6. Cardiovascular Roundtable, CARTA

Unter der Schirmherrschaft der Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung Zürich und von CardioVasc Suisse Bern

Ruth Amstein, Stefan Toggweiler, Thomas F. Lüscher

Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung und Klinik für Kardiologie, HerzKreislaufZentrum, Universitätsspital Zürich

Hintergrund

Bereits zum sechsten Mal wurde am 23. Oktober 2009 der «Cardiovascular Roundtable» (CARTA) am Universitätsspital Zürich durchgeführt. Ziel dieser Veranstaltung ist es, den Dialog zwischen den verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen, das gegenseitige Verständnis und die konstruktive Zusammenarbeit zu fördern. Vertreter der kardiovaskulären Medizin, der Pharma- und Medizinaltechnikindustrie sowie der Gesundheits- und Bildungspolitik diskutierten über die Rolle der Schweiz als führenden Denkplatz im internationalen Umfeld sowie über Perspektiven des Schweizer Gesundheitswesens.

Durch den Anlass führten der Herzchirurg **Volkmar Falk**, die Vorsitzende der Spitaldirektion **Rita Ziegler** sowie



Abbildung 1
Peter M. Suter, Moderator.



Abbildung 2
Publikum am CARTA 09.



Abbildung 3
Publikum am CARTA 09.

Peter Suter, der Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Partnerschaften zwischen Hochschule und Privatwirtschaft

Ralph Müller, Leiter des Instituts für Biomechanik der ETH Zürich, erläuterte in seinem Eröffnungsreferat die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Privatwirtschaft. Das Ziel der ETH ist klar: Mit einem Leistungsausweis in erstklassiger Lehre und Forschung will sie die besten Talente der Welt anziehen. Bestehendes soll optimal genutzt und Neues im Rahmen von strategischen Initiativen und Leuchtturmprojekten geschaffen werden. Dabei ist auch eine weltweit führende Institution wie die ETH auf finanzielle Unterstützung aus der Wirtschaft angewiesen. Umgekehrt führt diese Zusammenarbeit zu einem Wissenstransfer in die Wirtschaft – aber auch in Gesellschaft und Politik. Die ETH und die Privatwirtschaft verstehen sich dabei als gleichwertige Partner, keine Seite übernimmt die alleinige Führung eines Projekts. Die ETH stellt Leute, Know-how, Technologie, Ideen und Erfahrung zur Verfügung. Sie hilft bei Firmengründungen (Start-ups) und Projekten. Der Grad der Zusammenarbeit wird vertraglich geregelt – immer im Sinne des gemeinsamen und gegenseitigen Profits. Die Unabhängigkeit der Hochschule bleibt trotzdem gewahrt. Demnach ist möglich, dass die ETH mit verschiedenen direkten Konkurrenten gleichzeitig zusammenarbeitet.

Als grossen Trumpf des Forschungsstandortes Schweiz beschrieb Ralph Müller die hohe Dichte von Medizinaltechnik-Firmen hierzulande. Viele dieser Unternehmen profitieren von der geographischen Nähe; trotz grosser Distanzen entschieden sich aber auch ausländische Weltkonzerne wie Walt Disney oder IBM für eine Zusammenarbeit mit der ETH.



Abbildung 4
Ralph Müller betont die Bedeutung von Partnerschaften zwischen Hochschule und Wirtschaft.

Balance zwischen Liberalismus und Überregulierung im Gesundheitswesen

Wie weit soll der Staat im Gesundheitswesen Einfluss nehmen? Mit dieser zentralen Frage beschäftigte sich der St. Galler Ständerat **Eugen David** in seinem Referat. Trotz öffentlicher Kritik am Schweizer Gesundheitswesen –

Korrespondenz:
Dr. Ruth Amstein
Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung
Universitätsspital
Moussonstrasse 4
CH-8091 Zürich
E-Mail: ruth.amstein@usz.ch



Abbildung 5
Ständerat Eugen David sieht Effizienzmängel im Gesundheitswesen.

