

**Tilman Slembeck**

**1.1.2011**

## **Gesundheitskosten**

Die Gesundheitskosten steigen sie. Im November 2010 hat das Bundesamt für Statistik fast unbemerkt eine Zunahme der Kosten im Jahre 2008 um satte 3.2 Milliarden Franken bekannt gegeben. Dieser Anstieg von rund 6% gegenüber dem Vorjahr war der Presse keine Schlagzeile wert. Deshalb einige grundlegende Gedanken zum Jahresbeginn.

Ökonomisch gesehen wäre diese Ausgabenentwicklung eigentlich kein Problem. Allerdings nur, falls das Wachstum die Präferenzen der Bevölkerung widerspiegelt. Weil die Marktkräfte im Gesundheitswesen aber nur beschränkt wirksam sind, ist Skepsis angezeigt.

Kommt hinzu, dass erstens die Kosten pro Kopf zunehmen was bedeutet, dass das Bevölkerungswachstum nicht allein für den Kostenanstieg verantwortlich sein kann und dass zweitens die Wirtschaft lediglich um gut 4% wuchs was bedeutet, dass das Gesundheitswesen seinen Anteil an der Gesamtwirtschaft weiter erhöht hat.

### **Beschäftigung**

Sollten wir uns nicht freuen, wenn ein Wirtschaftssektor stark wächst? Zunächst einmal bedeutet das Wachstum des Gesundheitswesens eine Zunahme an Wertschöpfung und Arbeitsplätzen. Immer wieder werde ich als Gesundheitsökonom auf den Nutzen des Gesundheitswesens für die Gesellschaft angesprochen. Insbesondere Vertreter der Pharmaindustrie versuchen mich dazu zu bewegen, "endlich einmal" den volkswirtschaftlichen Nutzen des Gesundheitswesens hervorzuheben, statt immer nur dessen Kosten. Hierzu ist dreierlei festzuhalten.

Erstens darf man den grossen und unbestrittenen Nutzen, welchen unser Gesundheitssystem für die Patienten auf individueller Ebene erbringt, nicht mit der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Sektors verwechseln. Die Existenz von Arbeitsplätzen ist für sich allein genommen noch kein zwingender Beleg für die Nützlichkeit – insbesondere wenn sie in einem relativ marktfernen System geschaffen worden sind.

Dazu ein Gedankenexperiment: Verfügten wir über ein Wundermittel, das alle Krankheiten beseitigen könnte, würden wir es einsetzen – selbst wenn dadurch zehntausende von Arbeitsplätzen verloren gingen. Der volkswirtschaftliche Nutzen besteht nämlich nicht im Arbeitsplatz selbst, sondern in den für die Konsumenten erbrachten Leistungen.\* Es gibt mit anderen Worten nur einen mikroökonomischen und keinen zusätzlichen makroökonomischen Nutzen, auch wenn sich Interessenvertreter letzteren sehnlichst wünschen.\*\*

Zweitens sagt der Umfang eines Sektors, der hauptsächlich über Zwangsabgaben finanziert wird und in dem Marktversagen dominant ist, sehr wenig über dessen volkswirtschaftliche Nützlichkeit aus. Insbesondere ist die Effizienz des Sektors zu hinterfragen. Im Gegensatz zu früheren Studien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), stellt die jüngste [Publikation der OECD](#) (2010) der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern diesbezüglich keine schlechten Noten aus.

### **Innovationsanreize**

Trotzdem besteht ein unausgeschöpftes Potential zur Rationalisierung von vielen Milliarden Franken jährlich – und dies ohne Qualitätseinbussen. Eines der Grundprobleme liegt nämlich darin, dass die Innovationskraft im Gesundheitswesen aufgrund der Anreize (vorab jener des Einzelleistungstarifs TARMED) primär auf Produktinnovationen gelenkt wird. Und neue Diagnosen, Therapien und Medikamente sind fast immer teurer, manchmal auch besser.

Organisatorische Innovationen und Prozessinnovationen hingegen, die aufgrund des Wettbewerbs in normalen Branchen eine kostensenkende Wirkung entfalten, sind im Gesundheitswesen eher selten. Die ab 2011 geltenden Fallpauschalen gehen diesbezüglich immerhin in die richtige Richtung. Sie fördern den Wettbewerb durch

Transparenz, setzen Anreize für organisatorische Verbesserungen und Prozessinnovationen und nutzen damit brachliegende Rationalisierungspotentiale.

