

Erneuerung des Ex-DDR-Gesundheitswesens: Noch viel „Aufräumarbeiten“

Der Prozeß der Erneuerung des Gesundheits- und Krankenhauswesens in der ehemaligen DDR ist in vollem Gange. Die rechtlichen Voraussetzungen für die Umgestaltung, für die Installation neuer Verwaltungs- und Organisationsstrukturen nach westlichem Vorbild sind geschaffen; die gegliederte Struktur selbständiger Krankenkassen und Kassenarten ist seit 1. Januar 1991 Realität. Die Voraussetzungen, das zentralistische Krankenhauswesen in pluralistische Trägerstrukturen überzuleiten, sind mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (für die Ex-DDR) geschaffen, die Vorarbeiten zur Erstellung der Krankenhausbedarfspläne auf Länderebene und zur Installation medizinisch-technischer Geräte gleichfalls weit gediehen.

Die Mangelsituationen, die Defizite in allen Sektoren und in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind aber nicht übersehbar; sie lassen sich nicht im „Hauruck“-Verfahren beseitigen. Die „Durststrecke“ bei der Niveau-Angleichung ist noch nicht bewältigt – so der ehemalige Gesundheitsminister der DDR im Kabinett de Maizière, Prof. Dr. sc. med. Jürgen Kleditzsch, Pirna, vor einem Experten-Forum der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. (DZV) in Frankfurt.

CDU-Gesundheitspolitiker Kleditzsch zur aktuellen Lage:

Stationärer Bereich

52 Prozent der Ressourcen des Gesundheitswesens in den fünf neuen Bundesländern entfallen auf Krankenhäuser (im engeren Sinne). Nach einer Bausubstanzanalyse sind die Krankenhäuser im Schnitt 60,6 Jahre alt; die Verschleißquote liegt bei 45,2 Prozent. 70 Prozent der Nutzflächen der Krankenhäuser zäh-

len zur Bauzustandsstufe 3 und 4. Das heißt: Sie weisen schwere Schäden auf; eine Instandsetzung größeren Umfangs oder ein völliger Neubau und Ersatz sind dringend erforderlich.

In den letzten Jahren sind nur einige Bezirkskrankenhäuser neu gebaut worden; der Großgerätepark der Kliniken ist völlig überaltert oder stark reparaturbedürftig. Im diagnostischen Bereich, etwa bei bildgebenden Verfahren, beträgt der technische time lag 10 bis 15 Jahre. Bei planbaren Operationen (Herzchirurgie; Neurochirurgie u. a.) beträgt die Wartezeit mehrere Monate bis Jahre.

51 Prozent der Klinikküchen sind marode, Bauzustandsstufen 3 und 4; 20 Prozent der Krankenhäuser rangieren in der Hygienestufe 3, das heißt, die materiell-technischen und allgemeinen hygienischen Bedingungen sind völlig unzureichend und verstärken den Hospitalismus.

1100 Gebäude des Gesundheits- und Sozialwesens stehen unter Denkmalschutz. 32 Prozent der Nutzflächen wurden nicht für den derzeitigen Verwendungszweck gebaut und sind deshalb strukturell und organisatorisch unzulänglich. Kostenaufwendig und modernen Grundsätzen der Patientenversorgung widersprechend ist der hohe Zersplitterungsgrad bei stationären Einrichtungen: heute im Schnitt 2,8 Standorte je Einrichtung.

Zahlreiche Klinikräume werden immer noch durch Ofenheizung versorgt. In vielen Bettenhäusern fehlen Aufzüge, Patienten müssen in Baracken dauerhaft untergebracht werden – bei menschenunwürdigen sanitärhygienischen Verhältnissen und unzulänglichen Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten.

Die 540 stationären medizinischen Einrichtungen (darunter rund 440 Krankenhäuser nach West-Zählweise) betreiben zur Zeit 165 000

Krankenbetten, die durch mehr als 18 000 Ärztinnen und Ärzte versorgt werden (neun Betten je Arzt). Geschätzte Überkapazität: ca. 20 000 Betten. Die Durchschnittsverweildauer in Akut- und Sonderkrankenhäusern liegt bei 17,3 Tagen; alte Bundesrepublik: 17,1 Tage.

Behandlungsfälle pro Bett (1989) in der Ex-DDR: 15,6; alte Bundesrepublik: 19,1 (1987). Bettenauslastung in der ehemaligen DDR: 74,6 Prozent; alte Bundesrepublik: 86,6 Prozent.

Niederlassungswelle rollt ungebremst

● Von den rund 42 000 Ärztinnen und Ärzten auf dem Territorium der ehemaligen DDR waren 1990 rund 20 000 im ambulanten Bereich tätig. Mehr als 50 Prozent haben die Absicht geäußert, sich in freier Praxis niederzulassen. Zur Zeit dürfte die Zahl der bereits niedergelassenen Ärzte bei 8000 liegen. In manchen Regionen ist bereits eine flächendeckende Niederlassung erreicht. Im Zuge der raschen Umwandlung treten auch zuweilen Störungen in der medizinischen Betreuung auf, weil sich plötzlich mehrere Ärzte in Praxen (zumeist Einzelpraxen) niederlassen und die bisherigen Dispensaires in Stadtteilen oder in Kleinstädten geschlossen werden, ehe für die Patienten eine Neuordnung erfolgt wäre. Viele Patienten sind immer noch daran gewöhnt, eine bestimmte Behandlungsstelle „von oben“ zugewiesen zu erhalten, insbesondere chronisch kranke und ältere Patienten. Insbesondere ist die Funktionsfähigkeit von Stoffwechsel- und Gefäß-Dispensaires zur Zeit gefährdet.

