

DEMOGRAFIE UND GESUNDHEIT

DIE ZAHL CHRONISCH KRANKER STEIGT

Die Menschen der westlichen Welt werden immer älter. So weit die gute Nachricht. Aber das deutsche Gesundheitssystem ist darauf nicht entsprechend vorbereitet, so die These von **DR. THOMAS M. HELMS** und **JÖRG PELLETER** von der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke. Was ist zu tun und wo kann Telemonitoring effiziente Lösungsansätze liefern? Ein Überblick.

Es ist eine Tsunamiwelle der besonderen Art, der sich Deutschland ebenso wie nahezu alle großen Industriestaaten in den kommenden Jahren und Jahrzehnten gegenübersehen werden. Anders als in freier Natur kommt diese Welle jedoch weder überraschend noch bestehen ernsthafte Zweifel, ob sie tatsächlich auftreten und dabei gewaltigen Schaden anrichten wird. Seit Jahren schon schwappt sie schleichend an die Dämme der geordneten medizinischen Leistungserbringung und deren Finanzierbarkeit. Längst haben diverse Frühwarnsysteme die Gefahr erkannt und lassen die Sirenen schrillen, doch konkrete Lösungsansätze kommen nur schleppend voran.

DABEI SIND es in der Theorie durchaus erfreuliche Ursachen, die den Ursprung besagter Welle bilden. Nicht zuletzt aufgrund steigenden Wohlstands und des medizinischen Fortschritts werden Menschen in der westlichen Welt im Schnitt immer älter. Von Jahrzehnt zu Jahrzehnt verschiebt sich die Gesamtlebenserwartung Neugeborener um einige Monate oder gar Jahre nach oben. Lag sie im Jahr 1980 noch bei 69,6 Jahren für neugeborene Jungen und 76,2 Jahren für Mädchen, betrug die durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2007 bereits 76,6 Jahre (Jungen) bzw. 82,1 Jahre (Mädchen). Neue Screening- und Diagnoseverfahren ermöglichen im

Idealfall die extrem frühzeitige Erkennung von Erkrankungen. Ein engmaschiges und leistungsfähiges Gesundheitswesen, innovative Medikamente und die ständig wachsende Anzahl an möglichen Therapieoptionen sorgen dafür, dass erkannte Krankheiten im Anschluss auch angemessen behandelt werden können.

» **Aufgrund des steigenden Wohlstands und des medizinischen Fortschritts werden die Menschen im Westen immer älter.** «

Also alles wie es sein soll im deutschen Gesundheitswesen? Dass diese Frage nicht rundheraus mit einem klaren Ja beantwortet werden kann, hat seine Ursache in einem perspektivisch zunehmend problematischen Zusammenwirken verschiedener Faktoren, u.a. des betriebswirtschaftlichen Grundsatzes der Begrenztheit der Mittel und der demografischen Entwicklung. Denn die im Umlageverfahren finanzierte und ebenso gute wie teure Gesundheitsversorgung über einen immer längeren Zeitraum muss in Folge der geringen Geburtenrate und des steigenden Lebensalters bereits heute von einer kontinuierlich kleiner werdenden Gruppe geschultert werden. Beträgt der Altersquotient 65 (also die Relation der über 65-jährigen Bürger zu Bürgern im Alter

zwischen 20 und 64 Jahren) aktuell noch 33,6, wird dieser Wert bis ins Jahr 2050 je nach Szenario auf 61,4 bis 71,0 ansteigen (vgl. Abbildung 1). Selbst bei Ausblendung der in den vergangenen Jahren stetig wachsenden Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen und Innovationen auf der einen sowie der zuletzt teilweise sogar gesunkenen Grundlohnsumme, auf der die Finanzierung des GKV-Systems aufsetzt, auf der anderen Seite bewegt sich das deutsche Gesundheitswesen also auf turbulente Zeiten zu.

ERSCHWEREND zu dieser Kombination aus Ausgabensteigerung und Erosion der finanziellen Einnahmebasis kommt hinzu, dass unser Gesundheitswesen historisch gesehen eigentlich gar nicht so recht auf die vor ihm liegenden Herausforderungen vorbereitet ist. Es wurde vor allem mit dem Ziel geschaffen, akute Krankheitsepisoden schnell und gründlich zu heilen, um den Ausfall an Arbeitskapazitäten so gering wie möglich zu halten. Die Versorgung einer zunehmend alternden und multimorbiden Gesellschaft hingegen stellte in der Vergangenheit eher ein Randthema dar. Die sich nun aufbauende Welle wird daher in mehr als nur einer Hinsicht zum Umdenken zwingen.

