

## Manifest für das Masshalten im Gesundheitswesen

*„Die technisch unbegrenzt scheinenden Möglichkeiten haben einen Teil der in der Medizin Tätigen dazu verführt, gewagte Zukunftsszenarien zu entwerfen. Diese bewerten Krankheit und Tod nicht mehr als unbesiegbar, sondern stellen sie nur noch als ein technisch ungelöstes Problem dar: «Die spektakulären Erfolge der Medizin (haben) unrealistische und darum unerfüllbare Erwartungen (...) geweckt.» Eine solche Haltung begünstigt die Vorstellung einer laufenden, grenzenlosen Weiterentwicklung. Viele der in der Medizin Tätigen, Teile der pharmazeutischen und der technischen Industrie, aber auch die Gesellschaft selbst treiben solche Vorstellungen voran. Über Limitierungen im Sinne des vernünftigerweise Machbaren wird auf allen Seiten nur zögernd nachgedacht.“*

Aus: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts (2004). Bericht einer ExpertInnengruppe der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der fünf Medizinischen Fakultäten

### **Abstract:**

Das Gesundheitswesen befindet sich in einer Vertrauenskrise. Zahlreiche Indikatoren weisen in diese Richtung: Nicht abreissende Meldungen über finanzielle Engpässe und eine gleichzeitige Ökonomisierung, Zweifel an den fairen Zugangschancen zu medizinischen Leistungen, die Unübersichtlichkeit gesundheitspolitischer Massnahmen mitsamt ihren zweischneidigen Folgen, aber auch veränderte Auffassungen über Gesundheit setzen dem System zu. Es zeichnet sich eine grosse Unsicherheit hinsichtlich der moralischen, politischen und ökonomischen Eckdaten des Gesundheitswesens ab. Was ist der Sinn unserer Sorge für die Kranken? Was schulden wir einander? Weichen wir der Frage aus, was Krankheit in existenzieller Hinsicht bedeutet? Wie lässt sich das «Gut» der Gesundheit genauer fassen? Brauchen wir für das Gesundheitswesen eine solidarische «Politik der Freundschaft» und eine «Ökonomie der Gabe», wie wir sie eindrucksvoll in der Philosophie vorgedacht finden? Wie sehen die menschlichen Grundlagen einer medizinischen «Institution des Vertrauens» aus? Wir sollten zu den ernststen Fragen zurückkehren und die existenzielle Bedeutung des Gesundheitswesens in Erinnerung rufen.

Siehe auch: Wils, Jean-Pierre & Baumann-Hölzle, Ruth (2012). Sinn und Zukunft des Gesundheitswesens. Schulthess.

### **„Nicht alle Operationen sind nötig“**

Der oberste Orthopäde Bernhard Christen sorgt sich wegen Risiken und Kosten unnötiger Eingriffe.

In: NZZ am Sonntag, 25. August 2013

### **„Schweizer sind Weltmeister beim Operieren“**

Nirgendwo wird mehr operiert als in der Schweiz. Das zeigt ein neuer Ländervergleich. Nun sind die Ärzte daran, Listen unnötiger Therapien zu erstellen. Diese sollen von den Krankenkassen nicht mehr bezahlt werden.

