Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 20 (1984)

Heft: 10

Artikel: Kostenexpansion im Gesundheitswesen und orthopädische Chirurgie

Autor: Morscher, E.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930282

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

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

Kostenexpansion im Gesundheitswesen und orthopädische Chirurgie

Prof. Dr. med. E. Morscher, Vorsteher der Orthopädischen Universitätsklinik Basel

Zusammenfassung: Die Kostenexpansion im Gesundheitswesen ist zum Problem und zum allgemeinen Gesprächsstoff ersten Ranges geworden. Jedermann, in erster Linie natürlich die Ärzte als die für die Teuerung angeblich Hauptverantwortlichen, ist aufgerufen, sich darüber Gedanken zu machen. Prof. Erwin Morscher, Vorsteher der Orthopädischen Universitätsklinik Basel und derzeitiger Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie, hat solche Überlegungen im Hinblick auf den Fachbereich Orthopädie-Traumatologie angestellt und diese zum Anlass seiner Präsidialansprache am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie vom 5. bis 7. Mai 1983 in Lugano gemacht. Zusammenfassend zeigt sich, dass von den durch Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates verursachten Gesamtkosten nur ein relativ kleiner Teil, nämlich etwa 15%, durch medizinische Massnahmen selbst bedingt ist. Die Diskussionen drehen sich aber immer nur um diese 15%, obwohl sie für die Höhe der übrigen 85%, das heisst für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Taggelder), für Renten usw., einen entscheidenden und nachgewiesenermassen positiven, das heisst kostensenkenden Einfluss haben. Die Schwierigkeit der Berechnung von Gesamtkosten im Gesundheitswesen basiert vor allem darauf, dass verschiedene Rechnungen für voneinander völlig unabhängige Budgets bestehen (SUVA, EMV, Krankenkassen, Invalidenversicherung, AHV, Taggelder, Renten, Staatshaushalt, Spitalbudgets, Pensionskassen usw. usw.) und Sozialleistungen (Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Renten usw.) in den Diskussionen ein «Noli tangere» darstellen. Gerade auf dem Gebiet der Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates stellt sich auch die Frage, wieviel der Bürger (Steuerzahler oder/und Patient) zur Erhaltung und Verbesserung seiner Lebensqualität aufzubringen bereit ist. Dies betrifft im besonderen auch die nicht mehr im Erwerbsleben stehenden Patienten, die durch Fortschritte auf dem Gebiet der Endoprothetik (Gelenkprothesen) in besonderem Masse profitieren.

Résumé: L'accroissement des coûts de la santé est devenu le problème numéro un, fort discuté dans l'opinion publique. Tous, et plus particulièrement les médecins censés être les premiers responsables de cet état de choses, sont invités à s'en préoccuper.

Le Prof. Erwin Morscher, chef de la Clinique universitaire d'orthopédie de Bâle et président de la Société suisse d'orthopédie, s'est penché sur la question dans le cadre de l'orthopédie-traumatologie et y a consacré son allocution présidentielle au Congrès annuel de la Société suisse d'orthopédie qui s'est tenu du 5 au 7 mai a. c. à Lugano. Il conclut en substance que, sur l'ensemble des frais occasionnés par des maladies et lésions de l'appareil moteur, les prestations médicales n'atteignent que 15% environ. Il n'empêche que les discussions tournent toujours autour de ces 15%, quand bien même les mesures médicales qu'ils représentent exercent une influence décisive sur la durée de l'incapacité de travail (indemnités journalières), sur les rentes, etc., constituant le paquet des 85% restants, autrement dit qu'elles sont de nature à abaisser les frais.

S'il est difficile d'évaluer le coût global de la santé publique, c'est surtout parce que certains comptes, établis pour des budgets indépendants les uns des autres (CNA, AMF, AI, AVS, indemnités journalières, rentes dépenses fédérales, budgets hospitaliers, caisses de pensions, etc.) et pour les prestations sociales (durée de l'incapacité de travail, rentes et autres) sont considérés comme «noli tangere» dans les discussions. Il faudrait savoir en outre, tout particulièrement en ce qui concerne les affections et lésions de l'appareil moteur, combien les citoyens (contribuables ou/et patients) sont prêts à débourser pour maintenir et améliorer leur qualité de vie. Cela vaut aussi pour les malades n'exerçant plus d'activité lucrative et qui bénéficient essentiellement des progrès réalisés dans le domaine des endoprothèses (prothèses des articulations).