Von einer Rationierung aber, wie sie immer wieder behauptet wird, sind wir insgesamt noch weit entfernt; vgl. meinen [Aufsatz in Care Management \(2010/3, Nr. 1\)](#). Das Motto „Rationalisierung vor Rationierung“ ist noch lange nicht erschöpft.

### **Steigende Opportunitätskosten**

Drittens stellt sich die Frage nach den gesellschaftlichen Opportunitätskosten des Wachstums im Gesundheitswesen. Mittel, welche im Gesundheitswesen ausgegeben werden, fehlen andernorts. Das überproportionale Wachstum eines Sektors geht zwangsläufig zulasten anderer Bereiche. Ein transparenter Mechanismus, der die gesellschaftlichen Ansprüche hinsichtlich der Ausgaben für Gesundheit, Bildung, Forschung, Sicherheit, Kultur und anderem austarieren würde, ist nicht erkennbar. Während die Entwicklung in manchen Bereichen gezielt gesteuert wird und Gegenstand des politischen Diskurses ist, wächst das Gesundheitswesen mit einer eigentümlichen Eigendynamik.

Denn Ausgaben im Gesundheitsbereich erscheinen uns a priori als gut – jene für den Umweltschutz, fürs Militär oder für die Sozialversicherungen zumindest diskutabel. Das liegt auch am föderalistischen System und dem Fehlen eines nationalen oder kantonalen Gesundheitsbudgets, über das man beschliessen könnte. Über Tunnelröhren kann man abstimmen, über neue Kampfjets und Spitalbauten vielleicht auch, aber im Gesundheitswesen wachsen die Kosten sowohl durch höhere Preise, als auch durch steigende Mengen. Dahinter stecken viele Einzelentscheidungen von Leistungserbringern, Versicherern und Patienten, die verschiedensten Anreizen unterliegen und nicht an ein fixes Budget gebunden sind; vgl. meine [Auslegeordnung zu den Kostentreibern](#) (2006). Dies führt zur Eigendynamik der Kostenentwicklung.

### **Bessere Qualität? Bessere Ergebnisse?**

Gesundheitsökonomisch relevant ist auch die Frage, was wir im Jahre 2008 für die zusätzlichen 3.2 Milliarden bekommen haben. Weil das Bevölkerungswachstum nur 1.4% betrug, nahmen die Ausgaben pro Kopf zu, und zwar von 7'271 Franken auf 7'590 Franken. Um wie viel gesünder wurde die Bevölkerung dadurch im Vergleich zum Vorjahr?

Dies ist die Frage nach einer *Qualitätssteigerung*. Es gibt wohl keinen Bereich, in dem in der Vergangenheit eine grössere Zahl an Qualitätsindikatoren entwickelt wurde. Trotzdem steckt die flächendeckende Messung von Qualität und Ergebnissen im Gesundheitswesen hierzulande in den Kinderschuhen. Die Leistungserbringer haben sich bislang insbesondere gegen Qualitätsvergleiche erfolgreich gewehrt; vgl. [PVK-Studie](#) (2007), welche die Misere umfassend darstellt.

