

Der Umbau des Gesundheitswesens im Freistaat Sachsen ab 1990

Der Herbst 1989 – der Weg in die Freiheit

Durch die friedliche Revolution im Herbst 1989 haben wir in der damaligen DDR in wenigen Wochen alle Freiheitsrechte, die im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland bzw. in der Erklärung zu den allgemeinen Menschenrechten der Vereinten Nationen verankert sind, errungen. Ausgelöst und befördert durch die Entwicklung in der DDR nach der Fälschung der Kommunalwahlergebnisse, durch die Ausreisewelle über andere osteuropäische Länder, durch Solidarnocs in Polen und die Charta 77 in der Tschechoslowakei, besonders aber durch Perestroika und Glasnost in der UdSSR sowie die Öffnung der Grenze zwischen Ungarn und Österreich aber auch durch die brutale Niederschlagung des Studentenaufstandes in Peking, die von Egon Krenz begrüßt worden war, forderten große Teile der DDR-Bevölkerung Wahlfreiheit, Reisefreiheit, Meinungsfreiheit, Versammlungsfreiheit, Gewissensfreiheit und Teilhabe an Entscheidungen zur weiteren gesellschaftlichen Entwicklung in allen Lebensbereichen. Schon ab Oktober 1989 wurden in immer mehr Gemeinden Arbeitsgruppen gebildet, die Mitsprache einforderten, zum Beispiel für den Bildungsbereich und in Umweltfragen.

Die Entwicklung zu Veränderungen beschleunigte sich sehr stark. So erschien in Dresden am 10. Oktober 1989 in der Zeitung „Die Union“ ein die Ereignisse vom 8. Oktober 1989 wahrheitsgemäß berichtender Artikel von Uta Dittmann – ein Durchbruch für Meinungs- und Pressefrei-



Dr. rer. nat. Hans Geisler, Sächsischer Staatsminister für Soziales a. D.

heit. Die Reisefreiheit wurde mit der überraschenden Ankündigung von Schabowski am 9. November 1989 erreicht – viel umfassender als von der SED geplant. Einen Monat später „verzichtete“ die SED/PDS auf ihren Führungsanspruch, der entscheidende Schritt zur Herausbildung unabhängiger Parteien und das nur zehn Wochen nach der strikten Ablehnung der Anerkennung des „Neuen Forums“ als Vereinigung durch die DDR. Die neuen Parteien gründeten sich alle – außer der DSU – noch 1989. Am 18. März 1990 wurde mit der einzigen freien Volkskammerwahl der DDR-Geschichte dem erfolgreichen Kampf für die individuellen Freiheitsrechte die Krone aufgesetzt. Zu diesen Freiheitsrechten gehören aber weitere, die von der Gesamtheit der Bevölkerung weniger wahrgenommen wurden, nämlich Vereinigungs-, Vertrags-, Berufs- und Niederlassungsfreiheit. Diese Freiheitsrechte waren aber für die Umgestaltung der Gesellschaft grundlegend und existentiell. Die Ablösung der zentralistischen Planwirtschaft, in der eine kleine Gruppe von Parteikadern alle Lebensbereiche lenken wollte, durch eine demokratisch legitimierte soziale Marktwirtschaft, in der konstitutiv Macht geteilt wird, bedurfte

dieser Freiheitsrechte als Voraussetzung für die Übernahme von Verantwortung in einzelnen Lebensbereichen.

Die Regelungen für das Gesundheitswesen in den zwei Verträgen von 1990 zur deutschen Einheit

Die Begrenzungen und Einschränkungen, die einen zentralistisch organisierten Staat mit einer ebensolchen Wirtschaft charakterisieren, waren auch im Gesundheitswesen evident: zum Beispiel mangelhafte Versorgung mit Medikamenten (alle 14 Tage erneuerte „Defektlisten“; A-, B-, C-, D-Nomenklatur für die Medikamentenversorgung C = Bezirksapothekendeckung, D = Regierungsapothekendeckung); defizitäre Ausstattung mit Medizintechnik und weit heruntergewirtschaftete Bausubstanz der Krankenhäuser. Vergleichbare Defizite bestimmten alle Lebensbereiche. Sie sind zentralistischen Staaten immanent, aber in dem real existierenden Sozialismus der DDR mit der manischen Abgrenzungsideologie waren sie besonders stark. Dies hatte zwei Gründe: die Selbstüberschätzung der kleinen Führungscliquen auf allen Ebenen und die damit verbundene Unterdrückung sowie die Nichtnutzung der Fähigkeiten und kreativen Kräfte aller Bürger. Ein Staat, der bewusst Macht teilt und Verantwortung in Selbstverwaltungsstrukturen delegiert, fördert und nutzt die Kräfte und Begabungen seiner Bürger und erreicht somit höhere Leistungen und ist effizienter. Auch wenn Anfang 1990 optimistischer Weise mit einer Zeit von ein bis zwei Jahren bis zur Wiedervereinigung gerechnet wurde, orientierten sich weitsichtige Gruppen an den grundlegenden gesellschaftlichen Strukturen in der Bundesrepublik – so auch in der sächsischen Ärzteschaft. Schon im Vertrag zur Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwi-

