wenig aufschlussreichen Angaben fallen für diese Untersuchungsmethode folgende Kosten an:

Atemtest mit Harnstoff 13C zum Nachweis der Helicobacterpylori-Elimination			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Atemtest mit Harnstoff 13C	125		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (20'000 Fälle x 125 Franken)			2.50 Mio.
Die jährliche Anzahl der Fälle ist aufgrund der Unterlagen nicht nachvollziehbar.			

6.2.2.3 Nichtchirurgische Ablation des Endometriums

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Zur Bekämpfung übermässiger monatlicher Blutungen bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung wird ein Einweg-Ballonkatheter in den Uterus eingeführt. Der Ballon wird dann mit Glycin gefüllt und die Flüssigkeit erhitzt, so dass das Endometrium und Teile des Myometrium zerstört werden.

Die Behandlung der Menorrhagie erfolgt meistens mittels einer diagnostischen und therapeutischen Curettage. Wenn keine organische Ätiologie gefunden wird, dann wird eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Wenn keine Verbesserung eintritt, dann wird eine Hysterektomie durchgeführt. Verschiedene andere Alternativen zur Hysterektomie wurden wegen der hohen Rückfallraten oder ernstzunehmenden Nebenwirkungen wieder aufgegeben.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten der neuen Leistung werden detailliert nach Taxpunktwert sowie nach den Richtlinien der PKS (Paritätische Kommission Spitalleistungskatalog) berechnet. Auch die Kosten der durch die nichtchirurgische Ablation des Endometriums substituierten Hysterektomie wurden von einem zugezogenen Experten nach dem gleichen Verfahren ermittelt.

Neue Leistung nach Behandlungsschritten	Kosten nach Art der Anästhesie					
	Lokale Anästhesie		Peridural Anästhesie		Allgemeine Anästhesie	
Voruntersuchung	Fr.	205.45	Fr.	205.45	Fr.	205.45
Präoperative Behandlung	Fr.	587.60	Fr.	587.60	Fr.	587.60
Kosten Anästhesie, OP	Fr.	39.60	Fr.	99.00	Fr.	267.30
Kosten Cavaterm	Fr.	1 053.10	Fr.	1 053.10	Fr.	1 053.10
Postoperative Behandlung	Fr.	79.00	Fr.	79.00	Fr.	79.00
Nachkontrollen	Fr.	29.70	Fr.	29.70	Fr.	29.70
Total neue Leistung	Fr.	1 994.45	Fr.	2 053.85	Fr.	2 222.15
Substituierte Leistung Hysterektomie						Fr. 6 478.45

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Die Nebenwirkungen der neuen Leistung fallen nach dem Experten im Vergleich mit anderen Verfahren und der Hysterektomie vergleichsmässig gering aus. Die Kosten einer bei der nichtchirurgischen Ablation des Endometriums noch notwendigen Antikonzeption werden nicht angeben.

Die Erfolgsrate der neuen Methode wird dargestellt. Für die Kosten einer eventuell doch notwendigen Hysterektomie werden vom Experten Fr. 831.85 zu den Aufwendungen der neuen Leistung geschlagen.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Die Kosten für die Arbeitsunfähigkeit werden aufgrund eines Jahreseinkommens von Fr. 50 000.00 vom Experten bei der Hysterektomie mit Fr. 7 009.35 und für die neue Leistung mit Fr. 467.30 beziffert.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Der Bedarf wird ausgehend von 1 175 in der VESKA-Statistik im Jahr 1995 aufgeführten Hysterektomien ohne weitere empirische Belege nach folgenden Annahmen abgeleitet:

Hysterektomien aufgrund VESKA-Statistik im Jahr 1995	1 175
Zuschlag wegen nicht an VESKA angeschlossenen Spitälern oder nicht gemeldeten Hysterektomien	3 525
50% der Hysterektomien wegen Menorrhagien	1 763
25% der Hysterektomien wegen Menorrhagien geeignet für neue Leistung	440

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Eine Berechnung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen wurde nicht unternommen. Nach den Angaben in der Dokumentation fallen folgende Kosten an:

Nichtchirurgische Ablation des Endometriums			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Durchschnittliche Kosten der nichtchirurgischen Ablation des Endometriums (inkl. Zuschlag für doch notwendige Hysterektomie)	2 920	467	3 387
Hysterektomie	6 478	7 009	13 487
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-3 558	-6 542	-10 100
Kosten der Nebenwirkungen fehlen			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (440 Ablationen x direkte Kosten von -3 558)			-4.4 Mio.
Berechnung der Menge von 440 Ablationen ist in der Dokumentation zuwenig empirisch begründet.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Unterlagen des BSV folgen weitgehend der Argumentation der Gesuchsteller.

6.2.2.4 Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Mit UROD wird mit der Verabreichung von Opiatantagonisten und unter Sedation oder Anästhesie versucht, während eines Spitalaufenthaltes von 2 Tagen einen Entzug ohne schwerwiegende Entzugserscheinungen durchzuführen. Die eigentliche Behandlung umfasst eine Vorbereitungsphase, die vor allem aus einer Untersuchung des Gesundheitszustands und der sozialen Situation besteht. Anschliessend folgt eine Nachbehandlung, die auch die soziale Betreuung einschliessen soll. Als Voraussetzung für UROD wird genannt: keine Empfindlichkeit gegen die im Verfahren verwendete Substanzen, Monoabhängigkeit von Opiaten, gute soziale Integration und die Motivation drogenfrei zu leben.

Das alternative Verfahren zu UROD ist eine traditionelle Entzugstherapie im Spital, die in der Regel etwa 14 Tage dauert.

2. Kosten der Leistungen

In der Dokumentation wird versucht, die effektiven und die aufgrund der Taxordnung fakturierten Kosten (kursiv in der Tabelle) für UROD und für eine traditionelle Entzugstherapie darzustellen. Die Gesamtkosten von UROD und vom traditionellen Entzug beruhen auf den effektiven Kosten.

UROD		
<i>Vorbereitung</i>		
Medikamente	Fr. 350.00	
Analyse	Fr. 400.00	
<i>Spitalaufenthalt effektive Kosten</i>		
Behandlung und Pflege 17.5 Stunden à Fr. 300.00	Fr. 5 250.00	
Übernachtungen 2 Nächte à Fr. 100.00	Fr. 200.00	
Medikamente	Fr. 500.00	
<u>Psychiatrie fakturierte Kosten</u>		
<i>Eintritt</i>	Fr. 400.00	
2 Tage à Fr. 381.00	Fr. 762.00	
<u>Akutspital fakturierte Kosten</u>		
<i>Eintritt</i>	Fr. 630.00	
2 Tage à Fr. 425.00	Fr. 850.00	
<i>Nachbehandlung</i>		
2 Konsultationen	Fr. 230.10	
Medikamente	Fr. 29.90	Fr. 6 930.00
TRADITIONELLE ENTZUG		
<i>Spitalaufenthalt effektive Kosten</i>		
14 Tage à Fr. 1000.00	Fr. 14 000.00	
<u>Psychiatrie fakturierte Kosten</u>		
<i>Eintritt</i>	Fr. 400.00	
14 Tage à Fr. 381.00	Fr. 5 334.00	
<u>Akutspital fakturierte Kosten</u>		
<i>Eintritt</i>	Fr. 630.00	
14 Tage à Fr. 425.00	Fr. 5 950.00	
<i>Nachbehandlung</i>		
2 Konsultationen	Fr. 230.10	
Medikamente	Fr. 29.90	Fr. 14 260.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Komplikationen und Wirksamkeit der Therapie werden aus medizinischer Sicht diskutiert. Insbesondere die Durchführung unter Narkose scheint im Vergleich zu einem Entzug unter Sedation komplikationsanfälliger zu sein. Aber die Erkenntnisse z.B. über Schwierigkeiten nach der Narkose oder erneute Hospitalisierungen wegen Depressionen nach einigen Wochen müssten durch Studien besser erforscht werden. Studien fehlen auch über längerfristige Abstinenz der Therapieteilnehmer. Ein Vorteil von UROD ist, dass die Therapie aufgrund ihrer kurzen Dauer zu keinem Abbruch führt und sich besser mit einer Berufstätigkeit vereinbaren lässt. Aber auch zu diesem Punkt gibt es keine erhärteten Daten. Die Kostenfolgen von diesen Aspekten können nicht berücksichtigt werden.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

In der Dokumentation wird aufgrund der Bedingungen, den die Entzugswilligen bei UROD zu genügen haben, von etwa 500 Behandlungen im Jahr ausgegangen. Über die bisherige Entwicklung der UROD-Therapie sind keine Informationen wiedergegeben. Von den Antragsstellern wird erwähnt, dass UROD auch von Süchtigen genutzt wird, die an sonstigen Entzugsprogrammen nicht

teilnehmen würden. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, dass jede UROD-Therapie eine traditionelle Behandlung ersetzt. Allerdings dürften in diesen Fällen andere soziale Kosten vermieden werden, über die jedoch keine Daten vorhanden sind.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wird nicht versucht, die Kostenfolgen der neuen Therapie in der Schweiz zu schätzen. Alleine aus dem Vergleich der Kosten von UROD und einer traditionellen Entzugstherapie lässt sich in etwa ableiten, dass UROD zu Kosteneinsparungen führen könnte.

Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
UROD	6 930		
Traditionelle Entzug im Spital	14 260		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-7 330		
Keine Angaben wurden zu Kosten der Nebenwirkungen und zur eingeschränkten Wirksamkeit sowie indirekten Kosten gemacht. Die Preise für UROD und traditionellen Entzug geben die effektiven Kosten und nicht die Tarife für die Krankenkassen wieder.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (500 Behandlungen mit UROD)			-3.7 Mio.
Die Anzahl der Behandlungen mit UROD ist empirisch nicht begründet.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Unterlagen des BSV folgen weitgehend der Argumentation der Gesuchsteller.

6.2.2.5 Vorsorgliche Mammographie

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen und der substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei der vorsorglichen Mammographie werden zwei Aufnahmen von jeder Brust alle zwei Jahre bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durchgeführt. Die Röntgenaufnahmen werden zur Qualitätssicherung einer doppelten Lesung unterzogen. Bisherige Vorbeugungsmassnahmen sind das Abtasten der Brust durch einen Arzt oder durch die Frau selbst, wodurch der Brustkrebs allerdings 2 bis 3 Jahre später als bei einer Mammographie entdeckt wird. Andere bildgebende Verfahren sind entweder noch zu wenig erprobt oder teurer als die Mammographie. Durch eine frühere Entdeckung des Brustkrebses genügt ein schonender Eingriff und aufwendige und belastende Operationen und Therapien können vermieden werden.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten für die Mammographie mit Fr. 228.00 beruhen auf den Genfer Tarifen, die von den Gesuchstellern als zu hoch bezeichnet werden. Nach verschiedenen Überlegungen werden Kosten von Fr. 200.00 oder Fr. 179.00 als ausreichend bezeichnet. Die Kosten von anderen substituierten Vorsorgemassnahmen wurden nicht quantifiziert. Die Kosten für vermiedene Behandlungen werden nach Modellrechnungen für verschiedene Stadien des Krebses aufgrund der Genfer Erfahrungen dargestellt.

Vorsorgliche Mammographie	
Arztbesuch	Fr. 50.00
vorsorgliche Mammographie (Genfer Tarif)	Fr. 228.00
Aufklärung Zielprogramm (8.8% der Programmkosten)	Fr. 24.50?
vermiedene Operationen	
Frühstadium	Fr. 11 000.00
mittleres Stadium (T1-T2, NO)	Fr. 21 000.00
Spätstadium	Fr. 29 000.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Nur selten wird durch die Mammographie Brustkrebs ausgelöst. Zur Berücksichtigung dieser Nebenwirkungen werden anteilmässig die Behandlung und Überwachung des Brustkrebses im Spätstadium von Fr. 29 000.00 (s.o.) in der Kostenberechnung der Leistung eingerechnet.

Durch die Mammographie können sowohl falsche positive als auch falsche negative Diagnosen entstehen. Eine Quantifizierung der Falschdiagnosen und der daraus resultierenden Kosten (z.B. dritte Lesungen) wird in der Dokumentation nicht geleistet.

In der Dokumentation wurde auf das Problem der indirekten Kosten (z.B. Arbeitsunfähigkeit) nicht eingegangen.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Für die Mengenentwicklung enthält die Dokumentation Schätzungen über die Partizipationsrate der Frauen an der vorsorglichen Mammographie. Aus der Literatur wird der Anteil der Vorsorgeuntersuchungen, die Brustkrebs verursachen, abgeleitet. Die Schätzungen über die Partizipationsrate wurde nicht näher begründet. Die Berechnung der durch die Vorsorgeuntersuchung verursachten Krebsfälle enthält einen Fehler, so dass anstatt 6 nur 0.6 Fälle angegeben wurden. Der Rückgang von anderen Vorsorgemassnahmen oder die Menge der vermiedenen Behandlungen nach Stadium der Krebserkrankung wurde nicht quantifiziert.

	vor Entscheid	nach Entscheid		
		Inkraftsetzung	nach 2 Jahre	nach 5 Jahre
Häufigkeit - Inzidenz	8.3% mit steigender Tendenz			
Vorsorgeuntersuchungen	85 800	85 800	245 300	367 900
- ohne unter 50 Jährige		64 300	183 700	275 500
Partizipationsrate in %	14	14	40	60
Nebenwirkung (0.0016%)	1.37	1.37	3.92	5.88 (0.6 in Dok.)

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Bei der Berechnung der Kosten der vorsorglichen Mammographie wurde von einem gewünschten Preis von Fr. 175.00 ausgegangen. Die Kosten für die Nebenwirkungen wurden mit Fr. 29 000.00 je Fall angesetzt, wobei die Anzahl der Fälle jedoch um das 10fache unterschätzt wurde. Die Antragssteller führen aus, dass 1 Brustkrebs auf 110 Mammographien entdeckt wird. Substituierte oder durch die Mammographie vermiedene Leistungen werden nicht berücksichtigt. Angeführte Beispiele aus den USA zeigen, dass die Vorsorgeuntersuchung die medizinischen Kosten zwischen 6% und 22% reduzieren. Die Beispiele scheinen jedoch aufgrund der grossen Differenz nicht besonders vertrauenswürdig zu sein.

	Menge	Preis	Summe	Total
vor Entscheid				
Vorsorgeuntersuchungen	85 800	Fr. 175.00	Fr. 15 015 000.00	
Nebenwirkungen	1.37	Fr. 29 000.00	Fr. 39 730.00	Fr. 15 054 730.00
gleich nach Entscheid				
Vorsorgeuntersuchungen	85 800	Fr. 175.00	Fr. 15 015 000.00	
Nebenwirkungen	1.37	Fr. 29 900.00	Fr. 39 730.00	Fr. 15 054 730.00
2 Jahre nach Entscheid				
Vorsorgeuntersuchungen	245 300	Fr. 175.00	Fr. 42 927 500.00	
Nebenwirkungen	3.92	Fr. 29 000.00	Fr. 113 680.00	Fr. 43 041 180.00
5 Jahre nach Entscheid				
Vorsorgeuntersuchungen	367 900	Fr. 175.00	Fr. 64 382 500.00	
Nebenwirkungen	5.88	Fr. 29 000.00	Fr. 170 520.00	Fr. 64 553 020.00

Basierend auf den Angaben in der Dokumentation und bei Elimination des Rechenfehlers fallen folgende jährlichen Kosten für die vorsorgliche Mammographie an:

Vorsorgliche Mammographie			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
110 Mammographien à 250.50 auf 1 entdeckten Brustkrebs und 1 Operation Frühstadium 11 000.00	38 555		
Operation Spätstadium	29 000		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	+ 9 555		
Zum Preis von 175.00 für die Mammographie wird zusätzlich der Anteil der Kosten für Arztbesuch (50.00), Behandlung der Nebenwirkungen (0.50) und Aufwendungen für Aufklärungen der Zielpopulation (25.00) eingerechnet. Angaben über indirekte Kosten finden sich nicht in der Dokumentation.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen			
Vor Entscheid 14% Partizipationsrate (85 800 Untersuchungen / 110 x 9 555)			+7.45 Mio.
2 Jahre nach Entscheid 40% Partizipationsrate (245 300 Untersuchungen / 110 x 9 555)			+21.3 Mio.
5 Jahre nach Entscheid 60% Partizipationsrate (367 900 Untersuchungen / 110 x 9 555)			+31.9 Mio.
Die Partizipationsraten sind empirisch nicht begründet.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Unterlagen des BSV sprechen von zwei Gesuchen. Bei der Entwicklung der Partizipationsrate wird nach dem Entscheid von 64'000, nach zwei Jahren von 183'700 und nach fünf Jahren von 275'000 Untersuchungen ausgegangen. Woher die Unterschiede in der Anzahl Untersuchungen zur obigen Analyse des Antrags der Gesuchsteller kommen, ist nicht klar. Die Kosten belaufen sich nach den Unterlagen des BSV nach dem Entscheid auf 14.4 Mio. Franken und nach fünf Jahren auf 61.8 Mio. Franken. Minderkosten durch vermiedene Operationen wurden nicht berücksichtigt. In der Übersichtsliste vom 12.9.2000 wurden 12 Mio. Franken eingesetzt.

6.2.2.6 Iscador-Therapie

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

Bei der Iscador-Therapie werden Krebspatienten mit einem Mistelpräparat behandelt. Diese zur alternativen Medizin gehörende Behandlung wird im Rahmen eines NFP 34 Projekts evaluiert. Die Iscador-Therapie ist weder im Rahmen der Spezialitätenliste (Medikamente) noch gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung kassenpflichtig. Um die NFP 34 Studie nicht zu gefährden, sollte die Iscador-Therapie zeitlich beschränkt vergütungspflichtig durch die Krankenkassen werden.

Obwohl in einem Brief des BSV Angaben zu den Tageskosten pro Patient für die Behandlung mit Iscador, zur durchschnittlichen Behandlungsdauer und zur vermutlichen Anzahl der mit

Iscador behandelten Patienten verlangt werden, enthalten die Unterlagen keine dafür nötigen Informationen. Die einzigen für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung erhältlichen Daten sind die Kosten des Präparats (14 Ampullen für Fr. 86.80 und 8 Ampullen für Fr. 49.60). Zu den Kostenfolgen der Leistung können aufgrund der vorhandenen Unterlagen keine Aussagen gemacht werden. Eine Schätzung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

In den Unterlagen wird bemerkt, dass die Zahl der Firma Veleda mit 1 Mio. Franken, die vom Medikamentenpreis ausgeht, die zuverlässigste sei. Weitere Kosten wie Arztkonsultationen sind schwierig zu schätzen.

6.2.2.7 Ärztliche Leistungen (inkl. neue Regelung Brillen/Kontaktgläser)

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die Regelung, dass alle drei Jahre ein Beitrag an die Brillenkosten zu leisten ist, wurde neu formuliert. Die Bestimmung differenziert jetzt den Beitrag zum einen nach Alter und zum anderen zwischen Augenleiden wegen Krankheit oder Sehschwächen. Entsprechend werden die Beiträge der Krankenversicherer an die Brillenkosten variiert. Die Unterlagen erlauben nicht die Auswirkungen auf die Kosten zu ermitteln.