Einleitung

Spätestens mit dem berühmten, anfangs der siebziger Jahre publizierten Bericht des «Club of Rome» musste jedermann klarwerden, dass nicht nur die Wirtschaft, sondern auch die vom allgemeinen Staatshaushalt direkt abhängige Medizin sehr bald an die «Grenzen des Wachstums» gelangt sein werde. Schipperges, der Heidelberger Medizinhistoriker, hat das einmal so ausgedrückt, «dass in wenigen Generationen aus der empirisch unterbauten Medicina privata eine sich als angewandte Naturwissenschaft verstehende Medicina publica geworden sei, die zu einer immensen Belastung des Sozialkörpers geführt habe und die in unseren Tagen an den Grenzen des Wachstums angekommen zu sein scheine». Die vom Fortschritt getragene Euphorie der sechziger Jahre machte einer bis heute anhaltenden und zunehmenden Depression Platz. Es vergeht heute keine Sitzung und kein Gespräch mit Spital- oder Gesundheitsbehörden mehr ohne eindringliche Mahnung zur Einschränkung und zum Sparen. Die Massenmedien werden nicht müde, uns Ärzte als die für die Kostenexplosion angeblich Hauptverantwortlichen mit Vorwürfen zu überschütten. Im gleichen Atemzug rechnet man uns vor, dass dem Kostenanstieg kein entsprechender Nutzen gefolgt sei. Ivan Illich hat 1976 mit seiner «Medical Nemesis» den Reigen derer, die den medizinischen Fortschritt überhaupt in Frage stellen, eröffnet. Mendelsohn mit seinen «Confessions of a Medical Heretic», Hackethal und andere sind ihm gefolgt.

Es ist eine Tatsache, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen in den letzten zwei Jahrzehnten fast exponentiell entwickelt haben, dass andererseits sich der messbare Nutzen aber asymptotisch einem Grenzwert nähert. Schliesslich spielt auch in der Medizin wie überall das Gesetz des abnehmenden Grenzertrages.

Möglichkeiten und Grenzen des Kosten-Nutzen-Denkens

Wir sind heute alle aufgerufen, uns über Kosten-Nutzen-Relationen Gedanken zu machen und Vorschläge zu ihren Verbesserungen zu unterbreiten. Niemanden würde ein Zerfall des heutigen gut funktionierenden Systems stärker treffen als die Patienten. Im folgenden sei der Versuch unternommen, darzustellen, welchen Beitrag die orthopädische Chirurgie zum allgemeinen medizinischen Fortschritt leistet, wo die «Schuld» der Orthopäden und Traumatologen an den heutigen hohen Kosten im Gesundheitswesen liegt und wie es mit der sogenannten Kosten-Nutzen-Relation in diesem Fachbereich steht.

Bekanntlich werden Kosten in nackten, trockenen Zahlen ausgedrückt. Auch der Nutzen oder Unnutzen sollte sich deshalb in Zahlen ausdrücken lassen, damit bindende Aussagen gemacht werden können. Wenn man nun einen der obengenannten Heretiker oder auch durchaus ernst zu nehmende Analytiker konsultiert, ist festzustellen, dass der Nutzen der Medizin vor allem an der Lebenserwartung und an der Säuglingssterblichkeit gemessen wird.

Man wirft der Schulmedizin vor, dass trotz des grossen Aufwandes die Lebenserwartung seit 1960 nicht weiter angestiegen sei und die Säuglingssterblichkeit sich in den letzten Jahren nicht mehr vermindert hätte. Dabei wird von vielen noch in Abrede gestellt, dass der erreichte Erfolg überhaupt ein Verdienst der Medizin sei. Umwelteinflüsse, bessere Ernährung, allgemeines Verhalten des Individuums seien hier viel wichtiger gewesen!

