



Zeitzeugen

Gesundheitswesen im Krankenbett
(Kieler Nachrichten Nr. 54 vom 5. März 1987, Seite 3)

Gesundheitswesen im Krankenbett

Kieler Medizin-Ökonom hält bei Pflegefällen Einsparungen in Milliardenhöhe für möglich - Von Manfred Gottsch

Die Zahl klingt bombastisch: Ausgaben von wenigstens 30 Milliarden DM ließen sich bei der Pflege älterer Menschen in den nächsten 18 Jahren vermeiden und damit einsparen — und das ohne Qualitätsabstriche an deren Versorgung. Dies zumindest behauptet der Kieler Gesundheitssystem-Forscher Heiner Rüschemann. Sinken könnten allerdings nur die Kosten je Einzelfall, nicht jedoch die Gesamtaufwendungen. Der Grund: „Der Bedarf an Pflegekapazitäten wird bis zur Jahrhundertwende drastisch ansteigen“. Diese Entwicklung gelte es ohne eine weitere Belastung der Bürger finanziell aufzufangen.



Heiner Rüschemann ist Leiter der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen. Foto Renard

Etwas 120 Milliarden DM gaben die gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr für die Behandlung ihrer Mitglieder aus. 1980 waren es 86 Milliarden DM, 1960 sogar nur neun Milliarden DM. Die Versicherten werden entsprechend zur Kasse gebeten. In einigen Orten der Bundesrepublik wie Köln oder Rothenburg/Wümme kletterten die AOK-Beiträge bereits auf 14,9 Prozent des Bruttoeinkommens. Weitere Beitragssteigerungen zeichnen sich ab. Das Gesundheitswesen ist selbst zum Patienten geworden, bedroht von einem Finanzkolaps.

Rüschemann, Leiter der Kieler Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen, untersuchte für die Robert Bosch Stiftung den Pflegebereich in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten. Er bringt das Dilemma auf folgende Formel: „Der Rückgang der bundesdeutschen Bevölkerung und die gleichzeitig steigende Lebenserwartung belasten das Gesundheitswesen erheblich. Immer weniger Erwerbstätige müssen die medizinische Versorgung einer wachsenden Anzahl

von Menschen in höherem Lebensalter finanzieren“. Verschärft werde das Problem noch durch eine Verkürzung der Lebensarbeitszeit und die hohe Arbeitslosenquote. Für die Kassen bedeutet dies erhebliche Beitragseinbußen.

Doch damit nicht genug: Mit dem Alter steigt auch die Krankheitshäufigkeit und damit der Bedarf an medizinischen Leistungen. Zudem hat sich das Spektrum der Krankheiten verändert. Rüschemann: „Der Trend geht hin zur kostenintensiven Langzeitversorgung, also zur Leistungsausweitung zum Beispiel bei der Behandlung von Unfallfolgen oder chronischen-degenerativen Erkrankungen“. Zu denken sei etwa an Durchblutungsstörungen im Herz- und Hirnreich oder an Verschleißerkrankungen des Bewegungsapparates. Für die Kassen bedeutet dies enorme Ausgabensteigerungen.

Um das bundesdeutsche Gesundheitswesen ohne Qualitätsverlust vor einem Zusammenbruch zu bewahren, sieht der Kieler Medizin-Ökonom nur eine mögliche Therapie: „Vorhandene Unwirtschaftlichkeiten müssen abgebaut werden“. Und die gebe es besonders im stationären Bereich. Kennzeichnend sei hier die Versorgung von Pflegebedürftigen. Ein erheblicher Teil dieser Menschen liege in den teuren Betten der Akutkrankenhäuser, „obwohl sie dort mit Sicherheit nicht hineingehören und auch nicht sein wollen“ (Rüschemann). Betroffen seien jährlich mindestens 500 000 Patienten oder neun Millionen Pflegetage der insgesamt 200 Millionen Akutpflegetage, errechnete Rüschemann. Diese Zahlen „bewegen sich an einer gesicherten Untergrenze, da sie sich nur auf ausgesprochene Pflege Diagnosen beziehen“. Ein Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen komme in einer Gesamtschau zu Ergebnissen, die das Dilemma in noch größerem Umfang aufzeigten. „Danach ist der Anteil der älteren Krankenhauspatienten (65 Jahre und älter) deutlich stärker gestiegen als der Anteil der Rentner an der Wohnbevölkerung“, berichtet der Kieler Medizin-Ökonom. Jährlich seien weit über eine Million Langzeitranke über 65 Jahre in stationärer Behandlung in Akutkrankenhäusern, auf die bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 38,9 Tagen rund 42 Millionen Pflegetage entfielen.

