

Krankenpflegeausbildung: Finanzierungskonzept immer noch umstritten

Mehr als 12 500 Ausbildungsplätze in den Krankenhäusern seien gefährdet, wenn sich Bund und Länder sowie die Krankenkassen weiter gegen ein tragbares Finanzierungskonzept sperren. Das erklärte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf. Sie befürchtet sogar, daß kurzfristig wichtige Fachberufe der Hospitäler von der Bildfläche verschwinden könnten, weil die Finanzierung wichtiger, den Krankenhäusern angegliederter Schulen und Lehrstätten nicht dauerhaft gesichert sei. Dies gilt insbesondere für Ausbildungsstätten der medizinisch-technischen Assistentinnen (MTA), Krankengymnasten, Masseur und anderer Fachberufe.

Nur integrierte Ausbildungsstätten werden gefördert

Das am 22. Dezember 1981 verabschiedete „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz“ (KHG) regelt auf Dauer lediglich die Finanzierung der „mit den Krankenhäusern *notwendigerweise verbundenen* Ausbildungsstätten“. Nach Meinung der Bundesländer sind dies nur die Ausbildungsstätten für Krankenpflegefachberufe und Hebammen.

Die übrigen Schulen sind dagegen nicht berücksichtigt worden, weil die Ausbildung angeblich *nicht* in die Versorgung der Krankenhauspatienten *integriert* ist. Deshalb ist nach einer Interpretation des Bundesarbeitsministeriums auch im Gesetz bestimmt worden, daß die Kosten des *theoretischen* Teils der Ausbildung (Unterrichtskosten) nur noch bis zu einer Auslaufrist (31. Dezember 1988) im Pflegesatz berücksichtigt werden dürfen. Ab 1989 sollen sie, wie bereits jetzt die Investitionskosten, von den Ländern finanziert werden.

Anläßlich der jüngsten Sitzung des Bund-Länder-Ausschusses (gemäß § 7 Absatz 1 KHG) und des Krankenhausbeirates (nach § 7 Absatz 4 KHG) wurde dieser unhaltbare Zustand moniert und Abhilfemaßnahmen wurden ventiliert. Der Krankenhausbeirat hat an die Länder appelliert, entsprechende Verantwortung der Länder für das Bildungswesen und vor dem Hintergrund der Jugendarbeitslosigkeit und fehlender Ausbildungsplätze umgehend eine sachgerechte Lösung des Problems der Ausbildungsfinanzierung der Fachberufe am Krankenhaus zu finden.

► Der Bund-Länder-Ausschuß ist aufgefordert worden, die noch offene Rechtsfrage zu klären und zu bestimmen, welche Ausbildungsstätten außer den unbestrittenen im Sinne des Gesetzes (§ 2 Nr. 3 e KHG) „mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbunden“ und daher zusammen mit den laufenden Betriebskosten über den Pflegesatz zu finanzieren sind.

Während die Krankenkassen bestreiten, auch *Pflegevorschuler*, der bereits anerkannten Ausbildungsstätten in die Finanzierung einzubeziehen, ist die Frage der Finanzierung von Schulen für Masseur und medizinische Bademeister solange zurückgestellt worden, bis für bestimmte Ausbildungsstätten (insbesondere für solche, die mit orthopädischen Kliniken verbunden sind) eine einvernehmliche Spezialregelung gefunden worden ist.

Eine Kompromißlösung wird angestrebt

Noch keine Einigung wurde über die Behandlung folgender Ausbildungsstätten erzielt: für Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, für Logopäden, Krankengymnasten, Diätassistenten, für medizinisch-technische Radiologie-Assistenten, medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten und für Orthoptisten.

► Während DKG und Bundesarbeitsministerium Wert darauf legen, daß die umstrittenen Ausbildungsstätten in einer Gesamtfinanzierung gesichert werden, zeichnet sich folgende Kompromißlösung ab: Entsprechend dem Anteil der normalerweise am Krankenhaus stattfindenden Ausbildung sollen 50 Prozent der Gesamtkosten (ohne Investitionskosten) über den Pflegesatz und 50 Prozent über andere Quellen (Mittel des Bundeslandes, Schulgeld usw.) finanziert werden. Der Vorschlag, die 50 Prozent jeweils von den sogenannten *Nettokosten* zu berechnen, ist von den Bundesländern und insbesondere auch von der DKG abgelehnt worden. In Anbetracht der Tatsache, daß die Regelungen zur Zeit in den Bundesländern unterschiedlich sind, hat das BMA den Verbänden eine Bestandsaufnahme und synoptische Zusammenfassung unterbreitet, auf deren Basis gegebenenfalls eine Entscheidung gefällt werden soll. HC

Oberschenkelhalsbruch – charakteristische Unfallverletzung im Krankenzimmer

Die meisten Oberschenkelhalsbrüche ereignen sich in Krankenzimmern und ähnlichen „Räumen des Gesundheitsdienstes“. Das hat eine unfallstatistische Untersuchung von Dr. Wolfgang Abt und Wolfgang Jäger (beide: Zentralstelle für Unfallverhütung und Arbeitsmedizin des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften) ergeben. Unfallbedingte Verletzungen des Oberschenkelhalses sind danach fast ausnahmslos geschlossene Knochenbrüche. Der Oberschenkelhalsbruch ist insbesondere eine für Frauen typische Verletzung. So ist die Unfallhäufigkeit (Bezugsgröße = 1 Million Beschäftigte) der Frauen bei den angezeigten Unfällen 1,7mal und bei den erstmals entschädigten, d. h. zu einer Unfallrente führenden Fällen, fast

KURZBERICHTE

1,2mal höher als bei den Männern. Oder anders ausgedrückt: Wenn 10 000 Männer oder 10 000 Frauen einen Unfall erleiden, dann sind (aufgerundet) „nur“ 6 Männer, jedoch 29 Frauen mit Oberschenkelhalsbrüchen darunter (alle Zahlen für 1980). Bei den erstmals entschädigten Männer- bzw. Frauenunfällen kommen 119 Männer, dagegen aber 363 Frauen auf 10 000 entschädigte Unfälle. 17 Oberschenkelhalsbrüche endeten tödlich; diese Verletzung steht damit an vierter Stelle unter den tödlichen Frauenunfällen.

