

Den Nutzenzuwachs kennen, um den Kostenzuwachs zu bewerten

Nora Wille^a, Jürg Schlup^b

^aDr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin des Präsidenten; ^bDr. med., Präsident der FMH

Die Gesundheitspolitik behandelt nicht mehr nur die Frage, welche Verbesserungen eine kostengünstigere Versorgung fördern könnten. Zunehmend geht es auch um eine Begrenzung der Leistungen. Dieser Trend wird dadurch begünstigt, dass der Nutzen der Gesundheitsversorgung vielen Menschen weniger bewusst ist als die in nüchternen Zahlen nachlesbaren Kosten. Tatsache ist aber: Dem Kostenzuwachs steht ein Nutzenzuwachs gegenüber, der unsere Aufmerksamkeit verdient.

Die Schwierigkeit zu entscheiden, welcher Seite man mehr Gewicht beimisst, der Gesundheit oder den dafür notwendigen Ausgaben, deutete bereits Aristoteles an: «Zuweilen wechselt auch die Ansicht darüber bei einem und demselben. Ist einer krank, so stellt er sich die Gesundheit, leidet er Not, den Reichtum als das höchste vor» [1]. Noch schwieriger sind solche Abwägungen zwischen Geld und Gesundheit, wenn man nur über eine einseitige Informationsgrundlage verfügt: Während die Kosten klar bezifferbar sind, bleibt die «Gesundheit» meist wenig greifbar: Was erhält man eigentlich für die Ausgaben? Welcher Nutzen wird damit erzielt? Und bringen uns die höheren Ausgaben heute auch einen höheren Nutzen?

Die Kostenseite ist eindeutig. Als das KVG 1996 eingeführt wurde, beliefen sich die Gesamtkosten für das Schweizerische Gesundheitswesen auf 39,6 Milliarden Franken, dies entsprach 9,7% des BIP und diente der Versorgung einer durchschnittlichen Wohnbevölkerung von 7,1 Millionen Personen [2]. Ein Blick auf die aktuellsten Zahlen des BFS zeigt, dass unser Gesundheitswesen für zwischenzeitlich 8,2 Millionen Menschen insgesamt 74,6 Milliarden kostet und damit einen Betrag in der Höhe von 11,6% des BIP beansprucht [2]. Diesen – in anderen OECD-Ländern ähnlich zu beobachtenden – Kostenanstieg spürt vor allem der Prämienzahler im Portemonnaie. Denn während die gesamten Gesundheitskosten seit 1996 (teuerungsbereinigt) «nur» um 72% angestiegen sind, erhöhte sich die durchschnittliche OKP-Krankenkassenprämie um 107%. [3]

Zwei zentrale Gründe für diesen Kostenzuwachs sind der medizinische Fortschritt und die Alterung unserer Gesellschaft. Auch wenn diese beiden Faktoren gemeinhin als «Kostentreiber» bezeichnet werden, könnte man

sie – angesichts der sich darin ausdrückenden äusserst positiven Entwicklungen – auch als «Nutzenindikatoren» verstehen.

Seit 1996 reduzierte sich die Zahl verlorener potentieller Lebensjahre um 40 Prozent

Denn auch wenn die zunehmende Lebenserwartung nicht allein der guten Gesundheitsversorgung geschuldet ist, ist es doch beeindruckend, dass Männer und Frauen in der Schweiz im Jahr 2015 im Durchschnitt 4,7 bzw. 2,9 Jahre länger lebten als noch 1996 [4]. Und auch wenn es zunehmend Hochbetagte gibt, profitieren von dieser Entwicklung nicht nur ältere Menschen. Auch die vorzeitigen Todesfälle, gemessen anhand der Anzahl von Jahren, die Menschen vor ihrem 75. Geburtstag verstarben, reduzierten sich deutlich: Während 1996 pro 100 000 Einwohner noch ein Verlust von 5318 potentiellen Lebensjahren zu beklagen war, waren dies im Jahr 2014 nur noch 3200 [5].

Dass dieser Zugewinn an Lebenszeit auch dem medizinischen Fortschritt zu verdanken ist, zeigen unter anderem die Entwicklungen bei den Herz-Kreislauf- und Krebs-Erkrankungen, also den beiden Krankheitsgruppen, die in der Schweiz die meisten Todesfälle [6] bzw. verlorenen Lebensjahre [5] verursachen. So stieg die Anzahl der Krebs-Neuerkrankungen von etwa 30 000 im Jahr 1996 auf rund 42 000 im Jahr 2015 [7]. Die Zunahme ist in erster Linie der Tatsache geschuldet, dass unsere Bevölkerung nicht nur grösser, sondern vor allem auch älter wird – und dass Alter ein relevanter Risikofaktor für Krebs ist. Gleichzeitig ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Sterblichkeits-

raten festzustellen, der den früheren Diagnosen und besseren Behandlungsmöglichkeiten zu verdanken ist. Dadurch gibt es auch immer mehr Überlebende von Krebsdiagnosen: Im Jahr 2015 gab es etwa 120 000 Menschen in der Schweiz, die eine Krebsdiagnose bereits seit zehn Jahren überlebt hatten – im Jahr 2000 waren es nur etwa halb so viele [7].

