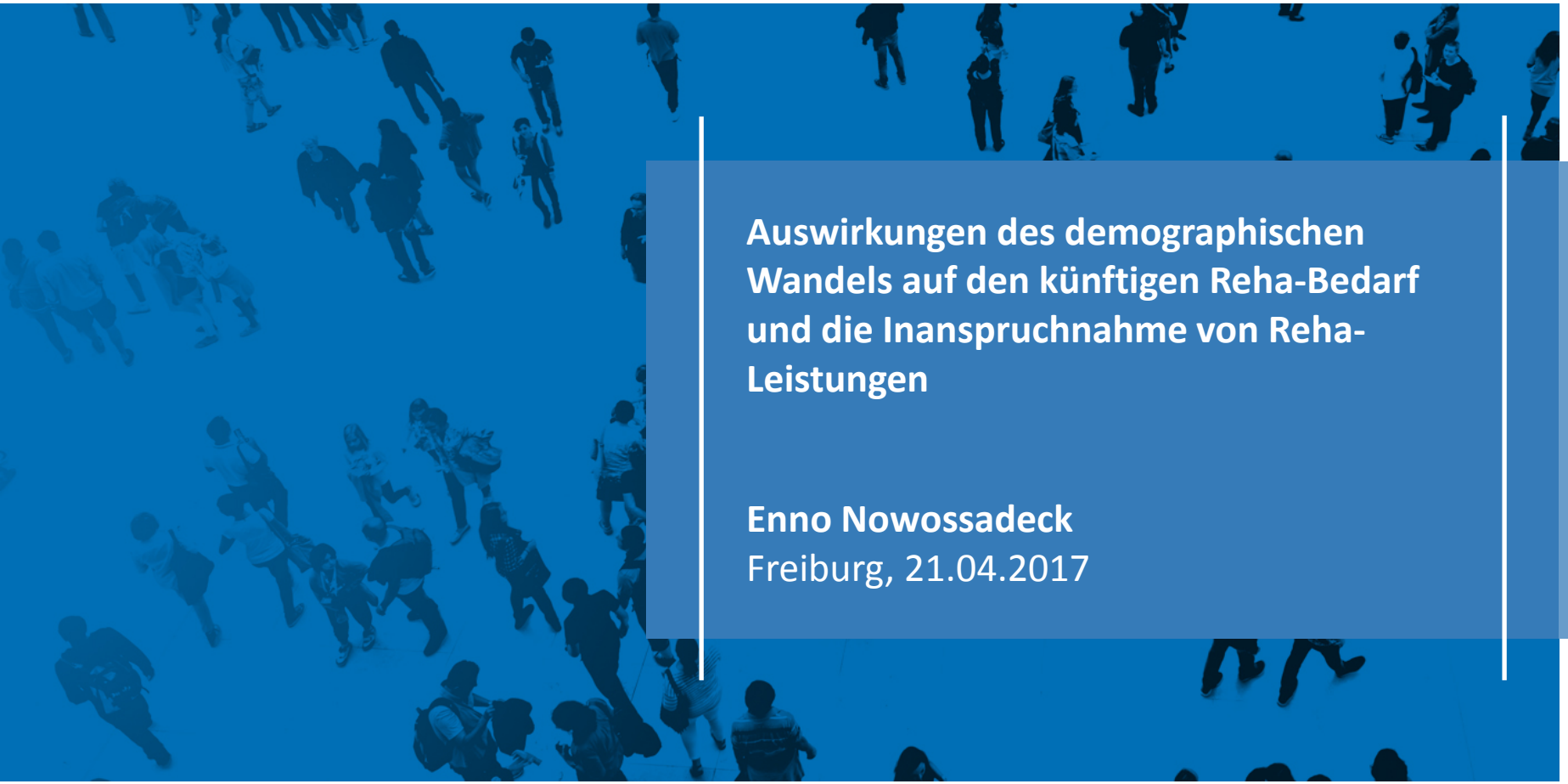
ROBERT KOCH INSTITUT



Auswirkungen des demographischen Wandels auf den künftigen Reha-Bedarf und die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen

Enno Nowossadeck

Freiburg, 21.04.2017

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Agenda

- Das RKI – das RKI?

- „Wir werden alle älter“
  Was genau ist eigentlich demografischer Wandel?

- „Alt = krank?“ → „Älter = kränker?“
  Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Reha-Bedarf

- „Älter = kränker?“ → „Älter = kränker = bedürftiger?“
  Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Reha-Inanspruchnahme

Das Robert Koch-Institut

ROBERT KOCH INSTITUT

Abteilung 1 Infektions-krankheiten	**Abteilung 2 Epidemiologie und Gesundheits-monitoring**	Abteilung 3 Infektions-epidemiologie	Zentrum für Biologische Gefahren und spezielle Pathologie (ZBS)

- Epidemiologie körperlicher und psychischer Gesundheit
- Individuelles Gesundheitsverhalten
- Soziale Determinanten der Gesundheit
- Zentrum für Krebsregisterdaten

- eigenes Gesundheitsmonitoring (Untersuchungs- und Befragungssurveys)
- Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung

Berichte „Gesundheit in Deutschland“

alle 8-10 Jahre, zuletzt 2015

- **Abschnitt 5.3 „Rehabilitation“ im Kapitel „Gesundheitsversorgung“**
- **Kapitel 9 „Auswirkungen des demografischen Wandels auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung“**

Journal of Health Monitoring

- neues Format
- ausschließlich online
- erste Ausgabe: September 2016

- Ausgabe 1/2017 vom 15.3.2017:

  „Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland“

Demografischer Wandel

Demografischer Wandel

Zahl und Struktur der Bevölkerung und deren Veränderung

Gegenwart

- demografische Alterung
- demografische Schrumpfung
- Internationalisierung der Bevölkerung

↳ Anstieg des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund

⇒

Matthias Horx:

Wir werden älter.

Wir werden weniger.

Wir werden bunter.

Demografische Alterung

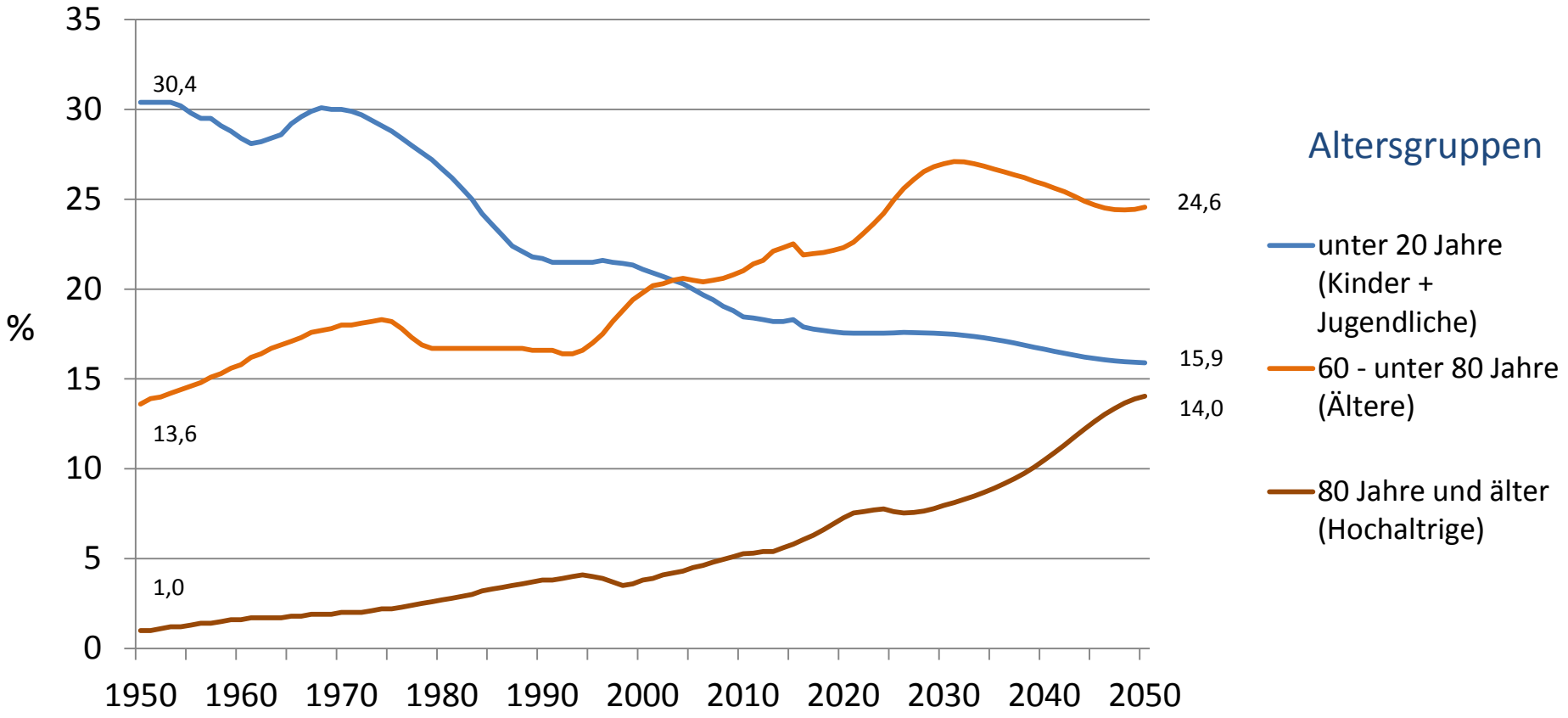
Was ist demografische Alterung?

- Verschiebung der Altersstruktur einer Population zugunsten höherer und zuungunsten jüngerer Altersgruppen

➡ Prozess auf Populationsebene, nicht auf Individualebene

Entwicklung des Anteils der Altersgruppen an der Bevölkerungszahl, 1950 - 2050

ROBERT KOCH INSTITUT



Datenbasis: Bevölkerungsstatistik, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Destatis)

Ursachen der demografischen Alterung

- Anhaltend niedriges Geburtenniveau

  (seit den 1970er Jahren ist der einfache Ersatz der Elterngeneration nicht mehr gegeben)

- Nachhaltig ansteigende Lebenserwartung

  (Anstieg der mittleren Lebenserwartung um ca. 2 Jahre pro Kalenderdekade)

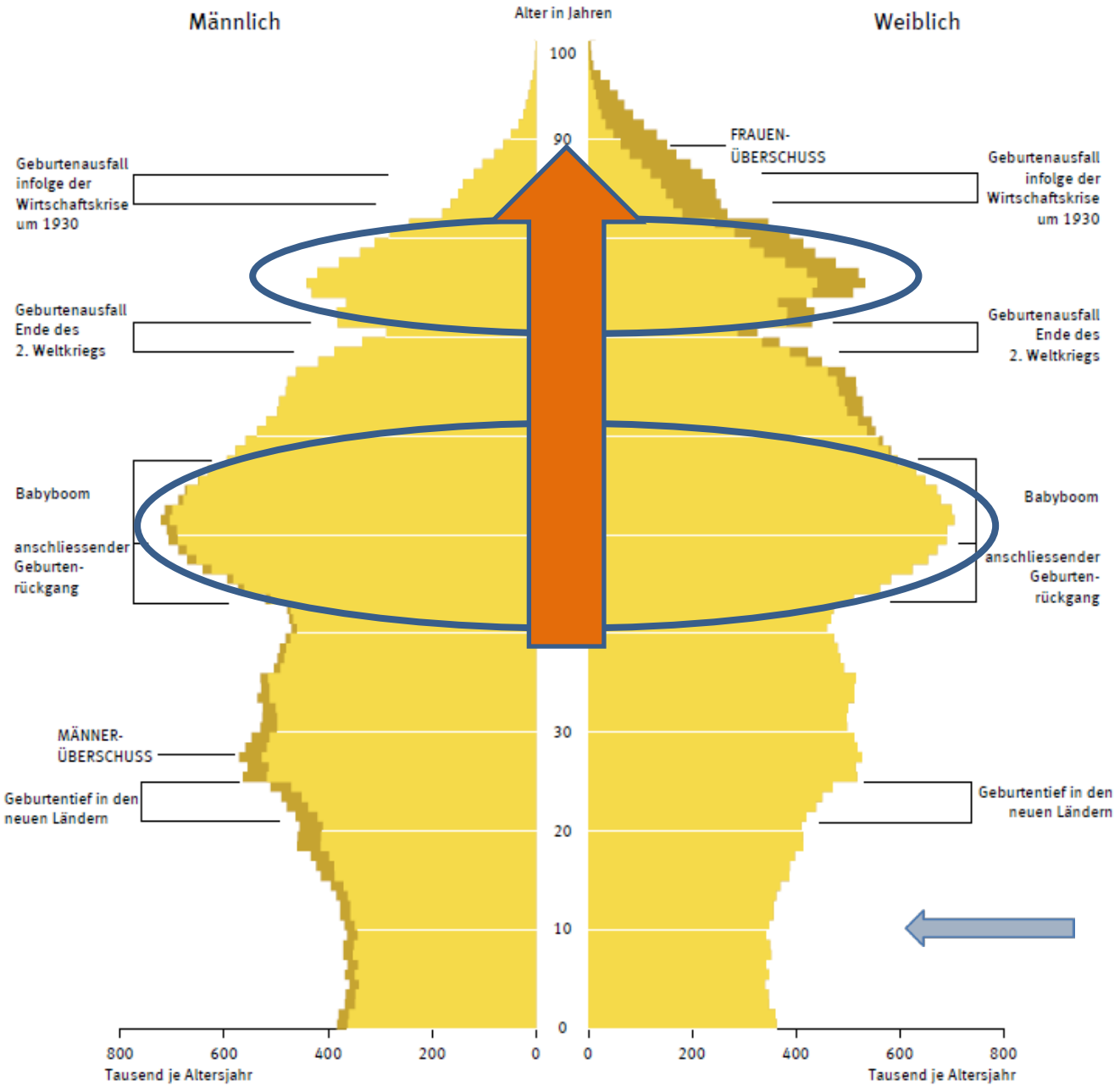
- Ab- und Zuwanderungsprozesse

  (Abwanderung beschleunigt Alterung in Quellgebieten der Wanderung. Zuwanderung kann Alterung in den Zielgebieten abbremsen, aber nicht aufhalten.)

