Der Marktwert der Gesundheit

Autor(en): **Spöndlin, Ruedi**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Rote Revue : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur**

Band (Jahr): **80 (2002)**

Heft 3

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-341685

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Der Marktwert der Gesundheit

Die Gesundheitsversorgung ist ein Sorgenkind der Politik. Ihre Kosten laufen scheinbar aus dem Ruder. Das Schlagwort der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen ist so geläufig, dass wir uns schon bald daran gewöhnt haben.

Ruedi Spöndlin

Soeben hat die OECD einen Bericht veröffentlicht, der wieder einmal in den düstersten Farben vor der Belastung der Schweizer Wirtschaft durch die Gesundheitskosten warnt[1].

Bei aller Aufregung gilt es allerdings die Proportionen zu wahren. Die Kosten der Gesundheitsversorgung sind zwar stark angestiegen und ein Ende dieser Entwicklung ist vorerst nicht in Sicht. Trotzdem ist die so genannte Kostenexplosion nicht so dramatisch, wie der Anschein erweckt wird, haben sich doch die Gesundheitskosten parallel zum Bruttoinlandprodukt (BIP) entwickelt. Viel stärker als die Kosten sind nämlich die Krankenkassenprämien explodiert. Diese haben für viele Menschen das Mass des Erträglichen tatsächlich überschritten. Das ist aber nicht nur auf einen Anstieg der Kosten zurückzuführen, sondern auch darauf, dass sich der Staat ganz massiv aus der Finanzierung der Gesundheitsversorgung zurückgezogen hat.

Massiver Rückzug der öffentlichen Hand

Folgende Zahlen illustrierten dies: Zwischen 1990 und 1999 sind die Krankenkassenprämien insgesamt um 72 Prozent angestiegen. Die gesamten Ausgaben der Krankenkassen haben im gleichen Zeitraum hingegen um nur 50 Prozent zugenommen, diejenigen der obligatorischen Grundversicherung sogar um lediglich 30 Prozent. Die Subventionen der öffentlichen Hand an die Krankenkassen sind im erwähnten Jahrzehnt hingegen um 94 Prozent zurückgegangen[2]. Würden wieder mehr Steuergelder ins Gesundheitswesen fliessen, oder das heutige System der einkommensunabhängigen Kopfprämien durch eine sozialere Finanzierung abgelöst (was die SP-Gesundheitsinitiative fordert), würde die so genannte Kostenexplosion viel von ihrer politischen Brisanz verlieren.

Trotzdem lässt sich nicht bestreiten, dass die Gesundheitsversorgung viel Geld kostet. Gegenwärtig sind es in der Schweiz rund 40 Milliarden Franken pro Jahr. Das sind rund 10 Prozent des BIP, dem Geldwert sämtlicher in der Schweiz erbrachten Dienstleistungen und hergestellten Güter. Deutschland und Frankreich lassen sich die Gesundheitversorgung, gemessen am BIP, etwa gleich viel kosten. Italien und Grossbritannien etwas weniger. Auf wesentlich mehr, nämlich auf rund 14 Prozent, beläuft sich der Anteil

1 OECD, Economic Surveys Switzerland, May 2002, zitiert aus Basler Zeitung vom 31. 5. 2002.

2 vgl. Pharmainformation (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in der Schweiz, Ausgabe 2001, S. 59.

der Gesundheitskosten am BIP in den USA[3].

Die Fragwürdigkeit von Kosten-Nutzen-Bilanzen

Der Staat hat sich massiv aus der Finanzierung der Gesundheitsversorgung zurückgezogen.

Wo so viel Geld ausgegeben wird, sollte natürlich auch ein Gegenwert entstehen. Den gibt es zweifellos. In der Schweiz ist jeder und jedem eine qualitativ hochstehende medizinische und pflegerische Betreuung garantiert. Die Qualität der Behandlung ist für alle gleich. Wer Geld hat, kann sich zwar mehr Komfort im Spital erkaufen. Die Heilungs- und Überlebenschancen im Krankheitsfall hängen jedoch grundsätzlich nicht von der finanziellen Lage und vom sozialen Status des oder der Betroffenen ab[4]. Das ist viel wert. Ebenfalls etwas wert sind die rund 388 000 Arbeitsplätze im Gesundheits- und Sozialwesen. Dies sind rund 10 Prozent sämtlicher Arbeitsplätze in der Schweiz[5]. So gesehen lässt sich die Kosten-Nutzen-Bilanz des schweizerischen Gesundheitswesens als gut bezeichnen.

Man kann die Kosten und den Nutzen der Gesundheitsversorgung auf verschiedene Weise gegeneinander abwägen. Das Ergebnis überzeugt jedoch nie ganz. Denn es ist fraglich, ob eine Kosten-Nutzen-Analyse überhaupt zulässig ist, wenn es um Leiden und Tod geht.

