

Will man sich zu den Krankenpflegekosten im hohen Alter äussern, so stösst man schon bald an Limiten. Die Datenlage ist eher schlecht, und wirklich aussagekräftiges Zahlenmaterial fehlt weitgehend. Trotzdem wage ich den Versuch, aus den wenigen verfügbaren Studien soviel als möglich zum Thema zusammenzutragen.

Dr. Konstantin Beck, CSS Versicherung*

Krankenpflegekosten im hohen Alter

1. Eine positive ökonomische Analyse

Altbekannt ist die Tatsache, dass mit zunehmendem Lebensalter die durchschnittlichen Krankheitskosten rasant ansteigen. Diese Graphik mit den grossen Balken für die hohen Jahrgänge ist derart allgegenwärtig,

Abb.1

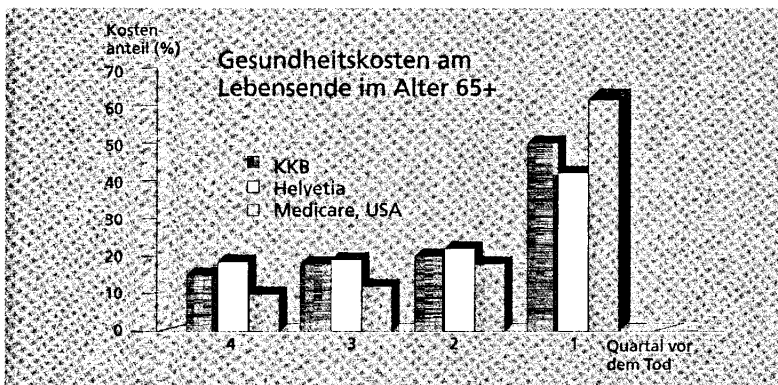
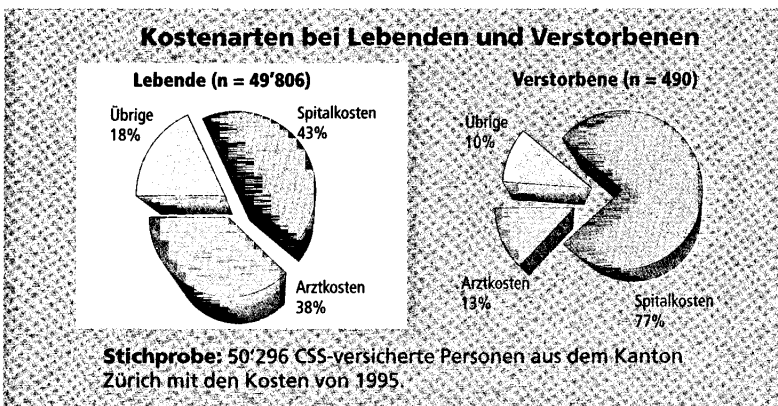


Abb.2



* Die hier vorgetragenen Ansichten sind die des Referenten und müssen nicht in jedem Punkt mit der offiziellen Haltung der CSS übereinstimmen. Referat anlässlich der Jahrestagung der SGMPMB vom 3. Oktober 1997 in Zürich

dass ich darauf verzichte, sie Ihnen nochmals aufzulegen.

Erst in jüngerer Zeit haben aber genauere Analysen gezeigt, dass die unterschiedlich hohen Kosten von verschiedenen Individuen durch die Faktoren Alter und Geschlecht nur sehr ungenügend erklärt werden können. Nur gerade 4% der Kostenunterschiede werden durch diese beiden Faktoren erklärt. Bei der Suche nach weiteren Erklärungsfaktoren stiess man unter anderem auf den Todeszeitpunkt.

So sind beispielsweise die Durchschnittskosten der 1994 verstorbenen CSS-Versicherten 13,5 mal höher als die Durchschnittskosten der im selben Jahr überlebenden CSS-Mitglieder. Dieser Befund gilt allgemein. Er wird durch andere Untersuchungen aus der Schweiz, aus Amerika und aus den Niederlanden bestätigt (Abb. 1).

Eine Forschergruppe der Universität Zürich um die Professoren Zweifel und Felder untersuchte das Phänomen detaillierter mit Quartals-Daten. Dabei zeigt sich, dass die Kosten vor allem im letzten Quartal vor dem Tod stark ansteigen. (US-Amerikanische Medicare-Daten bestätigen diese Beobachtung.)

Äusserst interessant ist die Aussage, dass die Kosten vor dem Tod weitgehend unabhängig vom erreichten Lebensalter der verstorbenen Person sind, dass also die Nähe zum Todeszeitpunkt mehr zur Erklärung der Kostenhöhe beiträgt als das Alter einer Person.

