

Münsteraner Gesundheitserklärung 2010

MÜNSTERANER GESUNDHEITSERKLÄRUNG 2010

„Wir nehmen die Herausforderungen der Demographie in der Gesundheitsversorgung an“

„Schon 2030 flammt die Debatte auf, warum alles medizinisch Mögliche aus Zwangsbeiträgen aller bezahlt wird. Bald wurde die private Krankenversicherung abgeschafft, 2060 zahlen alle pauschale Beiträge in die Kassen ein. Die bieten aber nur eine Basisversorgung. Für Prothesen, Therapien, Massagen zahle ich drauf. Bedürftige erhalten steuerfinanzierte Zuschüsse – wenn die Kosten-Nutzen-Analyse stimmt.“

Dieses wohl gar nicht so unrealistische Zukunftsszenario beschrieb eine junge Redakteurin der Frankfurter Allgemeinen Zeitung Ende November 2009.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der MÜNSTERANER GESUNDHEITSGESPRÄCHE 2010 stellen fest:

„Wir werden immer älter.“

Wenn die Deutschen weitermachen wie bisher, dann wird in 50 Jahren jeder Dritte älter als 65 sein. Und jeder Siebte über 80. Die Alterung schlägt sich besonders gravierend in den Zahlen der Hochbetagten nieder. Im Jahr 2008 lebten etwa vier Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland, dies entsprach 5 Prozent der Bevölkerung. Ihre Zahl wird kontinuierlich steigen und mit über zehn Millionen im Jahr 2050 den bis dahin höchsten Wert erreichen.

Die Zahl alterstypischer Erkrankungen wird in den kommenden 40 Jahren dementsprechend dramatisch steigen. Das Spektrum der Krankheitsbilder wird sich im Zuge dieser Entwicklung in den kommenden 40 Jahren deutlich verschieben. Und schlimmer noch: Schon heute schwerwiegende Diagnosen werden drastisch zunehmen, ebenso wird die Häufigkeit der Erkrankungen drastisch steigen.

Nach den Berechnungen der „Morbiditätsprognose 2050“ des IGSF aus dem August 2009 werden allein die heute meistbeachteten Erkrankungen Diabetes und Krebs um 45 bzw. 52 Prozent häufiger auftreten. Sie werden aber 2050 nicht mehr ganz vorn in der Betrachtung stehen, denn sie werden von anderen Diagnosen überholt: Herzinfarkt +105 Prozent, Oberschenkelhalsbruch + 125 Prozent, Demenz +144 Prozent, Netzhauterkrankungen +169 Prozent, Lungenentzündung +198 Prozent.

Bei der altersbedingten Makuladegeneration zum Beispiel, einer schwerwiegenden Augenkrankheit, erwarten die Autoren der Prognose wegen des steigenden Lebensalters eine Zunahme der Erkrankten um 900.000 Fälle auf 1,6 Mio. und beim Diabetes mellitus um ein Fünftel auf bis zu 7,8 Mio. Einen Herzinfarkt würden demnach 548.000 Menschen im Jahr erleiden, drei Viertel mehr als heute. Beim Schlaganfall verlief die Steigerungsrate mit 62 Prozent nur ein wenig flacher auf 300.000 Fälle jährlich. Die Zahl der Dementen werde sich auf 2,2 Mio. verdoppeln.

„Wir werden immer weniger.“

In diesem Jahr 2010 haben wir in Deutschland den Höchststand bei der Einwohnerzahl bereits überschritten. Deutschland wird nach heute 82 Millionen nur noch zwischen 65 und 70 Millionen Einwohner haben. Allein Nordrhein-Westfalen wird bis 2060 3,5 Mio. Einwohner weniger verzeichnen. Im Gebiet der Apothekerkammer Westfalen-Lippe gehen die Einwohnerzahlen schon in den nächsten 20 Jahren drastisch zurück: Für den Regierungsbezirk Münster sind 4,1 Prozent, für Detmold 5,3 Prozent und für Arnsberg sogar 10,4 Prozent Bevölkerungsverlust vorhergesagt. Viele Landstriche verlieren dabei deutlich mehr Einwohner als einige kleinere und mittlere Städte.