Wir suchen in Beispielen, die die schlechte Kosten-Nutzen-Relation der Medizin zu beweisen versuchen, vergebens nach Ergebnissen der Orthopädie und Traumatologie. Auch wenn wir tagtäglich gewohnt sind zu messen, fällt es offensichtlich schwer, die Leistung dieses Faches in Zahlen auszudrücken. Der Grund hiefür liegt vor allem darin, dass der Primärauftrag der orthopädischen Chirurgie darin besteht, Lebensqualität zu verbessern, und nicht, Leben zu retten oder zu verlängern.

Orthopädie und Kostenexplosion

Das Gesicht der Orthopädie hat sich im letzten Vierteljahrhundert grundlegend gewandelt. Während noch vor einem Vierteljahrhundert die Folgen der Poliomyelitislähmung, angeborene Missbildungen und Wachstumsstörungen des Bewegungsapparates den Hauptteil der Tätigkeit des Orthopäden ausmachten, steht heute die Behandlung degenerativer Leiden als Folge der angestiegenen Lebenserwartung einerseits, des Fortschritts auf dem Gebiet der Arthroplastik andererseits im Vordergrund. Wenn heute neben der raschen Wiederherstellung von verunfallten Patienten unsere Haupttätigkeit darin besteht, degenerative Leiden zu behandeln, so ist die damit verursachte Kostensteigerung bzw. der durch die Orthopädie verursachte Anteil eben gerade durch die bis dahin erreichte Erhöhung der Lebenserwartung

verursacht. Die gestiegene Lebenserwartung wird – von Illich abgesehen – aber doch allgemein als Erfolg der Medizin anerkannt. Würde nun durch weitere Fortschritte der Medizin die Lebenserwartung noch weiter ansteigen, so würden auch die Kosten noch einmal einen Sprung nach oben machen, ganz einfach, weil ältere Leute ärztliche Behandlung wesentlich häufiger in Anspruch nehmen und auch benötigen als jüngere. Nur eine Verschlechterung der Medizin, die aber wohl niemand ernsthaft wünscht, könnte uns vor diesbezüglich weiteren Kostensteigerungen retten. Es besteht deshalb überhaupt gar kein Zweifel daran, dass auch die durch die Orthopädie verursachten Kosten mit der Zunahme des Anteils alter Patienten weiter zunehmen werden.

Kostenexplosion und Sozialversicherung

Die Hauptaufgabe der Orthopädie besteht, wie gesagt, darin, Lebensqualität zu verbessern. Eine gewisse Relation zu dieser stellt die Arbeitsfähigkeit dar. Könnten nun beispielsweise Angaben über die Dauer der Arbeitsunfähigkeiten einen Massstab für den Fortschritt und den Nutzen der Medizin im allgemeinen, derjenigen der Orthopädie-Traumatologie im speziellen bilden? Zu einem gewissen Teil schon. Es wird darauf noch speziell einzugehen sein. Einen nicht unwesentlichen Teil machen hier aber psychologische und wirtschaftliche Faktoren aus. Es sei hier nur an die Schwankungen der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die mit wirtschaftlicher Rezession und drohender Kündigung zusammenhängen, erinnert.

Gerade in Zeiten der Rezession werden wirtschaftliche Engpässe allzu gerne und zudem leider mit beachtlichem Erfolg «vermedizinalisiert». Geringfügige körperliche Einbussen werden zum Anlass genommen, Angestellte auf dem «blauen Weg», das heisst auf Kosten der Medizin bzw. der Invalidenversicherung, vorzeitig in Pension zu schicken. Schliesslich lässt man sich lieber das Etikett eines bedauernswerten, vom Schicksal geplagten Patienten als dasjenige des Faulpelzes und des gesellschaftlichen Schmarotzers umhängen! Wie oft auch hört man aber, dass ein Patient erst dann wieder im Betrieb akzeptiert wird, wenn er hundertprozentig wiederhergestellt sei! Auch hier ist die asymptotische Kurve, die nur sehr langsam die 100-Prozent-Grenze erreicht, bekannt. Jede Wiedereingliederung wird aber um so schwieriger, je länger ein Patient von der Arbeit weggeblieben ist!

