

<Spitzenmedizin> in Basel - zu teuer?

Autor(en): Werner Stauffacher

Quelle: Basler Stadtbuch

Jahr: 1987

<https://www.baslerstadtbuch.ch/.permalink/stadtbuch/a58950e2-5c6d-44ff-a68b-2631f3715fa4>

Nutzungsbedingungen

Die Online-Plattform www.baslerstadtbuch.ch ist ein Angebot der Christoph Merian Stiftung. Die auf dieser Plattform veröffentlichten Dokumente stehen für nichtkommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung gratis zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrücke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des vorherigen schriftlichen Einverständnisses der Christoph Merian Stiftung.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Online-Plattform [baslerstadtbuch.ch](http://www.baslerstadtbuch.ch) ist ein Service public der Christoph Merian Stiftung.

<http://www.cms-basel.ch>

<https://www.baslerstadtbuch.ch>

«Spitzenmedizin» in Basel – zu teuer?

Der Kanton Basel gibt gegenwärtig pro Jahr 511 Mio. Franken für seine Spitäler aus, d.h. 2600 Franken pro Kopf der Bevölkerung. Von diesen 511 Mio. entfielen 1986 324 allein auf das Kantonsspital und von diesen waren 118 Mio. Franken nicht durch Einnahmen gedeckt^{1,2}.

Mit diesem Geld wird zwar grossenteils, aber nicht nur, die Basler Bevölkerung medizinisch versorgt; denn vor allem das Kantonsspital – andere Spitäler in geringerem Ausmass – bilden auch das medizinische Zentrum einer Region, die ungefähr einen Kreis mit einem Durchmesser von 30 Kilometern um Basel umfasst und in der etwa 500 000 Menschen leben. Aber noch mehr: das Basler Kantonsspital ist auch Universitätsklinik einer Universität, an deren Medizinischer Fakultät 1985/86 1335 Medizinstudenten studierten, von denen 370 aus Basel-Stadt und 379 aus Baselland stammten, während sich die übrigen zu ähnlichen Anteilen aus den Nicht-Universitätskantonen der deutschen Schweiz und aus dem Tessin rekrutierten.

Viel Geld und viele Aufgaben für einen Kanton, von dem mittlerweile jeder weiss, dass er in finanziellen Nöten steckt und deshalb von seinen Bürgern und Einwohnern Verzicht erwartet.

Angesichts dieser Sachlage, aber auch angesichts eines heute in der Bevölkerung – nicht nur in Basel! – weit verbreiteten, wenn auch unbestimmten Unbehagens gegenüber dem, was immer wieder unter Schlagwörtern wie «Spitzenmedizin», «Apparate-Medizin» u.ä. genannt wird und dem unbesehen die Hauptschuld an der «Kosten-Explosion» im Spital- und Gesund-

heitswesen zugeschrieben wird, stellt sich mancher Bürger und – wie wir aus den Standortbestimmungen des Basler Regierungsrates wissen – auch mancher Politiker die Frage: Können wir uns das leisten? Ist das alles nötig? Könnten wir – zum Teil – darauf verzichten, ohne Schaden zu nehmen – wie etwa auf den Spitzensport?

Die folgenden Zeilen können diese komplexen Fragen nicht umfassend und dokumentiert beantworten. Sie verfolgen das realistischere Ziel, dem Leser Begriffe wie «Zentrumsmedizin», «Spitzenmedizin» und «Intensivmedizin» zu erläutern, zu zeigen, was sie in Basel und für Basel bedeuten, wer sie beansprucht und – soweit dies anhand von Globalzahlen möglich ist – was sie so teuer macht und wie gross ihr Anteil an den Kosten des Gesundheitswesens ist.

