

Unheilvolles Blühen im Gesundheitswesen

Autor(en): **Heutschi, Margot / Grossenbacher, Georgette**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **83 (1985)**

Heft 11

PDF erstellt am: **14.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950401>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Unheilvolles Blühen im Gesundheitswesen

Bericht über eine Arbeitstagung der Paulus-Akademie, Zürich, für das Pflegepersonal und weitere interessierte Kreise.

Von Margot Heutschi und Georgette Grossenbacher *

Im Kreuzfeuer standen die Gründe für die erschreckende Kostenspirale im Gesundheitswesen. Den Organisatoren war es jedoch ein Anliegen, weder den Schwarzen Peter hin- und herzuschieben, noch Sündenböcke aufzustellen. Vielmehr sollten Ansätze erarbeitet werden, die am überschaubaren Arbeitsort zu Einsparungen führen könnten. Im besonderen interessierte die Frage, welchen Beitrag das Krankenpflegepersonal zur Kostendämpfung leisten könne, ohne kontraproduktive Gefährdung zu schaffen oder Gefahren ausgesetzt zu werden.

Obwohl die Finanzlage im Gesundheitswesen seit Jahren von allen Medien regelmässig aufgegriffen wird, enthielten die einleitenden Darstellungen des Gesundheitsökonom, Dr. Jürg H. Sommer, Basel, kompakten Zündstoff. Der Referent ging von der Überzeugung aus, dass wir erst vor der Kostenexplosion stehen. Wenig deutet darauf hin, dass sich in allernächster Zeit eine Normalisierung abzeichnet!

Aus dem reichen Zahlenmaterial sei folgendes herausgegriffen:

- Fest steht, dass sich die Ausgaben im Gesundheitswesen von 1950 bis 1980 verzehnfacht haben.
- 1984 betragen sie rund 16 Milliarden. Die Bevölkerung ist damit aber nicht gesünder geworden.
- Der prozentuale Anteil am Bruttosozialprodukt ist von 2,8 auf 7 gestiegen.

In den letzten Jahren haben der Bund in seiner Subventionspolitik und die Kantone in der Deckung der Spitaldefizite ihrerseits den Sparhebel angesetzt.

Damit wurden die Kosten für medizinische Versorgung den Krankenkassen überwälzt. Die Folge ist der stete Anstieg der Prämien. Der Konsument greift von Jahr zu Jahr tiefer in die Tasche.

* Margot Heutschi ist Zentralpräsidentin des Schweizerischen Verbandes der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in Luzern. Georgette Grossenbacher ist Regionalleiterin für Fortbildung des SBK in Zürich.

Ursachen der Kostenexplosion

Als Ursachen für den unverhältnismässigen Aufwand führte der Referent, Dr. J. Sommer, die folgenden Punkte an:

1. Unbegrenzter medizinischer Bedarf;
2. Unmöglichkeit einer präzisen Qualitätsumschreibung für medizinische Leistungen;
3. Fehlende Wirtschaftlichkeitsüberlegungen im Finanzierungssystem unseres Gesundheitswesens.

Zur Sprache kamen namentlich:

- Die *Überalterung* und die damit verbundene ärztliche Versorgung. Alte pflegebedürftige Menschen werden in naher Zukunft noch zunehmen und die Zahl der Arbeitsfähigen wird abnehmen. Hier stellt sich die bange Frage nach der Betreuung der Pflegebedürftigen. - Frauen suchen den Arzt mehr auf als Männer. Sie werden durchschnittlich älter und dementsprechend vermehrt in Institutionen gepflegt. - Ist der Alterungsprozess eine Krankheit?

- Die *medizinisch/technischen Leistungen* haben steil zugenommen: Die Ausgaben für Medikamente stehen auf 1,5 Milliarden jährlich. Davon wird etwa ein Drittel ungebraucht weggeworfen. Die Leistungen im Röntgen- und Laborbereich wurden vervielfacht.

- *Selbständige Fachdisziplinen an den Universitätskliniken* gab es

	BE	BS	ZH
1970	12	19	31
1980	38	70	62

Entsprechend hat das spezialisierte Personal zugenommen.

- Die *Ärztedichte* hat beträchtlich zugenommen. Ärzte treffen auch die Entscheide für die medizinische Versorgung.

Traf es 1960 in der Schweiz 11000 Menschen auf eine Arztpraxis, so

waren es 1981 noch 816 Menschen. Bis 1990 wird 1 Arzt auf 500 Einwohner geschätzt; in den grossen Agglomerationen ist diese Zahl bereits unterschritten.

- Die *Spitalkapazität* ist hoch im Vergleich mit anderen europäischen Ländern. Untersuchungen haben ergeben, dass 42% der Patienten in den falschen Betten liegen; betagte Menschen über Monate in teuren Spitalbetten. Ein Tag im Universitätsspital kostet 900 Franken.

- Dem *medizinischen Bedarf* sind keine Grenzen gesetzt. Allein der Vergleich zwischen dem Anbieter einer Auslandsreise und den Anbietern im Gesundheitswesen zeigt, dass für den ersteren das kostenbewusste Angebot zählt, um wettbewerbsfähig zu bleiben, während im Gesundheitswesen der Anreiz zum teuren Angebot für den Versicherten/Patienten Priorität hat.

Lösungsvorschläge

Als Lösungsansätze zur Beeinflussung von Niveau und Wachstum der Gesundheitsausgaben wurden genannt:

1. Die bewusste Beschränkung des Angebots auf das medizinisch Notwendige.

2. Die Änderung der Anreiz- und Finanzierungsstrukturen, so dass die Anbieter und Nachfrager im Gesundheitswesen für kostenbewusstes Verhalten belohnt werden.

◆ Förderung weniger intensiver Behandlungsformen als grundlegende Reformstrategie.

Der Referent geht davon aus, dass ein Umdenken nur über *finanzielle* Anreize möglich ist:

- Der Bürger soll darum die Versicherungsstruktur und den Deckungsgrad der Versicherung wählen können.
- Der Patient, der Luxus wünscht, soll diesen im vollen Ausmass selbst bezahlen.
- Zur Hebung des Kostenbewusstseins soll der Versicherte mit weniger Konsultationen beim Arzt und mit bewusster Gesundheitsvorsorge finanziell über die Prämie belohnt werden.
- Die Kliniken müssen mit Wettbewerbsdruck und -anreiz arbeiten.

Alternative Strategien auch in der Schweiz?

Die Health Maintenance Organisation (HMO) in den USA breitet sich in Form

von verschiedenen Systemen zunehmend aus. Sie wird auch in der Schweiz als mögliche Alternative diskutiert. Die HMO trägt die Verantwortung für die medizinische Versorgung und deren Finanzierung gegenüber ihren Versicherten. Das aus den Jahresprämien gespeisene Gesamtbudget ist bestimmend für die ärztliche Leistung und ihre Finanzierung: je weniger der Versicherte den Arzt braucht, um so mehr verdient der Arzt.

Umgekehrt sinkt das Einkommen des Arztes, wenn das budgetierte Prämienvolumen von den medizinischen Leistungen resorbiert wird. Der Versicherte kann sich dem für ihn zutreffenden Health Maintenance System anschließen, das heisst, das von ihm gewünschte Verhältnis zwischen der Prämie und der Qualität der Leistung frei wählen. Es wäre wünschbar, dass auch in der Schweiz ein Versuch nach diesem Muster unternommen würde.

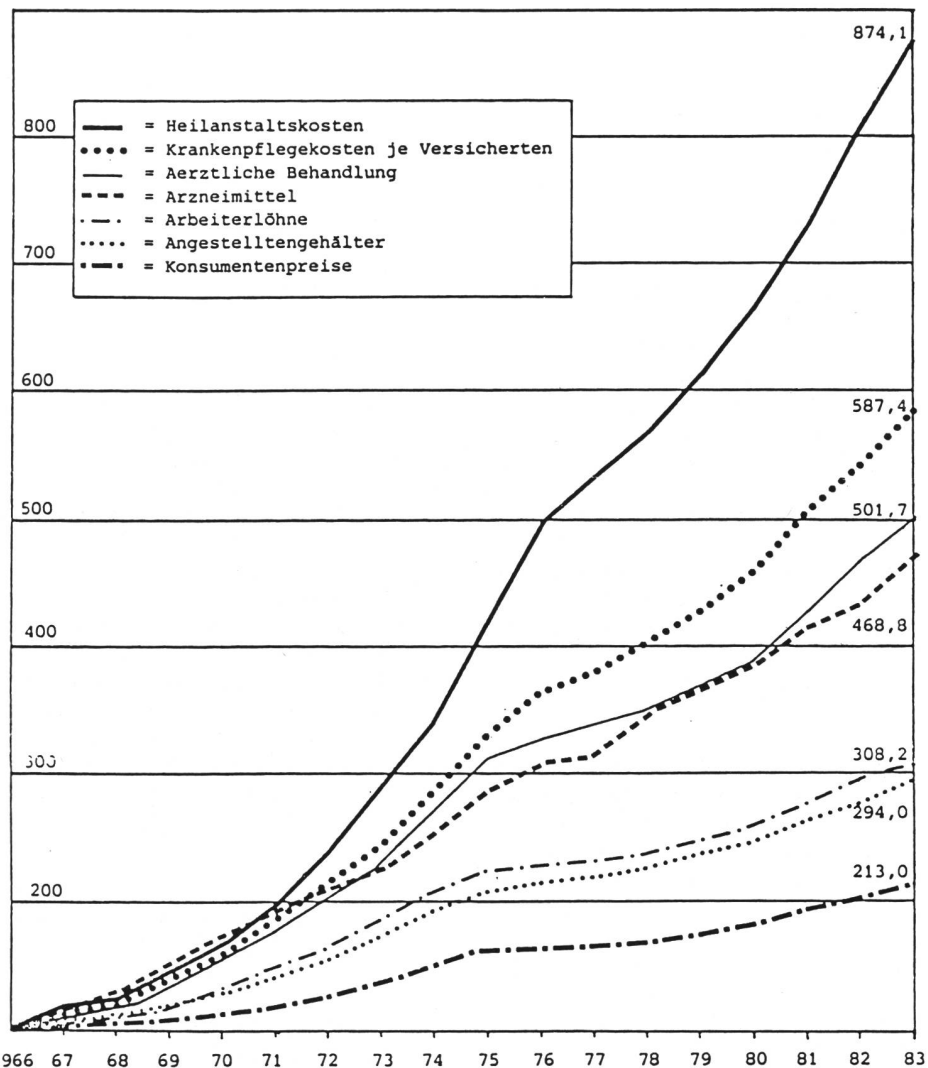
Der Psychologe Jean-Pierre Crittin hielt der Forderung nach finanziellen Anreizen zur Kostensenkung entgegen, wir sollten eher wegkommen von isolierten Sparübungen. Die Realität zeige, dass die Beseitigung eines Übels die Ursache eines weiteren Übels in sich trage. Der Referent forderte zur grundsätzlichen Betrachtungsweise der expliziten und impliziten Ziele aller am Gesundheitswesen Beteiligten auf. Für die in der Krankenpflege Tätigen heisst das Ziel explizit: möglichst dem Patienten gerecht werden, helfen; implizit: möglichst viel Verantwortung übernehmen und den Patienten erleichtern.

Die gegenseitige Beziehung der Beteiligten: Patient/Bürger (Leistungsforderung) – Arzt/Pflegeperson (Leistungsversprechen) – Krankenkasse (Sparforderung) – Politiker (Sparversprechen) artet in einen Teufelskreis aus, der deutlich die Erwartungshaltung der heutigen Gesellschaft widerspiegelt.

Wege aus dem Teufelskreis

Jean-Pierre Crittin rief dazu auf, anstelle des Denkens «ich mache dich wieder gesund» die Absicht «ich leiste einen Beitrag, damit du gesund wirst» zu setzen. Das Krankenpflegepersonal würde damit dem Patienten vermehrt partnerschaftlich begegnen und Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Präventiv/pädagogisches Handeln und weniger bereitwilliges Pflegen bringen dem Patienten den Ansporn zur Eigenverantwortung. Andererseits wird gerade bei Gesundheitsschwernern offenbar, dass für präventive Massnahmen wenig Zeit zur Verfügung steht, weil kostendeckend

Entwicklung der Konsumentenpreise und Löhne sowie der Krankenpflegekosten der Krankenkassen nach Komponenten, 1966–1982



Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung, 1983A.

gearbeitet werden muss. Nach wie vor sind nur wenige präventive Massnahmen in den Krankenkassentarifen enthalten.

Eine weitere Forderung des Psychologen galt der ganzheitlichen Krankenpflege: obwohl zum Schlagwort abgestempelt, hat der Ganzheitsgedanke «Körper-Geist» prioritäre Bedeutung. Heute konzentriert sich der Patient auf seine Körpersymptome, deren Ursache psychische Angst, Hoffnungslosigkeit und Sorgen sein können. Hier bietet sich dem Krankenpflegepersonal die offene Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit medizinischen Randgebieten an.

Ein weiteres Kapitel galt der Neuorientierung von Politikern und Krankenkassen. Im heutigen System wird – überspitzt gesagt – derjenige bestraft, der gesund bleibt. Belohnt wird hingegen der Kranke mit hoher Versicherungsleistung. – Die Effizienz des Stellenabbaus in den Spitälern zog der Referent in

Zweifel. Echte Kostensenkung entsteht durch die Verhütung von Kosten. Ein Beispiel dafür ist die konsequente Verhütung von Zahnkaries, bereits im Vorschulalter. Die Resultate machen deutlich, dass bereits im Kind präventives Denken und Handeln geweckt werden kann.

Zusammenfassend liegen die erstrebenswerten Ziele für das Krankenpflegepersonal in der Prävention, in der ganzheitlichen Krankenpflege und in der SPITEX.

Für den Bürger sollte das Ziel heissen: vermehrte Eigenverantwortung zur Gesunderhaltung, Körperbewusstsein und Körperpflege sowie Gesundheitssport anstelle des Leistungssports.

Hauskrankenpflege – ein Bedürfnis der Bevölkerung

Margareth Thirost stellte das SPITEX-Konzept aus dem Kanton Waadt vor, wo

sie selbst als Gesundheitsschwester wirkt.

Auf eindrückliche Weise zeigte sie Möglichkeiten und Grenzen von Einsparungen auf. Vorauszuschicken ist, dass der Kanton Waadt 1967 mit der Regelung und Förderung eines tragfähigen Gesundheitsdienstes mit Zentren begann. Die Gemeinden und Fachleute beteiligten sich an der Ausarbeitung des Konzeptes.

Das Ziel ist die Erhaltung der Selbständigkeit betagter Menschen zuhause. Die notwendige Hilfeleistung zur Körperpflege wird von der Gesundheitsschwester abgeklärt und an eine Rotkreuzhelferin delegiert. Technisch können also nur einfache Verrichtungen angeboten werden.

Die richtige Einschätzung der notwendigen Pflege ist mitunter ein Problem. Zudem werden die pflegerischen Ausführungen selten von den Versicherungen übernommen. Die Zusammenarbeit mit Helfer(innen)organisationen ist von grosser Bedeutung. Trotzdem kann es vorkommen, dass finanzielle Schwierigkeiten einen Patienten dazu zwingen, sich ins Spital zu begeben!

Echte Kosteneinsparungen liegen eindeutig in der Vermeidung bzw. Verzögerung einer Spitaleinweisung. Grenzen sind gesetzt, wo die Infrastruktur der SPITEX nicht mehr ausreicht – beispielsweise bei langdauernder intensiver Überwachung oder Nachtwache. Die Überbelastung der Angehörigen muss beizeiten erkannt werden.

Margareth Thiriot plädierte für Forschungsarbeit in der Gemeindepflege, um damit mehr Argumente zu ihrer Förderung in die Hand zu bekommen.

Die Sparvorstellungen des Pflegepersonals

Am Nachmittag leitete Frau Lotte Moser, Lehrerin für Krankenpflege an der Kaderschule SRK in Zürich, die Gruppendiskussion ein.

Als erstes Ergebnis kam zutage, dass ein Stellenabbau im Spital und im Pflegeheim generell als sinnlos beurteilt wird.

Falls dem Pflegepersonal *mehr* Geldmittel zur Verfügung stünden, würden sie vor allem eingesetzt:

- für Verbesserungen in der Pflege (zur Qualitätssicherung);
- zur Anpassung der Arbeitszeit an die Anforderungen;
- in der Betreuung der Patienten durch Ergo- und Physiotherapeuten;
- in baulichen Neuerungen und erleichternden Einrichtungen;
- für mehr Stellen zur Schülerinnenbetreuung;

- zur psychologischen Schulung und Begleitung des Personals;
- in Forschungsarbeit zur Einführung von Neuerungen;
- zur Schaffung einer Versuchsstation;
- für Fort- und Weiterbildung.