- Besonderheiten der Altersstruktur

  (Bevölkerungsmomentum)

Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands, 2015



2 Alterswellen

Auswirkungen der niedrigen Geburten-raten

Quelle: Destatis

Demografische Alterung
Bevölkerungsmomentum

ROBERT KOCH INSTITUT

2 Alterswellen im reha-relevanten Alter, die sukzessive älter werden

- Geburtsjahrgänge **1934-1944**

  Alter heute: 73-83

- 10 größten Geburtsjahrgänge **1959-1968** (Babyboomer)

  Alter heute: 49-58

Zusammenfassung demografischer Wandel

Für die Rehabilitation ist die demografische Alterung als einem Kernelement des demografischen Wandels einer der entscheidenden demografischen Prozesse:

- Anstieg der Zahl und des Anteils insbes. der hochaltrigen Personen (80+) steigt rapide
- Babyboomer sind im reha-relevanten Alter (im Bereich der DRV)

Auswirkungen auf den Reha-Bedarf

Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Reha-Bedarf:

Heute: Auswirkungen des demografischen Wandels auf Krankheiten.

Unberücksichtigt bleiben hier weitere Kriterien für eine Rehabilitation.

Eingangs:
eine schlechte und eine gute Nachricht

Verglichen mit anderen Lebensbereichen ist die Datenlage eher kritisch.

Wenn man genau hinschaut, ist die Datenlage dann doch etwas besser als erwartet.
Das gilt allerdings eher für die Inanspruchnahme als für den Bedarf.

2 konzeptionelle Fragen

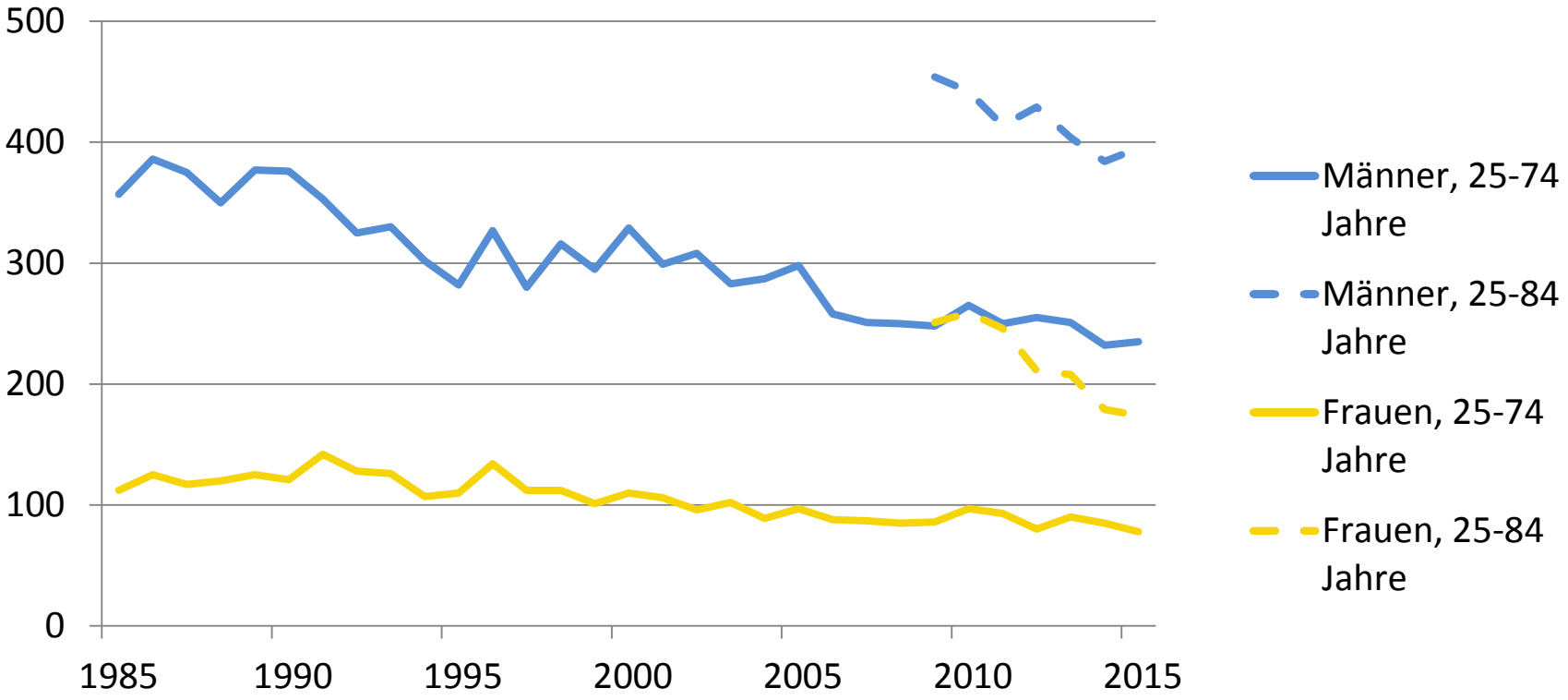
1. Entwickelt sich der (künftige) Reha-Bedarf ausschließlich in Abhängigkeit vom demografischen Wandel?

- Antwort: nein

2. Was sind weitere Faktoren und welchen Einfluss haben diese nicht demografisch bedingten Faktoren?

Herzinfarkte je 100.000 Einwohner* in der Region Augsburg

ROBERT KOCH INSTITUT



* altersstandardisiert, Standardbevölkerung: BRD, 31.12.1980.
Datenbasis:
KORA Herzinfarktregister Augsburg des Helmholtz Zentrums München

Nicht demografisch bedingte Faktoren haben häufig einen starken Einfluss auf die Krankheitszahlen.

Eine rein demografisch basierte Prognose würde vermutlich erwartbare zukünftige Trends unter- oder überschätzen.

Beispiel: Prognose der Inzidenz von Lungenkrebs

Leitthema

Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:103–110
DOI 10.1007/s00103-013-1873-4
Online publiziert: 20. Dezember 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

E. Nowossadeck · J. Haberland · K. Kraywinkel
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin

Die künftige Entwicklung der Erkrankungszahlen von Darmkrebs und Lungenkrebs

Ergebnisse der Berechnung verschiedener Szenarien für das Jahr 2020

Hintergrund

Die deutsche Bevölkerung altert. Diese Erkenntnis ist nicht neu, hat aber erst in den letzten Jahren ihren Weg in die öffentliche Wahrnehmung gefunden. So hat die Bundesregierung im Frühjahr 2012 eine „Demografie-Strategie" vorgelegt, ähn-

gen in der Stärke von Geburtsjahrgängen. Diese Schwankungen sind Resultat verschiedener historischer Ereignisse wie beispielsweise der beiden Weltkriege, an deren Ende die Geburtenzahlen sanken, und des Wiederanstiegs der Geburtenzahlen in den nachfolgenden Jahren (vgl. für eine ausführlichere Darstellung [4, 5]).

die durch das Gesundheitssystem versorgt werden müssen. So hat jeder zehnte Krankenhausfall Krebs als Hauptdiagnose [12]. Die Krankheitskosten, die der Gesellschaft damit entstehen, sind erheblich. Sie beliefen sich im Jahr 2008 auf insgesamt 18 Mrd. EUR, d. h. auf etwa 7% der direkten Krankheitskosten [13]. Etwa ein Vier-

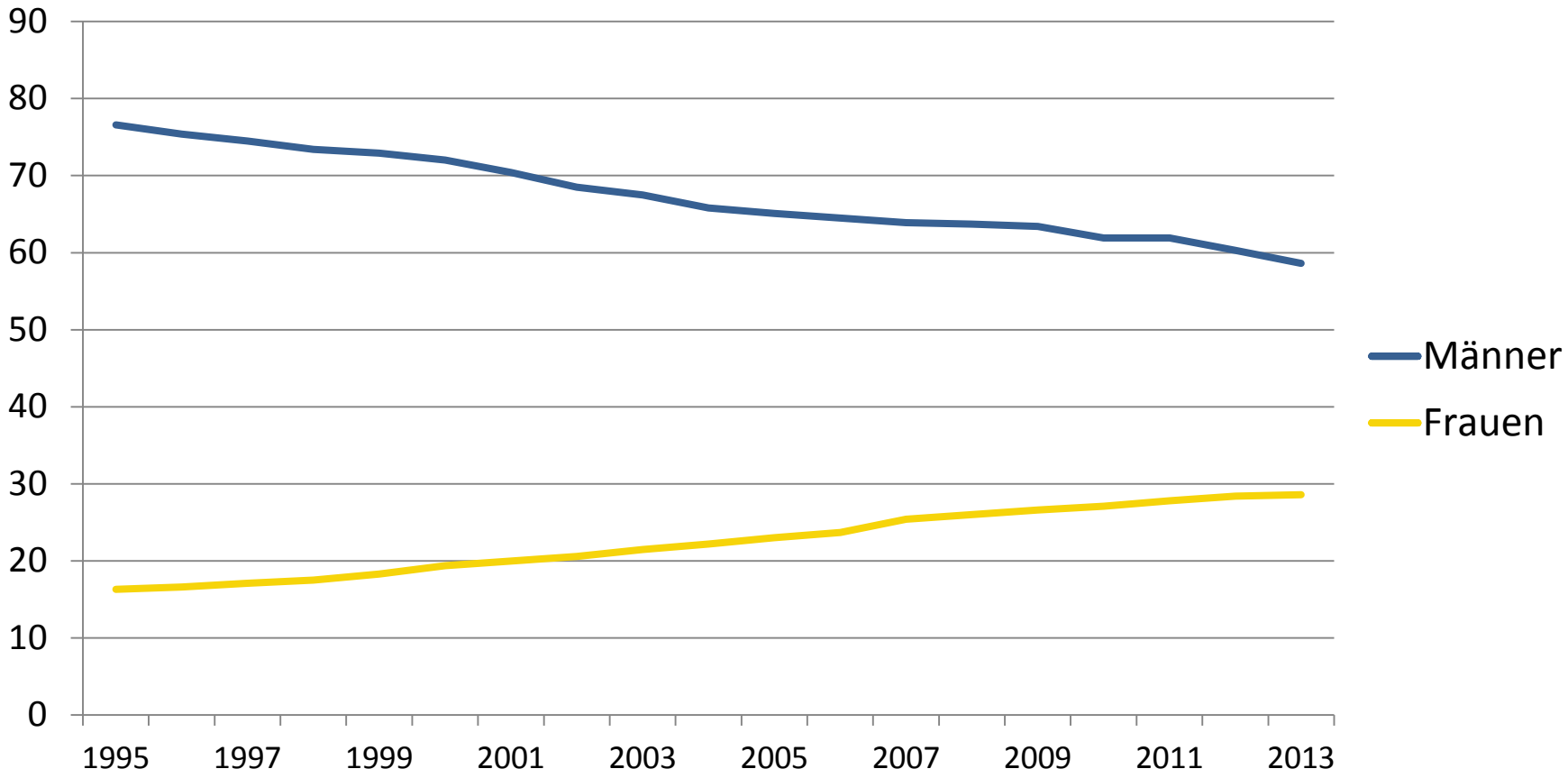
Daten:
Zentrum für Krebsregisterdaten im RKI

