

Man kann sich auch zu Tode sparen – eine kritische Betrachtung

Was kostet die Nichtbehandlung?

Diese grundsätzliche Frage wirft weitere Fragen auf: Gibt es überhaupt eine Nichtbehandlung? Ist diese Frage grundsätzlich berechtigt? Wie kann eine Nichtbehandlung überhaupt entstehen? Was kann man dagegen unternehmen? Welche Voraussetzungen sind zur Lösung nötig? und ... Welche Vorteile bringt eine Lösung? Dem Autor scheint, dass zu diesen insgesamt sieben Fragen Antworten gegeben werden können. Lassen Sie uns doch gleich einen Versuch wagen.



Karl Ehrenbaum,
Ehrenbaum Health Consulting GmbH, Zürich

Gibt es überhaupt eine Nichtbehandlung?

Eine Nichtbehandlung kann aus verschiedenen Gründen entstehen. Als Beispiele seien hier aufgeführt:

- Eine zu späte Beanspruchung medizinischer Leistungen, weil man nicht immer gleich wegen Kleinigkeiten – und wegen der hohen Kosten im Gesundheitswesen – zum Arzt gehen will.
- Eine nicht sofortige Behandlung kann entstehen, weil bei Eintritt in einem Notfall unter den vielen Wartenden eine Priorisierung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgen muss und die Tragweite nicht immer im Voraus erkannt werden kann.
- Eine Nichtbehandlung der eigentlichen Ursache kann dadurch erfolgen, dass der Patient schlecht vorbereitet zum Arzt geht, dabei vergisst, viele Gründe, welche ihn zum Arzt gebracht haben, diesem auch mitzutei-

len. Der Arzt kann nur aufgrund der erhaltenen Informationen durch den Patienten, oder allenfalls von Angehörigen, seine Diagnose stellen.

- Eine einmal gestellte Diagnose wird zudem, wie die Praxis zeigt, kaum mehr hinterfragt. Der nachbehandelnde Arzt übernimmt die Diagnose und überprüft die Behandlungsmöglichkeiten. Es sei denn, es müssen gezielte weitere Abklärungen erfolgen.

Ist die Frage einer Nichtbehandlung berechtigt?

Wenn man den Anstieg der Gesundheitskosten in den letzten 15 Jahren anschaut, stellt man fest, dass ein jährliches Wachstum derselben um 3,85% im Durchschnitt erfolgte. Ist es bei dieser Kostensteigerung überhaupt möglich, dass eine Nichtbehandlung stattfindet? – Jawohl, das ist es, weil dieses Wachstum vor allem dadurch entstand, dass in den letzten 20 Jahren der Personalbestand im Gesundheitswesen verdreifacht wurde. Die Kosten, welche für das Gesundheitswesen anfallen, stehen mit 62% Personalaufwand klar im Vordergrund.

Das schweizerische Gesundheitssystem und die darin bestehenden Finanzströme sind äusserst komplex und nur für Wenige durchschaubar. Dies führt dazu, dass bei Änderungen und Betrachtung eines einzelnen Problems, Massnahmen getroffen werden, welche nicht berücksichtigte Auswirkungen in anderen Bereichen haben können, die wiederum zur Kostensteigerung insgesamt beitragen oder auch zu Nichtbehandlung führen.

Privatpersonen zahlen zwei Drittel

Schon heute bezahlen die privaten Haushalte 65,8% der Gesundheitskosten. Dies durch Krankenkassenprämien, Franchisen, Selbstbehalte

oder Steuern. Die Steuerlast wurde in den letzten Jahren immer mehr von den Firmen hin zu den natürlichen Personen verschoben. Früher war eine Steuerparität mit 50% zu 50% gegeben. In den letzten vier Jahren hat sich dieses Verhältnis zu Ungunsten der privaten Haushalte verschoben, mit 65,8%, also 2/3 zu 1/3.