Die krassesten Unterschiede in der Dauer der Arbeitsunfähigkeit findet man aber bekanntlich zwischen Selbständigerwerbendem und Arbeitnehmer – vorausgesetzt, dass ersterer nicht überaus hoch für Taggeld versichert ist!

Wie steht es nun aber mit den Kosten, die durch Arbeitsausfall, Taggelder usw. entstehen, im Vergleich zu den effektiven Behandlungskosten? Greifen wir hier zu den leicht erhältlichen Zahlen der SUVA, der EMV und zu neueren Berechnungen, die für den Rheumatismus angestellt wurden.

Bei der *SUVA* betrugen bei den Betriebsunfällen die Gesamtausgaben im Jahre 1981 800 Mio Franken, davon waren 116 Mio Heilkosten. Die restlichen 684 Mio verteilten sich auf Krankengelder, Renten usw., allein 60 Mio auf Verwaltungskosten! Die Heilkosten selbst machten knappe 15% der Gesamtausgaben aus. Bei den *Nicht*betriebsunfällen waren es knapp 18%.

Bei der *Eidgenössischen Militärversicherung* beliefen sich im Jahre 1981 die Barleistungen, also Taggelder usw., auf 30 Mio, die Rentenzahlungen auf 110 Mio, die Behandlungskosten, also Spital-, Arzt- und Arzneikosten, auf 29 Mio, was 17% der Gesamtausgaben entspricht.

Auf Anregung der Eidgenössischen Kommission zur Bekämpfung von *Rheuma*erkrankungen wurde in Genf eine Dissertation mit der Frage nach den Kosten des Rheumatismus in der Schweiz verfasst. Die Zahlen wurden in der «Schweizerischen Ärztezeitung» publiziert (2.3.83) und ergaben als Kosten für ambulante Behandlungen 146 Mio, für Spitalaufenthalte 193 Mio und Invalidenrenten 300 Mio Franken Ausgaben. Zu diesen 600 Mio direkten Kosten kommen als *indirekte Kosten für Produktionsausfall* 622 Mio wegen verlorener Arbeitstage und 1054 Mio Franken wegen Invalidität hinzu. Wir kommen somit auf die beachtliche Zahl von 2,3 Mia Franken Gesamtkosten für den Rheumatismus, wobei Behandlungs- und Spitalkosten mit rund 340 Mio *wiederum «nur»* 14% ausmachen.

Bei den Diskussionen um die Kosten im Gesundheitswesen geht es aber immer nur um diese etwa 15%, die durch die Medizin im engeren Sinne bzw. durch uns Ärzte verursacht werden. Dabei sind es diese 15%, die verantwortlich sind für die restlichen 85%! Es steht aber ausser Frage, dass die Relation zu den indirekten Kosten, also Taggeld- oder Rentenaufwendungen, noch viel mehr zuungunsten der letzteren ausfallen würden, wenn nicht der hohe Standard der medizinischen Behandlung eine dauernde Senkung der Dau-

er der Arbeitsunfähigkeit und Verminderung der Höhe der Invaliditäten bewirkten. Verbesserungen der medizinischen Behandlung üben demnach einen frankenmässig grossen Effekt auf die Folgekosten aus!

Kostenexplosion und Unfallfolgen

Wir haben in der Schweiz bekanntlich etwa eine Million Unfälle pro Jahr. Jeder sechste Schweizer hat einmal einen Unfall jährlich. Der dadurch bedingte Ausfall an Arbeitstagen beträgt 57 Mio. Das wäre etwa, wie wenn alle Berufstätigen der Stadt Zürich ein ganzes Jahr lang nicht zur Arbeit gingen (P. Matter)! Wenn wir die Spital- und Behandlungstage durch unsere Massnahmen nur um je einen Tag verkürzen, würde dies eine Einsparung von 20 Mio Franken pro Jahr bringen.