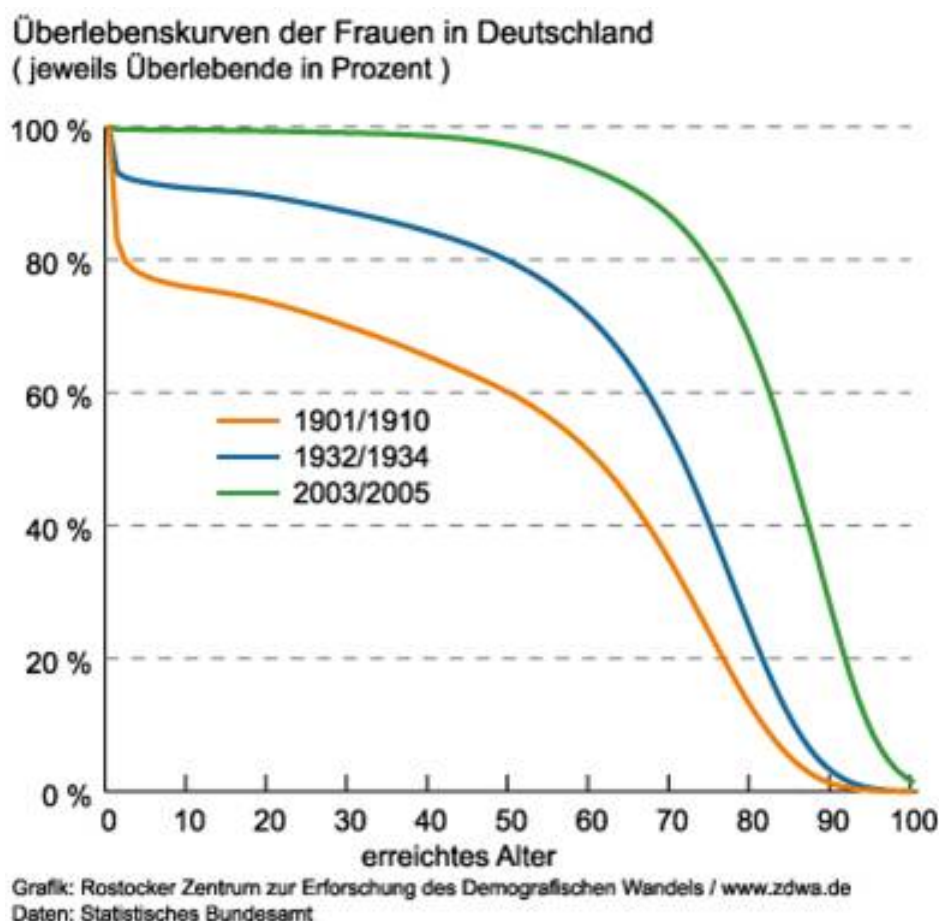
Im Zuge der KVG-Revision „Neue Spitalfinanzierung“ wird sich diesbezüglich (hoffentlich) einiges ändern, da der Bund nun systematisch Qualitätsdaten sammelt und publizieren will. Es kann erwartet werden, dass wir künftig nicht nur den Input ins Gesundheitswesen messen, sondern auch über die Behandlungsqualität und die Ergebnisse (Outcomes) informiert werden. Erst dann können wir sagen, was die Gesellschaft für die zusätzlichen Milliarden erhalten hat.

Fragt man die *Patienten*, ändert sich erstaunlicherweise nichts. Patientenbefragungen ergeben seit vielen Jahren die selben (hohen) Zufriedenheitswerte, unabhängig von der Höhe der Gesundheitsausgaben. Leistungserbringer, die gerne auf die Zufriedenheit ihrer Patienten verweisen, um hohe Kosten zu rechtfertigen, können die Zunahme der Kosten jedenfalls nicht mit einer Zunahme der Patientenzufriedenheit rechtfertigen. Und ein klarer Beleg für eine Zunahme von Behandlungsqualität oder –ergebnissen fehlt in vielen Fällen. Angesichts der jährlichen Milliardensteigerungen muss es überraschen, dass die Gesellschaft keine solchen Belege einfordert.

### **Abnehmender Grenznutzen**

Weil wir uns auf einem der weltweit höchsten Ausgaben- und Versorgungsniveaus befinden, ist gesundheitsökonomisch gesehen aber auch klar, dass zusätzliche Steigerungen teuer sind. Weitere Fortschritte – wie etwa die Steigerung der gesunden Lebensjahre – sind mit anderen Worten mit überproportionalen Kosten verbunden. Oder anders gesagt nimmt der Nutzen, den ein zusätzlicher Franken im Gesundheitswesen stiftet immer stärker ab. Ökonomen sprechen hier von einem abnehmenden Grenznutzen.

