

# Einführung: Generationenspezifische Versorgung – eine Herausforderung für die nächste Legislaturperiode

Referat im Rahmen des Symposium „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Das Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Professor Dr. E. Wille

**Sachverständigenrat**

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1. Das Sondergutachten 2009 im Überblick
2. Die künftige Entwicklung des demographischen Alterns
3. Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der gesetzlichen Krankenversicherung
4. Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der sozialen Pflegeversicherung
5. Morbiditätskompressions- versus Morbiditätsexpansionsthese
6. Altersstruktur der Berufsgruppen im Gesundheitswesen
7. Zwischenfazit: Nachhaltige flächendeckende Versorgung als zentrale Herausforderung

# Das Sondergutachten 2009: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“

1. Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem
2. Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels
3. Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen
4. Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care)
5. Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen
6. Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung
7. Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung
8. Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

# Altenquotient „65“ (65-jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren)

Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung  
(ab 2010)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3- W2	Untergrenze Variante 1- W1	Obergrenze Variante 1- W2	Variante 6- W1
2005	31,7	31,7	31,7	31,7
2010	33,5	33,6	33,5	33,7
2020	38,0	38,7	38,0	39,5
2030	50,2	52,2	50,3	54,2
2040	57,2	61,4	58,0	65,3
2050	58,0	64,3	60,1	70,9

## Altenquotient „65“ in den Bundesländern (Variante 1 – W1)

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	30,09	33,41	41,33	60,15	63,38
Bayern	30,37	33,66	41,06	58,99	62,00
Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27	63,87
Brandenburg	31,57	38,60	55,90	82,43	90,60
Bremen	33,27	35,27	39,15	48,25	50,92
Hamburg	28,52	29,93	33,14	49,12	57,50
Hessen	30,76	34,85	42,75	62,08	65,46
Mecklenburg-Vorpommern	31,44	38,23	55,63	70,36	74,51
Niedersachsen	32,85	36,61	44,67	63,40	63,73
Nordrhein-Westfalen	32,22	34,40	41,58	58,39	59,94
Rheinland-Pfalz	33,04	34,82	44,26	62,34	62,95
Saarland	35,19	37,07	47,38	61,90	59,89
Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95	77,25
Sachsen-Anhalt	35,08	42,76	58,10	73,73	78,53
Schleswig-Holstein	33,26	38,33	44,97	65,06	66,65
Thüringen	33,19	40,70	56,94	73,83	80,73
Deutschland	31,69	35,47	43,91	61,35	64,35

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle Statistisches Bundesamt (2006d), eigene Darstellung

## Altenquotient „85“

(85-jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
		Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	
2006	3,22	3,22	3,22	3,22
2010	3,86	3,87	3,86	3,89
2020	5,25	5,35	5,25	5,69
2030	7,55	7,86	7,56	8,90
2040	9,61	10,38	9,74	12,32
2050	14,07	15,92	14,58	19,71

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006

## Altenquotient „85“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	3,02	4,49	6,94	10,13	15,92
Bayern	2,95	4,41	6,60	9,58	14,94
Berlin	2,91	3,52	6,34	9,24	14,53
Brandenburg	2,45	4,37	9,13	14,53	24,86
Bremen	3,82	5,05	7,09	8,89	12,19
Hamburg	3,35	4,09	5,76	7,62	12,42
Hessen	3,12	4,61	6,90	10,46	16,11
Mecklenburg-Vorpommern	2,23	4,39	9,15	13,48	20,88
Niedersachsen	3,29	4,81	7,43	10,55	16,05
Nordrhein-Westfalen	2,99	4,54	6,72	9,37	14,38
Rheinland-Pfalz	3,22	4,72	6,95	10,30	15,75
Saarland	3,01	4,80	7,35	10,43	15,28
Sachsen	3,43	6,10	10,48	14,40	20,39
Sachsen-Anhalt	2,87	5,33	9,87	14,38	21,20
Schleswig-Holstein	3,49	4,67	7,73	10,74	16,34
Thüringen	2,65	5,05	9,35	14,29	21,35
Deutschland	3,04	4,62	7,25	10,38	15,92

