Gesundheitskosten – Geschichte einer Debatte

Gerhard Kocher

In jedem Land mit einem ausgebauten Gesundheitssystem stellt sich die Kostenfrage: Wer soll wie viel Geld für welche Bereiche des Gesundheitssystems ausgeben? Und wie viel Geld soll insgesamt für Gesundheit im Vergleich zu anderen staatlichen Ausgaben wie Bildung ausgegeben werden. Das Kernmerkmal dieser Gesundheitskosten-Debatte ist der Zusammenprall zweier unterschiedlicher Denk- und Argumentationstraditionen. Ist Gesundheit im Fokus, verbindet sich der uralte Wunsch der Menschen nach einem gesunden Leben mit der ethischen Tradition der Medizin des Heilens und Nichtschadens. Dies erzeugt potenziell eine nicht enden wollende Liste von Wünschbarkeiten. Sind die Kosten das Thema, tritt das klassische ökonomische Problem des Umgangs mit Knappheit in den Vordergrund – dies aber in einem Kontext, der, wie kaum ein anderer, elementare Lebensfragen betrifft. Gerhard Kocher, einer der Pioniere der gesundheitsökonomischen Debatte, zeichnet im Interview die wesentlichen Muster der Kostendebatte am Beispiel der Schweiz nach.

Ab wann wurde in der Schweiz – und anderswo – das Problem der «Gesundheitskosten» explizit und als generell politisches Problem diskutiert?

In einer Arbeit aus dem Jahre 1975 schrieb ich, dass die Kostenfrage bereits «seit längerem» ein Thema der gesundheitspolitischen Debatte sei. Das Problem hat also eine über 40-jährige Geschichte. Die explizite Diskussion über die Kosten des Gesundheitswesens ist etwa Mitte der 1960er-Jahre aufgeflammt und seit diesem Zeitpunkt immer in der Gesundheitspolitik präsent, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Ein wichtiger Grund war, dass in den 1960er-Jahren die Zahl der Handlungsmöglichkeiten in der Medizin deutlich anstieg: neue Diagnoseverfahren, neue Medikamente und neue Operationen. Dieser technische Fortschritt ist aber nicht der einzige Grund für die Kostensteigerung. Die Ansprüche stiegen laufend – sowohl bei den Patienten als auch bei den Leistungserbringern. Falsche finanzielle Anreize verschärften und verschär-

mehr Möglichkeiten

höhere Ansprüche

fen heute noch das Problem. Als Ursache der Kostensteigerung wird oft die demographische Entwicklung genannt, lies die «doppelte Alterung» (Zunahme der Zahl der alten Menschen und Zunahme ihrer Lebenserwartung). Sie spielt zwar auch eine Rolle, ihre Kostenfolgen werden aber fast immer überschätzt.

Hauptgrund waren demnach bereits die neuen Möglichkeiten der Medizin, die ja das Anspruchsdenken erst möglich machten …?

Das immer größere Behandlungsspektrum steigerte naturgemäß auch die Erwartungen. Denken Sie etwa an den Platz, den Gesundheitsthemen in den heutigen Medien beanspruchen. Der «Wille nach mehr» bei Medizinern und in der Bevölkerung entwickelte eine eigene Dynamik, massiv gepuscht von finanziellen Interessen der Pharma- und Medizintechnikindustrie und der Berufe im Gesundheitswesen.

Ab wann wurde die Diskussion über Gesundheitskosten als ein Problem der Ressourcenknappheit verstanden?