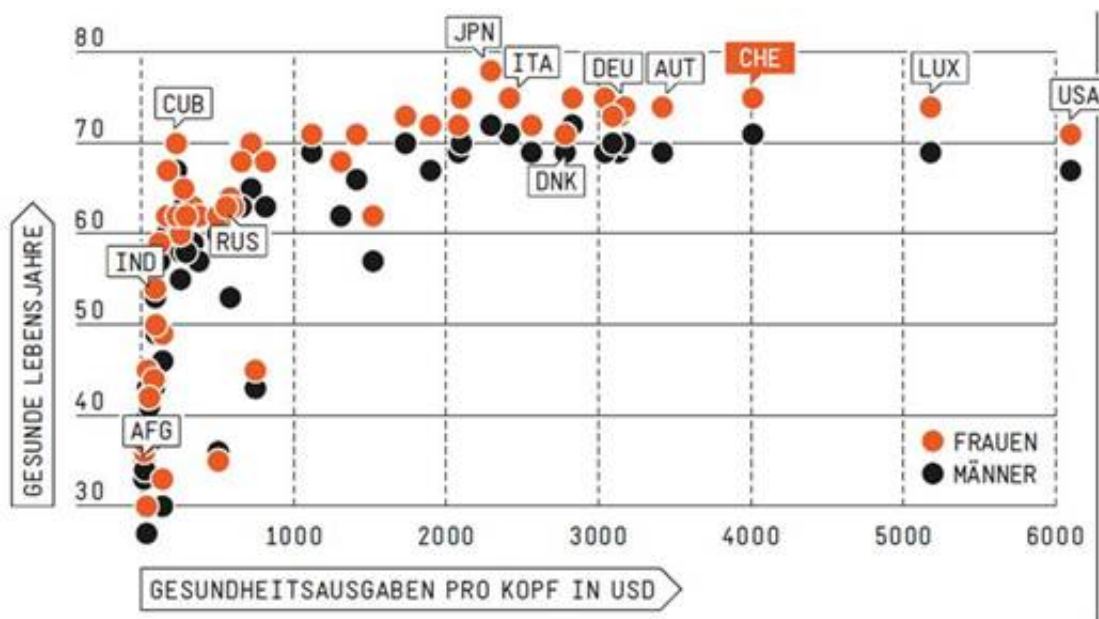
Nimmt man die Lebenserwartung als allgemeines, sehr grobes Mass für den „Erfolg“ des Gesundheitswesens, wird diese Problematik intuitiv nachvollziehbar. Ein Vergleich der Überlebenskurven von Frauen in Deutschland zeigt beispielsweise, dass die Wahrscheinlichkeit des Erreichens eines Alters von 70 Jahren zu Beginn des 20. Jahrhunderts lediglich bei etwa 40% lag, während sie anfangs des 21. Jahrhunderts bei über 90% lag.; vgl. folgende Grafik.



Es ist ersichtlich, dass die Kurven im Zeitverlauf immer mehr zu einem Rechteck werden. Das hat unter anderem mit medizinischem Fortschritt zu tun, aber auch mit weiteren Faktoren wie Hygiene, Ernährung und Lebensführung. Zwar mag es prinzipiell denkbar sein, dass sich die Kurven künftig noch stärker dem Rechteck nähern und zudem für gesunde Lebensjahre gelten, doch wird dies wohl nur mit überproportionalem Mitteleinsatz möglich sein. – Ein vollständig rechteckiger Verlauf würde zudem bedeuten, dass wir alle etwa 100 Jahre alt würden und dann (mehr oder weniger gesund) sterben. Eine merkwürdige Vorstellung.

Der Effekt eines abnehmenden Grenznutzens lässt sich auch anhand internationaler Daten plausibel machen. Vergleicht man Gesundheitsausgaben und gesunde Lebensjahre verschiedener Länder, kommt man zum Eindruck, dass ab einem gewissen Niveau der Ausgaben keine weitere Steigerung der Lebenserwartung mehr erzielt werden kann.

In der folgenden Grafik bestehen ab einer Höhe von ca. 2'000 Dollar pro Kopf kaum mehr relevante Unterschiede bei den gesunden Lebensjahren. Andere Faktoren, wie Ernährung und Lebensführung, werden bedeutsamer. Dies könnte auch erklären, warum die gesunden Lebensjahre in den USA trotz der höchsten Gesundheitsausgaben tiefer liegen als in anderen Ländern.