Analog sieht die Rechnung bei den durch Invalidität verursachten Kosten aus. Die Reduktion der Invalidität pro Fall um ein einziges Prozent könnte uns 45 Mio Einsparungen pro Jahr bringen. Was ist nun aber auf diesem Gebiet in den letzten Jahren geschehen? Zahlenmässig standen im Jahr 1945 Frakturen nach den Hautwunden, Augenverletzungen und Distorsionen an vierter Stelle, kostenmässig aber an zweiter Stelle. Von 1945 bis 1975 haben sich bei den verschiedenen Frakturen die Renten wie folgt vermindert (St. Perren):

Humerus	-45%
Radius/Ulna	-28%
Femur	-34%
Patella	-20%
Tibia/Fibula	-45%
Malleoli	-31%
Metatarsus	-17%

Entwicklung der Renten bei Malleolarfrakturen

	1933/34	1945	1975
Isoliert lateral	8%	4%	4%
Isoliert medial	22%	12%	9%
Bi-Malleolarfrakturen	43%	31%	18%
Alle Malleolarfrakturen		13%	9%

Diese Zahlen sind zweifellos ein Beweis für die Effizienz der besseren Behandlung, und wenn heute die Behandlung einer Fraktur durch Osteosynthese auch teurer ist, so wird dies bei der Rentenauszahlung mehr als kompensiert. Abgesehen davon konnte zum Beispiel durch die Fortschritte der Osteosynthesetechnik gerade bei den Frakturen die Hospitalisationsdauer ganz drastisch gekürzt werden.

Wie vermerkt, wird über diese Zahlen kaum je gesprochen; sie erscheinen auch kaum je in einer Veröffentlichung. Sie sind wenig transparent und berühren das Denken des Bürgers nicht so offensichtlich wie eine Staatsrechnung, in der die Spitaldefizite mit grossen Lettern zu Buche stehen und auch entsprechend kommentiert werden. Renten, Taggeldansprüche, Arbeitszeiten und «Recht auf soziale Sicherheit» sind aber «heilige Kühe» und Politika, somit tabu! Es ist sehr viel einfacher und wirkungsvoller, die geldgierigen «weissen Haie» zu harpunieren und die in einem noch freiheitlichen System Arbeitenden an den Pranger zu stellen, als über die Verhältnismässigkeit sozialer Einrichtungen Fragen zu stellen. Erinnert sei in diesem Zusammenhang beispielsweise nur an das allgemeine Verhalten zu dem, was unsere Gesundheit am meisten gefährdet: Alkohol und Tabak. Wehe dem, der auf die Idee kommt, dass von den durch Alkohol und Tabak erzielten Einnahmen nach dem Verbraucherprinzip etwas für das Gesundheitswesen abgezogen werden könnte! Denken wir auch an die (meiner Ansicht nach) jämmerlichen und beschämenden Diskussionen über Gurtenobligatorium und Geschwindigkeitsbeschränkungen!

Andererseits müssen wir uns vergegenwärtigen, dass wir in erster Linie vom Staat, das heisst von den Sanitätsdepartementen und Kantonsregierungen mit ihren leeren Kassen, unter Druck gesetzt werden. Denn sie sind es, die vor allem für die zweifellos teuer gewordenen Behandlungskosten in den Spitälern aufzukommen haben, ohne dass sie – mindestens direkt – von der Verbesserung der Lebensqualität, der Verkürzung der Behandlungsdauer oder der Verminderung der Rentenhöhen profitieren könnten. Es sind in unserem Gesundheitssystem eben recht viele voneinander unabhängige Kassen und Budgets betroffen! Trotzdem darf sich die Schweiz im internationalen Vergleich (bezogen auf die Prozentausgabe des Bruttosozialproduktes pro Kopf der Bevölkerung) noch lange sehen lassen.

Ärztedichte und Kostenexplosion

Kehren wir zu den direkt verursachten Behandlungs- und Spitalkosten, also zu den 15% der Gesamtkosten, zurück. Es steht ausser Frage, dass an den dabei gestiegenen und weiter ansteigenden Kosten die *Zahl der Ärzte* mit eine – und keine geringe – Rolle spielt.

