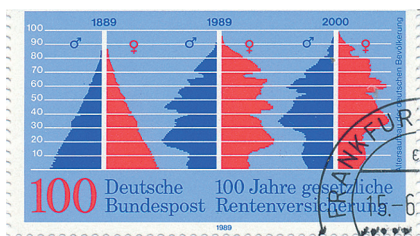


## Gesundheitswesen

# Pneumologische Gesundheitsversorgung aufgrund der demografischen Entwicklung

„Es darf keine weitere Reform im Gesundheitswesen, keine neue Gesetzgebung mehr geben, die sich nicht daran orientiert, was an Problemen in der Gesundheitsversorgung aufgrund der demografischen Entwicklung auf uns zukommt. Die jüngste Gesetzgebung im Gesundheitswesen hat nicht einmal im Ansatz eine Orientierung an Problemen der Gesundheitsversorgung von morgen erkennen lassen“, sagt Prof. Fritz Beske, Direktor des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel [1]. Diese Feststellung sollte zum Anlaß genommen werden, zu untersuchen, was sie unter dem Aspekt der Demografie und der Morbiditätsentwicklung für uns Pneumologen bedeutet.

Die Altersentwicklung in der deutschen Bevölkerung ist seit Jahrzehnten bekannt. Spätestens seit dem Erscheinen der Briefmarke zum Jubiläum der gesetzlichen Rentenversicherung 1989 wurde jedem Bundesbürger vor Augen geführt, wie die Altersverteilung früher war und wie sie in Zukunft in Deutschland sein wird (Abb. 1). Aus der Silhouette einer Pyramide entwickelt sich langsam die eines Laubbaumes. Um so erstaunlich ist es, dass die Politik im Gesundheitswesen diese Tatsache zu ignorieren scheint.



**Abb. 1** Von der Pyramide zum Baum: Die Altersentwicklung in Deutschland in den Jahren 1889, 1989 und 2000.

Die Überalterung unserer Gesellschaft schreitet kontinuierlich voran, zumal die geburtenstarken Jahrgänge das Rentenalter erreichen, was sich besonders nach 2020 auswirken wird [1]. Die Hochrech-

nung der Bevölkerungsentwicklung für 2050 wird in der Tab. 1 wiedergegeben.

Sehr eindrucksvoll ist hier die prozentuale Entwicklung. Die nachwachsende Generation nimmt im Vergleich zum Rückgang der Gesamtbevölkerung um 35% überdurchschnittlich ab, die Anzahl der

Erwerbsfähigen sinkt um 29%. Die Zahl der nicht mehr Erwerbsfähigen dagegen nimmt um 38% und die Zahl der Hochbetagten um 156% zu – ein Ausdruck der weiter steigenden Lebenserwartung.

Damit stehen 2050 nur noch 1,6 Erwerbstätige für einen nicht mehr Erwerbstätigen zur Verfügung.

Um eine zuverlässige Grundlage für die Planung der künftigen Gesundheitsversorgung zu schaffen, hat das Beske-Institut eine Prognose für die Morbidität von 22 Krankheiten vorgenommen. Diese orientiert sich an deren Häufigkeit, und Schwere sowie Art, Umfang und Validität der gewonnenen Daten [1]. Außerdem wurde Wert darauf gelegt, Krankheiten aus ver-

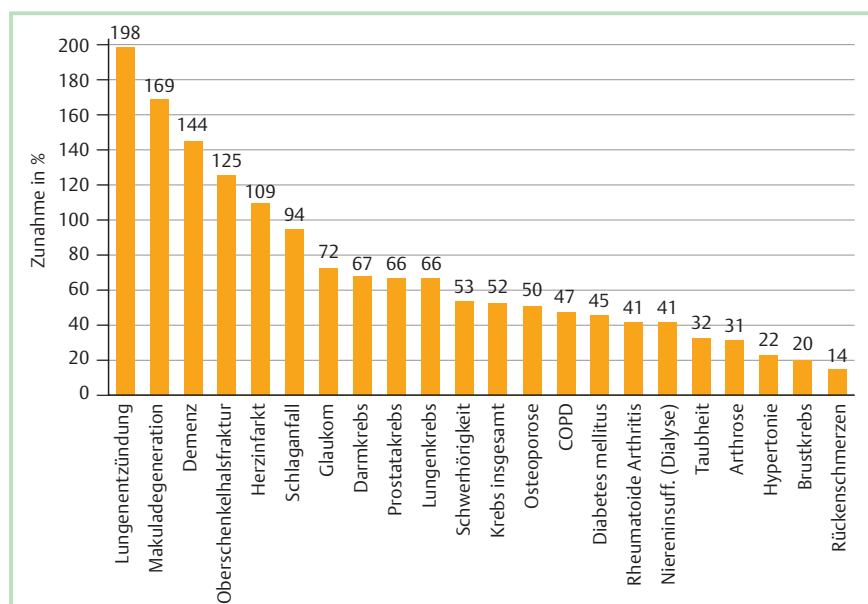
**Tab. 1** Hochrechnung der Bevölkerungsentwicklung

