

# Weichen stellen in der Geriatrie – Wie viel darf die letzte Meile kosten?<sup>1</sup>

Zwischen ins schier «Unendliche» wachsenden medizinischen Möglichkeiten und Angeboten sowie steigenden Erwartungen der Menschen und den endlichen finanziellen Ressourcen bildet sich eine immer grösser werdende Diskrepanz. Die richtige und gerechte Verteilung der verfügbaren Mittel kann nur gemeinsam, in respektvollem Abwägen der unterschiedlichen Ansprüche, gelöst werden.

*Les possibilités et les offres médicales croissent à l'infini, de même que les attentes des patients. A l'opposé, les ressources financières sont, elles, limitées. Que faire, face à cet écart toujours plus élatant? La répartition juste et équitable des moyens disponibles ne peut se faire qu'en commun, dans un respect mutuel des différents besoins.*

---

Bruno Kissling

---

## Vier Ansichten aus vier unterschiedlichen Positionen

*Markus Anliker*, Haus- und Heimarzt, versteht sich als Sprecher für die Hausärzte mit Fokus auf die alten Menschen. Es gelte für den Hausarzt, die Menschen als Ganzes ernst zu nehmen. Wo aufgrund vieler, gleichzeitig vorhandener Krankheitszustände mehrere, ineinander übergreifende und sich teilweise konkurrierende Standards befolgt werden sollten, müssten die Weichen für den einzuschlagenden Weg unter Einbezug der betroffenen Menschen sowie der Pflegenden gestellt werden. Die Frage nach den Kosten würde Markus Anliker ersetzen durch jene nach den Möglichkeiten, diese Weichen nach menschlich sinnvollen Kriterien zu stellen. Er fordert die Krankenversicherer und die öffentliche Hand auf, die Hausärzte und die Geriater zu unterstützen.

*Markus Dürr*, Gesundheitsdirektor des Kantons Luzern und Präsident der Schweizerischen GDK, will die Weichen gemeinsam stellen. Die letzte Meile werde immer wichtiger; die beschränkt verfügbaren Mittel müssten richtig, im Sinne einer Nutzenoptimierung, verteilt werden. Der Regierungsrat habe sich die Frage zu stellen, ob man einem Spital oder einem Schulhaus den Vorrang geben, der Arzt, ob man den Bedürfnissen des individuellen Patienten oder den Erfordernissen der Public Health entsprechen soll. Darum müsse sich der Arzt, gleichsam als «Neuerprobe», fragen: «Verschleudere ich hier

und jetzt Mittel, die an einem anderen Ort dann fehlen, obwohl sie dort grösseren Nutzen stiften würden?»

*Hans Halter* steht als Sozialethiker vor einem ähnlichen Dilemma wie die Ärzte: Wo das Beste unter Kostendruck gegeben werden soll, entstehen Konflikte, denn beide Teile müssen gleichwertig berücksichtigt werden. Sorge bereitet ihm, dass die alten Menschen die nächstliegenden Sparopfer sind und dadurch diskriminiert werden. Eine Untersuchung über das Image der Alten habe gezeigt, dass sich die Alten selber als Problem sehen und dass sie von der Gesellschaft als Last empfunden werden. Die Senkung der Gesundheitskosten auf der letzten Meile gehe stark in Richtung einer altersbezogenen Rationierung. Eine Altersrationierung sei aber ungerecht und verstärke die Wahrnehmung der alten Menschen, Schmarotzer zu sein. Sie selber würden sich für ihr Altsein schämen, sich für ihr Kranksein entschuldigen versuchen das Problem zu lösen, indem sie sich selber das Leben nehmen. Die Alten müssten genauso ernst genommen werden wie die Jungen; alle Menschen hätten die gleiche Würde und alt sei nicht gleich «alt».

*Jürg Vontobel*, Leiter Leistungsmanagement bei der Concordia in Luzern, will die beschränkten Ressourcen optimal einsetzen. Die Endlichkeit der verfügbaren Mittel zeige sich jeden Herbst anlässlich der Prä-

<sup>1</sup> Ein Round Table am SGAM-Konress in Luzern (10.–12. November 2005) mit Peter Schulz, Journalist, Luzern (Moderation); Hans Halter, Sozialethiker, Luzern; Markus Anliker, Haus- und Heimarzt, Langnau i.E.; Markus Dürr, Regierungsrat und Präsident der Schweizerischen GDK, Luzern; Jürg Vontobel, Leiter Case Management bei der Concordia, Luzern.

mienvergleiche und des Kampfes der Versicherer um die «guten Risiken». Indem meist nur die Gesunden die Kasse wechselten und die Kranken blieben, würden die Alten gleich mehrfach diskriminiert. Der Lastenausgleich, wie er im KVG vorgesehen wäre, werde durch diese gesetzlich zugelassene Abwerbestrategie umgangen. Gleichzeitig schwinde die Solidarität mehr und mehr. Der Hausarzt müsse in einem Spannungsfeld von unendlichen Ansprüchen und endlichen Mitteln Entscheidungen treffen. Seine Position müsse gestärkt werden, wenn es darum gehe, gemeinsam mit den Betroffenen zu diskutieren, ob eine spezielle Behandlung im Einzelfall durchgeführt werden soll oder nicht. Solche Entscheide sollten nach Möglichkeit nicht von übergeordneten Instanzen, sondern durch die Betroffenen selbst gefällt werden.