In: Schweiz am Sonntag, 27. April 2013

## Facts & Figures

### Lebenserwartung in der Schweiz: Wir werden immer älter...

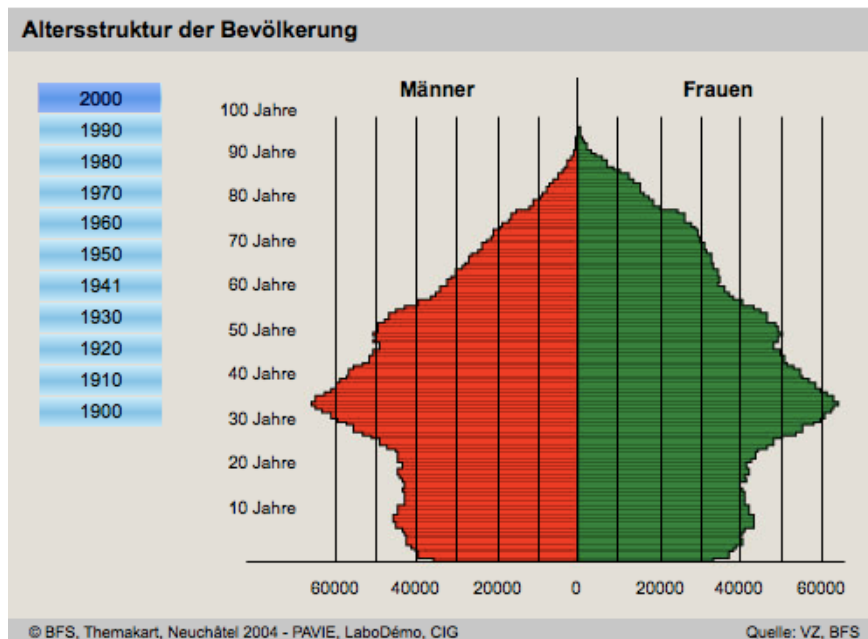
„Gegenwärtig ist die Lebenserwartung bei Geburt in der Schweiz eine der höchsten der Welt, was vor allem auf den starken Anstieg im Laufe des 20. Jahrhunderts zurückzuführen ist. Seit 1900 hat sie sich fast verdoppelt: von 46,2 auf 80,5 Jahre für die Männer und von 48,9 auf 84,7 Jahre für die Frauen.“

Durchschnittliche Anzahl weiterer Lebensjahre

	1981	1991	2001	2010	2011	2012
<b>Bei der Geburt</b>						
Männer	72.4	74.1	77.4	80.2	80.3	80.5
Frauen	79.2	81.2	83.1	84.6	84.7	84.7
<b>Im Alter von 30 Jahren</b>						
Männer	44.5	46.1	48.7	50.9	51.1	51.2
Frauen	50.4	52.2	53.8	55.2	55.3	55.2
<b>Im Alter von 50 Jahren</b>						
Männer	26.0	27.7	29.9	31.8	32.0	32.1
Frauen	31.3	33.1	34.5	35.8	35.9	35.7
<b>Im Alter von 65 Jahren</b>						
Männer	14.3	15.6	17.3	18.9	19.0	19.1
Frauen	18.2	19.8	21.1	22.2	22.2	22.1
<b>Im Alter von 80 Jahren</b>						
Männer	6.2	6.8	7.6	8.4	8.4	8.4
Frauen	7.6	8.7	9.4	10.2	10.1	10.0