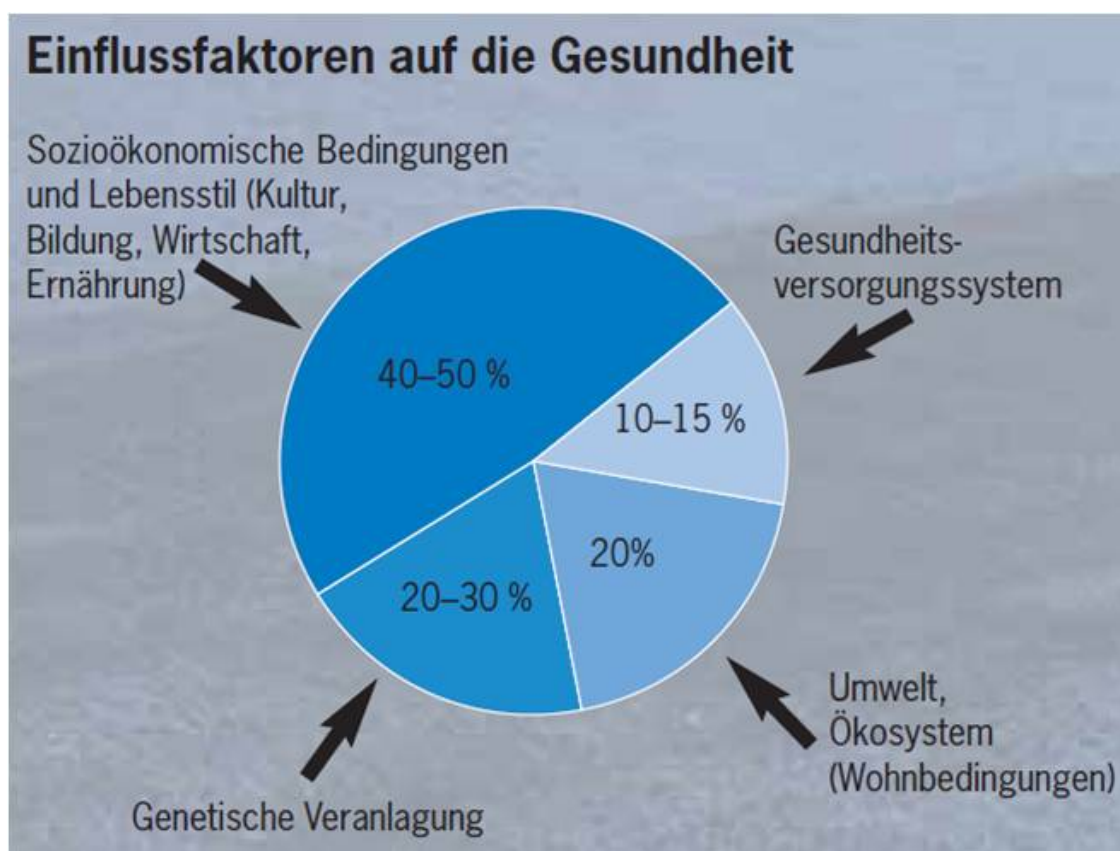
Quelle: [Avenir Aktuell](#), August 2008

**Insgesamt ist der gesellschaftliche Grenznutzen eines Steuerfrankens im Gesundheitswesen geringer, als bei den meisten alternativen Verwendungsarten.** – Dies meinte der Luzerner Gesundheitsdirektor Markus Dürr 2007 auf der Konferenz der Gesellschaft für Gesundheitsökonomie in Bern.

### **Einflussfaktoren der Gesundheit**

Mit diesen Überlegungen sind auch die *Möglichkeiten und Grenzen des Einflusses der Medizin auf die Gesundheit* angesprochen. Intuitiv unterstellen wir einen positiven Zusammenhang zwischen dem Niveau der medizinischen Versorgung und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung. Steigende Gesundheitsausgaben suggerieren mehr Gesundheit.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang folgende Grafik, die das Bundesamt für Gesundheit vor einigen Jahren verbreitete und dessen vormaliger Direktor, Thomas Zeltner, auf der bereits erwähnten Konferenz präsentierte.