	in Mio.	in Mio.	in Mio.	in %
Bevölkerung insgesamt	82,2	68,8	-13,4	-16
Altersgruppe unter 20 Jahren	15,9	10,4	-5,5	-35
Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre)	49,8	35,5	-14,3	-29
Altersgruppe 65 J. und darüber	16,5	22,8	6,3	38
Altersgruppe 80 Jahre und darüber	3,9	10	6,1	156

Quelle: IGSF 25.8.2009

**Tab. 2** Pneumologische Krankheiten pro 100 000 Einwohner und prozentuale Steigerung zu 2007 [1].

Krankheit	2007	2030	2050
chronisch obstrukt. Lungenerkrankung	7829	10259 (+31%)	11533 (+47%)
ambul. erworbene Pneumonien	1407	2591 (+79%)	4197 (+198%)
Lungenkrebs – jährliche Neuerkrankungen	60	82 (+36%)	90 (+51%)



**Abb. 2** Prozentuale Zunahme der Erkrankten pro 100 000 Einwohner für 22 Krankheiten von 2007–2050.

Tab. 3

	Berufsst. PN Versorgung Klinik	Praxis	Verwaltung Sonstige	Gesamt	PN-Anteil an der Gesamtärzteschaft in %
1983 [3]	437	469	297	1203	0,81 (0,61)
1991 [4]	531	545	220	1296	
2012 [5]	992	934	135	2061	0,59 (0,55)

Der in Klammern gesetzte prozentuale Anteil bezieht sich auf die zur Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Pneumologen

schiedenen medizinischen Fachgebieten auszuwählen. Die Berechnungen der zukünftigen Morbidität basieren ausschließlich auf dem Parameter der zu erwartenden Altersentwicklung. Auf andere Parameter wurde bewusst verzichtet, weil sie nicht valide genug erschienen. In **Tab. 2** werden die für die Pneumologie relevanten Krankheiten aufgezeigt. Von den in dieser Untersuchung einbezogenen 22 Erkrankungen nehmen 5 um über 100% zu. Wie die **Abb. 2** zeigt, sind die Lungenentzündungen mit 198% Spitzenreiter, gefolgt von Makuladegeneration, Demenz, Oberschenkelhalsfraktur und dem Herzinfarkt.

Hierbei ist natürlich nicht vorhersehbar, welche Entlastungen durch Präventionsmaßnahmen und den medizinischen Fortschritt gebracht werden können. Genauso wenig vorhersehbar ist, was an neuen und behandlungsfähigen Erkrankungen hinzukommen und wie sich eine bessere Gesundheitsversorgung auf eine dadurch bedingte Steigerung der Lebenserwartung auswirkt.

Dennoch ist die Tendenz eindeutig. Dies belegt auch retrospektiv die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes: Im Jahr 2000 lag darin COPD auf Platz 8 – im Jahr 2011 bereits auf Platz 5; bei den bösartigen Neubildungen der Bronchien und Lungen fand der Platzwechsel von 5 auf 4 und bei den Pneumonien von 9 auf 8 statt [2].

Bei dieser Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung muss natürlich auch hinterfragt werden, wieviele Fachärzte in der Pneumologie vorhanden sind und sein werden, um die Zunahme des Versorgungsbedarfs bewältigen zu können. Ein Blick auf die Pneumologenzahlen in der Vergangenheit und heute gibt Aufschluss. Durch die Prognosestudie von 1983 wurde festgestellt, dass die Anzahl der Pneumologen stark rückläufig ist – wie auch die Altersstruktur ungünstig verläuft [3]. Dieser Trend hat sich fortgesetzt, wie die 2. Prognosstudie von 1992 belegt [4]. Der

leichte Anstieg der berufstätigen Pneumologen im Jahr 1991 (**Tab. 3**) beruht lediglich auf dem Zugang der Pneumologen aus den neuen Bundesländern von insgesamt 265 Ärzten. Ohne diesen Zulauf läge der Rückgang an berufstätigen Pneumologen innerhalb von 10 Jahren bei 20%!

