

Geriatric im Spannungsfeld von Gesundheits- und Sozialpolitik

Die Geriatricentwicklung wird, wie andere medizinische Fachgebiete auch, durch die Entwicklungsdynamik der Medizin gefördert – aber auch in hohem Masse durch den gesundheits- und sozialpolitischen Willen.

Daniel Grob, Erwin Carigiet

Geriatric als medizinisches Fachgebiet geniesst eine spezielle Stellung: Es ist Teil des Gesundheitswesens, aber mit sehr intensiven Beziehungen zum und Auswirkungen auf das Sozialwesen. Dies zeigt sich exemplarisch an der Schnittstelle Spital-Langzeitpflege: Spitalaufenthalte verursachen für die Kranken ausser den Krankenkassenprämien keine Kosten, jene in Pflegeeinrichtungen können jedoch das Vermögen aufzehren und stellen ein strukturelles Armutsrisiko dar (gelindert durch die Ergänzungsleistungen zur AHV).

Was ist Geriatric?

Geriatric wird definiert als Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten bei Betagten befasst [1]. Geriatric PatientInnen sind polymorbid, sie leiden an mehreren, oft chronischen Krankheiten mit körperlichen, psychischen, funktionellen, sozialen und ökonomischen Aspekten. Sie sind gebrechlich, von Autonomieverlust bedroht und in

der Regel über 65-jährig. Geriatric beschäftigt sich damit lediglich mit einer Minderheit der alten Menschen. Diese Geriatric-PatientInnen zeigen oft völlig atypische Krankheitspräsentationen, rasche Zustandsverschlechterung bei unbehandeltem Leiden, haben eine hohe Inzidenz von sekundären Krankheitsbeziehungsweise Therapiekomplicationen und damit einen hohen Bedarf an Rehabilitationsleistungen. Umweltbedingte und soziale Faktoren haben eine hohe Bedeutung für die angestrebte Rehabilitation nach akuter Erkrankung. Für Diagnostik, Zielsetzung, Behandlung und Evaluation ist immer ein interdisziplinäres Team erforderlich (GeriatricerIn, Pflegefachperson, SozialarbeiterIn, PhysiotherapeutIn, ErgotherapeutIn, ErnährungsberaterIn, SeelsorgerIn).

Dimensionen geriatricer Arbeit und deren Handlungsfelder

Geriatric Tätigkeit ist ausgeprägt biopsychosozial¹ orientiert und beinhaltet medizinische, psychische, pflegerische, rehabilitative, soziale und palliative Elemente. Behandlungsziele sind oft nicht Heilung sondern Erhaltung der Selbstständigkeit, Verbesserung der Lebensqualität und Angstabbau.

Geriatric Handeln findet in verschiedenen Strukturen unseres Gesundheitswesens statt: im Akutspital, in Übergangs- und Überbrückungspflege-Einrichtungen, in Langzeit-einrichtungen (Alters- und Pflegeheime) oder im Spitex-Bereich. Die Geriatric hat Methoden entwickelt, die den Anteil akut erkrankter oder verunfallter alter Menschen, die in ein Pflegeheim eintreten müssen, verringert. Dies hat auch die



Daniel Grob



Erwin Carigiet

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften erkannt und empfiehlt prinzipiell vor jedem Eintritt in ein Pflegeheim eine umfassende geriatric Abklärung (multidimensionales geriatric Assessment) [2]. Gesundheits- und

¹ Biopsychosoziale Orientierung meint die gleichbedeutende Berücksichtigung nicht nur biologischer, sondern auch psychischer und sozialer Aspekte von Gesundheit und Krankheit in der medizinischen Behandlung alter Menschen.

Sozialpolitiker in vielen Kantonen haben diesen Benefit der Geriatrie erkannt. So sind heute in mehreren Kantonen geriatrische Strukturen und Programme im Aufbau.

Die Geriatrie im Fadenkreuz

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist komplex. Das Gesundheitswesen wird im Resultat zu über zwei Dritteln von den privaten Haushalten finanziert, was über das Ganze gesehen eine hohe finanzielle Eigenverantwortung bedeutet [3]. Direkt abgegolten werden rund die Hälfte der medizinischen Leistungen von den Sozial- und Privatversicherungen – sie bezahlen einen Teil der Rechnungen. Kostenträger im engeren Sinne sind damit immer mehrere Partner (PatientInnen, deren Angehörige, öffentliche Hand, Sozial-, Privatversicherungen und andere) mit naturgemäss ungleichen Interessen. Das Krankenversicherungsgesetz KVG setzt für die Kostenträger spezielle Anreize [4]: So ist für Krankenversicherer je nach Situation eine stationäre Behandlung von Grundversicherten oft kostengünstiger als eine ambulante Behandlung. Im stationären Bereich nehmen zudem die den Versicherern verrechneten Preise von der Akutbehandlung im Spital bis zur Langzeitpflege sukzessive ab. Das erklärt den Wunsch der Versicherer an die Mitarbeitenden der Spitalgeriatrie, ihre Schutzbefohlenen in Akut-, Rehabilitations- und Langzeitpatienten zu kategorisieren und diese möglichst rasch in die für die Versicherer günstigste Institution zu verlegen, womit der Kostenanteil der Versicherer sinkt und jener der Betroffenen steigt. Das ist an sich ein vertretbarer sozialpolitischer Effekt, zumal es in Anbetracht der Generationengerechtigkeit angebracht erscheint, die Vermögen der alten Menschen höher zu belasten. Für die finanziell schlechter gestellten Alten müssten aber gleichzeitig die Ergänzungsleistungen zur AHV ausgebaut werden.

