

# Quo vadis bezahlbare Medizin?\*

Jürg Barben

Prof. Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, speziell Lungenerkrankungen, Mitglied FMH

Die Tageszeitungen sind voll von Artikeln über ungebremst steigende Kosten im Gesundheitswesen. Sind die Kosten tatsächlich aus dem Ruder gelaufen? Gemäss OECD gab die Schweiz 2015 mit 72 Milliarden Franken in Europa – nach Luxemburg – am meisten Geld für die Gesundheit aus, was einem Bruttoinlandprodukt (BIP) von 11,5% oder 5350 Euro je Einwohner entspricht (Abb. 1) [1]. In Deutschland beliefen sich die Ausgaben im gleichen Jahr auf 344 Milliarden Euro oder 11,3% des BIP (4200 Euro/E) [2]. In Deutschland werden 85% der Kosten vom Staat getragen, in der Schweiz lediglich 68%. Im internationalen Vergleich geben einzig die USA noch mehr Geld aus, nämlich 16,6% des BIP. In allen Ländern sind die Gesundheitskosten jedoch linear und nicht exponentiell gestiegen (Abb. 2).

Die Ökonomen diskutieren seit Jahren, was notwendig sei, damit ein Gesundheitswesen gut funktionieren kann und für alle bezahlbar ist. Mascha Madörin, eine Schweizer Gesundheitsökonomin, hat diese Problematik treffend beschrieben: «Die Ökonomie des Gesundheitswesens befasst sich schon lange mit diesem Thema. Aber die ökonomische Begründung, wieso ein Gesundheitswesen in einer bestimmten Art und Weise reguliert werden soll, hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Das ist am sichtbarsten bei der Frage, was denn eigentlich unter 'Wirtschaftlichkeit' respektive 'wirtschaftlicher Effizienz' zu verstehen und wie sie zu verwirklichen sei» [3]. Immer wieder hört man Aussagen, dass die Kosten zu schnell wachsen würden, weil das Gesundheitswesen wegen einer ungenügenden Steuerung der Leistungsmenge zu wenig wirtschaftlich sei, und dass neue Regulierungen notwendig seien, um die Leistungen zu optimieren.

## Ökonomisierung der Medizin

Anfang 1996 wurde das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) eingeführt, das mit dem Wechsel von der direkten Finanzierung der Betriebskosten zur Finanzierung von Leistungen und damit zu einer Steuerung der Spitäler mittels Fallpauschalen umstellte. Analog wurde für den ambulanten Bereich die einheitliche Tarifordnung TARMED eingeführt. Damit wurde das Wirtschaftlichkeitsprinzip etabliert, und man erhoffte sich einen Kostenwettbewerb, um ein weiteres Anstei-

gen der Gesundheitskosten zu bremsen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein freier Markt im Gesundheitswesen überhaupt funktionieren kann, handelt es sich doch nicht um eine Ware Gesundheit, die da verkauft wird, sondern um Menschen, die in Not sind bzw. wegen eines Problems um ärztliche Hilfe ersuchen und eine Linderung ihrer Beschwerden erhoffen. Gleichzeitig mit der Einführung des Kostenwettbewerbes hat sich der Staat aus der Finanzierung der ambulanten Versorgung (mit Steuergeldern) verabschiedet und diese Kosten den Krankenkassen bzw. den Prämienzahlern aufgebürdet, deren Prämien unweigerlich angestiegen sind. Dies ist auch der Grund für die vom einzelnen Beitragszahler stark empfundene «Explosion der Gesundheitskosten» [3].