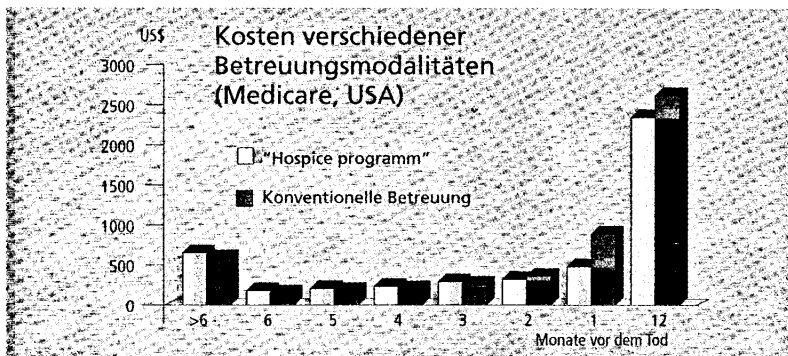
Ich habe nun noch mit eigenen Daten untersucht, wo die Kosten entstehen, und bestätigt gefunden, was ich erwartet habe, sicher aber auch, was Sie erwartet haben. Überrascht hat mich das Ausmass der Befunde. Eine Stichprobe von 50'000 Versicherten im Jahr 1995 zeigt, dass bei den Überlebenden eines Jahres 43% Spitalkosten anfallen gegenüber 38% Kosten für Leistungen, die ausserhalb des Spitals erbracht werden. Bei den Verstorbenen sind 77% Spitalkosten, es findet also eine dramatische Verschiebung in der Verursachungsart der Kosten statt (Abb. 2). Die Zahlen für 1996 sind praktisch identisch, die Verhältnisse scheinen sehr stabil zu sein.

Das verleitet nun zur Annahme, dass vor dem Tod die ganz grossen Einsparmöglichkeiten bestehen, dass in diesem Bereich der aktuelle Kostendruck gedämpft werden könnte.

Ein naheliegender Einwand, der diese Annahme relativiert, ist der, dass es retrospektiv immer einfach ist, das letzte Quartal vor dem Tod als solches zu identifizieren. Im voraus weiss man das natürlich nicht, und die Bemühungen im Kampf um das Überleben können nicht einfach als unnötig bezeichnet werden, wenn sie nicht erfolgreich waren.

Trotzdem legen die bisher präsentierten Statistiken die Vermutung nahe, dass die palliative Betreuung zu

Abb.3



grossen Kosteneinsparungen führen dürfte. Leider kann diese These nicht direkt aus den Daten abgelesen werden. Es sind im Wesentlichen drei Schwierigkeiten, denen wir uns gegenüber sehen.

Erstens fehlen in den meisten Kassen die Diagnosecode-Informationen, welche Auskunft darüber geben, ob es sich um Leistungen für eine palliative oder eine konventionelle Behandlung handelt. Erst eine einzige Kasse hat bis jetzt Diagnosecodes vollständig registriert; andere Kassen sind im Moment im Aufbau solcher Datensysteme.

Zweitens besteht im Moment keine Codierungsmöglichkeit für palliative Betreuung (im Gegensatz zu den USA, welche diesen Code für 1996 eingeführt haben). D.h. palliative Betreuung ist auch mit den Diagnosecodes statistisch noch nicht definiert. Und schliesslich stellt sich das Problem, dass palliative Behandlung und Betreuung nur zum Teil über die Krankenkassen abgerechnet wird. In unseren Daten fehlt also ein Teil der Kosten.

Die Schwierigkeit, über den ökonomischen Stellenwert palliativer Leistungen etwas auszusagen, hat aber nach meiner Meinung in erster Linie damit zu tun, dass bisher kaum jemand mit dieser Fragestellung an die Kassen herangetreten ist. Es ist das erste Mal, dass ich mich in einem solchen Rahmen mit dem Thema beschäftige. Offensichtlich besteht hier einfach ein Nachholbedarf, der wahrgenommen werden muss, um einmal bessere Aussagen machen zu können.

Wenn wir selbst wenig Daten haben, können wir einmal über den grossen Teich schauen. Aus den USA kommen mehrere Studien, die sich mit der Frage der Kosten verschiedener Betreuungsmodalitäten im letzten Lebensjahr befasst haben, und die vor allem Hospizpflege mit konventioneller Betreuung verglichen haben.

Die Qualität dieser Studien ist sehr unterschiedlich, z.B. was die Patientenzahlen betrifft, auch die Zeiträume der Untersuchungen sind nicht einheitlich.

Eine statistisch signifikante Aussage dieser Studien ist die, dass Kosteneinsparungen nur in der allerletzten

Zeit (höchstens in den letzten 3 Lebensmonaten) klar erkennbar sind; Beobachtungen über einen längeren Zeitraum zeigen nur noch unwesentliche Kostenunterschiede.

Dieser Befund relativiert natürlich einerseits das Ausmass der Einsparungen. Man hat andererseits auch eingewandt, dass der Kostenvergleich zwischen den Betreuungsmodalitäten gar kein echter Vergleich sei, weil die Patienten, die Hospizbetreuung wählen, ganz andere Bedürfnisse haben, als die Vergleichsgruppe und deshalb à priori andere Leistungen in Anspruch nehmen. Meiner Meinung nach ist dies nur bedingt ein gültiges Argument.

Eine andere Verfälschung könnte sich dadurch ergeben, dass ein grosser Anteil der Patienten in den Stichproben Krebspatienten sind, deren Krankheitsverlauf einigermaßen gut prognostizierbar ist (z.B. im Gegensatz zu Aids). Von den Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen haben gemäss diesen Untersuchungen rund 25% die Hospizbehandlung einem anderen Betreuungsrahmen vorgezogen, verglichen mit 10% der Allgemeinbevölkerung.

Ein weiterer Einwand ist der, dass palliative Betreuung häufig (mindestens vorübergehend) die Betreuung zuhause anstrebt, wo der Aufwand (z.B. durch die Betreuung durch Angehörige, Freiwillige usw.) einfach nicht registriert wird bzw. aus den Rechnungen "verschwindet".

Es liegt auf der Hand, dass Einsparungen vor allem aus der Verminderung der Spitalbetreuung resultieren, die – wie wir gesehen haben – den grossen Teil der sog. Sterbekosten (Kosten im letzten Lebensjahr) ausmachen. Eine Rolle spielt im Hospizbereich die Länge des Aufenthaltes, da, wie erwähnt, die Kostenunterschiede nur in den letzten 3 Monaten signifikant sind und bei längeren Aufenthalten unwesentlich werden.

Das Fazit dieser Untersuchungen wurde in einer Übersichtsarbeit 1996 von Emanuel zusammengefasst, ein Teilresultat daraus ist in Abb 3 ersichtlich. Der Autor ist nun nicht der Meinung, dass vom ökonomischen Gesichtspunkt her die Hospizbewegung und die Angebote der palliativen Betreuung bedeutungslos seien. Emanuel schliesst, dass Hospizpflege sowie Massnahmen, die aufgrund von Patientenverfügungen klar der Palliation und nicht mehr einem kurativen Ziel dienen, teilweise Einsparungen bewirken oder zumindest, verglichen mit dem konventionellen Angebot, nicht teurer sind. Ich meine, das ist eine Aussage, die wesentlich ist und es verdient, weiter geprüft zu werden.

Ich habe versucht, diese Resultate auch im Schweizer Datenmaterial nachzuvollziehen. Ich greife 2 Untersuchungen heraus, die die Frage stellten, welche ökonomischen Auswirkungen die zunehmende Überalterung im Gesundheitswesen hat. Man hat herausge-



funden, dass eine (über mehrere Jahre gemessene) ansteigende Mortalitätsrate von 2 ‰ auf 5 ‰ lediglich zu einer Kostensteigerung von 1 ‰ führt. Auch wenn also im letzten Lebensjahr bei den Verstorbenen eine dramatische Zunahme der Kosten zu verzeichnen ist, so hat dies doch auf die Gesamtkosten eine sehr kleine Auswirkung. Zudem ist die Kostensteigerung eindeutig unabhängig vom Alter der untersuchten Bevölkerungsgruppe. Eine andere Untersuchung (Beck 1997), die sich mit den Fragen des Risikoausgleichs befasst, zeigte ebenfalls, dass das Einbauen des Mortalitätsrisikos in den Risikoausgleich keinen wesentlichen Effekt auf das Gesamtrisiko hat. Beide Untersuchungen zeigen also, dass der zwar dramatische Kostenschub in den letzten Lebensmonaten eine geringe Auswirkung auf die Gesamtkosten hat. Das heisst natürlich nun nicht, dass Sparbemühungen in diesem Bereich nicht sinnvoll seien!

Soviel kann man "wertfrei" zu den gestellten Fragen sagen. Ich wage anschliessend eine wertende, subjektive Aussage.

2. Eine normative Analyse

Patienten haben Wünsche, Präferenzen. Daraus ergibt sich eine Nachfrage nach Medizin und Pflege. Jeder Nachfrage steht ein bestimmtes Angebot gegenüber, das zusammen mit der Nachfrage den Gesundheitsmarkt bestimmt. Das sind die Gegebenheiten, wo die positive ökonomische Analyse angreift. Über die Qualität der Präferenzen diskutiert man nicht. Genau das aber möchte ich jetzt machen, darum verlasse ich den üblichen ökonomisch-analytischen Bereich.

Palliative Betreuung ist ein Teil des Gesundheitsmarktes. Ich möchte die These aufstellen (die ich aber für realistisch halte), dass eine Rückkoppelung im Sinne der Beeinflussung der Präferenzen der Patienten durch ein bestehendes palliatives Angebot zu einem effizienteren ökonomischen Ergebnis auf dem Gesundheitsmarkt führen könnte.

In der heutigen Zeit der Dominanz der kurativen Anliegen an die Medizin sind Tod und Invaliderität Themen, die die Menschen bzw. die Versicherten nicht interessieren, die sie verdrängt haben. Auch über chronische Erkrankungen wird wenig diskutiert. Das heisst, dass grosse Kreise sich nicht mit existentiellen Fragen auseinandersetzen, mit denen sie mit Sicherheit irgendwann einmal konfrontiert werden. Wenn sich dann einmal eine schwere bzw. nicht heilbare Krankheit einstellt, wird mit Panik darauf reagiert. Gefragt ist dann schnelle Symptombekämpfung, egal was es kostet. Aus der Sicht des Individuums ist dies verständlich. Aber ebenso notwendig und gewinnbringend scheint eine Neuorientierung zu sein, die die Krankheit und den allfällig zu erwartenden Tod als Realität zu integrieren vermag. Die Hospizbe-

wegung, die palliative Medizin und Pflege, machen nun gerade die schwere Krankheit und den Tod zum Thema. Gut bekannt ist mir dies von der Zuger Hospizbewegung, die diese Themen in der Öffentlichkeit bei vielen Gelegenheiten anspricht. Dazu gehört ein ganzheitlicher Ansatz, der davon ausgeht, dass Patienten eine Spiritualität haben und ein soziales Umfeld, welche wiederum den Krankheitsverlauf beeinflussen. Wenn nun das Bewusstsein für diese Tatsachen in einer breiteren Öffentlichkeit geweckt werden könnte, hätte dies zur Folge, dass sich die Menschen (wieder) Gedanken über existentielle Fragen machen, dass sie sich eine spirituelle oder eine Glaubensgrundlage suchen. Dass sie geduldiger und vertrauensvoller werden, sich mit einer neuen Situation abzufinden lernen, und im Fall einer lebensbedrohlichen Krankheit oder angesichts des Todes ruhig Entscheide über sinnvolle medizinische Massnahmen treffen können, und nicht in Panik alle möglichen medizinischen Massnahmen durchprobieren müssen. Wenn also ein Bewusstseinsprozess in diesem Sinn in Gang kommt, könnte das bei den potentiellen Patienten zu einer Änderung der Präferenzen und zu einer vermehrten Nachfrage nach palliativen Angeboten führen, mit entsprechenden ökonomischen Konsequenzen auf dem Gesundheitsmarkt.

3. Zusammenfassung

- Palliative Medizin und Pflege ist sicher nicht kostentreibend; ein tendentiell wahrnehmbarer kostensparender Effekt ist aufgrund amerikanischer Daten gering.
- Die wenigen Schweizer Studien, die sich am Rand mit der Frage von Sterbekosten befasst haben, stützen diesen Befund andeutungsweise.
- Falls sich eine wirksame Rückkoppelung zwischen den Anliegen und Ideen der palliativen Betreuung und den Präferenzen der Bevölkerung einstellt, unterschätzen die bisherigen Studien den längerfristigen kostensparenden Effekt der Palliativmedizin und -Pflege.

Referenzen

- Beck, Konstantin (1997): *Kann der Risikoausgleich unterlaufen werden? Analyse der schweizerischen Ausgleichsformel*, in: *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 3:1/2, S.49-70.
- Cassel, Christine K. und Bruce C. Vladeck (1996): *ICD-9 Code for Palliative or Terminal Care*, in: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 10, S.1232-1233.
- Emanuel, E.J. (1996): *Cost Savings at the End of Life*, in: *JAMA* Vol. 275, S.1907-1914.
- Zweifel P. und S. Felder (1996): *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses*. (Haupt) Bern.