

Das Gespenst der Altersrationierung

Wer in der Gesellschaft einen schlechten Stellenwert genießt, droht schnell Opfer von Rationierungsmassnahmen zu werden. Hochbetagte Menschen sind hier besonders gefährdet und benötigen den besonderen Schutz der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese müssen ihren Sachverstand in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Ort dieser Debatte darf aber nicht das Krankenbett sein.

Daniel Grob, Chefarzt Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich

Die Einladung der Redaktion des VSAO-Journals, mit einigen Tausend Zeichen die Sicht des Altersmediziners zum Thema Rationierung zu skizzieren, ist wohl ein (zu) hoher Anspruch. Der Raum reicht aber für einige Gedanken aus der geriatrischen Praxis.

Stehen wir mit unseren alten Patienten im Krieg?

Rationierung ist ein Kriegsmotiv; sie stellt die Ultima Ratio der obrigkeitlichen

Zuteilung von Gütern in Krisenzeiten dar. Bei Rationierungsdiskussionen im Gesundheitswesen wird häufig zuerst das allzu einfache Alterskriterium herangezogen. Dies ist einerseits begründet im ökonomischen Wert alter Menschen (Human-Capital-Ansatz, wonach ein 90-Jähriger noch einige 100 Dollar wert ist) und reflektiert andererseits auch das miserable gesellschaftliche Image hochbetagter, insbesondere behinderter Menschen. Selbst bestandenem Gesundheitsökonomem geht dies zu weit¹: Sie weisen

einerseits auf die ethische Unverträglichkeit solcher altersabhängiger Zuteilungskriterien hin, andererseits ganz prinzipiell darauf, dass die ökonomische Lage unserer Gesellschaft nicht so perakut bedroht sei, dass überhaupt zu drastischen Rationierungsmassnahmen Zuflucht gesucht werden müsse. Zudem sei das kalendarische Alter aus ökonomischer Sicht sowieso ein schlechtes Kriterium, da es die Behandlungskosten nicht valide abbilde (die verbleibende Lebenserwartung vor dem Tode ist behandlungskostenrelevant – unabhängig vom Alter!). Der Ruf einiger Ärzte nach Rationierung ist somit bestenfalls als Hilfeschrei in der gesundheitspolitischen Landschaft zu verstehen.

Was will eigentlich welcher Kostenträger?

Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens ist sehr komplex: Die Kosten des Gesundheitswesens werden zu über 80 Prozent von den privaten Haushalten und der öffentlichen Hand getragen – sie sind die Geldgeber. Direkt abgegolten werden rund die Hälfte der medizinischen Leistungen von den Sozial- und Privatversicherungen – sie bezahlen einen Teil der Rechnungen². «Kostenträger» im engeren Sinne sind damit immer mehrere Partner (der Patient selber, die öffentliche Hand, Sozialversicherungen, Privatversicherungen u.a.) mit naturgemäss ungleichen Interessen. Das Krankenversicherungsgesetz KVG setzt für die jeweiligen Kostenträger sehr spezielle Anreize³: So ist zum Beispiel für Krankenversicherer je nach Situation eine stationäre Behandlung von grundversicherten Patienten oft billiger als eine ambulante. Im stationären Bereich nehmen zudem die ihnen verrechneten Preise von der Akut-



FOTO: MARTIN GUGGISBERG



behandlung zu der rehabilitativen resp. Langzeitpflegebehandlung sukzessive ab. Damit wird der Druck auf die Altersmediziner zunehmend stärker, ihre alten Patienten in Akut-, Rehabilitations- und Langzeitpatienten zu kategorisieren und natürlich möglichst rasch auf dieser schiefen Ebene nach unten gleiten zu lassen. Dass aus altersmedizinischer Sicht die oft komplexen Mehrfacherkrankungen unserer polymorbiden Patientinnen und Patienten mit enger inhaltlicher und zeitlicher Verflechtung von Akut- und Rehabilitationsbehandlung eine solche eindimensionale Banal-Klassifizierung gar nicht zulassen, interessiert eigentlich niemanden. Hauptsache, man hat ein simples Modell aus einer eindimensionalen medizinischen Sichtweise, welches sich gut dazu eignet, Kosten von einem Topf in den andern zu verschieben.

Dass Langzeit-Institutionen zunehmend «Low-Dose»-Rehabilitation anbieten, da Rehabilitation im Milieu des Pflegeheims «billiger» sei, ist ein weiterer, aktueller Systemauswuchs: Eine Physiotherapie-stunde ist auch im Krankenhaus nicht billiger als im Akutspital oder zu Hause – nur trägt dort der Patient einen deutlich höheren Teil der Gesamtkosten mit, was den einen Kostenträger be- und den anderen entlastet. Kostenverschiebung, allenfalls sogar Kostenvermehrung, aber kaum Kostenreduktion ist die Folge –

natürlich zulasten der alten Menschen. Wollen wir Ärzte dieses böse Spiel mitmachen?

Wer managt den Case?

Weil heute in unserem Gesundheitssystem systemkonform mit hohem administrativem Aufwand versucht wird, Kosten von einem Kostenträger zum andern zu verschieben, erstaunt es nicht, dass auf Seiten der Krankenkassen zunehmend so genannte Case-Manager ins Spiel kommen. Erstaunlicher ist viel eher, wie simpel damit die Stellung der Vertrauensärzte tangiert, Datenschutzvorgaben bis an den Rand des Erträglichen ausgereizt werden respektive plötzlich krude betriebswirtschaftliche Parameter genügen sollten, den Case zu managen. (Von Patientenbehandlung spricht man sowieso nicht mehr, man «managt den Fall» – mit dieser Begrifflichkeit hält man sich elegant den kranken Patienten emotional vom Leibe). So wird schleichend eine eigentliche Hauptaufgabe von uns Ärzten (eben die umfassende Behandlungsplanung unserer Patienten) zu *einem* der Kostenträger (den Krankenkassen) geschoben.

Gerade bei alten Patientinnen und Patienten ist die Beurteilung der im Krankenversicherungsgesetz definierten WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) von Interventionen sehr komplex und setzt profunde Kenntnisse des jeweiligen Patientenzustandes in allen fünf Gesundheitsdimensionen voraus. Für die ersten beiden Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit) sind wir Ärzte die Experten, das Kriterium der Wirtschaftlichkeit diskutieren wir gerne mit ökonomischen Sachverständigen – aber nicht am individuellen Krankenbett, sondern auf einer übergeordneten strategischen Ebene im Sitzungszimmer. Womit wir zum letzten Punkt kämen:

Sollen Ärzte das Gesundheitssystem heilen?

Im Umgang mit jüngeren Assistenzärztinnen und -ärzten zeigt es sich immer wieder, dass diese glauben, sie müssten ökonomische Parameter in ihre medizinischen Entscheidungsprozesse einfließen lassen: Sie haben offensichtlich den Spardruck im Gesundheitswesen verinnerlicht. Dabei ist ihnen meist nicht

einmal klar, welche ökonomischen Ziele im Einzelfall denn überhaupt verfolgt werden sollen: Die privatwirtschaftlichen des Patienten? Die betriebswirtschaftlichen des Spitals oder jene der Krankenkasse? Oder sollen sogar gesamtwirtschaftliche Überlegungen eine Rolle spielen?

Besonders im medizinischen und pflegerischen Altersbereich sind die Finanzierungsströme wie erwähnt hochkomplex und die Handlungsanreize der Akteure oft gegeneinander laufend.

Ziehen wir kurz die betriebswirtschaftliche Brille eines Spitalökonomen an: Aus dieser Sicht kann ein klinischer Assistenz- oder Oberarzt mit seinen Verordnungen allenfalls 10 Prozent der Gesamtkosten des Spitals überhaupt beeinflussen (z.B. durch Röntgen-/Laboruntersuchungen, Medikamente, Physiotherapie-Verordnungen, u.a.). Keinen direkten Einfluss hat er auf den Stellenetat und die Löhne (ca. zwei Drittel der Spitalkosten), auf die Hotellerie und die Infrastruktur und auf den administrativen Überbau. Wenn nun ein Chefarzt ökonomischen Druck auf seine Unterbenen ausübt und diese dann effektiv 10 Prozent der von ihnen induzierten Kosten «sparen» würden, wären die Gesamtkosten der Klinik um 1 Prozent gesunken. Dies aber zu einem hohen Preis von verdeckter Rationierung, verlorenem Patientenvertrauen und schlechterer Behandlungsqualität.

Wird die Behandlung mittels Fallkosten-Pauschalen abgegolten, sollte der Arzt systemkonform alles daran setzen, die Hospitalisationsdauer seiner alten Patienten zu verkürzen. Bei zu früher Spitalentlassung alter Menschen besteht ohne strikte Qualitätskontrolle, die bis jetzt ohnehin nur in Ansätzen vorhanden ist, die Gefahr, dass andernorts (z.B. in den Pflegeheimen oder im Spitexbereich) massiv zunehmende Kosten anfallen. Ganz abgesehen davon, dass dann der Nutzen der Hospitalisation (die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten) nicht abgeholt wird, womit ökonomisch gesprochen die Effizienz der Spitalinterventionen sinkt.

Die Einflussmöglichkeiten der Kliniker auf die Gesundheitsgesamtkosten oder auf die finanzielle Situation des Patienten selber sind noch weniger transparent und quantifizierbar. Ökonomisch motivierte Einzelentscheide durch Ärzte am Krankenbett entsprechen damit einer Wan-



derung im Nebel und sind kaum je evidenzbasiert, öffnen der Willkür aber Tür und Tor.

Wir Altersmediziner sind auf einer übergeordneten Ebene gerne bereit, unseren Sachverstand in eine gesundheitspolitische Diskussion einzubringen. Im Alltag aber sollten wir uns auf unsere «Kernkompetenz» beschränken: Die Behandlung unserer alten Menschen nach bestem Wissen und Gewissen und unter Beachtung medizinischer Evidenz – unser höchstes Gut ist das Vertrauen unserer alten Patientinnen und Patienten und dasjenige ihrer Familienangehörigen! Im Hinblick auf die Komplexität unseres Gesundheitssystems und den Stand der unreflektierten «Rationierungsdiskussion» sollten wir Chefärzte deshalb in unseren Kliniken aktiv die Anwendung

ökonomischer Kriterien an der Front des Krankensbets unterbinden – nur dies führt dann in unserem System dazu, dass Ökonomen über Ökonomie, Politiker über Gesundheitspolitik und Ärzte über Medizin reden – und Letztere nicht neurotisiert werden durch gesundheitsökonomische Diskussionen, die in ihrer Komplexität gerade im Altersbereich auch ökonomisch weitergebildete Ärzte oft überfordern.

Die Anwendung ökonomischer Entscheidungskriterien am Krankensbett des hochbetagten Menschen ist in der Klinik für Akutgeriatrie in Zürich aus oben erwähnten Gründen schlicht untersagt; solche Diskussionen gehören auf die Chefetage. Klinikärzte haben für alle Patientinnen und Patienten eine wirksame und zweckmässige Abklärung und Behandlung sicherzustellen – bereits dies ist ein hoher Anspruch! Die Wirtschaftlichkeit muss auf einer übergeordneten Ebene sichergestellt werden durch für alle geltende transparente Rahmenbedingungen, welche sich aus Verhandlungen von gesundheitspolitisch Verantwortlichen, Ökonomen und Ärzten ergeben (z. B. über ausgehandelte Tarife, Einkaufsstrategien von Verbrauchsmaterial, kluge Medikamentensortimente, usw.).

Schlusswort: Sag Nein!

Zum jetzigen Zeitpunkt, wo sich das Gesundheitswesen als Spielwiese für alle möglichen Heiler anbietet. Wo sich Politiker nicht selten mit Entscheidungen schwer tun oder dann «vom Volk» wieder zurückgepfiffen werden, wo sich Gesundheitsökonomien mit Modellen überbieten, Juristen an Einzelfällen wieder mal Klarheit schaffen müssen (oft zu Gunsten der Patienten!) und Ethiker warnend die Stimme erheben, dürfen wir Ärzte nicht in

Versuchung geraten, den für das Gesundheitswesen Verantwortlichen durch verdeckte Altersrationierung die Kohlen aus dem Feuer zu holen. Es besteht ja nicht einmal Einigkeit darüber, wie heiss diese Kohlen überhaupt sind! Wenn wir Ärzte wenig durchdachte ökonomische (Spar-)Kriterien am Einzelfall am Krankensbett anwenden und unreflektiert diagnostisch-therapeutische Leistungen bei kranken Hochbetagten einschränken würden, führte dies zu einer weder ethisch noch juristisch noch ökonomisch zu rechtfertigenden Altersrationierung: Aus ethischer Sicht wären Fürsorge- und Gerechtigkeitspostulate verletzt, juristisch könnten Haftbarkeitsfragen ins Spiel kommen und ökonomisch würden wohl enorme gesamtwirtschaftliche (Pflege-)Folgekosten auflaufen. Der alte Spitalpatient würde so definitiv zum Opfer des gesellschaftlichen Altersbildes. Wir Ärzte sind dazu da, Menschen zu helfen – den Anspruch, das (kränkelnde?) hochkomplexe Gesundheitswesen zu heilen, können wir nicht übernehmen – schon gar nicht am Krankensbett auf dem Buckel der schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft – den hochbetagten, behinderten Patientinnen und Patienten.

¹ Zweifel P., Felder H. Rationierung: Der Königsweg im Gesundheitswesen? Praxis 2000; 89: 1181–4.

² Pharma Information. Das Gesundheitswesen in der Schweiz: Leistungen, Kosten, Preise. 2003.