schen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik heißt es: „Die Vertragsparteien bekennen sich zur freiheitlichen, demokratischen, föderativen, rechtsstaatlichen und sozialen Grundordnung“ und weiter: „sie garantieren insbesondere die Vertragsfreiheit, Gewerbe-, Niederlassungs- und Berufsfreiheit...“. Vertreter eines sich Ende 1989 gegründeten unabhängigen Verbandes von Ärzten und Zahnärzten Sachsens nahmen Verbindung zu den Landesärztekammern/Zahnärztekammern Baden-Württembergs und Bayerns auf. Wieder beschleunigte sich die Entwicklung durch die Menschen in der DDR, die nach der Volkskammerwahl immer entschlossener die Übernahme der D-Mark als Währung forderten. In wenigen Wochen nach der Volkskammerwahl und der Bildung der de Maizière-Regierung wurde der Vertrag zur Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR ausgearbeitet und am 18. Mai 1990 – zwei Monate nach der Volkskammerwahl – von Theo Waigel und Walter Romberg unterzeichnet. Sechs Wochen später, am 1. Juli 1990, trat er in Kraft und fixierte schon alle wesentlichen Grundlagen zur Gestaltung des Gesundheitswesens, der Sozialversicherung und anderer Bereiche der sozialen Sicherung einschließlich ihrer Finanzierung.

So heißt es in Kapitel I Art. 2 zu den Grundsätzen des Vertrages im Absatz 2: „Entgegenstehende Vorschriften der Verfassung der DDR über die Grundlagen ihrer bisherigen sozialistischen Gesellschafts- und Staatsordnung werden nicht mehr angewendet.“ Im Kapitel IV zur Sozialunion heißt es im Artikel 18 zu den Grundsätzen der Sozialversicherung:

1. „Die Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung werden jeweils durch Selbstverwaltungs-Körperschaften des öffentlichen Rechts unter der Rechtsaufsicht des Staates durchgeführt.“
2. (sie) werden vor allem durch die Beiträge finanziert. Die Beiträge ... werden grundsätzlich je zur Hälfte

von Arbeitnehmern und Arbeitgebern ... (ausgenommen die Unfallversicherung) getragen

Im Absatz 2 von Artikel 18 wird die Erwartung ausgesprochen: „Möglichst bis zum 1. Januar 1991 werden für die Renten-, Kranken- und Unfallversicherungen eigenständige Versicherungen gebildet.“ „Möglichst“ bedeutete aber, man erwartete zu diesem Zeitpunkt für die Sozialversicherungen und damit für die soziale Sicherung der Menschen in der DDR bereits eine Einheit des gegliederten Sozialrechts, auch ohne die staatliche Einheit schon erreicht zu haben.

Zu den vereinbarten Grundsätzen der Sozialversicherung gehörte auch die Ermöglichung „der Errichtung von berufsständischen Versorgungswerken außerhalb der Rentenversicherung“ und die Festlegung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen nach den Grundsätzen des Sozialversicherungsrechts der Bundesrepublik Deutschland.“ Der Artikel 22 „Gesundheitswesen“ stellt „die medizinische Betreuung und den Schutz der Gesundheit als besonderes Anliegen der Vertragspartner“ fest, dazu wird die vorläufige Fortführung der derzeitigen Versorgungsstrukturen zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung als notwendig erachtet. Die DDR übernimmt jedoch die Verantwortung, „schrittweise eine Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots der Bundesrepublik Deutschland vorzunehmen, insbesondere durch Zulassung niedergelassener Ärzte, Zahnärzte und Apotheker...und durch Zulassung von privaten und freigemeinnützigen Krankenhausträgern.“ Schließlich übernimmt die DDR die Aufgabe, „gesetzliche Rahmenbedingungen für die vertraglichen Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Leistungserbringern zu schaffen.“