ROBERT KOCH INSTITUT

Das Zentrum für Krebsregisterdaten

- führt Daten der epidemiologischen Krebsregister aller Bundesländer zusammen
- schätzt Vollzähligkeit der Daten
- nimmt Schätzungen der Inzidenz, Prävalenz, Überlebensraten vor

Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner*
Lungenkrebs



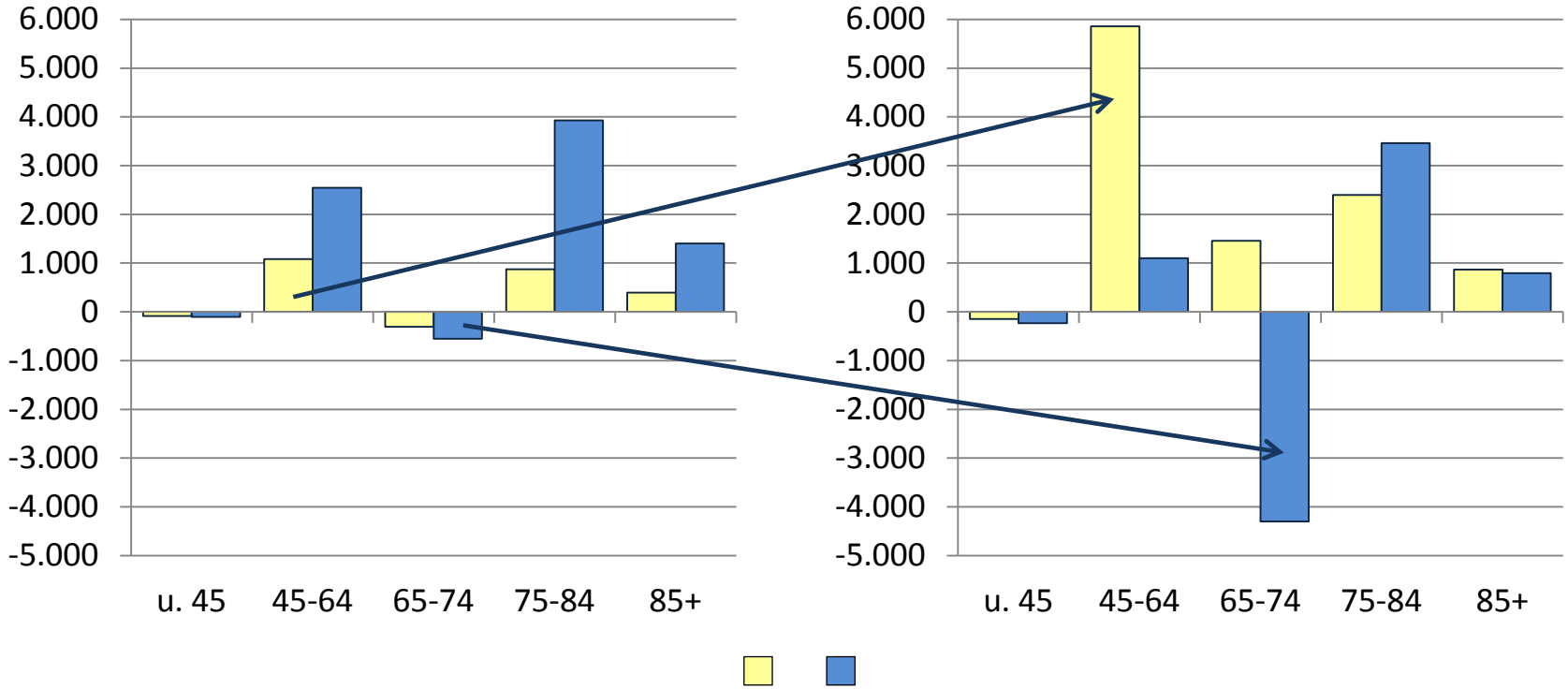
* altersstandardisiert, alte Europastandardbevölkerung
Datenbasis: ZfKD

Veränderung der Zahl der Neuerkrankungen an Lungenkrebs 2009 bis 2020

ROBERT KOCH INSTITUT

Status-Quo-Szenario
zeigt ausschl. Effekte der demogr. Alterung

Trend-Szenario
zeigt zusätzlich Effekte der Trends der Inzidenz



Quelle:
Nowossadeck et al. 2014

Veränderung der Zahl der Neuerkrankungen an Lungen- und Darmkrebs 2009 bis 2020

ROBERT KOCH INSTITUT

	Frauen		Männer	
	Status-quo	Trend	Status-quo	Trend
Lungenkrebs	+12%	+64%	+21%	+2%
Darmkrebs	+16%	+3%	+24%	+17%

Veränderung der Zahlen der Neuerkrankungen an Lungenkrebs 2009 bis 2020

ROBERT KOCH INSTITUT

- Veränderungen der Altersstruktur in der Bevölkerung führen zu einem Anstieg der Zahl an Neuerkrankungen an Lungenkrebs.
- Beim Lungenkrebs würde eine Status-quo-Prognose zu einer Überschätzung der Fallzahlen bei Männer und zu einer Unterschätzung der Fallzahlen bei Frauen führen.

Zusammenfassung

Der künftige Reha-Bedarf ist abhängig von

- demografischen Trends
- epidemiologischen Trends

Dabei sind krankheits- und geschlechtsspezifische Differenzierungen von Bedeutung.

Krankheitsspezifische, repräsentative/bundesweite Daten zur Ermittlung des künftigen Reha-Bedarfs sind rar. Das betrifft

- Trends der Krankheitshäufigkeiten (Inzidenz/Prävalenz)
- Trends nicht demografisch bedingter Faktoren

Auswirkungen auf die Reha-Inanspruchnahme

Wie ist die Datenlage?

ROBERT KOCH INSTITUT

Für Analysen und Prognosen der Auswirkungen des demografischen Wandels werden Daten zur Zahl der RehabilitandInnen, gegliedert nach Alter und Geschlecht, benötigt.

Allerdings: Schon die Frage nach der Zahl der Menschen, die eine Reha in Anspruch genommen haben, kann nicht exakt beantwortet werden.

- 19,6 Mio. Krankenhausfälle (2015)
- 644 Mio. ambulante Behandlungsfälle (GKV, 2015)
- 2,9 Mio. pflegebedürftige Personen (2015)
- ? Rehabilitation

Datenquellen: Krankenhausstatistik, Pflegestatistik (Destatis), KG3-Statistik (BMG)

Datenquellen
Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation

ROBERT KOCH INSTITUT

DESTATIS

Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten

- Daten nach Diagnosen, Geschlecht und Altersgruppen
- Fehlende Teilpopulationen:
  - ambulante Reha
  - Reha in Einrichtungen bis 100 Betten

Deutsche Rentenversicherung

Statistikband Rehabilitation

- Daten nach Diagnosen, Geschlecht, Setting und Altersgruppen
- Fehlende Teilpopulationen:
  - Nicht-DRV-Versicherte (inkl. der Leistungsempfänger der DRV)

Gesetzliche Krankenversicherung

KG5-Statistik des BMG

- Daten nach Geschlecht und Setting
- Grobe Diagnosen und grobe Altersgruppen (seit 2014)
- Fehlende Teilpopulationen:
  - Nicht-GKV-Versicherte

Deutsche Unfallversicherung

Statistik der DGUV

- Nur Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren
- Fehlende Teilpopulationen:
  - Fälle außerhalb der versicherten Leistungen der DGUV

Originalarbeit

Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen in Deutschland im Vergleich verschiedener Survey- und Routinedatenquellen

Utilization of Medical Rehabilitation Services in Germany: A Comparative Analysis of Survey and Routine Data

Autoren: E. Nowossadeck[1], S. Pohlner[2], P. Kamtsiuris[1]

Institute: [1] Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin
[2] Diakonie Hochfranken, Bildungszentrum, Hof/Saale

Das Gesundheitswesen 2016, E-First

Ergebnis: Im Jahr 2010 gab es in Deutschland ca. 2,2 Millionen Reha-Fälle.

Inanspruchnahme medizinische Rehabilitation verschiedener Leistungsträger

ROBERT KOCH INSTITUT

Leistungsträger	Fälle medizinische Rehabilitation 2010
DRV	960 Tsd.
GKV	796 Tsd.
DGUV	167 Tsd.

Quelle:
Nowossadeck et al. 2016

Vorausberechnung der Fallzahlen in der medizinischen Rehabilitation

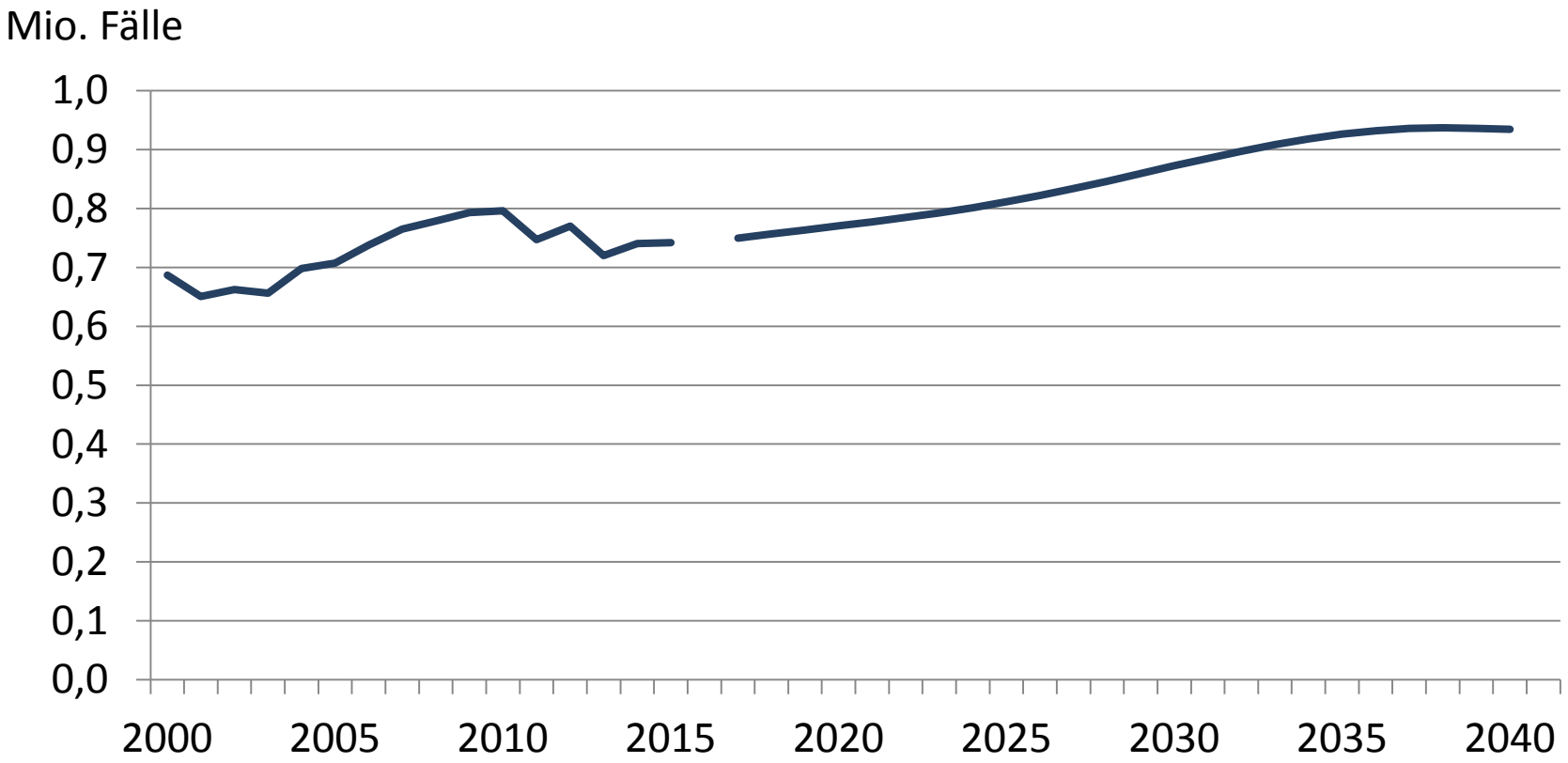
ROBERT KOCH INSTITUT

Vorausberechnungen für die Zahl der Reha-Fälle

- im Bereich der GKV
- im Bereich der DRV
- in Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten

Vorausberechnung der Reha-Fälle in der GKV (status quo)

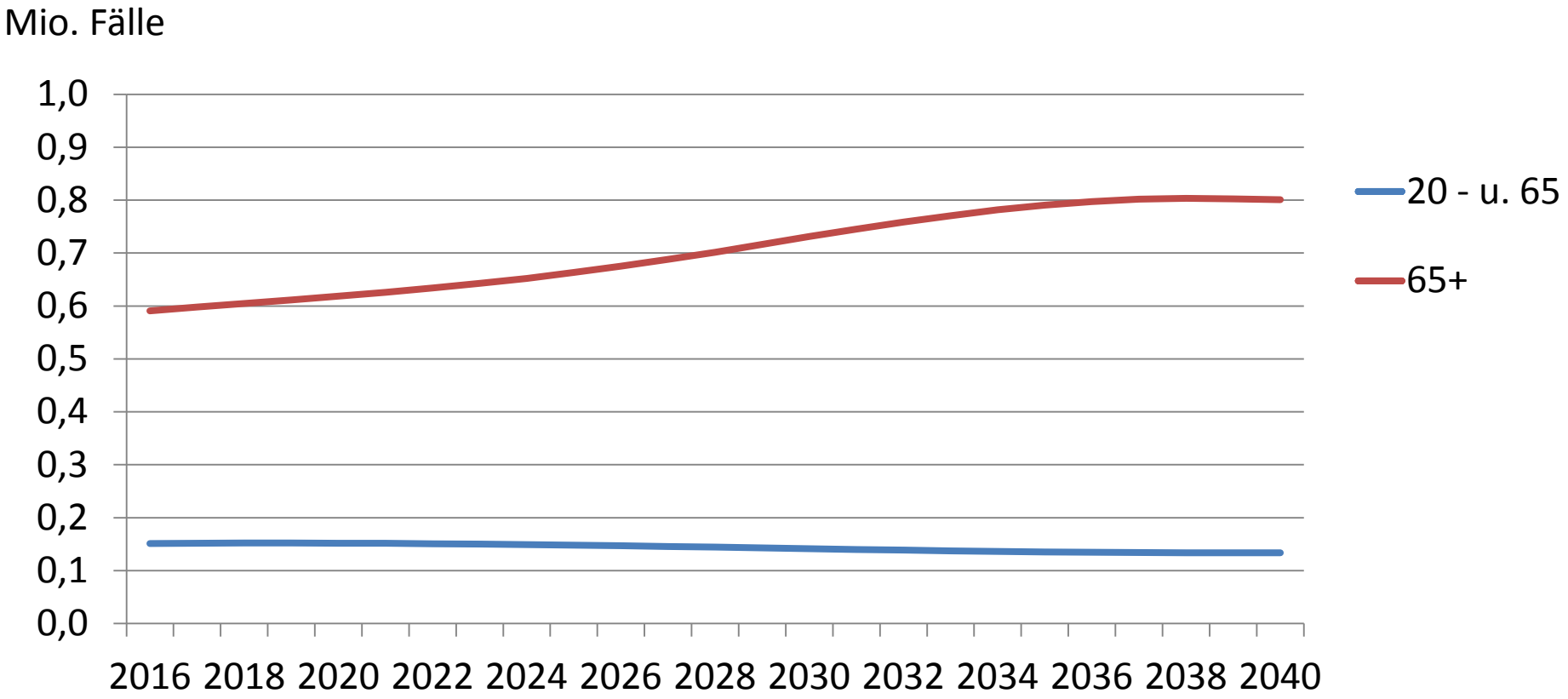
ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen
Datenbasis:
KG5-Statistik,
13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Var. 2a (veröff.: 27.3.2017)

Vorausberechnung der Reha-Fälle in der GKV nach Hauptaltersgruppen (status quo)

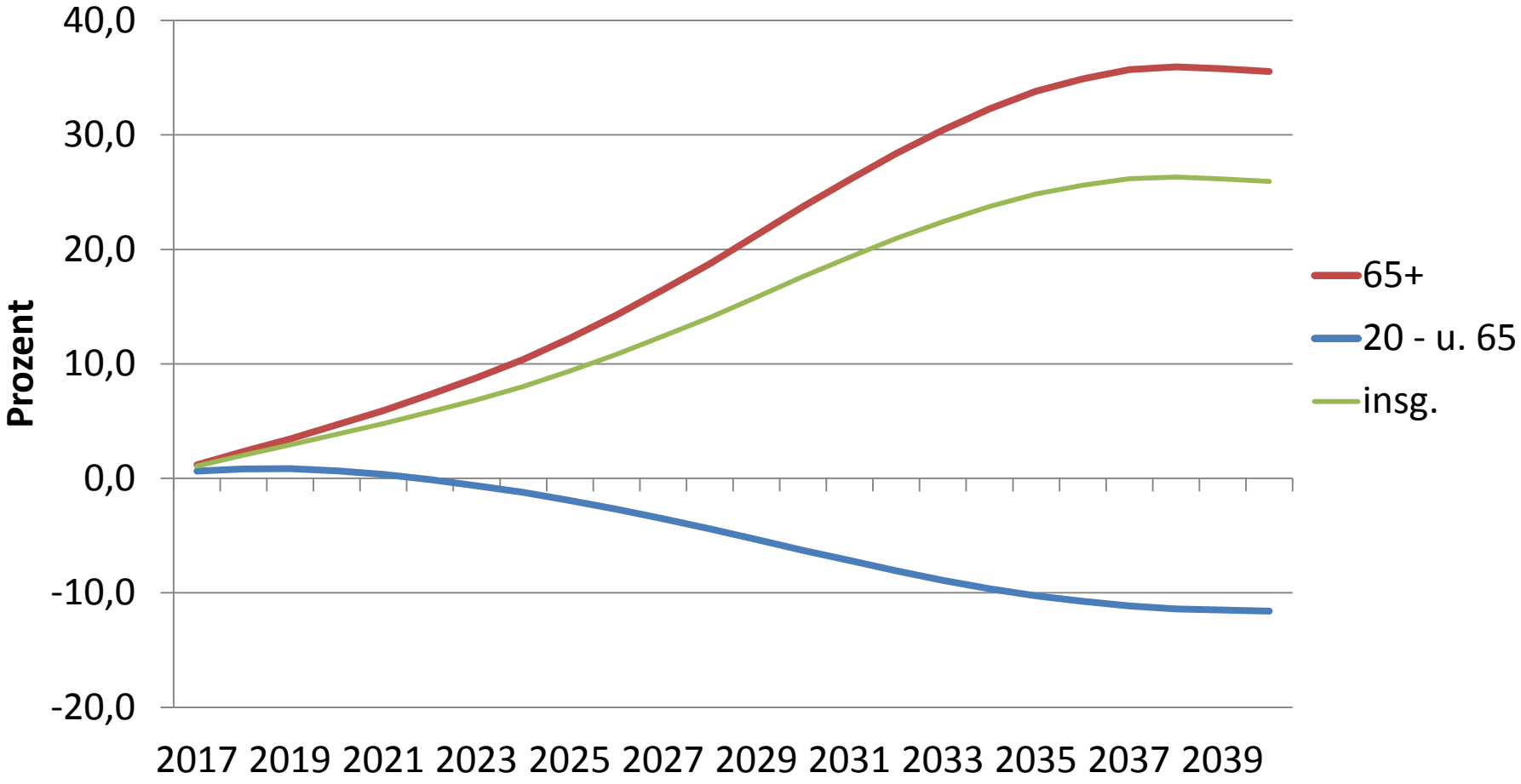
ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen

Vorausberechnung der Reha-Fälle in der GKV nach Hauptaltersgruppen Veränderung ggü. 2016 (status quo)

ROBERT KOCH INSTITUT



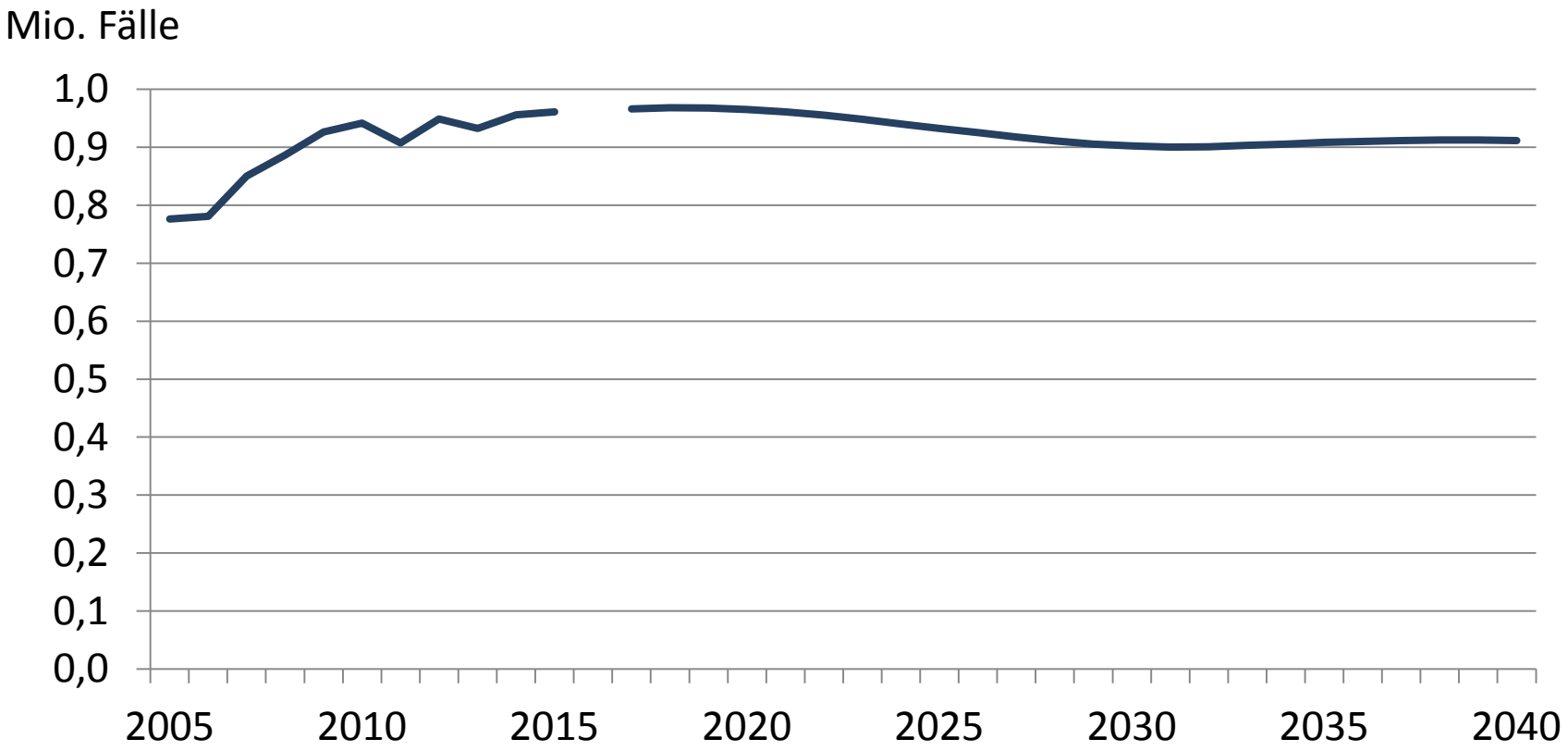
Quelle: eigene Berechnungen

Reha im GKV-Bereich

- Für die nächsten Jahre ist aus demografischen Gründen ein Anstieg von ca. einem Viertel zu erwarten.
- Ob dieser durch fallzahlsenkende epidemiologische Trends kompensiert werden kann, ist offen, aber eher nicht wahrscheinlich.
- Der Anstieg findet vorrangig im Bereich 65 Jahre und älter statt.
- Für das erwerbsfähige Alter sind Rückgänge zu erwarten.

