**Zeitschrift:** Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

**Herausgeber:** Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

**Band:** - (1997-1998)

**Heft:** 57

**Vorwort:** Editorial : Gesundheitswesen am Scheideweg : mit ökonomischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu einem gerechteren Gesundheitswesen

**Autor:** Wettstein, Albert

**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:** 16.07.2025

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

# Gesundheitswesen am Scheideweg

## Mit ökonomischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu einem gerechteren Gesundheitswesen

von Albert Wettstein

> Tue anderen nichts an, was du nicht willst,
> dass andere es dir antun.
> Daraus folgt das universelle Welt-Ethos:
> Gerechtigkeit - Friede - Bewahrung der Schöpfung
> (F. von Weizsäcker)

### Gefahr ungebremster Gesundheitskosten

Auch für uns im Gesundheitswesen Tätige gilt diese ethische Forderung ohne Einschränkung. Es zeichnet sich jedoch eine Bedrohung ab: die bisher ungebremst steigenden Gesundheitskosten stehen in Gefahr, eine Höhe zu erreichen, die für viele eine gerechte Zuteilung von Dienstleistungen des Gesundheitswesens nicht mehr erlaubt. Da gleichzeitig die Subventionsschatullen der Öffentlichen Hände immer karger werden, versagt auch die traditionelle staatliche ausgleichende Gerechtigkeit. Wenn es so weiter geht, werden Kranke bald nötige und sinnvolle Leistungen, die wir alle für uns selber gegebenenfalls fordern würden, sich nicht mehr leisten können. Deshalb hat unsere Bevölkerung das neue Krankenversicherungsgesetz angenommen mit einer obligatorischen Versicherung zur Deckung ambulanter und stationärer Krankheitskosten. Wenn aber die im Gesetz vorgesehenen Massnahmen zur Eindämmung der Kostensteigerung vor allem im Spitalbereich, aber auch in allen anderen Sektoren des Gesundheitswesens, nicht zum Tragen gebracht werden, werden die Gesundheitskosten für einzelne - vor allem im Mittelstand, der noch nicht von den staatlichen Verbilligungen profitieren kann - ungerecht hoch werden.

Dies würde, zusammen mit dem tendenziell sinkenden Wohlstandsniveau, den sozialen Frieden gefährden. Wir im Gesundheitswesen Tätige - rund 9% aller Beschäftigten in der Stadt Zürich - müssen uns verpflichtet fühlen, der eingangs geschilderten Entwicklung entgegenzuwirken. Ausserdem trägt hier jeder Bürger Verantwortung, seine eigenen Ansprüche im Zaume zu halten.

## Mehr Betagte -kein Grund für höhere Gesundheitskosten

Eine wichtige Fehlinformation - die häufig als Entschuldigung und Erklärung für das überproportionale Wachstum der Gesundheitskosten herangezogen wird - hat sich zum Glück als Illusion erwiesen: Der zunehmende Anteil an Betagten und Hochbetagten führt *nicht* zu steigenden Gesundheitskosten! Denn die scheinbar enge Korrelation der Gesundheitskosten mit dem Alter hat nichts mit dem absoluten Alter, sondern mit der Restlebenszeit zu tun (Siehe Seite 18). Sowohl in der Schweiz als auch in den USA konnte nämlich nachgewiesen werden, dass die Gesundheitskosten in den beiden letzten Lebensjahren, und dabei besonders in den letzten drei Lebensmonaten, exponentiell ansteigen. Bei oberflächlicher Betrachtung kann dies als altersbedingter Anstieg der Gesundheitskosten interpretiert werden, in Wirklichkeit handelt es sich aber um eigentliche Sterbekosten, d.h. um Kosten durch Krankheiten, die trotz Behandlung zum Tode führen.

Dasselbe gilt auch für die Langzeitpflegebedürftigkeit. Auch sie nimmt exponentiell mit steigendem Alter zu - als Folge der mit dem Alter steigenden Sterbewahrscheinlichkeit. Auch Langzeitpflegebedürftigkeit ist ein präterminales Phänomen: im Durchschnitt sind Männer ein Jahr und Frauen zwei Jahre vor ihrem Tod in mindestens einem Bereich der Aktivität des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen - unabhängig davon, ob sie mit 70 oder mit 90 Jahren sterben. Dies konnte in prospektiven Studien mehrfach nachgewiesen werden.

