

Wunschzettel des Arbeitsministeriums

Schützenhilfe bei den Anstrengungen, die „Hygiene-Welt“ in Ordnung zu bringen, erhalten die Krankenkassen auch seitens des Bundesarbeitsministeriums. Abteilungsleiter Karl Jung nannte ein ganzes Maßnahmenbündel:

1 Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenhaushygiene sollten „integraler Bestandteil“ einer qualitativ hochstehenden Leistungspalette sein. Insofern müssten präventive und klinikhygienische Maßnahmen auch über die Pflegesätze finanziert werden. Die Krankenkassen werden aufgerufen, erforderliche Stellen für Hygienefachkräfte in den Budgetverhandlungen zu akzeptieren und über die Pflegesätze zu bezahlen. Schließlich habe der Patient einen Anspruch, daß „Schaden“ von ihm abgewendet wird.

2 Die Länder werden aufgerufen, die Fördermittel so zu bemessen, daß ausreichende funktionellbauliche Maßnahmen im Hygienesektor ergriffen werden können. Werden die staatlichen Förderbeträge wie bisher ausschließlich auf Reparatur- und Renovierungsmaßnahmen beschränkt und wird der „Investitionsstau“ nicht zügig abgebaut, kommt auch der Hygienesektor zwangsläufig zu kurz.

3 Der Umfang von Einzelmaßnahmen sollte für jedes Krankenhaus „vor Ort“ zwischen den Verhandlungspartnern festgelegt werden. Allerdings, so stellte Karl Jung in Hannover fest, gebe es bislang keine objektivierbaren und schlüssigen Kriterien, um das Optimum von klinikhygienischen Maßnahmen festzulegen. Auch gebe es keine operativen Bewertungsregeln für das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Hygiene-Maßnahmen (wiewohl einzelne Forschungsinstitute, etwa das der Universität Freiburg, Vorleistungen bereits erbracht haben).

4 Aus der Sicht des Bundesarbeitsministeriums fehlen zudem verbindliche Vorschriften über Anspruch und Deckung der entstehenden Kosten.

5 In Anbetracht der knappen Ressourcen (Investitions- wie Be-

triebskosten) sollten strenge Effizienzkriterien zum Zuge kommen und überwacht werden. Erforderlich sei ein klinikhygienisches Gesamtkonzept, das nicht einzelne Glieder, sondern *sämtliche Glieder der Hygienekette* verstärkt.

6 Allerdings müsse auch vor einer Überinvestition und einer übertriebenen, kostenaufwendigen „Wegwerfmentalität“ im Hygienesektor gewarnt werden (dies wurde auch von Prof. Daschner vor dem 15. Deutschen Krankenhaustag bestätigt). Berechnungen zufolge sind 50 Prozent des Hausmülls in Kliniken recyclebar, so Daschner.

7 Erforderlich sind aus der Sicht des Bundesarbeitsministeriums auch mehr Qualifikation und Kompetenz sowie Entscheidungsvermögen im Hygienesektor. Eine gezielte, auch aus öffentlichen Mitteln zu fördernde Forschung müsse darauf angelegt sein, Defizite im Hygienesektor aufzuzeigen und Abhilfemaßnahmen praxisgerecht zu entwickeln. Schließlich sollten auch organisatorische Verfahren über den Einsatz von Hygienemaßnahmen im Krankenhaus entwickelt und einvernehmlich installiert werden.

8 Übertriebene Anforderungen an Hygienemaßnahmen ohne Kalkulation der direkten und indirekten Kosten (Folgekosten) seien ebenso fehl am Platz wie nonchalante Untertreibungen und sträfliche Vernachlässigungen auf diesem Sektor. Überzogene Anforderungen erzeugten erfahrungsgemäß eine „Antihaltung der Finanziere“.

9 Nachdrücklich befürwortet das Bundesarbeitsministerium verbindliche Richtlinien auf dem Hygienesektor. Die von einer Arbeitsgruppe beim Bundesgesundheitsamt 1976 entwickelte „Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen“ sei weder up to date, noch sei sie allgemeinverbindlich. Sie sei „kein materielles Recht“ und „keine Verwaltungsanweisung mit Verbindlichkeitscharakter“, so Jung.