abnehmender Grenznutzen

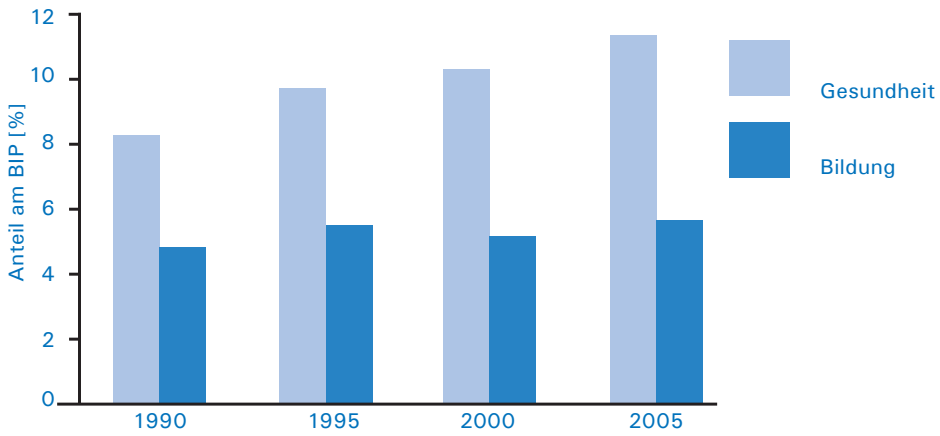
Dieses Denken in der ökonomischen Kategorie der Knappheit ist erst später aufgetaucht: als die vielfältige Ausbaudynamik des modernen Staates – sei dies nun bei der sozialen Sicherheit oder beim Straßenbau – an ihre ökonomischen Grenzen gestoßen ist. Dies dürfte Ende der 1970er-Jahre erstmals virulent geworden sein. Damals wurde auch in der Medizin das in der Ökonomie bestens bekannte Phänomen des abnehmenden Grenznutzens deutlich – der Zusatznutzen pro investierte Einheit in die Medizin nahm und nimmt ab. 10% mehr Gesundheitsausgaben bringen nicht 10% mehr Gesundheit. Dies habe ich 1980 in meinem Buch «Teure Medizin» im Detail belegt.

Gesundheitskosten und das Gesetz

In der Schweiz sind die Gesundheitskosten ein Thema des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist. Die relevanten Artikel lauten:

Art. 32 KVG: Die Leistungen … müssen wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich sein …

Art. 56 KVG: Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Maß beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.



Kostensteigerung im Gesundheitswesen am Beispiel Schweiz

Die Gesundheitskosten beanspruchen einen ständig zunehmenden Teil des Bruttoinlandprodukts (BIP) – auch im Vergleich zu anderen wichtigen Ausgabenbereichen wie der Bildung. Die Grafik zeigt den Anteil der Ausgaben am Pro-Kopf-BIP und berücksichtigt damit das Bevölkerungswachstum. Die Tabelle zeigt die wichtigsten Kennzahlen in absoluten Zahlen und deren Zunahme in Prozent gegenüber den Werten von 1990.

	1990 = 100%	1995	Zunahme (%) 1990 bis 1995	2005	Zunahme (%) 1990 bis 2005
Bevölkerung (Mio.)	6,751	7,065	+ **4,6**	7,459	+ **10,5**
BIP (Mio. Fr.)	330'925	373'599	+ **12,9**	463'673	+ **40,1**
pro Kopf (Fr.)	49'018	52'902	+ **7,9**	62'163	+ **26,8**
Gesundheitsausgaben (Mio. Fr.)	27'112	36'161	+ **33,4**	52'697	+ **94,4**
Gesundheitsausgaben pro Kopf (Fr.)	4'016	5'120	+ **27,5**	7'065	+ **76,0**
Bildungsausgaben (Mio. Fr.)	16'215	20'600	+ **27,0**	26'483	+ **63,4**
Bildungsausgaben pro Kopf (Fr.)	2'402	2'917	+ **21,5**	3'550	+ **47,8**
Anzahl Ärzte (pro 1000 Einwohner)	1,5	1,7		2,0	
Lebenserwartung (bei Geburt)	77,4	78,5		81,3	
– Frauen	80,8	81,8		83,9	
– Männer	74,0	75,3		78,7	

Somit begann die Debatte um Gesundheitskosten bereits in den 1960er-Jahren – doch der Einbezug ökonomischer Konzepte folgte einige Jahre später. Warum war das so?

verfemtes ökonomisches Denken

Man muss sehen, dass es in den 1960er-Jahren – ich selbst war ja seit 1967 in diesem Geschäft – praktisch keine Gesundheitsökonomen gab. Dieses Denken war über lange Zeit moralisch verfemt von Seiten der Medizin. Auch heute setzt sich die Einsicht, dass es ökonomische Grenzen für medizinische Leistungen gibt, innerhalb der Medizin nur langsam durch.