Typische Unfälle im täglichen Krankenhaus-Betrieb

Für das Jahr 1980 wurden 1488 Unfälle mit Oberschenkelhalsbruch angezeigt. Davon ereigneten sich 1128 (76 Prozent) bei sogenannten betrieblichen Tätigkeiten.

Die Auswertung nach Arbeitsbereichen hat ergeben, daß von 564 angezeigten Frauenunfällen im „Betrieb“ sich 319 im Krankenzimmer ereigneten. Von 307 entschädigten Unfällen entfallen 20 Unfälle auf den Arbeitsbereich Krankenzimmer und bei den tödlichen Unfällen sind es 9 von 17.

Es gibt drei hauptsächliche Unfalltypen:

- ① Stolper-, Rutsch- und Sturzunfall: 68 Prozent bei den angezeigten Unfällen, 70 Prozent bei den erstmals entschädigten Unfällen,
- ② Unfälle bei Nebentätigkeiten (wie Ausruhen, Herumstehen, Umkleiden, sich Waschen): 11 Prozent bei den angezeigten Unfällen, 16 Prozent bei den erstmals entschädigten Unfällen,
- ③ Unfälle beim Heben, Tragen, Schieben, Ziehen und ähnlichen manuellen Transportarbeiten: 8 Prozent bei den angezeigten Unfällen, 7 Prozent bei den erstmals entschädigten Unfällen.

Die drei Unfalltypen lassen sich dem großen Unfallkomplex des Stürzens und Hinfallens im weitesten Sinne zuordnen. Fußböden und Bodenbeläge (Teppiche, Matten, Bettvorleger u. ä.) liegen mit 55 und 60 Prozent an der Spitze der Rangliste bei den unfallauslösenden Gegenständen. Aber auch durch Abrutschen von Stühlen oder Sesseln, ja sogar durch Herausfallen aus dem Krankenbett kommt es zu Oberschenkelhalsbrüchen.

Die Untersuchung von Abt/Jäger führt auch zu einer sozialpolitischen Ungereimtheit: Bei den Verletzungen im „Arbeitsbereich Krankenzimmer“ handelte es sich überwiegend um über 65 Jahre alte Frauen, zum Teil auch um gleichaltrige Männer. Obwohl Menschen in diesem Alter gewöhnlich nicht mehr erwerbstätig sind, tauchen sie in der Arbeitsunfallstatistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf.

Begründung steht im Reha-Angleichungsgesetz

Die Begründung ist in § 21 Nr. 31 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881) zu finden; danach wurde § 539 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung um die Nr. 17 a erweitert. Seitdem sind auch solche Personen von der gesetzlichen Unfallversicherung geschützt, die von einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer landwirtschaftlichen Alterskasse zur Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in einem Krankenhaus, einer Kur- oder Spezialeinrichtung mit Unterkunft und Verpflegung untergebracht werden.

Von dieser Gesetzesänderung wird in der Hauptsache die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft betroffen, weil diese im Gesetz als für die sogenannten 17-a-Fälle zu-

ständig (ausgenommen die Schifffahrt) benannt ist. Dieser 17 a also erklärt, warum von 1975 bis 1979 ein eklatantes Ansteigen der Unfallzahlen (mit bis zu 20facher Erhöhung gegenüber 1974) im Krankenzimmer statistisch nachzuweisen ist. Im Grunde wurde der gesetzlichen Unfallversicherung damit ein art- und systemfremdes Risiko aufgebürdet. Denn die Berufsgenossenschaften sollen ja als Solidargemeinschaft bestimmter Gewerbebezüge mit ähnlicher Unfallgefährdung die im Erwerbsleben auftretenden Unfälle verhüten und entschädigen. So läßt sich selbst noch aus der Unfallstatistik der ideologische und politische Drang zur Verschiebung von Lasten zwischen den Versicherungszweigen (hier von Kranken- und Rentenversicherung auf Unfallversicherung) nachweisen.

Für Ärzte, die für den „Arbeitsbereich Krankenzimmer“ Verantwortung haben, folgt aus der Unfallstatistik aber auch: Patienten, die zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einer Krankenanstalt sind, bedürfen erhöhter Aufmerksamkeit auch des Pflegepersonals. Sie sind in hohem Maße sturzgefährdet, wenn sie anfangen „wieder laufen zu lernen“. Die bei Bettlägerigkeit einsetzende Entkalkung der Knochen, Kreislaufabflautung oder Muskelatrophie begünstigen das Hinfallen und Brechen der Knochen.

Die Heilung von Oberschenkelhalsbrüchen ist bekanntlich langwierig und teuer. Dazu führt die Studie folgende Durchschnittswerte an, die für Oberschenkelhalsbrüche in der gewerblichen Wirtschaft in den letzten Jahren ermittelt wurden:

► Dauer der Arbeitsunfähigkeit: 203 Tage

► Dauer der stationären Behandlung: 63 Tage

► Minderung der Erwerbsfähigkeit: 25 Prozent. EB