6.2.2.8 Neuraltherapie (Regulationstherapie) nach Huneke

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistung

Bei der Neuraltherapie nach Huneke werden Lokalanästhetika wie Procain oder Lidocain gezielt injiziert. Das Medikament soll nicht primär im pharmakologischen Sinn eine örtliche Betäubung erzielen, sondern das Vegetativum soll vielmehr einen Impuls erhalten, welches die Selbstregulation über Regelkreise in Gang bringt. Damit sollen gestörte Organfunktionen normalisiert werden. Nach den Antragsstellern gibt es besonders im Bereich der chronischen Erkrankungen für die Neuraltherapie eine grosse Anzahl von Indikationen. Entsprechend vielfältig fallen auch die substituierten oder vermiedenen Behandlungen nach der beigelegten Literatur aus. In der Dokumentation wird nicht versucht, die wichtigsten Indikationen und substituierten bzw. vermiedenen Leistungen darzustellen.

2. Kosten der Leistungen

Die technische Ausrüstung zur korrekten Durchführung der Neuraltherapie, welche keine stationäre Betreuung erfordert, wird von den Antragsstellern als bescheiden bezeichnet: Sterile 5ml-Einmalspritzen, 6 verschiedene Grössen Einmalkanülen (20mm-120mm), Procain 1% oder Lidocain 1% ohne jeglichen Zusatz und in geringster Dosierung. Anscheinend bereitet es den Gesuchsstellern Schwierigkeiten, den Behandlungspfad für die Neuraltherapie und die Kosten der Einzelleistungen darzustellen. Entsprechend den rudimentären Angaben zur Neuraltherapie fehlen auch jegliche Kostenschätzungen zu substituierten und vermiedenen Leistungen, obwohl in einer Literaturangabe von Kosteneinsparungen von 18.5% gegenüber Standardmethoden gesprochen wird.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Sehr undifferenziert sprechen die Antragssteller von den geringen Nebenwirkungen, von der grossen Wirksamkeit der Neuraltherapie sowie von der dadurch reduzierten Arbeitsunfähigkeit. Eine kostenmässige Bezifferung dieser Aspekte fehlt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren sowie

6. Verknüpfung Mengenentwicklung und Kosten

Nach den Antragsstellern eignet sich die Neuraltherapie zur Behandlung von chronischen Krankheiten, die 80% aller Erkrankungen ausmachen. Eine weitere Spezifizierung und eine Verknüpfung mit den Kosten fehlen. Eine Ableitung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

6.2.3 Entscheidungen 1998

6.2.3.1 Motorisch evozierte Potentiale (MEP)

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die motorisch evozierten Potentiale ermöglichen den Verdacht auf eine ZNS-Läsion entzündlicher, vaskulärer oder kompressiver Natur im Gehirn oder Rückenmark zu überprüfen. Im Gegensatz zu den bildgebenden Verfahren erfassen MEP die funktionelle Integrität oder das Leitungsdefizit des pyramidalen Systems. Bei entsprechenden Befunden erlauben MEP zu entscheiden, ob eine Operation notwendig ist oder nicht.

Die MEP sind als diagnostisches Instrument in gewissen Situationen sensitiver als somatosensorische evozierte Potentiale (SEP), welche sie zum Teil auch verdrängen. Die elektrophysiologische Methode der kutaneomuskulären Reflexuntersuchungen (sogenannte Long-Loop-Reflexe) werden nicht mehr gebraucht.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten von MEP werden ähnlich tarifiert wie SEP, d.h. die Untersuchung kommt auf ca. Fr. 400.00 zu stehen. Auf die Kosten anderer substituiertes oder vermiedener Leistungen wird in der Dokumentation nicht eingegangen.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Komplikationen werden bei intrakraniellen und intraokularen Metallgegenständen, Herzschrittmachern, schwerer Instabilität der Halswirbelsäure, Epilepsie und bei ganz frischen zerebrovaskulären Insulten angegeben. Über die Kosten der Komplikationen und der eingeschränkten Wirksamkeit sowie über die indirekten Kosten liegen keine Angaben vor.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Ohne Beleg wird die Anzahl der MEP mit rund 1200 im Jahr angegeben. Die Anwendung von MEP wird in den nächsten Jahren eher leicht zunehmen, während andere Verfahren abnehmen werden. Die Frage der vermiedenen Operationen wird überhaupt nicht angesprochen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wurde kein Versuch unternommen, die gesamtschweizerischen Kostenfolgen zu schätzen. Aufgrund der Angaben in der Dokumentation kann mit folgenden jährlichen Kosten gerechnet werden:

Motorisch evozierte Potentiale (MEP)			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Motorisch evozierte Potentiale (MEP)	400		
Somatossensorische evozierte Potentiale (SEP)	400?		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	0		
Angaben über vermiedene Operationen, Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit und indirekte Kosten fehlen.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen			0
Die Menge von 1 200 Untersuchungen ist in der Dokumentation empirisch nicht begründet.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die jährlichen Kosten werden ohne Berücksichtigung der vermiedenen Leistungen mit 0.5 Mio. Franken (1200 x 400) angenommen.

6.2.3.2 Spondylodese mittels Diskuskäfigen

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei degenerativer Instabilität der Wirbelsäule, z.B. Diskushernie mit oder ohne Stenose, Wirbelsäulenverschiebung, unerträglichen chronischen Lumbalgien, sollen Diskuskäfige eingesetzt werden, um den Zwischenwirbelraum auseinanderzuspreizen und zu stabilisieren sowie um eine knöcherne Brücke zwischen den beiden Wirbelkörpern zu ermöglichen. Die Diskuskäfige variieren je nach Hals- und Wirbelknochen sowie nach Fabrikat. Die substituierte Leistung ist im Bereich des Lendenwirbels ein Pedikelschraubsystem. Im Bereich der Halswirbelsäule wird nach der Diskusausräumung ein Knochenspan aus dem Becken oder ein Ersatzknochenimplantat eingesetzt.

2. Kosten der Leistungen

Der operative Eingriff verläuft bei der neuen und substituierten Leistung in etwa gleich und verursacht ähnlich hohe Kosten. Unterschiedlich sind die Preise bei den Implantaten. Ein Diskuskäfig für einen Halswirbel kostet zwischen 958 bis 1050 Franken und für einen Lendenwirbel zwischen 2'050 bis 2'556 Franken. Bei der substituierten Leistung kostet das Ersatzknochenimplantat für den Halswirbel zwischen 300 bis 700 Franken und das Pedikelschraubsystem 2'138 Franken.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Nebenwirkungen sollen bei der neuen Leistung nicht auftreten. Die Erfolgsquote liegt zwischen 90 bis 98%. Zu den Auswirkungen auf die Kosten werden keine Angaben gemacht.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Die neue Leistung wird nur bei arbeitsunfähigen Patienten angewendet. Ohne die Operation müssten die Patienten eine IV-Rente beantragen. Zu den Kosten der verminderten oder behobenen Arbeitsunfähigkeit werden keine Angaben gemacht.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Nach unvollständigen Daten wurden 1997 bei den Halswirbeln 422 und bei den Lendenwirbeln 778 Behandlungen durchgeführt. Der Gesamtbedarf wird ohne weitere Begründung auf 1'000 bis 1'500 Behandlungen geschätzt. Jede neue Leistung substituiert entweder ein Halswirbelimplantat oder ein Pedikelschraubsystem.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Von den Antragsstellern wurde kein Versuch unternommen, die gesamtschweizerischen Kostenfolgen zu schätzen. Nach den Informationen in der Dokumentation dürften durch die neue Leistung folgende jährliche Kosten entstehen:

Spondylodese mittels Diskuskäfigen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Diskuskäfig Halswirbel durchschnittlich	1000		
Ersatzknochenimplantat durchschnittlich	500		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Halswirbel	500		
Diskuskäfig Lendenwirbel durchschnittlich	2300		
Pedikelschraubensystem	2138		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Lendenwirbel	162		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (1997 entfielen 35% der Behandlungen auf Halswirbel und 65% auf Lendenwirbel. Bei 1'500 Behandlungen im Jahr entfallen 525 auf Halswirbel und 975 auf Lendenwirbel. 525 Halswirbel x 500 Franken und 975 Lendenwirbel x 162 Franken) Die Menge von 1 000 bis 1'500 Behandlungen ist in der Dokumentation empirisch nicht begründet.			0.42 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die jährlichen Kosten werden ohne nähere Begründung mit 2 Mio. Franken angegeben.

6.2.3.3 Magnetische Kernresonanz (MRI) – weitere Indikationen

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die Antragssteller wünschen das MRI als bildgebendes Verfahren auf weitere Indikationen in den Bereichen Bewegungsapparat, Thorax, Abdomen und Becken sowie Gefässe auszudehnen. Das MRI kann andere bildgebende Verfahren wie Arthrographie, Computer-Tomographie (CT), Ultraschall (US) oder Angiographie substituieren. Zum einen weil es traditionellen bildgebenden Verfahren überlegen und zum anderen auch weil es für die Patienten weniger belastend ist. Das MRI erlaubt auch explorative chirurgische Eingriffe zu vermeiden und Operationen besser zu planen.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten für eine MRI-Untersuchung inklusiv Verbrauchsmaterial differieren im Jahr 1997 je nach Untersuchungsregion zwischen Fr. 848.00 bei den Extremitäten und Fr. 1 019.00 im Abdomen. Für die gesamtschweizerische Hochrechnung wird von einem Taxpunktwert von Fr. 4.65 ausgegangen. Über die Kosten von substituierten bildgebenden Verfahren oder vermiedenen Leistungen sind keine Angaben vorhanden.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Im Gegensatz zu anderen bildgebenden Verfahren werden bei MRI keine Nebenwirkungen erwähnt. Ebenfalls werden auch keine Fehlbeurteilungen im Zusammenhang mit MRI genannt. Es wird kurz darauf eingegangen, dass das MRI erlaubt, die Arbeitsfähigkeit bei Erkrankungen des Bewegungsapparats festzustellen. Eine kostenmässige Bezifferung der Nebenwirkungen, eingeschränkter Wirksamkeit und indirekten Kosten findet in der Dokumentation nicht statt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die letzte Indikationserweiterung bei MRI führte aufgrund einer gesamtschweizerischen Hochrechnung zu einer Zunahme von 214 720 Untersuchungen im Jahr 1992 auf 236 760 im Jahr

1997. Diese Zahlen beruhen auf der Ausnutzung der 2 MRI-Apparate im Universitätsspital Zürich (USZ), die dann auf die 81 Apparate in der Schweiz hochgerechnet wurden. Die Berechnung ist wegen der eventuell auch ohne Indikationserweiterung erfolgten Zunahme von MRI-Untersuchungen zweifelhaft. Wenig transparent ist, wie die Anzahl der MRI-Untersuchungen aufgrund der neuen Indikationsausweitung berechnet wird. Nach einer ersten Variante erwartet man 31 917 und nach einer zweiten Variante sogar 73 317 zusätzliche Untersuchungen. Über substituierte und vermiedene Leistungen bestehen keine Angaben in der Dokumentation.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Bei der letzten Indikationserweiterung wurden daraus resultierende Mehrkosten von 47.708 Mio. Franken auf der Grundlage einer fragwürdigen Methode errechnet. Die neue Indikationserweiterung soll zu Mehrkosten von 26.240 Mio. Franken bei der ersten Variante und 59.965 Mio. Franken bei der zweiten Variante führen. Allerdings zweifeln die Antragssteller selbst an dieser Schätzung. Bei der Wirtschaftlichkeitsberechnung wird in der Dokumentation auf Minderkosten durch substituierte und vermiedene Leistung hingewiesen, deren Kosten jedoch nicht ausgewiesen sind.

Magnetische Kernresonanz (MRI) – weitere Indikationen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Je nach Untersuchungsregion	848-1019		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung Keine Angaben zu substituierten bildgebenden Verfahren oder vermiedenen Leistungen			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen Die Zunahme von MRI-Untersuchungen wird nach einer ersten Variante auf 31 917 und nach einer zweiten Variante auf 73 317 in der Dokumentation geschätzt. Diese Mengenschätzungen sind nicht nachvollziehbar. Für die Berechnung der Kostenfolgen wird von mittleren Werten ausgegangen (52 617 Untersuchungen x 883 Franken).			47.0 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Da die Ablösung bisher praktizierter Verfahren immer eine gewisse Zeit beansprucht, wird ebenfalls mit jährlichen Mehrkosten von 47 Mio. Franken gerechnet.

6.2.3.4 Komplementärmedizinische Leistungen

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

Der Antrag der Union komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen zur anthroposophischer und chinesischer Medizin sowie Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie enthält eher grundsätzliche und bedenkenswerte Meinungen zur alternativen Medizin.

Angaben über die Indikationen sowie den Behandlungspfad der neuen Leistungen, die Kosten der einzelnen Teilleistungen, über die Menge und Mengenentwicklung vor und nach Entscheid und über die Aufnahme in den Pflichtleistungskatalog sind nicht vorhanden. Für die Berechnung der Kostenfolgen bietet die Dokumentation praktisch keine verwertbare Entscheidungsgrundlage, obwohl die Antragssteller zum einen von den günstigen Erbringungskosten und zum anderen vom wachsenden Bedarf sprechen. Eine Ableitung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Von den Krankenversicherungen konnte das BSV keine Schätzungen erhalten, obwohl die Zusatzversicherungen komplementärmedizinische Leistungen abdecken. Von der Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen (Union) wird von 1'000 bis 1'200 Ärzten mit

einer von der FMH anerkannten komplementärmedizinischer Weiterbildung ausgegangen. Der heutige Umfang der ärztlichen Leistungen wird auf 300 bis 360 Mio. Franken geschätzt. Der komplementärmedizinische Anteil soll etwa ein Drittel, d.h. 100 bis 120 Mio. Franken, betragen. Die Aufnahme als Pflichtleistungen dürfte zu zusätzliche Kosten von 10 bis 12 Mio. Franken führen. Als Schätzgrösse könnte man daher von 110 Mio. Franken ausgehen.

6.2.3.5 Generelle Hepatitis-B-Impfung

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen und der substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die generelle Hepatitis-B-Impfung erfolgt mit drei Injektionen, wobei die zweite Injektion 1 Monat und die dritte 6 Monate nach der ersten verabreicht wird. Obwohl keine Alterslimite festgelegt wird, sind Jugendliche zwischen 11-16 Jahren die Hauptzielgruppe. Die Impfung soll vorzugsweise von den schulärztlichen Diensten durchgeführt werden. Andere Präventionsstrategien, die sich weitgehend als ungenügend herausstellen, umfassen: Keine Injektion von Drogen, keine gemeinsame Nutzung von Injektionsmaterial, vermeiden von Kontakt mit durch Blut oder biologischen Flüssigkeiten kontaminierten Materialien, geschützter Geschlechtsverkehr, Nachweis von Antikörpern im Blut. Durch die generelle Hepatitis-B-Impfung können Behandlungen nach einer Infektion vermieden werden. Für die akute Hepatitis existiert allerdings keine spezifische Therapie. Bei chronischer Hepatitis erweist sich die Behandlung mit Interferon-Alpha in gewissen Fällen wirksam.

2. Kosten der Leistungen

Eine Aufschlüsselung der Kosten für den Impfstoff und die Behandlung nach einer Infektion ist in der Dokumentation nicht auffindbar. In der Kommission wird erwähnt, dass der Impfstoff zur Zeit 45.90 kostet. Zu einem späteren Zeitpunkt wird der Kommission mitgeteilt, dass die Abgeltung für eine Einzelimpfung neu Fr. 40.80 betrage und bei einer Reihenimpfung Fr. 19.80.

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Aufgrund der geringen Nebenwirkung der Hepatitis-B-Impfung wurde deren Kosten nicht in der ökonomischen Evaluation berücksichtigt. Die Hepatitis-B-Impfung hat nach zahlreichen veröffentlichten Studien eine hohe Erfolgsrate, so dass in der wirtschaftlichen Evaluation nicht auf die Kosten einer eingeschränkten Wirksamkeit eingegangen wurde. Die indirekten Kosten ohne Impfung werden in der ökonomischen Evaluation global berücksichtigt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Zahlen zur Inzidenz der Hepatitis-B beruhen auf den Meldungen der Laboratorien und der Ärzte. Seit 1995 sind die Meldungen zurückgegangen. Die Gesuchsteller gehen davon aus, dass aufgrund unvollständiger Meldungen nur 60% der Fälle bekannt werden. Ausserdem werden lediglich 30% der Erkrankungen richtig diagnostiziert. Die Zahlen repräsentieren deshalb nur 18% der Fälle. Die Begründung für diese Annahmen, nämlich dass 60% der Fälle bekannt und 30% der Fälle richtig diagnostiziert werden, fehlen weitgehend. Auffallend ist, dass die Gesuchsteller bei den eigenen Berechnungen von den hohen Zahlen vor 1995 ausgehen.

Detaillierte Angaben zur Ableitung einer Prävalenz von 5% fehlen in der Dokumentation. In einer Variante wird eine Prävalenz von 2.5% angenommen.

Inzidenz	1989-1994	1995	1996
Meldungen an Bundesamt für Gesundheit	400-450	350	200
Korrigiert aufgrund Hypothese unvollständige Meldungen und Anteil richtig diagnostizierter Fälle (450/18% der entdeckten Fälle)x100	2500		
Hospitalisierte Akuterkrankte aufgrund VESKA-Statistik (55% aller Schweizer Spitäler)	110-150	83	
Hochgerechnet Akuterkrankte auf alle Spitäler	200-270		

Prävalenz 5 %	Impfun- gen	Symptome Akuter- krankte	Spital Akuter- krankte	Chronisch- erkrankte	Komplika- tionen	Tode	verlorene Lebensjah- re
generelle Impfung	72250	360	101	101	19	16	290
Abnahme in %		75	75	74	74	74	74
keine Veränderung	0	1454	407	392	72	62	1113

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die Berechnungen der Kosten gehen zwar auf alle relevanten Faktoren ein, können aber in der Dokumentation nicht im einzelnen nachvollzogen werden.

Kostengliederung	Summe
substituierte Leistung: indirekte Kosten der Krankheit	Fr. 28 366 400.00
neue Leistung: Kosten der Impfung	Fr. -13 170 600.00
vermiedene Krankheitskosten durch Impfung	Fr. 15 195 800.00
Minderkosten der Prävention durch Selbstbehalt	Fr. 10 184 3900 (13 170 600.00 - 2 986 210.00)
Netto Nutzen der Impfung	Fr. 18 182 010.00 (15 195 800.00 + 2 986 210.00)

Die in der Dokumentation angegebenen vermiedenen Krankheitskosten von 15.2 Mio. Franken lassen sich nicht nachweisen.

Generelle Hepatitis-B-Impfung			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Impfung durch schulärztlichen Dienst	19.80		
Impfung durch Kinder- oder Hausarzt	40.80		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	?		
Eine Darstellung der Kosten von vermiedenen Leistungen ist nicht vorhanden			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen			-15.2 Mio.
Ein empirischer Nachweis für die Höhe der Prävalenz von 5% fehlt. Die Prävalenz dürfte eventuell deutlich darunter liegen. Entsprechend weniger Leistungen werden vermieden und die Einsparungen von 15.2 Mio. Franken fallen geringer aus.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Der Einzelpreis für den Impfstoff für Erwachsene wird mit Fr. 45.90 und für Kinder mit Fr. 40.80 angegeben. Bei Serienimpfungen mit mindestens 100 Dosen beträgt der Preis Fr. 19.80. Wenn je die Hälfte der Impfungen zum Einzel- und zum Reihenimpfungspreis erfolgt, dann betragen bei einer Abdeckung der Zielpopulation von 30% die jährlichen Folgekosten 15 Mio. Franken. Die Zahlenbasis für eine 30% Abdeckung ist nicht ersichtlich.

