

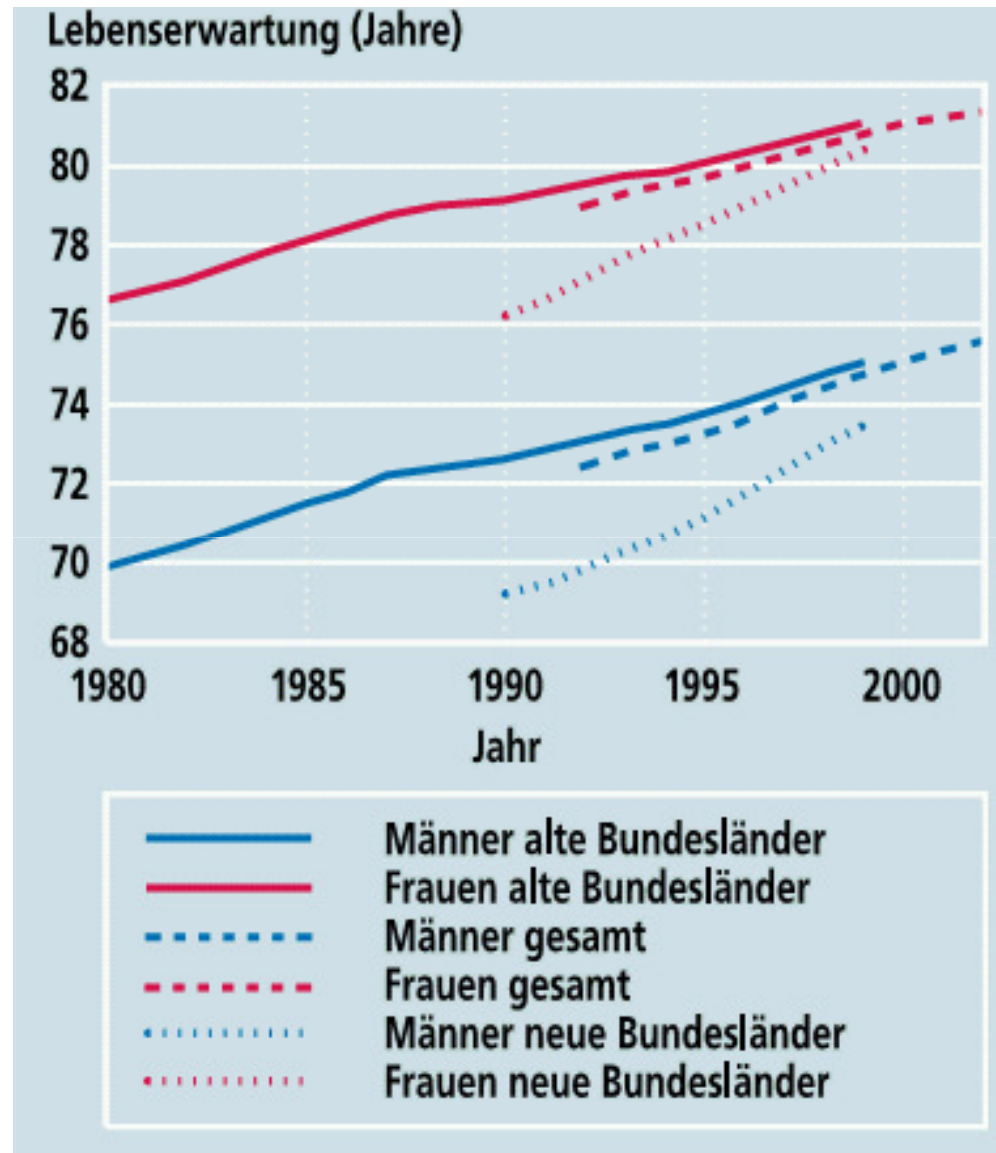
Demographie unserer Gesellschaft

Wo bewegen wir uns hin und was bedeutet das für das Gesundheitswesen ?