Denn ein steigendes Lebensalter geht ungeachtet aller medizinischen Fortschritte auch heute noch häufig mit dem Auftreten chronischer Erkrankungen einher. Verglichen mit der Wahrscheinlichkeit der unter 40-

DER ALTENQUOTIENT »65« IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH

Land	2007	2015	2025	2040	2050
Deutschland	33,11	35,47	43,74	59,41	61,38
Frankreich	28,02	33,21	40,54	48,89	49,66
Großbritannien	26,92	30,04	33,90	40,72	42,17
Italien	32,96	36,71	41,86	59,53	64,33
Österreich	27,91	30,13	36,47	50,56	52,92
Spanien	26,06	28,13	33,77	51,89	64,48
Schweiz	26,12	30,12	36,88	17,98	50,10
Niederlande	24,03	30,58	39,18	51,41	50,16
Norwegen	24,58	28,96	35,19	44,96	45,93
Schweden	29,81	34,90	39,44	45,40	46,38

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

Abb.1: Darstellung auf Basis der EUROSTAT 2008 Daten

Jährigen, unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen wie chronischer Herzinsuffizienz, Diabetes oder Demenz zu leiden, ist die Wahrscheinlichkeit eines über 60-jährigen hierfür bereits mehr als dreimal so hoch. Die deutliche Tendenz zu altersbedingten Erkrankungen schlägt sich auch in der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme durch ältere Versicherte nieder und führt zu einer zunehmend komplexen Parallelbehandlung verschiedener Indikationen. Berechnungen des Fraunhofer-Instituts gehen davon aus, dass in Deutschland aktuell etwa 80 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (also jährlich etwa 200 Mrd. Euro) auf chronische bzw. Langzeiterkrankungen entfallen. In Anbetracht dieser Zahlen nehmen die Ergebnisse der großangelegten DETECT-Studie, wonach deutsche Hausärzte bereits heute bei sechs von zehn Patienten parallel mindestens drei zumeist chronische Erkrankungen behandeln müssen, eine Bedeutung von bedrohlicher Dimension an. Das Ergebnis sind betreuungs-

intensive Behandlungspfade im niedergelassenen Bereich, für den Patienten belastende und für das Gesundheitswesen kostenintensive Krankenhausaufenthalte sowie eine mehr oder weniger fein aufeinander abgestimmte medikamentöse Therapie der einzelnen Erkrankungen. Untersu-

» Ein steigendes Lebensalter geht auch heute noch häufig mit dem Auftreten chronischer Erkrankungen einher. «

chungen haben gezeigt, dass nahezu alle Patienten über 60 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen. Bei 20 Prozent der Patienten waren es parallel sogar mehr als 30 verschiedene Präparate – eine Menge, bei der es nicht nur dem Patienten selbst schwerfallen dürfte, den Überblick zu behalten. Die Nutzung von Arzneimitteln steigt innerhalb des betrachteten Klientels mit zunehmen-

dem Alter an, bevor sie mit 75-79 Jahren ihren Höhepunkt erreicht und danach zugunsten von Heil- und Hilfsmittelkosten wieder absinkt.

BIS VOR EINIGER ZEIT ruhte die Hoffnung noch auf der Annahme, dass man durch eine ausreichend gute medizinische Versorgung der Bevölkerung eine Morbiditätskompression oder zumindest ein dynamisches Gleichgewicht herstellen könnte. Der gut versorgte Patient, so die Annahme, würde auch länger in guter Gesundheit verbleiben und dann am Ende seines Lebens nach vergleichsweise kurzer Krankheit und – damit verbunden – auch überschaubaren Kosten versterben. Mittlerweile setzt sich jedoch zunehmend die Einsicht durch, dass die Versorgungsrealität eine andere ist und es im überwiegenden Teil der Fälle sogar zu einer Verlängerung der Krankheitsphase, also einer Morbiditätsexpansion kommt.

Steigende Lebenserwartung mit überproportional zunehmender Morbiditätslast, multimorbide Patienten >