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006d), eigene Darstellung

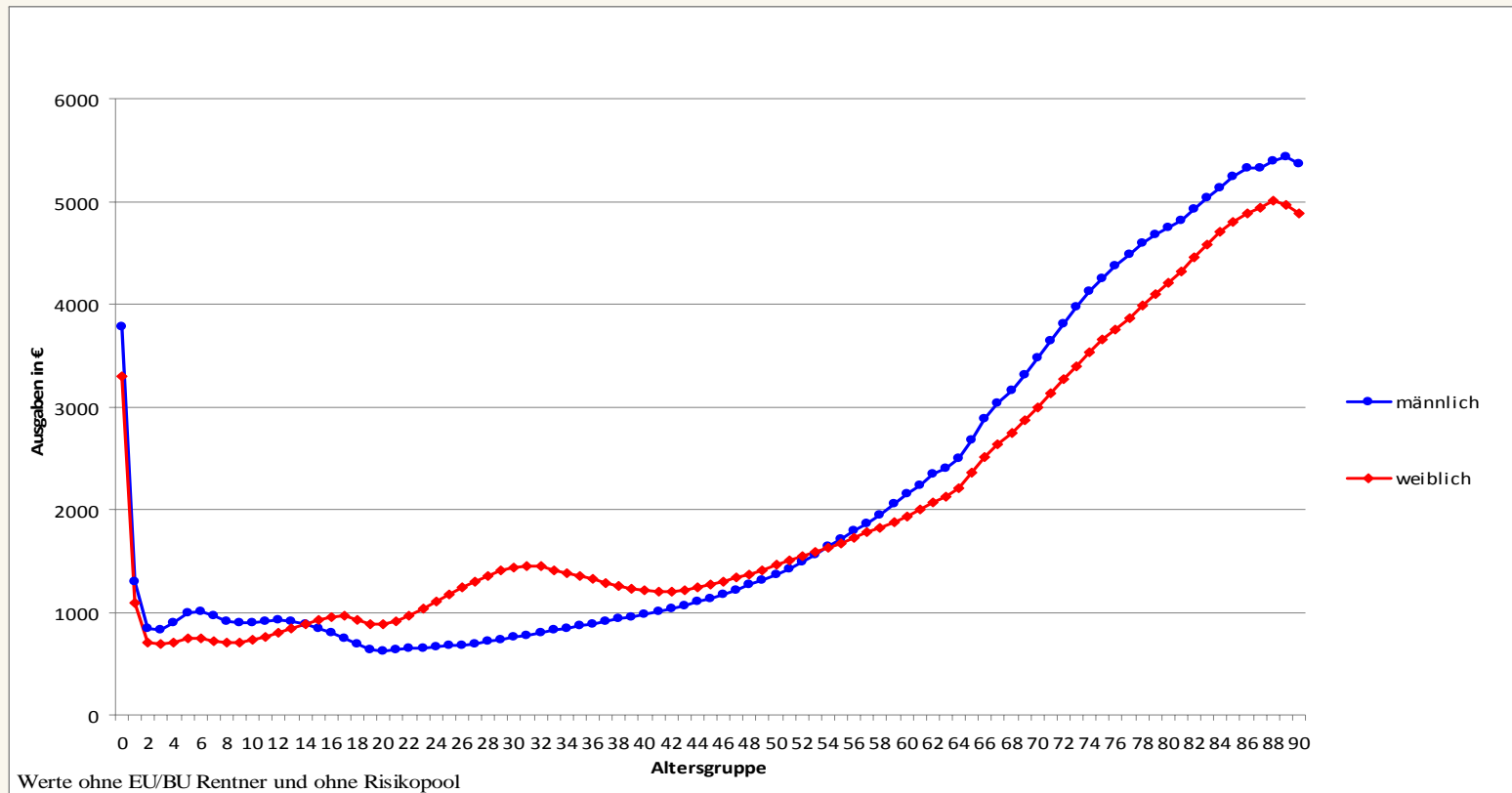
## Der demographische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West

	West	Ost	Ländliche Räume West	Ländliche Räume Ost
<b>Bevölkerungsentwicklung (in Prozent)</b>				
1990/2006	6,7	-8,7	8,3	<b>-13,7</b>
2006/2025	0,5	-10,7	0,2	<b>-18,3</b>
<b>Anteil der Einwohner 65 (85) und älter an der Gesamtbevölkerung (in Prozent)</b>				
2006	19,4 (2,0)	21,1 (1,9)	19,9 ( <b>2,1</b> )	<b>21,5</b> (1,7)
2025	23,3 (3,8)	29,3 (5,0)	24,7 (4,0)	<b>32,9</b> (5,6)
<b>Entwicklung der Bevölkerung 65 (85) Jahre und älter (in Prozent)</b>				
1990/2006	35,7 (34,2)	39,1 (20,6)	35,6 ( <b>43,9</b> )	<b>48,9</b> (32,5)
2006/2025	21,3 (96,0)	23,9 (132,2)	24,6 (95,3)	<b>25,2</b> ( <b>167,6</b> )
<b>Einwohnerdichte (Einwohner je km<sup>2</sup>)</b>				
2006	264	153	114	<b>73</b>
2025	261	137	114	<b>60</b>

Zur Verdeutlichung ist das jeweilige Maximum bzw. Minimum der Werte fettgedruckt.

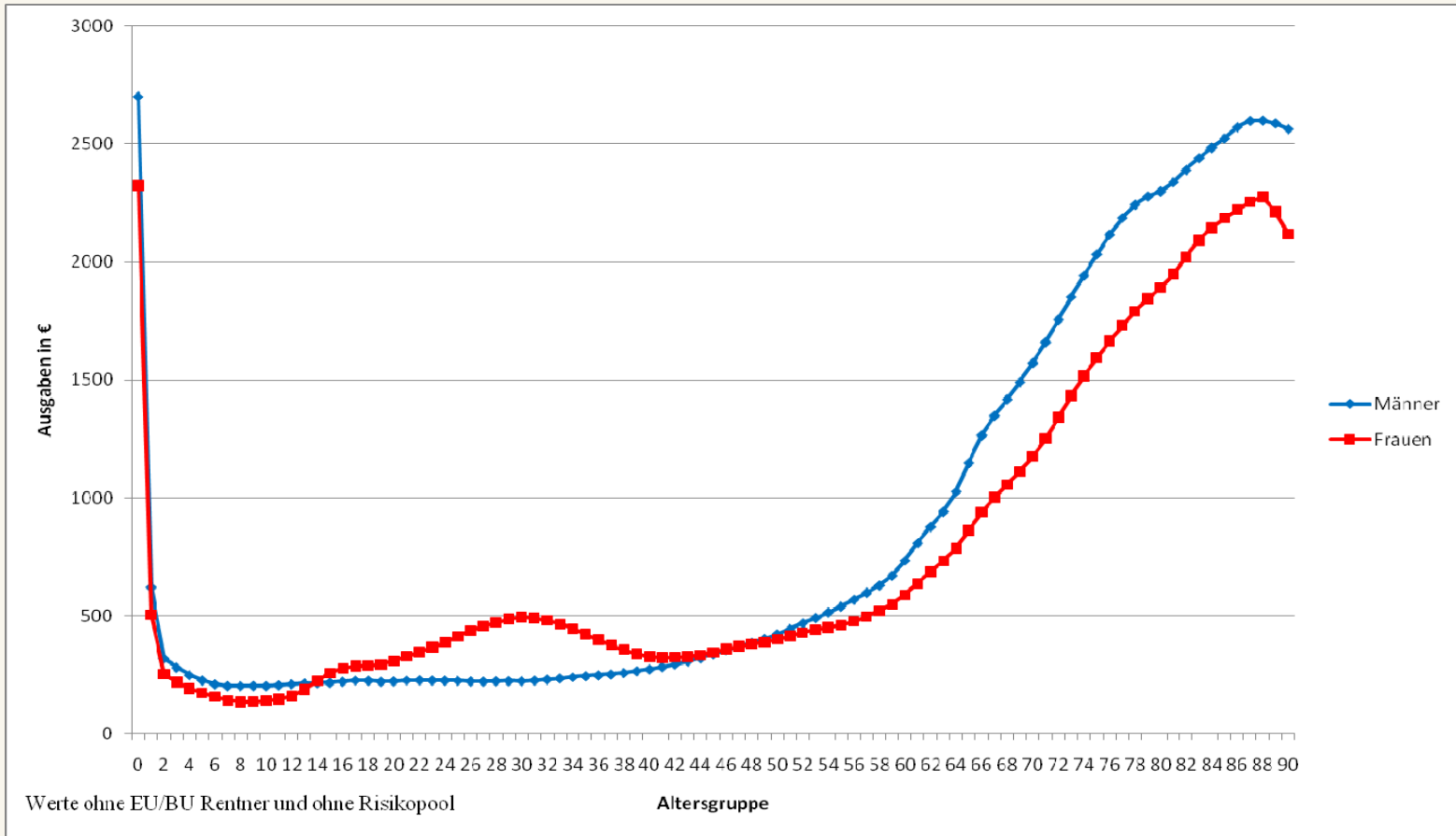
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten und Prognosen des BBR

# Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV

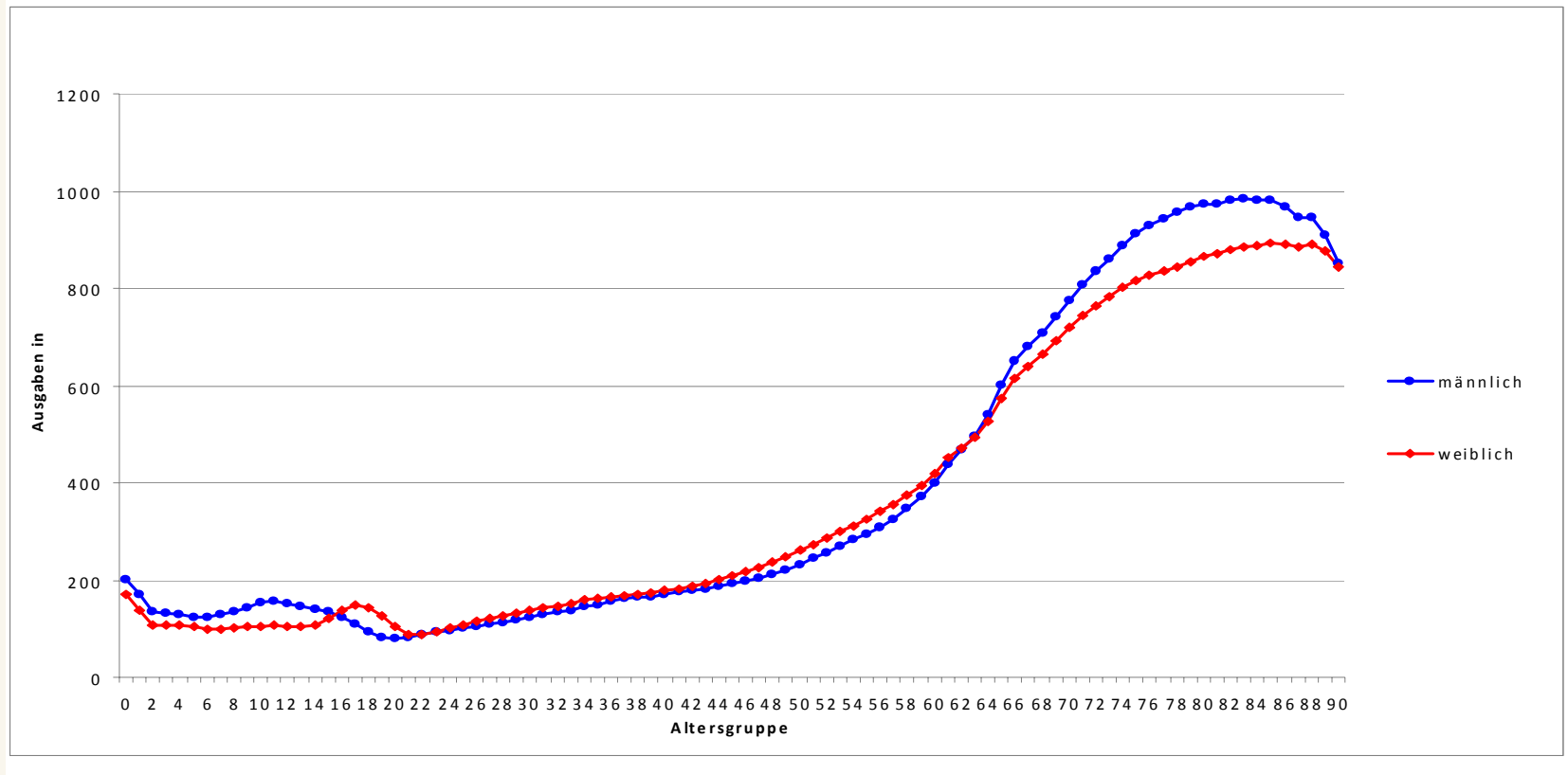


Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

# Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile im Krankenhaus

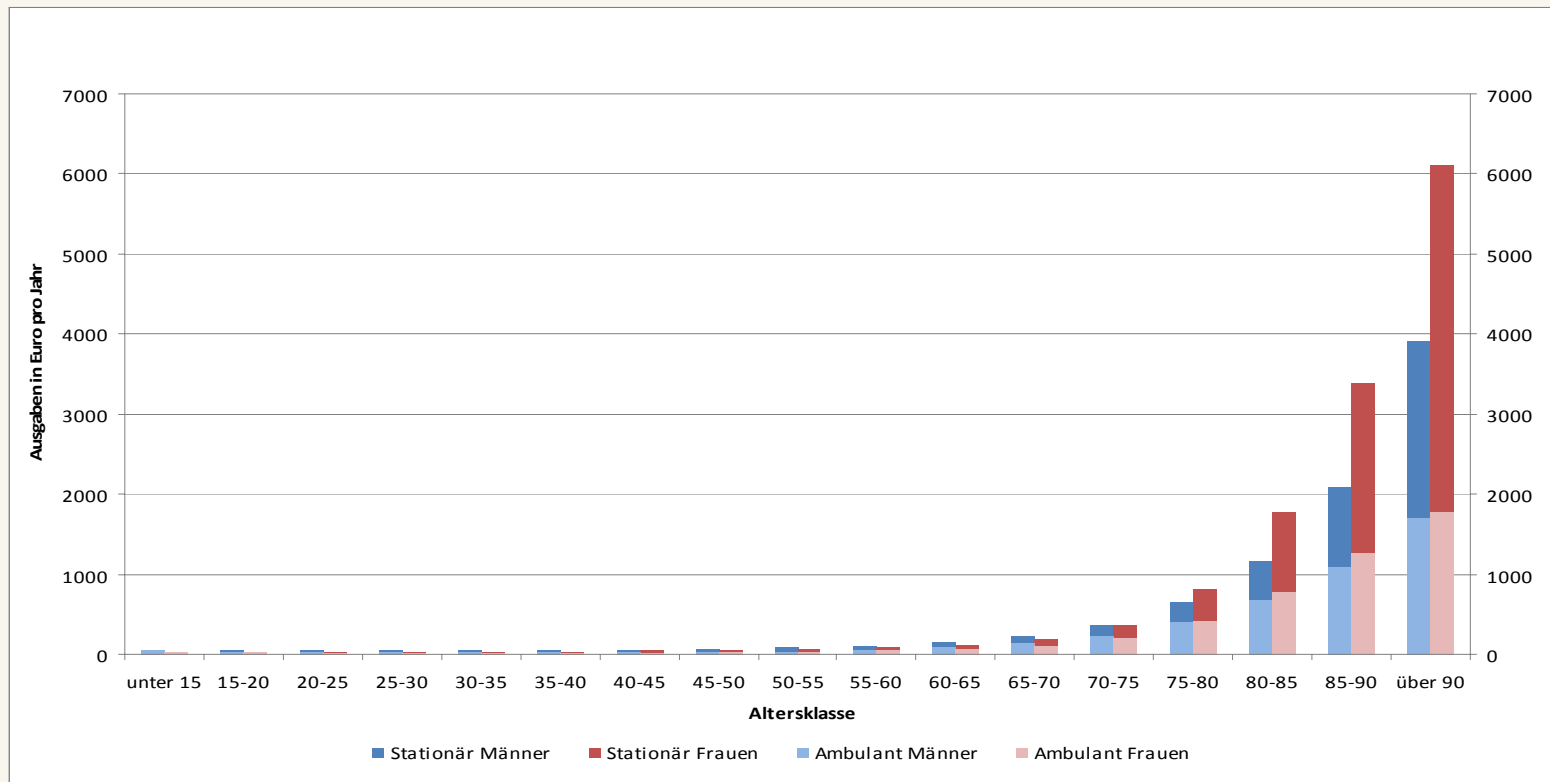


# Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile von Arzneimitteln



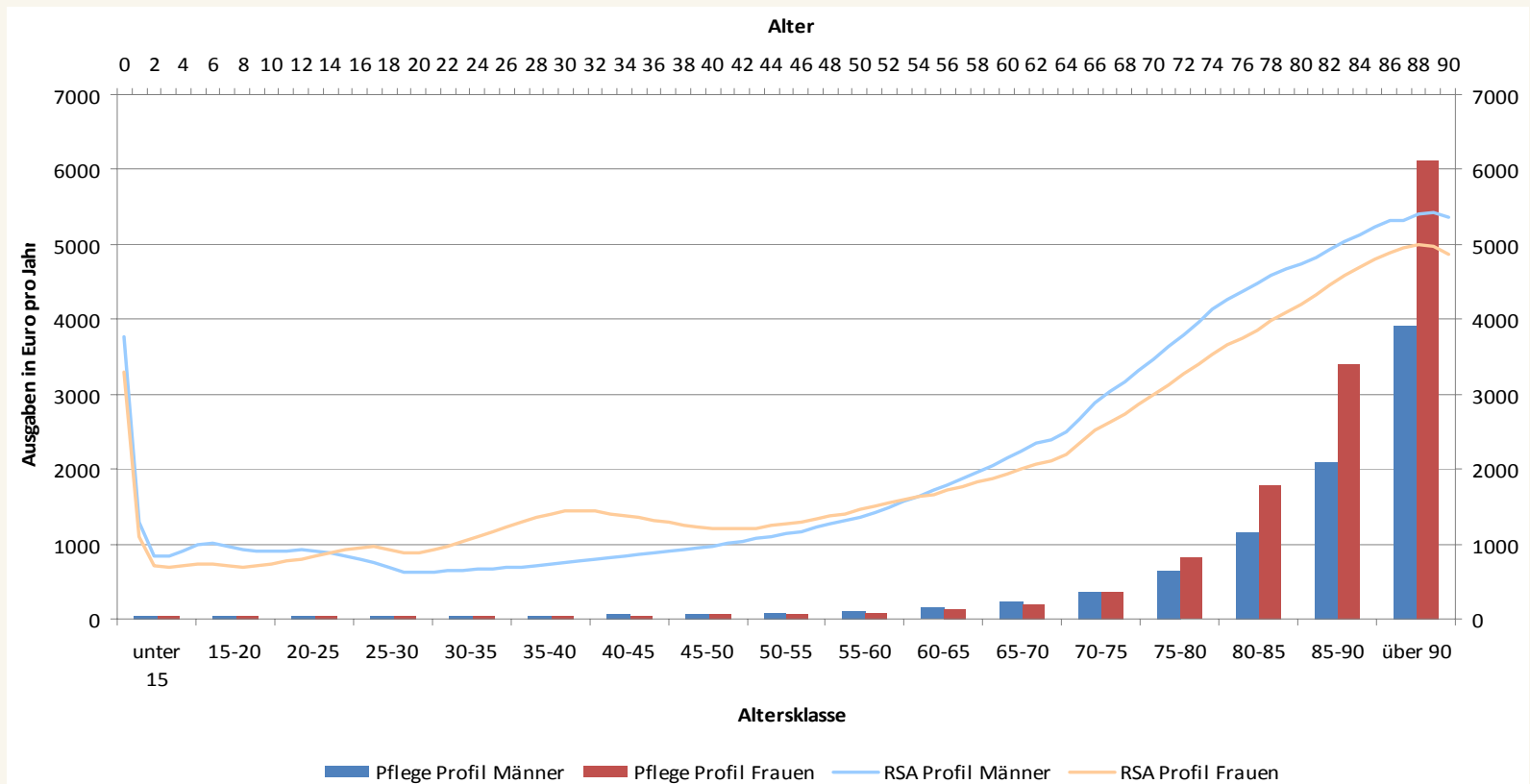
Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung.

# Durchschnittliche Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung 2007



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2008), eigene Darstellung, eigene Berechnung.

# Durchschnittliche Ausgaben der SPV und der GKV 2006



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2008), eigene Darstellung, eigene Berechnung.

# Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegbedürftigen (in Millionen)

Prognose	Jahr	Basisjahr	Jahr				
			2010	2020	2030	2040	2050
Eigene Berechnung	SQ <sup>1</sup>	2,24	2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
	KT <sup>2</sup>	(2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang (2001)	SQ	(2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	(2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt (2008)	SQ	2,13	2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	(2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup (2003)	SQ	(2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert, Klie (2001)	SQ	(1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz (2002)	SQ	(2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ottvad (2003)	SQ	(2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker, Raffelhüschen (2006)	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker, Höfer, Raffelhüschen (2005)	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

<sup>1</sup> Status quo-Prognose; <sup>2</sup> Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

Quelle: GBE (2009), Statistisches Bundesamt (2006), Rothgang (2001), Statistisches Bundesamt (2008), Rürup (2003), Blinkert (2001), Dietz (2002), Ottvad (2003), Raffelhüschen (2005), Raffelhüschen (2006), eigene Darstellung, eigene Berechnung.

## **Die Morbiditätskompression**

- absolute Morbiditätskompression: mit steigender Lebenserwartung verringert sich die Länge der chronisch kranken Lebenszeit.
- relative Morbiditätskompression: der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der Lebensjahre nimmt ab.

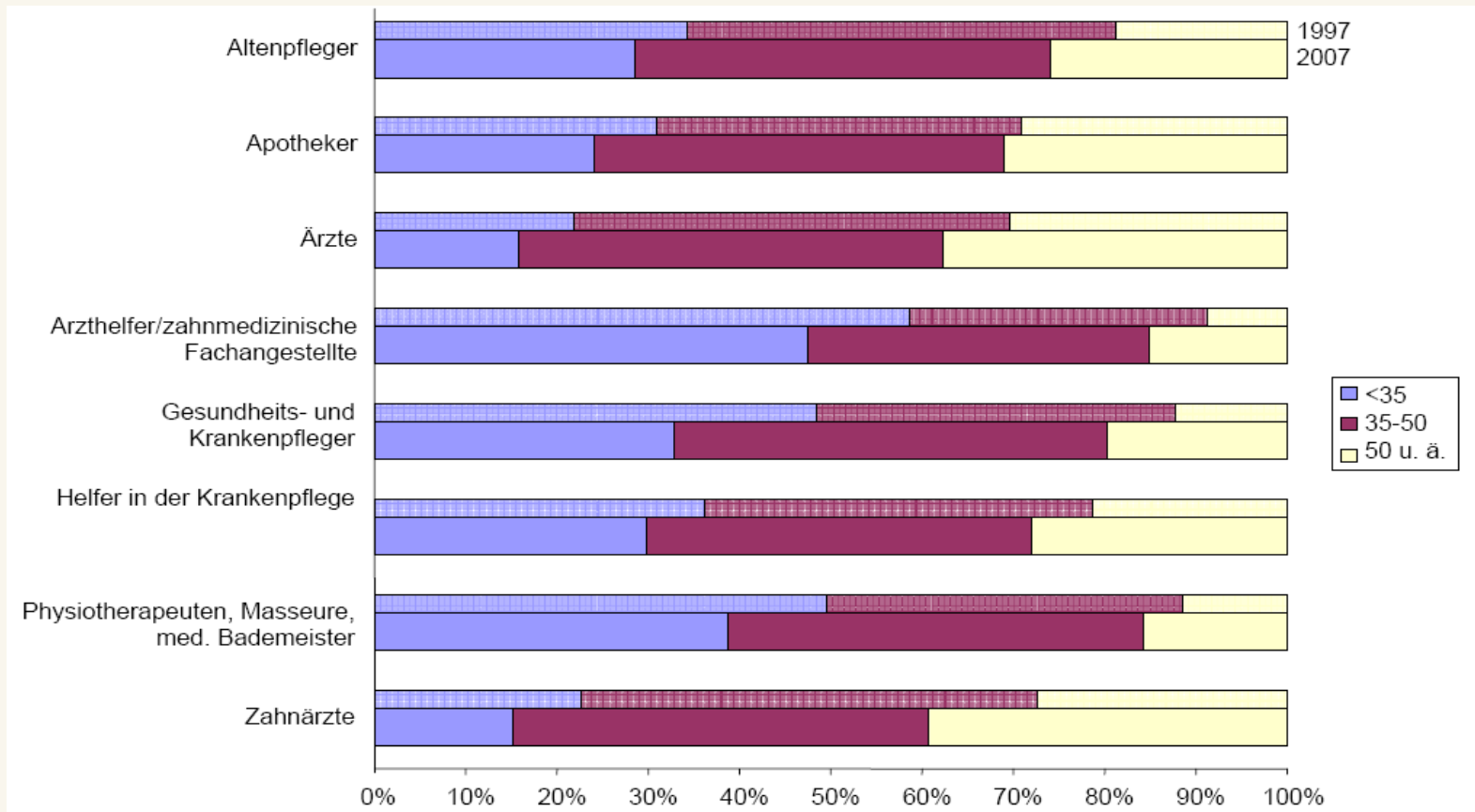
## **Die Morbiditätsexpansion**

- absolute Morbiditätsexpansion: die Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre nimmt zu.
- relative Morbiditätsexpansion: der Anteil der in Krankheit verbrachten Lebensjahre an der Gesamtzahl der Lebensjahre steigt.

## Einflussgrößen steigender Lebenserwartung und ihre potentiellen Effekte

- Vor allem die primäre Prävention und Verbesserungen in transsektoralen Bereichen versprechen eine - auch absolute - Morbiditätskompression.
- Bei verhaltenskorrelierten Erkrankungen erscheint die Morbiditätskompression, bei genetisch determinierten die Morbiditätsexpansion wahrscheinlicher.
- Medizinisch-technische Innovationen sprechen tendenziell für Morbiditätsexpansion, können aber wie die tertiäre Prävention auch die Krankheitsschwere bei gleicher oder sogar zunehmender Krankheitsdauer vermindern.
- Verglichen mit der Morbiditätsexpansion erleichtert die Morbiditätskompression ceteris paribus die Finanzierung der künftigen Gesundheitsversorgung
- Valide Aussagen zu den fiskalischen Effekten lassen sich ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und insbesondere Sterbekosten nicht treffen; auch bei leichter absoluter Morbiditätskompression können die Gesundheitsausgaben steigen.

# Altersstrukturen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, 1997 und 2007



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten der GBE: <http://www.gbe-bund.de>.