Auch dies trägt zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei, da sich die öffentliche Hand durch diese Kostenumlagerung entsprechend entlastet hat. Die immer wieder gehörte Erhöhung der Lebenserwartung der Bevölkerung – um 1 Lebensjahr mehr pro Generation – ist sicher für einen kleinen Teil der Kostensteigerung verantwortlich. Einen viel grösseren Teil jedoch verursachen die beängstigenden Zunahmen der psychosomatischen Erkrankungen, welche von 2001 bis 2010 von 37% zu 43% der Neuinvalidisierungen führten. Diese Erkrankungen treffen primär Menschen zwischen dem 35. und 55. Lebensjahr. Wenn also jemand wegen einer Invalidisierung – z.B. wegen eines Burnouts – 10 bis 30 Jahre früher in Rente gehen muss, führt dies dazu, dass diese Person entsprechend länger Renten bezieht und dafür keine Prämien bei der IV und dem BVG mehr entrichtet. Eine Person, welche ein solches Schicksal erleidet, führt zu weit höheren Kosten als 10 bis 30 betagte Menschen, welche ein Jahr länger leben. Betroffene belasten mit solchen Renten nicht nur die Invalidenversicherung, sondern vor allem auch das Berufliche Vorsorgewerk, die Pensionskassen und darüber hinausgehende überobligatorische Leistungen sowie Leistungen der Lebensversicherung im Allgemeinen.

Wie kann eine Nichtbehandlung entstehen?

Weitere Ursachen entstehen durch die Art der gewählten Medizin, also z. B. Defensivmedizin, wo sämtliche möglichen Massnahmen und Abklärungen getroffen werden, um ja keine

Eventualität zu verpassen. Daneben gibt es andere Patienten, welche auf Evidenz basierter Medizin behandelt werden möchten und somit nur langjährig bewährte Vorgehensweisen für die Behandlung wünschen.

Hierin kann der grosse Spagat entstehen, welcher zur Nichtbehandlung oder Nichtbeachtung einer Erkrankung führen kann.

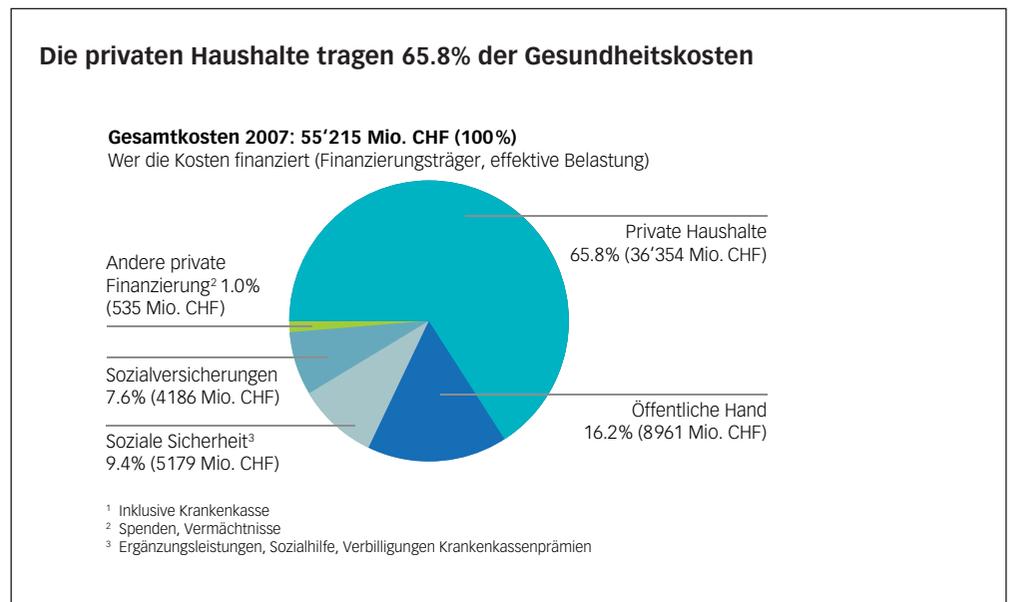
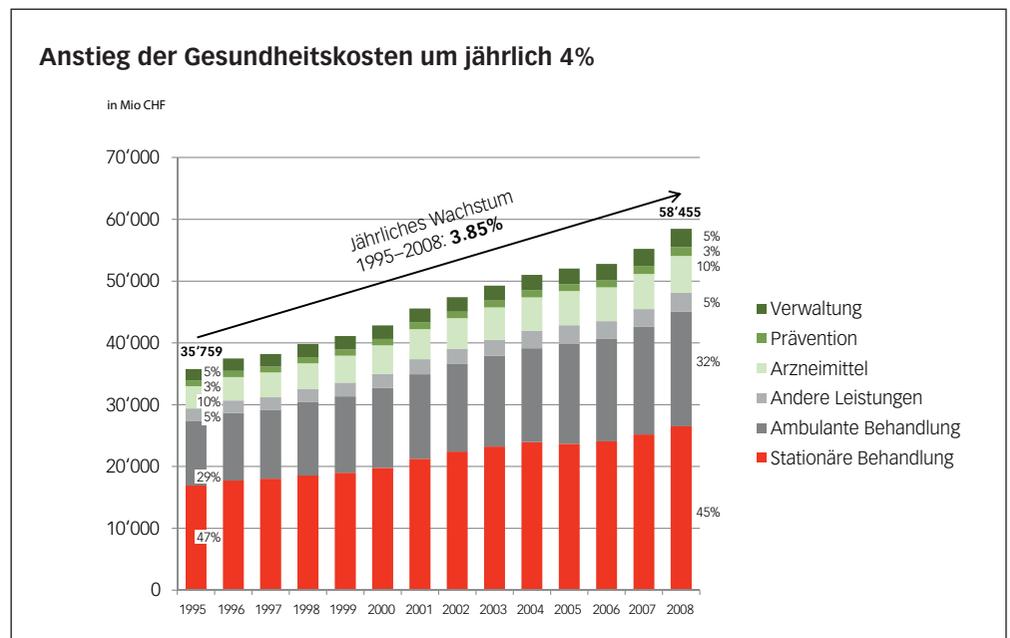
Mehr Leistungen als «Mara» (Men aged related ability) sind Forderungen, die meistens Patienten im etwas fortgeschrittenen Alter stellen, um weiterhin dem heute so wichtigen Jugendlichkeitswahn zu frönen und noch z.B. mit 70 Jahren als Alpine Marathon-TeilnehmerInnen oder Triathleten aktiv sein zu können. Dadurch können Körper überfordert werden und die Folgen sind oft schwerwiegend. Zudem ist der Druck in der Arbeitswelt so gross, dass Mitarbeiter in rezessiven Phasen ungern zum Arzt gehen. Sie befürchten, dass bei Ausfall für die übrigen Arbeitskollegen eine Mehrbelastung entsteht oder ihnen wegen der Lohnausfallversicherung Massnahmen oder gar ein Stellenverlust droht.

Gründe für eine Nichtbehandlung stellen sich oft auch bei Fragen zur Machbarkeit bzw. deren Grenzen und Kosten. Ist etwas wünschbar, weil es machbar ist oder wird es gemacht, weil es zwar machbar ist aber die Notwendigkeit dafür vielleicht noch nicht gegeben ist? Unterschiedliche Frequenzen, bei ähnlichen Diagnosen zwischen allgemein versicherten und privatversicherten Patienten, lassen diese Frage als berechtigt erscheinen.

Was kann man dagegen unternehmen?

Die politischen Einflüsse auf den Grundleistungskatalog (KVG) – indem Leistungen, die einmal versichert waren, kaum mehr gestrichen werden können – haben ebenfalls zu den hohen Kosten beigetragen. Die Politik hat dies erkannt und versucht nun, gezielt den Leistungskatalog neu zu redimensionieren, was den Bürgern allerdings äusserst schwer fällt. Gibt es nun aber Leistungen, die einfach grundsätzlich Allen immer und jederzeit zur Verfügung stehen müssen? Oder sind die das Überleben sichernde Leistungen für eine Grundversicherung ausreichend?