Die Schuld an der Ärzteplethora trifft die Ärzte selbst aber zuallerletzt. Mahnungen angesichts der voraussehbaren Ärztedichte sind wie Kassandrarufe verhallt. Trotz der andau-

ernden Klagen über Ärzteplethora und Kostenexpansion im Gesundheitswesen werden von den eidgenössischen Parlamenten 60 Mio zur Verhinderung eines Numerus clausus bewilligt. Dabei gilt für jeden jungen Menschen, der Schreiner, Physiotherapeut oder Turnlehrer werden will, ein ganz harter und unerbittlicher Numerus clausus. Wären die 60 Mio (die bislang glücklicherweise noch niemand angerührt hat) nicht besser in einem Sozialjahr angelegt, in dem ein angehender Mediziner auch seine Motivation für das «Helfen und Heilen» selbst prüfen könnte? Mit der allgemeinen Zunahme der Zahl der Ärzte ist natürlich auch die *Zahl der Orthopäden* gestiegen. Zählte die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie 1963 noch 47 ordentliche Mitglieder, so ist deren Zahl heute auf 180, also auf das etwa Vierfache, angestiegen. 1975 waren 117 Orthopäden in Spitälern und Praxen tätig, das heisst einer auf 52000 Einwohner. 1981 waren es 139, also einer auf 43000 Einwohner. Die Zielvorstellung von einem orthopädischen Chirurgen auf 30000 Einwohner sollte nach unseren damaligen Berechnungen 1980 gedeckt gewesen sein, war es aber nicht, weil glücklicherweise nicht 18 pro Jahr «ausgestossen» wurden, wie dies prognostiziert worden war.

Durch steigende Ärztedichte ist aber nicht nur die Kosten-Nutzen-Relation gefährdet, sondern auch die Qualität der Aus- und Weiterbildung, da sich – wie dies M. Geiser einmal ausgedrückt hat – die Erfahrungsmöglichkeit verdünnt («Schweiz. Ärztezeitung» *63,* 882, 1982).

Bedürfnisnachweis für zu eröffnende Praxen und Arbeitszeitverkürzung, wie dies kürzlich vorgeschlagen worden ist, sind aber weder ein taugliches Mittel zur Verminderung der Ärzteplethora, geschweige denn zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen.

Spitalkapazitäten und Kostenexpansion

Durch wirksame Behandlungsmethoden, insbesondere auf dem Gebiet der Osteosynthese, ist es gelungen, wie erwähnt, zum Beispiel die Hospitalisationszeit von Fraktur- oder Osteotomiepatienten ganz erheblich zu verkürzen. Die Verkürzung der Hospitalisationszeit ist ein entscheidender Beitrag an die Senkung der Behandlungskosten – aber nur gesamthaft gesehen. Für das betreffende Spital wirkt sich diese Massnahme absolut kontraproduktiv aus! Wir alle wissen, dass die teuren ersten Tage im Operationssaal und auf der chirurgischen Station erst mit der Zeit einigermassen kompensiert werden. Wir stehen also schon angesichts dieser einfachen, aber trotzdem wirksamen Massnahme vor einem Dilemma und sehen darin auch die Schizophrenie der Gesamtberechnungen im Gesundheitswesen vor uns ausgebreitet. Obwohl wir uns in der Regel unserem eigenen «Brötchengeber», nämlich dem Spitalträger, näher verbunden fühlen als Krankenkasse und Staat, erscheint es unverantwortlich und kurzsichtig, die Dauer der Hospitalisation länger als medizinisch unbedingt nötig in die Länge zu ziehen. Der Blick aufs Ganze muss uns vor partikularistischem und kleinkrämerischem Denken bewahren. Eine klare, dezidierte Haltung ist da allerdings in der Regel eine Kampfansage an die Spitalverwalter! Nachdem der Patient vor allem im Spital sich daran gewöhnt, krank und behindert zu sein, verhelfen kurze Hospitalisationen aber andererseits auch, die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu fördern.