Die Bevölkerung geht zurück, weil die Zahl der Gestorbenen die Zahl der Geborenen immer mehr übersteigt. Selbst die angenommene Nettozuwanderung kann die dadurch entstehende Lücke nicht schließen. Bis 2050 wird die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter, also jene, die überwiegend das Bruttoinlandsprodukt erwirtschaftet, Steuern und Beiträge zahlt und das Arbeitskräftepotential stellt, von knapp 50 Millionen auf 35,5 Millionen zurückgehen.

Es werden folglich immer weniger Beitragszahler für immer mehr ältere Menschen, mit einem hohen Versorgungsbedarf, Beiträge entrichten. Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird gemessen an heutigen Standards also immer schwieriger.

Schwieriger wird auch die medizinische Versorgung. Zum einen verzeichnen die federführenden Verbände der Ärzteschaft einen zunehmenden Ärztemangel vor allem in Krankenhäusern und in vorwiegend ländlichen Regionen – Ähnliches gilt im Pflegebereich. Zum anderen fehlt in den Apotheken immer mehr der Nachwuchs. So drohen „weiße Flecken“ bei der Arzneimittelversorgung in Nordrhein-Westfalen und vielen anderen Bundesländern.

Den 2009 erteilten 1.825 Approbationen pro Jahr steht schon heute ein Bedarf von 2.040 Approbationen bei konstanter Apothekenzahl gegenüber – und die Lücke wächst von Jahr zu Jahr. Schon im Pharmazie-Studium geben 26,5 Prozent der Studierenden auf. Nach der Approbation üben nur 76 Prozent der Apothekerinnen und Apotheker ihren Beruf mit einer Meldung bei der Kammer, also als Angestellte oder Selbständige, aus. Als eine Konsequenz steigt das Durchschnittsalter der – überwiegend männlichen – Apothekenleiterinnen und -leiter stetig an.

Zudem liegt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit eines angestellten Apothekers heute bei lediglich 29,9 Stunden. Dies ist auch auf die verbreitete Teilzeitbeschäftigung der Apothekerschaft, die zu ca. 75 Prozent aus weiblichen Berufsangehörigen besteht, zurückzuführen, darüber hinaus studieren immer weniger Männer Pharmazie.

Eine Mangel-Situation gilt auch für die Fachkräfte: Auch bei den Pharmazie-Ingenieurinnen und -Ingenieuren sowie den Apotheker-Assistentinnen und -Assistenten wird schon heute zu wenig Nachwuchs ausgebildet.

Parallel dazu wächst der Beratungs- und Betreuungsbedarf in den Apotheken – und damit auch die Zahl der Arbeitsplätze: Aktuell bieten die öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken deutschlandweit über 150.000 Arbeitsplätze.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer
der MÜNSTERANER GESUNDHEITSGESPRÄCHE 2010 rufen auf:

„Wir erarbeiten heute gemeinsam die Lösungen für morgen.“

Im Gesundheitswesen und speziell in der Arzneimittelversorgung stehen wir konkret vor vier zentralen Herausforderungen und Zukunftstrends:

1. **Multimorbidität**, also das Auftreten mehrerer Krankheiten zur gleichen Zeit;
2. Gefahr von **Versorgungsmängeln** durch mangelnde räumliche Präsenz der Gesundheitseinrichtungen (speziell Ärzte und Apotheken) und fehlende Fachkräfte;
3. Trend zu mehr **Selbstverantwortung** (bis hin zur Eigendiagnose) **und** verstärkter **Selbstmedikation**;
4. in der Konsequenz fortschreitende Abnahme der **Patientensicherheit**.

