

Briefe an die SÄZ

Baumol'sche Kostenkrankheit – Warnung vor voreiligen Schlüssen

Brief zu: Schlup J. Die Versorgung wird teurer – und bleibt bezahlbar. Schweiz Ärztztg. 2018;99(26–27):856.

Hartwig J, Hagen G. Baumolsche Kostenkrankheit im schweizerischen Gesundheitswesen. Schweiz Ärztztg. 2018;99(26–27):874–7.

Theorien sind Erklärungsversuche für praktische Phänomene. Wer unter diesem Aspekt die Theorie der Baumol'schen Kostenkrankheit näher studiert, wird zumindest zwei Einwände vorbringen.

I. Die Theorie besagt, dass die Kosten für den sogenannten stagnierenden Sektor, der vor allem die personenbezogenen Dienstleistungen umfasst, gegenüber dem progressiven steigen müssen. Es ist naheliegend, dass die Zeit im Gesundheitswesen ein unvermeidbar entscheidender Faktor bleiben wird. Doch zu argumentieren, die Zeitkosten seien – wie beispielsweise beim Friseur – quasi allein für die Gesundheitskostensteigerung verantwortlich, geht an der Realität vorbei; denn dann werden die teure moderne Technologie, die exzessiven Medikamentenpreise, die wachsende ältere Bevölkerung und die Mengenausweitung durch systemimmanente falsche Anreize vernachlässigt. Selbst der Faktor Zeit ist in der Medizin nur relativ stabil, indem im heutigen praktischen Alltag viele Tätigkeiten durchaus beschleunigt werden konnten wie z.B. Laborbestimmungen. Zudem hat die unproduktive Administration massiv zugenommen.

II. Es haben in der Schweiz die relativen Haushaltskosten für Konsumgüter in den letzten fünfzig Jahren dramatisch abgenommen. Das ist selbstverständlich richtig; falsch ist hingegen die Erklärung, dass dies alleine auf erhöhte Produktivität zurückzuführen ist. Unsere Kleider sind vor allem deshalb so günstig, weil sie in Billiglohnländern produziert werden. Unsere elektronischen Geräte sind für uns so leicht erschwinglich, weil die dazu notwendigen Rohstoffe und die Arbeiter schlecht bezahlt werden. Der erfolgreiche Preisdruck auf unsere Nahrungsmittel hat zu Massenproduktion ohne Rücksicht auf die Natur und das Einkommen der Bauern geführt. Der Produktionsfortschritt nimmt weltweite Transporte von Gütern in Kauf mit kaum messbaren Auswirkungen für die Umwelt.

Es ist verständlich, dass in einer vor fünfzig Jahren aufgestellten Theorie diese Aspekte kaum gewichtet wurden. Aber es ist gefährlich, aus solchen Theorien einfache Schlüsse zu ziehen, die man so zusammenfassen

könnte: Kein Grund zur Beunruhigung! Es gibt doch einige Argumente, die für ein aktives Engagement der Ärzteschaft in der Bekämpfung der steigenden Gesundheitskosten sprechen.

1. Die Gesundheitskosten stellen für die Bevölkerung ein praktisches Problem dar. Das kann keine Theorie überzeugend widerlegen. Wenn wir als Ärzteschaft die Menschen ernst nehmen, dann müssen wir auf ihre Klagen über die Kosten hören. Es ist wie bei den Schmerzen. Es nützt nichts, wenn wir das Leiden relativieren.

2. Die Diskussion um die Gesundheitskosten kommt nie um ethische Fragen herum. Insbesondere geht es um die gerechte Verteilung von Gütern und Dienstleistungen. Wer zulasten von minderprivilegierten Ländern Profit macht und im eigenen Land das hohe Lied einer Maximalmedizin für alle singt, muss sich in einer Zeit der Globalisierung den Vorwurf fehlender Moral gefallen lassen. Die Baumol'sche Theorie und die Interpretationen von J. Schlup klammern diese Aspekte aus.

3. Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens basiert im Wesentlichen auf dem Solidaritätsprinzip, in dem die Gesunden, in der Regel Jungen, für die Kranken, mehrheitlich Alten, bezahlen. Es zeigt damit Ähnlichkeiten mit der AHV. Das funktioniert so lange gut, wie der Überschuss der Gesunden die Mehrkosten der Kranken deckt. Die absehbare Entwicklung unserer Bevölkerung wird dazu führen, dass die Zahl der Netto-Nehmer steigt, während die der Netto-Geber abnimmt. Wer mit Hilfe veralteter Theorien die ungebremste Kostenentwicklung im Gesundheitswesen in Kauf nimmt, mutet der nächsten Generation eine untragbare Last zu. Die aktuelle Diskussion um die Finanzierung der AHV ist da wahrscheinlich nur ein fader Vorgeschmack. Ich warne vor unkritischen Schlüssen aus der Theorie der Baumol'schen Kostenkrankheit. Statt damit Passivität in der schwierigen Diskussion um die besorgniserregende Gesundheitskostensteigerung zu rechtfertigen, täte die Ärzteschaft gut daran, sich proaktiv und praktisch für eine gerechte, nachhaltige, ja vielleicht auch beschränkte Verteilung des Allgemeingutes Medizin einzusetzen.

Dr. med. Markus Bieri, Langnau

Baumol-Effekt – Wichtiger Kostentreiber in einem multifaktoriellen Geschehen

Replik auf den Brief von Markus Bieri

Es freut mich sehr, dass mein Editorial [1] und der Artikel [2] zur Baumol'schen Kostenkrankheit Ihr Interesse geweckt haben. Gerne äussere ich mich nachstehend zu Ihren Einwänden:

Zu Ihrem Punkt I muss ich richtigstellen, dass weder der Artikel der Professoren Hartwig und Krämer noch mein Editorial behaupten, dass *allein* der Baumol-Effekt für die Kostenzunahme im Gesundheitswesen verantwortlich sei. Korrekt ist, dass schon *allein* wegen des Baumol-Effektes die Kosten steigen *müssen*. Dass zum Kostenwachstum auch weitere Faktoren – wie insbesondere die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt – entscheidend beitragen, ist unbestritten. Die Bedeutung des Baumol-Effektes ist jedoch hoch: Projektionen zeigen, dass die durch ihn bedingte Ausgabenzunahme bis ins Jahr 2050 knapp einen Prozentpunkt des BIP beträgt [3]. Zum Vergleich: Der Kostenunterschied zwischen einer gesünder bzw. einer weniger gesund alternden Bevölkerung beträgt ebenfalls knapp ein Prozent. Ich stimme Ihnen also zu, dass es weitere wichtige Kostentreiber gibt, genauso wie es auch Tätigkeiten gibt, bei denen der Baumol-Effekt nicht zum Tragen kommt. Dies schmälert jedoch die insgesamt erhebliche Bedeutung dieses Effektes nicht.

Genauso wie die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird natürlich auch die in Ihrem Punkt II angesprochene Preisentwicklung verschiedener Konsumgüter von mehreren Faktoren beeinflusst. Dass Herstellungskosten durch die Produktion in Billiglohnländern gesenkt werden, steht dabei in keinerlei Widerspruch zur Tatsache, dass die Preise vieler Güter in erster Linie durch Automatisierung sinken, da ihre Herstellung weniger Arbeitskraft erfordert.

Baumols Modell ist auch keine «veraltete Theorie», sondern wird immer noch mit aktuellen Daten getestet und in seinen zentralen Aussagen überwiegend bestätigt. In seinem Buch von 2012 [4] weist Baumol auch auf die von Ihnen angedeuteten negativen Auswirkungen des Produktionsfortschritts wie Umweltzerstörung hin und führt darum aus, dass die echte Gefahr in den *sinkenden* Kosten des progressiven Sektors liegt. Für den Umgang mit den steigenden Kosten von Dienstleistungen könnten hingegen gute Lösungen

gefunden werden, sofern man der von Hartwig und Krämer beschriebenen sozialen Dimension gerecht wird [2]. Publikationen zum Baumol-Effekt sind also mitnichten als Rechtfertigung von Passivität zu verstehen! Vielmehr zeigen sie eine wichtige Herausforderung auf, der politische Lösungsvorschläge gerecht werden müssen, und leisten damit einen Beitrag in dieser schwierigen Diskussion. Das führt mich zu Ihrem nächsten Punkt:

