

Zeitschrift: Rote Revue : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur
Herausgeber: Sozialdemokratische Partei der Schweiz
Band: 80 (2002)
Heft: 3

Artikel: Was ist Gesundheit wert? : Einige Gedanken aus gesundheitsökonomischer Sicht
Autor: Oggier, Willy
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-341684>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Was ist Gesundheit wert?

Einige Gedanken aus gesundheitsökonomischer Sicht

Die Begriffe «Gesundheit» und «Ökonomie» miteinander zu kombinieren, fällt vielen Menschen schwer. Wenn dann auch noch die Frage gestellt wird, was Gesundheit eigentlich wert ist, so beginnen wohl noch mehr Leute den Kopf zu schütteln. Doch die Frage hat es in sich, denn die Antwort ist nicht so einfach, wie wir es manchmal vielleicht gerne glauben.

Willy Oggier

Das Spektrum der Auffassungen darüber, was uns Gesundheit eigentlich wert ist, ist riesig. Die eine Extremposition lässt sich ungefähr folgendermassen zusammenfassen: «Gesundheit ist das höchste Gut. Deshalb kann nichts zu teuer sein, um Gesundheit zu erhalten.» Die andere Extremposition lautet etwa: «Das Gesundheitswesen kann nicht mehr beliebig so weiter wachsen. Tut es dies trotzdem, werden wir uns die Gesundheit bald nicht mehr leisten können.» Beide Auffassungen gehen also letztlich davon aus, dass Gesundheit unbezahlbar ist – nur hat die Unbezahlbarkeit zwei völlig verschiedene Dimensionen. Im ersten Fall wird Gesundheit als unendlich wertvoll bezeichnet, im zweiten als sehr, sehr teuer.

Wer hat nun «recht»? Hat überhaupt jemand «recht»? Kann überhaupt etwas zum Wert von Gesundheit ausgesagt werden? Wenn ja: Was und wie ernst sind solche Auffassungen zu nehmen? Fragen über Fragen, die im Folgenden wenig-

stens ansatzweise angeschnitten und vertieft werden sollen.

Der volkswirtschaftliche Wert

Wenn Ökonominnen und Ökonomen über die Bedeutung eines Wirtschaftszweigs sprechen, messen sie diesen gerne an der Bedeutung für die gesamte Volkswirtschaft¹. In diesem Punkt kann unzweifelhaft festgestellt werden, dass die Kosten des Gesundheitswesens seit 1950 einen wachsenden Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP) in der Schweiz ausmachen. 1950 beliefen sich diese Kosten auf 3,5 Prozent des BIP. 1975 betrugen sie 7,5 Prozent und im Jahr 2000 belaufen sie sich auf 10,7 Prozent.

Die Schweiz hat damit nach den USA das teuerste Gesundheitssystem aller OECD-Länder. Die Ausgaben der Schweiz liegen 34 Prozent über dem Durchschnitt der 28 OECD- und auch der EU-Staaten, welche beide einen Anteil von 8 Prozent des BIP ausweisen. Zwischen 1990 und 2000 sind die Ausgaben der OECD-Länder im Schnitt um 11,1 Prozent gestiegen, jene der Schweiz um 25,9 Prozent. Die EU-Länder verzeichneten ein Wachstum von 8,1 Prozent. In diesem Zeitraum nahmen

¹ Die in diesem Kapitel erwähnten Daten stammen aus Gilliland Pierre, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, in: Kocher, Gerhard/Oggier, Willy (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, Verlag Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Solothurn, 2001, S. 90f., und Medienmitteilung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) vom 24. Juni 2002.

die Gesundheitsausgaben am stärksten in der Tschechischen Republik (44 Prozent), Portugal und Japan zu (immer gemessen am BIP). Im vierten Rang von 27 analysierten Ländern befindet sich die Schweiz.

Zwischen 1998 und 2000 nahm der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP sowohl in den OECD- als auch in den EU-Staaten nicht mehr zu. Er blieb unverändert bei 8 Prozent, während er in der Schweiz noch leicht von 10,6 auf 10,7 Prozent zulegte.

Die Schweiz hat

nach den USA

das teuerste

Gesundheits-

system aller

OECD-Länder.

Die realen Pro-Kopf-Ausgaben stiegen zwischen 1990 und 2000 in der Schweiz jährlich um 2,5 Prozent oder über zwölfmal stärker als das Wachstum des BIP, welches 0,2 Prozent ausmachte. Im OECD-Durchschnitt wuchsen die Pro-Kopf-Ausgaben «nur» 50 Prozent stärker als das BIP (3,3 gegenüber 2,2 Prozent Wachstum).