Spitzenmedizin – Zentrumsmedizin – Intensivmedizin

Diese drei Begriffe werden in der Diskussion um das Gesundheitswesen meist als Synonyme betrachtet, frei gegeneinander vertauscht und in einen Topf geworfen. Das ist einerseits richtig, weil Spitzenmedizin immer auch Zentrumsmedizin ist und weil Intensivmedizin auch Zentrumsmedizin sein kann. Es ist aber zugleich falsch; vor allem dann, wenn sich die Diskussion – wie dies heute in Basel oft der Fall ist – um Fragen der Kostendeckung und um die Trägerschaft für die Spitäler dreht: Für die *Intensivmedizin*, wie sie auf den Intensivstationen unserer Spitäler betrieben wird, ist das Einzugsgebiet in der Regel relativ klein, d.h. lokal (die meisten

Spitäler unserer Region verfügen über eigene Intensivstationen). In einer Stadt wie Basel gehört die Intensivmedizin zur Grundversorgung der Bevölkerung, und Verlegungen aus grösserer Entfernung auf unsere Intensivstationen erfolgen in der Regel nur, wenn besondere Leistungen erforderlich sind und beansprucht werden. Diese zusätzlichen Leistungen stellen das dar, was wir unter *Zentrumsmedizin* verstehen: Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verschiedener Disziplinen, die aus Gründen der personellen Infrastruktur und/oder der apparativen Ausrüstung, die sie erfordern, in einem grossen Einzugsgebiet nicht in jedem Spital ausgeübt werden können, die aber in diesem Einzugsgebiet – mindestens an *einem* Ort – bei Bedarf für *alle Einwohner* dieses Einzugsgebietes verfügbar sein müssen.

Der Begriff der *Spitzenmedizin* sollte für medizinische Leistungen reserviert bleiben, die meist noch in Entwicklung stehen und die deshalb auch an medizinischen Zentren nicht generell verfügbar sind. Leistungen der Spitzenmedizin können praktisch nur an Universitätsspitalern erbracht werden und auch dort nur in Abhängigkeit vom Vorhandensein des betreffenden Spezialisten und der erforderlichen Infrastruktur. Dementsprechend ist hier das Einzugsgebiet viel grösser als für die Intensiv- und *Zentrumsmedizin* und umfasst unter Umständen ganze Länder, z.B. Teile Europas.

Intensivmedizin am Kantonsspital Basel

Man hört immer wieder sagen, jeder Patient, dessen Leben bedroht oder dessen Betreuung komplex ist, werde auf die Intensivstation verbracht, gleichgültig in welchem Zustand er sich vorher befunden habe, wie alt er sei oder wie seine Überlebenschancen seien. Das trifft nicht zu. Das Kriterium, das über die Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation entscheidet, ist an allen Spitälern ähnlich: Patienten *mit poten-*

tiell guter Prognose, bei denen ein akutes, aber heilbares Ereignis das Leben vorübergehend schwer bedroht.

Die Intensivmedizin hat die Aufgabe, diese vorübergehende Lebensbedrohung durch Behandlung zu beheben und/oder den vorübergehenden Ausfall einzelner Organsysteme (z.B. Lungen, Niere, Leber) durch den Einsatz der künstlichen Beatmung, der künstlichen Niere und der «Blutwäsche» zu überbrücken, bis die Organe des Patienten ihre Funktion wieder aufnehmen. Ziel ist die völlige Wiederherstellung des vorher gesunden Patienten. Diese Umschreibung macht klar, dass ein Patient, dessen Krankheit eine Heilung ausschliesst, auch bei einer akuten Verschlechterung oder Komplikation nicht auf eine Intensivstation verbracht wird.

Andererseits weigern sich aber die Ärzte, ebenfalls zu Recht, für eine Behandlung auf der Intensivstation arbiträre Altersgrenzen zu setzen. Hier muss der Entscheid über die Aufnahme und über das Ausmass der zu ergreifenden Massnahmen in jedem einzelnen Fall aufgrund des tatsächlichen «biologischen» Alters des Patienten und der Schwere der akuten Verschlechterung individuell getroffen werden.

Es ist offensichtlich, dass bei diesem ersten Entscheid, häufig in einer dramatischen Notfallsituation, Fehler passieren, da der erste Helfer nicht über alle Informationen verfügt, die einen fundierten Entscheid erlauben würden.

Dies kommt gerade in einer Stadt wie Basel mit einer vorwiegend alten Bevölkerung immer wieder vor. Aber da die Indikation zur Betreuung auf der Intensivstation aufgrund nachträglicher Informationen und des Verlaufes mehrmals täglich überprüft wird, besteht keine Gefahr, dass – wie dies immer wieder befürchtet wird – ein alter, gebrechlicher oder schon vorher schwerkranker Patient wochenlang sinnlos auf der Intensivstation liegt. Dies wird auch dadurch bestätigt, dass das durchschnittliche Alter der Pa-

tienten der medizinischen Intensivstation des Kantonsspitals Basel zwischen 55 und 57 Jahren liegt (1986: 56,8 Jahre) und dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten auf der Intensivstation 2,8 Tage beträgt.

Welche Krankheiten führen denn dazu, dass ein Patient auf einer Intensivstation betreut und überwacht wird? In der überwiegenden Mehrheit handelt es sich um «alltägliche» Krankheiten, die zu einer Lebensbedrohung führen: Herzinfarkt, Lungenembolie, Darmblutungen, entzündliche Krankheiten (meist Lungenentzündungen), die zum vorübergehenden Versagen von Lungen und/oder Nieren führen, Hirnhautentzündung usw. Also Krankheiten des Alltags, die jeden von uns treffen können, die meist junge Leute befallen und solche, die mitten in einem aktiven Leben und in der Familie stehen. Diese Menschen nach Möglichkeit aus ihrer vorübergehenden lebensbedrohenden Situation zu retten, ist die Aufgabe der Intensivmedizin.

Dass die medizinische Intensivstation am Kantonsspital diese Aufgabe für die Basler Bevölkerung erfüllt, zeigen folgende Zahlen: 63% ihrer Patienten stammen aus unserem Kanton, beinahe 80% aus Basel und dem umliegenden Basbiet (siehe Tabelle II). Diese Verteilung der Herkunftskantone entspricht ziemlich genau derjenigen der Gesamtpopulation der Patienten des Basler Kantonsspitals und unterscheidet sich deutlich von derjenigen, die wir bei den Disziplinen der Zentrums- und der Spitzenmedizin sehen werden (siehe Tabelle II). Auch das Ziel der völligen Wiederherstellung wird bei einem Grossteil der Patienten erreicht: 87% der Patienten auf der Intensivstation kehren aus dem Spital nach Hause zurück.

Die Zentrumsmedizin in der Region Basel

Was ist denn die Zentrumsmedizin? Wie bereits erwähnt, handelt es sich um medizinische Lei-

stungen, die von einer anspruchsvollen personellen (dauernd verfügbarer Stab besonders geschulter Mitarbeiter) und/oder technischen Infrastruktur abhängen, die aber gleichzeitig nur eine relativ kleine Zahl besonders schwerer Gesundheitsstörungen betreffen, deren Häufigkeit naturgemäss klein ist.

Folgende Beispiele mögen darlegen, was gemeint ist (siehe Tabelle I). Bei der ersten Gruppe ist die Zentrumsfunktion vor allem durch die Notwendigkeit der dauernden Verfügbarkeit besonders geschulten Personals und der interdisziplinären Zusammenarbeit am Krankenbett bedingt. Bei der zweiten stehen die Komplexität und die Kosten der erforderlichen apparativen Ausrüstung im Vordergrund.

Zentrumsmedizin in Basel

Tabelle I

1. Fachlich-personell bedingt:

- Kardiologie Herzchirurgie
- Neurologie Neurochirurgie
- Angiologie Gefässchirurgie
(inkl. Mikrochirurgie)
- Pneumologie Thorax-Chirurgie
- Nephrologie Nierentransplantation
- Traumatologie (Verletzungschirurgie),
Orthopädie, Kieferchirurgie,
HNO-Chirurgie
- Paraplegikerzentrum

2. Apparativ bedingt:

- Radio-Onkologie
(Geschwulst-Bestrahlung)
- Kernspin-Tomographie (NMR, MRI)
- Nierenstein-Zertrümmerung
(nicht operativ)

Diese Liste ist nicht vollständig, aber sie zeigt, was unter dem Begriff der Zentrumsmedizin subsumiert wird.

