

Demographischer Wandel und seine Folgen

Immer älter –
immer kränker –
immer teurer?

Martfelder Schlossgespräche
Schriftenreihe der Senioren Union NRW Nr. 5

**Senioren
Union** 
CDU

www.senioren-union-nrw.de

Demographischer Wandel und seine Folgen

Immer älter –
immer kränker –
immer teurer?

Martfelder Schlossgespräche
Schriftenreihe der Senioren Union NRW Nr. 5

**Senioren
Union** 
CDU

www.senioren-union-nrw.de

Herausgeber

Senioren Union der CDU Nordrhein-Westfalen · Heinz Soth · Landesgeschäftsführer
Wasserstraße 5 · 40213 Düsseldorf · Telefon (02 11) 1 36 00-0 · Telefax (02 11) 1 36 00-54
Internet: www.senioren-union-nrw.de · E-Mail: senioren@senioren-union-nrw.de

Fotos

Frank Schmidt, Hagen

Herstellung und Verlag

Satz:Repro-Druck · G. Neumann GmbH · Karlstraße 18 · 45739 Oer-Erkenschwick
Telefon 0 23 68 / 98 59-0 · Telefax 0 23 68 / 98 59-20
ISDN.DFÜ 0 23 68 / 98 59-23 · E-Mail: satzreprodruck@satzreprodruck.de
1. Auflage, 5000/04/04

Inhalt

Leonhard Kuckart

Begrüßung **5**

Professor Dr. Hilke Brockmann

Immer älter – immer kränker – immer teurer? **6**

Referenzen **15**

Leonhard Kuckart

Meine Damen und Herren,

Meine Damen und Herren,
Immer älter – immer kränker –
immer teurer?

So lautet der Dreiklang, der auf den ersten Blick überzeugend klingt und auch logisch erscheint. Wir empfinden diese Aussage als selbstverständlich und wir würden sie kaum in Frage stellen.

Vor einigen Monaten nun erschienen in verschiedenen überregionalen Zeitungen Berichte von einem abgeschlossenen Forschungsvorhaben des Max-Planck-Institutes Rostock.

Aus dem – ach so – überzeugenden Dreiklang wurde plötzlich ein Missklang. Man musste einfach aufhorchen, um so mehr als gerade die Probleme des Gesundheitswesens verstärkt in die politische Diskussion gerieten.

Wenn man richtige politische Entscheidungen treffen will, sollte man über fundierte Kenntnisse der Thematik verfügen. Das Forschungsvorhaben des Max-Planck-Institutes Rostock ist daher mehr als hilfreich und kann als Grundlage für eine sachbezogene politische Entscheidung dienen.

Es ist die Intention unserer Vortragsreihe „Demographischer Wandel und seine Folgen“, Grundlagen für politische Entscheidungen anzubieten. Im Namen der Senioren Union NRW begrüße ich Sie zu dem 7. Vortrag in unserer Veranstaltungsreihe. Mein besonderer Gruß gilt dem Präsidenten der Europäischen Senioren Union, Herrn Dr. Bernhard Worms. Mein Gruß und gleichzeitig mein Dank gilt den Vertretern der Medien, die zu uns gekommen sind.

Wir heißen heute Frau Professor Dr. Brockmann, die das Forschungsvorhaben des Max-Planck-Institutes geleitet hat, herzlich willkommen! Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und sind gespannt auf Ihre Ausführungen.



Professor Dr. Hilke Brockmann

Immer älter – immer kränker– immer teurer?

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

seit einigen Wochen geistert das Schreckgespenst von einer Altersrationierung bei Gesundheitsleistungen durch die Medien. Der Konstanzer Gesundheitsökonom Friedrich Breyer und der Bochumer Theologieprofessor Joachim Wiemeyer sprachen sich öffentlich für eine Altersbegrenzung von kostenintensiven Therapien wie den Dialysebehandlungen und den Operationen bei Herz- und Krebserkrankungen aus. Ab dem 75. Lebensjahr sollen diese teuren Behandlungen nicht mehr angewandt werden. Es sei denn, der Patient hat sich privat zusätzlich gegen diese Krankheiten versichert. Gesetzlich Versicherte aber gehen leer aus.

Prompt reagierten die verschiedenen Interessengruppen auf diese Äußerungen. Ärztevertreter, die Kirchen, aber auch Vertreter praktisch aller politischen Parteien machen Front gegen eine Altersrationierung im Gesundheitssystem. Es ist eine aufgeheizte Debatte, aber nähern wir uns dem Thema sachlich.

Breyer stützt sein Argument auf die Prognose von Gesundheitsausgaben. Bei einer Fortschreibung der vergangenen Entwicklung sagt er für das Jahr 2040 in Deutschland einen Beitragssatz von 23 % voraus. „D.h. statt der heute 13,5% müssen die Arbeitnehmer in 40 Jahren 23% ihres Arbeitseinkommens für die Krankenversicherung zahlen, wenn die Strukturen des Gesundheitswesens so bleiben wie heute und wenn sie am medizinischen Fortschritt wie bisher teilhaben wollen.“ (Breyer 2002, 15)

Wie kommt er zu diesem Ergebnis? Breyer nennt drei Faktoren, die seiner Meinung nach die Gesundheitskosten in die Höhe treiben:



- Da ist, erstens, der medizinische Fortschritt, der medizinische Behandlungen immer teurer macht.
- Da ist, zweitens, die Vergreisung der Gesellschaft, oder vornehmer, der Prozeß der demografischen Alterung, der den Bedarf an medizinischer Behandlung kontinuierlich steigert.
- Und da ist, drittens, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft, gemessen an ihrem Bruttosozialprodukt. Wenn die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit steigt, kann die Gesellschaft mehr Geld für Gesundheitsleistungen ausgeben. Wenn die Wirtschaftsleistung dagegen stagniert, wie in Deutschland im Moment, während die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt, dann hat man ein Problem.

Schauen wir uns diese drei Faktoren – medizinischer Fortschritt, demografische Alterung und Entwicklung der Wirtschaft – genauer an. Am leichtesten abzuschätzen ist dabei die Entwicklung der Altersstruktur. Denn wer in Zukunft alt sein wird, ist schon heute geboren. Blicken wir deshalb zunächst auf die demografische Entwicklung und prüfen, inwieweit der in Breyers Prognose zugrunde gelegte Zusammenhang von alt sein gleich krank sein gleich teuer sein auch tatsächlich stimmt.

Zunächst einmal lassen sie mich festhalten, dass die demografische Alterung keineswegs ein neues Phänomen ist. In Deutschland findet sie seit mehr als hundert Jahren statt. Also seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wird die deutsche Gesellschaft immer älter, weil zum einen weniger Kinder geboren werden und weil zum anderen immer mehr Menschen immer älter werden. Auslöser dieser Entwicklung war zunächst die abnehmende Säuglingssterblichkeit, die zu sinkenden Geburtenraten führte und in Deutschland wie auch in anderen Ländern einen ersten Alterungsschub auslöste.

Seit den fünfziger Jahren altern fortgeschrittene Gesellschaften aber vor allem deshalb, weil immer mehr Menschen immer länger leben. Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt jedes Jahr um fast 3 Monate an (Oeppen, Vaupel, 2002). Heute leben Frauen in Deutschland rund 81 Jahre, Männer 75 Jahre. Dabei gibt es immer noch eine Kluft zwischen Ost- und Westdeutschland von 1 bis 2 Jahren. Deutschland liegt mit dieser Lebenserwartung allerdings weltweit nicht an der Spitze.

Älter werden Menschen in der Schweiz, in Schweden, in Norwegen und am höchsten ist die Lebenserwartung in Japan (80 Jahre Männer, 85 Jahre Frauen). Nach den aktuellen Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird sich in Deutschland die Zahl der 60jährigen und Älteren in 50 Jahren mehr als verdoppeln und ungefähr 28 Millionen oder ein Drittel der gesamten Bevölkerung (37%) betragen (Statistisches Bundesamt 2003).

