

Rezepte gegen das Ausgabenwachstum – Interview mit Professor Stefan Felder

Mehr Mittel für die Gesundheits- ökonomie

Stefan Felder ist Ordinarius an der Universität Basel. Der erfahrene Gesundheitsökonom äussert sich in unserem Exklusiv-Interview pointiert zur Finanzierung seines Lehrstuhls und zu den dringendsten Fragen des Schweizer Gesundheitswesens.

Unser Interviewpartner war während längerer Zeit an deutschen Universitäten tätig und hat von der Universität Duisburg-Essen nach Basel gewechselt. «Welches ist der Stellenwert der Gesundheitsökonomie in Deutschland im Vergleich zur Schweiz?» wollten wir daher als Erstes von ihm wissen.

Prof. Stefan Felder: Die Gesundheitsökonomie ist in Deutschland akademisch viel stärker verankert und findet in der Politik mehr Gehör als in der Schweiz. Vor 30 Jahren rief die deutsche Bundesregierung den Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen ins Leben. Seither legen die «sieben Weisen» alle zwei Jahre ein umfassendes Gutachten zum Stand des Gesundheitswesens vor. Diese Gutachten trugen wesentlich zu Reformen bei, etwa zur Einführung des Krankenkassenwettbewerbs im Jahr 1992. Deutsche Professoren gründeten 1986 den Ausschuss für Gesundheitsökonomie. Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie wurde 2008 gegründet und hat heute gegen 1000 Mitglieder.

Prof. Stefan Felder, Universität Basel



Nicht, dass wir das alles in der Schweiz ebenfalls bräuchten; aber wir haben nichts von all dem.

Wir brauchen ein gesundheitsökonomisches Zentrum in der Schweiz

Mittlerweile wurden Sie in Basel zum ordentlichen Professor befördert – gleichzeitig haben Sie die Co-Direktion am CINCH in Essen inne. Dieses interessante universitäre Gefäss befasst sich mit Kompetenz in den Bereichen Wettbewerb und Gesundheit. Welches ist praktisch gesehen die Stossrichtung des CINCH und müssten wir in der Schweiz auch solche interdisziplinär ausgerichtete Institutionen schaffen?

Das Bundesministerium für Forschung und Bildung führte 2009 eine Ausschreibung für vier grosse gesundheitsökonomische Forschungszentren durch, die wir neben Hamburg, Berlin und Hannover gewannen. Vorher hatte man vor allem Public Health gefördert, war damit aber nicht sehr erfolgreich. In Essen untersuchen wir Fragestellungen zum Wettbewerb mit empirischen Daten und Experimenten im ökonomischen Labor. Ja, wir brauchen ein gesundheitsökonomisches Forschungszentrum in der Schweiz, noch besser wären zwei. Wir sind in der Schweiz aber immer noch im Public Health-Gang. Das gerade lancierte Nationale Forschungsprogramm 74 «Versorgungsforschung» frönt wie das BAG der Staatsmedizin. Mediziner im Bereich Epidemiologie, Hausarztmedizin und Public Health werden gefördert und die Gesundheitsökonomien gehen leer aus. Wettbewerb stört nur; man will lieber unter sich bleiben und weiss ja schliesslich selbst am besten, was das Volk braucht.

Ihr Lehrstuhl wird finanziell von Interpharma getragen. Erachten Sie dieses Vorgehen als problematisch und hat die

Fremdfinanzierung einen Einfluss auf die Wissenschaftsfreiheit respektive die Lehr- und Forschungsfreiheit?

2009 spendete Interpharma anlässlich ihres 75-jährigen Jubiläums den Lehrstuhl der Universität Basel. Damit kam es zur Schaffung der erst zweiten Professur für Gesundheitsökonomie in der Schweiz. Der Gesundheitssektor ist der grösste Sektor der Schweizer Volkswirtschaft, jeder siebte arbeitet in diesem Bereich. Zudem ist der Gesundheitssektor stark reguliert. Wir brauchen also dringend Gesundheitsökonomien, die sich auskennen. Insofern sehe ich das Engagement von Interpharma nur positiv. Ich selbst habe keine vertragliche Verbindung mit Interpharma und bin Angestellter der Universität Basel mit allen Rechten und Pflichten eines Professors. Die Lehr- und Forschungsfreiheit ist in keiner Weise tangiert.

Damit die Grundversicherung nicht kollabiert

Sie sind im Swiss Medical Board (SMB) aktiv tätig. Was ist Sinn und Zweck des SMB? Es handelt sich ja hier quasi um eine private Initiative. Müsste Health Technology Assessment (HTA) nicht auf nationaler Ebene via Bundesamt für Gesundheit institutionalisiert werden? Oder könnte man nicht mit dem IQWiG/Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in Deutschland oder dem NICE/National Institute for Health and Care Excellence in Grossbritannien kooperieren?

Ich halte das stetige Wachstum der Gesundheitsausgaben für eine der grössten politischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Es muss uns gelingen, die Obligatorische Krankenpflegeversicherung als Basisversicherung auszugestalten und im Gegenzug die Zusatzversicherung

auszubauen. Wir können nicht länger alles in den gesetzlichen Leistungskatalog packen, sonst explodiert die Staatsquote. Deshalb engagiere ich mich im Swiss Medical Board. Das Bundesamt für Gesundheit macht seit Kurzem ebenfalls HTA, will aber leider nicht mit dem Swiss Medical Board zusammenarbeiten. Kooperieren muss man auf internationaler Ebene nicht zwingend. Aber man kann natürlich, falls vorhanden, auf bestehende ausländische HTAs aufbauen und einen schweizerischen Teil etwa zu den Kosten draufsetzen. Ein solches Draufsatteln haben wir im SMB beim Bericht zur Behandlung der Hypercholesterinämie bereits einmal erfolgreich gemacht.