Pro Kopf der Bevölkerung gaben die USA im Jahr 2000 als das teuerste Land über 4 600 US-\$ für ihr Gesundheitswesen aus, gefolgt von der Schweiz mit rund 3 200 US-\$ und Deutschland mit rund 2 750 US-\$. Der OECD-Durchschnitt liegt knapp unter 2 000 US-\$. Diese Werte sind kaufkraftbereinigt, berücksichtigen also die unterschiedliche Kaufkraft der einzelnen Währungen.

Die erwähnten Daten können auf verschiedene Weisen interpretiert werden. Einige davon seien beispielhaft dargestellt:

- Die Schweiz leistet sich im internationalen Umfeld ein teures, je nach Auffassung sogar ein sehr teures Gesundheitswesen.
- Die Schweiz hat insbesondere im letzten Jahrzehnt des vergangenen Jahrtausends eine höhere Wachstumsrate aufzuweisen als andere Industrieländer.
- Diese höhere Wachstumsrate am Bruttoinlandprodukt dürfte u. a. auch darauf zurückzuführen sein, dass der Ver-

gleichwert des Bruttoinlandprodukts in der Schweiz im Beobachtungszeitraum unterdurchschnittlich gewachsen ist (0,2 Prozent jährliches Wachstum gegenüber 2,2 Prozent Wachstum in der OECD).

- Ein teureres Gesundheitswesen ist nicht unbedingt ein besseres Gesundheitswesen. Das zeigt das Beispiel der USA deutlich. Obwohl dort unter den Industrieländern der höchste Anteil des BIP für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, sind zwischen 10 und 15 Prozent der Bevölkerung ohne jeglichen Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem.
- Auch für die Schweiz lässt sich die Frage stellen, ob weniger nicht mehr sein könnte. Dies legen mindestens neuere Untersuchungen nahe, die aufzeigen, dass das schweizerische Gesundheitssystem beispielsweise in Bereichen wie Mütter- oder Säuglingssterblichkeit schlechtere Werte aufweist als Länder, welche weniger Ausgaben in Prozenten des BIP für das Gesundheitswesen aufwenden. Die Schweiz schliesst im Vergleich zu Schweden sogar in beiden Werten schlechter ab².
- Die viel gehörte Behauptung, die «Kostenexplosion» sei unvermeidlich und in allen Ländern festzustellen, trifft in dieser Form eindeutig nicht zu. Nach Berechnungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) gelang es zwischen 1990 und 2000 immerhin fünf von 27 Ländern, den Anteil ihrer Gesundheitsausgaben am BIP zu senken. Finnland liegt hier an der Spitze mit einer Reduktion um 16 Prozent, gefolgt von Ungarn, Norwegen, Dänemark und Luxemburg mit je zwei bis vier Prozenten.

² Domenighetti, Gianfranco/Quaglia, Jacqueline, Internationale Vergleiche, in: Kocher Gerhard/Oggier Willy (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002, Verlag Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Solothurn, 2001, S. 72.

Die Werte der Sozialversicherungen

Im Februar 2000 stellte der Bundesrat die Botschaft zur 11. AHV-Revision und zur 1. BVG-Revision vor. Der Botschaft zur AHV-Revision ist ein Kapitel über die Perspektiven der Sozialversicherungen bis ins Jahr 2025 vorgespant.

Insgesamt steigt demnach der Bedarf aller Sozialwerke von zurzeit 83 Milliarden Franken auf 129 Milliarden Franken. Ein Teil dieser Mehrkosten kann durch das erwartete Wirtschaftswachstum und die damit verbundenen Mehreinnahmen aufgefangen werden. Es bleibt nach den Berechnungen des Bundesrates ein ungedeckter Zusatzbedarf von 26 Milliarden Franken. Würde dieser Mehrbedarf ausschliesslich über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer finanziert, so wären dafür 8,9 zusätzliche Mehrwertsteuerprozentpunkte nötig.

Die Mehrkosten der verschiedenen Sozialwerke lassen sich im Einzelnen auf folgende Weise darstellen (siehe Tabelle 1).

Neben der AHV tragen vor allem die steigenden Gesundheitskosten zu diesem Resultat bei. Der Bundesrat geht davon aus, dass diese bis zum Jahr 2003 jährlich um 2 Prozent zunehmen werden. Danach

prognostiziert er eine jährliche Erhöhung von 1,2 Prozent bis zum Jahr 2010, anschliessend eine jährliche Kostensteigerung um 0,5 Prozent.