Wem kommt diese Medizin zugute? Vorwiegend jungen Leuten:

- allen jungen nach einem Unfall mehrfach verletzten Menschen, bei denen meist gleichzeitig verschiedene spezialisierte Disziplinen der Chirurgie zum Einsatz kommen;
- vielen 30–40jährigen, die als Folge einer kleinen Gefässausbuchtung an einer Gehirnnader plötzlich eine Blutung in die das Gehirn umgebenden Räume erleiden;
- vielen 40–50jährigen, bei denen dank der Koronar-Chirurgie und -Dilatation die Folgen eines Herzinfarktes begrenzt und die Rückfallgefahr vermindert werden können;
- zahlreichen Patienten mit nicht mehr beheb- barem Nierenversagen, die dank der Nieren- transplantation bleibend von der mehrmals wö- chentlichen stundenlangen Behandlung an der künstlichen Niere befreit werden;
- allen Patienten mit bösartigen Geschwülsten, denen eine schonende Strahlenbehandlung mit modernster Technik Heilung, ein lebens- wertcs Überleben, wenn auch für begrenzte Zeit, oder Linderung von untragbaren Schmer- zen bringt;
- allen, meist 20–40jährigen, die nach einer meist unfallbedingten lähmenden Rücken- marksverletzung wieder so rehabilitiert werden können, dass eine Rückkehr nach Hause mög- lich wird, wo früher nur das Leben in Spitälern oder Heimen möglich schien.

Insgesamt mögen es in Basel pro Jahr etwa 2000–3000 Patienten sein, die von dieser Zen- trumsmedizin profitieren, um nachher wieder heimgehen zu können. Wo kommen sie her? Die Statistiken – hier nur auszugsweise für einige re- präsentative Disziplinen aus dem Kantonsspital – zeigen es (Tabelle II: Herzchirurgie, Neuro- chirurgie, Radio-Onkologie).

Im Gegensatz zur Gesamtpopulation des Kan- tonsspitals, die sich zu $\frac{2}{3}$ aus Baslern zusam- mensetzt², entfallen bei den Disziplinen, die wir

Herkunft der Patienten Kantonsspital Basel 1986

Tabelle II

	Anzahl	%	%	%	%
		BS	BL	übr.CH	Ausl.
Spital ges.	24 443	61,6	19,2	12,1	7,1
Med. Intens.	1 943	63,4	15,1	15,4	6,1
Herzchirurgie	355	31,3	30,7	31,8	6,2
Neurochirurgie	984	33,2	34,8	20,3	11,5
Radio-Onkologie	828	34,1	27,4	20,6	17,0
Knochenmark- Transplantation	27	7,4	7,4	51,9	33,3

zur Zentrumsmedizin zählen, recht genau $\frac{1}{3}$ der Patienten auf Basel, $\frac{1}{3}$ auf Baselland und $\frac{1}{3}$ auf die umliegenden Kantone und das Ausland der Region.

Diese Zahlen belegen besser als lange Reden und Diskussionen, was Zentrumsmedizin ist: Die Medizin des schweren Einzelschicksals, auf die in unserer Region *jeder* Anspruch hat, der mitten im Leben durch Unfall oder Krankheit plötzlich in schwerste Lebensgefahr gerät. Sie belegen auch, dass diese Medizin – genau ihrem Zweck entsprechend – von der ganzen Region beansprucht wird.

Es ist wichtig zu realisieren, dass die Zentrums- bildung in diesen Disziplinen nicht nur, oder nicht primär, ökonomischen Notwendigkeiten entspricht, sondern vor allem medizinischen: Es steht heute fest, dass – vor allem in der Chirurgie (z.B. Herzchirurgie und Neurochirurgie) – bei komplexen Eingriffen die Rate erfolgreicher Eingriffe mit zunehmender Operationshäufig- keit rapide ansteigt, während die Komplika- tionsrate sinkt³. Diese dokumentierten Fre- quenzgrenzen werden im Zentrum Basel heute in allen kritischen Bereichen überschritten, würden aber nirgends erreicht, wenn sich die Stadt Basel und die umliegende Region aus poli- tischen Erwägungen in zwei oder drei <Mini-Re- gionen> aufsplittern wollten⁴.