Vorausberechnung der Reha-Fälle in der DRV (status quo)

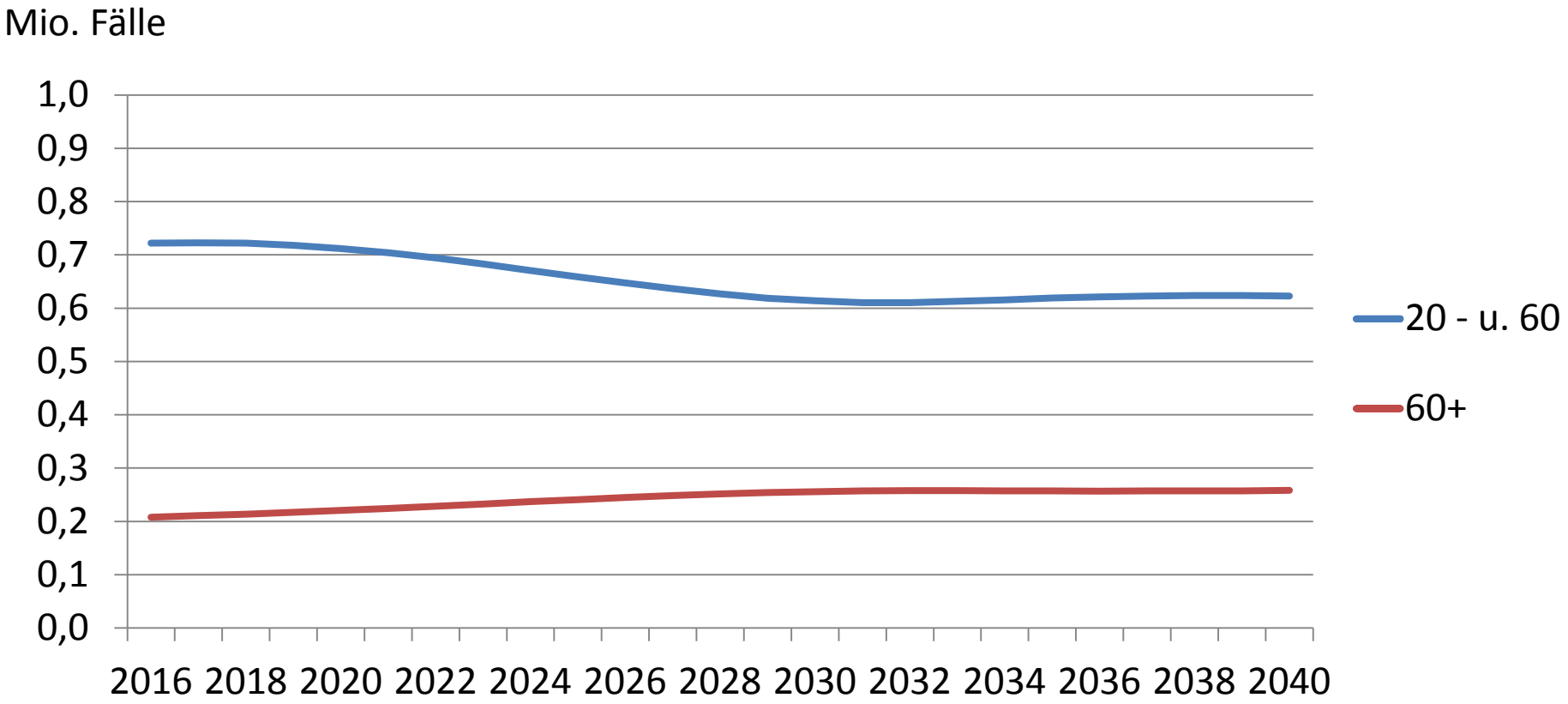
ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen
Datenbasis:
Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten
13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Var. 2a (veröff.: 27.3.2017)

Vorausberechnung Reha-Fälle in der DRV nach Hauptaltersgruppen (status quo)

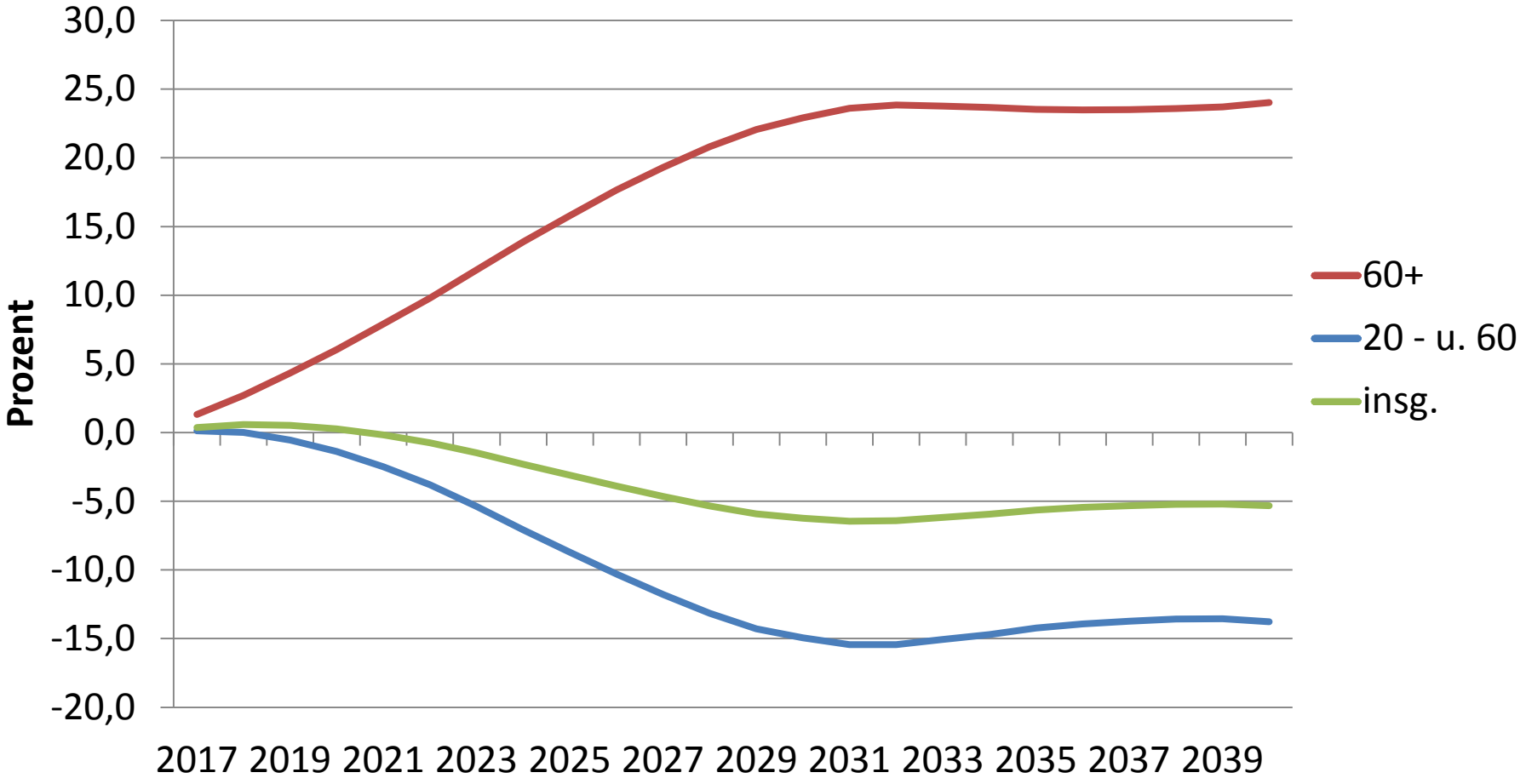
ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen

Vorausberechnung Reha-Fälle in der DRV nach Hauptaltersgruppen Veränderung ggü. 2016 (status quo)

ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen

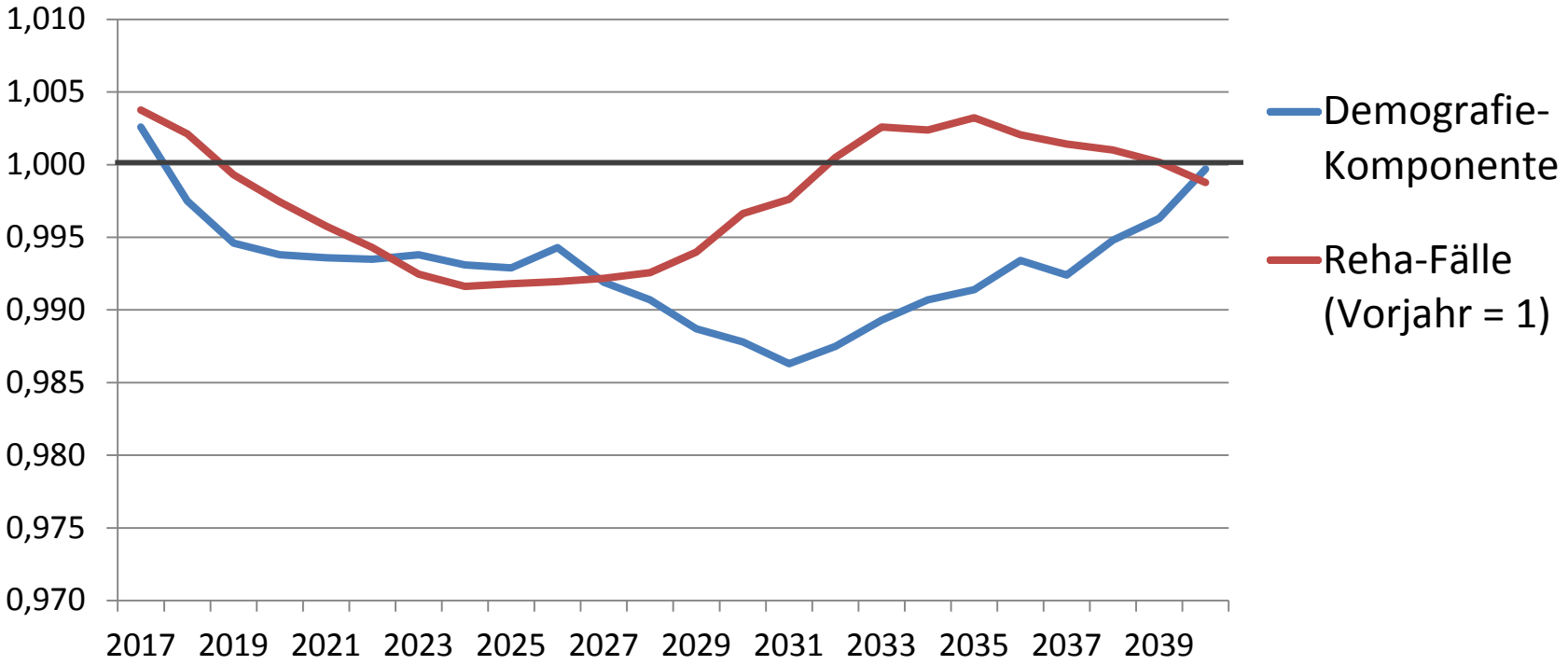
Reha im DRV-Bereich

- Die Entwicklung der Reha im DRV-Bereich wird zum großen Teil von der Personen im erwerbsfähigen Alter bestimmt.

- Aus demografischen Gründen werden die Fallzahlen bis etwa 2021 etwa konstant bleiben resp. leicht ansteigen. Danach werden sie beginnen zu sinken.

- Für die nächsten Jahre steht dies in einem (leichten) Gegensatz zur Entwicklung der Demografie-Komponente für die Berechnung des DRV-Reha-Budgets.

RV-Leistungsverbesserungsgesetz vom 23.06.2014, Budget-Deckel der DRV



Die Demografiekomponente in der Fortschreibung des Reha-Deckels der DRV bemisst sich an der Veränderung des Anteils der Bevölkerung im rehabilitationsintensiven Alter (45 bis 67 Jahre) an der Bevölkerung.

Reha im DRV-Bereich

- Aus demografischen Gründen werden die Fallzahlen bis etwa 2021 etwa konstant bleiben. Danach werden sie beginnen zu sinken.

- Für die nächsten Jahre steht dies in einem (leichten) Gegensatz zur Entwicklung der Demografie-Komponente für die Berechnung des DRV-Reha-Budgets.