## Abschied von der Maximalmedizin

Die Erkenntnis, dass ein Grossteil der Gesundheitskosten im letzten Lebensabschnitt verbraucht wird und es sich nolens volens im Nachhinein herausstelllt, dass die teuren Bemühungen nichts geholfen haben, ergibt kein einfaches Sparrezept zur Kostenreduktion. Oft ist nämlich das nahe Ende nicht offensichtlich und oft auch nicht sicher unabwendbar. Zudem wollen die meisten Betroffenen - aus ihrer individuellen Sicht zu Recht - alles Mögliche tun, um den nahenden Tod abzuwenden oder wenigstens hinauszuschieben.

Statt einer Maximalmedizin ist aber heute eine für den individuellen Patienten optimale Medizin angezeigt. Blosse Lebensverlängerung ohne Berücksichtigung der Lebensqualität ist auch von den meisten Patienten unerwünscht.

Es gibt immer noch Situationen, in denen Patienten, die bereit sind, den nahenden Tod zu akzeptieren, von Angehörigen und manchmal auch vom Medizinalpersonal dazu gedrängt werden, noch medizinische Leistungen zu akzeptieren, weil "es vielleicht doch noch etwas bringen könnte". Noch zu oft werden unnötige, wirkungslose oder mindestens fragwürdige Behandlungen schwerkranken Patienten zugemutet, statt das natürliche Sterben zu akzeptieren.
Dann ist auf wirkungsvolle Palliation umzustellen und zu anerkennen, dass auch der Tod ein Teil der Schöpfung ist und dass der Kampf dagegen auch unethisch und vermessen sein kann.
Es kann dann sinnvoll sein, das Leben und Leiden eines terminalkranken Demenz-, Herz- oder Krebspatienten nicht mehr mit Antibiotika oder künstlicher Hydration zu verlängern und zu akzeptieren, dass die Natur - gnädigerweise - es so eingerichtet hat, dass Schwerkranke, wenn künstliche Eingriffe unterlassen werden, sterben können.

Medizinisches Handeln - nur bei nachgewiesener Wirksamkeit

Es ist wichtig, in jedem individuellen Fall zu überprüfen, ob präventives, kuratives oder palliatives medizinisches Handeln angezeigt ist. Wir sollten uns dabei immer weniger davon leiten lassen, was "möglich" ist und was schlecht informierte Laien "wünschen", sondern auf das beschränken, was nachgewiesenermassen wirkungsvoll ist, so wie es die "evidence based medicine", d.h. sich strikte auf wissenschaftliche Erkenntnisse abstützende Medizin, mit den sechs Effizienzkriterien von Cochrane formuliert:

1. Konzentration auf das, was verhütbar ist und das konsequent verhüten
2. Konzentration der Diagnostik auf das, was behandelbar ist, keine Diagnostik als art pour l'art
3. Erwägen aller Behandlungen, deren Wirkung nachgewiesen ist
4. Reduktion oder Elimination der wenig oder nicht wirksamen Behandlungen, die wirkungsvollen jedoch allen zugänglich machen
5. Intervention zum kostengünstigsten Zeitpunkt
6. Behandlung am kosteneffizientesten Ort.

Wenn die universitäre Medizin systematisch in allen wesentlichen Bereichen - auch der Geriatrie und Rehabilitation - solche Präventions-, Diagnose- und Behandlungskriterien erarbeitet, regelmässig überarbeitet und diese dann auch - wie es das neue KVG ja vor-

schreibt - systematisch angewendet werden, besteht die berechtigte Hoffnung, dass die Gesundheitskosten nicht weiter ansteigen und die neuen und teuren Errungenschaften der Medizin durch Weglassen von weniger effizienten Methoden kompensiert werden können.