## Alt?

Alt sein könne nicht chronologisch verstanden werden, meint *Markus Anliker*, sondern habe mit einem Lebensgefühl zu tun. Sich alt zu fühlen bedeute, körperlich, kognitiv und emotional an seine Grenzen zu stossen. Wo das labile Gleichgewicht zu kippen drohe, könne ein fachliches Assessment aufzeigen, wo Hilfe oder Verzicht angezeigt sei.

So betrachtet, sei es absurd, bei einem Menschen, nur weil er über 80 Jahre alt ist, die Katarakt generell nur noch auf einer Seite zu operieren. Solche Beschlüsse, die durchaus verzichtend ausfallen können, müssten mit jedem Patienten unter Berücksichtigung seiner komplexen Lebenssituation individuell gefasst werden.

Für *Hans Halter* ist das Alter ein kultureller Begriff. Als über 65jähriger werde man beispielsweise aufgrund des Alters pensioniert. Vor allem ein negatives Image bewirke, dass sich viele Pensionierte alt fühlen. Das Alter sei bei uns negativ behaftet; niemand wolle alt werden, aber trotzdem lange leben. *Markus Dürr* stimmt dem zu: Ein 80jähriger Staatspräsident, wie in Italien, wäre bei uns nicht denkbar.

## Die letzte Meile?

*Hans Halter*: Die letzte Meile könne jederzeit beginnen, bereits während der Schwangerschaft oder im Kindesalter. Die Kosten für die letzte Meile seien nicht altersabhängig, und bei über 80jährigen sogar tiefer als bei Jüngeren. Am teuersten komme die letzte Meile bei Frauen zwischen 20 und 49 Jahren zu stehen, wie ein Forschungsprojekt des Max Planck Instituts gezeigt habe. Und, ergänzt *Markus*

*Dürr*, die letzte Meile könne meist erst im Nachhinein als solche erkannt werden.

*Jürg Vontobel* rechnet vor: Die letzte Meile zeige eine exponentielle, teils exorbitante Zunahme der Kosten. Diese wiederum seien tatsächlich nicht vom Alter abhängig, sondern würden generell die letzten 1 bis 1½ Lebensjahre betreffen. Man müsse die Mitarbeiterinnen der Versicherer verstehen, wenn sie sich bei den Rechnungskontrollen immer wieder fragen würden, ob sich dieser Aufwand lohne. Es gelte, eine Gewichtung der Therapien vorzunehmen. Sollte das Geld in solchen Situationen für Statine ausgegeben werden oder für konkrete, lindernde Pflegemassnahmen?

*Markus Anliker* zitiert die «EURELD/MELS»-Studie [1]. Diese zeige auf, dass die Schweizer Ärzte, mehr als ihre Kollegen aus sechs anderen europäischen Ländern, in aussichtslosen Situationen potentiell lebensverlängernde Behandlungen abbrechen oder gar nicht erst beginnen und dass sie diese Entscheidungen in 82% der Fälle mit den betroffenen Patienten und/oder mit deren Angehörigen besprechen.

*Jürg Vontobel* bestätigt alle diese Aussagen, weist aber darauf hin, dass die Therapiemöglichkeiten immer weiter steigen und glaubt, dass diese therapeutischen Versuchungen abgesehen von ihren «guten Seiten» sehr teuer zu stehen kommen könnten und man sich, auf dem Boden der Evidence Based Medicine, viel mehr Gedanken über deren sinnvollen Einsatz machen müsste.

## Kostentreibende Faktoren ausserhalb der letzten Meile

*Markus Dürr* sieht im Anbetracht dessen, was an gewaltigen Entwicklungen «in der Pipeline» ist, ein schweres Problem auf uns zukommen. Die Diskussion verlaufe für ihn aber zu sehr «in Minne». Das mittlere Lebensalter werde weiter steigen. Gewisse Regeln zum Setzen von Prioritäten seien unverzichtbar. Die Frage laute auch vor der letzten Meile: Wie viel wird gemacht, das nicht weiterhilft?

Eine weitere Problematik stelle sich auch im Bereich der ärztlichen Zeugnisse, erwähnt *Markus Dürr*. Die Patienten könnten von einem Arzt zum anderen wandern, bis ihre Arbeitsunfähigkeit oder ihre vermutete Diagnose bestätigt würden. Hier bestünden falsche Anreize, und eine vermehrte Kontrolle sei nötig. *Markus Anliker* relativiert diese Aussage: Dies würde allenfalls auf anonyme städtische Gebiete zutreffen; dort herrsche eine andere Kultur. Auf dem Land hingegen würde dies durch eine andere Haltung und die soziale Kontrolle verhindert. Die Stärkung der Hausärzte könne dieser Entwicklung entgegenwirken.