Mit diesem ersten Vertrag wurden die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Umgestaltung des Gesundheitswesens noch für die DDR fixiert, um die Versorgungsstrukturen und Finanzierungsgrundlagen passfähig für eine erst später erwartete Wiedervereinigung zu gestalten. Während bis zu diesem Vertrag die Vor-

bereitungen zur Bildung der ärztlichen Selbstverwaltung in persönlicher Verantwortung engagierter Ärzte mit Unterstützung von Kollegen aus den westdeutschen Bundesländern liefen, erhielten diese Initiativen mit der Zustimmung durch die Volkskammer zu diesem Vertrag nicht nur ihre Legalisierung, sondern waren Gesetzesauftrag. Dies galt auch, wenn durch die Verantwortungsträger der „Übergangsverwaltungen“ keine direkte Beauftragung erfolgte. So kam es in Sachsen sogar schon einige Tage vor der Verabschiedung dieses ersten Vertrages zur Gründung einer vorläufigen Sächsischen Landesärztekammer, für die eine Initiativgruppe eine Geschäftsordnung erarbeitet hatte. Anschließend wurde auch der Entwurf für das Kammergesetz, das im Juli 1990 von der Volkskammer beschlossen wurde, im Wesentlichen formuliert. Dieses Kammergesetz war eines von einer ganzen Reihe notwendiger Gesetze, die auf der Grundlage des ersten Vertrages den Übergang im Gesundheits- und Sozialwesen in die Versorgungs-, Organisations- und Finanzierungsstrukturen der Bundesrepublik Deutschland vorbereitet haben. Dieses Gesetz bildet die Grundlage für die zweite Etappe – die Ausarbeitung des Vertrages zwischen der Bundesrepublik und der DDR über die Herstellung der deutschen Einheit. Diesem Einigungsvertrag wird häufig – aber zu Unrecht – wegen der Schnelligkeit der Erarbeitung eine defizitäre Ausgestaltung nachgesagt. Sicher gibt es Entscheidungen, die im Rückblick nicht optimal waren. Aber es ist den Vertragspartnern sehr wohl bewusst gewesen, nicht alles in der vorhandenen Zeit im Detail regeln zu können. So wird immer wieder darauf verwiesen, dass der Gesetzgeber Weiteres regeln muss.

Trotzdem waren in den Anlagen I und II schon viele Sachverhalte sehr detailliert geregelt. So sind zum Beispiel die Abschläge für die Arzneimittel zeitlich gestaffelt genau mit Überprüfungsterminen festgelegt. Eine notwendige Entscheidung, weil bei den niedrigen Löhnen und einer gesetzlich fixierten Beitragshöhe von 12,8 Prozent (durchschnittlicher Bei-

tragssatz in der Bundesrepublik Deutschland 1989) die Beitragseinnahmen keine höheren Arzneimittelkosten ermöglicht hätten. Auch die pauschale Förderung für die Krankenhäuser war entsprechend dem Versorgungsauftrag mit 8.000 bis 15.000 DM je Bett genau festgelegt. Es gab außerdem Festlegungen, bei denen sogenannte Rückfallpositionen fixiert worden sind, wenn der erwartete Aufbau einer Struktureinheit noch nicht vollendet gewesen wäre, um die Arbeit zu gewährleisten. Es gab Festlegungen für die Anschubfinanzierung beim Jahreswechsel 1990/1991 und zum Beispiel die Öffnung zur Aufnahme von Betriebsmitteldarlehen, um die Ausgaben der Krankenkassen zu decken. Trotzdem wurde der Grundsatz nicht aufgehoben, dass die Einnahmen die Ausgaben decken müssen.

Zum Gesundheitswesen gibt es im Einigungsvertrag nur Festlegungen zu einer zügigen und nachhaltigen Angleichung des Niveaus der stationären Versorgung und die schon dargestellte Abschlagsregelung für die Arzneimittelpreise. Gerade die stationäre Versorgung war besonders gekennzeichnet durch fehlende moderne Medizintechnik und durch marode, teilweise völlig funktionswidrige Bausubstanz. Die Festlegung im Artikel 33 für den Gesetzgeber, die Situation der stationären Versorgung zügig und nachhaltig an die Verhältnisse im übrigen Bundesgebiet anzupassen, war die Grundlage für die Fixierung eines Investitionsprogramms in Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 in Höhe von 21 Mrd. DM bis zum Jahr 2004. Durch dieses Investitionsprogramm haben wir, effizient und intelligent umgesetzt, in Sachsen eine Krankenhauslandschaft geschaffen, die auch mit zu den deutschlandweit niedrigsten Krankenkassenbeiträgen der landesunmittelbaren Kassen geführt hat. Dieser Erfolg ist seit 2009 in Sachsen leider nicht mehr relevant, da durch den zentralistischen Eingriff mit der Festlegung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes nun an dieser sächsischen Sonderleistung alle anderen Bundesländer partizipieren.

