

# Kuren, Hospitalbehandlung und Teilzeitarbeit im Rahmen der Rheumabehandlung in der Schweiz

## Kurzfassung der Ergebnisse einer statistischen Untersuchung

Ortrud Edwards<sup>1</sup>

### Einführung

In Morbiditätsanalysen dienen registrierte Abwesenheitsfälle bei Krankheit oft zur Identifizierung der kranken Personen und der Charakterisierung der Krankheit selbst: häufige und sich in kurzen Zeitabständen wiederholende Krankheitsperioden lassen auf chronische und lange Krankheitsperioden sowie auf schwere Erkrankungen schliessen. Da durch Abwesenheiten wegen Krankheit in der aktiven Bevölkerung Verluste an Arbeitszeit entstehen, sind bei Kostenstudien die registrierten Krankheitsfälle aber auch eine Grundlage zur Errechnung der durch sie verursachten Einkommens- und Produktionseinbusen. Die für die Allgemeinheit entstehenden Verluste sind um so grösser, je häufiger und länger die Krankheitsperioden sind.

Krankschreibung erfolgt aber mit einem therapeutischen Ziel; und Abwesenheiten bei Krankheit, über einen bestimmten Zeitraum in einer Gruppe beobachtet, können deshalb auch etwas über die Art der Behandlung einer Krankheit aussagen. Die vom Arzt verordnete «Ruhepause» kann ein Teil oder schlechweg die Behandlung sein, eine Behandlungsmöglichkeit unter mehreren oder die einzige erfolversprechende, ganz besonders wenn es sich um eine Krankschreibung mit Kur- oder Hospitalbehandlung oder nachfolgender Halbtagsarbeit handelt. In all diesen Fällen wird die Entscheidung über die Behandlungsform (1) von den gegebenen Behandlungsmöglichkeiten, (2) dem Krankheitsbild und (3) wohl auch von Tradition und Gepflogenheiten abhängen.

Bei registrierten Krankschreibungen wird sich der Einfluss, den die Behandlungsmöglichkeiten ausüben, in der jährlichen Zahl der Kuren und Hospitalbehandlungen zeigen, parallel zur Zahl der verfügbaren Plätze und deren Entwicklung. Das Krankheitsbild in seiner Totalität – Symptome, Gravität, Allgemeinbefinden usw. – ist natürlich nicht ablesbar bei einem konstatierten Krankheitsfall, selbst wenn Diagnose und Dauer bekannt sind. Eine Folge von Krankheitsfällen und Krankheitsformen stellt jedoch einen statistisch erfassbaren Teil der Krankengeschichte dar und könnte stellvertretend als Indikator für den Einfluss des Krankheitsbildes dienen. Örtliche Gepflogenheiten

können die Verordnung von Spezialbehandlungen beeinflussen, weil Krankschreibungen in diesen Fällen in der Regel relativ häufig oder relativ selten sind, in der Regel für Tage oder für volle Wochen, in der Regel für eine kurze Dauer oder für eine längere Periode.

Ist also das Behandlungsschema hinsichtlich Kuren, Hospitalbehandlung und Verordnung von Teilzeitarbeit einheitlich, so wären relative Häufigkeit und Dauer dieser Behandlungen in allen Regionen gleich. Bestehen jedoch Unterschiede, so könnten sie zum Beispiel mit einer unterschiedlichen *Rezidivität* erklärt werden, das heisst mit Unterschieden in der durchschnittlichen Zahl der Krankheitsfälle pro Person in einem gegebenen Zeitraum, die hier (siehe oben) als Indikator für das statistisch erfassbare Krankheitsbild gelten könnte. Bei Unterschieden der *Rezidivität* bei verschiedenen Krankheitsformen könnte die *Diagnose* entscheidend für Unterschiede der *Rezidivität* sein und damit für Unterschiede zwischen Regionen. Wenn weder *Rezidivität* noch *Diagnose* als Grund für relativ häufige (oder relativ seltene) Kur- oder Hospitalbehandlungen oder Verordnung von Teilzeitarbeit herangezogen werden können, müsste man (falls andere Daten nicht zur Verfügung stehen) auf Unterschiede zwischen *regionalen Gepflogenheiten* schliessen, die aber auch Ausdruck für das Vorhandensein, oder den Mangel, an *Behandlungsmöglichkeiten* sein können.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine Untersuchung von Kur- und Hospitalbehandlung und der Verordnung von Halbtagsarbeit im Rahmen der Rheumabehandlung in der Schweiz, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden. Die statistischen Unterlagen stellen einen Teil des Materials dar, das zur Bestimmung der wirtschaftlichen Bedeutung des Rheumatismus in der Schweiz<sup>2</sup> zusammengetragen, aber noch nicht anderweitig verwertet wurde.