Die Spitzenmedizin

Wir haben erwähnt, dass die Bezeichnung Spitzenmedizin eigentlich nur auf Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewandt werden sollte, die noch neu und komplex sind, erst in Entwicklung stehen und – selbst an universitären Zentren – (noch) nicht generell verfügbar sind.

Was wäre dazu zu zählen? Heute – und um in der Schweiz zu bleiben – wohl vor allem drei Eingriffe, bezeichnenderweise alle aus der Transplantationsmedizin: die Knochenmarkstransplantation, die in der Schweiz nur in Basel in grösserem Ausmass geübt wird (5 Betten), während Zürich und Genf kleinere Einheiten betreiben; die Herztransplantation, die in der Schweiz nur in Zürich ausgeführt wird, und die Lebertransplantation (Bern).

Alle diese Behandlungsmöglichkeiten sind völlig neu, und Viele – selbst Ärzte – mögen das Gefühl haben, unnötig und übertrieben. Wer aber ein innerhalb von Monaten mit Sicherheit totgeweihtes 8jähriges Kind erlebt hat, das 8 Jahre später dank der Knochenmarkstransplantation völlig gesund und normal lebt; einen 18jährigen jungen Mann nach einer durch Viren verursachten Herzmuskelentzündung im Herzversagen beinahe ersticken sah und ihn zwei Jahre später nach Herztransplantation Sport treibend wieder antrifft; oder wer eine 28jährige wegen einer Leberkrankheit unheilbar verloren scheinende Mutter von fünf kleinen Kindern nach einer Lebertransplantation gesund wieder im Kreise ihrer Familie trifft, der wird in seiner vorher klaren und festen Meinung plötzlich unsicher; vor allem dann, wenn er sich vorstellt, das eigene Kind . . . , der eigene Sohn . . . , oder die eigene Frau und Mutter kleiner Kinder . . .

Ob sich diese Methoden bewähren werden, steht heute noch nicht fest. Wenn sie es tun, gehören sie in 10–20 Jahren zur Zentrumsmedizin. So

wie heute die Beatmungstechnik und die künstliche Niere, die jährlich Zehntausenden das Leben retten, vor 20 Jahren noch zur Spitzenmedizin zählten, über deren Wert und Bedeutung man mutmasste und sich stritt.

Wie eingangs erwähnt, ist das Einzugsgebiet für die Spitzenmedizin viel grösser als für die Intensiv- und Zentrumsmedizin; es erstreckt sich oft über Landesgrenzen hinaus. Diese Tatsache wird in Tabelle II für die in Basel durchgeführte Knochenmarkstransplantation anhand der Herkunftsorte der ca. 30 im Jahre 1986 behandelten Patienten deutlich gemacht.

Medizin für wenige – ein Luxus?

Von den ca. 25 000 Patienten des Kantonsspitals beanspruchen also etwa 4000 bis 5000 pro Jahr die Intensiv-, Zentrums- und Spitzenmedizin. Und diese Medizin ist teuer: z.B. bei der modernen Leukämiebehandlung in Voll-Isolation (mit oder ohne Knochenmarkstransplantation) betragen die Kosten für Blutersatzprodukte und Medikamente pro Pflgetag etwa 30mal mehr als auf einer normalen Bettenstation, wo sie ca. 30 Franken ausmachen, und etwa 4mal mehr als auf der Intensivstation. Ähnlich sind auf der Intensivstation, wo jeder Patient rund um die Uhr betreut und überwacht werden muss, die Personalkosten im Vergleich zu einer Normalbettenstation etwa 3mal höher.

Ist diese <Medizin für wenige> ein Luxus, den wir uns nicht leisten können? Wohl kaum; wir haben es bereits erwähnt: In unserer Zivilisation, die sich so sehr für das Individuum und das Einzelschicksal engagiert, wird von der Medizin ebenfalls erwartet, dass sie dort, wo sie es kann, auch in besonders schwere Einzelschicksale eingreift, wenn es darum geht, einem jungen Menschen das Leben zu retten oder einer jungen Familie die Mutter oder den Vater zu erhalten. Aus solcher Sicht können wir uns die teure Zentrums- und Spitzenmedizin nicht nur leisten,

sondern wir können es uns menschlich nicht leisten, auf sie zu verzichten.

