

Gedanken von in Deutschland tätigen Hausärzten zur Gesundheitspolitik in 2003:

## **Die „Ökonomisierung“ eines Gesundheitswesens führt von einer Zuwendungsmedizin zur Zuteilungsmedizin.**

Vermittlung menschlicher Wärme bleibt zunehmend auf der Strecke!

von Dr. med. Martin Müller

Es ist gegenwärtig bei den anstehenden und vielfältigen Problemen im Gesundheitswesen unseres Landes besonders wichtig, eine wirkungsvolle Zusammenarbeit von Politikern, Gesundheitsökonomen und Vertretern von der Basis, welche täglich Umgang mit Patienten haben, auf den Weg zu bringen. Die Schnittstelle zwischen Gesundheitsökonomen und den praktisch Tätigen im Gesundheitswesen wird zunehmend vermisst. Wenn es um die Versorgung von Menschen geht, darf und kann es nicht nur um ökonomisches Denken gehen, was bei der Behandlung und Pflege von Sachgütern durchaus möglich ist. An dieser Stelle dürfen wir nicht vergessen, daß jeder Mensch ein Individuum ist, was wesentlich geprägt wird von Seele und Geist, wodurch wir uns ganz deutlich unterscheiden von allen anderen Lebewesen der Schöpfung. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betreuung von kranken und pflegebedürftigen Menschen, die Körper, Geist und Seele einbezieht. Dies benötigt deutlich mehr Zeit und Engagement als lediglich die Versorgung des Organismus. Bei der Begleitung von Patienten bis hin zu Sterbenden ist die Vermittlung menschlicher Wärme unumgänglich. Fehlt dieser Aspekt im Umgang mit Patienten, so könnte sich ein möglicher Heilungsprozeß noch deutlich verzögern, was besonders bei psychisch labilen und depressiven Patienten der Fall ist.

Angesichts der Finanzprobleme im Gesundheitswesen ist zur Zeit ein eher zunehmender Personalmangel in deutschen Krankenhäusern, Altenheimen und im ambulanten Bereich zu beobachten. Nicht nur die Patienten und unsere Altenheimbewohner leiden darunter. Auch immer mehr Schwestern, Altenpflegerinnen und Pfleger geraten durch diese entstehenden Defizite in Konflikte oder werden sogar depressiv, weil sich ihr Handeln wegen Zeitmangel immer häufiger nur auf die Versorgung des Organismus beschränkt und die ausreichende Betreuung des ganzen Menschen kaum noch möglich ist.

Als Hausärzte sind wir besonders dicht bei den Menschen. Wir registrieren sehr genau, was in der Bevölkerung gedacht und gesagt wird. So haben wir die Möglichkeit, bereits kurzfristig die Entwicklungen im Zusammenhang mit geplanten oder bereits durchgesetzten, gesetzgeberischen Maßnahmen und deren Konsequenzen zu beobachten und einzuschätzen. Gerne möchten wir, die wir täglich mit vielen Patienten aus allen Bevölkerungsschichten Kontakt haben, unsere Erfahrungen weitergeben. Leider scheint unsere Stimme gegenwärtig immer weniger Gehör zu finden.

Ein konkretes Beispiel für die Mißachtung der Erfahrung allgemeinmedizinisch tätiger Ärzte ist die zu erwartende Fehlentwicklung nach Einführung der DRG`s\* in Deutschland:

Besonders beeindruckt mich die Vorgehensweise der Amerikaner, was die Nachsorge von Patienten nach dem „DRG\*-Block“ anbelangt. Im Rahmen einer Lernreise auf Einladung eines hochrangigen Gesundheitspolitikers der USA – Herrn Senator a.D. Durenberger – lernte ich im Februar diesen Jahres gemeinsam mit drei Kollegen, einem Krankenhaus- und einem

Krankenkassenleiter aus Deutschland in Washington und Minneapolis das amerikanische Gesundheitssystem kennen. Uns wurde berichtet, dass bereits bei der Einweisung in ein Krankenhaus besonders auch älterer Patienten immer ein Sozialarbeiter anwesend ist, um zu prüfen, ob der noch kranke Mensch nach der „DRG\*-Phase“ bereits zu Hause versorgt werden kann, oder ob dies nicht der Fall ist. Besteht vorübergehend bis zur Besserung des Allgemeinzustandes des Patienten nicht die Möglichkeit der Versorgung zu Hause, so kann er noch im gleichen oder einem benachbarten Krankenhaus auf einer speziell für Kurzzeitpflege eingerichteten Station untergebracht und dort zu einem sehr niedrigen Pflegesatz so lange gepflegt werden, bis er wieder zu Hause sein kann.

**Die Übernahme dieser Vorgehensweise in Deutschland erscheint mir nicht nur sinnvoll sondern unbedingt notwendig zu sein.** Wir an der Basis tätigen Hausärzte beobachten bei den jetzt schon deutlich geringeren Liegezeiten einen zunehmenden Bedarf an Kurzzeitpflege.

**Die ab dem 01.01.2004 bundesweit einzuführenden DRG`s\* in den Krankenhäusern und der prognostizierte, drastische Anstieg von einzuweisenden Patienten bereits in den folgenden Jahren (bes. über 65-jährige!), machen ein kurzfristiges Handeln und Umdenken in Deutschland unbedingt notwendig.**

**2005 werden 2,4 Millionen mehr Patienten in deutsche Krankenhäuser eingewiesen werden einschließlich derer, die mehrfach eingewiesen werden müssen, als dies 1999 der Fall war. Von diesen 2,4 Millionen Patienten sind ca. 2,2 Millionen älter als 65 Jahre.**

(Institut für deutsche Wirtschaft – Dr. Jochen Pimpertz)

**Ein drastischer Bettenabbau und die Schließung zahlreicher Krankenhäuser wird in Deutschland zu einem Desaster führen.** Der Bettenabbau wird nicht nur gerade die für die künftige Versorgung unserer alten Mitbürger so wichtigen Arbeitsplätze wegrationieren; es wird noch mehr menschliche Kälte für die auf Pflege angewiesenen Patienten entstehen.

Die Amerikaner verfügen bereits über eine 20-jährige Erfahrung mit den DRG`s\*. Offensichtlich hat sich deren o.g. Vorgehensweise bezüglich der Nachsorge bewährt. Der noch geschwächte Patient kann durch die Ausweitung der Kurzzeitpflege besser versorgt werden.

Wir könnten in Deutschland diese Kurzzeitpflege zum Beispiel durch die nach dem Beginn der DRG\*-Einführung mehr und mehr frei werdenden Bettenkapazitäten nach und nach in den Krankenhäusern selbst ohne weitere Transportkosten leisten.

**Dieser „Kurzzeitpflegeblock“ müßte gar nicht der GKV in Rechnung gestellt werden.**

Er könnte beispielsweise anteilig von den Einkünften (z.B. der Rente minus fixe Kosten) der Patienten und durch eine Erhöhung beispielsweise der Alkoholsteuer finanziert werden. Die Patienten, die nach dem „DRG\*-Block“ bereits nach Hause können, müssen schließlich in dieser Zeit auch von ihrer Rente leben.

Weitere Finanzierungsvorschläge sind unserem Konzept zur Finanzierung des Gesundheitswesens zu entnehmen, welches aus unserer Homepage:

[www.sanierungskonzept-gesundheitswesen.de](http://www.sanierungskonzept-gesundheitswesen.de) heruntergeladen werden kann.

Bei einer Umsetzung unserer Vorschläge könnte das Ziel erreicht werden, wieder mehr Arbeitsplätze zur Versorgung unserer kranken und hilfsbedürftigen Menschen zu finanzieren, um gerade auch unseren älteren Mitbürgern auf diese Weise künftig wieder mehr Menschlichkeit bieten zu können! (\*DRG = Disease related groups = Krankenhausabrechnung nach Diagnosen)

e-mail: [Dr.Martin.Mueller.Neunkirchen@t-online.de](mailto:Dr.Martin.Mueller.Neunkirchen@t-online.de)

Dr. med. Martin Müller (Facharzt für Allgemeinmedizin); Am Lohberg 4; 57290 Neunkirchen; Tel.: 0171-8827571