In beiden Fällen handelt es sich also um die gleiche Stichprobengruppe (2830 Angestellte der Schweizer Bundesverwaltungen, Bundesbahnen und Bundespost), für die alle zwischen 1961 und 1974 registrierten Krankheitsfälle mit Dauer und bei rheumatischen Erkrankungen auch Diagnose, Kur- oder Hospitalaufenthalt und/oder Teilzeitarbeit festgehalten wurden.

### Ergebnisse

Bei einem Drittel der Personen in dieser Gruppe wird wenigstens einmal eine rheumatische Erkrankung beobachtet, bei einem Zehntel eine oder mehrere der zitierten Spezialbehandlungen, das heisst im Durch-

<sup>1</sup> D<sup>r</sup> ès sc. éc. Ortrud Edwards, 54, rue de la Prulay, CH-1217 Meyrin.

<sup>2</sup> Als Dissertation unter dem Titel veröffentlicht: Ortrud Edwards, *Maladies rhumatismales en Suisse. Quelques aspects économiques* (Ed. Peter Lang, Berne 1981), 336 S.

schnitt bei jedem dritten Rheumakranken. Bei Patienten mit Spezialbehandlung ist die durchschnittliche beobachtete Rezidivität höher, 4,4 Krankheitsfälle pro Person gegenüber 2,6 Fällen pro Person für alle Rheumatiker zusammengenommen oder 1,7 Fällen pro Person für die Restgruppe der Rheumatiker ohne Spezialbehandlung. Unterscheidet man nach Art der Spezialbehandlung, so ergeben sich Unterschiede: bei Kurpatienten und Hospitalpatienten bei rheumatischen Erkrankungen (im Durchschnitt jeder achte Rheumatiker etwa) beträgt die durchschnittliche Rezidivität 5,3 Fälle und 4,0 Fälle pro Person, bei Rheumapatienten mit Teilzeitarbeit (jeder sechste Rheumatiker etwa) liegt sie mit 4,3 Fällen pro Person zwischen diesen beiden Werten.

Was die Formen der rheumatischen Erkrankungen angeht, so erscheinen bei Kur-, Hospital- und Teilzeitarbeitpatienten degenerative Formen des Gelenkrheumatismus relativ häufiger als in der Gesamt- und Restgruppe, jedoch nicht degenerative Formen des Rheumatismus der Wirbelsäule. Relativ häufiger als in der Gesamtgruppe sind Erkrankungen an entzündlichem Rheumatismus bei Hospitalpatienten und Patienten mit Teilzeitarbeit, nicht jedoch bei Patienten mit Kurbehandlung; relativ selten, verglichen mit der Gesamtgruppe, sind Erkrankungen an Muskelrheumatismus.

So wie in der Gruppe der Patienten mit Spezialbehandlungen bestimmte Erkrankungen häufiger sind als in der Gesamtgruppe der Rheumatiker, ist auch die Häufigkeit der Spezialbehandlung selbst oder ihrer Periodizität (im Vergleich zu den beobachteten Krankheitsfällen) von der Form der Erkrankung bestimmt. Während 10% aller beobachteten Rheuma-Krankheitsfälle mit einem Kuraufenthalt verbunden sind (40% der Fälle bei Kurpatienten), liegt dieser Anteil signifikativ höher bei degenerativem Rheumatismus der Gelenke, niedriger bei degenerativem Rheumatismus der Wirbelsäule und abartikulärem Rheumatismus. Rheumaerkrankungen, die zur erstgenannten Gruppe gehören, werden also relativ häufiger mit Kuren behandelt, Rheumaerkrankungen in der letztgenannten Gruppe seltener. Auch bei Abwesenheiten mit Hospitalaufenthalt (6% der Fälle für alle Rheumatiker zusammen, 40% der Fälle in der Gruppe der Hospitalpatienten) erscheint degenerativer Rheumatismus der Gelenke relativ häufig als Diagnose. Halbtagsarbeit über einen gewissen Zeitraum wird, allgemein oder nach Hospitalbehandlung (9% aller Fälle für alle Rheumatiker, 34% der Fälle in der Gruppe der Patienten mit Halbtagsarbeit), bei den degenerativen Formen des Rheumatismus häufiger verordnet. Unabhängig von der Diagnose sind Dauer der Kur (im Durchschnitt 3 Wochen) und der Hospitalbehandlung (27 Tage) wie auch der Schonperiode mit Halbtagsarbeit (durchschnittlich 6 Wochen). Für keine der verschiedenen Formen des Rheumatismus lässt sich jedoch eine Reduzierung der Abwesenheiten nach der Behandlung nachweisen, gemessen an der durchschnittlichen jährlichen Häufigkeit der Krankheitsfälle

und der durchschnittlichen jährlichen Krankheitsdauer pro Patient und pro Fall.

Unterschiede zeigen sich auch in bezug auf die Sprachregionen der Schweiz. Kuren als Form der Rheumabehandlung sind am häufigsten in der westlichen Deutschschweiz, am seltensten in der französischen Schweiz. Dieser Unterschied lässt sich nicht mit einer regional unterschiedlichen Rezidivität (Fälle pro Patient) erklären, diese ist, statistisch, für alle Regionen gleich. Folglich ist auch die Periodizität (Anteil der Kuren an gemeldeten Krankheitsfällen) in der westlichen Deutschschweiz am höchsten, in der französischen Schweiz am niedrigsten. Der Unterschied scheint daher zu rühren, dass in der westlichen Deutschschweiz bei degenerativem Rheumatismus der Gelenke relativ häufiger Kuren verordnet werden als in anderen Regionen, derjenigen Form rheumatischer Erkrankungen also, bei der sowieso die Periodizität der Kuren am höchsten ist. Dieses offensichtlich regional bestimmte Behandlungsschema gilt nur für degenerativen Rheumatismus der Gelenke, nicht jedoch für die übrigen Formen des Rheumatismus, bei denen die Periodizität entsprechend der Diagnose in allen Regionen gleich ist. Abweichungen von der allgemein akzeptierten 3-Wochen-Kur finden sich in der italienischen Schweiz mit Graubünden, hier sind kürzere Kuren relativ häufig, so dass sich im Durchschnitt eine Kurdauer von nur zweieinhalb Wochen ergibt.

Im Gegensatz hierzu scheint Hospitalbehandlung bei allen Formen rheumatischer Erkrankungen einheitlich in der ganzen Schweiz zu sein, dies in bezug auf Häufigkeit und Periodizität. Hinsichtlich der Dauer ergeben sich jedoch Unterschiede. Bei einem allgemeinen Durchschnitt von 27 Tagen erreichen Hospitalaufenthalte Maximalwerte in der französischen Schweiz, im Durchschnitt 37 Tage, Minimalwerte (wie bei Kuraufenthalt) in der italienischen Schweiz, im Durchschnitt 19 Tage.

Beim Vergleich der Häufigkeit von Fällen von Halbtagsarbeit, der Häufigkeit der Patienten und der Rezidivität in der Gruppe dieser Patienten rangiert die französische Schweiz ebenfalls an der Spitze. Die durchschnittliche Periodizität von verordneten «Ruheperioden» mit Halbtagsarbeit ist in allen Regionen gleich. Höchstwerte hinsichtlich der Dauer in der östlichen Deutschschweiz können mit einigen extrem langen Perioden mit reduzierter Arbeitsfähigkeit erklärt werden, wohl als Auftakt zu einer Frühpensionierung infolge von Invalidität. Im Durchschnitt wird Halbtagsarbeit für eine Periode von 6 Wochen verordnet.

Damit ergeben sich auch unterschiedliche relative Arbeitszeitverluste, nach Regionen und nach Art der Spezialbehandlungen: bei Kuren und Kuren und Hospitalbehandlung zusammen ist die Durchschnittszahl der Tage pro Person am höchsten in der westlichen Deutschschweiz, bei Hospitalbehandlung allein und bei allen Spezialbehandlungen zusammengenommen ist sie am höchsten in der französischen Schweiz.

### Schlussfolgerung

Nach den vorhandenen Ergebnissen erscheint Kur- und Hospitalbehandlung in der Schweiz bei Rheuma weitgehend akzeptiert im Sinne einer komplementären oder zentralen therapeutischen Massnahme. Wieweit die Behandlung als solche das Fortschreiten des Krankheitsprozesses mit dem Altern der Patienten aufhält, also «wirksam» oder «effizient» ist, lässt sich aus den registrierten Abwesenheitsfällen allein nicht ablesen; eine Verkürzung der Abwesenheitszeiten ist in jedem Fall nicht nachzuweisen.

Nach den Ergebnissen müssen verhältnismässig häufig verordnete Kuren in der westlichen Deutschschweiz, besonders bei degenerativem Rheumatismus der Gelenke, verhältnismässig seltene Verordnung von Kuren in der französischen Schweiz als regional bestimmte Form der Behandlung angesehen werden, desgleichen verhältnismässig lange Hospitalaufenthalte und relativ häufig verordnete Teilzeitarbeit in der französischen Schweiz, wie auf der anderen Seite relativ kurze Kur- und Hospitalaufenthalte in der italienischen Schweiz. Die Frage stellt sich also, ob für diese «regionalen Gepflogenheiten» tiefergehende Gründe bestehen, deren Existenz nur bei der Nebeneinanderstellung der Ergebnisse sichtbar wird.

Hospitalaufenthalt wie auch Kuren und Teilzeitarbeit werden in der Behandlung von rheumatischen Erkrankungen in den meisten Fällen komplementär zu anderen therapeutischen Massnahmen sein. Trotzdem ist nicht auszuschliessen, dass das Hospital, seinem Charakter nach der Ort für gezielte intensive kontrollierte Behandlung auch in manchen Fällen, und zu einem bestimmten Zeitpunkt, die einzig notwendige, einzig erfolversprechende Form der Behandlung erlaubt, wohingegen die Kur wohl eher eine Möglichkeit unter anderen bleibt. Folglich kann diese letztere Therapie, zeitlich und räumlich konzentriert, ebenso in anderer Form oder anderer Reihenfolge der einzelnen Anwendungen oder zu einem anderen Zeitpunkt verabfolgt werden, ohne dass damit der generelle Behandlungsplan sich grundlegend ändert und die erhoffte Wirkung. Damit – Hospitalbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen obligatorisch, nicht jedoch Kurbehandlung – könnte ein Hospitalaufenthalt mit entsprechenden physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten wohl eine Kur, eine Kur jedoch in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht eine Hospitalbehandlung ersetzen.

Eine solche «Substitution» könnte im Falle der französischen Schweiz vorliegen: relativ lange Hospitalaufenthalte bei Rheuma und Perioden mit Halbtagsarbeit könnten eventuell als Ersatz für eine nichtrealisierte oder nichtrealisierbare Kur verordnet worden sein. Dies könnte die Antwort sein auf nicht ausreichende oder schwer erreichbare Kurplätze, also beeinflusst vom Mangel an Behandlungsmöglichkeiten, wie die häufiger verordnete Kurbehandlung in der Deutschschweiz praktisch Ausdruck vom Vorhandensein besserer Kurmöglichkeiten sein könnte. Im gleichen Sinne interpretiert wäre im Falle von Hospitalbehandlung bei Rheuma, einheitlich in der Schweiz nach den Ergebnissen der Studie, dies ein Zeichen auch für eine relativ ausgeglichene Verteilung von (Rheuma-) Hospitalbetten. Weniger offensichtlich als durch Behandlungsmöglichkeiten bestimmt, jedoch nicht ausgeschlossen, scheinen generell kürzere Kur- und Hospitalaufenthalte in der italienischen Schweiz zu sein. Vielmehr könnte eine bewusste Kürzung der Behandlungszeit auch ein Ausdruck des Bestrebens sein, allgemein Arbeitsausfallzeiten (und Kosten) bei bekannt hohem Absentismus soweit wie möglich niedrig zu halten.

Es drängt sich also die Frage auf, welche Behandlungsweise im Extremfall bei nach Möglichkeit gleichem Effekt die wirtschaftlichste ist: relativ häufige Kuren, jedoch seltener angewandte Verordnung von Teilzeitarbeit (deutsche Schweiz), längere Hospitalaufenthalte mit häufigeren Fällen von Halbtagsarbeit, doch relativ seltenere Verordnung von Kuren (französische Schweiz), relativ häufige, aber kürzere Kuren und kürzere Hospitalaufenthalte (italienische Schweiz mit Graubünden), abgesehen von den allgemeinen und im Zusammenhang mit Spezialbehandlungen verursachten Arbeitszeitverlusten.