6.2.3.6 Knochendensitometrie (DXA) – weitere Indikationen

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Mit der Knochendensitometrie (Doppel-Energie Röntgenabsorptiometrie DXA) soll in zwei Körperregionen die Knochendichte gemessen werden. Die Densitometrie ist bereits unter speziellen klinischen Gegebenheiten (manifeste Osteoporose und nach Knochenbruch bei inadäquaten Trauma, Hypogonadismus, oder Langzeit-Cortisontherapie) kassenpflichtig. Mit dem Antrag soll die Aufnahme von folgenden zusätzlichen Indikationen erreicht werden: Dringender Verdacht auf Osteoporose im Röntgenbild, klinischer Verdacht auf das Vorliegen einer Osteoporose (signifikante Gröszenabnahme > 3 cm, starke Kyphosierung der WS), Patienten mit Risikofaktoren für eine Osteoporose, familiär gehäuftes Vorkommen der Osteoporose, gastrointestinale Erkrankungen (Malabsorption, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), primärer Hyperparathyreoidismus, Verdacht auf das Vorliegen einer Osteoporose bei Durchführung orthopädischer Eingriffe. Andere in der Schweiz durchgeführte Densitometrie Methoden sind die Ganzkörper-Computertomographie (QCT) sowie periphere Quantitative Computertomographie (pQCT), die in Evaluation ist.

Bemühungen, die Knochendichte aufgrund anamnestischer Angaben, klinischer Untersuchungen oder Laborparameter zuverlässig vorauszusagen, sind wenig wirksam. Bei einem frühzeitigen Erkennen der Osteoporose kann aufgrund der heutigen therapeutischen Möglichkeiten der Knochensubstanzverlust verhindert werden. Damit lassen sich bei der älteren Bevölkerung, insbesondere bei Frauen, die Behandlung von Frakturen und eventuelle Invalidität vermeiden.

2. Kosten der Leistungen

Auf welcher Grundlage die Kosten für eine DXA sowie für die medikamentöse Behandlung der Osteoporose beruhen, geht aus der Dokumentation nicht hervor. Wahrscheinlich sind sie entweder aus Taxordnungen oder Medikamentenpreisen abgeleitet. Die Kosten für eine Hüftfraktur werden mit den Ergebnissen aus schweizerischen und amerikanischen Studien begründet. Hingegen wird nicht auf die Kosten von anderen vermiedenen Leistungen wie Wirbelkörperfrakturen eingegangen.

Kosten DXA	Fr. 97.45
Kosten medikamentöse Therapie	Fr. 1.16/Tag
Kosten Hüftfraktur	Fr. 69 769.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Bei der DXA werden keine Nebenwirkungen und auch keine Fehldiagnosen aufgrund falscher Analyse der Bilder erwähnt. Ebenfalls wird von keinen Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie gegen Osteoporose gesprochen. Berücksichtigt wird, dass die medikamentöse Therapie nur 74.3% der Hüftfrakturen vermeidet, d.h. 23.7% der Hüftfrakturen finden trotz der Therapie statt. Die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie wird aus der Literatur abgeleitet.

Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit, werden nicht behandelt. Ob der Grund darin liegt, dass die Osteoporose vor allem die ältere und daher nicht erwerbstätige Bevölkerung trifft, wird nicht ausgeführt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

In der Dokumentation wird zwar erwähnt, dass die Zunahme der älteren Bevölkerung zu einer grösseren Häufigkeit der Osteoporose führt. Aber es wird erstens nicht aufgezeigt, wie sich die Altersstruktur der Bevölkerung verändert und zweitens wird nicht versucht, die Inzidenz und Präva-

lenz der Osteoporose bzw. der dadurch bedingten Entwicklung der Anzahl von Hüftfrakturen für die Schweizer Bevölkerung darzustellen. Stattdessen werden Modellrechnungen an einer Kohorte von 1000 Patienten in einem Zeitraum von 5 Jahren durchgeführt. Die Modellrechnungen und die darin verwendeten Parameter scheinen sich nur auf Patientinnen und nicht auf Frauen und Männer zu beziehen. Auffallend ist, dass die Modellannahmen zwar nach Altersklassen und der sich dadurch veränderten Lebenserwartungen variieren. Aber das steigende Frakturrisiko mit zunehmenden Alter wird nicht dargestellt. Unverständlich bleibt auch, warum die 330 Patienten, bei denen aufgrund von einer DXA-Untersuchung keine Gefahr für eine Osteoporose besteht, trotzdem mit einer Inzidenz von 0.0365 in die Rechnung einfließen. Bei 330 von 1000 Patienten bestünde nach dieser Logik auch keine Gefahr für eine Osteoporose bei der Kohorte ohne DXA.

Betrachtungszeitraum	5 Jahre	
Patientenkohorte	1000	
Frakturinzidenz Hüfte	1 Jahr: 0.0073	5 Jahre: 0.0365
Ausschluss von medikamentöser Therapie	Ohne DXA: 95% = 950 Patienten	Mit DXA: 33% = 330 Patienten
Risiko Hüftfraktur	Ohne med. Therapie: 100%	Mit med. Therapie: 23.7%
Exzessmortalität aufgrund Hüftfraktur	15%	
Erwartete Frakturen ohne med. Therapie in 5 Jahren	Ohne DXA: 34.7 Patienten (950 Pat. x 0.0365 Inzidenz)	Mit DXA: 12.1 Patienten (330 Pat. x 0.0365 Inzidenz)
Erwartete Frakturen mit med. Therapie in 5 Jahren	Ohne DXA: 0.43 Patienten (50 Pat. x 0.0365 Inz. x 0.237 Risikoreduktion)	Mit DXA: 5.81 Patienten (670 Pat. x 0.0365 Inz. x 0.237 Risikoreduktion)

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wird nicht der Versuch gemacht, die gesamtschweizerischen Kostenfolgen der neuen Leistung zu schätzen. Stattdessen werden die finanziellen Aufwendungen für 1000 Patienten angegeben. Wenn nach den Gesuchsstellern bei 330 von 1000 Patienten keine medikamentöse Intervention notwendig ist und die Inzidenz für eine Hüftfraktur entsprechend niedriger ausfällt, dann verändert sich der in der Dokumentation errechneter Mehraufwand bei DXA. Die Angaben in der untenstehenden Tabelle beziehen sich auf einen Zeitraum von 5 Jahren.

	Menge	Preis	Summe	Total
Ohne DXA				
Kosten DXA	0	Fr. 97.45	0	
Kosten medikamentöse Therapie	50	Fr. 2 117.00 (für 5 Jahre)	Fr. 105 850.00	
Kosten Frakturen	35.23	Fr. 69 769.00	Fr. 2 457 961.00	Fr. 2 563 811.00
Mit DXA				
Kosten DXA	1000	Fr. 97.45	Fr. 97 450.00	
Kosten medikamentöse Therapie	670	Fr. 2 117.00 (für 5 Jahre)	Fr. 1 418 390.00	
Kosten Frakturen	17.92	Fr. 69 769.00	Fr. 1 250 260.00	Fr. 2 766 100.00
Mehraufwand mit DXA				Fr. 202 289.00

Die jährlichen Kostenfolgen für die Knochendensitometrie sehen wie folgt aus:

Knochendensitometrie (DXA) – weitere Indikationen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Mit DXA inkl. Medikamente, Anteil Frakturen, jährliche Kosten/Patient	553		
Ohne DXA jährliche Kosten/Patient	512		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	+41		
Die jährlichen Kosten konnten aus den Angaben in der Dokumentation zu einer Kohorte von 1000 Patienten abgeleitet werden. Wenn nach den Gesuchsstellern bei 330 Patienten keine Medikamente notwendig sind, dann verändert sich der Mehraufwand für DXA. Nebenwirkungen und indirekte Kosten sind in der Berechnung nicht berücksichtigt..			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (jährliche Kosten 2 500 Patienten x +41) Aus der Inzidenz der Hüftfrakturen (7.5 Mio. Einwohner x 0.0365%) und den Angaben zu der Kohorte von 1000 Patienten wurden die gesamtschweizerischen Kostenfolgen ermittelt.			0.10 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die jährlichen Kostenfolgen werden ohne nähere Begründung mit 0.3 Mio. Franken angegeben.

6.2.3.7 Positronen-Emission-Tomographie (PET) – weitere Indikationen

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die Positronen-Emission-Tomographie (PET) ist ein bildgebendes Verfahren, das bei bestimmten Indikationen bessere Ergebnisse erzielt als konkurrenzierende Prozeduren wie Computertomographie (CT), Magnetische Kernresonanz (MRI) oder Ultraschall (US). Vorteile ergeben sich z.B. bei der Diagnose von malignen Lymphomen, Keimzellentumoren des Mannes, vom kolorektalen Karzinom und Mammakarzinom, von Alzheimer'schen Erkrankungen, von Hybernating myocardium und koronare Dreifässerkrankungen. Dadurch ist nicht nur eine bessere Therapieplanung möglich, sondern es lassen sich je nach Umständen auch medikamentöse Behandlungen oder operative Eingriffe vermeiden.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten des neuen Verfahrens variieren je nach Indikation. In der Dokumentation wird für jede der beantragten Indikationserweiterung versucht, die finanziellen Aufwendungen für PET und für die substituierten bzw. vermiedenen Leistungen darzustellen. Leider ist nur teilweise nachvollziehbar, wie z.B. die Minderkosten hergeleitet werden. Trotzdem können die Angaben in der Dokumentation als gut bezeichnet werden.

Indikation	PET		Substituierte/vermiedene Leistung	
	Art	Kosten	Art	Einsparungen
Lymphom	GK ¹ -PET mit FDG ²	Fr. 1 450.00	CT ³ (3 Regionen)	Fr. 2 010.00
Keimzellen-Tumor	GK ¹ -PET mit FDG ²	Fr. 1 450.00	CT ³ (2 Regionen)	Fr. 1 450.00
Kolorekt. Karzinom	GK ¹ -PET mit FDG ²	Fr. 1 450.00	CT ³ (2 Regionen)	Fr. 1 450.00
Mamma Karzinom	GK ¹ -PET mit FDG ²	Fr. 1 450.00	ALD ⁴	Fr. 500.00
Demenz	Hirn-PET mit FDG ²	Fr. 1 250.00	AchE-Hemmer ⁵	Fr. 2 500.00
Hybern. myocardium	Herz-PET mit FDG ² /NH ₃	Fr. 2 000.00	ACBP ⁶	Fr. 18 500.00
			PTCA ⁷	Fr. 30 000.00
			Thallium	Fr. 1 200.00
Koron. Dreifässererk.	Quant. Herz-PET, 2xNH ₃	Fr. 1 700.00	ACBP ⁶	Fr. 30 000.00

1 Gesamtkörper, 2 18Flour-Deoxy-Glukose, 3 Computer-Tomographie, 4 axilläre Lymphknoten-Dissektion, 5 Acetylcholinesterase, 6 Aorto-coronarer Bypass, 7 perkutane transluminale Koronarangioplastie

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Zu den Nebenwirkungen der PET finden sich keine Angaben in der Dokumentation. Wahrscheinlich kommt ihnen kein grosser Stellenwert zu. In der Dokumentation wird auch bei jeder neuen Indikation auf die Treffsicherheit von PET und anderen bildgebenden Verfahren eingegangen. Eine monetäre Berücksichtigung findet dieser Aspekt jedoch nicht.

Von Arbeitsunfähigkeit ist nur in Zusammenhang mit Demenzerkrankungen die Rede. Hier wird argumentiert, dass der durch PET initiierte frühzeitige Therapiebeginn eine längere Integration im Arbeitsprozess ermöglicht. Eine monetäre Berücksichtigung findet dieser Aspekt ebenfalls nicht.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

In der Dokumentation wird versucht, für jede Indikation die Inzidenz und Prävalenz sowie die Häufigkeit der neuen, substituierten und vermiedenen Leistungen anzugeben. Aufgrund der lückenhaften Datenlage muss jedoch in vielen Fällen auf Schätzungen zurückgegriffen werden, deren Herleitung jedoch nur eingeschränkt nachvollziehbar ist.

	Jährliche Inzidenz		Leistungen	
	Männer	Frauen	Fälle PET	Reduktion Fälle konventionelle Diagnose/Therapie
Maligne Lymphome - Morbus Hodgkin - Non Hodgkin Lyphom	100 600	75 500	1 275	1 275 (CT ¹ 3 Regionen)
Keimzelltumor des Mannes	600	0	350	100 (CT ¹ 2 Regionen)
Kolonkarzinom Rektumkarzinom	1 100 700	1050 600	2 150	450 (CT ¹ 2 Regionen)
Mamma Karzinom	0	4 000	4 000	500 (ALD ²)
Alzheimer'sche Erkrankung Prävalenz 1 100/100 000 Einwohner	150/100 000 Einwohner		300	150 (Acetylcholinesterase)
Herzinfarkte Hybernating myocardium	keine Angaben	keine Angaben.	2 000	50 (Aorto-coronarer Bypass) 100 (PTCA ³) 1 000 (Thallium)
Koronare Dreifässerkrankung	keine Angaben	keine Angaben	1 000	100 (Aorto-coronarer Bypass)

1 Computer-Tomographie, 2 axilläre Lymphknoten-Dissektion, 3 perkutane transluminale Koronarangioplastie

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

In der Dokumentation wird trotz schwieriger Datenlage versucht, für jede neue Indikation die jährlichen Folgekosten der neuen Leistung zu schätzen, was zu einem brauchbaren Resultat führt. Allerdings haben sich in der zusammenfassenden Tabelle in der Dokumentation bei der Berechnung der Mehr- und Minderkosten Fehler eingeschlichen, die den Anschein erwecken, dass PET zu Einsparungen in Millionenhöhen führen würden. Die folgende Tabelle enthält die korrigierten Resultate.

Indikation	Menge	Preis	Summe	Total
PET				
Lymphom	1 275	Fr. 1 450.00	Fr. 1 848 750.00	
Keimzelltumor des Mannes	350	Fr. 1 450.00	Fr. 507 500.00	
Kolonkarzinom	2 150	Fr. 1 450.00	Fr. 3 117 500.00	
Mamma Karzinom	4 000	Fr. 1 450.00	Fr. 5 800 000.00	
Demenz	300	Fr. 1 250.00	Fr. 375 000.00	
Hybernating myocardium	2 000	Fr. 2 000.00	Fr. 4 000 000.00	
Koronare Dreifässerkrankung	1 000	Fr. 1 700.00	Fr. 1 700 000.00	Fr. 17 348 750.00
Konventionelle Diagnostik/Therapie				
Lymphom	1 275	Fr. 2 010.00	Fr. 2 562 750.00	
Lymphom	100	Fr. 1 450.00	Fr. 145 000.00	
Keimzelltumor des Mannes	450	Fr. 1 450.00	Fr. 652 500.00	
Kolonkarzinom	500	Fr. 12 000.00	Fr. 6 000 000.00	
Mamma Karzinom	150	Fr. 2 500.00	Fr. 375 000.00	
Demenz				
Hybernating myocardium	50	Fr. 18 500.00	Fr. 925 000.00	
- ACBP	100	Fr. 30 000.00	Fr. 3 000 000.00	
- PTCA	1 000	Fr. 1 200.00	Fr. 1 200 000.00	
- Thallium	100	Fr. 30 000.00	Fr. 3 000 000.00	Fr. 17 860 250.00
Koronare Dreifässerkrankung				
Minderkosten PET				Fr. -511 500.00

Die jährlichen Kostenfolgen für PET sehen nach den korrigierten Zahlen wie folgt aus:

Positronen-Emission-Tomographie (PET) – weitere Indikationen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
PET (durchschnittliche Kosten 17'348'750 : 11'075 Untersuchungen)	1 566		
Konventionelle Verfahren (durchschnittliche Kosten je durchgeführter PET 17'860'250 : 11'075 Untersuchungen)	1 612		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-46		
Die differenzierte Darstellung der Kosten ist nicht immer ganz nachvollziehbar.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (11'075 Untersuchungen x -46 Franken)			-0.51 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Nach ELK sollen die Indikationen um 8 onkologische Indikationen, 1 neurologische und 1 kardiologische Indikation ergänzt und als zusätzlicher Leistungserbringer ein Satelliten-Pet in Basel anerkannt werden. Aus der Erweiterung der Indikationen wird mit jährlichen Zusatzkosten von 6 Mio. Franken und aus dem Satelliten-Pet mit 1.3 Mio. Franken gerechnet. Aus den Unterlagen wird nicht klar, auf welcher Basis diese Kosten berechnet werden.

6.2.3.8 Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und bei primären malignen Hirntumoren

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die stereotaktische Radiochirurgie mit dem Gamma Knife erlaubt Krebsgeschwüre in einem genau umrissenen Zielgebiet im Gehirn zu zerstören. Der Vorteil der stereotaktischen Radiochirurgie ist, dass auch Herde in der Tiefe des Gehirns, die einem chirurgischen Zugriff nicht zugänglich sind, bekämpft werden können. In einer ersten Dokumentation wollten die Antragssteller nur die Indikation der inoperablen Hirnmetastasen neu in den Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen aufnehmen lassen. Auf die Bitte des BSV wurde in einem Nachtrag die Indikation auf operable Hirnmetastasen und auf inoperable maligne Hirntumore ausgeweitet. Die stereotaktische Radiochi-

urgie wird bei Hirnmetastasen vor allem als palliative Massnahme eingesetzt, um restliche Lebenszeiten des Patienten zu erleichtern. Bei kleinen und tiefliegenden malignen Primärtumoren bietet die Radiochirurgie die einzige Behandlungsmöglichkeit.

Durch die stereotaktische Radiochirurgie wird die offene Hirnoperation bei zugänglichen Tumoren substituiert. Weitere substituierte Verfahren sind die Ganzhirnbestrahlung, die „stereotaktische“ fraktionierte Radiochirurgie, stereotaktische Radiochirurgie mit einem LINAC sowie eine rein medikamentöse Behandlung. Alle diese Behandlungen führen gegenüber der stereotaktischen Radiochirurgie entweder zu einer schlechteren Lebensqualität für den Patienten und/ oder sie erweisen sich als weniger wirksam.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten wurden nur für die stereotaktische radiochirurgische Behandlung mit dem Gamma Knife und für die offene Hirnoperation angegeben. Während die Kosten der offenen Hirnoperation detailliert nach Tarifpositionen ausgewiesen sind, wird die Behandlung mit dem Gamma Knife entweder auf aktuelle Kosten bezogen, die auf Vereinbarungen mit Verband Zürcher Krankenversicherer (VZKV) beruhen oder die aus der amerikanischen Literatur für Schweizer Verhältnisse umgerechnet wurden. Zu den anderen Verfahren liegt lediglich ein genereller Vergleich zum Kostenniveau einer Behandlung mit dem Gamma Knife vor. Insgesamt wird mit abweichenden und nur teilweise nachvollziehbaren und vergleichbaren Kosten argumentiert.