Gesamtwirtschaftliche Perspektive

Aus altersmedizinischer Sicht lassen die komplexen Mehrfacherkrankungen mit enger inhaltlicher und zeitli-

cher Verflechtung von Akut- und Rehabilitationsbehandlung die erwähnte eindimensionale Klassifizierung zumindest anfänglich oft nicht zu.

Die zu Beginn einer Akuterkrankung im Spital häufig gestellte Frage der Krankenversicherer, weshalb ein Patient nicht im Pflegeheim betreut werden könne, ist an sich nicht ehrenrührig. Doch kann sie einen altersdiskriminierenden Hintergrund erhalten, da sie fast ausschliesslich bei alten Menschen gestellt wird. Prinzipiell könnte jeder kranke Mensch im Pflegeheim betreut werden, die Frage ist nur, mit welchem Ziel und zu welchem Zweck. GeriaterInnen benötigen damit auch ein gutes Mass an gesundheitsökonomischem Wissen, um für alle Seiten fair und nachvollziehbar in diesem Spannungsfeld von klinischer Medizin und Ökonomie zu handeln.

Geriatrische Interventionen sind oft vor allem aus einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive (Erhaltung der autonomen Lebensführung, Verringerung der Pflegeheimbetreuung) interessant – man denke zum Beispiel an die Modelle präventiver Hausbesuche oder die belegte Wirksamkeit von Assessment-Strategien im Akutspital [5]. Vermeintliche Einsparungen bei der Behandlung akuter Erkrankungen bei alten Menschen bedeuten später oft höhere Ausgaben in der Langzeitpflege.

Die soziale Sicherheit

Eine neue Untersuchung des Bundesamtes für Statistik weist nach, dass die demografische Alterung nicht Hauptursache der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist. Für die steigenden Kosten ist ein «komplexer Grundtrend» aus einer Verbindung von angebots- wie auch nachfrageseitigen Elementen verantwortlich, der rund zwei Drittel des Kostenwachstums ausmache [6]. Die Frage, wie wir mit unseren kranken, hochbetagten Menschen umgehen, ist deshalb nicht primär eine ökonomische, sondern eine medizinische Frage sowie eine Frage der sozialen Sicherheit. Die Betrachtungsweise «Was kostet die soziale Sicherheit?» unterdrückt die mindestens so bedeutsame Frage «Was

kostet die soziale Unsicherheit?» So geht vergessen, nach den Auswirkungen und den Erfolgen der sozialen Sicherheit zu fragen, zum Beispiel nach den dank des medizinischen Fortschritts gewonnenen zusätzlichen Lebensjahren in autonomer Lebensführung. Die Kosten der sozialen Sicherheit sind leicht messbar, jene der sozialen Unsicherheit, etwa die Fragmentierung der Gesellschaft (Zwei-Klassenmedizin und Ähnliches), sind es nicht. Alle Menschen möchten länger leben – der einzige Weg dazu führt über das Älterwerden [7]. Und dieser Weg ist auch heute noch im hohen Alter oft von Gebrechlichkeit und Krankheit belastet. ■

Autoren:

Daniel Grob, Dr. med. MHA

Präsident Schweiz. Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG und Chefarzt
Klinik für Akutgeriatrie
Stadtpital Waid
Tièchestrasse 99, 8037 Zürich
E-Mail: daniel.grob@waid.stzh.ch

Dr. iur. Erwin Carigiet

Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik (SVSP), Präsident
Association suisse de politique sociale (ASPS), président
Mühlenplatz 3, 3011 Bern
E-Mail: info@svsp.ch

Literatur

1. WHO. Health of the Elderly. WHO Tech Rep Series No. 779, Geneva 1989.
2. Schweiz. Akademie der Med. Wissenschaften SAMW: Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Basel 2004.
3. Carigiet Erwin, Gesundheitswesen – Aspekte gesellschaftlicher Solidarität, in: Carigiet Erwin, Grob Daniel (Hrsg.), Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, Zürich: Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich; 2003.
4. Bapst Ludwig, Die Finanzierung und Steuerung der Spitäler und ihre Auswirkungen auf die alten Menschen. In: Carigiet Erwin, Grob Daniel (Hrsg.), Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt, Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich 2003, 83 ff.
5. Ellis G., Langhorne P. Comprehensive geriatric Assessment for older hospital patients. Br Med Bull 2005; 71: 45–59.
6. Gerber Yves-Alain, Kosten des Gesundheitswesens und Demografie, CHSS 6/2005, 365 ff.
7. Schneider B. in: Geriatrie: Zukunftsfach ohne Zukunft? KMA Sept. 2002; S. 75