

Gesundheitsrahmenbericht 2000

Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen



Gesundheitsberichterstattung

Band 10/2000

Teil 1

*Expertenbericht zu den Themenfeldern 6-11
des GMK-Indikatorensatzes*



Gesundheitsrahmenbericht 2000

Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Teil 1:

Expertenbericht zu den Themenfeldern 6 -11 des GMK-Indikatorensatzes

Koordinierung: Bernhard J. Güntert

**Autoren: Christian Adam
Doris Bardehle
Wilfried Boroeh
Hans-Joachim Boschek
Helmut Brand
Bernhard J. Güntert
Ulrich Wagner
Burkhard Werner
Hans-Joachim Schwager**

**Indikatoren der Themenfelder 6 - 11:
Doris Bardehle
Rolf Annuß**

Gesundheitsberichterstattung

Band 10/2000

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Ausdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist ebenfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

Auftraggeber

**Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG)**

Herausgeber

Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst des Landes
Nordrhein-Westfalen (lögd)
Leiter: Dr. med. Helmut Brand
Westerfeldstr. 35/37
33611 Bielefeld
Telefon (05 21) 80 07-0
Telefax (05 21) 80 07-200
<http://www.loegd.nrw.de>

Technische Bearbeitung

Marianne Kersten

Druck und Verlag

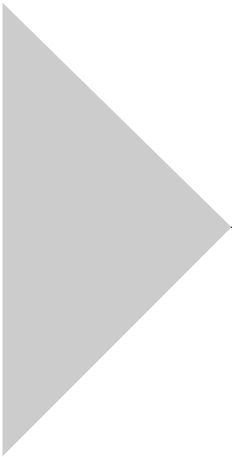
lögd, Bielefeld
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit
schriftlicher Genehmigung des Landesinstitutes

Bezugspreis

□ 7,50 pro Einzelheft
einschl. Versandgebühr

Bielefeld, Deutschland, 2002

ISBN 3-88139-078-2



Einführende Bemerkungen

Einführende Bemerkungen

Als letzte Publikation in der Serie „Gesundheitsberichterstattung“ wird in Zusammenhang mit Band 11 eine Übersicht über die gesundheitliche Versorgungssituation bis zum Jahr 1996 für Nordrhein-Westfalen gegeben. Ausgangspunkt war eine durchgängige Aufarbeitung und vollständige Publikation des Indikatorenansatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder.

Alle Indikatoren zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens, zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen, zur Ausbildung im Gesundheitswesen, zu Ausgaben und Finanzierung sowie zu den Kosten wurden im Band 11 publiziert.

Um eine umfassende und transparente Interpretation dieser 95 Indikatoren zu gewährleisten, wurde Herr Prof. Dr. oec. Bernhard T. Güntert, Leiter der Arbeitsgruppe Management im Gesundheitswesen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, mit der Koordination von Expertenberichten beauftragt, die dem Band 10 zugrunde liegen.

Als Autoren wurden ausgewiesene Wissenschaftler und Experten von Universitäten und aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewonnen.

Die Kapitelgliederung folgt nicht direkt dem Indikatorenansatz der Gesundheitsministerkonferenz, es wurden jedoch die für die gesundheitliche Versorgung wichtigen Kapitel

- ▶ Krankhäuser
- ▶ Rehabilitation
- ▶ Ambulante Versorgung
- ▶ Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste
- ▶ Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen
- ▶ Beschäftigte und Ausbildung im Gesundheitswesen
- ▶ Ausgaben, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen

bearbeitet. Das vorangestellte Kapitel „Bevölkerungsspezifische und morbiditätsbezogene Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung“ dient als Ausgangsbasis für die gesundheitliche Versorgung.

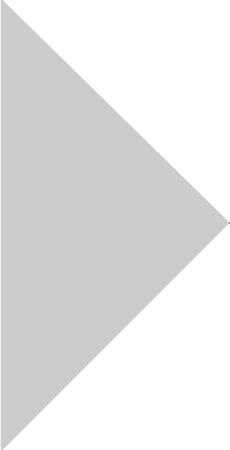
Zu Beschäftigten und zur Ausbildung wurde zwischenzeitlich im Landesgesundheitsbericht 2000 ein Kapitel „Frauen und Männer in Gesundheitsberufen“ publiziert, das sich vor allem der Geschlechterproblematik in Gesundheitsberufen zuwendet. Wir empfehlen dieses Kapitel als Ergänzung zu den Ausführungen im vorliegenden Band 10 der Serie Gesundheitsberichterstattung.

Wir möchten uns bei Herrn Professor Dr. Güntert und allen Autoren für die sehr konstruktive Zusammenarbeit bedanken. Leider lässt die Aktualität des Bandes zu wünschen übrig. Inzwischen liegen zu den meisten Indikatoren die Daten bis zum Jahre 2000 bzw. 2001 vor, die über unsere Internetadresse www.loegd.nrw.de abgerufen werden können. Band 10 sollte im Rahmen weiterer Publikationen zur gesundheitlichen Versorgung als Bezugsrahmen dienen. Auf Grund der intensiven Arbeit an den Bänden 10 und 11 der Serie Gesundheitsberichterstattung können wir allen Interessierten empfehlen, sich mit diesen umfassenden Darstellungen zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen auseinander zu setzen und die Erkenntnisse für die eigene Arbeit zu nutzen.

Für Hinweise und Anregungen sind wir jederzeit dankbar. Wir haben uns insbesondere über die große Resonanz auf unsere bisherigen Publikationen in der Serie Gesundheitsberichterstattung gefreut.

Doris Bardehle
Rolf Annuß

Bielefeld, 2002



1 Bevölkerungsspezifische und morbiditätsbezogene Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung

Doris Bardehle

Gesundheitliche Versorgung verfügt dort über eine hohe Qualität, wo sie sich am Bedarf und den Bedürfnissen der Bevölkerung an gesundheitlicher Versorgung orientiert und erfolgreich ihre Aufgaben, bezogen auf Prävention und Kuration, erfüllt. Der Bedarf wird durch unterschiedlichste Faktoren bedingt: von der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung bis hin zum Verständnis, was Gesundheit eigentlich ist und welche Ansprüche an das Versorgungssystem gestellt werden dürfen. So steht am Beginn des Bandes der Landesgesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen ein Kapitel, das sich diesen Faktoren widmet und einen Überblick über die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung vermittelt.

Der Bedarf an gesundheitlicher Versorgung wird zunächst und vor allem durch die Morbiditätsstruktur einer Bevölkerung bestimmt, was wiederum stark von deren Alters- und Geschlechtsstruktur abhängt. Für hochentwickelte Länder und damit auch für Nordrhein-Westfalen gilt, dass die Gesundheit der Bevölkerung noch nie besser als gegenwärtig war, was sich im Wesentlichen durch einen Anstieg der Lebenserwartung belegen lässt (1). Dies ist zum Teil durch ein Absinken infektiöser Erkrankungen bedingt. Das führt dazu, dass Alterskrankheiten wie Krebs, Schlaganfall, Arthritis im Vergleich zu anderen Erkrankungen zunehmen, wodurch sich die Ansprüche an das Versorgungssystem verändern. Auch Unterschiede im sozialen Umfeld bedingen unterschiedliche Versorgungsansprüche. So finden sich immer wieder Hinweise darauf, dass die gesundheitliche Lage vom sozioökonomischen Status abhängt. Für die Versorgungsplanung ist relevant, dass Möglichkeiten der häuslichen Versorgung bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit abnehmen und somit das System der gesundheitlichen Versorgung stärker beansprucht wird. Und schließlich müssen bei der Versorgungsplanung auch veränderte Ansprüche berücksichtigt werden. Der Gesundheitsbegriff wurde erweitert, und das schließt Recht sowohl auf körperliches als auch auf soziales und psychisches Wohlergehen ein. Durch neuere Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Krankheiten ergeben sich verbesserte Möglichkeiten präventiver Leistungen, die ein Bestandteil des Gesundheitswesens sind.

Nachfolgend wollen wir also versuchen, mit verfügbaren demographischen sowie morbiditäts- und mortalitätsbezogenen Indikatoren eine Einschätzung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen als Grundlage für gesundheitliche Versorgung, wie sie in den nachfolgenden Kapiteln besprochen wird, zu geben.

Dabei werden Daten verwendet, die von verschiedenen Datenhaltern, wie dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen oder dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, bereitgestellt und vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW für diese Publikation aufbereitet wurden. Zusätzlich wurde auf Publikationen der Serie Gesundheitsberichterstattung des lögd zurückgegriffen (2, 3). Die Tabellen zu den Grafiken sind über Internet, <http://www.loegd.nrw.de>, Rubrik Gesundheitsindikatoren, abrufbar.

1.1 Bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung

1.1.1 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung stieg in Nordrhein-Westfalen von 1980 bis zum Ende des Jahres 1997 um 5,4 % an (Tab. 1). Der bis zum Jahre 1986 beobachtete Bevölkerungsrückgang war durch niedrige Geburtenzahlen und Wanderungsverluste bedingt. Ab dem Jahr 1987 nahm die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen wieder kontinuierlich zu, dieser Prozess verstärkte sich ab dem Jahre 1988 mit einem Spitzenwert im Jahr 1990. Ursache waren erhebliche Wanderungsgewinne durch Zuzüge aus dem Ausland. Am 31.12.1997 lebten in Nordrhein-Westfalen 17 974 487 Bürger, davon waren 8 729 381 Männer (49 %) und 9 245 106 Frauen (51 %). Der Ausländeranteil betrug 11 %.

Indikator 2.1z	Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1997			
	Jahr	Bevölkerung am 31.12. des Jahres		
	männlich	weiblich	insgesamt	
1980	8 160 022	8 898 171	17 058 193	1 401 169
1981	8 155 090	8 890 903	17 045 993	1 445 370
1982	8 104 749	8 856 434	16 961 183	1 422 709
1983	8 035 185	8 801 334	16 836 519	1 375 039
1984	7 964 556	8 739 319	16 703 875	1 304 029
1985	7 956 381	8 717 670	16 674 051	1 326 865
1986	7 963 190	8 713 311	16 676 501	1 375 882
1987	8 029 866	8 714 090	16 743 956	1 302 168
1988	8 100 426	8 773 633	16 874 059	1 399 820
1989	8 227 115	8 876 473	17 103 588	1 496 432
1990	8 367 461	8 982 190	17 349 651	1 612 282
1991	8 461 410	9 048 456	17 509 866	1 732 222
1992	8 561 996	9 117 170	17 679 166	1 853 264
1993	8 607 487	9 151 813	17 759 300	1 927 619
1994	8 639 741	9 176 338	17 816 079	1 960 993
1995	8 684 211	9 208 834	17 893 045	2 019 342
1996	8 715 221	9 232 494	17 947 715	2 056 940
1997	8 729 381	9 245 106	17 974 487	2 053 085

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Wanderungsstatistik

Tab. 1: Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985, 1990 - 1997 (31.12.d. J.)

In Nordrhein-Westfalen sterben seit dem Jahr 1980 mehr Einwohner als geboren werden (Ind. 3.1b) mit Ausnahme der Jahre 1990 bis 1992, die durch einen starken Wanderungsgewinn überwiegend jüngerer Bürger mit hohen Geburtenraten geprägt waren. Der im Jahre 1985 beobachtete Anstieg der Lebendgeborenen setzte sich bis zum Jahre 1990 fort, um dann kontinuierlich bis zum Jahre 1995 abzusinken. Im Jahre 1996 wurde ein Geburtenanstieg von 3,3 % gegenüber dem Vorjahr beobachtet. Die Zahl der Verstorbenen ist geringeren Schwankungen unterworfen (Abb. 1).

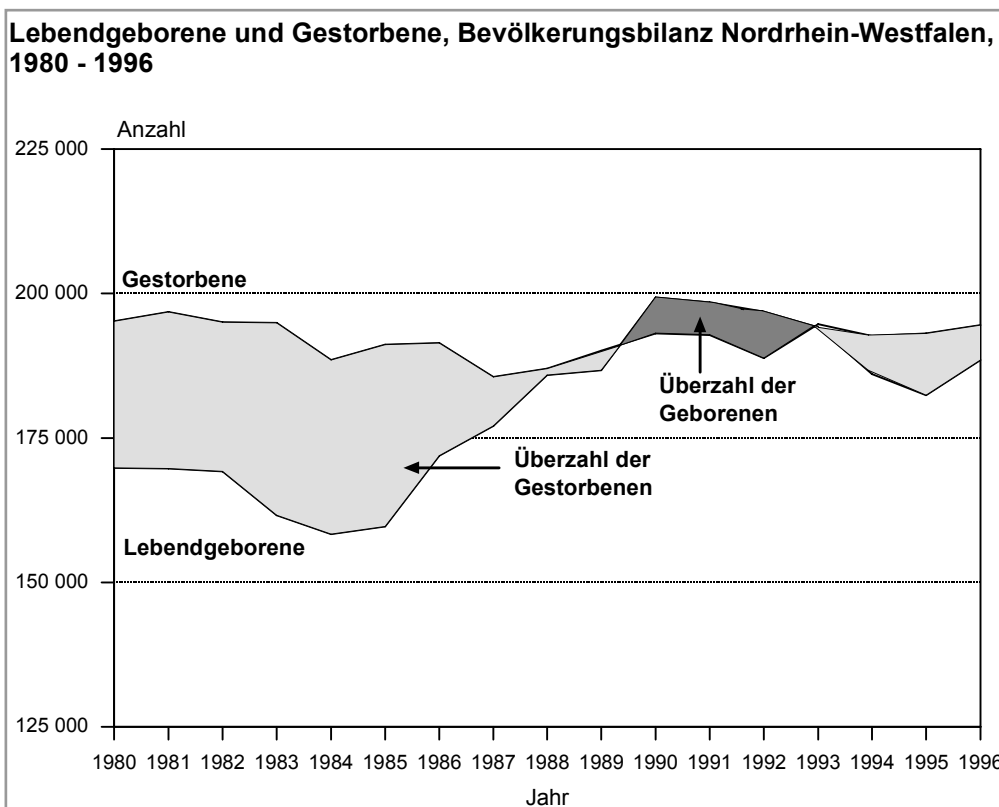


Abb.1: Lebendgeborene und Gestorbene, Bevölkerungsbilanz Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1996

Binnenwanderung (zwischen den Kommunen des Landes NRW) und Außenwanderung (Zu- und Fortzüge nach bzw. von Nordrhein-Westfalen) befinden sich in Nordrhein-Westfalen seit Mitte der 80er Jahre auf einem außerordentlich hohen Niveau. Die Verteilung der Wandergewinne und -verluste auf die 54 Kreise und kreisfreien Städte des Landes ist sehr unterschiedlich. Die Großstädte des Landes wiesen 1995 grundsätzlich Verluste auf, hohe Wandergewinne verzeichneten dagegen die Kreise Paderborn, Minden-Lübbecke, der Rhein-Sieg-Kreis, Coesfeld, Euskirchen, Heinsberg und der Rheinisch-Bergische Kreis. Diese Daten fließen zusätzlich zu anderen Angaben als Berechnungsgrundlage in die Bevölkerungsprognose ein.

Die vorliegende Bevölkerungsprognose (Abb. 2) besagt, dass bis zum Jahre 2015 mit einem Anstieg der Bevölkerung auf rund 18 000 000 gerechnet wird. Das würde einem weiteren Bevölkerungsanstieg um 1 % entsprechen. Bezogen auf die über 65-jährige Bevölkerung beträgt der vorhergesagte Anstieg jedoch 23 %. Für die einzelnen Regierungsbezirke in Nordrhein-Westfalen ergeben sich dabei unterschiedliche Entwicklungen.

Das geringste Bevölkerungswachstum wird für die Regierungsbezirke Arnsberg und Düsseldorf vorausgesagt, die höchsten Steigerungsraten sollen die Regierungsbezirke Köln und Münster betreffen. Die Differenzierungen in der Bevölkerungsprognose liegen bei einem Bevölkerungsgewinn von über 12 % bis zum Jahre 2015 in den Kreisen Coesfeld, Paderborn und dem Rhein-Sieg-Kreis bis zu einem Bevölkerungsrückgang um 12 % in Essen. Die Voraberechnung der Erhöhung des Anteils über 65-jähriger Bürger liegt für die Kreise Mettmann, Neuss, Wesel, Erftkreis, Rheinisch-Berg-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis, Borken, Coesfeld, Steinfurt und Gütersloh bei über 40 %, nur für die Kreise Gelsenkirchen und Herne wird ein geringfügiger Rückgang der über 65-jährigen Bürger bis zum Jahre 2015 vorausgesagt.

**Prognose der Bevölkerungsentwicklung,
Nordrhein-Westfalen, 1996 bis 2015**

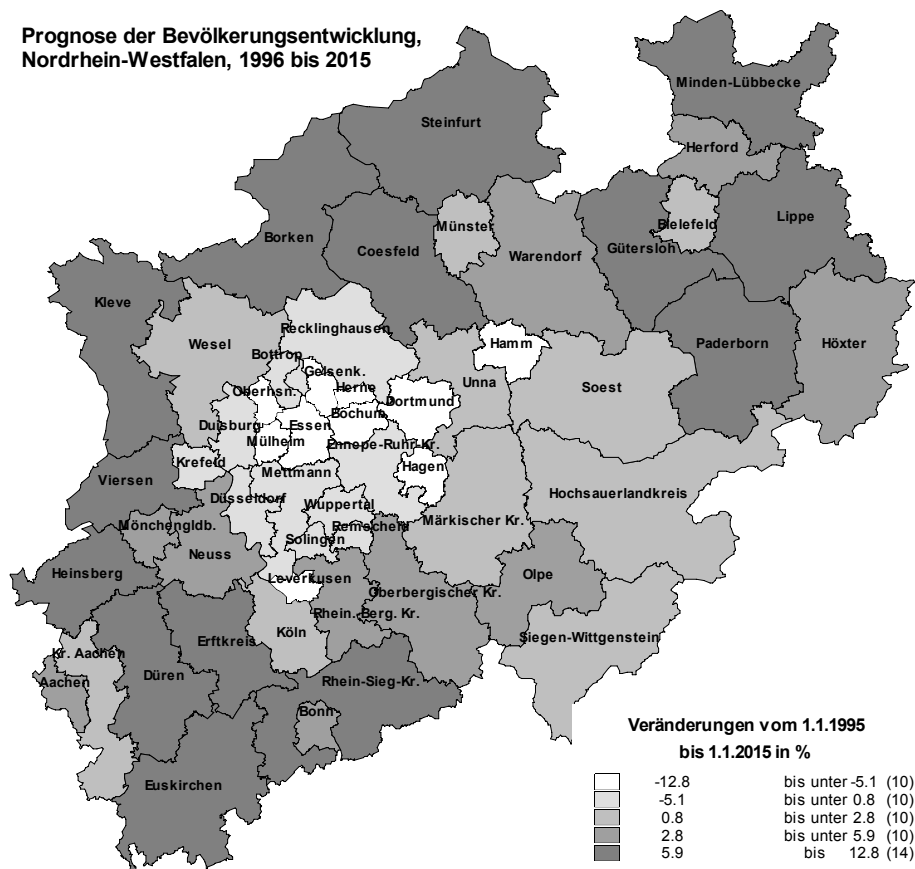


Abb. 2: Prognose der Bevölkerungsentwicklung, Nordrhein-Westfalen, 1996 bis 2015

1.1.2 Alterspyramide

Die Altersstruktur der Bevölkerung (Ind. 2.1), als Alterspyramide dargestellt, lässt auch für das Jahr 1996 noch die Folgen der Geburtenausfälle während des 1. Weltkriegs (bei den über 75-Jährigen), während des 2. Weltkrieges (bei den ca. 50-Jährigen) und während der Weltwirtschaftskrise (bei den ca. 60-Jährigen) erkennen. Seit Mitte der 60er Jahre sind die jüngeren Altersgruppen auf Grund des eingesetzten Geburtenrückganges immer schwächer besetzt.

Bezogen auf die Lebensphasen (Ind. 2.3) Kindheit (0 -14 Jahre), Erwerbsphase (15 - 64 Jahre) und Ruhestandsphase (65 Jahre und älter), darunter die Gruppe der Hochbetagten (über 80-Jährige), ergibt sich folgendes Bild: Der Anteil von Kindern und Menschen in der Ruhestandsphase an der Gesamtbevölkerung beträgt jeweils 16 %; hochbetagt sind 4 % der Bevölkerung (Abb. 3, 4).

Die Verteilung von Männern und Frauen in der Bevölkerung unterscheidet sich in den verschiedenen Altersgruppen. Während 48,7 % der Kinder (0 bis 14 Jahre) weiblichen Geschlechts sind, erhöht sich dieser Anteil in der Erwerbsphase (bei den 15- bis 64-Jährigen) geringfügig auf 49,4 %. Demzufolge ist die Schlussfolgerung zulässig, dass bei den unter 65-Jährigen über die Hälfte der Gesamtbevölkerung durch Männer repräsentiert werden. Bei den über 65-jährigen Personen kehrt sich die Relation um: 63 % der Bevölkerung im Ruhestand sind Frauen, bei den über 80-Jährigen sind es 74,5 %. Die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt insgesamt deren Überwiegen in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens (51,4 %).

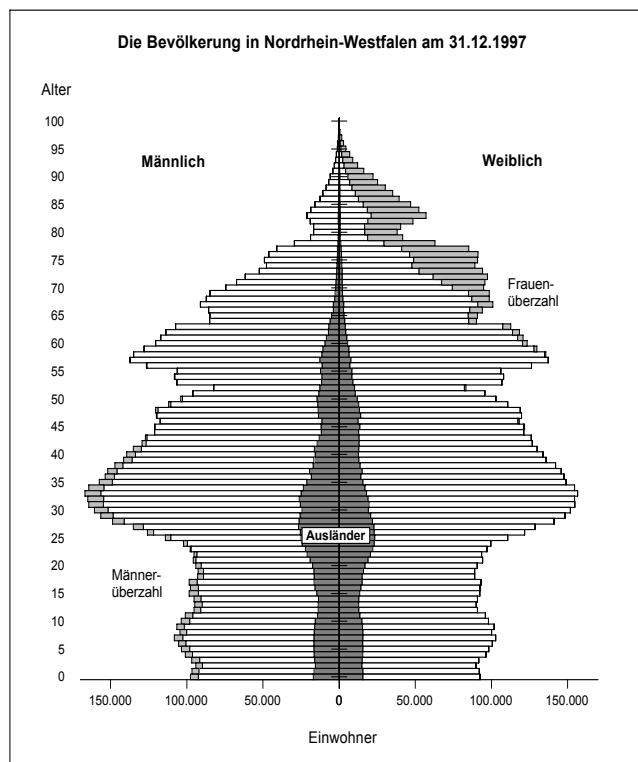


Abb. 3: Die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen am 31.12.1997 (Lebensbaum)

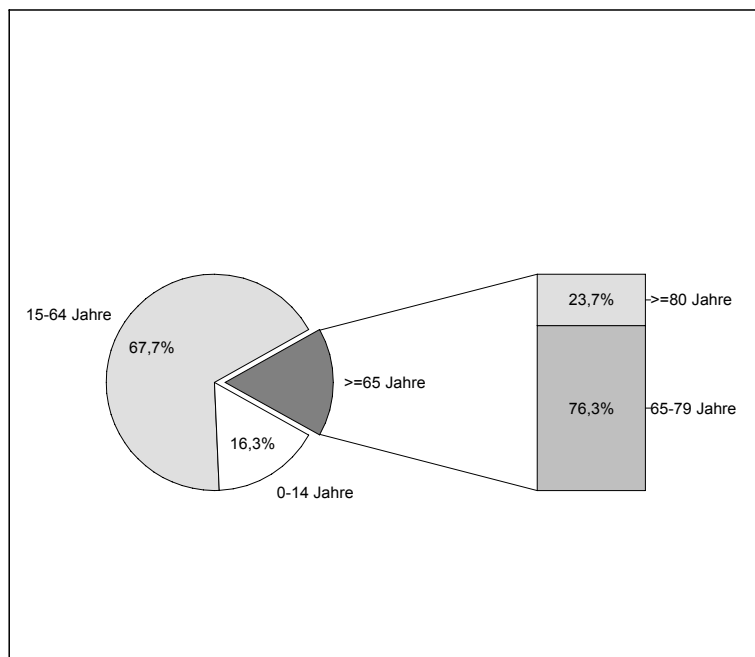


Abb. 4: Ausgewählte Altersgruppen der Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen, 31.12.1996

1.1.3 Soziale Lage

Die soziale Lage der Familien in Nordrhein-Westfalen wird vor allem durch die Einkommensverhältnisse der privaten Haushalte charakterisiert. Einkommen stellen sich als Haushaltsnettoeinkommen dar, die für die Kreise und kreisfreien Städte als Indikator verfügbar sind, allerdings mit der Einschränkung, dass die Haushaltsgröße nicht ausgewiesen ist. Dieser Indikator kann die soziale Lage der Bevölkerung in Hinblick auf die gesundheitliche Lage nur sehr grob kennzeichnen, da insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen als gesundheitlich gefährdet gelten. Daher eignet sich der Indikator 2.8 "Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt" (Sozialhilfeempfänger) besser, Hinweise zu gesundheitsrelevanten regionalen Unterschieden in der sozialen Lage der Bevölkerung zu erhalten (Abb. 5). Anspruch auf "laufende Hilfe zum Lebensunterhalt" haben alle Personen einer Bedarfsgemeinschaft (Familien und ihnen gleichgesetzte familienähnliche Formen), die in eine Notlage geraten sind, die sie nicht aus eigenen Kräften und Mitteln bewältigen und die auch nicht durch Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder von anderen Sozialleistungsträgern, behoben werden kann.

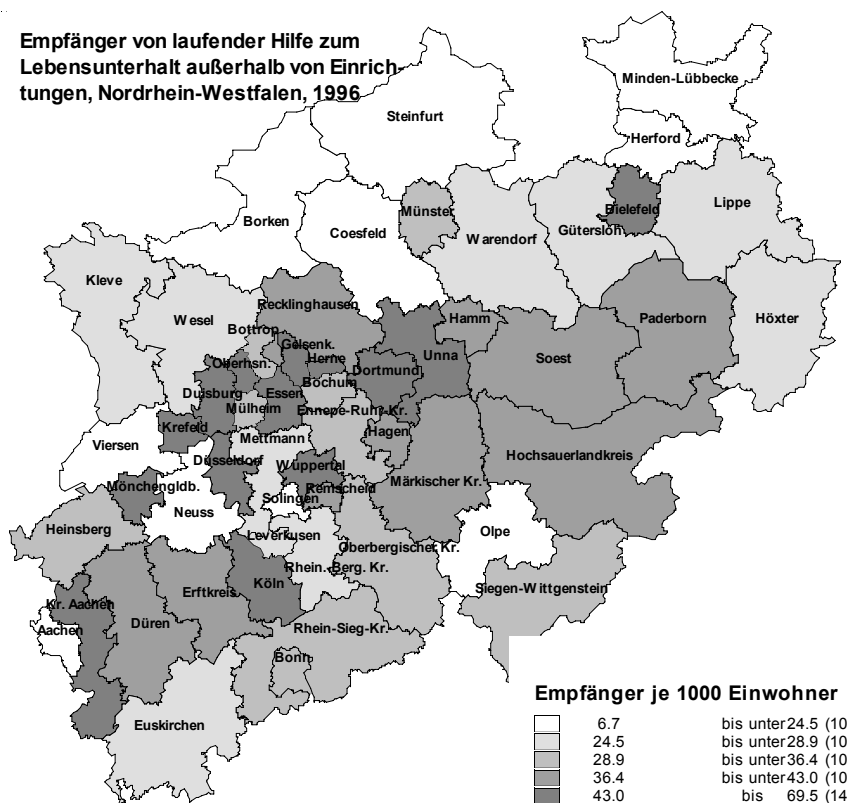


Abb. 5: Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1996

Am 31.12.1996 waren in NRW insgesamt 791 799 Personen, davon 661 138 Deutsche und 189 038 Ausländer, in 341 199 Bedarfsgemeinschaften Sozialhilfeempfänger, 143 225 dieser Bedarfsgemeinschaften gehören Kinder unter 18 Jahren an, weitere 144 226 Haushalte bestehen aus nur einer Person. (Die Abnahme der Sozialhilfeempfänger um 30 % von 1993 bis 1996 beruht auf der Veränderung der Statistik von einer Angabe der Sozialhilfefälle pro Jahr auf eine Stichtagsstatistik zum 31.12. eines Jahres.) Rechnet man die Ausgaben für die Sozialhilfe in NRW herunter, zeigt sich, dass eine Bedarfsgemeinschaft durchschnittlich eine monatliche

Unterstützung von 1 284 DM erhielt. Die "Sozialhilfedichte" bezeichnet die Relation von Sozialhilfeempfängern auf 1 000 Einwohner. Für das Jahr 1996 wurde die Sozialhilfedichte für NRW mit 36,8 je 1 000 Einwohner berechnet. (Ein Vergleich mit Vorjahren ist auf Grund geänderter Gesetzeslage bezüglich der Anspruchsberechtigung nicht möglich.) Sie ist regional sehr unterschiedlich und reicht von hohen Werten, z. B. in Krefeld, Essen, Mönchengladbach, Gelsenkirchen, Bielefeld, Dortmund, bis zu erheblich geringeren Werten in Olpe, Viersen und Neuss.

1.2 Morbiditätsbezogene Grundlagen für die gesundheitliche Versorgung

1.2.1 Mortalität (Lebenserwartung und Todesursachen)

Die Sterblichkeit (Ind. 3.11a) der Bevölkerung gilt als wichtiger Indikator der Beschreibung von Krankheiten, die letztendlich zum Tode geführt haben. Analysen der Mortalität über längere Zeiträume zeigen veränderte Morbiditätsstrukturen in der Bevölkerung. Da die Todesursachenstatistik allerdings nur das Morbiditätsgeschehen mit tödlichem Ausgang beinhaltet, kann sie nur einen Hinweis auf die Gesamtmorbidität der Bevölkerung und den damit einhergehenden Versorgungsbedarf liefern.

Im Jahre 1996 verstarben 90 518 Männer und 104 030 Frauen. Die auf die neue Europabevölkerung (3, 4) altersstandardisierten Raten fallen für Männer mit 954 Todesfällen je 100 000 Männer der Standardbevölkerung höher aus als für Frauen, deren standardisierte Kennziffer bei 880 je 100 000 Frauen lag.

Seit dem Jahre 1980 konnte ein Rückgang der standardisierten, also um Altersstruktureffekte bereinigten Sterblichkeit bei Männern und Frauen um 24 % erreicht werden. Ausdruck des Rückgangs der Sterblichkeit ist die in den vergangenen 25 Jahren gestiegene Lebenserwartung der Frauen um 4,39 Jahre und um 6,35 Jahre bei Männern. Betrug die Differenz der Lebenserwartung vor 25 Jahren noch 6,57 Jahre zuungunsten der Männer, so verringerte sich der Abstand bis zum Jahre 1996 nur unwesentlich auf 6,38 Jahre.

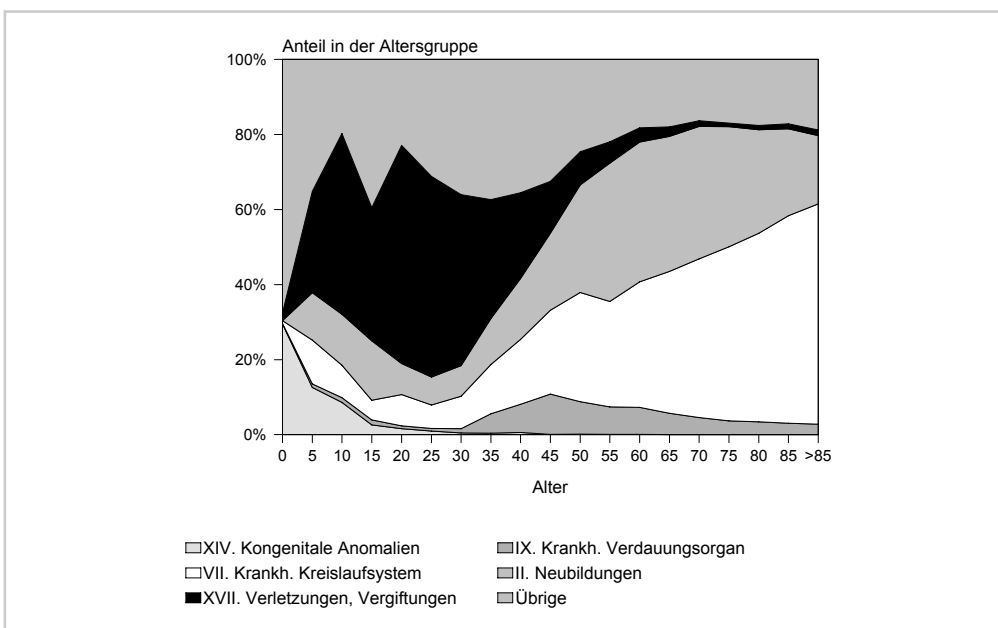


Abb. 6: Haupttodesursachen bei Männern, Profil nach Alter, Nordrhein-Westfalen 1996

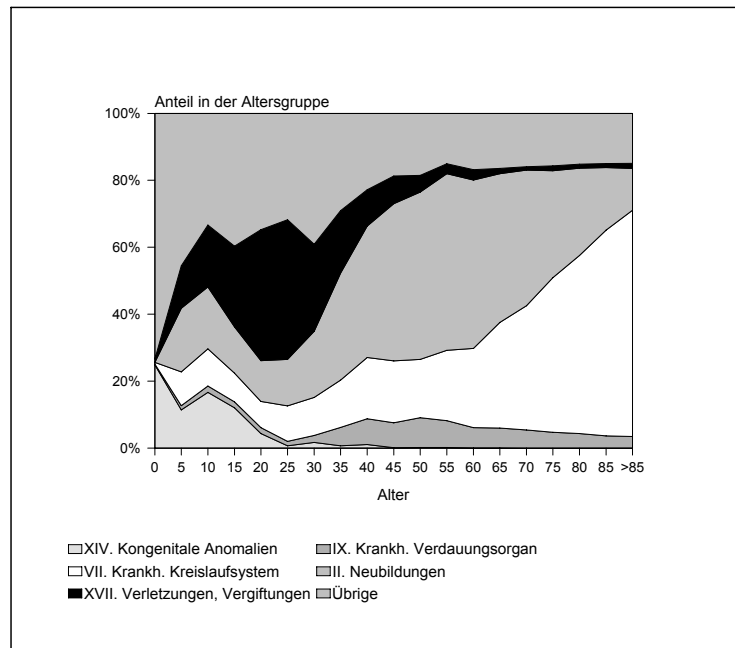


Abb. 7: Haupttodesursachen bei Frauen, Profil nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 1996

Häufigste Todesursachen sind Herz-Kreislauf-Krankheiten mit ca. 50 % aller Todesursachen, an zweiter Stelle folgen die bösartigen Neubildungen mit 20 % bei den Männern und 23 % bei den Frauen. Den dritten Platz nehmen die Erkrankungen der Atmungsorgane ein (7 % bei den Männern und 5 % bei den Frauen). Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, die nach grippalen Infekten der häufigste Anlass eines Arztbesuches sind, spielen in der Todesursachenstatistik keine Rolle. Die häufigsten altersspezifischen Todesursachen (Abb. 6, 7) sind bei der jüngeren Bevölkerung (1 bis 34 Jahre) die Unfälle, bei der 35- bis 64-jährigen Bevölkerung die Neubildungen und bei den über 65-jährigen Bürgern Krankheiten des Kreislaufsystems.

1.2.2 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten (Ind. 3.57) haben zwar insgesamt an Bedeutung verloren, doch sind darunter Erkrankungen erfasst, die hohe Ansprüche an die Versorgung stellen oder häufig auftreten. Allerdings kann nicht von einer vollständigen Erfassung der meldepflichtigen Infektionskrankheiten ausgegangen werden. Zusätzlich zu den im Gesundheitsindikatorensetz aufgeführten Infektionskrankheiten wurden außerdem aus weiteren Infektionsstatistiken die Erkrankungen an AIDS, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten sowie Typhus- und Paratyphus-Dauerausscheider aufgenommen (Tab. 2). Am häufigsten gemeldet wurden infektiöse Darm-erkrankungen; hier ist über die Jahre keine Veränderung festzustellen. Bei Hepatitis A sowie B und vor allem Malariaerkrankungen sind innerhalb von drei Jahren Anstiege zu verzeichnen. Deshalb sind bereits umfassende Informationen und Appelle an die Bevölkerung, sich vor Reiseantritt in Länder mit Malaria entsprechende Verhaltensregeln anzueignen und eine prophylaktische Medikamenteneinnahme vorzunehmen, veranlasst worden. Tuberkuloseerkrankungen sind zwar von 1993 zu 1996 etwas rückgängig, der Bestand an Überwachungsbedürftigen und Ansteckungsfähigen ist mit 93 247 im Jahre 1996 erheblich, er betrifft 520 von 100 000 Einwohnern.

**Indikator
3.57**
**Ausgewählte, gemeldete Infektionskrankheiten, Nordrhein-Westfalen, 1993,
1995, 1996**

Infektionskrankheiten	Gemeldete Erkrankungen					
	1993		1995		1996	
	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.	insgesamt	je 100 000 Einw.
Enteritis infectiosa	37 727	212,92	37 475	209,89	38 095	212,58
davon:						
Salmonellose	23 191	130,88	20 803	116,52	19 403	108,27
übrigen Formen	14 536	82,04	16 672	93,38	18 692	104,31
Virushepatitis	3 418	19,29	5 537	31,01	4 915	27,43
davon:						
Hepatitis A	1 756	9,91	2 219	12,43	1 437	8,02
Hepatitis B	1 154	6,51	1 896	10,62	1 814	10,12
sonstige	508	2,87	1 422	7,96	1 664	9,29
Menigitis/Encephalitis	573	3,23	641	3,59	628	3,50
Shigellenruhr	165	0,93	177	0,99	161	0,90
Typhus abdominalis	31	0,17	37	0,21	25	0,14
Paratyphus	16	0,09	27	0,15	16	0,09
Botulismus	2	0,01	1	0,01	2	0,01
Brucellose	4	0,02	8	0,04	4	0,02
Diphtherie	1	0,01	1	0,01	–	–
Tetanus	2	0,01	–	–	2	0,01
Gasbrand/Gasoedem	45	0,25	42	0,24	18	0,10
Ornithose	24	0,14	44	0,25	22	0,12
Malaria	67	0,38	138	0,77	124	0,69
Leptospirose	6	0,03	5	0,03	3	0,02
Poliomyelitis	–	–	4	0,02	–	–
Trachom	5	0,03	7	0,04	2	0,01
Q-Fieber	38	0,21	5	0,03	3	0,02
Trichinose	–	–	8	0,04	–	–
Angeborene Infektionen an:						
Rötelnembriopathie	–	–	–	–	–	–
Zytomegalie	–	–	4	0,02	1	0,01
Listeriose	3	0,02	6	0,03	1	0,01
Toxoplasmose	3	0,02	3	0,02	3	0,02
Lues	1	0,01	–	–	1	0,01
AIDS	393	2,22	(333)**	1,06	(121)**	0,68
Typhus- u. Paratyph.-Aussch. (Bestand)	186	1,05	162	0,91	145	0,81
Tuberkulose der Atmungsorgane	2 821	15,92	2 385	13,36	2 427	13,54
Tuberkulose anderer Organe	455	2,57	473	2,65	452	2,52
Überwachungsbedürftige und an- steckungsverdächtige Personen ohne aktive Tbc (Bestand)	99 469	561,38	92 441	517,75	93 247	520,35
Gonorrhoe	579	3,27	664	3,72	413	2,30
Syphilis	179	1,01	184	1,03	205	1,14

Datenquelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

Tuberkulosestatistik

Statistik der Geschlechtskrankheiten

Robert Koch-Institut:

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

AIDS-Fallregister

** Nachmeldungen möglich

 Tab. 2: Ausgewählte, gemeldete Infektionskrankheiten, Nordrhein-Westfalen, 1993,
1995, 1996

1.2.3 Stationäre Morbidität

Angaben zur stationären Morbidität (Ind. 3.75) sind seit dem Jahre 1993 für Nordrhein-Westfalen verfügbar. Im Jahre 1996 wurden insgesamt 3 552 384 Krankenhausabgänge registriert; Aussagen zur absoluten Zahl an Erkrankungen sind jedoch nur bedingt möglich, da wiederholte stationäre Aufnahmen im Laufe eines Jahres wegen derselben Diagnose nicht identifiziert werden können.

Häufigste Behandlungsursachen im Krankenhaus sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit einem Anteil von 20 % bei den Männern und 14 % bei den Frauen. Danach folgen Neubildungen und Unfälle, wobei sich die Reihenfolge für Männer und Frauen unterscheidet: bei Frauen stehen die Neubildungen an zweiter Stelle, bei Männern die Unfälle. Als vierthäufigsten Anlass für eine Krankenhausaufnahme findet man bei beiden Geschlechtern die Krankheiten der Verdauungsorgane (Abb. 8). Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett, die Krankheitsklasse XI, wurde unter Sonstiges geführt, um den Vergleich zwischen Männern und Frauen nicht zu erschweren.

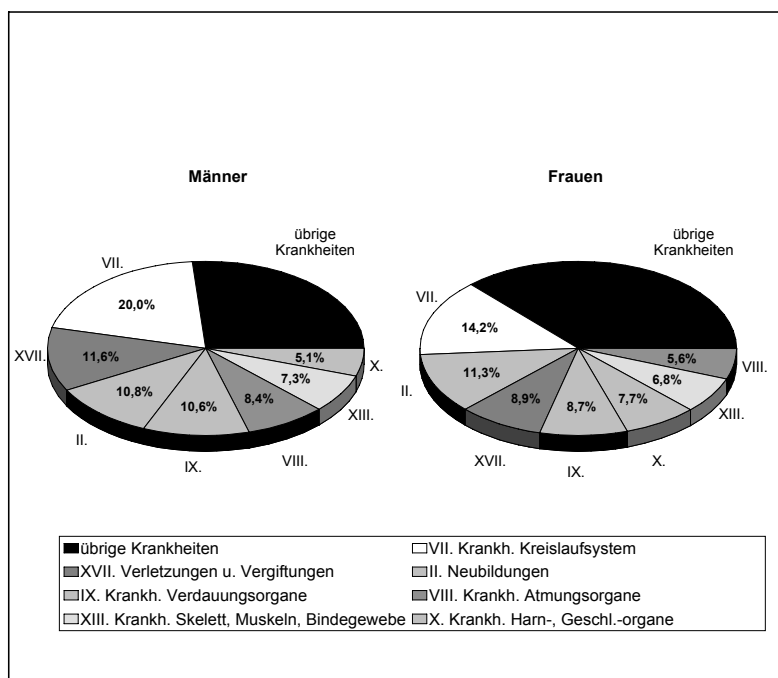


Abb. 8: Krankenhausfälle nach ICD-Hauptdiagnosengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1996

Somit zählen die beiden am häufigsten zum Tode führenden Krankheitsklassen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen) auch zu den häufigsten, stationär behandelten Diagnosegruppierungen. Unfälle haben hingegen einen erheblichen Stellenwert im Rahmen stationärer Behandlung, sind jedoch in der Todesursachenstatistik von geringerer Bedeutung. Ein umgekehrter Befund ergibt sich bei den Erkrankungen der Atemwege: während diese in der Mortalitätsstatistik an dritter Stelle stehen, nehmen sie bei den stationären Behandlungen lediglich Rang 5 bei den Männern und Rang 8 bei den Frauen ein.

1.2.4 Schwerbehinderte

Schwerbehinderte (Tab. 3, Abb. 9) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50. Da Schwerbehinderte meist lebenslange Beeinträchtigungen mit einem hohen Betreuungsaufwand aufweisen, sind sie eine Bevölkerungsgruppe, die besondere Ansprüche bezüglich der medizinischen Versorgung stellt. Handelt es sich bei der Behinderung um eine Krankheitsfolge, kann weiterhin auf das entsprechende Morbiditätsgeschehen geschlossen werden.

In der alle zwei Jahre durchgeführten Bestandsstatistik waren am 31.12.1997 insgesamt 1 810 962 Schwerbehinderte registriert, das entspricht 10,1 % der Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen (Tab. 3). Gegenüber dem Jahr 1993 ist ein Rückgang um 112 827 Personen, das entspricht 5,9 %, eingetreten. Auch Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von 70 und mehr gehen seit dem Jahr 1991 kontinuierlich zurück. Am häufigsten sind die Behindertengrade 50 bis 60 und 100 vertreten. Die Beeinträchtigung der Funktion der inneren Organe nimmt als Ursache der Schwerbehinderung den ersten Rang ein, gefolgt von Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule und des Rumpfes sowie Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen (Abb. 9). Blindheit und Taubheit betreffen 7,2 % aller Behinderungen. 38 489 Frauen sind infolge von Brustkrebsbehandlung schwerbehindert.

Jahr	Grad der Behinderung von ... bis unter ...						
	50 - 60	60 - 70	70 - 80	80 - 90	90 -100	100	insgesamt
1991	2 692,9	1 678,9	1 291,9	1 804,7	679,6	2 680,9	10 828,8
1993	2 792,1	1 701,6	1 285,4	1 697,6	660,7	2 695,2	10 832,6
1995	2 738,3	1 625,8	1 206,1	1 516,5	602,0	2 568,3	10 257,1
1997	2 718,6	1 599,9	1 173,3	1 431,4	581,4	2 570,5	10 075,2

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Schwerbehinderten,
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.

Tab. 3: Schwerbehinderte nach dem Grad der Behinderung je 100 000 Einwohner, Nordrhein-Westfalen, 1991, 1993, 1995, 1997 (31.12.d.J.)

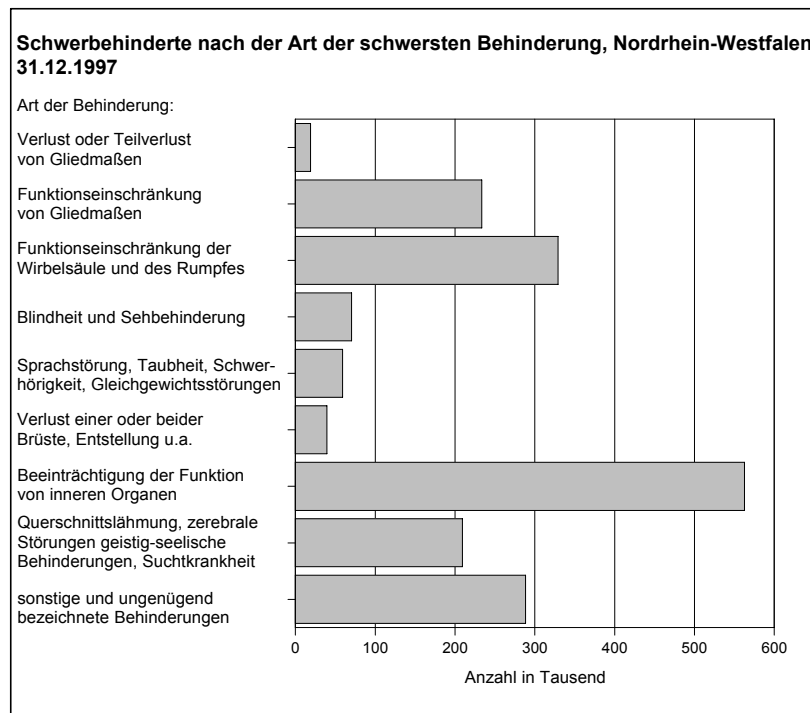


Abb. 9: Schwerbehinderte nach der Art der schwersten Behinderung, Nordrhein-Westfalen, 31.12.1997

1.2.5 Frührentenzugänge

Die Frührentenzugänge (Abb. 10, 11) fassen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zusammen, die von Bürgern, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auf Grund gesetzlicher Bestimmungen in Anspruch genommen werden können. Berufsunfähigkeit bedeutet eine Reduzierung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als die Hälfte, Erwerbsunfähigkeit bedeutet dagegen eine Reduzierung der Erwerbsfähigkeit auf ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße.

Am 31.12.1996 gab es in Nordrhein-Westfalen 341 555 Frührentner, das macht 4,9 % der aktiv Versicherten der Rentenversicherungsträger aus. Bei den Gründen für eine Frühberentung nehmen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (Klasse XIII) sowohl bei Männern als auch bei Frauen die erste Stelle ein. Danach folgen Krankheiten des Kreislaufsystems (Klasse VIII) und Psychiatrische Krankheiten (Klasse V). Bei den Frauen sind die Psychiatrischen Erkrankungen mit 24,2 % an zweiter Stelle zu finden, bei Männern die Krankheiten des Kreislaufsystems mit 22,8 %. An vierter Stelle sind bei beiden Geschlechtern die Rentenzugänge infolge von Neubildungen (Klasse II) platziert. Rentenzugänge infolge von Unfällen nehmen keinen bedeutenden Stellenwert ein.

Interessant ist auch die Gegenüberstellung der Rentenzugangs- gegen die Rentenbestandsdaten und die dabei ermittelten Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten. Berechneten wir z. B. für Nordrhein-Westfalen im Jahre 1996 eine Frührentenzugangsrate von 749 je 100 000 aktiv Versicherte, betrug die Bestandsrate 4 865 je 100 000 aktiv Versicherte. Somit kann mit 6,5 Jahren Frührentendauer pro Neuzugang gerechnet werden, bis der Übergang zur Altersrente erfolgt. In Viersen liegt die berechnete Frührentendauer im Jahre 1996 bei 6,5 Jahren, in Münster bei 4,4 Jahren und in Leverkusen bei 5,8 Jahren. Die Erklärung solcher Unterschiede bedarf weitergehender Untersuchungen.

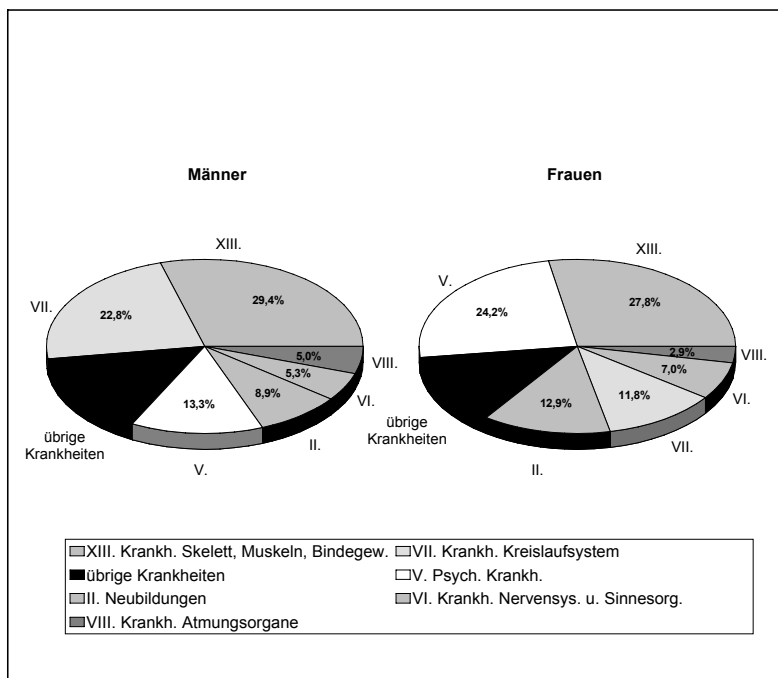


Abb. 10: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Hauptdiagnosengruppen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1996

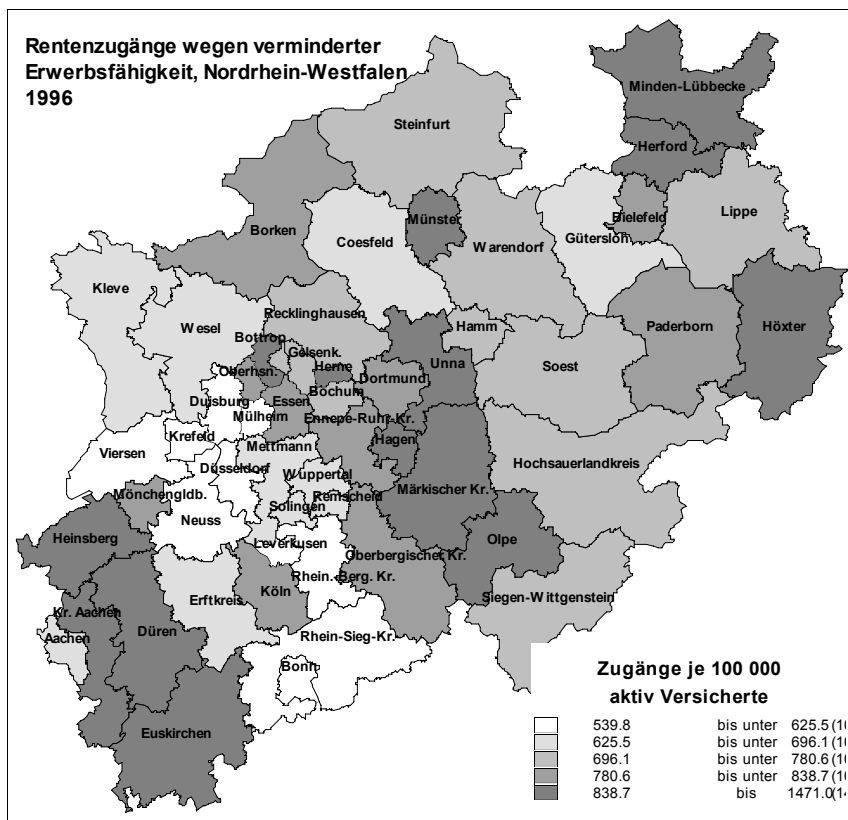


Abb. 11: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Nordrhein-Westfalen, 1996

1.3 Hinweise zur Güte des Systems gesundheitlicher Versorgung

Aus den zur Verfügung stehenden Angaben zur Mortalität und sonstigen Statistiken lassen sich erste Hinweise auf die Güte gesundheitlicher Versorgung ableiten. Ein wichtiger Bereich, der die Güte eines Gesundheitssystems auch historisch kennzeichnet, ist die Gesundheit von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Geburt und der Neugeborenenzeit. Um die Güte der Versorgung, bezogen auf chronische Erkrankungen, sichtbar zu machen, wurden durch eine Arbeitsgruppe der Europäischen Kommission eine Reihe von Todesursachen ausgewählt, die die Qualität eines Versorgungssystems in Bezug auf Prävention und Kuration abbilden.

1.3.1 Säuglingssterblichkeit

Nach wie vor gilt die Säuglingssterblichkeit als ein wichtiger Indikator für den Stand und die Qualität des Gesundheitswesens. Sie ist seit dem Jahr 1980 in Nordrhein-Westfalen um 64,4 % gesunken (Abb. 12). Im Jahr 1980 betrug die Säuglingssterblichkeit bei 2 486 im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern noch 14,6 ‰. Im Jahr 1996 erreichte das Land mit 5,2 ‰ (974 verstorbene Säuglinge) erstmals einen Wert, der sich der 5-Promille-Grenze nähert. Damit ist das Ziel der WHO-Strategie "Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000", das eine Senkung auf unter 10 ‰ vorsieht, bereits seit dem Jahr 1987 erfüllt.

Die Sterblichkeit in der ersten Lebenswoche, Frühsterblichkeit genannt, ist wesentlich vom Geburtsgewicht des Kindes und der klinischen Neugeborenenmedizin geprägt. Die Sterblichkeit der ersten 6 Lebenstage ist von 1980 bis 1996 wie auch die Sterblichkeit der 2. bis 4. Lebenswoche (Spätsterblichkeit) und die Nachsterblichkeit, die Sterbefälle des 2. bis 12. Lebensmonats beinhaltet, um über 63 % gesenkt worden. Als häufigste Todesursachen bei Säuglingen gelten Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit, d. h. Schwangerschaft, Geburt und erste Lebenswoche des Kindes, haben. Dazu gehören an erster Stelle Schwangerschaftskomplikationen, Geburtskomplikationen, Untergewicht, Geburtstraumen, Infektionen in der Perinatalzeit, Gelbsucht usw. An zweiter Stelle folgen angeborene Anomalien. An dritter Stelle folgt der plötzliche Kindstod. 90 % der Todesfälle sind auf diese drei Ursachen zurückzuführen.

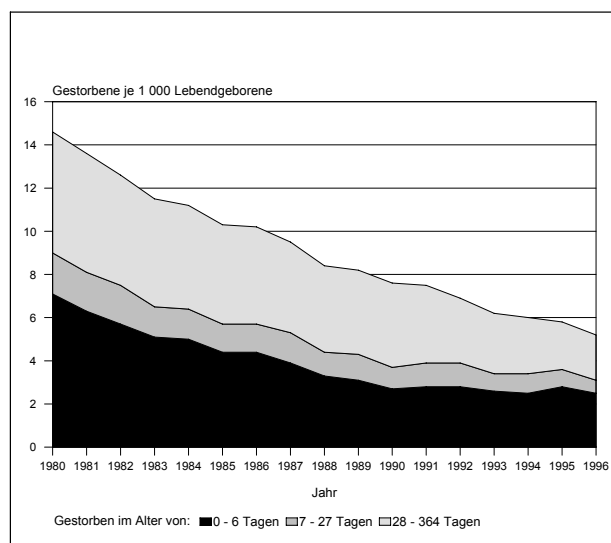


Abb. 12: Säuglingssterbefälle je 1 000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1996

Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, Alkohol- und Drogensucht oder der soziale Status der Kindeseltern auf die Säuglingssterblichkeit ist bekannt. Als Kennzahl für diesen Einfluss kann die Rate untergewichtig geborener Kinder verwendet werden, also von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2 500 Gramm, da diese Neugeborenen anfälliger für Erkrankungen sind als normalgewichtige Neugeborene.

Von 1991 bis 1996 stieg in Nordrhein-Westfalen die Untergewichtigenrate von 5,8 % auf 6,3 % aller Lebendgeborenen an. Bemerkenswert ist, dass untergewichtig Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1 500 Gramm innerhalb von 5 Jahren um 23 % angestiegen sind, die Frühgeborenen insgesamt jedoch nur einen Anstieg von 8 % zu verzeichnen hatten. Demzufolge liegt ein Anstieg insbesondere bei den erheblich untergewichtigen Kindern vor, die weniger als 1 500 Gramm Geburtsgewicht aufweisen. Hohe Anteile untergewichtig geborener Säuglinge verzeichneten im Jahre 1996 die Kreise Gelsenkirchen (8,4 %), Heinsberg (7,7 %) und Hagen (7,7 %). Die geringsten Frühgeborenenraten konnten in den Kreisen Olpe (3,9 %), Höxter (4,6 %) und Coesfeld (4,9 %) registriert werden. Aufgrund der geringen Zahlen sind auch größere jährliche Schwankungen der Frühgeborenenraten möglich.

Die Totgeborenenrate (totgeborene Kinder ab 500 Gramm Geburtsgewicht je 1 000 Geborene) lag mit 4,59 % im Jahre 1996 niedriger als im Vorjahr (4,68 ‰). Dahinter verbergen sich 870 Todesfälle in Nordrhein-Westfalen. Zu beachten ist, dass seit der Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahre 1993 zu den Totgeborenen auch alle ohne Lebenszeichen geborenen Kinder von 500 bis 999 Gramm zählen. Dadurch erhöhte sich die Totgeborenenrate um mehr als 1 %.

Mit der Schwangerenvorsorge steht ein Versorgungsangebot zur Verfügung, das die Gesundheit von Mutter und Kind während Schwangerschaft und Geburt sichern hilft. Die Übersicht über die Leistungen der Schwangerenvorsorge weisen eine bis an 99 % heranreichende Inanspruchnahme auf, über 76 % der Frauen suchen die Schwangerschaftsvorsorge 10-mal und öfter auf. In den vergangenen 10 Jahren erhöhte sich der Anteil der Frauen von 35 auf 50 %, die die Schwangerschaftsvorsorge bis zur 8. Schwangerschaftswoche erstmalig konsultierten. Trotz dieser Leistungen ist es nicht gelungen, den Anteil untergewichtiger Kinder und die Zahl der Totgeborenen zu reduzieren.

1.3.2 Vermeidbare Sterbefälle

Vermeidbare Sterbefälle (Ind. 3.12) beziehen sich auf Todesursachen, die bei optimalen Versorgungsverhältnissen hinsichtlich Früherkennung und Behandlung, bei gesundheitsbewusster Lebensweise oder bei der Reduktion von Risiken aus der Umwelt als vermeidbar angesehen werden. Sie entsprechen einer Liste von 29 ausgewählten Todesursachen, vorgeschlagen von einer Arbeitsgruppe der Europäischen Kommission.

Für das Land Nordrhein-Westfalen werden Berechnungen der vermeidbaren Sterbefälle für folgende Diagnosen und Altersgruppen durchgeführt (Tab. 4):

Bezogen auf 100 000 Einwohner in Nordrhein-Westfalen (standardisiert an der "neuen" Europabevölkerung) wurden 1980 durch die acht aufgeführten Diagnosen 286,2 Lebensjahre verschenkt, 1996 waren dies noch 193,3 Lebensjahre (Abb. 13). Das bedeutet einen Rückgang vermeidbarer Todesfälle um 32,5 % innerhalb von 16 Jahren in Nordrhein-Westfalen. Anteilmäßig waren 1996 43 % der vermeidbaren Todesfälle durch ischämische Herzkrankheiten bedingt, dies fiel 1996 auf unter 30 %; auch alle anderen "vermeidbaren" Diagnosen bis auf Lungenkrebs sind in diesem Zeitraum rückläufig. Beim Brustkrebs der Frau ist dieser Rückgang mit nur 1 % allerdings marginal.

Die "vermeidbaren" Todesursachen lassen sich danach unterscheiden, in welchem Ausmaß präventive beziehungsweise kurative Maßnahmen zu ihrer Vermeidung beitragen können. In

den letzten 40 Jahren wurde dabei den kurativen Maßnahmen ein hoher Einfluss auf die positive Entwicklung der Lebenserwartung zugesprochen. Allerdings geht man davon aus, dass sich in Zukunft der Einfluss präventiver Maßnahmen stärker auswirken wird (5). In einer Studie für Rheinland-Pfalz wurde dieses Potenzial anhand der Todesursachen Lungenkrebs, Leberzirrhose und Kraftfahrzeugunfälle charakterisiert, die in Rheinland-Pfalz 38,5 %, 1996 in NRW 25 % der vermeidbaren Todesfälle ausmachen.

ICD-9	Erläuterung	Altersgruppe
180	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	15 - 64jährige Frauen
174	Brustkrebs	25 - 64jährige Frauen
001 - 999	Perinatale Sterbefälle	Totgeborene und bis zum 6. Lebens- tag verstorbene Säuglinge
401-405 und 430-438	Hypertonie und Schlaganfall	35 - 64jährige
430 - 438*	Schlaganfall	35 - 64jährige
571	Chronische Leberkrankheit und -zirrhose	15 - 74jährige
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	0 - 99jährige
410 - 414*	Ischämische Herzkrankheit	35 - 64jährige

* in Abb. 13 nicht berücksichtigt

Tabelle 4: Aufstellung über ICD-Diagnosen: Vermeidbare Sterbefälle

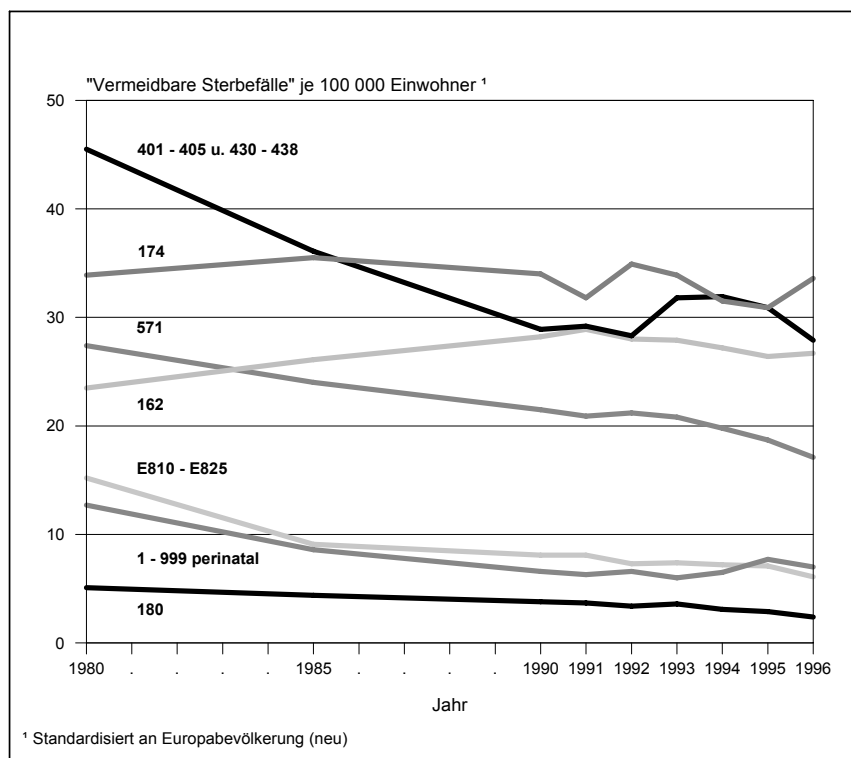


Abb. 13: "Vermeidbare Sterbefälle", Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985, 1990 - 1996

1.4 Resümee

Die Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen ist gekennzeichnet durch einen Bevölkerungsanstieg um 5,2 % im Zeitraum von 1980 - 1996, der Ausländeranteil ist auf 11,5 % angestiegen. Während bei der unter 65-jährigen Bevölkerung der Männeranteil überwiegt, sind die höheren Altersgruppen stärker von Frauen besetzt. Die Mortalität ist durch einen Rückgang der altersstandardisierten Raten seit dem Jahre 1980 um 24 % geprägt. Demzufolge stieg die Lebenserwartung innerhalb der vergangenen 25 Jahre bei Frauen um 4,39 Jahre und um 6,35 Jahre bei Männern an.

Im Erkrankungsspektrum, das durch offizielle Statistiken wie Todesursachenstatistik, stationäre Morbidität sowie Schwerbehinderungen bzw. Berentungen abgebildet werden kann, imponieren die chronischen Krankheiten, die typischerweise mit dem Alter korreliert sind wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen. Damit wird deutlich, dass hier auch in Zukunft der wesentliche Versorgungsbedarf beim weiterhin zu erwartenden Anstieg der Lebenserwartung liegt. Unfälle sind vor allem bei den jüngeren Altersgruppen eine der wichtigen Ursachen für Krankenhausaufenthalte. Die Bedeutung von Infektionskrankheiten ist weniger ausgeprägt: hier sind vor allem die Salmonellosen häufig. Die Ausbreitung von AIDS konnte hingegen erfolgreich verhindert werden. Beachtenswert ist weiterhin, dass die Erkrankungen von Muskeln, Skelett und Bindegewebe, die bei Todesursachen und stationärer Morbidität eine geringe Rolle spielen, bei den Rentenzugängen der wichtigste Anlass sind.

Das Versorgungssystem in NRW verfügt über ein hohes Niveau bei immer noch steigender Lebenserwartung. Damit rücken die chronischen Krankheiten des Alters in den Vordergrund und erzeugen spezifischen Versorgungsbedarf. Anhand "vermeidbarer" Erkrankungen lässt sich zeigen, dass hier noch Potenziale für eine Weiterentwicklung unseres Versorgungssystems bestehen.

Literatur

- 1 Holland, W. (1997): Overview of policies and strategies. The Scope of Public Health. Oxford Textbook of Public Health, 3. Edition, Volume 1. New York Oxford Tokyo.
- 2 Strohmeier, K. P., Kersting, V. (1997): Expertenbericht. Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. (Iögd: Gesundheitsberichterstattung Band 9.) Bielefeld.
- 3 Bardehle, D., Annuß, R. (1994): Bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Themenfeld 2 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. (Iögd: Gesundheitsberichterstattung Band 5.) Bielefeld.
- 4 Bardehle, D., Annuß, R. (1996): Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. (Iögd: Gesundheitsberichterstattung Band 8.) Bielefeld.
- 5 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (1996): Sondergutachten 1996. Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Baden-Baden.



2 Krankenhäuser

Bernhard J. Güntert, Dieter Ahrens

2.1 Die Krankenhäuser im Gesundheitssystem – Aufgabe, Arten und Bedeutung

Innerhalb des Gesundheitsversorgungssystems übernehmen Krankenhäuser die Aufgabe, Patienten zu behandeln und zu betreuen, die akut erkrankt sind, einer kontinuierlichen Unterbringung sowie medizinischer und pflegerischer Überwachung bedürfen. Damit fallen in Krankenhäusern vier Hauptfunktionen (3) an, nämlich:

- ▶ Diagnose,
- ▶ Therapie,
- ▶ Pflege und
- ▶ Hotel- und Serviceleistungen.

Gegenüber anderen Einrichtungen der stationären Versorgung grenzen sich Krankenhäuser dadurch ab, dass insgesamt alle vier Hauptfunktionen in etwa gleich ausgeprägt sind. In Pflegeeinrichtungen beispielsweise liegt der Schwerpunkt auf der Pflege, in Reha-Einrichtungen auf der Therapie und der Hotelleistung, in teilstationären Einrichtungen ist hingegen der Hotelbereich weniger umfassend. Allerdings gibt es auch in Krankenhäusern Bereiche, in denen nicht alle Funktionen ausgeprägt sind (z. B. alle nicht-bettenführenden Abteilungen, Polikliniken usw.).

Zusätzlich übernehmen Krankenhäuser weitere wichtige Funktionen, die oft nur indirekt ebenfalls mit der Patientenversorgung zu tun haben, wie z. B. in den Bereichen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Forschung.

Krankenhäuser können nach verschiedenen Kriterien gegliedert werden, z. B. nach

- ▶ allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern,
- ▶ Versorgungsniveau der Krankenhäuser,
- ▶ Größe,
- ▶ Einbezug in Lehre und Forschung oder nach der
- ▶ Trägerschaft.