Eine natürliche Leistungsgrenze ergibt sich bei den Organtransplantationen, welche gerade in der Schweiz ein äusserst heikles Thema darstellen. Die Anzahl benötigter Organe – für Menschen, welchen mit einer Transplantation geholfen werden könnte – ist grösser als die zur Verfügung stehenden Organe. Damit werden die Ärzte immer wieder mit der Frage konfrontiert, wem jetzt ein



zur Verfügung stehendes Organ transplantiert werden soll. Für diejenigen, welche keine Transplantation erhalten, ist dies eine klare «noch» nicht Behandlung. Nichtbehandlung diesbezüglich heisst weiterhin Lohnausfall, Krankheit, Ängste, Belastung der Psyche und der Angehörigen.

Immer wieder wird vorgebracht, dass in der Pflege die Ressourcen trotz der vorerwähnten Verdreifachung des Personals noch nicht ausreichend seien, da immer mehr betagte Menschen länger leben und pflegeabhängig werden. Oft geht dabei aber vergessen, dass Langzeitpatienten anfänglich jahrelang durch ihre Angehörigen gepflegt werden, was diese Pflegenden ebenfalls oft bis an deren Grenzen belastet. Sie sind dadurch nicht in der Lage zu arbeiten und erhalten für ihr grosses Engagement kaum

Beachtung oder Unterstützung. Dies so lange, bis sie selbst Behandlung brauchen, sei es ein Timeout durch Entlastung im Alltag, welche ausserhalb der Familie, meist durch mehrere Personen erbracht wird oder die generelle Pflege in einer Institution nötig wird.

Welche Voraussetzungen sind zu einer Lösung nötig?

Politische Gründe, die zu einem solchen ungünstigen Resultat führen, sind die kantonalen und regionalen Unterschiede beim Zugang zu Leistungserbringern. Nicht in jedem Kanton sind die gleichen Leistungen ähnlich leicht zu erhalten. Dies führt dazu, dass viele Betroffene sich sehr lange überlegen, bevor sie unter Umständen einen weiteren Weg für die Behandlung in Kauf

nehmen. Eine klare Nichtbehandlung erfolgt auch dann, wenn die Nachfrage das Angebot oder die Ressourcen übersteigt. Weitere Gründe für eine Nichtbehandlung sind ebenfalls dann gegeben, wenn die von behandelnden Ärzten vorgeschlagenen Behandlungen durch die beratenden Kassenärzte der Krankenkassen als für nicht zwingend notwendig erachtet werden. Die im Leistungskatalog festgeschriebenen Leistungen sind jedoch nicht immer in jedem Fall ausreichend.

Wenn jemand anstatt einer 2-wöchigen Rehabilitation nur eine 2-wöchige Kur und dadurch geringere medizinische Leistungen erhält, kann dies den Gesamtheilungsverlauf und die Wiederengliederung in den Arbeitsalltag hinauszögern.

Der Lohnausfall geht «ins gute Tuch»

Der Lohnausfall übersteigt die Kosten, welche für eine entsprechende Behandlung angefallen wären. Auch wenn für die Rehabilitation mehr als 2 Wochen benötigt würde und diese Leistung nicht erbracht werden kann – weil diese im Leistungskatalog z.B. auf 2 Wochen begrenzt ist – hat dies oft schwerwiegendere Folgen, wie sie der Autor aus vielen praktischen Fällen aus seiner beruflichen Tätigkeit heraus sieht.

Wenn durch eine etwas längere Behandlung in der Rehabilitation – 3 bis 4 Wochen entsprechen ungefähr 20'000.– bis 25'000.– Franken Mehrkosten – eine Invalidität reduziert werden



Rechenbeispiel bei Rente

Monatslohn von 7000.– Franken (Unfall oder Krankheit Unterschied!)

