

10. Gesundheit**10.1. Gesundheitsförderung und Prävention****10.1.1. Gesundheitsberichterstattung ist eine wichtige Grundlage für effektive Gesundheitspolitik**

Im Rahmen der Aufgabenreform der Gesundheitsverwaltung in Bayern nach der Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter entwickelt die Staatsregierung die Gesundheitsberichterstattung in Bayern fort. Statt der Weiterführung überkommener Statistiken soll durch Gesundheitsberichterstattung mit Hilfe wissenschaftlich begründeter Methoden ein Instrumentarium bereitgestellt werden, damit Politik und Verwaltung die Vielzahl gesundheitlicher Problembereiche erkennen und steuern können.

Die wissenschaftlichen Institute weisen im Material- und Analyseband in ihrem Beitrag zum Thema Gesundheit darauf hin, daß zwischen sozialer Lage und Gesundheit Wechselbeziehungen bestehen. Sie fordern wegen der in diesem Bereich unsicheren Datenlage valide Grundlagendaten, um in Zeiten knapper Mittel eine effektive Sozial- und Gesundheitspolitik zu ermöglichen.

Dieser Forderung wird bereits durch die veränderte Gesundheitsberichterstattung der Staatsregierung Rechnung getragen. Ein erstes Projekt im Rahmen der Fortentwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Bayern ist der Bayerische Gesundheitssurvey, der seit Frühjahr 1998 durchgeführt wird. Er wurde im Auftrag der Staatsregierung von der I + G Gesundheitsforschung und den örtlichen Gesundheitsämtern durchgeführt. Im Zeitraum von März 1998 bis April 1999 wurde eine repräsentative Erhebung über den Gesundheitszustand der erwachsenen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 80 Jahren durchgeführt. Mit diesen freiwilligen Erhebungen sollen wesentliche Informationen zum Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen gewonnen werden. Dabei werden auch soziodemographische Merkmale erfaßt.

Der Bayerische Gesundheitssurvey ergänzt zahlenmäßig die Erhebungen des Bundes-Gesundheitssurveys, so daß mit den gepoolten Daten repräsentative Aussagen für Bayern möglich werden.

Bayern ist das einzige Bundesland, das eine solche mengenmäßige Ergänzung des Bundes-Gesundheitssurveys durchführt.

Ein weiteres wichtiges Instrument der fortentwickelten Gesundheitsberichterstattung ist das bevölkerungsbezogene - epidemiologische - Krebsregister Bayern. Mit dem Krebsregistergesetz und dem bayerischen Ausführungsgesetz wurden die rechtlichen Voraussetzungen ab 01.01.1998 geschaffen, Daten im bevölkerungsbezogenen Krebsregister für Bayern zu erfassen und zu speichern. Dabei wurde ganz bewußt sowohl von der Staatsregierung als auch einstimmig vom Bayerischen Landtag eine Lösung gewählt, in der das informationelle Selbstbestimmungsrecht jeden Bürgers gewahrt wird. Eine Meldepflicht für Ärzte wurde deshalb nicht eingeführt.

Das bundesrechtliche Krebsregistergesetz tritt mit Ablauf des 31.12.1999 außer Kraft. Die Fortführung des epidemiologischen Krebsregisters Bayern ist über diesen Zeitpunkt hinaus erforderlich. Die Staatsregierung wird landesrechtliche Nachfolgeregelungen vorbereiten.

10.1.2. Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Aufgaben für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik

10.1.2.1. Gesundheitsförderung und Prävention

Die Staatsregierung sieht in der Gesundheitsförderung und der Prävention zentrale Aufgaben für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik.

Ein Gesundheitswesen, das sich ausschließlich am Reparaturmodell orientiert, ist unzureichend. Wirkungsvolle Maßnahmen dürfen nicht erst einsetzen, wenn eine Krankheit bereits eingetreten ist, sondern sollen bereits deren Ausbruch verhindern. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das Präventionsangebot trotz zunehmender Spezialisierung und Technisierung auch Maßnahmen umfaßt, die den immer größer werdenden Bedürfnissen der Patienten nach ganzheitlicher Orientierung gerecht werden. Außerdem muß der sich bereits heute deutlich abzeichnenden demographischen Entwicklung Rechnung getragen werden. Somit müssen zunehmend Angebote für ältere und hochbetagte Menschen bereitgehalten werden.

Nach Expertenprognosen wird der Stellenwert von Gesundheit im 21. Jahrhundert deutlich zunehmen, da der Wunsch nach körperlicher und seelischer Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität bei den meisten Menschen oberste Priorität hat. Der Gesundheitssektor, der bereits heute eine der größten Wachstumsbranchen überhaupt ist, wird künftig noch weiter an wirtschaftlicher Bedeutung hinzugewinnen.

Vor diesem Hintergrund steht die Gesundheitspolitik vor grundsätzlichen strukturellen Herausforderungen. Dabei müssen Prävention und Gesundheitsförderung der Bevölkerung vermehrt im Mittelpunkt aller gesundheitspolitischen Bemühungen stehen.

Die Staatsregierung verfolgt verstärkt Strategien, die entweder spezifische Risikofaktoren für Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenbedingungen beeinflussen:

- bei Gesunden soll das Auftreten einer Krankheit oder Störung verhindert werden (primäre Prävention);
- bei Gefährdeten soll durch Früherkennung und durch geeignete Behandlung versucht werden, in den Entstehungsprozeß der Krankheit einzugreifen (sekundäre Prävention);
- bei Kranken sollen Rückfälle und Chronifizierungen verhindert werden und Hilfen für den Umgang mit einer eingeschränkten Gesundheit gegeben werden (tertiäre Prävention).

Prävention wird bei konsequenter Durchführung - wenn auch erst langfristig - zu einer Senkung der Kosten führen und damit neben dem individuellen Nutzen auch volkswirtschaftliche Vorteile zur Folge haben.

Neben einer Vielzahl von Präventionsprogrammen in den Bereichen Aids, Suchterkrankungen und allgemeiner Gesundheitsförderung mißt die Staatsregierung dem bundesweit einmaligen Modellvorhaben zum Neugeborenen-Screening besondere Bedeutung bei.

10.1.2.2. Erweitertes Neugeborenen-Screening verhindert menschliches Leid

Etwa eines von 1.000 Neugeborenen ist durch seltene angeborene Stoffwechselstörungen in seiner Gesundheit gefährdet. Diese Erkrankungen können zu geistigen oder körperlichen Behinderungen und auch zu Todesfällen führen.

Bei vielen dieser Erkrankungen bestehen bei möglichst kurz nach der Geburt eingeleiteten Therapien sehr gute Aussichten, Behinderungen zu vermeiden oder wenigstens zu mildern und Todesfälle zu verhindern. Entscheidend ist daher, möglichst alle Kinder vorsorglich wenige Tage nach der Geburt auf derartige Erkrankungen zu untersuchen (Neugeborenen-Screening) und die wenigen betroffenen Neugeborenen umgehend in Behandlung zu bringen. Die Untersuchung erfolgt anhand weniger Blutstropfen des Kindes.

Bisher umfaßte das Neugeborenen-Screening in Bayern lediglich drei Stoffwechselerkrankungen. Davon wurden zwei Erkrankungen in den beiden Landesuntersuchungsämtern für das Gesundheitswesen untersucht. Diese Untersuchungen wurden ausschließlich mit staatlichen Mitteln finanziert. Insgesamt konnten pro Jahr bei etwa 130.000 Geburten in Bayern bis zu 50 betroffene Kinder festgestellt und in Behandlung gebracht werden. Zahlreiche andere, teils sehr seltene Stoffwechselerkrankungen waren nicht Gegenstand des Neugeborenen-Screenings.

Die bisherigen Testverfahren führen zudem erst ab dem 5. Lebenstag des Kindes zu sicheren Ergebnissen. Durch vermehrte Frühentlassungen von Mutter und Kind aus Geburtskliniken nach unkomplizierten Geburten haben die bisherigen Testverfahren deshalb nicht mehr alle Kinder sicher erreicht

Auf Initiative der Staatsregierung wurde zwischen Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein Modellprojekt zur Verbesserung des Neugeborenen-Screenings vereinbart. Private Screening-Laboratorien, universitäre Einrichtungen und öffentlicher Gesundheitsdienst arbeiten in dem Modellprojekt eng zusammen.