Eine häufige Differenzierung - die man vielfach auch in den Statistiken der Länder und der Krankenhausgesellschaften wiederfindet - ist jene in allgemeine Krankenhäuser und sonstige Krankenhäuser. Zu den allgemeinen Krankenhäusern zählen jene Einrichtungen, die über eine oder mehrere vollstationäre Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für Patientinnen und Patienten der Psychiatrie und/oder Neurologie vorgehalten werden. Diese gehören zu den sogenannten "sonstigen Krankenhäusern". Unter diesen Begriff fallen aber auch Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden. Krankenhäuser, die sich auf eine oder einige wenige somatische Fachdisziplinen spezialisieren, werden Fachkrankenhäuser genannt, fallen statistisch jedoch unter die Rubrik der allgemeinen Krankenhäuser.

Bei einer Gliederung nach Versorgungsstufen werden die Einrichtungen meist unterschieden in Krankenhäuser der

- ▶ Grundversorgung,
- ▶ Regelversorgung,
- ▶ Schwerpunktversorgung und
- ▶ Zentral-/Maximalversorgung.

Die Definitionen der einzelnen Versorgungsstufen variieren zwischen den Bundesländern oft erheblich. Obwohl diese Stufen noch immer wichtig sind für die Einteilung der Krankenhäuser in den Krankenhausplänen der Länder, überleben sie sich aufgrund des raschen technologischen Wandels sowie der Möglichkeit und Notwendigkeit nach Schwerpunktbildung in der Praxis immer mehr. Immer häufiger kommt es vor, dass beispielsweise Krankenhäuser der Regelversorgung in einer medizinischen Disziplin ein höheres Versorgungsniveau aufweisen.

Da die Trennung in die verschiedenen Versorgungsstufen in der Praxis schwierig ist, wurde in NRW schon früh ein pragmatisches Verfahren gewählt. Die Krankenhausplanung in NRW kennt drei Versorgungsstufen, welche sich allerdings nicht inhaltlich im Angebot, sondern vorwiegend durch die Größe der Häuser unterscheidet.

Die Differenzierung der Krankenhäuser nach ihrer Größe – maßgebend dafür ist z. Z. noch alleine die Anzahl der Betten – steht in einem engen Zusammenhang mit den Versorgungsstufen. Größere Krankenhäuser verfügen meist über mehr Fachabteilungen, eine stärker ausgebaute medizinisch-technische Infrastruktur und sind daher auf höheren Versorgungsstufen zu finden. Allerdings gilt auch dies zunehmend nur noch mit Einschränkung, sind doch kleine Krankenhäuser heute in Teilbereichen oft hochspezialisiert und bieten dort durchaus Maximalversorgung an.

Eine weitere gebräuchliche Gliederung ist jene in Universitätskliniken, Lehrkrankenhäuser und übrige Krankenhäuser. Damit wird die Einbindung der Einrichtungen in die Mediziner- und in die medizinische Forschung ausgedrückt. Diese Unterscheidung ist insofern wichtig, als Universitätskliniken zur höchsten und Lehrkrankenhäuser zu den höheren Versorgungsstufen gehören und damit im Verhältnis zu ihrer Anzahl in medizinischer oder wirtschaftlicher Hinsicht eine weit überproportionale Bedeutung haben.

Vielfach werden Krankenhäuser auch nach der Trägerschaft differenziert. Die Träger der Krankenhäuser betreiben und bewirtschaften ihre Einrichtungen. In Deutschland existiert eine historisch gewachsene pluralistische Trägerstruktur, bestehend aus:

- ▶ öffentlichen,
- ▶ freigemeinnützigen und
- ▶ privaten Trägern.

Öffentliche Krankenhäuser werden von Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), Zusammenschlüssen von Gebietskörperschaften (z. B. Kreise, Landschaftsverbände) oder den anderen Körperschaften (gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung, Knappschaften etc.) getragen. Sie können unterschiedliche Rechtsformen aufweisen, wie Regiebetriebe, Anstalten des öffentlichen Rechts, Eigenbetriebe oder gemeinnützige GmbHs (gGmbHs). Zu den freigemeinnützigen Trägern zählen jene Krankenhausträger, die nicht öffentlich-rechtliche Institutionen sind, jedoch die "Krankenhäusergemeinnutzung", d. h. im Sinne der Gemeinnützigkeitsregelungen der Abgabenordnung ohne Absicht der Gewinnerzielung betreiben (5). Darunter fallen vor allem Kirchen und kirchliche Vereinigungen sowie freie Wohlfahrtsverbände und Stiftungen. Privatkliniken sind in der Regel kleine, hochspezialisierte Kliniken, die sich im Eigentum der Ärzte bzw. zunehmend auch im Besitz von Kapitalgesellschaften befinden.

Aufgrund der aktuellen Reformbestrebungen im Krankenhausbereich ergeben sich mit der rechtlichen und finanziellen Verselbständigung der Einrichtungen in jüngster Zeit deutliche Verschiebungen in der Rechtsform. So zeigt sich z. B. seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) am 1.1.1993 ein klarer Trend zur wirtschaftlichen Verselbständigung öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser in gGmbHs. Daraus ergeben sich neue Managementanforderungen für die Krankenhausleitungen, müssen diese doch jetzt auch für die finanzielle Situation Verantwortung übernehmen.

Die Krankenhäuser spielen im System der Gesundheitsversorgung sowohl qualitativ wie auch quantitativ eine bedeutende Rolle (4). Qualitativ, da in Krankenhäusern tendenziell

schwerer erkrankte Patienten betreut werden als in anderen Versorgungsbereichen. Krankenhauspatienten bedürfen aus medizinischen, pflegerischen oder sozialen Gründen einer über die fachliche Versorgung hinausgehenden stationären Betreuung. Aber auch quantitativ nehmen die Krankenhäuser eine zentrale Rolle ein. So beanspruchen sie in Deutschland etwa ein Drittel der gesamten Aufwendungen für das Gesundheitswesen. Im internationalen Vergleich scheint dies wenig zu sein. Dabei ist allerdings zu beachten, dass in Tabelle 1 nicht zwischen stationär und ambulant erbrachten Leistungen der Krankenhäuser unterschieden wird. In vielen Ländern erfüllen die Krankenhäuser auch wichtige Rollen im Bereich der ambulanten Versorgung, da teure Infrastruktur und Spezialisten oft nur in Krankenhäusern zu finden sind (z. B. Niederlande) bzw. die Krankenhäuser Polikliniken betreiben, die ausschließlich ambulante Leistungen erbringen.

Land	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP	Ausgabenanteile an den Gesundheitsausgaben insgesamt				
		Krankenhaus	Ambulante Behandlung:			Arzneimittel
			insgesamt	davon		
				Ärzte	Zahnärzte	
Dänemark	8,0	62,7	21,6	–	6,6	9,2
Deutschland	10,5	35,0	30,1	16,4	7,4	12,7
Frankreich	9,7	45,6	28,1	12,0	5,6	17,0
Italien	7,8	46,9	29,4	20,2	–	17,9
Niederlande	8,6	52,4	28,1	8,7	4,0	10,9
Österreich	8,0	20,9	27,1	15,2	–	14,1
Schweiz	10,2	49,3	–	–	–	7,6
UK	6,9	–	–	–	–	16,5
USA	14,0	42,2	32,6	19,5	4,6	8,8

Tabelle 1: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Ausgabenstruktur 1996 in ausgewählten Ländern (7)

Mit einem Umsatz von 95 Mrd. DM und rund 1,1 Mio. Beschäftigten in Deutschland (2) stellen die Krankenhäuser auch einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar. Die große wirtschaftliche Bedeutung wird auf lokaler Ebene besonders deutlich, wie die heftig geführten Diskussionen um geplante Krankenhausschließungen zeigen. Häufig gehören die Krankenhäuser zu den größten Arbeitgebern der Standortkommunen und tragen auch mit ihrem Leistungsangebot zur Attraktivität der Orte bei.

Diese besondere Stellung und Bedeutung der Krankenhäuser im Gesundheitsversorgungssystem und als Wirtschaftsfaktor sowie die laufenden und sich abzeichnenden Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung lassen eine detailliertere Analyse des Krankenhaussektors in NRW und einen Vergleich mit anderen Bundesländern bzw. mit dem Ausland sinnvoll erscheinen. Bei dieser Analyse muss allerdings berücksichtigt werden, dass im Jahre 1990 die Krankenhausstatistik in Deutschland eine tiefgreifende Zäsur erlebte. Neben der deutschen Vereinigung, die u. a. den Zugang der rund 400 Krankenhäuser der neuen Bundesländer sowie Ost-Berlins für die gesamtdeutsche Statistik bedeutete, hatte die gleichzeitige Umstellung der Krankenhausstatistik auf die Systematik der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) auch Auswirkungen auf Zeitreihenanalysen in den alten Bundesländern (2; KHStatV vom 10.4.90). Beispielsweise wurden die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aus der Krankenhausstatistik ausgegliedert und als eigenständiger Bereich ausgewiesen. Die herkömmliche Auf-

teilung der Krankenhäuser in Akut- und Sonderkrankenhäuser wurde durch eine Neugliederung in allgemeine Krankenhäuser sowie Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen bzw. psychiatrischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- und Nachtkliniken ersetzt. Da in den neuen Ländern die Umstellung auf die bundeseinheitliche Krankenhausstatistik 1991 erfolgte (vgl. die methodischen Hinweise des Statistischen Bundesamtes), wird auch hier in den Zeitvergleichen im Wesentlichen mit den Angaben ab dem Berichtsjahr 1991 gearbeitet.

2.2 Die Krankenhausstrukturen in NRW und im Vergleich

Die Analyse der Krankenhaussituation in NRW teilt sich in eine Betrachtung einiger Struktur-, Infrastruktur-, Wirtschafts- und Leistungsindikatoren der Krankenhäuser. Allerdings können nur die Entwicklungen globaler Indikatoren aufgezeigt und entsprechenden gesamtdeutschen Daten bzw. gegebenenfalls Daten weiterer Staaten gegenübergestellt werden. Die detaillierte Analyse des Krankenhauspersonals wird in diesem Kapitel bewusst ausgeklammert, da sie Gegenstand von Kapitel 7 dieses Bandes ist.

2.2.1 Die Versorgungsstufen des Krankenhaussystems in NRW

In Nordrhein-Westfalen gab es 1996 insgesamt 474 Krankenhäuser (2). Dies entspricht rund 21 % aller Krankenhäuser Deutschlands. Davon waren 6 Universitätskliniken (ohne die private Universität Witten-Herdecke). Betrachtet man die Versorgungsstufen, so werden in der Krankenhausplanung vier Versorgungsstufen unterschieden. Neben der Stufe 5, die alle Sonderkrankenhäuser umfasst, beruht die Unterteilung der übrigen Krankenhäuser in die Stufen 1 bis 3 nicht auf unterschiedlichen Angeboten der Krankenhäuser, sondern ist allein abhängig von deren Größe. Die Größe der Krankenhäuser wird dabei anhand der Bettenanzahl festgemacht: Stufe 1 umfasst kleine Häuser bis 350 Betten, Stufe 2 mittelgroße Krankenhäuser zwischen 350 und 599 Betten. Stufe 3 endlich umfasst die großen Häuser über 600 Betten. Darin eingeschlossen sind die sechs Universitätskliniken.

Die Eingliederung der Krankenhäuser in die verschiedenen Versorgungsstufen erfolgt bei der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan NRW mit der Folge, dass die aktuellen Bettenzahlen u. U. mit der eigentlichen Versorgungsstufe nicht mehr übereinstimmen.

Die Verteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen gemäß Krankenhausplan NRW sieht für das Jahr 1996 wie folgt aus, wobei sich die Differenz in der Gesamtzahl der Krankenhäuser dadurch erklärt, dass nicht mit allen Krankenhäusern im Lande Versorgungsverträge abgeschlossen wurden und sie daher nicht im Plan erscheinen:

Interessant in diesem Zusammenhang ist die geographische Verteilung der Krankenhäuser, wird doch über die Krankenhausbedarfsplanung des Landes eine ausgewogene Versorgung der gesamten Bevölkerung angestrebt. Instrument dazu ist das mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972 (KHG) eingeführte System der dualen Krankenhausfinanzierung mit der öffentlichen Förderung der Investitionskosten bedarfsgerechter Krankenhäuser. Mittels Krankenhausbedarfsplänen soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen sichergestellt werden (1). In den Landeskrankenhausesplanungen werden dazu aufgrund von Bedarfsdeterminanten wie Bevölkerungszahl, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung der Bettenbedarf global und differenziert nach medizinischen Fachdisziplinen und z. T. Versorgungsstufen für die einzelnen Versorgungsregionen ermittelt. Ergänzt wurde die Krankenhausbedarfsplanung durch weitere fachspezifische Erhebungen wie z. B. die Großgeräteplanung, welche allerdings mit dem 2. NOG im Jahre 1997 abgeschafft wurde.

Regierungs- bezirk	Versorgungsstufen			Sonder-KH	Summe	darunter	
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3			Uni- kliniken	Akad. Lehr-KH
Düsseldorf	30 (24%)	52 (43%)	12 (10%)	28 (23%)	122 (100%)	2	30
Köln	38 (41%)	31 (34%)	8 (9%)	15 (16%)	92 (100%)	3	26
Münster	23 (34%)	34 (49%)	3 (4%)	9 (13%)	69 (100%)	1	3
Detmold	17 (34%)	11 (22%)	8 (16%)	14 (28%)	50 (100%)	0	8
Arnsberg	56 (47%)	28 (24%)	10 (8%)	25 (21%)	119 (100%)	0	16
NRW insg.	164 (36%)	156 (35%)	41 (9%)	91 (20%)	452 (100%)	6	83

Tabelle 2: Versorgungsstufen der in den Krankenhausplan NRW aufgenommenen Krankenhäuser, nach Regierungsbezirken und NRW 1996 (in Klammern die prozentualen Anteile)

In NRW, wie auch in einigen anderen Ländern, geht die Krankenhausplanung über das Bundesrecht hinaus und trifft Regelungen zur inneren Struktur und Organisation der Krankenhäuser, wobei jedoch der eigene Wirkungskreis kirchlicher Krankenhäuser besonders respektiert wird (1). Die neuesten Entwicklungen der Krankenhausplanung in NRW räumen den Krankenkassen eine wichtigere Rolle ein. Sie müssen nicht mehr finanzieren, was das Land geplant hat, sondern greifen aktiv in die Gestaltung des Krankenhaussystems ein.

Die insgesamt 474 Krankenhäuser in NRW verfügten 1996 im Durchschnitt über rund 307 Betten. Die meisten Krankenhäuser (172) finden wir in der Gruppe mit 300 bis 599 Betten (vgl. Tab. 7). Sehr kleine Krankenhäuser mit weniger als 50 Betten gab es 1996 noch fast 40, meist in ländlichen Gebieten zur Sicherstellung der Grundversorgung oder aber als spezialisierte kleine Fachkrankenhäuser. Größere Krankenhäuser mit mehr als 1 000 Betten findet man in NRW 10. Darunter fallen alle Universitätskliniken, welche 1995 insgesamt 9 012 Betten betrieben haben (9).

2.2.2 Die Krankenhaustypen in NRW

Hinsichtlich der Krankenhaustypen lassen sich in NRW 405 allgemeine und 69 sonstige Krankenhäuser unterscheiden. Unter die 69 sonstigen Krankenhäuser fallen Einrichtungen, die ausschließlich über psychiatrische oder neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden. Während diese Krankenhäuser nicht nach den verschiedenen Trägern aufgeteilt werden können, ist eine solche Aufteilung für die allgemeinen Krankenhäuser möglich (vgl. Abb. 1).

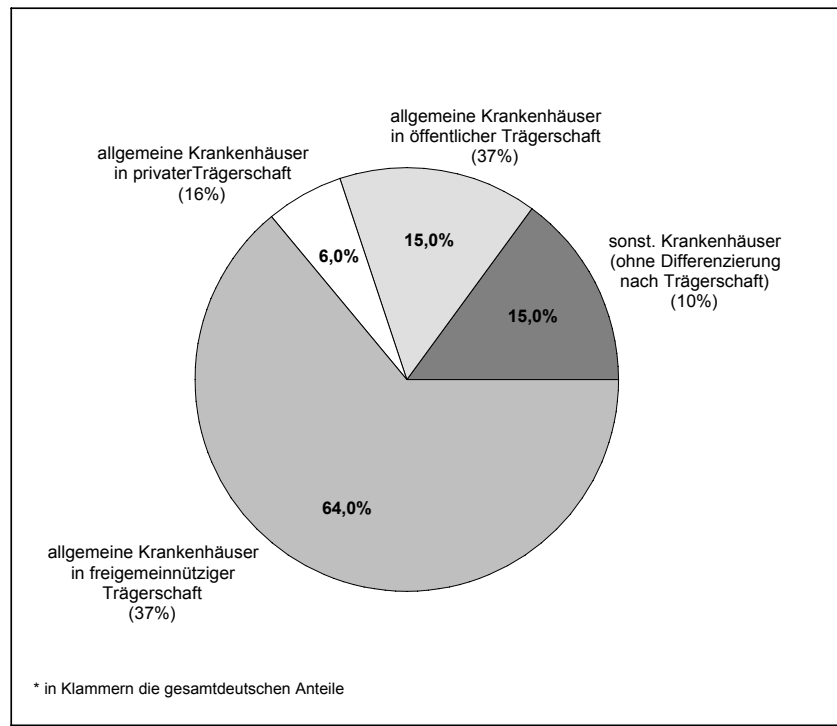


Abb. 1: Krankenhäuser in NRW 1996 differenziert nach Krankenhaustyp und Trägerschaft (in Klammern die gesamtdeutschen Anteile) (2)

2.2.3 Die Struktur der Krankenhausträger

Analysiert man die Krankenhäuser in NRW nach ihrer Trägerschaft und vergleicht dies mit der Situation in den anderen Bundesländern, so fällt auf, dass mit nur gerade 15 % der Anteil der öffentlich-rechtlichen Häuser sehr gering ist (vgl. Tab. 3). Es dominieren mit 64 % die freigemeinnützigen Häuser. Auch der Anteil privater Krankenhäuser ist im Vergleich zu den anderen Bundesländern weit unterdurchschnittlich.

Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Trägerschaft über die letzten Jahre (vgl. Tab. 4), so zeigt sich in NRW eine Zunahme an privaten Krankenhäusern, während alle anderen Kategorien abnehmen.

Im Laufe der vergangenen Jahre ist mit Ausnahme des Jahres 1996 die Gesamtzahl der Krankenhäuser in NRW nahezu konstant geblieben. Dabei konnten die rückläufigen Zahlen bei den öffentlichen, freigemeinnützigen und sonstigen Krankenhäusern durch einen konstanten – von 1993 zu 1994 sprunghaften – Zuwachs bei den privaten Krankenhäusern egalisiert werden. Im angeführten Zeitraum wurde in der Kategorie “sonstige Krankenhäuser” – sowohl absolut als auch prozentual – der größte Rückgang verzeichnet.

Land	KH insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser				Sonstige KH
		Insgesamt	Öffentliche	Freigemeinnützige	Private	
Baden-Württemberg	317	292 (92%)	149 (47%)	73 (23%)	70 (22%)	25 (8%)
Bayern	406	375 (92%)	217 (53%)	57 (14%)	101 (25%)	31 (8%)
Berlin	68	61 (90%)	19 (28%)	31 (46%)	11 (16%)	7 (10%)
Brandenburg	59	54 (92%)	27 (46%)	19 (32%)	8 (14%)	5 (8%)
Bremen	15	keine A.	keine A.	keine A.	keine A.	keine A.
Hamburg	39	39 (100%)	12 (31%)	20 (51%)	7 (18%)	0 (0%)
Hessen	181	158 (87%)	46 (25%)	77 (43%)	35 (19%)	23 (13%)
Mecklenburg-Vorpommern	37	keine A.	16 (43%)	13 (35%)	keine A.	keine A.
Niedersachsen	211	197 (93%)	76 (36%)	85 (40%)	36 (17%)	14 (7%)
Nordrhein-Westfalen	474	405 (85%)	73 (15%)	305 (64%)	27 (6%)	69 (15%)
Rheinland-Pfalz	117	104 (89%)	24 (21%)	67 (57%)	13 (11%)	13 (11%)
Saarland	28	keine A.	11 (39%)	keine A.	keine A.	keine A.
Sachsen	96	89 (93%)	55 (57%)	19 (20%)	15 (16%)	7 (7%)
Sachsen-Anhalt	62	keine A.	38 (61%)	18 (29%)	keine A.	keine A.
Schleswig-Holstein	102	78 (76%)	31 (30%)	19 (19%)	28 (27%)	24 (24%)
Thüringen	57	54 (95%)	32 (57%)	11 (19%)	11 (19%)	3 (5%)
Deutschland	2269	2040 (90%)	831 (37%)	835 (37%)	374 (16%)	229 (10%)

¹Die sonstigen Krankenhäuser können in den einzelnen Ländern nicht nach Trägern aufgeteilt werden.

Tabelle 3: Krankenhäuser nach Trägern und Ländern 1996 (2)

Krankenhäuser	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Öffentliche KH	78	78	77	77	77	73
Freigemeinnützige KH	311	310	312	310	308	305
Private KH	19	19	19	26	26	27
Sonstige KH	77	77	73	72	72	69
KH insgesamt	485	484	481	485	483	474

Tabelle 4: NRW-Krankenhäuser nach Typen und Trägern von 1991 bis 1996 (11, 2)

2.3 Krankenhaus-Infrastruktur in NRW und im Vergleich

2.3.1 Krankenhausbetten und Bettendichten

Ein wichtiger Indikator für die Beurteilung des Potenzials der stationären Versorgung stellt die Anzahl der verfügbaren Betten dar. Sie ist - differenziert nach medizinischen Fachbereichen – auch eine Schlüsselgröße der Krankenhauspläne der Länder.

In NRW waren 1996 insgesamt fast 146 000 Krankenhausbetten in Betrieb (vgl. Tab. 5), davon rund 6 % in den sechs Universitätskliniken (9). Die Bettendichte liegt in NRW mit 8,13 pro 1 000 Einwohner erheblich über dem bundesdeutschen Durchschnitt (7,25).

		1991	1992	1993	1994	1995	1996
Nordrhein-Westfalen	Aufgestellte Betten	160.128	159.769	153.897	152.362	150.431	145.718
	Aufgestellte Betten je 1.000 Einwohner	9,19	9,08	8,68	8,57	8,38	8,13
Deutschland	Aufgestellte Betten	665.565	646.995	628.658	618.176	609.123	593.743
	Aufgestellte Betten je 1.000 Einwohner	8,32	8,03	7,74	7,59	7,46	7,25

Tabelle 5: Bettenzahl und Bettendichte in Krankenhäusern NRWs und Deutschlands 1991 bis 1996 (11, 2)

In NRW wurden ebenso wie in Gesamtdeutschland in den vergangenen Jahren Krankenhausbetten abgebaut. Der Bettenabbau erfolgte in NRW etwa im Gleichschritt mit jenem in Deutschland. Die Bettendichte hat sich damit seit 1991 um rund ein Krankenhausbett pro 1 000 Einwohner reduziert.

Im Bundesvergleich wird die Bettendichte von NRW nur gerade in Bremen, Hamburg und Berlin übertroffen (vgl. Tab. 6). Die hohe Bettendichte in den drei Stadtstaaten lässt sich teilweise durch die besonderen Bevölkerungsstrukturen in Großagglomerationen begründen. Ob dies allerdings auch für NRW berechtigt ist, lässt sich erst nach einer Analyse der einzelnen Regionen sagen.

Die Bettendichte in NRW unterscheidet sich in den einzelnen Regierungsbezirken signifikant. So liegt der Regierungsbezirk Arnsberg mit einer Bettendichte von ca. 9 Betten je 1 000 Einwohner um rund 11 % über dem nordrhein-westfälischen Durchschnitt, während der Regierungsbezirk Köln diesen um 10 % unterbietet. Die Aussage der erhöhten Bettendichte aufgrund von Großagglomerationen lässt sich damit nicht ohne weiteres übertragen. Zwar weisen die Regierungsbezirke Düsseldorf und Arnsberg mit einem hohen Anteil der Bevölkerung in großen Städten (10 bzw. 5 kreisfreie Städte), eine vergleichsweise höhere Bettendichte auf, jedoch hat der Regierungsbezirk Köln mit einem vergleichbaren Anteil von 40 % der Bevölkerung in Großagglomerationen (4 kreisfreie Städte) eine deutlich geringere Bettendichte.

Betrachtet man die Bettendichte regional differenziert nach den wichtigsten medizinischen

Fachbereichen, so ergeben sich noch größere Unterschiede (vgl. Abb. 2). Während im Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe ein ausgeglichener Standard zu finden ist, gibt es in den anderen Fachbereichen sehr große Differenzen (z. B. Innere Medizin: Regierungsbezirk Köln 21,4 gegenüber 29 Betten pro 10 000 Einwohner im Regierungsbezirk Arnsberg oder Pädiatrie: Regierungsbezirk Münster 4,1 gegenüber 2,6 Betten pro 10 000 Einwohner im Regierungsbezirk Detmold). Diese Unterschiede lassen sich nur zum Teil durch unterschiedliche Nachfragestrukturen erklären.

Land	KH insgesamt	Betten insgesamt	Bettendichte (Betten pro 1.000 Einwohner)
Baden-Württemberg	317	67.407	6,52
Bayern	406	85.609	7,12
Berlin	68	28.823	8,31
Brandenburg	59	16.879	6,63
Bremen	15	6.683	9,85
Hamburg	39	14.707	8,61
Hessen	181	41.220	6,85
Mecklenburg-Vorpommern	37	12.590	6,92
Niedersachsen	211	51.173	6,56
Nordrhein-Westfalen	474	145.718	8,13
Rheinland-Pfalz	117	28.690	7,20
Saarland	28	8.499	7,84
Sachsen	96	30.787	6,76
Sachsen-Anhalt	62	19.534	7,15
Schleswig-Holstein	102	16.372	5,99
Thüringen	57	19.052	7,63
Deutschland	2.269	593.743	7,25

Tabelle 6: Krankenhäuser, Bettenzahl und Bettendichte in den Bundesländern 1996 (2)

Regierungsbezirk	Bevölkerung		Krankenhausbetten		
	Insgesamt (1.000 Einw.)	davon in kreisfreien Städten	insgesamt	Anteil der Betten in NRW	Dichte (je 1.000 Einw.)
Düsseldorf	5.291	62%	43.341	30%	8,19
Köln	4.216	40%	30.610	21%	7,26
Münster	2.587	26%	21.511	15%	8,32
Detmold	2.027	16%	15.943	11%	7,87
Arnsberg	3.827	41%	34.313	24%	8,97
NRW insg.	17.948	42%	145.718	100%	8,12

Tabelle 7: Bevölkerung und Krankenhausbetten in NRW nach Regierungsbezirken 1996 (6, 12)

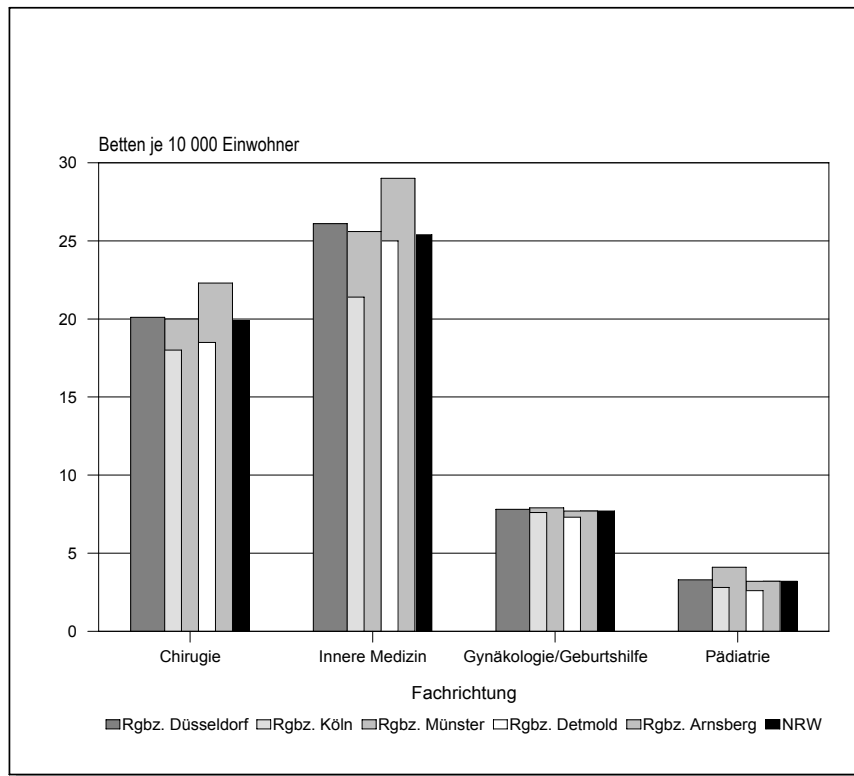


Abb. 2: Bettendichte in verschiedenen Fachrichtungen und Regierungsbezirken NRWs 1996 (Indikator 6.12; 6, 12)

Internationale Vergleiche sind für die Beurteilung und Bewertung eines Gesundheitsversorgungssystems sehr hilfreich. Aufgrund unterschiedlicher Systemstrukturen und Datendefinitionen und -aufbereitungen (vgl. hierzu u. a. 7) müssen die Vergleiche jedoch sehr differenziert interpretiert werden.

Internationale Vergleichsdaten zur Bettendichte werden im Allgemeinen auf Basis der gesamt-stationären Bettenzahl gebildet (vgl. z. B. 7). Damit sind neben den Krankenhausbetten auch die Betten in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit eingeschlossen. Dies bedeutet beispielsweise für Deutschland, dass die Bettenanzahl im stationären Bereich um rund 200 000 Einheiten höher liegt als die Zahl der Krankenhausbetten. Entsprechend steigt auch die Bettendichte. Für die internationale Vergleichbarkeit werden deshalb analog und in Abweichung zur obigen Tabelle die gesamt-stationären Zahlen für NRW und Deutschland herangezogen. Dabei zeigt sich u. a., dass sich der große Unterschied der Bettendichte in NRW im Vergleich zu Deutschland auflöst, d. h., dass in NRW weniger Betten in Heimen und Reha-Einrichtungen vorhanden sind (vgl. Tab. 8).

Tabelle 8 zeigt zwischen den verschiedenen Ländern sehr große Unterschiede in den Bettendichten. Mit knapp unter 10 Betten pro 1 000 Bewohner liegen Deutschland und NRW bei der Spitzengruppe. Nur gerade die Niederlande liegen höher. Die Bettendichte liegt in diesen Ländern praktisch doppelt so hoch wie in Großbritannien, Schweden oder den USA mit den niedrigsten Dichten. Die Tabelle zeigt aber auch, dass in den vergangenen Jahren überall kontinuierlich Betten abgebaut wurden. Der Abbau erfolgt hierbei in der Regel – vergleichbar zu Deutschland – in kleineren Schritten. Lediglich Schweden hat seit 1991 die Bettendichte im stationären Bereich von zwölf Betten je 1 000 Einwohner um rund die Hälfte reduziert und damit die Strukturen im Bereich der Krankenhausversorgung massiv verändert. Um eine umfassende Beurteilung der stationären Versorgungssysteme machen zu können, genügt die-

ser Indikator allerdings nicht. Weitere Indikatoren über das übrige Versorgungssystem, die Effizienz der Leistungserstellung und vor allem über Effektivität und Qualität wären notwendig, stehen aber nicht im geforderten Detaillierungsgrad zur Verfügung.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Nordrhein-Westfalen	10,1	10,0	9,6	9,7	9,6	9,4
Deutschland	10,1	9,9	9,7	9,7	9,7	9,6
Dänemark	5,4	5,1	5,0	5,0	4,9	4,9
Frankreich	9,6	9,4	9,2	9,0	8,9	8,7
Italien	6,8	6,8	6,7	6,5	6,2	6,0
Niederlande	11,4	11,4	11,3	11,3	11,3	11,2
Österreich	9,9	9,7	9,5	9,4	9,3	9,2
Schweden	11,9	7,6	7,0	6,5	6,1	5,6
UK	5,6	5,4	5,1	4,9	4,7	4,5
USA	4,8	4,6	4,5	4,3	4,2	4,1

¹Für die Jahre 1991 bis 1993 sind die Bettenzahlen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für NRW ohne die Angaben des Regierungsbezirkes Münster

Tabelle 8: Stationäre Bettendichte (Betten je 1 000 Einwohner) in NRW, Deutschland und ausgewählten Ländern 1991 bis 1996 (7, 6, 12, Indikator 06_15z)

Vergleicht man die Bettenentwicklung in NRW mit Bezug auf die Krankenhausgröße und die jeweilige Anzahl Krankenhäuser, so wird deutlich, dass bis 1996 in allen Kategorien Betten abgebaut, jedoch kaum strukturelle Veränderungen des Versorgungssystems mit Krankenhausschließungen erreicht wurden.

Bettenzahl	1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	Anz. KH	Anz. Betten	Anz. KH	Anz. Betten	Anz. KH	Anz. Betten	Anz. KH	Anz. Betten	Anz. KH	Anz. Betten	Anz. KH	Anz. Betten
Unter 50	32	22	32	22	34	22	41	19	39	19	38	18
50 - 149	77	110	77	109	80	110	82	111	83	109	83	109
150 - 299	154	219	154	218	149	219	147	220	149	219	143	218
300 - 599	173	416	172	418	174	417	170	416	169	416	172	417
600 - 999	36	732	36	734	33	726	34	719	32	718	28	709
über 1000	13	1.461	13	1.450	11	1.379	11	1.362	11	1.347	10	1.328
Insgesamt	485		484		481		485		483		474	
durchschnittl. Bettenzahl		330		330		320		314		311		307

Tabelle 9: Anzahl Krankenhäuser in NRW nach Bettengröße mit jeweiliger durchschnittlicher Bettenzahl 1991 bis 1996 (Indikator 6.11; 11)

Tabelle 9 zeigt, dass sich insgesamt bis 1995 die Anzahl der Krankenhäuser nur geringfügig verändert hat. Ein signifikanter Rückgang der Krankenhauszahl in NRW ist erst 1996 mit einer Reduktion um neun Häuser zu verzeichnen. Die Verschiebungen der Anzahl Kranken-

häuser und der durchschnittlichen Bettenbestände weisen jedoch darauf hin, dass ein Bettenabbau überall stattgefunden hat. Dies hat bewirkt, dass Krankenhäuser verschiedentlich in die jeweils nächsttiefere Kategorie rutschten. Bei den größten Krankenhäusern (über 600 Betten) ist auch der durchschnittliche Bettenbestand stark zurückgegangen. Insgesamt lässt sich alleine in diesen beiden Kategorien mit dem Bettenabbau und der Verschiebung in die nächstunteren Kategorien rund die Hälfte des gesamten Bettenabbaus in NRW erklären.

Der von 1991 bis 1996 erfolgte Abbau von fast 15 000 Krankenhausbetten in NRW lässt sich im Wesentlichen auf zwei Punkte zurückführen:

- ▶ Seit 1991 sank die Zahl der Krankenhäuser über 150 Betten um insgesamt 23. Demgegenüber stieg die Zahl der kleinen Krankenhäuser (bis 150 Betten) nahezu im gleichen Maße, so dass die Gesamtzahl der Krankenhäuser in NRW nahezu konstant geblieben ist. Diese Verschiebung äußert sich auch in der durchschnittlichen Bettenzahl aller Krankenhäuser. Diese sank im dokumentierten Zeitraum von 330 Betten auf durchschnittlich 307 Betten je Krankenhaus.
- ▶ Deutlich wird der Bettenabbau bei den Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten. Einerseits reduzierte sich die Anzahl dieser Krankenhäuser, andererseits wurde die durchschnittliche Bettenzahl bei den Krankenhäusern über 1 000 Betten um über 10 % gesenkt.

2.3.2 Krankenhauspersonal und Personaldichten

Ein weiterer Indikator zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des stationären Versorgungssystems sind die zur Verfügung stehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Indikator 7.18). Auch dieser Indikator gibt nur einen groben Anhaltspunkt, da er sehr global ist und über beispielsweise die Qualifikation, Arbeitssituation und Motivation nichts aussagt. Da die Personalentwicklung in Kapitel 7 analysiert und diskutiert wird, beschränkt sich die Darstellung hier auf einige wenige Vergleiche von Personaldichten.

Auffällig ist, dass in allen Personalkategorien die absoluten Zahlen in den letzten Jahren gestiegen sind. Damit hat die Personaldichte pro Bett, bei zeitgleicher Reduktion der Bettenzahl, massiv zugenommen. Dies war sicher notwendig, um die gestiegene Behandlungsintensität in der kürzeren Verweildauer und die zunehmende Anzahl behandelter Patienten aufzufangen. Dieser Personalintensität trug auch die Pflegepersonal-Regelung Rechnung, welche 1994 eingeführt und 1995 wieder ausgesetzt wurde, da sie zu einer massiven Zunahme an Pflegepersonal geführt hatte.

Betrachtet man die Universitätskliniken, so zeigt sich, dass diese signifikant vom Durchschnitt aller Krankenhäuser in NRW abweichen. 1995 wiesen die sechs Universitätskliniken eine Personaldichte pro Bett von 2,65 auf. Damit lagen sie um 1,1 Personen pro Bett über dem Durchschnitt der Krankenhäuser in NRW, aber um 0,18 Personen unter dem Durchschnitt aller Universitätskliniken in Deutschland (9).

NRW liegt in den absoluten Zahlen und in der Entwicklung der Bettendichte knapp über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Tab. 10), wobei Deutschland im internationalen Vergleich bezüglich der Personaldichte nur gerade von Frankreich unterboten wird. Länder wie Dänemark, England und die USA weisen eine mehr als zweifache Personaldichte zu Deutschland auf. Auch in den Vergleichsländern ist die Personaldichte in den letzten Jahren angestiegen, in Frankreich zumindest konstant geblieben.

Interessant sind jedoch nicht nur die Personaldichten pro Krankenhausbett, sondern auch jene in Bezug auf die zu versorgende Bevölkerung (vgl. Tab. 11.).

Auch hier steht Deutschland mit Italien am unteren Ende der Vergleichsskala. Die nordrhein-westfälischen Personaldichten in Bezug zur Bevölkerung liegen dabei leicht über den bundesdeutschen Daten.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Nordrhein-Westfalen	1,35	1,39	1,46	1,49	1,55	1,56
Deutschland	1,36	1,40	1,42	1,44	1,47	1,50
Dänemark	3,02	3,14	3,10	3,15	–	–
Frankreich	1,11	1,14	1,17	1,09	1,10	1,14
Italien	1,76	1,55	1,67	1,67	2,23	–
Niederlande	2,19	2,23	2,24	2,22	–	–
Österreich	1,60	1,70	1,80	1,90	1,94	1,95
Schweiz	1,95	2,04	–	–	–	–
UK	3,27	3,40	–	–	–	–
USA	3,50	3,61	–	–	–	–

Tabelle 10: Personaldichte pro Bett in NRW, Deutschland und ausgewählten Ländern 1991 bis 1996 (Indikator 7.18; 7)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Nordrhein-Westfalen	12,3	12,6	12,7	12,8	13,0	12,7
Deutschland	11,9	12,0	11,8	12,0	12,1	12,0
Dänemark	–	–	–	–	–	–
Frankreich	17,5	17,5	17,6	17,7	17,7	–
Italien	10,9	9,7	10,1	9,9	12,6	–
Niederlande	–	12,3	–	–	–	–
Österreich	14,0	14,5	14,8	15,3	15,5	15,6
UK	16,8	16,6	16,5	16,5	16,6	–
USA	16,5	16,6	16,3	16,4	16,1	–

Tabelle 11: Personaldichte pro 1 000 Einwohner in NRW, Deutschland und ausgewählten Ländern 1991 bis 1996 (Indikator 7.18; 7)

Unabhängig davon, ob die Personaldichte in Beziehung zur Bettenzahl oder der zu versorgenden Bevölkerung gesetzt wird, kann festgehalten werden, dass die Dichten für Deutschland bzw. NRW im internationalen Vergleich eher gering ausfallen.

Ein Vergleich der Personaldichten der verschiedenen Regierungsbezirke in NRW zeigt ebenfalls regionale Unterschiede, die einer Interpretation bedürfen (vgl. Tab. 12). Die Krankenhausplanung gleicht offensichtlich Differenzen in der Personaldichte nicht aus. Auffällig ist hier wiederum der Regierungsbezirk Köln, der nicht nur im Bereich der Bettendichte, sondern auch bei der bevölkerungsbezogenen Personaldichte unterdurchschnittliche Kapazitäten aufweist. Bei den bettenbezogenen Personaldichten liegen die Regierungsbezirke Münster, Köln und Düsseldorf an der Spitze. Dies dürfte z. T. auf die Konzentration von Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen in diesen Bezirken zurückzuführen sein. Sicher ist, dass sich bei all diesen Unterschieden auch die relative Eigenständigkeit der vielen freigemeinnützigen Träger auswirkt.

Regierungs- bezirk	Anzahl			Personaldichte	
	Personal in allg. KH	Betten in allg. KH	Bevölkerung (1.000 Einw.)	pro Bett	pro 1.000 Einwohner
Düsseldorf	70.029	39.127	5.291	1,79	13,20
Köln	48.938	26.996	4.216	1,81	11,60
Münster	35.202	19.338	2.587	1,82	13,60
Detmold	23.959	14.201	2.027	1,69	11,80
Arnsberg	49.158	30.944	3.827	1,59	12,80
NRW insg.	227.286	130.606	17.948	1,74	12,70

Tabelle 12: Personaldichte pro Bett und Bevölkerung in allgemeinen Krankenhäusern NRWs 1996 (Indikator 7.18a; 6, 12)

2.3.3 Medizintechnische Infrastruktur

Da weder Betten noch Personal die Leistungsfähigkeit des Krankenhaussystems ausreichend abbilden können, werden weitere Indikatoren gesucht. Eine Möglichkeit sind die Analysen der Großgeräteverteilung, da diese bis 1997 zentral geplant und erfasst wurden.

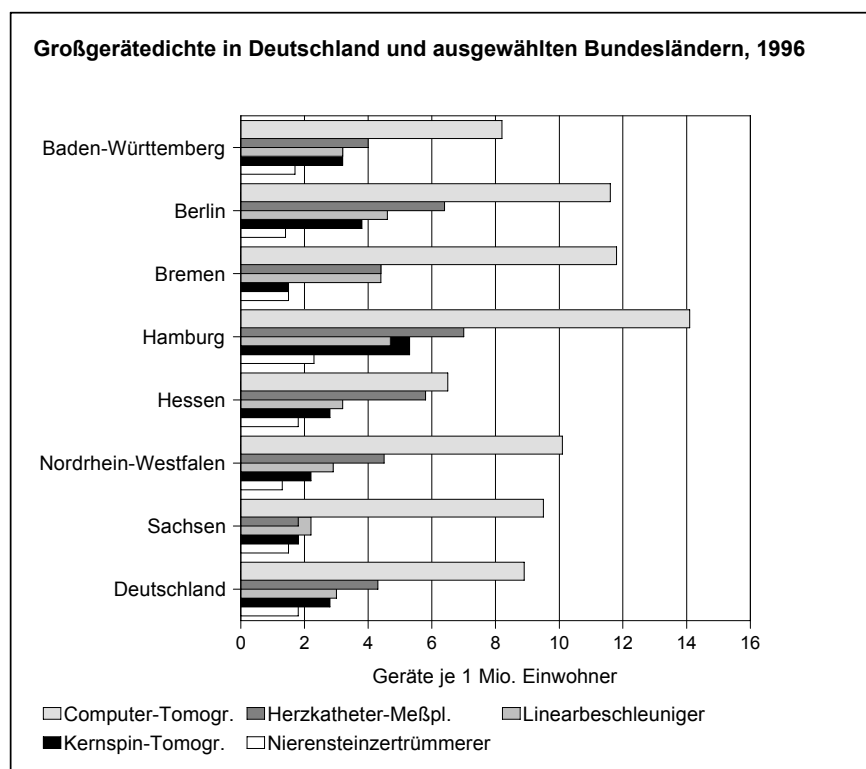


Abb. 3: Großgerätedichte in Deutschland und ausgewählten Bundesländern 1996 (11, 12)

Vergleicht man etwa die Großgerätedichte zwischen den verschiedenen Bundesländern, so zeigen sich recht große Unterschiede (vgl. Abb. 3). Die Dichte von Computertomographen beispielsweise variierte 1996 bezogen auf eine Million Einwohner zwischen 14,1 in Hamburg und 6,5 in Hessen (8,9 für das gesamte Bundesgebiet), andererseits variierten Herzkatheter-Messplätze zwischen 1,8 in Sachsen und 6,4 in Berlin (4,3 für das gesamte Bundesgebiet). Mit Ausnahme etwa von Hamburg und Berlin, die tendenziell höher liegen, lassen sich kaum regelmäßige Muster finden. NRW ist bei den hier ausgewählten fünf Großtechnologien immer im Mittelfeld der Bundesländer anzutreffen und liegt immer sehr nahe am Bundesdurchschnitt.

2.4 Die Leistungen der Krankenhäuser in NRW und im Vergleich

Beim Versuch, die Krankenhausleistungen zu evaluieren, macht sich eine im internationalen Vergleich eher dürftige, für Deutschland jedoch typische Datenlage bemerkbar. Während beispielsweise in der Schweiz, Österreich, den Niederlanden, Frankreich oder England öffentlich finanzierte Krankenhäuser recht detaillierte Struktur-, Kosten-, und Leistungsstatistiken einreichen müssen, die aggregiert veröffentlicht und auch von den einzelnen Krankenhäusern in ihren Jahresberichten publiziert werden und damit der breiten Öffentlichkeit zugänglich sind, ist eine entsprechende, differenzierte Datensammlung in Deutschland schwierig (9) oder nur auf sehr hohem Aggregationsniveau möglich. Eine Beurteilung differenzierter Leistungsdaten (z. B. nach ICD oder ICD-CM-Kategorien usw.) ist heute nicht machbar.

Allgemein verfügbar sind nur gerade globale Indikatoren über betreute Patienten und damit auch die Krankenhaushäufigkeit, über Verweildauern und Pfl egetage, teilweise noch differenziert nach Alter, Geschlecht und Fachabteilungen (Indikatoren 7.14, 7.15, 7.16, 7.17). Diagnose- und Eingriffsstatistiken sind aber kaum oder dann in derart globaler Form verfügbar, dass sich eine Analyse nicht lohnt. Auch eine Analyse der Leistungsdaten nach Regionen bzw. nach Art der Krankenhäuser ist nicht möglich.

2.4.1 Behandelte Patienten

Die Krankenhäuser Nordrhein-Westfalens haben 1996 zusammen 3 591 239 Patienten behandelt (Indikator 7.17). Die Anzahl der Patienten ist seit 1980 (2 953 116, wobei 1980 die Zahlen einschließlich der Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses berechnet wurden) kontinuierlich um rund 22 % gestiegen. Diese Steigerung fällt höher aus als die Vergleichsdaten in den alten Bundesländern. Mit rund 12,7 Mio. (1996) gegenüber 11,6 Mio. (1980) stationär behandelter Kranker lag die Steigerung hier lediglich bei rund 9 % (12).

Wird der Anteil der stationär behandelten Patienten mit dem Bedarf nach Krankenhausleistungen gleichgesetzt, so stellt man fest, dass dieser seit 1980 von 17,3 % der Bevölkerung auf 20 % angestiegen ist (vgl. Abb. 4). Dies ist um so erstaunlicher, da auch die Versorgungs- und Leistungsdichte im ambulanten Bereich stark zugenommen hat (vgl. Kap. 4).

Die Gründe dafür sind vielschichtig und müssen sowohl in einer gesteigerten Erwartung der Bevölkerung, einer höheren Angebotsdichte insgesamt, veränderten Behandlungsmustern und auch finanziellen Anreizstrukturen zu finden sein.

2.4.2 Pfl egetage, Verweildauern und Bettennutzung

Die Anzahl behandelter Patienten alleine ist ein sehr allgemeiner Indikator, der keine Aussage über die Leistungsfähigkeit des Krankenhaussystems zulässt. Eine weitere Differenzierung nach Patientenmerkmalen wäre eine Verbesserung. Das verfügbare Datenmaterial lässt

dies jedoch nicht zu. Daher werden weitere Indikatoren zur Leistungserbringung und Produktivität herangezogen.

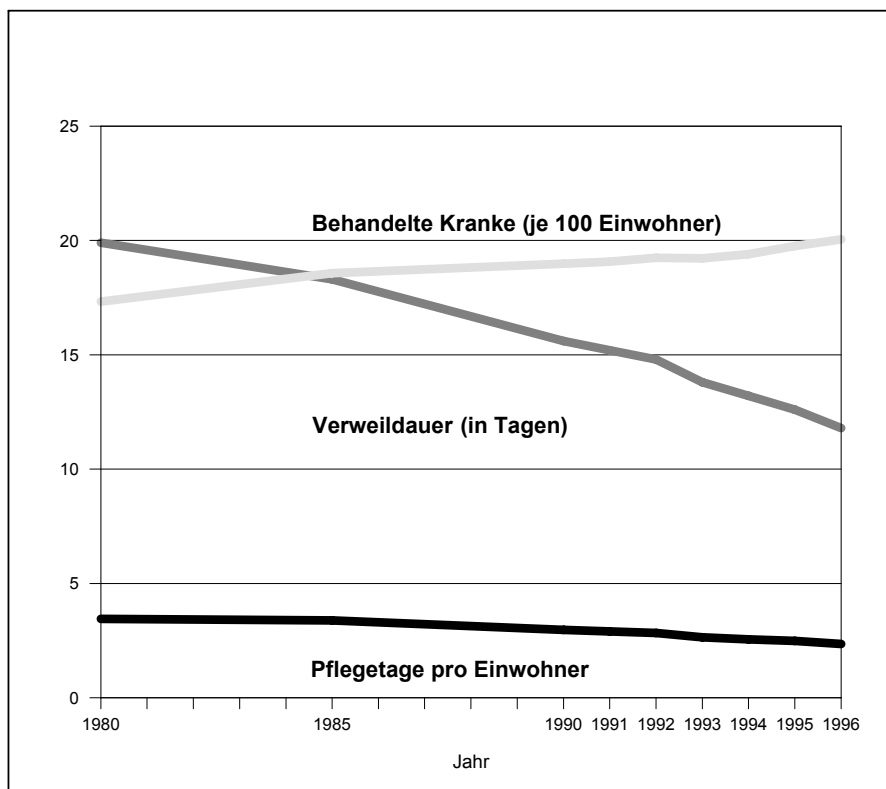


Abb. 4: Entwicklung globaler Indikatoren stationärer Versorgung in NRW (Indikator 7.17; 12, 13)

Während der Anteil der stationär behandelten Kranken – in absoluten Zahlen und gemessen in Prozent der Bevölkerung (Hospitalisationshäufigkeit) – kontinuierlich von 17,3 % (1980) auf 20 % (1996) gestiegen ist, haben sich die anderen Leistungsdaten rückläufig entwickelt (vgl. Abb. 4). Die deutlichste Reduktion fand im Bereich der durchschnittlichen Verweildauer statt: wurden hier 1980 durchschnittlich noch rund 20 Tage verzeichnet, waren 1996 lediglich 11,8 Tage notwendig. Damit hat sich die durchschnittliche Verweildauer seit 1980 um über eine Woche reduziert. Die Verweildauerreduktion in NRW war somit weit größer als im gesamtdeutschen Durchschnitt (von 19,7 Tage 1980 auf 14,3 Tage 1996; 7). Betrachtet man nur die sechs Universitätskliniken, so weisen diese trotz schwererer Krankheitsbilder ihrer Patienten eine signifikant kürzere durchschnittliche Verweildauer von rund 9,5 Tagen (9) auf. Zwischen den Universitätskliniken variieren die Verweildauern sehr stark, von 10,5 Tagen in Münster bis 7,6 Tagen in Essen.

Die Anzahl der Pflegetage pro Einwohner verzeichnet im selben Zeitraum einen Rückgang von mehr als einem Tag (von 3,45 auf 2,36 Tage). Dieser Abbau scheint zunächst von geringer Wirkung zu sein, bedeutet aber in NRW insgesamt einen Wegfall von rund 14,5 Millionen Pflegetagen von 1980 bis 1996. Diese Reduktion ist nicht nur in Verbindung mit der Verkürzung der Verweildauer zu sehen, sondern ist auch ein klarer Hinweis dafür, dass in den Krankenhäusern der Akutversorgung weniger Langzeitpatienten betreut werden. Diese finden wir heute viel eher in angepassten geriatrischen und rehabilitativen Versorgungseinrichtungen.

Bezüglich der Bettenbelegung (Indikator 7.17) lässt sich kein eindeutiger Trend finden. Die durchschnittliche Bettennutzung stieg zwischen 1980 und 1991 von 85,1 % auf 86,9 % an, sank dann aber recht massiv auf 79,3 % im Jahre 1996. Dies kann als Indikator gesehen werden, dass der Infrastrukturabbau nur zögerlich stattfand. Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass bei einer Verkürzung der Aufenthaltsdauern die Wiederbesetzungszeit der Krankenhausbetten prozentual zunehmen muss. Die Universitätskliniken NRWs weisen eine vergleichbare durchschnittliche Belegung auf (1995: 80,5 %; 9)

Im internationalen Vergleich der verschiedenen Indikatoren zeigt sich, dass die beobachteten Trends in fast allen Ländern ähnlich verlaufen, allerdings auf verschiedenen Niveaus. Das Profil NRW ist mit Ausnahme der durchschnittlichen Verweildauern den gesamtdeutschen Trends sehr ähnlich. Die Hospitalisationshäufigkeit (behandelte Patienten in % der Bevölkerung) ist in den Niederlanden signifikant tiefer (vgl. Tab. 13). Die lässt auf ein differenziertes stationäres Versorgungssystem und auf vermehrte ambulante Betreuung in diesen Ländern schließen.

	Stationär behandelte Kranke (% der Bevölkerung)	Pflegetage (pro Einwohner)	Bettennutzung (%)	Verweildauer (Tage)
Nordrhein-Westfalen	20,0	2,4	79,3	11,8
Deutschland	20,9	2,8	80,9	14,3
Dänemark	–	1,7	–	7,3
Frankreich	–	2,6	81,1	11,2
Italien	–	1,6	–	9,8
Niederlande	11,1	3,6	88,7	32,5
Österreich	25,1	2,6	78,8	10,5
Schweiz	–	2,7	–	–
UK	23,1	1,7	–	9,8
USA	–	1,1	–	7,8

Tabelle 13: Globale Krankenhausindikatoren in NRW, Deutschland und ausgewählten Ländern 1996 (Indikator 7.17; 12, 7)

Auch die Pflegetage pro Einwohner sind unterschiedlich. Signifikant tiefer liegen sie in den USA, Italien, UK und Dänemark. Dies weist ebenfalls auf andere Versorgungsstrukturen respektive geringere Krankenhausinfrastrukturen hin oder ist durch andere Finanzierungssysteme begründet.

Die Verweildauern sind ebenfalls unterschiedlich. Signifikant tiefer sind sie in den USA und in Dänemark sowie in Italien und UK. Während in den USA die Finanzierungsanreize dafür maßgeblich sein dürften, ist es in den anderen Ländern die Struktur des Versorgungssystems. Sehr viel höher liegt die Verweildauer in den Niederlanden. In Verbindung mit der geringen Hospitalisationshäufigkeit muss geschlossen werden, dass viel mehr Patienten ambulant oder teilstationär behandelt werden. Ein weiterer Indikator dafür ist die hohe Bettennutzung in den Niederlanden. Eine solche ist mit kürzeren Verweildauern kaum zu erreichen.

2.5 Zusammenfassung

Sowohl im nationalen wie auch im internationalen Vergleich verfügt das Land NRW über ein leistungsfähiges Krankenhausssystem. Insgesamt entspricht seine Struktur dem allgemeinen deutschen Standard, mit einigen regionalen Gegebenheiten. Innerhalb des Landes bestehen einige Unterschiede in der Ausstattung des Krankenhausystems. Deren Wirkung auf die Versorgung konnte allerdings aufgrund fehlender Daten nicht nachgewiesen werden.

Insgesamt zeigte die Analyse, dass eine differenzierte Darstellung und Bewertung des Krankenhausystems nicht möglich ist. Die verfügbaren Daten lassen Vergleiche nur auf einer sehr hohen Aggregationsebene zu. Differenzierungen nach Regionen, Fachbereichen, Personalkategorien, Patientenkategorien, Leistungsgruppen usw. sind mit den heute vorhandenen Daten nicht möglich, wären allerdings für eine Beurteilung des Versorgungssystems als Ganzes und zur Überprüfung der Erfüllung von Leistungsaufträgen von Teilsystemen und einzelnen Institutionen dringend notwendig. Eine Verfeinerung der Datenerhebung nach Vorbild des englischen National Health Service oder der schweizerischen Krankenhausstatistik wäre nicht nur aus wissenschaftlicher, sondern auch aus politischer Sicht wünschenswert.

Literaturverzeichnis

- 1 Bopp, U. (1995): Landeskrankenhausplanung. in: Steuer, W., Lutz-Dettinger, U. (1995): Handbuch für Gesundheitswesen und Prävention. Landsberg/Lech.
- 2 Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) (1998): Zahlen, Daten, Fakten. Düsseldorf.
- 3 Güntert B. J. (1990): Managementorientierte Informations- und Kennzahlensysteme für Krankenhäuser. Heidelberg.
- 4 Henke, K.-D., Göppfarth D. (1997): Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health. Berlin.
- 5 Knorr, Wernick (1991): Rechtsformen der Krankenhäuser. Düsseldorf.
- 6 Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch NRW, 1992 - 1998. Düsseldorf.
- 7 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Hrsg.) (1998): OECD Gesundheitsdaten 98. Vergleichende Analyse von 29 Ländern. OECD Datenbank. Bonn.
- 8 Prütting, D. (1994): Krankenhauspolitik und Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. *Krankenhauspharmazie*, 15 (5), S. 294 - 297.
- 9 Rösler, A. (1999): Die deutschen Universitätsklinika im Spannungsfeld ihrer Rahmenbedingungen. (im Druck).
- 10 Simon, M. (1998): Das Krankenhaus im Umbruch. Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health. Berlin.
- 11 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gesundheitswesen Fachserie 12, Reihe 6.1, 1991 - 1996. Stuttgart.
- 12 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch Deutschland. 1982, 1998. Stuttgart.
- 13 Anteile, die im Indikator 7.17 angeführt werden, wurden teilweise auf andere Bezugsgrößen transformiert, um sie einem nationalen bzw. internationalen Vergleich zugänglich zu machen.



3 Rehabilitation im Labyrinth der Interessen

Hans-Joachim Schwager

3.1 Einige historische Anmerkungen zur Aufsplitterung der Rehabilitation in Zuständigkeiten, Trägerschaften und unterschiedliche Zielsetzungen

Der Begriff „Rehabilitation“ hat im Laufe der Zeit unter dem Einfluss der Medizin- und Sozialgeschichte, aber auch bedingt durch die unterschiedlichen Rehabilitationsanbieter, eine sehr unterschiedliche Deutung erhalten und erschwert heute eher eine Verständigung. „Sicher ist“, so schreibt G. Jentschura, „dass ein Begriffswandel eingetreten ist und dass dieser innerhalb einer relativ kurzen Zeit erfolgte. Daraus erfolgen nicht selten Missverständnisse. ... Wenn der Sinn des Wortes Rehabilitation wirklich zum Tragen kommen soll, dann müssen wir alle das Gleiche verstehen“ (7).

Gegenwärtig wird Rehabilitation folgendermaßen definiert: Rehabilitation umfasst die Gesamtheit der Maßnahmen, um einen durch Krankheit, durch ein angeborenes Leiden oder durch eine Schädigung körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen über die Akutbehandlung hinaus in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und -stellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden oder wiederzuerlangen. Rehabilitation umfasst vier Bereiche: medizinische, schulische, berufliche und soziale Rehabilitation.

Wir weisen auf die Phasen einer Entwicklung des Rehabilitationsverständnisses hin, weil heute die verschiedenen Deutungen nebeneinander existieren. Zunächst gibt es drei Deutungen, die sich auch im lexikografischen Befund niederschlagen:

- ▶ Der Begriff taucht zum ersten Male auf in dem von Franz Joseph v. Buss geschriebenen „System der gesamten Armenpflege“ (1843-46). Der „heilbare Arme“ soll rehabilitiert werden: „er soll sich zu einer Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war. Er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wiedergewinnen und mit ihr ein neues Leben.“
- ▶ Der Begriff hat seine große Bedeutung in der orthopädischen Rehabilitation, vor allem nach den beiden großen Weltkriegen, und meint: „...die Gesamtheit aller Maßnahmen zur Wiedereingliederung Behinderter in die Umwelt. Dort, wo volle Rehabilitation nicht möglich ist, wird die Minimierung der behindernden Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche der Betroffenen angestrebt“ (3).
- ▶ Der Begriff beschreibt häufig in der Bezeichnung „Sondererziehung und Rehabilitation“ die Befähigung (Habilitation) der „dauerhaft behinderten“ oder „von Geburt an behinderten“ Menschen mit dem Ziel (finale Rehabilitation) der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder der Integration.
- ▶ Der Begriff erhält nach dem 2. Weltkrieg durch die Aufnahme der sozialen Psychiatrie auch die Bedeutung: Wiedererlangung der Ehre oder Würde. „Die resignierende Mitleidshaltung und Tendenz zum Verstecken der Störung (bis zum schamhaften Verstecken der chronischen Krankheit überhaupt) wird ersetzt durch leistungskompensatorische Rehabilitationsmaßnahmen. Der Kranke wird dadurch aus dem diskriminierenden Zustand eines sozialen Bettlerdaseins wieder in einen voll anerkannten sozialen Stand rehabilitiert.“

Es lassen sich vier verschiedene historische Phasen beschreiben, die auch heute noch das Rehabilitationsverständnis bestimmen und die drei Säulen der Rehabilitation erklären:

	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
	vor 1900 Sozialgesetzgebung des Kaiserreiches	nach 1918; nach 1945 BSHG 1952	nach 1969 Gesetzgebung der sozialliberalen Koalition	nach 1990 SGB V
Peronenkreis	Erwerbstätige; von der Erwerbslosigkeit Betroffene	zunächst: nicht voll rehabilitierbare Kriegsopfer; "Krüppel"; ab 1952: Menschen in besonderen Lebenslagen; BSHG § 39, 1 Personen, die nicht nur vorübergehend oder seelisch wesentlich behindert sind	von Geburt an Behinderte	Chronisch Kranke; alte Menschen
Ziel der Rehabilitation	SGB VI, §§ 9, 15 Nachteilsbelastete Gesundheitsstörungen auf die Erwerbsfähigkeit sollen entgegengewirkt oder überwunden werden, um eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu überwinden oder ein frühzeitiges Ausscheiden aus der Erwerbsfähigkeit zu verhindern	BSHG 29,2 Drohende Behinderung zu verhüten, vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern; Dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern	AFG 1969 A-Reha 1975; Rehabilitations-Angleichungsgesetz 1974 Schwerbehindertengesetz 1974 Gleichstellung der von Geburt an Behinderten mit den durch Krankheit oder Kriegsfolge Behinderten; Gemeinsame finale Ausrichtung der Rehabilitation mit dem Ziel "einer planmäßigen Eingliederung in Beruf, Arbeit und Gesellschaft" (Minister Ehrenberg)	SGB V § 23 (§§ 11, 40, 43) § 231 Eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich in eine Krankheit führen würde, zu beseitigen; § 23,2 Einer Gefährdung einer gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken; § 23,3 Pflegebedürftigkeit zu vermeiden; § 11 Drohender Behinderung vorbeugen: eine Behinderung zu beseitigen oder zu verbessern; Verschlimmerung zu verhüten
Kostenträger	Rentenversicherung	überörtlicher Sozialhilfeträger	Bundesanstalt für Arbeit	Krankenkasse
Ort der Rehabilitation		soziale Einrichtungen	Werkstätten für Behinderte; Berufsbildungswerk	überwiegend ambulant

Tabelle 1: Vier historische Phasen des Rehabilitationsverständnisses

3.2 Die Säulen der Rehabilitation

Aus dieser Entwicklung ergeben sich die drei heute das Rehabilitationsgeschehen bestimmenden Säulen der Rehabilitation:

- ▶ Die medizinische Rehabilitation: Rentenversicherung; Krankenkasse, Berufsgenossenschaften
- ▶ Die berufliche Rehabilitation : Arbeitsverwaltung
- ▶ Soziale Rehabilitation: Sozialhilfeträger

	Medizinische Rehabilitation	Berufliche Rehabilitation	Soziale Rehabilitation	Kinder/Schule
Träger	Rentenversicherung; Unfallversicherung; Berufsgenossenschaft; Krankenkasse	Arbeitsverwaltung	überörtliche Sozialhilfeträger	Schulbehörde
Ziel der Rehabilitation	Erhalt der Erwerbsfähigkeit; Wiederherstellung nach Unfall; Erhalt der Gesundheit; Verhütung einer Verschlimmerung; Vermeidung von Pflege	Eingliederung in das Arbeitsleben	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	Befähigung; Habilitation
Personenkreis	Von Erwerbsunfähigkeit bedroht; Von Pflege bedroht; Von Behinderung bedroht	1. AFG § 56 "wenn besondere berufsfördernde und ergänzende Leistungen notwendig sind" Das ist der Fall, "wenn Art und Schwere einer Behinderung oder die Sicherung des Eingliederungserfolges die Teilnahme an einer Maßnahme der Einrichtung für Behinderte erforderlich machen" (Rundschreiben des Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeit vom 11. April 1997)	BSHG § 39 "in besonderen Lebenslagen"	Anerkannt dauerhaft behindert; anerkannte Sonderförderungsbedürftigkeit

Tabelle 2: Die Säulen der Rehabilitation

3.3 Der Begriff „Behinderung“

Der Behebung, Minderung oder Kompensierung einer möglichen Behinderung dient die Rehabilitation. Der Begriff „Behinderung“ berechtigt zu besonderen Begünstigungen. Er regelt Zuständigkeiten (Behinderungen, ein handicap als Folge einer Krankheit: Zuständigkeit des Arztes; infolge sozialer Benachteiligung: Zuständigkeit von Sozialpädagogen), und er begründet einen Anspruch an das Sozialversicherungssystem (auf Rehabilitation, auf besondere Unterstützung in der beruflichen Ausbildung oder Umschulung; auf sonderpädagogische Förderung). Die primäre Zuständigkeit einer bestimmten Profession ergibt sich aus der Bestimmung der primären Ursache (bei Krankheit der Arzt; bei sozialer Verursachung andere Professionen). Nur nach den heutigen Erkenntnissen ist es immer weniger möglich, nur von einer primären Ursache auszugehen.

Maßgebend für die medizinische Rehabilitation ist die ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) (6). Es geht in dieser Klassifikation um eine Systematik, die „die gesamte Dimension der Krankheit und Behinderung eines Menschen umfasst“, und ergänzt den bisherigen Diagnoseschlüssel ICD. Dieses Konzept ist auch unter dem Begriff Krankheitsfolgenmodell bekannt, weil eine Schädigung (impairment), eine Fähigkeitsstörung (disability) und eine Beeinträchtigung (handicap) als Folgeerscheinung (Manifestation) einer Gesundheitsstörung zu verstehen sind.

Die Behinderung (handicap) wird als Benachteiligung verstanden, die sich „aus unzureichender oder fehlender Fähigkeit der Person ergibt, den Erwartungen oder Normen ihrer Umwelt zu entsprechen. Somit tritt eine Beeinträchtigung dann auf, wenn die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung dessen, was als „Überlebensrolle“ bezeichnet werden könnte, gestört ist.“

In der Sozial- und Sonderpädagogik stößt man auf ein anderes Verständnis. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bis etwa 1970 führte die Übernahme medizinischer Kategorien und vor allem des monistischen Kausalitätsbegriffes (eine Pathologie des Gehirns hat mit Notwendigkeit eine Pathologie des Verhaltens, des Intellekts zur Folge; man sprach von einem „epileptischen Charakter“, einem „diabetischen Charakter“ etc.) zur Entstehung und Legitimation von Sonderinstitutionen. Damit wurde eine dauernde Behinderung oder eine bestehende Entwicklungshemmung begründet. Den Einrichtungen der Sonderinstitutionen, die Anfang der 70er Jahre gegründet wurden (Sonderschulen, Berufsbildungswerke, Werkstätten für Behinderte) liegt dieser Behinderungsbegriff zugrunde. Dieser Begriff berechtigt zu Sonderleistungen und wird in Zeiten finanzieller Not jeweils enger gefasst. So wird in einem Schreiben der Bundesanstalt für Arbeit (vom 1. April 1997) mit dem Hinweis auf die begrenzten finanziellen Mittel der Anspruch nach § 56 AFG (Arbeitsförderungsgesetz) enger gefasst und es heißt:

„Behinderte im Sinne der A-Reha (Anordnungen des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter) sind körperlich, geistig oder seelisch behinderte Personen, deren Aussicht, beruflich eingegliedert zu werden oder zu bleiben:

- ▶ wegen Art oder Schwere der Behinderung
- ▶ nicht nur vorübergehend
- ▶ wesentlich gemindert sind und die
- ▶ deshalb besonderer Hilfe zur Eingliederung bedürfen“.

Nicht die Ursache steht im Vordergrund, sondern die sozialrelevante, defizitäre Eigenschaft des behinderten Menschen. Da diese Behinderten oft von Geburt an behindert sind, geht es weniger um eine „Wiederherstellung“ oder um den „Erhalt“, sondern um das Feststellen von Fähigkeiten und um die Befähigung (Habilitation). Insgesamt hängt die vorgeschlagene Art der Rehabilitation (ob mehr wohnortnah, ob eher ambulant, ob eher die Eigenkräfte stärkend – empowerment –, oder eher funktional) therapeutisch in hohem Maße von der Ursachenbestimmung, von dem begrifflichen Konzept, aber auch von der Zielsetzung ab.

Die unterschiedliche Bestimmung des Begriffes „Behinderung“ spiegelt sich auch in den statistischen Angaben wider: Am 31.12.1985 gab es in der Bundesrepublik 5 372 000 schwerbehinderte Menschen. Davon waren:

- ▶ 73,5 % älter als 55 Jahre
- ▶ 80,1 % krankheitsbedingt
- ▶ 6,5 % bedingt durch Krieg/Wehrdienst/Zivildienst
- ▶ 4,3 % angeborene Schäden
- ▶ 3,1 % bedingt durch Unfall
- ▶ 6,0 % sonstige Ursachen

In der jetzigen Bundesrepublik werden für 1996 ca. 10 Mio. schwerbehinderte Menschen angegeben. Nur die prozentuale Verteilung hat sich nicht wesentlich geändert. Die Anforderungen an Rehabilitation sind sehr unterschiedlicher Art. Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass die traditionellen Behindertenverbände zunehmend den Anspruch anmelden, alle Behinderten zu vertreten.

Es gibt in diesem Zusammenhang auch Unterschiede in der Bestimmung der Rehabilitationsziele, die auch den Rehabilitationsprozess bestimmen: Die klassische Zielsetzung ist die Eingliederung in die Gesellschaft (Integration) oder die Eingliederung (Berufsbildungswerk) oder Wiedereingliederung (Berufsförderungswerk) in den Beruf bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

Es gibt aber insbesondere für den Kreis der krankheitsbedingten und altersbedingten Rehabilitation noch andere Ziele; z. B. – zumeist unerfüllbar – die Wiederherstellung der Gesundheit oder Schmerzfreiheit. „Das Abweichen von der Norm“, schreibt W. Schell (12), „die durch

das Leitbild des gesunden Menschen geprägt ist, ist für die Behinderung ebenso ein Merkmal wie für die Krankheit. Während man jedoch unter Krankheit eine Regelwidrigkeit versteht, die im Allgemeinen behebbar oder deren Fortschreiten aufhaltbar ist, muss in dem tendenziell dauerhaften oder schwer überwindbaren Zustand der Behinderung ein Unterscheidungsmerkmal gesehen werden.“ Die Gesundheit kann in den meisten dieser Fälle nicht Ziel der Rehabilitation sein, sondern eher schon das Leben mit einer Beeinträchtigung. Hier verändert sich auch das Selbstbewusstsein der Betroffenen und gerät in Widerspruch mit dem Selbstverständnis der Institutionen. Miles-Paul (8) hat das klassische Selbstverständnis der Rehabilitation dem Selbstverständnis der in Selbsthilfeorganisationen organisierten Betroffenen gegenübergestellt:

	Rehabilitationsparadigma	Paradigma der Selbsthilfe
Problemdefinition	körperliche Einschränkung; mangelnde, defizitäre Fähigkeit	Abhängigkeit von Fachleuten, Angehörigen, Helfern
Ort des Problems	der einzelne Betroffene	soziale Umwelt; Rehabilitationsprozeß
Problemlösung	fachkundiges Vorgehen von Arzt und Therapeuten	Beratung, Unterstützung, Selbsthilfe
Soziale Rolle	Patient	"Kunde"
Wer ist tonangebend	Spezialist	"Kunde"
Erwünschtes Ergebnis	größtmögliche Fähigkeit in bezug auf die Aktivitäten des alltäglichen Lebens	Unabhängigkeit, Autonomie

Tabelle 3: „Klassisches Selbstverständnis der Rehabilitation“ versus „Selbstverständnis der in Selbsthilfeorganisationen organisierten Betroffenen“

3.4 Die fünf Dilemmata (2) der Rehabilitation

Die Zahl der Anträge auf medizinische Rehabilitation sank nach Mitteilung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) von 1995 zu 1997 um 38,1 %, die Zahl der Bewilligungen um 43 %. Das „Bonner Sparpaket“ (11) ist wohl der Auslöser für den plötzlichen Einbruch; die Ursache liegt aber in den vertagten politischen Entscheidungen. Allein in Nordrhein-Westfalen hatte sich in der Zeit von 1991 bis 1996 die Zahl von in den stationären Einrichtungen behandelten Rehabilitanden von 160 000 auf 230 945 erhöht. Es war vorauszusehen, dass dieser „Boom“ nicht von langer Dauer sein wird. Bei zurückgehendem Erwerbsalter und steigendem Lebensalter muss sich auch die Zielsetzung wie aber auch die Art der Durchführung der Rehabilitation verändern.

Es gibt fünf Dilemmata, die dringend einer politischen Lösung bedürfen:

3.4.1 Das erste Dilemma: „Umfassende Rehabilitation“ versus „Spezialisierte Rehabilitation“

Es gibt drei Säulen der Rehabilitation: die medizinische, die berufliche und die soziale Rehabilitation. Als vierte Säule für Kinder und Jugendliche müsste auch die Sonderpädagogik genannt werden, die sich selbst an der Universität als „Fakultät für Sondererziehung und Rehabilitation“ bezeichnet. Diese Aufteilung in „Säulen“ belastet den Prozess der Rehabilitation in doppelter Hinsicht:

- ▶ Sie erschwert besonders bei chronischen Krankheitsbildern eine umfassende Rehabilitation. In der Praxis lassen sich medizinische und berufliche Rehabilitation nicht abgrenzen, sondern bedingen sich wechselseitig. So ist z. B. in der beruflichen Rehabilitation von Jugendlichen mit einer Epilepsie die medizinische von der beruflichen Rehabilitation nicht zu trennen.
- ▶ Sie erschwert eine Rehabilitationsplanung. Die Planungshoheit liegt für die berufliche Rehabilitation bei der Bundesanstalt für Arbeit, für die soziale Rehabilitation bei den Landessozialämtern bzw. bei den Kommunen und für die medizinische Rehabilitation, insoweit sie die Erwerbsfähigkeit betrifft, bei der Rentenversicherungsanstalt und sonst bei den Krankenversicherungen.

Das Dilemma „Umfassende Rehabilitation“ versus „Spezialisierte Rehabilitation“ beschreibt auch ein Dilemma des Rehabilitationsprozesses. Die „Umfassende Rehabilitation“ setzt bereits bei der stationären Aufnahme in die Akutbehandlung ein, die „Spezialisierte Rehabilitation“ macht eine Unterscheidung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation. Ziel der „Spezialisierten Rehabilitation“ ist eine erhöhte Effizienz durch spezialisiertes Expertenwissen, Ziel der „Umfassenden Rehabilitation“ ist ein nahtloser Übergang im Prozess der Gesundung. Dieses Dilemma belastet in doppelter Hinsicht den Prozess der Rehabilitation:

- ▶ Es verschärft die Schnittstellenproblematik im Übergang von Akutbehandlung zur Rehabilitation.
- ▶ Es hat bislang eine Prozessplanung verhindert. Unter dem Gesichtspunkt der Pflichtversorgung wurde in den Jahren nach 1960 von den Kommunen, den Landkreisen und dem Land die Krankenhausplanung durchgeführt, wohingegen die Rehabilitationsplanung weitgehend bei den Rentenversicherungsanstalten lag, die ihrerseits die Rehabilitationskliniken in strukturschwachen, ländlichen Gebieten planten und errichteten.

Siedlungsstrukturelle Kreistypen ¹	Betten ² in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100 Betten in Akutkrankenhäusern ³
Kernstädte und hochverdichtetes Umland ⁴	3,2
Umlandkreis ⁵	40,4
Ländlich geprägte Kreise ⁶	51,3
Alle Kreistypen zusammen	22,5

1) Alte und neue Bundesländer, Kreistypen alt

2) Aufgestellte Betten am 31.12.1992

3) Allgemeine Krankenhäuser und sonstige Krankenhäuser

4) Kernstädte in Regionen mit großen Verdichtungsräumen und in Regionen mit Verdichtungsansätzen sowie hochverdichtete Umlandkreise in Regionen mit großen Verdichtungsräumen

5) Verdichtete Kreise in Regionen mit großen Verdichtungsräumen und in Regionen mit Verdichtungsansätzen, ländliche Kreise in Regionen mit großen Verdichtungsräumen und in Regionen mit Verdichtungsansätzen

6) Verdichtete Kreise und ländliche Kreise in ländlich geprägten Regionen

Tabelle 4: Regionale Relation von Reha-Betten zu Akutbetten

3.4.2 Das zweite Dilemma: „Wohnortfern“ versus „Wohnortsnah“

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen befinden sich häufig wohnortfern in ländlichen, strukturschwachen Gebieten (s. Tab. 4). Damit wird die Frage der sachlich geeigneten Rehabilitationsstandorte auch zu einem arbeitsmarktpolitischen Problem, und zwar weniger wegen der Gesamtzahl der in der Rehabilitation (17) beschäftigten Personen, sondern wegen der Konzentration in einigen Gebieten. Hinter diesem Gegensatz verbirgt sich auch eine unterschiedliche Konzeption:

- ▶ In einer stationären Einrichtung, frei von den Belastungen des Alltags, wird eine zeitlich begrenzte, intensive Therapie durchgeführt. Diese Zielsetzung ist verständlich, da es insbesondere bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit um die durch intensive Therapie erstrebte Wiedererlangung bestimmter berufsrelevanter Funktionen und Fähigkeiten geht.
- ▶ Oder aber als ambulante Rehabilitation, die von vorn herein das „soziale Unterstützungssystem“ (14) in die Therapie einbezieht und auf diese Weise den Rehabilitanden in seiner Lebenswelt zu stärken versucht. Untersuchungen zur „Sozialen Unterstützung“ zeigen, dass diese sich positiv auf die Bearbeitung von Belastungen auswirkt, das Selbstwertgefühl erhöht und zu einer anderen Einschätzung der belastenden Situation führt. Diese Zielsetzung ist verständlich, da es um den Erhalt der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit im täglichen Leben und um die „Veränderung der Lebenszielsetzung“ (kardiologische Rehabilitation) geht. Insbesondere in der Geriatrie ist der ambulanten Rehabilitation der Vorrang zu geben.

3.4.3 Das dritte Dilemma: „Stationär“ versus „Ambulant“

Der primäre Ausgang entweder bei der stationären oder bei der ambulanten Rehabilitation entscheidet auch über die weiteren Planungsschritte. Aus der stationären Rehabilitation ergibt sich ein Phasenmodell, welches in einer ambulanten Rehabilitation ausklingt; aus der ambulanten Rehabilitation werden sich Einzelfälle ergeben, die krankheits-, pflege- oder sozialbedingt zunächst besser in einer stationären Rehabilitation untergebracht werden. Die Rehabilitationsdiagnose wird bei der ambulanten Rehabilitation am wirkungsvollsten schon während der Akutbehandlung im Krankenhaus durchgeführt, die weitere Steuerung erfolgt dann durch den Arzt des Krankenhauses – der eine Zusatzbefähigung in Rehabilitation nachweisen muss – oder durch die niedergelassenen Allgemeinärzte.

Anders bei der stationären Rehabilitation: Hier wird die Rehabilitationsdiagnose, -planung und -steuerung in der und durch die Rehabilitationsklinik durchgeführt. Bei der Unterscheidung „ambulant“ bzw. „stationär“ geht es nicht um eine Ausschließlichkeit, es wird immer Patienten geben, die zunächst aus krankheitsbedingten oder sozialen Gründen stationär versorgt werden (z. B. in der Orthopädie, wenn die Transportfähigkeit nach einer Operation nicht gegeben ist); aber die Kriterien für die Indikation „ambulant“, „teilstationär“ oder „ambulant“ sollten vom Fall aus, nicht vom Angebot aus erstellt werden.

Mit ambulant versus stationär hängt aber auch die Vernetzung mit den anderen Gesundheitsdiensten einer Region zusammen: mit den niedergelassenen Ärzten, den örtlichen Krankenhäusern, anderen Gesundheitsdiensten. Hinzu kommt ein unterschiedlicher gesetzlicher Auftrag: Für die Krankenkassen gilt (SGB V § 40) „ambulant vor teilstationär, teilstationär vor stationär“. Ziel der Rehabilitation ist die Heilung der Krankheit, die Verhütung einer Verschlimmerung oder die Verminderung von Krankheitsbeschwerden (SGB V § 27,1). Für die Rentenversicherungsträger hingegen gilt der Vorrang der stationären Rehabilitation (SGB VI § 15), Ziel ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Allerdings ändert sich seit einiger Zeit die Ein-

stellung der Rentenversicherung. Wegen des steigenden Bedarfs einer kontinuierlich rehabilitativen Betreuung vor allem chronisch Kranker wird ein gestuftes System von teilstationären, ambulanten Angeboten als Ergänzung der stationären Rehabilitation angestrebt (13). Nur eine „Ergänzung“ ist etwas anderes als „Vorrang“ der ambulanten Rehabilitation.

3.4.4 Das vierte Dilemma: „Interesse“ versus „Interesse“

Es gibt eine Aufsplitterung der Zuständigkeiten und Kostenträgerschaft und damit auch von sehr widersprüchlichen professionellen und institutionellen Interessen, die eine politische Lösung erschweren. Das Rehabilitationsangleichungsgesetz hat es nicht vermocht, eine einheitliche Sichtweise herzustellen. Das SGB I erlässt zwar gemeinsame Vorschriften für alle Sozialleistungsbereiche, aber § 37 SGB I relativiert diese Gemeinsamkeit. Die Folge ist, dass sich sehr unterschiedliche Anbieter auf dem Markt befinden, die jeweils ihre eigenen Interessenvertretungen haben, und dass es zwischen diesen Bereichen, aber auch zwischen der Akutbehandlung im Krankenhaus und den Rehabilitationsanbietern erhebliche und aufwendige Schnittstellen gibt.

Das Krankenhaus selbst befindet sich in einer Entwicklung, die Badura als Entwicklung in zwei Richtungen beschreibt: „the biomedical concept of technology-intensive cure“ (das medizinische Konzept der medizinisch-technischen Intensivbehandlung) und „the interdisciplinary concept of interaction-intensive care“ (1) (das interdisziplinäre Konzept intensiver Hilfe und Unterstützung). Die Vermutung geht dahin, dass die meisten Krankenhäuser sich in die Richtung „Health care centre“ (Gesundheitszentren) entwickeln. Neben der traditionellen medizinischen Behandlung gehört zu den Aufgaben eines solchen Zentrums die Sorge für den Übergang in die nachstationäre Behandlung, Versorgung und Pflege. Diese Entwicklung zeichnet sich schon heute ab. Sie führt zu einer Vernetzung verschiedener regionaler Dienste der niedergelassenen Ärzte, der ambulanten Krankenpflege, der Apotheken, der rehabilitativen Hilfsmittelversorgung und diverser rehabilitativer Angebote: Krankengymnastik, psychologische Therapien, Beschäftigungstherapie etc. Diese Entwicklungen des Krankenhauses bestimmen auch die weiteren Entwicklungen in der Rehabilitation. Fuchs (4) beschreibt die Interessenlage wie folgt: Die Entwicklung in der Rehabilitation ist geprägt durch das Interesse:

- ▶ der verschiedenen Beteiligten am Anbietermarkt (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, Rehabilitationseinrichtungen), einen möglichst großen Marktanteil zu erreichen,
- ▶ der Politik und der Kostenträger, die erforderlichen Rehabilitationsleistungen qualitativ hochwertig zu einem günstigen Preis zu erwirken.

Diese Entwicklung des Krankenhauses zeichnet sich bereits ab und wird in einigen Modellen wissenschaftlich begleitet. Über die Strategien der Ärzte und der Krankenkassen nach den Vorstellungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) schreibt F. J. Oldiges (10): „Einigkeit besteht in der verbesserten Nutzung der Infrastruktur der Krankenhäuser für die Tätigkeit niedergelassener Ärzte ... Hier schickt sich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen an, eine Richtlinie zu entwickeln, die den Rahmen für ambulante Rehabilitation ausweitet und die Verordnung stationärer Rehabilitation merklich einschränkt.“ Insgesamt mangelt es an wissenschaftlicher Forschung. Outcome-Untersuchungen sind zumeist Untersuchungen aus dem stationären Bereich. Vergleichsuntersuchungen sind sehr selten. Vor allem bedarf es der Kriterien für eine Qualitätskontrolle.

3.4.5 Das fünfte Dilemma: „Patient“ versus „Kunde“

Der Streit entfacht sich an dem Begriff „Kunden“. Der Akzent liegt nicht auf dem Warenaustausch, sondern auf dem Verhältnis von Leistungsanbieter und Leistungsbezieher. Der Kunde muss nicht nehmen, was angeboten wird. Wie in der ambulanten Pflege, so in der mobilen Rehabilitation, sucht der Anbieter gelegentlich schon jetzt den Leistungsbezieher in seiner Wohnung auf, und dieser muss nicht unbedingt dahin gehen, wo jener seine Leistungen anbietet. Der Begriff „Kunde“ wurde von der Selbsthilfebewegung (9) eingeführt. Die Betroffenen wollen nicht mehr Objekt einer Behandlung sein, sondern Subjekt ihres eigenen Handelns, mit anderen Worten: Es geht um die Autonomie und Entscheidungsfähigkeit des Subjekts, auch dann, wenn er sich in eine „Behandlung“ begibt.

Die öffentlich ausgetragene Diskussion zeigt, dass vor allem die Verbände sich vehement gegen den Begriff „Kunde“ wehren. Sie bevorzugen die Begriffe „Patient“, „Behinderte“, weil sie den Anspruch erheben, das wahre Bedürfnis der Betroffenen zu definieren. Aber die Verbände artikulieren öffentlich weniger das Bedürfnis der Betreuten, sondern vor allem das Bedürfnis ihrer Mitglieder. Der Spezialist und Professionelle gibt vor, besser zu wissen, was dem Einzelnen zum Guten gereicht, als dieser selbst zu wissen vermag. Nur diese „patriarchalische“ Grundhaltung findet immer weniger Zustimmung. Der Konsens zwischen dem Selbstverständnis der Professionen und dem der Betroffenen geht mehr und mehr verloren. Das zwingt die Leistungsanbieter zu verändertem Leistungsangebot.

3.5 Trends in Nordrhein-Westfalen

1995 wurden in Nordrhein-Westfalen insgesamt 399 443 Maßnahmen der Rehabilitation durchgeführt, davon 288 309 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Träger	Maßnahmen insgesamt		darunter: medizinische Maßnahmen*	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Gesetzl. Krankenversicherung	59 926	15,0	59 926	20,8
Gesetzl. Unfallversicherung	22 226	5,6	14 797	5,1
Gesetzl. Rentenversicherung	216 214	54,1	204 140	70,8
Kriegsopferversorgung	14 700	3,7	3 543	1,2
Arbeitsförderung	74 672	18,7	x	x
Sozialhilfe	11 705	2,9	5 903	2,0
Insgesamt	399 443	100	288 309	100
je 1 000 Einw.	22		16	

Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen

* Bundeslandzuordnung nach dem Wohnort des Rehabilitanden
* gemäß § 29 SGB I

Tabelle 5: Rehabilitationsmaßnahmen nach Trägerschaft in NRW, 1995 (Indikator 07_19_95) (Daten werden vom LDS ab 1996 nicht mehr erhoben)

Der primäre Einweiser in die stationäre Rehabilitation ist die gesetzliche Rentenversicherung. Hier zeigt sich folgende Tendenz:

- ▶ 1994 100 % : 212 624 Maßnahmen
- ▶ 1995 95 % 204 140
- ▶ 1996 90 % 193 495

Maßnahmen der Arbeitsverwaltung fallen nicht unter die medizinische Rehabilitation; bei den von der Sozialhilfe finanzierten Rehabilitationsmaßnahmen wird es sich überwiegend um Rehabilitation von Suchtkranken handeln. Wichtig ist auch die Verteilung nach Indikationsgruppen. Hier zeigte sich für 1996 folgendes Bild:

Indikator 6.30		Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, deren Krankenbetten, stationär behandelte Kranke und Pflegetage nach Fachrichtungen sowie nach Regierungsbezirken, Nordrhein-Westfalen, 1996			
Fachrichtung - - - - Regierungsbezirk	Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen	Aufgestellte Kranken- betten	Stationär behandelte Kranke*	Pflegetage in 1 000	Verweil- dauer in Tagen
Innere Medizin	55	8 924	101 502	2 736	27,0
darunter:					
Kardiologie	8	1 546	20 974	514	24,5
Neurologie	16	2 346	17 501	713	40,7
Orthopädie	41	6 196	66 878	1 928	28,8
Psychiatrie	27	1 388	3 766	461	122,4
darunter:					
Suchtkrankheiten	25	1 329	3 689	441	119,6
Sonst. Fachbereiche	45	4 013	39 928	1 236	65,9
Insgesamt	184	23 087	230 945**	7 117	30,0
Reg.-Bez.					
Düsseldorf	6	1 013	10 200	356	34,9
Köln	25	3 014	28 131	916	32,6
Münster	4	342	2 474	89	35,8
Detmold	66	12 103	125 627	3 574	28,4
Arnsberg	42	6 615	64 514	2 183	33,8
Nordrhein-Westfalen	143	23 087	230 945	7 117	30,0

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik

* einschließlich Verlegung innerhalb der Einrichtung
** ohne Verlegung innerhalb der Einrichtung

Tabelle 6: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, deren Krankenbetten, stationär behandelte Kranke und Pflegetage nach Fachrichtungen sowie nach Regierungsbezirken, NRW 1996 (Indikator 06_30_96)

Im Vergleich zu 1995 ergibt sich für 1996 folgende Entwicklung bei der Zahl der Rehabilitationseinrichtungen:

Rehabilitationseinrichtungen	1995	1996	Zu-/Abnahme
Innere Medizin	56	55	-1
Neurologie	14	16	2
Orthopädie	38	41	3
Psychiatrie	24	27	3
Sonst. Fachbereiche	38	45	7
Insgesamt	170	184	14

Tabelle 7: Trend bei Rehabilitationseinrichtungen

Hauptgruppen der ICD-9	Leistungen					
	männlich		weiblich		zusammen	
	insg.	je 100 000 aktiv Ver- sicherte	insg.	je 100 000 aktiv Ver- sicherte	insg.	je 100 000 aktiv Ver- sicherte
I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	342	8,2	220	7,7	562	8,0
II. Neubildungen	6 222	149,5	9 827	345,5	16 049	229,1
III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem	3 262	78,4	1 797	63,2	5 059	72,2
IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	47	1,1	37	1,3	84	1,2
V. Psychiatrische Krankheiten	13 871	333,3	14 198	499,1	28 069	400,6
VI. Krankheiten des Nervensystem und der Sinnesorgane	2 008	48,2	1 519	53,4	3 527	5,0
VII. Krankheiten des Kreislaufsystems	18 326	440,3	4 945	173,8	23 271	332,1
VIII. Krankheiten der Atmungsorgane	5 853	140,6	4 292	150,9	10 145	144,8
IX. Krankheiten der Verdauungsorgane	2 188	52,6	1 333	46,9	3 521	50,3
X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	310	7,5	479	16,8	789	11,3
XI. Komplikationen d. Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	–	–	10	0,4	10	0,1
XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1 172	28,2	1 111	39,1	2 283	32,6
XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	50 277	1 207,9	34 550	1 214,6	84 827	1 210,6
XIV. Kongenitale Anomalien	386	9,3	513	18,0	899	12,9
XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	12	0,3	16	0,6	28	0,4
XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	666	16,0	597	21,0	1 263	18,0
XVII. Verletzungen und Vergiftungen	1 770	42,5	969	34,1	2 739	39,1
Nicht zuordenbare Fälle	2 406	57,8	2 090	73,5	4 496	64,2
Insgesamt	109 118	2 621,6	78 503	2 759,7	187 621	2 677,7

Datenquelle:
 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger:
 Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen

Tabelle 8: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht 1996 (Ind. 07_21_96)

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch, wenn die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach Diagnose und Geschlecht betrachtet werden (s. Tab. 8). Ein Drittel aller Maßnahmen beziehen sich auf Indikationen der Inneren Medizin (s. Tab. 7). Hinzukommen die vielen Skeletterkrankungen. An diesen Stellen gibt es vor allem eine Verlagerung zur ambulanten Rehabilitation.

Auch diese statistische Übersicht zeigt, wodurch die Einbrüche in der stationären Rehabilitation begründet sind.

Betrachtet man nun die Rehabilitanden unter dem Gesichtspunkt der Altersgruppe (Ind. 07_20_96), dann ergibt sich, dass in der medizinischen Rehabilitation (in NRW; 1996) die Gruppe der über 55-Jährigen über 38 % aller Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Alter von ... bis ... Jahren	männlich		weiblich	
	absolut	in %	absolut	in %
< 20	136	0,1	87	0,1
20 - 24	1 182	1,1	1 044	1,3
25 - 29	3 505	3,1	2 792	3,4
30 - 34	6 913	6,2	4 183	5,1
35 - 39	9 826	8,8	6 174	7,6
40 - 44	12 027	10,8	9 363	11,5
45 - 49	15 478	13,8	12 837	15,7
50 - 54	19 563	17,5	15 581	19,1
55 - 59	31 072	27,8	21 027	25,8
60 - 64	9 416	8,4	5 415	6,6
>= 65	2 754	2,5	3 120	3,8
Insgesamt	111 872	100	81 623	100

Tabelle 9: Inanspruchnahme der Maßnahmen nach Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen, 1996

Die größere Gruppe alter Menschen wie aber auch der frühere Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben lassen vermuten, dass in Zukunft die Krankenversicherungen den größeren Anteil an Rehabilitationsmaßnahmen finanzieren werden. Die Veränderungen von 1990 bis 1995 sehen wie folgt aus:

Indikator 7.19z	Rehabilitationsmaßnahmen aller Träger, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1995			
	Maßnahmen insgesamt		darunter: medizinische Maßnahmen	
Jahr	Anzahl	je 1000 Einw.	Anzahl	je 1000 Einw.
1990	390 902	22,5	278 995	16,1
1991	414 373	23,7	310 504	17,7
1992	444 634	25,2	341 454	19,3
1993	419 601	23,6	312 296	17,6
1994	411 945	23,2	305 481	17,2
1995	399 443	22,4	288 309	16,1

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen

Tabelle 10: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen 1990 - 1995 (Ind. 07_19z95)
(Daten werden vom LDS ab 1996 nicht mehr erhoben)

Im Blick auf eine stärkere wohnortnahe und ambulante Rehabilitation ergibt sich für NRW eine Standortfrage. Die Verteilung der 143 Rehabilitationseinrichtungen in NRW wurde bereits in Tabelle 6 dargestellt.

Die Ausgangssituation für eine verstärkte wohnortnahe bzw. ambulante Rehabilitation ist wegen der Konzentration der stationären Einrichtungen in den ländlichen Gebieten erschwert. Wenn die wohnortnahe Rehabilitation politisch angestrebt wird, dann muss es zu einer Standortverlagerung kommen, was aber nicht bedeutet, dass die Zahl der in der Rehabilitation arbeitenden Mitarbeiter wesentlich zurückgeht.

Betrachtet man die Entwicklung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, deren Krankbetten, die Zahl der stationär behandelten Kranken und die Pflage tage (Tab. 11), so ergibt sich ein stetiges Anwachsen der Zahl der stationär untergebrachten Rehabilitanden, der aufgestellten Betten, der Anzahl der Einrichtungen, aber nur ein mäßiges Anwachsen der Pflage tage bei konstanter Verweildauer. Eine volle Ausnutzung des wachsenden Angebotes der Leistungserbringer erfordert eine stärkere Zunahme der Pflage tage oder der Verweildauer.

Indikator 6.30z		Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, deren Krankbetten, stationär behandelte Kranke und Pflage tage, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1996			
Jahr	Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen	Aufgestellte Kranken- betten	Stationär behandelte Kranke*	Pflage tage in 1 000	Verweil- dauer in Tagen
1990**	105	16 610	174 026**	5 638	32,4
1991**	82	16 715	181 727**	5 721	31,6
1992**	83	17 011	189 635**	5 966	31,5
1993**	90	17 386	194 632**	6 130	31,5
1994	129	20 596	224 705**	7 064	31,4
1995	133	21 375	229 265	7 259	31,7
1996	143	23 087	230 945	7 117	30,0

Datenquelle:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Krankenhausstatistik

* ohne Verlegung innerhalb der Einrichtung
** ohne Angaben des Reg.-Bez. Münster

Tabelle 11: Ausgewählte Kennziffern der Rehabilitationseinrichtungen, Nordrhein-Westfalen, 1990 - 1996 (Ind. 06_30z96)

Die Verweildauer liegt in dem gleichen Zeitraum gleichmäßig bei ca. 30 Tagen.

Um die Situation in Nordrhein-Westfalen beurteilen zu können, muss auch die Patientenwanderung von Einwohnern Nordrhein-Westfalens (1991) bedacht werden (15).

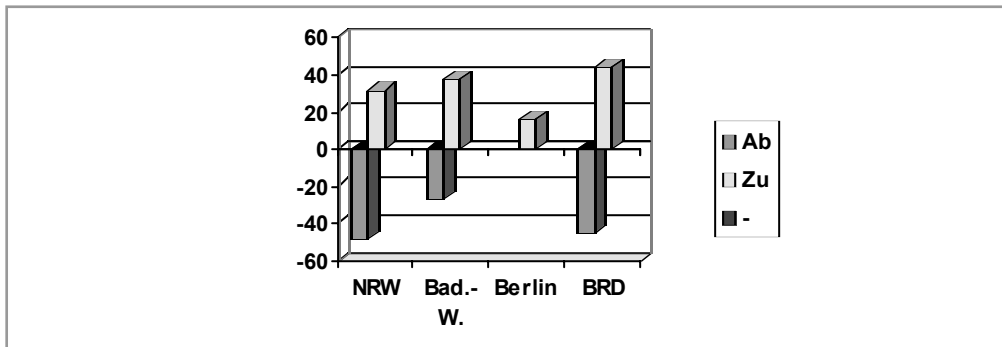


Abb. 1: Patientenwanderung von „Landeskindern“ (Nordrhein -Westfalen, Berlin, Baden-Württemberg) 1991

Für 1994 ergibt sich folgendes Bild der Zu- und Abwanderung von „Landeskindern“ (Abb. 1): Nachfolgende Grafik (Abb. 2) zeigt, wie viele Rehabilitanden in dem jeweiligen Bundesland, in dem sie rehabilitiert werden, ihren Wohnort haben und wie hoch die Zu- bzw. Abwanderung ist (5). Es wird deutlich, dass es nur in Nordrhein-Westfalen unter diesen Bundesländern eine Abwanderung gibt.

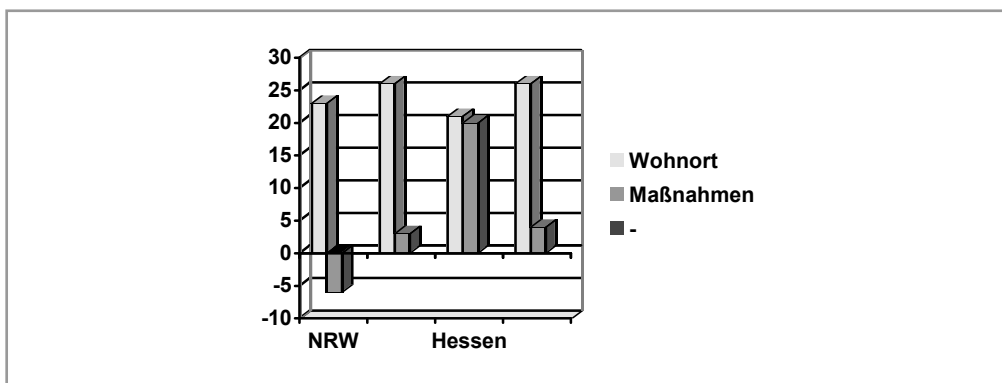


Abb. 2: Wohnort der Rehabilitanden und Zu- bzw. Abwanderung (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg)

Nordrhein-Westfalen hat eine negative Wanderungsbewegung von etwa 50 000 bis 60 000 Maßnahmen. Andererseits steigt im Bereich der Rentenversicherung Nordrhein-Westfalen durch den Rückgang der Rehabilitationsmaßnahmen der Anteil der Anschlussheilbehandlungen von früher 15 % auf jetzt 30 %. Von diesen Anschlussheilbehandlungen werden etwa 90 % in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, so dass durch diese Umschichtung ein Regionalisierungseffekt eintritt. Da Nordrhein-Westfalen aber auch Zugänge hat, würde eine Erfassung aller Landeskinder die Probleme der stationären Rehabilitation nicht lösen, da bei einer Landeskinderlösung damit zu rechnen ist, dass andere Bundesländer eine ähnliche Lösung anstreben. Die Veränderungen werden auch in den Ausgaben der Landesversicherungsanstalten in Nordrhein-Westfalen (5) deutlich:

**Indikator
10.4**

**Ausgaben der Landesversicherungsanstalten Westfalen und Rheinprovinz,
1994 - 1996**

Ausgabenart	Ausgaben 1994		Ausgaben 1995		Ausgaben 1996	
	1 000 DM	%	1 000 DM	%	1 000 DM	%
Invaliditätsrenten*	4 191 514	74,9	4 306 900	75,3	4 417 584	75,3
Rehabilitationsleistungen	1 345 792	24,1	1 358 222	23,7	1 391 306	23,7
Sozialmedizinischer Dienst	57 287	1,0	57 899	1,0	56 294	1,0
Insgesamt	5 594 593	100	5 723 021	100	5 865 184	100

Datenquelle:
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VDR-Statistik-Rechnungsergebnisse

* Zahlungen für Rentner wegen Berufs- oder
Erwerbsunfähigkeit

Tabelle 12: Ausgaben der Landesversicherungsanstalten in Nordrhein-Westfalen 1994 - 1996 (Ind. 10_04_96)

Der Anteil der Invaliditätsrenten am Gesamtetat steigt und der der Rehabilitationsmaßnahmen sinkt. Die zunehmende Bedeutung der wohnortnahen Rehabilitation zeigt sich auch, wenn die Indikationsgruppen danach befragt werden, ob eine „vollständige“ oder ob eine teilweise wohnortnahe Rehabilitation möglich ist. Hier zeigt sich, dass bei den Rehabilitationsfällen der gesetzlichen Krankenkassen häufig wohnortnahe Rehabilitation angezeigt ist (1991) (16).

Literatur

- 1 Badura, B.: The Hospital of the Future in the European Union. Als Vortrag gehalten auf der „Third European Conference for Nurse Managers“ in Brüssel 15. - 17. Oktober 1997 (im Druck).
- 2 Ein Dilemma ist ein Konflikt, bei dem beide Seiten wohlbegründete Argumente haben. Eine Nichtauflösung des Dilemmas führt zu ungewollten Konsequenzen. In dem vorliegenden Falle der Dilemmata in der Rehabilitation führt es zu erheblichen Kosten.
- 3 Eser, A.; Ilhard, Fr. J. (Hrsg.) (1989): Lexikon „Medizin, Ethik, Recht“. Freiburg (Art. Rehabilitation).
- 4 Fuchs, H. (1997): Entwicklung der Angebotsstruktur der Rehabilitation. *Die Ersatzkasse*.
- 5 Gleitze, W.: Regionalisierung der medizinischen Reha. *f & w - führen und wirtschaften im Krankenhaus*, S. 446 - 448.
- 6 World Health Organization Geneva (Hrsg.) (1995): ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Wiesbaden.
- 7 Jentschura, G. (Hrsg.) (1995): Vorwort. Rehabilitation Bd. I. Stuttgart.
- 8 Miles-Paul, O. (1992): Wir sind nicht aufzuhalten. München; vgl. auch Lutz, R.; Mark, N. (Hrsg.) (1995): Wie gesund sind Kranke? Göttingen.
- 9 Miles-Paul, O. (1993): Wir sind nicht aufzuhalten. München 1992. s. a.: Behinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen, (Gutachten). Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) Düsseldorf. S. 29f.
- 10 Oldiges, F. J. (1997): *DOK 13*, 420.

- 11 Pressemitteilung der Neuen Westfälischen Zeitung Bielefeld vom 19. Nov. 1997.
- 12 Schell, W. (1988): Rehabilitation in Grundzügen. *Behindertenzeitschrift* 25,38 - 39.
- 13 Schliehe, F.; Zollmann, P. (1994): Versorgungsstrukturen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Müller-Fahrnow, W. (Hrsg.) (1994): *Medizinische Rehabilitation*. Weinheim, S. 71 - 87.
- 14 Sommer, G.; Friedrich, T. (1989): *Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte*. Tübingen. s. a.: House, J. S. (1981): *Work stress and social support*. Reading. Schwarzer, R.; Lepin, A. (1989): *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen. Diewald M. (1990): *Soziale Beziehung: Verlust oder Liberalisierung. Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken*. Berlin.
- 15 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1991): *Sozialleistungen, Rehabilitationsmaßnahmen*. Stuttgart.
- 16 Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Marquartstein/Chiemsee.
- 17 Vermutet wird eine Standortverlagerung.



4 Ambulante Versorgung

Wilfried Boroch

4.1 Die Schlüsselstellung des ambulant niedergelassenen Arztes

Die ambulante ärztliche Versorgung wird von vielen als der zentrale Sektor des deutschen Gesundheitswesens angesehen. Eine Schlüsselstellung nimmt darin der ambulant niedergelassene Arzt ein: Er ist es, den der Patient im Fall einer gesundheitlichen Störung regelmäßig zuerst aufsucht, und er ist es auch, der als erster über Diagnose, Therapie und Verschreibung entscheidet sowie Überweisungen an Krankenhäuser, Fachkollegen und sonstige Teilnehmer des ambulanten Sektors ausstellt (8).

Die exponierte Stellung der ambulant tätigen Ärzte schlägt sich in den GKV-Leistungsausgaben nieder (einschließlich Zahnärzte und Zahnersatz: 62,3 Mrd. DM, 1996). Ihr Anteil an den GKV-Gesamtausgaben betrug 26,3 % (niedergelassene Ärzte: 16,6 %; Zahnärzte und Zahnersatz: 9,7 %) (4). Damit ist die ambulante ärztliche Versorgung nach der stationären der zweitgrößte Ausgabenbereich im deutschen Gesundheitswesen. Die Steuerung dieses Ausgabenblocks gehört denn auch zu den vorrangigen gesundheitspolitischen Zielen aller bisherigen Reformen der GKV: Dabei nimmt einerseits der Anpassungsdruck auf die ärztlichen Versorgungsstrukturen infolge der in den vergangenen Jahren spürbar verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen immer stärker zu. Andererseits werden für gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse zunehmend relevante Eckdaten des Gesundheitswesens benötigt, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erfasst werden sollen (24, 5). Letzteres hat im Land Nordrhein-Westfalen (NRW) – das im Weiteren im Vordergrund steht – eine besondere Bedeutung: Denn aus der Landes-Gesundheitsberichterstattung hat sich die Landesgesundheitskonferenz entwickelt, die die regionale Gesundheitspolitik – auch im ambulanten Versorgungsbereich – optional flankiert.

4.2 Struktur der ambulanten Versorgung**4.2.1 Ambulante ärztliche Versorgung**

Die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) werden ganz überwiegend durch Vertragsärzte versorgt: Wesentliches Kennzeichen dieser Ärzte ist ihre Freiberuflichkeit und die damit einhergehende Eigenverantwortlichkeit. Beide Eigenschaften haben sich bei der Sicherstellung einer leistungsfähigen und qualitativ hochstehenden Versorgung der Bevölkerung in NRW – wie in der gesamten BRD – bewährt. So waren im hiesigen Bundesland zum 31.12.1996 rd. 20 % (21 480) aller in den Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands registrierten Ärzte (109 118) zugelassen (18).

Die überwiegende Zahl der Vertragsärzte bietet ihre Leistungen in der Einzelpraxis an (Westfalen-Lippe: rd. 7 100 Ärzte, 1997 (eigene Recherche: KVWL)). Zweitwichtigste Praxisform ist die Gemeinschaftspraxis: 12,9 % aller Praxen in Nordrhein und 13,5 % in Westfalen-Lippe. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer älterer und neuerer Kooperationsformen, bei denen beispielsweise eine Gruppe von Ärzten Personal, Räumlichkeiten oder Apparate gemeinschaftlich nutzt. Diese Kooperationen sind weit verbreitet, ohne dass jedoch die Zahl der Ärzte bekannt ist, die sich entsprechend arbeitsteilig zusammengeschlossen haben. Neuere Kooperationen, die auf die Zusammenführung größerer Betriebseinheiten gerichtet sind oder

mit denen so genannte vernetzte Strukturen aufgebaut werden sollen, gewinnen in den Überlegungen der selbstverwalteten Ärzteschaft zunehmend an Bedeutung (Abschnitt 4.5).

Auf der vertikalen Ebene lässt sich die vertragsärztliche Versorgung in eine allgemeinärztliche und in eine fachärztliche untergliedern. Hierin kommen unterschiedliche Qualifikationen und Spezialisierungsgrade zum Ausdruck. Zur allgemeinärztlichen Versorgung zählen Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, die jedoch seit 1993 einen fachärztlichen Abschluss besitzen müssen. Diese Gruppe stellt rund 36,9 % aller Vertragsärzte in NRW (insgesamt: 7 923). Die verbleibenden 63,1 % (13 557) sind als Fachärzte tätig (Tabelle 1). Nach der Berufsordnung werden sie in 41 spezialisierten Gebieten untergliedert. Die elf größten unter ihnen unterliegen einer räumlichen Bedarfsplanung. Es handelt sich um die Fachrichtungen Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Radiologen und Urologen. Die drei größten Facharztgruppen darunter sind die Internisten (28,7 % aller Fachärzte in NRW), die Frauenärzte (15,9 %) und die Kinderärzte (8,9 %).

Die Weiterbildungsverordnungen gehen nach wie vor von einer Untergliederung in Allgemein- und Fachärzte aus; das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 schreibt demgegenüber in § 73 SGB V eine Aufteilung in Haus- und Fachärzte vor. Zur hausärztlichen Versorgung zählen danach neben den Praktischen Ärzten (soweit sie sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben) und Ärzten für Allgemeinmedizin auch Kinderärzte und Internisten, die vorwiegend hausärztlich tätig sind. Eine darauf aufsetzende Strukturbeschreibung würde zwangsläufig anders ausfallen als die zuvor dargelegte: Der fachärztliche Versorgungsanteil an der vertragsärztlichen Versorgung in NRW beträgt dann nicht mehr 62,6 %, sondern lediglich rund 45 %; die verbleibenden 55 % sind dementsprechend der hausärztlichen Versorgung hinzuzurechnen (31.12.1996). Notwendigerweise resultiert daraus auch eine Änderung in den Rangfolgen der Facharztgruppen. Zu den größten zählen sodann die Frauenärzte vor den Augenärzten und den Orthopäden.

Derzeit existieren folglich zwei sich überschneidende Regelungskreise: Zwar setzt § 73 SGB V die Weiterentwicklung bestehender Strukturen in eine haus- und fachärztliche Versorgung ohne Legaldefinition gesetzlich fest, jedoch handelt es sich dabei mehr um ein politisches Ziel. Als Konsequenz orientiert sich die bestehende ärztliche Weiterbildungsordnung an die traditionelle Untergliederung; die Hausarzt-Facharzt-Struktur findet daher auch keinen Eingang in das Arztregister. Genau dieser Umstand führt dazu, dass sämtliche öffentlich zugängliche Statistiken weiter von der Allgemeinarzt-Facharzt-Untergliederung ausgehen. Gleichwohl – und dies ist das zentrale Problem – werden hausärztliche Aspekte in die Vergütungsbewertung einbezogen mit der Konsequenz, dass aktuelle Struktur-Leistungs-Beschreibungen regelmäßig nur ein verzerrtes Bild der vertragsärztlichen Lebenswirklichkeit widerspiegeln. Aus diesem Dilemma kann sich auch der vorliegende Beitrag nicht befreien; der Verfasser orientiert sich durchweg an der traditionellen Allgemeinarzt-Facharzt-Untergliederung. Die zuständigen Institutionen sind jedoch gut beraten, künftig auf eine einheitliche Umstellung der statistischen Erfassung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V hinzuwirken.

Eine ergänzende vertragsärztliche Versorgungsfunktion übernehmen darüber hinaus die ermächtigten Ärzte. Dies sind überwiegend Krankenhausärzte, denen nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte dann eine Ermächtigung zu erteilen ist, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne deren besondere Behandlungs- und Untersuchungsmethoden oder Kenntnisse nicht sichergestellt wird. Zudem können auch Ärzte aus Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder ärztlich geleiteten Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, sofern dies notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Zum 31.12.1996 waren in NRW 2 612 Ärzte ermächtigt (4).

**Indikator
6.1**
**An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 31.12.1996 ¹**

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Ärzte insgesamt ¹	Einw. je Arzt	Davon:			
				Praktische Ärzte, Allgemeinärzte		Fachärzte	
				Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt
Kreisfreie Städte							
1	Düsseldorf	933,5	612,2	248,0	2 304,3	685,5	833,7
2	Duisburg	570,0	934,6	214,0	2 489,3	356,0	1 496,4
3	Essen	754,0	811,4	226,0	2 707,2	528,0	1 158,8
4	Krefeld	361,0	686,3	110,5	2 242,3	250,5	989,1
5	Mönchengladbach	393,0	679,1	120,0	2 223,9	273,0	977,6
6	Mülheim a. d. Ruhr	194,5	904,9	51,0	3 451,0	143,5	1 226,5
7	Oberhausen	238,5	938,7	84,0	2 665,3	154,5	1 449,1
8	Remscheid	161,0	755,2	57,5	2 114,6	103,5	1 174,8
9	Solingen	214,0	771,4	59,0	2 798,1	155,0	1 065,1
10	Wuppertal	500,5	758,9	142,0	2 674,8	358,5	1 059,5
Kreise							
11	Kleve	290,0	1 003,3	137,0	2 123,9	153,0	1 901,8
12	Mettmann	556,5	906,6	180,0	2 802,9	376,5	1 340,0
13	Neuss	502,5	874,3	178,5	2 461,2	324,0	1 356,0
14	Viersen	421,1	691,4	240,6	1 210,0	180,5	1 612,9
15	Wesel	484,5	965,8	173,0	2 704,9	311,5	1 502,2
16	Reg.-Bez. Düsseldorf	6 574,6	804,8	2 221,1	2 382,1	4 353,5	1 215,3
Kreisfreie Städte							
17	Aachen	438,0	565,7	157,0	1 578,3	281,0	881,8
18	Bonn	599,5	505,2	184,0	1 646,0	415,5	728,9
19	Köln	1 495,0	645,0	463,5	2 080,6	1 031,5	934,9
20	Leverkusen	237,0	687,7	79,0	2 063,0	158,0	1 031,5
Kreise							
21	Aachen	357,0	849,1	152,0	1 994,2	205,0	1 478,6
22	Düren	286,5	907,8	133,0	1 955,5	153,5	1 694,3
23	Erftkreis	507,0	877,5	204,5	2 175,4	302,5	1 470,7
24	Euskirchen	190,5	963,6	97,0	1 892,4	93,5	1 963,3
25	Heinsberg	248,0	973,5	108,0	2 235,4	140,0	1 724,4
26	Oberbergischer Kreis	300,0	940,2	141,0	2 000,5	159,0	1 774,1
27	Rhein.Berg. Kreis	312,5	867,1	124,0	2 185,2	188,5	1 437,5
28	Rhein-Sieg-Kreis	605,5	912,0	247,0	2 235,7	358,5	1 540,4
29	Reg.-Bez. Köln	5 576,5	756,1	2 090,0	2 017,4	3 486,5	1 209,3
Kreisfreie Städte							
30	Bottrop	127,0	953,2	45,5	2 660,5	81,5	1 485,3
31	Gelsenkirchen	311,5	927,8	123,0	2 349,8	188,5	1 533,3
32	Münster	454,0	585,3	117,5	2 261,7	336,5	789,7

noch: Indikator 6.1

Lfd. Nr.	Verwaltungsbezirk	Ärzte insgesamt ¹	Einw. je Arzt	Davon:			
				Praktische Ärzte, Allgemeinärzte		Fachärzte	
				Anzahl	Einw. je Arzt	Anzahl	Einw. je Arzt
	Kreise						
33	Borken	355,0	977,1	148,0	2 343,8	207,0	1 675,7
34	Coesfeld	217,0	948,2	89,5	2 299,0	127,5	1 613,8
35	Recklinghausen	696,0	952,2	245,0	2 704,9	451,0	1 469,4
36	Steinfurt	452,0	931,6	195,0	2 159,5	257,0	1 638,5
37	Warendorf	287,0	955,8	129,0	2 126,4	158,0	1 736,1
38	Reg.-Bez. Münster	2 899,5	892,1	1 092,5	2 367,6	1 807,0	1 431,4
	Kreisfreie Städte						
39	Bielefeld	458,5	706,9	122,5	2 646,0	336,0	964,7
	Kreise						
40	Gütersloh	336,0	991,6	142,0	2 346,2	194,0	1 717,3
41	Herford	255,5	987,8	98,0	2 575,3	157,5	1 602,4
42	Höxter	162,0	957,2	87,5	1 772,3	74,5	2 081,5
43	Lippe	357,0	1 014,2	153,0	2 366,5	204,0	1 774,9
44	Minden-Lübbecke	346,0	920,2	161,5	1 971,5	184,5	1 725,7
45	Paderborn	304,0	925,8	139,5	2 017,5	164,5	1 710,9
46	Reg.-Bez. Detmold	2 219,0	913,3	904,0	2 241,9	1 315,0	1 541,2
	Kreisfreie Städte						
47	Bochum	450,0	885,5	143,0	2 786,5	307,0	1 297,9
48	Dortmund	685,0	871,6	213,5	2 796,4	471,5	1 266,2
49	Hagen	254,0	830,5	96,5	2 186,0	157,5	1 339,4
50	Hamm	200,5	908,8	67,0	2 719,6	133,5	1 364,9
51	Herne	190,0	940,6	67,0	2 667,4	123,0	1 453,0
	Kreise						
52	Ennepe-Ruhr-Kreis	373,5	941,0	136,5	2 575,0	237,0	1 483,0
53	Hochsauerlandkreis	304,5	934,0	146,5	1 941,2	158,0	1 799,9
54	Märkischer Kreis	497,0	924,6	203,5	2 258,2	293,5	1 565,8
55	Olpe	148,0	936,0	75,0	1 847,0	73,0	1 897,6
56	Siegen-Wittgenstein	327,0	914,9	161,0	1 858,1	166,0	1 802,2
57	Soest	341,0	884,0	148,5	2 030,0	192,5	1 566,0
58	Unna	439,5	967,7	157,5	2 700,3	282,0	1 508,2
59	Reg.-Bez. Arnsberg	4 210,0	909,1	1 615,5	2 369,1	2 594,5	1 475,1
60	Nordrhein-Westfalen	21 479,6	835,6	7 923,1	2 265,2	13 556,5	1 323,9

Datenquelle:
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe,
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein:
Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

¹ nicht berücksichtigte Fachrichtungen: Anästhesisten, Kinder- u. Jugend.-Psy.,
Laborärzte, Mund- u. Kieferchir., Neurochir., Pathologen, Pharmakologen, Ärztl.
Psychoth., Lungenärzte

Tabelle 1: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, NRW nach Regierungsbezirken, 1996 (Indikator 6.1)

Die ambulante medizinische Versorgungsstruktur in NRW ist durch große regionale Unterschiede mit großstädtischen Einzugsgebieten und umliegenden ländlichen Regionen geprägt. Die durchschnittliche Versorgungsdichte der insgesamt fünf Regierungsbezirke im Land liegt bei 836 Einwohner je Vertragsarzt (Tabelle 1). Dabei entfallen beispielsweise im weitgehend großstädtischen Regierungsbezirk Köln durchschnittlich 756 Einwohner auf je einen Arzt, während es im vorwiegend ländlich geprägten Regierungsbezirk Detmold durchschnittlich 913 Einwohner pro Arzt sind. Die Versorgungsdichte gibt zwar einen ersten Hinweis darauf, ob und

inwieweit in der jeweils betreffenden Region eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist, sie sagt jedoch noch nichts darüber aus, ob auch eine Unter- oder Überversorgung vorliegt. Der entscheidende Indikator ist der bedarfsgerechte Versorgungsgrad. Darin gehen regionale Aspekte in Form so genannter Verdichtungsräume ein. In NRW werden die insgesamt 54 Kreise und kreisfreien Städte verschiedenen Kreisgruppen zugeordnet, die die Basis für differenzierte Versorgungsgrade darstellen. Eine Unterversorgung wird festgestellt, wenn die örtlich fixierte Verhältniszahl bei den Allgemeinärzten um mehr als 25 % und bei den Fachärzten um mehr als 50 % unterschritten wird; eine Überversorgung liegt vor, wenn die Verhältniszahl um 10 % überschritten wird (s. Tabelle 1).

Ein Blick auf den Indikator 6.2 (Band 11) verdeutlicht, dass in NRW in allen Kreisen und kreisfreien Städten und sämtlichen der Bedarfsplanung unterliegenden Tätigkeitsbereichen, eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung gewährleistet ist: Eine Unterversorgung ist nahezu ausgeschlossen, während einige Regionen und Fachgebiete (einschließlich allgemeinärztlicher Tätigkeit) Merkmale einer Überversorgung aufweisen. Diese Überversorgung ist historisch gewachsen, weil es vor dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 1. Januar 1993 keine verbindlichen Zulassungsbeschränkungen gab: Die ärztliche Selbstverwaltung konnte zwar im Rahmen der Niederlassungsberatung niederlassungswillige Ärzte über die regionale Versorgungssituation unterrichten; letztlich entschied jedoch der Arzt selbst über seinen Praxisstandort.

4.2.2 Psychotherapeutische Versorgung

Die psychotherapeutische Versorgung stellt einen Sonderfall der vertragsärztlichen Versorgung dar. Man unterscheidet zwischen ärztlichen und psychologischen (nicht-ärztlichen) Psychotherapeuten.

Auf Grundlage der 1989 geänderten Weiterbildungsordnung können Mediziner in NRW, nachdem sie bestimmte Weiterbildungsinhalte absolviert haben, die Anerkennung zum Facharzt für psychotherapeutische Medizin erwerben. Eine entsprechende Genehmigung besitzen hierzulande schätzungsweise 450 Ärzte (31.12.1996) (eigene Recherche: KVWL und KVNO). Diese Zahl gibt jedoch das ärztlich-psychotherapeutische Versorgungsspektrum nicht vollständig wieder. Denn für den Fall, dass Mediziner bereits Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen sind, haben sie zudem das Recht, die Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" zu erwerben.

Um einen Eindruck zu erhalten, wie die ärztliche psychotherapeutische Versorgung insgesamt aussieht, sei auf Tabelle 2 verwiesen: Für die Region Westfalen-Lippe werden 646 ärztliche Psychotherapeuten (21. April 1998) gezählt, zu denen neben den Fachärzten für Psychotherapie viele weitere Fachgruppen – vom Allgemeinmediziner bis hin zum Urologen – gehören (eigene Recherche: KVWL und KVNO).

Psychologische Psychotherapeuten zählen bisher nur unter besonderen Voraussetzungen zur ambulanten ärztlichen Versorgungsstruktur. Dies wird sich jedoch durch das Psychotherapeutengesetz, das zum 1.1.1999 in Kraft trat, ändern. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten werden darin gleichgestellt: Sofern letztere die im neuen Gesetz geregelten Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, haben sie das Recht, in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen zu werden; allerdings nur bis zu einer bedarfsgerechten Obergrenze, die gesetzlich auf 10 % festgeschrieben ist. Die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten ist nicht genau bekannt. Für Westfalen-Lippe werden rund 1 200 Anträge auf Zulassung erwartet; für die Region Nordrhein dürfte die Zahl der Antragstellungen ähnlich hoch ausfallen.

Ärztliche Fachgruppe	Anzahl
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	207
Fach- bzw. Gebietsärzte: darunter:	
Chirurgie	2
Gynäkologie	22
Dermatologie	1
Internisten	28
Neurologen und Psychiater	369
Kinderärzte	10
Orthopädie	2
Sonstige	5
Insgesamt	646
darunter: Fachärzte für Psychotherapie	205

Tabelle 2: Ärztliche psychotherapeutische Versorgung in Westfalen-Lippe, April 1998

4.2.3 Zahnärztliche Versorgung

Den zweiten wichtigen Kernbereich in der ambulanten medizinischen Versorgungslandschaft besetzen die Zahnärzte (einschließlich Kieferorthopäden). Dieser Bereich ist trotz ähnlicher Organisationsstrukturen rechtlich-institutionell getrennt von den Vertragsärzten zu sehen (Abschnitt 4.3). Insgesamt wurden im Jahr 1996 rund 9 907 Vertragszahnärzte in NRW gezählt, darunter waren 6,5 % Kieferorthopäden (Ind. 6.31).

Auch bei den Zahnärzten ist die Einzelpraxis noch die überwiegende Form der Praxisorganisation. Die Gemeinschaftspraxis gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung: Bundesweit stieg 1996 ihre Zahl gegenüber dem Vorjahr um 14,3 % (30). Ein besonderes Kennzeichen der zahnmedizinischen Praxisorganisation ist zudem ihre starke, medizinisch-technische Ausrichtung. Die durchschnittlichen Investitionskosten bei Neugründungen beliefen sich 1996 auf rd. 556 000 DM (30); sie lagen damit erheblich höher als die der ambulanten ärztlichen Versorgung: 1995/1996 ca. 361 000 DM (31).

Auf durchschnittlich 1888 Einwohner in NRW kam je ein Zahnarzt (Indikator 6.31). Infolge des hohen Spezialisierungsgrades der Kieferorthopäden lag die Versorgungsdichte in diesem Teilbereich der zahnärztlichen Versorgung entsprechend höher: durchschnittlich 27 022 NRW-Einwohner je Kieferorthopäden (s. Ind. 6.31). Insgesamt (Zahnärzte und Kieferorthopäden) betrug die Versorgungsdichte 1 765 Einwohner je Arzt, wobei – wie im ambulanten ärztlichen Bereich – städtische Regionen eine bessere Versorgungsstruktur besitzen als ländliche: Am oberen Ende des Trichters steht der Regierungsbezirk Köln mit durchschnittlich 1 630 Einwohner pro Zahnarzt/Kieferorthopäde, während sich im Regierungsbezirk Arnsberg 1 889 Einwohner je einen Arzt teilen müssen.

4.2.4 Sonstige ambulante Versorgungsbereiche

Der ambulante Versorgungssektor ist mit der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung nicht vollständig beschrieben, auch wenn diese beiden medizinischen Berufsgruppen strukturprägend sind. Die Bevölkerung kann vielmehr auf eine Vielzahl weiterer ambulanter Versorgungsangebote zurückgreifen, mit denen ihnen im Fall von Krankheit, Schwäche oder Alter eine umfassende diagnostische, therapeutische, betreuerische und pflegerische Hilfestellung bereitgestellt wird. Anders als im ärztlichen Bereich sind diese Angebote jedoch eher "lose" oder indirekt in die GKV eingebunden, beispielsweise im Rahmen von ärztlichen Überweisungen.

Die rechtlich-institutionell bedingten Strukturunterschiede machen die Definition und quantitative Erfassung der ambulanten Versorgung äußerst schwierig. Folgt man dem vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) veröffentlichten Indikatorensetz, zählen zur ambulanten Versorgung ebenfalls Gesundheitsleistungen aus den Bereichen:

- ▶ Polikliniken (Ind. 6.3);
- ▶ Heilpraktiker (Ind. 6.7);
- ▶ Physikalische Therapeuten (Ind. 6.9);
- ▶ Ausgewählte Berufe des Gesundheitshandwerks (Ind. 6.10);
- ▶ Krankenhäuser mit Tages- und Nachtkliniken, die vorwiegend teilstationäre (Betreuung) Leistungen durchführen (Ind. 6.14);
- ▶ Sozialstationen (Ind. 6.16);
- ▶ Gemeindepflegestationen einschließlich Einrichtungen der Hauskrankenpflege (Ind. 6.18) sowie
- ▶ Öffentliche Apotheken mit Ausnahme von Krankenhaus- und Notapotheken (Ind. 6.21).

Darüber hinaus werden ambulante Gesundheitsleistungen im Bereich arbeitsmedizinischer Untersuchungen mit dem Ziel der primären und sekundären Prävention bereitgestellt (Indikator 7.7). Schließlich darf nicht vernachlässigt werden, dass Pflegeleistungen ebenfalls zur ambulanten Versorgung zählen. Dieser Sektor expandiert infolge der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung außerordentlich stark. Allein 1996 wurden in NRW 191 688 Begutachtungsverfahren zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit durchgeführt (stationär: 309 285). 62,1 % der ambulanten Antragstellungen (stationär: 66,7 %) wurden genehmigt (Indikator 7.25).

Diese kurze Aufzählung zeigt, wie bunt die ambulante Versorgungslandschaft ist. Im vorliegenden Beitrag können nicht alle ambulanten Leistungsbereiche gleichgewichtig abgedeckt werden; der Schwerpunkt wird auf die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung gelegt.

4.3 Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen für die ambulante (zahn-)ärztliche Versorgung

4.3.1 Die Einbindung der Ärzteschaft in die GKV

Die ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgungsbereiche sind Teilsysteme des deutschen GKV-Systems. Ökonomisch gesehen unterliegen sie damit rechtlich-institutionellen Rahmenbedingungen, die merklich von anderen Gütermärkten abweichen. Gerechtfertigt werden diese Abweichungen erstens mit "rein markttechnischen" Gründen des Marktversagens, wozu der Kollektivgutcharakter von Gesundheitsleistungen, das Fehlen der Konsumentensouveränität oder das Bestehen von unvollkommenen Informationen in der Arzt-Patienten-Beziehung (so genanntes Uno-actu-Prinzip) zählen (14, 8). Zweitens sprechen vorrangig sozi-

alpolitische Motive für eine prinzipielle Herausnahme des Wettbewerbs aus dem ambulanten ärztlichen Bereich als Teilsystem der GKV: Der Sozialstaat hält sich nämlich für verpflichtet, den Schutz vor Krankheitsrisiken und krankheitsbedingten Einkommensrisiken nicht in jedem Fall dem Einzelnen zu überlassen und ihn insbesondere auch nicht dem Wettbewerb und seinen – teilweise unerwünschten – Konsequenzen auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt auszusetzen (9, 10). Sicherlich gibt es unterschiedliche Ansichten über den Umfang der sozialen gesetzlichen Absicherung – insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Lohnnebenkosten in einer globalisierten Weltwirtschaft: Als Alternative zur Marktlösung bleibt jedoch die Gesetzliche Krankenversicherung Bismarckscher Prägung, die mit dem speziellen Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft Deutschlands eng verbunden ist.

Nur vor dem historischen Hintergrund der GKV lässt sich die heutige institutionelle Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung begreifen. Denn mit ihrer Einführung ergaben sich erhebliche Änderungen für die Arzt-Patienten-Beziehung: Standen sie sich zuvor “Aug’ in Aug’” gegenüber, kehrte sich dieses Zweierverhältnis im Weiteren in ein vertragliches Dreiecksverhältnis zwischen GKV-Patient, Kassenarzt und Krankenkasse um: Die Krankenkassen konnten als marktmächtiger Finanzier Ärzte aussuchen und die finanziellen Konditionen der Behandlung determinieren (so genanntes Einkaufsmodell oder Monopson). Der Arzt geriet so in eine weitgehend einseitig dominierte finanzielle Abhängigkeit, wobei zusätzlich seine Therapiefreiheit durch Kassendirektiven zur sparsamen Arzneimittelverordnung und durch Kontrolle bei den Krankschreibungen empfindlich eingeschränkt werden konnte, mit entsprechenden nachteiligen Auswirkungen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung (26).

Diese für die Ärzte – und letztlich auch für die Patienten – unbefriedigende Situation führte eingangs dieses Jahrhunderts zu erheblichen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen, die sich zunächst im Rahmen zweier Abkommen beschwichtigen ließen. Als jedoch Anfang der 30er Jahre mit der Weltwirtschaftskrise die gesetzlichen Sozialbeiträge erheblich anzogen und zudem die Stellung der Krankenkassen qua Notverordnung erneut gestärkt wurde, stand zeitweilig die medizinische Versorgung über die GKV grundsätzlich zur Disposition. Um diese sozialpolitisch schwierige Situation zu überbrücken, bot sich die Einführung gesetzlich geregelter Kollektivverträge an; dies war zugleich der Ausgangspunkt für die Etablierung ärztlicher Selbstverwaltungsorgane als Gegengewicht zu der körperschaftlich verfassten Marktmacht der Krankenkassen (28, 26, 29). Unschwer ist zu erkennen, dass auf diesem Weg zugleich ein Transmissionsriemen geschaffen wurde, der es dem Gesetzgeber damals wie heute erlaubt, über Rückgriffe auf korporatistische Strukturen, politische Kostendämpfungsziele wie das der Ausgabenbudgetierung in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung durchzusetzen.

4.3.2 Aufbau und Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung

Die beiden zentralen Institutionen zur Wahrnehmung der ärztlichen Selbstverwaltung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Ärztekammern (ÄKen). Sie sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, die ihre Aufgaben weitgehend selbständig – also frei von Weisungen der unmittelbaren Staatsverwaltung – durchführen. Ihre Eigenverantwortlichkeiten bewegen sich im Rahmen des Berufs- und Weiterbildungsrechts (ÄKen) einerseits und des Vertragsarztrechts (KVen) andererseits. Zum Letzteren gehören in erster Linie die Vorschriften des V. Sozialgesetzbuches (SGB V) und zweitens spezifische Verordnungen, Satzungen und Richtlinien (15).

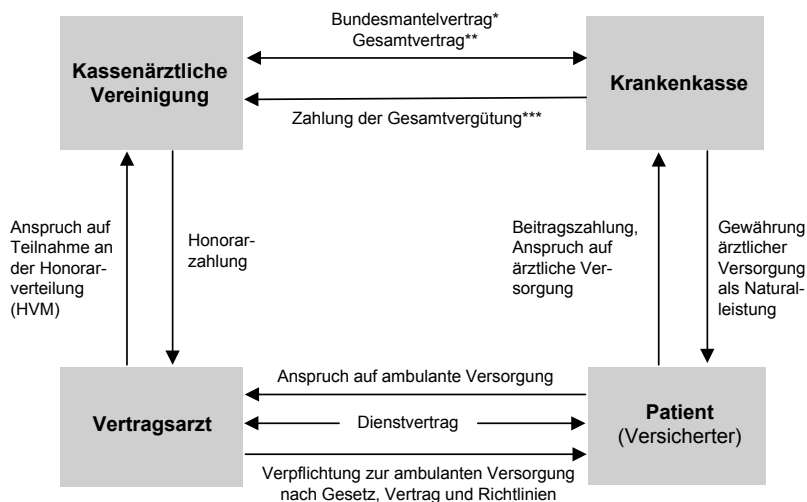
Dem föderalen Staatsaufbau Deutschlands folgend gibt es in jedem Bundesland zumindest eine Landesärztekammer (insgesamt: 17) sowie eine Kassenärztliche Vereinigung (insgesamt: 23). Im Flächenstaat NRW sind dies die Ärztekammern Nordrhein (ÄKNO; Hauptsitz: Düs-

seldorf) und Westfalen-Lippe (ÄKWL; Münster) sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (KVNO; Düsseldorf) und Westfalen-Lippe (KVWL; Dortmund). Die KVNO und die KVWL sind die zweit- und drittgrößten ärztlichen Landesvereinigungen Deutschlands.

Der organisatorische Aufbau der Selbstverwaltung der Zahnärzte und ihre regionale Gliederung ist spiegelbildlich zum vertragsärztlichen Bereich zu sehen, so dass auf die folgenden Ausführungen grundsätzlich verwiesen werden kann.

Kassenärztliche Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden mit der Notverordnung vom 8.12.1931 eingerichtet. Um ihre Funktionsfähigkeit als Gegengewicht zu den Krankenkassen sicherzustellen, mussten darin alle Vertragsärzte zwangsweise zusammengeschlossen werden. Gleichzeitig entwickelte sich auf diesem Wege aus dem vorherigen Dreiecksverhältnis ein öffentlich-rechtliches Vierecksverhältnis: Der Abbildung 1 können überblicksartig die zwischen den vier Polen – Kassenärztliche Vereinigung, Vertragsarzt, Patient und Krankenkasse – fließenden Geld- und Leistungsströme entnommen werden (13). Gleichfalls lassen sich aus diesen Strömen die wesentlichen Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen ableiten. Dies sind (15):



* Vertragspartner sind die KBV und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Primärkassen und Ersatzkassen)
 ** Vertragspartner sind die regionalen KVen und die Landesverbände bzw. Landesvertretungen der gesetzlichen Krankenkassen (Primärkassen und Ersatzkassen)
 *** Die Zahlung der Gesamtvergütung erfolgt von den örtlich zuständigen Krankenkassen (Primärkassen und Ersatzkassen) oder ihren Untergliederungen an die regional zuständigen KVen oder ihre Untergliederungen

Abb. 1: Das Beziehungsviereck

► Der Sicherstellungsauftrag

Die von ihrer (gesundheits-)politischen Wirkung her bedeutendste Aufgabe der KVen ist die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in sowohl quantitativer als auch qualitativer Sicht. Diese ist im Rahmen bestehender gesetzlicher Vorschriften und der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vertraglich so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist (§ 72 SGB V). Mit dem Sicherstellungsauftrag ist ebenfalls ein ausreichender Notfalldienst bereitzustellen.

Prinzipiell haben die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinzuwirken, dass in allen Planungsbereichen Ärzte in ausreichender Zahl vorhanden und im Interesse einer qualitativ hochstehenden, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung auch gleichmäßig verteilt sind. Eine Unter- oder Überversorgung der Bevölkerung ist demnach zu vermeiden (s. a. Abschnitt 2.4.2.1). Um wirksam zu steuern, verfügen sie – gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen – über verschiedene Instrumentarien wie die Zulassungssperre oder auch die Niederlassungsberatung. Für den Fall, dass eine Versorgungslücke besteht, haben die zuständigen Landes-KVen die Möglichkeit, im Rahmen finanzieller Anreize Einfluss zu nehmen.

► **Der Gewährleistungsauftrag**

Als öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungen gewährleisten die Landes-KVen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen, dass die ärztlichen Leistungen in ihrer Region ordnungsgemäß erbracht werden. Bezogen auf NRW prüfen KVNO und KVWL obligatorisch jedes Quartal die Abrechnungen ihrer ärztlichen Pflichtmitglieder vor Weitergabe an die Landesvertretungen der Krankenkassen auf Plausibilität und sachlich-rechnerische Richtigkeit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind daher stets „janusköpfig“: Über den Gewährleistungsauftrag obliegt es ihnen, die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten zu überwachen. Grundsätzlich ist es ihnen möglich, die Vertragsärzte notfalls unter Anwendung von Disziplinarmaßnahmen wie Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder gar Anordnung des Ruhens der Zulassung (bis zu 2 Jahren) zur Erfüllung ihrer Pflichten anzuhalten. Diesen hoheitlichen Aufgaben aus Gewährleistungs- und Sicherstellungsauftrag steht auf der anderen Seite jedoch die interessengeleitete Wahrung der Rechte der Vertragsärzte gegenüber.

► **Die Interessenvertretung**

Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, die wirtschaftlichen und rechtlichen Interessen aller und nicht einzelner Vertragsärzte gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und anderen öffentlichen Einrichtungen zu vertreten. Dazu zählt die Sicherung einer angemessenen Honorierung für die vertragsärztliche Tätigkeit. Des weiteren übernimmt sie aber auch Dienstleistungs- und Servicefunktionen wie die Niederlassungsberatung, übt berufspolitische Vertretungsaufgaben aus, bemüht sich um die Wahrung der ärztlichen Freiberuflichkeit und betreibt eine zielgerichtete Weiterentwicklung des GKV-Systems.

► **Die Vertragshoheit**

Die Landes-KVen nehmen ihre Vertragshoheit gegenüber den Krankenkassen in erster Linie durch den Abschluss der Gesamtverträge (§ 83 SGB V) und insbesondere der darin enthaltenen Vereinbarung zur Gesamtvergütung (§ 85 SGB V) wahr. Verhandlung und Abschluss dieser Gesamtvergütungsverträge erfolgen vorwiegend regional; ihre Ausgestaltung ist innerhalb der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen grundsätzlich frei. Das tragende Prinzip bei den Vertragsverhandlungen ist das Konsensprinzip: Beide Seiten der Vertragspartner sind an einem einvernehmlichen Vertragsabschluss interessiert, denn für den Fall, dass sie sich nicht einigen, kann das Schiedsamt eingeschaltet werden. Dieses würde dann die Vertragsinhalte verbindlich festsetzen.

► **Die Ausschussbesetzung**

Die ärztliche Selbstverwaltung bedarf schließlich der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen in speziellen Gremien, die nach SGB V für bestimmte Entscheidungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung obligatorisch sind. Beispielsweise zählen hierzu der Zulassungsausschuss, der Berufungsausschuss, der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss sowie die Schiedsämter und die erweiterte Landesschiedsstelle. Die Gremien sind paritätisch mit beiden Vertragspartnern besetzt und fassen im Rahmen der ihnen zugewiesenen Zuständigkeit bindende Beschlüsse.

Ärztokammern

Die zweite Säule der ärztlichen Selbstverwaltung sind die öffentlich-rechtlichen Ärztekammern, die die Berufsvertretung für alle approbierten Ärzte sind – also nicht nur für Vertragsärzte, sondern auch für angestellte Ärzte in Krankenhäusern, beamtete Ärzte oder Ärzte im Ruhestand. Ihre Aufgaben sind in den Heilberufsgesetzen (Kammergesetzen) der Bundesländer geregelt; sie lassen sich wie folgt zusammenfassen (15, 26):

- ▶ Die Regelung der Rechte und Pflichten der Ärzte durch Erlass der Berufsordnung;
- ▶ die Regelung der allgemeinen und fachgebietsbezogenen Weiterbildungsordnungen;
- ▶ die Förderung der ärztlichen Fortbildung;
- ▶ die Aufsicht über die Berufspflichten einschließlich der Ausübung der Berufsgerichtsbarkeit;
- ▶ die Regelung und Überwachung der Ausbildung von Arzthelferinnen im Rahmen des entsprechenden Berufsbildungsgesetzes;
- ▶ die Regelung von Qualitätssicherungsmaßnahmen;
- ▶ die Einrichtung von Schlichtungs- und Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler und für Fragen der Arzthaftpflicht, die der Beilegung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten dienen, sowie
- ▶ die Einrichtung von Ethik-Kommissionen, um die Zulassung von Forschungsvorhaben unter ethischen Gesichtspunkten zu beurteilen.

4.3.3 Sonstige Institutionen

Wie bereits erwähnt, beinhaltet der ambulante Bereich mehr als nur die ärztliche Versorgung. In Anlehnung an die vorgenommene Abgrenzung (Abschnitt 4.2.4) existieren in einzelnen Berufsfeldern weitere Landesverbände und -vertretungen: So beispielsweise für die Pflegeeinrichtungen, die sowohl durch private Interessenvertretungen als auch durch karitative Wohlfahrtsverbände organisiert sind, die freien Handwerksberufe wie Orthopädiehandwerker, Optiker etc., die durch ihre Innungen repräsentiert werden oder auch die Heilpraktiker, die sich von ihrem Landesverband vertreten lassen. Es würde jedoch den Rahmen dieses Beitrags sprengen, wenn man versuchen würde, den gesamten Organisationsrahmen einzufangen. Drei Institutionen sollen allerdings noch zusätzlich erwähnt werden:

- ▶ Erstens sind dies die Apothekerkammern, die im Land NRW – wie die Ärzteschaft – für die Regionen Nordrhein (Hauptverwaltung: Düsseldorf) und Westfalen-Lippe (Münster) je eine Kammer besitzen. Auch die Apothekerkammern sind öffentlich-rechtliche Körperschaften. Sie unterliegen dem Heilberufsgesetz, womit ihre zentralen Aufgabenfelder als Berufsvertretung der Apotheker ähnlich denen der Ärztekammern zu definieren sind.
- ▶ Zweitens sind dies die beiden Landschaftsverbände Nordrhein und Westfalen-Lippe, die ebenfalls öffentlich-rechtliche Körperschaften mit dem entsprechenden Recht auf Selbstverwaltung sind. Sie nehmen im ambulanten Bereich vor allem Infrastrukturaufgaben für den Auf- und Ausbau von psychiatrischen Versorgungsangeboten wahr, indem sie die Trägerschaft von entsprechenden Fachkrankenhäusern, Institutsambulanzen, Tageskliniken etc. halten.
- ▶ Drittens ist im Rahmen der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes (s. Abschnitt 4.2.2) geplant, eine mit entsprechenden hoheitlichen Rechten ausgestattete Kammer mit Sitz in Düsseldorf zu etablieren. Damit weicht diese Berufsgruppe von der sonst üblichen zweigleisigen Regionalstruktur öffentlich-rechtlicher Institutionen des Gesundheitswesens in NRW ab, wobei allerdings zu beachten ist, dass die Zuständigkeiten für die Sicherstellung, Bedarfsplanung, Abrechnung etc. unter dem Dach der beiden Landes-KVen angesiedelt sind.

4.3.4 Besonderheiten der Selbstverwaltung in NRW

Den vorherigen Unterpunkten dieses Kapitels ist zu entnehmen, dass die vorherrschende Organisationsform im ambulanten Versorgungsbereich die Selbstverwaltung ist. Diese hat für Planung und Steuerung des Versorgungsbedarfs eine herausragende Bedeutung, mit deren Hilfe auf der einen Seite die direkte und übergeordnete staatliche Einflussnahme auf ein Mindestmaß reduziert werden kann und die den einzelnen Akteuren die Möglichkeit bietet, ihre Angelegenheiten selbständig zu regeln (12, 26). Auf der anderen Seite bewirkt dieses System, dass Versorgungsungleichgewichte und -ungerechtigkeiten, die man bei rein marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen regelmäßig vermutet, möglichst vermieden werden. Demzufolge stellt die Selbstverwaltung ein tragendes Ordnungselement des deutschen Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwischen Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung dar.

Als besonderes Phänomen im Land NRW begleitet die Landesgesundheitskonferenz das Zusammenspiel zwischen den ärztlichen Selbstverwaltungsorganisationen und den anderen Institutionen aus dem Gesundheitsbereich: Im Rahmen eines auf Koordination, Kooperation und Kommunikation beruhenden Verhandlungsansatzes wird eine konsensuale Gesundheitspolitik angestrebt. Diese unterscheidet sich von den im deutschen Gesundheitswesen traditionellen Konsensansätzen dahingehend, dass am Runden Tisch gesundheitsrelevante Versorgungs- und Verzahnungsfragen mit allen wesentlichen Beteiligten des Gesundheitssystems optional – und eben nicht vertraglich verbindlich – abgestimmt werden.

In diese "Gedankenwelt" gehören auch die Kommunalen Gesundheitskonferenzen, die mit dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997 in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt Nordrhein-Westfalens verpflichtend einzuführen sind. Ziel dieser Konferenzen ist eine regionale Dezentralisierung der Gesundheitspolitik, mit der örtliche Verzahnungsmöglichkeiten sowie Bedarfslücken und -überschüsse kenntlich gemacht und in Handlungsempfehlungen umgegossen werden sollen. Je nach Wertigkeit und Dringlichkeit einer solchen Empfehlung ist gegebenenfalls die Landesebene einzuschalten. Damit bekommt die traditionelle Selbstverwaltungsorganisation neue Facetten, deren Notwendigkeit und Wirksamkeit sich jedoch noch beweisen müssen (7, 22, 3). In letzter Konsequenz erinnert insbesondere die Landesgesundheitskonferenz an die Einführung der Konzertierten Aktion Mitte der 70er Jahre. Auch damals versuchte die Politik, alle Interessengruppen zu einer gemeinsamen Verhaltensabstimmung zu bewegen. Da jedoch nur die Ärzte und Zahnärzte korporatistische Strukturen besaßen, mit denen sie kollektive Vereinbarungen auch gegen den Willen ihrer Mitglieder durchsetzen konnten, die übrigen Verbände jedoch allenfalls ein politisches Mandat zur Interessenvertretung hatten, musste dieser Versuch schließlich scheitern (25).

4.4 Leistungen im ambulanten (zahn-)ärztlichen Bereich

Das Ergebnis der ambulanten Versorgung lässt sich anhand einiger Leistungsdaten abbilden, wobei im Weiteren erneut schwerpunktmäßig die ambulant (zahn-)ärztlichen Leistungen behandelt werden. Bevor dies geschieht, empfiehlt es sich jedoch, die Besonderheiten des ärztlichen Abrechnungssystems kurz zu skizzieren, denn dieses System ist die Basis für die folgende Datenerhebung und -auswertung.

4.4.1 Ärztliche Behandlung, Abrechnung und Gesamtvergütung

Die ärztliche Behandlung ist eine Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie umfasst alle vertragsärztlichen Tätigkeiten, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind (§ 28.1 SGB V).

Die niedergelassenen Vertragsärzte rechnen die von ihnen bereitgestellten Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab. Es handelt sich um einen gemeinsam mit den Krankenkassen vereinbarten, bundesweit gültigen Katalog, in dem alle in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Leistungen definiert und mit einer Punktzahl bewertet sind. Festgelegt werden hierin also nicht die "DM-Werte" für Leistungen, sondern die Punktzahlen der Leistungen in Relation zueinander: Aufwendige oder kostenintensive Leistungen erhalten höhere Punktzahlen – et vice versa.

Die "DM-Werte" für die einzelnen Leistungen – so genannte Punktwerte – ergeben sich erst nachträglich aus den einzelnen Leistungsanforderungen einerseits und den Zahlungen der Krankenkassen (Gesamtvergütung) andererseits. Eine bundeseinheitliche Bewertung der Punkte scheidet aus, weil die Zahlungen der Krankenkassen auf dem Wege der Gesamtvergütung (Abschnitt 4.3) für die Primärkassen traditionsgemäß und für die Ersatzkassen seit 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) auf Landesebene erfolgen. Die Verteilung der Gesamtvergütung und die geldmäßige Bewertung der Leistungsanforderung wird sodann in einer zweiten Stufe im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) vorgenommen, den jede Landes-KV eigenständig aufstellt.

Die Veränderung der Gesamtvergütung ist mit dem GSG an die Veränderung der Grundlohnsumme, das sind alle beitragspflichtigen GKV-Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen, gekoppelt worden (zur aktuellen Berechnung s. u.). 1996 betrug das Gesamtvergütungsvolumen der KVNO 5,2 Mrd. DM und das der KVWL 4,1 Mrd. DM (eigene Recherche: KVWL und KVNO).

Der Koppelungsmechanismus hat erhebliche Konsequenzen für die ärztliche Leistungserbringung (6, 27, 19, 21):

- ▶ Erstens resultiert aus der Grundlohnbindung eine Ausgabendeckelung, d. h. der Topf des zu verteilenden Geldes kann nicht ungehindert wachsen. Die Grundlohnbindung ist daher ein Instrument der Beitragssatzstabilisierung, das sich infolge der Regionalität der Gesamtvergütung auch in den regionalen GKV-Beitragssätzen niederschlägt.
- ▶ Zweitens wird mit der Grundlohnbindung das Morbiditätsrisiko an die Ärzteschaft weitergegeben: Erhöhen sich die Leistungen, sinkt der Punktwert pro Leistungseinheit. Diese inverse Beziehung ist vor allem deshalb kritisch zu bewerten, weil Leistungsausweitungen nicht ausschließlich arztinduziert, sondern häufig durch Faktoren wie zunehmende Alterung der Bevölkerung, Änderung der Morbiditätsstruktur, technischer Fortschritt und Chipkarteneffekt oder auch durch höhere Erwartungen und Ansprüche der Versicherten bedingt sind.

Um dem expansiven Leistungsgeschehen im ambulanten ärztlichen Bereich Einhalt zu gebieten, haben die KVen 1997 bundesweit Honorarverteilungssysteme mit mengenbegrenzendem Charakter, die so genannten Praxisbudgets, eingeführt. Diese sollen zu Regelleistungsvolumina weiterentwickelt werden, deren hauptsächlicher Unterschied zu den Praxisbudgets darin liegt, dass sie keinen festen Deckel für die Honorierung besitzen: Für den Fall, dass ein über das vereinbarte Punktzahlvolumen hinausgehender Mehrbedarf entsteht, soll dieser mit abgestaffelten Punktwerten zusätzlich vergütet werden. Parallel hierzu ist eine Reform des bestehenden EBM vorgesehen.

Gegenwärtige Berechnungsformel der Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung nach Kopfpauschale

= Kopfpauschale + prozentuale Veränderung der Grundlohnsumme x Mitgliederzahl

Bei einer Vergütung nach Kopfpauschalen wird in der Regel die Gesamtvergütung eines früheren Zeitraums (Ausgangszeitraum) durch die Zahl der Mitglieder (ggf. differenziert nach Allgemeinversicherten und Rentnern) geteilt und so ein Beitrag pro Mitglied (und ggf. Rentner), die so genannte Kopfpauschale, ermittelt. Diese Kopfpauschale wird sodann im gleichen Verhältnis verändert wie sich die Grundlohnsumme verändert (Grundlohnkopplung) und jeweils mit der aktuellen Mitgliederzahl multipliziert (16).

4.4.2 Abrechnungsfälle und Punktzahlen insgesamt

Regelmäßig entfallen schätzungsweise 90 % (bundesweit) aller Fälle von niedergelassenen Ärzten auf die kurative Behandlung von Krankheiten. Die verbleibenden Fälle sind präventiver Art wie Gesundheitschecks oder die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern sowie Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern.

Insgesamt wurden 1996 von den in freier Praxis arbeitenden Vertragsärzten in NRW 119,5 Milliarden abgerechnete Leistungen (Tab. 4) in Punktzahlen bei rd. 95,7 Mio. Fällen erbracht (Tab. 3). Dies bedeutet im Durchschnitt 1 248 Leistungen in Punktzahlen pro Fall. Zu beachten ist, dass diese Zahlen keine von Ärzten veranlassten Leistungen wie Rezepte, Massagen und Krankengymnastik berücksichtigen; Leistungen außerhalb der GKV bleiben ebenfalls ausgeblendet.

Etwa 58 % aller Fälle wurden im Bezugsjahr mit den Primärkassen abgerechnet, 40 % mit den Ersatzkassen und die verbleibenden knapp 2 % mit sonstigen Kostenträgern. Zwischen 1992 und 1995 stieg die Zahl der Behandlungsfälle um rd. 11 % (Westfalen-Lippe) (eigene Recherche: KVWL).

4.4.3 Fallzahlbezogene Leistungsstruktur nach ärztlichen Fachgruppen

Die ambulanten kurativen Abrechnungsfälle können ebenfalls als Hilfsgröße zur Bestimmung der Leistungsstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nach Fachgebieten verwendet werden. Hierzu sei auf Tabelle 3 verwiesen, in der die entsprechend untergliederten ambulanten kurativen Abrechnungsfälle aufgeführt sind: Von den insgesamt rd. 95 712 700 Abrechnungsfällen (1996) entfielen 28,0 % auf die Allgemeinmediziner (im Weiteren einschließlich der praktischen Ärzte) und 72,0 % auf die Fach- bzw. Gebietsärzte.

Die Zahl der Abrechnungsfälle pro Arzt bei den Fach- und Gebietsärzten liegt in der Regel durchschnittlich höher (5 082) als bei den Allgemeinärzten (3 385). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass die Allgemeinärzte als hausärztlich orientierte Leistungsanbieter in der Regel einen umfassenderen Leistungsauftrag pro Fall wahrnehmen als spezialisierte Ärzte: Die hausärztliche Betreuung ist stärker zuwendungsintensiv und mit einem höheren Beratungs- und Koordinationsaufwand verbunden – eine Tatsache, die auch hinsichtlich aktueller Fragen, Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung herbeizuführen, eine zentrale Rolle spielt.

Mit Blick auf die Gruppe der Fach- und Gebietsärzte sind beträchtliche Abweichungen von den zuvor genannten Durchschnittswerten festzustellen. Auch diese Abweichungen sind

zumindest teilweise damit zu begründen, dass in einigen Fachgebieten stärker zuwendungsintensive Arztleistungen und in anderen wiederum mehr medizinisch-technische Leistungen erbracht werden. So liegen beispielsweise die personal- und betreuungsintensiv behandelnden Neurologen und Psychiater mit 2 589 Fällen pro Arzt unterhalb der durchschnittlichen Fallzahl der Allgemeinärzte. Aufmerksamkeit verdienen auch die Internisten: Mit 3 519 Fällen je Arzt liegen sie von der Größenordnung her im Bereich der Allgemeinärzte, was sich eben daraus ableiten lässt, dass sie überwiegend hausärztlich tätig sind (siehe Abschnitt 2.4.2.1). Überdurchschnittliche Fallzahlen je Arzt weisen hingegen u. a. die Dermatologen (6 788), die Orthopäden (5 140) und die HNO-Ärzte (5 063) auf (s. Tabelle 3).

Fachgruppe	Leistungsstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung ¹ teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebieten, Nordrhein-Westfalen, 1996								
	Ambulante kurative Abrechnungsfälle								
	Nordrhein			Westfalen-Lippe			Nordrhein-Westfalen		
	insg. in 1 000	je Arzt/ Ärztin	je 1 000 Einw.	insg. in 1 000	je Arzt/ Ärztin	je 1 000 Einw.	insg. in 1 000	je Arzt/ Ärztin	je 1 000 Einw.
Prakt./Allgemeinmediziner	13 173,1	3 373	1 385	13 649,8	3 779	1 620	26 822,9	3 385	1 497
Fach- bzw. Gebietsärzte *	38 707,7	4 937	4 077	30 182,1	5 280	3 582	68 889,8	5 082	3 844
darunter:									
Chirurgen	1 656,7	2 565	174	1 222,4	3 995	145	2 879,1	4 032	161
Gynäkologen	5 754,0	4 300	605	4 608,6	5 042	547	10 362,6	4 836	578
<i>Gynäkologen</i> **									1 329
HNO-Ärzte	2 483,2	4 785	261	1 906,4	5 296	226	4 389,6	5 063	245
Dermatologen	2 621,3	6 332	276	2 171,2	7 360	258	4 792,5	6 788	267
Internisten	7 725,3	3 056	813	5 667,2	3 558	673	13 392,5	3 519	747
Neurologen und Psychiater	1 315,4	2 008	138	1 064,7	3 003	126	2 380,1	2 589	133
Kinderärzte	3 049,4	4 259	321	2 639,5	5 115	313	5 688,9	4 797	317
<i>Kinderärzte</i> ***									1 949
Orthopäden	3 100,0	4 747	326	2 322,4	5 266	276	5 422,4	5 140	303
Insgesamt	51 880,8	3 517	5 457	43 831,9	4 699	5 201	95 712,7	4 456	5 341

Datenquelle:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Frequenzstatistiken der KV Nordrhein u. Westfalen-Lippe

¹ alle in der GKV versicherten Persc
* ohne Allgemeinärzte
** Frauen 15 Jahre und älter
*** Kinder von 0 - <15 Jahren

Tabelle 3: Leistungsstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nach Fachgebieten, NRW, 1996 (Ind. 07_11_96)

4.4.4 Vertragsärztliche Versorgung nach Leistungsgruppen

Schwerpunkte bei der Leistungserbringung sind auf einem aggregierten Niveau aus Tabelle 4 zu entnehmen. Darin werden Punktzahlen als Leistungsgröße verwendet, die hinsichtlich ihrer Validität zumindest dahingehend eine gewisse Unsicherheit aufweisen, dass sie zeitpunktbezogen vor der obligatorischen Wirtschaftlichkeitsprüfung erfasst wurden.

**Indikator
7.12**

**Struktur der abgerechneten Leistungsbereiche (ambulant) der KV-Mitglieder,
Nordrhein-Westfalen, 1996**

Leistungsgruppe	Abgerechnete Leistungen in Punktzahlen					
	Nordrhein		Westfalen-Lippe		Nordrhein-Westfalen	
	in Mio.	Anteil in %	in Mio.	Anteil in %	in Mio.	Anteil in %
Grundleistungen	32 113,3	54,0	29 446,6	57,6	61 559,9	55,7
davon:						
Berat./Betr./Ganzk.-Stat.	6 736,3	11,3	7 526,7	14,7	14 263,0	12,9
Besuche/Visiten	2 483,8	4,2	2 230,6	4,4	4 714,4	4,3
allgemeine Leistungen	1 530,9	2,6	1 318,8	2,6	2 849,7	2,6
Pauschal. Grundleistungen	21 362,3	35,9	18 370,4	35,9	39 732,8	35,9
Sonderleistungen	15 627,3	26,3	12 231,1	23,9	27 858,4	25,2
Phys. med. Leistungen	925,2	1,6	844,5	1,7	1 769,7	1,6
Laborleistungen	5 482,4	9,2	4 319,9	8,5	9 802,4	8,9
davon:						
allg. Labor	2 536,7	4,3	2 092,0	4,1	4 628,7	4,2
spez. Labor	2 945,7	5,0	2 228,0	4,4	5 173,6	4,7
Strahlendiagnostik	5 307,8	8,9	4 277,6	8,4	9 585,5	8,7
Gesamt	59 456,0	100	51 119,7	100	110 575,7	100

Datenquelle:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Frequenzstatistik

Tabelle 4: Struktur der ambulant abgerechneten Leistungsbereiche der vertragsärztlichen Leistungserbringer in NRW, 1996 (Ind. 07_12_96)

Personalintensive pauschalisierte und sonstige Grundleistungen wie Beratungen, Besuche, allgemeine Leistungen (u. a. Mitteilungen und Rezeptausstellungen) sowie eingehende Untersuchungen gehören zu den Schwerpunktaufgaben der ambulanten ärztlichen Versorgung: 51,5 % aller abgerechneten Leistungen in Punktzahlen (s. Tabelle 4). Das zweitgrößte Aufgabenfeld stellen die Sonderleistungen mit 23,3 % dar. Diese umfassen Tätigkeiten wie sonographische und endoskopische Untersuchungen, Injektionen, Infusionen, Punktionen und nicht zuletzt allergologische sowie proktologische Leistungen.

Die Strahlendiagnostik einerseits, zu denen aufwändige medizinisch-technische Leistungen wie Röntgen, Computertomographie und andere bildgebende und nuklearmedizinische Diagnostikverfahren zählen, sowie die Laborleistungen andererseits stellen jeweils mit rd. 8 % die beiden weiteren Hauptaufgabenfelder der niedergelassenen Ärzte in NRW dar.

Von hohem Informationsgehalt ist zudem die Beantwortung der Frage, wie sich die einzelnen Fachgruppen in den jeweiligen Leistungsbereichen beteiligen. Hierzu sei auf Tabelle 5 verwiesen, die eine entsprechende Auswertung (Umsatz in %) im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für das Jahr 1996 bereitstellt.

Leistungsbereich* Arztgruppe	Pauschal-, Grundleist.	Besuche Visiten	Beratung/ Betreuung/ Ganzk. Stat.	Allgem.- Leistungen	Sonder- Leistungen	Basis- Labor	Spezial- Labor	Röntgen	Sonst.
	in Prozent								
Allgem./Prakt.	45,7	9,8	23,4	0,8	11,0	6,2	0,1	0,5	2,6
Anästhesisten	10,8	0,8	1,8	39,2	45,8	0,5	0,0	0,0	1,2
Augenärzte	65,7	0,3	6,6	5,8	21,3	0,0	0,0	0,0	0,3
Chirurgen	27,1	1,4	5,0	12,7	38,4	0,2	0,0	10,8	4,5
Frauenärzte	33,9	0,5	9,0	2,6	31,0	8,1	12,1	1,5	1,2
HNO-Ärzte	44,6	0,2	3,6	2,2	46,1	0,1	0,0	1,1	2,1
Hautärzte	33,8	1,0	8,9	3,2	39,7	1,1	5,2	0,1	7,1
Internisten	35,2	5,3	18,8	1,2	25,2	6,8	1,0	4,7	1,8
Kinderärzte	48,1	0,8	30,4	0,6	16,0	3,4	0,1	0,1	0,6
Laborärzte	0,1	0,0	0,0	0,0	2,9	1,8	88,5	0,0	6,6
Nervenärzte	6,9	1,3	11,7	2,7	75,2	0,2	0,1	0,6	1,3
Orthopäden	31,0	0,5	5,7	3,1	31,3	0,2	0,0	16,9	11,3
Röntgenärzte	6,3	0,1	0,1	0,4	2,2	0,0	1,6	88,9	0,3
Urologen	24,3	4,2	9,0	2,4	28,4	7,7	9,2	12,0	2,7
Sonstige	10,0	0,4	2,4	3,0	46,2	0,6	6,0	27,7	3,7
Insgesamt	35,5	4,3	14,5	2,5	23,6	4,0	4,3	8,3	2,9

Quelle:
eigene Recherche: KVWL

* Zeilensumme = 100 %

Tabelle 5: Umsatzanteile der ambulanten ärztlichen Fachgruppen nach Leistungsbereichen, Westfalen-Lippe, 1996 (eigene Recherche KVWL)

4.4.5 Zahnärztliche Leistungsstruktur

Das Leistungsgeschehen im zahnärztlichen Bereich ist sehr lückenhaft erfasst. Die Tabelle 6 zeigt, dass 1996 die konservierend-chirurgischen Behandlungen mit 78,7 % aller Abrechnungsfälle den Schwerpunkt der zahnärztlichen Tätigkeit darstellten. Zusammen mit der Zahnersatzbehandlung (12,9 %) verfügten diese beiden Leistungskomplexe über ein Leistungsvolumen von nahezu 92 %. Zu berücksichtigen ist, dass diese Zahlen lediglich die Abrechnungs- und Leistungsfälle der AOKen, der BKKen – mit Ausnahme der vom Bund getragenen Betriebskrankenkassen – und der IKKen repräsentieren.

Indikator 7.13	Leistungsstruktur zahnärztlicher Behandlungen der an der kassen- bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte/ Zahnärztinnen (GKV-Kassen¹), Nordrhein-Westfalen, 1996
---------------------------	---

Behandlungsart	Abrechnungs-/Leistungsfälle		
	Anzahl	in %	Fälle je 1 000 Versicherte
Konservierend-chirurgische Leistung	17 231 295	78,7	1 729,4
Kieferorthopädische Behandlung	1 534 930	7,0	154,1
Zahnersatz-Behandlung	2 819 256	12,9	282,9
Parodontose-Behandlung	154 248	0,7	15,5
Kieferchirurgie	146 665	0,7	14,7
Insgesamt	21 886 394	100	2 196,6

Datenquelle:
Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein
Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

¹ ohne LKK und BKN

Tabelle 6: Leistungsstruktur der zahnärztlichen Behandlung der KZV-Leistungserbringer, NRW, 1996

4.5 Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf im ambulanten ärztlichen Bereich NRW

Der ambulante ärztliche Versorgungssektor gerät immer stärker in das Spannungsfeld zwischen Wirtschafts- und einer auf Kostendämpfung gerichteten Gesundheitspolitik. Nachdem über mehrere Jahre Rationalisierungsreserven ausgeschöpft worden sind, schränkt das bestehende budgetierte Vergütungssystem die diagnostischen und therapeutischen Ermessensspielräume der einzelnen Ärzte zunehmend ein (20). Wenn es in der Zukunft nicht gelingt, die GKV an die erheblich gewandelten gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen adäquat anzupassen, sind offene oder verdeckte Rationierungen zu befürchten, mit denen mittel- bis langfristig die Gebote einer ausreichenden, bedarfsgerechten und humanen Patientenversorgung in Frage gestellt werden (6). Die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen liegt daher auch maßgeblich im Interesse der öffentlich-rechtlichen ärztlichen Körperschaften. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) verfügen sie mit den §§ 63 bis 65 und 73 a SGB V über ein Instrument, das ihnen stärker als zuvor ermöglicht, mittels Strukturverträgen und Modellvorhaben neue Strukturen zu testen und alte anzupassen. Allerdings ist auch klar herauszustellen, dass das Vorschaltgesetz die damit verbundenen Möglichkeiten und Chancen wiederum einschränkt. Die von den nordrhein-westfälischen Selbstverwaltungen auf der Grundlage des 2. GKV-NOG gewählten Reform- und Modellüberlegungen setzen auf der Vertrags- und Leistungsseite an:

- ▶ Auf der Vertragsseite geht es in erster Linie um eine Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen nach innen, wobei zunächst über Modellprojekte moderne Betriebsformen auszuloten sind. Hierzu zählen die so genannten Vernetzten Praxen: Im Mittelpunkt steht der Zusammenschluss größerer Betriebseinheiten, die eine stärkere arbeitsteilige Koope-

ration und Koordination zwischen den Ärzten zulassen. Ziel ist es, die Versorgungsqualität zu verbessern und Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. So hat beispielsweise die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe im Rahmen eines Pilotprojekts fünf regionale Praxisnetze in Bielefeld, Bünde, Gelsenkirchen, Herne und Hagen gegründet. Auch in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sind entsprechende Modellvorhaben initiiert worden. Grundsätzlich weisen diese Vorhaben Bezugspunkte zur Konstruktion der Regionalen Gesundheitskonferenzen NRW auf. Sie eignen sich daher, im Rahmen der Selbstverwaltung staatliche Einflussnahme auf ein systemkonformes Maß zu minimieren.

- ▶ Auf der Leistungsseite stehen Qualitätsfragen im Vordergrund (23). Hierzu haben die regionalen ärztlichen Vereinigungen und Kammern entsprechende Maßnahmen eingeleitet, beispielsweise die Einrichtung von Qualitätszirkeln. Zudem sind im Bereich der Prävention, der Umwelt- und Alternativmedizin oder auch in einzelnen Indikationsgebieten wie dem Diabetes und der Geriatrie anspruchsvolle Modellprojekte zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und -qualität angeschoben worden. Auch gewinnen Überlegungen zum Managed-Care zunehmend an Bedeutung. So hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe im Bereich "Diabetes" ein Leitlinienkonzept vertraglich vereinbart, das im Sinne des Case-Managements funktioniert: Ziel ist es, über verzahnte, arbeitsteilige Strukturen eine übergreifende Steuerung der Versorgungsabläufe zu schaffen, mit der Reibungs- und Qualitätsverluste an den Versorgungsschnittstellen reduziert werden können. Voraussetzung dafür ist allerdings auch, dass wie z. B. im Vorschaltgesetz festgelegte Einschränkungen für Strukturverträge modifiziert werden. Auf diesem Pilotmodell aufsetzend könnten in Zukunft weitere Modellvorhaben für volkswirtschaftlich relevante Krankheitsbilder wie Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und degenerative Skeletterkrankungen eingeführt werden (2).

Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die regionalen Selbstverwaltungsorganisationen bereit sind, ihre traditionellen Pfade zu verlassen und in neue innovative Tätigkeitsfelder und Aufgabenbereiche vorzudringen. Derzeit werden zahlreiche Modellversuche gestartet, die einen zielgenaueren Einsatz knapper Ressourcen erlauben und daher dazu dienen, das qualitativ hochstehende und flächendeckende ambulante Versorgungssystem in NRW zu sichern. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die im Vorschaltgesetz vorgesehene Ausgabenlimitierung für Strukturverträge zurückgenommen wird. Sie hätte zur Folge, dass viele der bisher eingeleiteten Strukturmaßnahmen im Jahr 1999 zum Erliegen kämen und im Rahmen eines Strukturreformgesetzes erneut mühsam aufgebaut werden müssten.

Literatur

- 1 Arnold, M.; Lauterbach, K. W.; Preuß, K.-J. (Hrsg.) (1997): Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart.
- 2 Aubke, W.: Diabetologisches Kooperationsmodell in Westfalen-Lippe (1998): *Westfälisches Ärzteblatt* 8, S. 6 - 8.
- 3 Badura, B; Siegrist, J. et al. (1998): Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Bielefeld - Düsseldorf.
- 4 BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.) (1997): Daten des Gesundheitswesens. Baden-Baden, S. 321.
- 5 Boroch, W. (1997): GBE-Daten über Leistungsstrukturen. *Forum für Gesellschaftspolitik* 3, (6), S. 173 - 176.

- 6 Boroch, W. (1998): Zum Verhältnis von Rationierung und medizinisch Notwendigem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 3 (4), S. 127 - 130.
- 7 Boroch, W., Schwarzenau, M. (1997): Optimierung der regionalen Versorgungsstrukturen. *Westfälisches Ärzteblatt* 1, S. 8 - 10.
- 8 Breyer, F.; Zweifel, P. (1997): *Gesundheitsökonomie*, (2), S. 150ff, 241.
- 9 Cassel, D. (1992): Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen von Wahlmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse und regionale Mitgliederwanderung bei freier Kassenwahl und alternativen Formen des Risikostrukturausgleichs. Baden-Baden, S. 22.
- 10 Cassel, D.; Boroch, W (1995): Free Choice of Sickness Funds: Economic. Implications and Ethical Aspects of the 1992 Health Care Reform in Germany. *The Journal of Medicine and Philosophy* 20 (6), S. 657 - 667.
- 11 Gäfgen, G. (Hrsg.) (1985): *Ökonomie des Gesundheitswesens*. Berlin.
- 12 GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung) (Hrsg.) (1996): Elemente eines Systems der sozialen Sicherung unter den Bedingungen einer sozialen Marktwirtschaft - Das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland. Köln, S. 76.
- 13 Herder-Dorneich, P (1982): *Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle*. Grundfragen der sozialen Steuerung. Stuttgart, S. 81 ff.
- 14 Herder-Dorneich, P (1985): Ordnungspolitik des Gesundheitswesens - eine analytische Grundlegung. In: Gäfgen, G. (Hrsg.) (1985), S. 55 - 70.
- 15 Hess, R.: (1995) Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände. KBV-Fortbildung, Heft 1, Köln, S. 4 ff, 26.
- 16 Höhle, H.-P (1995): Einführung in das System der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. KBV-Fortbildung, Sonderheft, Köln, S. 33.
- 17 Jütte, R. (Hrsg.) (1997): *Geschichte der deutschen Ärzteschaft*. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln.
- 18 KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Hrsg.) (1997): *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln, A14..
- 19 Krimmel, L. (1996): Demographische, medizinische und gesellschaftliche Entwicklungen. *Forum für Gesellschaftspolitik* 2 (4), S. 83 - 86.
- 20 Krimmel, L. (1997): Ambulante Versorgung unter Budgetzwang. Was ist „medizinisch notwendig“? *Deutsches Ärzteblatt* 1/2, S. A-20 - A-23.
- 21 Krimmel, L. (1998): Kostenerstattung und individuelle Gesundheitsleistungen. Neue Chancen für Patienten und Ärzte. Köln, S. 27.
- 22 Meier, E. (1997): Zwischenbericht zum Modellvorhaben „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“, *KVNO Aktuell* 1, S. 16 - 19.
- 23 Oesingmann, U. (1997): Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung aus Sicht der Vertragsärzteschaft. *Brennpunkt Gesundheitswesen* 7, S. 1 - 5.
- 24 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (1987): *Medizinische und ökonomische Orientierung*. Jahresgutachten 1987. Wiesbaden.
- 25 Stillfried, D. Graf von (1997): Managed-Care-Elemente in der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: M. Arnold; Lauterbach, K. W.; Preuß, K.-J. (Hrsg.) (1997): S. 229 - 252, 292.
- 26 Vogt, G. (1998): *Ärztliche Selbstverwaltung*. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein. Köln.
- 27 Wasem, J. (1997): Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung. In: M. Arnold; Lauterbach, K.W.; Preuß, K.-J. (Hrsg.) (1997), S. 75 - 92.
- 28 Webber, D. (1988): Krankheit, Geld und Politik. Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. *Leviathan*, 16 (2), S. 156 - 203.

- 29 Wolff, E. (1997): Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914 - 1933. in: R. Jütte (Hrsg.) (1997). S. 97 - 142.
- 30 ZÄK; KZVWL (Zahnärztekammer; Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen Lippe) (Hrsg.) (1997): Auswirkungen der Neuordnungsgesetze. Münster, S. 117.
- 31 Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI); Deutsche Apotheker- und Ärztebank (Hrsg.) (1997): Das Investitionsverhalten von Ärzten bei der Praxisgründung 1995/96, *Freie Berufe* 12, S. 23 - 26.



5 Pflegeeinrichtungen und -dienste in Nordrhein-Westfalen

Burkhard Werner

5.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird es vornehmlich um Pflegedienste und -einrichtungen für chronisch kranke und deshalb pflegebedürftige alte Menschen gehen. Der Bereich der Krankenhauspflege wird ausgeklammert, da er in einem gesonderten Kapitel zur Entwicklung der Krankenhausbehandlung (Kap. 2) berücksichtigt wird. Für jüngere Menschen, die auf Grund körperlicher, geistiger und/oder psychischer Behinderungen pflegebedürftig sind, sind die im hier zur Verfügung stehenden Indikatorensatz enthaltenen Daten nicht aussagefähig. Selbst zu den Einrichtungen und Diensten für die große Gruppe der älteren pflegebedürftigen Menschen geben die im Indikatorensatz vorgelegten Daten nur ein unzureichendes Bild ab. Deshalb werden auch andere Datenquellen, insbesondere frühere Untersuchungen des MAGS und des LDS NRW, aber auch eigene Forschungsergebnisse hinzugezogen, vor allem deshalb, um langjährige Entwicklungstrends zu dokumentieren. In unterschiedlichem Ausmaß – je nach vorhandenen Indikatoren- bzw. sonstigen Datensätzen – wird versucht, für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegedienste und -einrichtungen Aussagen zur Infra-, Klienten- und Personalstruktur zu treffen und zu deren Entwicklungstrends ein aussagefähiges Bild zu entwerfen.

Pflegeeinrichtungen und -dienste spielen im Sozial- und Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland – und auch im Land Nordrhein-Westfalen – eine immer größer werdende Rolle. Demographische Veränderungen, umfangreiche Umstrukturierungsmaßnahmen insbesondere im Krankenhausbereich und die Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (gültig ab 1.1. 1995) haben der Entwicklung von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegediensten und -einrichtungen gerade in den letzten Jahren Auftrieb gegeben. Erstaunlich, vielleicht sogar bedenklich, ist, dass sich das Angebot in allen drei hier zu diskutierenden Bereichen der Pflege im ambulanten, teil- und vollstationären Bereich ausgedehnt hat (vgl. Abschnitt 5.2.1 bis 5.2.3), obwohl doch erklärtes Ziel aller Bundes- (BSHG-Änderung von 1984, SGB V, SGB XI) wie Landesgesetze (z. B. in NRW das Landespflegegesetz) die vorrangige Umsetzung von ambulanten und teilstationären vor vollstationären Pflegeangeboten ist. Zumindest ein Stillstand des weiteren Ausbaus von Heimplätzen wäre auf Grund des Neugründungsbooms von privaten ambulanten Pflegediensten sowie – in geringerem Umfang – von teilstationären Einrichtungen, den sogenannten Tagespflegestätten, vielleicht zu erwarten gewesen.

Der weiterhin (fast) ungebremste Ausbau zusätzlicher Kapazitäten im stationären Pflegebereich hat sicherlich neben dem schon erwähnten demographischen Prozess eine weitere Ursache in der Abnahme des stationären Krankenhausbetten-Angebots. Der schon Anfang der 70er Jahre zu beobachtende Umkehrtrend, der mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KFG) von 1972 unter dem Stichwort der Kostenexplosion im Gesundheitswesen eingeleitet wurde, hat in großem Umfang zu einer Verdrängung chronisch Kranker, Behinderter und infolge dessen Pflegebedürftiger vor allem von älteren, aber auch von jüngeren Menschen aus dem Krankenhausbereich geführt. Im Bereich der somatischen Disziplinen im Allgemeinkrankenhaus wurden bei steigendem Kosten-, aber auch Aufnahmedruck – kaschiert mit dem Schlagwort der Fehlplatzierung – längerfristig Kranke vorwiegend der älteren Generation immer schneller und immer früher in stationäre Pflegeeinrichtungen verlegt. Aus den psychiatrischen Kliniken gelangten aus den selben Gründen, aber auch flankiert durch die sozialpsychiatrische Reformbewegung – unter dem Schlagwort der Enthospitalisierung –, chronisch psychisch Kranke zu einem hohen Anteil in stationäre Pflegeeinrichtungen, in jüngerem Alter in Heime

für psychisch Kranke, in höherem Alter in kommunale Alten- und Altenpflegeheime. In Tabelle 1 wird die Entwicklung des Bettenangebots im gesamten Krankenhausesektor der des Platzangebots im Alten- und Altenpflegeheimbereich für die ehemalige und die vereinte Bundesrepublik gegenübergestellt.

Jahr	Krankenhausbetten (incl. Sonderkrankenhäuser)	Platzzahl in Alten- und Altenpflegeheimen
alte BRD		
1950	538.569	•
1960	583.513	•
1965	631.447	•
1970	683.254	228.330
1975	729.791	•
1980	707.710	422.362
1985	674.742	470.000
1989	669.750	511.447
neue BRD		
1990	817.692	•
1991	809.737	632.042
1992	796.905	•
1993	784.289	660.048
1994	790.851	674.013
1995	790.756	

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Bettenzahl in Krankenhäusern und der Platzzahl in Alten- und Altenpflegeheimen in der alten BRD von 1950 - 1989 und im wiedervereinten Deutschland 1990-1995 (3, 4, 5, 8, 9, 11)

Während der Bereich der Krankenhausbehandlung auf Bundes- und Landesebene seit 1975, dem Jahr mit der höchsten Bettenkapazität, einen Abnahmetrend der Bettenzahlen – bei Zunahme von Behandlungsfällen im Jahr und sinkenden durchschnittlichen Behandlungsdauern – aufweist, findet sich bei der Heimversorgung eine kontinuierliche Zunahme der Platzzahl. Zwischen 1975 und 1989 hat sich die Zahl aller Krankenhausbetten von ca. 730 000, dem Höchststand für die alte BRD, auf ca. 670 000 reduziert, während die Platzzahl allein im Altenheimbereich von ca. 230 000 im Jahr 1970 auf 511 000 im Jahr 1989 anstieg (alte Bundesländer).

Diese Prozesse setzten sich auch im wiedervereinten Deutschland ungemindert weiter fort. Nach 1989 sank die Zahl aller Krankenhausbetten von ca. 818 000 im Jahr 1990 auf ca. 790 000 im Jahr 1995 (3), während im Zeitraum 1990 - 1994 die Anzahl der Altenheimplätze von ca. 630 000 auf ca. 674 000 anstieg. Wenn diese Entwicklung so weiter anhält, wird in absehbarer Zeit die Zahl allein der Alten- und Altenpflegeheimplätze die der Krankenhausbetten übersteigen.

Diese Entwicklung lässt sich in wesentlichen Eckpunkten auch für das Land Nordrhein-Westfalen nachzeichnen. Die letzten erhältlichen Zahlen für das Krankenhausbettenangebot des Landes NRW aus dem Jahr 1996 weisen ca. 150 000 Betten im Allgemein- und Sonderkrankenhausbereich aus (19), während im selben Jahr schon etwa 122 000 Alten- und Altenpflegeheimplätze vorhanden sind.

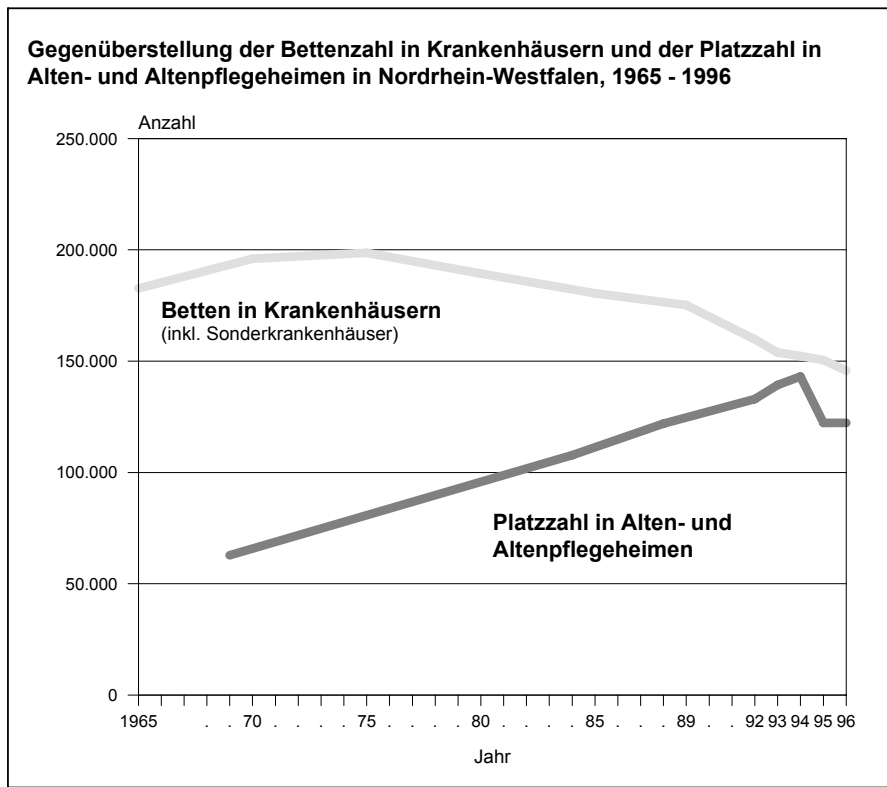


Abb. 1: Gegenüberstellung der Bettenzahl in Krankenhäusern und der Platzzahl in Alten- und Altenpflegeheimen in Nordrhein-Westfalen, 1965 - 1996

Zusätzlich finden sich in Heimen für jüngere Menschen mit geistigen, psychischen bzw. Mehrfachbehinderungen und in Langzeiteinrichtungen psychiatrischer Krankenhäuser ca. 37 000 Plätze (27). Zusammen gab es also schon 1995 in NRW mehr stationäre Pflegeplätze als klinisch-stationäre Behandlungsplätze in Krankenhäusern. Ohne große prophetische Fähigkeiten lässt sich schon heute absehen, dass in nächster Zukunft eine ähnliche Debatte um die Kosten stationärer Pflege wie um die der klinisch-stationären Behandlung einsetzen wird, haben doch heute schon Heime für schwerstpflegebedürftige ältere Menschen Tagespflegesätze von 200 DM und mehr, spezielle Heime für jüngere chronisch psychisch Kranke z. T. von über 300 DM.

Für diese Entwicklung, die man grob unter dem Schlagwort der zunehmenden "Verheimung" charakterisieren kann, sind verschiedene Ursachenkomplexe verantwortlich. Zu nennen sind hier neben anderen:

Der unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung im Gesundheitswesen seit Anfang der 70er Jahre anhaltende Trend des Bettenabbaus im Allgemein- und Sonderkrankenhausbereich und der Konzentration des Allgemeinkrankenhausbereichs auf die Akutversorgung unter Vernachlässigung der Versorgung chronisch Kranker.

Die ebenfalls Anfang der 70er Jahre in der BRD begonnene Psychiatriereform mit einem Trend der Dezentralisierung der klinischen Versorgung, des Bettenabbaus im Langzeitbereich der psychiatrischen Kliniken und des alternativen Aufbaus von Langzeiteinrichtungen für psychisch Kranke in Form von Heimen (vgl. 15, 32).

Demographische Prozesse, insbesondere die Zunahme alter und hochbetagter Menschen mit einem hohen Anteil Hilfs- und Pflegebedürftiger und die Abnahme des informellen, insbesondere des familiären Unterstützungspotenzials.

Vor diesem Hintergrund ist die Zunahme der Kapazitäten in der (stationären) Heimversorgung verständlich, wenn auch bedenklich stimmt, dass sie trotz des erheblichen Ausbaus ambulanter Dienste und Einrichtungen (z. B. betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Dienste für psychisch Kranke, Sozialstationen für pflegebedürftige alte Menschen) seit Beginn der 70er Jahre für die verschiedenen hier relevanten Zielgruppen stattgefunden hat. Auch einzelne innovative Gesetzesänderungen im Sozial- und Gesundheitsrecht (des BSHG im Jahr 1984, der Erlass des SGB V und XI), die der ambulanten Behandlung, Pflege bzw. Versorgung vor der stationären den Vorzug gaben, haben einen weiteren Ausbau der Heimkapazitäten bisher nicht aufhalten können. Vor allem schwerpflegebedürftige ältere, aber auch jüngere verhaltensauffällige Menschen bzw. Menschen mit gefährlichen Verhaltensweisen sind nach wie vor in stationären, z. T. sogar geschlossenen Heimeinrichtungen untergebracht.

Insgesamt scheinen Struktur und Funktion der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegedienste und -einrichtungen, vor allem hinsichtlich ihrer Verzahnung und Vernetzung auf kommunaler Ebene, Defizite aufzuweisen, die es bisher verhindert haben, den quantitativen Bedarf an stationärer Pflege zu decken oder sogar zurückzuschrauben. Deshalb wird im letzten, dem 5. Abschnitt dieses Kapitels den Defiziten des bisherigen pflegerischen Versorgungssystems ein Entwurf eines zukünftigen innovativen gemeindeintegrierten Systems gegenüber gestellt. Im folgenden Abschnitt geht es zunächst um die getrennte Darstellung der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegedienste und -einrichtungen für ältere Menschen und ihrer Entwicklung.

5.2 Differenzierte Darstellung der Entwicklung von Pflegediensten und -einrichtungen in NRW

5.2.1 Ambulante Pflege

Ambulante Alten- und Krankenpflege wird heute in NRW von einer Vielzahl von Diensten unterschiedlicher Organisationsform und Angebotsstruktur erbracht. Zu den traditionellen Gemeindepflegestationen vor allem in kirchlicher Trägerschaft gesellten sich in den 70er Jahren die Sozialstationen, in den 80er Jahren ambulante Pflegedienste von Vereinen aus der alternativen Altenhilfeszene und in den 90er Jahren, vor allem seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995, zunehmend mehr privatwirtschaftliche Pflegedienste. Eine genaue Nachzeichnung dieser Entwicklung hinsichtlich quantitativer Eckdaten, z. B. über die Anzahl von ambulanten Pflegediensten nach Angebotsstruktur, beschäftigtem Personal, Klientenzahl und -struktur ist leider nicht möglich, da bis heute eine träger- und dienstübergreifende Erfassung entsprechender Daten nicht erfolgt. Lediglich zur Anzahl der Gemeindepflegestationen und anderer Einrichtungen der Hauskrankenpflege – d. h. im Wesentlichen Sozialstationen – gibt es eine kontinuierliche Datenerfassung in NRW seit 1986.

Die fast ausschließlich in kirchlicher Trägerschaft und vornehmlich in ländlichen Regionen existierenden Gemeindepflegestationen haben seit 1986 an Anzahl fast kontinuierlich abgenommen, von 264 im Jahr 1986 auf 113 im Jahr 1994. Dagegen haben die anderen Einrichtungen der Hauskrankenpflege, an denen die Sozialstationen den größten Anteil haben, eine rasante Entwicklung hinter sich. Von 1986 bis 1994 hat sich ihre Anzahl verdreifacht, von 414 auf 1 228, darunter allein 753 Sozialstationen, und damit den Abbau von Gemeindepflegestationen mehr als kompensiert. 1994 gab es somit insgesamt 1 341 statistisch registrierte ambulante Pflegestationen, knapp doppelt so viele wie 1986. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Zahl von Diensten nicht erfasst wurden, insbesondere die in privater oder in Trägerschaft von lokalen Initiativen und Vereinen.

Jahr	Gemeinde- pflege- stationen	andere Einrichtungen der Hauskrankenpflege (insb. Sozialstationen)	Gesamt
1986	264	414	678
1987	245	450	695
1988	247	447	694
1989	248	515	763
1990	216	608	824
1991	170	600	770
1992	163	725	888
1993	135	969	1.104
1994	113	1.228 (davon 753 Sozialstationen)	1.341

Tabelle 2: Anzahl von Gemeindepflegestationen und anderen Einrichtungen der Hauskrankenpflege (v.a. Sozialstationen) in NRW 1986-1994 (17, 18, Ind. 6.16 f. 1994)

Hatte es im Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990 noch geheißsen, der Ausbau des Netzes von Sozialstationen sei offensichtlich weitgehend abgeschlossen (ebd.: 176), erwies sich dies in den Folgejahren als Fehleinschätzung. Wie die weitere Entwicklung verlaufen wird, ist schwer zu sagen. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass ab 1996 schon die Zahl der staatlich anerkannten Sozialstationen stagniert, da seitdem die Landes- und z. T. die kommunalen Pauschalzuschüsse unter Verweis auf die Pflegeversicherung wegfielen und nunmehr die Sozialstationen sich mehr oder weniger ausschließlich aus Trägermitteln und ihren Einnahmen aus Kranken- und Pflegeversicherung finanzieren müssen. Demgegenüber dürfte die Zahl privater Dienste sich in den Jahren 1995 und 1996 deutlich erhöht haben.

Die regionale Verteilung von ambulanten Pflegediensten wurde erstmals für das Jahr 1994 veröffentlicht, allerdings nur für die anerkannten Sozialstationen, so dass die tatsächliche Versorgung mit ambulanter Kranken- und Altenpflege in den einzelnen Gebietskörperschaften Nordrhein-Westfalens nur eingeschränkt dokumentiert ist. Im Durchschnitt hatte 1994 jede Gebietskörperschaft in NRW ca. 14 Sozialstationen, die geringste Versorgungsdichte bestand in den Kreisen Remscheid und Solingen mit je 4 Sozialstationen, die größte in der kreisfreien Stadt Köln mit 33 solcher Dienste.

Hatte 1987 noch jede Sozialstation in NRW im Durchschnitt ca. 35 000 Einwohner, darunter etwa 5 200 Personen im Alter von 65 Jahren und darüber, zu versorgen (22), waren es 1994 nur noch ca. 23 700 Einwohner, darunter etwa 3 700 65-Jährige und älter.

Neben der reinen Anzahl von Pflegediensten und ihrer regionalen Verteilung ist ihre Personalausstattung von großer Bedeutung hinsichtlich quantitativer und qualitativer Aspekte der Versorgung. Für die in Tabelle 2 erfassten ambulanten Pflegedienste wurde ebenfalls seit 1986 die Anzahl Beschäftigter dokumentiert, grob unterteilt in Pflegepersonal und sonstige Beschäftigte (Tabelle 3).

Jahr	Gesamtpflegepersonal in Gemeindepflegestationen	Gesamtpflegepersonal in Einrichtungen der Hauskrankenpflege (v.a. Sozialstat.)	Gesamt
1986	810	5.520	6.330
1987	759	6.277	7.036
1988	788	6.574	7.362
1989	908	7.335	8.243
1990	1.318	7.748	9.066
1991	1.254	7.585	8.839
1992	1.323	9.891	11.214
1993	759	11.375	12.134
1994	774	13.352	14.126

Tabelle 3: Personalanzahl in Gemeindepflegestationen und anderen Einrichtungen der Hauskrankenpflege (vor allem Sozialstationen) in NRW von 1986-1994 (17, 18)

Die in Tabelle 2 erfassten ambulanten Pflegedienste in NRW haben nicht nur an Zahl, sondern auch im Umfang des beschäftigten Pflegepersonals deutlich zugenommen. Waren 1986 noch 6 330 Personen in diesen Diensten beschäftigt, so stieg deren Zahl im Jahr 1994 auf gut 14 000, etwa 2,2-mal soviel. Damit vergrößerte sich die Beschäftigtenzahl sogar stärker als die Zahl der erfassten Dienste (1,98-mal soviel 1994 wie 1986).

Zur Qualifikationsstruktur der Beschäftigten in Gemeindepflegestationen und anderen ambulanten Pflegediensten liegt keine kontinuierliche Datenerfassung im Land NRW vor. Deshalb werden hier Ergebnisse von zwei älteren Erhebungen des MAGS NRW (20) bzw. LDS NRW (16) mit denen von zwei aktuelleren Befragungen in Ostwestfalen-Lippe aus den Jahren 1993 bzw. 1996 verglichen (Tabelle 4).

Die Zusammensetzung des Personals in Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten nach Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen hat sich in den 12 Jahren zwischen 1984 und 1996 offensichtlich nicht sehr stark verändert. Die Gruppe der gering qualifizierten (z. B. Alten-/Familienpflegehelferinnen und -helfer) bzw. angelegerten Kräfte ist nach wie vor die größte Beschäftigtengruppe. Ihr Anteil am Gesamtpersonal liegt sogar in den jüngeren Erhebungen (1993 und 1996) mit 44 % höher als 1984 und 1987.

Für die Berufsgruppe der vollsexaminierten Krankenschwestern/-pfleger (inkl. Kinderkrankenschwestern/-pfleger) liegen Daten leider nur für die Jahre 1993 und 1996 vor, da in den beiden früheren Erhebungen die Anteile für Krankenpflege- und Altenpflegepersonal zusammengefasst wurden. Zwischen 1993 und 1996 geht der Anteil des vollsexaminierten Krankenpflegepersonals zurück, von ca. 34 auf ca. 26 %. Für die Jahre 1984 und 1987 dürfte deren Anteil etwa bei 30 % gelegen haben, wenn für den Anteil staatlich geprüfter Altenpflegerinnen und Altenpfleger jeweils etwa 5 % angesetzt wird. Der Anteil dieser letztgenannten Berufsgruppe lag in den 80er Jahren mit Sicherheit noch unter dem in den 90er Jahren, da die Ausbildungskapazitäten für diesen Beruf in der Vergangenheit weit unter der der 90er Jahre gelegen haben (14).

Die Berufsgruppe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger gewinnt offensichtlich in der ambulanten Pflege eine immer größere Bedeutung. Gegenüber einem Anteil von ca. 9 % im Jahr 1993 zeigt die Erhebung von 1996 schon einen von fast 13 %. Auch wenn keine exakten Zahlen für 1984 und 1987 vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass damals ihr Anteil am Gesamtpersonal der ambulanten Dienste deutlich darunter lag (bei etwa 5 %).

Berufs-/Beschäftigten- gruppen	1984	1987	1993		1996	
	MAGS NRW	LDS NRW	Stadt BI/Kreis GT		OWL	
Krankenschwestern/-pfleger (inkl. Kinderkranken- schwestern/-pfleger)	36,3	35,7	33,5	42,6	25,9	38,5
Altenpflegerinnen/-pfleger			9,1		12,6	
Krankenpflegehelferinnen/- helfer	13,6	15,3	4,0	5,1	4,0	8,1
Familienpflegehelferinnen/- helfer			1,1		4,1	
Alten-/Familienpflege- helferinnen/-helfer; angelernte Kräfte	40,4	38,8	44,0		43,9	
Nicht direkt in der Pflege eingesetzte Kräfte (ZDL, Verwaltungspersonal, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Sozialpädagoginnen/- pädagogen	9,4	10,3	8,3		9,4	

Tabelle 4: Die Qualifikationsstruktur von Beschäftigten in Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten in NRW 1984 - 1996 (20, 16, 12, 14)

Fassen wir die Anteile der Krankenschwestern/-pfleger und der Altenpflegerinnen und Altenpfleger zum Anteil des qualifizierten Pflegepersonals (3-jährige Ausbildung) zusammen, so zeigen sich nur geringfügige Schwankungen im beobachteten Zeitraum. 1984 und 1987 liegt diese Quote bei etwa 36 %, 1993 erreicht sie einen Höchststand von ca. 43 % und 1996 liegt mit 39 % fast wieder an der Marke der 80er Jahre. Offensichtlich hat auch die zunehmende Beschäftigung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern in Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten nicht zu einer starken Anhebung des Anteils qualifizierter Pflegekräfte in diesen Diensten geführt. Die Daten lassen eher die Interpretation zu, dass mit dem Anstieg des Anteils der Altenpflegerinnen und Altenpfleger der der Krankenschwestern/-pfleger sinkt.

Für die Berufsgruppe der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer liegen für die Jahre 1984 und 1987 ebenfalls keine separaten Daten vor. In den beiden jüngeren Erhebungen liegt ihr Anteil am Gesamtpersonal konstant bei 4 %. Für 1984 und 1987 werden Anteile von ca. 14 % bzw. ca. 15 % für die Berufsgruppen der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer und der Familienpflegerinnen und Familienpflegehelfer zusammen berichtet.

Der Anteil von nicht direkt in der Pflege Beschäftigten (Verwaltung, Sozialarbeit, Zivildienst) liegt in den vier Erhebungen zwischen 8 und 10 % und zeigt weder große Schwankungen noch einen eindeutigen Trend.

Die Analyse der Qualifikationsstruktur von Beschäftigten in Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten im Zeitverlauf muss natürlich vor dem Hintergrund erfolgen, dass innerhalb des hier betrachteten Zeitraums die Anzahl der Dienste, der Beschäftigten und der Klienten beträchtlich zugenommen hat. Ohne dass konkrete Zahlen für die Gesamtzahl der Beschäftigten aller auf dem Markt vorhandenen Dienste vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass die absolute Anzahl Beschäftigter aller Berufs- und Beschäftigtengruppen in der ambulanten Pflege im Zeitraum 1984 - 1996 zugenommen hat. Bedingt durch diese starke Zunahme des Personalbedarfs in ambulanten Pflegediensten ist prozentual nicht gelungen, den Anteil von Pflegefachkräften dort zu erhöhen. Die Daten der Tabelle 4 deuten, vorsichtig interpre-

tiert, sogar darauf hin, dass insgesamt der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einer einjährigen Qualifikation in einem kranken- bzw. sozialpflegerischen Beruf gesunken ist. Waren 1984 etwa 50 %, 1987 51 % des Personals in der Kranken- oder Altenpflege, als Krankenpflegehelfer oder Familienpfleger qualifiziert, so liegen die Anteile für diese Berufsgruppen in den Jahren 1993 und 1996 bei 48 bzw. 47 %. Entsprechend leicht gestiegen sind die Anteile gering qualifizierter bzw. angelernter Kräfte, von 40 bzw. 39 % in den Jahren 1984 und 1987 auf 44 % zu den letzten beiden Erhebungszeitpunkten. Dies ist um so erstaunlicher, als sich in dem hier beobachteten Zeitraum die Kapazitäten in der Altenpflegeausbildung und damit auch der Beschäftigtenzahl dieser Berufsgruppe in NRW vervielfacht haben.

Eine Studie im Auftrag des MAGS NRW aus dem Jahr 1992 ermittelte deutlich höhere Anteile qualifizierter Pflegekräfte – 43 % Krankenschwestern/-pfleger, 14 % Altenpflegerinnen und Altenpfleger – am Personal ambulanter Pflegedienste (berechnet nach 25). Diese Studie hatte jedoch eine gleich hohe Anzahl privat-gewerblicher wie freigemeinnütziger Pflegedienste einbezogen, was ihrer tatsächlichen Verteilung auf dem Pflegemarkt sicher noch nicht entsprach. Da privat-gewerbliche Dienste einen deutlich höheren Anteil qualifizierter Pflegekräfte als freigemeinnützige Dienste beschäftigen, ist das Gesamtergebnis dieser Studie dadurch maßgeblich beeinflusst und nur eingeschränkt mit den in Tabelle 4 dargestellten Studien vergleichbar.

Der sehr hohe und in der Tendenz eher gestiegene Anteil gering Qualifizierter in ambulanten Pflegediensten verweist auf einen weiterhin hohen Bedarf an beruflicher Qualifizierung u. U. auch Nachqualifizierung für das Personal. Dabei darf nicht vergessen werden, dass wir es heute mit wesentlich höheren absoluten Zahlen der Beschäftigten, auch der gering qualifizierten bzw. angelernten Kräften, zu tun haben.

Über quantitative Daten zur Inanspruchnahme und zur Klientenstruktur der ambulanten Pflegedienste liegen ebenfalls keine systematischen Erkenntnisse vor. 1987 wurden einer Studie des LDS NRW zufolge durch in Tabelle 3 und 4 erfasste Dienste 154 553 Personen versorgt, darunter 115 082 65-Jährige und ältere, was einem Anteil von 74,5 % entsprach (berechnet nach 21). Es ist nicht bekannt, wie groß die jährliche Anzahl der Klienten ambulanter Pflege heute ist. Sie dürfte aber – bei der deutlich gestiegenen Anzahl ambulanter Pflegedienste – weit über der Zahl von 1987 liegen.

Ältere hilfs- und pflegebedürftige Menschen sind nach wie vor die wichtigste Zielgruppe ambulanter Pflege. Die 1992 im Auftrag des MAGS NRW durchgeführte Studie bei freigemeinnützigen und privat-gewerblichen ambulanten Pflegediensten ermittelte einen Anteil von 87 % 65-Jähriger und älterer an der Gesamtklientel (25). Unter Hinzurechnung der Hälfte des Anteils der 55- bis 64-Jährigen (8 %) lässt sich ein Anteil von ca. 91 % pflegebedürftiger Bürger im Alter von über 60 Jahre vermuten. Exakt diesen Anteil (91 % 60-Jährige und ältere) ermittelte die 1993 in der Stadt Bielefeld und im Kreis Gütersloh durchgeführte Erhebung an ambulanten Pflegediensten, die sich allerdings überwiegend aus Sozialstationen freigemeinnütziger Träger zusammensetzten (vgl. 12). Daraus lässt sich ableiten, dass zumindest bis 1993 der Anteil älterer Menschen an der Klientel ambulanter Pflegedienste noch zugenommen hat – im Vergleich zu den Daten aus den 80er Jahren – was der demographischen Entwicklung durchaus entspricht.

Auch zum Grad der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und zur gesundheitlichen Einschränkung im somatischen und/oder psychischen Bereich, d. h. zu den Ursachen der Pflegebedürftigkeit der Klienten in der ambulanten Pflege, ist wenig bekannt. Klar ist, dass gesundheitliche Einschränkungen im somatischen und/oder psychischen Bereich zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen. Die Studie von 1992 ermittelte einen Anteil von einem Drittel psychisch Beeinträchtigter an der Gesamtklientel (25), die Studie von 1993 in Bielefeld und im Kreis Gütersloh sogar einen von 41 %, allerdings bezogen auf die 60-Jährigen und ältere (12). Bei den psychisch Beeinträchtigten waren Kombinationen aus somatischen und psychischen Störungen die Regel.

5.2.2 Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege wird bisher im Regelfall als Tagespflege angeboten. Nachtpflegeangebote wie z. B. am Otto Ohl-Heim in Düsseldorf finden sich bisher erst vereinzelt in unserem Bundesland. Das im Vergleich zur ambulanten und stationären Pflege noch recht "junge" Angebot der Tagespflege ist verständlicherweise erst in geringem Umfang in den amtlichen Statistiken dokumentiert. 1973 wurde die erste Tagespflegeeinrichtung für ältere pflegebedürftige Menschen der Bundesrepublik Deutschland in Frankfurt/Main, das Hufeland-Haus, errichtet. Die folgende Tabelle zeigt die zunächst zögerliche, dann aber recht dynamische Entwicklung dieser Angebotsart in der BRD.

Jahr	Anzahl Einrichtungen	Platzzahl	
alte Bundesländer:	1973	1	12
	1979	13	237
	1984	32	492
	1988	54	800
	1992	60	1.000
alte/neue Bundesländer:	1993	227	3.200

Tabelle 5: Anzahl und Platzzahl von Tagespflegestätten für ältere Menschen in der BRD 1973 - 1993 (9)

Anzahl und Platzzahl von Tagespflegeeinrichtungen nahmen in den 70er Jahren nur sehr langsam zu. In den 80er Jahren kam es zu einer stärkeren Zunahme des Angebots. 1992 wurden schon etwa 60 Einrichtungen mit einer Gesamtkapazität von ca. 1 000 Plätzen auf dem Gebiet der alten BRD gezählt. Dies entsprach einem Anteil von etwa 0,2 % des Platzangebotes in Alten- und Altenpflegeheimen. Die Zahlen von 1993 beziehen erstmals die neuen Bundesländer mit ein. Dadurch standen ab 1993 227 Einrichtungen und insgesamt 3 200 Plätze zur Verfügung. Insgesamt hat die Tagespflege in der BRD damit ca. 0,5 % der Kapazität der stationären Altenpflege erreicht.

Jahr	Anzahl Einrichtungen	Platzzahl
1984	8	108
1988	12	166
1992	35	610
1996	152	1.979

Tabelle 6: Anzahl und Platzzahl von Tagespflegestätten für ältere Menschen in NRW 1984-1996 (22, 23, 26, Ind. 6.32 f. 1996)

Auch in NRW lässt sich eine starke Zunahme der Zahl von Einrichtungen und ihres Platzangebotes seit den 80er Jahren nachweisen. 1996 waren schon 152 Einrichtungen mit insgesamt 1 979 Plätzen vorhanden, womit diese Angebotsart etwa 1,5 % der Kapazität des stationären Altenpflegesektors erreicht hat.

Zur regionalen Verteilung der Tagespflegeplätze in unserem Bundesland gibt es keine systematische Berichterstattung. Einzelne Untersuchungen belegen jedoch, dass dieses Angebot in großstädtischen Regionen und Ballungsräumen wesentlich häufiger anzutreffen ist als in ländlichen Gebieten (13, 10, 28).

Der Bedarf an Tagespflegeplätzen wurde im 2. Landesaltenplan des Landes NRW mit etwa 0,25 - 0,30 Plätzen auf 100 Personen im Alter von 65 Jahren und darüber eingeschätzt. Demnach müssten in NRW etwa 7 000 - 8 400 Tagespflegeplätze vorgehalten werden. Mit knapp 2 000 Plätzen waren im Jahr 1996 also etwa 25 - 30 % des geschätzten Bedarfes gedeckt.

Zur Nutzerstruktur von Tagespflegeeinrichtungen geben einige wenige Untersuchungen Aufschluss:

- ▶ Obwohl die Mehrheit der Besucher nach wie vor Frauen sind, scheint der Anteil der Männer in den letzten Jahren größer zu werden. Die früheren Untersuchungen ermittelten noch recht niedrige Männeranteile (15 % in Bielefeld/Gütersloh 1992/93, 19 % im Rheinland 1992), während die Untersuchung in ganz NRW 1996 einen Männeranteil von 26 % feststellen konnte.
- ▶ Die Besucher sind mehrheitlich in hohem Alter; etwa 2 Drittel waren 75 Jahre und älter, mehr als die Hälfte sogar 80 Jahre und darüber (26). Ältere Menschen mit psychischen Störungen oder Erkrankungen sind die wichtigste Zielgruppe der Tagespflegestätten. Schon 1992 wurden in der Erhebung im Rheinland etwa zwei Drittel der Besucher zu diesem Personenkreis gerechnet, in einer entsprechenden Befragung in Westfalen-Lippe sogar gut 80 % (26). Die Studie in der Stadt Bielefeld und im Kreis Gütersloh im Jahr 1992/93 ermittelte sogar einen Anteil von 89 % der Besucher mit einer psychiatrischen Diagnose. Allerdings waren in dieser Studie 3 der 5 erfassten Einrichtungen ausdrücklich als gerontopsychiatrische Tagespflegestätten konzipiert (9). In der Erhebung in 24 ausgewählten Einrichtungen ganz Nordrhein-Westfalens aus dem Jahr 1996 werden mehr als 2 Drittel der Besucherinnen und Besucher als psychisch bzw. gerontopsychiatrisch beeinträchtigt eingestuft (28).
- ▶ Die letztgenannte Erhebung ermittelte auch die Verteilung der Besucher von Tagespflegestätten über die Schweregradstufen der Pflegebedürftigkeit nach der Neueinstufung durch die Medizinischen Dienste der Kranken- bzw. Pflegekassen (MDK) nach SGB XI. Lediglich 11 % wurden in Stufe 0 (keine Pflegebedürftigkeit), 33 % in Stufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit), 44 % in Stufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) und 12 % in Stufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) eingeordnet (28).

In der Erhebung des Jahres 1996 wurde auch die Personalsituation in 24 ausgewählten Tagespflegestätten des Landes erfasst. Es arbeiten vor allem Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Krankenschwestern und -pfleger, pflegerische und hauswirtschaftliche Hilfskräfte sowie Zivildienstleistende in diesen Einrichtungen. In geringem Umfang sind auch Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und Ergotherapeutinnen/-therapeuten in der Tagespflege beschäftigt. Insgesamt sind pro Tagespflegeplatz etwa 0,4 Stellen Personal besetzt, auf 10 Besucher kommen also 4 Beschäftigte der genannten Berufsgruppen (28).

5.2.3 Stationäre Pflege

Die starke Zunahme des Angebots der stationären Pflege wurde schon in der Einleitung dokumentiert. Die Zahl der Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheimplätze hat sich in NRW zwischen 1969 bis 1995 von ca. 63 000 auf ca. 132 000 erhöht, also mehr als verdoppelt (vgl. Abbildung 1).

Damit hat die Zahl solcher Heimplätze wesentlich stärker zugenommen, um knapp 110 %, als die Bevölkerung in höherem Alter, die im genannten Zeitraum um ca. 38 % anstieg. Da allerdings Altenheimplätze insbesondere von Hochbetagten in Anspruch genommen werden, ist es sinnvoll, die quantitative Entwicklung des Angebotes in Beziehung zu Veränderungen in der hochbetagten Bevölkerung zu setzen. So hat z. B. die Anzahl 80-Jähriger und älter in NRW im genannten Zeitraum um 158 % zugenommen.

Tabelle 7 zeigt die Entwicklung der Versorgungsgrade mit Heimplätzen, bezogen auf drei verschiedene Altersgruppen in der Altenbevölkerung, zwischen 1969 und 1995 in NRW.

Jahr	Versorgungsgrad bezogen auf		
	65jährige u. ä.	75jährige u. ä.	80jährige u. ä.
1969	3,0	10,0	22,9
1984	4,5	10,1	21,7
1988	4,9	10,7	21,8
1995	4,6	11,5	18,7

Tabelle 7: Versorgungsgrade der Altenbevölkerung mit Altenwohn-, Alten- und Altenpflegeheimplätzen in Nordrhein-Westfalen 1969 - 1995, Angaben in Plätze pro 100 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe (eigene Berechnung)

Der Versorgungsgrad, bezogen auf 65-Jährige und älter, hat von 1969 bis 1988 stark zugenommen. Auf 100 Bewohner im Alter von 65 Jahren und mehr kamen 1988 4,9 stationäre Wohn- bzw. Pflegeplätze, 1969 waren es noch 3,0. Bis 1995 hat diese Quote wieder etwas abgenommen, auf 4,6 Plätze pro 100 Einwohner dieser Altersgruppe. Die Angebotsentwicklung hat also in den letzten Jahren nicht ganz schrittgehalten mit der Zunahme der Altenbevölkerung in unserem Bundesland. Setzen wir die Zahl der Heimplätze in Beziehung zur Zahl 75-Jähriger und älter, so zeigen sich keine so starken Veränderungen beim Versorgungsgrad zwischen 1969 und 1995. Standen 1969 etwa 10 Plätze in Heimen für 100 Personen dieser Altersgruppe zur Verfügung, stieg diese Quote nur geringfügig auf zuletzt (1995) 11,5 Plätze pro 100 Einwohner im Alter von 75 Jahren und mehr. Am sinnvollsten ist es aber, die Gruppe der 80-Jährigen und älter als Bezugspunkt zu nehmen, da seit etwa zwei Jahrzehnten diese Altersgruppe unter Heimbewohnern die umfangreichste ist. Misst man das Angebot an Heimplätzen an dieser Altersgruppe, zeigt sich eine verhältnismäßig starke Abnahme des Versorgungsgrades seit 1969. Standen damals knapp 23 Plätze für 100 Personen dieser Altersgruppe zur Verfügung, sind es im Jahr 1995 "nur" noch 18,7. Trotz der verhältnismäßig starken Zunahme der Heimplätze im untersuchten Zeitraum hat also der Versorgungsgrad dieser Altersgruppe mit stationären Wohn- und Pflegeplätzen abgenommen.

Vergleichszahlen für die bundesweite Situation liegen für das Jahr 1994 vor. In diesem Jahr bezifferte sich der Versorgungsgrad für 65-Jährige und älter auf 5,3 Plätze, für 80-Jährige und älter auf 20,2 Plätze pro 100 Personen der entsprechenden Altersgruppe. In Nordrhein-West-

falen liegt somit die Versorgung mit stationären Wohn- und Pflegeplätzen unter dem Bundesdurchschnitt.

Ist aus der Abnahme des Versorgungsgrades für die 65-Jährigen und älter bzw. für die 80-Jährigen und älter zwischen 1988 und 1995 nun zu schließen, dass es zu einer Verschlechterung auf der Angebotsseite gekommen ist? Immerhin formulierte das zuständige Ministerium im 2. Landesaltenplan für NRW Richtwerte von 5 - 5,5 Plätze auf 100 Personen im Alter von 65 Jahren und darüber bzw. 22,4 - 24,5 Plätze auf 100 Personen im Alter von 80 Jahren und mehr (23). Im Vergleich zu diesen Richtwerten ließen die aktuellen Versorgungsgrade (4,6 bzw. 18,7 %) auf einen zusätzlichen Bedarf an stationären Wohn- und Pflegeplätzen schließen. Andererseits könnten die gesunkenen Versorgungsgrade aber auch – vorsichtig interpretiert – anzeigen, dass die deutlichen Kapazitätserweiterungen im ambulanten und teilstationären Pflegebereich in den letzten Jahren (vgl. Abschnitt 2.5.2.1 und 2.5.2.2) dazu geführt haben, Heimübersiedlungen älterer Menschen in einem gewissen Umfang zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

Zur regionalen Verteilung des Angebotes an Plätzen in Alten- und Altenpflegeheimen liegen Daten aus dem Jahr 1997 vor. Hier zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede.

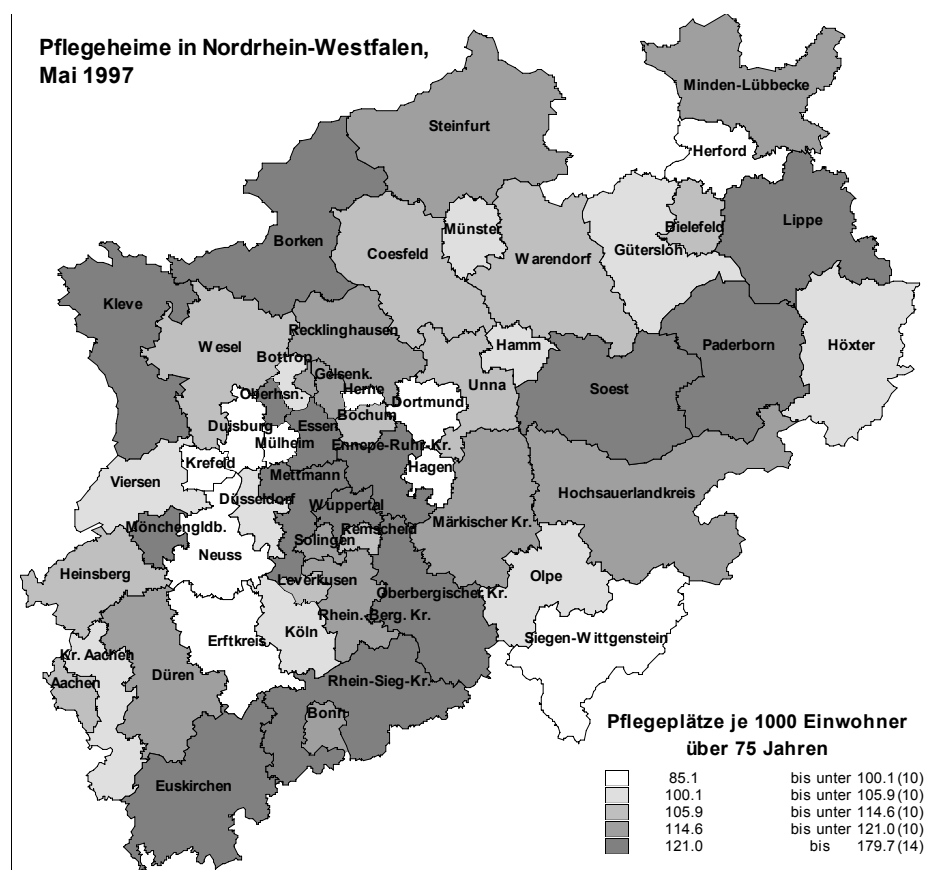


Abb. 2: Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen, Mai 1997

Der Versorgungsgrad, bezogen auf 75-Jährige und älter variiert zwischen 85 (Stadt Krefeld) und 180 (Kreis Soest) Plätzen pro 1 000 Personen dieser Altersgruppe. Ein eindeutiges Muster für die disparate Verteilung lässt sich nicht erkennen. So haben zwar einige Großstäd-

te überdurchschnittliche Versorgungsgrade (Essen 13,5 %, Mönchengladbach, Oberhausen und Wuppertal alle 12,2 %, Recklinghausen 11,9 %), aber z. B. viele Städte und Kreise im Ruhrgebiet liegen z. T. weit unter dem Durchschnitt (z. B. Duisburg 9,7 %, Mülheim a. d. Ruhr 9,5 %, Bottrop 10 %, Bochum 10,8 %, Dortmund 9 %, Hagen 9,2 %, Krefeld 8,5 %). Auch in ländlichen Regionen gibt es kein einheitliches Muster. Es existieren Landkreise mit sehr unterdurchschnittlichen (Kreis Siegen-Wittgenstein 9,3 %, Kreis Herford 8,7 %, Erftkreis 9,7 %) und mit weit überdurchschnittlichen Versorgungsgraden (Kreis Kleve 13,2 %, Kreis Euskirchen 15,2 %, Oberbergischer Kreis 16 %, Kreis Soest 18 %).

Eine Untersuchung des Instituts für Gerontologie in Dortmund (26) kommt für das Jahr 1992 zu dem Ergebnis, dass erhebliche Wanderungsbewegungen von Regionen mit niedrigem in Regionen mit hohem Versorgungsgrad existieren. So waren im Kreis Lippe in diesem Jahr 23 % der Heimbewohner, im Kreis Euskirchen sogar 47 % vor Heimeintritt nicht in diesen Kreisen wohnhaft. Von einer wohnortnahen Heimunterbringung kann dann natürlich in vielen Fällen nicht mehr gesprochen werden.

Eine erste bundesweit durchgeführte Studie (11) fand für das Jahr 1994 ebenfalls relativ große regionale Unterschiede im Versorgungsgrad mit stationären Wohn- und Pflegeplätzen (unter 2 % und weit über 5 %, bezogen auf 65-Jährige und älter), die jedoch nicht auf einzelne Bundesländer oder auf den regionsspezifischen Altenanteil zurückzuführen waren. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem regionalen Versorgungsgrad und dem sog. Töchterpflegepotenzial, definiert über die Anzahl 45- bis 60-jähriger Frauen pro 1 000 Einwohner ab 65 Jahren (ebd.: 73).

Zu den Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen liegen Daten aus verschiedenen, z. T. nicht systematisch durchgeführten Erhebungen vor. Danach gehören Bewohner solcher Einrichtungen mehrheitlich zu den Hochbetagten. 1988 lag das Durchschnittsalter in den Heimen der freien Wohlfahrtspflege in NRW bei 82,7 Jahren, 1994 geringfügig darüber bei 82,9 Jahren (1). Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich allerdings große Veränderungen in der Struktur der Altersgruppen von Heimbewohnern. Waren noch 1984 knapp 70 % aller Heimbewohner unter 85 Jahre alt, galt das 1994 nur noch für 53 %. Dagegen nahm der Anteil der 90-jährigen und älteren Heimbewohner von 9,4 % (1984) auf 19,2 % (1994) auf mehr als das Doppelte zu (ebd.). Diese Altersstrukturverschiebung ist der wesentliche Grund dafür, dass der Anteil der erhöht und schwer pflegebedürftigen Bewohner sich kontinuierlich erhöht hat, während der der sog. „rüstigen“ Heimbewohner gesunken ist. Abbildung 3 gibt Auskunft darüber, wie sich in der Zeit zwischen 1969 und 1995 die Anteile verhältnismäßig rüstiger (Pflegestufe I) zugunsten mittelschwer bis schwer Pflegebedürftiger (Pflegestufe II und III) verringert haben.

Der Anteil erhöht und schwer pflegebedürftiger alter Menschen in stationärer Pflege hat sich seit 1969 ständig erhöht. Von etwa 31 % stieg er bis 1988 auf mehr als das Doppelte, auf gut 69 %. Diese Entwicklung setzte sich in den Folgejahren weiter fort. Für das Rheinland lag der entsprechende Anteil 1989 bei 72 %, in zwei Gebietskörperschaften in Ostwestfalen-Lippe im Jahr 1992 schon bei 79 %. Diese Zahlen werden durch die Übersicht für die Heime der freien Wohlfahrtspflege bestätigt, die für den Zeitraum von 1984 bis 1994 vorliegt.

Waren 1984 „nur“ 65 % der Alten- und Altenpflegeheimbewohner erhöht oder schwer pflegebedürftig, so stieg dieser Anteil im Jahr 1994 auf knapp 91 % (1). Bis zum 1.7.1996, dem Datum der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes für die stationäre Pflege, dürfte diese Entwicklung noch weiter fortgeschritten sein. Allerdings liegen für das letzte Jahr der alten Einstufungsregelung (1996) keine systematischen Daten vor.

Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes auch für die stationäre Pflege erfolgte auch eine Änderung der Einstufung, die nunmehr bei jedem Bewohner, der Leistungen nach SGB XI beantragt, durch den Medizinischen Dienst der Kranken- bzw. Pflegekassen (MDK) erfolgt. Die Kriterien zur Feststellung und die Stufenkategorien der Pflegebedürftigkeit nach

der neuen sind mit denen der alten Regelung kaum noch zu vergleichen. Das zeigt folgende Gegenüberstellung von Daten des Bezirksverbandes Westliches Westfalen der Arbeiter-Wohlfahrt vom September 1996. Die Bewohner der fast 7 000 stationären Pflegeplätze des Verbandes waren nach alter Regelung nur zu 2 % als nicht, zu 24 % als erhöht und zu 74 % als schwer pflegebedürftig eingestuft. Nach der Begutachtung durch den MDK und der Einstufung in die neuen Pflegestufen waren 16 % als nicht pflegebedürftig (Stufe 0), 23 % als erheblich (Stufe I), 41 % als schwer (Stufe II) und 20 % als schwerstpflegebedürftig anerkannt (28). Die größte Differenz bei der Häufigkeit der Einstufung bestand demnach zwischen der alten und neuen Stufe III. Gehörten nach der alten Regelung 74 % der Heimbewohner zur höchsten Pflegestufe, fanden sich nach der neuen Regelung nur noch 20 % darin.

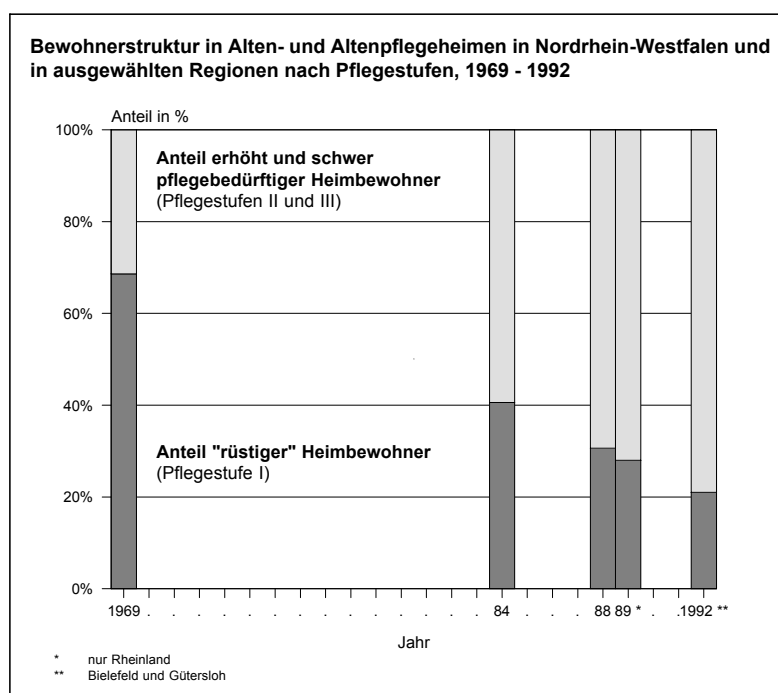


Abb. 3: Bewohnerstruktur in Alten- und Altenpflegeheimen in Nordrhein-Westfalen und in ausgewählten Regionen nach Pflegestufen, 1969 - 1992

Mit dem Anstieg des Anteils Hochbetagter und schwer Pflegebedürftiger unter den Altenheimbewohnern hat sich auch der Anteil psychisch gestörter oder kranker alter Menschen unter ihnen erhöht. Dies ist vor allem mit dem deutlich höheren Risiko einer organisch bedingten psychischen Störung, insbesondere der Demenzerkrankungen, unter Hochbetagten zu begründen. Eine Studie aus dem Jahr 1971 in 111 Alten- und Altenpflegeheimen in NRW konnte noch einen Anteil von "nur" 21 % psychisch gestörter Bewohner feststellen (2). 1987 lag dieser Anteil in Kölner Alten- und Altenpflegeheimen bei 42 % (26), 1992 in den Alten- und Altenpflegeheimen zweier Gebietskörperschaften in OWL bei 45 % (31).

Somit hat sich in den hier dokumentierten zwei Jahrzehnten der Anteil psychisch Gestörter oder Kranker in der stationären Pflege in NRW mehr als verdoppelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass bis 1996 diese Entwicklung angehalten hat und somit fast jeder zweite Heimbewohner zu dieser Gruppe gehörte. Ob die Zunahme psychisch gestörter oder kranker alter Menschen in der stationären Pflege auch nach der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes weiter anhält, bleibt abzuwarten.

Zur Personalsituation in der stationären Altenpflege liegt eine Studie des Otto-Blume-Instituts in Köln für die alten Bundesländer vor, die einen Überblick über die Entwicklung zwischen 1987 und 1990 erlaubt. So stieg die Zahl aller Beschäftigten in Alten- und Altenpflegeheimen Nordrhein-Westfalens in diesem Zeitraum von 57 671 auf 63 150. Im Jahr 1988 kamen mit ca. 60 000 Beschäftigten knapp 0,5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf einen Heimplatz. Damit liegt die Personalbesetzung in der stationären Pflege nur wenig über der in der teilstationären Pflege (0,4 Beschäftigte pro Tagesstättenplatz im Jahr 1996, vgl. Abschnitt 5.2.2). Berücksichtigt werden muss dabei noch, dass die Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen zu einem großen Anteil dem Wirtschaftsdienst und der Verwaltung angehören. "Nur" 58 % des Personals, absolut ca. 35 500, solcher Einrichtungen in NRW gehörten 1989 zum Pflegedienst, 42 %, absolut ca. 25 500, zum Wirtschaftsdienst bzw. zur Verwaltung (6). Damit lag die Personalbesetzung im Pflegedienst nordrhein-westfälischer Heime bei etwa 0,3 Beschäftigten pro stationärem Pflegeplatz in diesem Jahr.

Zur Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals geben die Daten nur zusammengefasst für alle alten Bundesländer im Jahr 1989 Auskunft (ebd.: 15). Knapp 42 % gehörten zum Pflegefachpersonal (Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Krankenschwestern/-pfleger), knapp 37 % zu den einjährig Ausgebildeten (Altenpflege-, Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer) und gut 20 % hatten (noch) keine Ausbildung (Zivis, angelernte Kräfte, Schülerinnen/Schüler). Die Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals stationärer Pflegeeinrichtungen in NRW hat somit ein ähnliches Muster, d. h. einen hohen, in diesem Vergleich sogar einen höheren Anteil geringfügig oder gar nicht beruflich Qualifizierter (etwa 58 %), wie es in ambulanten Pflegediensten zu konstatieren ist (48 %, ohne Berücksichtigung des nichtpflegerischen Personals, vgl. Abschnitt 5.2.1).

5.3 Empirisch-statistische Daten zu hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in NRW

5.3.1 Hochrechnung auf der Basis der Infratest-Studie 1991/92

Die erste – und bisher einzige – repräsentative epidemiologische Studie zur Häufigkeit von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bei Personen in Privathaushalten im gesamten Bundesgebiet wurde in den Jahren 1991/92 vom Infratest-Institut München durchgeführt. 1,4 % der Personen in Privathaushalten erwiesen sich als regelmäßig pflegebedürftig, zusätzlich 2,7 % mit hauswirtschaftlichem Hilfebedarf. Da Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in den Altersgruppen ab 65 Jahren besonders häufig ist und das Risiko in jeder höheren Altersgruppe noch zunimmt, stellen sich die entsprechenden Raten für 65-Jährige und älter ganz anders dar. In dieser Altersgruppe sind 6,7 % dieses erfassten Personenkreises regelmäßig pflegebedürftig, weitere 12,5 % hilfsbedürftig (30). Für Nordrhein-Westfalen ergaben sich mit 6,4 % Pflegebedürftigen und 11,2 % Hilfsbedürftigen dieser Alters- und Bevölkerungsgruppe geringfügig niedrigere Raten als im Bundesdurchschnitt (26). Somit lebten im Jahr 1991 etwa 165 000 Pflegebedürftige im Alter von 65 Jahren und mehr in nordrhein-westfälischen Privathaushalten. Unter Hinzuziehung regelmäßig Pflegebedürftiger dieser Altersgruppe in Alten- und Altenpflegeheimen kommen wir auf eine Zahl von knapp 300 000 Pflegebedürftigen dieser Altersgruppe in unserem Bundesland für das Jahr 1991. Diese Zahl dürfte sich bis 1997 aufgrund demographischer Veränderungen und der Zunahme von Pflegeeinrichtungen erhöht haben.

Die relative Häufigkeit von Pflegebedürftigen unter 65-Jährigen und älter in Privathaushalten wurde auch für die einzelnen Kreise und kreisfreien Städte der Landes Nordrhein-Westfalen vom Infratest-Institut hochgerechnet. Sie schwankt, wie zu erwarten ist, entsprechend der demographischen Zusammensetzung der jeweiligen Wohnbevölkerung, insbesondere mit dem

Anteil der Hochbetagten und mit dem stationären Pflegeangebot in den Gebietskörperschaften. Erstaunlicherweise liegen die Raten der kreisfreien Städte, in der Regel Großstädte, in der Nähe des Landesdurchschnitts. In Bielefeld sind 6,7 %, in Düsseldorf und Essen 6,5 %, in Bonn 6,4 %, in Köln 6,3 %, in Dortmund 6,2 % und in der Stadt Münster gar nur 4,9 % dieser Bevölkerungsgruppe pflegebedürftig, obwohl in Städten ein höherer Anteil hochbetagter Personen an der Altenbevölkerung vorausgesetzt werden kann. Demgegenüber liegen die relativen Häufigkeiten in einigen Landkreisen Nordrhein-Westfalens deutlich über dem Landesdurchschnitt. Im Kreis Lippe liegt sie für das Berichtsjahr bei 7,7 %, im Oberbergischen Kreis bei 7,6 %, in den Kreisen Soest und Höxter bei 7,4 %, in den Kreisen Herford und Coesfeld bei 7,0 % und in den Kreisen Borken, Euskirchen und Steinfurt bei 6,9 %. Nur im Kreis Paderborn und im Erftkreis (5,9 %), im Kreis Aachen (5,8 %) und im Kreis Düren (5,7 %) liegen die entsprechenden Raten vergleichsweise weit unter dem Landesdurchschnitt. Zu vermuten ist, dass in (Groß-)Städten mit hohen Anteilen Hochbetagter ein verhältnismäßig großer Anteil pflegebedürftiger Älterer in Alten- und Altenpflegeheimen untergebracht ist, wobei auch Wanderungsbewegungen zwischen Gebietskörperschaften mit geringem in solche mit hohem Versorgungsgrad zu verzeichnen sind (vgl. Abschnitt 5.2.3).

5.3.2 Daten des Medizinischen Dienstes der Kranken- und Pflegekassen zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Daten zur Begutachtung im Rahmen der Pflegeversicherung für Nordrhein-Westfalen liegen für das Jahr 1995 vor, leider nur für die Gesamtbevölkerung, nicht nach einzelnen Altersgruppen. In diesem Jahr sind ausschließlich Personen in Privathaushalten hinsichtlich der Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit – zur Finanzierung der ambulanten Pflege – begutachtet worden. Von den insgesamt 346 926 begutachteten Personen wurden 116 807 entweder als nicht pflegebedürftig eingestuft (96 540), oder ihre Anträge sind auf sonstige Art (20 267) erledigt worden. Immerhin bei 230 119 Personen wurde eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, bei 104 576 eine erhebliche (Stufe I, 45,5 %), bei 85 014 eine schwere (Stufe II, 36,9 %) und bei 40 529 Personen die Schwerstpflegebedürftigkeit (Stufe III, 17,6 %).

Diese Zahl von ca. 230 000 durch die MDK anerkannten Pflegebedürftigen aller Altersgruppen entspricht ziemlich genau der aufgrund der Infrateststudie für das Jahr 1995 zu erwartenden Anzahl regelmäßig Pflegebedürftiger im Land (234 000 = 1,3 % von ca. 18 000 000 Personen). Demnach wären – vorausgesetzt, es gibt eine weitgehende Übereinstimmung zwischen der Gruppe der tatsächlich Pflegebedürftigen und der von den MDK als solche eingestuft – praktisch alle tatsächlich Pflegebedürftigen im Lande durch die MDK begutachtet und als solche anerkannt. Es ist aber nur schwer vorstellbar, dass schon im ersten Jahr der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und der Begutachtungspraxis auf dessen Grundlage deren Zielgruppengenauigkeit einen solch hohen Grad erreicht hat. Vielmehr kann vorausgesetzt werden, dass, aus Gründen der Uninformiertheit, der Schwellenängste im Umgang mit Behörden etc., eine nicht geringe Anzahl Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im ersten Jahr der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes dessen Leistungen noch gar nicht beantragt hat. Dann aber würden die hohen Zahlen Begutachteter und auch als pflegebedürftig Anerkannter dafür sprechen, dass die epidemiologischen Ergebnisse der Infratest-Studie eine Unterschätzung der tatsächlichen Anzahl Pflegebedürftiger in NRW, und damit auch in der Bundesrepublik Deutschland, darstellen.

5.4 Zusammenfassung

Alle zur Verfügung stehenden Indikatoren und ergänzende Daten – sei es zu quantitativen Aspekten der Infrastruktur, seien es nutzerbezogene Informationen – über Pflegeeinrichtungen und Dienste für ältere Menschen zeigen deren stark gewachsene Bedeutung in den vergangenen Jahrzehnten bis in die Gegenwart hinein. Am dynamischsten scheint die Entwicklung in der ambulanten Pflege zu sein, denn in diesem Bereich hat sich die Zahl der Dienste und der Beschäftigten (schon allein der amtlich registrierten) im recht kurzen erfassten Zeitraum von 1986 bis 1994 etwa verdoppelt. Demgegenüber brauchte es 26 Jahre (1969 - 1995) für die Verdoppelung der stationären Pflegeplätze in NRW. Unter Einbeziehung vor allem der privat-gewerblichen ambulanten Dienste, die gerade in den letzten Jahren im Vorgriff und als Reaktion auf das Pflegeversicherungsgesetz an Zahl und Personalkapazität sicherlich zugenommen haben, würde sich die Entwicklung der ambulanten Pflege noch dynamischer darstellen. Leider liegen keine systematischen und trägerübergreifenden Erhebungen zur Anzahl, zur Personalzahl und -struktur sowie zur Klientenzahl und -struktur vor.

Auch die Entwicklung der teilstationären Pflege, die hier aus Gründen der Übersichtlichkeit, aber auch mangels Daten zu anderen intermediären Einrichtungen wie Kurzzeitpflege, Nachtpflege und Pflegewohnungen, auf die Darstellung der Tagespflegeeinrichtungen beschränkt blieb, zeigt eine erhebliche Beschleunigung. Trotzdem hat sie bisher (1996) in NRW "nur" eine Kapazität von etwa 1,5 % des stationären Pflegebereichs. Würde sie nach den Vorgaben des 2. Landesaltenplanes (0,25 - 0,30 Plätze pro 100 65-Jährige und älter) ausgebaut, entspräche ihr Versorgungsanteil etwa 4,5 - 6 % der stationären Pflegekapazitäten.

Bemisst man die Bedeutung der drei hier diskutierten Pflegebereiche rein nach ihrer Personalkapazität, so stellt sich der stationäre Bereich nach wie vor als der wichtigste dar. Für das Jahr 1995 könnte man dort eine Personalzahl von etwa 66 000, in den amtlich registrierten ambulanten Pflegediensten eine von ca. 15 000 und in den Tagespflegestätten eine von etwa 800 Beschäftigten hochrechnen. Auch wenn die Beschäftigtenzahl in der ambulanten Pflege damit unterschätzt ist, hat sie sicherlich noch nicht das Ausmaß des stationären Bereichs erreicht.

Nimmt man zur Einschätzung der Bedeutung dieser drei Pflegebereiche ihre Nutzerzahl, so sieht das Bild schon anders aus. Die Klientenzahl der amtlich registrierten ambulanten Pflegedienste hatte schon 1987 mit gut 115 000 Nutzern im Alter von 65 Jahren und darüber die Zahl der stationären Wohn- und Pflegeplätze fast erreicht. Angesichts der starken Zunahme ambulanter Pflegedienste, sowohl der freigemeinnützigen wie der privat-gewerblichen können wir voraussetzen, dass deren jährliche Klientenzahlen die der stationären Plätze heute deutlich überschritten haben. Dagegen spielt der Bereich der Tagespflege mit ca. 2 000 Plätzen (1996) immer noch eine sehr untergeordnete Rolle.

Dennoch mag diese Angebotsart, zusammen mit der außerordentlichen Angebotsentwicklung in der ambulanten Pflege, mit dazu beigetragen haben, dass die Versorgungsquote des stationären Pflegeangebotes, bezogen auf 65-Jährige und älter seit 1988, bezogen auf 80-Jährige und älter schon seit 1969 sinken konnte, also Heimübersiedlungen sich verzögerten, zu einem gewissen Anteil auch verhindert werden konnten.

Aus den Daten zur Klienten-, Besucher- bzw. Bewohnerstruktur kann man ableiten, dass die Zahlen Hochbetagter, also Personen mit hohem krankheitsbedingtem Pflegebedarf in allen drei hier diskutierten Pflegebereichen absolut und relativ zugenommen haben. In der ambulanten Pflege ist die Datenlage dazu am dürrtigiten. Mindestens bis 1993 ist der Anteil 65-Jähriger und älter an der Gesamtklientel angestiegen und lag in dem Jahr bei ca. 87 %.

Zum Krankheits-, Behinderungs- und Pflegebedürftigkeitsspektrum der Klienten ambulanter Pflegedienste ist wenig systematisch erhoben worden. Daten aus zwei Studien Anfang der 90er Jahre legen jedoch nahe, dass psychisch gestörte ältere Menschen einen relevanten

Anteil von einem Drittel bis zu zwei Fünftel an der Gesamtklientel erreicht haben, der damit deutlich über der tatsächlichen Prävalenz (etwa 25 %) solcher Störungen in der Altenbevölkerung liegt.

Dagegen ist die Situation in der stationären Pflege besser dokumentiert. Der Anteil der Hochbetagten, z. B. der 85-Jährigen und älter, hat in den Heimen der freien Wohlfahrtspflege zwischen 1984 und 1994 von ca. 30 % auf ca. 47 % zugenommen. Dies kann sicherlich auf die Heime anderer Trägerschaften übertragen werden. Mit der Erhöhung des Anteils hochbetagter Bewohner ging auch die relative und absolute Zunahme psychisch gestörter älterer Menschen, vor allem der Demenzkranken, in der stationären Pflege einher. Sprachen Anfang der 70er Jahre Studien noch von etwa einem Fünftel der Bewohner mit psychischen Störungen, so ermitteln jüngere Studien Anteile von bis zu der Hälfte der Bewohner mit entsprechenden Problemen. Die starke Zunahme Hochbetagter und psychisch gestörter älterer Heimbewohner beeinflusst auch ihre Zusammensetzung nach Pflegestufen. Von 1969 mit einem knappen Drittel Heimbewohner der Stufe II und III (mittlere und schwere Pflegebedürftigkeit nach alter Einstufung) nahm dieser Anteil auf gut 90 % bis zum Jahr 1996, dem Jahr der Einbeziehung der stationären Pflege in die Pflegeversicherung und der Neuregelung der Einstufungspraxis, zu.

Nutzerbezogene Daten zu Tagespflegestättenbesuchern finden sich bisher nur in geringem Umfang. Hochbetagte gehören zur Hauptzielgruppe. Hinsichtlich der Verteilung der Tagesstättenbesucher über die Schweregradstufen der Pflegebedürftigkeit unterscheidet sich diese Zielgruppe nicht erheblich von der der Heimbewohner, wie erste Vergleichsmöglichkeiten nahe legen (vgl. Abschnitt 5.2.2 und 5.2.3).

Erstaunlich ist, dass von den drei hier untersuchten Einrichtungstypen die Tagespflegestätten mit etwa zwei Dritteln den höchsten Anteil psychisch Gestörter an der Gesamtklientel haben. Das mag einerseits an der spezifisch gerontopsychiatrischen Ausrichtung vieler dieser Einrichtungen, andererseits am durch ambulante Pflege allein nicht abzudeckenden, länger über den Tag verteilten Betreuungsbedarf dieser besonderen Klienten liegen, der dann von ihnen und ihren Angehörigen entsprechend häufig nachgefragt wird.

Es bleibt jedenfalls festzuhalten, dass die (teilstationäre) Tagespflege offensichtlich in der Lage ist, das ganze Schweregradspektrum von Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen und dabei besonders psychisch gestörte ältere Menschen mit ihren Angeboten zu erreichen.

Alle drei hier diskutierten Typen von Pflegeangeboten und deren Kapazitäten sind regional disparat verteilt. Für die ambulante Pflege ist die Datenlage dazu allerdings am unübersichtlichsten, insbesondere weil die Erfassung der privat-gewerblichen Dienste bisher nicht erfolgt ist. Für die teilstationäre, d. h. hier die Tagespflege, lässt sich ein Muster erkennen, wonach in Ballungsgebieten und Großstädten die Zahl der Einrichtungen und entsprechend auch die Platzzahl größer ist als in ländlichen Regionen. Für die stationäre Pflege lässt sich ein solches Muster, obwohl vielleicht auf Grund demographischer Fakten (hoher Anteil Hochbetagter in Großstädten) zu erwarten, nicht erkennen. Es gibt Großstädte sowohl mit hohem Platzangebot und entsprechend hohen Versorgungsquoten als auch mit niedrigen. Das Gleiche gilt für Landkreise. Zu vermuten ist, dass Regionen mit hoher Versorgungsquote insbesondere für einige Großstädte und Ballungsräume die Rolle der gemeindefernen Versorgung mit stationärer Pflege – z. T. schon im Sinne einer gewachsenen Tradition und Dienstleistungskultur – übernommen haben.

Dies führt dann auch zu – zunächst paradox erscheinenden – recht unterschiedlichen Anteilen Pflegebedürftiger in privaten Haushalten der einzelnen Gebietskörperschaften Nordrhein-Westfalens. Diese Quoten scheinen weder mit der Alterszusammensetzung der Regionen positiv noch mit der Heimversorgungsquote negativ zu korrelieren. Um diese Aussage empirisch-statistisch zu untermauern, müssten jedoch wesentlich differenziertere Untersuchungen und Analysen erfolgen als sie im Rahmen dieses Berichts erfolgen konnten.

Bei den hier festzustellenden Unterschieden zwischen den Regionen hinsichtlich des Versorgungsgrades mit den verschiedenen Pflegeangeboten kann von einer angemessenen Versorgungsgleichheit – oder besser Versorgungsgerechtigkeit – in NRW noch nicht gesprochen werden. Zur genaueren Beurteilung der Versorgungssituation müssten allerdings weitere Daten hinzugezogen werden, insbesondere zur regionalen Zusammensetzung der Altenbevölkerung nach Altersgruppen, zur Zusammensetzung der jüngeren Bevölkerung (z. B. das Töchterpflegepotenzial) und zur Wohnsituation (z. B. Haushaltsform, Wohneigentum/Miete etc.). Eine solche indikatorengestützte Analyse hat das Institut für Gerontologie, Dortmund für vier Modellregionen in NRW bereits durchgeführt (25).

Abschließend sei noch die problematische Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals in den beiden bedeutendsten Pflegebereichen, dem ambulanten und stationären Bereich, erwähnt. In der ambulanten Pflege ist fast die Hälfte des pflegerisch eingesetzten Personals kaum (z. B. angelernte Kräfte) oder in geringem Umfang (z. B. einjährig ausgebildete Kranken- oder Altenpflegehelferinnen/-helfer) ausgebildet, im stationären Bereich gilt das für mehr als die Hälfte. Diese beiden Versorgungsbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens in NRW dürften also, etwa im Gegensatz zur Krankenhausbehandlung oder zu pädagogischen Einrichtungen, zu den Dienstleistungsbereichen mit dem niedrigsten Qualifikationsniveau gehören. Das gilt aber auch für die Bundesrepublik insgesamt, wobei nach einer Untersuchung der Prognos-AG aus dem Jahr 1992 das Qualifikationsniveau in den neuen deutlich besser ist als in den alten Bundesländern. Dies gilt dort für die ambulante wie die stationäre Pflege (6).

Im nun folgenden Abschnitt 5.5 sollen weitere wichtige Gesichtspunkte angeschnitten werden, die zur Beurteilung der bisherigen Situation, aber auch zur möglichen Verbesserung und Überwindung defizitärer Bereiche und Strukturen von Relevanz sind.

Erwähnt werden sollen in diesem Zusammenhang auch Einrichtungstypen, die in der bisherigen Diskussion nur gestreift wurden, u. a. weil zu ihnen keine systematischen Daten oder gar abrufbare Indikatorensätze vorliegen. Gemeint sind damit vor allem die intermediären Einrichtungstypen, unter die die Tages- und Nachtpflege, Nachtcafés, die Kurzzeitpflege und Pflegewohnungen/betreutes Wohnen zusammenzufassen sind. Diese, strukturell gewissermaßen zwischen der rein ambulanten und der vollstationären Pflege anzusiedelnden Angebotsarten stehen erst am Anfang ihrer Entwicklung, sowohl in NRW als auch in anderen Bundesländern, könnten aber zukünftig eine wichtige Rolle bei einer bedürfnis- und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung älterer Menschen spielen, wie sich am Beispiel der Tagespflegestätten schon andeutet.

Zusätzlich werden auch politische, organisatorische, finanzielle und fachliche Rahmenbedingungen angesprochen, die die bisherige Situation kennzeichnen und in einem umfassenden Reformprozess umgestaltet werden müssen.

5.5 Ausblicke auf eine mögliche zukünftige, bedürfnis- und bedarfsgerechtere Versorgungsstruktur

Zunächst soll noch einmal das Hauptmerkmal der gegenwärtigen professionellen Versorgungsstruktur vor Augen geführt werden: Gemeint sind die beiden großen Blöcke der vollstationären Pflege, die nach Personalkapazität beurteilt immer noch führend ist, und der mittlerweile relativ weit ausgebaut ambulante Pflegebereich. Bei der Betrachtung der gegenwärtigen Struktur darf man jedoch zweierlei nicht vergessen,

- ▶ dass die hauptsächliche Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen immer noch innerhalb des Familien- und Angehörigenkreises erfolgt,
- ▶ dass es eine Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und dem vollstationären Bereich gibt, die dem stationären Bereich die schwerer Pflegebedürftigen und Betroffene mit aus-

gedünnteren sozialen Netzwerken, der ambulanten Pflege jedoch zu kleineren Anteilen schwer Pflegebedürftige und eher Personen mit noch funktionierenden sozialen Netzwerken zuweist.

Die angesetzten Proportionen in der Darstellung des gegenwärtigen professionellen Versorgungssystems (Abbildung 4) sind eher schematisch zu verstehen und nicht als exaktes Abbild empirisch vorgefundener Versorgungsanteile.

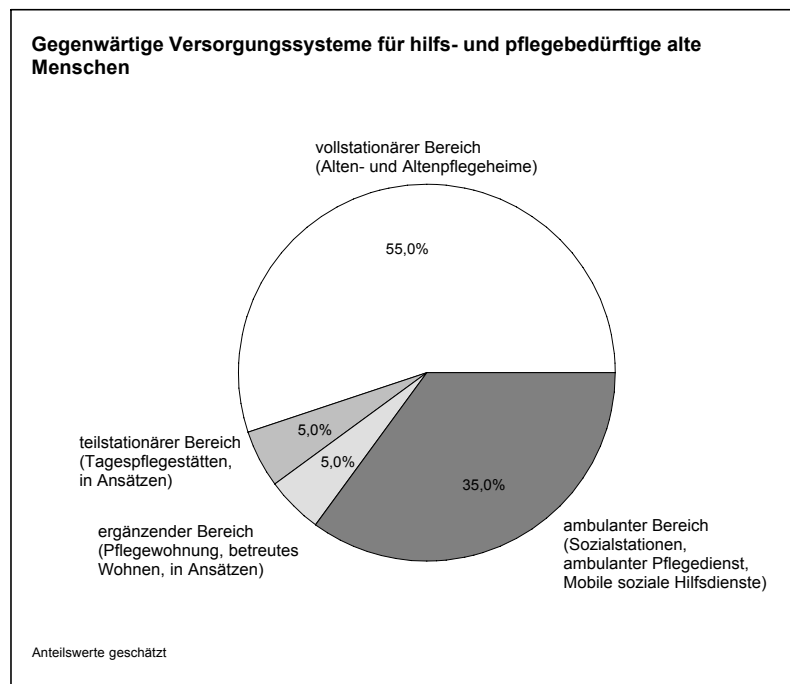


Abb. 4: Gegenwärtige Versorgungssysteme für hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen

Die gegenwärtige Versorgungsstruktur zeichnet sich durch eine Überbetonung des stationären Bereichs aus und durch einen zwar quantitativ schon relativ gut ausgebauten ambulanten Bereich, der aber bei Ausweitung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und bei zu geringer familiärer Unterstützung schnell an seine Grenzen stößt. Zwischen dem ambulanten und stationären Bereich gibt es bisher nur in Ansätzen Versorgungsangebote, die gewissermaßen die positiven Merkmale beider Bereiche ausweisen. Gemeint sind damit die auf dauerhaften und auf abdeckenden Pflegebedarf ausgerichteten teilstationären Einrichtungen und andere Angebote wie Pflegerwohnungen, -wohngemeinschaften und das betreute Wohnen, die dennoch in jeweils unterschiedlichem Ausmaß Selbständigkeit und selbstbestimmtes Leben ermöglichen und dadurch auch fördern.

Weitere Defizite des gegenwärtigen Versorgungssystems, die sich auf alle Einrichtungs- und Dienstypen beziehen, sind folgende:

- ▶ keine klar definierten und überschaubaren Versorgungsregionen, die mit politischen Grenzen übereinstimmen,
- ▶ trägerspezifische Einrichtungen, d. h. der eine Träger bietet (fast ausschließlich) stationäre, der andere ambulante Pflege an. Die relativ neuen Einrichtungen der teilstationären Versorgung werden zum großen Teil auch von neu auf den Markt drängenden Trägern angeboten. Damit stehen folgende Probleme im Zusammenhang:

- ▶ statt einer Gleichverteilung aller notwendigen Einrichtungen- und Dienstarten ganz unterschiedlich ausgestattete Versorgungsregionen,
- ▶ Konkurrenz zwischen Einrichtungstypen und deren Trägern um die Klientel und
- ▶ Kommunikationsbarrieren, Reibungsverluste, Schnittstellenproblematik, häufig notwendige Wechsel von einer Einrichtung bzw. einem Dienst zum anderen bei sich änderndem Pflegebedarf. Wechsel der Einrichtung/des Dienstes bedeutet in der Regel Trägerwechsel, z. T. auch Wechsel der Versorgungsregion,
- ▶ Vielfalt der Kostenträger: Krankenkasse bei ambulanter Hauskrankenpflege, Pflegekasse bei langfristiger Pflegebedürftigkeit, Selbstzahlen von Leistungen der Mobilen Sozialen Hilfsdienste (MSHD), (über-)örtlicher Sozialhilfeträger bei finanzieller Bedürftigkeit.

Einrichtungs-/dienstspezifische Defizite des bisherigen Versorgungssystems:

- ▶ im ambulanten Bereich:
 - finanziell:*
zwar Verbesserungen durch das Pflegeversicherungsgesetz, seit April 1996 aber wieder Verschlechterung durch Modulsystem zur Leistungsabrechnung,
 - personell:*
unbefriedigende Qualifikationsstruktur, knapp 50 % nicht oder nur gering qualifiziertes Personal, auf psychiatrische Pflege nicht spezialisiert, zu große Arbeitsteilung, bedingt z. B. durch Teilzeitarbeit, hohe personelle Fluktuation, bezogen auf einzelne Klienten,
 - regional:*
z. T. zu große Einzugsbereiche, keine gebietsbezogene Versorgung mit der Folge langer Fahrtwege,
 - organisatorisch:*
fehlende Angliederung zusätzlicher Angebote: z.B. psychiatrische Hauskrankenpflege, fehlende Integration von Mobilen Sozialen Hilfsdiensten, von teilstationären Angeboten wie Tages- und Nachtpflege, Nachtcafé, Altensitting, Pflegewohnungen u.v.a.m.
- ▶ im teilstationären Bereich:
 - Entstehungsgeschichte z. T. unabhängig von etablierten Trägern und Organisationen, Gründungen durch alternative Vereine, dadurch teilweise zu wenig Eingebundenheit in die vorhandenen Versorgungsstrukturen,
 - organisatorisch:*
auch diese Einrichtungen pflegen in der Regel eine Monokultur, es fehlt an Anbindung zusätzlicher Angebote wie ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, Pflegewohnungen, Nachtbereitschaft, etc.
- ▶ im ergänzenden Bereich:
 - Das Angebot an Pflegewohnungen, -wohngemeinschaften, betreutem Wohnen ist insgesamt noch viel zu gering ausgebaut
- ▶ im Altenheimbereich:
 - räumlich:*
oft zu große Heime, eher krankenhaushähnliche als wohnähnliche Architektur
 - personell:*
etwa nur 50 % des Personals mit fachbezogener Ausbildung, aber höhere gerontopsychiatrische Qualifikation als z. B. in ambulanter Pflege, vor allem unter den Altenpflegerinnen und Altenpflegern,

regional:

oft überregionaler Einzugsbereich, keine dezentrale, gebietsbezogene Versorgung, weit weg von der Lebenswelt der Betroffenen,

organisatorisch:

fehlende Angliederung zusätzlicher Angebote (Tagespflegestätte, ambulante Pflege, Kurzzeitpflege etc.).

Wie sieht nun ein bedarfsgerechtes, gemeindenahes Versorgungssystem aus? Auch diese Grafik (Abbildung 5) stellt keine exakt empirisch begründbaren Versorgungsanteile dar, sondern eher eine Modell- oder Zielvorstellung.

Das gemeindenahes Versorgungssystem für pflegebedürftige alte Menschen zeichnet sich durch eine größere Parität zwischen ambulanten, teilstationären, ergänzenden und vollstationären Pflegeangeboten aus. Um die o. g. Defizite des gegenwärtigen Versorgungssystems abzubauen, sind folgende, die Einrichtungen und Dienste übergreifenden Maßnahmen zu ergreifen:

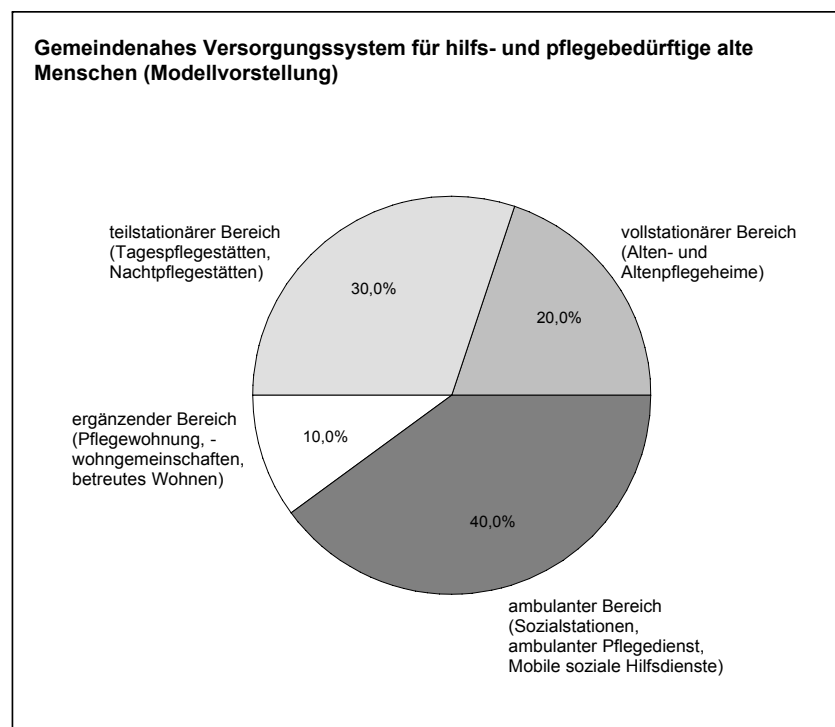


Abb. 5: Gemeindenahes Versorgungssystem für hilfs- und pflegebedürftige alte Menschen (Modellvorstellung)

- Schaffung von Versorgungsregionen, die möglichst mit gewachsenen Strukturen wie Gemeinde- oder Bezirksgrenzen übereinstimmen, mit der Maxime, dass alle hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen innerhalb dieser Grenzen versorgt werden können. Die kommunalen Pflegekonferenzen, wie sie nach dem Landespflegegesetz in NRW vorgesehen sind, könnten dafür instrumentalisiert werden sowie für die regelmäßige Pflegebedarfsplanung. Alle bestehenden Dienste und Einrichtungen organisieren sich trägerübergreifend auf dieser gebietsbezogenen Ebene. Dadurch können die Konkurrenz auf das erforderliche Maß zurückgeschraubt und Kommunikations- und Reibungsverluste abgebaut werden.

- ▶ Innerhalb einer Versorgungsregion gibt es alle notwendigen Einrichtungen und Dienste mit Angebotsstruktur, die sich an der Bevölkerungsstruktur mit den entsprechenden Betroffenenengruppen orientiert.
- ▶ Die träger- und einrichtungsspezifische Monokultur wird abgebaut, indem bestehende Einrichtungen den sicherlich noch weiter wachsenden Pflegebedarf durch Angliederung zusätzlicher Angebote decken, vor allem sollten Altenheime Pflegewohnungen, teilstationäre und ambulante Angebote angliedern, und ambulante Dienste die Tagespflege, Nachtpflege sowie ergänzend Pflegewohnungen.
- ▶ Zur Verbesserung der personellen Situation ist der Anteil an qualifiziertem Personal zu erhöhen und eine Qualifizierung in psychiatrischer Pflege durchzuführen.
- ▶ Zur Verbesserung der finanziellen Situation ist eine höhere Ausschüttung der Einnahmen aus dem Pflegeversicherungsgesetz notwendig. Im ambulanten Bereich ist das Modulsystem zu problematisieren, eventuell abzulösen durch eine Abrechnung von Zeitbudgets statt von Einzelleistungen. Betroffene, Angehörige und Personal des Pflegedienstes handeln die jeweils notwendigen, ständig dem sich ändernden Bedarf anzupassenden Pflegeleistungen aus.

Literatur

- 1 AG der Spitzenverbände (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in NRW) (Hrsg.) (1995): Auswertung der Erhebung über die Belegungsstruktur der voll- und teilstationären Altenhilfeeinrichtungen in NRW. Düsseldorf.
- 2 Bergener, M.; Behrends, K.; Zimmermann, R. (1976): Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Ergebnis eines interdisziplinären Forschungsprojekts. Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen. Opladen.
- 3 BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. 1950 - 1996. Baden-Baden.
- 4 BMFuS (Bundesministerium für Familie und Senioren) (Hrsg.) (1992): 1. Teilbericht der Sachverständigenkommission zur Erstellung des 1. Altenberichts der Bundesregierung. Bonn.
- 5 BMFuS (Bundesministerium für Familie und Senioren) (Hrsg.) (1993): Erster Altenbericht der Bundesregierung. Bonn.
- 6 BMFuS (Bundesministerium für Familie und Senioren) (Hrsg.) (1996): Personalsituation in der Altenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des BMFuS. Bd. 109. Stuttgart, S. 4 - 15, 39 ff.
- 7 BMJFFG (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit) (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn.
- 8 Focus 18 (1994) 32.
- 9 Höfkes, D. (1995): Tagespflege. Ein teilstationäres Angebot in der gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur. Diplomarbeit an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Universität Bielefeld.
- 10 ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V.) (Hrsg.) (1993): Unveröffentlichtes Manuskript einer schriftlichen Befragung von Tagespflegeeinrichtungen. Köln.
- 11 Klein, T., Salaske, I. (1996): Regionale Disparitäten im stationären Versorgungsangebot für alte Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 29, 65 - 75.

- 12 Klostermann, M.; Steinkamp, G.; Tropberger, F.; Werner, B.: Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung ambulanter Pflegedienste und Sozialstationen in zwei Versorgungsregionen. Zeitschrift für Gerontologie, forthcoming 1997.
- 13 Kremer-Preiß, U. (1992): Begleitende Dokumentation und Evaluation von Tagespflegereinrichtungen für ältere Menschen. Untersuchung im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln.
- 14 Kuhlmann, E.; Werner, B.; Wilm, B. (1997): Analyse und Identifikation von Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungsfeldern für nichtärztliche Beschäftigte im Gesundheitssektor. Expertise des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, im Auftrag des MAGS NRW, unveröffentlichte Expertise. Universität Bielefeld, S. 69.
- 15 Landzettel, F.; Leidinger, F. (1991): Im Schatten der Psychiatriereform. Zur Situation der medizinischen und psychiatrischen Versorgung und Betreuung von Bewohnern der Altenwohnheime, Altenpflegeheime und Heime für psychisch Behinderte in Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag des MAGS NRW. Unveröffentlichtes Manuskript.
- 16 LDS NRW (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes NRW) (Hrsg.) (1989): Statistik der ambulanten sozialen Dienste am 31.12. 1987, zit. n. MAGS NRW.
- 17 LDS NRW (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes NRW) (Hrsg.): Jahresgesundheitsbericht des Landes NRW. Düsseldorf 1986 - 1990.
- 18 LDS NRW (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes NRW) (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 1991 - 1994.
- 19 LDS NRW (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes NRW) (Hrsg.) (1995): Statistisches Jahrbuch NRW 1995. Düsseldorf.
- 20 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1989): Erhebung über Einrichtungen für alte Menschen und über ambulante soziale Dienste vom 1.9.1984, zit. n. MAGS NRW.
- 21 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1989): Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung des zweiten Landesaltenplans. Düsseldorf, S. 280.
- 22 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1990): Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Düsseldorf, S. 176.
- 23 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1991): Politik für ältere Menschen - 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf, S. 54, 100.
- 24 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1994): Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994. Düsseldorf.
- 25 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1995): Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen. Bestandsanalyse in typischen Regionen. Düsseldorf, S. 161.
- 26 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1995): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Band I: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Düsseldorf, S. 130, 225 - 226, 228.
- 27 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1996): Statistik zu Heimplätzen, differenziert nach Heimarten bzw. Bewohnerstruktur. Hausinterne Erfassung. Unveröffentlichtes Manuskript.
- 28 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1997): Tagespflege in NRW - Ergebnisse einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe. Düsseldorf.

- 29 MAGS NRW (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW) (Hrsg.) (1997): Situation der Versorgung von psychisch kranken und altersverwirrten Menschen in Heimen. Dokumentation des Werkstattgespräches am 30.10. 1996 in Gelsenkirchen. Unveröffentlichtes Manuskript. Düsseldorf.
- 30 Schneekloth, U.; Potthoff, P. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Studie im Auftrag des BMFuS. Stuttgart, S. 9 - 11.
- 31 Werner, B. (1997): Demenz - Epidemiologie. Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter. Aspekte einer psychischen Erkrankung im Alter aus einer gesundheitswissenschaftlich-interdisziplinären Blickrichtung. Weinheim.
- 32 Zechert, Ch. (1996): Enthospitalisierung in Heime? Ergebnisse der DGSP-Umfrage bei Ministerien und Landeswohlfahrtsverbänden. *Soziale Psychiatrie* 20 (3), 24 - 38.



6 Der öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen

Hans-Joachim Boschek, Helmut Brand

6.1 Überblick

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt neben der ambulanten und der stationären Krankenversorgung eine dritte eigenständige Organisationsstruktur im deutschen Gesundheitssystem dar. Seine Aufgaben lassen sich folgenden Teilbereichen zuordnen, deren Inhalte teilweise noch detaillierter beschrieben werden:

Gesundheitsschutz

- ▶ Schutz vor übertragbaren Krankheiten
- ▶ Überwachung der Hygiene in Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen
- ▶ Überwachungsaufgaben im gesundheitsbezogenen Umweltschutz (Trinkwasser- und Badewasserhygiene)

Gesundheitshilfe

- ▶ Zielgruppen sind gesundheitlich und sozial benachteiligte Gruppen, z. B. chronisch psychisch Kranke und Suchtkranke
- ▶ Selbsthilfeförderung

Gesundheitsförderung

- ▶ Kariesprophylaxe
- ▶ AIDS-Prophylaxe
- ▶ Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

gutachterliche Aufgaben

- ▶ amtsärztliche Gutachten
- ▶ Schuluntersuchungen

Gesundheitsberichterstattung/Gesundheitsplanung

Viele dieser Aufgaben erfolgen mit einem klaren Fokus auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Systematik der Aufgabenerfassung ist teilweise nicht ganz eindeutig. So wird auch heute ein großer Teil der finanziellen Mittel der Gesundheitsämter für Schuleingangs- und andere Reihenuntersuchungen eingesetzt. Diese Aufgabe beinhaltet gutachterliche Aspekte, Beratungs- und damit gesundheitsfördernde Anteile, außerdem liefert sie Daten für Gesundheitsberichterstattung und Planungsansätze. Mit Sicherheit steht zu erwarten, dass die künftige Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes die relative Bedeutung dieser Teilaspekte verändern wird. Neue Schwerpunkte dürften die systematische Auswertung dieser Daten für die kommunale Gesundheitsberichterstattung und die Planung und Entwicklung bedarfsorientierter Beratungs- und Gesundheitsförderungsangebote sein. Die Entwicklung wird gerade in NRW mit dem neuen Landesgesundheitsgesetz (ÖGDG vom 1.1.1998) deutlich, welches besonders die Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe hervorhebt und die Verantwortung für ihre Durchführung klar den Gemeinden zuordnet. Zu beachten ist bei der Diskussion der Arbeit des ÖGD immer, dass auch die Akteure aus dem Bereich der ambulanten

und der stationären Krankenversorgung an Gesundheitsschutz, -hilfe und -förderung beteiligt sind (vgl. Kapitel 2.4). Zudem könnten, wie die aktuellen Entwicklungen im Krankenhausbereich zeigen, den Krankenkassen neue Funktionen bei der Gesundheitsplanung zukommen.

6.2 Aufbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Bundes-, die Landes- und die kommunale Ebene an der Gestaltung der öffentlichen Gesundheit beteiligt. Die kommunale Struktur der Gesundheitsämter prägt sehr stark das Erscheinungsbild und die Praxis des ÖGD in NRW. Den gesetzlichen Rahmen der Tätigkeit stellte lange das Gesundheitsvereinheitlichungsgesetz von 1934 dar, das zum 1.1.1998 durch ein modernisiertes Landesgesundheitsdienstgesetz abgelöst wurde. Eine rechtliche Besonderheit stellt seine Einbeziehung in ein Artikelgesetz dar, das als zentrales Ziel die finanzielle Entlastung der Kommunen und die Lockerung von gesetzlichen Normen hat. Erkennbar wird die tendenzielle Abkehr von klassischen Pflichtaufgaben, z. B. im Gesundheitsschutz und die Betonung von Beratungsleistungen für Bürger und Institutionen, die weitere Entwicklung von Gesundheitsförderung und die Stärkung kommunaler Ansätze zur Koordination gesundheitlicher Versorgung. Als wichtige Grundlage der künftigen Arbeit wird eine erweiterte und verbesserte Gesundheitsberichterstattung gesehen. Neu ist auch die Einbeziehung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd). Das Iögd erhielt die Aufgabe, Basisdaten für landes- und kommunalpolitische Entscheidungen im Gesundheitsbereich zu erarbeiten und bereitzustellen. Weitere Aufgabenschwerpunkte sind die Gesundheitsförderung, ferner Datenaufbereitung und Beratung in der Umweltmedizin. Das Institut prüft und begutachtet zudem auch Arzneimittel und bietet einen umfangreichen Laborservice für Fragen der Krankenhaushygiene, Trink- und Badewasseruntersuchungen und bei der Diagnostik von Stoffwechselstörungen Neugeborener.

6.3 Zentrale Aufgaben des ÖGD

6.3.1 Gesundheitsschutz

► Probleme bei der Prävention übertragbarer Krankheiten

Die Prävention und die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gilt als eine der zentralen Aufgaben des ÖGD. 80 % der Bevölkerung verbinden mit der Tätigkeit der Gesundheitsämter die Assoziation Infektionsschutz. 85 % halten diese Aufgabe für sehr wichtig oder wichtig (33). Dagegen finden in einer Analyse der dringlichen Gesundheitsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland Infektionskrankheiten nur sehr punktuelle Beachtung (45). Diese Darstellung entspricht der gängigen gesundheitspolitischen Einschätzung, dass Infektionskrankheiten weitgehend ein Problem der Vergangenheit oder von Staaten der Dritten Welt seien. Notfalls seien die Industriestaaten in der Lage, durch Innovationen wie Chemotherapeutika oder Impfstoffe die Probleme mit übertragbaren Krankheiten zu kontrollieren. Konsequenterweise sind seit Jahren die organisatorischen Strukturen des Infektionsschutzes, angefangen von den Hygieneinstituten der Universitäten bis zu den Medizinalaufsichten der Gesundheitsämter abgebaut worden. Sicher ist es richtig, dass wichtige Infektionen wie beispielsweise Pocken und Poliomyelitis ihre Bedeutung ganz oder weitgehend verloren haben. In einer öffentlich wenig beachteten Denkschrift machten die deutschen Hygieniker deutlich, dass die gesundheitlichen Risiken durch Infektionen weltweit zunehmen und dass der ÖGD gegenwärtig wegen mangelnder Ressourcen nicht in der Lage ist, diese Entwicklung wirksam zu bekämpfen (31). Eine nähere Analyse identifiziert verschiedene Einzelaspekte dieser Situation. Seit

1973 sind weltweit mindestens 21 neue Infektionserreger mit erheblicher epidemiologischer Relevanz entdeckt worden. Dazu gehören unter anderem die Legionellen, das HIV-Virus und *Cryptosporidium parvum* als Verursacher schwerster Magen-Darminfektionen (31). Gleichzeitig ist deutlich geworden, welche Bedeutung Erreger für die Entstehung chronischer Erkrankungen wie das Magenkarzinom oder möglicherweise auch für den Herzinfarkt haben. Auch die zahlreichen alltäglichen, prinzipiell vermeidbaren Infektionen bedeuten zumindest eine unnötige, hohe volkswirtschaftliche Belastung. So werden in der Bundesrepublik, trotz eines gewissen Rückgangs, jährlich nach wie vor über 100 000 salmonellenbedingte Magen-Darminfektionen gemeldet (1995: 141 600) (12). Bei einer anzunehmenden Dunkelziffer von 90 % errechnen sich vermeidbare Folgekosten von mindestens einer Milliarde DM pro Jahr. Überhaupt stellt der Lebensmittelbereich weniger wegen der viel diskutierten BSE (Bovine spongiforme Enzephalopathie)-Gefahr einen Problembereich dar. Hinzuweisen ist vielmehr auf den Anstieg der EHEC (Enterohämorrhagische *Escherichia coli*)-Infektionen und die seit Jahren aus bisher nicht vollständig aufgeklärten Gründen zunehmende Zahl von *Campylobacter*-Erkrankungen. Dies sind bereits aktuelle hygienische Probleme, für die Zukunft sind neue und schwer zu kontrollierende Tendenzen sichtbar.

Eine wesentliche Ursache für die wachsenden Risiken durch Infektionen sind bestimmte politische und soziale Entwicklungen, vor allem in der Dritten Welt. Die Bevölkerungsexplosion und gewaltsam geführte politische Konflikte führen zu Landflucht und weltweiten Wanderungs- und Flüchtlingsbewegungen. Die hygienischen Probleme der Entwicklungsländer werden durch die Dynamik der Globalisierung auch in die Industrieländer des Nordens exportiert. Weitere Risikofaktoren sind weltweiter Reiseverkehr und Massentourismus, Migration, Gütertransporte und Lebensmittelimporte. Interne Probleme der entwickelten Länder, die zur Verschärfung der Lage beitragen, sind die Überalterung der Bevölkerung, die zunehmende Resistenz wesentlicher Erreger auch gegen modernste Antibiotika und bestimmte soziale Entwicklungen. Die allgemeine Zunahme der Lebenserwartung bedeutet, dass gegenwärtig 15,6 % der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland über 65 Jahre und bereits 4 % über 80 Jahre alt sind. Mit dem Lebensalter nimmt aber die Belastbarkeit des Immunsystems ab, wachsende Bevölkerungsgruppen sind somit empfänglicher für Infektionskrankheiten.

Die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen und der Wohnhygiene haben die Tuberkulose seit der Jahrhundertwende weitgehend von einer bedrohlichen Volkskrankheit zum Risiko für relativ kleine gesellschaftliche Gruppen reduziert. Die Zunahme der relativen Armut in den Industriestaaten, vor allem als Folge andauernder Massenarbeitslosigkeit, führt zu steigenden Zahlen von Obdachlosigkeit und ist ein Cofaktor für Suchterkrankungen. Diese Verschlechterung der sozialen Rahmenbedingungen bereitet den Boden für einen Anstieg von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder Hepatitis B. So stiegen die gemeldeten Hepatitis-B-Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen von 1 154 (1993) auf insgesamt 1 896 (1995) Fälle (vgl. Indikator 3.57). Bei der Tuberkulose nimmt der Anteil der multiresistenten Bakterien seit Jahren weltweit zu, und parallel nehmen damit die Behandlungsmöglichkeiten ab. Diese Entwicklung zeigt sich bei vielen Krankheitserregern, so dass schon vom aufkommenden post-antibiotischem Zeitalter gesprochen wurde (31). Im Krankenhausbereich gilt dies vor allem für Keime wie *Staphylococcus aureus* und die Enterokokken, die zunehmende Therapieprobleme bereiten. Außerhalb des Krankenhausbereiches finden sich Resistenzen vor allem bei Pneumokokken, *Haemophilus influenzae*, bei Salmonellen, Gonokokken und bei *Mykobacterium tuberculosis*. Die Folgen dieser Situation sind neben steigenden Kosten eine ständige Zunahme der Morbidität. So stieg im Zeitraum von 1980 bis 1992 in den USA der Anteil der Infektionskrankheiten an der Gesamtmortalität um 22 %. In der Rangliste der wichtigsten Todesursachen stiegen die übertragbaren Krankheiten von Platz 5 auf Platz 3 (31). Auch in Nordrhein-Westfalen waren im Berichtsjahr 1995 rund 2 400 Sterbefälle auf infektiöse und parasitäre Krankheiten zurückzuführen (vgl. Indikator 3.11a). Angesichts dieser Entwicklung kommen

auf den ÖGD Probleme zu, auf die er momentan nicht ausreichend vorbereitet ist. Zentrale Aufgaben sind dabei in der Überwachung der Lebensmittelhygiene, der Verbesserung der Krankenhaushygiene und der epidemiologischen Infrastruktur zu sehen.

► **Qualitätssicherung in der Krankenhaushygiene**

In mehr als 3 000 deutschen Kliniken werden jährlich über 15 Millionen Menschen behandelt, davon erwerben 3 - 6 % eine nosokomiale Infektion (16). Dies entspricht 460 000 bis 940 000 Erkrankungen pro Jahr. An erster Stelle stehen dabei Harnwegs- (40 %), vor Wund- (25 %) und Atemwegsinfektionen (24,4 %). Eine neuere Untersuchung bestätigt tendenziell diese Ergebnisse (37). 30 bis 50 % dieser Infektionen gelten zumindest als prinzipiell vermeidbar. Dies entspricht ca. 10 000 Todesfällen jährlich und einer Milliarde DM unnötiger Krankheitskosten in der Bundesrepublik (31). Im Selbstverständnis der Gesundheitsämter spielt die Überwachung der Qualität der Krankenhaushygiene eine überragende Rolle innerhalb ihrer Aufgaben (13). Zweifellos entspricht die Krankenhausversorgung in der Bundesrepublik einem internationalen Anspruch, so dass die Studienergebnisse zur Hygienesituation einer kritischen Analyse bedürfen. Dabei zeigt sich zumindest, dass eine systematische staatliche Überwachung der Hygiene in Deutschland eher die Ausnahme als die Regel ist (44). Zur Arbeit der Medizinalaufsicht ist anzumerken, dass selbst wenn die Kontrollen nach standardisierten Vorgaben erfolgen, erhebliche qualitative Mängel in der Aufsicht bestehen. Die entsprechenden Vorschläge konzentrieren sich einseitig auf bauliche und technische Gegebenheiten (26) und vernachlässigen dabei, dass die Hauptursachen von Krankenhausinfektionen in Hygienefehlern, vor allem bei der Blasenkatheterisierung und bei der Händedesinfektion bestehen. Auch ist bis heute die systematische Erfassung von nosokomialen Infektionen in deutschen Kliniken eher die Ausnahme (44), für eine gezielte Beseitigung von Hygienemängeln fehlt damit eine empirische Basis. Um diese Defizite zu beseitigen, hat das Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr-Kreises ein auf dem Prinzip des Kontraktmanagement bestehendes Qualitätssicherungssystem entwickelt, das eigenverantwortliche interne Kontrolle und externe Aufsicht verbindet (7). Ausgehend von einer detaillierten Basisdokumentation werden Überwachungsmaßnahmen vereinbart, und über das Ergebnis wird der kommunalen Aufsichtsbehörde berichtet. Kritische Abweichungen von den Vorgaben werden unverzüglich gemeldet und gemeinsam über eine Abhilfe beraten. Die Kommunikation wird auch durch Beteiligung des Gesundheitsamtes an der Arbeit der Hygienekommission gestärkt. In jährlichen Abständen werden die Ergebnisse bewertet und bei Bedarf die Zielvorgaben angepasst. So besteht die Chance, kosteneffektiv und nachhaltig die Hygienesituation im Krankenhaus zu verbessern, indem auch die internen Qualitätsprozesse weiterentwickelt werden.

► **Gesundheitsbezogener Umweltschutz**

Seit dem Reaktorunfall in Tschernobyl sind die Gesundheitsgefahren durch Umweltfaktoren in besonderem Maße im öffentlichen Bewusstsein verankert (20). Typische Fragestellungen sind die gesundheitlichen Auswirkungen von Industrie, Kraftfahrzeugverkehr und Abfallwirtschaft auf die Luftqualität und die Bewertung von chemischen Stoffen oder Lebensmittel- und Bedarfsgegenständekontaminationen auf die menschliche Gesundheit (3). Schwerpunkte des Bürgerinteresses sind einmal aktuelle Fragen, die sich aus lokalen Besonderheiten oder aus Medienberichten ableiten, ferner vor allem Innenraumluftprobleme in Wohnungen und öffentlichen Gebäuden. Beispiele sind etwa Asbest-, PCB- oder Formaldehydbelastungen in Kindertagesstätten und Schulen. In den letzten Jahren haben die gesundheitlichen Risiken durch Schimmelpilzbelastungen besondere Bedeutung gewonnen. Eine Ursache ist die jahrelange Vernachlässigung im Unterhalt öffentlicher Bauten, die zu bleibenden Feuchtigkeitsschäden mit

nachfolgendem Pilzbefall führen. Eine zunehmende Bedeutung spielen diese Fragen auch im Privatbereich im Zusammenhang mit der Einführung der separaten Sammlung von Bioabfall. Neben solchen konkreten Sorgen ist aber auch das allgemeine Phänomen einer Umweltangst zu beobachten (30), das sich teils als generelle Furcht vor Umweltrisiken manifestiert.

Der ÖGD ist in dreifacher Weise im gesundheitsbezogenen Umweltschutz tätig:

► **Überwachungsaufgaben**

Originäre Zuständigkeiten auf der rechtlichen Basis des Bundesseuchengesetzes und der Lebensmittelgesetzgebung bestehen in der Überwachung von Trinkwasser-, Lebensmittel- und Badewasserqualität. Während die öffentliche Aufmerksamkeit vor allem chemischen Belastungen, z. B. Nitrat in Trinkwasser (vgl. z. B. Indikator 5.12, Internetangebot des Iögd) oder Säuglingsnahrung gilt, sind aus professioneller Sicht mikrobiologische Probleme besonders relevant. Als Beispiele aus dem Trinkwasserbereich seien die Infektionsrisiken durch Kryptosporidien im Oberflächenwasser und durch die Vermehrung von Legionellen in Warmwassersystemen genannt.

► **Prävention**

Hier besteht die sinnvolle Forderung nach der Berücksichtigung von Umwelt- und Gesundheitsvorsorge im Planungsbereich. Unter dem Stichwort der Verhältnisprävention gilt es, systematisch die Rahmenbedingungen für die menschliche Gesundheit zu sichern und zu verbessern. Die Orientierung muss dabei an den Bedürfnissen besonders empfindlicher Gruppen wie Kinder oder chronisch Kranke erfolgen. Als Instrument ist dabei besonders die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) propagiert worden (22). Realistisch betrachtet bestehen hier nach wie vor erhebliche Defizite. Zwar hat bei der Planung und Genehmigung von einzelnen Großprojekten, wie beispielsweise Müllverbrennungsanlagen, die Analyse und Bewertung von Gesundheitsgefahren ihren gesicherten Platz. Eine systematische Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in Planungsfragen ist trotz der Ansätze in § 10 ÖGDG bis heute eher die Ausnahme. Tatsächlich zeigt die Entwicklung im Fern- und Flugverkehr, dass sich die Belastungssituation für die Gesundheit tendenziell verschlechtert und zunehmend ökonomische Interessen im Rahmen der Standortdebatte die Priorität erhalten. Vor allem in der Frage der Lärmbelastung mit ihren Auswirkungen auf das Herzinfarktisiko und ihre psychosoziale Belastung sind in den letzten Jahren keine erkennbaren Verbesserungen für die Bevölkerung erzielt worden (43).

► **Beratung und Risikokommunikation**

Der ÖGD hat sehr frühzeitig die umweltmedizinischen Fragestellungen aufgegriffen. Bewertungsstrategien im Rahmen von Altlasten oder der Begutachtung von Innenraumluftproblemen wurden im Rahmen der Arbeit des ÖGD als Reaktion auf praktische Probleme und Anfragen aus der Bevölkerung entwickelt. Organisatorisch wurde diese Arbeit durch die Einrichtung von umweltmedizinischen Beratungsstellen unterstützt. Parallel dazu wurden die Informations- und Weiterbildungsangebote entwickelt. Zu nennen wären hier die Datenbank NIS (Noxen-Informationssystem) des Iögd und die Kurse der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Als zentrale Aufgabe stellte sich die Risikokommunikation als kommunikationswissenschaftlich begründete Form des Umgangs von Experten mit Betroffenen in Problemsituationen heraus (34). Dabei gilt es nicht nur, tatsächliche Sachverhalte und wissenschaftlich begründete Bewertungen in verständlicher Form zu vermitteln, sondern entscheidende Bedeutung kommt der Einbeziehung der Betroffenen mit ihren Ängsten und Vorbehalten in einen Kommunikationsprozess zu.

Mittlerweile ist die Umweltmedizin fest in die ärztliche Weiterbildung in Form einer Zusatzbezeichnung eingebunden. In einer Kraftanstrengung haben die Ärztekammern einigen tausend Ärztinnen und Ärzten eine umweltmedizinische Basisqualifikation verschafft. Mit dem Aufbau umweltmedizinischer Beratungsmodelle der niedergelassenen Ärzteschaft, die seitens der Krankenkassen finanziert werden, wurde die Arbeit der umweltmedizinischen Beratungsstellen im ÖGD schwieriger, obwohl grundsätzliche methodische Zweifel an den neuen Modellen bestehen (6). Jedenfalls steht zu erwarten, dass ohne eine grundsätzliche Neuordnung der umweltmedizinischen Beratungsleistungen unter Abstimmung von Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und ÖGD die Ressourcen und damit die Qualität der umweltmedizinischen Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen rasch abnehmen wird. Dies mag unter dem Gesichtspunkt der Subsidiarität öffentlicher Leistungen grundsätzlich erwünscht sein, übersieht aber, dass das rein individualmedizinisch orientierte kassenärztliche Versorgungssystem in der Prävention keine wesentlichen Leistungen erbringen kann. Gleichzeitig wird eine individualmedizinische Komponente auch im ÖGD erhalten bleiben müssen, damit praktische Erfahrungen in Planungsprozesse und Risikokommunikation einfließen können.

6.3.2 Gesundheitshilfe

Die aufsuchende Gesundheitshilfe spielt in der Arbeit der Gesundheitsämter traditionell eine wesentliche Rolle. Ein wichtiges historisches Beispiel stellt die Tuberkulosearbeit dar, die nicht nur auf klassischen seuchenhygienischen Prinzipien, wie Untersuchung und Isolation ansteckungsverdächtiger Personen beruhte, sondern immer auch einen fürsorgerischen Aspekt beinhaltete. Damit wurde in der praktischen Arbeit berücksichtigt, dass selbst bei Infektionskrankheiten nicht allein mikrobiologische Tatbestände das Infektionsrisiko bestimmen, sondern dass soziale Faktoren wesentliche Rahmenbedingungen für Gesundheit darstellen.

Der Sozialstatus bestimmt auch in einem Sozialstaat ganz wesentlich die Gesundheitschancen und die Krankheitsrisiken. Dies findet sich z. B. bei Untersuchungen der Gesundheit von Kindern (28) und wird deutlich bei den Problemen sozial besonders benachteiligter Gruppen, wie bei Obdachlosen oder Drogenabhängigen. Konsequenterweise ist die sozialkompensatorische Arbeit des ÖGD weiterhin ein aktuelles Thema in einer Gesellschaft mit zunehmender sozialer Ungleichheit. In der Organisation des ÖGD spiegelt sich dieser Auftrag in einer multiprofessionellen Struktur wider. Ein hoher Anteil der beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stammt aus sozialen Berufen (Sozialarbeiter, sozialmedizinischer Assistent, Krankenpfleger/Krankenschwestern) (vgl. hierzu das Kapitel 7 „Beschäftigte im Gesundheitswesen“). Der erhöhte Bedarf an individuellen Hilfen darf aber nicht den Blick für die Notwendigkeit verstellen, strukturell an einer Verbesserung der sozialen Bedingungen zu arbeiten.

► Sozialpsychiatrie

Chronische psychische Erkrankungen treten in jeder Gesellschaft auf. Die Prävalenz von Schizophrenie, Depressionen, Suchterkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen in den westlichen Industrieländern wird auf ca. 5 % geschätzt (10). Bisher sind keine spezifischen Präventionsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen bekannt, so dass der gesundheitspolitische Schwerpunkt bei der Planung einer modernen und humanen Versorgungsstruktur für diesen Personenkreis liegen muss. Die Reformbewegung in der Psychiatrie hat seit den siebziger Jahren dazu geführt, dass die Bettenzahlen in den großen stationären Einrichtungen reduziert wurden, in der Absicht, chronisch psychisch Kranke und Behinderte möglichst in den Gemeinden zu versorgen.

Konsequenterweise musste in den Kommunen ein Netz von Betreuungsangeboten aufgebaut und koordiniert werden. Die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte spielen in diesem Zusammenhang eine geringere Rolle, da zum Wesen der psychischen Erkrankungen typischerweise die fehlende Krankheitseinsicht und Therapiemotivation gehören. Ambulante Hilfsangebote werden daher häufig nicht wahrgenommen. Die Folgen können bis zu vollständiger Verwahrlosung und zum Verlust von erreichten Integrationserfolgen, z. B. zur Kündigung von Wohnraum, führen. Größere Bedeutung haben daher niederschwellige Kontaktmöglichkeiten und aufsuchende Betreuungsarbeit durch Sozialarbeiter, sozialpsychiatrische Dienste oder speziell ausgebildete psychiatrische Pflegekräfte. Schnittstellen im System stellen teilstationäre Angebote wie Tageskliniken oder die unterschiedlichen Formen betreuten Wohnens dar. Auch das Angebot von Selbsthilfegruppen für Betroffene und ihre Angehörigen sind ein Element im Hilfesystem. In diesem Zusammenhang kommt dem sozialpsychiatrischen Dienst eine doppelte Funktion zu. Einmal ist er nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten verpflichtet, ärztliche Behandlung und Betreuung sicherzustellen und durch individuelle Beratung dem Kranken die Eingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern. Dabei betreut beispielsweise der sozialpsychiatrische Dienst im Ennepe-Ruhr-Kreis mit seinen 360 000 Einwohnern jährlich ca. 1 250 Fälle (davon 33 % Psychosen, 30 % Suchtkranke, 14 % gerontopsychiatrische Erkrankung und 8 % Sonstige Persönlichkeitsstörungen). Zunehmende Bedeutung gewinnt die Koordination der verschiedenen Hilfsangebote. Systematisch geschieht dies über Psychiatriepläne, die den Versorgungsbedarf und die verschiedenen Angebote in einer Kommune oder einem Kreis beschreiben und zusammenfassen. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung erfolgt über die Psychiatriekoordinatoren und regelmäßig tagende Gremien wie die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften. Zur Optimierung der Zusammenarbeit erprobt der Ennepe-Ruhr-Kreis ein trägerübergreifendes Moderationsverfahren, das zur Abstimmung von Kooperationsverfahren auf örtlicher Ebene geführt hat.

► Sucht- und Drogenhilfe

Der Konsum von Suchtmitteln, Verhaltensweisen mit Abhängigkeitsrisiko und daraus entstehende Krankheiten spielen für die Gesundheit der bundesdeutschen Bevölkerung eine enorme Rolle. So betrug der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol je Einwohner 1995 in der Bundesrepublik 11,2 Liter. Dies bedeutet statistisch, dass jeder Deutsche über 15 Jahre jeden Tag die gesundheitlich kritische Alkoholdosis überschreitet. Mindestens 2,5 Millionen Alkoholranke sind die Folge (15). Schätzungsweise 95 000 Männer und 17 000 Frauen sterben in Deutschland jährlich an einer weiteren legalen Droge, an den Folgen von Tabakkonsum (32).

Im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit stehen dennoch vor allem die illegalen Drogen. Die Zahl der Konsumenten harter Drogen in der Bundesrepublik wird auf 275 000 Personen, mit den regelmäßigen Cannabis gebrauchenden Personen auf eine Million Konsumenten geschätzt (19). Besondere Aufmerksamkeit verdient einmal der Trend der stetigen Zunahme von jugendlichen Erstkonsumenten. Hier werden vor allem Amphetaminderivate in zunehmendem Umfang gebraucht, insgesamt gilt, dass die relative Bedeutung von Heroin, im Verhältnis zu Kokain und synthetischen Drogen, abnimmt. Gesundheitspolitisch besonders bemerkenswert ist die Integration von Ecstasy in Teilbereiche der Jugendkultur, die nur bedingt durch konventionelle Aufklärungsarbeit erreichbar sind. Hier wird besonders deutlich, dass Drogenkonsum als Teil des Freizeitverhaltens von größeren Gruppen praktiziert wird. Die Umsetzung eines individuellen Selbstverwirklichungsanspruchs hat dabei für die Jugendlichen Vorrang vor gesundheitlichen Bedenken. Dies ist besonders problematisch beim Gebrauch von Substanzen, deren Langzeitwirkungen entweder noch nicht bekannt sind oder wie bei Kokain erhebliche Gesundheitsschäden verursachen können.

Die ambulante Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland stützt sich vor allem auf ein System von Beratungsstellen in der Trägerschaft von Verbänden. Besonders in den Großstädten beste-

hen zum Teil Drogenhilfeeinrichtungen, die eine Vielzahl auch von niederschweligen Angeboten wie Schlafstellen, ein Café oder eine kommunal organisierte Methadonambulanz integrieren. Dem ÖGD kommt in den Gemeinden vor allem die Aufgabe der Koordination der Angebote der verschiedenen Träger zu. Hier hat sich das Modell des „Runden Tisches“ bewährt. Kontrovers diskutiert wird zur Zeit, so etwa in Hamburg, die Interpretation des Subsidiaritätsprinzips und die Folgen für die Förderung der Arbeit der Verbände (29). Sicher werden die Kommunen als Zuschussgeber in den nächsten Jahren intensive fachliche und gesundheitspolitische Vorgaben entwickeln und auf Qualitätssicherungskonzepten bestehen. Als wichtigste Aufgabe für den ÖGD ist die planerische Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, vor allem der ambulanten Hilfen und die Erprobung eines wirksameren Präventionskonzeptes unter Einbeziehung der Jugendhilfe und der schulischen Möglichkeiten zu sehen.

► **Selbsthilfe**

Seit ca. zwanzig Jahren entwickelten sich auch in der Bundesrepublik in verschiedensten Bereichen tragfähige Selbsthilfeeinrichtungen. Allein in Nordrhein-Westfalen existierten 1995 rund 450 Landesverbände und Regionalvereinigungen der Selbsthilfegruppen, davon alleine 57, in denen überwiegend Angehörige von Kranken organisiert sind (vgl. Indikator 7.1a). Dabei engagieren sich zunehmend Betroffene mit gesundheitlichen und sozialen Problemen in eigenständigen Laiengruppen. Ursache dieser Entwicklung sind ein verändertes Bewusstsein im Umgang mit Krankheit und Abhängigkeit sowie die wachsende Zahl von Menschen mit chronischen und degenerativen Leiden wie Krebs, Rheuma, Allergien und psychischen Erkrankungen. Eine lange Tradition hat die Selbsthilfe in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken, hier beteiligen sich auch viele Angehörigengruppen.

Selbsthilfe kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn Krankheit und Therapie intensiv und lang andauernd, häufig auch lebenslang die Normalität der Lebensumstände verändern. Dies erfordert dann häufig schwierige Bewältigungsprozesse, die Selbsthilfegruppen oft effektiver unterstützen können als professionelle Helfer. Dazu gehören Hinweise auf besondere Therapieangebote, Unterstützung bei der Organisation von alltäglichen Hilfeleistungen oder gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Der Austausch von Krankheitserleben kann den Betroffenen und ihren Angehörigen helfen, Ängste und Frustrationen über den Kontrollverlust im persönlichen Alltag abzubauen.

Die Selbsthilfegruppen aktivieren das Laienpotenzial und agieren weitgehend autonom. Zu dem Gemeinschaftsleben einer Kommune gehört aber eine Selbsthilfekultur, d. h. Rahmenbedingungen, die Selbstgruppenarbeit fördern und unterstützen. Ein wichtiges Element stellen die Kontakt- und Informationsstellen (KISS) dar, die mittlerweile in den meisten Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens existieren. Eine KISS stellt eine professionelle Serviceeinrichtung zur Unterstützung der Selbsthilfegruppen dar. Basis ihrer Arbeit ist die Information Ratsuchender über bestehende Selbsthilfegruppen, die Anregung und Unterstützung von Neugründungen und die Förderung der Selbsthilfe durch Öffentlichkeitsarbeit. Im Ennepe-Ruhr-Kreis mit seinen neun Städten und 360 000 Einwohnern existiert eine besonders reichhaltige Infrastruktur von ca. 200 Gruppen. Ihre Arbeit wird von drei KISS-Stellen unterstützt. Eine der Einrichtungen trägt das Kreisgesundheitsamt, eine zweite der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV). Eine Einrichtung wird gemeinsam vom Kreis und dem Diakonischen Werk betrieben. Eine weitere Kooperation zwischen dem Klinikum Herdecke und dem Kreis befindet sich im Aufbau.

Die Gruppen artikulieren sich über regelmäßige Treffen. In einer Stadt (Hattingen) besteht eine so genannte Selbsthilfekonferenz mit eigenem Statut, die sich gegenüber Politik, Öffentlichkeit und Verwaltung für ihre Interessen einsetzt. Über selbstverwaltete Fonds aus Spendengeldern wird die Arbeit der Gruppen gefördert. Regelmäßige Selbsthilfetage und eine

gemeinsame, von den Krankenkassen und dem Kreis finanzierte und herausgegebene Zeitung unterstützen die Selbsthilfe, die mittlerweile auf dem Weg zu einem wichtigen Komplementärsystem der Gesundheitshilfe ist.

6.3.3 Kindergesundheit

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellt traditionell einen Schwerpunkt in der Arbeit des ÖGD dar. Aktivitäten wie Mütterberatung tragen der Tatsache Rechnung, dass zahlreiche Gesundheitsstörungen ihren Ausgangspunkt in der Kindheit haben und gesundheitsfördernde Maßnahmen möglichst frühzeitig im Kindes- und Jugendalter ansetzen sollten. Kaum ein Arbeitsbereich im ÖGD steht unter einem größeren Veränderungsdruck als der kinder- und jugendärztliche Dienst. Mit der Verbesserung der ambulanten kinderärztlichen Versorgung haben klassische Angebote wie Mütterberatung und Impfungen relativ an Bedeutung verloren. Erst in jüngster Zeit setzt sich im kinder- und jugendärztlichen Dienst das Bewusstsein für die Notwendigkeit durch, neuere gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen. Dazu gehören:

- ▶ die Auseinandersetzung mit den aktuellen gesundheitlichen Problemen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien,
- ▶ die Orientierung der Schuluntersuchungen auf schulische Förderung der Kinder, epidemiologische Auswertung der Daten und konsequente Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten für die schulärztlichen Untersuchungen,
- ▶ Entwicklung gezielter Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit den Schwerpunkten Kindertagesstätten und Schule.

▶ **Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter**

Kindheit und Jugendalter gelten allgemein immer noch als weitgehend unbelasteter und glücklicher Lebensabschnitt. Mehrere Untersuchungen der letzten Jahre ergeben jedoch ein wesentlich differenzierteres Bild. Positive Entwicklungen sind die Abnahme der Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (in Nordrhein-Westfalen beispielsweise von 8,1 ‰ (1988) auf 5,6 ‰ (1996) Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr (Indikator 3.5)) und der Rückgang von infektiösen Erkrankungen mit einer erheblichen Abnahme von Morbidität und Mortalität. Gleichzeitig wird immer deutlicher, dass chronische Krankheiten und psychosoziale Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter zunehmen (23).

Besondere Relevanz unter den chronischen Krankheiten haben die allergischen Erkrankungen mit einer Gesamtprävalenz von ca. 30 % (23). Erhebliches Übergewicht als ein wesentlicher Risikofaktor für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen fand sich bei 5 % aller Heranwachsenden. Auffällig ist die seit einigen Jahren beobachtete Häufung von psychosomatischen Beschwerden. Im Jugendgesundheitsurvey 1993 ergab sich, dass drei Viertel aller 12- bis 16-Jährigen mehr oder weniger regelmäßig unter psychosomatischen Beschwerden leiden. Dies ist als Reaktion auf die hohen Belastungen in der Adoleszenz zu verstehen (24). Subjektiv fühlen sich Jugendliche aber weitgehend gesund, geben aber eine starke Überforderung durch Stress an. Alkohol und Nikotinkonsum gehören zu den verbreiteten Verhaltensweisen und stellen ein Risiko für eine spätere Suchtentwicklung dar. Der ÖGD hat sich bisher noch nicht ausreichend auf die gewandelte Problemlage eingestellt. Dies gilt allerdings für das gesamte ärztliche Versorgungssystem, auch fehlt das allgemeine gesundheitspolitische Bewusstsein, wie stark gesundheitliche Risiken und Entwicklungen vom Sozialstatus abhängen. So hatten beispielsweise bei der Brandenburger Schuleingangsuntersuchung von 1994 ein Drittel aller Kinder aus unteren sozialen Schichten psychische und Sprechprobleme, fast doppelt so viele wie Kinder aus höheren Schichten (28).

6.3.4 Untersuchungen von Schulanfängern durch die Gesundheitsämter

Die Schuleingangsuntersuchung ist bisher eine wesentliche Aufgabe des ÖGD. Ihre Bedeutung ist in den letzten 10 Jahren intensiv und kontrovers diskutiert worden. Idealerweise soll sie drei Aufgaben erfüllen:

- ▶ einen medizinischen und entwicklungspsychologischen Beitrag zur schulischen Förderung des Kindes,
- ▶ einen Ansatz zu einer individuellen Gesundheitsberatung von Kind und Eltern, insbesondere im Falle fehlender Vorsorgeuntersuchungen. Dazu gehört insbesondere auch die Feststellung des Impfstatus und eine Impfberatung,
- ▶ Auswertung des Datenmaterials für eine Gesundheitsberichterstattung.

Nur in Ansätzen wird die Schuleingangsuntersuchung bisher diesen Ansprüchen gerecht, trotzdem findet sie bei den Bürgern/Bürgerinnen eine erstaunlich hohe Akzeptanz. In einer telefonischen Befragungsaktion des Gesundheitsamtes Ennepe-Ruhr gaben 70 % der Mütter an, sie hielten die Untersuchung für notwendig, obwohl ihr Kind auch bei der U9-Vorsorgeuntersuchung vom Kinderarzt gesehen worden war (4). Die POLIS-Umfrage bestätigte diese Einschätzung (33). Gleichzeitig ist es deutlich, dass eine Weiterentwicklung der Untersuchung stattfinden muss, um sich an den pädagogisch definierten Bedarf anzupassen. Nur so lassen sich die erheblichen Aufwendungen für die personellen Ressourcen, die die Reihenuntersuchungen erfordern, auch weiterhin begründen.

Die inhaltliche Weiterentwicklung muss sich auf die Entwicklungsstörungen im Kindesalter konzentrieren. Nach Untersuchungen in Brandenburg zeigten sich bei 12,3 % der Kinder Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, 2,2 % litten unter Wahrnehmungs- und psychomotorischen Störungen und Teilleistungsstörungen (28). Erste Erfahrungen mit einem neuen Untersuchungsprotokoll, das zahlreiche Teilleistungsfunktionen erfasst, sind in NRW bereits gemacht worden. Die Erfahrungen müssen evaluiert werden, und eine ausreichende Qualitätssicherung muss in die schulärztliche Untersuchung integriert werden.

6.3.5 Gesundheitsförderung

▶ **Kariesprophylaxe bei Kindern in Kindertagesstätten und Schulen**

Ca. 23 Milliarden DM betragen 1996 die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für zahnärztliche Leistungen, davon 8,2 Milliarden DM allein für Zahnersatz. Dies war ein Anteil von 9,7 % an den Gesamtleistungen der GKV (12). Damit ist die Zahngesundheit ein gesundheitsökonomisches Problem ersten Ranges, obwohl die Karies eine prinzipiell vermeidbare Erkrankung darstellt. Die Genese der Karies ist gut erforscht, ihre einzelnen Risikofaktoren sind bekannt, so dass international schon lange erfolgreiche Prophylaxeprogramme entwickelt und umgesetzt wurden. Die Aktivitäten der Gesundheitsämter auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe als Gruppenprophylaxe in den Kindergärten und Schulen orientieren sich an diesen Vorbildern und stellen wahrscheinlich das erfolgreichste Beispiel einer Gesundheitsförderungsmaßnahme in der Bundesrepublik Deutschland dar. Basis dieser Arbeit sind:

- ▶ die Konzentration auf epidemiologisch relevante Gruppen, nämlich Kinder und Jugendliche in Kindertagesstätten und Schulen,
- ▶ eine sozialwissenschaftlich abgesicherte Methodik mit pädagogischer Anleitung zur Zahnpflege und Ernährungsberatung (Information, Motivation), Zahnputztraining (Instruktion) und Fluoridapplikation,
- ▶ eine Qualitätskontrolle durch Reihenuntersuchungen in Kindergärten und bei Schulkindern.

Natürlich stellen die Befunde auch die Grundlage für eine individuelle Beratung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern dar. Dabei wird die Bedeutung der persönlichen Zahnhygiene erläutert und auf eine notwendige zahnärztliche Behandlung hingeführt. Diese Tätigkeit hat auch sozialkompensatorische Aspekte, da der Zahnstatus eindeutig mit dem Sozialstatus korreliert ist. So zeigen Daten aus Westfalen-Lippe, dass bei 12-Jährigen der mittlere DMF-T-Wert (Anzahl der zerstörten (D), fehlenden (M) und gefüllten (F) Zähne (T)) für Hauptschüler bei 2,6, für Gymnasiasten aber nur bei 1,9 liegt. Dem entspricht die Tatsache, dass 40,4 % der Hauptschüler, aber nur 21,3 % der Gymnasiasten ein behandlungsbedürftiges Gebiss aufwiesen (14).

Im Ennepe-Ruhr-Kreis werden im Kariesprophylaxe-Projekt vorwiegend die 5- und 6-jährigen Kindergartenkinder betreut. 1993 wurden damit 80 % von ca. 7 000 Kindern dieser beiden Jahrgänge erfasst (vgl. Indikator 7.8), davon wiesen 62 % bei der Erstuntersuchung ein naturgesundes Gebiss aus. Dies entspricht dem internationalen Standard der skandinavischen Länder oder der Schweiz, die seit langem eine systematische Kariesprophylaxe betreiben.

Nicht zu vernachlässigen ist die relativ günstige Personal- und Finanzausstattung des öffentlichen Zahngesundheitsdienstes. Ausschlaggebend ist hier vor allem die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen, die nach den Vorgaben des SGB V die Gruppenprophylaxe im Ennepe-Ruhr-Kreis jährlich mit ca. 500 000 DM unterstützen. Mit diesen Mitteln werden eine halbe Zahnarztstelle, 3 Prophylaxehelferinnen, eine Ernährungsberaterin und die Sachkosten der Prophylaxe finanziert.

Alle Untersuchungen zur Zahngesundheit zeigen, dass trotz eines gut ausgebauten und leistungsfähigen zahnärztlichen Versorgungssystems in der Bundesrepublik Deutschland bereits im Kindesalter in erheblichem Umfang vermeidbare Schäden bei Kindern nachzuweisen sind. Die Defizite der Prävention führen zu hohen Folgekosten für die Versicherten und ihre Krankenkassen. Das kurativ ausgerichtete System der niedergelassenen Zahnärzte ist für die Anforderungen der Gruppenprophylaxe wenig geeignet. Dagegen konnte der ÖGD mit seinem bevölkerungsmedizinischen Ansatz in kurzer Zeit und zu relativ geringen Kosten wesentliche Fortschritte in der Kinderzahngesundheit nachweisen. Hier stellt sich die Aufgabe, die existierenden Modelle zu optimieren. Dies beinhaltet auch eine gleichmäßigere Versorgung aller Kinder, da heute noch erhebliche regionale Unterschiede bestehen. Mit ausreichenden Ressourcen sollte es möglich sein, im schulischen Bereich für die sozial definierten Risikogruppen spezielle Angebote aufzubauen. Als Zielgruppe bieten sich hier vor allem die Hauptschulen an, für die im Ennepe-Ruhr-Kreis zur Zeit ein neues Programm installiert wird. Methodisch stellt sich die Frage, wie die Erfahrungen der Kariesprophylaxe für die Entwicklung weiterer Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche genutzt werden können.

► AIDS-Prophylaxe

Der ÖGD hat seit Mitte der achtziger Jahre beispielhafte HIV- und AIDS-Präventionsarbeit geleistet. In einer Situation, die durch unzureichende medizinische Kenntnisse, fehlende Verfahren und eine fast hysterische öffentliche Reaktion gekennzeichnet war, wurde rasch ein gesundheitspolitisch abgesichertes Aufklärungskonzept entwickelt und umgesetzt. Eckpunkte waren dabei eine breite Öffentlichkeitsarbeit mit den Momenten der Wissensvermittlung, Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Werbung um die gesellschaftliche Akzeptanz für Betroffene. Teilweise werden die AIDS-Prophylaxeprogramme heute als Modelle einer modernen Gesundheitsförderung angesehen. Als wesentliche Elemente sind dabei hervorzuheben: die Kooperation von Experten mit Betroffenen, z. B. über Selbsthilfegruppen, und die Entwicklung von Beratungskonzepten wie Multiplikatoren-schulung, vor allem im schulischen Bereich. Dazu entwickelte der ÖGD ein eigenes Beratungsangebot, inklusive Testung und Testberatung und betrieb intensive Öffentlichkeitsarbeit.

Nach mehr als zehn Jahren von HIV- und AIDS-Aufklärung und -prävention hat sich die Situation gewandelt. AIDS verlor weitgehend seinen Sonderstatus und wird heute weitgehend wie eine normale Krankheit aufgefasst (2). Die Struktur der AIDS-Arbeit im ÖGD hat sich aber nicht erkennbar verändert. Bei einer weitgehenden Stabilisierung der Zahlen von Neuinfektionen (vgl. Indikator 3.57) und verbesserten therapeutischen Möglichkeiten gewinnt die medizinische Versorgung im etablierten stationären und ambulanten System zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig stellt sich die Frage nach veränderten Präventionskonzepten. Weder aufwendige Öffentlichkeitsarbeit, noch der Ausbau des Angebotes von spezialisierten Beratungsstellen vermögen als Antworten auf die neue Problemlage zu überzeugen. Ansätze für eine Weiterentwicklung bieten möglicherweise Überlegungen, AIDS-Beratung und Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten konzeptionell zu verbinden (40). Für den Jugend- und speziell den Schulbereich bieten sich Modelle einer Integration von Sexualkundeunterricht und Gesundheitsberatung an (17). Bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten für den schulischen Bereich, wie sie vom neuen ÖGD-Gesetz in NRW gefordert wird, sollten diese Ansätze aufgegriffen werden.

► **Prävention von Herz- und Kreislauferkrankungen**

1990 starben 583,4 von 100 000 Menschen in Deutschland an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. 1995 betrug die Mortalität für diese Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen oder Herzinfarkt noch 524,1 (12) bzw. 542,3 für NRW (vgl. Indikator 3.11a). Trotz des Rückgangs handelt es sich bei diesen Leiden um die mit Abstand häufigste Todesursachen. Auch die Morbidität ist beträchtlich. 1993 wurden 1,93 Millionen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen im Mittel 15,3 Tage stationär behandelt, auch die Aufwendungen für krankheitsbedingte Ausfälle und Rehabilitationsleistungen sind sehr hoch (12). Herz-Kreislauf-Erkrankungen verlaufen chronisch und haben eine multifaktorielle Genese. Genetische Faktoren, Bluthochdruck, Nikotinkonsum, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Bewegungsmangel und Übergewicht sind als wesentliche Risikofaktoren nachgewiesen worden. In sozial benachteiligten Schichten ist das Erkrankungsrisiko höher. Über die Bedeutung einer Chlamydieninfektion des Gefäßsystems für die koronare Herzkrankheit wird zur Zeit noch diskutiert. Die eminente gesundheitspolitische Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen begründen das Interesse an wirksamen Präventionsstrategien. Das hergebrachte Medizinsystem setzt auf Aufklärung über die Risiken, z. B. von Stoffwechselstörungen, erhöhtem Blutdruck, Nikotinkonsum und Übergewicht. Als Konsequenzen werden Kontrollmessungen von Cholesterin und Blutzucker propagiert und in Präventionskampagnen beworben. Pathologische Werte werden durch den Einsatz von Antihypertonika oder Lipidsenkern korrigiert und ergänzend Gesundheitswissen in Ernährungs- oder anderen Kursen vermittelt. Mit diesen Ansätzen ist durchaus ein gewisser Erfolg erreicht worden, wie die sinkenden Mortalitätszahlen zeigen.

Der Preis für diese Entwicklung ist einmal der notwendige erhebliche Einsatz finanzieller Mittel und die Abhängigkeit des Erfolgs dieser Maßnahmen von der persönlichen Gesundheitskompetenz der angesprochenen Individuen. Eine Verbreiterung der Präventionswirkung ist nur durch gemeindeorientierte Programme zu erwarten. Erfolgreich in diesem Sinne ist das sog. HEUH-Projekt („Herzinfarkt erkennen und handeln“), das vom lögd initiiert und betreut wird. Ausgehend von einer einfachen und einprägsamen Botschaft zur Sekundärprävention – bei akuten Herz- oder Brustschmerzen sofort den Notarzt verständigen – erfolgt eine konzentrierte Öffentlichkeitsarbeit. Im Rahmen der Aktion arbeiten Kliniken, niedergelassene Ärzte, Apotheker, Krankenkassen, Sportvereine und das Gesundheitsamt zusammen. Das Angebot umfasst Ausstellungen, Besichtigungstermine, Pressetermine, Vorträge, Check-ups für Blutdruck und Cholesterin usw. Als Erfolgsparameter wird die mittlere Zeitdauer zwischen dem ersten Auftreten eines Herzinfarktsymptoms bis zur Alarmierung des Notarztes und zur Klinikauf-

nahme dokumentiert. Die Größe korreliert mit der Überlebenschancen und geht nach jeder HEUH-Aktion für Monate deutlich zurück, um dann allmählich wieder zuzunehmen (21).

An diesem Projekt werden die Anforderungen an eine gemeindeorientierte Prävention deutlich. Dazu gehören:

- ▶ gemeinsame Abstimmung aller Beteiligten, z. B. über einen „Runden Tisch“ oder eine Projektgruppe,
- ▶ Operationalisierung von Präventionszielen,
- ▶ Definition und Festlegung von Erfolgskenngrößen,
- ▶ Evaluation,
- ▶ Kontinuität der Projektarbeit.

Diese Erfahrungen können sinnvollerweise auch auf ähnliche Projekte, z. B. Verminderung von Unfallzahlen oder in die Suchtprävention übertragen werden.

6.4 Aufgabenschwerpunkte des ÖGD

6.4.1 Gesundheitsberichterstattung

Seit mindestens zehn Jahren intensiviert sich in Deutschland die wissenschaftlich fundierte Diskussion um die Gesundheitsberichterstattung. Neben der Modernisierung der Instrumente auf Bundes- und Landesebene und der Abstimmung auf europäischer Ebene entwickelt sich in Ansätzen eine kommunale Gesundheitsberichterstattung (8). Zum Konzept gehört die Analyse der lokalen Versorgungsstruktur und der gesundheitlichen Defizite einer Kommune als Basis einer bevölkerungsnahen Situationsbeurteilung und Entwicklung gesundheitlicher Ziele und Maßnahmen. Die Umsetzung von Aktionsprogrammen muss evaluiert und die Zielsetzung den Entwicklungen angepasst werden. Als Aufgabe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung gelten im Einzelnen:

- ▶ die Information und Orientierung von Politikern und Öffentlichkeit,
- ▶ das Monitoring,
- ▶ die Motivation von Entscheidungsträgern und Bürgergruppierungen,
- ▶ die Evaluation,
- ▶ die Koordination geeigneter erscheinender Maßnahmen (9).

Ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung sind die Berichte, die themenbezogen (etwa zur Kindergesundheit, Umweltfragen oder zum Kontext Armut und Gesundheit) oder als kontinuierlich fortgeschriebener Gesamtbericht erstellt werden. Die fachliche Aktualität des Themas Gesundheitsberichterstattung entspricht einem Defizit im deutschen Gesundheitswesen, das vorwiegend durch seine Ausrichtung auf die Krankenversorgung und eine mangelnde Koordination gekennzeichnet ist. So entsteht die gesundheitspolitische Forderung nach der Einrichtung einer Regieinstanz im kommunalen Gesundheitswesen. Für diese Rolle scheint der ÖGD deshalb geeignet, weil er ohne eigene Ansprüche im Versorgungsbereich auftritt und als Teil der Exekutive über demokratisch legitimierte Gremien kontrolliert wird (40).

6.4.2 Koordination von Prävention und Versorgung

Als Träger der kommunalen Koordination ist im Landesgesundheitsgesetz NRW die so genannte Gesundheitskonferenz vorgesehen, die vom Stadtrat oder vom Kreistag einberufen wird. Moderiert von den jeweiligen Gesundheitsbehörden sollen diese Gremien Problemanalysen und Konzeptionen ausarbeiten, die in einem Bericht an den kommunalen Auftraggeber zur Umsetzung weitergeleitet werden. Die Beteiligung an der Gesundheitskonferenz und ihren Aktivitäten erfolgt unter dem Prinzip der Eigenverpflichtung. Im landesweiten Projekt „Ortsnahe Koordinierung“ wurde eine ähnliche Zielsetzung verfolgt. Es bleibt abzuwarten, wieweit sich solch ein innovativer Ansatz in der Praxis, d. h. vor allem bei politischen und wirtschaftlichen Interessensunterschieden innerhalb der Gesundheitskonferenz dauerhaft bewährt. Es ist gut vorstellbar, dass erprobte Netzwerke, z. B. in der gemeindenahen Psychiatrie, von einer solchen Initiative profitieren. Dagegen hat in Einzelfällen die Ärzteschaft über ihre Vertreter bereits Vorbehalte geltend gemacht, auch bleibt abzuwarten, wieweit die Kassen die Möglichkeiten haben und wahrnehmen werden, kommunale Gesundheitsprojekte zu unterstützen. Sicher bietet die neue Aufgabe dem ÖGD die Chance, neue gesundheitspolitische Akzente zu entwickeln, er muss sich dazu aber wesentliche neue Kompetenzen in den Bereich Kommunikation, Projektplanung und Management aneignen.

6.5 Künftige Entwicklung des ÖGD im Kontext von Verwaltungsreformmodellen

Seit etwa 1990 wird mit zunehmender Intensität über eine breit angelegte Reform der öffentlichen Verwaltung debattiert. Die grundsätzliche Notwendigkeit wird dabei allgemein bejaht. Ursache für diese Entwicklung ist eine zunehmende Unzufriedenheit über die Ineffektivitäten der Verwaltungsarbeit, ihre Inflexibilität, lange Entscheidungswege und die hohen Kosten des staatlichen Sektors. Die angespannte Lage der öffentlichen Finanzen als Folge wirtschaftlicher und politischer Strukturveränderungen, der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit und der hohen Soziallasten hat den Handlungsdruck noch verstärkt. In der Diskussion muss man anerkannte Reformelemente von bestimmten Modellen unterscheiden. Die verschiedenen Modelle konkurrieren darum, bestimmte Ziele möglichst optimal zu erreichen. Allgemeine Erwartungen an die Verwaltungsreform sind:

- ▶ Neugestaltung des Verwaltungshandelns von formal definierten, normierten Prozeduren zu Ergebnissen (= Output-(Wirkungs-)Orientierung),
- ▶ Kunden-, Mitarbeiterorientierung und Transparenz,
- ▶ Aufgabenkritik, Konzentration auf Kernaufgaben, Privatisierung,
- ▶ Verbesserung der Wirtschaftlichkeit,
- ▶ Dezentralisierung und Abbau von Hierarchien.

Das Referenzmodell dieser Überlegungen ist der privatwirtschaftliche Betrieb, der zur Erreichung bestimmter Unternehmensziele bestimmte Strategien und Managementvorgaben entwickelt (11). Die Betriebsabläufe werden über ein Controlling überwacht und Organisation und Personalentwicklung im Sinne der Betriebsziele optimiert. Die Aufsichtsgremien kontrollieren das Betriebsergebnis und bestimmen neue Ziele und wirken an den strategischen Entscheidungen mit. Ein solches Modell beinhaltet auch ein neues Verständnis von der Rolle der Politik gegenüber der Verwaltung. Politik sollte sich grundsätzlich vorwiegend mit Fragen der Unternehmensstrategie und weniger mit operativen Einzelheiten auseinandersetzen. Wieweit sich dieses Rollenverständnis durchsetzt, bleibt abzuwarten.

Für die Gesundheitsfachverwaltung bedeutet die gegenwärtige Situation eine doppelte Belastung. Als Teil der Gesamtverwaltung ist sie in die Umstrukturierung natürlich einbezogen. Die Fachbehörden haben dabei möglicherweise vergleichsweise große Schwierigkeiten bei der Umsetzung neuer Ansätze, weil sie stark durch fachliche Überlegungen geleitet werden und weniger auf die Bewältigung von Managementaufgaben eingerichtet sind. Nun entsteht aus der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion und der neuen gesetzlichen Rahmenkonzeption die Notwendigkeit einer inhaltlichen und einer organisatorischen Reform. Beide Aspekte simultan in die Praxis umzusetzen bedeutet eine wirkliche Herausforderung. Andererseits bietet die aktuelle Situation die Chance, durch Verknüpfung beider Entwicklungen eine wirkliche, von fachlichen Elementen getragene Strukturreform zu verwirklichen. Wichtige gesundheitspolitische Aufgaben, die effektiv nur von einem modernem und leistungsfähigen ÖGD bearbeitet werden können, sind reichlich vorhanden.

6.6 Zusammenfassung

Der ÖGD stellt einen eigenständigen Teilbereich des Gesundheitswesens mit genuinen Aufgaben dar. Seine Arbeit ist vorwiegend bevölkerungsbezogen, in Abgrenzung zur individualmedizinischen Ausrichtung des kassenärztlichen Systems und des Krankenhauswesens. Seine Aufgabenschwerpunkte liegen im Gesundheitsschutz, den Gesundheitshilfen und der Gesundheitsförderung.

Wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen haben konkrete Auswirkungen auf die Gesundheit sozialer Gruppen. Eine wirksame Verbesserung der öffentlichen Gesundheit muss daher über individualmedizinische Arbeit hinausgehen und sich konkret mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auseinandersetzen und mit spezifischen Methoden gruppen- und bevölkerungsbezogen arbeiten. Die wirtschaftliche Entwicklung mit dem Anwachsen relativer und tatsächlicher Armut hat tiefgreifende gesellschaftliche und gesundheitliche Folgen. Der ÖGD mit seinem sozialkompensatorischen Auftrag muss sich intensiver mit diesen Entwicklungen auseinandersetzen und im Rahmen der Verwaltungsreform die Kompetenzen und Ressourcen organisieren, um diese Aufgaben zu bearbeiten. In diesem Zusammenhang muss er die Chancen, die seine differenzierte, multiprofessionelle Organisation bietet und die Kooperationsmöglichkeiten innerhalb der Kommunen, aber auch zum Public Health-Bereich der Universitäten, nutzen.

Literatur

- 1 Aurand, K.; Hazard, B. P.; Tretter, F. (Hrsg.) (1993): Umweltbelastungen und Ängste. Opladen.
- 2 Bayer, R. (1994): Aids und die Politik der Prävention. In: Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B. M. Berlin.
- 3 Boschek, H. J. (1994): Umweltmedizinische Beratung am Gesundheitsamt Düsseldorf. *Gesundh.-Wes.* 56, 291 (abstr.).
- 4 Boschek, H. J.; Endmann, H.; Heller, A. (1997): Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in einem sozialen Brennpunkt Schwelm. (Unveröffentlicht)
- 5 Boschek, H. J.; Schmidt, M.; Heller, A.: Die Akzeptanz der Schuleingangsuntersuchung bei Eltern und Kindern im Ennepe-Ruhr-Kreis. Ergebnisse einer telefonischen Befragung. (In Vorbereitung).

- 6 Boschek, H. J.; Hense, W.; Lange, M. R. (1996): Standortbestimmung der Umweltmedizin im öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen. *Gesundh.-Wes.* 58.
- 7 Boschek H. J. (1998): Krankenhausaufsicht durch den öffentlichen Gesundheitsdienst - Von der staatlichen Überwachung zur Qualitätssicherung. Manuskript. Düsseldorf.
- 8 Brand, H. (1990): Gesundheitsamt und kommunale Gesundheitsberichterstattung. In: Trojan, A.; Thiele, W. St. Augustin.
- 9 Brand, H.; Schmacke, N. (1997): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F. W. München.
- 10 Bromet, E. J.; Parkinson, D. K. (1992): Psychiatric Disorders. in: Last, J. M.; Wallace, R. B.; Maxcy-Rosenau-Last.
- 11 Budäus (1995): Public Management. Konzepte und Verfahren zur Modernisierung öffentlicher Verwaltungen. Modernisierung des öffentlichen Sektors. Band 2. Berlin.
- 12 Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.) (1997): Daten des Gesundheitswesens 1997. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 91. Baden-Baden.
- 13 Canaris, Ute (1992): Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Empirische Untersuchungen zur Situation der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- 14 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendgesundheitspflege e.V. (Hrsg.) (1996): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1995. Gutachten aus den Bundesländern Bremen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Westfalen-Lippe, Thüringen, Bayern. Bonn.
- 15 Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1996): Jahrbuch Sucht 97. Geesthacht.
- 16 Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (1990): Ermittlung und Analyse von Krankenhausinfektionen. Grundsätze und Maßnahmen zur Optimierung der Hygiene im Krankenhaus. Düsseldorf.
- 17 Heckmann, W. (1995): Kondom oder Leben! HIV/AIDS-Prävention unter Jugendlichen. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. Weinheim.
- 18 Hentschel, S.; Sagunski, H.; Dengler, D.; Neuberger, N.; Walz, M. (1996): Entwicklung von Mindestanforderungen für Ortsbegehungen und Messungen zur Expositionsabschätzung in der Umweltmedizin - der Hamburger Ansatz. *Gesundh.-Wes.* 58, 618 - 621.
- 19 Herbst, K. (1995): Umfang des Mißbrauchsverhaltens in der Bevölkerung. *Politische Studien* 334.
- 20 Hüppe, M.; Janke, W. (1993): Empirische Befunde zur Wirkung von Umweltkatastrophen auf das Erleben und die Streßverarbeitung von Männern und Frauen unterschiedlichen Alters. In: Aurand, K.; Hazard, B. P.; Tretter, F. Opladen.
- 21 IDIS (1994): Herzinfarkt erkennen und richtig handeln. Bielefeld.
- 22 Kobusch, A.-B.; Fehr, R.; Serwe, H.-J.; Protoschill-Krebs, G. (1995): Gesundheitsverträglichkeitsprüfung - eine Schwerpunktaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Gesundh.-Wes.* 40, 207 - 213.
- 23 Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (1995): Gesundheitliche Lage und Prävention im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. Weinheim.
- 24 Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim.
- 25 Kolip, P.; Nordlohne, E.; Hurrelmann, K. (1995): Der Jugendgesundheitsurvey 1993. In: Kolip, P.; Hurrelmann, K.; Schnabel, P.-E. Weinheim.
- 26 Lafontaine, J. (1995): Krankenhausaufsicht durch den öffentlichen Gesundheitsdienst - Vorschlag eines neuen Behebungsbogens. *Gesundh.-Wes.* 56, 313 - 318.
- 27 Last, J. M.; Wallace, R. B.; Maxcy-Rosenau-Last (1992): *Public Health & Preventive Medicine*.

- 28 Minister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.) (1997): Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung Nr. 6. Potsdam.
- 29 Münder, J. (1997): Die öffentliche Finanzierung von Einrichtungen und Diensten der Drogen- und Suchtberatung freier Träger. Geesthacht.
- 30 Neuhann, F. (1993): Umweltängste - Erfahrungen aus einer umweltmedizinischen Beratungsstelle. In: Aurand, K.; Hazard, B. P.; Tretter, F. Opladen.
- 31 NN (1996): Denkschrift: Bedrohung durch Infektionskrankheiten. *Hyg. Med.* 21, 558 - 573, 615 - 637, 674 - 699.
- 32 Peto, R.; Lopez, A. D.; Borcham, J.; Thun, M.; Health, C. jr. (1994): Mortality from smoking in developed countries 1950 - 2000. Oxford.
- 33 POLIS. Gesellschaft für Politik und Sozialforschung mbH (Hrsg.) (1997): Das Gesundheitsamt im Bild der Bevölkerung. Einstellungen und Erwartungen. Ergebnisse eines empirischen Forschungsprojektes. München.
- 34 Preuss, S.; Schaefer, I.; Zolondek, U. (1997): Kommunikation im gesundheitlichen Umweltschutz und in der umweltmedizinischen Beratung. *Gesundh.-Wes.* 59, 400 - 404.
- 35 Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B. M. (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin.
- 36 Rosenbrock, R. (1994): Der HIV-Test ist die Antwort – aber auf welche Fragen? In: Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B. M. Berlin.
- 37 Rüdén, H.; Daschner, F.; Schumacher, M. (1995): Nosokomiale Infektionen in Deutschland - Erfassung und Prävention. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 56. Baden-Baden.
- 38 Satcher, D.: Emerging Infections (1995): Getting ahead of the Curve. *Emerging Inf Dis* 7 - 15.
- 39 Schäfer, T. (1997): Grenzen einer Optimierung der Ressourcenallokation zu Lasten des öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Gesundh.-Wes.* 59, 338 - 343.
- 40 Schmacke, N. (1996): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Berichte und Materialien Bd. 11. Düsseldorf.
- 41 Schwartz, F. W. (Hrsg.) (1998): Das Public Health Buch. München.
- 42 Trojan, A.; Thiele, W. (Hrsg.) (1990): Lokale Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin.
- 43 Umweltbundesamt (Hrsg.) (1997): Daten zur Umwelt. Der Zustand der Umwelt in Deutschland. Berlin..
- 44 Unger, G.; Renner, P. (1996): Auswertung einer Umfrage zur Krankenhaushygiene in Baden-Württemberg. Teil III. *Bundesgesundh.-Bl.* 39, 246 - 249.
- 45 Weber, I.; Abel, M.; Altenhofen, L.; Bäcker, K.; Berghof, B.; Bergmann, K. E.; Flatten, G.; Klein, D.; Micheelis, W.; Müller, P. J. (1990): Dringliche Gesundheitsprobleme in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen-Fakten-Perspektiven. Baden-Baden.



7 Beschäftigte und Ausbildung im Gesundheitswesen

Christian Adam

7.1 Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens waren im Jahr 1995 rund 250 000 Personen beschäftigt. Dies sind 12 % mehr als im Jahr 1988. Innerhalb von nur zwanzig Jahren hat sich die Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen hierzulande mehr als verdoppelt. Diese progressive Entwicklung, die sich mehr oder minder in allen Gesundheitsdienstberufen – insbesondere im ärztlichen Bereich – widerspiegelt, hat zur Kostenkrise im Gesundheitswesen beigetragen. Die Folgen dieses explosionsartigen Anstiegs der Beschäftigtenzahlen sind nicht nur positiv zu bewerten (z. B. im Hinblick auf eine verbesserte Patientenversorgung). Vielmehr hat die Entwicklung bestehender (fach-)ärztlicher Überversorgung zu einer verschärften Konkurrenzsituation und fehlender Perspektive der nachwachsenden Medizinergeneration beigetragen.

Zur Vermeidung langwieriger Berufsbezeichnungen wird in den folgenden Kapiteln bewusst auf eine Unterteilung in die jeweils geschlechtsspezifische Form verzichtet und lediglich die gebräuchlichere Version angeführt.

7.1.1. Ärzte und Zahnärzte

Im Jahr 1980 gab es in Nordrhein-Westfalen 41 429 Ärzte. Diese Zahl ist bis zum Jahr 1996 kontinuierlich auf 74 217 angestiegen (Indikator 8.1). Dies entspricht einem Zuwachs von rund 79 %. Anzumerken ist zu diesen Daten, dass sie sich auf alle Ärzte, die in den Ärztekammern Nordrhein-Westfalens registriert sind, beziehen. Darunter sind subsumiert: Berufstätige Ärzte, die in Krankenhäusern (einschl. Rehabilitationseinrichtungen) (1996: 30 617 Personen) oder in der freien Praxis arbeiten (1996: 22 801 Personen) sowie diejenigen, die sonstige ärztliche Tätigkeiten ausüben (Ärzte in wissenschaftlich-theoretischen Instituten sowie in der Industrie- und Privatwirtschaft) (1996: 6 302 Personen) oder auch ohne ärztliche Tätigkeit sind (andere, nichtärztliche Tätigkeit, nicht mehr berufstätig) (1996: 14 497 Personen). Die folgende Grafik verdeutlicht den Gesamtzahlzuwachs der Ärzte und dokumentiert die Veränderungen der Anteile zwischen 1980 und 1996.

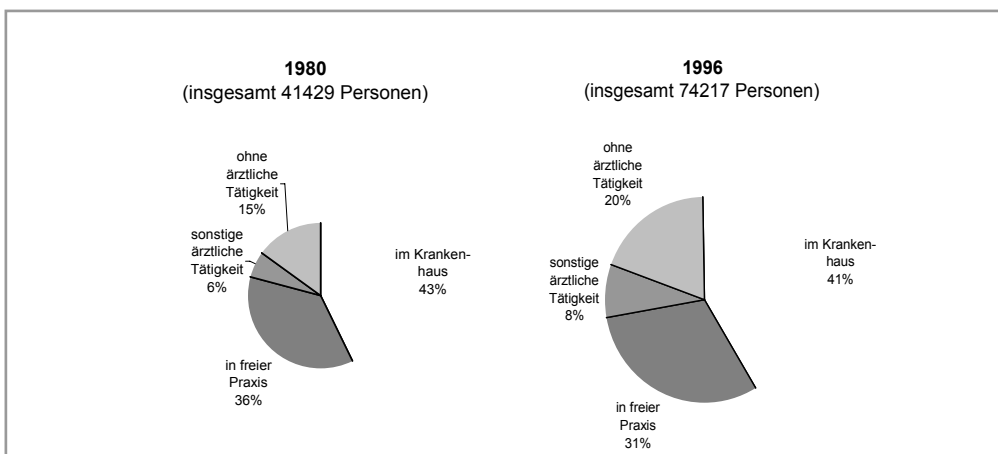


Abb. 1: Vergleich der Ärztezahlen in NRW 1980 und 1996

Legt man alleine die Zahl der berufstätigen Ärzte zugrunde, so hat sich diese von 35 362 im Jahr 1980 um 69 % auf 59 720 im Jahr 1996 erhöht. Die größte Zuwachsrate der Ärzte in Nordrhein-Westfalen liegt mit 149 % bei jenen, die sonstige ärztliche Tätigkeiten ausüben, gefolgt von Krankenhausärzten (72 %) und Ärzten in freier Praxis (51 %). Außerdem fällt auf, dass die Zahl von Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit im Laufe des 16-jährigen Zeitraums um 139 % zugenommen hat.

Vergleicht man die Zusammensetzung der Ärzte nach ihrem Geschlecht, so ist festzustellen, dass die weibliche Ärzteschaft kontinuierlich zugenommen hat: Lag ihr Anteil im Jahr 1980 noch bei 26 %, so ist er 1996 auf 35 % angestiegen. Überdurchschnittlich zugenommen hat die weibliche Ärzteschaft in den Bereichen "Sonstige ärztliche Tätigkeiten" (von 31 % im Jahr 1980 auf 45 % im Jahr 1996) und "Krankenhaus" (von 23 % im Jahr 1980 auf 35 % im Jahr 1996). Auch in freien Praxen sind immer häufiger Ärztinnen anzutreffen. Hier lag der Anteil im Jahr 1980 bei 18 % und im Jahr 1996 schon bei 25 %.

Die Zahl von Ärzten im Praktikum hat von 1990 bis 1996 um 22 % zugelegt. Waren im Jahr 1990 noch 3 704 Ärzte im Praktikum tätig, so belief sich ihre Anzahl im Jahr 1996 bereits auf 4 517. Vergleicht man den Anteil von Ärzten im Praktikum nach ihrem Geschlecht, so ist festzustellen, dass zukünftig die Zahl der weiblichen Ärzteschaft Nordrhein-Westfalens zunehmen wird: Ihr Anteil lag im Jahr 1990 bereits bei 45 % und ist im Jahr 1996 auf 47 % angestiegen.

Die Zahl der Medizinstudenten (Humanmedizin ohne Zahnmedizin), bezogen auf das gesamte Bundesgebiet, ist vom Sommersemester 1991 bis zum Wintersemester 1995/96 insgesamt nur relativ leicht gestiegen, nämlich von 80 868 auf 85 601. Auch hier wächst der weibliche Anteil: Der Anteil der Studentinnen in diesem Bereich hat sich um vier Prozentpunkte auf 47 % erhöht. Die Zahl der Studierenden im ersten Fachsemester hingegen ist geringfügig von 8 263 (Wintersemester 1992/93) auf 8 170 (Wintersemester 1995/96) gesunken. Eine ähnliche Entwicklung ist im Bereich der Zahnmedizin zu verzeichnen. Insgesamt ist eine Erhöhung der Studentenzahlen in diesem Bereich von 13 102 auf 14 232 und eine Erhöhung des Studentinnenanteils von 36 % auf 45 % zu verzeichnen (Sommersemester 1991 - Wintersemester 1995/96), während die Zahl der Facherstsemester sich um 68 auf 1 450 Personen reduziert. Das Verhältnis zwischen Human- und Zahnmedizinstudenten ist über den Berichtszeitraum konstant geblieben, der Anteil der Zahnmedizinstudenten beträgt rund 14 %.

In Anbetracht der möglichen Abweichung vom Studien- und späteren Arbeitsort sind länderspezifische Daten über Human- und Zahnmedizinstudenten für die Entwicklung der Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen bezogen auf ein Bundesland von untergeordneter Bedeutung. Sie sollen daher für das Land Nordrhein-Westfalen nur exemplarisch angeführt werden. Im Wintersemester 1995/96 (Statistisches Bundesamt, Studierende an Hochschulen, Wintersemester 1995/96) studierten in Nordrhein-Westfalen 18 754 Personen Medizin (Humanmedizin ohne Zahnmedizin) und 2 774 Personen Zahnmedizin. Der Anteil der Studentinnen betrug dem Gesamtbundesdurchschnitt entsprechend 47 % und auch der Anteil der Zahnmedizinstudenten wich nur um einen Prozentpunkt von dem Bundesdurchschnitt ab.

Bei einer detaillierten Untersuchung der einzelnen Versorgungsbereiche stellt man fest, dass Ende 1996 in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens insgesamt 30 617 Ärzte beschäftigt waren (Indikator 8.1). Dies sind rund 18 % mehr als 1990, 48 % mehr als 1985 und 72 % mehr als 1980. Mit 41 % war im Jahr 1996 der größte Anteil aller erfassten Ärzte in Krankenhäusern beschäftigt. Zum Vergleich war der Anteil der Krankenhausärzte im Jahr 1990 mit 42 % und im Jahr 1980 mit 43 % um 1 % bzw. 2 % noch etwas größer.

Vergleicht man die Entwicklung der Krankenhausärzte nach ihrem Geschlecht, so ist festzustellen, dass der Frauenanteil angewachsen ist. Im Jahr 1980 waren in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens 13 651 Ärzte beschäftigt, was einen Anteil von 77 % ausgemacht hat. Im Jahr 1996 ist deren Anzahl in absoluten Zahlen auf 19 797 angestiegen, der Anteil an der

Gesamtärzteschaft in den Krankenhäusern aber auf 65 % zurückgegangen. In Bezug auf die weibliche Ärzteschaft ist zu sagen, dass in diesem 16-jährigen Zeitraum sowohl ihre Anzahl (von 4 106 auf 10 820 Ärztinnen) als auch ihr Anteil (von 23 % auf 35 %) an der Gesamtärzteschaft zugenommen hat.

Zur Versorgungsdichte ist festzustellen, dass die Anzahl an Betten je Arzt im Zeitraum 1980 bis 1996 abgenommen hat, und zwar von 10,7 auf 5,9 Betten (Indikator 8.2). Die letzte Versorgungsziffer aus dem Jahr 1996 ist allerdings als zu günstig einzuschätzen, weil in dieser Ziffer die Anzahl von Ärzten in Rehabilitationseinrichtungen nicht enthalten ist.

Betrachtet man das Alter von Krankenhausärzten, so fällt die große Anzahl der jungen (unter 35-jährigen) Ärztinnen und Ärzten auf. Im Jahr 1991 betrug deren Anteil an der Gesamtärzteschaft in Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens 48,1 % (Indikator 8.3). Dieser Anteil ist in den darauffolgenden Jahren allerdings kontinuierlich auf 42,9 % im Jahr 1996 zurückgegangen. Und auch für die kommenden Jahre ist aufgrund zunehmender Belastungen (Konkurrenzdruck, Arbeitszeiten) ein weiterer Rückgang dieser Altersgruppe zu erwarten. Dies spiegelt die Entwicklung der Ärzte im Praktikum bzw. der Studierenden in Medizin nicht wider. Erklärt werden kann dies nur mit einem Aufnahmestau junger Ärzte in die Krankenhaustätigkeit. Zugenommen hat im Zeitraum von 1991 bis 1996 sowohl der Anteil der 35- bis 49-Jährigen (von 40 % auf 43,6 %) als auch der der 50- bis 65-Jährigen (von 11 % auf 13,5 %). Es ist anzunehmen, dass sich der Anteil dieser beiden Altersgruppen auch zukünftig vergrößern wird, weil die Bereitschaft der Krankenhausärzte, sich nach ihrer Facharztausbildung in einer freien Praxis niederzulassen, aufgrund des hohen wirtschaftlichen Risikos, der bestehenden Überversorgung in einzelnen Facharztgruppen und der seit drei Jahren geltenden Niederlassungssperre abnimmt. Die Niederlassungssperre bedingt, dass nur noch freierwerdende Arztpraxen mit jüngeren Ärztinnen und Ärzten besetzt werden können. Dadurch kommt es zu einem Rückstau niederlassungswilliger Ärzte an den Kliniken, und auf eine immer größer werdende Zahl junger Fachärzte wartet die Arbeitslosigkeit.

Im Mittelpunkt der ambulanten medizinischen Versorgung stehen die niedergelassenen Ärzte. Diese Berufsgruppe ist zuletzt auch deshalb zunehmend in den Blickpunkt der gesundheitspolitischen Diskussionen gerückt, weil – zumindest in einzelnen Facharztgruppen – eine Überversorgung konstatiert wird, die für eine überhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit für einen Teil der erheblichen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht wird. Unter diesem Aspekt kann nicht mehr jeder weitere Zuwachs bei den Ärzten in freier Praxis pauschal als Ausdruck einer verbesserten Gesundheitsversorgung angesehen werden. Ende 1996 gab es in Nordrhein-Westfalen insgesamt 22 801 niedergelassene Ärzte (Indikator 8.1). Dies bedeutet eine Zunahme gegenüber dem Jahr 1990 um 23,5 %, gegenüber dem Jahr 1985 um 37,6 % und gegenüber 1980 um 51 %. Der Anteil der niedergelassenen Ärzte an der gesamten Ärzteschaft hat sich seit dem Jahr 1980 ständig verringert. Betrug deren Anteil im Jahr 1980 noch 36 %, so ist er bis 1996 auf 31 % zurückgegangen. Die Erklärung dafür liegt im steigenden Anteil der Ärzte ohne ärztliche bzw. mit sonstiger ärztlicher Tätigkeit (vgl. Abb. 1).

Vergleicht man die Entwicklung der niedergelassenen Ärzte, so ist festzustellen, dass zwar die Zahl der Ärzte kontinuierlich zugenommen hat, der Anteil niedergelassener Ärzte im Verhältnis zur gesamten Ärzteschaft jedoch abgenommen hat. Während im Jahr 1980 in Nordrhein-Westfalen 12 393 Ärzte und 2 681 Ärztinnen in freien Praxen beschäftigt waren, ist die Zahl der männlichen Ärzteschaft im Jahr 1996 auf 17 079 und die der weiblichen Ärzteschaft auf 5 722 angewachsen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der niedergelassenen Ärzte an der gesamten Ärzteschaft von 40,2 % auf 35,6 % und der niedergelassenen Ärztinnen von 25,3 % auf 21,9 % reduziert.

Betrachtet man das Alter der niedergelassenen Ärzte, so fällt die große Anzahl der 40- bis 59-jährigen Ärzte auf. Im Jahr 1992 betrug deren Anteil an der gesamten niedergelassenen Ärz-

teschaft Nordrhein-Westfalens 69 % (Indikator 8.3). Dieser Anteil ist in den darauffolgenden Jahren leicht angestiegen bis hin zu 72 % im Jahr 1996. Auch für die kommenden Jahre ist aufgrund der seit drei Jahren geltenden Niederlassungssperre und des damit fehlenden Nachrückens jüngerer Ärzte mit einer kontinuierlichen Zunahme dieser Altersgruppe zu rechnen. Der Anteil jüngerer Ärzte (unter 35 Jahre) an der Gesamtzahl niedergelassener Ärzte hat seit 1993 stetig abgenommen, und zwar von 4,4 % aus dem Jahr 1993 auf 2,3 % im Jahr 1996.

Die Möglichkeiten der jüngeren Ärztegeneration zur Niederlassung werden zukünftig ansteigen, denn im Jahr 1996 war immerhin 12 % der niedergelassenen Ärzteschaft über 60 Jahre alt. Damit ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren einige Praxen dadurch frei werden, dass ältere Ärzte in den Ruhestand gehen und damit niederlassungswilligen jüngeren Ärzten Platz machen.

Zur Versorgungsdichte ist zu sagen, dass die Anzahl an zu versorgenden Einwohnern je Arzt im Zeitraum 1980 bis 1996 abgenommen hat, und zwar von 1 132 auf 787 Einwohner (Indikator 8.2).

Betrachtet man die Entwicklungs- und Versorgungsdaten niedergelassener Ärzte in Bezug auf ihre einzelnen Facharztgebiete, so wird zum einen deutlich, dass deren Anzahl seit 1980 stark zugenommen hat. Entsprechend hat die Anzahl an zu versorgenden Einwohnern je Facharzt im Zeitraum 1980 bis 1996 deutlich abgenommen.

Die stärkste Zuwachsrate fällt auf den Bereich der Frauenheilkunde, deren Ärztezahl um 60 % von 1 336 im Jahr 1980 auf 2 142 im Jahr 1996 zugenommen hat (Indikator 8.6). Dann folgt mit einer Zunahme von 44 % der kinderheilkundliche Facharztbereich. Hier ist die Anzahl an Ärzten von 835 auf 1 202 angestiegen. Der Fachbereich "Innere Medizin" hat im 16-jährigen Zeitraum um 36 % zugelegt, und zwar von 2 807 auf 3 823. Schließlich ist im Bereich der Allgemeinmedizin die Anzahl der Ärzte im Zeitraum von 1980 bis 1996 um 34 % von 6 041 auf 8 069 angewachsen.

Die Daten zur Versorgungsdichte verdeutlichen, dass die stärkste Abnahme an zu versorgenden Einwohnern je Facharzt den Bereich der Frauenheilkunde betrifft: Deren Anzahl hat im Zeitraum 1980 bis 1996 um 1 910 Einwohner abgenommen, und zwar von 5 554 auf 3 644 Einwohner je Facharzt. Dann folgen mit einer Abnahme von 1 198 Einwohnern je Facharzt der Bereich der Kinderheilkunde (von 3 634 auf 2 436) und mit einer Abnahme von 1 067 Einwohnern je Facharzt der Bereich der Inneren Medizin (von 4 996 auf 3 929). Derselbe Trend ist in der Versorgungsdichte im Bereich der Allgemeinmedizin zu konstatieren. Die Anzahl an zu versorgenden Einwohnern je Allgemeinmediziner hat im 16-jährigen Zeitraum um 600 Einwohner pro Allgemeinarzt abgenommen (von 2 824 auf 2 224).

Berufstätig waren im Jahr 1996 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 50 738 Ärzte (Indikator 8.5). Das entspricht einer Versorgungsdichte von 354 Einwohnern je Arzt. Die Regierungsbezirke differieren hinsichtlich der Versorgungsdichte nicht sehr stark voneinander: Die Versorgungsdichte des Regierungsbezirks Köln beträgt 335 Einwohner je Arzt, die des Regierungsbezirks Düsseldorf 344 Einwohner, die des Regierungsbezirks Detmold 364 Einwohner, die des Regierungsbezirks Münster 365 Einwohner und die des Regierungsbezirks Arnberg 378 Einwohner je Arzt. Betrachtet man die einzelnen Städte und Kreise, so differiert die Versorgungsdichte je nach Region sehr stark voneinander. Während beispielsweise die Versorgungsdichte der Stadt Münster 136 Einwohner je Arzt beträgt, ist die Versorgungsdichte des Kreises Heinsberg mit 622 Einwohnern je Arzt zu beziffern. Diese großen Unterschiede lassen sich durch die teilweise starke regionale Konzentration der medizinischen Angebote erklären.

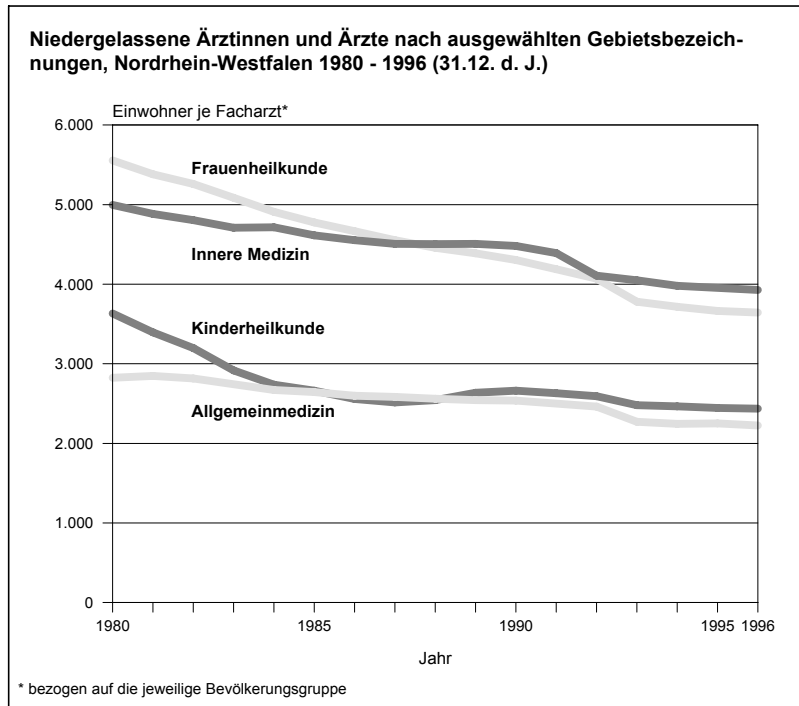


Abb. 2: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nach ausgewählten Gebietsbezeichnungen, Nordrhein-Westfalen 1980 - 1996 (31.12.d.J.)

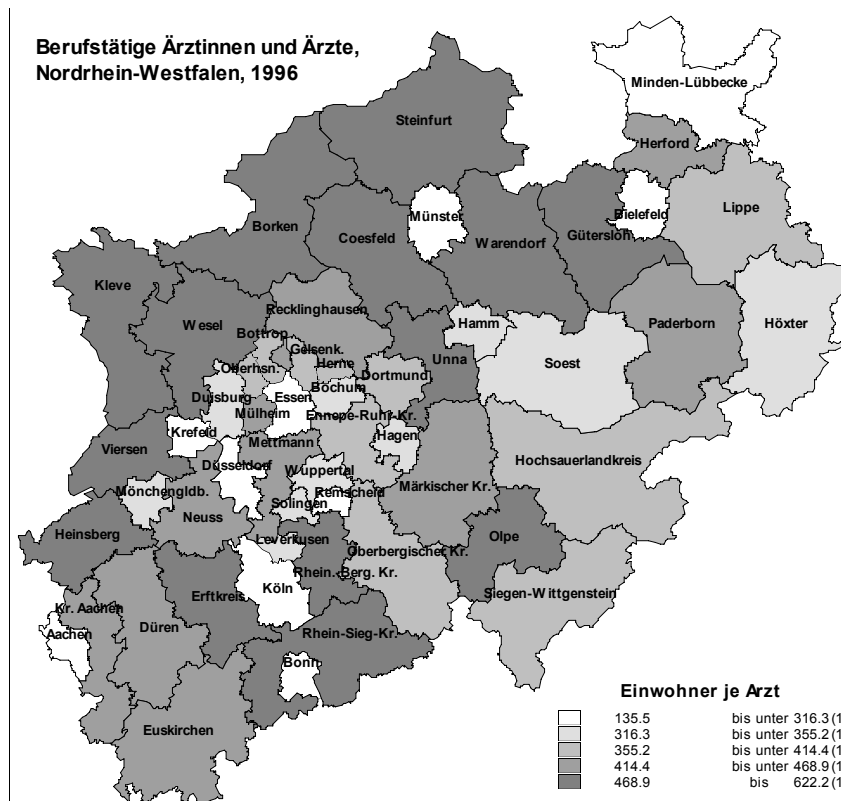


Abb. 3: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte, Nordrhein-Westfalen, 1996

Im Vergleich zu diesen Landesdaten betrug nach Angaben der OECD Health Data 1997, die die praktizierenden Ärzte als Grundlage heranziehen, die Versorgungsdichte für Gesamtdeutschland im Jahre 1995 298 Einwohner je Arzt. In Frankreich waren es im selben Jahr 340 Einwohner, in der Schweiz 323 Einwohner (1994), in den Niederlanden 398 Einwohner je Arzt – hier allerdings lagen die letzten erhobenen Daten aus dem Jahr 1990 vor –, in Schweden 323 Einwohner je Arzt (1996) und in Großbritannien 641 Einwohner je Arzt (1994).

Um eine Beurteilung der Versorgungsqualität vornehmen zu können, genügt dieser Indikator allerdings nicht. Fachliche Kompetenz, Arbeitszeiten, medizinisch-technische Ausstattung und die Struktur des Versorgungssystems müssten ebenso beigezogen werden wie verschiedene Nachfrageparameter.

Daten über Zahnärzte stammen von den Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe und beziehen sich auf Zahnärzte, die in Nordrhein-Westfalen ihren Beruf ausüben oder – falls sie ihren Beruf nicht ausüben – ihren gewöhnlichen Aufenthalt dort haben. In den ausgewiesenen Daten sind neben den extra ausgewiesenen Kieferorthopäden, die im Weiteren unberücksichtigt bleiben sollen, sowohl die niedergelassenen Zahnärzte, die im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Zahnärzte, privat tätige Zahnärzte und Assistenzzahnärzte enthalten als auch die Zahnärzte in Krankenhäusern, Arztpraxen, bei der Bundeswehr sowie diejenigen ohne Berufsausübung.

Im Jahr 1995 betrug deren Zahl 15 549 (Indikator 8.4). Im Jahr 1996 ist diese um 2,7 % auf 15 114 gesunken. Berufstätig im Sinne einer zahnärztlichen Tätigkeit waren im Jahr 1995 12 184 und im Jahr 1996 11 963 Zahnärzte. Dies entspricht einer Abnahme um 1,8 %. Der Anteil an Zahnärzten in freien Praxen war 1996 mit 63 % am größten, gefolgt von denjenigen ohne zahnärztliche Tätigkeit mit 21 %, denjenigen mit sonstiger zahnärztlicher Tätigkeit mit 14 % und Krankenhauszahnärzten mit 3 %.

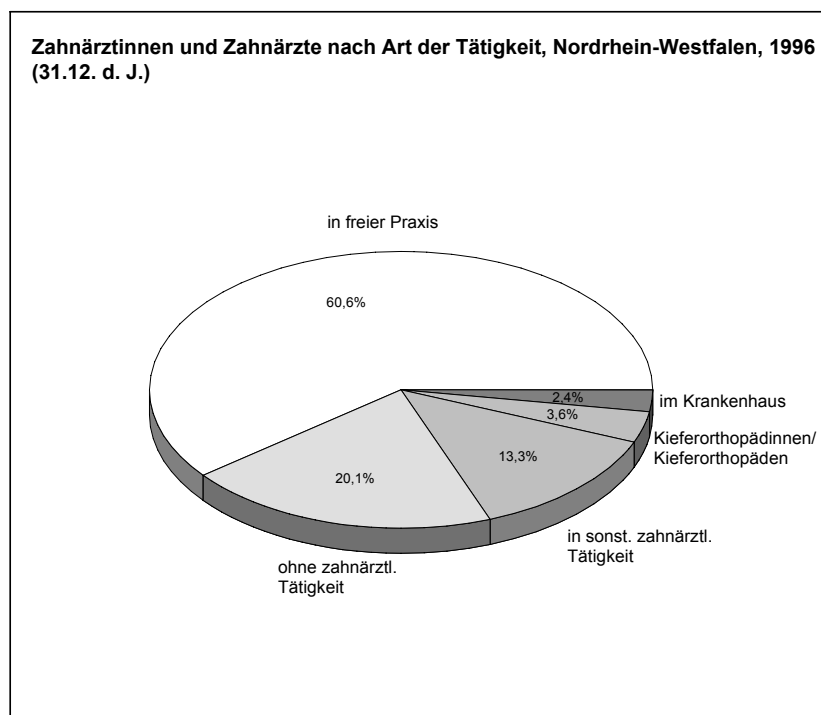


Abb. 4: Zahnärztinnen und Zahnärzte nach Art der Tätigkeit, Nordrhein-Westfalen, 1996 (31.12.d.J.)

Die Anzahl an niedergelassenen Zahnärzten hat im zweijährigen Zeitraum von 1995 bis 1996 in Nordrhein-Westfalen unwesentlich zugenommen, von 9 423 auf 9 498 (Indikator 8.4), liegt aber damit entgegen dem rückläufigen Trend der gesamten berufstätigen Zahnärzte in Nordrhein-Westfalen (weniger als 3 %). Der Anteil der weiblichen Zahnärzteschaft in freien Praxen beträgt in Nordrhein-Westfalen 51 %, die ihrer männlichen Kollegen 67 %.

In Bezug auf die Entwicklung der Approbationen von Ärzten und Zahnärzten liegen auch geschlechtsspezifische Daten vor. Die Zahl an erteilten Approbationen ist sowohl bei Ärzten als auch bei Zahnärzten zurückgegangen. Bei Ärzten ist die Anzahl, legt man einen 11-jährigen Zeitraum zugrunde, von 2 881 im Jahr 1985 auf 2 755 im Jahr 1996 leicht zurückgegangen (Indikator 9.3). Dies entspricht einem Rückgang um 4,6 %. Bei den Zahnärzten ist in diesem Zeitraum sogar ein Rückgang um 33 % zu beobachten, von 625 im Jahr 1985 auf 421 im Jahr 1996. Dieser Rückgang ist ausschließlich den rückläufigen männlichen Berufszulassungen zuzuschreiben: Während in der männlichen Ärzteschaft die Anzahl an erteilten Approbationen um 32 % abgenommen hat, ist dieser in der weiblichen Ärzteschaft um 40 % angestiegen. Bei den Zahnärzten beträgt die prozentuale Abnahme der männlichen Ärzteschaft 49 %, der Anstieg der weiblichen Ärzteschaft 36 %.

Die Anzahl an berufstätigen praktischen Ärzten bzw. Allgemeinärzten in NRW beträgt – bezogen auf das Jahr 1996 – 22 209, die der Gebietsärzte bzw. der Fachärzte mit abgeschlossener Ausbildung 28 529 und die der Zahnärzte bzw. Kieferorthopäden 10 586 (Indikator 8.5). Am besten versorgt ist Nordrhein-Westfalen mit Gebiets- bzw. Fachärzten (629 Einwohner je Arzt), gefolgt von den praktischen Ärzten (808 Einwohner je Arzt) und den Zahnärzten inklusive Kieferorthopäden (1 695 Einwohner je Arzt). Grundlage der Daten zur Versorgungsdichte und zur Anzahl an berufstätigen Fachärzten ist die allgemeine Statistik der Berufe des Gesundheitswesens, die frei praktizierende Fachärzte einschließlich derjenigen mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (z. B. Belegärzte) und Assistenzärzte bei frei praktizierenden Ärzten enthält.

Setzt sich die Entwicklung der steigenden Zahl der spezialisierten Gebiets- bzw. Fachärzte fort, so ist nicht zu erwarten, dass sich die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in früheren Gutachten vorgeschlagene Stärkung der hausärztlichen Tätigkeit von selbst einstellen wird. Daher könnte überlegt werden, ob es nicht sinnvoll wäre, den Gebietsärzten, die sich entsprechend weitergebildet und zusätzliche allgemeinärztliche Fähigkeiten erworben haben, eine Übernahme der hausärztlichen Tätigkeit zuzugestehen.

Die Daten der berufstätigen Ärzte und Zahnärzte, die durch die unteren Gesundheitsbehörden erfasst wurden, weichen von denen ab, die von den Ärzte- und Zahnärztekammern erhoben werden. Die Ursachen liegen in möglicherweise unvollständigen Meldungen durch die unteren Gesundheitsbehörden einerseits und andererseits in zusätzlichen Meldungen von nicht berufstätigen Ärzten und Zahnärzten durch die entsprechenden Kammern. Als bessere Datenquelle und deshalb als verbindlich gelten die Zahlen der Ärzte- und Zahnärztekammern, die ab dem Jahr 1996 in Nordrhein-Westfalen für die Ärzte- und Zahnärztestatistik vom Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung genutzt werden. Eine Differenzierung des Versorgungsgrades mit niedergelassenen Ärzten nach Fachrichtungen auf Kreisebene findet sich im Indikator 6.2. Als Quelle wurden die Planungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe verwendet.

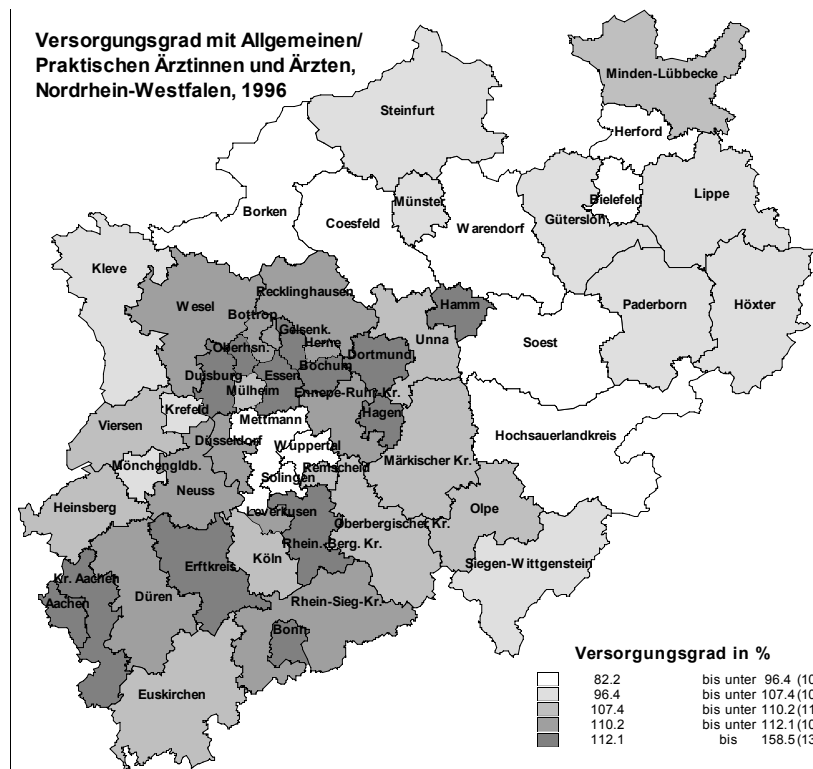


Abb. 5: Versorgungsgrad mit Allgemeinen/Praktischen Ärztinnen und Ärzten, Nordrhein-Westfalen, 1996

7.1.2 Staatlich geprüfte Pflegeberufe und Hebammen

Insgesamt gab es Ende des Jahres 1996 in Nordrhein-Westfalen nach Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik 114 955 Personen, die in Pflegeberufen berufstätig waren, weitere 20 204 Personen befanden sich in der Ausbildung. Den größten Anteil hat mit 81 % die Berufsgruppe der Krankenschwestern, weitere 10 % die Gruppe der Krankenpflegehelfer und 9 % die der Kinderkrankenschwestern gestellt. Von den Pflegekräften, die sich 1996 in der Ausbildung befanden, waren 85 % Krankenschwestern, 11 % Kinderkrankenschwestern und 4 % Krankenpflegehelfer.

Im langfristigen Trend lässt sich ein Zuwachs von 10 % an beschäftigten Pflegekräften im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens konstatieren, zieht man die Vergleichsdaten aus dem Jahr 1988 zu Rate. Innerhalb der Gesamtgruppe der ausgebildeten Pflegekräfte haben sich Verschiebungen vollzogen: Während die Berufsgruppe der Kinderkrankenschwestern mit einem Zuwachs von 23 % überdurchschnittlich zugelegt hat, beträgt der Zuwachs in der Berufsgruppe der Krankenpflegehelfer nur 2 %. Um 10 % angewachsen ist die Gruppe der Krankenschwestern.

In den einzelnen Pflegeberufen sind, differenziert man sie nach dem Geschlechtsstatus, mit einem Anteil von 86 % überwiegend Frauen beschäftigt. Im Bereich der Kinderkrankenpflege beträgt der Anteil von Frauen nahezu 100 %. Zukünftig ist ein Anstieg des männlichen Anteils an Pflegekräften zu erwarten, zieht man in Betracht, dass sich der Anteil der weiblichen Pflegekräfte in der Ausbildung auf 63 % reduziert hat.

Ausnahmslos Frauen sind die 2 588 Hebammen, die es Ende 1996 in Nordrhein-Westfalen gab. In der Ausbildung befanden sich weitere 85. Im Vergleich zum Jahr 1988 hat sich die Anzahl an Hebammen damit um 44 % erhöht.

7.1.3 Sonstige Gesundheitsdienstberufe mit staatlicher Prüfung

Unter die sonstigen Gesundheitsberufe mit staatlicher Prüfung sind zu fassen: Krankengymnasten, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Masseur sowie medizinische Bademeister, medizinisch-technische Assistenten inklusive medizinisch-technische Laboratoriums- und Radiologieassistenten, Heilpraktiker, Sozialarbeiter, Diätassistenten, Apotheker, pharmazeutisch-technische Assistenten, Apothekerassistenten und die sonstigen im Gesundheitswesen tätigen Personen wie u. a. Logopäden, Orthoptisten, Psychologen.

Insgesamt betrug die Zahl der Beschäftigten in den sonstigen Gesundheitsdienstberufen im Jahre 1995 rund 56 700 Personen.

Die Zahl an Apothekerinnen und Apothekern betrug im Jahr 1995 in Nordrhein-Westfalen 10 767. Dies macht im Verhältnis zu den sonstigen Gesundheitsberufen 19 % aus.

Unter dem pharmazeutischen Personal betrug der Frauenanteil 76 %. Besonders hoch war der Frauenanteil mit 98 % unter den pharmazeutisch-technischen Assistenten. Immerhin betrug er 85 % unter den Apothekerassistenten und nur 53 % unter den Apothekern.

Vergleicht man die Daten des pharmazeutischen Personals vom Jahr 1995 mit denen des Jahres 1988, so lässt sich in der Berufsgruppe der Apotheker ein Zuwachs von 6 % und in der Gruppe der pharmazeutisch-technischen Assistenten ein Zuwachs von 16 % an beschäftigtem Personal beobachten.

Zur Gruppe der therapeutischen Heilhilfsberufe zählen die Masseur und medizinischen Bademeister, die Krankengymnasten, die Heilpraktiker, die Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten sowie die Diätassistenten. Die größten Berufsgruppen des therapeutischen Heilhilfspersonals bildeten im Jahr 1995 in Nordrhein-Westfalen die Krankengymnasten und die Masseur inklusive der medizinischen Bademeister mit einem Anteil von jeweils 10 % an den sonstigen Gesundheitsdienstberufen. Die Heilpraktiker haben mit einem Anteil von 5 %, die Diätassistenten und die Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten mit einem Anteil von jeweils 3 % einen geringeren Anteil ausgemacht. Zu den Daten der therapeutischen Heilhilfsberufe ist zum einen anzumerken, dass bei den Diätassistenten sowohl Leiter von Diätküchen als auch ernährungsmedizinische Berater erfasst worden sind. Zum anderen ist bei der Gruppe der Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten zu beachten, dass sich mittlerweile eine andere Berufsbezeichnung, nämlich die der Ergotherapeuten, durchgesetzt hat.

Zum langfristigen Trend der Entwicklung dieser therapeutischen Heilhilfsberufe ist zu sagen, dass der größte Zuwachs an Personal seit dem Jahr 1988 mit rund 80 % bei den Krankengymnasten zu verzeichnen ist. Dann folgen die Heilpraktiker mit einem Zuwachs von 38 %, die Ergotherapeuten mit 33 %, die Masseur und medizinischen Bademeister mit 23 % und die Diätassistenten mit rund 8 %.

Während der Anteil der Sozialarbeiter inklusive der Gesundheitspfleger am sonstigen Gesundheitspersonal 7 % ausgemacht hat, war der Anteil der sonstigen im Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens tätigen Personen im Jahr 1995 mit 18 % sehr hoch. Darunter fallen u. a. Logopäden, Orthoptisten und in der Verwaltung tätige Personen. Nicht erfasst sind darunter die Arzthelfer.

7.2 Erwerbstätige in den Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die beiden wichtigsten Beschäftigungsbereiche im Gesundheitswesen sind die stationäre und die ambulante Versorgung. Zur stationären Versorgung gehören in Nordrhein-Westfalen nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen für den Stichtag 31.12.1996 insgesamt 405 Allgemein- und 69 Sonderkrankenhäuser. Die ambulante ärztliche Versorgung wird von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten

durchgeführt. Weitere Bereiche, die die ambulante Versorgung sicherstellen, sind der öffentliche Gesundheitsdienst mit den unteren Gesundheitsbehörden der Kommunen und die örtlichen Apotheken.

7.2.1 Stationäre Versorgung

Der Personalstand der Krankenhäuser und seine Entwicklung in der Vergangenheit sind statistisch gut dokumentiert. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten ausgebildeter Pflegeberufe, therapeutischer Heilhilfsberufe sowie medizinisch-technischer Berufe arbeitet im Krankenhaus.

► **Pflegepersonal und Hebammen**

Das Krankenhauspflegepersonal ist Bestandteil des nichtärztlichen Personals in Krankenhäusern. Das Personal des Pflegedienstes ist im Pflegebereich der allgemeinen und sonstigen Krankenhäuser tätig. In Pflegeberufen der Krankenhäuser waren in Nordrhein-Westfalen Ende 1996 inklusive dem sonstigen Krankenpflegepersonal (ohne staatliche Prüfung) 107 197 Personen beschäftigt. Im längerfristigen Trend lässt sich ein leichter Zuwachs der Krankenhausbeschäftigten in Pflegeberufen beobachten. Seit 1992 hat deren Anteil um 3 % zugenommen (Indikator 8.8). Den größten Anteil der in der Krankenpflege Beschäftigten machen die Krankenschwestern mit rund 70 % aus. Ihre Zahl hat sich mit 71 565 im Jahr 1992 auf 75 866 im Jahr 1996 um 6 % erhöht. Einen noch größeren Zuwachs als die Krankenschwestern haben die Kinderkrankenschwestern zu verzeichnen, deren Zahl von 9 285 im Jahr 1992 auf 10 082 im Jahr 1996 um 9 % angestiegen ist. Ein Rückgang von 12 % entfiel auf die Krankenpflegehelfer, und auf das sonstige Krankenhauspersonal in diesem Zeitraum, also u. a. Zivildienstleistende und Praktikanten.

Betrachtet man die einzelnen Regierungsbezirke Nordrhein-Westfalens, so hat der Regierungsbezirk Düsseldorf mit 29,5 % den größten Anteil an ausgebildetem Personal, das in den einzelnen Krankenpflegeberufen beschäftigt ist (Indikator 8.8a). Dann folgen die Regierungsbezirke Arnsberg mit 23,7 %, Köln mit 20,7 %, Münster mit 14,5 % und Detmold mit 11,4 %. Die Versorgungsdichte hingegen pendelt zwischen 140 (Regierungsbezirk Arnsberg) und 176 (Regierungsbezirk Köln) Einwohnern pro Person im Krankenpflegeberuf.

Augenfällig ist der besonders hohe Frauenanteil bei den Pflegeberufen in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens, der weit über dem ohnehin hohen Frauenanteil im gesamten Gesundheitswesen liegt: Im Jahr 1996 betrug er 84 % – ein Anteil, der seit 1992 relativ stabil ist. Betrachtet man den männlichen Anteil an den Pflegeberufen, so hat der Anteil an Kinderkrankenpflegern mit 29 % besonders stark zugenommen: Betrug ihre Zahl 1992 noch ganze 84, so ist sie 1996 auf 108 angewachsen. Demgegenüber hat der Anteil an Kinderkrankenschwestern nur um 8,4 % zugelegt, und zwar von 9 201 im Jahr 1992 auf 9 974 im Jahr 1996.

Diese im Zusammenhang mit dem viel diskutierten Notstand der Krankenhauspflege besonders interessierenden Zahlen der Pflegepersonen bedürfen zur Abschätzung der Pflegewirksamkeit ergänzender Angaben, die Bezug nehmen auf die Belastung des Pflegepersonals. Aussagefähiger ist daher der Bezug der Zahl von Pflegekräften zur Zahl der behandelten Kranken und zur Intensität und Qualität der Behandlung aufgrund der Änderung der Patienten- und Leistungsstruktur. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist die Zahl stationär behandelter Kranker in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 1994 von 170 auf 175 je 1 000 Einwohner gestiegen. Dem entspricht für das Gesundheitssystem ein Anstieg der Zahl stationär behandelter Kranker um 6 % von 13,777 Mio. (Akutkrankenhäuser 13,509 Mio.) im Jahr 1990 auf 14,627 Mio. (Akutkrankenhäuser 14,337 Mio.) im Jahr 1994. Ein etwas stärkerer prozentualer Anstieg an stationär behandelten Patienten ist für Nordrhein-Westfalen zu beobachten.

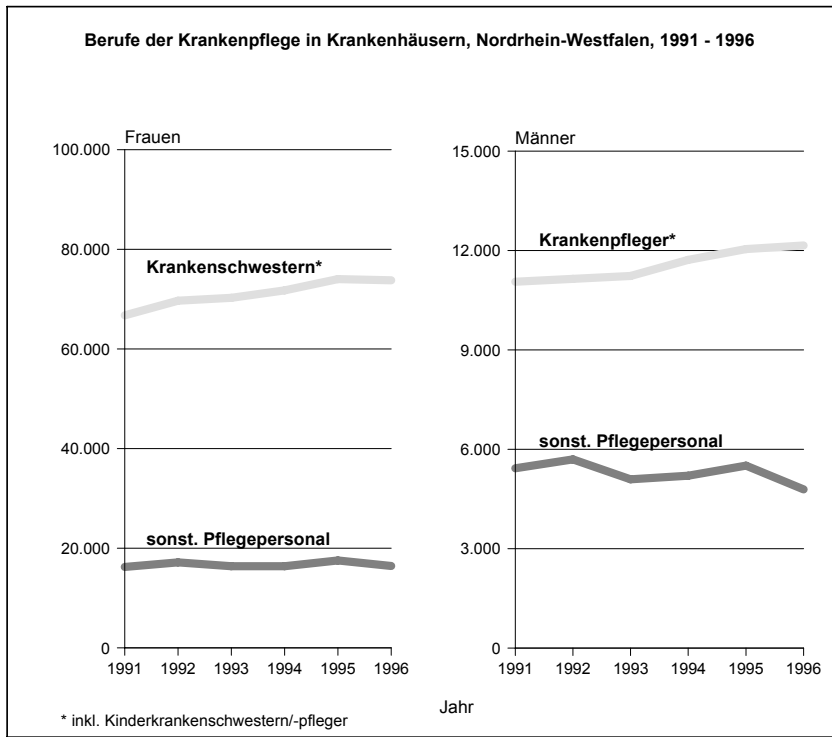


Abb. 6: Berufe der Krankenpflege in Krankenhäusern, Nordrhein-Westfalen, 1991 - 1996

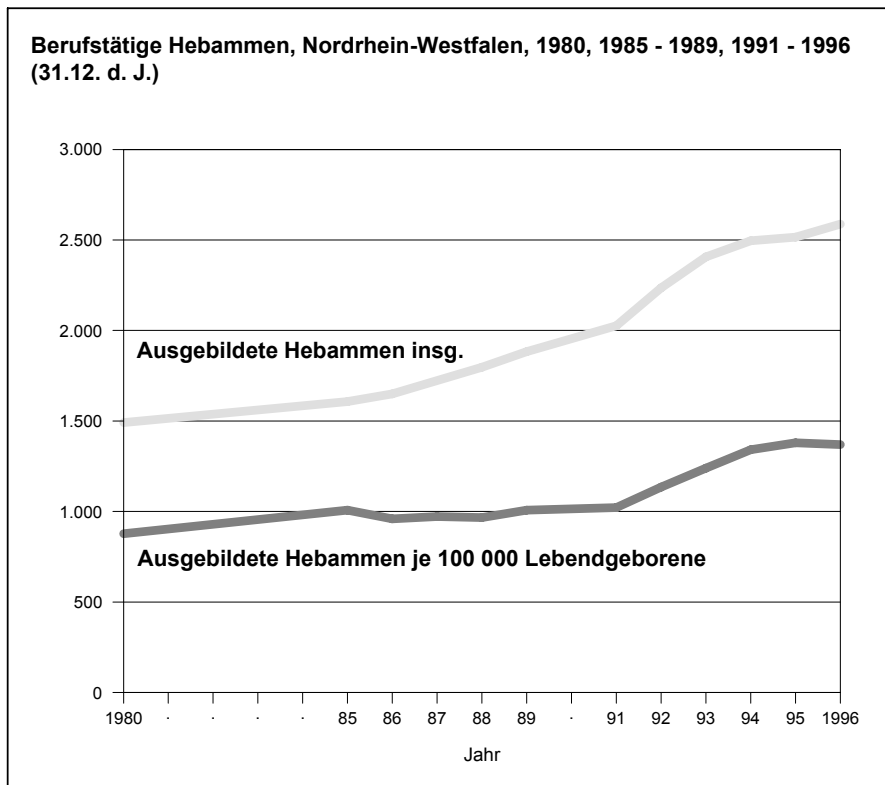


Abb. 7: Berufstätige Hebammen, Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985 - 1989, 1991 - 1996 (31.12.d.J.)

Dort ist die Zahl stationär behandelter Patienten um 10 % von 3,272 Mio. im Jahr 1990 auf 3,614 Mio. im Jahr 1994 angestiegen. Die hier dargelegten Daten beziehen sich jeweils auf voll- und teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte der Krankenhäuser Nordrhein-Westfalens. Entscheidend für die Abschätzung der voll verfügbaren Pflegekräfte wäre aber eine Differenzierung in Voll- und Teilzeitbeschäftigte. Daten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion des Gesundheitswesens weisen darauf hin, dass in Deutschland insgesamt ca. 30 % der Pflegekräfte teilzeitbeschäftigt sind.

Die Zahl der ausgebildeten Hebammen ist von rund 1 500 im Jahr 1980 auf rund 2 600 im Jahr 1996 angewachsen (Indikator 8.11). Dies entspricht einem Zuwachs von 74 %. Die Versorgungsdichte hat ebenfalls zugenommen: Während im Jahr 1980 rund 900 Hebammen auf 100 000 Lebendgeborene kamen, waren es im Jahr 1996 rund 1 400 Hebammen auf 100 000 Lebendgeborene. Dies entspricht einem Anstieg der Versorgungsdichte um 56 %. Diese Daten zu den Hebammen beziehen sich auf voll- und teilzeitbeschäftigte Personen, die sowohl im Krankenhaus als auch freiberuflich tätig sind.

► **Medizinisch-therapeutisches Personal**

Zur Gruppe des medizinisch-therapeutischen Personals in Krankenhäusern zählen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Diätassistenten, Heilpädagogen, Krankengymnasten, Logopäden, Masseure und medizinische Bademeister sowie Psychologen und Sozialarbeiter. Die folgenden Daten beziehen sich jeweils auf den Zeitraum von 1993 bis 1996. Insgesamt hat die Zahl des medizinisch-therapeutischen Personals in dieser Zeit von 8 822 um 3 % auf 9 088 zugenommen (Indikator 8.9). Auch diese Daten sind nicht in Bezug auf voll- und teilzeitbeschäftigte Kräfte differenziert worden.

Die größte Gruppe des medizinisch-therapeutischen Personals bilden die Krankengymnasten, deren Zahl – ausgehend vom Jahr 1993 – von 2 494 auf 2 804 im Jahr 1996 angewachsen ist. Dies entspricht einer Zunahme um 12 %. Im Jahr 1996 betrug der Frauenanteil dieser Berufsgruppe 81 %. Es fällt auf, dass der Anteil an männlichen Krankengymnasten im Vergleich zu ihren weiblichen Kolleginnen stärker zugenommen hat: Während die Zahl der Krankengymnasten von 379 im Jahr 1993 auf 540 im Jahr 1996 um 42 % zugelegt hat, ist die Zahl an Krankengymnastinnen von 2 115 nur um 7 % auf 2 264 angewachsen.

Die Berufsgruppe der Heilpädagogen ist die zahlenmäßig kleinste unter dem medizinisch-therapeutischen Personal. Ihre Zahl hat mit 44 % insgesamt am stärksten von allen hier diskutierten Berufsgruppen zugenommen: Von 99 im Jahr 1993 auf 143 im Jahr 1996. Der Anteil an Frauen beträgt 84 %. In dieser Gruppe hat die Zahl der Männer mit 27 % weniger stark zugenommen als die der Frauen mit 48 %. Die Zahl der Frauen ist von 81 auf 120 angestiegen und die der Männer von 18 auf 23.

Die zweitstärkste Zunahme der hier diskutierten Gesundheitsberufe können die Logopäden verzeichnen, und zwar um 20 % von 186 im Jahr 1993 auf 224 im Jahr 1996. Der Anteil an Frauen in dieser Berufsgruppe betrug im Jahr 1996 13 %. Vergleicht man die Anzahl der beiden Geschlechter miteinander, so ist die Zahl der Logopädinnen im Zeitraum 1993 bis 1996 mit 24 % wesentlich stärker angestiegen als die der Logopäden, deren Anzahl gleich geblieben ist.

Der Zuwachs der Beschäftigtenzahl der noch jungen Berufsgruppe der Ergotherapeuten liegt mit 9 % an vierter Stelle. Betrug ihre Zahl in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens im Jahr 1993 noch 1 356, so ist sie im Jahr 1996 um 9 % auf 1 473 angestiegen. Frauen haben im Jahr 1996 mit einem Anteil von 53 % die Mehrheit gestellt. Der Anteil der Männer ist in dem vierjährigen Zeitraum um 7 % angestiegen, während die Frauen einen Zuwachs von 10 % verzeichnen konnten.

Die Zahl der Psychologen hat überdurchschnittlich um 7 % von 898 im Jahr 1993 auf 962 im Jahr 1996 zugenommen. Mit 54 % stellen in dieser Berufsgruppe die Frauen nur knapp die Mehrheit, deren Zahl in dem vierjährigen Zeitraum sogar um 13 % zugelegt hat: von 458 auf 517. Bei den Männern konnte lediglich eine Zunahme um 1 % von 440 auf 445 festgestellt werden.

► **Technisch-diagnostisches Personal**

Zum technisch-diagnostischen Personal der Krankenhäuser Nordrhein-Westfalens werden die medizinisch-technischen Assistenten, die medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten, die medizinisch-technischen Radiologieassistenten und die Zytologieassistenten gezählt.

Innerhalb des vierjährigen Zeitraums von 1993 bis 1996 ist die Zahl des voll- und teilzeitbeschäftigten technisch-diagnostischen Personals stabil geblieben: Im Jahr 1993 waren in dieser Berufsgruppe 10 711 Personen beschäftigt, drei Jahre später 10 642 (Indikator 8.10). Den größten Teil dieser Berufsgruppe machen mit 56 % die Laboratoriumsassistenten aus. Danach folgen die Radiologieassistenten (34 %), die medizinisch-technischen Assistenten (9,2 %) und die Zytologieassistenten (0,3 %). Während die Zahl der medizinisch-technischen Assistenten von 1 033 im Jahr 1993 auf 978 im Jahr 1996 leicht abgenommen hat, ist bei den Zytologen ein Rückgang um 25 % von 40 auf 30 Personen festzustellen. Bei einem Anteil von 95 % können die medizinisch-technischen Berufe als typische Frauenberufe gelten.

7.3 Ambulante Versorgung

7.3.1 Pflegepersonal und sonstige Gesundheitsdienstberufe im ambulanten Bereich

Seit dem Jahr 1990 ist es nicht möglich, aussagekräftige und im Verhältnis zur stationären Versorgung vergleichbare Daten sowohl zur Zahl der in ambulanten Pflegeeinrichtungen tätigen Krankenschwestern und -pflegern als auch zur Zahl derjenigen in sonstigen Gesundheitsberufen tätigen Personen zu erhalten. Dies ist umso enttäuschender, wenn man bedenkt, dass mit der zu erwartenden Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger älterer Menschen auch die Bedeutung des ambulanten Bereichs immer stärker in den Mittelpunkt des Versorgungsinteresses rücken wird. Angestrebt wird eine Entlastung der stationären Versorgung in den Krankenhäusern, insbesondere bei den chronisch Kranken und Langzeitpflegebedürftigen.

7.4 Untere Gesundheitsbehörden

Untere Gesundheitsbehörden sind kommunale Einrichtungen auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Das Personal der unteren Gesundheitsbehörden ist u. a. besetzt durch Ärzte, Zahnärzte, Fachberufsgruppen wie Gesundheitsingenieure, Gesundheitsaufseher, Desinfektoren, medizinisch-technische Assistenten, Sozialarbeiter, Arzthelfer, Zahnarzthelfer sowie Verwaltungspersonal inkl. Schreibkräfte. Ihre Aufgaben sind gesetzlich definiert und beinhalten u. a. Gesundheitspflege für Säuglinge und Kinder, Jugendgesundheitspflege, Behindertenhilfe, Beratung und Betreuung von psychisch Kranken und Süchtigen, Bekämpfung von Tuberkulose und von Infektionskrankheiten inkl. AIDS, Durchführung von Impfungen, Überwachung von Einrichtungen und Anlagen, Gutachtertätigkeit.

Ende 1996 gab es in Nordrhein-Westfalen insgesamt 4 265 in unteren Gesundheitsbehörden beschäftigte Personen (Indikator 6.19). Darunter fielen 866 voll- und teilzeitbeschäftigte Ärzte und Zahnärzte sowie eine Anzahl von 3 399 Gesundheitsaufsehern, Desinfektoren, medi-

zinisch-technischen Assistenten, Sozialarbeitern, Arzthelfern, Zahnarzthelfern sowie Verwaltungspersonal inkl. Schreibkräften, die in der Statistik des LDS als "übrige Beschäftigte" geführt werden. Zur Versorgungsdichte ist anzumerken, dass im Jahr 1996 insgesamt 24 Beschäftigte auf 100 000 Einwohner kamen. Ärzte und Zahnärzte haben diesbezüglich einen Anteil von 5 Beschäftigten pro 100 000 Einwohner ausgemacht, die übrigen Beschäftigten einen Anteil von 19 pro 100 000 Einwohner.

Betrachtet man die Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen, die in den unteren Gesundheitsbehörden Nordrhein-Westfalens tätig sind, bezogen auf den Zeitraum von 1991 bis 1996, so ist Folgendes festzustellen: Während die Anzahl an hauptamtlichen Ärzten nahezu stabil blieb, ist die der hauptamtlichen Zahnärzte geringfügig rückläufig.

Ein deutlicher Rückgang in der Beschäftigungsentwicklung ist mit 37 % bei den medizinisch-technischen Assistenten (von 178 auf 113) und mit 40 % bei den Desinfektoren (von 47 auf 28) zu verzeichnen, während alle anderen Berufsgruppen in den unteren Gesundheitsbehörden bezüglich der Beschäftigungsentwicklung stabil geblieben sind bzw. die Anzahl der Arzt- und Zahnarzthelfer von 692 auf 702 ausgebaut wurde. Bemerkenswert ist weiterhin, dass die Anzahl der Sozialarbeiter, nach einer Aufstockung von ca. 40 bis 50 Personen in den Jahren 1992 bis 1995 einen deutlichen Rückgang erfahren hat und sich wieder auf dem zahlenmäßigen Niveau von 1990 befindet.

7.5 Apothekerinnen und Apotheker

Die Daten der Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe weisen darauf hin, dass die Zahl der Apotheker, die im ambulanten Bereich tätig sind, in Bezug auf einen zweijährigen Beobachtungszeitraum von 1995 bis 1996 in Nordrhein-Westfalen leicht zugenommen hat. Gab es im Jahr 1995 noch 9 370 Apotheker, die in öffentlichen Apotheken tätig waren, hat sich diese Zahl im Jahr 1996 um 2 % auf 9 512 erhöht.

7.6 Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen stellt in Nordrhein-Westfalen ein breit gefächertes Beschäftigungsfeld dar und ist ein wichtiger Teil des Arbeitsmarktes. Die verschiedenen Berufsgruppen sind als Anbieter von Gesundheitsleistungen auch direkt verantwortlich für Ausmaß und Qualität der Patientenversorgung und der daraus entstehenden Kosten. Aufgrund des progressiven Zuwachses der Beschäftigten in diesem Bereich sowie dessen Beitrag zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, wurde daher eine quantitative Untersuchung der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen für NRW durchgeführt. Als wesentliches Ergebnis muss festgehalten werden, dass nahezu in allen Gesundheitsberufen die Anzahl der Beschäftigten in den letzten Jahren in NRW merklich zugenommen hat, wobei die Berufsgruppe der Ärzte bzw. – mit Blick auf die Medizinstudenten und Ärzte im Praktikum – der angehenden Ärzte hervorzuheben ist. Deren Zahl ist in den vergangenen Jahren überproportional stark gewachsen. Dieses hat zu einer erheblichen Zunahme der Versorgungsdichten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geführt. NRW steht damit, wie Deutschland überhaupt auch im internationalen Vergleich, in der Spitzengruppe. Neben dieser quantitativ verbesserten Patientenversorgung führt die ärztliche Überversorgung zu einer verschärften Konkurrenzsituation und – gepaart mit neueren Steuerungsinstrumenten wie z. B. der Niederlassungssperre, deren Auswirkungen abschließend noch nicht beurteilt werden können – zu einer fehlenden Perspektive der jungen Medizinergeneration. Um die drohende Arbeitslosigkeit der Mediziner zu mildern, müssen neue Arbeitsgebiete und Karrieremuster gesucht werden.

Vor dem Hintergrund der weiter wachsenden Bedeutung der ambulanten Versorgung ist die Bildung aussagekräftiger Statistiken für das ärztliche und pflegerische Personal sowie die vorhandene und genutzte Infrastruktur im ambulanten Bereich – vergleichbar den vorhandenen Daten der stationären Versorgung – unumgänglich. Auf der Basis einer solchen Datengrundlage können entsprechende Veränderungen und Entwicklungen in diesem Bereich verfolgt und auf politischer Ebene Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Akteure (Leistungserbringer und Finanzierer) ausgesprochen werden.

Literatur

- 1 Statistisches Bundesamt (Hrsg.)
- 2 Studierende an Hochschulen 1995/96
- 3 Bardehle, D.; Annuß, R. (1999): Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen. Teil 2: Indikatoren der Themenfelder 6 - 11 des GMK-Indikatorensetzes. (Iögd 1999, Gesundheitsberichterstattung Band 11.) Bielefeld.



8 Ausgaben, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen

Ulrich Wagner

Das deutsche Gesundheitswesen ist zu teuer und weiter reformbedürftig. Dies war die Schlussfolgerung des am 19.08.1997 in Bonn vorgestellten Deutschlandberichtes der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) (10).

Die gesetzliche Krankenversicherung, die derzeit ca. 50 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland finanziert, befindet sich in einem Status, der als "Gleichgewichtssuche" definiert werden könnte. Ein Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Zielen, die ihr per Gesetz auferlegt wurden und werden (vgl. u. a. 12) und Zielen, die ihr z. B. durch die politische Rationalität diktiert werden. Diese Ziele sind aber keineswegs unumstritten, sie betreffen teilweise nicht direkt den Gesundheitssektor, sondern sind anderen Sektoren entliehen oder sind übergeordnete Ziele (z. B. horizontale, vertikale, intertemporale und interpersonelle Umverteilungsziele).

Diese Problemstellungen sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht neu. Die Historie der "interventionellen Therapie" (Kostendämpfungsgesetze, Gesundheitsreformgesetz, Gesundheitsstrukturgesetz, Beitragsentlastungsgesetz, Neuordnungsgesetze) und damit des Outputs des politischen Prozesses, ist nahezu so alt wie das deutsche Nachkriegsgesundheitswesen. Aber die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995 für das Gesundheitswesen geforderte Ergebnisorientierung, also der Outcome, der ja auch für diese Art Intervention gelten sollte, ist noch recht dürftig. Zumindest, so könnte man argumentieren, konnte eine noch stärkere Steigerung der Gesundheitsausgaben verhindert werden. Der Stein der Weisen ist aber noch nicht gefunden. Die OECD hat diesen ebenfalls nicht in Händen, auch wenn sie bemerkt, dass die letzte Gesundheitsreform "zwar ein Schritt in die richtige Richtung" sei, doch es an weiteren Anreizen, Gesundheitsleistungen sparsamer in Anspruch zu nehmen, fehle (vgl. 10). So stellt sich denn der Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland am Bruttoinlandsprodukt (BIP) im internationalen Vergleich wie in Abbildung 1 gezeigt dar. (Diese Kennzahl ist eine der wichtigsten des internationalen Vergleichs. Anhand dieser kann die relative ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens verglichen werden.)

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass es der Schweiz deutlich gelungen ist, den zweiten Platz in diesem Ranking wieder an Deutschland abzugeben. Dies wird, wie schon in der Vergangenheit, dazu führen, dass entscheidende Elemente des schweizerischen Systems der Gesundheitsversorgung in noch stärkerem Maße in Deutschland propagiert werden als dies jetzt schon der Fall ist (man beachte die deutsche Diskussion um Managed Care, Selbstbeteiligung und Selbstbehalt, Wettbewerb unter den Krankenversicherungen oder den Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen).

Mit einer konstant hohen Steigerung steht Deutschland aber nicht allein. Betrachtet man die Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) verschiedener OECD-Staaten der nachfolgenden Abbildung 2 im Jahre 1995 und vergleicht sie mit den Vorjahren, wird deutlich, dass auch diese eine klare Steigerungsrate zu verzeichnen haben.

Ob dieser Anteil am BIP in Deutschland akzeptabel ist oder nicht, ist aus makroökonomischer und politischer Perspektive zu betrachten und zu bewerten. Dies sollte allerdings mit hinreichend validem und aktuellem Zahlenmaterial erfolgen.

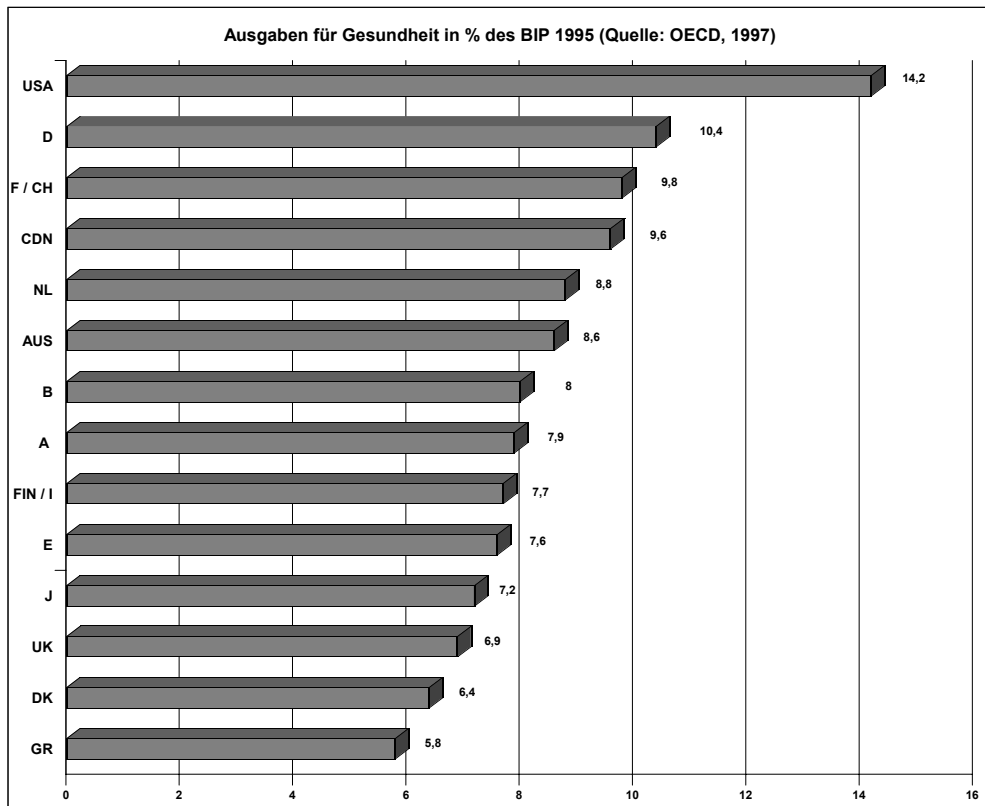


Abb. 1: Ausgaben für Gesundheit in % des Bruttoinlandsprodukt (BIP) ausgewählter OECD Staaten (eigene Darstellung nach Daten der OECD 1997)

Aussagekräftiger und für gegebene Zwecke geeigneter als der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (dieser ist stark konjunkturabhängig) ist aber die in Abbildung 3 zu betrachtende Auflistung der Ausgaben für Gesundheit 1995 pro Kopf der Bevölkerung des Jahres 1995.

Diese kaufkraftbereinigten Daten sind zwar weitaus schwerer zu berechnen und mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren, aber sie relativieren die Aussage des Anteils am BIP. Sie verdeutlichen auch, dass Deutschlands Investition in die Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger im internationalen Vergleich nicht an zweiter Stelle, sondern erst an dritter Stelle rangiert. Insgesamt ist das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zu anderen OECD-Staaten hier weitaus günstiger und macht deutlich, dass der Handlungsbedarf zwar weiterhin gegeben ist, sich aber die Lage weit weniger dramatisch darstellt.

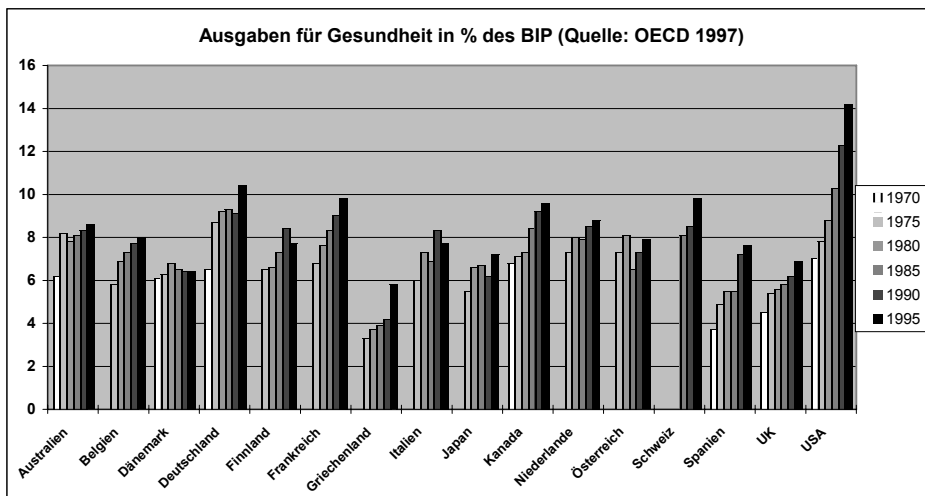


Abb. 2: Ausgaben für Gesundheit in % des BIP ausgewählter Staaten (eigene Darstellung nach Daten der OECD 1997)

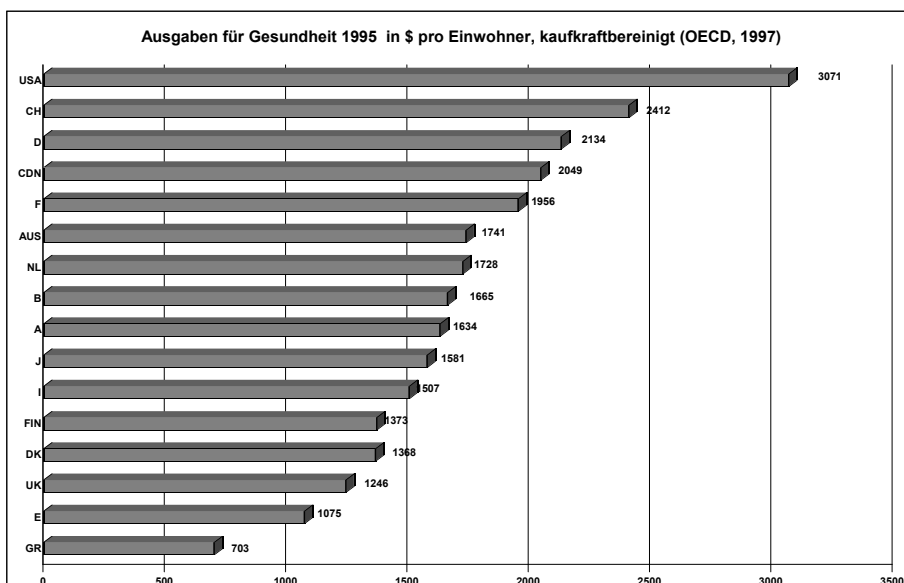


Abb. 3: Ausgaben für Gesundheit in \$ pro Einwohner, kaufkraftbereinigt (eigene Darstellung nach Daten der OECD 1997)

Abbildung 4 kann äquivalent zu Abbildung 2 betrachtet werden. Sie belegt, dass die Investitionen in Gesundheit pro Kopf der Bevölkerung in jedem entwickelten Land in den letzten 25 Jahren kontinuierlich gestiegen sind und sich Deutschland somit in guter Gesellschaft befindet. Bemerkenswert erscheint auch die Tatsache, dass sich vor allem die Länder mit Krankenversicherungssystemen durch eine relativ hohe Steigerungsquote auszeichnen. Länder mit einem nationalen Gesundheitsdienst kennen diese Problematik weniger.

Insgesamt sollte somit grundsätzlich bedacht werden, in welche Länder man blickt, wenn man nach vermeintlichen Optimallösungen für die Steuerung der Gesundheitsausgaben sucht.

Im folgenden Abschnitt sollen die Ausgaben, die Kosten und die Finanzierung im Gesundheitswesen auf der nationalen Ebene, vor allem aber auf der Landesebene Nordrhein-West-

falens dargestellt und kommentiert werden. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Ausgaben und die Kosten gelegt werden, denn diese stehen im Mittelpunkt jeder öffentlichen Diskussion und sind der Anlass fast aller Gesetzeswerke, die sich mit dem Gesundheitswesen befassen.

Ausgaben, Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen zu beurteilen und zu kommentieren ist problematisch. Vergleicht und bewertet man auf nationaler Ebene, hat man keinen Maßstab, an dem sich die vorliegenden Daten messen ließen. Vergleicht man auf internationaler Ebene – und dies wäre in diesem Fall durchaus angebracht, denn Nordrhein-Westfalen ist mit seinen 17 948 000 Einwohnern (Ende 1996) mehr als zweimal so stark bevölkert wie z. B. die Schweiz – stößt man auf die Problematik der Vergleichbarkeit der Daten. Primärdaten unterliegen nationalen Charakteristika (so zählt z. B. das Statistische Bundesamt der Bundesrepublik Deutschland in seinen Berechnungen die Ausgaben für Krankengeld, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zu den Gesundheitsleistungen – andere Länder tun dies nicht). Sie decken auch meist nur nationale Bedürfnisse ab und sind für Dritte in der Regel nur sehr aufwendig zu generieren. Weiterhin sind selbst nationale Statistiken und Daten, wie z. B. die des BMA, BMG, SVR, durch unterschiedliche Aufbereitung nicht kompatibel (vgl. z. B. 13). Sekundärdaten, (z. B. OECD und BASYS (Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg)) sind zwar in sich kongruent, aber ebenfalls durch verschiedene Formen der Aufbereitung, insbesondere Abgrenzungen, nicht oder nur sehr schlecht miteinander in Beziehung zu setzen. International anerkannte und dann national angewandte, einheitliche statistische Regeln sind hier entweder nicht existent oder werden nicht beachtet. Dieses Problem muss im Sinne einer nationalen und internationalen vergleichenden Gesundheitsberichterstattung angegangen und gelöst werden.

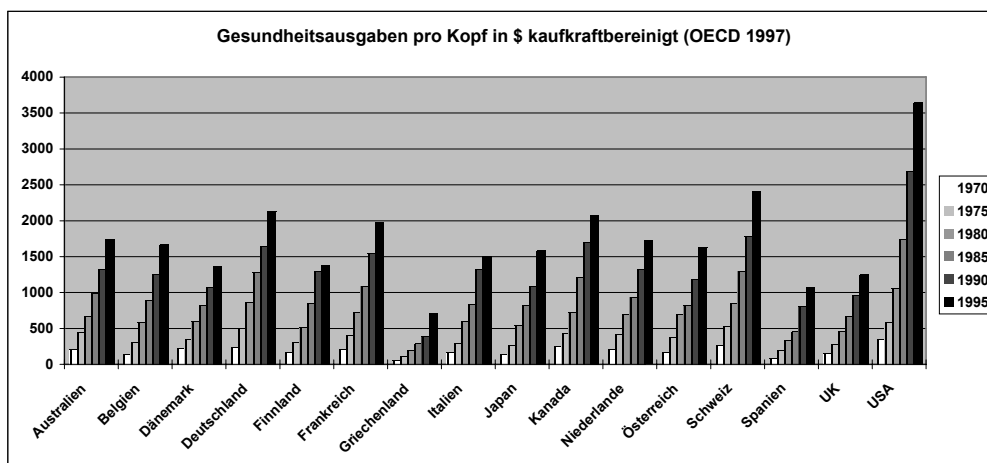


Abb. 4: Ausgaben für Gesundheit pro Kopf in \$ kaufkraftbereinigt ausgewählter OECD-Staaten und Jahre (eigene Darstellung nach Daten der OECD 1997)

8.1 Entwicklung der Ausgaben für Gesundheitsleistungen

Gesundheitsausgaben werden nach verschiedenen Prinzipien eingeteilt und dargestellt. Je nach Fragestellung werden folgende Einteilungen verwendet: nach Trägern, nach Leistungsarten, nach Ausgabenarten, nach Kassenarten innerhalb der GKV und je Versicherten (vgl. 13). Dies ist auch bei den vorliegenden Indikatoren der Fall.

1994 wurden in der Bundesrepublik 397,0 Mrd. DM für die Gesundheit ausgegeben.

Nach 1993 mit 376,5 Mrd. DM bedeutet dies eine Steigerung von nominal 5,4 % (Bundesrepublik alt). Konnte man bis in die jüngste Zeit noch davon ausgehen, dass Deutschland mittels Ausgabendeckelung in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens der Schritt in Richtung Stabilisierung geglückt wäre (z. B. lagen die Gesundheitskosten, ausgedrückt in Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP), regelmäßig bei ca. 9 bis 9,5 %), so muss jetzt festgestellt werden, dass dies ein Trugschluss war. Denn nach den jüngsten Statistiken der OECD lag der Anteil für Gesundheitsausgaben am BIP im Jahre 1995 bei 10,4 %.

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern (Indikator 10.1), kann man feststellen, dass der wesentliche Anteil dieser Ausgaben zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ging (1993 47,0 % und 1994 45,7 %). Dieser Fakt begründet auch die Tatsache, dass sich die politischen Steuerungsversuche zur Stabilisierung der Gesundheitsausgaben stark auf die gesetzliche Krankenversicherung konzentrieren. Dies ist auch der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

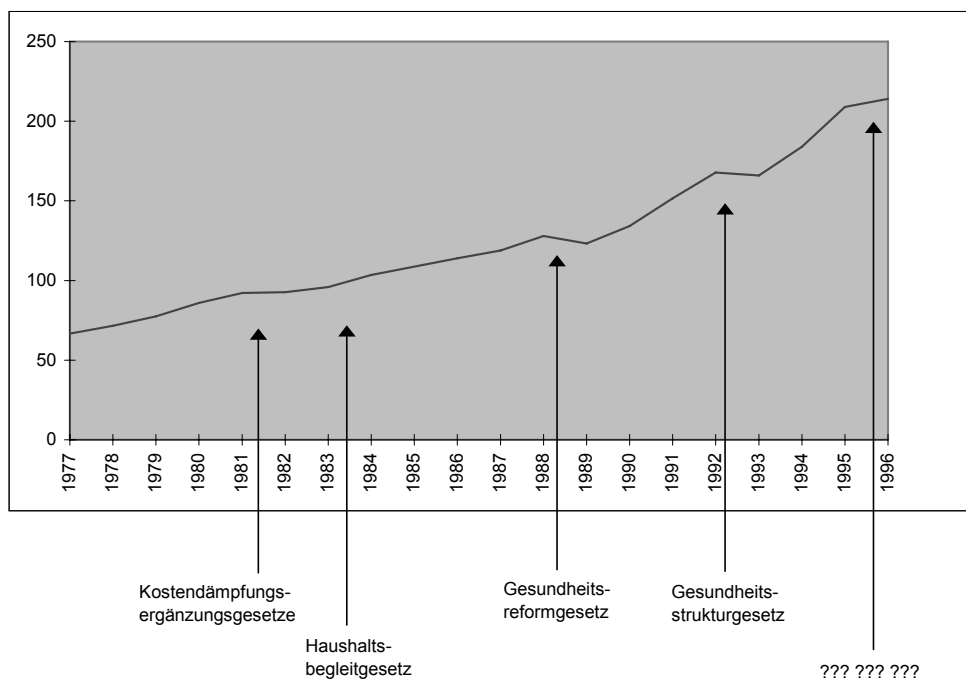


Abb. 5: Gesamtausgaben der GKV (in Mrd. DM) für Deutschland West (eigene Darstellung nach Daten des SVR und des BMG) (Die relative Stabilisierung des Jahres 1996, angedeutet durch die unterbrochene Linie erklärt sich wahrscheinlich aus den beiden verschiedenen Datenquellen (bis 1995 SVR - danach BMG) und nicht durch eine legislative Initiative.)

Den zweitgrößten Beitrag zu den Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern lieferten 1994 die Arbeitgeber mit 15,2 %. Dieser relativ gesehen große Ausgabenblock besteht zum größten Teil aus der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Dieser Anteil dürfte sich in den Jahren 1995, 1996 und 1997 weiter reduziert haben, denn mit der schlechten konjunkturellen Lage und dem Druck auf dem Arbeitsmarkt sanken auch die krankheitsbedingten Fehlzeiten in Büros und Betrieben. Eine weitere Reduktion kann nicht erwartet werden, denn in den meisten Branchen erstritten die Gewerkschaften die Lohnfortzahlung von 100 % im Krankheitsfall.

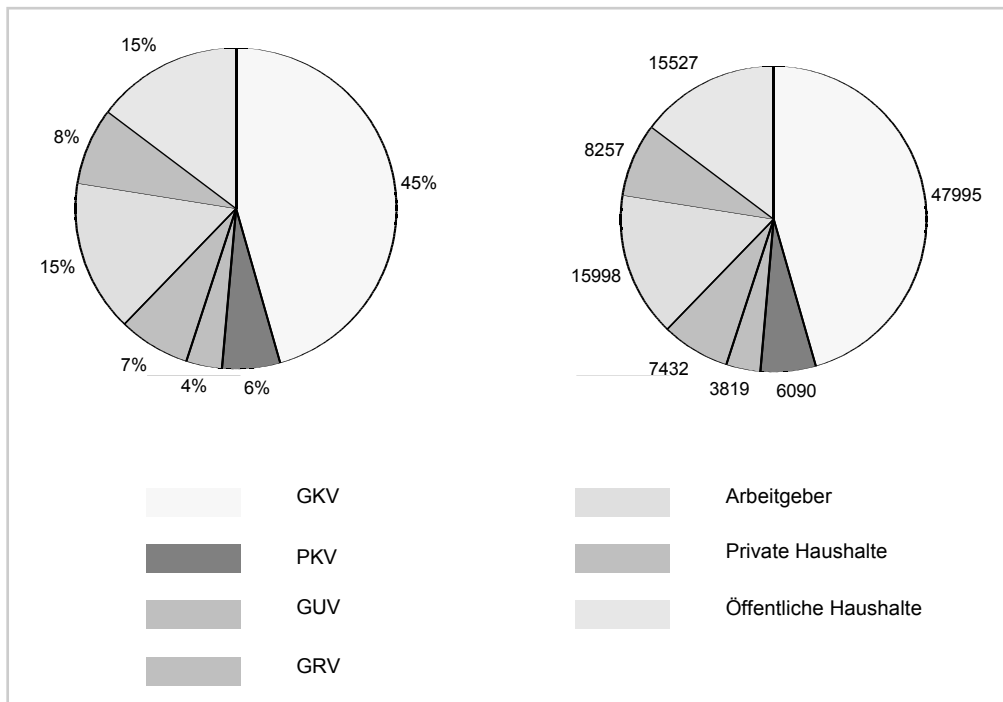


Abb. 6: Gesundheitsausgaben NRW 1994 nach Ausgabenträgern in % und Mio. DM (eigene Darstellung nach Daten des Indikators 10.1, Schätzwerte)

Drittgrößter Zahler bei den gesamten Gesundheitsausgaben sind die öffentlichen Haushalte mit 14,8 % in 1994. Damit haben sie sich zwar prozentual seit 1993 um 1,2 erhöht, sind aber nominal auf Bundesebene stabil geblieben. Auf Landesebene NRW hat der Anteil hingegen um 2 Mrd. DM zugenommen. Dieser Anteil wird sich sicher verringern, denn die Länder in der Bundesrepublik haben sich weitgehend aus der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich zurückgezogen. Weiterhin wird sich der Ausgabenanteil der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege, für den die Kommunen bzw. Gemeinden zuständig sind, durch die Pflegeversicherung und deren in jüngster Zeit großzügigere Mittelvergabe ebenfalls stabilisieren (vgl. Ind.10.3 und 10.6).