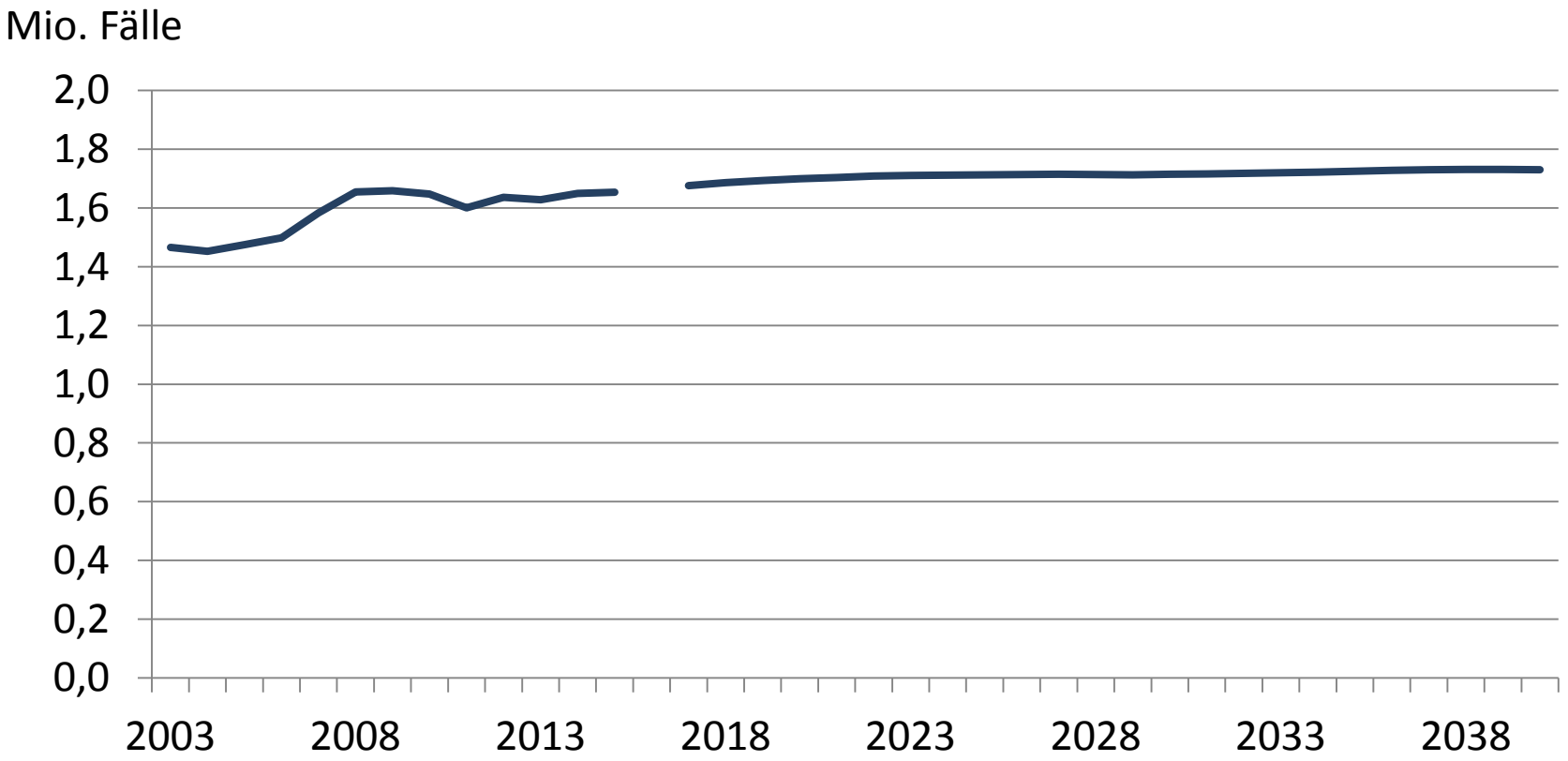
- Die Frage ist, ob weitere, nicht demografisch bedingte Faktoren (z.B. Bedarfsentwicklung) die Zahl der Reha-Fälle beeinflussen können/könnten.
- Dies kann mit den Daten für die Reha insgesamt nicht untersucht werden, hier werden wegen eventueller gegenläufiger Trends krankheitsspezifische Analysen benötigt.

Limitationen dieser Vorausberechnung

- keine Altersgliederung der Reha-Fallzahlen im Alter über 60 resp. 65 Jahre
- nur Fälle der jeweiligen Leistungsträger

Vorausberechnung Reha-Fälle in Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten (status quo)

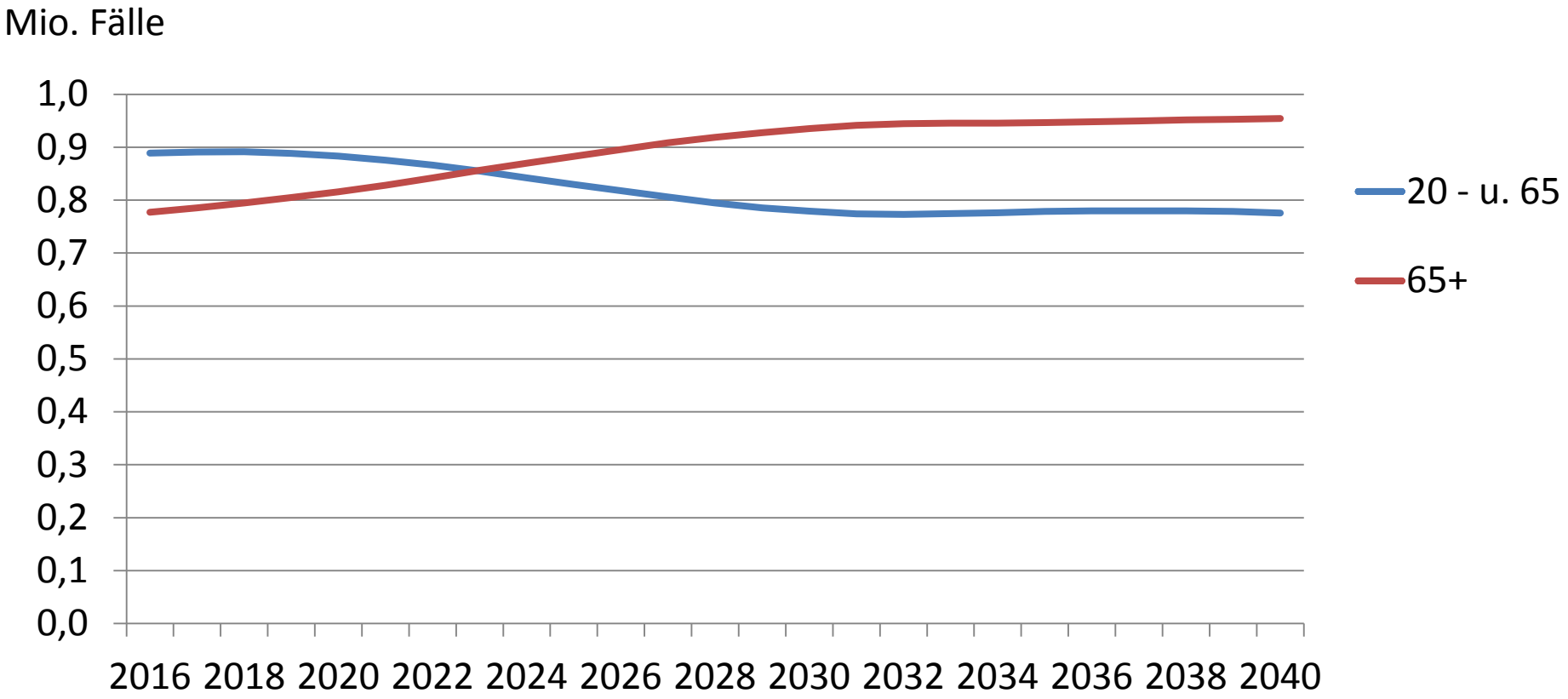
ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen
Datenbasis:
Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten
13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Var. 2a (veröff.: 27.3.2017)

Vorausberechnung Reha-Fälle in Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten nach Hauptaltersgruppen (status quo)

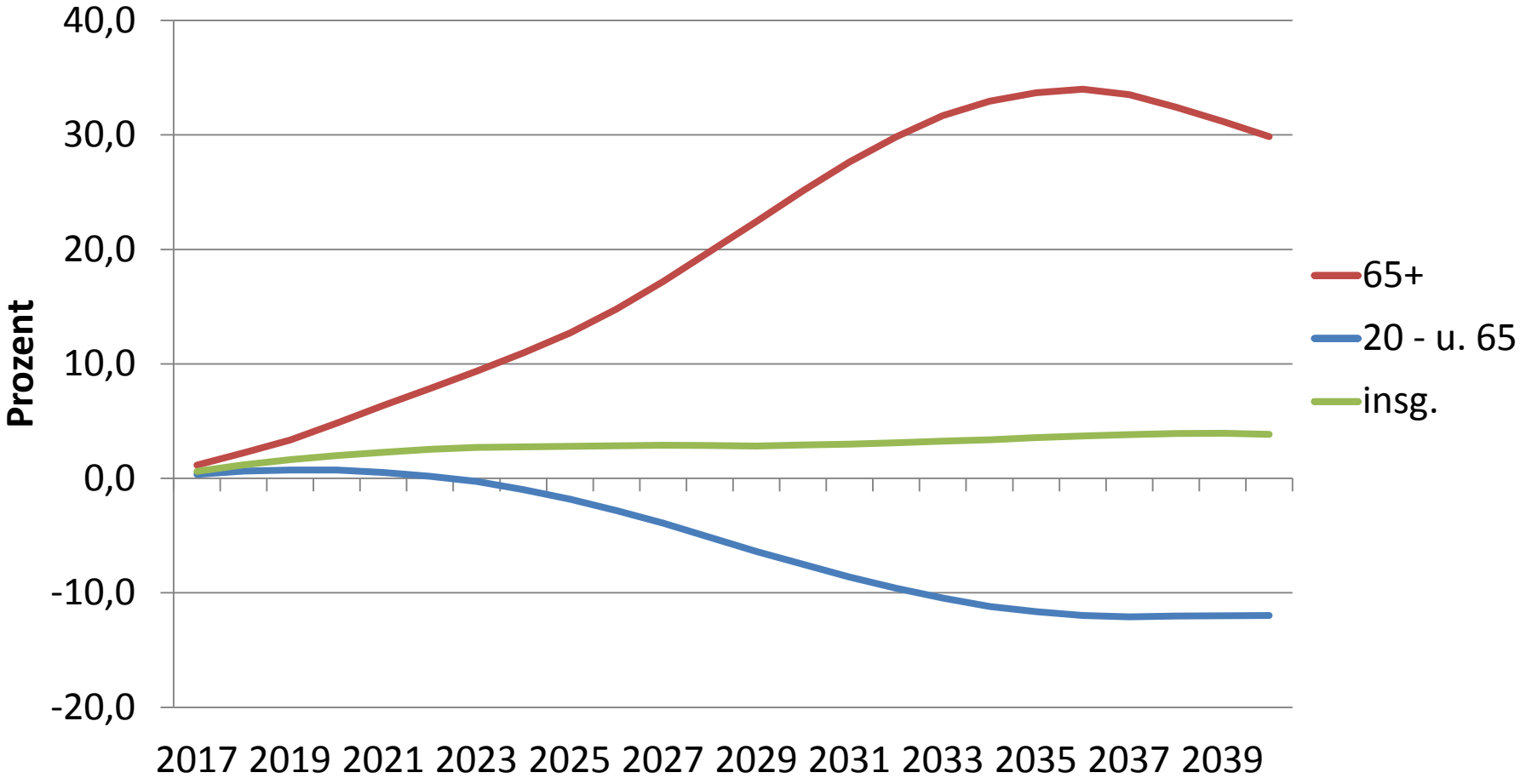
ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen

Vorausberechnung Reha-Fälle in Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten nach Hauptaltersgruppen Veränderung ggü. 2016 (status quo)

ROBERT KOCH INSTITUT



Quelle: eigene Berechnungen

Diskussion

- Demografischer Wandel wird sich v.a. auf die Fallzahlen in der AG 65 Jahre und älter auswirken!
- Und damit im Bereich der GKV stattfinden <--> Problem der Finanzierung!

Diskussion

- Pflegeversicherung ist kein offizieller Träger der Rehabilitation → Anreizprobleme

- Für die einzelne Krankenkassen stellen Reha-Maßnahmen Kosten dar, die sie allein zu tragen hat. Pflegekosten hingegen werden über alle Kassen ausgeglichen.