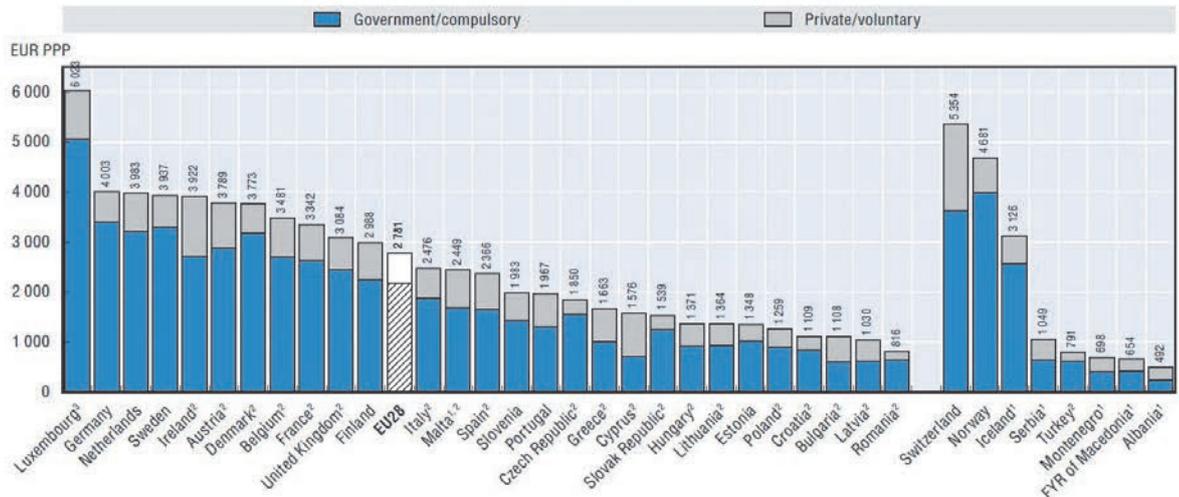
In einem Gutachten für das SECO hat der St.Galler Wirtschaftsprofessor Gebhard Kirchgässner die Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen untersucht und festgestellt: «Nun, welches Mass man auch immer verwendet, die Schweiz befindet sich sowohl bei den Indikatoren für die Qualität als auch bei jenen für die Kosten dieses Systems im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe» [4]. Andererseits gebe es auch Länder in Skandinavien, die ebenfalls eine sehr hohe Qualität liefern, jedoch zu deutlich geringeren Kosten. Ein Grund dafür ist, dass in der Schweiz die höchsten Lohnkosten (insbesondere in der Pflege) bezahlt würden [3].

## Gründe der Kostensteigerung

Gründe für einen schnelleren Kostenanstieg im Gesundheitswesen als die Steigerung des BIP sind sicher die Veränderung der Altersstruktur in der Bevölkerung, der wachsende Wohlstand (womit mehr für Gesundheit ausgegeben werden kann), der technische Fortschritt mit mehr Diagnosemöglichkeiten und neuen Behandlungsverfahren sowie die Tatsache, dass die Produktivität der Arbeit im Gesundheitswesen nicht im selben Mass erhöht werden kann wie in der Industrie [3, 5, 6].

William Baumol, ein bekannter US-amerikanischer Wirtschaftswissenschaftler, hat in seinem Buch «The Cost Disease – Why computer get cheaper and health care doesn't» sehr klar beschrieben, wieso man immer schneller Computer oder Autos produzieren kann, aber

\* Der vorliegende Text ist eine überarbeitete Kurzfassung eines Übersichtsartikels, der in der Zeitschrift *Atemwegs- und Lungenerkrankungen* (2018;4:171–82) publiziert wurde).



1. Includes investments.
2. OECD estimate.
3. For Luxembourg, the population data refer only to the total insured resident population, which is somewhat lower than the total population.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Europa 2015. Angaben in Euro pro Kopf (EUR PPP).