Zum Großteil handelt es sich dabei um Fehlbelegungen, meint Rüschemann. Seinen Untersuchungen nach werden Pflegebedürftige häufig länger im Akutkrankenhaus behalten, als dies medizinisch notwendig ist. Um Abhilfe zu schaffen, empfiehlt der Kieler Kostendämpfer drei Ansätze:

● **Aufbau funktionsgerechter Pflegeeinheiten** — Während die durchschnittlichen Kosten je Akutkrankenhaustag in der Bundesrepublik heute bei 240 DM liegen, so Rüschemann, belaufen sich die entsprechenden Kosten in einem Pflegeheim auf 80 DM. Für die ambulante Pflege werden die Leistungen der Gemeindekrankenpflege mit je 34 DM und die Hauspflege mit 19,50 DM je Stunde vergütet — bei einer durchschnittlichen Pflegezeit von 0,75 beziehungsweise 1,5 Stunden pro Tag und Pflegebedürftigen (Schätzungen des schleswig-holsteinischen Sozialministeriums).

Aufgrund dieses Kostenvergleichs und angesichts eines sich drastisch erhöhenden Pflegebedarfs drängt Rüschemann auf einen begrenzten Ausbau der Pflegeheime, vor allem aber der ambulanten Versorgung durch ausgebildete Fachkräfte. Dies



„Das sieht aber gar nicht gut aus — da werden wir Sie wohl noch ein paar Tage hierbehalten müssen!“

sei nicht nur billiger, sondern werde von den Patienten auch gewünscht: „Sie wollen im häuslichen Milieu bleiben“.

Der stationäre Akutbereich müsse in die Lage versetzt werden, sich auf eine solche Entwicklung einzustellen, argumentiert Rüschemann. Dazu schlägt er zwei grundsätzliche Möglichkeiten vor: den Ansatz über die

Krankenhausplanung und den einer Selbststeuerung über die Krankenhausfinanzierung.

● **Krankenhausplanung** — Die Krankenhausplanung der Länder müsse sich stärker an den vorhandenen Krankheitshäufigkeiten orientieren. Dies laufe zumindest für einige Fachgebiete auf den Abbau medizinisch nicht bedingter Kapazitäten hinaus, wie es unlängst auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen empfohlen habe. Rüschemann will nicht den bloßen Abbau überflüssiger Akutbetten, sondern dort — wo möglich — deren Umwidmung in kostengünstigere Pflegebetten.

● **Krankenhausfinanzierung** — Die Krankenhausfinanzierung sollte nach Ansicht von Rüschemann durch alternative und konkurrierende Systeme in einem Selbststeuerungsprozess Unwirtschaftlichkeiten offenlegen und abschaffen helfen. Der Kieler favorisiert ein geändertes Abrechnungssystem: Statt über Tagespauschalen sollten die Krankenhäuser zumindest teilweise mit den Kassen nach diagnosebezogenen Preisen abrechnen, die sich am Krankheitsbild und nicht an der „künstlich veränderbaren Länge des Hospitalaufenthaltes“ orientieren. Auf diese Weise könne die Verweildauer im Krankenhaus auf das medizinisch bedingte Maß verkürzt werden. Wie berichtet, läuft dazu an einer Kieler Augenklinik bereits ein Modellversuch mit der AOK der Forde Stadt. Ergebnis nach einem Jahr: eine Fallkostensenkung um 35 Prozent und eine doppelt so hohe Ausnutzung vorhandener Kapazitäten.

Durch eine „funktionsgerechte Zuweisung der Pflegepatienten“, so Rüschemanns Lösungsformel, ließen sich Milliardenbeträge einsparen und der künftige Pflegebedarf ohne Qualitätsabstriche für die Betroffenen gewährleisten, prophezeit der Medizin-Ökonom. Der Weg dorthin sei allerdings nicht ohne Hindernisse. Zur Begründung zitiert Rüschemann seinen wissenschaftlichen Beirat Prof. Uwe Reinhardt aus Princeton/USA: „Jede Ausgabe ist irgend eines anderen Einkommen; anders ausgedrückt: Jede Kostendämpfung oder Ausgabenkürzung ist irgend eines anderen Einkommensminderung“.



Gemeindeschwestern leisten bei der ambulanten Versorgung alter Menschen wertvolle Dienste. Foto htr