Die Qualität des Gesundheitssystems Schweiz ist im internationalen Vergleich doch ganz gut. Das teuerste System haben wir auch nicht – allerdings steigen die Prämien regelmässig. Sind wir mittlerweile gewöhnt, auf einem hohen Niveau zu kritisieren und jammern oder gibt es Mängel, die den Gesundheitsökonomern stören?

Es ist ganz normal, dass die Bürger in einem gut ausgebauten staatlichen System jammern, die Bauern tun es auch. Wenn der einzelne bei seiner Krankenversicherungspolice kaum etwas anpassen kann, fühlt er sich wenig verantwortlich. Die umfassende Deckung fördert zudem das Anspruchsdenken, was wiederum dazu beiträgt, dass die Prämien weiter steigen. Es ist ein Teufelskreis, aus dem man nur herauskommt, wenn man die Basisversicherung einschränkt. Punkto Lebenserwartung und subjektiv eingeschätztem Gesundheitszustand geht es uns Schweizern prächtig. Dennoch gibt es Mängel: Der Kontrahierungszwang bei Ärzten und Spitälern oder die Mehrfachrolle von Kantonen in der stationären Akutversorgung. Wir brauchen mehr Wettbewerb und haben übrigens eine Wettbewerbskommission, die im Gesundheitsbereich wegschaut.

Die Rolle der Kantone bei SwissDRG neu überdenken

Müssten wir vermehrt vom Gesundheitsföderalismus abkommen und Gesundheitsregionen schaffen – obwohl Dezentralisierung ein Stichwort für die Zukunft ist. Läuft in Sachen der kantonalen Spitalfinanzierung etwas aus dem Ruder? Kritisiert werden auch die neu eingeführten Fallpauschalen/DRG.

Tatsächlich sind die Kantone im Spitalbereich nicht mehr die richtige Regulierungsebene. Nehmen wir das Beispiel Baselland, wo die Patien-



Damit die Ressourcen im Gesundheitswesen, gerade im Bau neuer Spitäler, optimal eingesetzt werden können, braucht es mehr gesundheitsökonomische Forschung.

tenwanderung sehr ausgeprägt ist und fast die Hälfte der Bevölkerung im Bedarfsfall eine stationäre Behandlung ausserhalb des eigenen Kantons in Anspruch nimmt. Wie soll Baselland die Spitalkapazitäten unter diesen Umständen planen können? Jetzt möchten die beiden Halbkantone das Kantonsspital Baselland mit dem Universitätsspital Basel fusionieren. Das würde aber zu einer Marktmacht der öffentlichen Spitäler in der Nordwestschweiz führen, die nicht zum Vorteil der Patienten wäre. Man sollte konsequenter privatisieren und den Versicherern die Möglichkeiten geben, Spitäler auswählen zu können. SwissDRGs sind eine Verbesserung gegenüber dem alten Vergütungssystem. Aber auch in der Vergütung sollten die Vertragspartner freier sein. DRGs sollten eine Option, keine Pflicht sein.

Betrachten wir einmal das Gesundheitswesen Schweiz prognostisch. Wo werden wir im Jahr 2030 stehen?

Die Ausgaben für Gesundheit werden weiterhin wachsen, vermutlich auf gegen 18% des Volkseinkommens. Wir werden bis dahin den Zusatzversicherungsbereich in der Krankenversicherung ausbauen. Grosse Veränderungen sind auch in der Leistungserbringung zu erwarten. Deutlich weniger, dafür grössere Spitäler wird es in 20 Jahren im Vergleich zu heute geben. Die ambulante Versorgung insbesondere durch Spezialisten wird weiter zunehmen. Die ärztliche Vergütung wird vereinfacht sein und viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte werden nicht mehr selbstständig, sondern in einer Managed Care-Organisation beschäftigt sein.

Via die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie (SAG) hat sich die Gesundheitsökonomie in der Schweiz verstärkt profilieren können – obwohl einige Lehrstühle durch Emeritierung der Inhaber verschwunden sind. Im Jahr 2012 waren Sie bei der Realisierung der European Conference on Health Economics an der Universität Zürich beteiligt, im nächsten Jahr findet die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie an der Universität Basel statt – dies mehr oder weniger als Hauptprobe für den World Congress in Health Economics im Jahr 2019. Wie wichtig sind solche Anlässe für die Gesundheitsökonomie als Fach und für das Veranstaltungsland?

Ja, die SAG hat uns in den letzten Jahren stark unterstützt und auch geholfen, dass wir die European Health Economic Association mit Sitz in Basel etablieren konnten. Nächstes Jahr übernehme ich den Vorsitz der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Wir wollen den deutschen Kollegen bei der Tagung in Basel das Schweizer Krankenversicherungssystem schmackhaft machen, das doch mehr Wettbewerbselemente aufweist als das deutsche. Solche Veranstaltungen wirken schon im Vorfeld. Wir sind dabei, eine Schweizer Gesellschaft der akademisch tätigen Gesundheitsökonomern zu gründen. Und ich hoffe, dass das BAG und der Schweizerische Nationalfonds merken, dass es klüger ist, statt noch mehr medizinische Forschung zu betreiben, die Gesundheitsökonomie in der Schweiz zu fördern.