vor allem aufgrund der steigenden Krankenkassenprämien – dienen den USA im Rahmen der Gesundheitsreform der Regierung Obama Teile des Schweizer Gesundheitssystems als Vorbild. Das hiesige Gesundheitswesen wird demnach von aussen durchaus positiv wahrgenommen. Für eine zukünftige Optimierung geht es aber vor allem darum, einen Kompromiss zwischen kompletter staatlicher Regulation und blosser Sicherstellung einer gewissen Qualität zu finden. Laut David ist die Effizienz dabei zentral. Und da besteht in der Schweiz im internationalen Vergleich durchaus Potential zur Verbesserung. So sind infolge der hohen Spitaldichte die Patientenzahlen hierzulande geringer – bei allerdings gleichem Aufwand.

Das Schweizer Gesundheitswesen kostet im Jahr 32 Milliarden Franken, davon werden 21 Mia. über die Krankenkassenprämien finanziert, 3 Mia. über die Kostenbeteiligung und 8–9 Mia. über die Steuerzahler, dies vor allem zu Lasten der Mittelschicht. David sieht durchaus ein Einsparungspotential von 7 Mia. Franken über Effizienzgewinn. Die Rolle des Staates besteht darin, dafür zu sorgen, mit möglichst wenigen Ressourcen einen optimalen Nutzen zu erhalten. Reformen werden durch bestehende Gesetze erschwert und teilweise auch durch die Berufsverbände bekämpft. Eugen David plädierte deshalb für mehr Marktwirtschaft, individuelle Verantwortung und einen dauernden Zwang zur Anpassung der Strukturen. Patienten sollen wählen können, wo sie sich behandeln lassen. So sollen sich Kompetenzzentren entwickeln, welche hohe Qualität in ihrem Kerngeschäft, dafür nicht mehr die gesamte Palette des Leistungsspektrums anbieten. Er räumte aber ein, dass seine liberale Sichtweise viel politischen Zündstoff enthalte.



Abbildung 6
Eugen David (links) und Volkmar Falk diskutieren über den Gesundheitsmarkt Schweiz.

Schweizer Arzneimittelforschung im Wettbewerb

Die Position des Forschungsstandortes Schweiz im internationalen Wettbewerb wurde von **Detlef Niese** der Novartis Pharma AG erläutert. Die Schweiz ist ein kompetitiver Forschungsstandplatz und international gut positioniert, was auch durch insgesamt 22 gewonnene Nobelpreise reflektiert wird. Zusätzlich besitzt die Schweiz die höchste Dichte an pharmazeutischen Patenten weltweit. Niese lobte vor allem die Zusammenarbeit zwischen Hochschule und Industrie. Er rief in Erinnerung, dass Hochschulen stark von Drittmittelfinanzierung abhängig sind und grosse klinische Studien praktisch nur noch dank der finanziellen Unterstützung der Industrie durchgeführt werden können. Schon heute sind deshalb fast 80% aller bei Swissmedic registrierten klinischen Studien durch die Industrie gesponsert. Dies hat zum Nachteil, dass Forschung häufig profit- und zielorientiert durchgeführt wird. Kreative innovative Ideen werden so nicht immer weiter verfolgt und unterstützt. Niese wünschte sich deshalb, dass die Pharmafirmen nicht als Kostenfaktor, sondern als Partner im Gesundheitswesen angesehen werden. Immerhin schafft die Pharmaindustrie in der Schweiz rund 120 000 Arbeitsplätze.

Sind wir auf dem Weg zur Zweiklassenmedizin?

Obwohl es 2010 zu einem markanten Anstieg der Prämien kommen wird, vergeben laut **Ignazio Cassis**, Nationalrat und Vizepräsident der FMH, über 50% der Stimmberechtigten dem Gesundheitswesen das Prädikat «sehr positiv» oder «eher positiv». Diese Umfragewerte blieben in den letzten Jahren ungefähr konstant. Aus Sicht der Bevölkerung liegt die Verantwortung zum Sparen nicht bei den Ärzten und Spitälern, sondern beim Bund und bei den Krankenkassen. Cassis betonte die hohe Qualität des Schweizer Gesundheitswesens und zitierte dabei den Harvard-Ökonomen John Kenneth Galbraith: «In the affluent society, no sharp distinction can be made between luxuries and necessaries.»