Die ärztliche Standesideologie und Interessenpolitik stellten Mediziner und Ökonomie in einen scharfen, moralisch belegten Gegensatz: Die ökonomische Sichtweise bedeute automatisch, man wolle den Menschen die Segnungen der Medizin vorenthalten. Der zentrale Punkt ist aber: Die Einsicht in den abnehmenden Grenznutzen der Investitionen in die Medizin heißt nicht, auf zusätzliche Investitionen zu verzichten. Vielmehr müssen wir die finanziellen Ressourcen so einsetzen, dass sie den höchstmöglichen Nutzen für die Gesundheit erbringen. Zudem hat das Argument des abnehmenden Grenznutzens nicht nur eine ökonomische Bedeutung. Es drückt auch aus, dass man zu viel operieren, zu viele Medikamente einnehmen und Patienten überbetreuen kann: alles Leistungen, die nicht im Interesse des Kranken sind, sondern ihm im Gegenteil sogar schaden. Abgesehen davon verstoßen sie gegen das geltende Krankenversicherungsgesetz (Art. 32 und 56). Richtig verstandene Ökonomie trägt demnach zu einer ethischeren Medizin bei.

höchstmöglichen Nutzen anstreben

In der heutigen Debatte über die Gesundheitskosten findet ein interessanter Wechsel in der Argumentation statt: Man setzt die Gesundheitskosten in Relation zum Bruttosozialprodukt und stellt dann fest, dass das Gesundheitswesen einen großen Anteil an der Volkswirtschaft bildet. Das Gesundheitswesen wird dadurch als Arbeitgeber und als Ort der Innovation wahrgenommen – die Kosten werden also positiv umgedeutet. Sehen Sie das auch so?

ist hoher BIP-Anteil auch sinnvoll?

Diese neue Sicht der Gesundheitsausgaben wird tatsächlich propagiert, ist aber problematisch. Natürlich ist der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt bedeutend – doch damit ist keineswegs gesagt, dass dieser hohe Anteil auch sinnvoll ist. Auch die Ausgaben für Kriminalitätsbekämpfung, für Gefängnisse, für Bordelle, für illegale Drogen, für Autoreparaturen usw. sind hoch und schaffen viele Arbeitsplätze. Sollen wir uns deshalb freuen und verlangen, dass dieser hohe Anteil am Bruttosozialprodukt noch steigt? Die teure Medizin ist primär eine schwere Belastung der Prämien- und Steuerzahler und des Staates und kein Grund zur Freude. Die versuchte Uminterpretation der Gesundheitskosten in Nutzen dient vor allem zur Rechtfertigung der heutigen Situation, zur Abwehr von Reformen und Sparmaßnahmen und zur Verteidigung des Schlendrians, hoher Einkommen und hoher Medikamentenpreise.

Die Frage nach dem Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt ist ja mit einem erheblichen Messproblem verbunden. Eine Strukturänderung oder die oben genannte Umlagerung von Finanzströmen müsste dazu führen, dass neue Aspekte in die Kategorie «Gesundheitswesen» fallen. Man denke beispielsweise daran, dass manche Krankenkassen das Kraftraum-Abonnement bezahlen. Fällt das nun auch in den Bereich des «Gesundheitswesens»? Inwiefern sind längerfristige Zahlenvergleiche überhaupt sinnvoll?

