

Jörg Lauterberg, Norbert Schmacke

Kostenintensive Medizin im Alter

Eine Einschätzung aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Einleitung

Eine sachorientierte und faktenbasierte Auseinandersetzung mit dem Thema der künftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens angesichts von demographischem Wandel und medizinischem Fortschritt ist aus verschiedenen Gründen erschwert. Eine zentrale Bedeutung hat dabei die überwiegend interessegeleitete Verwendung einer bewusst emotionalisierenden Sprache. Begriffe wie „Altersexplosion“, „Kostenlawine“ und „demographische Zeitbombe“ werden gezielt verwendet, bedauerlicherweise aber nicht primär, um im Sinne einer höheren Vernunft sozialpolitische Entscheidungsträger für eine konstruktive „Zukunftsarbeit“ wachzurütteln, sondern um eigennützig die Lenkung von finanziellen Ressourcen zu beeinflussen.

Die Forderung „Mehr Geld ins System“ wird mit dem Schlagwort vom demographischen Wandel politikfähig gemacht. Es wird dazu missbraucht, Versuche der Kostenbegrenzung über Qualitätssteuerung als fast aussichtslos darzustellen und von notwendigen Reformen abzulenken.

Gleichzeitig kann die affekterzeugende Beschwörung der Altersfrage dazu führen, dass eine verdeckte Rationierung von wichtigen Leistungen für alte Menschen einsetzt und/oder Strategien der offenen altersbezogenen Rationierung gefordert werden. Beide Trends sind für eine dem Solidarprinzip verpflichtete Krankenversicherung inakzeptabel.

Eine Versachlichung der Diskussion wird aber auch durch eine besondere Facette der von Ivan Illich beschriebenen „Nemesis der Medizin“ behindert. So stehen dem menschlichen Ideal von ewiger Jugend und Schönheit bzw. dem Wunsch nach langem und gesundheitlich unbeeinträchtigtem Leben zunehmend Angebote der modernen Medizin gegenüber, die nicht zuletzt bedingt durch die Art ihrer Vermarktung die Illusion nähren, man könne durch präventiv eingesetzte Hormone, Stärkungsmittel und andere Arzneien, durch visionäre Gentherapien und vor allem eine reparaturorientierte Hochleistungsmedizin von links in den von Lucas von Cranach ins Bild gesetzten Jungbrunnen klettern, um ihm rechts in jugendlich regeneriertem Zustand wieder zu entsteigen.

Nachfolgend wird zunächst dargestellt, warum die schlichte Formel „Demographischer Wandel = Kostenexplosion“ unzutreffend ist. Es wird dann aber auch aufgezeigt, welche Fragen für eine Einschätzung der tatsächlichen Kostenentwicklung offen sind und welche Prozesse dringend verstärkt werden sollten, um vermeidbare Kostenausweitungen in der Versorgung der älteren und hochbetagten Patienten auch tatsächlich zu verhindern.

Demographischer Wandel

Im April 2002 wurde der Schlussbericht der Enquete-Kommission Demographischer Wandel vorgelegt. Dabei kommt man insge-

samt zu der Einschätzung, dass die Auswirkungen der demographischen Veränderungen auf die Sozialsysteme in Deutschland nicht starr determiniert sind, sondern der politischen Gestaltbarkeit unterliegen. Ab etwa 2010 wird sich der demographische Wandel spürbarer auf den ansteigenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung auswirken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es weder einen monokausalen und unlinearen Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit noch zwischen dem Altersaufbau der Gesellschaft und den Gesundheitskosten gibt. So hat Schweden unter den Industrienationen den höchsten Anteil von Menschen über 65 Jahren, liegt aber im Vergleich mit den Gesundheitsausgaben im Mittelfeld – am anderen Ende des Spektrums rangieren die USA.

Viele Faktoren müssen für die Finanzierungsprognosen im Gesundheitswesen berücksichtigt werden, und der Bericht der Enquete-Kommission gibt einen Überblick über das Spektrum der zwischen 15 und 34 Prozent schwankenden GKV-Beitragssatzprognosen für das Jahr 2050. Diese enorme Schwankungsbreite erklärt sich durch die jeweils unterschiedlichen Annahmen für Einnahmen- und Ausgabenseite bei der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei die geschätzten Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf die Ausgaben zwischen den Experten besonders variieren. Den Einflussfaktor „Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung“ betreffend mehr

sich inzwischen für die Industrienationen die empirischen Hinweise darauf, dass heutige Ältere gesünder und mobiler als die vorangegangenen Alterskohorten sind, es also einen Trend zur von Fries sogenannten „Kompression der Morbidität“ mit einer verlängerten krankheits- und behinderungsfreien Lebenszeit gibt.

Alter, medizinischer Fortschritt und Kosten

Unbestritten ist nun, dass fortschrittsbedingt heute zunehmend ältere und hochbetagte Menschen von der Akutmedizin profitieren können. Verbesserte Verfahren in Anästhesie und Intensivmedizin erlauben selbst sehr invasive operative Eingriffe bei Menschen im achten und neunten Lebensjahrzehnt, weniger aggressive chemotherapeutische Behandlungsstrategien können bei alten Krebskranken eingesetzt werden, und die wissenschaftliche Evidenz dafür wächst, dass auch

sehr alte Patienten von modernen Pharmakotherapien – etwa gegen den Bluthochdruck – profitieren, manchmal sogar mehr als jüngere Bevölkerungsgruppen. Für typische altersassoziierte Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz stehen mit den Acetylcholinesterase-Hemmern erstmalig hochpreisige Medikamente mit unstrittig positiven, aber leider nur geringen Effekten zur Verfügung.

Diese Auflistung könnte ohne Mühe lange fortgesetzt werden. Übereinstimmend gilt allerdings immer noch die internationale Beobachtung, dass die Ausgaben für die akutmedizinische Versorgung (ohne Pflege/Langzeitbetreuungskosten) der hochbetagten Bevölkerung nach einem Maximum um das 70. bis 75. Lebensjahr herum wieder abfallen.

SUMMARY

Die Diskussion um die Folgen von demographischem Wandel und medizinischem Fortschritt wird von vielen Beteiligten im Dienste eigener Interessen gezielt emotionalisiert. Noch lässt der nüchterne Blick auf die internationalen Ausgabenstatistiken eher den Schluss zu, dass die Gesundheitsausgaben insbesondere bei Hochbetagten im Vergleich zu jüngeren Gruppen rückläufig sind. Die Qualität der Gesundheitsdaten in Deutschland lässt aber keine seriösen Abschätzungen darüber zu, in welchem Ausmaß eine stille Altersrationierung unter den verschiedenen Ursachen für diese Beobachtung verantwortlich zu machen ist. Zu den künftig wichtigen Entwicklungen, die über den Zugang der älteren Bevölkerung zu einer angemessenen und hochwertigen Gesundheitsversorgung entscheiden werden, gehören die Etablierung eines systematischen Health Technology Assessments für die Entscheidungsträger, das den tatsächlichen Zusatznutzen von diagnostischen und therapeutischen Verfahren auch für ältere und sehr alte Patienten klar erkennbar werden lässt. Die Antwort des Gesundheitswesens auf die Zunahme multimorbider älterer Menschen kann nicht darin bestehen, eine vermeintlich optimale, aber fragmentierte Versorgung durch unkoordiniert agierende Organspezialisten zu befördern, sondern muss in der Ausrichtung auf ein sektorenübergreifend organisiertes und geriatrisch qualifiziertes Versorgungsmanagement liegen.

Generell nehmen die Kosten pro Versicherten mit der Nähe zum Tod überproportional zu. Für Holland wurden – mit der Möglichkeit der Gesamtkostenbestimmung – ermittelt, dass Versicherte im letzten Jahr durchschnittlich das Sechzehnfache der Kosten verursachen wie die jeweils gleichaltrigen Überlebenden. Dieser Faktor ist altersabhängig: Über 65 beträgt er 4,66, unter 65 liegt er bei 27,31. Die Krankenhauskosten entwickeln sich dabei

noch einmal in den hohen Altersgruppen umgekehrt proportional zum Alter: Zwischen 60 und 90 halbieren sich nach verschiedenen Untersuchungen die Krankenhauskosten im letzten Lebensjahr.

Bezieht man allerdings die Kosten für die Langzeitpflege in die Überlegungen mit ein, so findet sich dieser Trend nicht wieder. Man muss – insbesondere auf der

Datenbasis von Medicare in den USA – im Gegenteil annehmen, dass bei einer qualitativ guten palliativen Medizin und Langzeitpflege das Weniger an Akutmedizin durch ein Mehr an Betreuung wenigstens wettgemacht, wenn nicht überkompensiert wird.

Ob sich in Deutschland das Leistungsgeschehen für die ältere und hochalt-rige Bevölkerung in Intensität und Qualität derzeit systematisch ändert, kann momentan nicht zuverlässig beantwortet werden. Patientenkonten mit sektorübergreifenden Leistungsübersichten

und zusammengeführten Leistungsausgaben aus Kranken- und Pflegeversicherung stehen in Deutschland für die Monitorierung entsprechender Trends nicht zur Verfügung.

Die Tatsache, dass die Kosten für Akutmedizin bei Hochbetagten entgegen landläufigen Annahmen im Vergleich mit jüngeren Altersgruppen wieder absinken, kann viele Ursachen haben. Diskutiert werden folgende Gründe:

- Eine Reihe kostenträchtiger Eingriffe haben Hochbetagte schon in jüngeren Jahren erfahren.
- Der eingeschränkte Allgemeinzustand lässt manche aggressiven Eingriffe nicht mehr zu.
- Hochbetagte stellen in gewisser Weise eine Selektion „gesunder“ alter Menschen dar.
- Typisch ist weniger das Erstauftreten dramatischer Krankheitsbilder, das in der Regel mit hohen diagnostischen Abklärungskosten einhergeht, sondern das Wiederauftreten bekannter Krankheitsbilder, bei dem Routinebehandlungen ohne hohe Begleitkosten vorherrschen.
- Hochbetagte stehen eingreifenden Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen skeptischer gegenüber.
- Hochbetagte kommen häufig aus Pflegeheimen, die durch ihre Betreuung die Inanspruchnahme von Akutmedizin senken.
- Hochbetagte erhalten allein auf Grund ihres Alters weniger medizinische Versorgung.

Die vorhandenen Daten erlauben keine verlässlichen Aussagen zu der Frage, inwieweit Altersrationierung im Sinne des Vorenthaltes wichtiger Leistungen zur Verbesserung der Lebenserwartung und der Lebensqualität stattfindet. Für die GKV ist es jedenfalls von hoher Bedeutung, in dem anzunehmenden Nebeneinander von medizinischer Über-, Unter-, und Fehlversorgung bei der älteren Bevölkerung zur rationalen Umverteilung der eingesetzten Ressourcen auf die Nutzung aller Chancen zur Rationalisierung hinzuwirken und Tendenzen einer stillen Altersrationierung entgegenzutreten.

Zukunftsfragen

Einige der im folgenden und in der Regel wenig beachteten Aspekte werden für die Frage, ob und in welchem Umfange ältere Menschen in Deutschland künftig am medizinischen Fortschritt teilhaben können, von entscheidender Bedeutung sein:

Zunächst müssen für den Leistungskatalog der GKV alte wie neue medizinische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren im Sinne des SGB V künftig noch konsequenter mit den Methoden des Health Technology Assessments (HTA) und dem Handwerkszeug der evidenzbasierten Medizin daraufhin geprüft werden, ob sie notwendig, angemessen, ausreichend und wirtschaftlich sind. Hierfür gilt es, durch eine veränderte Forschungskultur in der Medizin die gerade für ältere Menschen weit klaffende „Evidenzlücke“ sukzessive zu schließen, die wegen des fast regelhaften und oft ungeRechtfertigten Ausschlusses älterer Menschen aus klinischen Studien existiert. Die an hochselektierten Untersuchungsgruppen gewonnenen heutigen Wirksamkeits- und Sicherheitsnachweise für Medikamente und medizinischen Verfahren gelten nur eingeschränkt für hochbetagte multimorbide Menschen, so dass hier die Beurteilung von Nutzen und Schaden oft schwer fällt.

Für eine umfassende Gesundheitstechnologiebewertung scheint es auch erforderlich, die derzeit in der Phase der Etablierung befindlichen gesundheitsökonomischen Konzepte auf ihre Angemessenheit für ältere und hochbetagte Patienten zu überprüfen, z.B. das QUALY-Konzept mit der Betrachtung der durch eine medizinische Maßnahme hinzugewonnenen Lebensjahre in guter Lebensqualität. Da viele der neuen kostenintensiven medizinischen Maßnahmen grund-

sätzlich, aber gerade bei hochbetagten Menschen mit einer eng bemessenen fernerer Lebenserwartung im Grenznutzenbereich angesiedelt sind, müssen im gesamtgesellschaftlichen Dialog frühzeitig auch die Grundregeln für eine unausweichlich scheidende Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen erarbeitet werden.

Platter Altersrationierung allerdings muss eine Absage erteilt werden, angesichts der sehr eingeschränkten Bedeutung des kalendarischen Alters. Für den zu erwartenden Benefit eines Patienten von einer Gesundheitsleistung sind bekanntermaßen sein biologisches, soziales und psychisches Alter prognostisch viel bedeutsamer als sein kalendarisches Alter.

Eine rationale Steuerung der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen wird künftig auch maßgeblich davon abhängen, ob es gelingt, einer ausufernden Medikalisierung des Alters entgegenwirken zu können. Gerade die Grauzone zwischen altersphysiologischen Veränderungen (z.B. Knochendichteabbau, abnehmende Organleistungen usw.) und echt pathologischen Prozessen, die zu Beschwerden mit Krankheitswert führen, bietet ein breites Feld für Leistungsanbieter. Die Definitionsmacht der Medizin über das, was als krankhaft gelten soll und was (noch) nicht, wird eine entscheidende Rolle spielen. Die schwierige Grenzziehung zwischen „normalen“ altersabhängigen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und abrechnungsfähigen klinischen Klassifizierungen wird eine erhebliche Kreativität der pharmazeutischen Industrie, der Hilfsmittelhersteller und aller Heilberufe freisetzen. Hierfür steht auch der Trend zur lebensbegleitenden Verordnung von Medikamenten mit vermeintlich präventiver Wirkung (Osteoporose, Ar-

teriosklerose, Demenz) und die Medikalisierung von sozialer Isolierung und Stimmungsbeeinträchtigung.

Paradigmenwandel notwendig

Zentrale Bedeutung wird weiterhin der Frage zukommen, ob und wie schnell sich auch in Deutschland der enorm wichtige medizinische Paradigmenwandel vollzieht, der erstens der Prävention und Rehabilitation auf allen Versorgungsebenen ein größeres Gewicht gegenüber einer akutmedizinisch geprägten „Reparaturmedizin“ verleihen will und der zweitens die Gesundheitsversorgung eher am bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell mit Focus auf alltagsrelevante Funktionseinschränkungen und Handicaps orientieren will als an dem auf Diagnosen im Sinne der ICD fixierten ätiopathologischen Krankheitsmodell.

Sofern die Befürworter des letzten Modells die Oberhand behalten, wird die Medizin für zumeist mehrfach chronisch kranke, ältere Menschen durch eine fragmentierte (Über-)Versorgung verschiedener Organspezialisten gekennzeichnet sein oder zumindest durch eine gerade bei der Arzneimitteltherapie mitunter gefährliche Polypragmasie. Das wünschenswerte Gegenzenario ist die kontinuierliche Begleitung alter Menschen im ambulanten Bereich durch Hausärzte, die sich die Philosophie und Arbeitsweisen der modernen Geriatrie angeeignet haben und das Ziel einer möglichst lange währenden selbständigen Lebensführung in der

häuslichen Umgebung gemeinsam mit den Patienten verfolgen.

Typisches Kennzeichen einer professionellen geriatrischen Behandlung ist die im stationären Bereich im Team von Arzt, Therapeuten, Pflegekräften und Sozialarbeitern systematisch gemeinsam erarbeitete Gesamteinschätzung der Situation des Patienten unter medizinischen, funktionalen, mentalen, psychischen und sozialen Gesichtspunkten („geriatrisches Assessment“). Hieraus wird in Verschränkung von medizinischen und sozialen Maßnahmen ein Behandlungsplan mit kurativen, oft aber mehr rehabilitativen Elementen abgeleitet und gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen eine Prioritätensetzung vorgenommen. Dem Schnittstellenmanagement an Grenzen von Versorgungssektoren (z.B. Entlassungsplanung) wird höchste Aufmerksamkeit gewidmet. Für Wirksamkeit und Effektivität solcher komplexen Behandlungsansätze bei hochaltrigen, multimorbiden Patienten liegen international inzwischen sowohl für stationäre als auch ambulante Versorgungsformen Nachweise auf höchstem Evidenzlevel vor.

Leider tun sich die Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen bislang immer noch schwer damit, gemeinsam eine von Experimentierfreude geprägte Kultur der Erprobung von wissenschaftlich sorgfältig begleiteten komplexen Versorgungsmodellen für Ältere zu schaffen. So könnten den Gesundheitspolitikern die für Gestaltungsentscheidungen notwendige Evidenz geliefert werden,

aber auch Erkenntnisse darüber, ob und in welchem Umfang integrierte Versorgungsansätze gegenüber der herkömmlichen Versorgung Mittel einsparen helfen, die dann etwa für andere sinnvolle, kostenintensive Behandlungen bei Hochaltrigen zur Verfügung stehen.

Es ist angesichts der künftigen Herausforderungen unverzichtbar, unter den Bedingungen des deutschen Versorgungssystems systematisch die Leistungsfähigkeit verschiedener Versorgungsformen für alte Patienten auszuloten. Dies gilt für präventive Strategien (z.B. spezielle Vorsorgeuntersuchungen für Ältere, Hausbesuchsprogramme u.ä.), für geriatrisches und geronto-psychiatrisches Case- und Care-Management, für ambulante oder mobile geriatrische Rehabilitation und letztlich auch für die stationäre geriatrische Behandlung im Vergleich zu den konkurrierenden Leistungsangeboten von zum Beispiel innerer Medizin, Orthopädie oder Neurologie.

Eine abschließende gesundheitspolitische Forderung: Wegen der erheblichen Unterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, was ihre Belastung mit älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Versicherten betrifft, kann nur die konsequente Umsetzung eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches in der GKV auf ökonomischem Wege sicherstellen, dass der Zugang für ältere Menschen zur Hochleistungsmedizin oder zu qualifizierten geriatrischen Versorgungsangeboten auf Dauer nicht behindert wird. ©