- Deshalb bestehen derzeit nur verminderte Anreize für die gesetzlichen Krankenkassen, präventive bzw. rehabilitative Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu finanzieren

(SVR 2014, 345)

Wie ist das Verhältnis von Reha-Bedarf und Reha-Inanspruchnahme?

Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016

Kapitel 2
Epidemiologie von Krebserkrankungen

Kapitel 3
Versorgung von Menschen mit Krebs

Gegenüberstellung von epidemiologischen und Versorgungsindikatoren

Epidemiologische Indikatoren		Versorgungsindikatoren
Inzidenzfälle	⟺	Fälle in der onkologischen Rehabilitation Fälle in der stationären Versorgung

Inzidenz und stationäre Versorgung 2013

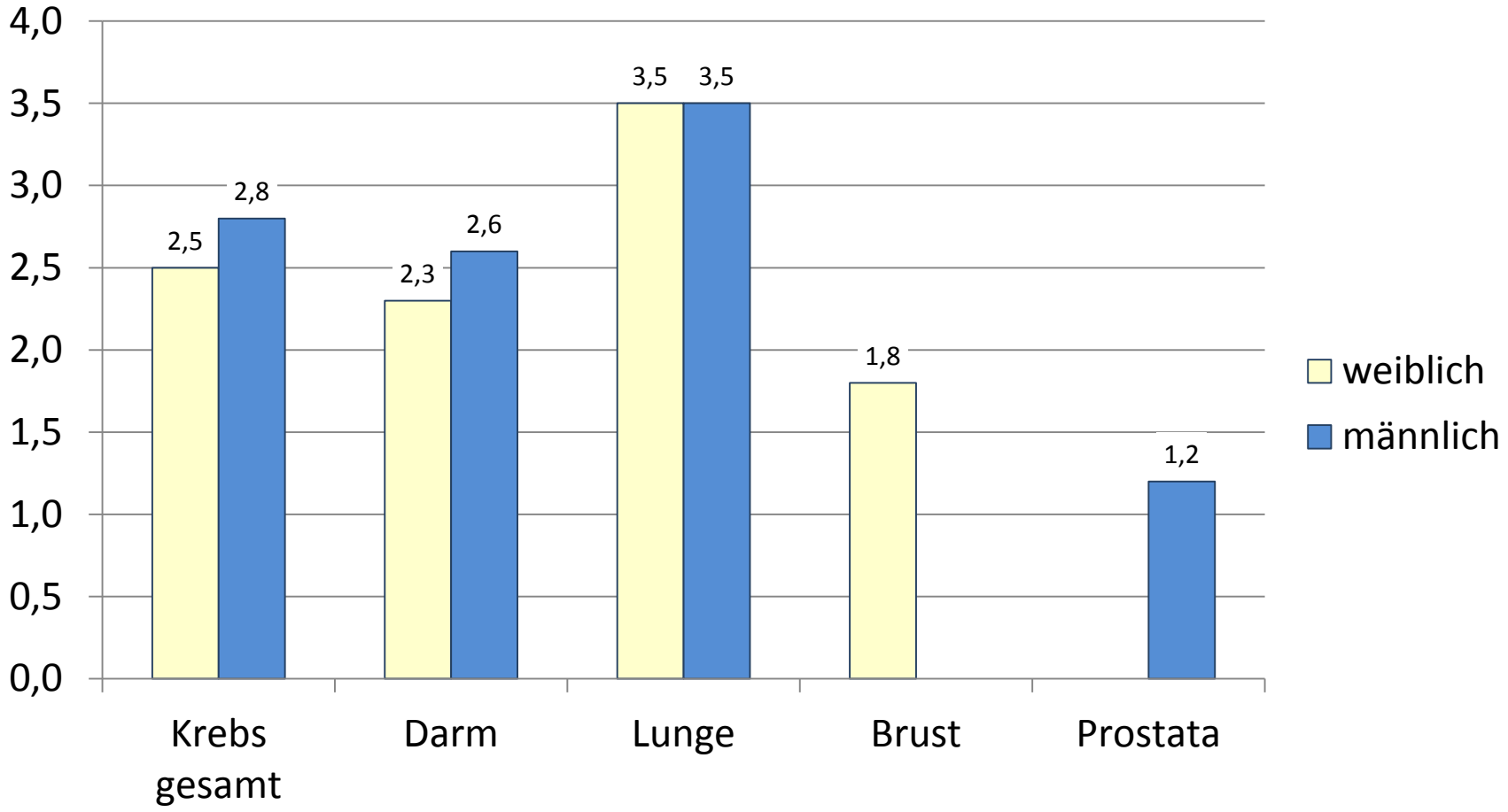
ROBERT KOCH INSTITUT

	Krebs insg.		Darm		Lunge		Brust	Prostata
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Inzidenz (in 1.000)	229,9	252,6	27,2	33,4	18,8	34,7	71,6	59,6
Stationäre Versorgung (in 1.000)	570,4	697,1	61,5	85,8	66,4	122,6	132,6	68,8

Datenbasis:
Inzidenz: Zentrum für Krebsregisterdaten
Stationäre Versorgung: Krankenhausdiagnosestatistik

Krankenhausfälle je Inzidenzfall 2013

ROBERT KOCH INSTITUT



Datenbasis:
Inzidenz: Zentrum für Krebsregisterdaten
Stationäre Versorgung: Krankenhausdiagnosestatistik

Onkologische Rehabilitation

ROBERT KOCH INSTITUT

Destatis: 178 Tsd. onkologische Reha-Fälle (2013)
in Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten

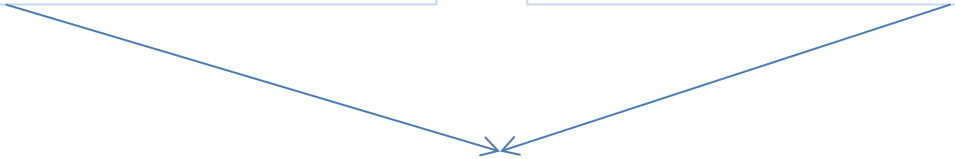
Schätzung fehlender Teilpopulationen

Teilpopulation ambulante Reha

DRV:
- Anteil der ambulanten Reha in der Onkologie: 1-2%

Teilpopulation Reha in Einrichtungen mit bis 100 Betten

Krankenhausstatistik Grunddaten (DESTATIS):
- Anteil der Reha-Fälle in Einrichtungen mit bis 100 Betten: 13-14%



ca. 15%

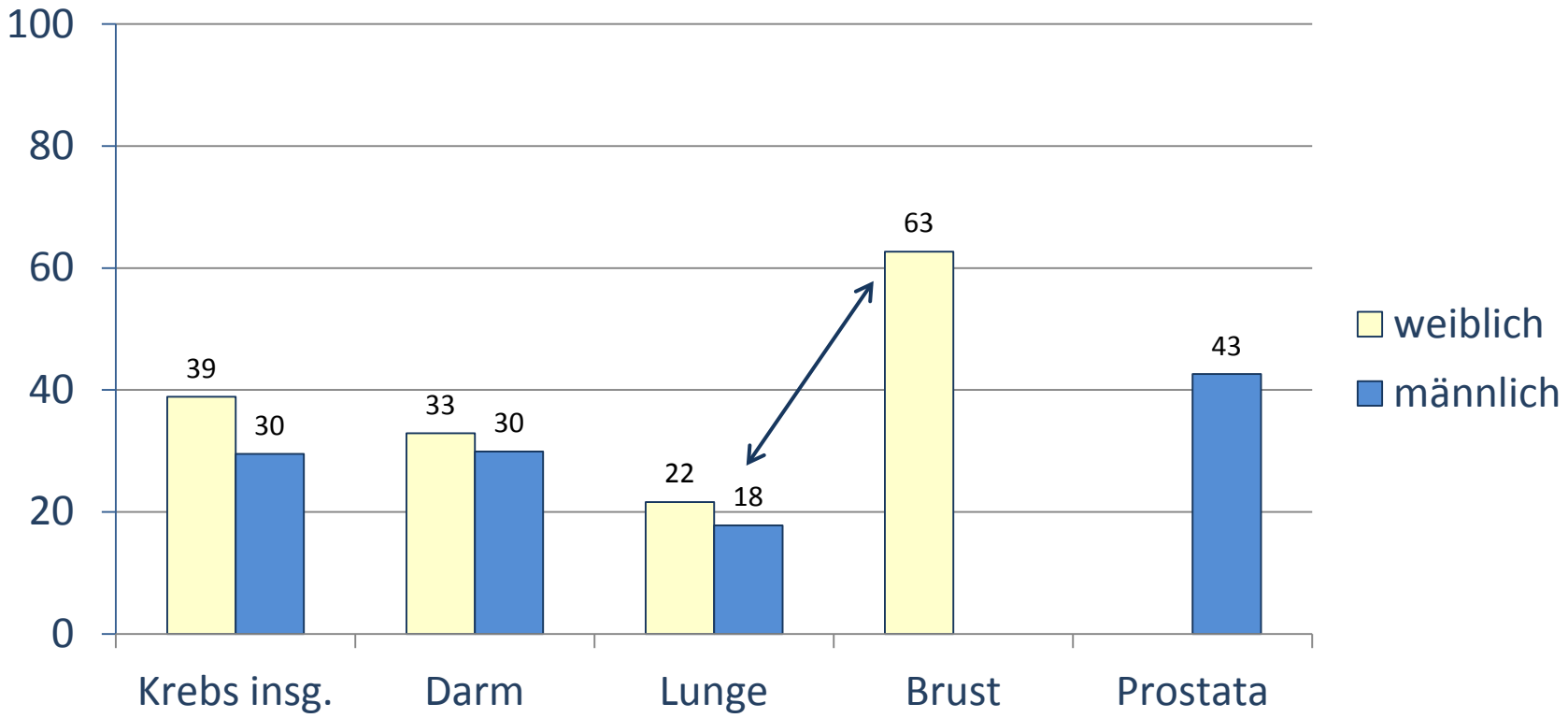
Onkologische Rehabilitation 2013

ROBERT KOCH INSTITUT

	Krebs insg.		Darm		Lunge		Brust	Prostata
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
Reha-Fälle in Einricht. mit 100+ Betten (in 1.000)	89,4	74,5	9,3	10,2	4,1	6,2	44,9	25,4
Schätzung fehlender Teilpopulationen (in 1.000)	15,8	13,1	1,6	1,8	0,7	1,1	7,9	4,5
Schätzung Reha-Fälle (in 1.000)	105,2	87,6	11,0	12,0	4,8	7,3	52,8	29,9