In der stationären Medizin wird 2012 mit der Einführung der Fallpauschalen ein grosser Reformschritt vollzogen. Diese sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Damit soll mehr Wettbewerb sowie Kosten- und Qualitätstransparenz erreicht werden. Die Steuerungsinstrumente sind die Spitalplanung sowie die Fall- und Leistungspauschalen. Allerdings sind die DRGs primär ein ökonomisches Anreizsystem, das negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und die Innovation verzeichnen könnte. Cassis sieht auch Probleme für Universitätsspitäler. Lehre und Forschung werden nicht vergütet und sind in den Fallpauschalen nicht einberechnet.



Abbildung 7
Nationalrat Ignazio Cassis wünscht sich eine Mehrklassenmedizin mit staatlich regulierter Grundversicherung und einem freien Markt für Zusatzversicherungen.

Die Themen Vertragsfreiheit und Zulassungsstopp beschäftigen seit längerer Zeit die ambulante Medizin. Auf gute Akzeptanz bei allen Partnern stösst das Modell «Managed Care» oder integrierte Versorgung. Das Entschädigungssystem wird zwischen den Versorgungsnetzen und den Versicherern ausgehandelt. Die Steuerungsinstrumente können vom Leistungserbringer selber bestimmt werden.

Seit das Stimmvolk 1994 mit knapp 52% Ja-Stimmen die Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung beschlossen hat, besteht laut Cassis



Abbildung 8
Rita Ziegler, Moderatorin.

bereits eine Aufteilung der Medizin in zwei Klassen. Für die Zukunft wünschte er sich eine Art Mehrklassenmedizin. Eine staatlich regulierte Grundversicherung soll durch Zusatzversicherungen im freien Markt ergänzt werden. Die Grundversicherung soll dabei die Behandlung aller relevanten Krankheiten abdecken, während weiterführende Leistungen ausserhalb dieses Kataloges durch Zusatzversicherungen finanziert werden sollen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass der Trend eindeutig in Richtung mehr Markt, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, geht.

Was bringt uns das DRG?

Primäres Ziel des DRG (diagnosis-related groups) ist es, möglichst viele Patienten kostengünstig zu behandeln, was zu einer Stabilisierung der Kosten im Gesundheitswesen führen soll, erklärte **Simon Hölzer**, Geschäftsführer der Swiss DRG AG. Nach Einführung des Swiss DRG 2012 rechnet Hölzer nicht mit einem Rückgang der Kosten, hofft aber auf eine Verlangsamung des Prämienanstiegs. 2012 ändern sich auch Eckwerte der Spitalfinanzierung sowie der Weiter- und Fortbildung. Die Folge davon: Es wird eine Überlagerung mehrerer Anpassungen geben, was die Beurteilung der Effekte des DRG erschwert. Die Defizitgarantie für kantonale Spitäler soll aufgehoben werden und es wird eine freie Spitalwahl geben.

In seiner aktuellen Version umfasst das Swiss DRG 1100 Fallpauschalen, was bedeutend weniger sind als die aktuell codierbaren Leistungen. Die Fallpauschalen sollen Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Spitälern fördern und zu mehr Wettbewerb führen. Es sollen Anreize geschaffen werden, die Qualität zu steigern und Infrastrukturen zu optimieren. Heute bestehe die paradoxe Situation, dass ein Spital an selbstverursachten Komplikationen Geld verdient, was mit dem DRG nicht mehr möglich ist. Zusätzlich wird es für Spitäler attraktiv, Leistungen auszulagern. Holzer betonte auch, dass man mit dem Swiss DRG nicht einfach das Modell Deutschland 1:1 kopiert, sondern viele Verbesserungen vorgenommen hat. So war das Modell in Deutschland vor allem für Unikliniken problematisch, da diese häufig komplexere Fälle behandelt haben. Das Swiss DRG sieht hier aber Anpassungen für eine bessere Entschädigung komplexer Fälle vor.