Es gibt einen spürbaren Nachholbedarf insbesondere bei Einrichtungen der Psychiatrie, Krankenhäusern mit Altbausubstanz, Pflegeheimen, Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation, bei Universitätskliniken und medizinischen Akademien.

Etwa 7000 Ärztinnen und Ärzte befinden sich zur Zeit in einem Weiterbildungsstatus. Seit Beitritt der DDR zur Bundesrepublik ist der Ab-

schluß besonderer Qualifizierungsverträge und damit auch die Absolutenlenkung laut Kleditzsch nicht mehr organisierbar. Eine Unterversorgung gibt es auch im Bereich der Psychotherapie, der Psychohygiene und der Physiotherapie. Die Zahl der „delegationsfähigen Ärzte“ ist zur Zeit nicht ausreichend (etwa Raum Dresden: lediglich drei Fachärzte für Psychotherapie und acht Subspezialisten). Psychotherapie-Polikliniken sind bereits aufgelöst oder werden kurzfristig aufgelöst, weil die psychologischen Leistungen in diesen Einrichtungen nicht abrechenbar sind.

Infolge von „flächendeckenden“ Kündigungen nicht nur von Poliklinikärzten, sondern auch von qualifizierten Pflegern, Schwestern, Gesundheitsfürsorgerinnen und Sozialarbeitern sei die bislang gut funktionierende Beratung und Betreuung insbesondere von Tuberkulosekranken, Suchtkranken, psychisch Kranken, Diabetikern und anderen Erkrankten gefährdet.

● Zur Zeit gibt es 2025 Apotheken, davon 1973 staatlich geleitete, 24 private, 8 verpachtete staatliche Apotheken und 28 Krankenhausapotheken. Bis Ende 1991 wird erwartet, daß 1300 Apotheken privatisiert sind. HC

Humanes Anliegen

„Im gegenwärtigen Prozeß für die Entwicklung des Gesundheitswesens (in den fünf neuen Bundesländern) darf die Summation aller Betrachtungen zur Entscheidungsfindung, ob aus sozialen oder ökonomischen, fachmedizinischen und berufspolitischen Aspekten niemals das zutiefst humane Anliegen einschränken, wie es das besondere am Arzttum Albert Schweitzers war, nämlich die Einheit von Denken und Taten. Besser als er kann man es nicht sagen: ‚Der erste Fortschritt in der Entwicklung der Ethik wird erreicht, wenn der Kreis der Solidarität mit anderen Menschen sich erweitert.‘“

Prof. Dr. sc. med. Jürgen Kleditzsch

Aus der Sicht eines Arbeitsrichters:

„Leisten Sie Ihren Patienten mit der Krankschreibung bitte keinen Bärendienst!“

Bernhard Kraushaar

Immer wieder unterlaufen den Ärzten bei Krankschreibungen leicht vermeidbare Fehler. Dabei wissen sie oft gar nicht, wie sehr sie – völlig ungewollt – ihren Patienten schaden und deren Arbeitsplätze gefährden können. Ein Arbeitsrichter schildert exemplarische Fälle, bei denen der Arzt über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen informiert sein sollte, „um Schaden zu vermeiden“.

Sehr häufig müssen die Arbeitsgerichte über *Kündigungen wegen unentschuldigter Fehlers* entscheiden; dabei ergibt sich nicht selten folgende typische Fallkonstellation: Der Arbeitnehmer hatte nach Ablauf der Sechs-Wochen-Lohnfortzahlungsperiode den Arbeitgeber nicht mehr vom Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit unterrichtet, weil ihm sein Arzt gesagt hatte, daß das nach dem Ablauf des Sechs-Wochenzeitraumes nicht mehr erforderlich sei. Kurze Zeit später hatte dann der Arbeitgeber fristlos oder fristgemäß dem Betreffenden gekündigt mit der Begründung, der Arbeitnehmer habe unentschuldig gefehlt.

Hier verwechseln die Ärzte die sozialversicherungsrechtlichen Nachweispflichten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Pflichten, die dem Arbeitnehmer gegenüber seinem Arbeitgeber obliegen.

Selbstverständlich hat der Arbeitnehmer auch nach Ablauf der Sechswochenfrist, in der er Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber hat, die Pflicht, seinen Arbeitgeber darüber zu informieren, ob er noch arbeitsunfähig ist oder nicht.

Was würden Sie selbst wohl als Arbeitgeber sagen, wenn Sie Ihre

Arzthelferin nach einer Krankheit von sieben Wochen bei bester Gesundheit zufällig auf Mallorca treffen würden statt an ihrem Arbeitsplatz? Wenn die Ansicht richtig wäre, daß nach Ablauf von sechs Wochen kein Nachweis der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise der Krankheit dem Arbeitgeber gegenüber mehr zu erbringen wäre, so könnte – ebenso wie im vorstehenden Beispielfall – jeder Arbeitnehmer nach seinem Gutdünken unbemerkt und ohne vorherige Genehmigung durch den Arbeitgeber einen beliebig langen und unbezahlten „Nachurlaub“ an die Krankheit anhängen. Um solchen Mißbräuchen entgegenzuwirken und um sicherzustellen, daß der Arbeitgeber weiß, wie viele Arbeitnehmer ihm jeweils zur Verfügung stehen, muß selbstverständlich die *Nachweispflicht des Arbeitnehmers bezüglich der fortbestehenden Krankheit auch nach Ablauf der Sechswochenfrist* erhalten bleiben.

Es bleibt dem Arbeitnehmer überlassen, wie er den Arbeitgeber nach Ablauf der Sechswochenfrist von der fortbestehenden Krankheit unterrichtet: Das kann zum Beispiel bereits durch einen Telefonanruf geschehen oder durch eine schriftliche Mitteilung. Am besten wäre es, wenn der Arzt eine formlose Bescheini-