Einsparungen werden vor allem gesehen im vermehrten verantwortlichen Denken jedes Einzelnen:

- bei den Routinearbeiten;
- beim Medikamentenverbrauch, Wäsche- und Einwegmaterialverbrauch;
- zur Koordination von Untersuchungen und Therapien;
- beim gezielten Einsatz technischer Mittel;
- gegenüber fragwürdigen operativen Eingriffen;
- zur frühzeitigen Entlassung von Patienten nach Hause.

Erwähnenswert sind auch interdisziplinäre Absprachen im Betrieb.

Die anschliessende Diskussion im Plenum, zusammen mit den Referent(inn)en, machte erneut deutlich, dass der Glaube an punktuelle Streichungen angesichts des komplexen Kostenbergs fehlt. Es war aber auch ein Gefühl der Ohnmacht spürbar gegenüber Kräften, die langfristige Kostensenkungen ver-

hindern, weil sie mit tiefgreifenden Veränderungen struktureller und funktionaler Art verbunden wären. Das Pflegepersonal möchte im Interessenkonflikt der am Gesundheitswesen Beteiligten nicht nur befohlene Einsparungen realisieren, sondern bei den Strategien mitentscheiden. – Letztlich gewann in der Diskussion die Einsicht Oberhand, dass «Solidarität und politisches Miteinander» vonnöten sind.

Schlussbemerkung

Die Referent(inn)en und die Leiterin der Gruppendiskussionen haben dank ihrer unterschiedlichen Betrachtungsweisen ein Spannungsfeld geschaffen, in dem Rezepte zu kurzatmigen Sparübungen keinen Platz fanden. Die Tagung hat die Teilnehmer/innen aufgerüttelt – aber gleichzeitig auch Raum zum Nachdenken und zu überlegten Lösungsansätzen geboten.

Sie hat damit ihr Ziel erreicht.

Literaturnachweis:

Jürg H. Sommer und Robert E. Leu: Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung als Kostenbremse? – Basler Sozialökonomische Studien, Band 24, Verlag Rüegger 1984.

Neues aus den Hebammenschulen

Schnupperlehrlager des Schweizerischen Roten Kreuzes, Lenk

Wir sind zwei Hebammenschülerinnen kurz vor dem Diplom. Zusammen mit Frau Spring, einer erfahrenen Hebamme, konnten wir diesen Sommer zwei Tage am Schnupperlehrlager des SRK in der Lenk teilnehmen.

Das Lager wird vom Schweizerischen Roten Kreuz organisiert und soll 14–16jährigen Schülerinnen Einblick in die verschiedenen Pflegeberufe und den Hebammenberuf geben.

Frau Spring erzählte den Jugendlichen von ihren Erfahrungen und Erlebnissen als Hebamme, während wir mehr auf die Ausbildung und Vorbedingungen zur Ausbildung eingingen. Nach unserer Einführung wurde der Film «Die ersten Lebenstage» gezeigt, welcher die Anwesenden sehr beeindruckte.

Es wurden wenig Fragen aufgeworfen. Wir vermuten, dass persönliche Hemmungen zur Thematik in den zwei grossen Klassen (40–50 Teilnehmerinnen/Teilnehmer) ausschlaggebend für diese

Inaktivität waren. Wir wissen aber auch, dass der Hebammenberuf weniger bekannt ist als zum Beispiel der Beruf der Krankenschwester oder der Kinderkranken-, Wochen- und Säuglingsschwester. Die gezielte Information über den Hebammenberuf ist daher dringend erforderlich und unerlässlich.

Sehr enttäuschend war für uns die Tonbildschau des SRK über den Hebammenberuf. Sie zeigt wenig über unsere eigentliche Tätigkeit und Verantwortung auf. Zu lieblich konzipiert, mit verschiedenen äusseren Reizen wie Fotos von Schülerinnen und ihre Motivation zum Beruf, Fotos von Säuglingen usw., verfälscht sie unsere Berufsrealität. Sie zeigt keine deutlichen Aktionen der Hebammen auf, vor allem nicht die stark belastenden Momente wie unregelmässiger Dienst, viel Arbeit – wenig Arbeit, reaktionsschnelles Handeln auf der Notfallstation, im Gebärsaal usw. Wir finden, dass die Tonbildschau ein falsches Bild der diplomierten Hebamme widergibt.

Später tauchten bei einigen Mädchen doch noch Fragen auf: über den Beruf,