Bruttosozialprodukt (BSP): Das BSP ist im Wesentlichen die Summe aller in einer Volkswirtschaft produzierten Güter und Dienstleistungen in einem Jahr, die mit Marktpreisen bewertet werden. Genauer beinhaltet das BSP das von allen *Staatsbürgern* einer Volkswirtschaft bezogene Einkommen aus Arbeit und Kapital, zuzüglich der Abschreibungen, Produktions- und Importabgaben sowie abzüglich der Subventionen. Betrachtet man nur die Produktion und das Einkommen im *Inland*, spricht man von Bruttoinlandprodukt (BIP).

schlechte Datenqualität

Dies ist ein wichtiges Problem. Die Qualität der statistischen Daten in der Schweiz ist angesichts der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens erstaunlich schlecht. Abgrenzungsprobleme bestehen insbesondere zwischen den Bereichen Gesundheitswesen, Wellness, Sozialwesen und Altersversorgung. Aussagen über Größenordnungen sind aber durchaus machbar. So haben wir in der Schweiz in den vergangenen Jahren Jahr für Jahr zwei Milliarden Franken *mehr* für das Gesundheitswesen ausgegeben. Wie hoch ist der Grenznutzen solcher Zusatzausgaben im zweitteuersten Gesundheitssystem der Welt? War unsere Gesundheitsversorgung vor fünf Jahren – als wir 10 Milliarden Franken weniger ausgaben – so viel schlechter?

Und wie sieht es mit Ländervergleichen aus?

es geht auch billiger

Alle industrialisierten Länder ringen mit der Kostenproblematik. Das ist aber keine tröstliche Erkenntnis und schon gar keine Ausrede, denn es gibt Länder, die für eine ähnlich gute Gesundheitsversorgung 20 bis 70 Prozent weniger ausgeben als die Schweiz. Qualität und auch Kosten hängen übrigens nicht davon ab, ob ein Gesundheitssystem marktwirtschaftlich oder mehr staatlich organisiert ist. In beiden Systemen sind gute, aber auch schlechte Lösungen für Teilprobleme entwickelt worden. So stammen beispielsweise die HMOs aus dem oft verteufelten Gesundheitssystem der USA. Auch ist die Qualität des statistischen Materials über das Gesundheitswesen in den USA weit besser als bei uns – obgleich beide Systeme als «marktwirtschaftlich» gelten. Andere Aspekte in den USA sind eindeutig schlechter. Die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens sollte demnach nicht

HMO steht für *health maintenance organization*. Der Ausdruck bezeichnet ein Krankenversicherungsmodell, in welchem Leistungserbringer ein fixes Gesamtbudget haben, aus dem alle medizinischen Maßnahmen bezahlt werden.

ideologisch geführt werden. Weder Profit- noch Staatsmedizin sind die Lösung. Wir werden in den nächsten 20 Jahren immer ein Mischsystem haben – aber hoffentlich ein intelligenteres als bisher.

Die Frage nach der «besten Lösung» ist aber mit dem Problem konfrontiert, die Qualität einer Lösung messbar zu machen. Mit Rückblick auf die genannten Probleme der statistischen Erfassung des Gesundheitswesens: Haben wir die dazu nötigen Werkzeuge?

Viele gibt es schon. Denken Sie etwa an das Beispiel der QALYs zum Vergleich des Nutzens verschiedener Behandlungen. Die Bedeutung solcher Instrumente wird zunehmen – nur schon um die jetzige verdeckte Rationierung in eine transparente Form von Rationierung überzuführen und um die Ressourcen dort einzusetzen, wo sie den Patienten (und nicht den Leistungserbringern) am meisten bringen.

QALY steht für *quality-adjusted life-years*. Es handelt sich um ein Instrument der ökonomischen Evaluation, um die Kosten von Prozeduren und Technologien im Gesundheitswesen mit ihren Ergebnissen zu vergleichen. Ein QALY entspricht einem Jahr, das in vollständiger Gesundheit verbracht wird, und man vergleicht die Kosten, welche die verschiedenen Therapien für das Erreichen eines QALY verursachen.

Mit dem Begriff «Rationierung» wird aber ein moralisch stark belasteter Begriff in die Debatte eingebracht …?

