

Basel Stadt Land Region

«Eine Verdoppelung der Franchise auf 600 Franken würde helfen»

Gesundheitsökonom fordert Umdenken Stefan Felder, Professor an der Universität Basel, spricht Klartext: Die Vollkasko-Mentalität in der Grundversicherung können wir uns nicht leisten. Dafür müssen die Prämien rauf, und der Leistungskatalog sollte entschlackt werden.

Sebastian Briellmann

Herr Felder, wer ökonomische Gesundheitspolitik machen will, hat es schwer in diesem Land. Das Gedankenspiel der Zürcher Gesundheitsdirektorin Natalie Rickli, die obligatorische Krankenversicherung abzuschaffen, sorgt auch nach zwei Wochen für Empörung. Der Widerstand hat auch damit zu tun, dass die Unzufriedenheit in der Bevölkerung und bei den Leistungserbringern gross ist. Auch wenn man Ricklis Idee für verwerflich hält – sie hat einen neuralgischen Punkt getroffen: Es ist nicht mit kosmetischen Eingriffen getan, sondern man muss endlich grundsätzlich über diese Einrichtung nachdenken. Denn eines ist klar: Wir haben damit ein grosses Problem.

Welches?

Faktisch haben wir eine Vollkaskoversicherung. 98 Prozent, was medizinisch möglich ist, wird in der Grundversicherung angeboten. Da muss man sich nicht wundern, wenn die Prämien hoch sind.

Was wäre zu tun?

Ich würde das Obligatorium bei der Grundversicherung nicht abschaffen, aber das Angebot deutlich reduzieren. Der Leistungskatalog ist zu umfassend. Weil man ihn nie gepflegt hat, ist ein Wildwuchs entstanden, der fast nicht mehr zu entwirren ist.

Nichts ist unpopulärer als Leistungsabbau bei medizinischen Leistungen, schliesslich betrifft das potenzielle Wähler...

Natürlich. Jeder ist prinzipiell davon betroffen. Wir kennen das von den Spitälern. Wer als Politiker in einem Kanton eine Einrichtung schliesst, wird nicht selten abgestraft – und abgewählt.

Was wäre ein unpopulärer, aber mutiger Vorschlag?

Sicher die Alternativmedizin. Ausser dem Placeboeffekt gibt es keinen Nachweis, dass diese wirksam wäre. Noch ein Beispiel: Basel-Stadt hat seit 2014 ein Brustkrebs-Screening, Frauen ab 50 erhalten gratis jedes zweite Jahr eine Mammografie. Ein Geschenk an die Frauen, die das natürlich als wichtig empfinden. Dabei wissen wir aus der Literatur: Das schadet mehr, als es nützt. Es kommt nämlich zu sogenannten Überdiagnosen, die zu unnötigen Behandlungen führen. Zudem hat sich die Behandlung des Brustkrebses so stark verbessert, dass man mit der Diagnostik zuwarten kann.

Warum passiert dann nichts?

Baselland, Aargau, Zürich und die Innerschweizer Kantone verzichten bisher auf Brustkrebs-Screening, teilweise auf Rat des Swiss Medical Board. Der Bund stellt zudem für 8 Millionen pro Jahr eine Abteilung zur Verfügung, die den Nutzen und die



«Es braucht von Staates wegen eine Rationierung»: Stefan Felder, Gesundheitsökonom an der Universität Basel. Foto: Nicole Pont

Kosten von medizinischen Leistungen überprüfen soll. Die Leistungskommission des Parlaments hätte dann die Aufgabe, die Ergebnisse umzusetzen.

«Dem Arbeiter ist nicht geholfen, wenn alles Geld in die Gesundheit fliesst.»

Der Glaube, dass konsequent überprüft und gestrichen wird: Er schwindet...

Das verstehe ich. Aber das Gesetz sieht eigentlich vor, dass genau das alle drei Jahre passiert. Das geschieht aber nicht. Jede mögliche Streichung wird sofort den Medien gesteckt, weil die Politiker wissen: Es gibt immer Betroffene – und somit Widerstand. Dann verschwindet der Vorschlag genauso wieder. Ich kann Ihnen auch hier ein Beispiel geben...

Gern.

Der Bundesrat will die Versorgung bei seltenen Erkrankungen sicherstellen. Ich habe aus gesundheitsökonomischer Sicht dagegen argumentiert: Was selten ist, muss nicht eine besondere Bedeutung bekommen. Befragungen aus Skandinavien zeigen, dass die Bevölkerung das genauso sieht. Aber es setzen sich die betroffenen Patienten-

gruppen mit ihren Ärzten im politischen Prozess durch, nicht ohne Hinweis darauf, dass, was dagegen ist, unmoralisch sei.

Ohne Einschränkung bekommt man die Kosten jedoch nie mehr in den Griff...

Ja. Es bleibt Fakt: Es braucht von Staates wegen eine Rationierung. Man muss eine Grenze ziehen, welche Leistungen über den gesetzlichen Katalog gedeckt sind. Der Staat hat ja noch andere Aufgaben: Die Menschen wollen Klimaschutz, die Armee braucht mehr Geld, ebenso die Bildung. Alles geht nicht. Aber die Gesundheit ist geschützt. Langfristig ist das nicht durchzuhalten. Das müssten auch die Gewerkschaften verstehen. Dem Arbeiter ist nicht geholfen, wenn alles Geld in die Gesundheit fliesst.

Manchmal helfen Hinweise auf die Politik aus dem Ausland. Gibt es positive Beispiele?

Jein. Das Wachstum bei den Gesundheitsausgaben ist in allen Ländern überproportional, wenn auch auf unterschiedlich hohem Niveau. Die protestantischen, skandinavischen Länder wie auch das Vereinigte Königreich haben sich jedoch auf Rationierung verständigt. Das hängt damit zusammen, dass die Bevölkerung vergleichsweise homogen ist. Bei uns funktioniert das dagegen nicht. Sehen Sie: Bei uns gehen etwa 12 Prozent des Einkommens für die Gesundheit drauf – in den USA rechnet man damit, dass es in 20 Jahren 35 Prozent sein werden.

So weit dürfen wir es nicht kommen lassen.

Wer hat überhaupt noch ein Interesse, die Kostenexplosion in den Griff zu bekommen?

Der Druck müsste von den kantonalen Finanzdirektoren kommen. Sie müssen laut sagen: Wir können das nicht mehr bezahlen.

Also müssten diese etwa auf Spitalschliessungen drängen?

Ja, denn wir haben viel zu viele Spitäler. Dänemark hat da brutal aufgeräumt, zu Recht, und knallhart zentralisiert. Bei uns sieht man: Lukrative Hüft- und Knieoperationen sind nicht immer von guter Qualität, müssen nach einem Jahr in Revision. Kein Wunder: Teure Beratungsunternehmen sagen den Spitälern: Macht Orthopädie, da macht ihr Geld. Also wird viel zu viel operiert.

Warum wird das zugelassen?

Weil der Versicherer das nicht sanktionieren kann. Alle Einrich-

tungen, die auf der Spitalliste stehen, dürfen alles in Rechnung stellen. Darum haben die Spitäler ein Interesse, gerade in der Orthopädie möglichst viele lukrative Operationen zu machen. Jeder zusätzliche Eingriff generiert viel Gewinn. Meine Idee lautet deswegen: Versicherer sollten mit einem Spital pauschale Verträge abschliessen dürfen. 5000 Hüften für den Preis X. Das wird günstiger – und auch das Spital profitiert, weil es sichere und planbare Einkünfte hat.

Heute ist es so: Alle schieben sich den Schwarzen Peter zu. Die Versicherer schimpfen über die Spitäler, die Spitäler über die Patienten, die Patienten über die Versicherer, weil die Prämien immer weiter steigen.

Das ist so. Weil die Verantwortung fehlt! Niemand ist richtig zuständig, jeder zahlt ein bisschen – die Kantone, die Versicherer, die Patienten. Und jeder hat das Gefühl: Stimmt so für uns, weil wir ja nicht alles zahlen. Das ist so, wie

wenn in der Migros alles 50 Prozent kostete. Kann das aufgehen?

Wohl kaum...

Interessant ist: Im Parlament gibt es den Vorschlag, dass ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden sollen. Das führte dazu, dass der Versicherer im stationären Sektor voll zahlt. Die Gelder würden nicht mehr von den Kantonen zu den Spitälern fließen, sondern in den Risikoausgleich – und das Geld würde dann zum Versicherer gehen. Dann stimmt der relative Preis zwischen stationärer und ambulanter Leistung. Der Versicherer hat dann ein Interesse, dass mehr ambulant versorgt wird. Da klemmen aber die Kantone, weil sie Macht verlören.

Gäbe es von Patientenseite auch Einsparungspotenzial?

Ja, auch Sie und ich stehen in der Verantwortung. Sehen Sie: Bei der tiefsten Franchise haben Sie die 300 Franken mit einem oder zwei Arztbesuchen schnell erreicht. Danach zahlen Sie nur noch 10 Prozent Selbstbehalt. Das führt dazu, dass Ende Jahr noch vieles, das gar nicht nötig ist, gemacht wird. Dagegen würde eine Verdoppelung der Franchise auf 600 Franken helfen. Das wäre ein wirksames Preissignal, das die ambulanten Kosten um 20 Prozent senkt. Auch wenn es von vielen bestritten wird. Die Kostenbeteiligung des Patienten ist ein wichtiges Element, die Leistungsanspruchnahme zu senken.

Wieso hört man solche Beispiele nie aus der Politik?

Nehmen wir die Kostenbremse der Mitte: Deutschland hat bereits 1992 ins Gesetz geschrieben, dass die Gesundheitsausgaben maximal mit der Lohnentwicklung wachsen dürfen. Genützt hat es nichts. Die Ausgaben sind munter weiter stärker gewachsen als die Löhne.

Und die Vorschläge von links?

Da geht es einfach um Umverteilung. Damit senkt man aber keine Gesundheitsausgaben. Problematisch ist es, dass der Anteil der privaten Krankenzusatzversicherung an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben in den letzten 30 Jahren kontinuierlich gesunken ist. Die umfassende Grundversicherung verdrängt die private Zusatzversicherung. Es müsste doch umgekehrt sein. Bei stetig steigendem durchschnittlichem Einkommen sollte die Krankenzusatzversicherung wichtiger werden.

Kein Wunder, verschreiben einem die Ärzte alles via Grundversicherung.

Genau. Das hat allerdings auch damit zu tun, wie in der Schweiz Ärzte vergütet werden. Die Einzelleistungsvergütung zusammen mit dem Vertragszwang garantiert ihnen weltweit paradiesische Zustände. Pauschalen könnten hier für Abhilfe sorgen.

Neues Center an der Uni Basel

Mitte September eröffnet die Uni Basel das Basel Center for Health Economics, das Forscher im Bereich der Gesundheitsökonomie aus den drei Fakultäten Medizin, Naturwissenschaften und Wirtschaftswissenschaften verbindet. Geleitet wird das neue Center des renommierten Gesundheitsökonom Stefan Felder, Inhaber der Interpharma-Stiftungsprofessur

Gesundheitsökonomie. Er sagt: «Der Gesundheitsbereich wächst stark und damit auch die Regulierung: Das werden wir kritisch beleuchten und auch vernehmbar sagen.» Wer sich selbst ein Bild machen will, kann dies beim Eröffnungsanlass am 13. September in der Aula des Kollegienhauses. Details und Anmeldung: www.bche.ch. (sb)