Um diesen Herausforderungen des Gesundheitswesens im Zuge der beschriebenen demographischen Entwicklungen – des Bevölkerungsrückgangs bei gleichzeitig deutlicher Zunahme der Älteren in der Gesellschaft – erfolgreich zu begegnen, sollten alle betroffenen gesellschaftlichen Gruppen und die Verantwortlichen in Politik Hand in Hand ein schlüssiges Konzept erarbeiten und dieses gemeinsam umsetzen.

Nordrhein-Westfalen kann hier eine Pilotfunktion übernehmen und als einwohnerstärkstes Bundesland Vorreiter für die Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen und die Zusammenführung der Ansätze zu einem Gesamtkonzept sein.

„Wir fordern die Handelnden im Gesundheitswesen und in der Politik in Land und Bund auf, zeitnah eine Initiative „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ ins Leben zu rufen.“

Heute ist nicht vorhersehbar, welche Entlastungen Prävention und medizinischer Fortschritt bringen werden. Genauso wenig ist heute vorhersehbar, welche neuen und behandlungsfähigen Krankheiten in der Zukunft auf uns zukommen und wie sich eine bessere Gesundheitsversorgung auf eine dadurch bedingte weitere Steigerung der Lebenserwartung mit den damit verbundenen höheren Kosten auswirken wird. Sicher ist hingegen, dass der weitere Zugang zu medizinischem Fortschritt für die gesamte Bevölkerung erhebliche Kosten verursachen wird.

„Wir lehnen Systeme der verdeckten Rationierung, wie sie in staatlich finanzierten Systemen mit Wartezeiten oder der Verweigerung von Therapien vorkommen, nachdrücklich ab.“

Wer soll das bezahlen?

Mit Blick auf die Wechselwirkungen von Demographie und Gesundheitsökonomie ist durchaus Eile geboten: Schon in etwa zehn Jahren, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand gehen, werden die Auswirkungen für das Gesundheitswesen gravierend sein. Spätestens dann ist der Zeitpunkt erreicht, zu dem das zur Verfügung stehende Finanzvolumen den Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung bestimmen wird. Die Medizin ist schon heute in der Lage, mehr zu leisten als die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zahlen kann.

Wenn in der Zukunft die gleichen Leistungen wie heute finanziert werden sollen, müssten die Beiträge oder aber die Steuerzuschüsse erheblich steigen. Dies kann so nicht erwartet werden. Andere Industrienationen haben die gleichen Probleme wie Deutschland, gehen aber anders damit um. So wird etwa in Schweden und Norwegen nach einem Weg gesucht, welche medizinischen Leistungen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels noch von der Solidargemeinschaft finanziert werden können.

Die Partner der zu schaffenden Initiative „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ sind aufgerufen, hier eine ebenso klare und damit auch mutige Aussage zu treffen. Dies muss, um eine größtmögliche Akzeptanz zu schaffen, ein demokratischer und transparenter Prozess sein. Die Versicherten sollten sich so früh wie möglich verlässlich auf das einstellen, was in Zukunft von der Solidargemeinschaft abgesichert wird und wofür sie selbst vorsorgen müssen.

Geht erst der Hausarzt und geht dann auch die Apotheke?

In verschiedenen Landstrichen bluten kleinere Gemeinden und Städte in den nächsten Jahrzehnten buchstäblich aus. Von „Verödung“ und „reihenweisen Leerständen“ ist die Rede. Hier sind Strategien vor allem aus der Politik gefragt, diese Entwicklung wenn auch nicht vollständig zu stoppen, so doch deutlich zu bremsen.

Die medizinische Versorgungssituation in der Stadt und auf dem Land entwickelt sich entsprechend immer weiter auseinander: Auf dem Land fehlen Ärzte; noch ist dort aber ein flächendeckendes Apothekennetz anzutreffen. Ältere brauchen aber die Vor-Ort-Versorgung und sind auf die direkte Beratung angewiesen und Chroniker brauchen die aktive Begleitung der Medikation.