BFS, Bevölkerungsbewegung – Indikatoren, 2014

### Alters“pyramide“: Der Sockel wird schmaler

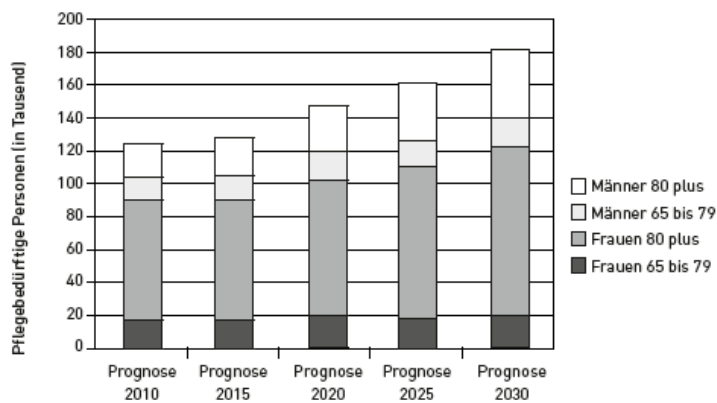


BFS, Atlas über das Leben, 2004

## Pflegebedürftigkeit

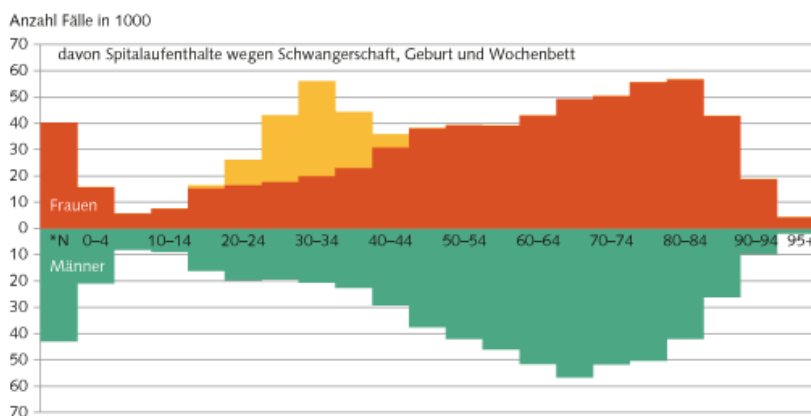
Häufigkeit von pflegebedürftigen älteren Personen (in Alters- und Pflegeheimen sowie zu Hause gepflegte Personen)

	Altersgruppen				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85plus
<b>Pflegebedürftige in %*</b>					
Total	1.4%	3.5%	6.3%	13.3%	33.9%
Männer	1.1%	3.4%	7.2%	9.0%	23.3%
Frauen	1.7%	3.6%	5.7%	15.9%	38.2%
<b>Pflegebedürftige Personen*</b>					
Total	5044	10306	15767	24998	59023
Männer	1848	4547	7657	6362	12463
Frauen	3242	5758	8237	18676	46156



François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn: Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber (2011).

## Hospitalisierungen nach Alter und Geschlecht

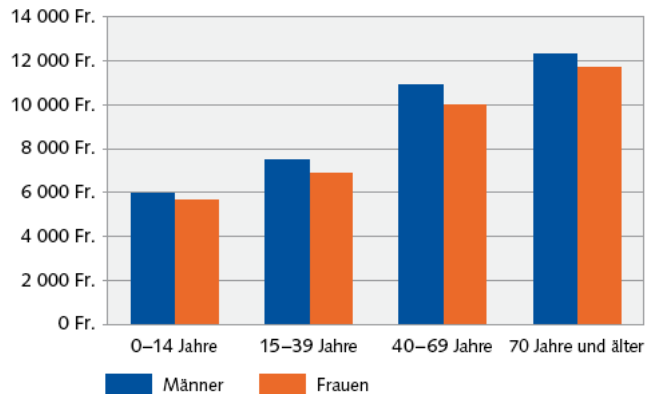


Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS

© E

BFS, Krankenhäuser – Indikatoren

### Kosten der Krankenhausaufenthalte nach Alter und Geschlecht



© BFS

BFS, BFS Aktuell, Die Kosten der stationären Spitalaufenthalte 2011 (erschieden am 27. 11. 2013)

### Kosten der Leistungserbringer

In Millionen Franken

	2007	2008	2009	2010	2011
Allgemeine Krankenhäuser	14'874.7	16'009.6	16'705.1	17'222.1	17'780.1
Pflegeheime	7'191.4	7'553.7	7'935.9	8'136.6	8'604.2
Ärzte (ambulant)	9'752.2	10'318.2	10'691.7	10'930.5	11'313.2
Spitexdienste	1'212.4	1'274.7	1'307.7	1'585.0	1'733.6

Ausschnitt aus: BFS, Kosten, Finanzierung – Daten, Indikatoren, 2013

### Medikamentenkonsum (insgesamt) in den 7 letzten Tagen seit 1992 von 38,3 auf 48,6 Prozent gestiegen

In % der Bevölkerung ab  
15 Jahren

	Ja		Nein		Total Stichprobe		Gesamtbev.
	% Pop.	+/-	% Pop.	+/-	n	% Pop.	N
Total							
1992	38.3	± 0.9	61.7	± 0.9	15 278	100	5 683 260
1997	40.7	± 1.0	59.3	± 1.0	12 999	100	5 880 186
2002	40.8	± 0.9	59.2	± 0.9	19 688	100	6 017 638
2007	46.3	± 0.9	53.7	± 0.9	18 733	100	6 186 711
2012	48.6	± 0.9	51.4	± 0.9	21 585	100	6 838 268