Dieses „gesundheitpolitische Vakuum“ müsse schleunigst beseitigt werden – auch im Sinne eines noch nicht total ökonomisierten Krankenhausbetriebes! Dr. Harald Clade

Fortbildung zum Leitenden Notarzt

Nach einer „Pilotveranstaltung“ im Vorjahr wurde nun von der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Westfalen-Lippe des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und dem DRK-Kreisverband Olpe, der Arbeitsgemeinschaft Notärzte NW, der Freiwilligen Feuerwehr Olpe, dem Rettungsdienst des Kreises Olpe und der Landesfeuerwehrschule in Münster das zweite Fortbildungseminar „Leitender Notarzt“ erfolgreich abgeschlossen. Über 60 erfahrene Notärzte aus dem gesamten

KURZBERICHTE

Bundesgebiet absolvierten vom 11. bis 14. August unter Leitung von DRK-Landesarzt Dr. med. Hans-Joachim Meyer (Olpe) und Dr. med. Reinhard Hunold (Olpe) das 40stündige Fortbildungsprogramm entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI).

Die Forderung nach einem Leitenden Notarzt, der bei Großschadensereignissen mit vielen Verletzten die Koordination des medizinischen Hilfseinsatzes übernimmt, wird nicht erst seit der Flugtag-Katastrophe von Ramstein, die auch Gegenstand von Erfahrungsberichten im Rahmen des Seminars war, immer wieder von der Ärzteschaft erhoben. Das Fortbildungskonzept vermittelte die für eine Tätigkeit als Leitender Notarzt erforderlichen Qualifikationen. Die Seminarteilnehmer erfuhren nicht nur Besonderheiten der medizinischen Versorgung beim Massenansturm von Verletzten; einsatztaktische Gesichtspunkte, Führungslehre und organisatorische Fragen wurden ebenso angesprochen wie praktische und technische Fortbildung, zum Beispiel die funktechnische Koordination im Einsatz verbunden mit einer Funk-

übung. Den Abschluß bildete ein Planspiel „Großschadensunfall und gemeinsame Einsatzlenkung“ in der Landesfeuerwehrschule Münster. Am Beispiel einer Autobahn-Massenkarambolage wurden im Modell der Ernstfall geprobt, Möglichkeiten der technischen und medizinischen Hilfe diskutiert und Lösungswege für die Bewältigung des Massenankfalls Verletzter aufgezeigt – dies alles unter sachkundiger Leitung von Lan-

desfeuerwehrarzt Dr. med. Dieter Stratmann (Minden), Vertretern der Feuerwehr und der Polizei. Auch wenn sich alle Verantwortlichen in zwischen über Rolle und Bedeutung Leitender Notärzte im klaren sein sollten, bedarf es noch vieler Initiativen zur Bestellung Leitender Notärzte durch die Träger des Rettungsdienstes. Das Angebot der Ärzteschaft, Leitende Notärzte zu qualifizieren, ist da. Martin Melin

Bevölkerungsaufbau

Von der „Pyramide“ zum „Pilz“

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht seit einiger Zeit „portionsweise“ die Ergebnisse der Volkszählung 1987. Die jüngsten Veröffentlichungen beschäftigen sich unter anderem mit den Bereichen Bildung und soziale Sicherung.

Der Geburtenrückgang ab Mitte der 60er Jahre hat bereits in der Vergangenheit zu einer erheblichen Verminderung der Schülerzahlen an allgemeinbildenden Schulen geführt. Dies gilt vor allem für Grundschulen sowie für den Sekundarbereich I, also bis zur 10. Klasse. Im Sekundarbe-

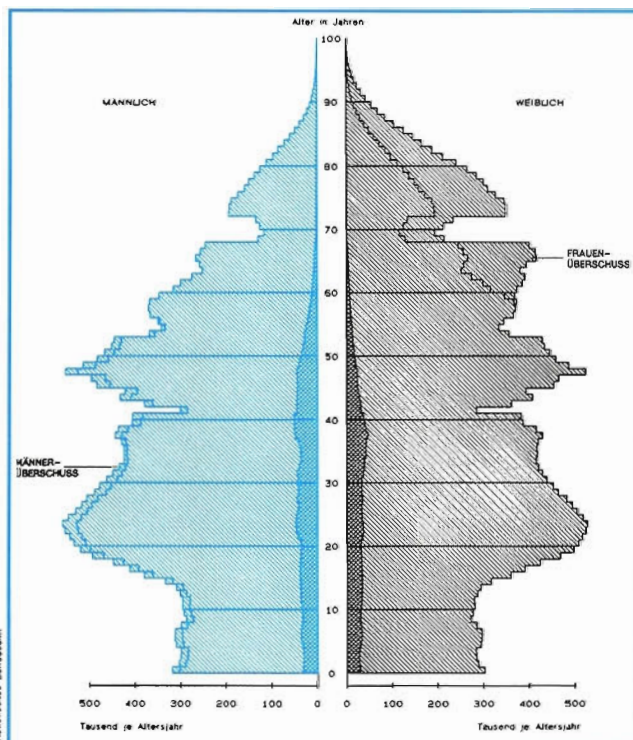
reich II, das heißt in den 11. bis 13. Klassen, hat sich dieser Rückgang noch nicht so deutlich gezeigt, wird aber in den nächsten Jahren auch auf diese Stufe zukommen.