Notwendige Bettenreduktion im Spitalbereich

Unverzichtbarer Teil einer "evidence based medicine" ist es, nicht benötigte Spitalbetten zu schliessen, denn es ist nachgewiesen, dass leere Spitalbetten für "mögliche" oder "unter Umständen wünschbare" Behandlungen unnötig belegt werden. Dazu gehört auch das unnötig lange Belegen eines Spitalbettes aus sozialen oder pflegerischen Gründen. Sofern es genügend adäquate Angebote im Heim- oder Spitexbereich gibt, ist es heute nicht mehr zu verantworten, Patienten länger als medizinisch-technisch nötig in Spitalbehandlung zu behalten.

Neue Aufgabe für die Kranken- oder Pflegeheime

Es ist unsere Aufgabe, dafür zu sorgen, dass Patienten sobald wie möglich von technisch aufwendigen und teuren Spitälern (wo zwei Drittel der Kosten durch die medizinisch-technische Infrastruktur und nur ein Drittel der Kosten durch die Pflege generiert werden) in Institutionen verlegt werden können, wo in Ruhe sorgfältig gepflegt wird und wo die sozialen Umstände abgeklärt werden können. Das Kranken- oder Pflegeheim ist nicht mehr nur für Langzeitpflegepatienten da, sondern zusätzlich für drei andere Patientengruppen:

1. für Patienten, die nach einem zeitlich begrenzten Aufenthalt im Krankenheim - wieder selbständig geworden - nach Hause zurückkehren,
2. für Patienten, die palliativ betreut im Sterben begleitet werden,
3. für Patienten, die eine Langzeitpflege benötigen und warten, bis in der Institution *ihrer* Wahl ein Platz frei wird.

Die städtischen und privaten Pflegeheime können diese Aufgabe dank dem Ende der Bettennot im Pflegebereich (siehe Intercura 56) immer besser übernehmen und die Spitäler entlasten, so dass die von der Gesundheitsdirektion vorgeschlagenen Bettenreduktionen in den Spitälern des Kantons Zürich auch realisierbar sein werden ohne Einbusse an der Qualität der Gesundheitsversorgung, aber unter massiver Kostenersparnis.

## Sinnvolle Alternativen zur Rationierung

Diese in den nächsten Jahren voraussichtlich vollständige Verlagerung von heute noch aus pflegerischen Gründen hospitalisierten Patienten in Pflege- oder Krankenheime hat eine langfristig ökonomisch entscheidende Nebenwirkung: Im Gegensatz zu den Spitalkosten, die in den ersten 60 Tagen voll von der Krankenversicherung gedeckt werden, muss in den Pflegeinstitutionen die Krankenversicherung nur die Pflegekosten übernehmen, die Hotelkosten bezahlen die Patienten selbst.

Dieses System erfüllt die vom Ökonomen Zweifel postulierten Kriterien (siehe Seite 18ff), die nötig sind, um ein Gesundheitswesen ohne Rationierung langfristig und gerecht finanzieren zu können. Es ist unsere Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung, die Steuer- und Prämienzahler, diese im Interesse der langfristigen Finanzierbarkeit nötigen Umwälzungen im Gesundheitswesen verstehen, auch wenn es teilweise ein Verzicht auf lieb und teuer gewordenen Gewohnheiten bedeutet.

## Flexibilität ist nötig

Es ist für die in den Pflege- und Krankenheimen Tätigen wichtig, sich diesen neuen Aufgaben ebenso zu stellen und gleich gut zu bewältigen, wie sie es bisher in der Langzeitpflege getan haben. Dazu braucht es hohe Flexibilität auf allen Stufen, vom Patientenbüro und Pflegedienst bis zum Pflegekader, der Ärzteschaft und den Heimleitungen.

Ich bin davon überzeugt, dass uns dies gelingen wird und dass wir so auch in den nächsten Jahrzehnten ein gerechtes, funktionierendes und ungefährdetes Gesundheitswesen haben werden, das wir uns - Arme und Reiche, Alte und Junge - auch leisten können, wenn wir immer wieder bereit sind, uns den ökonomischen Notwendigkeiten zu stellen und auch im Gesundheitswesen Liebgewordenes, für das keine zwingende Notwendigkeit mehr besteht, als veraltet, Luxus oder Verwöhnen zu betrachten und aufzugeben, eher schon morgen als erst übermorgen!

---