	Gamma Knife			Literatur USA		Chirurgische Behandlung	
	Für CH gemachte Berechnung					CH Kosten-Berechnung	
	Aktuelle Kosten	Vereinb. mit VZKV	USA auf CH Verhältnisse	Bei 150 Patienten	Zweite Angabe	USA auf CH Verhältnisse	
Vorabklärung	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Behandlung (inkl. Hospitalisation und andere Kosten)	Fr. 22 240	Fr. 19 800	Fr. 23 890	Fr. 26 974	Fr. 29 303	Fr. 32 611	Fr. 31 780
Planungsaufn. Tumore	Fr. 1 500	Fr. 1 500					
Gefässmissb.	Fr. 3 742	Fr. 3 742					
Zuschläge >7h Behandlung	Fr. 1 500	Fr. 1 500					
Biopsie	Fr. 1 733	Fr. 0					
Nachsorge	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Rehabilitation	Fr. 0	Fr. 0	Fr. 0	k.A.	k.A.	k.A.	Fr. 4 000

k.A. = keine Angaben

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Die Hauptkomplikation der Gamma Knife Behandlung ist ein temporär auftretendes perifokales Ödem. Erwähnt wird ebenfalls das Risiko für eine Radionekrose. Die Zusatzkosten der Nebenwirkungen sollen nach der in der Dokumentation benutzten Literatur Fr. 3 674.00 betragen. In der Schweiz wird mit Fr. 1 498.00 gerechnet. Das ist rund die Hälfte des in der Literatur genannten Betrags. Bei der offenen Hirnchirurgie wurden die Zusatzkosten mit Fr. 3 397.00 eingesetzt.

In der Dokumentation wird bezüglich der eingeschränkten Wirksamkeit bemerkt, dass ca. 8-10% der Tumore nicht auf die Therapie ansprechen. Die sich eventuell daraus ergebenden Kosten werden nicht angegeben.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Bei der Gamma Knife Behandlung scheint im Gegensatz zur offenen Hirnchirurgie keine Arbeitsunfähigkeit einzutreten. Bei der offenen Hirnchirurgie wird mit Kosten der Arbeitsunfähigkeit von Fr. 24 000.00 gerechnet. Inwiefern eine solche Annahme bei einer mittleren Überlebenszeit von 11 Monaten realistisch ist, wäre zu überprüfen.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Angaben in der Dokumentation zu bisherigen Behandlungen, zur Inzidenz und Behandlungsbedarf sind z.T. wenig aussagekräftig, widersprüchlich und nicht nachvollziehbar.

Indikation	Inzidenz	Geeignet für Gamma Knife	Anzahl CH 7 Mio. E	Anzahl bisherige Behandlungen	Anzahl künftige Behandlungen
Hirnmetastasen	150/1 Mio. E. 329/1 Mio. E.?	Inoperable 5% Operable ?	52.5 ?	Angaben seit Inbetriebnahme des Geräts wenig aussagekräftig	Inoperable 40-50 Operable 20
Maligne Tumore	25/1 Mio. E.	10%	?		10

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Wenn die Behandlung mit Gamma Knife eine offene Hirnoperation ersetzt, dann kann nach der Dokumentation mit Einsparungen bis 30% gerechnet werden. Wenn jedoch eine offene Hirnoperation gar nicht möglich ist, dann fallen durch andere eventuell wenig wirksame Methoden ebenfalls Kosten an. Weil aber die Kosten der anderen Methoden nicht angegeben wurden, können sie bei der Berechnung der Kostenfolgen nicht berücksichtigt werden. Die gesamtschweizerischen Kostenfolgen wurden in der Dokumentation nicht berechnet. In dem Kommentar des Experten wird versucht, mithilfe einer Mischrechnung von Substitution der offenen Hirnoperation und Mehrkosten bei inoperablen Patienten zu einem Ergebnis zu kommen.

Stereotaktische Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und bei primären malignen Hirntumoren			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Gamma Knife (inkl. Behandlung, Planungsaufnahmen und Kosten Nebenwirkungen)	25 500		
Offene Hirnchirurgie (inkl. Kosten Nebenwirkungen und Rehabilitation)	39 200		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-13 700		
Vergleich wird nur mit offener Hirnchirurgie und nicht mit anderen alternativen Verfahren dargestellt.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (60 Gamma Knife – 20 offene Hirnchirurgie)			0.8 Mio.
Lediglich bei 20 Gamma Knife Behandlungen könnte eine offene Hirnchirurgie substituiert werden. Die Angaben zur Menge der Behandlungen sind z.T. widersprüchlich und nicht nachvollziehbar.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Ohne weitere Begründungen werden die jährlichen Kosten mit 1 Mio. Franken angenommen.

6.2.3.9 Zahnärztliche Leistungen (vor allem Anpassung IV im Bereich Geburtsgebrechen)

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Einige seltene Geburtsgebrechen, die nach dem 20. Lebensjahr nicht mehr von der IV bezahlt werden, wurden durch eine Änderung der Artikel 18 und 19 KLV berücksichtigt. Um welche Indikationen es sich handelt, wird aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Über die Kosten können keine Angaben gemacht werden.

6.2.3.10 Mittel und Gegenstände (z.B. bisher von der AHV bezahlte Prothesen und Orthesen)

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Mit der Aufnahme der Prothesen und Orthesen in die MiGeL entstehen keine neuen Kosten, sondern die bestehende Situation wird nur präzisiert. Danach ist die AHV keine Versicherung für gesundheitliche Schäden und Orthesen und Prothesen gehören zur Krankenversicherung. Die Höhe der verlagerten Summe wird ohne nähere Begründung mit 4.5 Mio. Franken angegeben.

6.3 Abgelehnte Anträge

6.3.1 Entscheidungen 1996

6.3.1.1 Massnahmen der Tuberkulose-Prävention sowie

6.3.1.2 Screening auf Tuberkulose

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

Bei Risikogruppen, z.B. Immigranten aus Hochprävalenzländern und Kontaktpersonen (soziales Umfeld und beruflich exponierte Personen) soll ein Tuberkulintest durchgeführt werden. Bei positiven Tuberkulintest oder bei Risikogruppen soll eine radiologische Thoraxuntersuchung erfolgen. Ein praktisch identischer Antrag wurde ein paar Monate später unter dem Titel „Screening auf Tuberkulose“ gestellt.

Die kurzen Dokumentationen enthalten keine Angaben über Kosten und Menge der neuen und substituierten bzw. vermiedenen Leistungen. Eine Schätzung der gesamtschweizerischen Kostenfolgen ist nicht möglich.

6.3.1.3 Vorsorgeuntersuchungen im Schul- und Adoleszentenalter

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibungen der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Im 6., 10. und 14.-15. Jahr der Kinder sollen Vorsorgeuntersuchungen durch Kinder- und Hausärzte kassenpflichtig durchgeführt werden. Die Vorsorgeuntersuchungen sollen zwischen 15 und 30 Minuten dauern. Im 6. und 14.-15. Jahr umfassen sie zusätzlich verschiedene Impfungen.

In der Dokumentation wird auf die Mängel der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung sowie auf die Vorteile der Vorsorgeuntersuchung bei Kinder- und Hausärzten hingewiesen. Trotzdem wird nicht vorgeschlagen, dass die schulärztliche Vorsorgeuntersuchung eventuell wegfallen könnte.

Zum Nutzen der Vorsorgeuntersuchung wird ausgeführt, dass sie praktisch alle Infektionskrankheiten eliminierte. Heute erlangen hingegen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, Drogen, Gewalt und Umwelteinflüsse ein stärkeres Gewicht. Inwiefern bei sozialen und psychischen Problemen die Vorsorgeuntersuchung durch Kinder- und Hausärzte eine positive Rolle spielt, wird aus der Dokumentation nicht klar.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten der drei Vorsorgeuntersuchungen bei Kinder- und Hausärzten werden transparent dargestellt. Zu den Kosten der schulärztlichen Untersuchung werden nur die gesamtschweizerischen Aufwendungen für den schulärztlichen Dienst genannt. Da jedoch der schulärztliche Dienst trotz der Kritik anscheinend weiterbestehen soll, entfallen diese Kosten jedoch nicht. Über die vermiedenen Leistungen sind keine Angaben enthalten.

	Menge	Preis	Summe	Total
6 Jahre				
Erstuntersuchung (15 Minuten)	8 Taxpunkte	Fr. 4.95	Fr. 39.60	
Verlängerung (15 Minuten)	6 Taxpunkte	Fr. 4.95	Fr. 29.70	
Intramuskuläre Injektion	1 Taxpunkt	Fr. 4.95	Fr. 4.95	
DiTe-Impfstoff	1	Fr. 7.15	Fr. 7.15	
Poloral (Berna)	1	Fr. 9.30	Fr. 9.30	
Polio Sabin (SB)	1	Fr. 4.80	Fr. 4.80	Fr. 86.20-90.70
10 Jahre				
Erstuntersuchung	8 Taxpunkte	Fr. 4.95	Fr. 39.60	
Verlängerung	6 Taxpunkte	Fr. 4.95	Fr. 29.70	Fr. 69.30
14-15 Jahre				
Erstuntersuchung (15 Minuten)	8 Taxpunkte	Fr. 4.95	Fr. 39.60	
Verlängerung (15 Minuten)	6 Taxpunkte	Fr. 4.95	Fr. 29.70	
Intramuskuläre Injektion	1 Taxpunkt	Fr. 4.95	Fr. 4.95	
DiTe-Impfstoff	1	Fr. 7.15	Fr. 7.15	
Poloral (Berna)	1	Fr. 9.30	Fr. 9.30	
Polio Sabin (SB)	1	Fr. 4.80	Fr. 4.80	Fr. 86.20-90.70
Total				Fr. 241.70-251.20

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Zu diesen Aspekten sind keine Angaben in der Dokumentation enthalten.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Hierzu wird nur angenommen, dass Kinder- bzw. Hausärzte bei allen 80 000 Kindern in der Schweiz Vorsorgeuntersuchungen durchführen. Da kaum alle Eltern ihre Kinder zu einer Vorsorgeuntersuchung bei einem Kinder- oder Hausarzt schicken, dürfte diese Annahme unwahrscheinlich sein. Zu den anderen Aspekten sind keine Informationen enthalten.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die jährlichen Kosten der Vorsorgeuntersuchung bei Kinder- und Hausärzten werden mit 20 Mio. Franken (80 000 Kinder x Fr. 250.00) geschätzt. Die Ausgaben für den Schulgesundheitsdienst werden 1993 mit 144,9 Mio. Franken beziffert. Die Aufwendungen für den Schulgesundheitsdienst sollen jedoch nicht durch die Vorsorgeuntersuchung bei Haus- und Kinderärzten substituiert werden.

Vorsorgeuntersuchung im Schul- und Adoleszentenalter			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Vorsorgeuntersuchung bei Kinder- oder Hausärzten	250		
Schulärztliche Untersuchungen sollen nicht substituiert werden.	0		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	250		
Keine Kosten zu Leistungen, die durch Vorsorgeuntersuchungen bei Kinder- und Hausärzten im Gegensatz zu schulärztlichen Untersuchungen vermieden werden.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (80 000 Kinder)			20.0 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Ohne nähere Begründungen werden von jährlichen Folgekosten von 22 Mio. Franken ausgegangen.

6.3.1.4 Mischinjektion mit Jodoformöl zur Arthrosebehandlung

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

Der Antrag besteht nur aus einem Blatt Papier ohne näheren Angaben.

6.3.1.5 Stosswellentherapie in der Orthopädie

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen und substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Extrakorporale Stosswellentherapie wird zunehmend nicht nur zur Zertrümmerung von Nieren- und Gallensteinen verwendet, sondern auch bei Erkrankungen am muskulo-skeletären System. Insbesondere bei der Tendinosis calcarea der Schulter können durch Kalkauflösungen gute Ergebnisse erzielt werden. Aber auch Fasciitis plantaris (bei Fersensporn) und Epicondylopathie Ellbogen sind für die Methode geeignet. Substituieren lassen sich durch die Stosswellentherapie konservative Massnahmen wie Physiotherapie, Needling bei der Schulter oder lokale Steroideinfiltration bei Ellbogen und Ferse. Wenn konservative Behandlungsmethoden keine Wirkung zeigen, dann bleibt in der Regel nur die Operation.

2. Kosten der Leistungen

Die Kostenberechnung für die Stosswellentherapie wird nach einer detaillierten Darstellung des Behandlungspfades durchgeführt und beruht bei der Voruntersuchung, Nachbehandlung und Nachkontrolle auf dem UVG- bzw. Krankenkassentarif des Kantons Zürich. Die Kosten werden getrennt nach UVG- und Zürcher Tarif sowie Indikation dargestellt. Die Kosten der Stosswellentherapie selbst sind nach Personal-, Sachkosten-, Apparate-, Raum, allgemeine Umlagekosten aufgeschlüsselt. In Abweichung von den detaillierten Kostenaufschlüsselungen, die je nach Indikation Total zwischen Fr. 1 516.60 und 1 860.20 schwanken, wird im Text von Gesamtkosten von Fr. 2 300.00 für die Stosswellentherapie gesprochen. Zu den substituierten Leistungen fehlen Angaben. Einzig der operative Eingriff wird ohne detaillierte Aufschlüsselung im Text mit Fr. 5 000.00 beziffert. In einem Nachtrag zum Antrag wird von Operationskosten von Fr. 2 500.00 bis 7 000.00 ausgegangen.

Behandlungspfad Stosswellentherapie	Tendinosis calcarea	Fasciitis plantaris	Epicondylopathie Ellbogen
Voruntersuchung	Fr. 411.30/353.00	Fr. 262.80/215.40	Fr. 262.80/215.40
Eingriff Stosswellentherapie	Fr. 1 149.20 Fr. 20.00/20.00	Fr. 1 149.20 Fr. 20.00/20.00	Fr. 1 149.20 Fr. 20.00/20.00
Nachbehandlung	Fr. 279.70	Fr. 160.90/132.00	Fr. 160.90/132.00
Nachkontrolle			
Total Stosswellentherapie	Fr. 1 860.20/1 7142.00	Fr. 1 592.90/1 516.60	Fr. 1 592.90/1 516.60
Operation	Fr. 2 500.00 – 7 000.00		

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Nennenswerte Nebenwirkungen treten nach den Antragsstellern bei der Stosswellentherapie nicht auf. Erwähnt werden Komplikationen bei Operationen, ohne indessen näher darauf einzugehen oder Aussagen über die Kosten zu machen.

Über die Erfolgsrate der Stosswellen wird aufgrund von Literatur und eigenen Erfahrungen getrennt nach Indikationen berichtet. Ebenfalls wird die Wirksamkeit der substituierten Therapien eingeschätzt. Aber über die Kosten, die sich daraus ergeben können, sind keine Informationen in der Dokumentation enthalten.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

In der Dokumentation wird betont, dass im Gegensatz zu einer Operation nach einer Stosswellentherapie am nächsten Tag oder bei körperlicher Arbeit am übernächsten Tag wieder gearbeitet werden kann. Im später eingereichten Nachtrag werden auf Rehabilitationskosten sowie auf mehrmonatigen Arbeitsausfall nach einer Operation hingewiesen. Dadurch sollen Kosten zwischen Fr. 15 000.00 bis Fr. 30 000.00 entstehen. Diese Angaben werden jedoch nicht weiter belegt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Über Inzidenz und Prävalenz der Indikationen sind keine Angaben enthalten. Dasselbe trifft auf substituierte und/oder vermiedene Leistungen, auf Nebenwirkungen sowie auf eingeschränkte Wirksamkeit und Arbeitsunfähigkeit zu. Die Anzahl der zwischen 1995 und 1997 durchgeführten Behandlungen (Schulter ca. 400, Ellbogen ca. 40, Fersen ca. 50) wird zwar geschätzt, aber in welchem Ausmass in diesen Jahren eine Zunahme stattgefunden hat, ist der Dokumentation nicht zu entnehmen. Für die drei Indikationen wird auch ein Gesamtbedarf geschätzt. Danach sind jeweils zwischen 700-1400 Behandlungen an der Schulter und am Ellbogen sowie 200-400 an der Ferse zu erwarten. Aber auf welcher Grundlage diese Schätzung beruht, wird nicht erläutert.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Eine gesamtschweizerische Schätzung der Kostenfolgen fehlt in der Dokumentation. Aufgrund der Angaben der Antragssteller konnte folgende Kostenschätzung durchgeführt werden:

Stosswellentherapie in der Orthopädie			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Stosswellentherapie (gewichtetes Mittel bei Schulter, Fersen und Ellbogen)	1 773	0	1 773
Herkömmliche Operation	5 000	22 500	27 500
Mehr oder Minderkosten durch neue Leistung Kosten durch Nebenwirkungen bei substituierten Operationen, durch eingeschränkte Wirksamkeit bei Stosswellentherapie und Operationen fehlen. Angaben zu den indirekten Kosten sind nicht belegt.	-3 227	-22 500	-25 727
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (direkte Kosten für 2300 Behandlungen) Für die Berechnung werden Behandlungen bei je 1000 Schultern und Ellbogen sowie 300 Fersen angenommen. Etwa 500 Stosswellentherapien zwischen 1995-1997 durchgeführt. Unklar ist auf welcher empirischen Grundlage die Mengenschätzung beruht.			-7.42 Mio.

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Ohne nähere Begründung liegen die Schätzungen der jährlichen Folgekosten zwischen 1.5 und 13 Mio. Franken.

6.3.1.6 Transurethrale ultraschallgesteuerte laserinduzierte Prostatektomie und

6.3.1.7 Messung des Melatoninspiegels mit Serum

Zu diesen beiden Leistungen sind keine Unterlagen vorhanden.

6.3.1.8 Perkutane nonendoskopische laserassistierte Diskusdekompression (PLDD)

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen und der substituierten bzw. vermiedenen Leistungen

Die neue Leistung strebt mit Laser eine Druckentlastung in der Bandscheibe an, die den Patienten von Schmerzen befreien soll. Die Behandlung erfolgt ambulant in einer Klinik, nach vier Stunden kann der Patient das Spital verlassen. Die substituierte Leistung ist eine konventionelle Diskektomie, die stationär durchgeführt werden muss und zu einem mehrtägigen Spitalaufenthalt führt.

2. Kosten der Leistungen

Bei der PLDD werden die Kosten nach zwei verschiedenen Verfahren dargestellt. Das erste Verfahren unterscheidet summarisch nach Personalkosten, Sachkosten und Honorare. Die indirekten Kosten durch Arbeitsausfall werden dazu addiert. Das zweite Verfahren hält sich an Punkt 5.2. des Handbuchs und beruht auf den gültigen Tarifen. Der Unterschied in den Kosten nach den beiden Verfahren für die Leistung ohne Arbeitsausfall beträgt Fr. 82.60.

Bei den Kosten für eine herkömmliche Operation werden die Tagespauschale und die Betriebskosten eines Spitaltages mit einer 78% Deckung sowie die Aufwendungen für einen dreiwöchigen Rehabilitationsaufenthalt sowie die indirekten Kosten (Lohnausfall?) der Arbeitsunfähigkeit addiert.

Für einen Aussenstehenden sind die Gründe für die unterschiedlichen Berechnungen der PLDD nicht nachvollziehbar. Zu fragen ist, warum die Tagespauschale und eine 78% Deckung der Betriebskosten für die Berechnung der Kosten einer herkömmlichen Operation addiert werden. Werden damit die gesamten Kosten der Operation zum Ausdruck gebracht? Die Rehabilitationskosten sind nicht belegt. Die Berechnung der herkömmlichen Operation ist fehlerhaft.

<i>PLDD (Variante 1)</i> Kostengliederung	Summe	<i>PLDD gemäss Pt. 5.2(Var. 2)</i> Kostengliederung	Summe
Personalkosten	Fr. 390.00	Tagesklinik (gem. Vertrag KVBK)	Fr. 885.00
Sachkosten (Apparate, Medikamente)	Fr. 1 531.90	Bildverstärker (tarifert gem. KVBK)	Fr. 264.00
Honorare	Fr. 1 400.00	Laser (tarifert gem. KVBK)	Fr. 257.00
		Fiber (Einwegmaterial)	Fr. 208.50
		Honorare	Fr. 1 400.00
Total	Fr. 2 931.90		Fr. 3 014.50
<i>Herkömmliche Operation</i> Kostengliederung			Summe
Spitalpauschale für 7 Tage			Fr. 2 170.00
Betriebskosten für 7 Tage (78% Deckung)			Fr. 10 795.00
Rehabilitation 3 Wochen			Fr. 5 000.00
Total			Fr. 17 965.00

In einem Nachtrag zur Dokumentation wird vermerkt, dass die Behandlung mit PLDD in einem öffentliche Spital bei einem ein- bis zweitägigen Aufenthalt aufgrund der Tagespauschale die Krankenkassen zwischen Fr. 250.00 bis 500.00 kostet. Unklar ist, ob bei der Berechnung gemäss Variante 2 die Tagesklinik durch ein öffentliches Spital ersetzt werden soll.

3. Zusatzkosten durch Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Die Nebenwirkungen der PLDD werden im Text der Dokumentation erwähnt. Aber nach Meinung des Gesuchstellers sind sie so geringfügig, dass bei der Kostenberechnung nicht darauf eingegangen wird. Für die substituierte Leistung wird dieser Punkt nicht behandelt.

Die Zusatzkosten durch die eingeschränkte Wirksamkeit der Leistungen sind sowohl bei der PLDD und der herkömmlichen Operation als eine Wiederholung der Behandlung dargestellt, die zu den gleichen Kosten führen, die schon bei Punkt 2 dargestellt wurden.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Bei den indirekten Kosten durch Arbeitsausfall bei PLDD wird mit Fr. 200.00 pro Tag bei manueller und Büroarbeit gerechnet. Bei der herkömmlichen Operation sind die Kosten pro Tag aus unverständlichen Gründen deutlich höher angesetzt. Auf welcher Grundlage die Kosten für den Arbeitsausfall je Tag beruhen, ist nicht belegt. Bei der PLDD werden die Ausfallkosten für einen manuellen Arbeiter bei 6 Wochen mit Fr. 6 000.00 und für einen Büroangestellten bei 3 Tagen mit Fr. 600.00 einfach addiert und zu den Kosten der Leistung geschlagen, obwohl entweder nur die Kosten eines manuellen Arbeiters oder eines Büroangestellten anfallen können. Bei der herkömmlichen Operation wird von 3.5 Monaten Arbeitsausfall und Kosten von Fr. 17 000.00 ausgegangen. Zusätzlich wird noch auf Kosten durch eine IV-Rente hingewiesen. Die Dauer des Arbeitsausfalles wird bei PLDD aus eigenen klinischen Erfahrungen und bei der herkömmlichen Operation aus der Literatur abgeleitet.

	Summe	Total
<i>PLDD</i>		
Büroangestellter 3 Tage Arbeitsausfall je Behandlung	Fr. 600.00	
manueller Arbeiter 6 Wochen Arbeitsausfall je Behandlung	Fr. 6 000.00	Fr. 6 600.00
<i>Herkömmliche Operation</i>		
Arbeitsausfall 3.5 Monate	Fr. 17 000.00	Fr. 17 000.00

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

In der Einführung der Dokumentation wird von 12%-35% der Bevölkerung gesprochen, die wegen Bandscheibenerkrankungen ein- bis mehrmals arbeitsunfähig sind. Angaben über die Entwicklung der Indikation, die für eine PLDD geeignet ist, werden nicht dargestellt. Ebenfalls wird

nichts über die Häufigkeit der Behandlung mit PLDD in den letzten Jahren gesagt. Zur künftigen Entwicklung wird ausgeführt, dass bald einmal 1000 Patienten im Jahr mit PLDD behandelt werden. Woher diese Mengenangabe kommt bleibt unklar.

Besser begründet wird die eingeschränkte Wirksamkeit aufgrund eigener klinischen Erfahrungen bei der Behandlung mit PLDD und aus der Literatur bei der Behandlung mit einer herkömmlichen Operation. Danach sind bei der PLDD 7.8% der Patienten gezwungen, eine zweite Behandlung durchführen zu lassen. Bei der herkömmlichen Operation müssen sich 20% der Patienten einer zweiten und 10% sogar einer dritten und vierten Operation unterziehen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die Kostenersparnis von Fr. 1 655 000.00 bei 1000 Patienten durch die Behandlung mit PLDD ist, so wie sie in der Dokumentation dargestellt ist, nicht nachvollziehbar. Anhaltspunkte können für die Zusatzkosten gewonnen werden, die sich durch die eingeschränkte Wirksamkeit der Leistungen ergeben. Bei 7.8% von Wiederbehandlungen beträgt der Zuschlag durchschnittlich Fr. 235.00 bei PLDD. Bei der herkömmlichen Operation ist aufgrund der notwendigen ersten Reoperationen mit einem Zuschlag von Fr. 4 195.90 und bei der notwendigen zweiten Reoperationen mit einem Zuschlag von Fr. 1 769.50 zu rechnen.

Perkutane nonendoskopische laserassistierte Diskusdekompression (PLDD)			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Laserdiskusdekompression	3 235	3 840	7 075
Diskektomie (herkömmliche Operation)	23 500	14 000	37 500
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-20 265	-10 160	-30 425
Die direkten Kosten enthalten einen Zuschlag für nicht erfolgreiche Eingriffe. Die indirekten Kosten für Arbeitsunfähigkeit mussten bei PLDD aus einem empirisch nicht abgesicherten Mix von 40% Büroangestellter und 60% manueller Arbeiter gemittelt werden.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (direkte Kosten bei 1000 Behandlungen)			-20.2 Mio.
Die Menge von 1000 PLDD in der Dokumentation ist empirisch nicht begründet. Die vom Antragssteller errechnete Kosteneinsparung von 1.65 Mio. Franken durch PLDD kann nicht nachvollzogen werden.			(1.65 Mio.)

6.3.1.9 Kryoneurolyse speziell der Wirbelgelenke

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei der Kryoneurolyse wird mit einer Stahlnadel der Nerv, der den Schmerz verursacht, gefroren, so dass nach einer leichten Gewebeschädigung eine Schmerzstillung über mehrere Wochen erreicht wird. Die Methode soll lediglich bei therapieresistenten Schmerzen angewandt werden, bei denen alle konservativen Massnahmen ausgeschöpft sind. Mit der Kryoneurolyse kann eine grössere chirurgische Operation an den Wirbelgelenken vermieden werden. Der kleinere Eingriff verringert die Komplikationsgefahr und die Hospitalisationsdauer. Neben den Facettengelenken wird noch auf andere Indikationen für die Kryoneurolyse hingewiesen wie periphere Nerven, Narbenschmerzen oder Gesichtsnuralgien. Die bei diesen Indikationen substituierten Leistungen werden hingegen nicht beschrieben.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten für die Kryoneurolyse und die substituierten Leistungen sind unsystematisch, unvollständig dargestellt und mit Fehlern behaftet. Die vom Antragssteller genannten Gesamtkosten

von Fr. 4 000.00 für eine Kryoneurolyse stimmt nach den in der Dokumentation für die einzelnen Kostenblöcke wiedergegebenen Zahlen nicht. Da die Wirkung einer Kryoneurolyse zeitlich beschränkt ist, fehlt auch ein Hinweis auf die jährlichen Behandlungskosten. Nach der Dokumentation soll die Wirkung ca. 50 Tage anhalten, so dass ca. 7 Behandlungen im Jahr notwendig sind.

	Menge	Preis	Summe	Total
Kryoneurolyse				
Voruntersuchung Facettenanästhesierung	2-3	Fr. 370.70	Fr. ~1 000.00	
Kryoneurolyse	1	Fr. 1 190.00	Fr. 1 190.00	
Hospitalisation	9 Tage	Fr. 322.00	Fr. 2 898.00	
Nachkontrolle	3	?	?	Fr. 5 088.00
Substituierte Leistungen				
Spondylodese mit Hospitalisation von 3-4 Wochen				Fr. 30 000.00
Translaminäre Verschraubung ohne Operationsbenutzung und Hospitalisation				Fr. 3 793.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und 4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

In der Dokumentation wird auf die geringeren Nebenwirkungen der Kryoneurolyse im Vergleich mit einem konventionellen chirurgischen Eingriff hingewiesen. Die Wirksamkeit der Kryoneurolyse wird ebenfalls dargelegt. Ausdrücklich wird betont, dass durch die neue Leistung keine Rehabilitation notwendig ist und keine Arbeitsunfähigkeit eintritt. Die dadurch entstehenden Kosten bei der neuen Behandlung bzw. bei den substituierten Leistungen werden jedoch nicht beziffert.

5. Mengentwicklung der Kostenfaktoren

Die Ableitung des schweizerischen Gesamtbedarfs an Kryoneurolyse wird mit 200-250 angegeben. Unter Berücksichtigung der Hauptindikation könnte der Bedarf allerdings auf das Doppelte geschätzt werden. Die Herleitung der Bedarfszahlen ist allerdings nicht nachvollziehbar. Über die Menge der konventionellen chirurgischen Eingriffe sind keine Angaben vorhanden. Für die Berechnung der Kostenfolgen genügen die Daten nicht.

6. Verknüpfung von Mengentwicklung und Kosten

Eine gesamtschweizerische Berechnung der Kostenfolgen fehlt in der Dokumentation. Eine Schätzung aufgrund der Angaben der Antragssteller kommt zu folgendem Ergebnis:

Kryoneurolyse speziell der Wirbelgelenke			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Kryoneurolyse mit Hospitalisation (jährliche Kosten)	35 616		
Spondylodese mit Hospitalisation	30 000		
Mehr- oder Minderkosten neue Leistung	5 616		
Die Wirkung soll ca. 50 Tage anhalten, so dass jährlich 7 Behandlungen à Fr. 5 088.-- anfallen. Kosten der neuen und substituierten Leistungen sind nicht transparent. Aufwendungen für Nebenwirkungen, eingeschränkte Wirksamkeit sowie indirekte Kosten fehlen.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (Bedarf 200-500, für Berechnung 375 Behandlungen) Die Herleitung der Bedarfszahlen ist nicht nachvollziehbar.			2.11 Mio.

6.3.1.10 Klimatherapie am Toten Meer sowie

6.3.1.11 Laser-Vaporisierte Palatoplastik

Zu diesen beiden Leistungen sind keine Unterlagen vorhanden.

6.3.2 Entscheidungen 1997

6.3.2.1 Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung mit Hylaninjektionen

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Bei der Viskosupplementation wird viskoelastische Flüssigkeit (Hylan) in das Gelenk injiziert und dadurch die charakteristischen Schmerzen und die verminderte Mobilität bei der Gonarthrose bekämpft. Drei Injektionen sind in einem Abstand von jeweils einer Woche notwendig. Die Behandlung muss 1-2x (durchschnittlich 1.5) im Jahr wiederholt werden. Die Viskosupplementation ist als Alternative zur medikamentösen Behandlung mit nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) bei Patienten mit einem geringen gastrointestinalem Risiko gedacht. Sie lässt sich auch bei anderen Stadien der Gonarthrose einsetzen.

2. Kosten der Leistungen

Verständlichkeit der Argumentation, Vollständigkeit der Angaben und Qualität der Daten sind gut. Nicht nachvollziehbar ist, warum bei den Berechnungen der Kostenfolgen als alternative Leistung nur die Behandlung mit NSAR und nicht auch die Behandlungen bei späteren Stadien der Gonarthrose eingesetzt werden. Die Preisangaben beruhen entweder auf Tarifvereinbarungen oder Preislisten für Medikamente.

Kostengliederung	Summe	Total
Hylaninjektion (1 Behandlungszyklus)		
Arztbesuch (Code 1015 erster Besuch und Code 1016f anschliessende Besuche)	Fr. 94.00	
Intraartikuläre Injektion (Code 1307) 3x	Fr. 59.40	
Hylan-Präparat 3x	Fr. 495.20	
Nebenwirkungen (Arzt/Heilmittelkosten x 0.03)	Fr. 13.80	
zusätzlich Analgetika (3 Monate Paracetamol)	Fr. 100.40	Fr. 762.80
Jährliche Kosten (durchschnittlich 1.5 Behandlungszyklen im Jahr)		Fr. 1 144.20
NSAR Behandlung (jährliche Behandlungskosten)		
Voltaren® 50 mg t.i.d. (x 1.55 für iatrogene Kosten)	Fr. 1436.00	
Topische Gels (9.5x2) für 30% der Patienten	Fr. 5.70	
Arztbesuche (2x)	Fr. 79.20	Fr. 1 520.90

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Die Kosten der Nebenwirkungen sind als Zuschlag zu den Leistungen oben in der Tabelle dargestellt. Nach eigenen klinischen Erfahrungen des Gesuchsstellers hatte die Viskosupplementation bei einem Drittel eine gute bis sehr gute, bei einem Drittel eine mässige und beim letzten Drittel nahezu keine Wirkung. Spätere Ausführungen sprechen von einer Wirksamkeit bei 75% der Patienten mit röntgenologischen Veränderungen der Stadien II und III. Von diesen Patienten sind einige potentielle Kandidaten für chirurgische Behandlungen. Die Zusatzkosten, die sich durch die eingeschränkte Wirksamkeit der Viskosupplementation ergeben, sind nirgends ausgewiesen. Bei der Behandlung mit NSAR wird auf Behandlungen bei späteren Stadien der Gonarthrose hingewiesen, aber die Frage der Zusatzkosten durch eingeschränkte Wirksamkeit wird auch hier nicht aufgegriffen. Die Aussagen zu den Zusatzkosten bei eingeschränkter Wirksamkeit der Leistungen sind unbefriedigend.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Obwohl von der Gonarthrose auch die erwerbstätige Bevölkerung (40-45 Jahre: 5.2% Männer, 7.2% Frauen; 55-64 Jahre: 8.4% Männer, 10.4% Frauen) betroffen ist, wurden die indirekten Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit, nicht behandelt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Ableitung der Häufigkeit der Indikation und des potentiellen Bedarfs nach Visko-supplementationen enthält einer Reihe von Annahmen, die nach einer empirischen Begründung verlangen. Auf welchen Grundlagen werden z.B. folgende Aussagen gemacht: Bei Arztkonsultationen mit der Diagnose „lokalisierete Arthrose“ entfallen je 50% auf Hüft- und Gonarthrosen. Je Patient ist mit zwei Arztkonsultationen im Jahr zu rechnen. 10% der Patienten mit Gonarthrose sind für Visko-supplementationen geeignet. Bei weiteren 10% sind beide Knie betroffen. Die Frage stellt sich auch, warum der Anstieg der Arthrosen mit zunehmenden Alter und die Alterung der Bevölkerung nicht bei der Entwicklung des Bedarfs berücksichtigt sind.

Weiter erscheint es höchst unwahrscheinlich, dass die voraussichtlich 2000 Behandlungen im Jahr 1998 nach einem positiven Entscheid tatsächlich auf 36 300 Behandlungen ansteigen.

Ableitung Bedarf aus IMS-Statistik vom März 95- März 96	
Arztdiagnose lokalisierte Arthrose	Anzahl Konsultationen 880 000
davon entfallen nach Schätzungen 50% auf Gonarthrosen	Anzahl Konsultationen 440 000
2 Konsultationen der Patienten im Jahr mit Gonarthrose	Anzahl Patienten 220 000
Eignung der Viskosupplementation bei 10% der Patienten	Anzahl Patienten 22 000
Bei 10% der Patienten sind beide Knie betroffen	Anzahl Knie 24 200
Jedes Knie wird durchschnittlich 1.5x im Jahr behandelt	Anzahl Behandlungen 36 300

	vor Entscheid			nach Entscheid
	1996	1997	1998	
Anzahl neue Leistungen	250	700	2 000	36 300

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Auf der Kostenseite werden die Zusatzkosten durch eingeschränkte Wirksamkeit der Leistungen sowie die indirekten Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit, vernachlässigt. Bei der Mengenentwicklung sind die Hypothesen zur Ableitung des Bedarfs unbegründet und die Alterung der Bevölkerung bleibt unberücksichtigt. Die plötzliche Zunahme der Nachfrage von 2000 Behandlungen im Jahr 1998 auf 36 300 nach dem Entscheid ist unwahrscheinlich. Die Kostenfolgen dürften aus diesem Grunde von den Berechnungen in der Dokumentation abweichen.

Hylaninjektion	36 300 Knie (22 000 Patienten)	Fr. 762.80	Fr. 27 689 640.00
NSAR Therapie	22 000 Patienten	Fr. 1 520.90	Fr. 33 459 800.00
Minderkosten durch neue Leistung			Fr. 5 770 160.00

Die jährlichen Kostenfolgen sehen aufgrund der Angaben in der Dokumentation wie folgt aus:

Viskosupplementation zur Gonarthrosebehandlung mit Hylaninjektionen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Hylaninjektionen bei 1.65 Knien je Patient (jährliche Kosten)	1 258		
Behandlungen mit nichtsteroidaler Antirheumatika (jährliche Kosten)	1 520		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	- 262		
Bei 36 300 Knien und 22 000 Patienten entfallen 1.65 Knie auf einen Patienten. Zusatzkosten durch eingeschränkte Wirksamkeit und indirekte Kosten fehlen. Eventuelle Einsparungen bei fortgeschritteneren Stadien der Gonarthrose sind nicht angegeben.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (22 000 Patienten)			- 5.77 Mio.
Die Ableitung des Bedarfs von Hylaninjektionen bei 22 000 Patienten ist empirisch nicht nachvollziehbar. Die Zunahme der Behandlung von 2 000 Knien heute auf 36 300 Knien nach dem Entscheid des EDI scheint unwahrscheinlich.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die jährlichen Kostenfolgen werden ohne Berücksichtigung der vermiedenen Leistungen mit 27.6 Mio. Franken geschätzt.

6.3.3 Entscheidungen 1998

6.3.3.1 In-vitro-Fertilisation (IVF-ET) und Embryotransfer

Analyse des Antrags der Gesuchssteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Die vorgeschlagenen Leistungen umfassen eine Reihe von Methoden der assistierten Reproduktionsmedizin. Die wichtigste und am häufigsten verwendete Technik ist die In-vitro-Fertilisation, bei der Eizellen nach der Entnahme aus dem Eierstock mit Spermien befruchtet, anschliessend in vitro kultiviert und in den Uterus transferiert werden. Bei ungenügender Qualität der Spermien kann die Penetration der Eizelle instrumentell assistiert werden (intrazytoplasmatische Spermieninjektion ICSI). Wenn im Ejakulat zu wenig Spermien vorhanden sind, werden Spermien aus den Nebenhoden aspiriert (mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration MESA). Wenn es nicht einmal gelingt, Spermien aus den Nebenhoden zu aspirieren, dann wird auf die testikuläre Spermienextraktion ausgewichen (TESE). Eine Ergänzung zur IVF- und ICSI-Behandlung stellt die Einfrierung befruchteter Eizellen im Vorkernstadium dar, die dann in einem späteren Zyklus wieder aufgetaut in die Gebärmutter übertragen werden können.