BFS, Ambulante Dienste – Daten, Indikatoren

## Steigende Medikamentenkosten

### Beispiel Preisentwicklung Zoladex:



### Beispiel Krebsmedikament Campath:

„Ein besonders stossendes Beispiel ist das Krebs-Medikament Campath. Die Hersteller-Firma zog das Produkt europaweit zurück und lancierte die identische Substanz unter dem Namen Lemtrada als MS-Medikament. Zum 44-fachen Preis! Bei einer Zulassung in der Schweiz droht der gleiche Preissprung. Die Herstellerfirma Genzyme sagt, der Preis sei wegen eines hohen Zusatznutzens gegenüber der Konkurrenz gerechtfertigt. Arzt Thomas Cerny kann es nicht verstehen: Das Medikament war da und man kannte es gut. Und jetzt soll es in einer neuen Anwendung 40 Mal mehr kosten? Das kann man niemandem erklären.“

SRF, 4. März 2014

### Kostenanteil des Gesundheitswesens am BIP

1995	9.3%
1996	9.7%
1997	9.7%
1998	9.8%
1999	10.0%
2000	9.9%
2001	10.3%
2002	10.6%
2003	10.9%
2004	11.0%
2005	10.9%
2006	10.4%
2007	10.2%
2008	10.3%
2009	11.0%
2010	10.9%
2011	11.0%

BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2013

## Krankenkassenprämien – Prämienverbilligungen

„Im Jahr **2012 wurden insgesamt rund 4,17 Milliarden Franken Prämienverbilligung** ausgezahlt. Der Bundesanteil belief sich dabei auf rund die Hälfte (2,15 Milliarden Franken, 51.6 Prozent). Differenzierte Daten liegen derzeit erst für das Jahr 2011 vor: Insgesamt bezogen in der Schweiz rund 2,3 Millionen Personen Prämienverbilligungen. **Dies entspricht 28,9 Prozent aller Versicherten.** Kinder, Jugendliche und sehr alten Personen erhalten am meisten Prämienverbilligung.“

BAG, Faktenblatt Prämienverbilligung, 26. September 2013

## Personal im Gesundheitswesen

	2001	2005	2008
Anzahl Beschäftigte	452 073	498 375	541 824
<b>Anzahl Voll- und Teilzeitbeschäftigte</b>			
Vollzeit	246 826	260 978	282 870
Teilzeit	205 247	237 397	258 954
<b>Beschäftigte nach Geschlecht</b>			
Männer	129 579	141 772	152 947
Frauen	322 494	356 603	388 877
<b>Beschäftigte nach Staatsangehörigkeit</b>			
Schweizer	348 070	381 232	409 438
Andere Staatsangehörigkeit	104 003	117 143	132 386

BFS, Betriebszählung, 29. März 2010

## „Grosse Unterschiede bei den Ärzteteinkommen“

### Ärzteteinkommen 2008

Hauptfachgebiet	Mittelwert	Anzahl	Frauenanteil % <sup>1</sup>
Allgemeinmedizin	213 574	2 409	24,7
Anästhesiologie	282 796	156	40,0
Augenärzte	387 709	339	38,4
Chirurgie	273 023	230	12,2
Dermatologie u. Venerologie	270 702	178	45,2
Gastroenterologie	393 293	127	8,4
Gynäkologie u. Geburtshilfe	269 086	582	48,0
Hals - Nasen - Ohren	318 166	194	20,8
Innere Medizin	206 295	1 182	33,5
Kardiologie	359 225	208	12,3
Kinder- und Jugendmedizin	187 249	483	51,4
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	116 674	214	62,3
Onkologie	330 664	77	30,7
Neurochirurgie	414 303	30	11,2
Neurologie	191 291	130	26,0
Orthopädische Chirurgie	341 764	269	5,9
Phys. Med. u. Rehabilitation	163 000	42	29,4
Psychiatrie u. Psychotherapie	142 789	1 317	40,0
Radiologie	383 190	88	24,4
Rheumatologie	227 812	212	23,1
Urologie	325 416	97	5,9
Praktischer Arzt	146 774	226	50,3
Kein Hauptfachgebiet	184 318	232	51,0
Alle Fachgebiete <sup>2</sup>	230 620	9 650	35,8

NZZ, 7. September 2011

## Gefahr der Übertherapie – Systematisches Mammographie-Screening

In der Schweiz erkranken pro Jahr rund 5'400 Frauen an Brustkrebs. Rund 1'400 Frauen sterben pro Jahr an dieser Erkrankung. Das "systematische Mammographie-Screening" bezeichnet die radiologische Reihenuntersuchung von Frauen im Rahmen eines Screening-Programms. Dabei werden alle Frauen einer bestimmten Altersgruppe zu einer nicht ärztlich begleiteten Röntgenuntersuchung ihrer Brust eingeladen. Solche Screening-Programme werden in einigen Kantonen allen Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren angeboten.