Die Neugestaltung des Gesundheitswesens im Freistaat Sachsen seit 1990

Die sozialpolitischen und damit gesetzlichen Grundlagen für die ambulante ärztliche Versorgung sowie die Finanzierung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung insgesamt durch selbstverwaltete Krankenkassen sind im Vertrag vom 18. Mai 1990 fixiert. Sie gewährleisten den Übergang in der ambulanten Versorgung von angestellten Ärzten in Polikliniken und staatlichen Arztpraxen zu niedergelassenen, frei praktizierenden auch wirtschaftlich selbstverantwortlich arbeitenden Ärzten. Nicht die Veränderung der organisatorischen Strukturen der ambulanten ärztlichen Tätigkeit von Polikliniken, Ambulanzen mit zwei bis drei Fachbereichen sowie staatlichen Arztpraxen zu großen und kleinen Ärztehäusern sowie privaten Arztpraxen war die entscheidende Änderung, sondern der Übergang von der staatlichen Struktur mit Angestellten zu niedergelassenen auch wirtschaftlich eigenverantwortlichen Ärzten.

Die selbstverwaltete beitragsgegründete Finanzierung des Gesundheitswesens (ausgenommen der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Krankenhausinvestitionen) und die durch die Krankenkassen als Sachwalter der Versicherten und die ebenfalls selbstverwalteten Verbände der Leistungserbringer – zum Beispiel Kassenärztliche Vereinigung (KV), Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) – sowie die Krankenhäuser verantworten und gewährleisten entsprechend SGB V

die wirtschaftliche, dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende medizinische Versorgung. Die selbstverwalteten, den gesetzlichen Auftrag gewährleistenden Organisationen und das Gegenüber von Leistungserbringern und Kostenträgern lösten die zentralistischen (Mangel und Bilanzen verwaltenden) Strukturen der Planwirtschaft ab. Als Gesundheitsministerium haben wir für beide Bereiche den Aufbau der Selbstverwaltung begleitet, das heißt: Errichtungsbeauftragte eingesetzt, bis die Selbstverwaltungen durch Wahlen legitimiert wurden. Dies war ein eindeutiger Prozess der Teilung von Macht und brachte Freiheit, die verantwortet werden musste. Dauerhaft hat das Gesundheitsministerium die Rechtsaufsicht auszuführen, das heißt: die Kontrolle des gesetzekonformen Handelns der Institutionen und ihrer gewählten Organe. Dies bedeutet als erstes die Kontrolle der Wahlen zu den Selbstverwaltungskörperschaften: Sind sie frei, geheim und unabhängig? Es folgte bei den Krankenkassen zum Beispiel die Kontrolle des Beitragseinzuges bei den Betrieben, das Ausgabeverhalten bei den Kassen für Werbung und Repräsentation oder den wirtschaftlichen Einsatz der Beiträge für die verschiedenen Leistungserbringer. Das Handeln der Aufsicht selbst ist durch Gesetz sehr detailliert fixiert und darf das verantwortliche Handeln der Selbstverwaltung nicht durch das des Ministeriums (den Staat) ersetzen. Unser Handeln musste besonders in diesen Jahren einem zügigen Aufbau

der Institution durch Beratern, Schlichtern und gegebenenfalls auch sachlich begründete Erwartungen/Forderungen dienen. Trotzdem sollte die Kontrolle gewährleisten, dass fehlerhaftes Handeln und sachfremde Entscheidungen oder Missbrauch von Beitragsmitteln frühzeitig erkannt und vermieden werden.