Andere Methoden der Sterilitätsbehandlung sind Mikrochirurgie der Tuben, intrauterine Inseminationen und medikamentöse und operative Therapie der männlichen Sterilität.

2. Kosten der Leistungen

Der Behandlungspfad für die In-vitro-Fertilisation und möglichen methodischen Varianten ist detailliert ausgewiesen und mit dem Tarif bzw. Medikament- bzw. Laborkosten verknüpft. Varianten der Methoden werden als Zusätze in % aller Fälle zur Standardbehandlung ausgewiesen. Die Ableitung dieser Prozentzahlen wird jedoch nicht empirisch begründet. Die Kosten der anderen Methoden wird nur für die Mikrochirurgie der Tuben und intrauterine Inseminationen angegeben.

Standardbehandlung			
Vorbehandlung			Fr. 3 555.00
Hauptbehandlung			Fr. 2 745.00
Nachbehandlung			Fr. 222.00
Mögliche Zusätze in % aller Fälle			
Psychologische Unterstützung	Fr. 200.48	davon 10%	Fr. 20.00
Narkose	Fr. 29.70	50%	Fr. 15.00
Kryokonservierung	Fr. 2 138.90	50%	Fr. 1 069.00
ICSI	Fr. 432.50	50%	Fr. 216.00
MESA	Fr. 337.50	5%	Fr. 17.00
			Fr. 7 860.00
Mikrochirurgie der Tuben			Fr. 20 000.00
Intrauterine Insemination			
- ohne HMG-Stimulation bei 6 Behandlungszyklen à Fr. 600.00			Fr. 3 600.00
- mit HMG-Stimulation bei 6 Behandlungszyklen à Fr. 1 500.00			Fr. 9 000.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Über Komplikationen und Erfolgsrate der In-vitro-Fertilisation und alternativer Methoden befinden sich zwar Ausführungen in der Dokumentation. Jedoch wird nicht dargelegt, wie dadurch die Kosten beeinflusst werden. Der Hinweis, nur jede sechste IVF-Behandlung führt zur Geburt eines Kindes, bedeutet, dass die eigentlichen Kosten 6 x Fr. 7 860.00 = Fr. 47 160.00 für eine erfolgreiche Behandlung betragen sollten.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

In den Ausführungen wird argumentiert, dass ca. 600 000 Paare im reproduktionsfähigen Alter mit *positiven Kinderwunsch* existieren. Belege für diese Aussagen werden nicht gegeben. Davon dürften 10-20% von Sterilitätsproblemen betroffen sein, d.h. etwa 100 000 Paare. Nach der FIV-NAT-Statistik wurden im Jahr 1996 lediglich 2 653 Behandlungszyklen durchgeführt. Unklar bleibt, wie viele Paare sich einer solchen Behandlung unterzogen haben. Dass bei den betroffenen 100 000 Paaren lediglich mit 3 000 Behandlungszyklen zu rechnen ist, kann nicht nachvollzogen werden. Aus der Dokumentation wird auch nicht klar, wie viele alternative Methoden die In-vitro-Fertilisation substituieren.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die jährlichen Behandlungskosten werden mit 24 Mio. Franken (3 000 Behandlungszyklen x Fr. 8 000.00) angegeben.

In-vitro-Fertilisation (IVF-ET) und Embryotransfer			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer	7 860		
Intrauterine Insemination	3 600		
Mikrochirurgie der Tuben	20 000		
Mehr- oder Minderkosten durch neue Leistung	+4 260 bis -12 140		
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (3000 x 8000 Franken)			24.0 Mio.
Die Anzahl von 3000 Behandlungszyklen im Jahr ist empirisch nicht begründet. Die Erfolgsrate aller assistierten Fertilisationen ist gering (ca. 15%), so dass von den Paaren verschiedene Versuche mit mehreren Methoden unternommen werden. Eventuell entstehen durch IVF-ET deshalb nur Mehrkosten.			

Analyse der Unterlagen des BSV zur Kostenschätzung:

Die jährlichen Kostenfolgen wurden aus der Dokumentation übernommen.

6.3.3.2 Ambulanter Opiatentzug (ESCAPE)

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Das Kernstück des ambulanten Entzugs durch die ESCAPE-Methode ist, dass Frequenzstimulationen mittels eines mikrocomputergesteuerten Geräts die Produktion von körpereigenen Opiaten (Endorphine) anregen und damit die Entzugssymptome vermeiden. Der eigentliche Entzug ist eingebettet in einem Vorgespräch mit psychosozialer Diagnose und Therapiedesign sowie Nachbetreuung mit ambulanter Therapie und psychosozialer Betreuung.

Als alternative Behandlungsmöglichkeit zur ESCAPE-Methode wird der stationäre Entzug gesehen, der von der Beratungsstelle zur Entzugsklinik, Übergangsstation, Langzeittherapie, begleitetes Wohnen und ambulante Nachsorge führt. Andere mögliche Entzugstherapien, z.B. UROD, wurden nicht berücksichtigt.

2. Kosten der Leistungen

Die Kosten für die ESCAPE-Methode und einer stationären Entzugsbehandlung im Kanton Aargau sind detailliert dargestellt und erlauben einen Kostenvergleich zwischen diesen beiden, aber nicht anderen eventuell kostengünstigeren Entzugstherapien.

	Menge	Kosten	Summe	Total
ESCAPE (typischer Verlauf ambulanter Entzug)	1	Fr. 1 800.00	Fr. 1 800.00	
Ambulanter Entzug (inkl. Beratung)	1	Fr. 2 600.00	Fr. 2 600.00	
Nachbetreuung: Erste drei Monate	1	Fr. 2 000.00	Fr. 2 000.00	
Weitere drei Monate	1	Fr. 2 000.00	Fr. 2 000.00	
Weitere drei Monate	1	Fr. 1 000.00	Fr. 1 000.00	Fr. 9 400.00
Letzte drei Monate				
Stationärer Entzug (typischer Verlauf)				
Beratungsstelle	?	?		
Entzugsbehandlung	21 Tage	Fr. 550.00	Fr. 11 550.00	
Übergangsstation	60 Tage	Fr. 250.00	Fr. 15 000.00	
Langzeittherapie	360 Tage	Fr. 200.00	Fr. 72 000.00	
Nachsorge	90 Tage	Fr. 120.00	Fr. 10 800.00	Fr. 109 350.00
Minderkosten durch ESCAPE				Fr. 99 950.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit und

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Nach der Dokumentation treten keine nennenswerten Nebenwirkungen bei ESCAPE auf. Probleme können Schwangerschaften, Anfälligkeiten auf Epilepsie und Operationen am Kopf, Hirn oder an der Halswirbelsäule bereiten. Verboten ist die Anwendung bei Personen mit Herzschrittmachern. Auf Nebenwirkungen der stationären Behandlung wird nicht eingegangen.

Über Abbruch- und Rückfallquoten wird zwar in der Dokumentation gesprochen, aber nicht welche Kosten dadurch verursacht werden. Ebenfalls kann das Therapiedesign die volle Erhaltung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigen. Eventuelle Kosteneinsparungen werden jedoch nicht beziffert.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Bei der Bedarfsabklärung wird von 30 000 Opiatabhängigen in der Schweiz ausgegangen, davon sollen 60% für einen ambulanten Entzug geeignet sein. Sollten sich 10% der Opiatabhängigen für einen ambulanten Entzug entscheiden, ergeben sich ca. 3 000 Entzugsbehandlungen pro Jahr. Bei einem Anteil von 10% für das ESCAPE-Modell würde ein Potential von ca. 300 Fällen pro Jahr bestehen. Für diese Bedarfsschätzung fehlt jedoch jegliche empirisch begründete Basis in der Do-

kumentation. Zu den Nebenwirkungen, eingeschränkter Wirksamkeit und Arbeitsunfähigkeit werden überhaupt keine Mengenschätzungen vorgenommen.

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Eine gesamtschweizerische Ableitung der Kostenfolgen der neuen Leistung enthält die Dokumentation nicht. Die Angaben der Antragssteller lassen folgende jährliche Kostenfolgen erwarten:

Ambulanter Opiatentzug (ESCAPE)			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
ESCAPE	9 400		
Stationärer Entzug	109 350		
Mehr- oder Minderkosten der neuen Leistung	-99 950		
Vergleich mit anderen kostengünstigen Entzugstherapien fehlen. Keine Angaben gibt es zu den Kosten der Nebenwirkungen, eingeschränkter Wirksamkeit (Abbruch, Rückfall) und indirekten Kosten			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen (300 Behandlungen)			-29.98 Mio.
Die empirische Begründung für die 300 Behandlungen mit ESCAPE fehlen.			

6.3.3.3 Hüftprotector (Safehip) zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen

Analyse des Antrags der Gesuchsteller:

1. Beschreibung der neuen, substituierten und/oder vermiedenen Leistungen

Das Hüftprotectorsystem besteht aus einer Hose mit seitlich angebrachten Protectorschalen, die bei einem Sturz die Aufprallenergie teilweise absorbiert und eine Schenkelhalsfraktur verhindert. Andere Präventionsmassnahmen gegen Schenkelhalsfrakturen sind Medikamente gegen Osteoporose, Massnahmen zur Verhinderung von Stürzen wie Bewegungstherapie, Optimieren von Schuhwerk, Anpassen von Medikamentenregime oder der häuslichen Umgebung. Alle diese zusätzlichen Präventionsmassnahmen ersetzen jedoch nicht die Notwendigkeit von Hüftprotectoren bei älteren Männern und Frauen, die vorwiegend gefährdet sind.

Vermiedene medizinische Leistungen sind Operationen und nachfolgende Rehabilitationen nach einer Oberschenkelhalsfraktur. Dazu kommt, dass die Pflegebedürftigkeit der meist älteren Frauen und Männer nach einer Oberschenkelhalsfraktur abgewendet werden kann.

2. Kosten der Leistungen

Bei den Kosten sind allein die jährlichen Sachkosten für die Hosen mit seitlich angebrachten Protectorschalen angegeben. Die finanziellen Aufwendungen für Aufklärung und Betreuung durch Arzt oder ambulantes Pflegepersonal, die für die Compliance der älteren Personen von Bedeutung sind, werden nicht berücksichtigt. Die Kosten pro Operation inkl. Spitalaufenthalt und Rehabilitation werden ohne differenzierte Aufschlüsselung aus der Literatur abgeleitet.

Leistung	Menge	Kosten	Total
Hüftprotector	3	Fr. 121.50	Fr. 364.50
Operation inkl. Spital und Rehabilitation	1	Fr. 50 700.00	Fr. 50 700.00

3. Zusatzkosten der Nebenwirkungen sowie aufgrund eingeschränkter Wirksamkeit

Vom Hüftprotector sind keine Nebenwirkungen bekannt. Über die Operationen gibt es in der Dokumentation keine Angaben.

Der Hüftprotector vermeidet nicht alle Schenkelhalsfrakturen. Zum einen weil die Compliance nur rund 80% beträgt und zum anderen weil trotz Hüftprotector bei einem Sturz eine Schenkelhalsfraktur vorkommen kann. Wenn eine Schenkelhalsfraktur eintritt, dann fallen die Kosten für eine

Operation mit Spitalaufenthalt und Rehabilitation an (s.o. Punkt 2). Bei Operationen mit oder ohne Hüftprotektor kommen noch die Kosten für eine eventuelle Pflegebedürftigkeit hinzu, deren Kosten allerdings nicht näher beziffert wird.

4. Indirekte Kosten, z.B. durch Arbeitsunfähigkeit

Indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit können bei der durch Schenkelhalsfrakturen gefährdete und noch erwerbstätigen Bevölkerung zwischen 55-64 Jahren auftreten. Wie hoch diese Kosten zu veranschlagen sind, wird in der Dokumentation nicht dargestellt.

5. Mengenentwicklung der Kostenfaktoren

Die Inzidenz der Hüftfrakturen wird nach Altersklassen differenziert dargestellt. Die Bevölkerungsprognosen des Bundesamtes für Statistik (BFS) erlauben die künftige Entwicklung der Hüftfrakturen zu schätzen. Die Angaben der Pflegebedürftigkeit nach einer Hüftfraktur zeigen den Umfang der eingeschränkten Wirksamkeit durch eine Operation. Aus der Dokumentation kann auch die Senkungsrate der Hüftfrakturen durch den Hüftprotektor entnommen werden.

Die Anzahl der gefährdeten Personen, die einen Hüftprotektor tragen sollten, entspricht nach der Dokumentation der Anzahl der Hüftfrakturen. Damit wird der Umfang der Präventionsmassnahme deutlich unterschätzt. Um die Anzahl der Hüftfrakturen zu verringern, müssten alle gefährdeten Personen einen Hüftprotektor tragen. Allein die Heimbewohner, die als eine der Zielgruppen bezeichnet wurde, umfassen rund 90 000 Personen.

Alter	Inzidenz in %	1995		2000		2005		2010	
		Anzahl Frakturen	Anzahl Pflegefälle	Anzahl Frakturen	Anzahl Pflegefälle	Anzahl Frakturen	Anzahl Pflegefälle	Anzahl Frakturen	Anzahl Pflegefälle
55-64	0.0061	4 368		4 857		5 434		5 540	
65-74	0.0071	4 040		4 172		4 329		4 851	
75-84	0.0091	3 174		3 463		3 798		3 999	
85+	0.0091	1 158		1 301		1 375		1 608	
	Pflegefälle 17.5% der Anzahl Frakturen								
Total		12 740	2 230	13 793	2 414	14 937	2 614	15 997	2 800
Senkung durch Hüftprotektor	53%	5 988	1 048	6 483	1 135	7 020	1 229	7 519	1 316

6. Verknüpfung von Mengenentwicklung und Kosten

Die Kostenfolgen der Präventionsmassnahme Hüftprotektor dürften zum einen zu niedrig eingeschätzt sein, weil die Aufwendungen für Aufklärung und Betreuung durch Arzt und ambulantes Pflegepersonal fehlen und auch, weil die Zielgruppe für den Hüftprotektor deutlich grösser ist als die Anzahl der Frakturen. Zum anderen sind potentielle Einsparungen durch vermiedene Pflegefälle oder Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Die gesamtschweizerischen Kostenfolgen differieren aus diesen Gründen von den in der Dokumentation dargestellten Aufwendungen.

Bei den Berechnungen der Gesamtsummen in der Dokumentation scheinen Fehler unterlaufen zu sein. Es wird versucht aufgrund der Angaben der Antragssteller die Zahlen korrigiert in der folgenden Tabelle wiederzugeben.

Kosten neuer Leistungen im KVG

Jahr	Ohne Hüftprotektor Operationen 100%			Mit Hüftprotektor Senkungsrate Operationen 53%			Differenz In Mio. Fr.
	Menge	Kosten in Fr.	Summe in Mio. Fr.	Menge	Kosten in Fr.	Summe in Mio. Fr.	
1995							
Operationen	12 740	50 700.00	645.92	5 988	50.700.00	303.59	
Hüftprotektoren				12 740	364.50/Jahr	4.64	
Total			645.92			308.23	337.69
2000							
Operationen	13 793	50 700.00	699.31	6 483	50 700.00	328.69	
Hüftprotektoren				13 793	364.50/Jahr	5.03	
Total			699.31			333.72	365.59
2005							
Operationen	14 937	50 700.00	757.31	7 020	50 700.00	355.91	
Hüftprotektoren				14 937	364.50/Jahr	5.44	
Total			757.31			361.35	395.96
2010							
Operationen	15 997	50 700.00	811.05	7 519	50 700.00	381.21	
Hüftprotektoren				15 997	364.50/Jahr	5.83	
Total			811.05			387.04	424.01

Aufgrund der korrigierten Zahlen sind mit folgenden jährlichen Kostenfolgen zu rechnen:

Hüftprotektor (Safehip) zur Verhinderung von Schenkelhalsfrakturen			
Leistungen	Direkte Kosten	Indirekte Kosten	Total
Hüftprotektor	27 055		
Operationen inkl. Spital und Rehabilitation	50 700		
Mehr- und Minderkosten der neuen Leistung	-23 645		
Bei Kosten für den Hüftprotektor sind enthalten die Aufwendungen für trotzdem stattfindende Frakturen sowie für die Anzahl der Hüftprotektoren, um eine Fraktur zu vermeiden. Als Grundlage für die Anzahl benötigter Hüftprotektoren wurde die Anzahl der älteren Personen in Heimen genommen. Der Anteil der Heimbewohner beträgt ca. 8% der über 64jährigen. Unberücksichtigt sind die Kosten für Aufklärung und Beratung der Zielpersonen. Kosten der Nebenwirkungen nach Operation sowie der Pflegebedürftigkeit nach Hüftfraktur fehlen.			
Gesamtschweizerische Kostenfolgen			
Jahr 1995: 12 740 Frakturen			-30.1 Mio.
Jahr 2000: 13 793 Frakturen			-32.6 Mio.
Jahr 2005: 14 937 Frakturen			-35.3 Mio.
Jahr 2010: 15 997 Frakturen			-37.8 Mio.
Die Kosten werden aufgrund der Bevölkerungsentwicklung und Inzidenz der Hüftfrakturen nach Altersgruppen berechnet.			