Das jährliche Wirtschaftswachstum veranschlagt der Bundesrat bis ins Jahr 2010 auf durchschnittlich 1,1 Prozent. Anschliessend rechnet er aufgrund der abnehmenden Anzahl an Erwerbstätigen nur noch mit einem Wachstum von 0,7 Prozent. Die Arbeitslosenquote wird langfristig auf 2,5 Prozent geschätzt. Diese Annahmen beeinflussen die Berechnungen über die Einnahmen der Sozialwerke direkt. Liegen die Annahmen unter den effektiven Wachstumsraten, dürfte der Mehrbedarf an Mehrwertsteuerprozenten niedriger ausfallen. Liegen die Annahmen über den effektiven Wachstumsraten, verhält es sich genau umgekehrt.

Diese Aufstellung weist auf verschiedene weitere Aspekte hin:

- Der Wert von Gesundheit spielt sich nicht nur im Bereich der Krankenversicherung ab. Auch Unfall-, Invaliden-, Erwerbsausfallversicherungen sowie AHV und die berufliche Vorsorge können davon betroffen sein. Denn auf sie alle entfallen entweder die Übernahme

Der Wert der Gesundheit spielt sich nicht nur in der Krankenversicherung, sondern auch in der Unfall-, Invaliden- und Erwerbsausfallversicherung, der AHV und des BVG's ab.

Tabelle 1:

Mehrkosten der verschiedenen Sozialwerke in Mehrwertsteuer-Äquivalenten

	Jahre 2000–2010	Jahre 2010–2025	Total
AHV	+ 1,2	+ 3,1	+ 4,3
Invalidenversicherung	+ 0,6	+ 0,3	+ 0,9
Ergänzungsleistungen	+ 0,1	+ 0,2	+ 0,3
Erwerbsausfall	0,0	0,0	0,0
Pensionskassen	+ 0,1	– 0,1	0,0
Unfallversicherung	0,0	0,0	0,0
Krankenversicherung	+ 1,5	+ 2,0	+ 3,5
Familienzulagen	– 0,1	0,0	– 0,1
Arbeitslosenversicherung	0,0	0,0	0,0
Total	+ 3,4	+ 5,5	+ 8,9

**Der Zerfall der
Solidarität
zwischen
Gesunden und
Kranken wurde
als eines der
Hauptprobleme
bezeichnet.**

von Heilungskosten, Taggeldern wegen Erwerbsunfähigkeit, Invaliditätsrenten und/oder Todesfallkapitalien.

- Der Wert der Gesundheit ist dabei sozialversicherungsrechtlich gesehen nicht immer gleich hoch. So ist beispielsweise die Absicherung des Lohnausfalls nach Unfall in der Regel und insbesondere bei längerer Dauer besser als der Lohnausfall nach Krankheit.
- Wie wenn dies noch nicht genug wäre, sind die zu bezahlenden Tarife gemäss Unfallversicherungsgesetz andere (in der Regel höher) als jene gemäss Krankenversicherungsgesetz.

Die Werte gemäss Krankenversicherungsgesetz

In seiner Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 formulierte der Bundesrat folgende Grundzüge:

- Verstärkung der Solidarität
- Kosteneindämmung
- Ausweitung des Leistungskatalogs
- Finanzierung

Der Zerfall der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken wurde als eines der Hauptprobleme des damals gültigen Rechts bezeichnet. Ausserdem trage dieses der Solidarität zwischen Reichen und Armen nicht genügend Rechnung. Deshalb schlug der Bundesrat im Rahmen des Versicherungsobligatoriums die Einführung der vollen Freizügigkeit der Versicherten und die Erleichterung der über einem gewissen Einkommensanteil liegenden Prämienlast vor.

Die Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen wurde als eines der Hauptziele der Revision bezeichnet. Was der Bundesrat darunter verstand, umschrieb er auf folgende Art³: «Das Ziel der in dieser Vorlage vorgeschlagenen Kos-

tendämpfungsmaßnahmen wäre dann vollständig erreicht, wenn sich die jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung anpasst. Dieses Idealziel wird mittelfristig kaum zu erreichen sein. Hingegen muss es uns gelingen, ein noch stärkeres Auseinanderklaffen von Gesundheitsausgaben und Löhnen zu stoppen, das heisst die Zunahme der Gesundheitsausgaben näher an die Lohnentwicklung heranzubringen. Die Kostendämpfungsmaßnahmen werden nach der Einführung des Gesetzes allerdings nicht sofort greifen. Die einzelnen Instrumente entfalten erst im gegenseitigen Zusammenspiel ihre volle Wirkung. Zum Gelingen der Reform beitragen müssen alle Partner im Gesundheitswesen.»