Auch ohne den Versuch darzustellen, die zeitlichen Tendenzen der Hospital- und Kurbehandlung bei Rheuma anhand des vorhandenen Materials auszuarbeiten – Tendenzen, die doch stärker die Entwicklung des Angebots als der Nachfrage widerspiegeln würden – könnten die Ergebnisse vielleicht bisher unbekannte Fakten für eine Konzipierung des institutionellen Rahmens der Rheumabehandlung beitragen und damit für Überlegungen über Planung und Nutzung von Rheumabehandlungsmöglichkeiten nützlich sein.

## Anhang

### Wirtschaftliche Kosten des Rheumatismus in der Schweiz: eine Schätzung

Ortrud Edwards

Verbreitung und Folgen des Rheumatismus sind allgemein bekannt: quälend für den Kranken und seine Umgebung, verbunden mit häufigen und/oder langen Krankheitsperioden und damit Arbeitszeitverlusten und Produktionsausfällen. Als Folge ergibt sich für die Gesamtwirtschaft ein erhöhter Bedarf an medizinischer Betreuung, an Medikamenten und teilweise speziellen Einrichtungen. Kur- und Hospitalbehandlungen stellen hiervon nur einen Teil dar.

Der volle Umfang des Problems in wirtschaftlicher Sicht, ausgedrückt durch die jährlichen «Kosten» des Rheumatismus, lässt sich anhand einiger geschätzter Zahlen<sup>1</sup> beschreiben.

Ist, wie es scheint, Häufigkeit und Dauer von gemeldeten Krankheitsperioden bei rheumatischen Erkrankungen unabhängig von beruflicher Tätigkeit im allgemeinen und der Art der Beschäftigung im besonderen<sup>2</sup>, so muss man bei der gegebenen Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersklassen<sup>3</sup> und bei Berücksichtigung der beobachteten altersspezifischen Rheumamorbidity (durchschnittliche Zahl von Abwesenheitstagen bei Rheuma pro Rheumakranken und pro Jahr) mit 16,8 Millionen Krankheitstagen pro Jahr für die gesamte Schweizer Bevölkerung von 15 Jahren

an aufwärts rechnen (S. 279), davon entfallen 7,7 Millionen auf die aktive Bevölkerung (S. 290). In der gesamten Bevölkerung beträfe dies rund 440 000 Personen aller Altersgruppen (S. 279), das heisst Personen, die durch wenigstens eine Abwesenheit im Jahr als Rheumatiker identifiziert werden, in der Gruppe der Berufstätigen mehr als 230 000 (S. 290). Der durchschnittliche jährliche Produktionsausfall entspricht demzufolge einem Wert von 622 Millionen Schweizer Franken (S. 291), er erreicht als Folge von Vollinvalidität bei Rheuma sogar schätzungsweise einen Wert von einer Milliarde Schweizer Franken (S. 295).

Die jährlichen Behandlungskosten könnte man auf rund 146 Millionen Franken schätzen (S. 281), die Kosten bei stationärer Behandlung auf weitere 193 Millionen (S. 284). Ein Betrag von jährlich 300 Millionen Franken für Invalidenrenten bei Arbeitsunfähigkeit als Folge von Rheuma scheint nach der Schätzung nicht unrealistisch.

Rheumatismus, so wie er sich in unseren Tagen präsentiert, hat demzufolge unweigerlich eine wirtschaftliche Komponente, das heisst einen gewissen Einfluss auf wirtschaftliche Abläufe. Dies wird in Planungsentscheidungen nicht unberücksichtigt bleiben, ganz besonders deshalb, weil sich die «Kosten» noch erhöhen werden, wenn im allgemeinen Alterungsprozess der Bevölkerung das Durchschnittsalter und damit die Prävalenz der Rheumakranken ansteigt.

<sup>1</sup> Mit Seitenangabe aus *Maladies rhumatismales en Suisse. Quelques aspects économiques*. Op. cit.

<sup>2</sup> Signifikante Unterschiede der durchschnittlichen jährlichen Abwesenheiten pro Angestellten nach Berufsgruppen waren in der Stichprobe nicht nachzuweisen.

<sup>3</sup> Volkszählung der Schweizer Bevölkerung 1970.