

heitsministerium in Berlin. Mit Verwunderung werden sie weiterhin aus einem SPD-Papier entnehmen können, daß ungeachtet der durch die jüngsten Ereignisse demonstrierten Unmöglichkeit einer Planung davon die Rede ist, den „Bedarf“ für die ambulante Versorgung zu planen. Eine Niederlassung über die Plangrößen hinaus soll nicht möglich sein.

Für die Arzneimittelversorgung werden alte Vorschläge reaktiviert, so die von direkten Verhandlungen von Herstellern und Kassen. Positivlisten werden vorgeschlagen, betriebsmedizinische Dienste und Polikliniken sollen zu entscheidenden Kristallisationspunkten eines neuen fortschrittlichen Versorgungssystems werden. Niemand hätte in der Aufbruchstimmung unmittelbar nach der Wende in der DDR und dem damals noch frischen Bewußtsein von der historischen Dimension dieses Prozesses gedacht, daß sich die Dinge so rasch in Richtung Kleinmut, egoistischer Interessenvertretung und Stellvertreterkampf entwickeln würden. Das bundesdeutsche medizinische Versorgungssystem ist ungeachtet aller punktuellen Mängel und Steuerungsfehler beispielhaft in der Welt. Es ist eine törichte Hoffnung, man könne nun aus beiden Systemen etwas drittes, noch besseres konstruieren. Um solches zu leisten, fehlt allein die Zeit: Auch die beste Lösung ist schlecht, wenn sie zu spät kommt. Wir müssen umgehend Übergangslösungen finden, die darin bestehen können, über eine gewisse Zeit hinweg der DDR quantitative Abstriche im Versorgungsangebot, im Leistungsgeschehen – verglichen mit unserem System – zuzumuten. Aber etwas qualitativ Neues für die DDR und dann weitergehend für die Bundesrepublik ist nicht zu entwerfen.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Michael Arnold
Stiftungsprofessor
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Fakultät
(Theoretische Medizin)
Universität Tübingen
Österbergstraße 3
7400 Tübingen

Demographischer Umbruch: Ersatzkassen suchen Konzept

Es gibt immer mehr ältere und alte Menschen. Damit wächst auch die Zahl der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen. Mit dem Gesetz zur Gesundheitsreform haben die Krankenkassen ein Instrument in die Hand bekommen, das es ihnen erlaubt, Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation zu fördern. Diesen neuen Spielraum wollen die Ersatzkassen nutzen.

Auf dem Ersatzkassenforum 1990, einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen (AEV), ist bereits der konkrete Handlungsbedarf ausgelotet worden. Ziel ist eine gesündere Lebensweise, das „weitgehende Zusammendrängen irgendwann unausweichlicher Schadensereignisse in späteste Lebensabschnitte mit möglichst kurzer Qualitätseinschränkung der Lebensführung“, wie es Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz zusammenfaßt. Schwartz arbeitet in der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Während über die Notwendigkeit des von den Krankenkassen angestrebten Wandels weitgehende Einigkeit herrschte, ergab die Bestandsaufnahme der möglichen und nötigen Maßnahmen ein buntes Bild.

Höhere Lebenserwartung ist teuer

Ursprung aller Überlegungen sind die steigenden Ausgaben; verbunden mit den Möglichkeiten, die die neue Gesetzeslage bietet. Schwartz rechnet bei Beibehaltung der jüngsten Entwicklung in der medizinischen Versorgung innerhalb der nächsten zehn Jahre mit einer Steigerung des Ausgabenniveaus in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) real um wenigstens 17 Prozent, davon allein im stationären Bereich um 31 Prozent. Dr. Eckart

Fiedler, Geschäftsführer der beiden Ersatzkassen-Verbände: „Angesichts der demographischen Entwicklung kann man den Eindruck bekommen, daß wir in eine Krise der Unfinanzierbarkeit kurativer Leistungen schlittern.“ Grobe Marschrichtung, so wie es sich auf dem Forum in Bad Godesberg darstellte: Nicht viel ändern bei der Pflegefinanzierung (höchstens bei der Kurzzeitpflege), Steuerung gegen weitere Kostensteigerungen im stationären Bereich sowie neue Programme zur Prävention und zur Rehabilitation. Dazu sollte nach Ansicht von Bundesgesundheitsministerin Prof. Dr. Ursula Lehr auch der Ausbau der Kuren zählen. Im übrigen kein eigenes Facharztgebiet Geriatrie/Gerontologie, aber keine Einwände gegen die (bildungspolitische) Einrichtung von Geriatrie-Lehrstühlen an den Universitäten; größere geriatrische Kompetenz vor allem bei Hausärzten.