³ Bapst L. Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkungen auf die alten Menschen. In: Carigiet E., Grob D. (Hrsg.). Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag des Gesundheits- und Umweltschutzdepartementes der Stadt Zürich 2003.



RÉSUMÉ

Le spectre du rationnement en raison de l'âge

Dans la discussion sur le rationnement, le critère de l'âge, fréquemment utilisé, est trop simpliste; il reflète d'une part la valeur économique attribuée aux personnes vieillissantes, et d'autre part l'image sociologique misérable de l'être d'âge très avancé, avant tout handicapé. Du point de vue économique, l'âge du calendrier est de toute façon un mauvais critère, car il ne permet pas de rendre compte d'une manière valide des coûts de traitement; en termes de coût, c'est en effet l'espérance de vie résiduelle qui est essentielle.

Le financement de notre système de santé est très complexe. Les coûts sont financés par différents payeurs qui chacun ont des intérêts différents par nature. La Loi sur l'assurance maladie (LAMal) place des incitations très spéciales pour chaque groupe de payeurs. Par exemple pour l'assureur maladie, un traitement hospitalier de patients au bénéfice de l'assurance de base peut s'avérer meilleur marché qu'une prise en charge ambulatoire, selon la situation. Dans le domaine hospitalier, les prix facturés aux assureurs maladie diminuent successivement en passant des soins aigus aux soins de réhabilitation, respectivement aux soins de long séjour. De là la pression exercée sur les gériatres pour faire le plus rapidement passer leurs patients du stade «aigu» vers ceux de «réhabilitation» et «séjour de longue durée». L'essentiel est d'avoir un modèle simple, unidimensionnel du point de vue médical, qui se prête bien à déplacer les coûts d'un bidon dans un autre.

Au contact des jeunes collègues, on a toujours l'impression que ceux-ci croient qu'ils devraient introduire des paramètres économiques dans leurs processus de décision médicale: apparemment, ils ont intériorisé la pression de faire des économies, qui règne dans la santé. Mais pour eux, il n'est la plupart du temps pas clair de sa-

voir quels objectifs économiques ils doivent vraiment poursuivre: ceux du patient, de l'hôpital, de la caisse maladie, ou bien agir selon des critères économiques généraux? Par ses prescriptions, un assistant ou un chef de clinique hospitalier peut tout au plus influencer au maximum 10% des coûts totaux de l'hôpital. Si un médecin-chef exerçait une pression économique telle sur ses subordonnés, que ceux-ci «économiseraient» effectivement 10% des coûts qu'ils induisent, les coûts totaux de la clinique ne seraient réduits que de 1%. Mais au prix d'un rationnement occulte, d'une perte de confiance de la part des patients et d'une détérioration de la qualité des soins. Au chevet du patient, les décisions individuelles motivées par l'économie ne sont que très difficilement «evidence based» et ouvrent grandes les portes de l'arbitraire.

En tant qu'experts pour tous les patients, les médecins cliniciens ont le devoir d'assurer une démarche diagnostique et thérapeutique efficace et appropriée – certes un grand défi! Les médecins-chefs devraient s'employer activement à imbibier l'emploi de critères économiques de décision au chevet du patient. Laissons les économistes parler d'économie, les politiques parler de politique de la santé et que les médecins parlent de médecine et évitent de devenir des névrosés des discussions d'économie de la santé. Nous autres médecins ne devons pas être tentés de tirer les marrons du feu pour les responsables de la santé en pratiquant un rationnement occulte sous prétexte d'âge. Il n'existe en effet même pas d'accord sur le degré de cuisson de ces marrons! Nous ne pouvons pas relever le défi de sauver le système de santé si complexe (maladif?), en tout cas pas au lit du malade et encore moins sur le dos des membres les plus faibles de notre société: les patients très âgés et handicapés.



**schmid
mogelsberg**

P. Schmid + Co. AG
Papiere und Drucksachen für Ärzte
9122 Mogelsberg

Tel. 071 375 60 80 · Fax 071 375 60 81
E-Mail: schmid.mogelsberg@bluewin.ch
Internet: www.schmid-mogelsberg.ch

Eröffnen Sie bald Ihre eigene Praxis?

Dann verlangen Sie bitte unsere **Druckmuster-Kollektion**. Sie finden darin viele Muster von Drucksachen, wie wir sie täglich für Ihre Kollegen drucken. Sicher kann Ihnen die grosse Auswahl wertvolle Anregungen zur Gestaltung Ihrer eigenen Formulare geben.

Seit 70 Jahren sind wir auf Ärztebedarf in Drucksachen und Papierwaren spezialisiert. Profitieren auch Sie davon!