- Durch den Einsatz der neuen Untersuchungsmethoden kann die Vorsorgeuntersuchung bereits am 3. Lebenstag des Neugeborenen durchgeführt werden.
- Neben den drei bisherigen wird auf neun weitere Stoffwechselerkrankungen untersucht. Damit können in Bayern bis zu etwa 93 betroffene Kinder jährlich erkannt und rechtzeitig behandelt werden.
- Die Laboruntersuchungen werden auf private Labors übertragen. Durch den Einsatz moderner technologischer Verfahren wie der Tandem-Massenspektrometrie können in einem einzigen Untersuchungsgang gleichzeitig und kostengünstig zahlreiche Erkrankungen festgestellt werden.
- Neu sind auch Qualitätssicherungsmaßnahmen, um möglichst allen Kindern eine optimale Vorsorge zu garantieren. Der öffentliche Gesundheitsdienst sichert die Vollständigkeit des Screenings und die umfassende Information der Beteiligten (sog. Tracking). Dafür wurde im Landesuntersuchungsamt für das Gesundheitswesen Südbayern ein Vorsorgezentrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes installiert. Dort können Ärzte oder Hebammen Programminformationen oder Screening-Ergebnisse ihrer Patienten bei Nachweis ihrer Befugnis abfragen. Die Gesundheitsämter in Bayern werden die Eltern von nicht gescreenten Neugeborenen anschreiben, um sie auf diese wichtige Vorsorgeuntersuchung hinzuweisen und gegebenenfalls zu beraten.
- Das Programm wird von Experten wissenschaftlich begleitet, um es kontinuierlich weiter zu entwickeln und zu verbessern. Die Kosten für die Untersuchungsleistungen werden für ihre Versicherten von den gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. den übrigen Trägern von Leistungen der Krankenversicherung übernommen. Das Vorsorgezentrum im öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter werden aus staatlichen Mitteln finanziert.

10.1.3. Kuren

10.1.3.1. Kuren sind in Bayern nicht nur ein wichtiger Baustein des Gesundheitswesens, sondern zugleich ein bedeutender Wirtschafts- und Arbeitsfaktor

In den zahlreichen bayerischen Kurorten und Kureinrichtungen werden seit Jahrzehnten vielfältige und qualitativ hochwertige Leistungen im Bereich der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen erbracht. Das Kur- und Bäderwesen in Bayern ist damit nicht nur ein wichtiger Baustein unseres Gesundheitswesens, sondern auch ein wichtiger und bedeutender Wirtschafts- und Arbeitsmarktfaktor. Schon deshalb hat die Politik ihr besonderes Augenmerk auch auf diesen Bereich zu richten.

Die zum 01.01.1997 in Kraft getretenen gesetzlichen Sparmaßnahmen, vor allem aber die angespannte wirtschaftliche Gesamtsituation haben den Kurstandort Bayern in eine schwierige Situation gebracht. Die restriktivere Genehmigungspraxis der Kostenträger, vor allem aber der - vornehmlich aus Ängsten um den Verlust des Arbeitsplatzes resultierende - Antragsrückgang haben zu einem überzogenen Abbau von (notwendigen) Gesundheitsleistungen und Arbeitsplätzen geführt. Ziel der Staatsregierung war und ist es deshalb, den notwendigen Strukturwandel des Kurstandortes Bayern mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu unterstützen und so zu einer Bewältigung der schwierigen Situation beizutragen.

10.1.3.2. Bisherige Maßnahmen der Staatsregierung für den Kurstandort Bayern

Bereits im Dezember 1996 wurde im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit eine Arbeitsgruppe „Runder Tisch – Kur in Bayern“ eingerichtet, der Verantwortliche und Beteiligte im Kurwesen angehören, die Konzepte zur Sicherung des Kurstandortes Bayern erarbeiten.

Durch eine von der Staatsregierung initiierte, erfolgreiche Bundesratsinitiative konnte eine Anhebung des Ausgabenbudgets für Rehabilitationsleistungen in der Rentenversicherung für die Jahre 1998 und 1999 um jeweils 450 Mio. DM erreicht werden.

Zur Bewältigung des erforderlichen Strukturwandels im Kur- und Bäderwesen (Werbe- und Absatzmaßnahmen) wurde der Bayerische Heilbäderverband durch Zuweisungen der Staatsregierung in Höhe von bisher insgesamt rund 700.000 DM unterstützt.

Im Rahmen eines Sonderförderungsprogramms wurde im Gewinnverwendungsprogramm 1997 der Bayerischen Landesanstalt für Aufbaufinanzierung das Kontingent für sog. Konsolidierungsdarlehen von 87 Mio. DM auf 110 Mio. DM für gewerbliche Unternehmen erhöht. Außerdem wurde für die nicht gewerblichen Kur- und Rehabilitationseinrichtungen ein Darlehenskongent von 20 Mio. DM bereitgestellt.

Mit großem Einsatz hat die Staatsregierung verhindern können, daß die im Rahmen der dritten Stufe der Gesundheitsreform beschlossene Anhebung der Zuzahlungen für Kuren auf 25 DM je Kalendertag auch den Bereich der Mütterkuren einschließt. Ferner konnte in intensiven Gesprächen mit den landesunmittelbaren Krankenkassen erreicht werden, daß diese bis auf wenige Ausnahmen ihre Zuschüsse zu Mütterkuren in voller Höhe, das heißt zu 100 % aufrecht erhielten. Da die Durchführung von Mütter- und Mütter-Kind-Kuren zentraler Bestandteil der bayerischen Frauen- und Familienpolitik ist, gewährt der Freistaat Bayern für diesen Bereich auch freiwillige Zuschußleistungen. Daher können Mütter in Bayern auch künftig davon ausgehen, daß sie notwendige Kurmaßnahmen ohne große finanzielle Belastungen in Anspruch nehmen können.

10.1.3.3. Weitere Strategien der Staatsregierung zur Sicherung des Kurstandortes Bayern

Mit dem aus Privatisierungserlösen eingerichteten Sozialfonds konnten zusätzliche Maßnahmen zur Sicherung des Kurstandortes Bayern eingeleitet werden. 1 Mio. DM stehen auf diese Weise zur Unterstützung der Kureinrichtungen in den Haushaltsjahren 1999 und 2000 zusätzlich zur Verfügung.

Ferner hat die Staatsregierung Mitte des Jahres 1998 ein Programm zur Verbesserung der Kur- und Reha-Einrichtungen in Bayern und Deutschland beschlossen, das zu Beginn der neuen Legislaturperiode als bayerische Bundesratsinitiative eingebracht wurde und folgende Eckpunkte enthält:

- Die Ausgabenbudgetierung für Reha-Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung wird ab 1999 nochmals in zwei Stufen um insgesamt 1 Mrd. DM angehoben.
- Ersatzlose Streichung der gesetzlich festgelegten Regelkurdauer und der Intervallregelung für Kurwiederholungen. Allein medizinische Gründe dürfen für die Genehmigung von Kuren ausschlaggebend sein.
- Zur Stärkung der ambulanten Kur wird ein Mindestzuschuß von 25 DM täglich festgelegt. Den Krankenkassen wird im Rahmen ihrer Satzungsautonomie die Möglichkeit gegeben, diesen Zuschuß auf bis zu 50 DM täglich anzuheben.

Darüber hinaus wurde von der Staatsregierung eine Fortsetzung des vorgenannten Konsolidierungs-Darlehensprogramms mit dem bisherigen Darlehensvolumen auch für das Programmjahr 1998/99 beschlossen. Zugleich wurde von der Staatsregierung auch einer Verbesserung dieses Programms durch Anhebung des LfA-Bürgschaftssatzes für Betriebsmittelkredite an Kur- und Rehabilitationseinrichtungen von 50 % auf 70 % zugestimmt.

10.2. Sucht- und Drogenpolitik

10.2.1. Ausmaß der Suchtproblematik

Der Mißbrauch von psychoaktiven Suchtstoffen stellt eines der größten psychosozialen und gesundheitlichen Probleme in Deutschland dar. Zum Spektrum der mißbrauchten Suchtstoffe gehören am häufigsten Alkohol und Tabak sowie beruhigende und schmerzstillende Medikamente. Dann folgen Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy und Amphetamine.

Zur Ermittlung der Größenordnung des riskanten, mißbräuchlichen und abhängigen Konsums der verschiedenen Substanzen hat das Bundesgesundheitsministerium Ende 1997 eine Arbeitsgruppe von Fachleuten einberufen, um das Ausmaß der Abhängigkeitserkrankungen aktuell und sicher abschätzen zu können.

Für den Alkoholkonsum ergeben sich folgende Werte, bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands zwischen 18 - 69 Jahre:

Riskanter Konsum	16 %	9,3 Mio. Menschen
davon:		
Mißbräuchlicher Konsum	5 %	2,7 Mio. Menschen
Abhängiger Konsum	3 %	1,7 Mio. Menschen

Unter riskantem Konsum werden alle Frauen und Männer eingruppiert, die täglich in gesundheitsschädlicher Weise, das heißt mehr als 20 Gramm reinen Alkohol (Frauen) bzw. mehr als 30 Gramm reinen Alkohol (Männer) konsumieren. Unter Mißbrauch wird ein fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes, soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem verstanden, das durch den Gebrauch von Alkohol verursacht oder verstärkt wird. Ein weiteres Kriterium für Mißbrauch ist der wiederholte Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z.B. Alkohol am Steuer). Unter abhängigem Konsum werden Menschen mit einem medizinisch definierten Abhängigkeitssyndrom (Kontrollverlust; Intoxikations- und/oder Entzugsprobleme, Toleranzentwicklung, soziale, berufliche und psychische Probleme etc.) eingeordnet.