6.4 Gesprächsleitfäden zur Ermittlung der Datenlage

Leitfaden A: Leistungserbringer	2. DATENBASIS/DATENERHEBUNG																																																								
<p>1. VORSTELLUNG WIRKUNGSMODELL</p> <p>1.1 INANSPRUCHNAHME EINER LEISTUNG</p> <p>1. ANGEBOT AN LEISTUNGEN FÜR INDIKATIONEN - Wenn kein Bagatelleiden vorliegt, findet immer eine Behandlung statt</p> <p>2. ENTSCHEIDUNGSPROZESS FÜR DIE NUTZUNG EINER LEISTUNG - Vor dem Entscheid eine Leistung nachzufragen, wird der Nutzen der verschiedenen Methoden für den Patienten abgewogen - Die Nachfrage nach den neuen Leistungen hängt auch von deren Akzeptanz durch die Leistungserbringer ab - Die Modalitäten (Zugänglichkeit und Preise) der Leistungsnutzung beeinflussen ebenfalls die Nachfrage nach einer Leistung</p> <p>3. POTENZIAL FÜR DIE NACHFRAGE NACH EINER LEISTUNG - die Inzidenz und Prävalenz der Indikation, für die eine Leistung geeignet ist, geben lediglich Anhaltspunkte, welchen Umfang die Nachfrage annehmen könnte.</p> <p>1.2 PREISBILDUNG BEI EINER NEUEN LEISTUNG</p> <p>1. GESTEHUNGSKOSTEN U. ENDPREIS EINER NEUEN LEISTUNG - Ob die Gestehungskosten einen Einfluss auf den Endpreis einer neuen Leistung haben, hängt von der Art der Preisbildung ab.</p> <p>2. VERHANDLUNGSPROZESS BEI DER PREISBILDUNG - Entscheidend für die Preisbildung ist die Geschlossenheit, das politische Gewicht und die Interessenslage der verschiedenen Vertragsparteien. - Die rationalen Kriterien, die in den Verhandlungsprozess einfließen, beruhen in den den wenigsten Fällen auf überprüften Fakten, sondern sind von Einschätzungen und Bewertungen der Verhandlungspartner abhängig. - Für den ausgehandelten Endpreis einer neuen Leistung spielen der Vergleich mit konkurrierenden Leistungen sowie die eingeschätzte Tragbarkeit der Kostenfolgen eine Rolle.</p> <p>3. FLEXIBILITÄT DER PREISBILDUNG - Weil die Preise der neuen Leistungen durch Verhandlungen fixiert werden, reagieren sie unflexibel auf eine Ausweitung der Nachfrage, Engpässe oder Überangebote auf dem Markt</p> <p>4. KOSTENFOLGEN NEUER LEISTUNGEN - Der Entscheid des EDI führt dazu, dass verdeckt in der Grundversicherung abgerechnete neue Leistung sichtbar werden und bisher durch Zusatzvers. oder Selbstzahler bezahlte Leistungen in der Grundversicherung abgerechnet werden. - Jeder neuen Leistung stehen substituierte Leistungen entgegen, die bei den Kostenfolgen zu berücksichtigen sind</p>	<p>2.1 BENÖTIGTE DATEN ZUR FESTSTELLUNG DER KOSTENFOLGEN</p> <p>1. INFORMATIONEN ÜBER LEISTUNGEN - Vergleich mit bisheriger Behandlungsmethode: - Behandlungspfad - Welche Eigenschaften der neuen Leistung sind für Sie wichtig? - Kriterien zum Vergleich mit bisheriger Behandlung</p> <p>2. EIGNUNG DER LEISTUNG FÜR PATIENTEN - Welche Charakteristika sind entscheidend für die Anwendung bei einem Patienten? - Was muss beim Patienten berücksichtigt werden?</p> <p>3. MODALITÄTEN DER LEISTUNGSNUTZUNG - Was kann alles die Nutzung beeinflussen (Versich.deckung, finanz. Lage des Patienten, Wartefristen)? - Was muss Ihrer Ansicht nach berücksichtigt werden?</p> <p>4. ENTSCHEID FÜR EIN ANGEBOT - Welche der besprochenen Kriterien sind für den Entscheid zur Nutzung der Leistung wichtig und weniger wichtig? - Nach welchen Gesichtspunkten treffen Sie die Entscheidung? - Wer ist alles an der Entscheidung beteiligt?</p> <p>5. AUSWIRKUNG AUF PATIENTEN - Was wird von Ihnen alles berücksichtigt? - Vergleich erhoffter Nutzen mit tatsächlicher Auswirkung</p> <p>2.2 DATENERHEBUNG BEZÜGLICH KOSTENFOLGE</p> <p>1. NACHGEFRAGTE LEISTUNG</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Art der genutzten Leistungen</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Menge der genutzten Leistungen</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Behandlungspfad</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Behandlungsdauer des Patienten</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Veränderungen nach Kassenpflicht</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> </table> <p>2. AUSWIRKUNGEN AUF PATIENTEN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>-Heilung</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-chronische Krankheit</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-vermiedener Spitalaufenthalt</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-Länge der Erkrankung</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-Allgemeinbefinden</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-Lebensqualität</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-Dauer von Hilfe u. Pflege im Hause</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>-Arbeitsfähigkeit</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> </table> <p>3. ENTSCHEID ÜBER LEISTUNG</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- in Betracht gezogene Kriterien</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- ausschlaggebende Kriterien</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Akteure und Ihre Rolle beim Entscheid</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> </table> <p>4. MODALITÄTEN DER LEISTUNGSERBRINGUNG</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Versicherungsdeckung, finanzielle Lage</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Kosten der Leistung für Patienten:</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Grundvers., Zusatzvers., Selbstzahler</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Preisbildung vor Kassenpflicht</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Finanzielle Situation des Patienten</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Wartefristen, Entfernung v. Wohnort</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> </table> <p>5. EIGNUNG DER LEISTUNG FÜR PATIENTEN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Benutzerfreundlichkeit</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Nebenwirkungen</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Physischer und psychischer Zustand</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> </table> <p>6. INFORMATIONEN ÜBER LEISTUNG</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Neue Leistungen</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- konkurrierende Leistungen</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> <tr> <td>- Anderes</td> <td style="text-align: right;">D K E</td> </tr> </table> <p>7. AUFWAND DER ERHEBUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebungsinstrument - Möglichkeit zur Minimierung des Aufwands - zeitliche Belastung <p>8. DATENSCHUTZ</p>	- Art der genutzten Leistungen	D K E	- Menge der genutzten Leistungen	D K E	- Behandlungspfad	D K E	- Behandlungsdauer des Patienten	D K E	- Veränderungen nach Kassenpflicht	D K E	-Heilung	D K E	-chronische Krankheit	D K E	-vermiedener Spitalaufenthalt	D K E	-Länge der Erkrankung	D K E	-Allgemeinbefinden	D K E	-Lebensqualität	D K E	-Dauer von Hilfe u. Pflege im Hause	D K E	-Arbeitsfähigkeit	D K E	- in Betracht gezogene Kriterien	D K E	- ausschlaggebende Kriterien	D K E	- Akteure und Ihre Rolle beim Entscheid	D K E	- Versicherungsdeckung, finanzielle Lage	D K E	- Kosten der Leistung für Patienten:		Grundvers., Zusatzvers., Selbstzahler	D K E	- Preisbildung vor Kassenpflicht	D K E	- Finanzielle Situation des Patienten	D K E	- Wartefristen, Entfernung v. Wohnort	D K E	- Benutzerfreundlichkeit	D K E	- Nebenwirkungen	D K E	- Physischer und psychischer Zustand	D K E	- Neue Leistungen	D K E	- konkurrierende Leistungen	D K E	- Anderes	D K E
- Art der genutzten Leistungen	D K E																																																								
- Menge der genutzten Leistungen	D K E																																																								
- Behandlungspfad	D K E																																																								
- Behandlungsdauer des Patienten	D K E																																																								
- Veränderungen nach Kassenpflicht	D K E																																																								
-Heilung	D K E																																																								
-chronische Krankheit	D K E																																																								
-vermiedener Spitalaufenthalt	D K E																																																								
-Länge der Erkrankung	D K E																																																								
-Allgemeinbefinden	D K E																																																								
-Lebensqualität	D K E																																																								
-Dauer von Hilfe u. Pflege im Hause	D K E																																																								
-Arbeitsfähigkeit	D K E																																																								
- in Betracht gezogene Kriterien	D K E																																																								
- ausschlaggebende Kriterien	D K E																																																								
- Akteure und Ihre Rolle beim Entscheid	D K E																																																								
- Versicherungsdeckung, finanzielle Lage	D K E																																																								
- Kosten der Leistung für Patienten:																																																									
Grundvers., Zusatzvers., Selbstzahler	D K E																																																								
- Preisbildung vor Kassenpflicht	D K E																																																								
- Finanzielle Situation des Patienten	D K E																																																								
- Wartefristen, Entfernung v. Wohnort	D K E																																																								
- Benutzerfreundlichkeit	D K E																																																								
- Nebenwirkungen	D K E																																																								
- Physischer und psychischer Zustand	D K E																																																								
- Neue Leistungen	D K E																																																								
- konkurrierende Leistungen	D K E																																																								
- Anderes	D K E																																																								

<p>Leitfaden B: Versicherer</p> <hr/> <p>1. VORSTELLUNG WIRKUNGSMODELL</p> <hr/> <p>1.1 INANSPRUCHNAHME EINER LEISTUNG</p> <p>1. ANGEBOT AN LEISTUNGEN FÜR INDIKATIONEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn kein Bagatelleiden vorliegt, findet immer eine Behandlung statt <p>2. ENTSCHEIDUNGSPROZESS FÜR DIE NUTZUNG EINER LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor dem Entscheid eine Leistung nachzufragen, wird der Nutzen der verschiedenen Methoden für den Patienten abgewogen - Die Nachfrage nach den neuen Leistungen hängt auch von deren Akzeptanz durch die Leistungserbringer ab - Die Modalitäten (Zugänglichkeit und Preise) der Leistungsnutzung beeinflussen ebenfalls die Nachfrage nach einer Leistung <p>3. POTENZIAL FÜR DIE NACHFRAGE NACH EINER LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Inzidenz und Prävalenz der Indikation, für die eine Leistung geeignet ist, geben lediglich Anhaltspunkte, welchen Umfang die Nachfrage annehmen könnte. <hr/>	<p>2. DATENBASIS/ DATENERHEBUNG bei VERSICHERER</p> <hr/> <p>2.1 BENÖTIGTE DATEN ZUR FESTSTELLUNG DER KOSTENFOLGEN</p> <p>1. PREIS DER NEUEN LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach und vor Entscheid des EDI - Behandlungspfad - Preisunterschiede nach Kantonen - Preisunterschiede nach Organisationsformen - Vor Entscheid des EDI und in der letzten Zeit <p>2. PREISE DER KONKURRENZIERENDEN LEISTUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungspfad - Preisunterschiede nach Kantonen - Preisunterschiede nach Organisationsformen <p>3. NACHFRAGE NEUE LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge vor Entscheid des EDI - Menge nach Entscheid des EDI - Zeitreihe und Zeiteinheiten (Monate, Jahre usw.) - Patientenbezogen <p>4. NACHFRAGE KONKURRENZIERENDE LEISTUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge - Zeitreihe und Zeiteinheiten (Monate, Jahre usw.) - Patientenbezogen <p>5. KOSTENFOLGEN FÜR VERSCHIEDENE FINANZIERUNGSTRÄGER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundversicherung - Zusatzversicherung - Selbstzahler <p>6. AUSWIRKUNGEN AUF PATIENTEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung oder Verkürzung von Spitalaufenthalt - Krankheits- und Behandlungsdauer - Dauer der Arbeitsunfähigkeit - Dauer von Hilfe und Pflege im Haus <hr/>								
<p>1.2 PREISBILDUNG BEI EINER NEUEN LEISTUNG</p> <p>1. GESTEHUNGSKOSTEN U. ENDPREIS EINER NEUEN LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ob die Gestehungskosten einen Einfluss auf den Endpreis einer neuen Leistung haben, hängt von der Art der Preisbildung ab. <p>2. VERHANDLUNGSPROZESS BEI DER PREISBILDUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entscheidend für die Preisbildung ist die Geschlossenheit, das politische Gewicht und die Interessenslage der verschiedenen Vertragsparteien. - Die rationalen Kriterien, die in den Verhandlungsprozess einfließen, beruhen in den wenigsten Fällen auf überprüften Fakten, sondern sind von Einschätzungen und Bewertungen der Verhandlungspartner abhängig. - Für den ausgehandelten Endpreis einer neuen Leistung spielen der Vergleich mit konkurrierenden Leistungen sowie die eingeschätzte Tragbarkeit der Kostenfolgen eine Rolle. <p>3. FLEXIBILITÄT DER PREISBILDUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weil die Preise der neuen Leistungen durch Verhandlungen fixiert werden, reagieren sie unflexibel auf eine Ausweitung der Nachfrage, Engpässe oder Überangebote auf dem Markt <p>4. KOSTENFOLGEN NEUER LEISTUNGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Entscheid des EDI führt dazu, dass verdeckt in der Grundversicherung abgerechnete neue Leistung sichtbar werden und bisher durch Zusatzvers. oder Selbstzahler bezahlte Leistungen in der Grundversicherung abgerechnet werden. - Jeder neuen Leistung stehen substituierte Leistungen entgegen, die bei den Kostenfolgen zu berücksichtigen sind 	<p>2.2 ERHEBUNG DER DATEN (DV-Dateien, Zeitraum der Daten, mögliche Auswertungen)</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="798 1191 1085 1415"> <p>1. PREIS NEUE LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Entscheid EDI - Preisunterschiede Kantone - Preisunterschiede Org. form - vor EDI-Entscheid, letzte Zeit (Vor/Nachbeh.) - patientenbezogener Aufwand - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Anderes </td> <td data-bbox="1085 1191 1389 1415"> <p>2. PREIS KONK. LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preisunterschiede Kantone - Preisunterschiede Org. form - patientenbezogener Aufwand - Nebenleistungen </td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1415 1085 1617"> <p>3. NACHFRAGE NEUE LEIST.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge nach Entscheid EDI - Menge vor Entscheid EDI - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Zeitreihe, Zeiteinheiten (MJ) - patientenbezogen - Anderes </td> <td data-bbox="1085 1415 1389 1617"> <p>4. NACHFRAGE ALT. LEIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge - Nebenleistungen - Zeitreihe, Zeiteinheiten (MJ) - patientenbezogen </td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1617 1085 1886"> <p>5. KOSTENFOLGEN FINANZIERUNGSTRÄGER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundversicherung - Zusatzversicherung - Selbstzahler - Veränderungen bei Träger - vor und nach EDI-Entscheid - Anderes </td> <td data-bbox="1085 1617 1389 1886"> <p>6. AUSWIRKUNGEN AUF PATIENTEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermied/Verkürz. Spitalaufenth. - Krankheits-/Behandlungsdauer - Dauer der Arbeitsunfähigkeit - Dauer von Haushilfe- u. -pflege - Heilung - chronische Krankheit - Anderes </td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1886 1085 2024"> <p>7. ERHEBUNGS-AUFWAND</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebungsinstrument - Mögl. zur Minimierung Aufwand - zeitliche Belastung - Anderes </td> <td data-bbox="1085 1886 1389 2024"> <p>8- DATENSCHUTZ</p> </td> </tr> </table>	<p>1. PREIS NEUE LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Entscheid EDI - Preisunterschiede Kantone - Preisunterschiede Org. form - vor EDI-Entscheid, letzte Zeit (Vor/Nachbeh.) - patientenbezogener Aufwand - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Anderes 	<p>2. PREIS KONK. LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preisunterschiede Kantone - Preisunterschiede Org. form - patientenbezogener Aufwand - Nebenleistungen 	<p>3. NACHFRAGE NEUE LEIST.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge nach Entscheid EDI - Menge vor Entscheid EDI - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Zeitreihe, Zeiteinheiten (MJ) - patientenbezogen - Anderes 	<p>4. NACHFRAGE ALT. LEIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge - Nebenleistungen - Zeitreihe, Zeiteinheiten (MJ) - patientenbezogen 	<p>5. KOSTENFOLGEN FINANZIERUNGSTRÄGER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundversicherung - Zusatzversicherung - Selbstzahler - Veränderungen bei Träger - vor und nach EDI-Entscheid - Anderes 	<p>6. AUSWIRKUNGEN AUF PATIENTEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermied/Verkürz. Spitalaufenth. - Krankheits-/Behandlungsdauer - Dauer der Arbeitsunfähigkeit - Dauer von Haushilfe- u. -pflege - Heilung - chronische Krankheit - Anderes 	<p>7. ERHEBUNGS-AUFWAND</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebungsinstrument - Mögl. zur Minimierung Aufwand - zeitliche Belastung - Anderes 	<p>8- DATENSCHUTZ</p>
<p>1. PREIS NEUE LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Entscheid EDI - Preisunterschiede Kantone - Preisunterschiede Org. form - vor EDI-Entscheid, letzte Zeit (Vor/Nachbeh.) - patientenbezogener Aufwand - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Anderes 	<p>2. PREIS KONK. LEISTUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preisunterschiede Kantone - Preisunterschiede Org. form - patientenbezogener Aufwand - Nebenleistungen 								
<p>3. NACHFRAGE NEUE LEIST.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge nach Entscheid EDI - Menge vor Entscheid EDI - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Nebenleistungen (Vor/Nachbeh.) - Zeitreihe, Zeiteinheiten (MJ) - patientenbezogen - Anderes 	<p>4. NACHFRAGE ALT. LEIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menge - Nebenleistungen - Zeitreihe, Zeiteinheiten (MJ) - patientenbezogen 								
<p>5. KOSTENFOLGEN FINANZIERUNGSTRÄGER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundversicherung - Zusatzversicherung - Selbstzahler - Veränderungen bei Träger - vor und nach EDI-Entscheid - Anderes 	<p>6. AUSWIRKUNGEN AUF PATIENTEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermied/Verkürz. Spitalaufenth. - Krankheits-/Behandlungsdauer - Dauer der Arbeitsunfähigkeit - Dauer von Haushilfe- u. -pflege - Heilung - chronische Krankheit - Anderes 								
<p>7. ERHEBUNGS-AUFWAND</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebungsinstrument - Mögl. zur Minimierung Aufwand - zeitliche Belastung - Anderes 	<p>8- DATENSCHUTZ</p>								

Beiträge zur sozialen Sicherheit

In dieser Reihe veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung Forschungsberichte (fett gekennzeichnet) sowie weitere Beiträge aus seinem Fachgebiet. Bisher wurden publiziert:

Aspects de la sécurité sociale

Sous ce titre, l'Office fédéral des assurances sociales publie des rapports de recherche (signalés en gras) ainsi que d'autres contributions relevant de son champ d'activité. Ont déjà été publiés:

Aspetti della sicurezza sociale

Sotto questo titolo, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali pubblica dei rapporti di ricerca (segnalati in grassetto) nonché altri contributi inerenti alla sua sfera d'attività. La maggior parte dei rapporti appare in tedesco e in francese.