Die herkömmliche medizinische Ethik, die ihren Ausdruck im legendären hippokratischen Eid findet, lässt jedenfalls keinen Raum für Kosten-Nutzen-Analysen. Sie verlangt vielmehr, alles zu unternehmen, um Leben zu retten und Leiden zu vermindern, was es auch immer koste. Begründen lässt sich diese Haltung einerseits aus der christlich-jüdischen Theologie, die den Menschen als Ebenbild Gottes sieht und sein Leben als heilig betrachtet. Somit ist kein Aufwand zu gross, dieses Leben zu retten und seine Qualität zu verbessern (Ein Pathos des Leidens gibt es in der christlichen Tradition zwar auch, was jedoch nichts mit Kosten-Nutzen-Abwägungen zu tun hat.) Anderseits lässt auch eine aufgeklärte Ethik, die alle Individuen als gleichberechtigt ansieht und es ablehnt, einen Menschen als blosses Mittel zum Zweck zu benutzen, keinen Raum für Kosten-Nutzen-Abwägungen im Zusammenhang mit Leiden und Tod[6].

Rationierung der Medizin

Seit die Ökonomie immer mehr zum Mass aller Dinge geworden ist, wird jedoch auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung vermehrt über Kosten und Nutzen diskutiert. Die unverblümteste Variante ist die immer wieder aufflackernde Diskussion über eine Rationierung im Gesundheitswesen[7]. Unter Rationierung versteht man eine Regelung, welche die Verweigerung von medizinischen Leistungen vorsieht, obwohl deren Nützlichkeit für den oder die Betroffene unbestritten ist. Davon zu unterscheiden ist die Rationalisierung, der Verzicht auf unnütze oder überflüssige Leistungen.

Der bekannteste Fall von Rationierung ereignete sich Ende der 80er Jahre im US-Bundesstaat Oregon, wo das staatliche Krankenfürsorgeprogramm «Medicaid» Knochenmarktransplantationen aus seinem Leistungskatalog strich und einen siebenjährigen, an Leukämie erkrankten Buben gnadenlos sterben liess . Ebenfalls rationiert wird in Britannien, seit die Regierung von Margaret Thatcher dem «National Health Service», dem nationalen Gesundheitsdienst, den Geldhahn zuzu-

[3] OECD Health Data 2000, OECD Paris, zitiert aus Pharmainformation (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in der Schweiz, Ausgabe 2001, S. 53.

[4] Zu den Einschränkungen des Grundsatzes vgl.: Spöndlin, Ruedi in Sozialalmanach 2000 der Caritas, S. 133ff., Caritas Verlag Luzern 2000.

[5] Statistik Schweiz, Arbeit und Erwerb, Beschäftigung nach Wirtschaftsabteilungen, Bundesamt für Statistik: www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber03/

[6] Siehe Ruff, Gerhard: Von Sils Maria nach Florenz in dieser Nummer. Red.

[7] Zur Rationierungsdebatte siehe Soziale Medizin 3/99, Juni 1999.

drehen begann. In gewissen Gegenden Englands beispielsweise wurde Nierenkranken über 70, zum Teil schon über 45, eine Dialyse (Blutwäsche) verweigert, was einem sicheren Todesurteil gleichkommt[8].

Einzelne ExpertInnen fordern seit längerem auch in der Schweiz eine Rationierung der Medizin. Die bekanntesten von ihnen sind der Ökonom und Berater Gerhard Kocher, der Arzt und FMH-Präsident Hans Heinrich Brunner und die Ethikerin Ruth Baumann-Hölzle. Sie profilieren sich nicht etwa als Sparapostel, die einen Leistungsabbau fordern, sondern sie argumentieren, Leistungsverweigerungen fänden ohnehin statt, einfach im Verborgenen. Das finden sie einen Skandal und fordern deshalb transparente und demokratisch legitimierte Rationierungskriterien. Trotzdem müssen sie sich die Frage gefallen lassen, ob das Forcieren der Rationierungsdiskussion nicht einen ethischen Dammbruch darstellt, dessen Folgen nicht absehbar sind.

Was ist medizinisch notwendig?

Es scheint, dass die Forderung nach einer Rationierung in der Schweiz von einer Mehrheit der Bevölkerung nicht akzeptiert wird. Bisher wollte sich jedenfalls keine ernst zu nehmende politische Kraft die Finger daran verbrennen.
Eine andere Form von Kosten-Nutzen-Abwägung in der Gesundheitsversorgung ist, die Gesetze des Marktes voll zum Spielen zu bringen. Dann kann jede und jeder Einzelne entscheiden, wie viel sie oder er bereit ist, für eine medizinische Leistung aufzuwenden. Angebote, bei welchen das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht stimmt, sollten einfach nicht nachgefragt werden. Wer sich eine Behandlung nicht leisten kann, hat eben Pech. Obwohl der Mainstream der schweizerischen Gesundheitsökonomie in eine derart marktwirtschaftliche Richtung geht, will aber niemand dieses Prinzip auf die Spitze treiben. Es gibt in der Schweiz jedenfalls keine ernst zu nehmenden Stimmen, die nicht anerkennen, dass jeder Mensch Anspruch auf gewisse ärztliche und pflegerische Hilfen haben soll, selbst wenn er nicht dafür bezahlen kann. Die Visionen einer vollständig deregulierten Gesundheitsversorgung laufen in der Regel darauf hinaus, dass der Staat die Bedürftigen unterstützt, damit sie auf einem freien Markt die erforderlichen Gesundheitsdienstleistungen «einkaufen» können.