Für Bayern (ca. 15 % der Bevölkerung Deutschlands) bedeutet dies ca. 1,3 Mio. Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum. Davon sind ca. 350.000 der Gruppe mit mißbräuchlichen Alkoholkonsum zuzurechnen; weitere 250.000 müssen bereits als abhängigkeitskrank angesehen werden.

Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird in Deutschland auf 1,4 Mio. Menschen geschätzt; auf Bayern hochgerechnet ist von ca. 200.000 Medikamentenabhängigen auszugehen.

Bei der Problematik des illegalen Drogenmißbrauchs kommt das Bundesgesundheitsministerium zu dem Schluß, daß bundesweit von ca. 250.000 bis 300.000 Personen ausgegangen werden kann, die harte Drogen, d.h. illegale Substanzen mit Ausnahme von Cannabis konsumieren. In dieser Gruppe befinden sich etwa 100.000 bis 150.000 Menschen, die diese harten Drogen mindestens 100mal in den letzten 12 Monaten konsumiert haben und daher als Drogenabhängige angesehen werden müssen. Dies würde bedeuten, daß in Bayern bis zu 20.000 Menschen als drogenabhängig anzusehen sind.

Die Institute weisen im Material- und Analyseband allerdings zu Recht darauf hin, daß es sich bei all diesen Zahlen nur um Schätzzahlen handeln kann.

Relativ gesichert stellen sich die Zahlen zum Nikotinmißbrauch dar. Von den ca. 17,8 Mio. Rauchern in Deutschland konsumieren ca. 6,7 Mio. im Mittel 20 oder mehr Zigaretten am Tag. Auf Bayern entfallen demzufolge ca. 1 Mio. starke Raucher mit Abhängigkeitspotentialen.

10.2.2. Suchtpolitik der Staatsregierung

Bayerische Suchtpolitik steht unter dem Leitsatz: „Sucht ist Krankheit“.

Daraus ergeben sich folgende suchtpolitische Schwerpunkte, die in dem „Drei Säulen-Programm“ der Staatsregierung zusammengefaßt sind:

- Prävention, die zum einen bereits im Vorfeld süchtigen Verhaltens Kindern und Jugendlichen Lebenskompetenzen vermittelt, damit sie den Herausforderungen des Lebens gewachsen sind, zum anderen suchtmittelbezogen den Einstieg bereits Gefährdeter in eine Suchterkrankung verhindern soll.
- Therapie, deren oberstes Ziel es ist, jedem Abhängigkeitskranken geeignete Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen, die ihn zu einem eigenverantwortlichen Leben in dauerhafter Abstinenz befähigen.
- Repression, die darauf abzielt, das Angebot an illegalen Suchtmitteln zu reduzieren und alle rechtlich möglichen Mittel gegen diejenigen ausschöpft, die das Suchtgeschäft mit enormer krimineller Energie organisieren.

10.2.2.1. Prävention

Gerade im Bereich der Suchtprävention kann es nicht allein Aufgabe des Staates sein, einen angemessenen Umgang mit Sucht- und Genußmitteln zu gewährleisten. Vielmehr ist hierbei das verantwortliche Handeln des Einzelnen, die Vorbildfunktion innerhalb der Familie, der Schule und am Arbeitsplatz unverzichtbar.

Suchtprävention muß bereits in frühester Kindheit weit im Vorfeld süchtigen Verhaltens und ohne Bezug zu den einzelnen Suchtmitteln einsetzen. Ziel aller Präventionsbemühungen ist es, Kindern und Jugendlichen in ihrer Entwicklung den Erwerb von Lebenskompetenzen zu ermöglichen, die protektive Faktoren im Hinblick auf eine Suchtgefährdung darstellen. Alle mit erzieherischen Aufgaben betrauten Personen sollen in die Lage versetzt werden, Kindern und Jugendlichen diese protektiven Faktoren für ein selbstbestimmtes, suchtfreies Leben zu vermitteln. Daneben sind suchtspezifische Präventionsmaßnahmen notwendig, die einen Einstieg bereits Gefährdeter in eine Suchterkrankung verhindern sollen.

Träger der Präventionsarbeit in Bayern sind vor allem die Suchtarbeitskreise, die Gesundheitsämter, die Suchtberatungsstellen, die Präventionsfachkräfte, die Aktion Jugendschutz und die Landeszentrale für Gesundheit.

Im einzelnen werden im Rahmen der Suchtprävention folgende Projekte und Initiativen durchgeführt:

- die Suchtprävention wird durch das Aktionsprogramm "Präventive Jugendarbeit" verstärkt gefördert
- die Primärprävention wird im vorschulischen und schulischen Bereich intensiviert und durch Maßnahmen für Kinder im Grundschulalter verstärkt (z.B. „Spielzeugfreier Kindergarten“)
- die regionale und lokale Lehrerfortbildung zur Suchtvorbeugung wird intensiviert, Arbeitshilfen für die Beauftragten für Suchtprävention an den bayerischen Schulen sind erstellt und eine Multiplikatoren-schulung für Lehrkräfte zur Suchtproblematik wird durchgeführt
- die Prävention an den Schulen wird durch Einbindung der regionalen Suchtarbeitskreise verbessert
- die Suchtprävention hat Eingang in die Erziehungsberatung gefunden
- Errichtung eines eigenen Fachbereichs in der Landeszentrale für Gesundheit e.V. (LZG, Zentrale Informationsstelle Sucht)
- das Projekt „Klasse 2000“ dient der Erarbeitung eines altersgerechten, ganzheitlichen, gesundheitsfördernden Unterrichtskonzepts
- das Projekt „Schulcafe“ stärkt die Selbstverantwortung der Schüler und unterstützt die Förderung sozialer Kompetenzen (selbermachen statt konsumieren)
- das Ecstasy-Präventionsprojekt „Mind Zone“ wirbt in der Techno- und Rave-Szene für die Abstinenz von Drogen – ergänzt durch ein Schulungsprogramm für Multiplikatoren und die Herausgabe eines Elternratgebers
- Vernetzung der vor Ort in der Prävention Tätigen im Rahmen der in über 30 bayerischen Städten angebotenen „Extra Tour Sucht“ für Jugendliche
- Förderung der Ausstellung „Boys und Girls – Jugendliche auf der Suche nach dem eigenen Ich“
- Weiterführung der 1996 begonnenen massenmedialen Kampagne gegen Alkoholmißbrauch „Alkohol? Jetzt lieber nicht.“. Die Bevölkerung wird aufgefordert, auf Alkohol in bestimmten Situationen zu verzichten (Punktnüchternheit):
 - im Straßenverkehr
 - am Arbeitsplatz

- während der Schwangerschaft
- im Zusammenhang mit Medikamenteneinnahme.

Die Staatsregierung hat ihren Beitrag für eine umfassende Suchtprävention in den letzten fünf Jahren vervielfacht. Waren 1994 dafür noch ca. 0,7 Mio. DM vorgesehen, sind 1998 ca. 3,9 Mio. DM für suchtpreventive Maßnahmen ausgegeben worden; allein 0,8 Mio. DM als Anschubfinanzierung für die regionalen Suchtpräventionsfachkräfte.

10.2.2.2. Hilfen bei Suchterkrankungen

Eine erfolgreiche Suchttherapie besteht immer aus einer möglichst effektiven Verknüpfung einzelner Behandlungsschritte, die im Regelfall nacheinander, im entsprechenden Einzelfall jedoch auch einzeln bzw. wiederholt in Anspruch genommen werden müssen, um das angestrebte Ziel der Abstinenz zu erreichen. Die von Staat, Bezirken, Kommunen und Verbänden finanzierten Maßnahmen der Suchtkrankenhilfe im ambulanten und stationären Bereich können allerdings erst dann wirksam greifen, wenn Abhängigkeitskranke die erforderliche Krankheitseinsicht gewinnen und bereit sind, Hilfe anzunehmen. Die Therapiekette besteht deshalb in der Regel aus Beratung und Motivation zur Behandlung, daran anschließend aus der körperlichen Entgiftung und einer Entwöhnungstherapie, in der die Behandlung der psychischen Abhängigkeit im Vordergrund steht. Darauf folgen Nachsorgemöglichkeiten, die die Wiedereingliederung des therapierten Klienten in Alltag und Beruf unterstützen und so den erreichten Behandlungserfolg stabilisieren. Hier leisten vor allem auch Selbsthilfegruppen unverzichtbare Dienste.