1. Einen anerkannten ökonomischen Effekt zur Kenntnis zu nehmen, heisst *nicht*, praktische Probleme mit der Prämienhöhe zu ignorieren – im Gegenteil. So wie wir als Mediziner Schmerzen eben nicht relativieren, sondern gezielt und soweit möglich auf Basis vorhandener Evidenz behandeln, gilt es auch bei ökonomischen Problemen die vorliegenden Erkenntnisse zu nutzen, um gezielt wirksame Massnahmen ergreifen zu können. Viele der aktuellen politischen Vorschläge dürften den 16% der Bevölkerung, für die Krankenkassenprämien ein dauerhaftes (5%) oder gelegentliches (11%) Problem darstellen [5], leider nicht helfen.

2 + 3. Gerade wenn wir ethische Fragen in den Blick nehmen und an einem guten Zugang zu einer optimalen (nicht maximalen!) medizinischen Versorgung in der Schweiz festhalten möchten, müssen wir uns des Baumol-Effekts und seiner sozialen Dimension bewusstwerden. Die aktuell von der Politik vorangetriebene Idee eines Kostendeckels verkennt nämlich, dass der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zwangsläufig steigen muss, und ignoriert die beschriebenen Verteilungsprobleme. Wer aber das Problem der Lastenverteilung nicht angeht und auf willkürliche Kostendeckel setzt, trifft zwangsläufig die weniger Wohlhabenden und etabliert eine Zwei-Klassen-Medizin. Als Ärzteverband der Schweiz sehen wir uns in der Verantwortung, davor zu warnen.

Der Baumol-Effekt ist ein wichtiger Kostentreiber innerhalb eines komplexen multifaktoriellen Geschehens, dessen Berücksichtigung die Therapie des Kostenwachstums verbessern kann. Er kann uns vor unrealistischen Therapiezielen warnen, deren Verfolgen viele Nebenwirkungen, aber nicht den gewünschten Erfolg bringen würde. Das Verständnis wichtiger Zusammenhänge ist eine zentrale Voraussetzung für unseren täglichen proaktiven Einsatz für eine nachhaltige medizinische Versorgung.

Dr. med. Jürg Schlup

- 1 Schlup J. Die Versorgung wird teurer – und bleibt bezahlbar. Schweiz Ärztztg. 2018;99(26-27):856.
- 2 Hartwig J, Krämer H. Baumolsche Kostenkrankheit im schweizerischen Gesundheitswesen. Schweiz Ärztztg. 2018;99(25):874-7.
- 3 Colombier C. Demografische Alterung und Gesundheitswesen – Mehrbelastungen primär in der Langzeitpflege. Die Volkswirtschaft. 10-2008.

- 4 Baumol WJ. The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. Yale University Press. New Haven & London.
- 5 Bieri U. Experimente unerwünscht, aber wachsende Ansprüche an die Versorgung. Gesundheitsmonitor 2018. Präsentation vom 19. Juni 2018. Gfs.bern.

Antwort auf den Leserbrief von Dr. Hatzisaak

Brief zu: Hatzisaak T. Medizinstudium der Zukunft. Schweiz Ärztztg. 2018;99(28-29):932.

Wir möchten uns für die pointierte Betrachtung unseres Studiengangs bedanken. Da der Fokus des Interviews auf den neuen Schwerpunkten an der ETH lag, wurden einige Aspekte nicht erörtert, die ich gerne hier aufgreifen möchte. Unsere Studenten lernen schon im obligatorischen Pflegepraktikum den Alltag in medizinischen Einrichtungen kennen. Ausserdem erhalten sie Einblicke in die klinische Versorgung schon in der Einführungswoche am Kantonsspital Baden und im ersten Semester in der Veranstaltung «Grundlagen der Arzt/Patientenbeziehungen» durch Ihre Kollegen des Instituts für Hausarztmedizin Zürich. Im weiteren Verlauf vermitteln klinische Partner aus dem Universitätsspital Zürich klinische Einblicke, und unsere Studenten üben Untersuchungstechniken an der Schulthess Klinik sowie dem Kantonsspital Aarau und lernen Grundlagen der Diagnostik gemeinsam mit einem Netzwerk an klinischen Partnern, z.B. vom Universitätsspital Zürich und Kantonsspital Winterthur. Im 3. Studienjahr wenden die Studierenden ihre Kenntnisse dann an Patienten unserer Partnerspitäler im Tessin im Rahmen einer praktischen Woche an. Ich kann Ihnen daher versichern, dass unser Studiengang nicht «technokratisch», sondern sehr praxisnah wird. Aus der Praxis kommt auch die Teamfähigkeit und interprofessionelle Zusammenarbeit, die explizit im neuen Lernzielkatalog gefordert und in unserem Curriculum von vielen Gremien wie FMH, H+, VSAO und weiteren unterstützt werden. Gern lade ich Sie zu einer konstruktiven Diskussion vor Ort ein.

Prof. Dr. med. Jörg Goldhahn, Wallbach

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Sind Erleichterungen für den Diebstahl an den Sozialversicherungen nötig?

Brief zu: Pilet F. Rückkehr der Wachtürme? Schweiz Ärztztg. 2018;99(25):852.

«...sponte sua, sine lege fidem rectumque colabat.

Poena metusque aberrant, nec verba minantia fixo...» Ovid

Die Zeiten des goldenen Zeitalters sind spätestens seit den Revolutionen vorbei.

Herr Kollege, Sie befürchten als Folge des neuen Sozialversicherungsgesetzes die Einführung der Folter! Zusammen mit Ihrem Titel «Rückkehr der Wachtürme?» tönt das etwas nach marxistischer Verschwörungstheorie und Glauben an die Bösartigkeit des «politischen» Establishments. Seit der Herrschaft des Proletariats sind alle Respektpersonen verdächtig, auch unsere Polizei. Man misstraut ihr, sie wird angepöbelt und angegriffen. Wir haben keinen Vaterstaat mehr, sondern einen Mutterstaat. Wollen wir das? Zahlen wir «guten» Bürger fleissig unsere Sozialsteuern, damit findige Mitbürger sich schlank durch das Leben mogeln dürfen? Sobald es etwas gratis gibt, bemühen sich die Menschen verständlicherweise darum.

Ich habe während 30 Jahren mit Kollegen ein Ambulatorium in einem Industriequartier geführt. Die ersten Jahre haben sich mehrere Patienten unseres Quartieres aus Anstand und Scham geweigert, ihre Rechnungen der Krankenkasse zu belasten. Die Polikliniken behandelten die Armen gratis. Dann wurden die Krankenkassen aus Solidarität obligatorisch. Die neuen Bewohner verlangten von uns mehr und mehr auch andere Hilfeleistungen. Es häuften sich Verlangen nach Zeugnissen, Entschuldigungen, Bad-, Turn-, Schul-, Arbeitsdispensen, Renten etc. Immer mehr bezogen das Geld von der Kasse und verschwanden, oder zeigten sich sogar stolz wieder, ohne zu zahlen.

Wie oft sah ich, wie vor meiner Praxis «invaliden» Rückenpatienten mit ihren Kindern gewagte Kunststücke demonstrierten, um dann mit Krücken in meinem Büro zu erscheinen. Wer sollte Ihrer Meinung nach diese Betrüger erwischen, und wie vor Gericht Beweise erbringen, wenn keine tauglichen Mittel erlaubt sind? Oder, Herr Kollege, wie haben Sie Ihre Sozialdiebe erwischt und bestrafen lassen?

PS. Ihr Vergleich des Protestes von Pfarrer Martin Niemöller gegen die Nazimethoden mit der Einführung des Sozialversicherungsgesetzes klingt zynisch.

Dr. med. François Kapp, Biel-Benken

Genügend Schnauf haben beim «Return on Investment in Human Health»