Quelle: [Bundesamt für Gesundheit](#), Newsletter Juni 2001

Gemäss dieser Darstellung ist der Einfluss des Gesundheitsversorgungssystems vergleichsweise gering. Andere Faktoren, wie Genetik, sozioökonomische Bedingungen und Umwelt haben einen wesentlich grösseren Einfluss auf die Gesundheit. Auf meine Nachfrage konnte das BAG die genaue Quelle nicht eruieren, doch scheint es sich um ein zusammenfassendes Ergebnis der Auswertung verschiedener Studien durch das Amt zu handeln.

Selbst wenn in dieser Frage Unsicherheiten bestehen und diese Zahlen nicht zum Nennwert genommen werden dürfen, scheint aus gesundheitsökonomischer Sicht eines klar: Höhere Gesundheitsausgaben führen nicht automatisch zu besserer Volksgesundheit und die Möglichkeiten der zur Verbesserung der Gesundheit durch eine Ausweitung der Gesundheitsversorgung sind deutlich limitiert. – Bislang habe ich noch keinen Mediziner getroffen, der dem widersprochen hätte.

#### **Exkurs: Gesundheit als superiores Gut?**

Einen möglichen Ansatzpunkt für die Erklärung überproportional wachsender Gesundheitsausgaben in hochentwickelten Volkswirtschaften liefert die Hypothese von „Gesundheit“ als superiorem Gut. So bezeichnen Ökonomen ein Gut, dessen Einkommenselastizität grösser als 1 ist. Dies bedeutet, dass die nachgefragte Menge bei einer Zunahme des Einkommens überproportional wächst.

Bezogen auf die Gesundheit könnte dies z.B. heissen, dass ein Einkommenswachstum von 10% dazu führt, dass wir für Gesundheit 12% mehr ausgeben, während wir für Nahrungsmittel nur 8% zusätzlich ausgeben. Dadurch verschieben sich die Ausgaben zugunsten der Gesundheit.

Der Grund liegt darin, dass bei steigenden Konsummöglichkeiten, der Grenznutzen des Konsums von Gütern und den meisten Dienstleistungen stetig abnimmt, weil viele grundlegende Bedürfnisse bereits weitgehend gestillt sind, während der Grenznutzen aus dem Konsum von Gesundheitsleistungen nicht oder jedenfalls weniger stark abnimmt. Letzteres könnte man damit begründen, dass zusätzliche Gesundheit oder zusätzliche Lebensjahre einerseits einen eigenen Wert haben und zudem zusätzlichen Konsum anderer Leistungen und Güter ermöglichen.

Basierend auf diesen Überlegungen haben Ökonomen [Hall und Jones](#) (2007) ein Modell entwickelt. Ihre Schätzungen zeigen, dass bis zur Mitte des Jahrhunderts die Gesundheitsausgaben gegen 30% der Wirtschaftsleistung ausmachen könnten. Dies würde für die USA etwa eine Verdoppelung des Anteils im Vergleich zu heute bedeuten.