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Wolfram Fischer, Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern: Überlegungen zur Neugestaltung der schweizerischen Krankenhausstatistik. Nr. 1/94	EDMZ* 318.010.1/94 d
Rapport de recherche: Wolfram Fischer, Possibilités de mesure des Prestations hospitalières: considérations sur une réorganisation de la statistique hospitalière. N° 1/94	OCFIM* 318.010.1/94 f
Rapport de recherche: André Bender, M. Philippe Favarger, Dr. Martin Hoesli: Evaluation des biens immobiliers dans les institutions de prévoyance. No 2/94	OCFIM* 318.010.2/94 f
Forschungsbericht: Hannes Wüest, Martin Hofer, Markus Schweizer: Wohneigentumsförderung – Bericht über die Auswirkungen der Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge. Nr. 3/94	EDMZ* 318.010.3/94 d
Forschungsbericht: Richard Cranovsky: Machbarkeitsstudie des Technologiebewertungsregister. Nr. 4/94	EDMZ* 318.010.4/94 d
Forschungsbericht: BRAINS: Spitex-Inventar. Nr. 5/94	EDMZ* 318.010.5/94 d
Rapport de recherche: BRAINS: Inventaire du Spitex. No 5/94	OCFIM* 318.010.5/94 f
Forschungsbericht: Jacob van Dam, Hans Schmid: Insolvenzversicherung in der beruflichen Vorsorge. Nr. 1/95	EDMZ* 318.010.1/95 d

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: BASS: Tobias Bauer. Literaturrecherche: Modelle zu einem garantierten Mindesteinkommen. Nr. 2/95	EDMZ* 318.010.2/95 d
Forschungsbericht: IPSO: Peter Farago. Verhütung und Bekämpfung der Armut: Möglichkeiten und Grenzen staatlicher Massnahmen. Nr. 3/95	EDMZ* 318.010.3/95 d
Rapport de recherche: IPSO: Peter Farago. Prévenir et combattre la pauvreté: forces et limites des mesures prises par l'Etat. N° 3/95	OCFIM* 318.010.3/95 f
Bericht des Eidgenössischen Departementes des Innern zur heutigen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der schweizerischen 3-Säulen-Konzeption der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge. Oktober 1995	EDMZ* 318.012.1/95 d
Rapport du Département fédéral de l'intérieur concernant la structure actuelle et le développement futur de la conception helvétique des trois piliers de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. Octobre 1995	OCFIM* 318.012.1/95 f
Rapporto del Dipartimento federale dell'interno concernente la struttura attuale e l'evoluzione futura della concezione svizzera dei 3 pilastri della previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Ottobre 1995	UCFSM* 318.012.1/95 i
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil I	BSV** 96.217
Universität Zürich, Interdisziplinäre Vorlesungsreihe 1995/96: Das neue KVG – Was ändert sich im Gesundheitswesen? Die Referate. Teil II	BSV** 96.538
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen" (IDA FiSo 1): Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung). Nr. 1/96	EDMZ* 318.012.1/96 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales" (IDA FiSo): Rapport sur les perspectives de financement des assurances sociales (eu égard en particulier à l'évolution démographique). N° 1/96	OCFIM* 318.012.1/96 f
Forschungsbericht: Laura Cardia-Vonèche et al.: Familien mit alleinerziehenden Eltern. Nr. 1/96	EDMZ* 318.010.1/96 d
Rapport de recherche: Laura Cardia-Vonèche et al.: Les familles monoparentales. N° 1/96	OCFIM* 318.010.1/96 f
Bericht der Arbeitsgruppe "Datenschutz und Analysenliste / Krankenversicherung". Nr. 2/96	BSV** 96.567
Rapport du groupe de travail "Protection des données et liste des analyses / assurance-maladie". N° 2/96	OFAS** 96.568

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Berufliche Vorsorge: Neue Rechnungslegungs- und Anlagevorschriften; Regelung des Einsatzes der derivativen Finanzinstrumente; Verordnungstext / Erläuterungen / Fachempfehlungen. Nr. 3/96	EDMZ* 318.010.3/96 d
Prévoyance professionnelle: Nouvelles prescriptions en matière d'établissement des comptes et de placements. Réglementation concernant l'utilisation des instruments financiers dérivés. Texte de l'ordonnance / commentaire / recommandations. No 3/96	OCFIM* 318.010.3/96 f
Previdenza professionale: Nuove prescrizioni in materia di rendiconto e di investimenti. Regolamentazione concernente l'impiego di strumenti finanziari derivati. N° 3/96	UCFSM* 310.010.3/96 i
Forschungsbericht: Martin Wechsler, Martin Savioz: Umverteilung zwischen den Generationen in der Sozialversicherung und im Gesundheitswesen. Nr. 4/96	EDMZ* 318.010.4/96 d
Forschungsbericht: Wolfram Fischer: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Nr. 1/97	EDMZ* 318.010.1/97 d
Forschungsbericht: Infrac: Festsetzung der Renten beim Altersrücktritt und ihre Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung. Überblick über die Regelungen in der EU. Nr. 2/97	EDMZ* 318.010.2/97 d
Forschungsbericht: Heinz Schmid: Prämiengenehmigung in der Krankenversicherung. Expertenbericht. Nr. 3/97	EDMZ* 318.010.3/97 d
Rapport de recherche: Heinz Schmid: Procédure d'approbation des primes dans l'assurance-maladie. Expertise. No 3/97	OCFIM* 318.010.3/97 f
Forschungsbericht: Eine Zusammenarbeit zwischen IPSO und Infrac: Perspektive der Erwerbs- und Lohnquote. Nr. 4/97	EDMZ* 318.010.4/97 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Auswirkungen von Regelungen des AHV-Rentenalters auf die Sozialversicherungen, den Staatshaushalt und die Wirtschaft. Nr. 5/97	EDMZ* 318.010.5/97 d
Forschungsbericht: Günther Latzel, Christoph Andermatt, Rudolf Walther, BRAINS: Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band I und II. Nr. 6/97	EDMZ* 318.010.6/97 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales. Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSo) 2": Analyse der Leistungen der Sozialversicherungen; Konkretisierung möglicher Veränderungen für drei Finanzierungsszenarien.	EDMZ* 318.012.1/97 d
Groupe de travail interdépartemental "Perspectives de financement des assurances sociales (IDA FiSo) 2": Analyse des prestations des assurances sociales; Concrétisation de modifications possibles en fonction de trois scénarios financiers.	OCFIM* 318.012.1/97 f

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne

*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna

**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern

**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne

**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Publikationen zur Untersuchung "Neue Formen der Krankenversicherung"	
Publications relatives à l'étude des nouvelles formes d'assurance-maladie	
Übersicht – Synthèse	
Forschungsbericht: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht. Nr. 1/98	EDMZ* 318.010.1/98 d
Rapport de recherche: Rita Baur, Wolfgang Hunger, Klaus Kämpf, Johannes Stock (Prognos AG): Rapport de synthèse: Evaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie. No 1/98	OCFIM* 318.010.1/98 f
Materialienberichte / Befragungen – Dossiers techniques / Enquêtes	
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Die Wahl der Versicherungsformen. Untersuchungsbericht 1. Nr. 2/98	EDMZ* 318.010.2/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Bewertung der ambulanten medizinischen Versorgung durch HMO-Versicherte und traditionell Versicherte. Untersuchungsbericht 2. Nr. 3/98	EDMZ* 318.010.3/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Doris Eyett (Prognos AG): Selbstgetragene Gesundheitskosten. Untersuchungsbericht 3. Nr. 4/98	EDMZ* 318.010.4/98 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Armin Ming, Johannes Stock, Peter Lang (Prognos AG): Struktur, Verfahren und Kosten der HMO-Praxen. Untersuchungsbericht 4. Nr. 5/98	EDMZ* 318.010.5/98 d
Forschungsbericht: Johannes Stock, Rita Baur, Peter Lang (Prognos AG); Prof. Dr. Dieter Conen: Hypertonie-Management. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Nr. 6/98	EDMZ* 318.010.6/98 d
Materialienberichte – Dossiers techniques	
Forschungsbericht: Stefan Schütz et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Versicherte, Leistungen, Prämien und Kosten. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 1. Teil. Nr. 7/98	EDMZ* 318.010.7/98 d
Forschungsbericht: Herbert Känzig et al.: Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilungen im Vergleich zu der traditionellen Versicherung. Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung, 2. Teil. Nr. 8/98	EDMZ* 318.010.8/98 d
Rapport de recherche: Gabriel Sottas et al.: Données administratives de l'assurance-maladie: Analyse de qualité, statistique élémentaire et base pour les exploitations. No 9/98	OCFIM* 318.010.9/98 f
Die Fragebogen der Versichertenbefragung (5 Teile) sind erhältlich bei: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, Hr. Herbert Känzig, 3003 Bern (Tel. 031 / 322 91 48)	

- *EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- *OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- *UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- **BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- **OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- **UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Tobias Bauer, (BASS): Kinder, Zeit und Geld. Eine Analyse der durch Kinder bewirkten finanziellen und zeitlichen Belastungen von Familien und der staatlichen Unterstützungsleistungen in der Schweiz Mitte der Neunziger Jahre. Nr. 10/98	EDMZ* 318.010.10/98 d
Forschungsbericht: Tobias Bauer (BASS): Auswirkungen von Leistungs- veränderungen bei der Arbeitslosenversicherung. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 11/98	EDMZ* 318.010.11/98 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Auswirkungen von Leistungsveränderungen bei der Witwenrente. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 12/98	EDMZ* 318.010.12/98 d
Forschungsbericht: André Müller, Felix Walter, Renger van Nieuwkoop (ECOPLAN); Stefan Felder: Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. DYNASWISS – Dynamisches allgemeines Gleich- gewichtsmodell für die Schweiz. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr.13/98	EDMZ* 318.010.13/98 d
Forschungsbericht: S.P. Mauch, R. Iten, S. Banfi, D. Bonato, T. von Stokar (INFRAS); B. Schips, Y. Abrahamsen (KOF/ETH): Wirtschaftliche Auswirkungen von Reformen der Sozialversicherungen. Schlussbericht der Arbeitsgemeinschaft INFRAS/KOF. Im Auftrag der IDA FiSo 2. Nr. 14/98	EDMZ* 318.010.14/98 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (BFS): Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens. Bericht im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG. Nr. 15/98	EDMZ* 318.010.15/98 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe (OFS): Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé. Rapport établi dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal. No 15/98	OCFIM* 318.010.15/98 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber), Forum 1998 über das Rentenalter / sur l'âge de la retraite. Die Referate / Les exposés des conférenciers (April/avril 1998), Nr. 16/98	EDMZ* 318.010.16/98 df
Forschungsbericht: Robert E. Leu, Stefan Burri, Peter Aregger: Armut und Lebensbedingungen im Alter. Nr. 17/98	EDMZ* 318.010.17/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: Begünstigtenordnung zweite und dritte Säule. Gutachten. Nr. 18/98	EDMZ* 318.010.18/98 d
Prof. Dr. Thomas Koller: L'ordre des bénéficiaires des deuxième et troisième piliers. Rapport d'expertise. No 18/98	OCFIM* 318.010.18/98 f

- *EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- *OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- *UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- **BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- **OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- **UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Mikroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. INFRAS. Nr. 19/98 d	EDMZ* 318.010.19/98 d
Rapport de recherche: INFRAS: Effets microéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 19/98	OCFIM* 318.010.19/98 f
Forschungsbericht: Makroökonomische Effekte der 1. BVG-Revision. Schlussbericht. KOF/ETHZ, Zürich. Nr. 20/98 d	EDMZ* 318.010.20/98 d
Rapport de recherche: KOF/ETHZ: Effets macroéconomiques de la 1 ^{re} révision de la LPP. Rapport final N° 20/98	OCFIM* 318.010.20/98 f
Forschungsbericht: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen (Wirkungsanalyse KVG); Dr. Andreas Balthasar; Interface Institut für Politikstudien; Nr. 21/98 d	EDMZ* 318.010.21/98 d
Rapport de recherche: Dr. Andreas Balthasar (Interface Institut d'études politiques): Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons (Analyse des effets de la LAMal). N° 21/98	OCFIM* 318.010.21/98 f
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS): Wirkungsanalyse des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung. Nr. 1/99	EDMZ* 318.010.1/99 d
Forschungsbericht: Kurzfassung von 1/99. Nr. 2/99	EDMZ* 318.010.2/99 d
Rapport de recherche: Condensé du n° 1/99. N° 2/99	OCFIM* 318.010.2/99 f
Rapport de recherche: Institut de santé et d'économie ISE en collaboration avec l'Institut du Droit de la Santé IDS: Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité. N° 3/99	OCFIM* 318.010.3/99 f
Forschungsbericht: Inhaltsanalyse von Anfragen bei PatientInnen- und Versichertenorganisationen (Wirkungsanalyse KVG). Dr. med. Karin Faisst MPH, Dr. med. Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Nr.4/99	OCFIM* 318.010.4/99 d
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Bedarfsleistungen an Eltern. Öffentliche Fachtagung, Referate / Congrès de spécialistes ouvert, Exposés. Zürich. Nr. 5/99	OCFIM* 318.010.5/99 df
Forschungsbericht: Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung. Ruth Bachmann, Cornelia Furrer (Interface, Institut für Politikstudien). Nr. 6/99	EDMZ* 318.010.6/99 d

*EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
*OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
*UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
**BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
**OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
**UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Christopher Prinz, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien: Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1 (Vergleichende Synthese). Nr. 7/99	EDMZ * 318.010.7/99 d
Forschungsbericht: siehe Nr. 7/99. Band 2 (Länderprofile). Nr. 8/99	EDMZ * 318.010.8/99 d
Forschungsbericht: Bekämpfung sozialer Ausgrenzung. Band 3. Sozialhilfe in Kanada und in der Schweiz. (OECD). Nr. 9/99	EDMZ * 318.010.9/99 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich: Qualitätssicherung – Bestandsaufnahme. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 10/99	EDMZ * 318.010.10/99 d
Forschungsbericht: Neue Finanzordnung mit ökologischen Anreizen: Entlastung über Lohn- und MWST-Prozente? Ecoplan. Nr. 1/00	EDMZ * 318.010.1/00 d
Forschungsbericht: Freie Wahl der Pensionskasse: Teilbericht. PRASA. Nr. 2/00	EDMZ * 318.010.2/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher, BASS: Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/00	EDMZ * 318.010.3/00 d
Forschungsbericht: Wilhelmine Stürmer, Daniela Wendland, Ulrike Braun, Prognos: Veränderungen im Bereich der Zusatzversicherung aufgrund des KVG (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 4/00	EDMZ * 318.010.4/00 d
Forschungsbericht: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Bundesamt für Statistik: Analyse der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. Nr. 5/00	EDMZ * 318.010.5/00 d
Rapport de recherche: Spartaco Greppi, Heiner Ritzmann, Raymond Rossel, Nicolas Siffert, Office fédéral de la Statistique: Analyse des effets de la LAMal dans le financement du système de santé et d'autres régimes de protection sociale. N° 5/00	OCFIM* 318.010.5/00 f
Bundesamt für Sozialversicherung (Herausgeber). Tagungsband der Arbeitstagung des Eidg. Departement des Innern: Massnahmen des KVG zur Kostendämpfung / La LAMal, instrument de maîtrise des coûts / Misura della LAMal per il contenimento dei costi. N° 6/00	EDMZ * 318.010.6/00 dfi
Forschungsbericht: Auswirkungen des KVG im Tarifbereich (Wirkungsanalyse KVG); INFRAS, Zürich. Nr. 7/00	EDMZ* 318.010.7/00 d

*EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
*OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
*UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
**BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
**OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
**UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Beat Sterchi, Marcel Egger, Véronique Merckx (Ernst & Young Consulting AG, Bern): Faisabilité d'un „chèque-service". N° 8/00	OCFIM* 318.010.8/00 f
Rapport de recherche: Jacques-André Schneider, avocat, docteur en droit, chargé de cours, Université de Lausanne: A-propos des normes comptables IAS 19 et FER/RPC 16 et de la prévoyance professionnelle suisse. N° 9/00	OCFIM* 318.010.9/00 f
Forschungsbericht: Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag); Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrts-politik und Sozialforschung, Wien): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente – Eine Literaturstudie. Nr. 10/00	EDMZ * 318.010.10/00 d
Forschungsbericht: Stefan Spycher (BASS), Robert E. Leu (Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern): Finanzierungsalternativen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Nr. 11/00	EDMZ * 318.010.11/00 d
Rapport de recherche: M. Polikowski, R. Lauffer, D. Renard, B. Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne): Analyse des effets de la LAMal: Le «catalogue des prestations» est-il suffisant pour que tous accèdent à des soins de qualité? N° 12/00	OCFIM* 318.010.12/00 f
Forschungsbericht: Kurt Wyss: Entwicklungstendenzen bei Integrationsmassnahmen der Sozialhilfe. Nr. 13/00	EDMZ * 318.010.13/00 d
Rapport de recherche: Kurt Wyss: Évolution des mesures d'intégration de l'aide sociale. N° 13/00	OCFIM* 318.010.13/00 f
Rapport de recherche: Ariane Ayer, Béatrice Despland, Dominique Sprumont, Institut de droit de la santé, Université de Neuchâtel: Analyse juridique des effets de la LAMal: Catalogue des prestations et procédures. N° 14/00	OCFIM* 318.010.14/00 f
Forschungsbericht: Rita Baur, Ulrike Braun, Prognos: Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 15/00	EDMZ * 318.010.15/00 d
Rapport de recherche: Maryvonne Gognalons-Nicolet, Jean-Marie Le Goff, Hôpitaux Universitaires de Genève: Retraits anticipés du marché du travail avant l'âge AVS: un défi pour les politiques de retraite en Suisse. N° 1/01	OCFIM* 318.010.1/01 f
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Interface Institut, Luzern: Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000 (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 2/01	EDMZ * 318.010.2/01 d

* EDMZ	= Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
* OCFIM	= Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
* UCFSM	= Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
** BSV	= Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
** OFAS	= Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
** UFAS	= Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Interface Institut, Lucerne: Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons. (Analyse des effets de la LAMal).N° 2/01	OCFIM* 318.010.2/01 f
Forschungsbericht: Matthias Peters, Verena Müller, Philipp Luthiger, IPSO: Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 3/01	EDMZ * 318.010.3/01 d
Forschungsbericht: Rita Baur, Andreas Heimer, Prognos: Wirkungsanalyse KVG: Information der Versicherten. Nr. 4/01	EDMZ * 318.010.4/01 d
Forschungsbericht: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Luzern: Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 5/01	EDMZ * 318.010.5/01 d
Rapport de recherche: Andreas Balthasar, Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface Institut, Lucerne: Evaluation de l'application de la réduction de primes (Analyse des effets de la LAMal). N° 5/01	OCFIM* 318.010.5/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Versicherer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 6/01	EDMZ * 318.010.6/01 d
Persönlichkeitsschutz in der sozialen und privaten Kranken- und Unfallver- sicherung. Bericht einer Expertenkommission. Nr. 7/01	EDMZ * 318.010.7/01 d
Protection de la personnalité dans l'assurance-maladie et accidents sociale et privée. Rapport d'une commission d'experts. N° 7/01	OCFIM* 318.010.7/01 f
Forschungsbericht: Stephan Hammer, Raffael Pulli, Nicolas Schmidt, Rolf Iten, Jean-Claude Eggimann, Infrac, Zürich: Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 8/01	EDMZ * 318.010.8/01 d
Forschungsbericht: Markus Battaglia, Christoph Junker, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern: Auswirkungen der Aufnahme von präventivmedizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog, Teilbericht Impfungen im Schulalter. Nr. 9/01	EDMZ * 318.010.9/01 d
Forschungsbericht: Fritz Sager, Christian Rüefli, Dr. Adrian Vatter, Politik- forschung und Beratung: Auswirkungen der Aufnahme von präventiv- medizinischen Leistungen in den Pflichtleistungskatalog (Wirkungsanalyse KVG). Politologische Analyse auf der Grundlage von drei Fallbeispielen. Nr. 10/01	EDMZ * 318.010.10/01 d
Forschungsbericht: Karin Faisst, Susanne Fischer, Julian Schilling, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich (2001): Monitoring 2000 von Anfragen an PatientInnen- und Versichertenorganisationen Nr. 11/01	EDMZ * 318.010.11/01 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna

	Bezugsquelle Bestellnummer Source N° de commande
Forschungsbericht: Daniel Hornung, Thomas Röthlisberger, Adrian Stiefel: Praxis der Versicherer bei der Vergütung von Leistungen nach KVG, (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 12/01	EDMZ * 318.010.12/01 d
Forschungsbericht: Haari, Roland, Schilling, Karl: Kosten neuer Leistungen im KVG. Folgerungen aus der Analyse der Anträge für neue Leistungen und Unterlagen des BSV aus den Jahren 1996-1998. (Wirkungsanalyse KVG). Nr. 13/01	EDMZ * 318.010.13/01 d

- * EDMZ = Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern
- * OCFIM = Office fédéral des imprimés et du matériel, 3000 Berne
- * UCFSM = Ufficio centrale federale degli stampati e del materiale, 3000 Berna
- ** BSV = Bundesamt für Sozialversicherung, Informationsdienst, 3003 Bern
- ** OFAS = Office fédéral des assurances sociales, Service d'information, 3003 Berne
- ** UFAS = Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Servizio informazione, 3003 Berna