In der anschliessenden Diskussion wurden vom Herzchirurgen **Paul Vogt** sowie vom Gastroenterologen **Gerhard Rogler**, die beide bereits mit dem DRG in Deutschland gearbeitet haben, Bedenken geäussert. Der Aufwand für Codierung und Controlling (Administration) hätte auf Kosten der ärztlichen Tätigkeit stark zugenommen. Die Kliniken verdienten vor allem an invasiven Tätigkeiten, so dass Kliniken ohne Intensivstation deutlich schlechter gestellt wären. Simon Hölzer betonte nochmals, dass man aus Fehlern in Deutschland gelernt hätte und der administrative Aufwand im Vergleich zum heutigen System nicht zunehmen würde.

Das neue Präventionsgesetz: Ziele und Ausrichtung

Der Entwurf für ein neues Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung wurde von **Salome von Greyerz** (Bundesamt für Gesundheit) vorgestellt. Sie erläuterte, dass die Prävention von Krankheiten durch die älter werdende Bevölkerung immer wichtiger werde. Der Staat soll deshalb die Prävention fördern, damit die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt und krankheitsbedingte Absenzen am Arbeitsplatz minimiert werden können. Ziel ist es, eine gemeinsame Strategie zu entwickeln und Doppelspurigkeiten sowie Kompetenzüberschreitungen bei der Prävention zu vermeiden. Es geht dabei vor allem um die Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Erkrankungen. Dabei sollen aber keine Verhaltensvorschriften gemacht und konkrete Massnahmen ergriffen, sondern lediglich Strukturen geschaffen werden, um Investitionen effizienter und effektiver zu gestalten. Das Gesetz erhebt keinen Anspruch auf Kostenübernahme durch das KVG.

In einer anschliessenden Diskussion wurde der Entwurf zum Präventionsgesetz nochmals thematisiert. Der Kardiologe **Georg Noll** betonte dabei die Wichtigkeit der Prävention, hob aber auch hervor, dass diese primär effizient sein sollte (wenig Kosten, um möglichst viele Erkrankungen zu verhindern). **Thomas Lüscher** schlug vor, bereits in der Schule verschiedene Themen der Prävention und Gesundheit zu thematisieren.



Abbildung 9
Salome von Greyerz erläutert das neue Präventionsgesetz.



Abbildung 10
Podiumsdiskussion zum Präventionsgesetz mit Thomas F. Lüscher, Georg Noll, Stefan Kaufmann, Stefan Wild und Salome von Greyerz (von links).

Trends im Gesundheitsmarkt Schweiz

Jürgen Kyek, CEO der GlaxoSmithKline AG, zeigte Trends im Gesundheitsmarkt Schweiz aus der Perspektive der Pharmaindustrie auf. Der Fokus der Pharmafirmen wechselt vom Pillenverkäufer zum Health Care Manager. Zunehmende regulatorische Vorschriften verursachen Staus in den Entwicklungsportfolios der Firmen. Der ambulante Markt wird durch Generika beherrscht, Originalpräparate haben darin fast keinen Platz mehr. Die Branche steht vor einem weiteren Konsolidierungsschritt. Viele Firmen investieren vermehrt in alternative Bereiche



Abbildung 11
Jürgen Kyek prognostiziert eine neue Konsolidierungswelle in der Pharmaindustrie.

wie Generika, Biosimilars, Impfstoffe oder Spezialistenprodukte. Ausserdem gewinnt der Markt der Schwellenländer an Bedeutung. Positiv empfindet Kyek die Zusammenarbeit mit der Swissmedic, welche international vernetzt arbeite und beschleunigte Verfahren anbiete, wenn ein Produkt im Ausland bereits auf dem Markt ist.

Die Medizinaltechnik wurde durch **Melchior Buchs**, Generalsekretär FASMED, vertreten. Auch die Medizinaltechnikbranche sieht sich mit zunehmenden Regulierungen konfrontiert, es werde oft mehr an die Kosten als an den Nutzen gedacht. Gerade mit der Einführung der DRGs wird der Kostendruck zunehmen und so Innovationen gefährden, da diese nicht mehr finanziert werden könnten. Da in der Medizinaltechnikbranche der Lebenszyklus eines Gerätes 3 Jahre beträgt, muss den Patienten der rasche Zugang zu innovativen Technologien gewährleistet werden. Diese Bedenken wurden in der anschliessenden Diskussion auch durch **Thomas Lüscher** geteilt. **Rita Ziegler** räumte ein, dass zum einen die Firmen mehr Markt und Wahlfreiheit forderten, zum anderen aber Parallelimporte verhindert würden.