Einen großen Ansturm verzeichnen derzeit die Hochschulen. Der „Babyboom“, der bis Mitte der 60er Jahre anhielt, die Ausbuchtung der Pyramide (Abbildung, basierend auf der Volkszählung 1987) in der unteren Hälfte, spiegelt sich in dieser Entwicklung wider. Hier zeigt sich aber auch, daß viele nach dem Abitur wegen der Zulassungsbeschrän-

kungen an Universitäten erst einen Beruf erlernten, bevor sie dann mit über 20 Jahren an die Universitäten gehen. Die Studierneigung nimmt schon heute bei den Abiturienten wieder zu. Langfristig wird es dennoch auch bei den Studierenden zu einem Rückgang kommen.

Die Alterspyramide läßt bereits heute deutlich erkennen, welche Probleme in Zukunft auf die Alterssicherung zukommen. Die breiter gewordene Spitze der Pyramide, die hohe Zahl alter Bürgerinnen und Bürger ist die Folge der in den letzten Jahrzehnten stark gestiegenen Lebenserwartung. Besonders auffallend ist der deutliche Frauenüberschuß ab dem 60. Lebensjahr, der zum einen auf die längere Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung, zum anderen aber auch auf die bei der männlichen Bevölkerung höheren Ausfälle durch den Zweiten Weltkrieg zurückzuführen ist.

Der Stand der Bevölkerungspyramide ist im Hinblick auf die Alterssicherung noch nicht aktuell problematisch: Noch steht dem breiten Block der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter eine schmalere Spitze der Pyramide gegenüber. Doch projiziert man die zukünftige Entwicklung auf eine Pyramide, dann wird der heute schmale Fuß zum schmalen „Bauch“ der Pyramide, der heute breite „Erwerbsbevölkerungsblock“ wird dann die Spitze bilden – die Pyramide wird „kopflastig“ werden. Langfristig wird sich das zahlenmäßige Verhältnis der Bevölkerung im Rentenalter zur Bevölkerung im Erwerbsalter verdoppeln. Natürlich gilt dies nur, wenn nicht durch Änderungen der Geburtenentwicklung oder durch Zuwanderungen etwa aus dem EG-Bereich andere Bedingungen als heute entstehen (die Untersuchung des Statistischen Bundesamtes umfaßt noch nicht die Folgen der Übersiedler- und Aussiedlerwellen!). Eine Fortsetzung des in der jüngsten Vergangenheit beobachteten leichten Geburtenanstiegs könnte die Entwicklung abschwächen. Die zunehmende Zahl betagter Bürgerinnen und Bürger wird im Sozialbereich, insbesondere in der Berufsstruktur des Sozialwesens, erhebliche Änderungen mit sich bringen. WZ



Die Einschnitte im oberen Bereich der Bevölkerungspyramide markieren die Geburtenausfälle während und nach den beiden Weltkriegen sowie während der Weltwirtschaftskrise um 1932. Der schmale Fuß der Pyramide – die heute mehr einem Pilz ähnelt – hat sich infolge des Mitte der 60er Jahre einsetzenden Geburtenrückgangs gebildet. Lange Zeit hatte die Bundesrepublik Deutschland die niedrigste Geburtenrate der Welt, ab 1986 wird sie lediglich noch von Italien „übertroffen“. Der breite „Bauch“ der Pyramide erklärt derzeitige Probleme auf dem Wohnungsmarkt, auf dem Arbeitsmarkt und im Bildungsreich. Der schmale Fuß und die verbreiterte Spitze machen die Problematik der Alterssicherung deutlich