Die überwiegende Zahl von Ärztinnen und Ärzten haben die Niederlassungsfreiheit genutzt. Sie haben mit viel persönlichem Einsatz und großer Verantwortungsbereitschaft die privaten Arztpraxen eingerichtet und so ab dem 1. Januar 1991 die medizinische Versorgung gewährleistet. Für Polikliniken und Ambulanzen/Medizinische Versorgungsbereiche war im Einigungsvertrag eine Übergangsfrist von fünf Jahren festgeschrieben. Die ambulant-ärztliche Versorgung durch Vertreter verschiedener Facharztrichtungen konnte auch zeitlich unbegrenzt weitergeführt werden, aber nicht mehr als angestellte Ärzte beim Rat des Kreises, sondern in eigener Niederlassung oder in Gemeinschaftspraxen. So sind zum Beispiel von fünf großen Polikliniken in Dresden vier sogar mit einem breiteren Fachspektrum und weiteren Gesundheitsangeboten als Ärztehäuser noch heute für die medizinische Versorgung unter „einem Dach“ präsent. Dies war aber keine Aufgabe der staatlichen Verwaltung, sondern lag in der Verantwortung der die Niederlassungsfreiheit nutzenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Selbstverwaltungskörperschaften (KVen). In diesem Prozess gab es bei einem kleineren Kreis von Medizinern Zurückhaltung, besonders wegen der nun notwendigen Übernahme (auch der betriebswirtschaftlichen Verantwortung. Dieser Prozess der Niederlassung der Ärzte (auch der Zahnärzte und Apotheker) ist erfreulicherweise in kurzer Zeit im ersten Quartal 1991 erfolgreich erfolgt. Die Honorierung ihrer Leistungen erfolgte nach Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen in eigener Verantwortung. Nur in wenigen Konfliktfällen über Honorarverteilungsmaßstäbe wurde das Ministerium als Schlichter benötigt.

In der Hoheit der Länder liegt die Gesetzgebung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die stationäre medizinische Versorgung. Zuständig war in Sachsen seit 1990 das Sozialministerium. Bei der Neugestaltung der stationären medizinischen Versorgung galt es besonders, die Versorgung von psychisch Kranken in ihrer Gesamtheit ganz neu zu ordnen. Dies war notwendig, um dem Artikel 1 des Grundgesetzes zu folgen und die „Würde des Menschen“, jedes Menschen, wieder herzustellen. In den ehemaligen Bezirkskrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie „lebten“ am Ende der SED-Diktatur in Sachsen ca. 4.500 Menschen – chronisch-psychisch Kranke und geistig sowie mehrfach Behinderte. Sie wurden objektiv nur verwahrt – jede Förderung fehlte.

Es waren zwei wesentliche Aufgabenbereiche parallel zu bewältigen. Sowohl bei den Krankenhausinvestitionen als auch bei der Neugestaltung der Strukturen in der Psychiatrie waren neben den optimalen endgültigen Lösungen auch zeitlich befristete Übergangslösungen nötig. So war der Auszug aus Saalstrukturen, mit 30 bis 50 Betten und einem Spind pro Person, wobei die Schlüssel im Stationszimmer verwahrt waren, in eine ehemalige Kaserne mit kleinen Wohnstrukturen und möblierten Zimmern für zwei Personen und strukturierten Tagesangeboten zwar eine erhebliche Verbesserung, aber keine endgültige Lösung. Die sächsische Landesregierung hat sich dem im Artikel 33 des Einigungsvertrages vom Gesetzgeber erteilten Auftrag gestellt. In den Jahren 1991 bis 1993 waren dafür Mittel des Fonds Deutscher Einheit (FDE) ausgewiesen. Für 1991 war es den Kommunen zusätzlich mit der kommunalen Investitionszuschuss in großer Eigenverantwortung möglich, Krankenhäuser und Sozialeinrichtungen damit zu fördern. Die Landesmittel erhielten die Krankenhäuser 1991 bis 1993 überwiegend als Pauschalen, mit denen sie besonders fehlende Medizintechnik anschaffen, aber auch dringende kleine Baumaßnahmen durchführen konnten. Da die großen Baumaßnahmen trotz ver-

kürzter Prüfverfahren gewisse Vorbereitungszeiten erforderten, konnten die Krankenhäuser unter anderem für Umbau/Sanierung von OP-Säle/Zentralsterilisationen, Errichtung von Notfallaufnahmen/Intensivstationen, Umstellung von Heizungsanlagen Anträge mit einem Volumen von bis zu 3 Mio. DM stellen.

Die Aufstellung der „vorläufigen Förderliste“ brachte eine erste Bettenbestandsaufnahme.