nicht immer schneller pflegen oder Kinder zu betreuen vermag [7]. In der Industrie erlaubt der technische Fortschritt, den Arbeitsaufwand durch den Einsatz von Maschinen massiv zu senken. Dadurch werden die Arbeitskosten stark gesenkt, auch wenn höhere Löhne bezahlt werden. Ebenso ist es möglich, die Preise der Produkte zu senken – auch bei steigender Qualität. Wenn jedoch ein Spital ein MRI-Gerät anschafft, dann stellt dies zwar einen technischen Fortschritt für die Diagnose dar, aber damit wird der Aufwand der Behandlung von Kranken nicht oder kaum verkleinert. Im Gegenteil, zur Bedienung des MRI-Gerätes braucht es mehr Personal. Baumol prophezeite in seinen Thesen zur «Kostenkrankheit» auch, dass «der Anteil der Gesundheitskosten am BIP weiterhin im gewohnten Rhythmus (stärker als das BIP) steigen wird, es sei denn, es werden immer wieder Leistungen abgebaut und Löhne gekürzt» – was als «erstes Gesetz in der Gesundheitsökonomie» bezeichnet wird [3, 7, 8]. Mascha Madörin hält in ihrer Publikation «Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege» treffend fest, dass sich die ärztliche und pflegerische Arbeit kaum standardisieren lassen – sie müssen wie die Reparatur von Uhren «von Hand» gemacht werden: «Kranke Menschen sind – im Unterschied zu Uhren – nicht standardisiert, weil sie eben sehr unterschiedlich sind. Die Behandlung und Pflege der Kranken ist noch weniger standardisierbar als die Uhrenreparatur» [3]. Gemäss Baumol liegt das Problem nicht daran, dass wir uns ein teurer werdendes Gesundheitswesen nicht leisten könnten, sondern darin, dass diese ökonomischen Mechanismen und die damit verbundenen Konsequenzen nicht Thema der öffentlichen Diskussions-

ind und damit die Illusion geschaffen wird, die Kosten liessen sich eindämmen: «Der Versuch, die Gesundheitsausgaben des Staates und der obligatorischen Krankenkassen dem Wachstum des BIP anzupassen, führt notwendigerweise zu einem Abbau der Leistungen im Gesundheitswesen oder der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in diesem Sektor.» Dies bedeutet in erster Linie eine Einsparung von Arbeitskosten, weil diese einen grossen Teil der Gesamtkosten ausmachen; in einem Spital sind dies über 70%. Man kann zum Beispiel die Löhne im Gesundheitswesen weniger anheben als in anderen Sektoren oder ein Teil der qualifizierten Arbeit als unqualifiziert einstufen und schlechter bezahlen, was gegenwärtig in Spitälern im Bereich der Pflege geschieht. Eine weitere Variante ist es, Arbeit an Privatfirmen ausgliedern und sie von 'rechtlosen', aber genügend ausgebildeten Migrantinnen zu Niedriglöhnen verrichten zu lassen; eine Entwicklung, die zunehmend in der ambulanten Betreuung zu Hause (Spitex-Bereich) bzw. Hotellerie und Reinigung anzutreffen ist. Diese Ökonomisierung im Gesundheitswesen hat der Medizinethiker Giovanni Maio treffend in seinem Buch «Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft» formuliert: «Ein Gesundheitswesen ist Teil des Sozialsystems unserer Gesellschaft. Ein Teil unseres Reichtums wird in das Gesundheitswesen investiert, zum Wohl aller. Eine Gesundheitsindustrie hingegen ist Teil des Wirtschaftssystems. Kapitaleigner investieren in diese Gesundheitsindustrie, und sie erwarten eine Rendite, zum Wohle weniger. Beides kann man gleichzeitig nicht haben, denn die Ziele dieser beiden Systeme widersprechen sich fundamental» [9].

## Privatisierung des Gesundheitswesens

Die zunehmende Ökonomisierung unseres ganzen Lebens hat ihren Ursprung im neoliberalen Wirtschaftsmodell, indem alle (gewinnbringenden) Bereiche privatisiert werden sollen mit dem Credo: Der 'freie Markt' soll spielen. Der Bundesrat hat 1995 – ohne Befragung des Volkes – die Verträge der Welthandelsorganisation (WTO) bzw. die GATS-Verträge unterschrieben. Die WTO/GATS-Mitgliedsländer verpflichten sich, den Geldfluss der öffentlichen Gelder (Steuern) in den Service public zu reduzieren und die Liberalisierung bzw. Privatisierung von Dienstleistungen (auch im Gesundheitswesen) zu fördern bzw. umzusetzen. Gerade im Gesundheitsbereich geht es um viel Geld. Der frühere BAG-Direktor Thomas Zeltner, heute im privaten Gesundheitssektor tätig, hielt in einer Rede am College of Europe in Belgien 2011 fest, dass die Gesundheit als Geschäftsbereich der zweitwichtigste Wirtschaftssektor der Welt sei. Und diese Geldquelle möchten sich viele Konzerne nicht entgehen lassen. In Deutschland hat zum Beispiel das Bertelsmann-Imperium defizitäre staatliche Kliniken aufgekauft und in Gewinnorientierte Betriebe umgewandelt; 2013 verkaufte sie dann 43 Kliniken für 3 Milliarden an einen anderen Konzern und strich einen satten Gewinn ein.