Ein kürzlich veröffentlichter Bericht des Swiss Medical Board kam zum Schluss, dass das systematische Mammographie-Screening die Sterblichkeit an Brustkrebs nur geringfügig senkt. Gemäss Studiendaten aus den Jahren 1963 bis 1991 sterben von 1'000 Frauen mit regelmässigem Screening 1 bis 2 Frauen weniger an Brustkrebs als bei 1'000 Frauen ohne regelmässiges Screening. Dieser erwünschten Wirkung sind die unerwünschten Wirkungen gegenüberzustellen: So kommt es bei rund 100 von 1'000 Frauen mit Screening zu Fehlbefunden, die zu weiteren Abklärungen und zum Teil zu unnötigen Behandlungen führen. Auch ergibt sich ein sehr ungünstiges Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis. Zu diesem Schluss kam auch eine fast zeitgleich im British Medical Journal publizierte grosse Langzeitstudie aus Kanada mit fast 90 000 Frauen.

Swiss Medical Board: "Systematisches Mammographie-Screening" - 15. Dezember 2013

Die Studie im British Medical Journal:

<http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366>

Medienbericht New York Times zum Bericht des Swiss Medical Boards: Vast Study Casts Doubts on Value of Mammograms – 11. Februar 2014: *(den Artikel finden Sie in der Beilage)*

## Gefahr der Unterversorgung – Beispiel Einführung der DRG

*(Den ausführlichen Bericht finden Sie in der Beilage.)*

Seit dem Jahr 2012 werden die Kosten für Spitalbehandlungen nicht mehr nach Aufwand beim einzelnen Patienten vergütet, sondern die Patientinnen und Patienten werden neu in Kostenkategorien (Diagnoses related Groups, DRG) zusammengefasst und als so genannte „Fallpauschale“ abgerechnet.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigten, dass gerade die vulnerablen Gruppen, d.h. alte, gebrechliche und behinderte Menschen von der Fallkostenpauschale negativ betroffen sein können. Der Bericht „Vulnerable Gruppen und DRG“ zeigt unter anderem, dass die Spitalpatientinnen und –patienten früher entlassen werden und Spitex sowie Heime stärker als bislang gefordert sind. Die Patienten sollen die Station verlassen, sobald dies medizinisch verantwortbar ist. Der Bericht zeigt auch, dass Patienten nach Hause geschickt werden, die besser stationär beobachtet würden, was auch zu Rehospitalisierungen führe, was gerade für ältere Patienten belastend sein könne.

Abele, M. und N. Blumenfeld 2013: Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen. Zürich: gfs-zürich.

<http://dialog-ethik.ch/wp-content/uploads/2013/06/DRG-und-vulnerable-Gruppen1.pdf>

Aus: **Die Anerkennung unserer Grenzen. Ein Manifest für das Masshalten im Gesundheitswesen**

### 1. These des Manifests „Ausblendung unserer Grenzen“

Im Zentrum des Gesundheitswesens stehen Menschen, die erkrankt sind und um den Verlust ihrer Gesundheit fürchten. Sie werden konfrontiert mit der Erfahrung der Abhängigkeit von Dritten und mit der Endlichkeit ihres Lebens. Die Erwartungshaltung an die Medizin ist geprägt von illusorischen Hoffnungen und stets wachsenden Ansprüchen. Es macht sich eine Grenzvergessenheit breit, die in Medizinkonsum mündet und zu wachsenden Ressourcenproblemen führt.

**Forderung:** Die Anerkennung und die Respektierung unserer Grenzen, unserer Verletzlichkeit, Sterblichkeit und Abhängigkeit ist die erste Bedingung für einen notwendigen Realismus im Gesundheitswesen – auf Seiten der professionell Tätigen und auf Seiten der Patienten und Patientinnen.“