Hintergrund des Bemühens um ein neues Konzept: Die alte Bevölkerungspyramide mit vielen jungen und wenig alten Menschen ist einer neuen Dynamik gewichen. Prof. Dr. Schwartz: „Der pyramidenförmige Aufbau ist vielleicht für den Sozial- und Rentenpolitiker eine nach wie vor erträumte Konstellation. Heute ist er aber nur noch für Entwicklungsländer und industrielle Schwellenländer typisch.“ Ihn wieder herbeizusehnen sei abstrus. Die Lebenserwartung von etwa 35 Jahren Ende des letzten Jahrhunderts ist auf 72 Jahre bei männlichen und 78,6 Jahre bei weiblichen Neugeborenen gestiegen. Jedoch der bereits 60jährige hat heute durchschnittlich weitere 17,3 Lebensjahre, die 60jährige noch 22 Lebensjahre vor sich – Tendenz steigend, rechnete die Bundesgesundheitsministerin vor. Zur Zeit leben in der Bundesrepublik 9,3 Millionen Bürger, die älter als 65 Jahre sind.

Die Ersatzkassen rechnen damit, daß die GKV 1990 etwa 140 Milliarden DM ausgeben wird. Auf die ambulante und stationäre ärztliche

Behandlung entfällt der Hauptteil. Die Gewichte, so der VdAK, verschoben sich aber immer weiter zu Lasten des Krankenhaussektors. Während sich ambulante und stationäre Kosten 1970 noch die Waage hielten, gaben die Krankenversicherungen für Krankenhausrechnungen 1988 nahezu doppelt soviel wie im ambulanten Bereich aus.

Einmal mehr stand auch die Medikamenten-Verschreibungspraxis am Pranger. Jeder Versicherte über 65 Jahre wird durchschnittlich mit drei Arzneimitteln dauertherapiert. Herz- und Beruhigungsmittel belegen die Spitzenplätze. Wenig Bewegung, falsche Ernährung, Einsamkeit und Depressionen zählen zu den Hauptursachen. Dort sollen zukünftig die Gegenmaßnahmen ansetzen.

Eine simple Umverteilung des Geldes zugunsten von Vorsorge und Rehabilitation wird es nicht geben. Dr. Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, der neue Konzeptionen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsberatung befürwortet, warnte vor einer einfachen Umleitung der Finanzmittel vom kurativen in den präventiven Bereich. Durch den „sicher notwendigen und von der Ärzteschaft unterstützten“ Ausbau von wissenschaftlich gesicherter Prävention und Früherkennung würde die Behandlung kranker Menschen nicht überflüssig. Vilmar: „Es muß versucht werden, das Verhalten jedes einzelnen Menschen und der gesamten Gesellschaft zu ändern.“ Dies sei Aufgabe der Erziehung, aber auch der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz und der Gesundheitsförderung in der Freizeit. Der Bundesärztekammerpräsident rief den Maßnahmenkatalog des 91. Deutschen Ärztetages in Erinnerung:

- Obligatorischer Gesundheitsunterricht in Schulen
- Verstärkte Mitwirkung der Ärzteschaft im Bereich Gesundheits-erziehung
- Die Verankerung der Gesundheitsberatung als präventiver kas- senärztlicher Leistung in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Die Einführung eines primär- und sekundärpräventiven Gesundheits-Check-up

Auch die Einrichtung eines Lehrstuhls für Geriatrie an den Universitäten hält Vilmar für sinnvoll. Über Fortbildungsmaßnahmen müßten gerade die Hausärzte größere geriatrische Kompetenz erhalten. Als weitere Faktoren für psychische und organische Krankheiten nannte Vilmar – nach einem verbalen Kreuzzug gegen Rauchen, Alkohol- mißbrauch, Fehl- und Überernäh- rung – die Entwicklung zur anonymen Massengesellschaft sowie vor- zeitige Berentung und unterschied- liche Umwelteinflüsse.