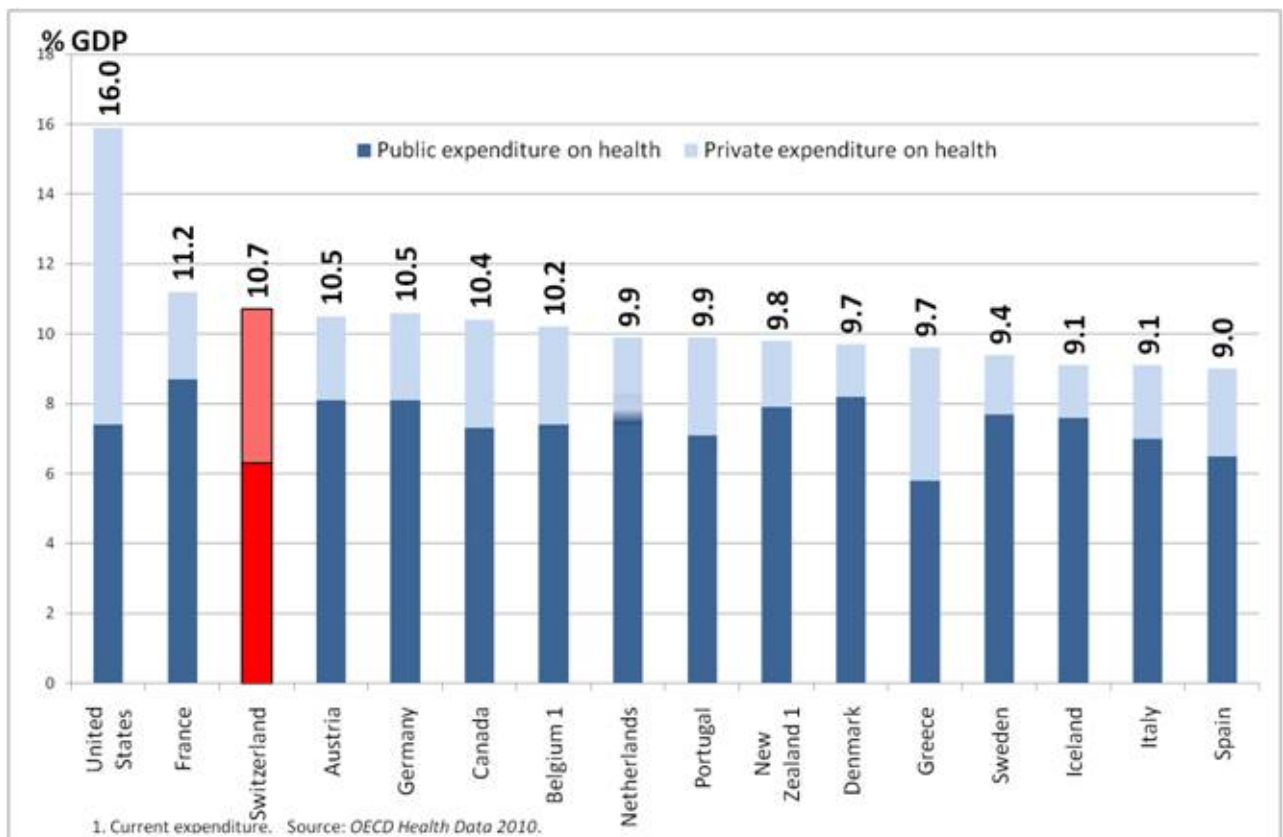
Dieses Ergebnis hängt allerdings von einer Reihe von Annahmen ab, insbesondere bezüglich der Abnahme des Grenznutzens des Konsums von Gesundheits- und Nicht-Gesundheitsgütern sowie der Kostenentwicklung, v.a. jener aufgrund des technologisch-medizinischen Fortschritts. – Während das Treffen solcher Annahmen im Rahmen von Schätzmodellen unvermeidlich ist und damit auch andere prozentuale Anteile durchaus möglich sind, scheint mir ein anderes Problem bedeutsamer.

Das Modell stammt nicht von Gesundheitsökonominnen und geht deshalb von vollkommenen Märkten aus. Es vernachlässigt damit zentrale Aspekte der Gesundheitswirtschaft, die durch asymmetrische Informationen und staatliche Eingriffe (z.B. Versicherungszwang) geprägt ist.

Ohne hier in die Details zu gehen lässt sich sagen, dass die Hypothese von Gesundheit als superiorem Gut einiges für sich hätte, wenn dieses Gut in vollkommenen Märkten gehandelt würde, sodass die Kaufentscheide unverzerrt sind. Weil dem nicht so ist, fällt eine Beurteilung schwer, denn sie würde ein weit komplexeres Modell bedingen. Trotzdem kann die Hypothese nicht verworfen werden.

### Kostenexplosion?

Um es klar zu sagen: *eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen findet nicht statt.*\*\*\* Was Gesundheitsökonominnen aber besorgt, sind die Opportunitätskosten aufgrund der langjährigen Zunahme des Anteils der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung. Letztere wird üblicherweise in Form der inländischen Wertschöpfung als Bruttoinlandprodukt (BIP) ausgewiesen. Die OECD berechnete den Anteil in der Schweiz kürzlich mit 10.7 %. Damit liegen wir im internationalen Vergleich an dritter Stelle hinter den USA und Frankreich, wobei unsere Nachbarländer Deutschland und Österreich kaum zurückstehen.