Das ist so. Wir haben immer wieder diskutiert, ob man diesen Schreckbegriff verwenden soll. Politiker sprechen lieber von «Prioritätensetzung» und «Schwerpunktbildung» – was aber de facto nichts anderes ist. Ich bin deshalb der Ansicht, man solle offen und ehrlich von Rationierung sprechen. Um die Angst vor Rationierung zu reduzieren, muss als Grundsatz festgelegt werden, dass sie keinesfalls lebensrettende Maßnahmen betreffen darf. Medizin besteht nicht aus pausenloser Lebensrettung trotz der Bilder, die Fernsehserien gerne vermitteln. Weitaus der größte Teil der Gesundheitsversorgung betrifft nicht lebensrettende Maßnahmen. Es geht bei ihnen nicht um Leben und Tod. Das Spar- und Rationierungspotenzial in diesen Bereichen ist enorm. Es muss garantiert werden, dass in lebensgefährlichen Situationen nicht rationiert wird (die so genannte *rule of rescue*).

meistens geht es nicht um Leben und Tod

Dennoch stellt sich die Frage, inwiefern Qualität im Gesundheitssystem überhaupt messbar ist. Spricht nicht gerade die Irrationalität der Qualitätsbeurteilung dafür, diese weit möglichst der lokalen Interaktion Leistungserbringer/Patient zu überlassen – und dafür z. B. hohe Franchisen zu verlangen?

Qualität ist messbar

Die Qualität vieler medizinischer Leistungen kann man beurteilen. Man kann feststellen, ob eine Röntgenaufnahme gut ist, ob eine Operation korrekt erfolgt ist, ob das richtige Medikament in der richtigen Dosierung verschrieben wur-

de. Auch die Patientenzufriedenheit ist erfassbar. Solche Erhebungen müssen bei der Allokation von Mitteln eine Rolle spielen. Alternativen wie noch höhere Franchisen und Selbstbehalte (Art. 64 KVG) überzeugen mich nicht. Sie würden nur wirken, wenn sie extrem hoch wären, was politisch zum Glück nicht durchsetzbar ist. Ihre Auswirkungen sind meistens unsozial, sie treffen vorwiegend die Falschen. Sie können auch dazu führen, dass medizinische Probleme zu spät erkannt werden, was dann insgesamt zu höheren Behandlungskosten führen kann. Schließlich sei auch bemerkt, dass die Schweizer Patienten im OECD-Vergleich die höchste Direktbeteiligung an den Gesundheitskosten haben – und dennoch haben wir das zweitteuerste Gesundheitssystem der Welt.

Franchise: Im Kontext der Krankenversicherung bezeichnet «Franchise» in der Schweiz einen durch den Versicherungsnehmer zu bezahlenden festen Jahresbeitrag an die durch ihn verursachten Kosten.

Medizintourismus

Zwei klassische Formen von Medizintourismus lassen sich unterscheiden: Zum einen gab es seit Jahrhunderten einen Tourismus hin zu Orten mit besonderen medizinischen Dienstleistungen (z. B. Heilbädern). Zum anderen sind seit Jahrzehnten die begüterten Schichten in die jeweils besten Privatklinken einzelner Länder gereist – insbesondere die Reichen der Entwicklungsländer. Von diesem Medizintourismus profitierten bisher in erster Linie Privatkliniken in den Industrieländern. Eine Besonderheit betrifft zudem jenen Medizintourismus, der als Folge unterschiedlicher Gesetze entstehen kann – vorab im Bereich Fortpflanzungsmedizin (z. B. Leihmutterschaft, Präimplantationsdiagnostik) und Abtreibung.

Bei den unter wachsendem Kostendruck stehenden Gesundheitssystemen der Industrieländer ist nun aber vermehrt eine neue Bewegung sichtbar: die Auslagerung medizinischer Dienstleistungen wie Zahnbehandlung, einfachere Operationen und auch langfristige Altenpflege in Länder der Dritten Welt, die vergleichbaren Service zu weit günstigeren Kosten anbieten können. In manchen Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen (z. B. Kanada) wird durch Medizintourismus auch eine zu lange Wartefrist für Operationen vermieden. Auch im «Hochpreissegment» der betuchten Patienten werden die europäischen und amerikanischen Kliniken vermehrt von Kliniken aus dem arabischen (z. B. Dubai Healthcare City) und asiatischen Raum konkurrenziert. Die dabei umgesetzten Beträge erreichen längst Milliardenhöhe.