Teure Medizin – teure Spitäler

Der Anteil der Spitalkosten an den Gesundheitskosten Basels und der Schweiz ist hoch: gesamtschweizerisch beträgt er 47,3% von 16,5 Mia. Franken⁵.

Was macht die Spitäler so teuer? «Die Apparate», «die Medikamente», sind die Antworten, die immer wieder gerne gegeben werden. Offenbar sind die Dinge aber nicht so einfach:

Der ganze medizinische Bedarf (Medikamente, Blutprodukte, Desinfektionsmittel usw.) des Kantonsspitals Basel machte 1986 mit 15,3 Mio. Franken 4,7% der Aufwendungen des Kantonsspitals aus, und derjenige für Apparate (Neuananschaffungen und Ersatz) beträgt im laufenden Fünfjahres-Plan pro Jahr ca. 8 Mio. Franken, d.h. 2,5% der Aufwendungen des Kantonsspitals².

Diese Zahl für die medizinischen Apparate stimmt recht gut mit denen überein, die aus dem Ausland bekannt sind, wo sie allerdings auf die Gesamtgesundheitskosten (BS 511 Mio. Franken pro Jahr) berechnet werden und wo gleichzeitig die Folgekosten (zusätzliche Personal- und Betriebskosten = $2 \times$ Anschaffungskosten) miteinbezogen werden⁶: Diese Investitions- und Folgekosten machen in der Bundesrepublik Deutschland 5–10% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens aus. Für Basel ergibt die gleiche Rechnung mit Investitionskosten von 8 Mio. Franken pro Jahr und 16 Mio. Franken Folgekosten insgesamt 24 Mio. Franken, d.h. 4,7% der Basler Gesundheitsausgaben oder 7% der Aufwendungen des Kantonsspitals!

Bei einem Kostenanteil von 7% für Apparate inkl. Folgekosten und von knapp 5% für den gesamten medizinischen Bedarf lässt sich die Behauptung, dass die Medikamentenpreise und die «Apparatemedizin» für die hohen Spitalko-

sten und damit für die Höhe der Gesundheitskosten in Basel oder in der Schweiz verantwortlich seien, in dieser einfachen Form nicht aufrechterhalten.

Was hat denn die Kostensteigerung im Spitalwesen verursacht? Sicher nicht nur *ein* Faktor. Aber den wesentlichsten Faktor bilden zweifellos die Personalkosten, die heute über 70% der Gesamtaufwendungen der Spitäler ausmachen (Kantonsspital Basel 1986: 243 Mio. Franken oder 75% des Gesamtaufwandes).

Auch die Gründe für diese «Explosion» im Personalsektor sind vielfältig: Denken wir an die Spitäler noch vor 20 oder 30 Jahren zurück: Die Medizin war einfach:

- Die Spezialdisziplinen mit ihren Möglichkeiten für die Betreuung der Patienten existierten noch nicht: künstliche Niere, Atemhilfen, Herzkatheter, Auflösen von Gerinnseln usw. Es gab deshalb weniger Ärzte.

- Das Pflegepersonal bewältigte in ungezählten Arbeitsstunden zu einem beinahe symbolischen Lohn, zusätzlich zur Betreuung der Patienten, beinahe alle «Haushaltsarbeiten» einer Spitalabteilung.

- Die Notwendigkeit zur Betreuung von Patienten «rund um die Uhr» existierte praktisch nicht; 24 Stunden lang während 365 Tagen im Jahr betriebene Intensivstationen gab es nicht.

- Die wenigen und einfachen Geräte machten nur einen minimalen technischen Dienst nötig, und Transporte erfolgten von Hand oder mit mannbetriebenen kleinen Fahrzeugen.