Abbildung 12
Melchior Buchs fordert eine Berücksichtigung von Innovationen bei den DRGs.

Lehren aus der Finanzkrise

Der Gastreferent **Beat Kappeler**, Kommentator von NZZ am Sonntag und Le Temps, zeigte die Hintergründe der Finanzkrise auf, deren Folgen er als schlimmer als die Börsenkrise von 1929 bezeichnete. Eine Folge davon ist die Teilverstaatlichung des westlichen Bankensystems und die Zunahme der Staatsverschuldung. Die Lösung dieser Krise kann nur durch Systemänderungen vollzogen werden. Als unmittelbare Massnahme sollte der Handlungsspielraum der Banken eingeschränkt werden, z.B. durch eine erhöhte Eigenkapitalbasis und Transparenz über Kredite und Bilanzen. Zum Schluss fand er positive Worte für die Schweizer Wirtschaft: Trotz der Finanzkrise, die immer noch nicht überwunden ist, sieht er die Schweizer Wirtschaft im internationalen Vergleich gut aufgestellt. Dank zurückhaltender Art der Konjunkturpakete hat die Schweiz ihre Staatsfinanzen im Lot behalten. Und schon heute kann die Schweiz das reduzierte Bankgeheimnis wettmachen durch den internationalen Steuerwettbewerb.



Abbildung 13
Thomas F. Lüscher (links) diskutiert mit Beat Kappeler über die Auswirkungen der Finanzkrise.

Die Referenten/Referentinnen und Moderatoren von CARTA 09

Corinna Adler, Projektleiterin, ETH Zürich Foundation, Zürich
Dr. Melchior Buchs, Generalsekretär FASMED, Muri b. Bern
Dr. med. Ignazio Cassis, Nationalrat, Vizepräsident FMH, Montagnola
Dr. iur. Eugen David, Ständerat, Rechtsanwalt, St. Gallen
Prof. Dr. med. Volkmar Falk, Klinikdirektor Herz- und Gefässchirurgie, Universitätsspital Zürich
PD Dr. med. Simon Hölzer, Geschäftsführer Swiss DRG AG, Bern
Dr. h.c. Beat Kappeler, Kommentator NZZ am Sonntag und Le Temps, Hinterkappelen
Stefan Kaufmann, Direktor santésuisse, Solothurn
Jürgen Kyek, CEO GlaxoSmithKline AG, Münchenbuchsee
Prof. Dr. med. Thomas F. Lüscher, Klinikdirektor Kardiologie und Vorsteher Departement Innere Medizin, Universitätsspital Zürich
Prof. Dr. Ralph Müller, Institut für Biomechanik, ETH Zürich
PD Dr. Detlef Niese, Head Development External Affairs, Novartis Pharma AG, Basel
Prof. Dr. med. Georg Noll, stv. Klinikdirektor Kardiologie, Universitätsspital Zürich
Prof. Dr. med. und Dr. phil. Gerhard Rogler, Leitender Arzt Gastroenterologie, Universitätsspital Zürich
Prof. Dr. med. Peter M. Suter, Präsident Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW, Genf
Prof. Dr. med. Paul Vogt, HerzGefässzentrum Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
Dr. Salome von Greyerz, Bundesamt für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Bern
Stefan Wild, Director External Affairs, Merck Sharp & Dohme-Chibret AG, Glattbrugg
Rita Ziegler, lic. oec. HSG, Vorsitzende Spitaldirektion, Universitätsspital Zürich
Prof. Dr. med. Gregor Zünd, Direktor Forschung und Lehre, Universitätsspital Zürich

Der «Cardiovascular Roundtable» (CARTA) wird organisiert von der Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung, der Klinik für Kardiologie, Universitätsspital Zürich und CardioVasc Suisse, Bern.