[Anmerkung: Eine ev. bessere Bezugsgrösse für den Anteil des Einkommens, welchen wir für Gesundheit ausgeben wäre das Nettonationaleinkommen (NNE). Bezogen auf das NNE geben die Schweizer Haushalte ca. 13.5% für Gesundheit aus, was etwa auch dem Ergebnis



einer neuen [Infras-Studie](#) (2010) entspricht, welche 14% ausweist. Die effektive Belastung liegt also etwas höher, als von den BIP-Werten suggeriert wird.]

In obiger Graphik fällt auf, dass ganz unterschiedliche Länder — wie etwa Portugal, Dänemark, Neuseeland und Griechenland — fast identische Ausgabenanteile aufweisen. Und dies trotz der Verschiedenheit der Einkommen und der Gesundheitssysteme dieser Länder.

Interessant ist abschliessend vielleicht auch ein Vergleich der Gesundheitsausgaben mit anderen Ausgabenkategorien für die Schweiz im Jahre 2008 anhand folgender Tabelle.

Ausgaben in CHF	2008
Ausbildung an univ. Hochschulen (inkl. ETHs)	2.3 Mrd.
Fachhochschulen (inkl. PHs), Gesamtkosten	2.4 Mrd.
Forschg. & Entw. an univ. Hochschulen (inkl. ETH)	3.3 Mrd.
Landesverteidigung (Bund)	4.3 Mrd.
Umweltschutz (Bund, Kantone, Gemeinden)	4.4 Mrd.
<b>WACHSTUM der Gesundheitsausgaben</b>	<b>+ 3.2 Mrd.</b>

Quelle: Bundesamt für Statistik, 2009, 2010

Für die Ausbildung an universitären Hochschulen und für die Fachhochschulen insgesamt wurde 2008 also jeweils weniger ausgegeben, als das Gesundheitswesen frankenmässig wuchs. Allein das Wachstum war etwa gleich gross wie die Forschungsausgaben aller universitären Hochschulen zusammen. Immerhin wurde für Landesverteidigung und Umweltschutz jeweils mehr ausgegeben, als für das Wachstum des Gesundheitswesens.

Inwiefern diese Proportionen den Präferenzen der Bevölkerung entsprechen, ist unklar und eine persönliche Beurteilung sei der Leserschaft überlassen. Klar scheint mir hingegen, dass ein kontinuierliches, weiteres Wachstum des Gesundheitsausgabenanteils längerfristig politischen Zündstoff birgt, nicht zuletzt wenn es um Fragen der nachhaltigen Finanzierbarkeit geht.

---

Dieser Text kann als PDF (inkl. Graphiken) per Mail beim Autor bestellt werden:  
**tilman[ at ]slembeck.ch**

---

### Anmerkungen

\*) Ein extremes Beispiel liefert Israel. Der private Sektor mit den meisten Arbeitsplätzen ist die Bewachungsindustrie. Hier sind mehr Leute beschäftigt, als etwa im Banken- und Versicherungswesen, weil an vielen Gebäuden, Einkaufszentren etc. im Lande Wachpersonal postiert ist. Trotzdem wage ich zu behaupten, dass Israel insgesamt besser gestellt wäre, wenn auf dieses Personal verzichtet werden könnte. Selbst wenn die Menschen vorübergehend arbeitslos wären, könnten sie längerfristig produktiver beschäftigt werden.

\*\*) Mir ist erst mit der Zeit klar geworden, dass Nicht-Ökonomen einen volkswirtschaftlichen Nutzen vermuten, der über die Konsumenten- und Produzentenrenten hinaus geht und deshalb zusätzlich berücksichtigt werden müsste. Meist wird diese Vermutung im Zusammenhang mit der Verteidigung oder Hervorhebung der Bedeutung einer Branche gemacht. Gerne werden dann Beratungsfirmen bemüht, um in Auftragsstudien den „Nutzen für die Gesellschaft“ in Form von Arbeitsplätzen und Wertschöpfung zu demonstrieren; vgl. die neueste [Infras-Studie im Auftrag der Pharmaindustrie](#).

\*\*\*) Eine sehr aufschlussreiche Lektüre ist [Gerhard Kochers „kleine Geschichte der Kostendebatte“](#), erschienen im Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, 2009.

Geschrieben von: **Tilman Slembeck**