Heute müssen grosse Teile des Spitals im 24-Stundenbetrieb geführt werden, das Arbeitsgebiet des Pflegepersonals wurde definiert, seine Arbeitszeit den heutigen Verhältnissen angepasst; das gleiche gilt für die Löhne. Dies hatte in allen Spitalbereichen einen enormen Personalbedarf zur Folge und erforderte entsprechende Mittel. Die modernen, meist elektronischen Geräte stellen an die Qualifikation (und

damit an den Lohn!) des technischen Personals – früher spezialisierte Arbeiter, heute Elektroniker und Ingenieure – völlig andere Anforderungen . . . usw.

Es ist also schliesslich die moderne Zeit, mit ihren völlig andersartigen Anforderungen an Komfort, Intensität der Betreuung, Ausbildung der Mitarbeiter und an deren soziale Stellung und Sicherheit, die durch verschiedene und komplexe Einflüsse das enorme Ansteigen der Personalkosten verursacht hat. Eine Entwicklung und nicht eine von irgend jemandem «verschuldete» Explosion, und damit etwas, von dem es völlig unrealistisch wäre, anzunehmen, man könne es rückgängig machen.

Dies darf nun aber auch nicht heissen, dass die künftige Entwicklung so weitergehen müsse und fatalistisch hinzunehmen sei. Vieles an der «Explosion» resultierte aus einem Nachholbedarf. Dieser ist heute kompensiert, und man wird heute und in Zukunft kritischer über diese Entwicklung in unseren Spitälern wachen müssen, als man es früher getan hat.

Die moderne Medizin: teuer, aber sinnlos?

In Diskussionen um die Kosten des Gesundheitswesens wird immer wieder, scheinbar stichhaltig, behauptet, in unserer Zivilisation könnten die steigenden Personal- und Investitionskosten im Gesundheitswesen nicht mehr mit einer entsprechenden Hebung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und einer entsprechenden Verlängerung der Lebenserwartung gerechtfertigt werden. Diese Argumentation entspringt einem doppelten Missverständnis:

1. In der westlichen Welt befinden wir uns bereits nahe an der biologischen Grenze der Überlebensfähigkeit des menschlichen Organismus. Ein weiteres Anheben des durchschnittlichen Todesalters mag als Konsequenz gewisser medizinischer Massnahmen noch eintreten, ist aber weder wesentlich noch erklärtes Ziel der Medi-

zin. Im Gegenteil: die grössten Fortschritte in der Gesunderhaltung unserer Bevölkerung – und damit für die Lebensverlängerung – könnten durch billigste, nicht primär medizinische Prävention im Bereich von Ernährung, Rauchen, Alkohol und körperlicher Aktivität erzielt werden. Diese Fortschritte werden nicht durch die hohen Kosten der Zentrums- und Spitzenmedizin verunmöglicht, wie dies immer wieder angeführt wird.

2. Die behandelnde Medizin bezweckt in unserer Zivilisation primär die Hebung der *Lebensqualität des Patienten* als Individuum und die Verkürzung seiner krankheits- bzw. unfallbedingten Invalidität. Der Auftrag dieses Patienten an seinen Arzt geht dahin, dass er persönlich und als Individuum von seinen Beschwerden auf möglichst unbeschwerliche Art befreit werde und dass allenfalls fixierte Schädigungen am Fortschreiten gehindert werden. Lebensrettung und Lebensverlängerung sind nurmehr in Einzelfällen (siehe Intensiv-, Zentrums- und Spitzenmedizin) primäres Ziel des Arztes. Bei uns steht die Medizin vorwiegend im Dienst der Lebensqualität des kranken Menschen.

Diese Lebensqualität schlägt sich in keiner Gesundheitsstatistik nieder und ist quantitativ schwer zu erfassen; aber die bekannte Tatsache der enormen *Abnahme des Bedarfs an Spitalbetten* zugunsten der ambulanten Medizin und Chirurgie ist eine *direkte Konsequenz der Fortschritte der Medizin* auch bei uns und ein Mass für die laufende Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. *Sie* erkaufen wir mit unseren hohen Gesundheitskosten und nicht die allenfalls auch zu beobachtende marginale Verbesserung der Volksgesundheit oder Erhöhung des Sterbealters.