Bezüglich der Ausweitung des Leistungskatalogs äusserte sich die Landesregierung wie folgt⁴: «Tatsächlich kann man sich fragen, ob es nicht paradox ist, in ein und demselben Gesetz eine Ausdehnung der Leistungen einerseits und die Schaffung von verschiedenen Instrumenten zur Eindämmung der Kosten andererseits vorzusehen. Diese Bedenken sind zwar verständlich, aber unzutreffend. Die Ausdehnung der Leistungen ist unerlässlich. Damit besteht die Möglichkeit, zum Teil weit zurückliegenden – unbestrittenen – Forderungen Rechnung zu tragen (...) und bestimmte stossende Lücken zu beseitigen (z. B. durch Einführung der zeitlich unbeschränkten Übernahme von Spitalpflegeleistungen sowie die Vergütung bestimmter Zahnbehandlungen).» Im Bereich der Finanzierung wurde die Kopfprämie beibehalten.

Die Ausgaben in der Grundversicherung betragen im Jahr 2001 16,5 Milliarden Franken. Damit sind die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung seit der

³ Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 34.

⁴ Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, S. 39f.

Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 um einen Drittel gestiegen. Eine Analyse der Entwicklung zeigt, dass die Kostensteigerungen in diesem Zeitraum zwischen jährlichen Wachstumsraten von 4,2 Prozent im Jahr 1999 und von 7,3 Prozent im Jahr 2000 variierten. Als Hauptgründe für dieses Wachstum führt der Branchenverband der Krankenversicherer den medizinischen Fortschritt, die Alterung der Bevölkerung und die Mengenausweitung an⁵.

Auch diese Aspekte weisen auf einige Aspekte des Werts an Gesundheit hin:

- Der Bundesrat beabsichtigte mit seiner Botschaft zum Krankenversicherungsgesetz vom 6. November 1991 nicht in erster Linie einen Beitrag zur Kosteneindämmung, sondern vor allem zur Verstärkung der Solidarität zu leisten.
- Der Wert der einzelnen erbrachten Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit schwankt je nach Art der Leistungserbringer. Wird eine Operation teilstationär statt stationär durchgeführt, kann dies für den Krankenversicherer bedeuten, dass er in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital mehr für den teilstationären, insgesamt kostengünstigeren Eingriff bezahlen muss als für die stationäre Behandlung. Die Begründung ist darin zu suchen, dass die öffentliche Hand im stationären Fall Subventionen ausrichtet.
- In einem Privatspital muss der Krankenversicherer in der Regel aus dem gleichen Grund für die Wiederherstellung der Gesundheit mehr bezahlen als in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital.
- Massnahmen gegen die Mengenzunahme und die zunehmende Anzahl an Leistungserbringern wären durchaus möglich, werden aber von der Politik mehr oder weniger halbherzig angegangen. Die einen befürchten einen unzu-

⁵ Pressemitteilung von santésuisse vom 16. Mai 2002.

lässigen Machtzuwachs der Versicherer, der die Versorgungssicherheit gefährde, die anderen bängen um ihre Pfründe, den garantierten Zugang zum Futtertrog der sozialen Krankenversicherung.

- Offensichtlich ist der Wert der Gesundheit für die einzelnen Versicherten so hoch, dass sie sich auch nicht bei zweistelligen jährlichen Wachstumsraten ihrer Krankenversicherungsprämie in grösseren Scharen getrauen, den Versicherer zu wechseln. Damit geht der schweizerischen Volkswirtschaft aber Kaufkraft verloren.

Der Wert der Pharmaindustrie

Auch die Leistungserbringer versuchen vermehrt den Wert von Gesundheit zu quantifizieren, um damit u.a. bessere Tarife von den Finanzierern zu erlangen. Unter den Leistungserbringern am fortgeschrittensten in der Anwendung von Instrumenten zur Erfassung des Werts von Gesundheit ist wohl die Pharmaindustrie⁶. Von den verschiedenen Methoden sollen hier einige gebräuchliche kurz dargestellt werden.

Bei der Kostenminimierungsanalyse werden die Kosten von Therapiealternativen unter der Annahme miteinander verglichen, dass die Alternativen bezogen auf ihre Wirksamkeit als gleichwertig zu betrachten sind. Von einer solchen Analyseart werden Hinweise auf mögliche Einsparpotenziale erhofft.