Nun könnte man meinen, dass sich die Versorgungssituation durch die Pneumologen im Jahr 2012 deutlich gebessert habe. Wenn man jedoch die berufstätigen Pneumologen in Relation zu der berufstätigen Gesamtärzteschaft sieht (letzte Spalte in **Tab. 3**), dann kann keineswegs von einer Trendwende gesprochen werden. Auch wenn seit dem Jahr 2000 jährlich durchschnittlich ca. 120 Facharztanerkennungen zu verzeichnen sind [6], so reicht diese Zahl für eine Trendumkehr bei weitem nicht aus. Dabei wissen wir nicht, wieviele von diesen jungen Fachärzten auch weiterhin in der Pneumologie tätig sind oder sein werden.

Beim chronischen Pneumologenmangel und dem weiterhin vorhandenen Morbiditätswachstum stellt sich die Frage, was die Pneumologenschaft bisher gemacht hat, um eine Trendwende herbeizuführen, und was sie gedenkt zu tun?

*Dr. Dietrich Rohde, Mülheim*

#### Literatur

- 1 Beske F. Studie „Morbiditätsprognose 2050“ des Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung. Kiel; 2009
- 2 Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamt. Bonn; 2012
- 3 Prognosestudie „Stand und Entwicklung der ärztlichen Versorgung von Lungen- und Bronchialkrankheiten durch Pneumologen in der Bundesrepublik Deutschland“, Basel; 1983
- 4 Prognosestudie „Stand und Entwicklung der Pneumologie in der Bundesrepublik Deutschland“. Köln; 1992
- 5 Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer; 2012
- 6 Statistik Bundesärztekammer; Geschäftsbericht 2013

#### Ausschreibung

## René-Baumgart-Stiftung vergibt Forschungspreis

Die gemeinnützige René-Baumgart-Stiftung zur Förderung der medizinischen Forschung im Krankheitsbereich des Lungenhochdrucks bei Kindern und Erwachsenen schreibt den Forschungspreis 2014 aus. Dieser wird für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der pulmonalen Hypertonie vergeben. Angesprochen werden Forscher, die über Lungenhochdruck arbeiten – z. Bsp. Internisten, Kardiologen, Pneumologen, pädiatrische Kardiologen, Herz- und Thoraxchirurgen sowie Grundlagenwissenschaftler.

Prämiert werden können wissenschaftliche Arbeiten, die zum Zeitpunkt der Einreichung innerhalb der letzten 12 Monate oder noch nicht veröffentlicht worden sind und sich klinisch oder experimentell mit der pulmonalen Hypertonie beschäftigen. Wichtige Bewertungskriterien sind Originalität, Innovation und die klinische Relevanz der Arbeit. Die Verbesserung der Versorgung und Betreuung des Patienten steht im Vordergrund. Die Arbeit muss schwerpunktmäßig im deutschsprachigen Raum (Schweiz, Österreich und Deutschland) durchgeführt worden sein.

Das Preisgeld wird auf 5000 € zur persönlichen Verfügung des Preisträgers festgesetzt. Es wird gebeten, ein Originalmanuskript bzw. einen Sonderdruck in 4-facher Ausführung, einen Lebenslauf mit Foto sowie ein deutschsprachiges Abstract bis zum **31. Dezember 2013** (es gilt das Datum des Posteingangs) bei der René-Baumgart-Stiftung einzureichen. Der Erstautor der Arbeit gilt als Bewerber für den Preis. Die Bewerbungsunterlagen sind zu richten an den stellvertretenden Vorsitzenden der René-Baumgart-Stiftung, Prof. Marius M. Hoeper, Rheinaustr. 94 in 76287 Rheinstetten.

Weitere Hintergrundinformationen zum Forschungspreis und zur Stiftung erhalten Sie im Internet unter: [www.renebaumgart-stiftung.de](http://www.renebaumgart-stiftung.de).

*Mitteilung der René-Baumgart-Stiftung, Rheinstetten*