In Deutschland ist die Privatisierung deutlich weiter fortgeschritten als in der Schweiz. In Deutschland gab es 2009 erstmals mehr private Spitäler als öffentliche. Die Auswirkungen sind bekannt: «Ausgelieferte Patienten und ausgebeutete Ärzte», wie DER SPIEGEL in einem Artikel «In der Krankenfabrik» die Innenansicht des Asklepios-Klinikonzerns ausführlich be-

schrrieb. Um den Gewinn zu steigern, wird die Zeit pro Patient gekürzt und damit der Umsatz erhöht bzw. am Personal gespart. In einem freien Markt ohne staatliche Unterstützung stehen die Krankenhäuser heute tatsächlich in einem Überlebenskampf, der nun zunehmend auch auf die Schweiz überschwappt. Gemäss NZZ am Sonntag würden die Schweizer Spitäler im Durchschnitt zu wenig Gewinn erwirtschaften, um langfristige Investitionen finanzieren zu können. Das Zürcher Stadtspital Triemli hat 2016 ein Defizit von 36 Mio. Franken erzielt. Darauf hat die private Hirslandengruppe der Stadt Zürich ein Angebot gemacht, das Triemli zu übernehmen, denn sie könne Spitäler effizienter führen und damit «liessen sich gewaltige Steuermittel einsparen» [10, 11].

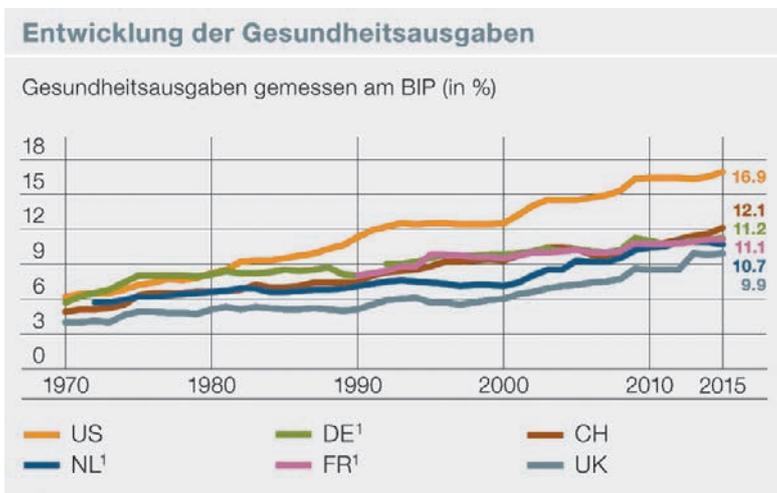
Auch die Pharmaindustrie stellt einen wesentlichen Kostenfaktor in unserem Gesundheitswesen dar, wobei auf die Problematik in dieser Kurzfassung nicht eingegangen werden kann und auf den Artikel «Personalisierte Medizin und ihre Triebkräfte» in der SÄZ vom 13.7.2016 verwiesen wird [12].

## Digitalisierung und e-Health

Im Gesundheitswesen spielen heute immer mehr Player mit, die nichts mit den Patienten direkt zu tun haben, aber sich auch noch ein Stück des grossen 'Gesundheitsgeldkuchens' abschneiden möchten. Darunter befinden sich unzählige Kommunikations- und Beratungsfirmen, aber auch Computerfirmen, die ihre Dienste im Kommunikationsbereich bzw. e-Health anbieten. Zudem haben IT-Giganten, Pharmakonzerne und Versicherer medizinische Daten als Goldgrube der Zukunft identifiziert. Im Gegenzug versprechen sie uns eine bessere Medizin, massgeschneidert für jeden Einzelnen [13]. Aber wie hoch ist der Preis, den wir dafür bezahlen? Jedes iPhone und jede Apple-Uhr sollen künftig zu einem individuellen Diagnosegerät werden – das Speichern der Körperdaten auf dem Smartphone ist nicht vorgesehen, diese sollen in die jeweiligen Cloudspeicher der Konzerne übertragen werden, wo sie dann von den Nutzern abgefragt, aber auch von Dritten wie Pharmakonzernen oder Versicherungen analysiert werden. Damit ist die Idee des gläsernen Patienten Wirklichkeit geworden.

## Algorithmen / künstliche Intelligenz vs. analoge Begegnung

Trotz grossen Bedenken in der Datensicherheit und Hackerangriffen wird e-Health auch von akademischen Institutionen stark propagiert, denn durch die Auswertung von 'Big Data' könnten wir unsere wissenschaftlichen Kenntnisse erweitern, die Gesundheits-



Quelle: OECD Health Data 2017.

<sup>1</sup> Daten für gewisse Jahre nicht verfügbar.

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in ausgewählten OECD-Ländern 1970–2015. Angaben in Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP)

versorgung besser personalisieren und unsere Gesundheitssysteme genauer steuern. Dank der Masse an digitalen Daten, die zum Verbessern der Algorithmen zur Verfügung stehen, und der exponentiellen Erhöhung der Rechenleistung der Computer würde die 'künstliche Intelligenz' eine Renaissance erleben [14, 15]. Giovanni Maio hält dazu treffend fest: «Die Behandlung des kranken Menschen folgt zunehmend den gedanklichen Vorgaben der industriellen Produktion [...] Die Kernqualifikation eines Arztes liegt jedoch im gekonnten Umgang mit Komplexität, in der Bewältigung von Unsicherheit, in der professionellen Handhabung von Unwägbarkeiten und durch diese Qualifikationen hindurch letzten Endes in der sorgsam Erkundung dessen, was für den konkreten Patienten das Beste ist» [16].

Der amerikanische Kardiologe und Nobelpreisträger Bernhard Lown meinte dazu in seinem Buch «Die verlorene Kunst des Heilens»: «Das gegenwärtige System der sogenannten 'gemanagten' Gesundheitsfürsorge beraubt nicht nur Ärzte ihrer beruflichen Zuständigkeit, sondern auch – und das ist noch viel schlimmer – die Patienten ihrer Persönlichkeit [...] Während wir der Globalisierung entgegensteuern, leben viel zu viele Menschen auf der Welt in einer quälenden, erbarmungslosen Armut, die sie ihrer Menschenwürde beraubt und einem frühen Grab zutreibt» [17]. Gemäss Weltbank lebten 2013 rund 11% der Weltbevölkerung (800 Mio. Menschen) unterhalb der Armutsgrenze. Demgegenüber konnte die Wirtschaftszeitschrift *Forbes* 2017 insgesamt 2043 Milliardäre mit einem Gesamtvermögen von 7,7 Billionen US-Dollar ausfindig machen – 233 mehr als 2016 [18]. Die Schere zwischen Arm und Reich geht immer weiter auseinander: Gemäss Oxfam besitzt das reichste Prozent der Weltbevölkerung mehr als 50% des Weltvermögens – mehr als die restlichen 99% zusammen. In Deutschland besitzen 36 Milliardäre so viel Vermögen (297 Milliarden US-Dollar) wie die ärmere Hälfte der Bevölkerung – das reichste Prozent besitzt ein Drittel des gesamten Vermögens [19].

## Schlussfolgerung

Eine gute Medizin ist sehr wohl bezahlbar, das Geld wäre vorhanden. Wir könnten vieles auch günstiger haben, wenn es denn nur gewollt wäre. Die Prävention, zum Beispiel bei der Tabakepidemie, kommt auf lange Sicht billiger als die Kosten der durch die Tabakepidemie verursachten Erkrankungen. Das Gesundheitssystem muss wieder sozialer ausgerichtet werden; der freie Markt funktioniert nicht im Gesundheitswesen, nicht zuletzt da sich der Mensch und seine Betreuung nicht standardisieren lässt. Wir betreuen keine Kunden, sondern Pati-

enten, die in der Not bzw. wegen eines Problems um ärztliche Hilfe ersuchen. Sie verdienen eine dem neusten Stand der Forschung entsprechende Behandlung zu erträglichen Preisen sowie eine menschliche Betreuung und Anteilnahme unabhängig von ihrem Einkommen. Das Gesundheitswesen darf nicht weiter zu einem Gesundheitsmarkt verkommen, wo sich Grosskonzerne und Beratungsfirmen an kranken Menschen bereichern. Gesundheit ist eben keine Ware oder ein Konsumgut, welches bei Verlust online wieder eingekauft werden kann. Der Arztberuf ist ein Beziehungsberuf, und keine noch so phantastische Technologie oder Algorithmus kann die direkte analoge Begegnung ersetzen.

### Interessenkonflikte

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

### Bildnachweis

Abbildung 1: © OECD Health Data 2016

Abbildung 2: © OECD Health Data 2017/Interpharma Schweiz 2018

### Literatur

- 1 OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.
- 2 Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 um 4,5% gestiegen. Pressemitteilung vom 21. Februar 2017 (61/17).
- 3 Madörin M. Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege; Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), 2014, pp. 1–26.
- 4 Kirchgässner G, Gerritzen B. Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich. Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO; 2011. [http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2011-04/16D\\_Gerritzen.pdf](http://dievolkswirtschaft.ch/content/uploads/2011-04/16D_Gerritzen.pdf).
- 5 Schlup J, Wille N. Den Nutzenzuwachs kennen, um den Kostenzuwachs zu bewerten. *Schweiz Ärztztg*. 2017;98:984–5.
- 6 Surber M. Der Schweizer Bevölkerung bleibt immer mehr zum Leben. *Neue Zürcher Zeitung*. 27.7.2018, S. 13.
- 7 Baumol WJ. The Cost Disease – Why computer get cheaper and health care doesn't. New Haven & London 2012.
- 8 Hartwig J, Kraemer H. Baumolsche Kostenkrankheit im schweizerischen Gesundheitswesen. *Schweiz Ärztztg*. 2018;99:874–7.
- 9 Maio G. Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft. ed Suhrkamp Taschenbuch 4514, 2014.
- 10 Neuhaus C. Hirslanden offeriert, Zürcher Stadtspitäler zu führen. *NZZ* am Sonntag, 26. März 2017, S. 13.
- 11 Honegger L. Wie der südafrikanische Rupert-Clan in der Schweiz mit Zigaretten und Spitalern Millionen verdient. *Aargauer Zeitung*, 24.5.2016.
- 12 Möhr P. Personalisierte Medizin und ihre Triebkräfte. *Schweiz Ärztztg*. 2016;97:1018–20.
- 13 Rosenbach M, Schmergal C, Schmudt H. Total Vermessen. Wir werden gläserne Patienten – und hoffen auf ewige Gesundheit. *Der Spiegel*, 5.12.2017.
- 14 Fischer M, Hafen E, Jellito J, Kaiserwerth M, Kossmann D, Marchiori C, Martin M. Big Data im Gesundheitswesen; in: Akademien der Wissenschaften Schweiz (ed): Bern 2015.
- 15 Geissbuhler A. eHealth: Wohin führt uns die Digitalisierung des Gesundheitswesens; Bern, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). *Bulletin* Nr. 1, 2017.
- 16 Maio G. Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg im Breisgau 2017.
- 17 Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens. Stuttgart 2004.
- 18 Dolan KA. *Forbes* 2017 Billionaires List: Meet The Richest People On The Planet. 20.3.2017. <https://www.forbes.com/sites/kerryadolan/2017/03/20/forbes-2017-billionaires-list-meet-the-richest-people-on-the-planet/#185b28462ff0>.
- 19 Oxfam: 8 Männer besitzen so viel wie die ärmere Hälfte der Weltbevölkerung. 16.1.2017. <https://www.oxfam.de/ueber-uns/aktuelles/2017-01-16-8-maenner-besitzen-so-viel-aermere-haelfte-weltbevoelkerung>.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Jürg Barben  
Leitender Arzt Pneumologie/Allergologie & CF-Zentrum  
Ostschweizer Kinderspital  
Claudiusstr. 6  
CH-9006 St. Gallen  
juerg.barben[at]kispig.ch