Um einen Kostenvergleich von verschiedenen wirksamen Therapiealternativen durchzuführen, wird die Kostenwirksamkeitsanalyse eingesetzt. Die Wirksamkeit einer Behandlung wird dabei ins Verhältnis zu ihren verursachten Kosten zu setzen versucht und mit alternativen Behandlungsmethoden verglichen.

⁶ Für eine eingehendere Auseinandersetzung mit dieser Thematik vgl. beispielsweise Oberender Peter (Hrsg.), Kosten-Nutzen-Analysen in der Pharmaökonomie, SMVerlagsgesellschaft, Gräfelfing, 1995.

**Der Wert der
Gesundheit wird
nicht nur durch
die Absenz von
Gesundheits-
kosten definiert.**

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse werden beide Seiten in Geldeinheiten zu erfassen versucht. Die Nutzendimension wird dabei oft in gewonnenen Lebensjahren dargestellt, welche nach ihrem Grad der Lebensqualität (qualitätsadjustierte Lebensjahre) zu gewichten versucht werden. Dies soll eine Bewertung des Ausmasses an Behinderung und Beeinträchtigung ermöglichen, die bei verschiedenen Erkrankungen trotz Therapie auftreten. Doch auch diese Bestimmung des Werts von Gesundheit ist voller (methodischer) Tücken, denn es besteht die Gefahr, dass diese Rechnungen künstlich aufgebläht werden, um bei den Versicherern einen höheren Preis für ein bestimmtes Produkt realisieren zu können. Manövriermasse ergibt sich in der Regel u.a. in folgenden Elementen:

- Das neu einzuführende Präparat wird mit einem nicht marktrelevanten oder obsoleten Präparat verglichen.
- Es werden unzulässige Annahmen bezüglich der Wirkung formuliert, die beim eigenen Produkt eher zu hoch und beim Vergleichsprodukt eher zu niedrig ausfallen.
- Gern wird auch der Vergleich in einem Zeitpunkt durchgeführt, in welchem das eigene Produkt gerade die optimale Therapiedauer aufweist, während das Vergleichsprodukt entweder schon früher oder erst später zu diesem Punkt kommt.
- Die Kosten werden unvollständig oder unzulänglich erhoben.
- Es wird ein Blickwinkel der Kostenerhebung eingenommen, der gegenüber Konkurrenzpräparaten einen vorteilhaften Vergleich ergibt. Wenn beispielsweise ein Medikament dazu beiträgt, dass der Patient oder die Patientin teilstationär statt stationär behandelt werden kann, wird der Hersteller eher die gesamten Gesundheitskosten vergleichen wollen, weil sich hier der entgangene Erwerbsausfall quantitativ am stärksten auswirken dürfte. Für die ob-

ligatorische Krankenversicherung können daraus aber wegen der hier geschilderten Subventionspraxis der Kantone Mehrkosten entstehen.

Angesichts dieser Tendenzen darf auch nicht weiter erstaunen, dass die Kostenminimierungsanalyse, die bei den heute in verschiedenen Bereichen vorherrschenden Überkapazitäten aus gesundheitsökonomischer Sicht am geeignetsten wäre, kaum eingesetzt wird.

Was bleibt?

Die gemachten Ausführungen dürften aufgezeigt haben, dass der Wert der Gesundheit ökonomisch gesehen kaum verlässlich bestimmt werden kann. Dies hängt nicht nur damit zusammen, dass dieser Wert methodisch schwierig zu erfassen ist, sondern wohl auch damit, dass die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens heute so gross geworden ist, dass die einzelnen Akteure diesen Wert möglichst selbst bestimmen wollen, um daraus auch wirtschaftliche Erträge realisieren zu können.

Doch selbst wenn diese Probleme alle gelöst werden könnten, bliebe immer noch eines: Der Wert der Gesundheit wird nicht nur durch die Absenz von Gesundheitskosten definiert. Dieser Punkt macht deutlich, was der Berner Gesundheitsökonom Gerhard Kocher 1996 so formuliert hat: «Wer heute den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern will, muss nicht das Medizinsystem weiter vergolden, sondern andere Sektoren beeinflussen: Arbeit, Bildung, Ernährung, Umwelt, Verkehr, Freizeit, Medien. Hier sind oft schlimme Krankmacher am Werk – und hier wird wenig für die Gesundheit getan.»

Willy Oggier, Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonom, Zürich.