Auch die Zahl der wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen hospitalisierten Personen ist wegen des Wachstums, aber auch der Alterung der Bevölkerung zwischen 2002 und 2014 um 20% angestiegen. [8] Auch hier ist jedoch gleichzeitig die Zahl der durch diese Erkrankungen verursachten Todesfälle gesunken – und zwar um absolut 12% [8]. So verstarben bspw. im Jahr 2004 noch 23% der hospitalisierten Myokardinfarkt-Patienten, zehn Jahre später waren es «nur noch» 14% [5]. Auch bei den Patienten mit Herzinsuffizienz sank die Letalität zwischen 2004 und 2014 von 35% auf 22% und für die Hirnschläge lässt sich im gleichen Zeitraum ein Rückgang der Sterblichkeit von 24% auf 17% nachvollziehen [5].

Bessere Behandlungen führen zu mehr Lebensqualität, mehr Lebenszeit und auch mehr Nachfrage

Behandlungserfolge wie diese können die Nachfrage nach medizinischen Leistungen jedoch deutlich steigern. Denn im Gegensatz zu einem verstorbenen Patienten besucht der überlebende Patient eine Rehabilitation, nimmt regelmässig Medikamente ein, sucht seinen Arzt auf – und erleidet ein paar Jahre später erneut eine Erkrankung. Auch bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen resultiert verbesserte Medizin oft in einer höheren Nachfrage: So führt der medizinische Fortschritt z.B. durch geringere Risiken und Nebenwirkungen dazu, dass immer mehr Patienten z.B. wegen ihres Grauen Stars, ihres verengten Karpaltunnels, ihrer Hämorrhoiden oder ihrer Herzprobleme operiert werden können [9].

Die hier ausgewählten wenigen Beispiele können die grössere Leistungsmenge und den zunehmenden Patientennutzen nur andeuten. Der *Nutzen einer guten Gesundheitsversorgung* erschöpft sich auch nicht nur darin, dass der Patient und seine Angehörigen einen Gewinn an Lebenszeit zu schätzen wissen oder eine höhere Lebensqualität und Teilhabe geniessen können.

Erfolgreiche Behandlungen haben darüber hinaus auch einen hohen volkswirtschaftlichen Wert, weil sie z.B. Erwerbsunterbrüche vermeiden oder verkürzen, Frühpensionierungen verhindern und auch Invalidität und Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden können. Bei vielen häufigen Erkrankungen sind die z.B. durch Produktivitätsverluste und Pflegebedarf entstehenden *indirekten Kosten* höher als die Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlungen sowie Medikamente. Bei psychischen Störungen betragen sie 73%, bei Diabetes 60% der Gesamtkosten [3]. Ein höherer medizinischer Aufwand kann volkswirtschaftlich betrachtet also auch Geld sparen helfen, sofern er die indirekten Krankheitskosten senkt.

Der Nutzen, den der medizinische Fortschritt für eine verbesserte Versorgung in den letzten Jahrzehnten gebracht hat, spiegelt sich in Disziplinen von der Neonatologie und der Geburtshilfe bis hin zu Geriatrie und Palliativmedizin – und kommt so der gesamten Bevölkerung zugute. Wenn *in den nachfolgenden SÄZ-Ausgaben* Vertreter verschiedener Fachdisziplinen Beispiele für den Nutzenzuwachs in ihren Arbeitsbereichen darlegen, ist dies eine wertvolle Ergänzung der gesundheitspolitischen Diskussion: Denn ein Urteil, wieviel Gesundheitsversorgung wir uns für wie viel Geld leisten wollen, setzt voraus, dass uns neben den Kosten auch bewusst ist, was wir dafür erhalten bzw. worauf wir eventuell verzichten müssten – und ob ein solcher Verzicht nicht letztlich teurer käme.

Referenzen

- 1 Aristoteles. Nikomachische Ethik. Holzinger; 2013.
- 2 Daten des Bundesamts für Statistik; Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960 (T 14.5.1.1), veröffentlicht am 27.04.2017; BFS-Nummer je-d-14.05.01.01.
- 3 Interpharma (2017). Gesundheitswesen Schweiz. 36. Auflage.
- 4 Bundesamt für Statistik, Tabelle Indikatoren der Sterblichkeit in der Schweiz, 1970–2015, veröffentlicht am 29.09.2016; BFS-Nummer su-d-01.04.02.02.01.
- 5 Webseite Schweizer Gesundheitsobservatorium; Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. [Zugriff 26.6.2016] <http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren>.
- 6 BFS Aktuell. Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2014. Neuchâtel, Februar 2017.
- 7 Heusser R, Nosedà G. (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015: Präsentation von ausgewählten Ergebnissen. Schweizer Krebsbulletin 2/2016;168–72.
- 8 Webseite Bundesamt für Statistik; Herz-Kreislauf-Erkrankungen. [Zugriff 26.6.2017] <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html>.
- 9 Roth S, Pellegrini S. Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins? Obsan Rapport 68; 2015.

Korrespondenz:
Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 300
CH-3000 Bern 15