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
Lübeck 10.04.2008

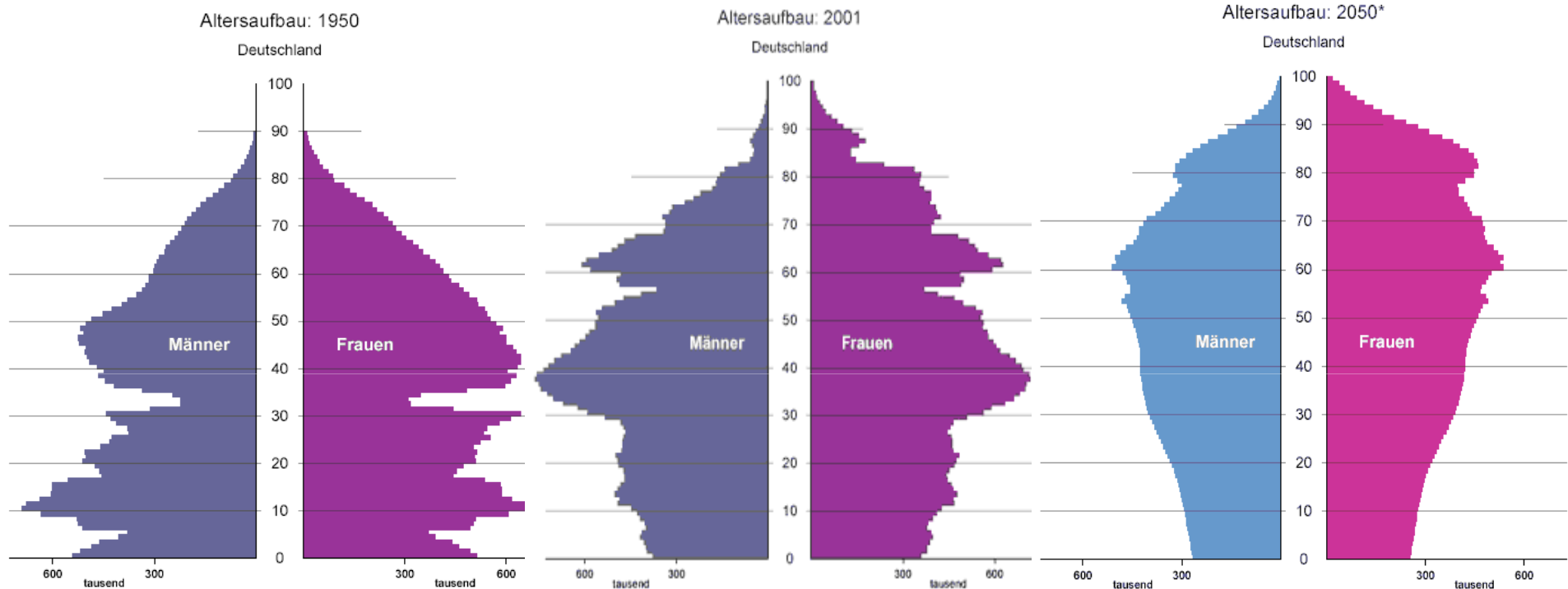
M. Gogol Klinik für Geriatrie Copenbrügge
Sektion II – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