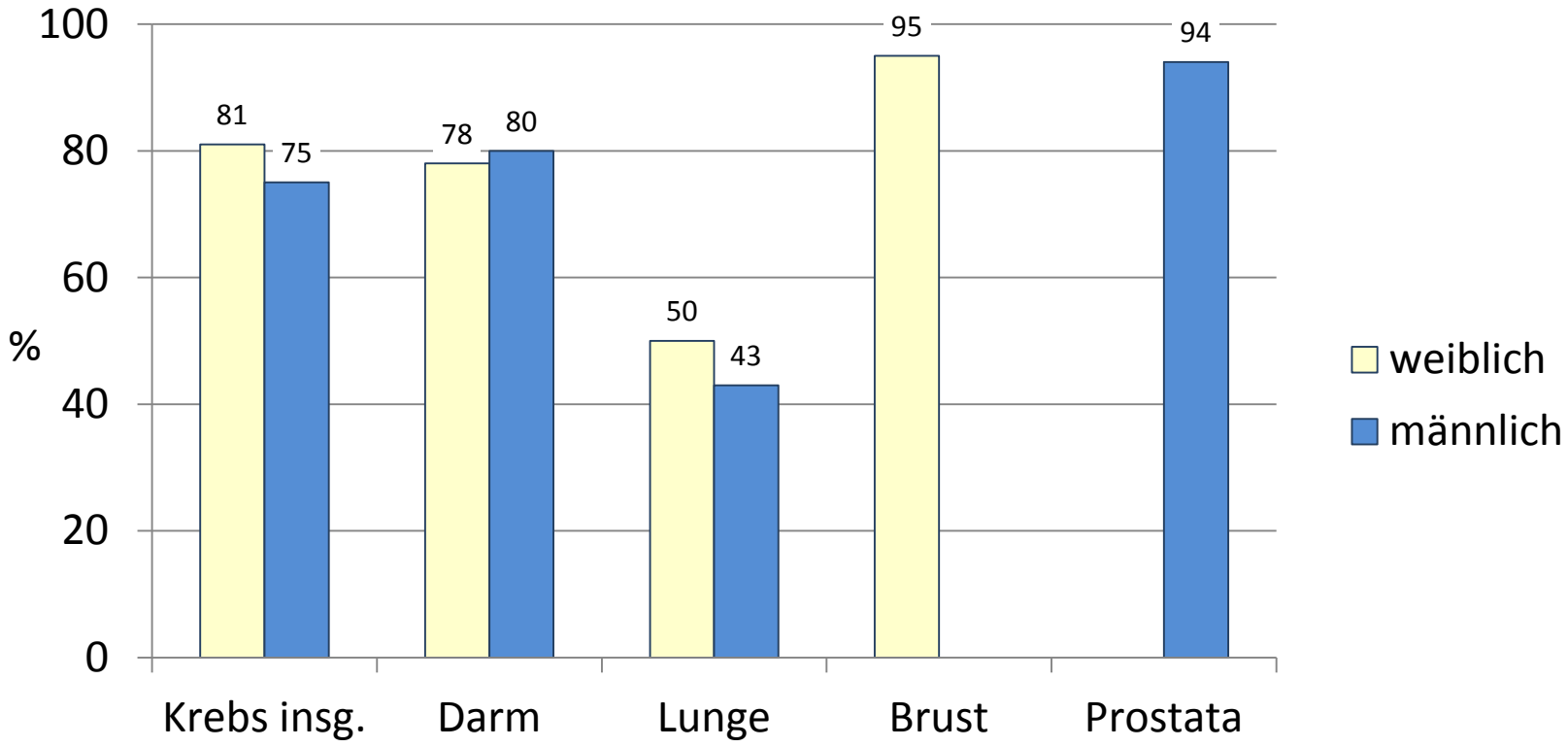
Datenbasis:
Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten

Inanspruchnahme der onkologischen Rehabilitation im Verhältnis zur Krebsinzidenz: Reha-Fälle je 100 Inzidenzfälle, 2013



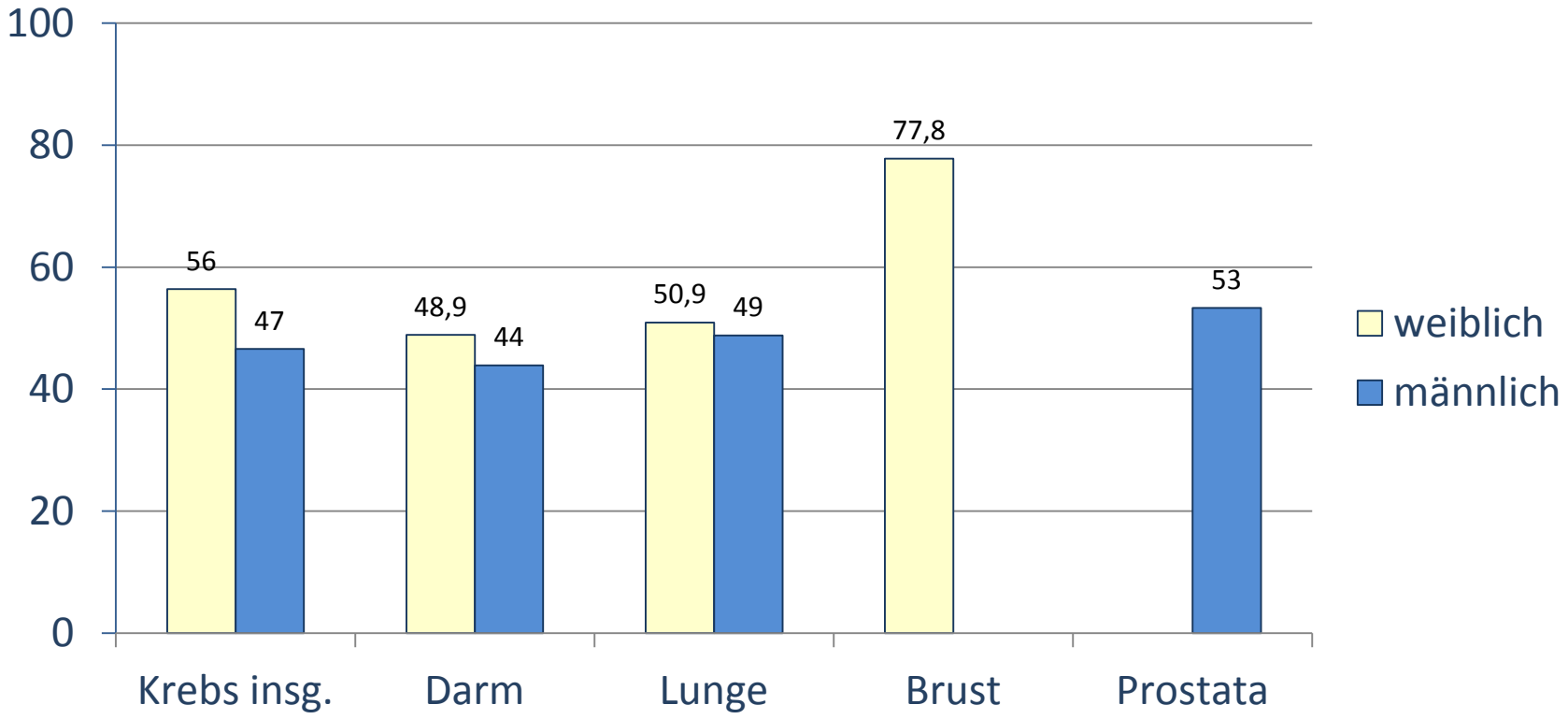
Datenbasis:
Zentrum für Krebsregisterdaten,
Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten

1-Jahresüberlebensraten 2012/2013



Datenbasis: Zentrum für Krebsregisterdaten

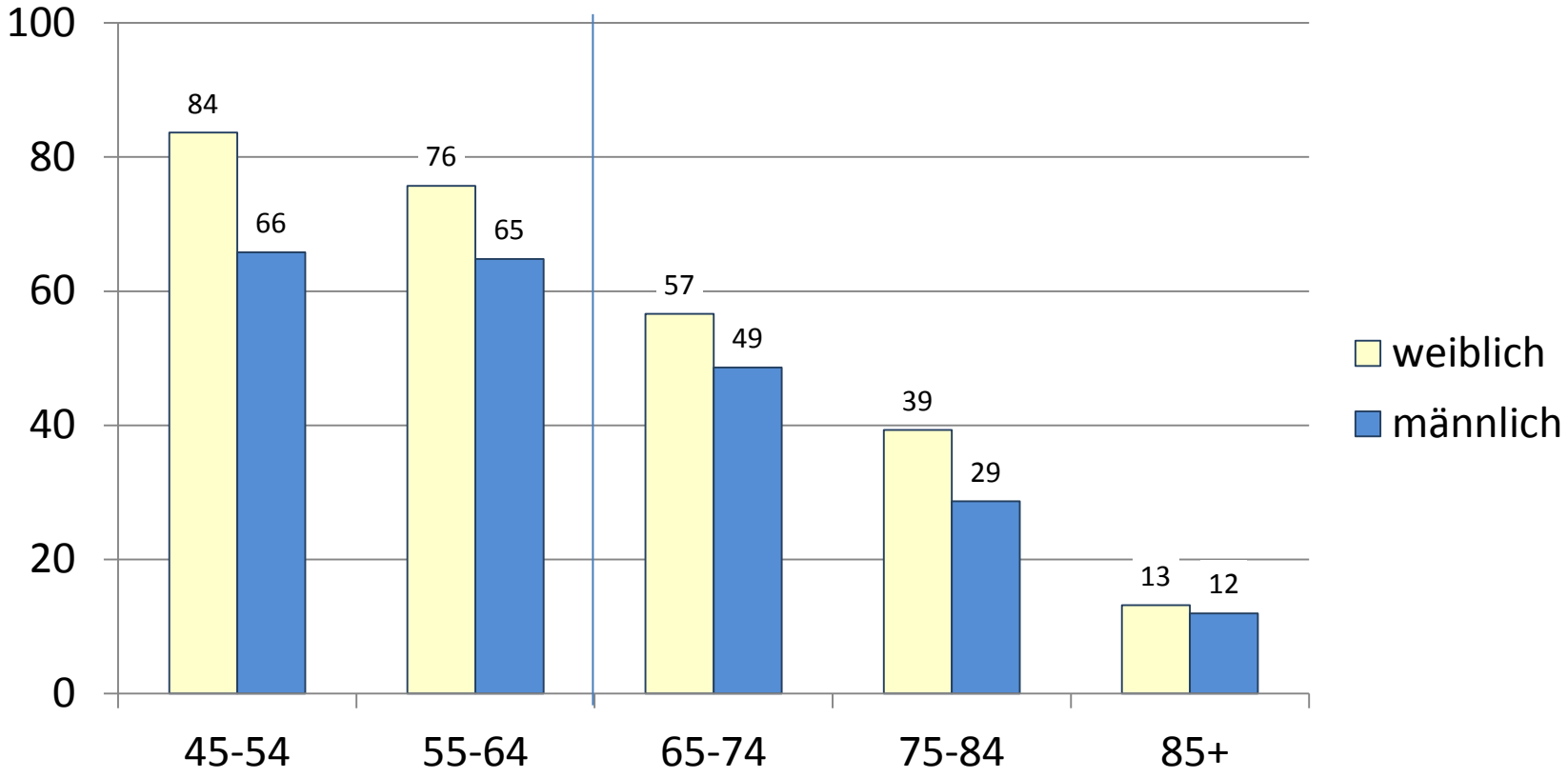
Inanspruchnahme der onkologischen Rehabilitation im Verhältnis zur Krebsinzidenz: Reha-Fälle je 100 1-Jahresüberlebende, 2013



Datenbasis:
Zentrum für Krebsregisterdaten,
Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten

Reha-Fälle je 100 1-Jahresüberlebende, Krebs insg., Altersgruppen, 2013

ROBERT KOCH INSTITUT



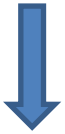
Datenbasis:
Inzidenz: Zentrum für Krebsregisterdaten
Rehabilitation: Statistik der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit 100+ Betten

Diskussion

- Die Ergebnisse geben Hinweise auf eine zu vermutende Unterinanspruchnahme.
- Das korrespondiert mit anekdotischen Berichten von Chefärzten und mit Befunden aus der kardiologischen Rehabilitation (50-70% Inanspruchnahme).
- Die Inanspruchnahme erfasst den Bedarf nicht vollständig.
- In höheren Altersgruppen sinkt das Verhältnis von Inanspruchnahme und 1-Jahresüberlebenden. Es ist nicht klar, ob das ein reiner Alterseffekt ist oder auch durch die fehlende „Motivation“ der GKV zur Reha mitbegründet ist.

Zusammenfassung der Ergebnisse

- Demogr Wandel v.a. in höheren Altersgruppen → Bereich der GKV!
- Im DRV-Bereich werden die demografisch bedingten Änderungen relativ klein ausfallen
- Aber: Folgen von nichtdemografischen Veränderungen sind unbekannt! Das können sein: Gesetzliche Änderungen, epidemiologische Trends, Wandel des Krankheitsspektrums, wachsendes Interesse der Arbeitgeber an Reha mit der Folge, dass sich Inanspruchnahme dem Bedarf nähert.
- Inanspruchnahme deckt den Bedarf vermutlich nicht ab!
- Deshalb



Bei bedarfsgerechter struktureller, personeller und finanzieller Ausstattung kann die Reha einen Schlüssel darstellen, um die genannten Herausforderungen zu bewältigen.
(RKI (2015a): Gesundheit in Deutschland, S. 322)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Robert Koch-Institut
www.rki.de

Referenzen

Nowossadeck E, Haberland J, Kraywinkel K (2014) Die künftige Entwicklung der Erkrankungszahlen von Darmkrebs und Lungenkrebs. Ergebnisse der Berechnung verschiedener Szenarien für das Jahr 2020. Bundesgesundheitsblatt 57:103-110

Nowossadeck E, Pohlner S, Kamtsiuris P (2016). Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen in Deutschland im Vergleich verschiedener Survey- und Routinedatenquellen. Das Gesundheitswesen, E-First

RKI (2015a) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin,

RKI (2015b) Krebs in Deutschland 2011-2012. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 10. Ausgabe

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche