Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2008-2009)

Heft: 102

Artikel: Weniger hohe Langzeitpflegekosten dank guter Altersmedizin

Autor: Schweizer Fachgesellschaft für Geriatrie

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789776

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Weniger hohe Langzeitpflegekosten dank guter Altersmedizin

Schweizer Fachgesellschaft für Geriatrie

Das Bundesamt für Statistik sagt voraus, dass die Langzeitpflegekosten bei gleich bleibendem Gesundheitszustand pro Jahr von 7,4 Milliarden 2005 bis 2030 auf 20 Milliarden zunehmen werden. Geht dank guter altersmedizinischer Prävention und Therapie jedoch die steigende Lebenserwartung mit verkürzter Behinderungszeit einher wie in den vergangenen Jahrzehnten, beschränken sich die Kosten auf 14,6 Milliarden, eine Kostenzunahme statt um 170% um 97%. Gelingt es ausserdem, mehr Pflegebedürftige länger mit Spitex zu betreuen, könnten die Langzeitpflegekosten 2030 sogar mit 12,5 Milliarden gedeckt werden, eine Kostensteigerung um lediglich 70%, während die Betagten um 80% zunehmen von 1,1 auf 2 Millionen über 65 Jährige.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat kürzlich die Schätzung der Langzeitpflegekosten in der Schweiz neu berechnet, weil mit Recht aufgrund der bisherigen Erfahrung die Lebenserwartung der frisch Pensionierten in der Schweiz weiter ansteigen wird und bis im Jahr 2030 die Anzahl über 65-Jährigen von 1,1 auf 2,0 Millionen zunehmen wird. Unter Langzeitpflegekosten versteht das BFS die Summe der Alters- und Pflegeheimkosten und der Spitexkosten für Pflegeleistungen und Haushaltunterstützung.
Nicht in die Berechnung fliessen die informellen Betreuungskosten, die Pflege- und Betreuungsarbeit von Ehepartnern, Kindern und anderen Bekannten, die den Grossteil der Betreuungsaufgaben der Betagten übernehmen. Auch nicht inbegriffen in dieser Schätzung sind die üblichen ambulanten ärztlichen und medikamentösen Kosten, sowie die Kosten für Akuthospitalisationen. Die Schätzung der Langzeitpflegekosten ist deshalb so wichtig, weil zur Zeit in der Politik kontrovers diskutiert wird, wie diese Kosten zu decken sind: Durch eine spezielle Versicherung, in welche die Betagten allein einzahlen oder durch die allgemeine Krankenkasse, die schwergewichtig von den Jungen und Mittelalterlichen getragen wird.

Das BFS geht für die Kostenschätzung von einer jährlichen Kostensteigerung (teuerungsbereinigt) von 1,6% jährlich aus, entsprechend

der erwarteten jährlichen Produktionssteigerung der allgemeinen Volkswirtschaft.

Für zwei Bereiche berechnet das BFS mehrere verschiedene Varianten: Einerseits dafür, wie lange vor dem Tod die durchschnittliche Dauer der Abhängigkeit von der Hilfeleistung Dritter dauert und anderseits wie oft resp. wie lange diese Hilfe durch die Spitex geleistet werden kann und wie oft die Hilfe durch Heimversorgung gedeckt werden muss.

In den vergangenen Jahrzehnten ist es zu einer markanten Verbesserung der altersmedizinischen Versorgung in der Schweiz gekommen dank grossen Fortschritten in den Bereichen der altersmedizinischen Behandlung und Prävention: So ist z.B. die Zahl der Hirnschläge deutlich zurückgegangen, die Mobilität nach komplizierten Knochenbrüchen wie die der Hüfte kann dank Fortschritten in der Chirurgie deutlich verbessert werden. Die Hirnleistung von Demenzkranken kann dank neuen Medikamenten etwas erhöht werden und die Prävention von schwerwiegenden Herzkreislaufkrankheiten, von Knochenschwund und wiederherstellenden Operationen bei schweren Arthrosen haben die durchschnittliche Behinderungszeit vor dem Tod markant reduzieren können, um zwei Jahre bei den Frauen und um ½ Jahre bei den Männern in den Jahren 1981 bis 1999. Deshalb erwägt das BFS ein Szenario, in welchem der Gewinn an Lebenserwartung vollumfänglich zu Gunsten von behinderungsfreier Lebenserwartung ansteigt.
Weitere Szenarien bestehen darin, dass wie bisher die Behinderung weiterhin abnehmen wird, um 1 resp. 2 Jahre bis zum Jahre 2030. Dies hätte markante Folgen für die zu erwartenden Langzeitpflegekosten: Bei gleichem Verhältnis selbständiger zu unselbständiger Lebenszeit wie bisher würden die Langzeitpflegekosten bis ins Jahr 2030 auf 20 Milliarden pro Jahr steigen, bei Anrechnen der gesamten gesteigerten Lebenserwartung als behinderungsfrei auf 17,8 Milliarden, bei einer Reduktion der durchschnittlichen Lebenszeit mit Behinderung um 1 Jahr auf 16,2 und bei einer solchen gar

um 2 Jahre auf 14,6 Milliarden Langzeitpflegekosten 2030. Dieses letztere Szenario ist wahrscheinlich, wenn es uns gelingt wie bisher die altersmedizinischen Bemühungen für alle Bevölkerungskreise als Krankenkassenpflichtleistungen zu finanzieren und es gelingt, die nachgewiesenermassen wirksamen präventiven Strategien in der Altersmedizin breit anzuwenden. Anstrengungen dazu sind im Gange: Präventive Hausbesuche sind im Kanton Solothurn bereits flächendeckend im Angebot, im Kanton Bern werden sie immer breiter angewendet und auch in der Stadt Zürich wird ein entsprechendes Programm in die Wege geleitet. Wichtig ist, dass diese Anstrengungen streng evidenzbasiert geschehen und kein unqualifiziertes JeKaMi zu Lasten der Sozialkrankenversicherung überhand nimmt. Altersmedizinische Erkenntnisse müssen breitflächig angewendet werden. So schützen z.B. nicht alle Medikamente, die im Alter verschrieben werden vor Pflegebedürftigkeit. Es gibt sogar weit verbreitete, die die Selbständigkeit älterer Menschen gefährden wie Beruhigungs- und Schlafmittel und Calciumtabletten ohne Vitamin D.

Ob es ausserdem gelingt, einen Teil der schwereren Pflegefälle länger mit Spitex betreuen zu können und dadurch in Zukunft weniger Heimplätze zur Verfügung haben zu müssen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Unter anderem auch davon, ob genügend altersmedizinisch gut gebildete Grundversorger die Spitexdienste mit Rat und Tat unterstützen können. Das Bundesamt für Statistik geht davon aus, bei einem Ausbau der Spitex die Abhängigen länger mit Spitex betreuen zu können. So sollten entsprechend statt heute 187 000 bis ins Jahr 2030 272 000 Spitexpflegefälle betreut werden. Dann könnte der Ausbau der Heime reduziert werden. Von 85 000 Heimplätzen im Jahr 2005 müsste nur auf 98 000 statt auf 126 000 Heimplätze ausgebaut werden, was eine Kostenreduktion um 2 Milliarden zur Folge hätte.

Wenn es gelingt, sowohl Heimplätze durch Spitexbetreuung zu ersetzen und eine gute geriatrische Versorgung mit einer entsprechenden Verkürzung der Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit zu erreichen,

könnten bis ins Jahr 2030 die Langzeitpflegekosten sogar mit 12,5 Milliarden gedeckt werden. Eine so mögliche Beschränkung der Kostensteigerung im Langzeitpflegebereich auf 70% statt 170% würde der Diskussion um die Langzeitpflegekosten viel von seiner den sozialen Frieden gefährdenden Brisanz nehmen.

Damit das optimistische Szenario Realität werden kann, müssen jedoch die Gemeinden und Kantone die wegfallenden AHV-Subventionen der Spitex im Rahmen der neuen Finanzordnung vollständig durch kantonale und kommunale Subventionen ersetzen und muss eine gute Altersmedizin auch im Bereich der Prävention durch die öffentliche Krankenkasse finanziert werden. Zudem müssen die Universitäten die zukünftigen Medizinerinnen und Mediziner vermehrt altersmedizinisch ausbilden und die entsprechende Forschung und Lehre an allen Universitäten institutionalisieren.