Ein weiteres Argument: In der Zahnmedizin zahlen die Schweizer 90 Prozent der Ausgaben direkt aus der eigenen Tasche, auch das ein internationaler Rekord. Trotz dieser extrem hohen «Selbstbeteiligung» sind die Ausgaben für die Zahnbehandlung bei uns nicht geringer als in anderen Ländern (in Franken und auch in Prozenten des Bruttoinlandprodukts)!

Welche Formen von Rationierungen bieten sich an?

Leistungen rationieren

Man unterscheidet grundsätzlich zwei Typen von Rationierungen. Einerseits kann man bestimmte *Leistungen* rationieren: durch einen kleineren Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung, Betten- und Personalabbau, Schließung von Einrichtungen, Richtlinien und viele andere Verfahren. Andererseits kann die Rationierung *patientenorientiert* sein: Die Leistung erhält die Person, welche sie am dringendsten nötig hat oder bei welcher sie den größten Nutzen bringt oder bei welcher ein anderes Kriterium zutrifft (es gibt über zwei Dutzend denkbarer Kriterien). Meiner Meinung nach optimal wäre ein ausgefeiltes Mischsystem von leistungs- und von patientenorientierten Kriterien.

Als mögliche Alternative böte sich eine vermehrte Nutzung einer «globalisierten Medizin» an – also etwa die Durchführung von Operationen in Ländern mit geringeren Kosten. Wie beurteilen Sie diesen Trend zu Medizin- und Pflegetourismus oder zu Migration medizinischer Fachkräfte?

mehr Medizintourismus

Hier bahnen sich mit Sicherheit wichtige Trends für die Entwicklung des Gesundheitswesens an. Interessant ist dabei insbesondere die Umkehrung der Patientenmigrationsströme. Früher kamen vorab reiche Patienten aus arabischen Ländern und der Dritten Welt in den Westen, um sich behandeln zu lassen. Nun aber bauen viele dieser Länder einzelne Kliniken mit Weltklasseniveau auf und ziehen ihrerseits Patienten aus Industrieländern an. Das Bumrungrad-Spital in Bangkok behandelt jährlich 400 000 ausländische Patienten (aus 190 Ländern). Im Bereich der Alterspflege ist durchaus vorstellbar, dass mehr und mehr Menschen aus dem Westen ihren Lebensabend aus Klima-, Kosten- und anderen Gründen beispielsweise in Thailand oder im Mittelmeerraum verbringen. Auch Schweizer Alters- und Pflegeheime an südlichen Stränden sind denkbar. Man muss aber bedenken, dass bei Akutspitälern rund 40 bis 60% aller Spitaleintritte notfallmäßig sind. Für dieses Patientensegment kommt praktisch nur die Behandlung am betreffenden Ort oder jedenfalls in der Schweiz in Frage.

mehr internationales Medizinpersonal

Weiter zeigt sich auch eine zunehmende Internationalisierung des Personals in Schweizer Spitälern. Ein Drittel des Personals kommt heute aus dem Ausland (Ärzte 20%, Pflegende 26%, Reinigungspersonal 68%). Die Tatsache, dass viele Fachpersonen aus Deutschland in der Schweiz arbeiten ist nicht nur

eine Frage des Lohns, sondern auch der Arbeitsbedingungen an deutschen Spitälern. Eine Krankenschwester hat in Deutschland weit weniger Kompetenzen als in der Schweiz. Insofern ist der Entscheid für die Schweiz auch Ausdruck der Tatsache, dass unser System durchaus auch positive Seiten hat. Was es jetzt noch braucht: Die heute fast nur vom Sparen dominierte Politik muss durch eine Qualitätspolitik ergänzt werden – mehr Qualität fürs Geld!

Interview: Markus Christen