DEMOGRAFIE UND GESUNDHEIT

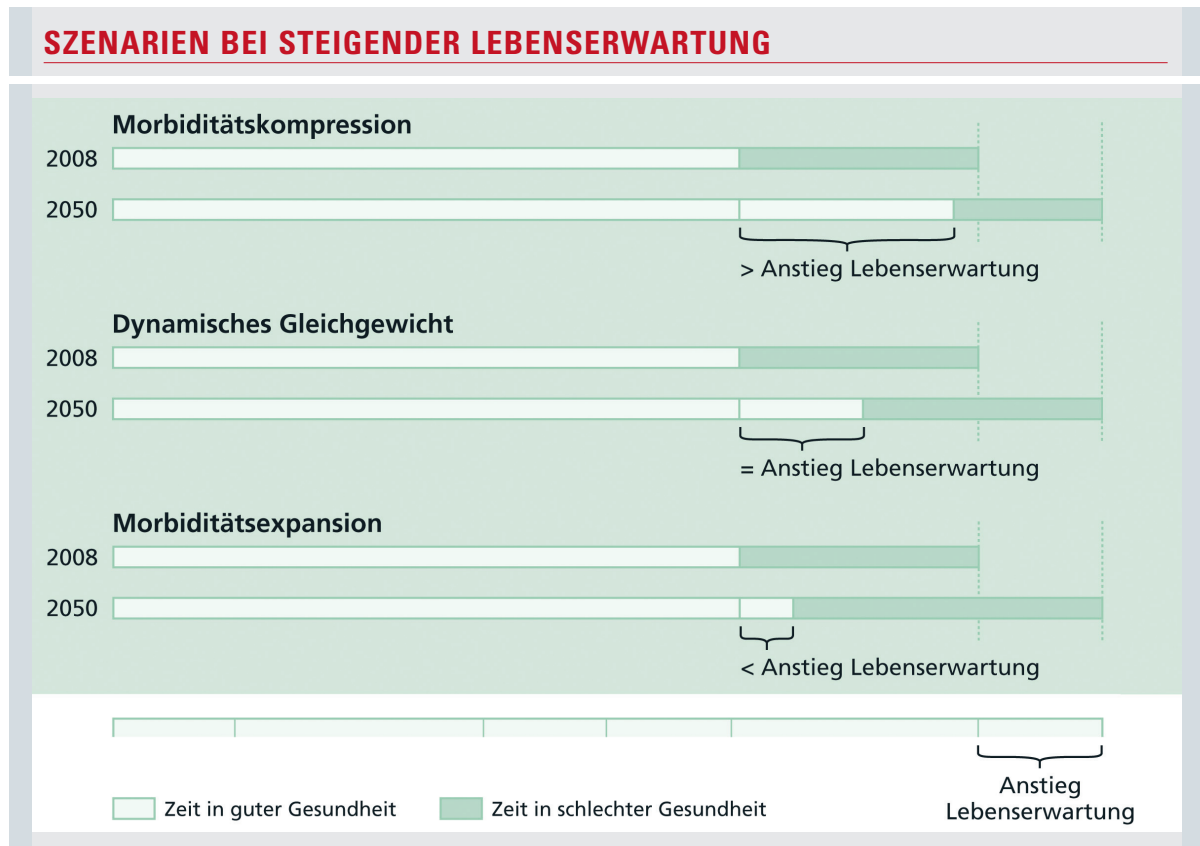


Abb.2: Darstellung nach Fries, erweitert um Daten der DG ECFIN, 2006

mit teilweise hochkomplexen Behandlungserfordernissen und dazu ein sich rasant weiterentwickelndes medizinisches Wissen – die Zukunft verlangt den Leistungserbringern im Gesundheitswesen einiges ab. Und die Leistungserbringer reagieren: Die Folge sind immer feinteiligere Spezialisierungen, die Etablierung von stark arbeitsteiligen Behandlungspfaden über Fachbereichs- und Sektorengrenzen hinweg und der Versuch, die alltägliche Arbeit durch Partialoptimierung so effizient wie möglich zu gestalten.

Das mag eine Zeit lang gehen, doch irgendwann werden auch hier die Grenzen der Optimierungsbemühungen erreicht sein. Bereits heute müssen Patienten in manchen Regio-

nen Deutschlands lange Wege zum nächstgelegenen Spezialisten auf sich nehmen. Während sich von Spezialisierung und Arbeitsteilung begünstigt in Ballungszentren eine dichte und eng verflochtene medizinische Infrastruktur etabliert hat, stehen vielen ländlichen Gebieten und den dort alternden Patienten schwierige Zeiten bevor. Vielerorts halten idealistische Ärzte die medizinische Versorgung noch mit viel Herzblut aufrecht, doch auch dies wird sich angesichts der hohen Belastung und des zumeist fortgeschrittenen Alters dieser Überzeugungstäter nicht endlos fortsetzen lassen. Denn zu allem Überfluss beschränkt sich die Tendenz zum höheren Durchschnittsalter keinesfalls auf

die Seite der Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen. So hat sich der Anteil der über 50-jährigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen innerhalb von nur zehn Jahren (1997 bis 2007) von 18,3 auf 24,8 Prozent erhöht. Für das zurückliegende Jahr 2009 geht man davon aus, dass nahezu 40 Prozent der im Gesundheitswesen tätigen Ärzte über 50 Jahre alt sind und damit mittelfristig nicht mehr für die Versorgung der alternden Bevölkerung zur Verfügung stehen werden.

DIE HERAUSFORDERUNGEN zu meistern, welche aus den skizzierten Spannungsfeldern erwachsen, wird eine schwierige Aufgabe werden, die unsere Gesellschaft in absehbarer Zu-

kunft beständig begleiten wird. Doch zugleich ist es auch eine Chance, die Weichen des zukünftigen Gesundheitswesens so zu stellen, dass dieses perspektivisch besser für die Anforderungen der kommenden Jahrzehnte gerüstet ist.