Durch einen externen Gutachter wurden im ersten Quartal 1992 alle Krankenhäuser bezüglich ihres Zustandes und damit des Investitionsbedarfs bewertet. Im Ergebnis dieses Gutachtens wurde sowohl eine Prioritätenliste erarbeitet, als auch der Investitionsbedarf mit 7,5 Mrd. DM um 2,5 Mrd. DM niedriger bestimmt, als 1990 geschätzt. Der Bedarf an Totalneubauten reduzierte sich von 30 Prozent auf ca. zwölf Prozent, weil mehr Krankenhäuser durch Sanierung im Bestand und Teilersatzbau rekonstruiert werden konnte. Für die Ermittlung des Finanzbedarfs war die Festlegung des Fördervolumens von 375 TDM/Bett bei Neubau entscheidend (in den alten Bundesländern lag diese Summe zwischen 350 TDM und 480 TDM). Für reine Pflegebereiche wurden 200 TDM/Bett anerkannt. Eine weitere Aufgabe für die Krankenhausplanung lag in der Korrektur von Über- und Unterkapazitäten in den Fachbereichen sowie dem Aufbau von flächendeckender und wohnortnaher Versorgung. Überkapazität bestand bei der Inneren Medizin (auch wegen der fehlenden ambulanten und stationären Pflegekapazität), bei der Gynäkologie/Geburtshilfe, der Dermatologie sowie der Kinder- und Augenheilkunde. Defizite gab es bei der Urologie, der Orthopädie und Neurochirurgie und ein besonders großer Mangel bestand in der Radiologie und Herzchirurgie.

Für die Abwicklung der ca. 100 großen Baumaßnahmen haben wir eine neue Logistik für Planung, Prüfung, Bau und Finanzierung entwickelt, die aus vier Elementen bestand.

1. Die „Schnelle-Eingreif-Truppe“ (SET) mit Fachkompetenz aus Medizin, Architektur und Technik, die inner-

- halb von ca. sechs Wochen eine Vorprüfung der Anträge und anschließend eine Beratung mit den Krankenhausträgern durchgeführt hat. Damit wurden wesentliche Abweichungen von den Kennziffern (Kosten/Bett, Netto-m²/Bett, m³-umbauter Raum, Haus- oder Medizintechnik) erkannt und die Planung musste überarbeitet werden oder die Bauvorbereitungen konnten parallel zu den Antragsprüfungen durch die Oberfinanzverwaltung weiter erfolgen.
2. Festbetragsförderung, die zu einer Reduzierung des Prüfungsaufwandes führte, Anreiz für wirtschaftliches Verhalten bei der Ausführung gab und erlaubte, nicht verbrauchte Mittel für weitere förderfähige Investitionen einzusetzen.
 3. Vorab-Baufreigaben nach verkürzter Prüfung vor Abschluss der Bewilligungsverfahren.
 4. Zwischenfinanzierung durch den Krankenhausträger zum Vorziehen von Baumaßnahmen in den Jahren ab 1995, in denen mehr Planungen durch verkürzte Prüfung und Bewilligung umsatzfähig waren als die jährlich zur Verfügung stehenden ca. 500 Mio. DM ermöglichten. Anfallende Zinskosten wurden durch das Gesundheitsministerium zusätzlich zum Festbetrag getragen.

Durch diese Maßnahmen ist es gelungen, große Krankenhausbauten in der Hälfte der Zeitspanne der alten Bundesländer zu errichten, dabei hat sich die öffentliche Investitionsfinanzierung im Krankenhauswesen bewährt. Mit der Vermeidung von Fehlinvestitionen durch Zielplanungen am Beginn von Baumaßnahmen, einer strengen Krankenhausplanung (Reduktion von 120 auf 94 Standorte, Fächerkanon / Einrichtung, Bettenzahl) sowie konkreten und maßvollen Kennziffern konnten die Betreiberkosten für die Versicherten-gemeinschaft in Grenzen und die Beitragssätze von AOK und IKK in Sachsen als niedrigste in Deutschland bis Ende 2008 gehalten werden.

Eine besondere Aufgabe war die Neugestaltung der psychiatrischen Versorgung. Dabei ging es darum,

die gesellschaftliche Ausgrenzung psychisch (sowohl akut als auch chronisch) kranker Menschen aufzuheben, wie sie bis 1989 in den acht großen Bezirkskrankenhäusern Realität war. Ziel war, eine möglichst weitgehende soziale und berufliche Eingliederung durch eine fachgerechte und die Würde des Menschen achtende Betreuung sicherzustellen. Die Behandlung von akut psychisch Kranken erfolgte zu 87 Prozent in den acht Bezirkskrankenhäusern wohnortfern. Dies war stigmatisierend. Nur neun Prozent wurden in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und vier Prozent in kleinen psychiatrischen Einrichtungen behandelt. Innerhalb von zwölf Jahren wurden zwölf Abteilungen mit Vollversorgungsauftrag in Allgemeinkrankenhäusern aufgebaut. Damit werden fast zwei Drittel der Patienten im Kreis von somatischen Abteilungen behandelt. Fast 60 Prozent der betreuten Menschen in Großkrankenhäusern waren Langzeitpatienten, nicht nur psychisch Kranke, sondern geistig und/oder mehrfach Behinderte. Für sie waren im Rahmen der Enthospitalisierung konsequent ambulante und komplementäre Versorgungsstrukturen auf- und auszubauen. Dafür wurden – auf den Erfahrungen in den alten Bundesländern (Psychatrieenquete), der Bestandsaufnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ sowie einigen in der DDR bewährten gemeindepsychiatrischen Versorgungsformen aufbauend – die neuen

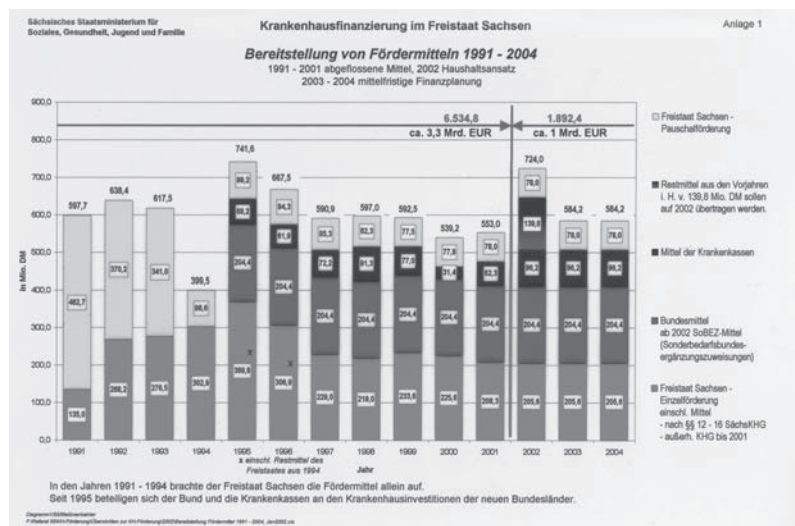
notwendigen Strukturen im „1. Sächsischen Psychiatrieplan 1993“ fixiert und sie erhielten mit dem SächsPsychKG Gesetzeskraft.

In jedem Landkreis wurde bis 1993 ein Gemeindepsychiatrischer Verbund geschaffen. Neben der ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen Psychiater wurden 1. sozialpsychiatrische Dienste in den Gesundheitsämtern, 2. Krisendienste, 3. Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen und 4. Tagestätten aufgebaut. Für die große Zahl „hospitalisierter“ oder „fehlplatzierter“ psychischer Patienten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mussten neue Wohnmöglichkeiten geschaffen werden. Die Hilfeformen sind entsprechend dem Betreuungsbedarf sehr unterschiedlich und für die kurzfristig eintretenden positiven oder negativen Veränderungen sachgerecht zu gestalten, das heißt, sie haben durchlässig zu sein. Auch bei einem Bedarf „Rund-um-die-Uhr“ an fachspezifischer Hilfe sollte die Wohnung und nicht das Heim den individuellen Lebensraum schaffen. Dies wird in den sozialtherapeutischen Wohnstätten für 30 bis 40 Personen mit Wohngruppen von jeweils acht Personen mit Einzelzimmer (ein Zweibettzimmer), Wohnzimmer, Speisezimmer mit Küche gewährleistet. Je nach erreichter Selbständigkeit werden folgende Möglichkeiten angeboten: 1. Betreute Wohngruppen (außerhalb der Wohnstätte), 2. Therapeutische Wohngemeinschaften, 3. Betreutes Einzelwohnen und 4. gegebenenfalls betreutes Wohnen bei Pflege-

familien. Entsprechend den individuellen Fähigkeiten ist auch die Gestaltung oder das Angebot an Arbeitsmöglichkeiten unterschiedlich. Für psychisch Kranke ist ein selbständiges Angebot an Werkstätten genauso nötig wie die begleitende Arbeitsvorbereitung und Weiterbildung. In Sachsen sind die benötigten Plätze in kleinen, örtlich getrennten Standorten oder als räumlich getrennte selbständige Abteilungen an Werkstätten für Behinderte in den vergangenen 15 Jahren errichtet worden. Arbeitsplätze in Integrationsfirmen sind noch ausreichend zu schaffen. Die Strukturen für Abhängigkeitskranke und Kinder sowie Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sind ebenfalls in den vergangenen Jahren aufgebaut worden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist neben ambulanter und stationärer Versorgung die dritte Säule des Gesundheitswesens. Die Mitarbeiter sind grundsätzlich nicht kurativ tätig, sondern haben überwachende, vorsorgende und fürsorgende Aufgaben. In Sachsen ist beim Aufbau des ÖGD beachtet worden, dass dem Gesundheitsressort alles zugeordnet wird, was die Gesundheit des Menschen beeinflusst, auch Lebensmittelkontrolle und Veterinärmedizin. Dies wird bundesweit noch heute als sachgerechte und optimale Lösung bewertet. Die Behörden sind den Landkreisen und kreisfreien Städten zugeordnet. Zur Unterstützung der Gesundheits-, Lebensmittel- und Veterinärämter hat die Landesuntersuchungsanstalt für Gesund-

heits- und Veterinärwesen Sachsen landesweite Aufgaben in der Abwehr und Bekämpfung von Seuchen. Sie garantiert die Wahrnehmung der hochspezialisierten Aufgaben unter anderem der Lebensmittelüberwachung, Virologie und Immunologie der Human- und Veterinärmedizin. Dies bedeutet die Sicherung des Gesundheits- und Verbraucherschutzes als elementaren Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge und ist in allen Teilen hoheitliche Aufgabe. Die Gesundheits-, Lebensmittel- und Veterinärämter gewährleisten die Überwachung der Einrichtungen und Betriebe bei der Einhaltung der Hygiene- und Qualitätsstandards. In den Betrieben ist eine Aufgabenveränderung weg von den direkten Kontrollen hin zu den Kontrollen der betriebsinternen Abläufe erfolgt. Die Ämter sind auf der kommunalen Ebene für die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständig. Sie haben ihre hohe und schnelle Eingriffsfähigkeit in den letzten 20 Jahren immer unter Beweis gestellt (Schweinepest, BSE, Vogelgrippe). Für ein erfolgreiches und schnelles Handeln ist die erweiterte Meldepflicht, wie in Sachsen gesetzlich geregelt, eine entscheidende Grundlage gegen die Ausbreitung von Seuchen. Zur Sicherung der Gesundheit der Menschen ist ein guter Impfschutz, der vor allem bei Kindern und Jugendlichen erreicht werden muss, grundlegend. Die in Sachsen gesetzlich geregelten regelmäßigen Reihenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen ermögli-

chen auch, den vollständigen Impfschutz zu erreichen. Sachsen hat schon 2003, als Ergebnis einer in Chemnitz 1999/2000 gelaufenen Studie, eine Reihenuntersuchung im vierten Lebensjahr eingeführt. Dies ermöglicht, Entwicklungsrückstände frühzeitig zu erkennen und durch Therapien auszugleichen. Zu den Aufgaben des ÖGD gehört zum Beispiel auch die Vermittlung von präventiven Verhaltensweisen an die Bevölkerung und die Kontrolle und Prophylaxe der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Nicht unerwähnt soll die hohe Bedeutung und Verantwortung der Ämter für den umweltbezogenen Gesundheitsschutz bleiben. Er umfasst Fragen des Lärmschutzes, des Gewässer- und Strahlenschutzes aber auch von Luftverunreinigungen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auf allen Gebieten, die Einfluss auf das Leben, die Qualität des Lebens und die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger haben, in den vergangenen 20 Jahren große, teilweise kaum zu erwartende Verbesserungen eingetreten sind. Dies ist ablesbar an der Erhöhung der Lebenserwartung und der Angleichung an die höhere Lebenserwartung in den alten Bundesländern. Erreicht wurde dies besonders durch die jetzt mögliche, sehr gute und moderne Ausstattung an Medizintechnik, die unbeschränkte Verfügbarkeit der wirksamsten Arzneimittel sowie die weiter gelebte hohe Einsatz- und Verantwortungsbereitschaft der sächsischen Ärzteschaft. Die Betreuung der psychisch Kranken in allen Ebenen und Formen wurde auf die Wahrung der Würde des Einzelnen ausgerichtet. Die Krankenhäuser haben mit dem Erreichen des heute üblichen Standards im Durchschnitt einen besseren baulichen Zustand als in den alten Bundesländern. Dies ist nicht überraschend, da wir die Sanierung in 15 Jahren durchführen konnten. Auch die erreichte Sauberkeit von Luft und Wasser – die Schadstoffkonzentrationen sind um bis zu 95 Prozent reduziert worden – erhöht unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit.



Dr. rer. nat. Hans Geisler, Radeberg