Was aber bedeuten diese Zahlen für die Ausgaben im Gesundheitssystem? Breyer unterstellt wie vielfach in der wissenschaftlichen und politischen Debatte, dass ältere Menschen auch kränker sind. Im Querschnitt stimmt das auch. Wenn wir also einen bestimmten Stichtag nehmen, sagen wir den 23. 6., und schauen, wer an diesem Stichtag alles medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, dann werden wir tatsächlich finden, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit dem Alter ansteigt. Aber darf man daraus schließen, dass mit der zukünftig wachsenden älteren Bevölkerung quasi automatisch auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wächst?

Ich denke, das darf man nicht! Lassen sie mich erklären, wieso. In die im Querschnitt erhobenen und nach dem Alter der Patienten aufgeschlüsselten Gesundheitsausgaben gehen zwei verschiedene Effekte ein, ein Alterseffekt und ein Sterbekosteneffekt. Nun werden Sie einwenden, dass Alter und Sterben eng zusammenhängen. Das stimmt – und trotzdem ist es wichtig, genau auseinander zu halten, was die Kosten verursacht – das Alter oder der Tod – wenn man ein einigermaßen verlässliches Bild der zukünftigen Kostenentwicklung bekommen möchte.

Ich selber habe eine Studie von über 400.000 AOK-Versicherten in Westfalen-Lippe und Thüringen unternommen. In dieser Studie habe ich individuelle Krankenhauskosten im Zeitverlauf, genau über 365 Tage hinweg, verfolgt und untersucht. Herausgekommen ist, dass wenige Patienten sehr hohe Krankenhauskosten verursachen (10% der Patienten verursachen ungefähr 40% der gesamten Krankenhausausgaben), dass aber 50% aller Krankenhauspatienten nur 15% der Kosten ausmachen (Brockmann, 2002). Schlüsselt man die Kosten zum einen nach dem Alter auf und zum anderen danach auf, ob Patienten in dem

Untersuchungszeitraum (1996 – 97) verstarben, dann entdeckt man dreierlei:

- Erstens, einen großen Kostenunterschied zwischen versterbenden und nicht-versterbenden Patienten. Im letzten Lebensjahr sind Patienten deutlich teurer als gleichaltrige Patienten, die nicht versterben. Als Beispiel: Eine versterbende 20 – 49jährige Frau erhält in ihrem letzten Lebensjahr eine Krankenhausbehandlung für durchschnittlich 36.317 DM in Westfalen-Lippe. Eine gleichaltrige Patientin, die nicht verstirbt, kostet weniger als 10.000 DM.
- Zweitens, entdeckt man, dass die Kostendifferenz zwischen sterbenden und nicht-sterbenden Patienten mit steigendem Alter immer kleiner wird. Bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind, gibt es praktisch keinen Kostenunterschied mehr zwischen Sterben und Nicht-Sterben. Anders gesagt: die Sterbekosten sind hoch, aber sie sinken kontinuierlich mit dem Alter der Patienten.
- Drittens schließlich, entdeckt man, dass die Krankenhausbehandlungskosten auch für nicht versterbende Patienten ungefähr ab dem 80. Lebensjahr absinken.

Fasst man diese drei Ergebnisse zusammen, so ergibt sich, dass nicht das Alter über die Gesundheitskosten entscheidet, sondern die Nähe zum Tod. Die Kosten für Gesundheitsbehandlungen folgen einem exponentiellen Verlauf. Über Jahrzehnte kosten Versicherte sehr wenig, aber im letzten Lebensjahr schießen die Kosten in die Höhe. Je näher der Tod rückt, desto rasanter steigen die Gesundheitsausgaben an. Dieser Anstieg fällt jedoch flacher aus, je älter der Patient ist.

Was bedeutet dies nun für den Zusammenhang zwischen demografischer Alterung und Gesundheitskosten? Nun, die Menschen werden immer älter. Das heißt, sie sterben immer später. Und wenn sie später sterben, ist der Anstieg der Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr nicht mehr so steil. Das bedeutet zu allermindest, dass die Gesundheitskosten im Prozess der demografischen Alterung weniger stark ansteigen werden, als Breyer unterstellt.

Wie schaut es mit Breyers anderen beiden Kostentreibern aus, dem medizinischen Fortschritt und der wirtschaftlichen Entwicklung? Zunächst zum medizinischen Fortschritt. Breyer und Ulrich (2000) un-

terstellen – aber prüfen nicht – einen exponentiellen Fortschritttrend, d.h. mit jedem weiteren Jahr werden die Kosten für den medizinischen Fortschritt steigen. Ist das empirisch plausibel? Gibt es Anzeichen, die für diese Annahme sprechen?

Bevor man sich diesen Fragen nähert, muss man erst einmal überlegen, wie man medizinischen Fortschritt überhaupt messen kann. Ich selber arbeite zur Zeit an einer Prognose der Krankenhauskosten und verwende etwa die Verweildauer im Krankenhaus als einen Indikator für den medizinischen Fortschritt. Denn die Verweildauer bestimmt zum einen zentral die Kosten im Krankenhaus. Zum anderen sollte sich der medizinische Fortschritt in der Verweildauer widerspiegeln, weil sie angibt, in welcher Zeit ein Patient geheilt oder doch zumindest soweit wieder hergestellt wird, dass er oder sie keiner weiteren intensiven medizinischen Versorgung mehr bedarf. Die mittlere Krankenhausverweildauer hat sich nun von 1960 bis 2000 von 28,7 Tagen auf 9,8 Tagen verkürzt.

Es gibt aber noch ein weiteres Argument dafür, dass medizinischer Fortschritt nicht automatisch mit einem Kostenanstieg gleichgesetzt werden sollte. Dieses Argument beruht auf der sogenannten Entwicklungszyklushypothese (Pardes u.a. 1999). Nach dieser Hypothese sind neue Gesundheitstechnologien, sprich neue Therapien, in der Frühphase nicht besonders teuer, weil sie nicht an den Ursachen der Erkrankung ansetzen, die Erkrankung auch meist zu spät erkennen und nur noch palliativ behandeln können. In diesem Entwicklungsstadium befindet sich heute etwa die Behandlung von Bauchspeicheldrüsenkrebs.

Je mehr die Forschung über eine Krankheit und ihre Ursachen und Symptome in Erfahrung bringt, desto kostenintensiver wird ihre Behandlung. Die Therapie ist in diesem „half-way-through“-Stadium zwar gut genug, die Tödlichkeit der Krankheit zu senken oder doch zumindest hinauszuzögern. Aber sie ist noch nicht gut genug, um die Krankheit wirklich zu heilen. Ein gutes Beispiel für diese „half-way-through“-Technologien ist die Behandlung von Herzinfarkten. Hier finden heute Bypass-Operationen statt, es werden blutdruck- und cholesterinsenkende Mittel permanent verschrieben und sehr gute Erfolge erzielt. Aber

der Patient bleibt in mehr oder weniger permanenter Behandlung. Er kann nie als wirklich geheilt aus dem Gesundheitssystem entlassen werden.

Wirklich ausgereift sind medizinische Technologien erst dann, wenn sie die Ursachen einer Erkrankung behandeln und heilen können. Viele Infektionskrankheiten sind heute dank einer ausgereiften Therapie heilbar und verursachen nur noch sehr geringe Kosten. Denken sie an die Tuberkulose als Beispiel. Der Zauberberg war eine sehr teure „half-way-through“-Technologie. Die heutigen Impfstoffe sind effektiver und viel billiger. Warum sollte eine ähnliche Entwicklung nicht beispielsweise auch im Bereich der Krebstherapie möglich sein? Ist es denn ganz ausgeschlossen, dass irgendwann ein Impfstoff gegen Krebs erfunden wird? Zumindest ist es nicht wahrscheinlich, dass die Krebsbehandlung in den nächsten 40 Jahren auf dem heutigen technologischen Niveau stagniert. Genau das unterstellen aber Breyer und Ulrich implizit.

Und noch ein weiteres Beispiel soll zeigen, dass der medizinische Fortschritt auch Kosten produziert, die sich nicht zwingend in einer besseren (Volks-)Gesundheit niederschlagen und wo eventuell politische andere Anreize gesetzt werden müssen. In den vergangenen Jahrzehnten sind etwa enorme Fortschritte bei bildgebenden Verfahren gemacht worden. Computertomographien, Positronen-Emissions-Tomographie etc. werden heute flächendeckend eingesetzt. Sie verbessern die Diagnose, aber für manche Diagnosen gibt es noch keine Therapie. So entstehen Kosten, die keinen tatsächlichen Nutzen erwirtschaften (Braun, Kühn, Reiners 1999). Es lassen sich also erhebliche Einwände gegenüber Breyers und Ullrichs unkritischer Annahme vorbringen, dass sich der medizinische Fortschritt vor allem als Kostenfortschritt weiterentwickelt.

Lassen Sie mich schließlich kurz auf Breyers dritten Faktor zu sprechen kommen: die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Ich bin auf diesem Gebiet kein Experte. Es fällt mir schwer, die zukünftige wirtschaftliche Situation des Landes abzuschätzen. Aber ein Blick über die Landesgrenzen zeigt, dass andere europäische Wohlfahrtsstaaten ihre sozialen Sicherungssysteme reformiert haben und durchaus dynamisch

wachsen. Das sind vor allem die kleinen Nachbarländer und Skandinavien (Scharpf 2000). Vor diesem Hintergrund sollte man sich zumindest nicht nur darauf beschränken, die gegenwärtige deutsche Malaise in die Zukunft fortzuschreiben, wie es Breyer und Ullrich tun, sondern durchaus auch verschiedene Reformszenarien diskutieren. Ich gehe auf mögliche Reformen in meinen Schlussfolgerungen ein.

Zuvor lassen sich mich aber noch kurz diskutieren, ob die von Breyer vorgeschlagene Altersrationierung denn tatsächlich eine Lösung wäre, wenn sich die Kosten im Gesundheitssystem wirklich so entwickeln sollten, wie von ihm unterstellt.

Beginnen wir mit den Argumenten, die für die Altersrationierung als Mittel zur Drosselung der Gesundheitsausgaben sprechen.

- Zunächst würden bei einer Altersgrenze von 75 Jahren die hohen Ausgaben für das Sterben drastisch reduziert.
- Auch wäre transparent und gerichtlich überprüfbar, wer welche Therapie beanspruchen kann. Heute – und auch meine Studie ist dafür ein Beleg – findet im Gesundheitssystem eine implizite Altersrationierung statt. Es entscheidet jetzt allein der Arzt im Rahmen seiner Budgetrestriktionen, welche Therapie ein Patient erhält.
- Schließlich können mit einer privaten Zusatzversicherung bestehende Versorgungslücken nach individuellen Präferenzen geschlossen werden.

Was aber spricht gegen eine Altersrationierung von Gesundheitsleistungen?

- Mit der Altersrationierung wird die alternde Bevölkerung für die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem implizit verantwortlich gemacht. Aber die Alterung der Bevölkerung verursacht den Kostenanstieg nicht entscheidend.
- Mit der Altersrationierung wird das Sterben privatisiert. Aber wer kann sich leisten, rechtzeitig vorzusorgen? Und wer sorgt rechtzeitig vor? Ist eine solche private Versicherung dann überhaupt bezahlbar? Und wenn man nicht vorgesorgt hat, wer entscheidet sich im Alter für eine teure Therapie, wenn sie sein ganzes Vermögen und das Erbe der

Familie kostet? Wer entscheidet sich so auch angesichts der Familienangehörigen? Die gesundheitsökonomische Unterstellung eines rationalen, vorausschauend entscheidenden und in seinen Präferenzen unbeirrbaren Homo oeconomicus und Einzelgängers greift bei diesem Problem viel zu kurz.

- Zudem unterläuft eine Altersgrenze, die den Zugang zu medizinischen Leistungen festlegt, jedes prophylaktische Gesundheitsverhalten. Es wird zum Bestreben von Versicherten und Ärzten, die Patienten noch möglichst frühzeitig, vor dem Erreichen der Altersgrenze zu versorgen. Ärzte würden also nicht mehr vorrangig nach der medizinischen, sondern nach einer Altersindikation behandeln. Also wird der Bypass in jedem Fall mit 74 Jahren gelegt. Wer zudem nicht sorgsam mit seiner Gesundheit umgeht, der verursacht wahrscheinlich auch weiterhin vermeidbare Kosten.
- Ferner ist eine Altersgrenze von 75 Jahren für Frauen diskriminierend, weil sie im Durchschnitt länger leben und deshalb ihre Versicherungsleistungen in erster Linie nach dem 75. Lebensjahr in Anspruch nehmen. Kann man sie systematisch zwingen, vor allem die Behandlungen von Männern zu finanzieren?
- Und schließlich, was für eine Signalwirkung hätte eine solche Regelung für eine Gesellschaft, in der mehr und mehr Menschen älter werden? In den USA ist eine Diskriminierung nach dem Alter verfassungsrechtlich verboten. Wir aber würden eine unserer größten Ressourcen, die wachsende Zahl von älteren Menschen systematisch ausgrenzen.

Lassen sie mich mit diesem Punkt zum Schluss und Ausblick kommen. Ich denke, der deutsche Wohlfahrtsstaat krankt generell an seinen altersdiskriminierenden Regelungen. Sie machen eine immer größer werdende Gesellschaftsgruppe zu Transferempfängern, die von einer immer kleiner werdenden Gruppe von Arbeitnehmern zu finanzieren ist und nicht anders kann, als Kosten zu produzieren. Das sind hausgemachte Finanzierungsprobleme. Breyers Vorschlag, nun auch im Gesundheitssystem Altersregeln einzuführen, wie sie schon am Arbeitsmarkt und im Bildungssystem gelten, gehen in die falsche Richtung.

Nicht eine neue Altersgrenze ist die Lösung, sondern eine globale Abschaffung von Alterskriterien. Das Signal einer alternden Gesellschaft muss gerade sein, dass Ältere nicht nur Rechte und Ansprüche, sondern auch Pflichten haben. Sie werden sich an steigenden Kosten im Gesundheitssystem beteiligen müssen, in dem sie mehr für bestimmte Gesundheitsleistungen aufwenden – viele, wie der vierte Altenbericht der Bundesregierung zeigt, sind dazu in der Lage – oder indem sie weiter arbeiten. Die demografische Alterung muss als Ressource verstanden und genutzt und nicht als Kostenlawine gesehen werden. Genau in diese Richtung sollten die Reformen des Sozialstaats zielen und diese dürfen nicht nur das Gesundheitssystem, sondern müssen auch den Arbeitsmarkt und das Bildungssystem einschließen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Referenzen

Braun, B., Kühn, H., Reiners, H. (1999)

Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt, Main.

Breyer, F. (2002)

Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten. In: Aufderheide, D.P. (Hg.) Gesundheit – Ethik – Ökonomik: wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens. Berlin. 11-27.

Breyer, F., Ulrich, V. (2000)

Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 220, 1-17.

Brockmann, H. (2002)

Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. Social Sciences & Medicine, 55, 593-608.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002)

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Bonn.

Oeppen, J., Vaupel, J.W. (2002)

Demography: enhanced broken limits to life expectancy. Science, 296, 1029-1031.

Pardes, H., Manton, K.G., Lander, E.S., Tolley, H.D. Ullian, A.D., Palmer, H. (1999)

Effects of medical research on health care and the economy. Science, 283, 36-37

Riley, J.C. (2001)

Rising life expectancy: A global history. New York: Cambridge University Press.

Scharpf, F.W. (2000)

The viability of the advanced welfare state in the international economy: Vulnerabilities and options. European Public Policy, 7, 190-228.

Statistisches Bundesamt (2003)

Spotlight: Population of Germany today and tomorrow. Wiesbaden.