Um Ärzte in den Aufbau oder die Fortführung so genannter Landarztpraxen zu locken, werden bereits „Start-Prämien“ ausgelobt. Sollte die rückläufige Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten auch die Apothekendichte tangieren, können solche Prämien auch ein probates Mittel zur ortsnahen Sicherung der Versorgung mit Medikamenten und der fachkundigen Beratung durch Apotheken sein.

Zu diskutieren ist in diesem Zusammenhang auch die künftige Bedeutung von Facharztzentren und Ärztehäusern. Als zentralisiertes Angebot mit zweifelsfrei positiven Folgen für eine koordinierte medizinische Versorgung wird zugleich die Nähe zum Patienten aufgegeben. Hiervon kann auch die Landapotheke in ihrer Existenz negativ betroffen sein. Auf dem Lande aber können anonyme Rezeptsammelstellen nur die Ultima Ratio für kleine und schwer erreichbare Ortschaften sein, als Regelfall der Versorgung sind sie nicht geeignet. Auch das bisher dichte apothekerliche Nacht- und Notdienstnetz wäre gefährdet.

Brain-Tuning oder Anti-Aging?

Zeitgleich mit der rückläufigen Bevölkerungszahl und der knapper werdenden Ressource medizinische Versorgung werden die Menschen immer älter. Sie bleiben zwar länger aktiv, benötigen aber zunehmend medizinische Unterstützung für das Alter und das Altern – sei es in Form ärztlicher Leistungen oder einer sicheren Arzneimittelversorgung. Das Spektrum der Krankheitsbilder wird sich schließlich in den kommenden 40 Jahren deutlich verschieben.

Der Umgang mit dem Älterwerden bestimmt schon heute das Lebensgefühl vieler Menschen – sei es ob sie länger gesund, aktiv und interessiert bleiben (die sog. „Silver-Surfer“) oder einfach nur länger krank bleiben und sich als „Couch Potatoe“ zunehmend aus dem Alltagsleben zurückziehen: Mit der wachsenden Zahl kranker Alter wächst die Notwendigkeit der Behandlung und Betreuung. Die provokante und zugleich sehr offene Frage muss erlaubt sein: „Leben wir länger oder siechen wir nur mit medizinischer Hilfe dahin?“

Vor diesem Hintergrund neuer Rahmenbedingungen und Anforderungen sollten die Rollen von Ärzteschaft, Apotheken, Wissenschaftlern, der Hersteller von Arzneimitteln und ihre heutigen Kooperationsformen überdacht und ggf. neu definiert werden.

Woher kommt der Heilberufler-Nachwuchs?

Die demographische Entwicklung bedingt ebenso wie die Alterung der Gesellschaft mit der zunehmenden Krankheitshäufigkeit einen weiter wachsenden Bedarf an Heilberuflern. Und sie wird ein weiteres Problem aufwerfen: das der unzureichenden Versorgung, weil es an ärztlichem, pharmazeutischen und pflegerischem Personal mangeln wird.

Aufgabe der Initiative „Zukunft der Gesundheitsversorgung“ wäre es folglich, Mittel und Wege gegen die bereits seit Jahren anhaltende Abwanderung qualifizierter Ärztinnen und Ärzte zu erarbeiten und zugleich Anreize für die Aufnahme eines Pharmaziestudiums zu setzen, indem die Zahl der angebotenen Studienplätze erhöht wird. Hier, wie auch beim pflegerischen Personal, gilt es, die zu erwartende und größer werdende Bedarfslücke rechtzeitig zu schließen.

Der Personalmangel im Apothekenbereich führt mittelfristig zu weniger Beratung, schwächerer Arzneimittel-Risikominimierung und damit geringerer Arzneimittel-Sicherheit sowie schließlich zu einem Minus im Verbraucherschutz.

„All diesen Herausforderungen, wollen wir als Verantwortliche im und für das Gesundheitswesen aktiv begegnen.“

Münster, 15. April 2010

Münster, 15. April 2010