

## Demographischer Wandel, Sicht und Strategieansätze

**Dr. Frank Verheyen**

Direktor WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)

6. Lübecker Symposium "Best Hospital 2020", Dresden  
10. September 2009

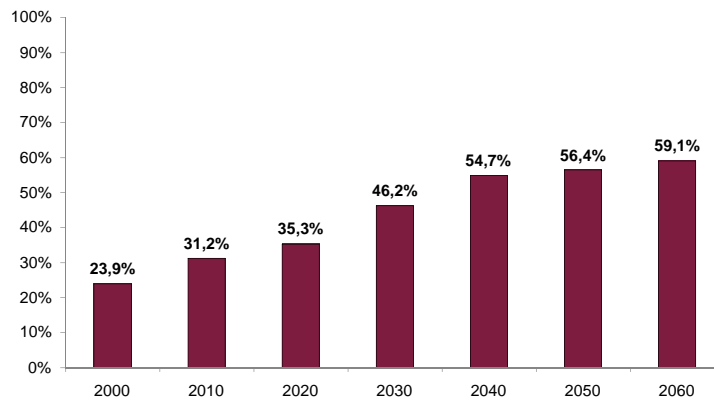
## Demographischer Wandel

§ Lebenserwartung bei Frauen und Männern steigt kontinuierlich an; 1990 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt bei Frauen 78,5 Jahre und bei Männern 72,0 Jahre gegenüber 82,3 Jahren und 76,9 Jahren im Jahr 2007 (Statistisches Bundesamt 2008, OECD-Gesundheitsdaten 2009)

§ Die Bevölkerung wird von 2007 bis 2050 um 16 % (13 Mio.) abnehmen. Die Altersgruppe < 20 J wird um 35 % abnehmen; die Altersgruppe 20-64 J um 29 % abnehmen. Die Altersgruppe > 65 nimmt um 38 % zu. Die Altersgruppe > 80 J um 156 % (Beske 2009).

## Epidemiologische Daten

Vorausgeschätzter Altersquotient in %  
(Bevölkerung ab 65 Jahre/ Bevölkerung 15-64 Jahre)

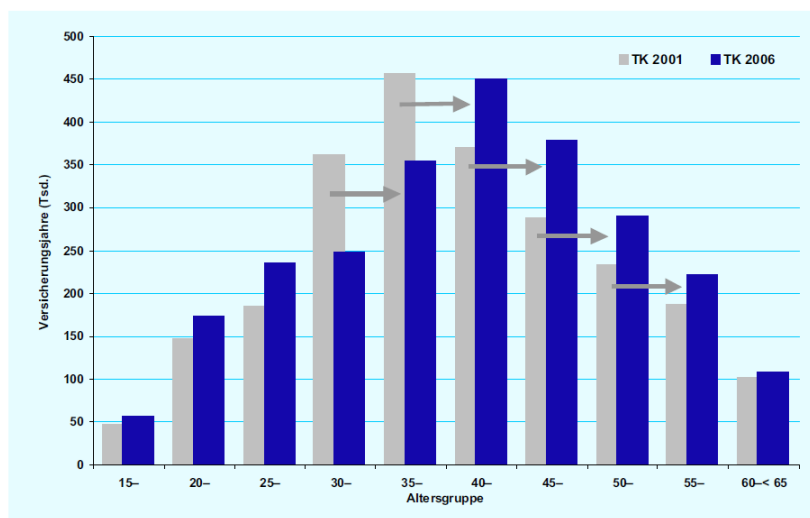


Der Altersquotient wird sich bei gleichbleibender Geburten- und Sterberate in den nächsten vierzig Jahren fast verdoppeln.

Quelle: Eurostat - Europäische Kommission 2008

3

## Erwerbspersonen in der TK nach Alter in den Jahren 2001 und 2006



4

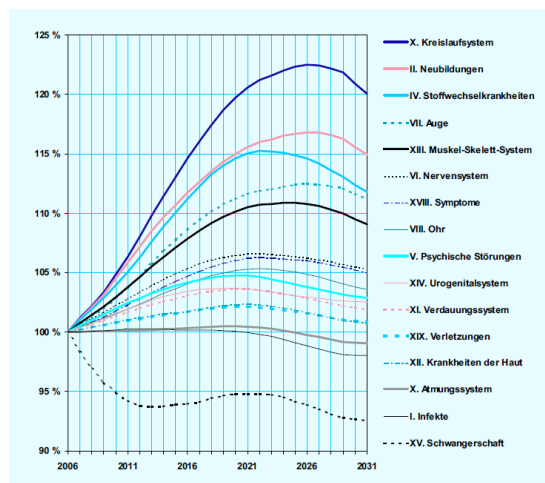
## Zunahme der Prävalenz in der Bevölkerung

Krankheit	2007	2050
Diabetes	4,1 – 6,4 Mio	+ 20 – 22 %
Altersbed. Makuladegeneration	1,1 Mio.	+ 125 %
Osteoporose	8,3 Mio.	+ 26 %
Krebs, gesamt	460 Tsd.	+ 27 %
Demenz	1,1 Mio	+ 104 %

Quelle: Beske 2009

5

## Demografisch bedingte Veränderungen von Fehlzeiten nach Diagnosekapiteln



(Relative Änderungen von Fehlzeiten je Versicherungsjahr; Basis: geschlechts- und altersspezifische Fehlzeiten in Diagnosekapiteln nach ICD10, Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)

6

## Beispiel: Demenz

### Prävalenz

- § 65 bis 69-Jährigen: ca. 1,5%
- § über 90-Jährige: ca. 30%

### Schätzung der Kosten (direkt und indirekt)

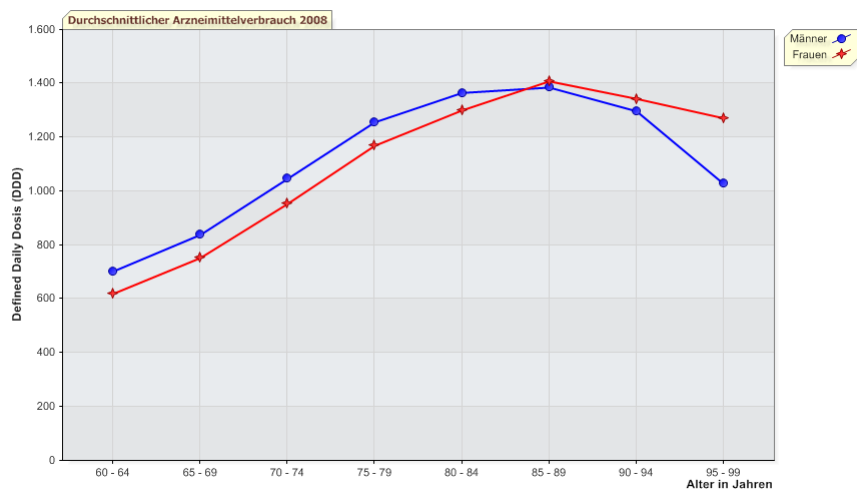
- § 43.767 € pro Jahr pro Patient (30% der Kosten entfallen dabei auf die gesetzliche Krankenversicherung)

Durch die hohe Verordnungszahl von Psychopharmaka bei Demenzkranken, sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder -wechselwirkungen in diesem Krankheitsspektrum von großer Bedeutung

Ansätze wie die 2003 überarbeitete Beers-Liste, müssen zukünftig einen restriktiven Umgang mit diesen Mitteln fördern.

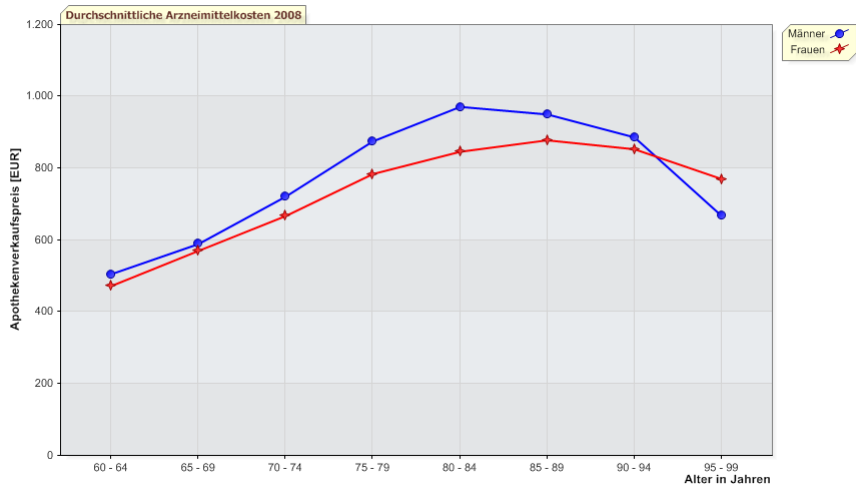
7

## TK-Daten: Durchschnittlicher Arzneimittelverbrauch 2008



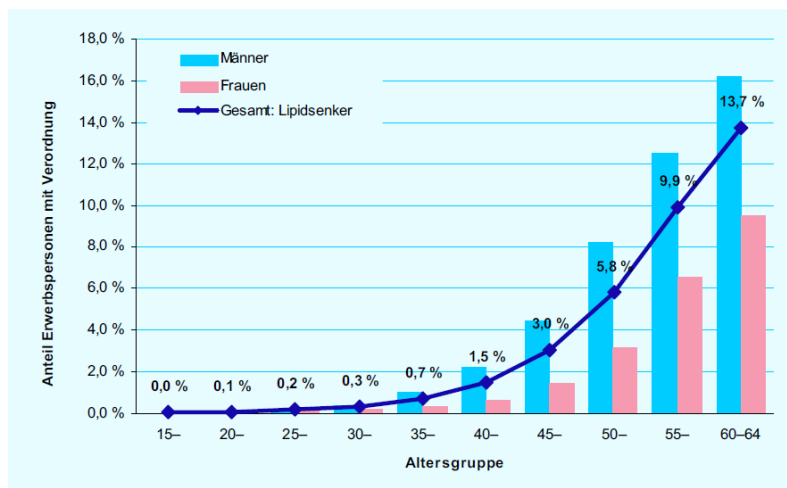
8

### TK-Daten: Durchschnittliche Arzneimittelkosten 2008



9

### Anteil Erwerbspersonen mit Verordnung von Lipidsenkern 2006



10

## Entwicklungen der Krankheitskosten

§ 45% der gesamten Krankheitskosten in Deutschland entfallen auf Menschen über 65 Jahre

Krankheitskosten nach Indikationsgruppen	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:	24,6 Mrd. €
Muskel-Skelett-Erkrankungen:	13,1 Mrd. €
psychische und Verhaltensstörungen:	12,7 Mrd. €
Krankheiten des Verdauungssystems:	9,8 Mrd. €

§ Kosten steigen exponentiell mit einem höheren Alter; die Pro-Kopf-Ausgaben belaufen sich 2004 bei 65 bis 84-Jährigen dabei auf **5.950 €** bei über 85-Jährigen auf **14.750 €** (Durchschnitt aller Altersgruppen: 2.730 €)

Quelle: Robert Koch-Institut 2009

11

## Expansions- oder Kompressionsthese? (I)

### Expansions- bzw. Medikalisierungsthese (Gruenberg 1977)

§ durch verbesserte Therapien steigt das Überleben und gleichzeitig die Prävalenz chronischer Erkrankungen

§ Dauer der kranken Altersjahre verlängert sich

→ Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben insgesamt

### Kompressionsthese (Fries 1980)

§ Länge der chronisch kranken Lebenszeit verringert sich aufgrund von verbesserten Präventionsmaßnahmen (v.a. Primärprävention)

§ Rektangularisierung

§ relative vs. absolute Kompression

→ Anstieg der Gesundheitsausgaben v.a. am Lebensende bzw. im letzten Lebensjahr

12

## Expansions- oder Kompressionsthese? (II)

### Ergebnisse empirischer Untersuchungen:

- § Anteil der Älteren mit guten oder sehr guten Gesundheitszustand ist um jeweils 11% gestiegen
- § Anteil von Personen in Pflegeeinrichtungen ist bei unter 80-Jährigen vergleichsweise gering, steigt im höheren Lebensalter aber exponentiell an
- § Anteil der gesunden Lebensjahre steigt kontinuierlich an
- § Anteil und Ausmaß der gesundheitlich beeinträchtigten Lebensjahre haben sich verringert (Kohortenvergleich)

**➔ Tendenz zur Kompressionsthese**

## Fazit I

- § Lebenserwartung steigt
- § Altersquotient ändert sich deutlich zu Gunsten der Älteren
- § Prävalenz der Erkrankungen nimmt zu
  
- § Medizinische Innovation/Kosten nehmen zu
- § Der medizinischen Fortschritt begünstigt die Chronifizierung von Erkrankungen (z.B. AIDS)
  
- § Einnahmehasis der GKV wird schmaler
- § Ausgehend vom theoretischen Konzept (Expansions- oder Kompressionsthese) der Krankheitskostenentwicklung, variieren zukünftige Ausgabenzenarien

## Risikoprofile im Alter

- § chronische Erkrankungen
- § Multimorbidität (konsekutiv Multimedikation)
- § altersphysiologische Veränderungen (Reaktion auf Arzneimittel)
- § Komplexität der Erkrankungen (neben körperlichen Beschwerden, v.a. funktionelle, psychische und soziale Einschränkungen)
- § verminderte Kommunikationsfähigkeit
- § wesentlicher Anteil an Selbstmedikation
- § Abnahme der Compliance



## Polymedikation

### Folgen:

- "Verschreibungskaskaden" → Teufelskreis
- Medikationsfehler
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- Interaktionspotential steigt

15

## Ansätze zur Verbesserung der Versorgung aus Kostenträgerperspektive

Angesichts der Risikoprofile älterer Menschen, der zunehmenden Lebenserwartung und den damit verbundenen Krankheitsrisiken, sind angepasste Strategien erforderlich (Kosten-Nutzen-Verhältnis!)



- § TK-Gesundheitscoach
- § Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention
- § Leitliniengestützte Handlungs- und Entscheidungshilfen
- § Arzneimittelversorgung

16

## Ansätze zur Verbesserung der Versorgung aus Kostenträgerperspektive Bsp.

### Kostenmanagement

- § **Rabattverträge**
- § **Capitation Verträge**
- § **Risk share Verträge**
- § **Pay for Performance**

### Qualitätsmanagement

- § **Leitliniengestützte Handlungs- und Entscheidungshilfen**
- § **Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren**
- § **Selektive Verträge vs. Kollektivverträge**

### Patientenmanagement

- § **TK-Gesundheitscoach**
- § **Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention**

17

## TK-Gesundheitscoach

### Rolle des Coach

- § Jeder Versicherte hat einen festen Coach über den Gesamtprozess (one face to the customer)
- § Coach baut Vertrauen auf, erfragt Bedürfnisse und Gesundheitszustand
- § vermittelt Grundlagen zu Selbstwahrnehmung und Selbstmanagement

### Kontaktichte

- § Coachingprozess mit abnehmender Betreuungsintensität (bei Bedarf erneute Intensivierung)
- § Wöchentliches Anrufintervall (Nachbetreuung: monatlich/vierteljährlich)
- § Gemeinsame Terminvereinbarung zwischen Coach und Versichertem
- § Coaching-Hotline für Versicherte (Rückruf durch Coach)

### Modularer Aufbau

- § Inhalte werden dem Versichertenbedürfnis entsprechend behandelt
- § Klare Zielvereinbarungen pro Modul → Erfolgskontrolle

18

## TK-Gesundheitscoach

### Leistungserbringer



- Steuerung in wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung
- Hinwirken auf eine Verhaltensänderung der Leistungserbringer

### Reha-Berater (RehaB)



### Versicherter



- Qualifizierte Beratung zu Versorgungsmöglichkeiten
- Lotse für den Versicherten zur Organisation und Koordination der Versorgung
- Ausstattung mit Patienteninformationen
- Monitoring des Versorgungsprozesses und Motivation zur Mitwirkung

Zielgerichtete Fallkoordination und  
Fallsteuerung der Akteure / Prozesse

19

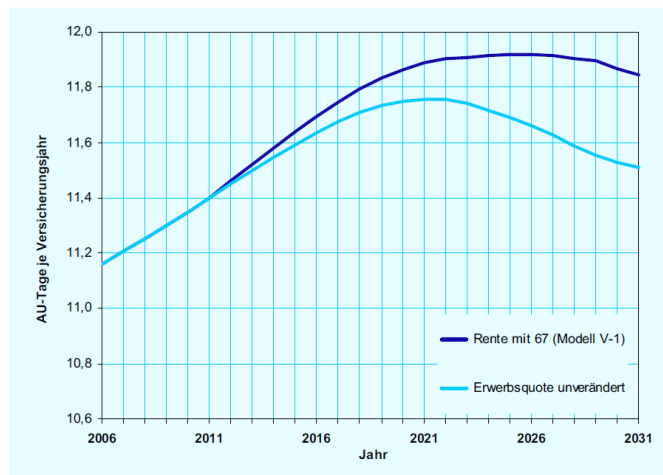
## Fazit II

- § Förderung einer sektorenübergreifenden Betrachtung und Betreuung der älteren Patienten (Auch bei Krankenkassen: z.B. durch spezialisierte Patientenberater)
- § Optimierung der Versorgung auch auf Prozess- und Strukturebene
- § Die Diskussion um messbare Qualität weiterführen
- § Durch sachgerechtes Kostenmanagement Versorgung bezahlbar halten

20

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Demografisch bedingte Veränderungen der Gesamtfehlzeiten



(Basis: geschlechts- und altersspezifische Fehlzeiten Erwerbspersonen TK 2006; Bevölkerungsentwicklung gemäß Variante 1-W1, Statistisches Bundesamt 2006; Erwerbsquote gemäß Mikrozensus 2005, in Modell V-1 unter Einbeziehung einer veränderten Erwerbsbeteiligung durch die Anhebung des Renteneintrittsalters)