Demographische Veränderung BRD



Dtsch Arztebl
2006;103:A1072-7

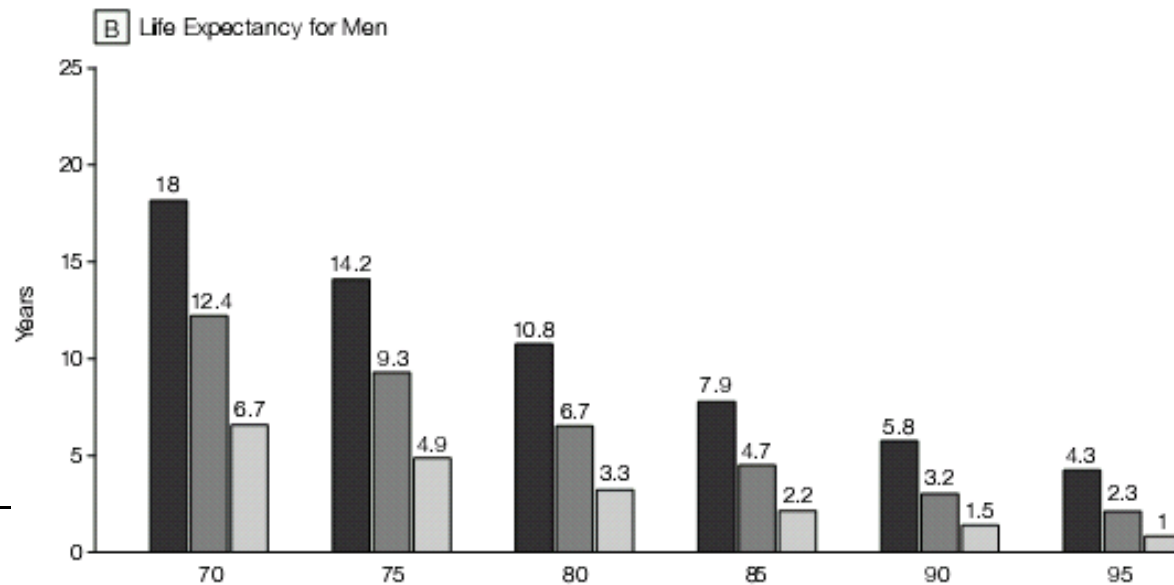
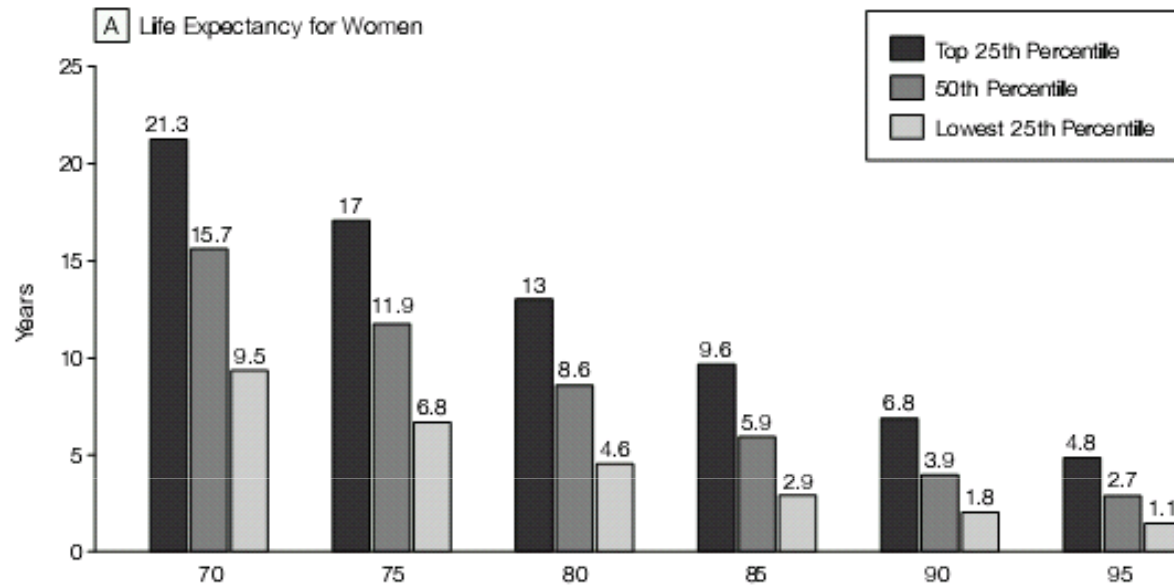
Demographische Veränderung BRD



Die Gruppe der über 80jährigen ist die Gruppe mit dem größten Wachstum in allen Industrieländern

Life expectancy US 1997

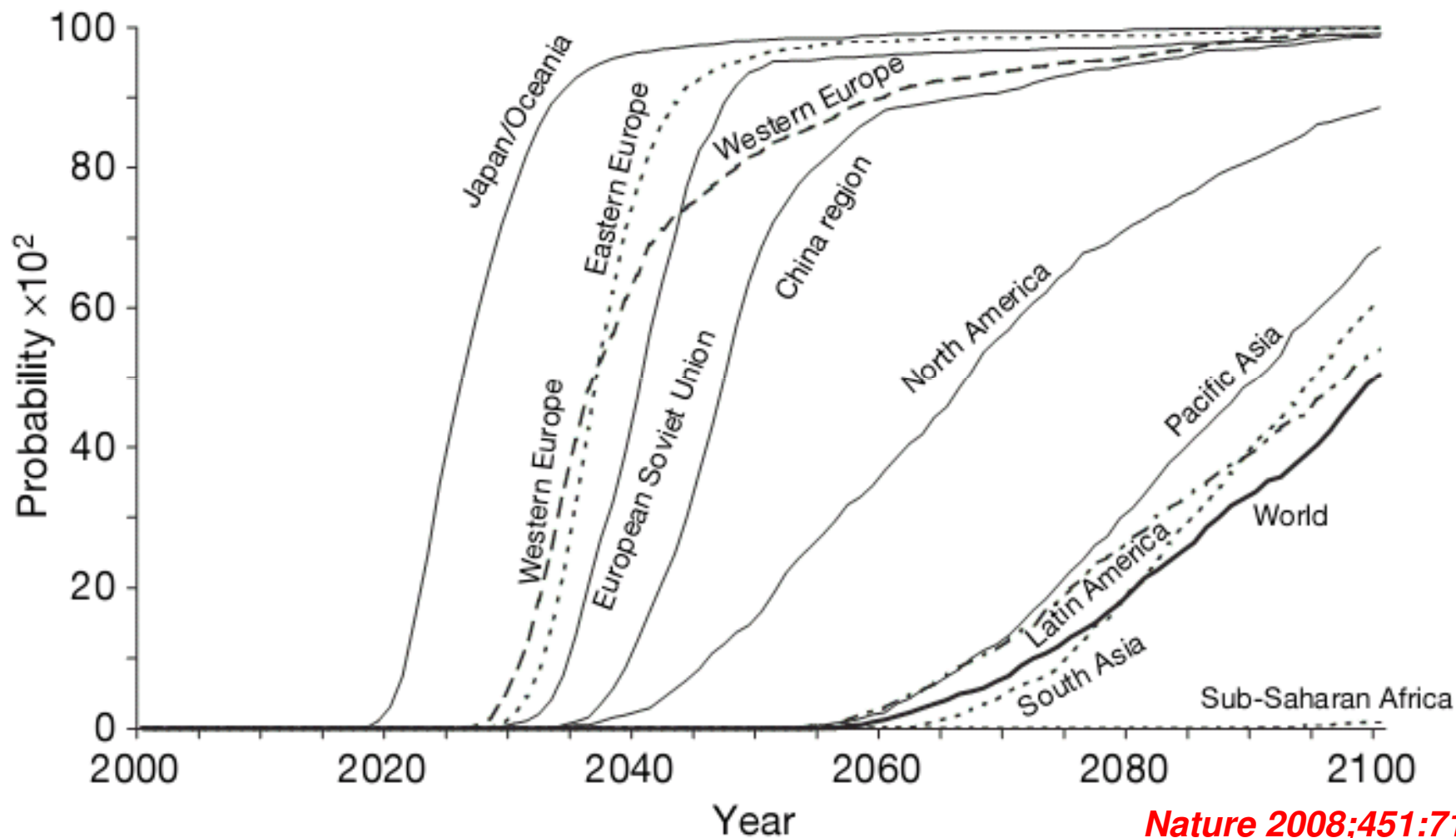
Upper, middle and lower quartiles



**JAMA 2001;
285:2750-6**

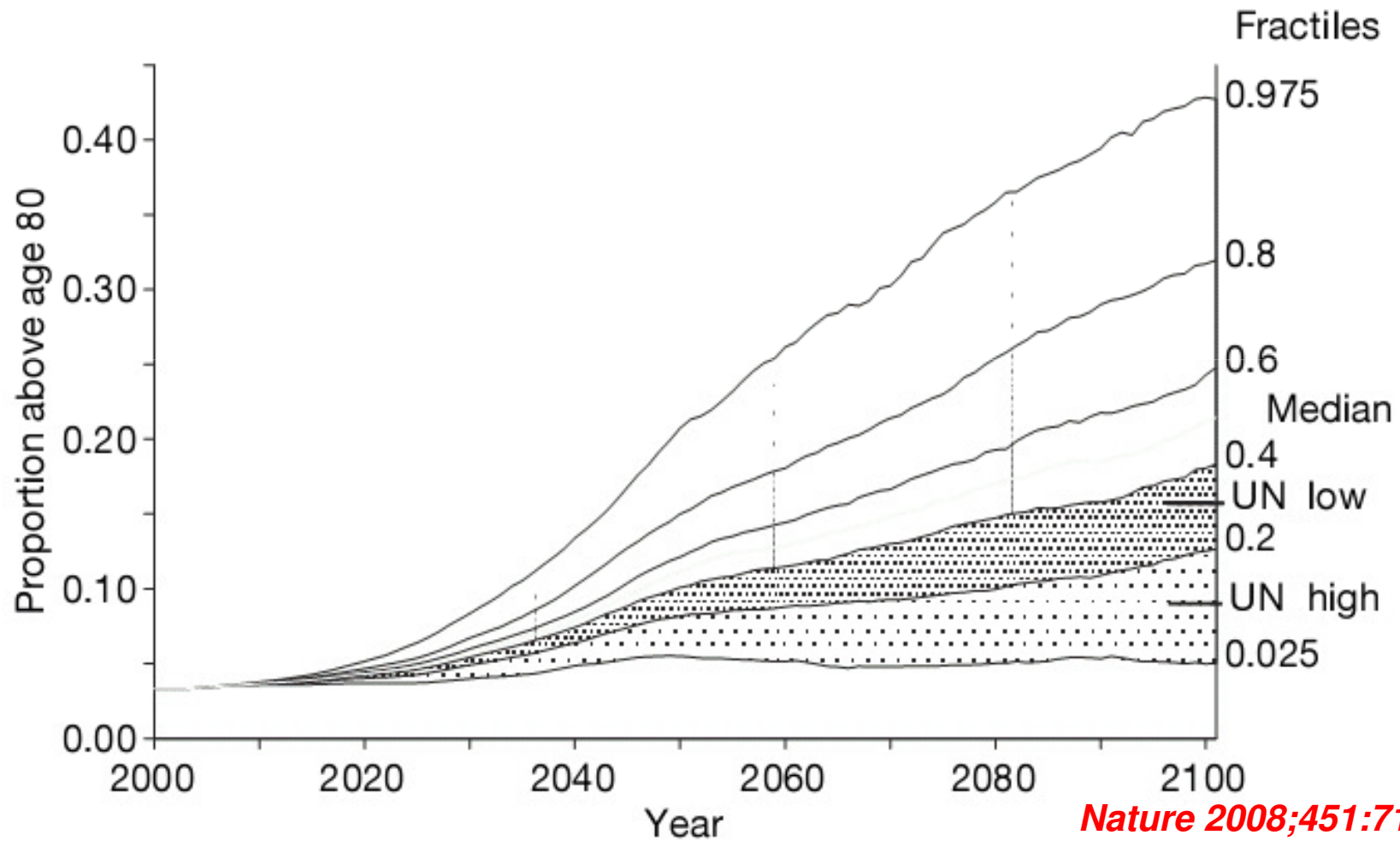
Aging in the world

60 + proportion \geq one-third total population



Nature 2008;451:716-9

Aging in Western Europe Age 80 +



Parallelentwicklung der letzten 30 a

Med. Fortschritt ↑

Steigendes Gesundheitsbewußtsein (partiell)

Steigende Nachfrage

bei partiell fortbestehenden bzw. anwachsenden /
neuen Risikokonstellationen

Abnahme körperlich belastender / gefährlicher
Tätigkeiten

Zunahme der „Anbieterseite“

Folgen der – nicht nur demografischen – Veränderung

- Lebenszeitzunahme von z.Z. 3 Monate / Jahr
- Zunahme chronischer Erkrankungen
(z.B. *COPD, Malignome, respir. Infekte*)
- Zunahme der Lebenszeit mit und Überleben von
Exazerbationen chronischer Erkrankungen
(z.B. *COPD, O₂-/Beatmungstherapien, Weaning-
Stationen, (pneumolog.) Palliativpatienten*)
- Zunahme von technischen Hilfs- /
Ersatzmöglichkeiten auch im ambulanten
(häuslichen) Bereich

Folgen 2

- Die Leistungsnachfrage nach Gesundheits- und Sozialen Diensten steigt kontinuierlich
- Die Debatte über die (zukünftige) Finanzierung immer drängender
- Zunehmende Überprüfung ärztlichen Handelns hinsichtlich medizinischer Sinnhaftigkeit und (gesundheits-)ökonomischer Effizienz

Folgen 3

- Zunahme der schon existierenden Disparitäten (soziale Schicht, Bildungsniveau, Geschlecht (?) etc.)
- Verlagerung der Entscheidungskompetenz auf externe („unabhängige“) Institutionen
- Verlagerung der Entscheidungskompetenz auf bürokratische Ebene(n)

