

Interdisziplinäres Forum Zürich

Was kostet uns das Altwerden?

Karl Ehrenbaum

Mitglied der Direktion

Leiter Gesundheitsmarkt

6. November 2008

These - Antithese



Systeme sehen, was sie sehen;

Sehen nicht, was sie nicht sehen;

Sehen nicht, dass sie nicht sehen, was sie nicht sehen.

Anzahl Versicherte

(OKP 2007)



● Anzahl Versicherte	7'517'067	
● Anzahl Erwachsene	6'015'364	80 %
● Anzahl Kinder	1'501'703	20 %

	<i>Frauen</i>	<i>Männer</i>	
19 - 40	1'108'860	1'106'892	} 80,5%
41 - 65	1'307'426	1'318'128	
66 - 70	174'647	155'528	} 19,5%
71 - 75	157'909	128'525	
76 - 80	139'369	97'616	
81 - 85	111'656	64'634	
86 - 90	65'543	31'375	
91 +	35'382	11'874	

Kosten der Altersstufen

(OKP Statistik BAG)

Kosten in Franken OKP pro Versicherten

	<i>Frauen</i>	<i>Männer</i>	
0 - 18	874,63	914,38	} 74,1%
19 - 40	2'088,31	1'071,06	
41 - 65	3'196,44	2'779,69	
66 - 70	5'134,94	5'352,64	} 25,9%
71 - 75	6'334,66	6'696,76	
76 - 80	7'768,31	8'068,10	
81 - 85	9'878,13	9'468,05	
86 - 90	12'966,92	11'284,85	
90 +	18'066,58	14'513,06	

Prognosen der Entwicklung bis 2030

- Alterung selbst trägt nur 10-20% zum Kostenanstieg bei.
- Rest sind übrige Faktoren wie:
 - Gesundheitszustand
 - Grad der Selbständigkeit
 - Technische Fortschritte
 - Neue Behandelbarkeiten
 - Früherkennungen von Pathologien
- Techn. Fortschritt führte trotz Ressourceneinsparungen zu höheren Kosten
- Behandlungsnotwendigkeit, wo früher Symptome dies nicht erforderten

Gründe für steigende Patienten Zahlen

- Demographie
- Wachstum/sinkende Bevölkerungszahlen
- Altersstruktur
- Lebenserwartung
- Zugang zu Leistungen
- Wahrscheinlichkeit der Leistungsbeanspruchung
- Gesundheits- Zustand
- Pathologischer Anfang
- Rhythmus der Alterung

Steigerung des Leistungsumfangs pro Patient

- Gesundheits-Zustand
- Zahl der Chronischkranken
- Medizinische Praktiken
- Neue Behandlungen
- Technischer Fortschritt (Entwicklungsgeschwindigkeit)
- Präferenzen der Patienten
- Nachfrage
- Patientenerwartungen
- Angebot medizinischer Leistungen + Medikamente

Faktoren die med. Leistungen verteuern

- Arbeits-/Personal-Kosten
- Kapital Kosten
- Technischer Fortschritt
- Verzögerte Morbidität

Steigerung der Durchschnittskosten nach Alter + Geschlecht (1997-2004)

OKP in %

	0-5	6-25	26-65	66-80	81+	Total
Männer	3,60	2,24	2,54	2,50	1,41	2,37
Frauen	3,51	2,25	2,24	2,43	1,14	2,02
Total	3,56	2,24	2,38	2,47	1,16	2,15

Szenarien der Steigerung der Lebenserwartung bis 2030

Erwartung ab Geburt

	2004	tief 2030	hoch 2030
Männer	78,5	81,2	85,7
Frauen	83,6	86,2	89,4

Lebenserwartung mit 65 Jahren

Männer	18	19,5	22,6
Frauen	21,5	23	25,3

Prognosen des BFS der Kosten bis 2030



- Zunahme der Durchschnittskosten nach Alter + Geschlecht wie in früheren Jahren (1997-2004), d.h. 2,15% p.a.
- Zunahme der Lebenserwartung um 1 Jahr
- 2030 weisen 66-jährige Personen die gleichen Kosten auf wie die 65-Jährigen im 2004
- Bei einer Verbesserung der Gesundheit der älteren Bevölkerung = Kostenanstieg um Faktor 2,2 auf 111,3 Mrd. SFr.
- Bei gleich bleibender Gesundheit um Faktor 2,4 auf 122,8 Mrd. SFr.