Stellt das Forcieren der Rationierungsdiskussion nicht einen ethischen Dammbruch dar, dessen Folgen nicht absehbar sind?

Neuerdings zeichnet sich jedoch eine Tendenz ab, zwischen einer medizinisch notwendigen Grundversorgung und einer Zusatzversorgung zu unterscheiden. Erstere soll allen garantiert sein. Letztere soll nur beanspruchen können, wer dafür bezahlt. Einen Vorschlag in diese Richtung machte vor zwei Jahren etwa die FDP, als sie in einem Positionspapier forderte, den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung aufs «medizinisch Notwendige» einzuschränken[9]. Und auch die SVP spricht bei der Lancierung ihrer Krankenversicherungsinitiative immer wieder davon, die obligatorische Versicherung auf das «medizinisch Notwendige» zu beschränken, auch wenn das im Moment nicht im (vorläufigen) Initiativtext steht[10].

Was ist Gesundheitsversorgung und was Wellness?

Das «medizinisch Notwendige» kann vieles heissen. Man kann darunter die blosse Lebensrettung und die dringendsten Massnahmen zur Schmerzbekämpfung verstehen. Das sind die Leistungen, zu der

[8] vgl. Rationierung der Medizin? Jahrbuch für kritische Medizin 17 (1991), Argument Sonderband.

[9] vgl. Gutzwiller Felix in Soziale Medizin 4/01, August 2001.
[10] Homepage der InitiantInnen: www. praemiensenkung.ch

jede Ärztin und jeder Arzt im Rahmen der Pflicht zur Nothilfe verpflichtet ist. Eine derart restriktive Einschränkung der garantierten Gesundheitsversorgung ist allenfalls in den USA denkbar, nicht aber in der Schweiz. Der schlimmste vorstellbare Fall ist hierzulande, dass sich die obligatorische Krankenversicherung auf die Vergütung der günstigsten Standardlösung beschränkt. Individuelle Wünsche würden dann kaum mehr berücksichtigt. Abgebaut würden vermutlich vor allem die Ansprüche auf Spitex-Leistungen, Rehabilitation, Psychotherapie, Physiotherapie und Langzeitpflege. Statt einer Gesprächstherapie gäbe es bei psychischen Schwierigkeiten ein Medikament im Schnellverfahren. Und dieses hätte möglicherweise mehr Nebenwirkungen als nötig, weil nur wenige Präparate im Leistungkatalog enthalten sind, die vielleicht gerade nicht auf die individuellen Empfindlichkeiten des betroffenen Menschen abgestimmt sind. Gehbehinderte Betagte lägen wohl häufiger einfach im Bett, statt aktiviert zu werden.

Derart harte Einschränkungen würden in der Schweiz wohl grossen Protest auslösen. Dass die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung irgendwo eine Grenze haben muss, ist aber kaum bestritten. Eine Mehrheit der Bevölkerung ist kaum damit einverstanden, dass diese reine Wellnessangebote finanziert. Doch damit sind wir wieder bei der Frage, wo die Grenze zwischen Wellness und Gesundheitsversorgung anzusetzen ist. Wie ist diesbezüglich etwa die Potenzpille Viagra einzustufen, die Glückspille Prozac oder ein Thermalbad?

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit

Eine Frage ist auch, wieweit die obligatorische Krankenversicherung eine Wahlfreiheit zwischen verschiedenen therapeutischen Schulen gewähren soll. Lehnt man eine solche Wahlfreiheit ab, hätten alternative Heilverfahren nichts im Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung zu suchen. Der Gesundheitsökonom Jürg H. Sommer plädiert in diesem Punkt für eine restriktive Linie[10], während Bundesrätin Ruth Dreifuss eine gewisse Grosszügigkeit walten liess[11].

Wie weit die Gesundheitsversorgung für alle garantiert sein soll, hängt davon ab, was man unter Gesundheit versteht. Berühmt ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO: «Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und zeichnet sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung aus.» Eine wunderbare und geradezu utopische Formel, die es aber schwer hat, sich in der Realität zu behaupten.

Ruedi Spöndlin, geb. 1953, Journalist BR/lic. iur., seit 1985 Redaktor der Zeitschrift «Soziale Medizin»: www.sozialemedizin.ch

[10] Alternative Heilverfahren ja, aber nicht auf Kosten aller. Gespräch mit dem Gesundheitsökonomen Jürg H. Sommer, Soziale Medizin 1/99, Seite 33ff.

[11] Auf Anordnung von Ruth Dreifuss wurden im Juli 1998 gewisse alternative Heilmethoden versuchsweise in den Leistungskatalog der Grundversicherungen aufgenommen. Siehe Soziale Medizin 4/98, S. 8.