1970 1975 1980 1985 1990 1995 2000 2005

Das Große Scheitern

Die Regierung verpatzt die Gesundheitsreform:
Die SPD leidet am Ergebnis, die Kanzlerin offenbart ihre Schwächen
VON TINA HILDEBRANDT UND ELISABETH NIEJAHR

35,4
Deutsche Gesundheitskosten ohne Verwaltungsausgaben, inflationsbereinigt, Preise von 2005, Angaben in Milliarden Euro

1977, »Gesetz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen«
Patienten müssen pro Medikament eine Mark dazubezahlen; Bagatellmedizin wie Kopfschmerzmittel bezahlen sie allein. Beim Zahnersatz entfällt die 500-Mark-Obergrenze bei der Eigenbeteiligung.

64,1

1982, »Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz«
Die Zuzahlungen steigen, auch Brillen und Heilbäder kosten nun mehr.

77,7

1983, »Haushalts-Begleitgesetz«
Erstmals werden Zuzahlungen für Krankenhausaufenthalte erhoben. Auch Rentner müssen nun Beiträge zur Krankenversicherung bezahlen.

81,4

1988, »Gesundheitsreform« wird das »Wort des Jahres«.

1989, »Gesund reformt« Norbert I »Negativliste« Höchstpreis Medikament Was darüber bezahlt der P. Die Klinik-Zuza verdoppel Rezeptgeb steigen; Zahnbe lungen werden i

93,9

1993, »Gesundheits-Strukturgesetz«
Die Zuzahlungen für Kliniken und für Zahnersatz steigen weiter. Für Medikamente werden sie nach Packungsgröße gestaffelt.

117,3

WIEDERREINIGUNG

1996, »Beitrags-Entlastungsgesetz«
Wieder steigen die Zuzahlungen. Brillen bezahlt der Patient allein. Jugendliche bekommen keine Zuschüsse mehr zum Zahnersatz. Das Krankengeld sinkt. Ein »Krankenhaus-Notopfer« erhöht die Klinik-Zuzahlungen.

134,9

1999, »Solidaritäts-Stärkungsgesetz«
Rot-Grün senkt die Zuzahlungen, auch Jugendliche bekommen wieder Zuschüsse zum Zahnersatz. Zugleich werden die Arzthonorare und die Krankenhauskosten budgetiert.

136,4

2002, »Beitragsatz-Sicherungsgesetz«
Ulla Schmidt kürzt Krankenhäusern und Ärzten die Budgets. Erstmals werden auch die Ausgaben der Krankenkassen begrenzt. Das Sterbegeld sinkt, (zwei Jahre später fällt es ganz weg).

134,8

Unschlagbar trist

Schwarz-Rot - und was dann?

Schwarz braucht Rot, und Rot braucht Schwarz – aber braucht das Land Schwarz-Rot? Nach der Einigung über die Gesundheitsreform lautet die Antwort: Nein. Diese Koalition wirkt nicht, als könne sie etwas Gemeinsames erreichen. Eher erinnern ihre zähen Auseinandersetzungen an die legendären Hartz-Runden zwischen Regierung und Opposition, Bund und Ländern, bei denen am Ende als Erfolg gefeiert wurde, dass überhaupt eine Einigung zustande kam. Aber

niemanden gewollt, bezog die Große Koalition ihre Legitimation aus ihrer Funktionalität: große Mehrheiten für große Probleme. Mit dem Kompromiss zur Gesundheit gebt sich die Regierung ihrer Existenzberechtigung. »Dafür«, höhnte der Tages-

Die Zeit 06. Juli 2006, S. 3

Gesundheit für alle – wie lange noch?

Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen

Donnerstag · 26. Oktober 2006 · 10:00 – 17:45 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften · *Leibniz-Saal* · Markgrafenstraße 38 · 10117 Berlin-Mitte

Öffentliche Jahrestagung des Nationalen Ethikrates

Folgen 4

- Die Leistungsnachfrage nach Gesundheits- und Sozialen Diensten wird weiter ansteigen
- Die Leistungsnachfrage wird nicht (mehr) für alle Bürger aus der Sozialgemeinschaft beantwortet werden können → *Disparitäten ++ (?)*
- **Stichworte:** Priorisierung, Rationierung, Privatisierung
- Die demografische Veränderung ist hierbei ein wesentlicher, aber nicht alleiniger Faktor

Health care costs vs. GDP growth

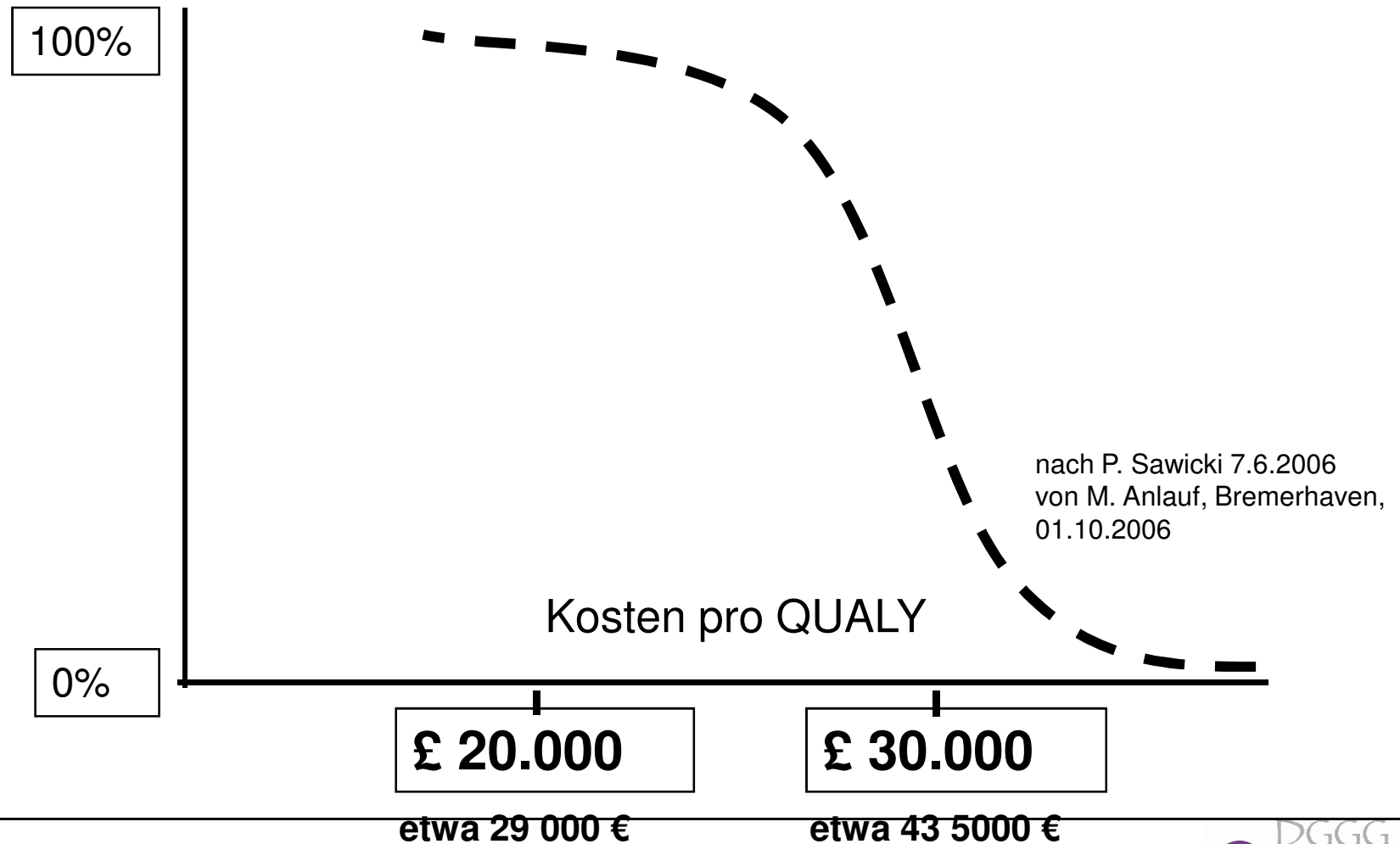
	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-00	2000-02	1970-2002
Real health care expenditure growth								
USA	5.2	5.9	6.2	6.8	4.7	3.8	7.0	5.6
UK	6.2	2.5	2.9	3.8	4.7	4.1	5.0	4.1
Germany	9.3	3.5	2.1	2.2	3.2	1.8	2.0	3.4
France	8.5	5.7	5.0	4.6	3.2	2.3	3.9	4.7
Canada	5.0	3.8	5.7	4.7	2.1	3.6	6.5	4.5
Real GDP growth								
USA	2.8	3.8	3.2	3.2	2.4	4.1	1.3	3.0
UK	2.2	1.9	2.0	3.3	1.7	3.1	1.9	2.3
Germany	2.2	3.3	1.2	3.5	4.1	1.8	0.5	2.4
France	3.5	3.2	1.7	3.3	5.3	2.7	1.7	3.0
Canada	4.6	3.7	2.7	2.8	1.7	4.2	2.6	3.2

Health expenditure growth > GDP growth in all OECD countries except Finland

*Von: McGuire A – Programme budgeting and marginal analysis.
Vortrag IQWiG-Symposium Berlin 26. Februar 2008*

NICE: Erstattungsfähigkeit im englischen Gesundheitssystem (NHS)

Wahrscheinlichkeit der Erstattung



Gesundheitsökonomie

IQWiG Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Institute for Quality and Efficiency in Health Care

Methodik

für die Bewertung von Verhältnissen
zwischen Nutzen und Kosten im System der
deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Zur Stellungnahme

Version 1.0

24. Januar 2008

Priorisierung

Priorisierungsgruppe 1

- Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten
- Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidisierung oder zu vorzeitigem Tod führen
- Versorgung schwerer chronischer Krankheiten
- Palliative (lindernde) Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens
- Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie

Priorisierungsgruppe 2

- Prävention
- Rehabilitation

Priorisierungsgruppe 3

- Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen

Priorisierungsgruppe 4

- Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden



Dtsch Arztebl
2007;104:A930-6

SOUNDING BOARD

NEJM 2008;358:1509-14

Options for Slowing the Growth of Health Care Costs

James J. Mongan, M.D., Timothy G. Ferris, M.D., M.P.H., and Thomas H. Lee, M.D.

Highest potential for cost savings

Payment reform (e.g., capitation, case rates, pay-for-performance programs)

Effectiveness review for new drugs and forms of technology before reimbursement

Electronic medical records

Improved care of patients with chronic conditions

Intermediate potential for cost savings

Restructured end-of-life care

Consumerism (e.g., transparency and health savings accounts)

Substantially reduced administrative costs (e.g., eliminate insurance role as currently structured)

Lowest potential for cost savings

Malpractice reform

Drug-pricing reform

Enhanced primary prevention activities

Rationing options

Indirect rationing by setting fixed all-payer budget ceilings for health expenditures

Indirect rationing by letting markets work for new and expanded services, restricting Medicare and Medicaid coverage of such services

Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure

Pieter H. M. van Baal^{1*}, Johan J. Polder^{2,3}, G. Ardine de Wit¹, Rudolf T. Hoogenveen¹, Talitha L. Feenstra¹, Hendriek C. Boshuizen¹, Peter M. Engelfriet¹, Werner B. F. Brouwer⁴