Bei einer Invalidisierung kostet das pro Jahr rund CHF 55'000.–

10 Jahre früher	CHF	550'000.–
20 Jahre do.	CHF	1'100'000.–
25 Jahre do.	CHF	1'375'000.–

Dazu kommen noch Kinderrenten bis max. 25. Altersjahr

Der Volkswirtschaft fehlt die Wertschöpfung ab eingetretener Invalidität und der Pensionskasse die entsprechenden Beitragsjahre.

kann, von beispielsweise nur 10%, macht dies bei einem Durchschnittsgehalt von CHF 7000.– bereits 150'000.– Franken Einsparung aus. Volkswirtschaftlich, vor allem aber auch menschlich, sehr lohnenswert!

1/4 der Kosten entfallen auf die Behandlung, während 3/4 der volkswirtschaftlichen Kosten für Lohnausfall und Invalidität ausgewiesen werden. Dabei können Folgekosten wie Invalidenrenten, Zusatzrenten für Kinder oder Witwen- und Waisenrenten bei fatalen Folgen noch nicht einmal präzise genug erfasst und zugeordnet werden, weil diese statistisch nicht auf Ursachen zurückgeführt und ausgewiesen werden.

Welche Vorteile bringt die Lösung?

Es rechnet sich auf alle Fälle, in die Behandlung zu investieren, wenn sämtliche Sozialversicherungen und Leistungen in der Betrachtung berücksichtigt werden. Dies ist immer wieder beim Unfallversicherungsgesetz (UVG) ersichtlich, da dort nicht nur die Behandlungskosten, sondern eben auch der Lohnausfall und die Invaliditätsleistungen in die Betrachtung mit einbezogen werden.

Somit müsste eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes in Richtung des Unfallversicherungsgesetzes gehen und eine umfassende Betrachtung der Sozialwerke unbedingt zwingend einbeziehen. Auch die Rentenleistungen der IV, aus BVG und überobligatorischen Lebensversicherungen gehören dazu.

Die Kosten für soziale Sicherheit betragen 2010 in der Schweiz 211,8 Mia. Franken, diejenigen für Behandlungskosten 62,5 Mia. Franken. Das Verhältnis beträgt somit 70,5% zu 29,5%. Die Behandlungskosten pro Einwohner betragen

7857.– Franken, die Belastung für die soziale Sicherheit CHF 27'405.–, fast vier Mal so viel.

Fazit

Mit diesen Aussagen und Fakten zeigen wir auf, welche Voraussetzungen notwendig sind, um das grosse Potenzial der Mittel-Allokation zu verbessern. Die Vorteile, welche dies bringen wird, sind evident.

Aktiv werden müssen hierzu vor allem die Pensionskassen und Lebensversicherungen, weil sie neben der IV die grossen Kosten tragen. Aber gerade Lebensversicherer und Pensionskassen kommen oft sehr spät an die Informationen bezüglich eines voraussichtlich länger andauernden Ausfalles mit Befürchtung einer Verrentung. Diese müssten aber viel früher zu diesen Informationen gelangen, damit sie ebenfalls proaktiv ihren Beitrag zur Gesamtkostenminderung leisten können.

Neue Modelle – wie insbesondere Mehrinvestitionen in die Behandlung getragen werden sollen, damit vor allem die oben erwähnten Rentenversicherungen profitieren können – müssen politisch aufgenommen und finanziell einer Lösung zugeführt werden. Volkswirtschaftlich wird sich dies auf alle Fälle rechnen.

Bedingung ist, dass sämtliche Sozialversicherungen in die Diskussion einbezogen werden, was heute erschwert möglich ist, da die politische Verantwortung nicht in einer Hand liegt und zwischen Bund und Kantonen aufgeteilt ist. Eine Gesamtrevision dieser die Volkswirtschaft massiv belastenden Auswirkungen muss allerdings unbedingt angegangen werden, denn nur dies führt zu einer politisch tragbaren und für die Betroffenen fairen Lösung.