Notwendigkeit ärztlicher Behandlung

Eine weitere wesentliche Möglichkeit der Kostenexpansion und damit umgekehrt natürlich auch der Kosteneindämmung ist speziell auf dem Gebiet der Orthopädie die Frage der *Indikation* zu einem operativen Eingriff. Erfahrung, Kompetenz und ein hohes Mass an Verantwortungsbewusstsein spielen dabei die Kardinalrollen. Es seien hier die sehr bedenklichen Zahlen aus den USA über Häufigkeit von Appendektomien, Tonsillektomien, Discushernienoperationen usw., die eine merkwürdige und nachdenkenswerte Relation zur Zahl der Ärzte und zum Wohlstand bzw. zur Krankenkasse ergeben haben, nicht wiederholt. Man darf die Augen vor solchen Tatsachen aber nicht verschliessen, wenn unser freiheitliches Gesundheitssystem aufrechterhalten bleiben soll.

Ein weiterer Punkt betrifft die *Kompetenz der Durchführung einer Behandlung.* Je kompetenter die Indikation, die Durchführung einer Behandlung und Nachbehandlung, desto effektiver ist das Resultat. Erwähnt sei hier nur das Stichwort «Indikation in bezug auf den Behandler bzw. Operateur»: Es ist Aufgabe einer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft, durch Hebung des Standards ihres Faches und durch Verbesserung der Kompetenz ihrer Mitglieder die Qualität der Patientenversorgung zu steigern. Es ist nicht zu bestreiten, dass durch inkompetente Behandlung und dadurch ungebührlich hohe Komplikationsraten die Kosten zusätzlich in die Höhe getrieben werden. In diesem Sinne ist Qualitätskontrolle ein Gebot

der Stunde. Sie wird einen Beitrag zur Kostenbremsung und zur qualitativen Verbesserung der Patientenbehandlung leisten können.

Die Selbstverantwortung der Patienten

Nachdem feststeht, dass die eigentlichen Behandlungskosten im «Gesamtkuchen» des Gesundheitswesens nur knappe 15% ausmachen, wäre eines der wirksamsten Mittel zur Teuerungsbekämpfung ein Beitrag an die *Erziehung unserer Patienten zu mehr Selbstverantwortung* und mehr Sinn für Solidarität. Es ist nicht verwunderlich, dass ausgerechnet ein Engländer, nämlich Anthony Eden, einmal gesagt hat: «Jeder erwartet vom Staat Sparsamkeit im allgemeinen und Freigiebigkeit im besonderen.» Die Patienten müssen aber auch zu mehr Einsicht in die «Grenzen der Möglichkeiten» erzogen werden. Bescheidenheit im eigenen Auftreten und Zurückhaltung in der Publikmachung von mutmasslichen Fortschritten (z. B. neuen Endprothesenmodellen) könnten hier auch einen kleinen Beitrag leisten. Wir dürfen nicht vergessen, dass die medizinische Publizistik und damit das Bekanntwerden medizinischer Fortschritte das allgemeine Verlangen nach Linderung von Schmerzen und Beseitigung von Behinderungen sowie den Wunsch nach einer noch besseren Anpassung an die Umwelt ganz erheblich steigern!

Ein wichtiges Mittel in der Erziehung zu einem kostenbewussten Betreiben der Medizin auf allen Stufen ist aber eine *bessere Transparenz der anfallenden Kosten* und des durch unser Handeln erzielten Nutzens. Nicht zu erfassen ist hier allerdings die Lebensqualität, die wir täglich zu verbessern suchen und für die uns der einzelne Patient in der Regel auch dankbar ist. Solange die Medizin wie in unserem Lande in erster Linie eine Individualmedizin und nicht eine staatlich gelenkte Gesundheitsversorgung ist, werden die Diskussionen um das, was wir uns für unsere Gesundheit noch leisten können, nicht abbrechen, insbesondere auch solange nicht, als der Bezüger unseres Produktes, nämlich der Patient, für die Rechnung nicht direkt aufzukommen hat. Ein stärkeres Engagement des einzelnen für seine eigene Gesundheit wäre aber wohl das wirksamste Mittel zur Kostensenkung – aber auch hier haben wir es offensichtlich mit einer «heiligen Kuh» zu tun!

Der Nachdruck dieses Artikels aus der «Schweizerischen Ärztezeitung», Band 64, 1983, Heft 39, erfolgte mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Schweiz. Ärztegesellschaft, FMH.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. E. Morscher
Vorsteher der Orthopädischen Universitätsklinik Basel
Felix Platter-Spital
4055 Basel