So sind denn auch laut Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (6) die Sozialhilfeausgaben erstmals seit Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1962 rückläufig. „Die heute vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden veröffentlichten Vorwegberechnungen zu den Sozialhilfeausgaben 1996 in Höhe von 49,8 Mrd. DM zeigen: Erstmals seit Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1962 konnte nicht nur ein weiterer Anstieg der Sozialhilfeausgaben verhindert werden, sondern die Gesamtausgaben sanken sogar gegenüber dem Vorjahr um 4,4 %“ (6). Insbesondere die Entlastungen durch die Pflegeversicherung im stationären Bereich führten laut BMG bzw. Statistischem Bundesamt im Bereich Hilfe zur Pflege zu rückläufigen Ausgaben (- 21,5 %). Die Ausgaben für diese Hilfe konnten somit auf den Stand der Jahre 1991/1992 zurückgeführt werden.

Die Kosten für Universitätskliniken werden im Indikator 10.3 nicht ausgewiesen. Dies ist zu bedauern, hat doch Nordrhein-Westfalen mit Bochum, Bonn, Düsseldorf, Köln und Münster fünf große Universitätskliniken, die das Land Milliarden kosten. Hier sollte der Versuch unternommen werden, die Kostenbeiträge der öffentlichen Haushalte zu Lehre und Forschung sowie Krankenversorgung zu beziffern. Es könnten u. a. auch die Ausgaben für die Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld verbucht werden.

Auch die Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind im Indikator 10.3 nicht enthalten. Dies ist zu bedauern, spielt er doch in Nordrhein-Westfalen eine gewichtige Rolle.

Die privaten Haushalte sind 1994 auf Bundesebene mit 8 % (31,7 Mrd. DM) an den Gesundheitsausgaben beteiligt. Damit haben sie insgesamt 2,2 Mrd. DM oder 0,5 % (am Gesamtanteil) mehr beigetragen als im Jahre 1993. Dies würde einer Steigerungsrate von 12 % entsprechen. Der Anteil wird sich in den folgenden Jahren aufgrund der erhöhten Zuzahlungsregelungen durch das 1. und 2. Neuordnungsgesetz weiter erhöhen. Einen Anteilsanstieg an den Gesundheitsausgaben wird es durch die Leistungsausgrenzung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz geben (Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV (NOG)). Hier wird die prozentuale Beteiligung der Krankenkassen durch Festzuschüsse ersetzt. Bei der Zahnbehandlung wurde vom Sachleistungsprinzip zum Kostenerstattungsprinzip gewechselt, was den Zahnärzten erlaubt, Leistungen teurer abzurechnen. Dies wird die privaten Haushalte in Zukunft zusätzlich belasten (hier werden die Unternehmen, die privatrechtliche Zusatzversicherung anbieten, profitieren). Das Beitragsentlastungsgesetz von 1997 mit dem „Notopfer Krankenhaus“ leistete einen weiteren Beitrag zur Erhöhung des Anteils der privaten Haushalte an der Finanzierung der Gesamtgesundheitsausgaben (jeder gesetzlich Krankenversicherte hatte im Jahre 1997 einen „einmaligen“ Beitrag von 20 DM an seine Krankenkasse zu entrichten. Dieser dient der Instandhaltung der deutschen Krankenhäuser).

Die Ausgabenanteile der privaten Krankenversicherung sind von 1993 auf 1994 um 1,3 Mrd. DM gestiegen (auf Bundesebene). Die Steigerungsrate für das Land Nordrhein-Westfalen entspricht diesem Trend (Ind. 10.1 der Jahre 1993 und 1994). Diese Entwicklung sollte weiter beobachtet werden, da die Gefahr besteht, dass die Leistungserbringer versuchen werden, „Verluste“ aus Behandlungen von gesetzlich Krankenversicherten durch privat Vollversicherte zu kompensieren (dies bei einer ungefähr gleichbleibenden Anzahl Privatversicherter).

Aus oben genanntem Umstand der Leistungsausgrenzung in der zahnmedizinischen Versorgung und der Abdeckung dieses Risikos durch privatrechtliche Zusatzversicherungen wird sich der Anteil der privaten Krankenversicherung (PKV) an den Gesamtausgaben ebenfalls erhöhen.

Nominal zugenommen haben in Deutschland und Nordrhein-Westfalen ebenfalls die Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) und der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), wobei sich in NRW der Anteil der gesetzlichen Unfallversicherungen im letzten Berichtsjahr leicht zurückentwickelt hat (von 3,7 % auf 3,6 %), während der Anteil der gesetzlichen Rentenversicherung um 0,4 % angestiegen ist (von 6,7 % auf 7,1 %). Dies entspricht einer Veränderungsquote von 5,6 % (GUV) und 13,7 % (GRV) auf Bundesebene und von 6,4 % (GUV) und 13,3 % (GRV) auf Landesebene NRW. Die nahezu Deckungsgleichheit der Veränderungsdaten auf Bundes- und Landesebene ist auf die Berechnung der Landeswerte zurückzuführen (Schätzwerte auf Grundlage der Bundesdaten).

Die Sozialbeiträge, die die drei gesetzlichen Versicherungen (Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) umfassen, decken also insgesamt 56,7 % der Gesundheitsausgaben (NRW) ab. Im Jahre 1993 waren dies noch 57,4 %. Zu vermuten ist, dass sich dieser Anteil in den nächsten Jahren weiter reduzieren wird, denn weitere Erhöhungen (oder selbst nur das Konstanthalten der Sozialabgaben) werden als arbeitsplatzfeindlich eingestuft, die den Standort Deutschland noch unattraktiver erscheinen lassen. Auch die gesamte Diskussion um die Entlastung der Sozialversicherungen von so genannten versicherungsfremden Leistungen ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Diese sollen dann über Steuern zumindest teilfinanziert werden. Wie Kommunen, Länder und Bund diese Mittel finanzieren sollen, kann bisher niemand beantworten. Resümierend kann festgehalten werden, dass die Sozialversicherungen bzw. der Gesetzgeber vor der Aufgabe stehen, einen gordischen Knoten lösen zu müssen.

Die durch die weiter fortschreitende Globalisierung angespannte Konjunkturlage in Deutschland, die strukturellen Einbrüche in verschiedenen Branchen, die Tendenz, marktnah zu produzieren und damit Arbeitsplätze ins Ausland zu verlagern (Arbeitsplatzabbau) und der

damit verbundene Druck auf die Arbeitseinkommen (sehr moderate Tarifabschlüsse in den letzten Jahren), führen heute zu Deckungsproblemen in allen Sozialversicherungszweigen. Diese erfordern Beitragssatzerhöhungen/Zuzahlungserhöhungen oder Leistungsbegrenzungen. Beitragserhöhungen sind aber – wie oben angesprochen – politisch und ökonomisch nicht erwünscht. Sie sind folglich auch nicht durchsetzbar, und zur offenen Diskussion über Leistungsausgrenzung können sich politisch Verantwortliche nicht überwinden, weil sie den Verlust ihrer Wählerstimmen befürchten. So ist zu befürchten, dass „weich“ rationiert wird (8).

8.2 Ausgabenentwicklungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und Kosten der Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen

Grundsätzlich differenziert man bei den Ausgaben der GKV zwischen Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben und sonstigen Ausgaben (hierunter fallen u. a. die Zahlungen in den Risikostrukturausgleich).

Nach Indikator 10.1 gab die gesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1994 in NRW 47,9 Mrd. DM für ihre Versicherten aus. Diese Zahl beruht auf einer sehr präzisen Schätzung. Für Verwirrung könnte in diesem Zusammenhang Indikator 10.5 sorgen, denn er weist für 1995 Ausgaben der GKV in NRW in Höhe von 33,05 Mrd. DM aus. Dieser Wert schließt allerdings die Ersatzkassen und die Seekrankenkasse in NRW nicht mit ein.

Dem vorliegenden Indikator (10.5) kann entnommen werden, dass die Ausgaben seit 1980 eine stetige Entwicklung nach oben nahmen. Ausnahmen bilden hier die Jahre 1993, 1994 und 1995, in denen neue Mechanismen des Gesundheitsstrukturgesetzes gut griffen. Unklar bleibt allerdings, ob die Werte aus 1995 die Daten der Bundesknappschaft mitbeinhalten. So ist die Veränderung zum Vorjahr (1994 zu 1995) mit nur 4,2 % Steigerung evtl. verzerrt und weniger aussagekräftig, als dies der Wert an sich vermuten lässt.

Insgesamt ist zu bedauern, dass es nicht möglich ist, auch die Daten der Ersatzkassen NRW-bezogen aufzubereiten und mit in den vorliegenden Datensatz aufzunehmen. Auf Bundesebene sind 30,4 % der Versicherten bei den Ersatzkassen versichert.

Der größte Ausgabenanteil der GKV NRW liegt bei den Krankenhäusern. Diese liegen mit 38,8 % der Ausgaben deutlich vor dem nächstgrößeren Bereich der ambulanten ärztlichen Betreuung mit 15 % und den Arzneien aus Apotheken mit 14 %.

Insgesamt ist im Verlauf der Jahre 1980 bis 1995 laut Indikator 10.5 keine überaus starke Ausgabensteigerung für den stationären Bereich zu verzeichnen. Lediglich von 1980 bis 1985 wuchs der Anteil der Krankenhauspflegeausgaben von 32 % auf 36 %. Bis 1992 blieb dieser Anteil dann sehr konstant. Erst 1993, bedingt durch das Gesundheitsstrukturgesetz (in ihm wurde der Krankenhausbereich verschont, und es gab deshalb Verschiebungen) stieg der Anteil auf 39 % und pendelt sich in etwa auf diesem Niveau ein. Dies ist vor allem auf die Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten zurückzuführen, die im internationalen Vergleich relativ hoch ist. So hat sich dieser Indikator in Deutschland zwar von 11,1 Betten pro 1 000 Einwohner im Jahre 1985 auf 9,7 im Jahre 1995 reduziert, aber andere Länder sind in der Lage, einen ebenfalls hohen Versorgungsstand mit weniger Betten und damit weniger Personal zu gewährleisten (Frankreich: 8,9; USA: 4,1; Großbritannien: 4,7). Die Schweiz ist in diesem Falle kein Vorbild, hat sie doch (1991) mit 20,8 % den höchsten Wert in den OECD-Staaten (9) zu verantworten. Dies schlägt sich allerdings auch mit einem Anteil für stationäre Versorgung von über 50 % an den Gesundheitsausgaben nieder.

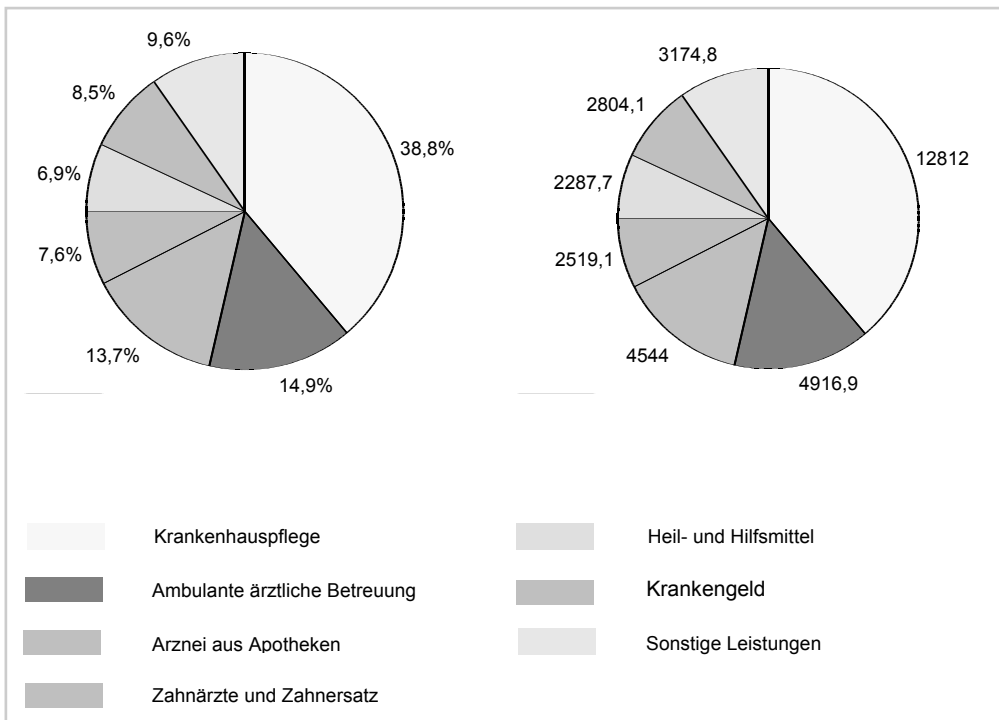


Abb. 7: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 1995 Nordrhein - Westfalen in % und Mill. DM; Bild: eigene Darstellung nach Daten des Indikators 10.5

Wenn man den Anteil von 39 % an den Gesamtausgaben für die Gesundheit als zu hoch einstuft (international liegt er am unteren Ende der Länderskala) und die derzeitige Hospitalisationsquote als nicht reduzierbar und medizinisch notwendig und angemessen erachtet (was aber tatsächlich nicht der Fall sein dürfte), kann man Kosten nur minimieren, indem man Betten abbaut. Voraussetzung hierzu ist aber, dass es gelingt, die Verweildauer zu senken. Die mittlere Verweildauer in Deutschland ist auch in der Tat relativ hoch. So hat laut OECD Deutschland (9) einen Wert von 11,4 Tagen mittlerer Verweildauer, die Niederlande aber einen Wert von 9,8, Frankreich von 5,9 und Großbritannien von 4,8. Hier scheinen noch Reserven zu liegen, die den derzeit zu beobachtenden Bettenabbau rechtfertigen.

Dass die Ausgaben und somit auch die Kosten in diesem Sektor relativ hoch liegen, kann auch mit der vorherrschenden stationären Infrastruktur begründet werden. Aus den USA weiß man, dass die optimale Betriebsgröße für Krankenhäuser bei ca. 500 Betten liegt. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen greift diese Zahl auf (11). Ob diese „Vermutungen“ tatsächlich auch für Deutschland und Nordrhein-Westfalen zutreffen, lässt sich aus den vorliegenden Indikatoren nicht entnehmen. In Nordrhein-Westfalen entsprechen aber nur 90 von 483 Krankenhäusern in etwa diesem Kriterium (im Bereich zwischen 400 und 600 Betten nur insgesamt 42 886 von 150 431 Betten, dies entspricht 28 %; vgl. Ind. 6.11).

Für Nordrhein-Westfalen kann insgesamt aber konstatiert werden, dass die Produktivität der Krankenhäuser zugenommen hat, denn laut Indikator 7.15 stiegen die Fallzahlen und die Pflgetage stetig an, während die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank. Dies hatte, in Verbindung mit einer weiterhin relativ hohen Bettenzahl, zwangsläufig zur Folge, dass die Kosten je Pflgetag von 351 in 1990 auf 523 in 1995 gestiegen sind (Ind. 11.4). Unterstützt wurde dieser Umstand durch ebenfalls gestiegene Personal- und Sachkosten (so nahm z. B. die Anzahl des Pflegepersonals in allgemeinen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen in den letzten 5 Jahren des Berichtszeitraumes um 10 000 zu (von 1991 (87 148) bis 1995 (97 310); dies entspricht einer Steigerung von 11,6 %, Ind. 7.18).

Solchen Schwankungen ist der Anteil der ambulanten ärztlichen Betreuung an den Entwicklungen der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in NRW nicht unterworfen. Der Prozentsatz bewegt sich hier konstant zwischen 15 % und 17 % (1980 - 1995) der Gesamtausgaben und dies, obwohl die Arztdichte in Deutschland und Nordrhein-Westfalen beständig steigt (Ind. 6.1).

Dass dieser Anstieg in der ambulanten Versorgungsdichte nicht zu einem höheren prozentualen Anstieg geführt hat, ist verwunderlich. (Es darf allerdings nicht übersehen werden, dass der Zuwachs bei den Honorarsummen bundesweit nichtsdestotrotz zu beobachten ist.) Die damit verbundene Mengenausweitung kann relativ betrachtet nur zu Lasten der niedergelassenen Ärzte selbst gegangen sein. Diese müssten bei steigender Zahl niedergelassener Kollegen und somit einer Mengenausweitung, die nur unzureichend durch Bevölkerungswachstum kompensiert wurde, und durch gegebene Anteile am Gesamtkuchen, fallende, stagnierende oder nur sehr leicht steigende (negativ floatende) Punktwerte (Kriterium für Vergütung von Kassenärzten) in Kauf nehmen. Dies bedeutet relativ betrachtet stagnierende oder fallende Einkommen. Der vorliegende Erklärungsansatz würde das Geschehen und den Streit innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen erklären, der seit einiger Zeit zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten geführt wird. Hier wird ein innerärztlicher Verteilungskampf ausgefochten. Diese These ist aus dem vorliegenden Indikator 11.1 leider nicht eindeutig zu belegen, denn dort ist nur der Mittelwert aus 1992 - 1994 der Kosten der einzelnen Fachgruppen aufgeführt. Indizien für deren Stützung gibt aber der in selbigem Indikator ermittelte Wert des Überschusses (Veränderung pro Jahr in %), der sich auf die Jahre 1989/91 bezieht. Hier ist zu beobachten, dass sich die Wachstumsraten pro Fachgruppe von minus 7,0 % bis plus 4,0 % bewegen.

Nahezu eine parallele Verlaufslinie zum Anteil der ambulanten Ausgaben zeichnet den Anteil der Arzneimittel aus Apotheken aus. Dieser bewegt sich zwischen 13 % und 17 %. Beeindruckend nachzuvollziehen ist hier auch die Wirksamkeit des politischen Steuerungsinstrumentes der Arzneimittelbudgetierung bzw. die Angst vor Regressen seitens der niedergelassenen Ärzteschaft. Diese hat bewirkt, dass der Anteil der Arzneimittel aus Apotheken von 17 % in 1992 auf 14 % in 1993 und auf 13 % in 1994 gesunken ist. Allerdings erhöhte er sich in 1995 wieder auf 15 %, nachdem die Bundesregierung diese Budgetierung wieder etwas lockerte. Diese relative Stabilität des Anteils der Arzneimittelausgaben ist auch durch die Preisentwicklung auf dem Festbetragsmarkt erklärbar, der den überwiegenden Teil des Gesamtmarktes für Arzneimittel ausmacht. Diese ist seit Jahren leicht rückläufig.

Insgesamt zeichnen sich alle Bereiche durch eine starke prozentuale Konstanz mit einigen kleineren Schwankungen aus, die unmittelbar auf bestimmte Gesundheitsgesetzgebungsverfahren zurückgeführt werden können. Diese Aussage verdeutlicht auch Abbildung 8.

Kostenwirksam und kostentreibend ist die starke Abschottung der einzelnen Versorgungsektoren, vor allem zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Integrative Versorgungsketten sind derzeit nicht üblich. Die strenge Trennung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern führt zu vielen Überschneidungen bei der Behandlung, so auch der oben genannte OECD-Bericht (10). „So seien zahlreiche Diagnoseverfahren, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich verschrieben würden, nach Meinung der medizinischen Fachwelt nicht notwendig“. Als Beispiel wird hierzu die Deutsche Röntgengesellschaft zitiert, die ca. ein Drittel aller radiologischen Untersuchungen für überflüssig erklärt (vgl. 10).

Auch der Anteil der Ausgaben für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist im vorliegenden Datensatz als äußerst stabil zu charakterisieren. So sank er von 12 % in 1980 auf 11 % in 1985 und blieb dann bei 8 % dauerhaft konstant. Hier ist durch das 1. und 2. NOG eine weitere Senkung zu erwarten, denn Festbeträge werden die prozentuale Beteiligung der GKV-Kassen beim Zahnersatz ablösen.

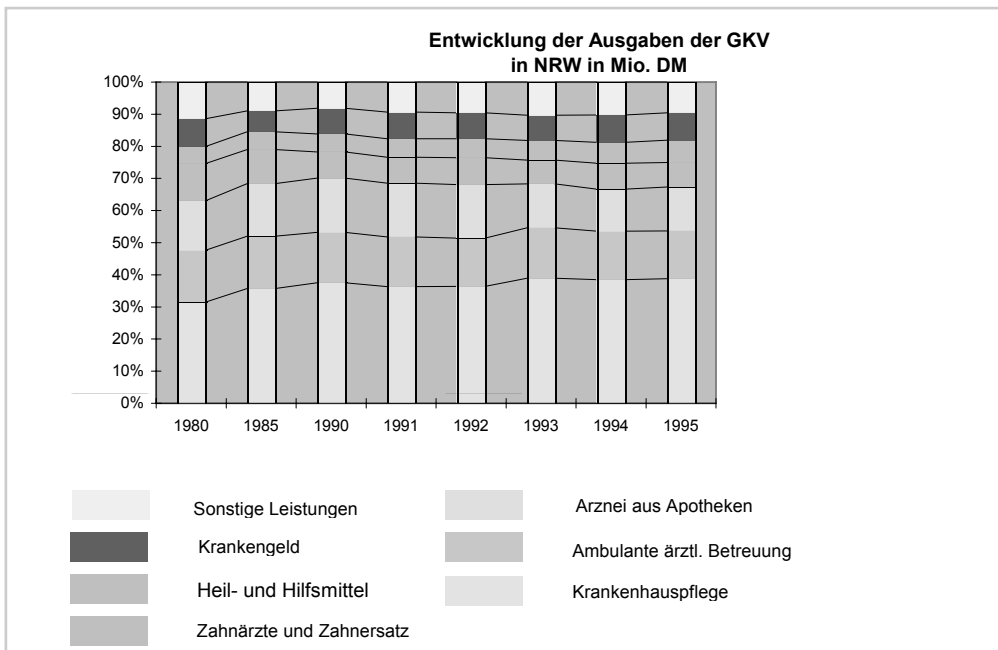


Abb. 8: Entwicklung der Ausgaben der GKV in Nordrhein - Westfalen (eigene Darstellung nach Daten des Iögd, Indikator 10.1)

Relativ konstant bewegte sich ebenfalls der Anteil der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel, hier ist aber keine sinkende, sondern ein leicht steigende Tendenz zu beobachten (innerhalb 15 Jahren von 5 % auf 7 % der Gesamtausgaben). Etwas unregelmäßiger auf und ab bewegt sich hingegen der relative Anteil der Ausgaben für Krankengeld. Dieser schwankt zwischen 7 % und 9 %. Dieser Wert wird durch das Beitragsentlastungsgesetz, das das Krankengeld von 80 % auf 70 % reduzierte, deutlich verringert werden. Durch diese Reduzierung soll zudem eine Angleichung an das Niveau der Entgeltersatzleistungen anderer Sozialversicherungszweige hergestellt werden.

Interessant zu verfolgen wäre für die Bewertung der Ausgaben auch die Erfassung der Ausgaben für Mutterschaft (Sach- und Barleistungen der Mutterschaftshilfe sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen), die ja immer noch als Krankheit erfasst wird, sowie für Prävention (z. B. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sowie Sach- und Barleistungen für sonstige vorbeugende Maßnahmen, vor allem für Kuren). Dies ist auf Bundesebene möglich (vgl. 5), jedoch gegenwärtig noch nicht auf Landesebene.

Die vorliegenden Indikatoren, wie z. B. Indikator 10.5, spiegeln mit ihren Betragsdarstellungen und prozentualen Veränderungen zum Vorjahr wichtige Entwicklungen vor allem der Kosten wider. Wünschenswert für die Ausgabensteuerung wäre aber, dass auch die relativen Angaben, wie z. B. prozentualer Anteil an den Gesamtausgaben, berechnet werden. So ließen sich Veränderungen und Verlagerungen von Ausgaben, z. B. nach Inkrafttreten von Gesetzen, in andere Sektoren besser beobachten und bewerten. Weiterhin können die vorliegenden Indikatoren als gute Anhalte bewertet werden, sie bleiben aber unvollständig, solange die Ersatzkassen nicht aufgenommen werden können. Dass eine Erfassung nicht einmal auf hohem Aggregationsniveau (Landesebene) möglich sein soll, ist nicht einsichtig (zugegebenermaßen bestand für die bundesweit tätigen Ersatzkassen bisher nicht die Notwendigkeit, diese zu erfassen). Aktuelle und valide Daten sind aber immanente Voraussetzung zur effektiven und effizienten Steuerung. Hier müssen die notwendigen auch rechtlichen Grundlagen implementiert werden. Problematischer wird die Erfassung und Darstellung in Zukunft aber allemal, wenn sich Krankenkassen weiter öffnen (auch überregional) und die regional tätigen Krankenkassen evtl. an Bedeutung verlieren sollten.

Die Verwaltungsausgaben bewegen sich in ausgesprochen moderatem Rahmen. So hat sich der Verwaltungskostenanteil der GKV auf Bundesebene von 4,9 % der Gesamtausgaben (1991) über 5,0 % in 1993 auf ca. 4,5 % im Jahre 1996 gesenkt. Diese Werte können auch für die GKV in Nordrhein-Westfalen angenommen werden. Die Verwaltungskosten liegen damit im internationalen Vergleich tief (so weist z. B. die Schweiz 1995 einen Anteil von 5,1 % auf (vgl. 3). Dies verwundert nicht, sind sie doch gedeckelt. Zu erklären ist dies u. a. auch durch Aufgabenauslagerung (z. B. wird die Honorierung der ambulant tätigen Ärzte in der Schweiz von den Kassen direkt vorgenommen, in Deutschland aber durch die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen).

Hier wird es in Zukunft interessant sein, diese Anteile genauer zu verfolgen, denn im einsetzenden Wettbewerb der Krankenkassen können diese Ausgaben bei Beendigung der Deckelung steigen. Von der privaten Krankenversicherung weiß man, dass die Vertriebskosten einen nicht zu unterschätzenden Anteil an den Verwaltungskosten einnehmen. War bisher mehr oder weniger klar vorgezeichnet, wo sich die Versicherten zu versichern hatten, so werden mit der neuen Wahlfreiheit auch die Bemühungen um „gute Risiken“ (junge, gesunde Versicherte) und somit die Werbe- und Vertriebsaufwendungen steigen.

Ein weiterer bisher noch nicht angesprochener Ausgabenblock, der auf die Kassen zukommen wird, ist der für die Aufwendungen für Kassenwechsler. Dies setzt allerdings einen tatsächlichen Wettbewerb und tatsächliche Kassenwechsel voraus. Diese verursachen einen Verwaltungsaufwand, den bisher noch niemand beziffern kann. Aus der Schweiz weiß man aber (dort sind Kassenwechsel seit dem neuen Krankenversicherungsgesetz ohne Nachteile für die Versicherten möglich), dass sich dadurch der EDV-technische Aufwand aber auch der Personalbedarf stark erhöht hat.

Dass der Wettbewerb, vor allem um „gute Risiken“, schon längst im Gange ist, kann auch an der Internetpräsenz und den Werbestrategien der einzelnen Kassenarten festgemacht werden. Diese spricht ja vor allem junge Menschen an, die technisch up to date sind.

So werben zum Beispiel die Betriebskrankenkassen, die teilweise recht niedrige Beitragssätze anbieten können, mit dem Slogan „Nicht verwählen! Bis zum 30.09. für die BKK entscheiden!“ (vgl. 4). Die Techniker Krankenkasse (TK) ruft ebenfalls zum Wechsel auf. Hier heißt es: „Vorteile nutzen: bis 30.9 zur TK wechseln“ (vgl. 15). Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) hat es mit ihren Beitragssätzen nicht ganz so einfach, um neue Mitglieder zu werben, sie weist auch nicht auf den 30.9.1997 als letztes Kündigungsdatum in 1997 hin, sondern versucht über Empfehlungen von aktuellen Mitgliedern an Neue zu kommen. Als Bonus für die Werber, die bei der Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ zum Erfolg kommen, nehmen diese an einer Verlosung der AOK teil, in der es lukrative Preise (gesponsert) zu gewinnen gibt. Die Innungskrankenkassen und als Beispiel für die Ersatzkassen die Barmer Ersatzkasse (BEK) haben ebenfalls Webseiten, geben aber keinen Hinweis auf Wechselmöglichkeiten. Die Aufmachung ist aber ebenfalls eindeutig auf „gute Risiken“ ausgerichtet.

Erstaunlich ist, dass es sich trotz bestehendem Risikostrukturausgleich (RSA) immer noch „lohnt“, diese „guten Risiken“ an sich zu binden oder neue hinzuzugewinnen. Die Vermutung liegt nahe, dass versucht wird, die Abwanderung „guter Risiken“ zur PKV zu verhindern und gleichzeitig für die Zeit nach dem Risikostrukturausgleich vorzubauen.

8.3 Erklärungsansätze für das Ausgabenwachstum

Wenn man nach Gründen für diese permanente Ausgabensteigerung in allen Leistungsbe-
reichen des Gesundheitswesens sucht, so kann man zwei Bereiche unterscheiden: den nach-
fragebedingten und den angebotsbedingten Bereich.

Die meisten nachfrageseitigen Parameter weisen auf einen langfristig eher steigenden
Bedarf und damit auch auf weiter steigende Ausgaben hin:

- ▶ Zu den nachfragebezogenen Faktoren, die einen Anstieg der Gesundheitsausgaben begründen können, gehört die demografische Entwicklung. Für NRW ist ein leichter Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen (vgl. Ind. 2.1a), aber auch die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Menschen (in Deutschland Anstieg des Anteils der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 10,2 % in 1960 auf 15,3 % in 1996 (vgl. 9)). Insgesamt ist die Auswirkung des demografischen Effekts auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen nicht ganz so stark wie früher angenommen. Einen Beitrag leistet sie zur Ausgabensteigerung aber sicher.
- ▶ Ein weiterer nachfrageseitiger Faktor ist die Veränderung des Krankheitsspektrums, vor allem in Richtung langwieriger, chronisch degenerativer Krankheitszustände. Mit höherem Alter der Menschen werden diese Krankheiten aufwändiger und schwieriger zu behandeln, denn in vielen Fällen müssen mehrere Krankheiten gleichzeitig behandelt werden.
- ▶ Die Individualisierung der Lebensentwürfe führt insgesamt zu einer Zunahme von Einzelhaushalten und Personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität auf externe professionelle Hilfe angewiesen sind. Aufgaben, die in diesen Fällen früher z. B. von Familien übernommen wurden, müssen heute bezahlt werden (vgl. Ind. 7.15).
- ▶ Einen weiteren Faktor bildet die bisherige Struktur der Preisbildung im Gesundheitswesen. Diese findet auf Landesebene zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Krankenkassen statt und kann als Verhandlung zweier Kartelle bezeichnet werden. Hierbei beschränkte sich die Funktion der Krankenkassen bisher aber hauptsächlich auf die Rolle einer Transferstelle und die des Zahlers. Ein „Leistungseinkauf“, wie in einer normalen Marktbeziehung üblich, fand und findet nicht statt. Dazu fehlen jegliche Grundvoraussetzungen (wie z. B. auch Wettbewerb unter den Leistungserbringern) und auch die notwendigen Instrumentarien. Die Folge kann als dysfunktionaler Wettbewerb charakterisiert werden, der nicht nur zu Versorgungsdisparitäten, sondern auch zu Fehlallokation von Ressourcen führt.
- ▶ Und noch ein letzter nachfrageseitiger Faktor zur Ausgabenbeeinflussung sei genannt: die über die Jahre gestiegenen Anspruchshaltungen und Erwartungen gegenüber der medizinischen Versorgung durch die Bevölkerung. Die jahrzehntelange Steigerung des Niveaus auf allen Ebenen und Stufen der Gesundheitsversorgung hat zu diesem Umstand geführt. Damit in Verbindung steht das ökonomische Theorem des „moral hazards“, d. h. der Anreiz bzw. die moralische Versuchung, Gesundheitsgüter wegen des nahezu umfassenden Versicherungsschutzes übermäßig in Anspruch zu nehmen. Daraus lässt sich eine theoretisch unendliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ableiten und damit auch eine unendliche Ausgabensteigerung.

Insgesamt erscheinen die Aufwendungen für das deutsche Gesundheitswesen der OECD zu hoch. Deren Experten schlagen denn auch Mittel zur Steuerung der Nachfrage und somit der Ausgaben vor. Unter anderem lässt sich die Empfehlung finden, „die überzogene Nachfrage“ von Gesundheitsleistungen durch höhere Zuzahlungen seitens der Patienten einzudämmen (10).

Diese nachfrageseitigen Faktoren der Ausgabenentwicklung in Deutschland, also auch in NRW, entwickeln sich zum größten Teil unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten und

Ressourcen, die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. So musste denn auch die gesetzliche Krankenversicherung auf Bundesebene in den letzten Jahren meist negative Finanzierungssalden hinnehmen (s. Tabelle 1). Auffällig bei dieser Tabelle ist das hohe positive Finanzierungssaldo im Jahre 1993, dem Jahr, in dem das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft trat, die starke Abnahme des Effektes im Jahre 1994 und die Rückkehr zu „normalen“ Verhältnissen im Jahre 1995 und 1996.

Jahr	West	Ost	Gesamt
1991	- 5,59	+ 2,77	- 2,82
1992	- 9,1	- 0,2	- 9,3
1993	+ 9,06	+ 1,35	+ 10,41
1994	+ 2,09	+ 0,12	+ 2,21
1995	- 5,12	- 1,84	- 6,96
1. - 4. Quartal 1995	- 4,35	- 2,84	- 7,19
1. - 4. Quartal 1996	- 3,88	- 2,42	- 6,3

Tabelle 1: Finanzierungssalden der GKV (Angaben in Mrd. DM). Ausgaben jeweils ein Vergleich zum Vorjahr. (eigene Darstellung nach Daten des BMG 1997 (5))

Die angebotsseitigen Einflussfaktoren auf die Gesundheitsausgaben sind nach derzeitigem Forschungsstand wie folgt zu charakterisieren:

- ▶ Die angebotsindizierte Nachfrage aufgrund asymmetrischer Information: An dieser Stelle sei nochmals an die wohl einmalige ökonomische Stellung des Arztes im Gesundheitswesen erinnert, denn im Gegensatz zum herkömmlichen Marktmodell sind Ärzte in der Regel gleichzeitig Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen. Der Patient kommt mit einem zu konkretisierenden Leiden zum Arzt, welcher nach der Konkretisierung die Nachfrage definiert, die Leistungen festlegt und diese auch gleich anbietet bzw. indiziert. Dieser Punkt ist stark mit dem nachfrageseitigen Einflussfaktor der Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Versicherte/Patienten (moral hazard) verknüpft.
- ▶ Der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich nur in den allerseltensten Fällen kostensenkend, sondern meist ausgabenerhöhend wirkt (so entwickeln sich zwar die diagnostischen Möglichkeiten rasant, die therapeutischen hingegen bleiben meist in wesentlich langsamerem Tempo zurück) (vgl. Ind. 6.22 der Jahre 1993 und 1995), kann als weiterer angebotsseitiger Einflussfaktor auf die Ausgaben und Kostensteigerung genannt werden. Die folgende kleine Übersicht zur Anzahl der vorhandenen Kernmagnetresonanz-Geräte in Deutschland verdeutlicht diesen Fakt.

Jahr	Anzahl
1984	18
1985	n/a
1986	41
1987	n/a
1988	78
1989	n/a
1990	118
1991	156
1992	n/a
1993	296
1994	333
1995	394 (=4,8 Stück/Mio. Einw.)
1996	465 (=5,7 Stück/Mio. Einw.)

Tabelle 2: Anzahl der Kernmagnetresonanz-Geräte in Deutschland (eigene Darstellung nach Daten der OECD 1997)

Indikator 6.22 für die Jahre 1993 - 1995 zeichnet für die dort verzeichneten Großgeräte ein nahezu identisches Bild. Auch hier kann ein beständiger Aufwärtstrend in der Anzahl der in Nordrhein-Westfalen im Einsatz befindlichen Geräte beobachtet werden. Dass eine gute Versorgung auch mit weniger Kernmagnetresonanz-Geräten möglich ist, zeigen die Niederlande mit 3,9 oder Frankreich mit 2,1 Stück pro Mio. Einwohner. Dass mehr möglich ist, zeigen die Schweiz mit 7,5 im Jahre 1993 oder die USA mit 15,5 Geräte pro Mio. Einwohner (alle anderen Daten 1995). Wie oben aufgezeigt, haben Länder mit der höheren Versorgungsdichte aber auch die höheren Ausgaben pro Kopf.

Diesen Trend kann auch der Abbau von Krankenhäusern, Krankenhausbetten und Fachabteilungen (vgl. Ind. 6.11, 6.13) nicht aufhalten, denn die bestehenden Abteilungen werden entsprechend „aufgerüstet“. Mit der Beendigung der Großgeräteplanung durch die Neuordnungsgesetze wird sich dieser Trend fortsetzen. So hatten viele Häuser, die bisher nicht über die modernste Diagnostik verfügen konnten, schon im Vorfeld und in der Hoffnung auf die NOG Vorverträge mit den entsprechenden Lieferanten geschlossen.

- ▶ Ein weiterer angebotsseitiger Einflussfaktor für die Ausgaben- und Kostensteigerung ist die Preissteigerung, die besonders im dienstleistungsintensiven und damit personalintensiven Gesundheitswesen höher ausfällt als die allgemeine Inflationsrate (so sind z. B. 70 % der Ausgaben für die Krankenhauspflge Personalausgaben). Der Beitrag von Adam im vorliegenden Band untermauert diese Aussage mit Datenmaterial zur Entwicklung der Personalsituation im Gesundheitswesen. Diese Entwicklung wird sich bei dem vorherrschenden Trend eher noch verstärken, denn im internationalen Vergleich (OECD) liegt z. B. die Anzahl Mitarbeiter im Krankenhaus pro Bett in Deutschland mit 0,65 in 1995 relativ tief (Schweiz 1,04 (1992), USA 1,57 (1992), Niederlande 0,87 (1989)).
- ▶ Zuletzt sei der immer stärker werdende Druck auf die medizinischen Leistungserbringer als ausgaben- und kostensteigernd erwähnt. Eine so genannte Defensivmedizin auszuüben und sich nach allen Seiten abzusichern, um potenziellen Regressansprüchen seitens der Patienten vorzubeugen, ist heute fast schon Usus.

Welche Maßnahmen und Interventionen die angebotsseitigen und nachfrageseitigen Probleme der Ausgabensteigerung zumindest ansatzweise lösen können, ist indes immer noch unklar. Das derzeitig favorisierte und international sich immer mehr durchsetzende Modell vom

Markt im Gesundheitswesen (auch intern) liegt auch dem Vorschlag der OECD für Deutschland zugrunde. So wird gefordert, endlich weitere wettbewerbliche Elemente im Spiel der „Marktkräfte“ zwischen Nachfragern (Krankenkassen) und Leistungsanbietern (ambulant und stationär) zuzulassen und zu fördern. Die Krankenkassen sollen die Rolle von aktiven Einkäufern von Gesundheitsleistungen ausüben können. (Auf welcher Ebene dies stattfinden soll, war aus den dem Autor vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen. Beispiele wären hierzu das „purchaser-provider“-Modell des neuen National Health Service (NHS) in Großbritannien oder das schweizerische Modell mit immer dominierenderen Krankenkassen.) Eine mehr oder weniger marktähnliche Situation im Gesundheitswesen scheint den Experten der OECD derzeit die einzige Möglichkeit zu sein, in der sich die Kosten in einem akzeptablen Rahmen und die Qualität der Leistungen auf hohem Niveau halten lassen (10).

8.4 Finanzierung im Gesundheitswesen

Knapp 46 % der Ausgaben sowohl in NRW als auch in der Bundesrepublik Deutschland werden durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen (vgl. Ind. 10.1 und Abbildung 6). Deshalb wird sich der folgende Abschnitt auch auf die gesetzliche Krankenversicherung bzw. deren Finanzierung konzentrieren. Die dabei verwendeten statistischen Angaben können in den Indikatoren 10.7 bis 10.30 gefunden werden.

Die finanziellen Ressourcen (Krankenversicherungseinnahmen) sind durch die einkommensproportionale, duale Finanzierung nur an die Arbeitseinkommen bzw. Renten gekoppelt. Sie sind also unabhängig von der sich verändernden Nachfrage und der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. So lange diese Koppelung besteht, führt dies bei negativer gesamtwirtschaftlicher Entwicklung, also bei Stagnation oder Rezession, gezwungenermaßen zu Finanzierungsproblemen der GKV. In der Vergangenheit (bis ca. 1980) flossen durch Anhebung der Realeinkommen (Steigerung der Grundlohnsumme, vgl. Ind. 10.14 und 10.15), Schaffung neuer Arbeitsplätze, Steigerung der Quote der Erwerbstätigen und Ausweitung der Versicherungspflicht und des Versicherungsschutzes (Ind. 10.7) immer mehr Mittel in die gesetzliche Krankenversicherung. Trotzdem stiegen die Beiträge aber unterproportional (Ind. 10.10).

Eben genannte, die Finanzierungsseite begünstigende Faktoren sind derzeit nicht bzw. nur in geringem Maße beobachtbar. Ganz im Gegenteil. Die Arbeitslosigkeit verharrt auf hohem Niveau, und nur wenige gehen von einer realen Halbierung der Arbeitslosenzahl bis zum Jahr 2000 aus. Diese hohe Arbeitslosigkeit drückt auf die Einkommenszuwächse bei Lohn und Gehalt sowie bei Renten, die an diese gekoppelt sind. Zugleich nehmen die sozialversicherungsfreien (so genannte 630-DM-Jobs) Beschäftigungsverhältnisse zu. Die Kosten der Gesundheitsversorgung verändern sich aber nicht in gleicher Richtung oder bleiben konstant. Das Gegenteil ist der Fall und auch für die Zukunft anzunehmen, geht man doch davon aus, dass Arbeitslosigkeit „krank“ macht.

Zwar konnte im Betrachtungszeitraum 1991 bis 1995 der Anteil der Personen ohne Krankenversicherungsschutz in NRW beständig abgebaut werden (von 218 000 auf 13 000). Dieser Anstieg im versicherten Personenkreis kam hauptsächlich der gesetzlichen Krankenversicherung zugute (Ind. 10.7). Dies sagt aber nichts aus, ob dieser Personenkreis Einzahler, also Pflichtversicherter der GKV, ist oder Mitversicherter. Indikator 10.8 kann Hinweise über diese Entwicklung geben. Hier ist festzuhalten, dass sich die Zahl der in NRW GKV-Pflichtversicherten im Beobachtungszeitraum (1991 - 1995) um ca. 1 % verringert hat, während sich die anderen Statusgruppen, in absoluten Prozenten dargestellt, vermehrt haben (Rentner: + 8,3 %, Familienmitglieder: + 6 %). Erstaunlich ist hier, dass es den GKV-Kassen gelungen ist, die Zahl ihrer freiwillig Versicherten um 4,8 % zu erhöhen. Dies würde beim derzeitigen Leistungsspektrum der GKV-Kassen und der Höhe der Beiträge für freiwillige Mitglieder eher gegen moralische Defizite (im Sinne eines moral hazards) sprechen.

An diesen Zahlen wird auch klar, dass die Finanzierungseite der GKV ein klares Leck aufzuweisen hat, welches auch der leichte absolute Anstieg der freiwillig in der GKV Versicherten nicht zu stopfen vermag, denn prozentual am Gesamtkollektiv der GKV-Versicherten in NRW sind sie von 6,73 % auf nur 6,78 % gestiegen, während die Pflichtversicherten von 38,23 % in 1991 auf 36,71 % abrutschten. Unterstützt wird dieser negative Trend durch die Erhöhung des Anteils der als Familienmitglied Versicherten von 36,34 % im Jahre 1991 auf 37,02 % im Jahre 1995.

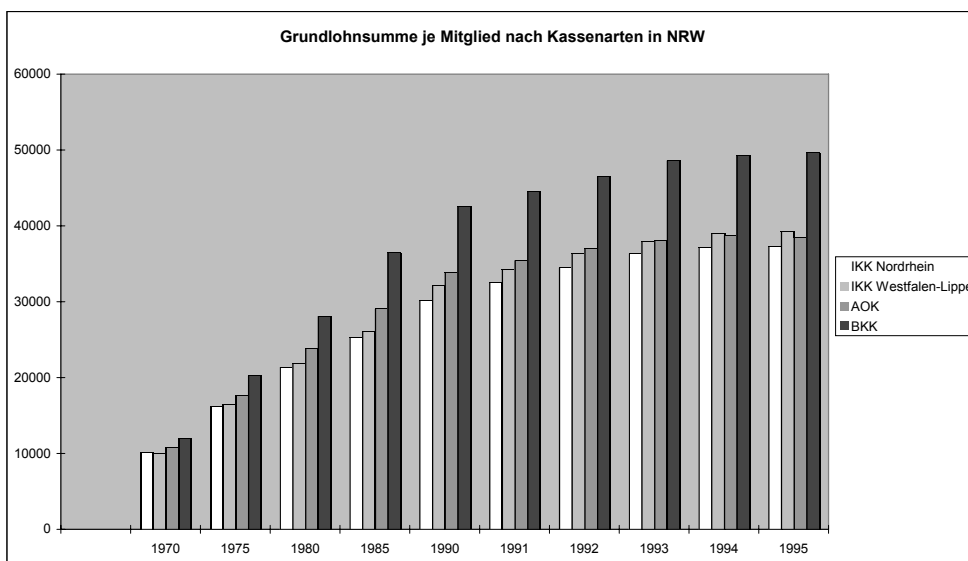


Abb. 9: Grundlohnsumme je Mitglied nach Kassenarten in NRW (eigene Darstellung nach Daten des Ind. 10.15)

Als Beleg für diese These können die Indikatoren 10.14 und 10.15 herangezogen werden (s. Abbildung 9). Betrachtet man hier die GKV-Beitragsbemessungsgrenze, die gleichzeitig die Pflichtversicherungsgrenze darstellt, so kann man eine jährliche Steigerung von 150 bis 300 DM feststellen. Die Grundlohnsumme je Mitglied in Deutschland ist ebenfalls angestiegen, jedoch langsamer bis zu einem Beinahestillstand. In Nordrhein-Westfalen ist sie im Beobachtungszeitraum für die AOK 1996 sogar zum ersten Mal gefallen. Und dies auf niedrigem Niveau, denn bei den AOKen in NRW lag sie grundsätzlich unter den Grundlohnsummen sowohl Deutschlands als auch der Betriebskrankenkassen in Nordrhein-Westfalen. Die Innungskrankenkassen (IKK) Westfalen-Lippe und Nordrhein liegen ebenfalls unter der bundesdeutschen Grundlohnsumme je Mitglied und auch deutlich (wie die AOK bis zu 10 000 DM pro Jahr = 20 %) unter dem der Betriebskrankenkassen. Interessant wäre zu wissen, wie sich diese Verhältnisse bei den Ersatzkassen entwickeln. Als gesichert kann die Erkenntnis gelten, dass die Ersatzkassen, die bisher einen hohen Anteil freiwillig Versicherter aufweisen, immer mehr „gute Risiken“ an die private Krankenversicherung verlieren. So hat die BEK im vergangenen Jahr (1996) 50 000 zumeist jüngere und gute Risiken an die private Krankenversicherung verloren (vgl. 16). Folglich fließen immer weniger Mittel in die GKV.

Bei der Beitragssatzentwicklung (Ind. 10.10) der gesetzlichen Krankenkassen (Pflichtmitglieder) fällt auf, dass für alle drei Kassenarten (AOK, BKK, IKK) ein stetiges Wachstum des Anteils am Bruttoarbeitsentgelt zu verzeichnen ist. Am wenigsten stark ausgeprägt ist dies allerdings bei den Betriebskrankenkassen (im Beobachtungszeitraum 1973 - 1994 ca. 3 %, AOK und IKK 4 %) und dies, obwohl die Betriebskrankenkassen einen überproportional hohen

Anteil an nicht einzahlenden mitversicherten Familienmitgliedern haben (Ind. 10.8). Diesen Umstand können die BKKen nur durch ihre wesentlich höhere Grundlohnsumme je Mitglied verkraften. Ein direkter Vergleich über einen längeren Zeitraum ist nicht möglich, da sich Indikator 10.8 nur auf das Jahr 1995 bezieht und Indikator 10.16, der dieses Kriterium erfüllt, unvollständig ist. Einen Vorschlag, wie das Problem der Versorgung von Nichtzahlern und damit ihre Herauslösung aus der Belastung für die GKV gelöst werden könnte, wenn die finanziellen Ressourcen zur Verfügung stünden, macht hier wiederum die OECD. Einer Korrektur bedürfte es auch bei der Familienversicherung bzw. deren Finanzierung, so die OECD in ihrem o. g. Bericht. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen sei Teil der Familienpolitik und sollte zumindest zu einem gewissen Grad aus den allgemeinen Steueraufkommen bestritten werden.

Die Abbildung des Indikators (s. Band 11) verdeutlicht u. a. auch sehr gut, wie und in welcher Konstanz sich die Beitragssatzentwicklung zeitverschoben parallel zu den Ausgaben und zu den legislativen Interventionen bewegen.

Betrachtet man die Beitragsdifferenzen zwischen der AOK und den beiden größten Ersatzkassen für Angestellte in NRW im Zeitraum 1991 bis 1995 (Ind. 10.12), lässt sich feststellen, dass sich die Beitragssätze der AOK Rheinland und Westfalen-Lippe (1993 mit gleichem Beitragssatz gestartet) wieder angenähert haben und 1995 deckungsgleich waren. Die Beitragsatzdifferenzen zu den beiden größten Ersatzkassen für Angestellte in NRW bewegten sich in 1991 zwischen 0,62 % und 0,93 %. Bis 1995 wurden diese Beitragssatzdifferenzen aber stark verringert, sie weisen nur noch einen Prozentwert von 0,30 aus, der sich vermutlich ebenfalls demnächst nivelliert haben wird. Dies scheint ein allgemeiner Trend zu sein, der bundesweit zu beobachten ist. So sind z. B. in Baden-Württemberg die beiden großen Ersatzkassen teurer als die regionale AOK.

Da die Sozialversicherungsabgaben (GKV, GUV, GRV) in Deutschland allgemein in den letzten Jahren gestiegen sind und – wie oben ausgeführt – nicht mehr erhöht werden können, aber der Finanzierungsdruck nicht im gewünschten Maße und Zeitraum abgebaut werden kann, versucht der Gesetzgeber anderweitige Quellen „anzuzapfen“. Da die öffentlichen Haushalte aus makroökonomischer Perspektive ebenfalls nicht mehr zur Finanzierung herangezogen werden können, steht nur noch ein klassischer Finanzier zur Verfügung, der Versicherte selbst. Dies hat einen „zusätzlichen Vorteil“, denn damit wird dieser zugleich in seiner Eigenverantwortung gestärkt. Dass dies ein gangbarer Weg ist, der nach internationalen Maßstäben noch nicht ausgereizt scheint, wird durch die zweitniedrigste Selbstzahlungsquote Deutschlands innerhalb der OECD-Staaten belegt (14, 1994).

Das 1. und 2. NOG macht dies möglich. Einerseits durch Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie mehr Eigenbeteiligung beim Zahnersatz, andererseits durch die Möglichkeiten im Leistungsrecht der Kassen, im Gesetz vorgesehene Leistungen als Satzungsleistungen zu erweitern bzw. kraft Gesetz ausgeschlossene Leistungen als Satzungsleistungen für den Versicherten anzubieten. Allerdings sollen diese zusätzlichen Satzungsleistungen ausschließlich durch Beiträge der Versicherten dieser Kassen finanziert werden. Eine Belastung der Lohnnebenkosten und damit der Beiträge durch diese versichertenfinanzierten Satzungsleistungen findet nicht statt.

Auch bestimmte Leistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung können in Zukunft als versichertenfinanzierte Satzungsleistungen angeboten werden. Hierbei handelt es sich um solche vertragsärztlichen Leistungen, die vom Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen, also von der gemeinsamen Selbstverwaltung, für die Erbringung als Satzungsleistungen empfohlen werden. Außerdem können die durch das Beitragsentlastungsgesetz gestrichenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen (§ 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V) per Satzung wieder eingeführt werden.

Dies fördert einerseits den Wettbewerb zwischen den Kassen, ist aber andererseits ein erster möglicher Schritt zur offenen Rationierung. Denn wenn erst einmal die Strukturen und Pro-

zesse für eine Leistungserweiterung nach Zuzahlung etabliert sind, lassen sich diese auch für eine Leistungsminimierung nutzen. Der zweite Schritt, der der Leistungsminimierung, wird dann schon wesentlich einfacher zu implementieren sein. Bisherige Regelleistungen können nur über Zusatzversicherungen oder höhere Zuzahlungen weiter in Anspruch genommen werden. Die Verantwortung hierfür läge in diesem Fall bei der Politik und dem gemeinsamen Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der die Regelleistungen der GKV (ca. 90 % aller erbrachten Leistungen) festsetzt.

Die Selbstverwaltung der Krankenkassen kann nun auch im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten anbieten, die die finanziellen Beziehungen zu ihren Versicherten betreffen. Danach kann jede Krankenkasse folgende Regelungen anbieten, die allen bei ihr versicherten Personen offen stehen müssen:

- ▶ Beitragsrückerstattung für die Versicherten, die keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen,
- ▶ Selbstbehalt im Rahmen von Kostenerstattungsregelungen,
- ▶ Erhöhung bestehender Zuzahlungen, wobei differenzierte Zuzahlungen innerhalb einer Leistungsart ausgeschlossen bleiben,
- ▶ Sonderbeiträge der Versicherten für zusätzliche Leistungen.

Bei Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt kommen die Beitragsvorteile ausschließlich den Versicherten, nicht aber den Arbeitgebern zugute.

Diese Neuregelungen werden, sollten sie von den Krankenkassen genutzt werden, zu einem weiter ansteigenden Wettbewerbsdruck unter den Krankenkassen führen. Ob diese Bemühungen aber tatsächlich dazu führen, die Beitragssätze zu stabilisieren oder gar zurückzuführen, ist noch offen. Sicher ist aber, dass zumindest die Beitragsrückerstattungen zu Einnahmeausfällen führen werden. Dass diese Möglichkeiten schon genutzt werden, zeigen die Überlegungen der AOK Berlin und Hamburg, die trotz massiver Kritik diese Art von Anreizsystem implementieren wollen. Ob sich auch Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen dafür entscheiden, bleibt, ebenso wie die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenversicherten, noch offen.

Festzuhalten ist, dass sich die Anteile der privaten Haushalte an der Finanzierung grundsätzlich erhöhen werden. Ob sich durch die in den NOGen eröffneten Möglichkeiten dann wieder Entlastungspotenziale zeitigen – und dies nicht nur für die GKV, sondern auch für die Versicherten direkt – bleibt abzuwarten.

8.5 Resümee

Nach Sichtung und Bewertung aller zur Verfügung stehenden Daten ist zu konstatieren, dass von einem Paradigmenwechsel ausgegangen werden muss. Sprach man in vergangenen Jahren oft von einer „Kostenexplosion“ (fälschlicherweise, sie war eine relative Ausgabensteigerung), so muss heute von einer „Ressourcenimplosion“ gesprochen werden. Denn nicht das angebotsseitige Teilsystem befindet sich in einer fundamentalen Krise (vor allem der stationäre Bereich hat in den letzten Jahren Erstaunliches zur Konsolidierung geleistet), sondern das Teilsystem der Finanzierung des Gesundheitswesens. Dies gilt auch und ganz besonders für das Land Nordrhein-Westfalen, denn hier werden mehr als 25 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland eingesetzt.

Literatur/Datenquellen

- 1 AOK (1997): Internethomepage, URL: <http://www.aok.de/> (Stand: 20.08.1997).
- 2 BEK (1997): Internethomepage, URL: <http://www.bek.de> (Stand 03.09.1997).
- 3 BFS (Bundesamt für Statistik, Schweiz) (1997): Internethomepage, (URL: http://www.admin.ch/bfs/stat_ch/ber14/dpfr14.htm (Stand: 22.04.1997).
- 4 BKK (Betriebskrankenkasse) (1997): Internethomepage. URL: <Http://www.bkk.de> (Stand 02.09.1997).
- 5 BMG (1997): Internethomepage; URL: <http://www.bmgesundheit.de/gkv/gesetz.htm>.
- 6 BMG (1997/62): Sozialhilfeausgaben erstmals seit Einführung des Bundessozialhilfegesetzes 1962 rückläufig. 5. August 1997. Internethomepage URL: <http://www.BMGe-sundheit.de/presse97/97/62.htm>.
- 7 Güntert, B. J.: Zwischen Rationalisierung und Rationierung. In: Feuerstein, G. (1998): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden.
- 8 IKK (1997): Internethomepage. URL: <http://www.ikk.de> (Stand: 03.09.1997).
- 9 OECD (1997): Health Data 1997 (Datenbank). Paris.
- 10 OECD (1997a): OECD-Wirtschaftsberichte 1996-1997. Deutschland; Paris.
- 11 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.) (1996): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden, Nr. 268.
- 12 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.) (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden, S 48.
- 13 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (Hrsg.) (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Baden-Baden, Nr. 49.
- 14 Schneider, M.; et.al. (1993): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH (BASYS); Ausgabe 1992. Augsburg, S. 540.
- 15 TK (1997): Internethomepage. URL: <http://www.tk-online.de> (Stand 02.09.1997).
- 16 Welt, Die (1997): Die Beiträge steigen weiter. Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden der größten Krankenkasse, der Barmer Ersatzkasse (BEK), Eckart Fiedler. Ausgabe vom 18.08.1997, ohne Verfasser (Internetausgabe, URL: <http://www.welt.de>, Archiv).



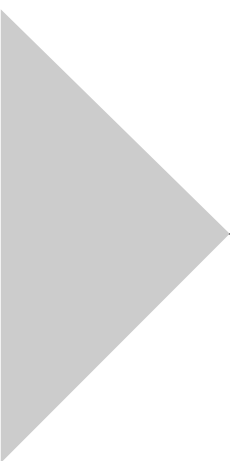
Anhänge

Anhang 1
Zeichenerklärung und Abkürzungen

Anhang 2
Autorenverzeichnis

Anhang 3
Verzeichnis der bisherigen Publikationen der Serie
“Gesundheitsberichterstattung”

Anhang 4
Table of Contents in English



Anhang 1

Zeichenerklärung und Abkürzungen

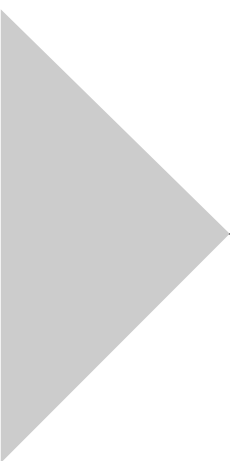
1. Zeichenerklärung

.	Zahlenwert unbekannt
x	Aussage nicht sinnvoll
-	genau Null
>	größer als
<	kleiner als
§	Paragraph
%	Prozent
‰	Promille

2. Abkürzungen

A-Reha	Anordnungen des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter
Abb.	Abbildung
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immundefekt-Syndrom)
Anz.	Anzahl
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg
BEK	Barmer Ersatzkasse
BFS	Bundesamt für Statistik (Schweiz)
BI	Bielefeld
BKK	Betriebskrankenkasse
Bkn	Bundesknappschaft
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
d. h.	das heißt
d. J.	des Jahres
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
ebd.	ebenda
Einw.	Einwohner
etc.	et cetera
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMK	Gesundheits-Minister-Konferenz

GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GT	Gütersloh
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HNO-Ärzte	Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
Hrsg.	Herausgeber
ICD-9	International Classification of Diseases, 9. Revision
IKK	Innungskrankenkasse
Ind.	Indikator
insg./insges.	insgesamt
Kap.	Kapitel
keine A.	keine Angaben
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen
Lfd. Nr.	Laufende Nummer
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
lögd	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheits- dienst des Landes Nordrhein-Westfalen
MAGS NRW	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MFJFG	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development, Paris
OWL	Ostwestfalen-Lippe
PCB	Polychlorierte Biphenyle
PKV	Private Krankenversicherung
rd.	rund
Reg.-Bez./Rgbez.	Regierungsbezirk
s.	siehe
s. a.	siehe auch
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Tab.	Tabelle
u. a.	und andere
u. ä.	und älter
u. U.	unter Umständen
u. v. a. m.	und viele andere mehr
UK	United Kingdom
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil
z. Z.	zur Zeit
ZDL	Zivildienstleistender



Anhang 2

Autorenverzeichnis

- Christian Adam, Dr. rer. oec.:** Hannoversche Ärzteverlagsunion GmbH
Berliner Allee 20
30175 Hannover
- Rolf Annuß:** Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW
Dezernat Gesundheitsindikatoren
Westerfeldstraße 35/37, 33611 Bielefeld
- Doris Bardehle, PD Dr.sc.med.:** Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW
Dezernat Gesundheitsindikatoren
Westerfeldstraße 35/37, 33611 Bielefeld
- Wilfried Boroch, Dr. oec.:** AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Hauptabteilungsleiter Unternehmens-
politik
Basler Str. 2
61352 Bad Homburg
- Hans-Joachim Boschek,
Dr. med., Dipl.-Phys.:** Amtsarzt und Leiter des
Gesundheitsamtes Ennepe-Ruhr-Kreis
Hauptstraße 92, 58332 Schwelm
- Helmut Brand, Dr.med. MSc.:** Leiter des Landesinstitutes für den
Öffentlichen Gesundheitsdienst Nord-
rhein-Westfalen
Westerfeldstraße 35/37, 33611 Bielefeld
- Bernhard J. Güntert,
Prof. Dr. oec.:** Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Leiter der Arbeitsgruppe 5:
Management im Gesundheitswesen
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
- Ulrich Wagner,
Dipl.-Verw. Wiss.:** Forschungsinstitut für Management im
Gesundheitswesen
Sankt-Leonard-Str. 4
CH-9001 St. Gallen
- Burkhard Werner, Dr. PH:** Katholische Fachhochschule Freiburg
Fachbereich Pflege
Wölflinstr. 4
79104 Freiburg

**Hans-Joachim Schwager,
Prof. Dr. theol.:**

**Universität Bielefeld
Fakultät für Pädagogik
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld**



Anhang 3

**Verzeichnis der bisherigen Publikationen der Serie
"Gesundheitsberichterstattung"**

**Anhang 3****Verzeichnis der bisherigen Publikationen der Serie
"Gesundheitsberichterstattung"**

IGES (Hrsg.)	Konzeption und statistische Materialien Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS 1987 Gesundheitsberichterstattung Band 1
IDIS (Hrsg.)	Pilotkapitel. Landesgesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS 1988 Gesundheitsberichterstattung Band 2
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.)	Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Bielefeld: IDIS 1991
IDIS (Hrsg.)	Ausbau der Gesundheitsstatistik in Nordrhein- Westfalen. Ausgewählte Beispiele. Bielefeld: IDIS 1993 Gesundheitsberichterstattung Mai 1993
IDIS (Hrsg.)	Examples for a Unified National and International Data Set at Regional Level in North Rhine-Westphalia. HFA 2000 of the WHO. Regions for Health - Network of the WHO. ENS CARE Statistics Pilot of the WHO/EC. Bielefeld: IDIS 1993 Gesundheitsberichterstattung Band 3/1993
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.)	Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994. Bielefeld: IDIS 1995
IDIS (Hrsg.)	Beispiele für einen vereinheitlichten nationalen und internationalen Datensatz für die kom- munale Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS 1993 Gesundheitsberichterstattung Band 4/1993

IDIS (Hrsg.)	<p>Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Themenfeld 2 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: IDIS 1994 Gesundheitsberichterstattung Band 5/1994</p>
IDIS (Hrsg.)	<p>Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Risiken der Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen. Nationaler Untersuchungssurvey 1991 Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS 1994 Gesundheitsberichterstattung Band 6/1994</p>
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.)	<p>Atlas zur Krebssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MAGS 1994</p>
Iögd (Hrsg.)	<p>ENS CARE Health Statistics der EU/WHO. Beteiligung des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Iögd 1995 Gesundheitsberichterstattung Band 7/1995</p>
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.)	<p>Gesundheit der Kinder in Nordrhein-Westfalen - Bericht der Landesregierung - Düsseldorf: MAGS 1995</p>
Iögd (Hrsg.)	<p>Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd 1996 Gesundheitsberichterstattung Band 8/1996</p>
Iögd (Hrsg.)	<p>Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorenansatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd 1997 Gesundheitsberichterstattung Band 9/1997</p>

lög (Hrsg.)

**Zur gesundheitlichen Versorgung in
Nordrhein-Westfalen.
Teil 2: Indikatoren der Themenfelder 6 - 11 des
GMK-Indikatorensatzes.
Bielefeld: lög 1999
Gesundheitsberichterstattung Band 11/2000**

Gesundheitsberichte in Nordrhein-Westfalen

**Ministerium für Frauen,
Jugend, Familie und
Gesundheit NRW (MFJFG)
(Hrsg.)**

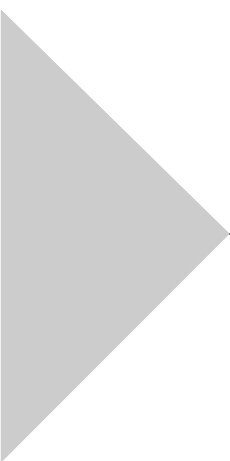
**Gesundheit von Frauen und Männern
in Nordrhein-Westfalen
Landesgesundheitsbericht 2000
Bielefeld: lög 2000**

**Ministerium für Frauen,
Jugend, Familie und
Gesundheit NRW (MFJFG)
(Hrsg.)**

**Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-
Westfalen
Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen
Düsseldorf: MFJFG 2002
(Gesundheitsberichte NRW)**

**Ministerium für Frauen,
Jugend, Familie und
Gesundheit NRW (MFJFG)
(Hrsg.)**

**Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
in Nordrhein-Westfalen
Landesgesundheitsbericht 2002
Bielefeld: lög 2002**



Anhang 4

Table of Contents

	Page
Introduction (Bardehle, Annuß)	9
1 Doris Bardehle	
Population-specific and morbidity-related settings in health care	13
1.1 Population-specific settings in health care	16
1.2 Morbidity-related settings in health care	21
1.3 Comments on the quality of the health care system	28
1.4 Summary	31
2 Bernhard J. Güntert, Dieter Ahrens	
Hospitals	33
2.1 Hospitals in the health care system - function, types and significance	35
2.2 Hospital structures in NRW and in comparison to others	38
2.3 Hospital infrastructure in NRW and in comparison to others	42
2.4 Hospital services in NRW and in comparison to others	49
2.5 Summary	52
3 Hans-Joachim Schwager	
Rehabilitation in the labyrinth of interests	53
3.1 Historic comments on the splitting up of rehabilitation into responsibilities, sponsors and different objectives	55
3.2 The supporting pillars of rehabilitation	56
3.3 The term "handicap"	57
3.4 The five dilemmas of rehabilitation	59
3.5 Trends in North Rhine-Westphalia	63

4 Wilfried Boroch	
Outpatient health care	71
4.1 The key position of practising outpatient doctors	73
4.2 The structure of outpatient care	73
4.3 Legal and institutional framework conditions for outpatient medical and dental care	79
4.4 Services provided in the outpatient medical and dental field	84
4.5 The need for action in health policy with regard to NRW's outpatient health care sector	90
5 Burkhard Werner	
Nursing care institutions and services in North Rhine-Westphalia	95
5.1 Introduction	97
5.2 A differentiated description of the development of nursing care services and institutions in NRW	100
5.3 Empirical and statistical data on persons in need of support and care in NRW	111
5.4 Summary	113
5.5 Prospects of more appropriate health care structures in the future	115
6 Hans-Joachim Boschek, Helmut Brand	
The public health service in North Rhine-Westphalia	123
6.1 Overview	125
6.2 Structure of the public health care service	126
6.3 Key tasks of the public health service	126
6.4 Priorities of the public health service	137
6.5 Future development of the public health service in the context of administrative reform models	138
6.6 Summary	139
7 Christian Adam	
Employment and training in the health service	143
7.1 Health care professionals	145
7.2 Employees in health care institutions	153
7.3 Outpatient care	157
7.4 Lower health authorities	157
7.5 Pharmacists	158
7.6 Summary	158

8 Ulrich Wagner	
Expenditure, costs and funding in the health care sector	161
8.1 Development of health care expenditure	166
8.2 Expenditure development of statutory health insurance funds and health care costs in North Rhine-Westphalia	170
8.3 Explanations for the increase in expenditure	175
8.4 Funding of the health care system	178
8.5 Summary	181
Appendices	183
Appendix 1 List of symbols and abbreviations	185
Appendix 2 List of authors	189
Appendix 3 List of previous health monitoring publications	193
Appendix 4 Table of contents	199