Die mangelnde Fähigkeit suchtkranker Menschen, ausreichende Motivation zu finden, Angebote der Beratung, Therapie und Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, macht es häufig unmöglich, dieses Ziel im ersten Anlauf zu erreichen. Deshalb müssen vor allem durch den Ausbau niedrigschwelliger Angebote im Bereich sogenannter Überlebenshilfen Möglichkeiten geschaffen werden, in einzelnen Schritten Teilziele zu erreichen, ohne das Endziel eines Lebens ohne Suchtmittel aus den Augen zu verlieren. Angesichts der bedrohlichen Prognose unbehandelter Suchterkrankungen ist es dringend geboten, den Ausstieg aus der Sucht möglichst früh zu erleichtern und zu beschleunigen. Auch mit neuen und unkonventionellen Betreuungs- und Therapieangeboten muß versucht werden, diejenigen Suchtkranken zu erreichen, die mit dem bestehenden Angebot nicht erreicht werden. Streetwork, die Eröffnung von niedrigschwelligen Kontaktläden und die Errichtung von Notschlafstellen waren und sind hilfreiche Maßnahmen, mit denen zunächst das Überleben der schwerst Drogenabhängigen gesichert und ihr Elend gelindert wird.

Bayern bietet mit einer Fülle von unterschiedlichsten Angeboten an Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe:

- 138 psychosoziale Suchtberatungsstellen (einschließlich Außenstellen) mit über 280 geförderten Fachkräften im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe;
- über 50 sozialpsychiatrische Dienste (Beratungsstelle für psychisch Kranke), Fachkliniken, Kontaktläden und Selbsthilfegruppen können außerdem als erste Anlaufstellen für Ratsuchende kurzfristig weitere Hilfeangebote empfehlen;
- mit dem Modellprojekt "Therapie sofort" wurden die Hilfen für ausstiegswillige Drogenabhängige verbessert;
- 300 Betten zur Entgiftung von Drogenabhängigen (1998 konnte die Bettenzahl um 100 erhöht werden);
- ca. 1.400 Plätze zur Entwöhnung von Alkoholkranken und Mehrfachabhängigen;

- ca. 470 anerkannte Plätze zur Langzeitentwöhnung von Abhängigen von illegalen Drogen;
- Notschlafstellen für schwerst Drogenabhängige mit 52 Plätzen (Augsburg, Nürnberg, München) als niedrighschwellige Angebote;
- im „Drogennotdienst München“ finden Suchtkranke rund um die Uhr ein „erstes“ Beratungsangebot.

Bis 1997 hat sich der Freistaat Bayern mit ca. 7 Mio. DM an den Kosten der Suchtberatung beteiligt. Seit 01.01.1997 ist die Förderung der Suchtberatungsangebote ausschließlich Aufgabe der Bezirke, die den Betrieb der Suchtberatungsstellen mit ca. 25 Mio. DM jährlich fördern. Die Suchtberatung von abhängigkeitsgefährdeten und –kranken Gefangenen in den bayerischen Justizvollzugsanstalten wird als Staatsaufgabe mit einem Finanzvolumen von ca. 3,4 Mio. DM wahrgenommen.

An den Personalkosten der niedrighschwelligen Angebote für Drogenabhängige beteiligt sich der Freistaat neben der Förderung durch Bezirke und Kommunen mit einem Fördervolumen von ca. 1,1 Mio. DM jährlich.



10.2.2.3. Modellprojekte

Effektive Suchtprävention erfordert gerade in einer Zeit knapper Haushaltsmittel in verstärktem Maße die Bündelung und Koordinierung aller Institutionen der Gesundheitsvorsorge und Jugendhilfe. Deshalb muß es wichtigste Aufgabe sein, daß Multiplikatoren (Lehrkräfte, Mitarbeiter, Jugendämter, Kindergärten u.a.) befähigt werden, suchtpreventive Inhalte in ihre Arbeit miteinzubeziehen und alle suchtrelevanten präventiven Ansätze vor Ort vernetzt werden. Deshalb unterstützt der Freistaat Bayern zur Erreichung einer umfassenden und flächendeck-

kenden Suchtprävention den Einsatz von Präventionsfachkräften in allen Landkreisen und Kommunen mit einer Förderpauschale von DM 24.000,-- jährlich, wenn die Kommunen als Träger der Jugendhilfe sich ebenfalls an dem Projekt beteiligen. Etwa 33 Präventionsfachkräfte haben bis Ende 1998 ihre Arbeit aufgenommen und sind hierbei in einem von der Staatsregierung finanzierten Fortbildungs- und Evaluationsangebot unterstützt worden.

Einen weiteren Schwerpunkt bayerischer Suchtpolitik bildet der Ausbau der Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker Gefangener in den Justizvollzugsanstalten. Dazu gehört zum einen die Umsetzung des Grundsatzes „Therapie vor Strafe“ nach dem Betäubungsmittelgesetz, zum anderen muß aber auch der Erkenntnis Rechnung getragen werden, daß suchtgefährdete und suchtabhängige Straftäter nirgends so direkt erreicht, beraten und motiviert werden können, wie im Gefängnis. Dabei gehen Fachgremien übereinstimmend davon aus, daß gerade die Motivationsarbeit bei den Strafgefangenen durch externe Betreuungskräfte sehr effizient ist. Mit derzeit 38 Fachkräften der Suchtkrankenhilfe wird in allen bayerischen Justizvollzugsanstalten die Suchtberatung sichergestellt. Diese wichtige Beratungs- und Betreuungsarbeit wird aus Mitteln des bayerischen Staatshaushalts gefördert und durch Fortbildungsmaßnahmen und eine wissenschaftliche Evaluation begleitet.

10.2.2.4. Substitution bei Betäubungsmittelabhängigkeit

Durch die seit 01.02.1998 geltende 10. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (10. BtMÄndV) wurde die sog. Graue Substitution, d.h. die unkontrollierte Substitution mit Codein, unterbunden und unter das Betäubungsmittelrecht gestellt. Dadurch ist ein zusätzlicher Bedarf an psychosozialer Betreuung der bisher mit Codein versorgten Abhängigen entstanden. Die notwendigen Mittel für eine qualifizierte psychosoziale Betreuung wurden über den Verband der Bayerischen Bezirke in Höhe von 1,6 Mio. DM bereitgestellt.

Außerdem wurde ein Fachinstitut beauftragt, die von den Beratungseinrichtungen durchgeführten psychosozialen Maßnahmen zu erfassen und wissenschaftlich zu bewerten. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen werden dazu beitragen, die Qualität und Effizienz der psychosozialen Betreuung sicherzustellen. Als weitere Maßnahmen wurden zwei besondere Projekte beim Bezirk Oberbayern und beim Bezirk Schwaben gefördert. In diesen Projekten werden Ärzte und Suchtkranke durch erfahrene Fachkräfte suchtmmedizinisch unterstützt. Insbesondere sollen Ärzte, die vor Inkrafttreten der 10. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung Codein verschrieben haben, über Qualitätskriterien zur Substitution beraten werden. Es geht dabei um die Klärung von Fachfragen, die bei der Umstellung von Codein auf Methadon auftreten. Wesentliche Themen sind hier Beigebrauchskontrollen und die psychosoziale Betreuung Substituierter.

Die Staatsregierung hat ferner die Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis, München (BAS) e. V. beauftragt, Qualitätsstandards zur ärztlichen und psychosozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger zu entwickeln. Damit stehen für einen wichtigen Bereich der Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten Richtlinien zur Verfügung, die durch breite Diskussion mit den in der Suchtkrankenhilfe tätigen Fachkräften, Einbeziehung von Expertenwissen und abschließende fächerübergreifende Konsensbildung entstanden sind. In diesem Rahmen ist auch die Herausgabe einer Infoschrift für Ärzte vorgesehen.

10.2.2.5. Ablehnung von Bestrebungen zur Legalisierung illegaler Drogen

Fixerstuben sind nach Meinung der Staatsregierung nach derzeitigem Betäubungsmittelrecht rechtswidrig und kein geeignetes Mittel, der gesundheitlichen Verletzung von Drogenab-

hängigen wirksam zu begegnen. Die Abhängigen werden vielmehr in ihrer gesundheitszerstörenden Drogensucht belassen. Die Motivation für eine abstinenzorientierte Therapie wird erschwert. Ziel bayerischer Drogenpolitik ist es dagegen, Drogenabhängige durch niedrigschwellige Angebote wie Notschlafstellen, Kontaktläden und Streetwork zu erreichen und sie bei einem Ausstieg aus der Sucht zu unterstützen. Außerdem würde eine Konsumerleichterung durch Fixerstuben für Jugendliche ein völlig falsches gesundheitspolitisches Signal setzen und allen Präventionsbemühungen entgegenlaufen.

Auch der von der derzeitigen Bundesregierung geplante Modellversuch zur Heroinabgabe an Schwerstabhängige wird von der Staatsregierung abgelehnt. Denn einerseits sind die epidemiologischen Daten von Drogenabhängigen in München nicht mit den Zahlen von Zürich oder Frankfurt vergleichbar, d.h. in München besteht eine ausufernde offene Drogenszene in diesem Ausmaß gar nicht, und andererseits liegen die Ergebnisse aus dem Schweizer Versuch bereits vor. Eine schlichte Wiederholung dieses Versuchs ist unnötig. Unter diesen Umständen wäre es deshalb fatal, hohe Summen in dieses Vorhaben zu stecken und damit bestehende bewährte Projekte zu gefährden.

10.3. Ambulante ärztliche Versorgung

10.3.1. Gesetzliche Krankenversicherung in Bayern

Bei dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, das unter anderem auch das Vertragsarztrecht beinhaltet, handelt es sich zwar um Bundesrecht; die Staatsregierung hat sich jedoch in der Vergangenheit erfolgreich dafür eingesetzt, daß bei der Umsetzung der Gesetzgebung die Belange der bayerischen Bürgerinnen und Bürger Eingang in die Verwaltungspraxis gefunden haben. Das bayerische Gesundheitswesen ist modern, leistungsfähig und für den Fortschritt offen. Es steht der bayerischen Bevölkerung flächendeckend und ohne soziale Schranken offen.

10.3.2. Medizinische Versorgung am Bedarf der Bevölkerung orientieren

Ziel der Staatsregierung ist es, der bayerischen Bevölkerung auch in Zukunft die Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt zu sichern. Dazu bedarf es einer am medizinischen Bedarf der Bevölkerung orientierten, humanen Gesundheitspolitik, die auch der Dynamik dieses Wachstumsmarktes und Dienstleistungssektors angemessen gerecht wird. Ziel ist nicht eine maximale medizinische Versorgung um jeden Preis, sondern eine effiziente Versorgung, die den Patienten das medizinisch Notwendige zur Verfügung stellt, das aber in bester Qualität.

10.3.3. Moderne ambulante Versorgung

10.3.3.1. Moderne ambulante Versorgung gewährleistet

Die ambulante Versorgung der bayerischen Bürgerinnen und Bürger wird durch rd. 20.000 niedergelassene Ärzte (vgl. Abbildung 1) sichergestellt. Sie gewährleisten die Teilhabe an einer modernen ambulanten Behandlung auf hohem Niveau und auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die auch internationalen Vergleichen standhält. Über 1/6 der GKV-Leistungsausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung werden in Bayern aufgewendet.

	Tätigkeitsbereich	männlich	weiblich	Gesamt	% Bereich	% Gesamt
1	Niedergelassen	13975	5320	19295	100,00%	33,78%
1.1	Praktische Ärzte	605	634	1239	6,42%	
1.2	Ärzte ohne Gebiet	636	806	1442	7,74%	
1.3	Allgemeinärzte	4362	1214	5576	28,90%	
1.4	Ärzte mit Gebiet	8372	2666	11038	57,21%	
2	Krankenhaus	12372	5391	17763	100,00%	31,10%
2.1	Leitende Ärzte	1581	88	1669	9,40%	
2.2	Ober/Assistenzärzte ohne Gebiet	5007	3148	8155	45,91%	
2.3	Ober/Assistenzärzte mit Gebiet	5695	2079	7774	43,77%	
2.4	Ohne Entgelt	89	76	165	0,93%	
3	Staatsdienst	935	497	1432	100,00%	2,51%
3.1	Behörden	714	470	1184	82,68%	
3.2	Bundeswehr	221	27	248	17,32%	
4	Sonstige ärztliche Tätigkeit	1864	2439	4303	100,00%	7,53%
4.1	Angest. sonst	271	330	601	13,97%	
4.2	Arbeitsmedizin	185	118	303	7,04%	
4.3	Ärztl. Tätigkeit sonst	378	458	836	19,43%	
4.4	Ärztl. Tätigkeit ohne Entgelt	27	39	66	1,53%	
4.5	Gutachter	179	79	258	6,00%	
4.6	Pharmazie	140	78	218	5,07%	
4.7	Praxisassistent	439	952	1391	32,33%	
4.8	Praxisvertreter	245	385	630	14,64%	
Zwischensumme		29146	13647	42793		74,92%
5	Ohne ärztliche Tätigkeit	5711	5219	10930	100,00%	19,14%
5.1	Arbeitslos	658	935	1593	14,57%	
5.2	Berufsfremd	343	189	532	4,87%	
5.3	Berufsunfähig	247	138	385	3,52%	
5.4	Haushalt	2	1077	1079	9,87%	
5.5	Medizinjournalist	15	12	27	0,25%	
5.6	Erziehungsurlaub	13	823	836	7,65%	
5.7	Ruhestand	4403	2027	6430	58,83%	
5.8	Stipendiat	29	17	46	0,42%	
5.9	Theoretische Medizin	0	1	1	0,01%	
5.10	Zivildienst nichtärztl.	1	0	1	0,01%	
6	AiP	1567	1393	2960	100,00%	5,18%
6.1	bei ndgl. Ärzten	40	74	113	3,85%	
6.2	im Krankenhaus	1353	1103	2456	82,97%	
6.3	im Staatsdienst	2	0	2	0,07%	
6.4	sonst. ärztl. Tätigkeit	47	21	68	2,30%	
6.5	ohne ärztl. Tätigkeit	125	195	320	10,81%	
7	Freiwillige Mitglieder	263	169	432	100,00%	0,76%
		36687	20428	57115		100,00%

Abbildung 1

Mit einem Anteil von 17,4 v.H. der Leistungsausgaben liegen die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in Bayern über dem Bundesdurchschnitt mit 17,2 v.H. (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2

10.3.3.2. Qualitätssicherung

Unabdingbare Voraussetzung für einen hohen Therapiestandard sind Maßnahmen der Qualitätssicherung. In Bayern regeln eine Vereinbarung bzw. eigene Qualitätssicherungsrichtlinien die Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderung an Qualitätsstandards der Behandlungsmethoden. Dazu gehören die Bereiche

- Diabetesvereinbarung und
 - Vereinbarung "Rheumatologie"
- sowie die Qualitätssicherungsrichtlinien
- Säuglingshüfte,
 - Radiologie,
 - Computertomographie und
 - Arthroskopie.

10.3.3.3. Neuordnung der ärztlichen Vergütung

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die bayerischen Regionalkassen haben sich im September 1998 darauf verständigt, Regelleistungsvolumen als neue Vergütungsform einzuführen und zum 1. Oktober 1998 die bisher geltenden Praxisbudgets abzulösen. Damit war Bayern das erste Bundesland, in dem die Vorgaben des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes umgesetzt wurden. Die Neuorientierung in der vertragsärztlichen Vergütung garantierte den Vertragsärzten wieder eine gerechtere Honorierung der ärztlichen Leistungen und verhalf zu einer neuen Planungssicherheit. Für die bayerischen Patienten wurden so weitere Rationierungen abgewendet und neue Perspektiven in der ambulanten Versorgung geschaffen.

Mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19.12.1998 (BGBl I, 3853) wurden u. a. die Ausgaben im vertragsärztlichen Bereich budgetiert; zugleich ist die Rechtsgrundlage für Vertragsabschlüsse auf der Grundlage von Regelleistungsvolumina entfallen.

10.3.3.4. Ambulantes Operieren

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die bayerischen Regionalkassen haben im September 1998 auch einen zukunftsweisenden Strukturvertrag über die Vergütung von ambulanten Operationen abgeschlossen. An dem Zustandekommen dieser Vereinbarung hatte die Staatsregierung vor allem aus zwei Gründen in hohem Maße Interesse. Zum einen, weil hier vielfach Spitzenmedizin betrieben wird, die den bayerischen Bürgerinnen und Bürgern auch in Zukunft zur Verfügung stehen sollte; das setzt aber eine adäquate Honorierung der erbringenden Vertragsärzte voraus. Zum anderen, weil das ambulante Operieren von der bayerischen Bevölkerung gut angenommen wird; es ist die schonendste Form eines operativen Eingriffs.

10.3.4. Gesundheitswesen als Zukunftsbranche

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Sondergutachten 1996 deutlich gemacht: „Das Gesundheitswesen dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei.“ Der „Motor für Wachstum, Wohlfahrts- und Beschäftigungseffekte und die Leistungsentwicklung im Gesundheitswesen“ ist dabei – so der Rat in seinem Sondergutachten 1997 – der medizinische Fortschritt.

Das Gesundheitswesen ist ein innovativer Wirtschafts- und Wachstumsfaktor mit erheblicher beschäftigungspolitischer Bedeutung. Fast jeder neunte Erwerbstätige verdient sein Geld im Gesundheitswesen, fast 1,2 Millionen bundesweit arbeiten im Krankenhaus, rund 650.000 in Arztpraxen. Das Gesundheitswesen gehört zu den wichtigsten Stützen des Arbeitsmarktes. Vielerorts sind Kliniken, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen die größten Arbeitgeber und eine Arztpraxis schafft im Durchschnitt vier bis fünf weitere Arbeitsplätze. Gerade für den bayerischen Arbeitsmarkt kommt der Zukunftsbranche Gesundheitswesen besondere Bedeutung zu, sei als Leistungserbringer im Bereich der Rehabilitation, Stichwort: Bäderland Bayern, sei es im Bereich der Medizintechnik oder als Standortfaktor aufgrund des hervorragenden Renomees bayerischer Mediziner im Ausland.

10.4. Stationäre Versorgung

10.4.1. Ziele der Staatsregierung im Bereich der stationären Versorgung

Mit der Krankenhausplanung erfüllt das Gesundheitsministerium eine Aufgabe, die ihm durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes und das Bayerische Krankenhausgesetz übertragen wurde. Die Planungshoheit des Landes ist Ausdruck der staatlichen Verantwortung für einen grundlegenden Bereich der Daseinsvorsorge und zugleich Garant für das hohe Niveau der Krankenhausversorgung in Bayern.

Ziel der Krankenhausplanung ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch und wirtschaftlich leistungsfähigen Krankenhäusern. Erreicht werden soll dieses Ziel durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser.

Der Krankenhausplanung kommt eine doppelte Funktion zu: Sie ist das gesetzliche Instrument, mit dem der Freistaat Bayern den konkreten Bedarf an stationären Krankenhausleistungen feststellt, und sie bestimmt, welche Krankenhäuser zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und damit finanziell gefördert werden. Der Krankenhausplan legt ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser fest, die in ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebot aufeinander abgestimmt sind. Seit 1974 trifft er im Zuge seiner Fortschreibungen Aussagen, an welchem Ort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um den gesetzlichen Versorgungsauftrag erfüllen zu können. Der Krankenhausplan soll ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.

Auf der Grundlage dieser Vorgaben waren am Stichtag 01.01.1999 zum Zweck einer flächendeckenden akutstationären Grundversorgung 74 bzw. 124 Krankenhäuser der Versorgungsstufen I und II im Krankenhausplan verzeichnet. Hinzu kommen 29 Krankenhäuser der Versorgungsstufe III mit überörtlichen Schwerpunktaufgaben in Diagnose und Therapie und 9 Krankenhäuser der Versorgungsstufe IV mit einem hochdifferenzierten medizinischen Leistungsangebot. Aufgaben der höchsten Versorgungsstufe erfüllen zudem die 6 bayerischen Universitätskliniken. 118 Fachkliniken für spezielle Krankheitsarten oder Patienten bestimmter Altersstufen ergänzen die umfassende Versorgung. Damit ist sichergestellt, daß alle Patienten möglichst wohnortnah diejenige akutstationäre Versorgung erhält, die für die Behandlung seiner Erkrankung notwendig ist. Die Staatsregierung versteht die Krankenhausplanung als ein wesentliches Element moderner Gesundheits- und Sozialpolitik. Die Krankenhausplanung ist dabei als ein dynamischer Prozeß zu sehen. Sie orientiert sich nicht nur daran, stets ausreichende Krankenhauskapazitäten für die Bevölkerung zur Verfügung zu stellen, sondern achtet auch darauf, daß neue Diagnose- und Therapieformen, die sich aus den Fortschritten in der Medizin und der Medizintechnik ergeben, rasch in das Leistungsangebot der Kliniken Eingang finden und allen Patienten gleichermaßen zugute kommen. Eine große Bedeutung kommt hierbei auch der Planung spezifischer Versorgungsschwerpunkte wie z.B. der Herzchirurgie zu.

Zugleich wird bei der Planung aber auch darauf geachtet, Überkapazitäten zu vermeiden, die die Finanzierbarkeit der akutstationären Versorgung gefährden könnten. Auf diese Weise ist sichergestellt, daß in Bayern alle Patienten unabhängig von seiner finanziellen Situation und seinen persönlichen Lebensumständen eine leistungsfähige Krankenhausversorgung in Anspruch nehmen kann, die der modernen Medizin entspricht.

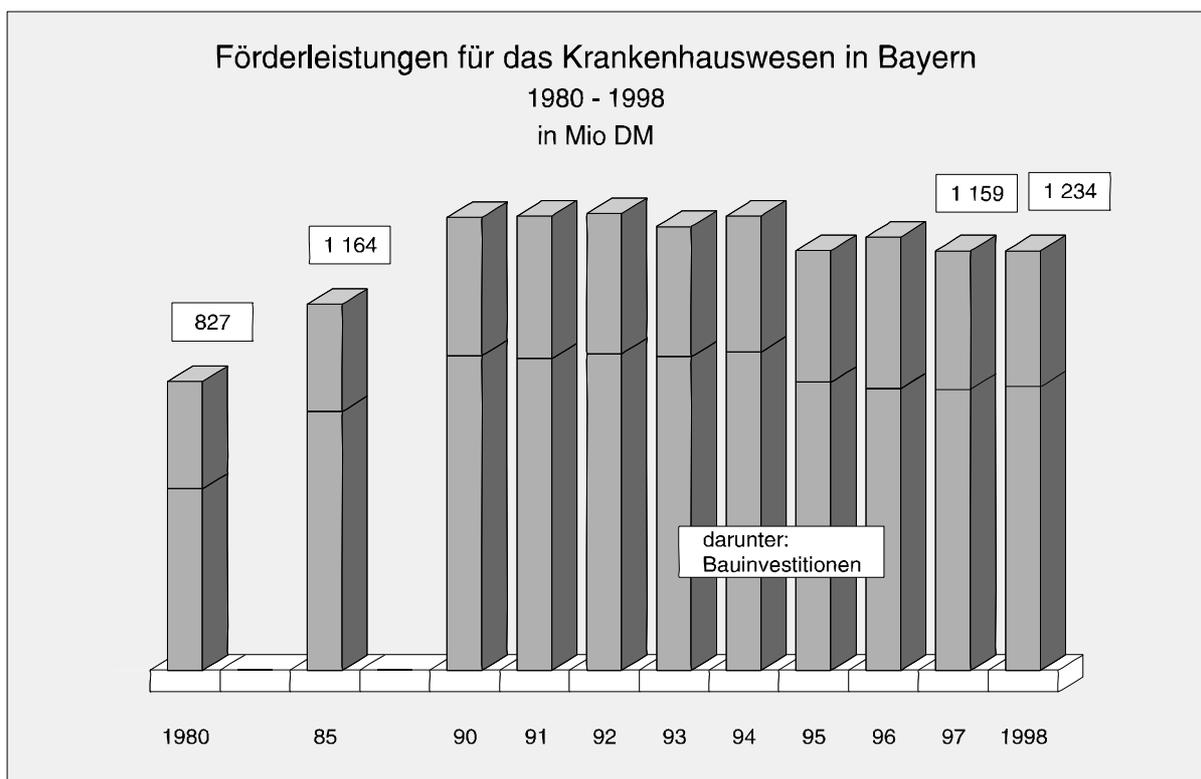
10.4.2. Leistungen der Staatsregierung

Die Krankenhausförderung gewährleistet, daß die Aufgabe der Krankenhausplanung - die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit wirtschaftlich und medizinisch leistungsfähigen Krankenhäusern - erfüllt werden kann. Zudem garantiert die staatliche Krankenhausfinanzierung, daß die Krankenhäuser den Bürgern in allen Landesteilen Bayerns in gleichem Maße, unabhängig von ihrer finanziellen oder sozialen Situation zur Verfügung stehen.

Die Staatsregierung ist überzeugt, daß das erreichte hohe Niveau der Krankenhausversorgung in Bayern dauerhaft nur gesichert werden kann, wenn der Staat die notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser übernimmt.

Investitionen sind ständig erforderlich, damit die Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag im Rahmen der Krankenhausplanung erfüllen können. Hierfür müssen Krankenseinrichtungen gebaut oder umgebaut, medizinisch-technische Geräte angeschafft und erneuert werden. Veränderungen der Versorgungsstruktur, insbesondere der Ausbau von Versorgungsschwerpunkten (z.B. Schlaganfallpatienten, Schädel-Hirn-Verletzte und Risikoneugeborene), ziehen häufig einen erheblichen Investitionsbedarf nach sich, der mit der staatlichen Krankenhausförderung abgedeckt wird.

Außerdem wird die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten in Bayern nachhaltig gefördert. Bei einer möglichst engen Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich können Patienten auch bei einer ambulanten Behandlung von den Einrichtungen eines Krankenhauses profitieren und zudem Kosten gespart werden, weil medizinische Einrichtungen nicht doppelt, d.h. sowohl für ambulante als auch für stationäre Zwecke vorgehalten werden müssen. Die Staatsregierung unterstützt daher zum einen die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten bei dem Betrieb medizinisch-technischer Großgeräte und hat zum anderen die ambulante Mitbenutzung von Krankenseinrichtungen rechtlich erleichtert.



In Bayern wurde der Krankenhausförderung stets ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt. Seit Beginn der staatlichen Krankenhausfinanzierung im Jahr 1972 wurden über 26 Mrd. DM für die Förderung von Krankenhausinvestitionen aufgewendet, hiervon nahezu 18 Mrd. DM für Bauinvestitionen. Mit einem jährlichen Krankenhausetat von über 1,2 Mrd. DM steht Bayern in der Bundesrepublik nach wie vor an der Spitze der westlichen Flächenländer. Während diese im Jahr 1998 durchschnittlich nur 68 DM pro Einwohner aufwendeten, lagen die Pro-Kopf-Ausgaben Bayerns bei 102 DM. Außerdem finanziert Bayern als einziges Bundesland den sog. Erhaltungsaufwand der Krankenhäuser aus Mitteln des Krankenhausetats.

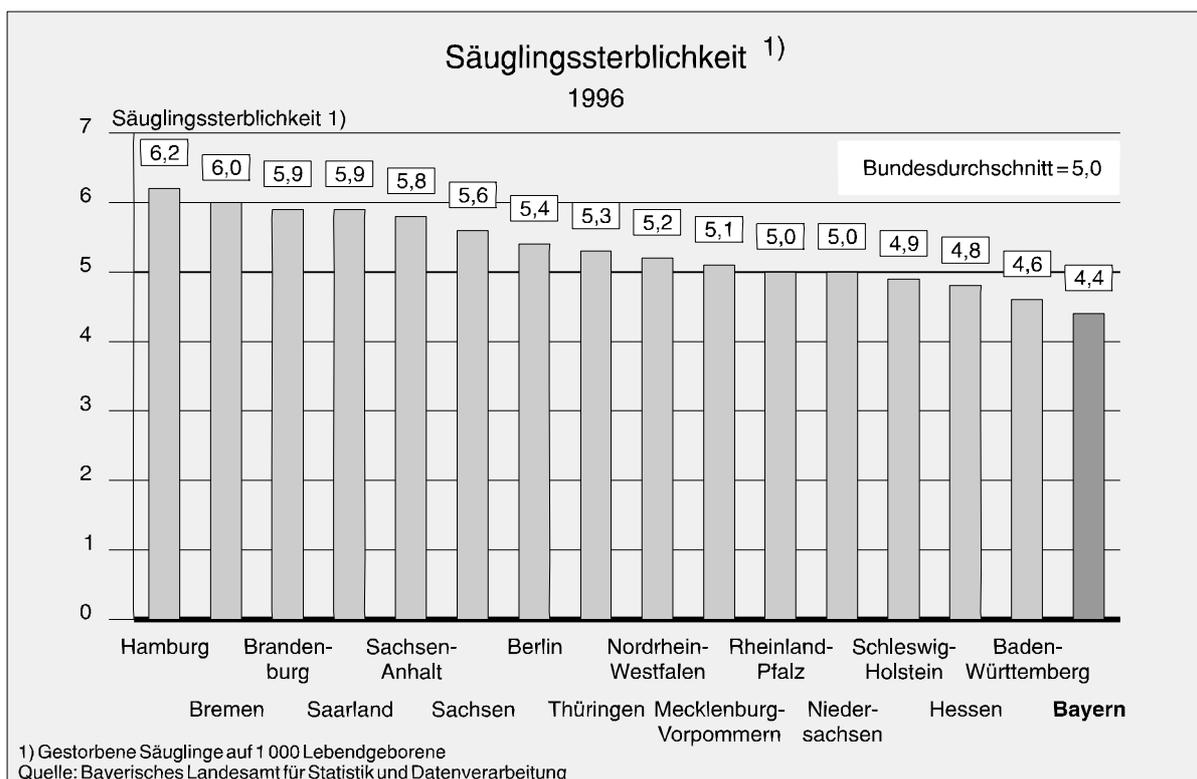
Als Ergebnis dieser Anstrengungen stehen der Bevölkerung in ganz Bayern leistungsfähige und möglichst wohnortnahe Krankenhäuser zur Verfügung, die dem medizinischen Fortschritt ständig angepaßt werden.

Die hervorragende Qualität der bayerischen Krankenhäuser genießt nicht nur im In- und Ausland hohes Ansehen, sondern ist zudem ein Argument für Investoren, sich für den Standort Bayern zu entscheiden.

Das hohe Niveau der Krankenhausversorgung in Bayern wird im Bereich der hochspezialisierten Medizin besonders deutlich:

10.4.2.1. Versorgung Risikoneugeborener

In Bayern besteht eine ausgezeichnete, schnell erreichbare peri- und neonatale Versorgung auf höchstem Niveau: Dies garantieren 14 Perinatalzentren mit mehr als 300 neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen. Dies hat dazu geführt, daß in Bayern die Säuglingssterblichkeit am geringsten ist. In Bayern kamen im Jahr 1996 auf 1.000 Lebendgeborene statistisch 4,4 gestorbene Säuglinge, während der Bundesdurchschnitt bei 5,0 lag.



10.4.2.2. Dialyse

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat in enger Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und weiteren Beteiligten ein dichtes, effektives Netz der Dialyseversorgung aufgebaut. Gegenwärtig werden in Bayern weit mehr als 8.000 Dialysepatienten versorgt, davon 19 % in stationären Einrichtungen und 81 % in Dialysezentren, Dialysepraxen oder auch zu Hause.

10.4.2.3. Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzte

Bayern hat im Bereich der Erstversorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland und Europa eine führende Rolle inne. Es ist trotz finanziell schwieriger Bedingungen gelungen, ein flächendeckendes Netz der Versorgung mit Schlaganfallspezialstationen, sog. Stroke Units, zu knüpfen. Hieran werden auch andere Krankenhäuser der höheren Versorgungstufen mit Hilfe der Telemedizin angebunden. Aufgrund wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse kann hierdurch ein deutlicher Rückgang der durch Schlaganfall bedingten Todesfälle und schweren Behinderungen erwartet werden.

Im Bereich der Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten (z.B. Unfallopfer mit schweren Schädel-Hirn-Traumata) befindet sich Bayern mit großem Vorsprung an der europäischen Spitze. Für die äußerst arbeits- und personalaufwendige Frührehabilitation dieser Patienten wurden in den letzten 15 Jahren insgesamt 15 Spezialeinrichtungen mit etwa 550 Betten, darunter 61 Betten für schädel-hirn-verletzte Kinder, geschaffen. Etwa ein Drittel aller im Bundesgebiet betriebenen Betten dieses Spezialbereichs befindet sich in Bayern.

Die bayerische Konzeption einer durchgängigen Versorgungs- und Rehabilitationskette in hochqualifizierten Spezialeinrichtungen findet im ganzen Bundesgebiet und darüber hinaus ungeteilte Zustimmung und Nachahmung.

10.4.2.4. Herzchirurgie

Seit 1990 hat sich die Zahl der jährlichen Herzoperationen nahezu verdoppelt. Während damals in sechs Spezialeinrichtungen 6.502 herzchirurgische Eingriffe unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt wurden, betrug die Zahl der im Jahr 1997 in insgesamt elf Herzzentren vorgenommenen Operationen 12.867. Bayern befindet sich damit im Spitzenbereich unter den Flächenstaaten der Bundesrepublik Deutschland. Mit 1.066 Eingriffen je 1 Mio. Einwohner sind die von medizinischen Experten formulierten Kapazitätsanforderungen voll erfüllt. Keine Patientin und kein Patient muß zur Herzoperation in weit vom Wohnort entfernte Regionen gehen; jeder herzchirurgische Eingriff kann innerhalb der hierfür individuell erforderlichen Zeit in bester Qualität erfolgen. Auch im Bereich der Säuglings- und Kinderherzchirurgie, die in Bayern entsprechend den Forderungen von Experten auf wenige Zentren beschränkt ist, steht der Freistaat auf höchstem internationalen Niveau. Jede operable angeborene Herzkrankheit kann innerhalb Bayerns herzchirurgisch versorgt werden. Dieses Angebot nehmen in zunehmendem Maße auch kleine und kleinste Patienten aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland in Anspruch.

10.4.2.5. Geriatrische Versorgung

Auch bei der immer wichtiger werdenden geriatrischen Versorgung kann Bayern eine positive Zwischenbilanz ziehen.

Immer mehr Menschen werden immer älter. Derzeit leben in Bayern 1,8 Mio Mitbürger, die älter als 65 Jahre sind. In den nächsten 15 Jahren wird diese Zahl auf 2,3 Mio anwachsen. 85 % der Menschen erreichen ihr Lebensende ohne größere gesundheitliche Einschränkungen. 15 % leiden an mehreren im Laufe ihres Lebens erworbenen chronischen Krankheiten. Die Bedürfnisse dieser multimorbiden Patienten sind allein mit der hochentwickelten und hochspezialisierten Medizin in den Krankenhäusern nicht abzudecken. Bei chronischen Erkrankungen steht nicht mehr die Heilung im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen, sondern die Verringerung von funktionellen Defiziten der Patienten. Hier ist weniger die Akutmedizin gefragt, als die Rehabilitation, deren Kompetenz gerade bei der Wiederherstellung von grundlegenden Fähigkeiten des Menschen zur Lebensbewältigung liegt. Ergänzend zur Akutbehandlung ist für ältere Patienten eine Phase der Rehabilitation erforderlich.

Die Staatsregierung hat in ihrem Geriatriekonzept vom Juli 1990, das in enger Abstimmung mit den Krankenkassen in Bayern entstand, den Aufbau eines flächendeckenden Netzes geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen. Mittlerweile sind über 1.800 Betten für geriatrische Rehabilitation in 41 Einrichtungen in Betrieb. Daneben bestehen 13 Tageskliniken mit insgesamt 200 Behandlungsplätzen. Die Einrichtungen sind sehr gut ausgelastet und finden sehr positive Resonanz bei Patienten und ihren Angehörigen.

10.4.3. Künftige Maßnahmen der Staatsregierung

Stationäre und ambulante Versorgungsstrukturen müssen über die gemeinsame Nutzung von Medizintechnik hinaus noch enger vernetzt werden.

Die Möglichkeiten der Telemedizin können zur weiteren Verzahnung der stationären, ambulanten und sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens durch verbesserte Kommunikation und damit Koordination einen wichtigen Beitrag leisten.

In erster Linie wird die Telemedizin aber die Behandlungsqualität für die Patienten verbessern. Die Qualität der medizinischen Versorgung wird weiter steigen, weil neue wissenschaftliche Erkenntnisse schneller als in der Vergangenheit verbreitet und damit in Diagnose und Therapie Eingang finden können. Die unproblematische Zuziehung weiterer medizinischer Meinungen entlastet die Patienten von Krankentransporten und Doppeluntersuchungen und vermeidet Fehldiagnosen. Zudem können alle bayerischen Bürger unabhängig von ihrem Wohnort von hochspezialisierter medizinischer Versorgung profitieren, womit die Telemedizin auch einen Beitrag zur Angleichung der Lebensverhältnisse zwischen ländlichen Räumen und Ballungszentren leistet.

Bayern wird daher den eingeschlagenen erfolgreichen Weg in der Anwendung der Telemedizin weitergehen und die im Rahmen von "BayernOnline" begonnenen Aktivitäten fortsetzen.

Dies wird auch die Versorgung von Schlaganfallpatienten und Patienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen in Bayern weiter verbessern, indem Krankenhäuser mit Hilfe der Telemedizin an die sog. Stroke Units angebunden werden können. Bayern wird seine Spitzenstellung in diesem Bereich weiter ausbauen und in der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten im Jahr 1999 durch die Einrichtung weiterer Stroke Units neue Standards setzen.

Hingegen ist im Bereich der Herzchirurgie der Bedarf gesättigt. Ein weiterer Ausbau der herzchirurgischen Kapazitäten in Bayern wäre nicht nur wenig sinnvoll, sondern würde auch das hohe medizinische Niveau und die wirtschaftliche Sicherung der mit großen Anstrengungen geschaffenen herzchirurgischen Zentren gefährden.

10.5. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz**10.5.1. Hohe Anforderungen zum Schutz der menschlichen Arbeitskraft**

Artikel 167 der Bayerischen Verfassung stellt sehr hohe Anforderungen zum Schutz der menschlichen Arbeitskraft. Durch den ständigen Wandel in der Arbeitswelt müssen sich die für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen immer wieder den neuen Herausforderungen stellen, um den verfassungsrechtlichen Auftrag zu erfüllen.

Bei den Arbeitnehmern treten psychosomatische Belastungen in den Vordergrund, die häufig multikausale Ursachen haben und auch zum Teil im Zusammenhang mit den Belastungen am Arbeitsplatz stehen. Währenddessen sind Verletzungen von Arbeitnehmern, die aus klassischen Arbeitsunfällen resultieren, rückläufig.

Die Integration von Arbeitsmedizinern in die Gewerbeaufsichtsämter ermöglicht es, den vorgenannten veränderten Bedingungen der Menschen am Arbeitsplatz noch besser Rechnung zu tragen. Zugleich ist durch diese Integration insoweit dem verfassungsgemäßen Auftrag entsprochen worden.

10.5.2. Aktivitäten im Freistaat Bayern

Bayern schneidet im Ländervergleich bei den Aktivitäten im Hinblick auf die Überprüfung von Arbeitsplätzen mit besonderen Gefahren für die Arbeitnehmer in Deutschland hervorragend ab.

Länder	Dienstgeschäfte pro 100.000 Betriebe
Brandenburg	27504
Mecklenburg-Vorpommern	25304
Bayern	24329
Sachsen-Anhalt	23810
Saarland	22977*)
Thüringen	21837
Baden-Württemberg	21203
Niedersachsen	17415
Hamburg	14565
Sachsen	13527
Bremen	13157
Rheinland-Pfalz	11905
Berlin	10762
Hessen	9257
Nordrhein-Westfalen	4020*)
Schleswig-Holstein	**)

*) die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1996

***) diese Zahl liegt nicht vor

Das war vor allem deshalb möglich, weil der Freistaat Bayern für die Überprüfung dieser Arbeitsplätze dementsprechende Prioritäten setzt. Allein 1997 wurden die bayerischen Gewerbeaufsichtsämter in über 158.000 Fällen auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes und der Si-

cherheitstechnik tätig. Bayern liegt bei den Arbeitsunfällen im Ländervergleich an viertletzter Stelle.

Länder	Arbeitsunfälle pro 100.000 Arbeitnehmer
Hessen	3.464
Hamburg	3.618
Baden-Württemberg	3.862
Bayern	4.040
Rheinland-Pfalz	4.231
Berlin	4.277
Nordrhein-Westfalen	4.387
Niedersachsen	4.557
Bremen	4.605
Thüringen	4.607
Schleswig-Holstein	4.643
Sachsen	4.701
Sachsen-Anhalt	4.744
Saarland	4.859
Brandenburg	4.965
Mecklenburg-Vorpommern	5.642

Die konsequente Durchführung der Aufgaben des Arbeitsschutzes hat mit dazu geführt, daß Bayern eine hervorragende Ausgangsbasis für die bayerische Wirtschaft und deren Arbeitnehmer geschaffen hat.

Im Jahr 1997 konnte darüber hinaus ein deutlicher Fortschritt auf dem Sektor des Verbraucherschutzes vor verbotenen Stoffen wie z.B. Asbest, Blei, Cadmium erzielt werden, die in käuflichen Produkten enthalten sein können. Es wurden Probenahmepläne aufgestellt, anhand derer die Gewerbeaufsicht begonnen hat, systematisch im Handel Warenproben, z.B. Farben, Leder- oder Kunststoffartikel zu nehmen und chemisch untersuchen zu lassen.

10.5.3. Weitere Strategien der Staatsregierung

In Bayern wurde ein vergleichsweise sehr hoher Standard in den Bereichen Arbeitsschutz und Anlagensicherheit erreicht. In Zukunft bedarf es einer noch konsequenteren Neuorientierung hin zur Betriebsorganisation und zur Berücksichtigung des sicherheitsgerechten Verhaltens aller am betrieblichen Arbeitsschutz Beteiligten.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie Frauen und Gesundheit hat ein Occupational Health-and Risk-Managementsystem entwickelt, das dieser Erfordernis Rechnung trägt. Freiwillig in den Betrieben angewandt, soll es die Eigenverantwortung der Unternehmen stärken, Arbeitsschutz und Anlagensicherheit weiter verbessern und darüber hinaus – beispielsweise durch die Substitution der behördlichen Detailprüfung durch eine Systemprüfung des Arbeitsschutzmanagementsystems – neue Wege im ordnungsrechtlichen Vollzug aufzeigen. Hierdurch ist mittelfristig sowohl eine Entlastung der Betriebe und der Aufsichtsdienste ebenso wie auch eine Aufwertung der gewerbeaufsichtlichen Tätigkeit und die Steigerung ihrer Effizienz zu erwarten.