Gemäss den Prämienunterschieden zwischen Stadt und Land spiele es offensichtlich eine Rolle, was die Ärzte zur Medikalisierung der Probleme beitragen, bestätigt *Markus Dürr*. Politiker wie Ärzte stünden unter massivem Druck, einerseits aufgrund eines übersteigerten Sicherheitswahns (siehe die «Hysterie» rund um die Vogelgrippe) und der daraus abgeleiteten zunehmenden Haftpflichtwelle, andererseits aufgrund der medialen Botschaft: «In der Medizin ist alles möglich!»

### Wo findet die Kostensteigerung statt, in den Spitälern oder in den Praxen?

*Jürg Vontobel* weiss, dass die Spitäler sehr viel teurer sind. Die Medikamente stiegen, wie ein Naturgesetz, jährlich um 6 bis 8%. Neue technische Verfahren wirkten sich für jene, die sie anbieten, lukrativ aus. Die Einkommen der Hausärzte seien jedoch nicht entsprechend angewachsen. Auch die Anzahl an Spezialärzten in einem gewissen Gebiet bestimme die Kosten wesentlich: So würden beispielsweise am rechten Zürichseeufer erheblich mehr orthopädische Eingriffe durchgeführt als am linken.

*Hans Halter* reflektiert über einige moderne gesellschaftliche Aspekte, die der Kostensteigerung zugrundeliegen. Gesundheit und Freiheit seien die höchsten Güter. Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen erfolge von einem informierten und autonomen Patienten. Er wolle das Beste, und der Arzt führe Auftragsarbeiten als Handwerker durch. Die Summe solcher Haltungen fördere die Nachfrage, während gleichzeitig jede Sparidee bei den jeweils betroffenen Gruppierungen auf politischen Widerstand stosse.

Auch die religiöse Einstellung habe sich in unserer Gesellschaft grundlegend verändert. Die Menschen früherer Zeiten hätten sich im irdischen Leben als in einem Jammertal gewähnt und sich auf den Himmel gefreut. Heute habe es auch der Frommste nicht mehr eilig – und viele Menschen hätten überhaupt keine Hoffnungen auf ein Leben danach. So würden alle ihre Erdenzeit voll auskosten. Damit ein Vorwärtskommen möglich werde, müsse sich unsere Gesellschaft wieder vermehrt mit solchen philosophisch-religiösen Aspekten auseinandersetzen und

die Endlichkeit und Sterblichkeit als notwendige Bestandteile des Lebens annehmen.

Für *Markus Dürr* ist Glück das höchste Gut, nicht Gesundheit. Die Gesundheit sei dabei wichtig, aber nicht alleinentscheidend. Sparmöglichkeiten könnten sich aus der Abwägung der Gesundheit gegenüber anderen, für das Glück wichtigen Dingen ergeben. Das Geld im Gesundheitsbereich fliesse heute häufig in Leistungen im Grenznutzenbereich auf der letzten Meile. Wäre es nicht wichtiger, diese finanziellen Mittel in andere Dinge des gesellschaftlichen Lebens, die zur Förderung des Wohlstandes und des Glücks wesentlich sind, zu «pumpen»? Schliesslich wisse man, dass der Wohlstand die Lebenserwartung steigere, dass also Gesundheit auch eine Folge des sozialen Status sei.

### Schlussworte

*Markus Anliker* hat viel Lob für die Hausärzte gehört. Er fühle sich darin bestätigt, sinnvolle Weichen für die alten Menschen zu stellen. Wenn er in die Runde des Publikums schaue, so sehe er jedoch bedenklich wenige junge NachwuchshausärztInnen.

*Markus Dürr* zählt darauf, dass die hier diskutierten Zusammenhänge in der täglichen Praxis berücksichtigt werden und erinnert an die «Neunerprobe». Er wisse aber, dass er dies vor dem falschen Publikum sage. Trotzdem sei es wichtig, immer wieder darauf aufmerksam zu machen.

Für *Jürg Vontobel* sind die Hausärztinnen und Hausärzte dafür prädestiniert, die beschränkten Ressourcen sinnvoll und richtig einzusetzen. Sie sollten sich nicht scheuen, dies zu tun. Die Unterstützung der Krankenkasse sei ihnen dabei gewiss.

### Literatur

- 1 Bosshard G, Fischer S, Faisst K. Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der EURELD/MELS-Studie. *PrimaryCare* 2005;5:799–802.

---

Dr. med. Bruno Kissling  
Elfenuweg 6  
CH-3006 Bern  
kissling@primary-care.ch