Eine Kosten-Nutzen-Rechnung von Präventivmaßnahmen und Früh-

erkenntnisuntersuchungen würde wahrscheinlich zeigen, so der BÄK-Präsident, daß „Durchuntersuchungen ganzer Bevölkerungskollektive“ problematisch sind. Hier werde eine Beschränkung auf bestimmte Risikogruppen nötig sein. Angesichts abnehmender Pflegemöglichkeiten in der Familie unterstrichen die Referenten die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. Schließlich ist nach einem Beispiel aus den Vereinigten Staaten, nach dem die Investition eines Dollars für Rehabilitation zehn Dollar Pflege erspart, im Pflegebe- reich von den Kassen nicht allzu viel zu erwarten. rör

Zwei neue Modellprogramme gegen Drogensucht

Mit zwei neuen Modellpro- grammen will das Bundesgesund- heitsministerium dem wachsenden Drogenproblem in der Bundesrepu- blik zu Leibe rücken. Der Parlamen- tarische Staatssekretär Anton Pfeifer teilte mit, dabei gehe es zum einen um die Vorbeugung des Drogenkon- sums vornehmlich im ländlichen Raum sowie die „Entgiftung“ Dro- genabhängiger. Die Bundesregie- rung werde bei der Nationalen Dro- genkonferenz von Bund und Län- dern in Bonn einen „Nationalen Drogenbekämpfungsplan“ vorlegen. Wie in Bonn bekannt wurde, soll die Konferenz am 13. Juni stattfinden.

Nach Angaben Pfeifers soll das Modellprogramm „mobile Präven- tion“ vor allem der Aufklärung und Vorbeugung auf dem Lande dienen. Ab sofort würden 37 Fachleute in der Bundesrepublik eingesetzt, um zusammen mit Drogenberatungsstel- len, Sportvereinen, Schulen und El- ternorganisationen Strategien gegen den Drogenmißbrauch und zur „Im- munisierung“ junger Leute zu ent- wickeln. Im Haushalt 1990 seien da- für vier Millionen DM vorgesehen.

Ein weiterer Modellversuch mit zunächst dreijähriger Laufzeit sieht laut Pfeifer eine „Kompakttherapie“ zur „sofortigen Entgiftung“ von Dro- genabhängigen vor. Wichtigstes Ele- ment dieser Maßnahme sei eine in- tensiv psychosoziale Betreuung. Die Gesamtbehandlung könne bis zu 90 Tage dauern. Es habe sich ge-

zeigt, daß viele Abhängige nicht so- fort zu einer Langzeittherapie bereit seien. Ihnen solle die Möglichkeit geboten werden, erst einmal den Konsum zu drosseln, um dann even- tuell eine stationäre Langzeitbe- handlung zu beginnen. Pro Bett könnten vom Bund 15 000 DM Inves- titionshilfe sowie 350 000 DM für Fachpersonal finanziert werden, teilte Pfeifer weiter mit. Entsprechende Anträge können von den Ländern gestellt werden.

Nach Angaben des Staatssekre- tärs sind in der Bundesrepublik der- zeit etwa 60 000 bis 70 000 Menschen drogenabhängig. Bis zum 19. März sei die Zahl der Drogentoten im Vergleich zum Vorjahreszeitraum von 144 auf 185 gestiegen. Fast 75 Prozent der Toten seien älter als 25 Jahre gewesen. Bei den Abhängigen handele es sich überwiegend um jun- ge Erwachsene, die zumeist in schlechtem Gesundheitszustand und besonders Aids-gefährdet seien.

Künftig soll laut Pfeifer auch die DDR in die Drogenbekämpfung mit einbezogen werden. Geplant seien „kontinuierliche Konsultationen“. Bisher habe es dort an Gesprächs- partnern gefehlt, da die Regierung Erich Honeckers so getan habe, als existiere das Problem nicht. Bei er- sten Gesprächen mit dem amtierenden DDR-Gesundheitsminister sei vor allem die Sorge laut geworden, die DDR könne ein besonderes Ab- satzgebiet für Drogen werden. afp