BEREITS HEUTE gibt es eine Vielzahl ausgereifter technischer Möglichkeiten, die sicherstellen, dass Patienten weitgehend unabhängig von räumlicher Distanz und in früher kaum vorstellbar kurzen Zeitfenstern eine hochwertige medizinische Versorgung erhalten können. Hierzu zählen nicht nur die verbesserte Nutzung der „golden hour“ dank telemedizinischer Ausstattung von Rettungswagen zur Validierung von kardiologischen Verdachtsdiagnosen noch auf dem Weg ins Krankenhaus, teleradiologisch gestützte Zweitmeinungen oder das fast schon klassische Beispiel des unterstützenden Telemonitorings von Hochrisikopatienten. Auch die verbesserte Möglichkeit der Prüfung auf Leitliniengerechtigkeit einer Therapie oder Arzneimittelinteraktionen dank strukturierter Speicherung in einer elektronischen Patientenakte oder auf der irgendwann vielleicht ja doch noch finalisierten eGK trägt zu einer verbesserten Versorgung der Patienten bei. Das Potenzial der möglichen Anwendungen ist gewaltig.

Sicherlich, nicht jede Anwendung, die heutzutage mit schicker Powerpoint-Präsentation und sorgfältig recherchiertem Patientenpotenzial vorgestellt wird, ist in der konkreten Ausgestaltung auch für die Stärkung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens geeignet. Nach wie vor wird viel zu häufig auf eine technologisch faszinierende, aber zugleich auch unverhältnismäßig teure Gerätetechnologie gesetzt, die allen

prognostizierten Einsparungen zum Trotz nur in den seltensten Fällen einen Platz im ohnehin schon knapp kalkulierten Alltag der medizinischen Versorgungsrealität finden wird. Um einen wirklichen Beitrag leisten zu können, werden sich eHealth und Telemedizin von der Vorstellung verabschieden müssen, dass sie das Gesundheitswesen neu erfinden oder zumindest in weiten Teilen umdefinieren können. Denn bei Lichte betrachtet stellen sie vor allen Dingen ein exzellentes neues Werkzeug dar,

» **Die moderne Technik bietet die Chance einer aktiven Einbindung des Patienten in das Management seiner eigenen Therapie.** «

welches die Leistungserbringer in ihrer Arbeit und die Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützt, nicht mehr und nicht weniger. Die besten Diagnosen und Therapieunterstützungsangebote bringen wenig, wenn der jeweilige Patient selbst sich schlicht auf eine stetig wachsende Anzahl an Geräten verlässt, welche ihm für jede neue Indikation zur Verfügung gestellt werden und die bei Verschlechterung der Werte oder vergebener Einnahme von Medikamenten Alarm schlagen.

DIE MODERNE TECHNIK bietet die Chance einer aktiven Einbindung des Patienten in das Management seiner eigenen Therapie. Sie ermöglicht eine engmaschige und doch unaufdringlich im Hintergrund verweilende Unterstützung und Motivation im Alltag und im häuslichen Umfeld, welche idealerweise die Eigenverantwortung

des Einzelnen für seine Gesundheit sogar stärkt, statt sie ihm abzunehmen. Auch in Teilen der Ärzteschaft herrscht noch immer ein großes Misstrauen gegen die neuen Technologiekonzepte, welche mitunter so gar nicht in das klassische Bild des alleskönnenden medizinischen Einzelkämpfers zu passen scheinen. Es wird daher eine der großen Aufgaben der kommenden Jahre sein, diese Vorbehalte abzubauen und latente Befürchtungen durch Faktenwissen zu ersetzen. eHealth und Telemedizin sind gewiss kein Allheilmittel, sondern vielmehr zwei von vielen Ansätzen, die dazu beitragen können, dass die medizinische Versorgung in Deutschland trotz steigender Lebenserwartung der Bevölkerung, Veränderungen in der räumlichen Verteilung und Spezialisierung von Leistungserbringern sowie der konstant angespannten Finanzierungssituation des Gesundheitswesens auch in Zukunft flächendeckend gesichert werden kann. Und vielleicht bietet sich ja perspektivisch dann doch noch die Chance, mit einem neu aufgestellten Gesundheitswesen nicht nur eine ausreichend hohe Deichmauer gegen den eingangs zur Illustration genutzten Tsunami zu erbauen, sondern vielleicht gleich ein kleines Gezeitenkraftwerk.

■ **DR. THOMAS M. HELMS** ist Vorstand der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke.



■ **JÖRG PELLETER** leitet die Abteilung Gesundheitsökonomie bei der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke.