Table 1. Life Expectancy (Years) and Expected Lifetime Health-Care Costs per Capita (Price Level 2003 × €1,000) at 20 Years of Age for the Three Cohorts

Outcome Measure	Disease Group	Obese Cohort	“Healthy-Living” Cohort	Smoking Cohort
Remaining life expectancy (years) at age 20	—	59.9	64.4	57.4
Expected remaining lifetime health-care costs (× €1,000) at age 20	—	250	281	220
Expected remaining lifetime health-care costs (× €1,000) per person at age 20 specified by disease group	Coronary heart disease	14	12	14
	Stroke	11	13	12
	Chronic obstructive pulmonary disease	1	1	5
	Diabetes	9	2	2
	Musculoskeletal diseases	15	12	8
	Lung cancer	0	0	3
	Other cancers	5	5	5
	Costs of other diseases	195	236	172

PLoS Med 2008;5:e29

Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure

Pieter H. M. van Baal^{1*}, Johan J. Polder^{2,3}, G. Ardine de Wit¹, Rudolf T. Hoogenveen¹, Talitha L. Feenstra¹, Hendriek C. Boshuizen¹, Peter M. Engelfriet¹, Werner B. F. Brouwer⁴

Table 2. Results of Sensitivity Analyses

Scenario	Obese Cohort	“Healthy-Living” Cohort	Smoking Cohort
Base case scenario	250	281 (+13%)	220 (−12%)
Scenario 1 (yearly decrease in incidence and mortality rates)	293	347 (+18%)	254 (−13%)
Scenario 2 (yearly decrease in relative risks of the obese and smoking cohort)	250	281 (+13%)	225 (−10%)
Scenario 3 (yearly increase in health-care costs)	399	468 (+17%)	341 (−14%)
Scenario 4 (broader definition of health-care costs)	318	378 (+60%)	271 (−47%)
Scenario 5 (narrower definition of health-care costs)	204	215 (+6%)	186 (−9%)
Scenario 6 (relative mortality risks for the obese cohort based on NHANES 30 ≤ BMI < 35)	267	275 (+3%)	212 (−20%)
Scenario 7 (relative mortality risks for the obese cohort based on NHANES BMI ≥ 35)	258	277 (+7%)	216 (−16%)

PLoS Med 2008;5:e29

Leitlinien

- Leitlinien z.T. widersprüchlich
- Leitlinien z.T. bezüglich der Evidenzbewertung zu Grunde liegender Forschung kritisch zu bewerten (interne Validität)
- Externe Einflußnahme z.T. zu vermuten
- Bedeutung der LL-Anwendung häufig unklar (externe Validität)

- Häufiges Defizit: Extrapolation klinischer Daten auf nicht untersuchte Populationen

Stellenwert der Spirometrie

- Bei Patienten mit chronischen Husten und Auswurf sollte eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt werden, auch dann, wenn sie keine Atemnot verspüren

Vogelmeier C et al. Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) – Pneumologie 2007;61:e1-e40

- Do not screen adults for COPD using spirometry

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement – Ann Intern Med 2008;148:529-34

Lin K et al. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008;148:535-43

Pneumologische Rehabilitation

- Empfohlen auch für Patienten höheren Lebensalters

Fischer J et al. Rehabilitation von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). S2 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) – Pneumologie 2007;61:233-48

Nationale Versorgungsleitlinie COPD. Langfassung.

www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd/pdf/nvl_copd_lang.pdf (Zugriff 12.02.2008)

Katsura H et al. *Respirology* 2004;9:230-6

n = 59 (51 M / 8 F), med. Alter 72,8 a, Stadium GOLD IIa/b,
2 Gruppen (65 – 74 a versus > 75 Jahre)

2 Wochen In-Hospital-Rehabilitation, Nachuntersuchung 12 Monate

**? : Alter, Geschlecht, Komorbidität,
Funktioneller Status, Ethnie**

Zusammenfassung

- Die Leistungsnachfrage wird zunehmen
- Sie wird nur (noch) z.T. aus der Sozialversicherung beantwortet können
- Out-of pocket – Bereiche werden weiter anwachsen mit entsprechenden Disparitäten
- Eine Entwicklung von Fach-/Disease-spezifischen Guidelines zu Patienten-/Alters-/Zustands-/Prognose-orientierten Guidelines (interdisziplinär) ist zwangsläufig
- EBM wird – trotz aller Mängel – die Grundlage sein (bleiben / werden) →
- Großer Bedarf an RCTs mit **hoher** interner **und** externer Validität **und** Effektivitätsnachweis mittels Versorgungsforschung
- Gesundheitsökonomische Analysen werden (wahrscheinlich) zu einem erheblichen Paradigmenwechsel im ärztlichen Berufsstand führen