Dies macht es für den Mediziner schwer verständlich, weshalb die Güte der Investitionen im Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit noch immer an der Lebensverlängerung oder an der

Volksgesundheit gemessen wird und nicht z.B. an den Einsparungen, die sich im Sektor der Versicherung durch die Reduktion der krankheits- oder unfallbedingten Invalidität, Arbeitsausfälle oder Rentenleistungen usw. ergeben. Diese Erfolge sind schwer zu messen, nicht zuletzt wegen der Indexierung der Versicherungsleistungen, und sie festzustellen ist nicht unbedingt populär. Trotzdem ist es nötig. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung setzt voraus, dass man auf der Seite des Nutzens etwas misst, das mit den Kosten erreicht werden soll, und nicht etwas, von dem man schon im voraus weiss, dass es praktisch nicht mehr verbessert werden kann.

«Spitzenmedizin» abbauen?

Mit den vorstehenden Zeilen wurde darzulegen versucht, was Intensiv-, Zentrums- und Spitzenmedizin in unserer Region darstellen, was sie leisten, was sie kosten und von wem sie beansprucht werden. Sollte man in diesem Bereich in Basel abbauen?

Kein Zweifel, man kann Teile dieser Medizin abbauen oder auf sie verzichten; aber wer dies vorschlägt, muss ehrlicherweise auch sagen, was er damit meint: Die Bevölkerung, die schliesslich zu entscheiden hat, und die den Abbau «erlebt», muss wissen, worum es geht und wie allenfalls eingeschränkt werden könnte: z.B. durch die Einführung von Altersgrenzen, z.B. 60 Jahre – für Herzoperationen, künstliche Nieren, Nierentransplantation, Aufnahme auf eine Intensivstation . . .; Verlegung Schwerstverletzter in die Zentrumsspitäler von Zürich, Bern, Freiburg i.Br. usw. Nur immer wieder den «Abbau der Spitzenmedizin» zu fordern, ohne zu realisieren oder zu sagen, was er bedeutet, ist gegenüber denen, die in Basel und in unserer Region diese Medizin nötig haben, unehrlich und unfair.

Was ist denn zu tun? – denn es geht wohl nicht an, ausgerechnet in Basel die teuren Sparten der

Medizin aus den Bemühungen um die Eindämmung der Gesundheitskosten auszuklammern! Es wurde bereits gesagt: Im Gegensatz zur Medizin der Grundversorgung, die für wenig Geld überall verfügbar sein muss, muss die Zentrums- und Spitzenmedizin, die für viel Geld nur wenigen zugute kommt, regional konzentriert sein.

Wo diese Konzentration erfolgt, ist primär von untergeordneter Bedeutung; sie wird aus evidenten Gründen vorwiegend an Universitätsspitalern, wo solche existieren, erfolgen. In unserer Region mit grossen und modernen Spitälern auch unmittelbar ausserhalb der Stadt, braucht dies aber nicht automatisch «Basel» zu bedeuten. In jedem Fall müssen aber Zentrums- und Spitzenmedizin kostendeckend von allen, die sie beanspruchen, d.h. vom ganzen Einzugsgebiet getragen werden. In gleichem Ausmass müssen aber diejenige, die mittragen, auch das Recht und die Möglichkeit haben, über das, was getragen werden soll, mitzubestimmen und mitzuentscheiden. Wenn dies geschieht, wird es sich zeigen, dass Zentrums- und Spitzenmedizin – in ihrer Dimension auf die Bedürfnisse ihres Einzugsgebietes abgestimmt – auch für Basel tragbar sind.

Anmerkungen (Quellen)

- 1 Statistisches Jahrbuch des Kantons Basel-Stadt 1986.
- 2 Jahresbericht 1986 Kantonsspital Basel.
- 3 New. Engl. J. Med. 20.12.1979.
- 4 F. Follath: Referat Symposium Rheinfelden 1987 «Universität und Region».
- 5 P. Gygi und A. Frei: Das Schweizer Gesundheitswesen, Verlag Krebs AG, Basel, 1986.
- 6 B. Halpapp: in «Probleme mit der apparativen Medizin». Schriftenreihe SGGP Nr. 10, 1985.