Die präventive Einladung von Frau Dr. Dratva zur diesjährigen Swiss Public Health Conference (7./8.11.2018, Universität Neuenburg) gilt es länderübergreifend zu unterstützen [1]. Seit vielen Jahrzehnten ist ja bekannt, dass die schwerwiegenden gesellschaftlichen, behördlichen, wirtschaftlichen und individuellen Bedienungsfehler des Biosystems Mensch (körperliche Inaktivität, Fehlernährung, emotional-soziale Fehlbeanspruchung sowie Schadstoffbelastung) durch Präventionsstrategien mit populationsrealistischen Implementierungsschritten im Alltagsleben verhütet oder günstig beeinflusst werden können. Wir wissen aber auch: «Präventivmassnahmen müssen auf lange Frist angelegt werden, und man darf den Schnauf und die Geduld nicht verlieren.» Dieser Satz ist 40 Jahre alt und entstammt den Schlussbetrachtungen der interdisziplinären Tagung des Forum Davos 1978: Prävention und ihre Möglichkeiten. Bereits damals haben die Beteiligten konkrete Ansatzpunkte zur Förderung präventiven Handelns aufgezeigt: Beeinflussen des sozialen Gesundheitsverhaltens auf Gruppenebene initiieren; Massnahmen fürs Einfüh-

ren einer sinnvollen Gesundheitserziehung in der Schule; Verbessern der Ernährungssituation durch systematisches Ausbilden und Zusammenwirken von Ärzten, Ernährungswissenschaftlern, Hauswirtschaftslehrerinnen, Köchen, Konsumentenorganisationen, Informationsspezialisten, Industrie etc.; Gestalten von Spass fördernden Bewegungsangeboten und Anforderungen an freizeitattraktive Sportanlagen; Vorschläge für ökonomische Steuerungsmechanismen im Strassenverkehr und Genussmittelkonsum etc. Das Einsparpotential aktiver Präventivmedizin war schon damals dokumentiert, leider fließen – stabil stagnierend – noch immer weniger als 3% der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz in die Prävention und Gesundheitsförderung (2016 waren es 2,4%).

Bereits vor 10 Jahren hatte ich in dieser Zeitung betont, dass jeder in die Prävention und Gesundheitsförderung investierte Euro/Dollar/Franken dem Gesundheitswesen, den Betrieben und natürlich jedem einzelnen Menschen nicht nur langfristig, sondern auch mittel- und kurzfristig einen Return on Investment in Human Health (ROI) in Höhe eines Faktors von 2,3 bis 20,6 erbringt [2]. Fokussiert auf die gemeinsame Verantwortung von Staat und Wirtschaft, von Gesellschaft

und Individuum möchte ich das aktuelle systematische Review von Masters et al. benennen: Der durchschnittliche ROI betrug für Public-Health-Interventionen 14,3 (was einen Cash-Return von 1430% impliziert), für lokale Massnahmen lag der ROI bei 4,1 und für landesweite Interventionen sogar bei 27,2 [3]. Organisatoren und Teilnahmewilligen der Swiss Public Health Conference 2018 kann ich ein Querlesen der «alten» Grundsatzreferate und Arbeitsgruppenergebnisse des Forum Davos in der Vorgängerversion des *International Journal of Public Health* nur ans Herz legen [4].

Dr. oec. troph. Martin Hofmeister, D-München, Verbraucherzentrale Bayern e.V. – Referat Lebensmittel und Ernährung

- 1 Dratva J. Better Health Faster: Die Sozialwissenschaften im Dienst der Gesundheit. Schweiz Ärztztg. 2018;99(26–27):878–9.
- 2 Hofmeister M. Schadensverhütung ist billiger als Schadenvergütung. Schweiz Ärztztg. 2008;89(30–31):1291–2.
- 3 Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2017;71(8):827–34.
- 4 International Journal of Public Health. 1978;23(5–6). <https://link.springer.com/journal/38/23/5/page/1>.

Aktuelles Thema auf unserer Website

www.saez.ch/de/tour-dhorizon



Interview mit Martine Favero, Assistenzärztin Frauenklinik, Kantonsspital Winterthur, Vorstandsmitglied des Jungen Forum der SGGG, Vorstandsmitglied des ENTOG

«Es ist immer förderlich, über den eigenen Tellerrand zu blicken»

Weshalb es sich lohnt, bereits während der Assistenzzeit Erfahrungen im Ausland zu sammeln.



Videointerview mit Prof. Dr. Max Aebi, Gründungsmitglied eccElearning

Online-Ausbildungsgänge bald auch in der Medizin?

Das weltweit erste Online-Weiterbildungsprogramm im Bereich der Wirbelsäulen Chirurgie wurde in der Schweiz entwickelt.