Interpretation dieser Zahlen



- 4 aktive Personen kommen heute auf 1 ältere Person
- Je älter eine Person, um so höhere Kosten in der OKP
- Kosten für 66+ heute = 25,9%, Anteil an Versicherten 19.5%
- Kostensteigerung heute für 81+ tiefer als Durchschnitt

- Prognosen sind schwierig, vor allem wenn sie die Zukunft betreffen.

Ökonomische Betrachtung des Alters

- In den letzten 2 Lebensjahren steigen die Kosten steil an, unabhängig vom Alter
- Die Anzahl von ambulanten Konsultationen nimmt nach dem 70. Lebensjahr ab; die Zahl der Spitaltage zu. (Quelle: Sandra Nocera)
- Die Nachfrage nach med. Leistungen in den letzten 2 Lebensjahren ist höher für junge bis 64 als für betagte Personen 65+ (Quelle: Stefan Felder)
- Sterbekosten von Rentnern fallen tendenziell geringer aus als für Personen unter 65 (Quelle: Stefan Felder)
- Zusatz Versicherte haben bedeutend höhere Behandlungskosten in den letzten beiden Lebensjahren

Ökonomische Betrachtung des Alters

- Bei der Nachfrage nach lebensverlängernden med. Leistungen besteht ein moralisches Risiko, das mit dem Alter zunimmt
(Quelle: Stefan Felder)
- Die Zunahme der Gesundheitskosten hat mehr mit der Rest-Lebenszeit zu tun als mit dem Alter (Quelle: Stefan Felder, Peter Zweifel)
- Ohne Vorsorge für die Pflege, ist die Höhe der potentiellen Erbschaft ggf. Anreiz für die Kinder sich selbst zu engagieren
(Quelle: Stefan Felder, Markus Meier)

Antithese oder die andere Betrachtung durch den Referenten

- Heute dauert das Alter doppelt so lang wie die Jugend
- Haben ein Verteilungsproblem der Mittel, aber keinen Konsens
- Gesundheit + Würde sind auch bei älteren Menschen zu respektieren
- Ungleichbehandlung ist eine Verletzung der Menschenrechte
- Ist das Rationalisierungspotential ausgeschöpft?
- Wie steht es mit der Zugangsgerechtigkeit? Im Osten von D wird viel öfter an Herzkrankheiten gestorben als in Hamburg oder Berlin (Quelle: Ernst Bruckenberg)
- Rationierung ist Realität, muss aber Opportunität für Verbesserungen sein

Antithese oder die andere Betrachtung durch den Referenten

- Ist das Potential der heutigen Senioren erkannt?
- Senioren als Konsumenten von Gesundheitsleistungen
- Führen DRG nicht zu verdeckter Rationierung bei Senioren?
- Verdeckte Rationierung ist verwerflich
- Therapeutische Ethik und ökonomische Effizienz dürfen sich nicht gegenseitig ausschliessen
- Interessant sind nur Patienten, welche unter dem für den DRG festgelegten Aufwand behandelt werden können
- Ökonomisch gesehen ist eine Medizin dann wertvoll, wenn der Aufwand + Ertrag in einem optimalen Verhältnis stehen (Quelle: Luzi Dubs)

Antithese oder die andere Betrachtung durch den Referenten

- Können Ärzte nur noch das tun, was bezahlt wird und nicht was sie als angemessen erachten?
- Trend zur Medizin als Teil des Wirtschaftssystems
- Der Bedarf an med. Personal wird weiter steigen
- Ökonomen wissen genau was etwas kostet, aber kaum was es Wert ist
- Was wird mehr kosten?
Die fitten Alten oder die fetten Jungen?

Die fitten „Alten“



Die fetten „Jungen“



Mögliches Szenario



1. Hüftprothese mit 35
2. Knieprothese mit 42
3. Dialyse ab 45
4. Schlussendlich Invalidität mit 50?

Sicht des Privatversicherers



- Senioren haben keine Lohnausfallkosten
- Invaliditäten bei Senioren ergeben keine BVG Renten
- Nur wenige haben im Alter noch Lebensversicherungen mit Invaliditätskapital oder –Rente
- Obige 3 Punkte kosten sehr viel weniger Geld, als für die aktive Bevölkerung

- Senioren betreuen Enkel, so können beide Elternteile arbeiten
- Positive Aspekte werden heute zu wenig berücksichtigt in der Gesamtbeurteilung, da man nur die Ausgaben für die Behandlung betrachtet

Altern bleibt vorerst gefährlich

- Der Gesundheitszustand der Bevölkerung lässt sich durch die Verringerung der Gesundheitsausgaben gleich stark verbessern wie durch die Erhöhung.

(Quelle: Gerhard Kocher, Vorsicht, Medizin!)

● **Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit**