Beschreibung und Analyse der Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein der Jahre 1955 - 2005 mit Schwerpunktbetrachtung des Krankenhaussektors

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Wirtschaftswissenschaften (Dr. rer. pol.) der

Universität Flensburg

vorgelegt von

Martin Köhler
aus Preetz/Holstein

im Juni 2012

Betreuer:

Prof. Dr. Michael Ruck

Geschäftsführender Direktor des
Instituts für Politik und Wirtschaft und ihre Didaktik
der Universität Flensburg

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Michael Ruck für die Betreuung des Dissertationsvorhabens, die intensiven Gespräche und die gelegentlichen Korrekturen bedanken. Mein Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Robert Bohn für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Bedanken möchte ich mich bei meinen ehemaligen Kollegen des UKSH, die mich im Laufe der Jahre mit dem „Virus“ der Gesundheitspolitik angesteckt haben. Dazu gehören besonders Herr Jürgen Bierhals (†) sowie Herr Diethard Elfert.

Mein Dank gilt den Freunden, die mich auf dem Weg zur Dissertation in Gesprächen begleitet haben. Hier sei exemplarisch Jörg Wadehn genannt, mit welchem ich im Jahr 2007, aber auch danach, mehrfach das Dissertationsvorhaben besprochen habe.

Dank sagen möchte ich auch den Gesprächspartnern, welche mir im Verlaufe der Dissertation wichtige Hinweise zur Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein gegeben haben. Nennen möchte ich hier Herrn Günther Pössel, Herrn Bernd Schloer, Herrn Waldemar Herrmann, Herrn Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann, Herrn Dr. Benedikt Müller-Lucks, Herrn Volker Maaß, Herrn Dr. Karl-Werner Ratschko, Herrn Manfred Baxmann sowie Herrn Prof. Günther Jansen.

Bedanken möchte ich mich in besonderer Weise auch bei Ute Alldieck für das Korrekturlesen der Dissertationsschrift sowie bei Herrn Remo Waldbauer für die Unterstützung im Umgang mit den Feinheiten insbesondere des Textverarbeitungsprogramms.

Mein besonderer Dank gilt darüber hinaus meiner Frau Ingrid Köhler, die mich neben meiner Arbeit für einen längeren Zeitraum an den Wochenenden und Feiertagen entbehren musste und welche mir die für das Schreiben der Dissertation notwendigen Freiräume eingeräumt hat. Gleiches gilt für meine Kinder Miriam, Ronja, Hauke und Benjamin.

Inhaltsverzeichnis: Seite:

A. EINLEITUNG 1

I. Vorwort 1

II. Einführung in das Thema 2

1. Problemstellung 2

2. Aufstellung von Thesen 4

3. Ziel dieser Arbeit 8

4. Abgrenzungen 9
   - 4.1. Thematische Abgrenzung 9
   - 4.2. Zeitliche Abgrenzung 10
   - 4.3. Schnittstellen und Aufgabenkonflikte 12

5. Gang der Untersuchung 14

6. Forschungsstand 15
   - 6.1. Gesundheit allgemein 15
   - 6.2. Politik allgemein 16
   - 6.3. Gesundheitspolitik 18
   - 6.4. Krankenhaussektor allgemein 20
   - 6.5. Sonstiges 21
   - 6.6. Zusammenfassung und Bewertung 22

7. Methodiken der politischen Entscheidungsfindung 23

B. HAUPTTEIL

I. Definitionen / Aufgaben / Akteure 25

1. Begriffsdefinitionen 25
   - 1.1. Politik 25
   - 1.2. Gesundheit 28
   - 1.3. Öffentliche Hand 30

2. Aufgaben der Gesundheitspolitik 31
   - 2.1. Überblick 31
   - 2.2. Historische Entwicklung 33
   - 2.3. Soziale und medizinische Herausforderungen im Zeitablauf 50
   - 2.4. Aufgabengruppe Familie / Pflege / Alter 55
   - 2.5. Aufgabengruppe Prävention / Vorsorge 59
   - 2.6. Aufgabengruppe Drogen / Sucht 62
   - 2.7. Aufgabengruppe Sonstiges 64

3. Akteure im Gesundheitswesen 64
   - 3.1. Überblick 64
   - 3.2. Beschreibung einzelner Akteure 67
     - 3.2.1. Bundesregierung 67
     - 3.2.2. Länderregierungen 68
     - 3.2.3. Landkreise und Kommunen 69
     - 3.2.4. (Ministerial)Bürokratie 70
     - 3.2.5. Ärztekammern 70
     - 3.2.6. Kassenärztliche Vereinigungen 71
     - 3.2.7. Gesetzliche Krankenkassen 73
     - 3.2.8. Private Krankenversicherungen 74
     - 3.2.9. Krankenhäuser 75
     - 3.2.10. Wissenschaft und Forschung 76
     - 3.2.11. Wirtschaft 77
     - 3.2.12. Gewerkschaften 78

3.2.13. Sozial- und Wohlfahrtsverbände 79
3.2.14. Medien, Öffentlichkeit 80

II. Schwerpunkte der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins 80

1.0. Vorbemerkungen / Ausgangslage 80

1.1. Zeitabschnitt 1955 – 1966 84
1.1.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 84
1.1.2. Krankenhaussektor 90
1.1.3. Zusammenfassung / Analyse 97

1.2. Zeitabschnitt 1967 – 1973 99
1.2.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 99
1.2.2. Krankenhaussektor 103
1.2.3. Zusammenfassung / Analyse 120

1.3. Zeitabschnitt 1974 – 1979 123
1.3.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 123
1.3.2. Krankenhaussektor 134
1.3.3. Zusammenfassung / Analyse 158

1.4. Zeitabschnitt 1980 – 1986 163
1.4.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 163
1.4.2. Krankenhaussektor 175
1.4.3. Zusammenfassung / Analyse 187

1.5. Zeitabschnitt 1987 – 1990 191
1.5.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 191
1.5.2. Krankenhaussektor 200
1.5.3. Zusammenfassung / Analyse 221

1.6. Zeitabschnitt 1991 – 1995 226
1.6.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 226
1.6.2. Krankenhaussektor 240
1.6.3. Zusammenfassung / Analyse 253

1.7. Zeitabschnitt 1996 – 2000 260
1.7.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 260
1.7.2. Krankenhaussektor 274
1.7.3. Zusammenfassung / Analyse 294

1.8. Zeitabschnitt 2001 – 2005 303
1.8.1. Allgemeine Gesundheitspolitik 303
1.8.2. Krankenhaussektor 316
1.8.3. Zusammenfassung / Analyse 339

1.9. Darstellung / Analyse einzelner Fallbeispiele 348
1.9.1. Prozess Krankenhausplanung insgesamt 348
1.9.2. Entwicklung der psychiatrischen Versorgung 362
1.9.3. Entwicklung der Universitätsmedizin 374

C. SCHLUSSTEIL 388

I. Gesamtanalyse 388

II. Abgleich der Thesen mit den Feststellungen 400

III. Herausforderungen für die Zukunft / Empfehlung für das weitere Handeln 403

IV. Zusammenfassung 405

Literatur- und Quellenverzeichnis 407

A. EINLEITUNG

I. Vorwort

Die politische Arbeit und Ausprägung auf Basis der in der Bundesrepublik Deutschland geltenden freiheitlich-rechtlichen Grundordnung ist mit Legislaturperioden von vier- bis maximal fünf Jahren und sich fortwährend ändernden Mehrheiten in den Parlamenten grundsätzlich einem permanenten Wechsel unterworfen. Neben den oben beschriebenen Gründen können auch äußere Einflüsse zu der Notwendigkeit führen, politische Veränderungen vorzunehmen bzw. einzuleiten. Dieses gilt auch – oder sogar in besonderer Weise – für die Gesundheitspolitik, da hier die enorme und stetig zunehmende Kostenintensität besonders deutlich wird. Nahezu jede Bundesregierung versucht in scheinbar immer kürzeren Abständen Gesundheitsstrukturreformgesetze zu verabschieden, damit das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland insgesamt finanzierbar bleibt. In gleichermaßen kurzen Abständen wird dann aber zumeist festgestellt, dass das Reformgesetz nicht ausreichend war und eine Reform der Reform erforderlich sei. Die Gründe für das Scheitern der Gesundheitsstrukturreformgesetze sind dabei vielfältig. Die Landesregierungen sind bestrebt, unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Landes, innerhalb des ihnen vorgegebenen Rahmens, ihren Gestaltungsspielraum wahrzunehmen und auszuschöpfen. In diesem Zusammenhang drängen sich diverse Fragestellungen auf, die im Verlaufe der Arbeit systematisch auf empirischer Grundlage zu beantworten sind.

Das Thema „Entwicklung der Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein in den Jahren 1955 – 2005 mit Schwerpunktbetrachtung des Krankenhaussektors“ mit allen in diesem Titel enthaltenen Bestandteilen wurde von mir ganz bewusst gewählt. Politik – und dabei die Möglichkeit zur Mitgestaltung – ist ein sehr wertvolles Gut, auf dessen Analyse ich mich schon jetzt, vor Beginn der eigentlichen Arbeit, sehr freue. Es soll aufgezeigt werden, welche Entwicklungen sich in diesem Zeitraum ergeben haben und daraus abgeleitet möglicherweise noch ergeben werden. Ich selbst fühle mich mit der Gesundheitspolitik in besonderer Weise verbunden, weil ich als mittlerweile langjähriger leitender Angestellter eines großen Krankenhauses in Schleswig-

Holstein Eindrücke gewonnen und Erfahrungen gesammelt habe, die ich in den Kontext der Gesundheitspolitik einordnen und weitergeben möchte.

Zielgruppe dieser Arbeit sind die beteiligten Gruppen am Gesundheitsmarkt, wie z.B. Landesregierung, Kreise, Kommunen, Krankenkassen, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Kassenärztliche Vereinigung etc.. Eine weitere Zielgruppe sind künftige Studenten und Forscher, die diese noch zu erstellende Arbeit als Beitrag oder Baustein zu ihrer Forschungsarbeit hinzuziehen können. Zur „Zielgruppe“ gehört aber auch der Verfasser selbst, mit der Freude am Recherchieren, am Forschen und der damit verbundenen Erweiterung des eigenen persönlichen Wissenstands.

II. Einführung in das Thema

1. Problemstellung

Die Thema „Gesundheit“ und damit verbunden die medizinische Versorgung der Bürger betrifft jeden einzelnen Menschen unmittelbar. Das fängt bereits vor der Geburt im Mutterleib an und endet in der Regel auf dem Sterbebett. Dazwischen liegt eine durchschnittliche Lebenserwartung von derzeit etwa 80 Jahren. Innerhalb dieser Zeit gibt es Lebensphasen mit dem Erfordernis intensiver medizinischer Betreuung, aber auch Phasen, in denen diese Leistungen kaum in Anspruch genommen werden müssen. Die Phasen mit hohem Erfordernis einer medizinischen Betreuung sind dabei aber keineswegs nur die Zeit das „alten Menschen“. Medizinische Betreuung kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Gerade in den letzten Jahren sind zusätzlich verschiedene Zwischenstufen eingeführt worden, wie z.B. teilstationäre Leistungen oder ambulantes Operieren. Daneben sind die Begriffe, wie „Intensivmedizin“ oder „Low-Care-Patient“ geprägt worden.

Dass Leistungen in Anspruch genommen werden können, setzt zunächst jedoch voraus, dass Leistungen angeboten werden. Wer ist denn dabei in der Pflicht, diese Leistungen anzubieten? Wer stellt fest, welche und ggf. in welchem Umfang Leistungen angeboten werden? Kann so etwas dem freien Spiel der Kräfte überlassen wer-

den, oder muss ggf. von verschiedenen Seiten regulierend in dieses System eingegriffen werden?

Leistungen werden von Marktteilnehmern in der Regel dann angeboten, wenn damit für diese ein wirtschaftlicher Vorteil verbunden ist. Ist es aber überhaupt ethisch vertretbar, mit Gesundheitsleistungen wirtschaftliche Vorteile, oder sogar Gewinn zu erzielen? Was passiert zudem mit den Leistungen, deren Erbringung nicht zu einem wirtschaftlichen Vorteil führen? Brauchen diese Leistungen in der Folge nicht erbracht zu werden? Es ist bekannt, dass der Gesundheitsmarkt insgesamt enormes Wachstumspotential beinhaltet, alleine schon begründet durch den demografischen Wandel, d.h. die im Durchschnitt älter werdende Bevölkerung. Ebenso ist grundsätzlich bekannt, dass die Finanzierbarkeit dieser Leistungen auf tönernen Füßen steht.

Innerhalb eines wirtschaftlichen Kreislaufs – und das gilt auch für den Gesundheitsmarkt – müssen die Leistungen insgesamt und über einen längeren Zeitraum betrachtet, immer auskömmlich finanziert sein. Ist das nicht der Fall, droht langfristig ein Zusammenbruch des Systems. Um die auskömmliche Finanzierung zu gewährleisten, sind die Leistungsempfänger und Leistungserbringer in der Pflicht, wirtschaftlich und sparsam mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umzugehen. Die Leistungsempfänger sind in diesem Fall die Patienten, die aber in der Regel von gesetzlichen Krankenkassen bzw. privaten Krankenversicherungen vertreten werden. Auf der anderen Seite, der Seite der Leistungserbringer, das sind in diesem Fall die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte, besteht das Interesse, eine Refinanzierung der für die Leistungserbringung eingesetzten Ressourcen zu erhalten. Die eingesetzten Ressourcen wiederum gliedern sich in der Regel auf in Personal- und Sachaufwendungen sowie Investitionen. Die Höhe der Personalaufwendungen wird u.a. bestimmt durch Tarifvereinbarungen mit Gewerkschaften und Arbeitnehmerverbänden. Die Sachaufwendungen stehen im Zusammenhang mit der Preisentwicklung für Arzneimittel, Laborbedarf sowie sonstige Heil- und Hilfsmittel. Die Preise hierfür sind wiederum abhängig von noch weiteren Faktoren, deren Betrachtungen an dieser Stelle zu weit führen.

Schon durch die Darstellung dieser Zusammenhänge und Verflechtungen wird deutlich, dass verschiedene Interessen und gegenseitige Abhängigkeiten bestehen. Da-

her hat die Politik in ihren unterschiedlichen Ebenen die Aufgabe, steuernd, regulierend und vermittelnd in dieses Marktgeschehen einzugreifen. Diese Notwendigkeit ergibt sich auf Basis des im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland festgeschriebenen Sozialstaatspostulats[1]. Danach hat der Staat die besondere Pflicht, gerade benachteiligten Bevölkerungsgruppen ein die Existenz sicherndes Einkommen zu gewährleisten sowie ausreichende und bedürfnisgerechte Sozial- und Gesundheitsdienste bereitzustellen.

In dieser vorliegenden Arbeit soll beschrieben und erklärt werden, wie sich in den vergangenen etwa fünfzig Jahren, seit 1955, die Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein entwickelt hat. An welcher Stelle sind über bestimmte Zeiträume aktiv Schwerpunkte gesetzt worden, welche Sachverhalte haben von außen, d.h. außerhalb des Einflussbereichs des Landes, auf die Gesundheitspolitik eingewirkt. Dabei ist auch die Frage zu beantworten, welchen „Gesetzmäßigkeiten“ die Gesundheitspolitik folgt. Es wird weiterhin versucht werden, anhand verschiedener Beispiele nachzuvollziehen, inwieweit vom Land einmal getroffene Entscheidungen nachhaltig umgesetzt wurden, ob diese zum gewünschten Erfolg geführt haben.

2. Aufstellung von Thesen

<u>Eine freie marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens insgesamt ist nicht möglich.</u>

Eine Marktwirtschaft - und das gilt sowohl für freie als auch soziale Marktwirtschaft - ist gekennzeichnet unter anderem durch eine Preisbildung durch Angebot und Nachfrage. Das heißt, je mehr ein knappes Gut nachgefragt wird, desto höher wäre der zu entrichtende Preis hierfür. Übertragen auf das Gesundheitswesen würde das bedeuten, dass gerade vor dem Hintergrund der gegenwärtigen demografischen Entwicklung, in der Leistungen in erheblichem Umfang nachgefragt werden, die Preise hierfür bis zur Sättigung steigen müssten. Dieser Sachverhalt würde mit der gegenwärtigen Systematik des nur begrenzt zur Verfügung stehenden Sozialbudgets kollidieren.

[1] Gemäß Artikel 20 des Grundgesetzes ist die Bundesrepublik Deutschland ein demokratischer und *sozialer* Bundesstaat. Quelle: URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_20.html> (Stand:15.04.2012)

Zwar gibt es immer wieder einzelne Leistungen innerhalb des zu erbringenden Leistungsspektrums, z.B. innerhalb des Krankenhaussektors, welche für die Leistungserbringer wirtschaftliche Vorteile bringen, jedoch müssen diese einzelnen Leistungen mit positivem Deckungsbeitrag eine Vielzahl an Leistungen mit negativem Deckungsbeitrag subventionieren. Die Seite der Leistungsempfänger muss bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln zur Finanzierung von Leistungen bestrebt sein, diese Leistungen mit positivem Deckungsbeitrag zu identifizieren und in der Folge hierfür die Preise zu verringern. Diese Handlungsweise der Leistungsempfänger ist zwingend erforderlich, weil die Schere zwischen den für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehenden Sozialabgaben auf der einen Seite und der Entwicklung der Ausgaben, sprich des Ressourceneinsatzes, auf der Seite der Leistungserbringer ständig anwächst[2]. Darüber hinaus ist die Politik verpflichtet, bestimmte medizinische Leistungen auch dort anzubieten, bzw. den Rahmen hierfür zu schaffen, wo es aufgrund höher einzustufender Wertigkeiten notwendig ist, auch wenn dies nicht kostendeckend erfolgen kann. Dies kann beispielsweise die medizinische Grundversorgung in dünn besiedelten Gebieten betreffen.

<u>Es gibt diverse Politikakteure, die vorrangig ihre Interessen vertreten und intensive Lobbyarbeit betreiben.</u>

Gerade vor dem Hintergrund einer stetigen Zunahme der Bedeutung des Gesundheitswesens, welche durch Begriffe wie „Explosion der Kosten des Gesundheitswesen“ ausgedrückt wird, gibt es verschiedenste Interessengruppen, die Einfluss auf die Steuerung nehmen möchten. Es werden, wie bereits im vorherigen Punkt erwähnt, Interessen der unmittelbaren Leistungserbringer und Leistungsempfänger vertreten. Neben der Gewinnerzielungsabsicht am Gesundheitsmarkt möglicherweise direkt oder indirekt beteiligter Unternehmen spielen regionale Aspekte eine ebenfalls nicht zu unterschätzende Rolle. Die regionalen Aspekte drücken sich in den Schnittstellen zu anderen Politikbereichen aus; es geht um Arbeitsplätze, die Erhaltung von Kaufkraft in Regionen und anderes mehr. Diese Interessengruppen bringen ihre In-

[2] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007): Statistisches Jahrbuch 2007, Kapitel 8.2 „Entwicklung der Leistungsausgaben für Krankenversicherung“ sowie Kapitel 7.3 „Entwicklung des Sozialbudgets“. Leck: Clausen und Bosse.

formationen und Ansätze gezielt in Gesetzgebungsverfahren ein und streben dadurch Einfluss auf Entscheidungsprozesse an.

Hinzu kommt, dass bestimmte Personen nicht nur eine einzige Interessengruppe vertreten, sondern aufgrund sozialer Verflechtungen oder Bindungen gleichzeitig die Interessen verschiedener Gruppen vertreten. Das führt in der Folge je nach behandeltem Thema zu wechselnden Koalitionen. Hierein fällt auch der Begriff des „Eisernen Dreiecks“ welches die Beziehungen zwischen Gesetzgeber, Interessengruppen und Bürokratie beschreibt. Eine differenzierte Betrachtung einzelner Politikakteure wird in dem Kapitel B.I.3. erfolgen.

Die Länder haben nur minimalen Einfluss auf die Gesundheitspolitik.

Die wesentlichen Weichenstellungen innerhalb der Gesundheitspolitik erfolgen auf Bundesebene. Nahezu jede Bundesregierung hat versucht, in immer kürzeren Abständen Gesundheitsstrukturreformgesetze zu verabschieden, damit das Gesundheitssystem der Bundesrepublik insgesamt finanzierbar bleibt. Die Bedeutung des Gesundheitsmarktes ist so enorm, dass diese Aufgabe nicht den kleinteiligen Ländern mit ihren jeweils spezifischen Ausprägungen und Besonderheiten überlassen werden kann. Weiterhin ist es erforderlich, das Gesundheitssystem der Bundesrepublik einheitlich zu gestalten. Die Bundesrepublik Deutschland selbst ist nur ein Teil der Europäischen Union, so dass gerade auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Globalisierung vieler Wirtschafts- und auch Lebensbereiche eher die Frage zu stellen ist, ob Gesundheitspolitik nicht eine übergeordnete Aufgabe der Europäischen Union sein sollte, da die in der Bundesrepublik bestehenden Probleme in anderen Mitgliedsstaaten in ähnlicher oder gar gleicher Form ebenfalls zu finden sind.

Zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitspolitik auf Bundesebene zählt, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und sowie der Pflegeversicherung zu erhalten und das Gesundheitswesen den aktuellen Anforderungen anzupassen. Weitere Aufgaben sind u.a. die Prävention von Krankheiten sowie Gesetzgebungsverfahren zu wichtigen medizinischen Gebieten bzw. Themenschwerpunkten.

Damit verbleibt den Ländern lediglich die Umsetzung der von der Bundesregierung vorgegebenen Aufgaben und Entscheidungen. Dabei stellt sich aber darüber hinaus die Frage, ob die Umsetzung aufgrund verschiedenster Interessenlagen nicht durch die Übertragung auf Länderebene eher gehemmt wird und es nicht deutlich effektiver wäre, von zentraler Stelle aus die Umsetzung von Gesetzesvorhaben etc. intensiv zu begleiten.

Gesundheitspolitik erfolgt seitens der Landesregierungen Schleswig-Holsteins ohne jeglichen „roten Faden".

Die im Zeitverlauf wechselnden Landesregierungen sind lediglich in der Lage gewesen, auf von der Bundesregierung oder äußeren Einflüssen vorgegebene Sachverhalte zu reagieren. Eine aktive und konzeptionelle Gesundheitspolitik ist nicht umgesetzt worden. Das ist begründet in zwei Ursachen:

Erstens ist die Politik innerhalb der demokratischen Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland festen Legislaturperioden unterworfen. Diese Legislaturperioden von bisher vier Jahren hatten zur Folge, dass bestimmte Lösungsansätze möglicherweise nicht umgesetzt wurden, wie es sachlicher Art notwendig gewesen wäre. Jegliche Entscheidungen wurden vor dem Hintergrund möglicher Auswirkungen auf die nächste Wahl getroffen. Zur Landtagswahl 2000 wurde auf diesen Sachverhalt mit einer Änderung des Wahlrechtes reagiert und die Legislaturperiode auf fünf Jahre verlängert.

Zweitens besteht das Risiko, dass für die Übertragung von Aufgaben auf Personen nicht immer die Qualifikation der jeweiligen Person, speziell für den entsprechenden Fachbereich, im Vordergrund steht. Im Umkehrschluss hieße das, wenn nicht die Qualifikation im Vordergrund stünde, dann müssen andere Faktoren zur Übertragung von Aufgaben führen. Das hätte letztendlich zur Folge, dass die Gesundheitspolitik, ebenso wie auch andere Fachbereiche, ohne die notwendige richtungsweisende Kontinuität erfolgt und daher anfällig wäre auf Beeinflussung von Dritten.

3. Ziel dieser Arbeit

Ziel dieser Ausarbeitung ist eine chronologisch strukturierte, empirisch fundierte Analyse der Entwicklung der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins der vergangenen 50 Jahre sowie daraus abgeleitet zumindest ansatzweise eine Empfehlung für die kommenden Schritte der Gesundheitspolitik. Der Schwerpunkt der Betrachtung wird dabei auf der Entwicklung des Krankenhaussektors gelegt.

Betrachtet wird zudem die Einbettung der Gesundheitspolitik in andere Politikfelder. Dabei ist der Focus nicht nur auf die Finanzpolitik zu richten, sondern auch auf weitere Fachressorts, die möglicherweise der Gesundheitspolitik ganz oder teilweise entgegen stehen. Hier wäre z.B. die Arbeitsmarktpolitik zu nennen.

Als Grundlage der Untersuchung werden einerseits öffentliche zeitgenössische Dokumente, wie z.B. veröffentliche Gutachten, Presseerklärungen oder Zeitungsartikel herangezogen. Darüber hinaus ist es für den Gesamtzusammenhang unabdingbar, nicht veröffentlichte Dokumente hinzuzuziehen. Zu diesen nicht öffentlichen Dokumenten gehören Sitzungsprotokolle, Schriftwechsel, Gesprächsvermerke sowie Gutachten im Entwurf. Weiterhin dienen Interviews ausgesuchter Zeitzeugen dazu, die Darstellung bestimmter Sachverhalte zu verdeutlichen.

Innerhalb dieser vornehmlich zeithistorischen Betrachtungsweise wird in erster Linie auf den Prozess der politischen Willensbildung, die politischen Entscheidungsprozesse und deren Umsetzung bzw. Implementierung eingegangen. Anhand verschiedener Fallbeispiele werden diese Punkte nachvollziehbar aufgezeigt.

Die Begrenzung der Betrachtung auf das *Land Schleswig-Holstein* ist zum einen gewählt worden, weil es als Gliedstaat der Bundesrepublik Deutschland einer Landesregierung mit den dort getroffenen Entscheidungen untersteht, zum anderen, weil sich Schleswig-Holstein zudem aufgrund seiner geografischen Lage als ein weitgehend in sich geschlossener Gesundheitsmarkt darstellt.

Die Jahresangaben 1955 und 2005 begrenzen einen Betrachtungszeitraum von fünfzig Jahren, innerhalb dessen sich dynamische Entwicklungen vollzogen haben. Das

Jahr 1955 steht dabei für die Nachkriegszeit, Flüchtlingsintegration, Aufbruchsstimmung und Beginn der geburtenreichen Jahrgänge. Das Jahr 2005 hingegen steht eher für Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Überversorgung, demografische Entwicklung sowie negative Kassenlage der öffentlichen Haushalte. Dazwischen liegen fünfzig Jahre schleswig-holsteinischer Landespolitik, deren Teilbereich Gesundheitspolitik es zu betrachten und zu analysieren gilt.

Der Schwerpunkt Krankenhäuser wurde gewählt, weil gerade dieser Sektor aufgrund seines Volumens als besonders relevant erscheint. Der Krankenhaussektor war und ist enormen Veränderungen unterworfen. Bei deren Betrachtung drängen sich Stichwörter wie Überversorgung, Bettenauslastung, Hochleistungsmedizin, Privatisierung, Forschung und Lehre oder der aktuelle Wechsel von stationärer Krankenversorgung zu ambulanter Versorgung auf.

4. Abgrenzungen

4.1. Thematische Abgrenzung

Die Themengebiete, welche die Gesundheitspolitik umfasst, sind grundsätzlich sehr vielfältig. Auf verschiedene Themenschwerpunkte zusammengefasst handelt es sich um folgende Punkte: Pflege und Alter, Drogen und Sucht, Familie, Prävention und Vorsorge, Finanzierung, Krankenhaus und Sonstiges. Diese Themenschwerpunkte finden sich in dieser oder ähnlicher Aufteilung auch auf den Websites des Bundesgesundheitsministeriums sowie der Gesundheitsministerien der Länder wieder. Jeder dieser Themenschwerpunkte gliedert sich in jeweils mehrere Einzelthemen.

In dieser Ausarbeitung geht es nicht um inhaltliche, medizinische Analyse und Bewertung dieser Themenbereiche. So sprengen z.B. allein schon scheinbar kleinere Themen, wie „Glücksspiel“, „Alternative Medizin“ oder „Demenzerkrankungen“, wenn sie inhaltlich und medizinisch betrachtet würden, den Rahmen dieser Ausarbeitung. Jedes der etwa 60 relevanten Themen könnte für sich allein genommen Gegenstand einer – allerdings dann medizinisch ausgerichteten – Dissertation sein.

Mit Ausnahme des Bundesgesundheitsministeriums sind die Gesundheitsministerien in sämtlichen Ländern mit anderen Aufgabenschwerpunkten zusammengefasst, zumeist mit den Bereichen Soziales und Arbeit. In anderen Zusammensetzungen gehören die Themen Frauen, Jugend, Senioren oder Umwelt zu den Gesundheitsressorts. Dabei werden Entwicklungen der den anderen Fachbereichen zuordenbaren oder unmittelbar angrenzenden Themen wie Verbraucherschutz, Arbeitsschutz, Gender Mainstreaming oder auch Tiergesundheit nicht in dieser Ausarbeitung betrachtet.

Weiterhin ist es nicht Ziel dieser Arbeit, ausschließlich die Kostenentwicklung des Gesundheitswesens im Kontext der Entwicklung der Sozialversicherungssystems darzustellen. Beide Punkte sind für die Betrachtung der Entwicklung der Gesundheitspolitik von besonderer Bedeutung und werden auch in Auszügen in dieser Ausarbeitung beschrieben. Eine Reduzierung der Betrachtung derart würde dem Themenbereich nicht gerecht, weil es, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, um eine Beschreibung und Erklärung vorrangig des Prozesses der politischen Willensbildung und deren Umsetzung bzw. Implementierung geht.

4.2. Zeitliche Abgrenzung

Grundsätzlich ist ein Zeitraum von 50 Jahren gewählt worden, um ein abgegrenztes Themengebiet zu erhalten.

Die untere zeitliche Grenze stellt mit dem Jahr 1955 einen deutlichen Einschnitt in die Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein dar[3]. Am 05.05.1955 wurde der Bundesrepublik Deutschland die staatliche Souveränität verliehen. Mit der Unterzeichnung der Proklamation besiegelten die USA, Großbritannien und Frankreich die Beendigung des Besatzungsstatuts. Für Schleswig-Holstein bedeutete die Unterzeichnung der Proklamation die Einstellung der Tätigkeit des Land Commissioners sowie der sechs „Kreis Resident Officers“. Bezogen auf die direkte Landespolitik Schleswig-Holsteins hat sich aufgrund der Wahl zum dritten Landtag sowie damit

[3] Landtag S-H (1987): Landtage in Schleswig-Holstein gestern – heute – morgen (zum 40. Jahrestag der ersten demokratischen Wahl am 20 April 1947). Husum: Husum-Druck und Verlags-Gesellschaft.

zusammenhängend der Wahl von Kai-Uwe von Hassel im Oktober 1954 zum Ministerpräsidenten bereits kurz vor dem Betrachtungszeitraum ein wesentlicher Einschnitt der Landespolitik ergeben, der mit in die Betrachtung einbezogen wird.

Nicht beabsichtigt ist, eine Betrachtung der Gesundheitspolitik für die Zeit unmittelbar vor, nach oder während des NS-Regimes vorzunehmen. Diese Zeit hat ihre eigenen Besonderheiten, die nicht Gegenstand dieser Ausarbeitung sind.

Die obere Grenze des Betrachtungszeitraumes mit dem Jahr 2005 ist einerseits gewählt worden, weil die Ausarbeitung die Entwicklung der Gesundheitspolitik bis möglichst zur Gegenwart darstellen soll, um damit die Aktualität dieses Themas und die zunehmende Bedeutung im Kontext der einzelnen Politikfelder zu unterstreichen. Gerade vor dem Hintergrund des Anspruchs, neben der Analyse der Entwicklung der Gesundheitspolitik auch Empfehlungen für künftiges Handeln abgeben zu wollen, ist der Gegenwartsbezug von besonderer Bedeutung.

Andererseits ist es notwendig, für diese vornehmlich politisch-historische Betrachtung der Entwicklung der Gesundheitspolitik eine zeitliche Obergrenze des Betrachtungszeitraumes zu ziehen, um nicht von sich ständig verändernden Gegebenheiten der Gegenwart eingeholt und möglicherweise überholt zu werden.

Konkret auf die Politik in Schleswig-Holstein bezogen ist im Jahr 2005 mit der Wahl des Ministerpräsidenten Peter Harry Carstensen (27. April 2005) ein Einschnitt der Gesundheitspolitik zu verzeichnen, da zu diesem Zeitpunkt die mehr SPD-geführte Regierung von der Großen Koalition unter Führung der CDU abgelöst wurde.

4.3. Schnittstellen und Aufgabenkonflikte

Die Landespolitik besteht aus einer Vielzahl von Aufgabenbereichen und Einzelaufgaben, von denen trotz aller Bedeutungszunahme die Gesundheitspolitik nur *ein* Ressort ist. Das heißt, die Gesundheitspolitik muss sich in den Gesamtkontext „Landespolitik“ einfügen und steht infolgedessen neben anderen, oftmals ebenfalls be-

deutsamen, Politikfeldern. In der gegenwärtigen Landesregierung[4] sind die Bereiche Justiz, Arbeit und Europa, Bildung und Frauen, Inneres, Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume, Finanzen, Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr sowie Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren insgesamt sieben Ministerien zugeordnet. Weitere Aufgaben, wie z.B. Kultur, werden direkt von der Staatskanzlei wahrgenommen.

Hierbei kann es vorkommen, dass sich die Aufgaben der einzelnen Politikfelder ergänzen, oder aber auch divergent zueinander verhalten. Exemplarisch sind hier drei Politikbereiche genannt, zu denen besonders starke Divergenzen bestehen:

Die **Finanzpolitik** hat neben anderen Aufgaben dafür zu sorgen, dass die prognostizierten Ausgaben des Landes die prognostizierten Einnahmen nach Möglichkeit nicht überschreiten. Sofern eine Überschreitung nicht vermeidbar ist, so ist diese auf das absolut notwendige Maß zu begrenzen. Das Finanzministerium des Landes Schleswig-Holstein gliedert sich in fünf Hauptabteilungen und ist zuständig u.a. für Haushaltsrecht, Kredit- und Zinsmanagement, Erhebung von Steuern, Arbeits-und Tarifrecht, Besoldung, Beteiligungsverwaltung und Gebäudemanagement. Aufgabe des Finanzministeriums ist es somit unter anderem, jährlich – oder derzeit zweijährlich – einen verfassungsgemäßen Haushalt des Landes Schleswig-Holstein aufzustellen. Die Gesundheitspolitik als Teil der Sozialpolitik zielt dagegen auf die Verbesserung der Lebenslage von wirtschaftlichen und/oder sozial schwachen Personenmehrheiten und ist von ihrer Zielrichtung her immer Verteilungspolitik. Aus der Zusammenführung dieser beiden Ziele ergeben sich somit zwangsläufig Ziel- bzw. Aufgabenkonflikte. Die notwendigen Aufgaben der Gesundheitspolitik werden immer begrenzt durch das Bestreben der Finanzpolitik, den Ausgabenbereich möglichst gering zu halten. In der Haushaltspolitik stellt gerade der Ausgabenbereich ein Steuerungspotential dar, weil die Einnahmeseite nur marginal einer Steuerung durch die Landespolitik unterliegt.

Das Land Schleswig-Holstein trägt mit einer aktiven **Arbeitsmarktpolitik** dazu bei, Arbeitslosigkeit zu vermeiden und zu bekämpfen. Eines der Ziele dabei ist, möglichst viele Arbeitsplätze im Land zu schaffen und zu erhalten, damit ein möglichst großer

[4] Stand: Dezember 2008

Anteil der erwerbsfähigen Männer und Frauen im sogenannten ersten Arbeitsmarkt integriert bleibt und wird. Sollte das nicht vollumfänglich möglich sein, so steht das Land in der Verantwortung, über arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zusätzliche Anreize für Arbeitgeber zu schaffen, die Arbeitslosigkeit innerhalb des Landes Schleswig-Holstein zu verringern. Die besondere Verantwortung des Landes besteht hierbei darin, besonders benachteiligte Menschen, wie z. B. Langzeitarbeitslose und ältere Erwerbsfähige, (wieder) in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Dabei hat das Land darauf zu achten, dass Arbeitsplätze aus sozialen, aber auch aus ökologischen Gründen möglichst wohnortnah entstehen, d.h. dass Arbeitsplätze nicht nur in den Ballungsgebieten (Stichwort „Hamburger Speckgürtel“) vorgehalten werden, sondern auch in den räumlich benachteiligten Gebieten, wie z.B. in Nordfriesland und der gesamten Westküstenregion.

Innerhalb des Themenfeldes **Wirtschaftspolitik** ist das Land Schleswig-Holstein bestrebt, die Standortbedingungen für Industrie und Wirtschaft zu verbessern, mehr Wachstum und Beschäftigung zu erreichen. So wird versucht, den vordergründigen Standortnachteil innerhalb der Bundesrepublik Deutschland dadurch auszugleichen, dass der Schulterschluss mit der Wirtschaftsregion Hamburg gesucht wird und sich zudem Schleswig-Holstein im zunehmenden Maße als Teil, wenn nicht gar als Zentrum der Ostseeregion versteht. Hervorzuheben ist hier z. B. die wachsende Bedeutung des Ostseeraumes im Nachgang der EU-Osterweiterung und damit der Neuordnung der Wirtschafts-, Verkehrs- und Kommunikationsströme in Nordeuropa. Hamburg und Schleswig-Holstein haben hierzu eine breitgefächerte maritime Wirtschaft sowie hochentwickelte Branchen- und Technologieschwerpunkte, z.B. im Luftfahrt, Medien- und IT-Bereich[5]. Das heißt im Umkehrschluss, wo hochentwickelte Wirtschafts*schwer*punkte bestehen, fehlt die breitgefächerte Allgemeinwirtschaft. Damit hier nicht vor dem Hintergrund der Stärkung des Wachstums eine Fokussierung auf Industrievorhaben, Mittelstandsförderung sowie weiterer dem Gesundheitsmarkt ferner Branchen erfolgt, ist es notwendig, die Bereiche Gesundheit und Medizintechnik als Standbeine der Wirtschaftspolitik zu verstehen und beide Punkte in die Wirtschafts- und damit Europapolitik einzubinden.

[5] Gemäß Rede des ehemaligen Ministers für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein, Herrn Dietrich Austermann, anlässlich der Mitgliederversammlung des Industrieverbands Hamburg am 21.06.2005.

5. Gang der Untersuchung

Am Beginn der Untersuchung stand die Überlegung, wie die Ausarbeitung insgesamt dargestellt werden soll, d.h. auf welche Punkte mit welcher Betrachtungstiefe eingegangen werden soll. Als Ergebnis der Überlegungen stand fest, dass der Sachverhalt in sachgerechte Zeitabschnitte und Themenbereiche unterteilt werden sollte. Ferner war darzustellen, welche Einschnitte es innerhalb des Betrachtungszeitraumes in der Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein gegeben hat. Als nächster Schritt war erforderlich, die Themenbereiche hinsichtlich des Umfangs und der Tiefe der Darstellung zu konkretisieren, zu wichten und in eine Grobgliederung der Ausarbeitung zu überführen. Aus der Grobgliederung entwickelte sich durch immer neue Aspekte bzw. neue Sichtweisen auf bereits vorhandene Aspekte eine Feingliederung.

Innerhalb des nun folgenden Teiles, der politisch-historischen Betrachtung, war es erforderlich, eine umfassende und intensive Recherche von Literatur, vorangegangenen Ausarbeitungen, Protokollen und Gutachten folgen zu lassen. Wichtig war hierbei auch, die Sichtweise verschiedener am Gesundheitsmarkt beteiligter Akteure in die Betrachtung einzubeziehen.

Die Beschreibung und Erklärung der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins seit 1955 sollte abschließend durch das Aufzeigen verschiedener praxisbezogener Fallbeispiele verdeutlicht werden. Hierzu wurden aus der Fülle unterschiedlicher Sachverhalte drei Beispiele (Krankenhausplanung, Entwicklung der psychiatrischen Versorgung und Entwicklung der Universitätsmedizin) einer gesonderten Betrachtung unterzogen. Anhand dieser Beispiele wurde analysiert und aufgezeigt, vor welchem Hintergrund politische Entscheidungen getroffen wurden, wer an diesen Entscheidungen beteiligt war, wie der Ablauf der Umsetzung erfolgte und ob die Umsetzung bzw. Implementierung zu nachhaltigen Veränderungen, d.h. Verbesserungen im Sinne der Entscheidungsfindung, geführt hat.

6. Forschungsstand

Innerhalb des folgenden Kapitels wird darauf eingegangen, wie der gegenwärtige Stand der Forschung im Umfeld der Themenbereiche Politik, Gesundheit, Gesundheitspolitik, des Krankenhaussektor sowie Politik in Schleswig-Holstein ist. Im Folgenden werden dazu exemplarisch einige Arbeiten, in der Regel veröffentlichte Dissertationen, zu diesen Themen aufgeführt und kurz dargestellt. Die vorgestellten Arbeiten erheben aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern dienen lediglich dazu, einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zu vermitteln.

6.1. Gesundheit allgemein

Bereits im Jahr 2000 erschien die Dissertationsschrift von Dirk Müller[6]. Es wurde der Frage nachgegangen, welche neuen, politischen und praktischen Herausforderungen an die Gesundheitspolitik tatsächlich absehbar waren - und immer noch sind - und der präventiven, politischen Gestaltung bedürfen. Gesundheitliche Versorgung wurde hierin als ein Ergebnis vielfacher, politischer und gesellschaftlicher Interessenkämpfe verstanden. Es wurde beobachtet, wie die Individualisierung und der Wettbewerbsdruck zunahmen. Dadurch entstanden neue Gewinnmargen für verstärkt privatwirtschaftlich geprägte Versorgungskomponenten im Gesundheitswesen. Als Folge dieser Wandlungsprozesse wurde die potentiell weiter zunehmende Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben im beitragsfinanzierten Gesundheitswesen beschrieben. Der Autor kam zu dem Schluss, dass vor allem ein Umsetzungs-, nicht aber ein Wissensproblem bestand.

Helmut Ivansits und Agnes Streissler gingen in ihrer 1999 publizierten Dissertation zunächst der Frage nach, wieso sich die Ökonomie überhaupt mit dem Gesundheitswesen beschäftigt[7]. In einem zweiten Teil wurde die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich dargestellt und in einem dritten Teil wurden einzelne Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens etwas näher beleuchtet und es

[6] Müller, Dirk (2000): Soziokulturelle Wandlungsprozesse als Herausforderung an das Gesundheitswesen. Universität Bremen: Dissertation.
[7] Ivansits, Helmut/Streissler, Agnes (1999): Das Österreichische Gesundheitswesen. Wien: Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung der Arbeiterkammer (AK).

wurde versucht, Reformoptionen aufzuzeigen. Mehr Markt im Gesundheitswesen macht demnach nur dann Sinn, wenn damit Kosten gedämpft werden, ohne das Schutzniveau zu beeinträchtigen. Staatliche Regulierungen seien da notwendig, wo sich kein Markt bilden kann. Bezüglich der Entwicklung der Gesundheitsausgaben, wurde festgestellt, dass sich diese in der Zeit von 1985 bis 1997 mehr als verdoppelt haben, sich der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben dagegen an den gesamten Gesundheitsausgaben verringert hat. Als Reformoptionen wurden Verbesserungen der Kooperation der einzelnen Träger der Krankenhäuser (Spitäler), eine Einschränkung der regionalen Gestaltungspielräume der Länder sowie die Notwendigkeit zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich genannt.

Unter den Themenbereich „Gesundheit allgemein“ fällt auch die Ausarbeitung von Michael Mattern[8]. Hierin wurde ein Vergleich des US-amerikanischen mit dem deutschen Gesundheitssystem vorgenommen. Festgestellt wurde, dass das vergleichsweise engmaschige soziale Netz der Bundesrepublik Deutschland fast alle ökonomisch und damit auch sozial schwachen Personen auffing, während in den USA sehr viele Personen keine Ansprüche gegenüber dem Staat geltend machen konnten. Das wesentliche Merkmal des Sozialsicherungssystems der USA war die verhältnismäßig größere Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen, die sich in einem Netz nachbarschaftlicher Hilfe und karitativer Organisationen, die sich um das Wohlergehen der Menschen kümmern, ausdrückt. In der Bundesrepublik Deutschland dagegen bezog die staatliche Krankenversorgung alle Teile der Gruppe der sozial Schwachen mit ein.

6.2. Politik allgemein

In seiner 2007 veröffentlichten Dissertation stellte Holger Löbbert[9] dar, dass durch die demografischen Verschiebungen in unserer Gesellschaft die sozialen Sicherungssysteme in den kommenden Jahrzehnten einem starken Finanzierungsdruck

[8] Mattern, Michael (1997): Die Absicherung "Sozial Schwacher" im US-amerikanischen und deutschen Gesundheitssystem - Vergleich und kritische Bewertung. Münster: LIT.
[9] Löbbert, Holger (2007): Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die sozialen Sicherungssysteme. Hamburg: Kovac.

ausgesetzt würden, wodurch die heute Umlage finanzierten Sozialversicherungen in finanzielle Schieflage geraten würden. Mittels eines Simulationsmodelles wurde versucht, den Einfluss verschiedener Faktoren auf die finanzielle Entwicklung zu isolieren und abzuleiten.

Martin Schommer[10] stellte in seiner 2008 veröffentlichten Dissertation dar, wie sich die sozialstaatlichen Veränderungen seit den 1980er Jahren auf das Einkommen von Haushalten bestimmter Bevölkerungsgruppen im Vergleich von Deutschland und Großbritannien ausgewirkt haben. Ausgangspunkt für diese Arbeit war die Frage, ob die Sozialpolitik seit dieser Zeit als „Kürzung“ oder als „sozial ausgewogene Neuausrichtung“ des Sozialstaates an veränderte soziale und ökonomische Bedingungen interpretiert werden sollte.

Michael Klundt[11] befasste sich in seiner 2008 publizierten Untersuchung mit der Frage, wie sich die Debatten um Armut und Reichtum im Laufe der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland entwickelt haben und welche Charakteristiken sich feststellen lassen. Besonderes Augenmerk wurde in diesem Zusammenhang vor allem auf die Analyse von Armut hinsichtlich demografischer Probleme sowie deren Wirkung auf den politischen Willensbildungsprozess gelegt. Der Autor bezog sich auf den Bevölkerungsforscher Herwig Birg, wonach die demografische Lage abhängig wäre vom zahlenmäßigen Gleichgewicht zwischen zu versorgenden Kindern und alten Menschen einerseits und den diese Versorgungsleistungen erwirtschaftenden mittleren Altersgruppen andererseits[12].

Tobias Valpahl[13] setzte sich in seiner 2007 veröffentlichten Studie mit der Frage auseinander, welche Ordnungsprinzipien in der europäischen Sozialpolitik institutionalisiert sind, wie diese sich im Zeitverlauf verändert haben und mit welcher Form europäischer Politik in der Zukunft zu rechnen wäre. Die europäische Sozialpolitik stellte sich demnach als ein ausnehmend heterogenes, uneinheitliches Politikfeld dar, vor allem hinsichtlich der Gesetz gebenden und ausführenden Zuständigkeiten.

---

[10] Schommer, Martin (2008): Wohlfahrt im Wandel, Risiken, Verteilungskonflikte und sozialstaatliche Reformen in Deutschland und Großbritannien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (VS).
[11] Klundt, Michael (2008): Von der sozialen zur Generationsgerechtigkeit?. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
[12] Birg, Herwig (2. Aufl. 2004): Die Weltbevölkerung – Dynamik und Gefahren. München: Beck.
[13] Vahlpahl, Tobias (2007), Europäische Sozialpolitik. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Im Jahr 2002 wurde von Nico A. Siegel[14] ein Buch hinsichtlich der sozialpolitischen Entwicklung in 22 OECD-Staaten veröffentlicht. In der Analyse der letzten 25 Jahre wurde festgestellt, dass die vergleichende Forschung zur Konsolidierung und zum Rückbau der Sozialpolitik überwiegend noch in „den Kinderschuhen stecken“ würde, da die Wohlfahrtsstaatsforschung bis weit in die 80er Jahre des letzen Jahrhunderts hinein überwiegend im Zeichen der Expansion stand. Seit 1993, so wurde weiter festgestellt, waren die Sozialleistungsquoten in einer Reihe von OECD-Ländern rückläufig. Zwischen der Kosten- und der Leistungsbilanz staatlicher Sozialpolitik öffnete sich die Schere unter Umständen weit.

6.3. Gesundheitspolitik

Zu Beginn des Buches „Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor“ von Ansgar Gerhardus des Jahres 2001, stand die Feststellung, dass politische Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor bis zu Beginn der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts verhältnismäßig selten Objekt systematischer, politikwissenschaftlicher Forschung gewesen wären[15]. Als mögliche Begründung hierfür wurde aufgeführt, dass bis dahin politische Aspekte im Gesundheitssektor nur eine nachgeordnete Rolle gespielt hätten und das Ziel, ein möglichst hohes gesundheitliches Niveau für möglichst viele Beteiligte zu erreichen, kein ausreichendes Konfliktpotential in sich barg. Gegenstand der Untersuchung des Autors waren die Entscheidungsprozesse innerhalb der öffentlichen Politik. Es wurden verschiedene theoretische Ansätze beschrieben, anhand derer Vorhersagen über politische Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor ermöglicht werden sollten. Dabei wurde versucht, Ansätze der politischen Ökonomie auf den Gesundheitssektor zu übertragen.

Falko Brede verglich und analysierte in seiner Dissertationsschrift aus dem Jahr 2006 die Gesundheitspolitik und Politikberatung der Bundesrepublik Deutschland und Kanadas[16]. Im Mittelpunkt dieser Arbeit standen weniger die Gesundheitssysteme der

[14] Siegel, Nico A. (2002): Baustelle Sozialpolitik, Konsolidierung und Rückbau im internationalen Vergleich. Frankfurt a.M. [u.a.]: Campus-Verlag.
[15] Gerhardus, Ansgar (2001): Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor. Frankfurt a.M.: Lang.
[16] Brede, Falko (2006): Gesundheitspolitik und Politikberatung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Länder selbst, sondern vielmehr die z.B. für die Reformbemühungen eingesetzten Beratergremien. Konkret wurde ein Vergleich der kanadischen Romanow-Kommission sowie der deutschen Rürup-Kommission herausgearbeitet. Im Ergebnis kam der Autor zu dem Schluss, dass sowohl die Romanov- als auch die Rürup-Kommission die gesundheitspolitischen Debatten in Kanada bzw. Deutschland in erheblicher Weise prägen konnten.

Die Entwicklung der Gesundheitsreformpolitik sowie deren Reduzierung auf ökonomische Erfolgskriterien war Gegenstand der Dissertationsschrift von Petra Strodtholz aus dem Jahr 2003[17]. Es wurde zunächst unter Einbeziehung verschiedener Finanzierungsmöglichkeiten das Sozialversicherungsmodell insbesondere der Bundesrepublik Deutschland vorgestellt und über dessen Probleme berichtet sowie der Frage nachgegangen, welche Sachverhalte zu der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen geführt haben. Weiterhin wurde dargestellt, wie sich die politischen Entscheidungsprozesse über die Zeit hinweg verändert haben. Strodtholz kam zu dem Schluss, dass die Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungsformen nicht mit einem Rückzug des Staates aus der sozialpolitischen Verantwortung verbunden wäre, sondern dass im Gegenteil dazu die unmittelbare Staatstätigkeit im Gesundheitssektor ausgeweitet wurde. Weiterhin würden die Gesundheitsstrukturreformen den Krankenkassen und Behörden, den Kliniken, niedergelassenen Medizinern und Ärztenetzen größere Autonomie einräumen, diese jedoch zugleich mit dem ökonomischen Risiko der Leistungserbringung konfrontieren.

Im Mittelpunkt der im Jahr 2002 von Thomas Braun veröffentlichten Dissertation stand der Anspruch, einen wissenschaftlichen Diskussionsbeitrag zum bestehenden Informations- und Methodendefizit der Gesetzlichen Krankenkassen im deutschen Gesundheitswesen zu leisten[18]. Hintergrund war, dass den Gesetzlichen Krankenkassen zunehmend eine Schlüsselrolle innerhalb der Reformen der Gesundheitspolitik zugesprochen wurde.

Hanns Rüdiger Röttgers stellte in seiner Untersuchung aus dem Jahr 1999 die Reformbemühungen der Bundesrepublik Deutschland während der Zeit der CDU/CSU-

[17] Strodtholz, Petra (2005): Das Solidarsystem im Umbau. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.
[18] Braun, Thomas (2002): Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. St. Augustin: Asgard-Verlag.

FDP-Koalition, also des Zeitraums von 1982 bis 1998, dar[19]. Es wurde auf die Aufgaben- und Ausgabenentwicklung aller Bereiche der sozialen Sicherungssysteme und die Hinführung auf die Finanzierungskrise der GKV eingegangen. Im weiteren Verlauf der Arbeit wurde über Reformversuche, wie z.B. die Abkehr vom tagesgleichen Pflegesatz mit dem Ziel der Reduzierung der Behandlungsdauer sowie den notwendigen Bettenabbau, verbunden mit einer Steigerung der Auslastung der Krankenhäuser, berichtet.

6.4. Krankenhaussektor allgemein

Vor dem Hintergrund des Finanzierungsmodells des Universitätsklinikums Leipzig analysierte Carmen Pospil Möglichkeiten und Grenzen der Privatisierung von Universitätskliniken[20]. So stellte sie eingangs die Frage, warum bei Universitätskliniken bzw. in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf wettbewerbliche Marktfunktionen verzichtet werden sollte. Im Verlauf der Veröffentlichung traf Pospil die Aussage, dass es sich bei Gesundheits- und Bildungsleistungen ökonomisch betrachtet um marktfähige Güter und Dienstleistungen handele. Ein wettbewerblicher Ausnahmebereich aufgrund öffentlicher Guteigenschaften begründe sich demnach grundsätzlich nicht. Voraussetzungen hierfür wären jedoch marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen. Geeignete ordnungspolitische Rahmenbedingungen könnten dazu beitragen, die Risiken der gesundheitlichen Gefährdung der Bürger - aufgrund der Verwehrung der Marktteilnahme – zu reduzieren.

Von Elisabeth Maria Leonhardt wurde im Jahr 2005 eine Dissertation zum Thema Abgrenzung von klinischer Forschung, Lehre und Krankenversorgung veröffentlicht[21]. Ausgangspunkt waren die unterschiedlichen Aufgabenbereiche der Universitätsklinika, wie z.B. die Abdeckung eines Großteils der Maximalversorgung, aber auch der Grund- und Regelversorgung, die klinische Forschung sowie die Ausbildung von Studierenden der Medizin. Alle drei Funktionen wären auf gesamtwirtschaftlichem Niveau miteinander verbunden. Die Integration von Forschung und Lehre in den Be-

[19] Röttgers, Hanns Rüdiger (1999): Probleme der Gesundheitsreform. Aachen: Shaker.
[20] Pospil, Carmen (2003): Privatisierung von Universitätskliniken. Bayreuth: PCO-Verlag.
[21] Leonhardt, Elisabeth Maria (2005): Abgrenzung von klinischer Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Berlin: Wissenschafts-Verlag (BWV).

trieb eines Klinikums wäre dabei der Ausgangspunkt vieler Konflikte. Eine besondere Herausforderung bildeten die Abgrenzung der Kosten für sogenannte Kuppelproduktionen, d.h. Leistungen, die sowohl Krankenversorgung als auch Forschung und Lehre zuzuordnen wären. Allein mit den Ansätzen einer differenzierten Kostenrechnung wäre keine vollständige bzw. annähernd vollständige Trennung der Kosten zu erreichen.

In der im Jahr 2001 von Antje Steffen veröffentlichten Dissertation wurde das Spannungsfeld der Universitätskliniken zwischen den Bereichen Krankenversorgung und Forschung und Lehre beschrieben[22]. Universitätskrankenhäuser wurden darin als das „Herzstück“ des deutschen Gesundheitswesens bezeichnet, weil sie sowohl die größten, aber auch mit Abstand die teuersten Institutionen des Gesundheitswesens wären. Aufgrund der Kostenstruktur, der medizinischen Forschung sowie Aufsichts- und Kontrollmängeln in der Krankenversorgung wären Universitätskrankenhäuser immer wieder Gegenstand der Kritik gewesen. Angesprochen wurde auch hier das Problem der Kuppelproduktion. Hinsichtlich der Strukturen der Universitätsklinika wurde die Feststellung getroffen, dass das zentrale Managementproblem im Krankenhaus darin bestünde, eine Balance zwischen der dezentralen Autonomie der Fachabteilungen und der zentralen Steuerung durch die Leitungsorgane zu erzielen. So wurde anhand verschiedener Beispiele – auch für Schleswig-Holstein – festgestellt, dass trotz formaler Verselbständigung der Klinika der Einfluss der Länder nicht merklich zurückgegangen wäre.

6.5. Sonstiges

Neben den unter den vorherigen Unterpunkten aufgeführten Veröffentlichungen von Dissertationen wurde auch die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebene Reihe „Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945“ in die Betrachtung einbezogen[23]. Es handelt sich hierbei um ein in mehreren Bänden publi-

[22] Steffen, Antje (2001): Universitätskrankenhäuser im reformierten Gesundheitswesen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
[23] Geyer, Martin/Vincenti, Aurelio (2008, Bd. 6 [1974 – 1982]), Ritter, Gerhard Albert (2007, Bd. 11 [1989 – 1994]), , Ruck, Michael/Boldorf, Marcel (2007, Bd. 4 [1957 – 1966]), Schmidt, Manfred G./ Vincenti, Aurelio/Behringer, Angelika (2005, Bd.7 [1982 – 1989]). Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Baden-Baden: Nomos.

ziertes, umfangreiches Forschungsvorhaben, in dem die deutsche Sozialpolitik, nach Perioden gegliedert, aufgearbeitet wurde. Innerhalb des umfangreichen Themengebietes der Sozialpolitik wurden verschiedene Abschnitte der Entwicklung des Gesundheitswesens im jeweiligen Zeitraum gewidmet. Innerhalb des Abschnitts „Gesundheitswesen“ erfolgten wiederum mehrere Unterteilungen nach z. B Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit oder Krankenhauspolitik.

6.6. Zusammenfassung und Bewertung

Im Ergebnis der Betrachtung des gegenwärtigen Forschungsstandes ist festzustellen, dass die einzelnen Bausteine, aus denen sich das Thema dieser Ausarbeitung zusammensetzt, jeweils für sich genommen, allerdings in unterschiedlicher Weise und mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Ausrichtungen, im Rahmen von Dissertationen betrachtet worden sind. Das Thema in seiner Gesamtheit jedoch ist noch nicht Gegenstand einer Dissertation gewesen.

Die in den vorstehenden Abschnitten aufgeführten Arbeiten sind sehr unterschiedlich und erfordern daher eine ebenso differenzierte Bewertung. Hervorgehoben sei an dieser Stelle das Buch „Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor“ von Ansgar Gerhardus aus dem Jahr 2001, in welchem zwar in relativ komprimierter Form, dennoch aber recht klar, die politischen Entscheidungsprozesse erläutert wurden und zudem eine Vorhersage des Handelns der einzelnen am Entscheidungsprozess beteiligten Akteure versucht wurde[24].

Auffällig bei der Recherche der Literatur war zudem, dass zwar das Thema „Politik“ sehr häufig betrachtet wurde, dass hierbei allerdings zumeist Wirtschaftspolitik, Arbeitsmarktpolitik oder auch betriebswirtschaftliche Themen im Vordergrund standen. Der Teilbereich Gesundheitspolitik war bisher deutlich weniger im Focus der Untersuchungen und je weiter das Thema rationalisiert wird, desto geringer ist die Untersuchungsdichte. Gleiches gilt für den Themenbereich Krankenhaus.

[24] Gerhardus, Ansgar (2001): Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor. Frankfurt a.M.: Lang.

7. Methodiken der politischen Entscheidungsfindung

Für Sozialwissenschaftler stehen die Methoden der empirischen Erkenntnisgewinnung im Vordergrund, also diejenigen Methoden, die gewährleisten, dass die Konstruktionen der Sozialwissenschaftler einen Bezug zur sozialen Wirklichkeit der realen Welt aufweisen. Unterschieden werden dabei in der Regel Methoden der Datenerhebung und Methoden zur Datenanalyse.

An verschiedenen Stellen wird in der Literatur der Versuch unternommen, mittels der Übertragung ökonomischer Konzepte auf das Politikfeld Erklärungen des Handelns zu unternehmen. Solche ökonomischen Konzepte gibt es z.B. von Karl Marx, Adam Smith und John Keynes. Alle diese Konzepte lassen gemäß Gerhardus aber nur begrenzt Vorhersagen über das Handeln der Akteure zu, weil das Handeln der Akteure nicht linear bestimmbar wäre. Würde in der Ökonomie unterstellt, dass das Ziel z.B. die Gewinnmaximierung ist, so würden sich diesem Ziel die Einzel-Entscheidungen unterordnen und wären damit zumindest annähernd vorhersehbar. Anders verhalte es sich jedoch bei Akteuren im sozialpolitischen Umfeld. Ein wesentlicher Punkt der Unsicherheit wäre hierbei das Ziel des Handelns der Akteure, welches oftmals nicht deutlich erkennbar wäre.

Nach Gerhardus gibt es bisher keine einheitlichen Kriterien zur Einteilung von Entscheidungsprozessen[25]. Von Max Weber wurden in seinem Werk „Wirtschaft und Gesellschaft“ als Kriterium für die Klassifikation von Entscheidungsgrundlagen vier verschiedene Handlungsmotive herangezogen, nach denen die treibende Kraft sozialen Handelns auf Individualebene zu interpretieren wäre: Zweckrationales Handeln, wertrationales Handeln, affektuales Handeln und traditionales Handeln[26]. In diesem Zusammenhang ist auch das sogenannte Mehrstrommodel von John W. Kingdon zu nennen, welches sich gemäß Gerhardus ebenfalls gegen ein rationales, gleichförmiges Modell des Verlaufs von Entscheidungsfindungen wendet[27]. Kingdon schlägt gemäß Gerhardus stattdessen ein Modell vor, in dem drei Prozessströme

[25] Gerhardus, Ansgar (2001): Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor, S. 22. Frankfurt a.M.: Lang.
[26] Weber, Max (1972): Wirtschaft und Gesellschaft, Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr.
[27] Vgl. hierzu auch Nagel, Andreas (2009): Politische Entrepreneure als Reformmotor im Gesundheitswesen?, S. 83 ff.. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

weitgehend unabhängig voneinander existieren. In dem ersten Strom bewegen sich die Probleme, in dem zweiten mögliche Lösungen und in dem dritten Strom fließt der allgemeinpolitische Kontext[28]. Darüber hinaus kann der sogenannte Stakeholder-Ansatz als operatives Modell zur Analyse von Entscheidungsprozessen im Gesundheitssektor betrachtet werden[29].

[28] Gerhardus, Ansgar (2001): Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor, S. 48, nach John W. Kingdon, 1995, S. 19 ff . Frankfurt a.M.: Lang.
[29] Gerhardus, Ansgar (2001): Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor, S. 54. Frankfurt a.M.: Lang.

B. HAUPTTEIL

I. Definitionen / Aufgaben / Akteure

1. Begriffsdefinitionen

1.1. Politik

Der Begriff „Politik“ ist griechischen Ursprungs und bedeutet in der Grundform „Polis“ so viel wie *Stadt* oder *Gemeinschaft*. Eine Verwandtschaft besteht zudem zu den Worten Akropolis (= höchste Stadt), Metropolis (= Mutterstadt) oder Kosmopolis (= Weltstadt). Auch die Theorie der Politik hat ihren Ursprung im antiken Griechenland. Neben dem Begriff „Politik“ sind weitere Grundbegriffe, wie die Bezeichnungen der klassischen Staatsformen (Monarchie, Aristokratie, Demokratie) und ihrer Entartungsformen (Tyrannis, Oligarchie, Ochlokratie) ebenfalls griechischen Ursprungs. Die Anfänge der politischen Theorie in Europa fallen in das 5. Jahrhundert vor Christus. Zu dieser Zeit gab es die Reiche Athen und Sparta, die sehr gegensätzlich waren, dazu Kriege mit dem Perserreich. Die Geschichte der Politik und damit ihrer Theorien ist untrennbar verbunden auch mit der Geschichte der Kriege, dem Auf- und Abstieg von Weltmächten[30]. Politik gehört damit zu den Grundbedingungen des gesellschaftlichen Zusammenlebens von Menschen. Sie ist eine Reaktion auf die fortwährend gestellte Frage nach der besten Grundordnung des Gemeinwesens und versucht, das Gemeinwesen auf eine nachvollziehbare und überprüfbare Grundlage zu stellen[31]. Die soziale und politische Welt entsteht in den Köpfen und sie artikuliert sich im Handeln[32]. An anderer Stelle wird Politik wie folgt definiert:

Politik ist das auf die Durchsetzung bestimmter Ziele, besonders im staatlichen Bereich und auf die Gestaltung des öffentlichen Lebens gerichtete Handeln, von Regierungen, Parlamenten, Parteien, Organisationen u. ä.[33].

---

[30] Möbus, Gerhard (1958): Die politischen Theorien von den Anfängen bis zu Machiavelli. Köln: Westdt. Verlag.
[31] Meyer, Thomas (2003): Was ist Politik?. Opladen: Leske + Budrich.
[32] Hartmann, Jürgen (2003): Geschichte der Politikwissenschaft, *2003* Opladen: Leske + Budrich.
[33] Drosdowski, Günther (1982): Der Duden, Bd. 5, Das Fremdwörterbuch. Mannheim [u.a]: Bibliographisches Institut.

Politik ist die Summe der Mittel, die nötig sind, um zur Macht zu kommen und sich an der Macht zu halten und um von der Macht den nützlichen Gebrauch zu machen. Politik ist also der durch die Umstände gebotene und von den Vermögen des Herrschers und des Volkes sowie von der spezifischen Art der Zeitumstände abhängige Umgang mit der Macht[34].

Politik ist gesellschaftliches Handeln, welches darauf gerichtet ist, gesellschaftliche Konflikte über Werte verbindlich zu regeln[35].

Aus diesen Definitionen wird deutlich, dass es keine einheitliche Definition von Politik gibt. Der Grund hierfür ist, dass unterschiedliche Autoren jeweils unterschiedliche Aspekte in den Vordergrund ihrer Begriffsbestimmung stellen und unterschiedliche Blickwinkel für die Definition bzw. Beschreibung wählen. Daher wurde in der jüngeren Politikwissenschaft dazu übergegangen, anstatt der Beschreibung des Begriffs an sich, Beschreibungen politischer Phänomene zu liefern. Unterschieden werden nach Böhret/Jann/Kronenwett[36] dabei folgende drei Dimensionen:

- die *Formen*, in denen Politik gemacht wird,
- die *Inhalte*, die durch Politik hervorgebracht werden sowie
- die *Prozesse*, die zwischen den beteiligten Individuen, Organisationen und Gruppen ablaufen.

Die *Formen*, in denen Politik gestaltet wird, ergeben sich für die Bundesrepublik Deutschland aus der Verfassung, d.h. dem Grundgesetz. Hierin ist grundsätzlich festgelegt, welche Institutionen mit der Gestaltung des öffentlichen Lebens beauftragt werden (z. B. Art. 38 ff. GG, Bundestag).

Die *Inhalte*, die durch Politik hervorgebracht werden, basieren auf den in der Gesellschaft bestehenden allgemeinen Wertevorstellungen. Die allgemeinen Wertevorstellungen ergeben sich - zumindest für die Bundesrepublik Deutschland - überwiegend

[34] Möbus, Gerhard (1958): Die politischen Theorien von den Anfängen bis zu Machiavelli, nach Niccolò Machiavelli (1469 – 1527), italienischer Politiker und Philosoph. Köln: Westdt. Verlag.
[35] Böhret, Carl/Jann, Werner/Kronenwett, Eva (1987): Innenpolitik und politische Theorie, nach Gerhard Lehmbruch, 1968. Opladen: Westdt. Verlag.
[36] Böhret, Carl/Jann, Werner/Kronenwett, Eva (1987): Innenpolitik und politische Theorie. Opladen: Westdt. Verlag.

durch die sogenannte abendländische Tradition, das heißt, den christlichen Glauben. Somit orientieren sich die Inhalte von Politik bei allen Sachzwängen und allen Interessen- und Zielkonflikten immer an der auf den allgemeinen Wertevorstellungen basierenden Verfassung des Staates.

Innerhalb der Gesellschaft sowie innerhalb des gesteckten Rahmens der Verfassung gibt es jedoch diverse unterschiedliche gesellschaftliche Interessen, Meinungen und Auffassungen darüber, *welche* Ziele bzw. *wie* diese Ziele erreicht werden sollen. Die Interessen, Meinungen und Auffassungen werden oftmals gebündelt und von Organisationen und Gruppen vorgetragen. Das Austragen dieser Zielkonflikte wird mit (Willensbildungs-)*Prozessen* bezeichnet.

Bemerkenswert ist zudem, dass es im englischen Sprachraum eine Unterteilung des Begriffs „Politik“ in drei Unterbegriffe gibt, die wiederum den drei oben genannten Unterteilungen entsprechen. Der Begriff *polity* bezeichnet die Form der Politik, der Begriff *policy* steht für den Inhalt der Politik und der Begriff *politics* bezeichnet den Prozess[37].

In dem Buch „Methodik der Politikwissenschaft“ nehmen Alemann/Forndran eine weitere Unterteilung unterschiedlicher Definitionen des Politikbegriffs vor[38]. Danach unterteilen sich die Definitionen in *governmentale*, *normative* und *konfliktorientierte* Gruppen. Zu den *governmentalen* Politikbegriffen zählen demnach die Definitionen, welche die zentralen Konzepte Staat, Führung und Macht in den Vordergrund stellen. Hier wird davon ausgegangen, dass Politik die Ausübung von Macht, Herrschaft und Führung bedingt. Die Definitionen, die zu dem *normativen* Politikbegriff zählen, lassen sich durch die Begriffe „rechte Ordnung“, Frieden, Freiheit und Demokratie erkennen. Der dritte Bereich, die konfliktorientierten Politikbegriffe, können sich dagegen inhaltlich beträchtlich unterscheiden.

[37] Scharpf, Fritz W. (1971): Planung als politischer Prozess. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
[38] Alemann, Ulrich von/Forndran, Erhard (5. Aufl. 1995): Methodik der Politikwissenschaft. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.

1.2. Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in ihrer Satzung des Jahres 1946 den Begriff „Gesundheit“: wie folgt:

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen[39].

Weiter heißt es in der Satzung der WHO:

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens (…). Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundbedingung für den Weltfrieden und die Sicherheit (…). Ungleichheit zwischen den verschiedenen Ländern in der Verbesserung der Gesundheit (…) bildet eine Gefahr für alle. Die gesunde Entwicklung des Kindes ist von grundlegender Bedeutung (…).

Hellmann[40] definiert Gesundheit als „*allgemeinen Zustand körperlichen und psychischen (normalen) Wohlbefindens, jedoch nicht bestimmbar allein nach naturwissenschaftlich-medizinischen Maßstäben*“. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird unter Gesundheit jener Zustand verstanden, der dem Einzelnen die Ausübung seiner körperlichen und geistigen Funktionen ermöglicht[41].

An anderer Stelle in der Literatur erfolgt eine Unterteilung des Begriffs „Gesundheit“ in drei Begriffsbereiche bzw. Ebenen[42]: Auf der ersten Ebene, bezeichnet als „Gesundheit im weiteren Sinne“ wird wiederum auf die oben genannte Definition der WHO verwiesen. Auf der zweiten Ebene, bezeichnet als „Gesundheit im engeren Sinne“, kann diese demnach verstanden werden als das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen bzw. Veränderungen. Auf der dritten Ebene, dem sozialversicherungsrechtlichen Sinn, bedingt Gesundheit die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit.

---

[39] Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (Stand: 22.04.2012)
[40] Hillmann, Karl-Heinz (2007): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Kröner.
[41] Tilch, Horst (1992): Deutsches Rechtslexikon, Band 2. München: Beck.
[42] Gruyter, Walter, de (259. Aufl. 2002): Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. Berlin: de Gruyter.

Nach Carigiet/Mäder/Bonvin[43], lassen sich folgende sieben Aspekte positiver Gesundheit aufzählen:

1. Wahrgenommenes körperliches und psychisches Wohlbefinden oder Gleichgewicht
2. Soziologisches Wohlbefinden, Arbeitsfähigkeit und soziale Integration
3. Körperliche und geistige Funktions- und Leistungsfähigkeit („Fitness“)
4. Fertigkeit zur erfolgreichen Auseinandersetzung mit der physischen und sozialen Umwelt
5. Potential zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit
6. Fähigkeit zur vollen Entfaltung körperlicher, geistiger und sozialer Potentiale
7. Spirituelle Gesundheit, welche die Fähigkeit bezeichnet, mit der Sinnfrage des Lebens umzugehen.

Gemäß Schober/Honecker/Dahlhaus[44] war und ist das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zudem im Laufe der Zeit einem ständigen Wechsel unterworfen. Es sei aber auch innerhalb der Epochen, Kulturen und entsprechend der Position des Betroffenen verschieden. So hätte z.B. jemand, der den Heilberufen zugehört, ein anderes Verständnis von Gesundheit als ein von Krankheit Betroffener. Es sei eine Besonderheit unserer Zeit, dass um ein neues Verständnis von Gesundheit gerungen wird. Die gängige Auffassung, wonach Krankheit primär eine rein biologisch-technische Störung sei, würde von vielen Seiten hinterfragt.

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland[45] erfolgt dagegen keine dezidierte Definition des Begriffs „Gesundheit“, jedoch ist in den einzelnen Artikeln des Grundgesetzes ausgedrückt, welche Ausprägung die Politik der Bundesrepublik hinsichtlich der Gesundheit hat. Als Beispiele hierfür gelten folgende Artikel:

Artikel 1: Die Würde des Menschen ist unantastbar (…).
Artikel 2: Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (…)

[43] Carigiet, Erwin/Mäder, Ueli/Bonvin, Jean-Michel (2003): Wörterbuch der Sozialpolitik. Zürich: Rotpunktverlag, unter Bezugnahme auf Noack, Horst /Weiss, Walter (1993): Gesundheitliches Wohlbefinden, S. 87-99. Zürich: Seismo.
[44] Schober, Theodor/Honecker, Martin/Dahlhaus, Horst (1980): Evangelisches Soziallexikon. Stuttgart [u.a.]: Kreuz-Verlag.
[45] Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 URL: < http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf> (Stand: 22.04.2012)

Artikel 6: Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung (…).Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.

Seitens des Bundesgesundheitsministeriums existiert ebenfalls keine einheitliche Definition des Begriffs „Gesundheit“. Es wird von dort auf die oben angeführte Definition der WHO verwiesen[46]

1.3. Öffentliche Hand

„Öffentlichkeit“ bezeichnet den grundsätzlich für jeden zugänglichen Bereich des gesellschaftlichen und politischen Lebens. Die Öffentlichkeit als Akteur ist dabei das Ergebnis eines langen, historischen Prozesses, in dem Politik zunehmend der öffentlichen Kontrolle unterworfen wurde[47]. So ist die Öffentlichkeit keine institutionalisierte Dauergröße, sondern unterliegt dem historischen Wandel, etwa von der Öffentlichkeit der Antike, über die bürgerliche Öffentlichkeit des Zeitalters der Aufklärung bis hin zur virtuellen Öffentlichkeit des modernen Medienzeitalters. Sie lässt sich zudem gemäß Habermas[48] in verschiedene „Teil-Öffentlichkeiten“, wie z.B. repräsentative Öffentlichkeit oder inszenierte Öffentlichkeit (Kampagnen, Demonstrationen), unterteilen.

Bis zum Ende des Mittelalters erfolgte gemäß Benz[49] die repräsentative Öffentlichkeit durch die Kirche bzw. durch Aristokratie oder Grundherren. Trotz finanzieller Macht erhielten Privatleute (z.B. Händler) jedoch zunächst keinen Zugang zu öffentlicher Gewalt. Mit der Reformation sowie später der französischen Revolution erfolgte allmählich ein Wandel der Öffentlichkeit. So wurden zunehmend Zeitungen und Bücher publiziert – allerdings oftmals zensiert. Es erfolgte eine Parlamentarisierung in Europa, die Entscheidungen der Parlamente wurden öffentlich und durch die öffentliche

[46] Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums an Köhler, Martin, AZ: 317-96-Köhler/09, vom 23.04.2009
[47] Sommer, Gerlinde/Westphalen, Rahan Graf von (1999): Das Staatsbürgerlexikon. München: Oldenbourg.
[48] Habermas, Jürgen (1962, Nachdruck 1990): Strukturwandel der Öffentlichkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
[49] Benz, Arthur (2001): Der moderne Staat – Grundlagen der politologischen Analyse, S. 29/30. München: Oldenbourg.

Meinung beeinflusst. Im Zuge der weiteren Entwicklung erfolgte eine Ausdehnung der Staatsaufgaben. Der Staat wurde verantwortlich u.a. für die Daseinsvorsorge, so dass ein umfassendes System staatlicher Sozialleistungen entstand.

Der Begriff „Hand“ ist dagegen lediglich ein Synonym, welches die Begrifflichkeit verdeutlichen soll. Eine Hand ist in der Regel in der Lage, zu greifen, sowie sonstige Tätigkeiten auszurichten. Sie ist sozusagen ein „Spezialwerkzeug“ zum Gestalten und Bauen. Eine Hand kann schützend über die Schutzbefohlenen gehalten werden, sie kann aber auch, wenn erforderlich, zur Faust geballt werden.

Die „*Öffentliche Hand“* ist ein Sammelbegriff für Gebietskörperschaften. Hierzu zählt neben dem Finanzwesen - der Haushaltswirtschaft bzw. Steuererhebung - auch die wirtschaftliche Betätigung. Die wirtschaftliche Betätigung des Staates erfolgt gemäß Eichhorn[50] durch Inhaberschaft und Beteiligung an Unternehmen sowie durch Einwirken des Staates auf die Wirtschaft durch Ausübung staatlichen Zwanges oder der Gewährung staatlicher Hilfen mit dem Ziel der Regulierung des Marktes. Gemäß Duden bezeichnet die *Öffentliche Hand* den gesamten öffentlichen Sektor, also die Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), Sozialversicherungen und andere Körperschaften des öffentlichen Rechts[51].

2. Aufgaben der Gesundheitspolitik

2.1. Überblick

Nach Frerich[52] ist Sozialpolitik die Gesamtheit aller staatlichen und außerstaatlichen Maßnahmen und Bestrebungen zur Verbesserung der Lebenslage von wirtschaftlich und/oder sozial schwachen Personenmehrheiten. Von ihrer Zielrichtung her wäre Sozialpolitik damit immer Verteilungspolitik. Gemäß Frerich sind zwei Bereiche der Sozialpolitik zu unterscheiden: Der Bereich der Regelung der Arbeitsentgelte und Arbeitsbedingungen sowie das Sozialleistungssystem mit seinen Sozialausgaben

[50] Eichhorn, Peter (1985): Verwaltungslexikon. Baden-Baden: Nomos.
[51] Pollert, Achim (2010): Duden Wirtschaft von A bis Z. Mannheim [u.a.] : Dudenverlag.
[52] Frerich, Johannes (1987): Sozialpolitik – Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland. München [u.a.]: Oldenbourg.

und Sozialeinnahmen. Die Gesundheitspolitik ist dabei dem zweiten Bereich zuzuordnen.

Die Gesundheitspolitik ist ein Teil der Sozialpolitik. Erst im Jahr 1961, zu Beginn der vierten Legislaturperiode der Bundesrepublik Deutschland, ist als Ausdruck der allmählich steigenden gesellschaftlichen Bedeutung einer von der Sozialversicherung unabhängigen Gesundheitspolitik ein eigenständiges Bundesgesundheitsministerium geschaffen worden[53]. Aus diesem Grund ist die Entwicklung der Gesundheitspolitik - zumindest bis zu diesem Zeitpunkt - untrennbar verbunden mit der Entwicklung der übrigen Sozialpolitik.

Die konkreten Aufgaben der Gesundheitspolitik, entnommen aus den aktuellen Websites des Bundesgesundheitsministeriums[54] sowie der Gesundheitsministerien der Länder[55] sind sehr vielfältig und mehrdimensional. Sie lassen sich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten in verschiedene, übergeordnete Aufgabengruppen unterteilen. Die Zuordnung zu Aufgabengruppen variiert jedoch je nach Ministerium bzw. Organisationseinheit geringfügig. Für die weitere Betrachtung, dargestellt in den folgenden Kapiteln, ist folgende Unterteilung gewählt worden:

a) Familie / Pflege / Alter
b) Prävention / Vorsorge / Sucht
c) Finanzierung / Politik sowie
d) Sonstiges

Zusammen mit den Mitgliedstaaten arbeitet auch die Europäische Union daran, die Gesundheit der europäischen Bürger zu schützen und zu fördern. Für die EU-Kommission bildet die Gesundheit eine Hauptpriorität. Von dort wurde ein Ansatz für die europäische Gesundheitspolitik entwickelt, wonach ein hohes Gesundheitsschutzniveau bei der Festlegung aller Gemeinschaftspolitiken sichergestellt werden

[53] Geyer, Martin/ Vincenti, Aurelio (2008): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 6, S. 519. Baden-Baden: Nomos.
[54] Website Bundesgesundheitsministerium, URL: < http://www.bmg.bund.de/> (Stand: 22.04.2012)
[55] Websites Gesundheitsministerien ausgewählter Länder, URL: < http://www.schleswigholstein.de /MASG/DE/Gesundheit/Gesundheit_node.html>, http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live. php?navigation_id=4983&article_id=13437&_psmand=17, <http://www.sozialministerium-bw.de/de/Gesundheit/82182.html>, <http://www.stmug.bayern.de/ge sundheit/index.htm> (Stand 22.04.2012).

sollte. Die Arbeit der Kommission ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Dieses Ziel wird u.a. mit der Einführung des Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit verfolgt, welches im Jahr 2003 anlief[56]. Wichtigste Einzelmaßnahmen hieraus sind die Verbesserung von Informationen und Kenntnissen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitssysteme, die Förderung der Fähigkeit, rasch und koordiniert auf Gesundheitsgefahren zu reagieren sowie die Berücksichtigung von Gesundheitsfaktoren.

2.2. Historische Entwicklung der Sozial- bzw. Gesundheitspolitik

Nach Frerich[57] wurde der Begriff „Sozialpolitik“ erstmalig im Jahre 1854 in die gesellschaftspolitische Diskussion eingeführt, zu einem Zeitpunkt, als die neuere staatliche Sozialpolitik bereits anderthalb Jahrzehnte alt war (Preußisches Regulativ 1839). Noch um die vorletzte Jahrhundertwende (zum 20. Jh.) stand demnach für die gesamte deutsche Nationalökonomie die soziale Frage im Mittelpunkt des Interesses.
Während der ersten Industriealisierungsphase ließ sich gemäß Frerich eine Konzentration der sozialpolitischen Aktivität des Staates auf Maßnahmen des Arbeitnehmerschutzes feststellen. Ein wesentlicher Anstoß zur Verbesserung des o.g. Preußischen Regulativs von 1839 lag gemäß Lampert/Althammer[58] im Rückgang der Wehrtauglichkeit der aufgrund der Fabrikarbeit gesundheitsgeschädigten Jugendlichen.

Die drei - in abgewandelter Form auch heute noch bestehenden - Säulen der Sozialgesetzgebung wurden unter Reichskanzler von Bismarck in den Jahren 1883 bis 1889 eingeführt[59]. So wurde das Krankenversicherungsgesetz am 15.06.1883 erlassen, wonach die beschäftigten Personen in Industrie, Handwerk etc. bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze einer Versicherungspflicht unterlagen. Die Leistungen

[56] Aktionsprogramm gemäß Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.09.2002 in Verbindung mit Beschluss Nr. 1350/2007/EG vom 23.10.2007. URL: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:DE:PDF> (Stand: 22.04.2012)
[57] Frerich, Johannes (1987): Sozialpolitik – Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland. München [u.a.]: Oldenbourg.
[58] Lampert, Heinz/Althammer, Jörg (8. Aufl. 2007): Lehrbuch der Sozialpolitik. Berlin [u.a.] : Springer.
[59] Bundesministerium für Arbeit und Soziales, URL: <https://www.in-die-zukunft-gedacht.de/de/page/68/epoche/129/epochen.html> (Stand: 22.04.2012).

betrugen ab dem dritten Tag der Erkrankung allerdings maximal 50% des beitragspflichtigen Lohnes für einen gewissen Zeitraum. Die Einbeziehung Familienangehöriger war nicht obligatorisch. Das Unfallversicherungsgesetz vom 06.07.1884 war im Wesentlichen zunächst auf Industriebetriebe beschränkt und führte ebenfalls eine Versicherungspflicht ein. Für die Unfallversicherung waren – wie auch heute noch – ausschließlich die Arbeitgeber beitragspflichtig. Als letzte dieser drei Säulen wurde am 22.07.1889 das Gesetz zur Invaliditäts- und Alterssicherung beschlossen. Hierdurch wurden alle Arbeiter vom 16. Lebensjahr an beitragspflichtig. Die Mittel der Versicherung wurden durch einen Reichszuschuss und durch gleich hohe Beiträge der Arbeitgeber und der Versicherten aufgebracht. Die Leistungen dieser Versicherung waren zwar ein Fortschritt zur damaligen Zeit, reichten aber gemäß Lampert/Althammer in vielen Fällen zur Existenzsicherung nicht aus. Bis zum Jahrhundertwechsel und zu Beginn des 20. Jahrhunderts sind verschiedene weitere Gesetze mit dem Ziel des Arbeitsschutzes, insbesondere für Kinder und Frauen, in Kraft getreten.

Die eingangs beschriebene Sozialpolitik wurde allerdings durch den ersten Weltkrieg beendet. Fortan stand die Sicherung der kriegswichtigen Produktion im Vordergrund. Mit Ende des Ersten Weltkriegs und Beginn der Weimarer Republik wurde wiederum eine Ära sozialstaatlicher und demokratischer Sozialpolitik eingeläutet. Die Weimarer Reichsverfassung enthielt eine aus vielen Einzelnormen bestehende soziale Programmatik[60]. Die Weltwirtschaftskrise der Jahre 1929 - 1933 brachte die Einrichtungen der sozialen Sicherung jedoch wiederum in eine schwer zu bewältigende Krise.

In den 30er Jahren war es gemäß Frerich[61] dann F. Lütge[62], der der alleinigen Berücksichtigung der *staatlichen* Sozialpolitik eine konsequente Absage erteilte, indem er Sozialpolitik als die „Gesamtheit der Maßnahmen, deren Sinn und Aufgabe es ist, unter systemgerechter Befolgung eines einheitlichen Grundgedankens die sozialen Beziehungen der gesellschaftlichen Gruppen untereinander (…) zu regeln“ verstand.

---

[60] z.B. Artikel 7 Nr. 8 der Weimarer Verfassung, veröffentlicht im Reichsgesetzblatt, Nr. 152/1919, S. 251 ff. vom 14.08.1919. URL: <http://www.lwl.org/westfaelische-geschichte/que/normal/que843.pdf> (Stand: 22.04.2012).

[61] Frerich, Johannes (1987): Sozialpolitik – Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, S. 492. München [u.a.]: Oldenbourg.

[62] Lütge, Friedrich (1901 – 1968), Wirtschaftshistoriker. URL: <http://www.deutsche-biographie.de/sfz54986.html> (Stand: 22.04.2012).

Damit deutete sich die Entwicklung der Sozialpolitik in Richtung auf eine allgemeine Gesellschaftspolitik an.

Nach dem sogenannten „Dritten Reich“, dem Ende des Zweiten Weltkrieges und den ersten Nachkriegsjahren räumte die erste deutsche Bundesregierung dem Wiederaufbau der Wirtschaft Priorität ein, jedoch ebenfalls ohne mit der Verabschiedung sozialpolitischer Gesetze zu zögern, zunächst noch auf Basis der Gesetzgebung der Weimarer Republik. Die rasche Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und des allgemeinen Versorgungsniveaus, verbunden mit einer Vollbeschäftigungspolitik, bildete die Grundlage für die weitere für die Bürger positive Sozialgesetzgebung.

Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist im Gegensatz zur Weimarer Verfassung allein die sozialstaatliche Zentralnorm (Art. 20 und 28 GG) anstelle von Einzelnormen verankert. Somit wird dem Rechnung getragen, dass die Sozialpolitik einem Prinzip permanenter Veränderung unterliegt und das Sozialstaatspostulat des Grundgesetzes für solche Änderungen grundsätzlich offen sein muss.

In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts sind weitere Sozialgesetze, wie z.B. das Lastenausgleichsgesetz (1952), Betriebsverfassungsgesetz (1952), Wohnungsbaugesetz (1950), Mutterschutzgesetz (1952) oder das Schwerbeschädigtengesetz (1953) erlassen worden und in Kraft getreten.

Im Jahr 1961 wurde aufgrund der zunehmenden gesellschaftlichen Bedeutung ein eigenständiges Bundesgesundheitsministerium geschaffen[63]. Allerdings war zu diesem Zeitpunkt die Bundeskompetenz in zahlreichen gesundheitsbezogenen Aufgabenbereichen noch stark eingeschränkt, so dass in diesen Teilgebieten die Planung und Durchführung eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzeptes behindert wurde und nur eingeschränkt möglich war. Besonders ungünstige Auswirkungen zeigten sich dabei im stationären Sektor[64].

[63] Für den weiteren Verlauf der Darstellung der Entwicklung der Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland wurde als wesentliche Quelle die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales herausgegebene und vom Nomos-Verlag, Baden-Baden, verlegte Reihe „Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945“ herangezogen.
[64] Geyer, Martin /Vincenti, Aurelio (2008): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 6. Baden-Baden: Nomos.

So litt das Krankenhauswesen seit Ende des Zweiten Weltkriegs nahezu kontinuierlich an Finanzierungsschwierigkeiten aufgrund nicht kostendeckender Pflegesätze, in deren Folge technische oder personelle Modernisierungs- und Rationalisierungsmaßnahmen kaum noch durchgeführt werden konnten. Das Ergebnis dieser Entwicklung war eine zunehmende Überalterung bundesdeutscher Krankenhäuser in den 1960er Jahren. Erst mit entsprechender Änderung des Grundgesetzes ging im Jahr 1969 die Zuständigkeit auch für die wirtschaftliche Situation der Krankhäuser auf den Bund über.

Trotz der Übertragung der Zuständigkeit auf den Bund stellten gemäß Schmidt[65] aber gerade die spezifischen krankenhausbezogenen Interessen der Länder weiterhin einen maßgeblichen Einflussfaktor für die Entwicklung im stationären Sektor dar. Daneben spielten auch die Interessen und Einflussnahme der betroffenen Verbände auf die weitere Gestaltung der Gesundheitspolitik eine erhebliche Rolle.

Im Jahr 1972 wurde dann mittels des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) für den stationären Bereich das duale Finanzierungsprinzip eingeführt, welches die Übernahme eines (steuerfinanzierten) Investitionskostenanteils von rd. 15 % der stationären Gesamtkosten durch Bund und Länder vorsah[66]. Gleichzeitig wurde aber auch vor dem Hintergrund des Leitbildes einer modernen und qualitativ hochwertigen Krankenhauspflege das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip eingeführt, wodurch es den Krankenhäusern möglich gemacht wurde, den aufgelaufenen Nachholbedarf auf dem Gebiet der Pflegesatzgestaltung zu befriedigen. In der Folge stiegen jedoch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Ausgaben)[67] erheblich an. Die Ausgabenentwicklung der GKV für Krankenhauspflege lag in den Jahren von 1970 bis 1975 bei jährlichen Zuwachsraten von rd. 25 % in der Regel über denen anderer Leistungsbereiche[68]. Im 1975 von der Bundesregierung dem Bundestag vorgelegten Bericht zum KHG wurde u.a. das Ziel, der Bevölkerung eine optimale (d.h. moderne und qualitativ hochwertige) Krankenhauspflege zu bieten, als

[65] Schmidt, Manfred/Vincenti, Aurelio/Behringer, Angelika (2005): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 7, S 417. Baden-Baden: Nomos.
[66] Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG vom 29.06.1972, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt, Teil 1, Nr. 60/1972, S. 1009, vom 01.07.1972.
[67] GKV = Abkürzung für „Gesetzliche Krankenversicherungen“.
[68] Die Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen stiegen im Zeitraum von 1970 bis 1975 gemäß dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Berlin, durchschnittlich um rd. 14 %. URL: <http://www.diw.de/sixcms/detail.php/284880#HDR1> (Stand: 22.04.2012)

erreicht angesehen. Etwa zum gleichen Zeitpunkt verlagerte sich gemäß Geyer/Vincenti[69] das öffentliche Interesse bezüglich des stationären Sektors zunehmend in Richtung Kostenproblematik.

Im Bericht der Bundesregierung über das KHG Ende 1975 waren daher auch verschiedene Ansätze zur Novellierung des KHG vorgeschlagen worden:

- Beteiligung der Kostenträger an Pflegesatzfestsetzung und Krankenhausplanung
- Erprobung neuer Entgeltformen, z.B. Fallpauschalen
- Verbesserung der Koordination zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung sowie
- Entwicklung geeigneter Kriterien für Wirtschaftlichkeitsprüfungen und externe Betriebsvergleiche der Krankenhäuser

Mittels des Haushaltsstrukturgesetzes[70] vom 18.12.1975 wurde der Bundesanteil an der Investitionsförderung für Neubauten im stationären Bereich gekürzt sowie die eigentlich nur vorübergehende Regelung, wonach die Kosten der Ausbildungsstätten insbesondere über die Pflegesätze der GKV zu finanzieren waren, bis zunächst 1981 verlängert. Begründet wurde die Kürzung der Investitionsförderung mit einer zwischenzeitlich hohen Bettendichte und einem Bettenüberhang („Bettenberg“).

Damit erfolgte der Beginn der gesetzlichen Kostendämpfungspolitik für den Krankenhaussektor bereits Ende 1975 und zeitlich *vor* dem KVKG (=Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetz des Jahres 1977).

Gegen die weiteren vorgeschlagenen Schritte, wie die Mitwirkung von Krankenkassen und Krankenhausträgern an der Krankenhausbedarfsplanung der Länder, die Vereinbarung der Pflegesätze zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern anstelle der bis dahin geltenden Verfahrensweise der alleinigen Festlegung der Pflegesätze nur durch die Landesbehörden, leisteten sowohl die DKG (Deutsche Kran-

[69] Geyer, Martin H./ Vincenti, Aurelio (2008): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 6 (1974-1982). Baden-Baden: Nomos.
[70] Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur (Haushaltsstrukturgesetz – HStruktG) vom 18.12.1975. URL: < http://www.gesetze-im-internet.de/hstruktg/BJNR030919975.htm> (Stand: 22.04.2012)

kenhausgesellschaft) als Interessenvertretung der Krankenhäuser sowie die Länder selbst Widerstand. Die beabsichtigte Stärkung des Krankenkasseneinflusses wurde von den Ländern gemäß Geyer/Vincenti als Versuch bewertet, die Kompetenzen für den Krankenhausbereich noch weiter auf den Bund zu verlagern. In der Folge erfolgte eine Abkopplung des stationären Krankenhausbereichs aus dem 1977 von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf des KVKG. Die verbliebenen Bestandteile des Gesetzes waren folgenden drei Grundkonzepten zur Kostendämpfung zuzuordnen:

- Strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Organisation und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Maßnahmen zur Einnahmenerhöhung der Krankenkassen sowie
- Maßnahmen zur Ausgabenverringerung der Krankenkassen.

Übereinstimmung zwischen den Bundestagsparteien bestand darüber, dass das Hauptziel des KVKG die Kostenreduktion im Gesundheitswesen war; über die Wege dorthin gab es jedoch erhebliche Auffassungsunterschiede. In der Folge wurde die institutionalisierte Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) als primäres Verhandlungsinstrument in das KVKG aufgenommen, welche sich noch im Dezember 1977 konstituierte.

Innerhalb der Konzertierten Aktion, die aus Vertretern aller wichtigsten an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Organisationen bestand, verständigte man sich darauf, zweimal pro Jahr zusammenzutreffen, wobei man sich in den Frühjahrssitzungen mit Empfehlungen zur Veränderung der ambulanten Gesamtvergütungen und Arzneimittelhöchstbeträgen befassen wollte und die Herbstsitzungen hauptsächlich zur Erörterung struktureller Probleme dienen sollten. Bis etwa 1980 gelang es, die Ausgabenentwicklung der GKV weitgehend der Einkommensentwicklung ihrer Mitglieder anzugleichen, so dass der durchschnittliche Beitragssatz in dieser Zeit in etwa konstant gehalten werden konnte. Bezüglich verschiedener Einzelbereiche zeigten sich jedoch schon bald ernsthafte Schwächen des Steuerungsinstrumentes „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Ein wesentlicher Mangel lag in dem Verzicht, den Krankenhaussektor in dieses Gesetz einzubeziehen und als zweites Kernproblem offenbarte sich der fehlende Verbindlichkeitscharakter der Empfehlungen. Durch Einigungen und Festlegungen einiger beteiligter Akteure bereits im Vor-

feld der KAiG (beispielsweise die Vereinbarung der Vergütungssteigerung zwischen Kassenärzten und Ersatzkassen im Jahr 1978), wurde der gesamte Sinn der KAiG in Frage gestellt, so dass eine Novellierung des KVKG notwendig wurde.

Für den Krankenhausbereich wurde im Jahr 1978 ein erneuter Entwurf zur Novellierung des KHG vorgelegt, welcher vor allem eine Intensivierung des Krankenkasseneinflusses auf die Krankenhausplanung und die Pflegesatzfestsetzung vorsah. Auch dieser erneute Reformversuch scheiterte.

Aufgrund eines erneuten Kostenschubs ab etwa Mitte 1980 stiegen die Ausgaben der Krankenkassen wiederum deutlich stärker als die entsprechenden Einnahmen, so dass gemäß Schmidt/Vincenti/Behringer die Notwendigkeit weiterer gesetzlicher Regelungen gesehen wurde. Dabei sollten vor allem die Mängel der bisherigen Kostendämpfungspolitik beseitigt werden und die Ausgabenbereiche einbezogen werden, die bisher nur unzureichend berücksichtigt wurden. Das waren z.B. Krankenhauspflege, Heil- und Hilfsmittel (z.B. Brillen, Massagen etc.) sowie Zahnersatz. Beschleunigt wurde die Gesetzesinitiative durch die zunehmenden Haushaltsprobleme des Bundes. Mitte 1981 wurden erneut verschiedene Gesetzesvorschläge mit dem Ziel der Stabilisierung des Bundeshaushaltes vorgelegt. Mit der Vorlage des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes (KKG) erfolgte somit der bereits dritte Versuch der Novellierung des KHG von 1972. Zum Jahresbeginn 1982 traten daraufhin das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG), das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KKG) sowie weitere Gesetze der sogenannten „Operation 1982“ in Kraft.

Dadurch gelang es zunächst, die Situation der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung zu stabilisieren. Für die Krankenversicherung gelang dies insbesondere durch die Ausweitung von Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen für die Versicherten. Aufgrund der anhaltend schlechten Wirtschaftslage wirkte die Stabilisierung jedoch nur kurzfristig, d.h. bereits Mitte 1982 bestand die Notwendigkeit einer erneuten gesetzlichen Korrektur. Um den Bundeshaushalt zu entlasten, war geplant, den Bundeszuschuss für die Bundesanstalt für Arbeit zu vermindern; diese sollte die bei ihr entstandene Finanzlücke durch eine ebensolche Verminderung der Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose schließen. Dies wiederum hätte zu einer Minderung

der Einnahmen der Krankenkassen geführt, denen man bereits im Vorfeld durch weitere Ausgabenkürzungen sowie weitere Erhöhung der Selbstbeteiligungen durch die Versicherten entgegentreten wollte. Die Umsetzung dieser Gesetzesmaßnahme erfolgte trotz des Regierungswechsels Ende 1982 in nur geringfügig veränderter Form mittels Haushaltsbegleitgesetz für das Jahr 1983.

Zu Beginn der 80er Jahre wurde gemäß Schmidt/Vincenti/Behringer[71] zunehmend die Überversorgung mit Ärzten thematisiert. Eine Selbst- oder Marktregulierung wurde als wenig wahrscheinlich angesehen, so dass ein Eingriff seitens der Gesetzgebung oder der Kassenärztlichen Vereinigung als notwendig erachtet wurden. Nach verschiedenen Vorschlägen und Abstimmungen trat zum Jahresbeginn 1987 schließlich das Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung in Kraft. Damit wurde die Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Ärzten in die Lage versetzt, begrenzte Zulassungsbeschränkungen zu erlassen. Darüber hinaus wurde die Ausbildungszeit für Ärzte hinsichtlich der Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit von sechs auf achtzehn Monate verlängert sowie die Tätigkeit des Arztes im Praktikum (AiP) eingeführt, wodurch sich die Dauer der Ausbildungszeit für Kassenärzte um weitere achtzehn Monate verlängerte.

In der Fortführung der Kostendämpfungspolitik wurde zunächst mittels Haushaltsbegleitgesetz 1984 vor allem die verstärkte Berücksichtigung von Einmal- und Sonderzahlungen für die Beitragsbemessung vorgesehen. Somit zielte das Haushaltsbegleitgesetz 1984 weniger auf die Kostendämpfung als vielmehr konkret auf die Einnahmenerhöhung der Krankenkassen.

Im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) von 1984 kam es zu einer ersten Modifikation des Selbstkostendeckungsprinzips. Dadurch konnten die Krankenhäuser Gewinne, aber auch Verluste erwirtschaften. Das KHNG erfüllte gemäß Schmidt die in es gesetzten Erwartungen aber kaum. Die Krankenhäuser kritisierten, dass allein mit dem Rückzug des Bundes aus der Investitionsförderung das Problem der unzureichenden staatlichen Förderung nicht gelöst wurde. Die Entwicklung der Pflegesätze bestätigte dann auch die wenig optimisti-

[71] Schmidt, Manfred/Vincenti, Aurelio/Behringer, Angelika (2005): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 7 (1982 – 1989). Baden-Baden: Nomos.

schen Einschätzungen der Wirksamkeit dieses Gesetzes. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre wuchsen die Ausgaben für Krankenhauspflege erneut überproportional.

Zudem geriet Mitte der 80er Jahre die Kostendämpfungspolitik der vergangenen zehn Jahre zunehmend in die Kritik. Gemäß Schmidt war der Grund hierfür, dass zwar aufgrund dieser Politik weitgehend die Beitragsstabilität gewahrt wurde, jedoch die Ursachen der überproportionalen Ausgabensteigerung nicht beseitigt wurden. Erstmals wurde in diesem Zusammenhang festgestellt, dass das Gesundheitswesen ein Wachstumssektor wäre, in dem arbeitsintensiv produziert würde und der für immer mehr Menschen Chancen zur Beschäftigung böte[72].

Zunehmende Kritik wurde auch an der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) geübt, da diese sich zu sehr mit Fragen des Aushandelns von Gesamtvergütungen, dagegen zu wenig mit Ziel- und Strukturfragen beschäftigt habe und zudem innerhalb der KAiG die jeweiligen Verbandsinteressen dominierten.

Ende 1984 wurde das Bundesministerium für Gesundheit von der KAiG beauftragt, ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept zu entwickeln. Anfang 1985 wurden die „10 Grundsätze“ zur Gesundheitspolitik der KAiG vorgestellt. Ende 1985 wurde daraufhin ein Rat unabhängiger Sachverständiger berufen, der sich im Auftrag der KAiG mit der Ausarbeitung von Entscheidungshilfen befassen sollte. Trotz des vorliegenden gesundheitspolitischen Gesamtkonzeptes wurde von der damaligen CDU/CSU/FDP-Koalition beschlossen, vor der Bundestagswahl 1987 keine umfassende Reform der GKV mehr anzustreben. Somit konnte die Gesundheitsreform seitens des BMA für die kommende Legislaturperiode umfassend vorbereitet werden.

Nach Bestätigung der christlich-liberalen Koalition durch die Bundestagswahl wurde im Frühjahr 1987 die sogenannte Koalitionsarbeitsgruppe (KAG) ins Leben gerufen, in welcher unter Berücksichtigung der Reformvorschläge des BMA und der Parteiprogramme ein Reformkonzept entwickelt wurde. Als Schwerpunkte der Reform galten folgende Punkte:

[72] Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrats zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland. URL: < http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/ dateiablage/download/ gutachten/1004295.pdf> (Stand: 22.04.2012).

- Beschränkung der Kassenleistung auf das medizinisch Notwendige
- Stärkung der Eigenverantwortung für die Versicherten (z.B. Bonusregelungen)
- Schaffung von mehr Wirtschaftlichkeit bei den Leistungserbringern
- Ausbau der Transparenz über Kosten und Leistungen für die Versicherten
- Stärkung der Wirksamkeit des Medizinischen Dienstes sowie
- Modernisierung der Strukturen der Krankenversicherungen (z.B. kasseninterner Finanzausgleich).

Neben diesen Eckpunkten wurde angestrebt, das Buch „Krankenversicherung“ der RVO (Reichsversicherungsordnung) zu streichen und an seine Stelle das „Fünfte Buch Sozialgesetzbuch“ treten zu lassen.

Nach einer intensiven parlamentarischen Phase wurde der vorgelegte Gesetzentwurf unter Berücksichtigung von über 200 Änderungsanträgen im Dezember 1988 beschlossen. Somit konnte, wie vorgesehen, das Gesundheitsreformgesetz (GRG) zum 01.01.1989 in Kraft treten und markierte damit gemäß Schmidt[73] trotz des umfassenden Einflusses von Interessengruppen im Rahmen der Gesetzesentstehung einen ersten Wendepunkt zum Umbau in der Gesundheitspolitik.

Hinsichtlich der Ausgabenentwicklung war das GRG jedoch nur kurzfristig ein Erfolg. Im Jahr 1989 kam es zu einem Rückgang der Leistungsausgaben bei gleichzeitigem Anstieg der Grundlohnsumme, wodurch die Krankenkassen insgesamt einen Überschuss von rd. 4,7 Milliarden Euro (9,3 Milliarden DM) erwirtschaften konnten. Allerdings kam es schon im Jahr darauf sowie 1991 und 1992 wieder zu nachhaltigen Ausgabensteigerungen und massiven Defiziten der Krankenkassen. Schon 1992 bestand daher erneuter Handlungsbedarf für eine Gesundheitsreform.

Im Zuge des Wiedervereinigungsprozesses ab 1990 stand der Gesetzgeber vor der Herausforderung, die Gesundheitssysteme der DDR und der Bundesrepublik Deutschland zusammenzuführen:

[73] Schmidt, Manfred/Vincenti, Aurelio/Behringer, Angelika (2005): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 7 (1982 – 1989), S. 409. Baden-Baden: Nomos.

Das Gesundheitssystem der DDR war dabei eindeutig staatlich geprägt, lediglich im stationären Bereich bestand ein noch relevanter Anteil an kirchlichen Trägern. Besonders im ambulanten Sektor gab es gegenüber der Bundesrepublik auch bezüglich der Versorgungsform erhebliche Unterschiede. Träger der ambulanten Versorgung in der DDR waren in erster Linie Polikliniken, die überwiegend den Krankenhäusern angegliedert waren und die dort tätigen Ärzte im Angestelltenverhältnis beschäftigten. Besondere Bedeutung hatte auch das betrieblich organisierte Gesundheitswesen. In ländlichen Gebieten spielten zudem staatliche Arztpraxen, deren Ärzte beim Kreis angestellt waren, eine Rolle.

In der Bundesrepublik hatte sich dagegen eine differenzierte Mischkultur aus öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Trägern für die stationäre Versorgung herausgebildet. Der ambulante Sektor wurde insbesondere durch freiberufliche Kassenärzte überwiegend im Rahmen von Einzelpraxen getragen. Den Kassenärzten der Bundesrepublik wurde mittels Gesetz über das Kassenarztrecht des Jahres 1955 der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Behandlung der GKV-Versicherten übertragen[74]. Deutlich stärker als in der DDR waren in der Bundesrepublik somit die Säulen ambulanter und stationärer Behandlung voneinander getrennt. Die stärkere Zusammenführung dieser Behandlungsformen erschien zwar notwendig und war seit den 70er Jahren wiederkehrend Gegenstand von Reformdebatten, eine wesentliche Veränderung dieser institutionellen Behandlungsformen wurde bis zur Wiedervereinigung jedoch nicht erreicht.

Hinsichtlich der Ausgestaltung des Gesundheitswesens spielte gemäß Ritter die Frage nach der Effizienz und Effektivität des DDR-Gesundheitswesens eine Rolle. So standen sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Positionen gegenüber. Auf der einen Seite böte sich nach Auffassung einiger Akteure die Möglichkeit bedarfsgerechter Versorgung bei niedrigeren Ausgaben als in Westdeutschland, auf der anderen Seite wurden Polikliniken als „sozialistische Missgeburten“ bezeichnet[75], die quasi definitionsgemäß nicht wirtschaftlich sein könnten, so dass neben anderen Akteuren die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) forderte, das „bewährte System der

[74] Ritter, Gerhard (2007): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 11.(1989 – 1994), S. 655. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
[75] Ritter, Gerhard (2007): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 11. (1989 – 1994), S. 657. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik“ nach Ostdeutschland zu exportieren. So sah der Staatsvertrag zwischen der DDR und der Bundesrepublik Deutschland über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion vom 18.05.1990 eine Selbstverpflichtung der DDR vor, wonach eine schrittweise Veränderung in Richtung des Versorgungsangebots mit privaten Leistungserbringern, insbesondere niedergelassenen Ärzten, einzuleiten sei.

Hinsichtlich der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Osten wurde festgelegt, dass es zwei getrennte Rechtskreise (Ost und West) gäbe, für Ausgaben des Rechtskreises Ost nur die Beitragseinnahmen Ost verwendet werden dürften und ein Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen ebenfalls nur innerhalb der Rechtskreise stattfinden dürfe. Damit wurde festgelegt, dass die Vergütungen für Leistungen im Rechtskreis Ost entsprechend geringer als vergleichbare Leistungen im Rechtskreis West sein konnten. Für z. B. die Arzneimittelpreise schrieb gemäß Ritter der Einigungsvertrag einen Preisabschlag von 55 % gegenüber den Preisen im Westen fest; gleiches galt für z.B. Privatliquidationen[76]. Unter anderem diese Maßnahmen sowie die in Ostdeutschland höhere Frauenerwerbsquote führten dazu, dass trotz eines gleichbleibenden Beitragssatzniveaus in den Jahren 1991 und 1992 seitens des GKV Überschüsse erwirtschaftet werden konnten. In den Folgejahren allerdings wurden jeweils Defizite erzielt und der Beitragssatz stieg bis 1999 über einen Prozentpunkt auf 13,9 % an.

Aufgrund der nur kurzfristigen positiven Auswirkungen des GRG stiegen bereits ab 1990 die Ausgaben innerhalb der GKV wieder stärker als die entsprechenden Beitragseinnahmen. Diese Entwicklung verschärfte sich noch in den Jahren 1991 und 1992 und erzeugte somit erneut Handlungsdruck für die Politik, wirksame Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Mitte Mai 1992 rief der damalige neue Gesundheitsminister Seehofer die Experten der Koalitionsfraktionen zu einer mehrtägigen Klausursitzung zusammen; es wurde, wie bereits zur Vorbereitung des GRG, eine Koalitionsarbeitsgruppe (KAG) gebildet. Bereits im Sommer 1992 wurden entsprechende Referentenentwürfe des Gesundheitsstrukturgesetzes vorgelegt. Inhaltlich sollten sich die Reformmaßnahmen nur auf wenige, dafür aber wirksame Maßnahmen konzentrie-

[76] Ritter, Gerhard (2007): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 11 (1989 – 1994), S. 666. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

ren. Es war beabsichtigt, die von den Akteuren umzusetzenden Maßnahmen konkret zu regeln. Den Interessengruppen gelang es diesmal nicht, substantielle Änderungen gegenüber dem getroffenen Koalitionskompromiss durchzusetzen. Anders als bei der Vorbereitung des GRG wurde diesmal das Gespräch und die Zustimmung der Opposition gesucht.

Das GSG beinhaltete - außerhalb des Krankenhaussektors - u.a. folgende Sachverhalte:

- Koppelung der Gesamtvergütung der Kassenärzte an die Einkommensentwicklung der GKV-Mitglieder
- Weitergehende Zulassungsbeschränkungen für Kassenärzte
- Förderung der hausärztlichen Tätigkeit
- Ausweitung der Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel
- Festschreibung von Arzneimittelbudgets
- Einführung einer Positivliste für Arzneimittel
- Freie Krankenkassenwahl für alle Versicherten
- Schrittweise Einführung eines Kassenarten übergreifenden Risikostrukturausgleichs

Auch im Krankenhaussektor stiegen gemäß Ritter in den Jahren 1990 und 1991 die Ausgaben der Krankenversicherungsträger deutlich überproportional im Vergleich zur Einnahmesituation, so dass die Koalitionsvereinbarung der erneut im Amt bestätigten CDU/CSU/FDP-Regierung zu Beginn des Jahres 1991 die Übereinkunft enthielt, das Krankenhausrecht in der kommenden Legislaturperiode neu zu regeln. Ziele zweier im Juli 1992 vorgelegter Referentenentwürfe waren die Einführung eines neuen Entgeltsystems, das heißt die verstärkte Einsetzung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, differenzierten Pflegesätzen für Basisleistungen sowie die Streichung des Selbstkostendeckungsprinzips. Weitere Neuordnungsvorschläge bezogen sich auf eine weitere Stärkung der Krankenkassenpositionen gegenüber den Krankenhausträgern.

Eine zusätzliche Herausforderung ergab sich gemäß Ritter durch die marode Bausubstanz und zahlreichen Mängeln in der technischen Ausstattung des stationären

Sektors der ehemaligen DDR. Der investive Nachholbedarf wurde auf über 30 Milliarden DM geschätzt, so dass man sich darauf verständigte, in das GSG ein zusätzliches Kapitel für ein Krankenhausinvestitionsprogramm für die neuen Länder aufzunehmen, an welchem sich der Bund zu einem Drittel beteiligen wollte. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde zusätzlich ein von den Krankenhausnutzern zu finanzierender Investitionszuschlag auf den Pflegesatz eingeführt.

Im Rahmen des GSG wurden feste Budgets für jedes Krankenhaus sowie die gesetzliche Anbindung der Pflegesatzsteigerung an die Einnahmenentwicklung der GKV geschaffen. Unter anderem aufgrund verschiedener Ausnahmeregelungen überstieg die Entwicklung der Krankenhauskosten in den Folgejahren den Grundlohnsummenanstieg der GKV jedoch wiederum deutlich.

Weiterhin wurden gemäß Ritter – vor allem auf Wunsch der SPD – den Krankenhäusern das Recht eingeräumt, für bestimmte definierte Teilbereiche sowohl vor- und nachstationäre Behandlungen als auch ambulante Operationen im Rahmen des Sozialgesetzes durchzuführen, um damit eine weitere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu erreichen.

Zusammengefasst stellte das GSG gemäß Ritter den größten Reformschritt im Bereich des Krankenhauswesens seit Einführung des KHG dar. Es wurde damit eine Entwicklung eingeleitet, in der sich die Krankenhäuser von öffentlichen Einrichtungen zu Wirtschaftsbetrieben verwandeln würden[77].

Seit den Jahren 1996/1997 kam es durch die schrittweise Umsetzung der dritten Stufe der Gesundheitsreform (1. Stufe = GRG, 2. Stufe = GSG) zu einem weiteren Ausbau der bereits eingeführten Wettbewerbselemente. Erhebliche Leistungskürzungen zu Lasten der Versicherten wurden umgesetzt (z.B. Kürzung des Krankengeldes) und ganze Versorgungsbereiche gestrichen. Die Ausgabenentwicklung wurde in der ambulanten Versorgung durch die Rücknahme der Budgetierung und bei den Arzneimitteln durch die Streichung der Positivliste wieder freigegeben. Gleichzeitig wurden u.a. durch die weitere Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungsregelungen Abstriche bei der paritätischen Finanzierung der GKV vorgenommen.

[77] Ritter, Gerhard (2007): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 11 (1989 – 1994), S. 692. Baden-Baden: Nomos-Verlag

Mit dem Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben (KrankhAusgStabG) von April 1996 wurde der Ausgabenzuwachs für die Krankenhäuser für 1996 auf die lineare Erhöhung der Vergütung nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) begrenzt. Die ab dem 1. Januar 1996 geltende "Bundespflegesatzverordnung" führte 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte ein, mit denen rund 20 % aller Leistungen im Krankenhaus abgedeckt wurden. Im September 1996 wurde vom Bundestag das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz mit dem Ziel der Leistungsbegrenzung u.a. in der GKV beschlossen.

Mit dem am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz) wurde die Reihe der Kostendämpfungsgesetze auch nach dem strukturorientierteren GSG fortgesetzt. Zu den Einzelmaßnahmen gehörten:

- Absenkung des Beitrags aller Krankenkassen um 0,4 Beitragssatzpunkte zum 01.01.1997
- Erhöhung unterschiedlicher Zuzahlungen für die Patienten
- Wegfall des Kassenanteils an Brillenfassungen
- Absenkung des Krankengelds durch Veränderung der Bezugsgröße (von 80 auf 70 % des regelmäßigen Bruttoarbeitsentgelts)
- Streichung des Zuschusses zum Zahnersatz für nach dem 01.01.1979 Geborene
- Absenkung des Krankenhausbudgets für 3 Jahre (1997-1999 um jährlich 1 %).

Mit dem "GKV-Finanzstärkungsgesetz“ von März 1998 wurde den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Defizite zu vermeiden, indem sie zum Haushaltsausgleich Darlehen aufnehmen durften.

Mit dem Regierungswechsel 1998 (von christlich-liberal zu rot-grün) wurden zunächst Teile dieser Reform wieder zurückgenommen, um die solidarischen Elemente des Gesundheitssystems wieder zu stärken. So enthielt das vom Bundesrat am 22. Dezember 1999 verabschiedete "GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000" u.a. folgende Regelungen:

- Für Gesundheitsförderung und Prävention sollten die Kassen 350 Mio. DM (rd. 179 Mio. €) pro Jahr aufwenden.
- Wiedereinführung der Gesundheitsförderung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Zuweisung einer Lotsenfunktion an den Hausarzt.
- Weichenstellung für ein neues Preissystem in den Krankenhäusern, das ab dem 01. Januar 2003 gelten sollte.
- Realisierung einer besseren Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs.

Beginnend im Jahr 2000 wurde zudem der gesamtdeutsche vollständige Risikostrukturausgleich eingeführt, mit dem Ziel, der GKV Ost und der GKV West einen gleich hohen Anteil der jeweiligen Grundlohnsumme zur Finanzierung der Ausgaben zur Verfügung zu stellen. Damit entfiel die nach Rechtskreisen getrennte Ermittlung der Ausgabenwerte.

Ab dem Jahr 2001 wurde die Versicherungspflicht- bzw. Beitragsbemessungsgrenze in den neuen Ländern auf den Wert der alten Länder angehoben. Zudem galten vom gleichen Zeitpunkt an in den neuen Ländern auch bei den Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Anschluss-Reha und Mütterkuren die entsprechenden Werte der alten Länder.

Das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) vom 31. Dezember 2001 bestimmte u.a., dass die bisherige Regelung zum Arznei- und Heilmittelbudget und die gesetzlich geregelte Vorgabe zur Verringerung der Gesamtvergütung der Ärzteschaft im Falle von Budgetüberschreitungen rückwirkend aufgehoben wurden. Statt des bisherigen Arznei- und Heilmittelbudgets sollte die Selbstverwaltung (Landesverbände der Krankenkassen bzw. Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung) auf regionaler Ebene jährlich eine Arzneimittelvereinbarung treffen.

Das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) von Februar 2002 enthielt u.a. folgende Bestimmungen:

- Künftig sollten die Apotheken für die Arzneimittelversorgung innerhalb wirkungs- und wirkstoffgleicher Medikamente ein kostengünstiges Arzneimittel (aus dem unteren Preisdrittel) aussuchen.
- Der von den Apotheken an die Krankenkassen weiterzugebende Rabatt auf den Arzneimittelpreis wurde - begrenzt auf die Jahre 2002 und 2003 - von bisher 5% auf 6% erhöht.
- Der Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen konnte künftig für Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen oder vergleichbarer therapeutischer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens im Verhältnis zum Abgabepreis vornehmen und Empfehlungen an die behandelnden Ärzte abgeben.
- Krankenhäuser hatten die für eine Arzneimitteltherapie im Rahmen der ambulanten Anschlussbehandlung durch den Vertragsarzt erforderlichen Arzneimittel künftig auch mit ihrem Wirkstoff sowie preisgünstiger Alternativvorschläge für die ambulante Therapie anzugeben.

Zum 01.01.2003 erfolgte auf der Grundlage der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) und zunächst auf freiwilliger Basis die Einführung eines Krankenhausentgeltgesetzes, welches in weiten Teilen die bis dahin geltende Bundespflegesatzverordnung ersetzt hat. Die flächendeckende Einführung des an die deutschen Bedingungen angepassten DRG-Vergütungssystems für alle Krankenhäuser erfolgte zum 1. Januar 2004.

Im weiteren Verlauf des Jahres 2003 einigte sich die rot-grüne Bundesregierung gemeinsam mit Teilen der Opposition auf einen gemeinsamen Entwurf für ein Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens mit dem Ziel, den durchschnittlichen Krankenkassenbeitrag von etwa 14,5 auf 13 Prozent zu senken[78]. Während der Gesetzentwurf der Bundesregierung noch strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen vorsah, blieb am Ende einmal mehr eine Kostenreform übrig, in der vor allem die

[78] Boeckh, Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/Benz, Benjamin (2. Aufl. 2006): Sozialpolitik in Deutschland – Eine systematische Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Zuzahlungen und Befreiungsregeln überarbeitet wurden und weitere Eigenbeteiligungen der Versicherten vorgesehen wurden. Die wichtigsten Veränderungen waren:

- Festzuschüsse bei zahnärztlicher Versorgung.
- Finanzierung des Krankengeldes voll durch die Arbeitnehmer.
- Verschärfung der Zuzahlungsregeln (z.B. Einführung Praxisgebühr).
- Streichungen im Leistungskatalog der GKV (z.B. Fahrtkostenerstattung für Arztbesuche, Sterbe- und Entbindungsgeld, Brillen und Sehhilfen).
- Umstellung der Arzthonorare auf Festpreise.
- Preisfestlegung für Medikamente.
- Zulassung von Versandapotheken.

Das "Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz" des Jahres 2006 führte für die Arzneimittelversorgung u.a. folgende Vorschriften ein:

- Vom 1. April 2006 bis zum 31. März 2008 galt eine zweijährige Begrenzung der Preise für zu Lasten der GKV verordneter Arzneimittel.
- Absenkung der Festbeträge für Arzneimittel.
- Die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen (Naturalrabatte) an Apotheken wurde unterbunden; dies galt auch für rezeptfreie Arzneien sowie für Krankenhausapotheken.
- Die gesetzliche Zuwachsbegrenzung (Grundlohnrate) wurde im Krankenhausbereich und bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen in den Jahren 2006 und 2007 von einem Mitglieder- auf einen Versichertenbezug umgestellt.

2.3. Soziale und medizinische Herausforderungen im Zeitablauf

Nachdem im vorherigen Kapitel die Entwicklung der Gesundheitspolitik im Zeitablauf insbesondere vor dem Hintergrund von finanziellen Gesichtspunkten betrachtet wurde, stellt sich nun auch die Frage, welche sozialen und medizinischen Herausforderungen in diesem Zeitraum bewältigt werden mussten – und müssen. Die Beantwortung dieser Frage ist notwendig, um die Entwicklung der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins im Kontext zur Bundespolitik und deren Schwerpunkte herstellen zu

können. Nachstehend sind die am wesentlichsten erscheinenden Sachverhalte kurz dargestellt:

Während des Zweiten Weltkriegs und nach dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches waren rd. 14 Millionen Menschen in Deutschland von **Flucht und Vertreibung** betroffen. Die ersten Jahre nach dem Krieg waren für die Menschen vor allem durch Entbehrungen in allen lebenswichtigen Bereichen, wie z.B. Essen, Wohnraum und Kleidung geprägt. In Schleswig-Holstein wurde im Verhältnis zu vielen anderen Teilen Deutschlands - mit Ausnahme der großen Städte - verhältnismäßig wenig Wohnraum zerstört. Bedingt auch durch die geographische Lage Schleswig-Holsteins kamen Hunderttausende von Flüchtlingen und Vertriebenen in die Städte und Dörfer. Als im Oktober 1946 zum ersten Mal nach dem Krieg die Einwohner gezählt wurden, lebten in Schleswig-Holstein 2,6 Millionen Menschen, rund eine Million mehr als vor 1939. Einen stärkeren Zuzug hatte kein anderes Land der westlichen Zonen zu verzeichnen. Somit lag der Schwerpunkt der Sozial- und Gesundheitspolitik in dieser Zeit vor allem darin, diese Mängel zu mindern und die betroffenen Menschen in ihren neuen Wohnorten zu integrieren[79].

Das Medikament **Contergan**, das den Wirkstoff Thalidomid enthielt, wurde im Jahr 1954 entwickelt und ab 1957 als rezeptfreies Medikament auf den Markt gebracht. Es handelte sich nach Herstellerangaben um ein Schlaf- und Beruhigungsmittel, das gleichzeitig gegen Schwangerschaftsübelkeit half. Im Hinblick auf seine Nebenwirkungen galt es als besonders sicher. Durch die Anwendung des Contergans in einem frühen Stadium der Schwangerschaft kam es jedoch zu schweren Missbildungen der ungeborenen Kinder. In den Jahren 1958 bis 1961wurden weltweit etwa 10.000 Kinder mit Missbildungen insbesondere der Gliedmaßen geboren, davon allein in Deutschland, wo das Medikament weit verbreitet war, zwischen 4.000 und 5.000 Kinder. Es dauerte allerdings mehrere Jahre nach Häufung der Missbildungen, bis die Zusammenhänge mit der Einnahme von Contergan erkannt wurden. Nach einer Presseveröffentlichung Ende 1961 wurde das Medikament vom Markt genommen.

[79] Hübner, Eckhard (2009): Schleswig-Holsteins Weg in die Bundesrepublik - vom Weltkriegschaos zum demokratischen Aufbruch. Kiel: Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein.

Der anschließende Prozess gegen die verantwortlichen Mitarbeiter der Herstellerfirma wurde 1968 eröffnet und 1970 eingestellt[80].

Im Zuge der wirtschaftlichen Erholung und als Ausdruck des sogenannten „Wirtschaftswunders“ und unter Berücksichtigung anderer Faktoren war in den Nachkriegsjahren in der Bundesrepublik Deutschland ein Geburtenüberschuss zu verzeichnen. In den Jahren um 1960 bis zum Höhepunkt im Jahr 1964 war der Geburtenüberschuss so stark, dass er umgangssprachlich als „**Babyboom**“ bezeichnet wurde. Unmittelbar nach dieser Zeit, etwa ab 1968 nahm die Anzahl der Geburten jedoch sehr stark ab. Als eine der Ursachen galt die Einführung der Antibabypille in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1967. In der Folge übersteigt seit etwa 1970 die Sterberate die Geburtenrate, so dass durch die demografischen Verschiebungen der Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland die sozialen Sicherungssysteme in den kommenden Jahrzehnten einem immer stärkeren Finanzierungsdruck ausgesetzt sein werden und der durch das Umlageverfahren implizierte Generationenvertrag in seiner jetzigen Form als nicht mehr zukunftsfähig angesehen werden kann[81]. Durch die Auswirkungen auf nahezu alle Bereiche des wirtschaftlichen und sozialen Lebens seit Mitte der 70er Jahre bis zur Gegenwart ist das Thema „demografischer Wandel“ und die Überalterung der Gesellschaft zu einem zentralen Thema unterschiedlicher Politikfelder geworden.

Nach Aufhebung der letzten Lebensmittelrationierungen zu Beginn der 50er Jahre und des beginnenden Wohlstands in den 60er Jahren verlagerten sich die sozialen und gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung von bisher Mangelernährung hin zu Überernährung, im Volksmund als „Fresswelle“ bezeichnet. Seit diesem Zeitpunkt haben die sogenannten **Wohlstandskrankheiten**, wie Herz- und Kreislauferkrankungen, in erheblichem Maße zugenommen. Zwar hat sich seit den 60er Jahren durch Aufklärung ein geringfügiger Wandel bei der Ernährung und den Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol) ergeben, jedoch sind weitere Risikofaktoren, wie Bewegungsmangel und Stress, gegenüber der damaligen Zeit hinzugekommen.

---

[80] Homepages des Bundesverbandes Contergangeschädigter e.V., der Grünenthal GmbH URL: <http://www.contergan.de/inhalt.php?id=6007&menu_level=2&id_mnu=7623&id_kunden=671> sowie Gesundheitsportal Onmeda goFeminin.de GmbH. URL: < http://www.onmeda.de/ratgeber/schwangerschaft/schaedigung_kind/contergan.html> (Stand: 29.04.2012).

[81] Löbbert, Holger (2007): Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die sozialen Sicherungssysteme. Hamburg: Kovac.

Nach den Hochrechnungen des WHO werden daher die Herz- und Kreislauferkrankungen bis 2030 die TOP 20 der Ursachen der Sterblichkeit anführen.

Die zweithäufigste Todesursache nach Herz- und Kreislauferkrankungen sind alle Formen von **Krebs**. Jährlich erkranken in Deutschland 436.000 Menschen neu an Krebs, 211.500 Menschen sterben jährlich daran[82]. Bei den Frauen treten am häufigsten Brustdrüsenkrebs (47.500 Neuerkrankungen 2000), gefolgt von Darmkrebs (34.150 Neuerkrankungen), auf. Bei den Männern treten am häufigsten Prostatakrebs (40.650 Neuerkrankungen 2000), gefolgt von Darmkrebs (32.600 Neuerkrankungen) und Lungenkrebs (31.800 Neuerkrankungen)[83] auf. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Lebensjahren, das heißt, dieses Thema rückt desto mehr in den Mittelpunkt des Interesses, je älter die Bevölkerung im Durchschnitt wird. Zu den Faktoren, die die Krebsentstehung fördern können, gehören UV-Strahlen, Tabakrauch, Chemikalien, chronische Infektionen, ein erhöhter Alkoholgenuss und eine ungesunde Lebensweise. In fünf bis zehn Prozent der Fälle sind die Veränderungen erblich bedingt. Eine besondere Rolle kommt hierbei der Prävention und Früherkennung der Krankheit zu. Der Bereich Prävention ist daher eine der Hauptaufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit[84].

Im Jahr 1981 wurde zum ersten Mal die bis heute unheilbare Krankheit **Aids** diagnostiziert. Die Ansteckung erfolgt durch das **H**uman **I**mmunodeficiency **V**irus (**HIV**); dabei ist die häufigste Ansteckungsquelle der Geschlechtsverkehr mit einer infizierten Person. Weitere Übertragungswege sind eine Infektion durch verseuchtes Blut oder der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Spritzen-Zubehör unter Drogenabhängigen. Schwangerschaft, Geburt und Stillen können bei HIV-positiven Müttern zu einer Ansteckung des Kindes führen. Das HI-Virus schädigt oder zerstört bestimmte Zellen der Immunabwehr und macht den Körper anfällig für Erkrankungen, die bei nicht infizierten Menschen in der Regel unproblematisch verlaufen. So erkranken AIDS-Kranke häufig an Lungenentzündungen und Pilzerkrankungen[85]. In Deutschland wurden bislang 23.500 Erkrankungen erfasst (Stand: 31.12.2004), ins-

[82] Quelle: Website Deutsche Krebshilfe e.V.. URL: <http://www.krebshilfe.de/wir-informieren.html > (Stand: 05/2009).
[83] Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Leck: Clausen & Bosse.
[84] Quelle: Website Bundesministerium für Gesundheit. URL: < http://www.bmg.bund.de> (Stand: 06/2009).
[85] ebd.

gesamt 13.200 Patienten wurden als verstorben gemeldet[86]. Besonders in den 80er Jahren erfolgte unter der Leitung der damaligen Bundesministerin für Gesundheit und späteren Bundestagspräsidentin Rita Süssmuth eine umfassende Aufklärungskampagne mit dem obersten Ziel der Eindämmung der weiteren Ausbreitung der Infektion und der Krankheit.

Mit stetiger Zunahme des Altersdurchschnitts der Bevölkerung steigt auch die Anzahl der demenzkranken und zu pflegenden Personen. Unter dem Begriff **Demenz** wird der Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit verstanden, vor allem der Gedächtnisleistung und des Denkvermögens. Betroffene haben Schwierigkeiten, neue gedankliche Inhalte aufzunehmen und wiederzugeben. Im weiteren Verlauf der Krankheit lassen das Sprach- und Rechenvermögen nach und Teile der Persönlichkeit werden zerstört. Die Betroffenen werden aggressiv oder enthemmt, depressiv oder in ihrer Stimmung sprunghaft, was für Angehörige und Pfleger erhebliche Probleme aufwirft. In Deutschland leben heute rund 1,1 Mio. Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl voraussichtlich auf ca. 1,7 Mio. erhöhen[87]. Verstärkt wird dieser Effekt durch die Veränderungen der Zusammensetzung der Familienstrukturen, so dass **Pflege** immer seltener durch Angehörige und immer öfter durch professionelle Einrichtungen erfolgen muss. Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde im Jahr 1995 als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen[88].

Einen immer breiteren Stellenwert in der öffentlichen Diskussion nehmen zudem gerade in der jüngsten Vergangenheit und der Gegenwart die Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts und die sogenannte **Zwei-Klassen-Medizin** ein. Wurde noch im Jahr 2003 der CDU-Nachwuchspolitiker Philipp Mißfelder für seine öffentlich getätigte Äußerung, *„er hielte nicht viel davon, wenn 85-Jährige noch künstliche Hüftgelenke auf Kosten der Solidargemeinschaft bekämen“* sehr scharf kritisiert, so ist seitdem zunehmend eine teils heftige gesellschaftliche und politische Diskussion um dieses Thema entbrannt[89]. In der Eröffnungsrede zum Deutschen Ärztetag im Mai

[86] Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Leck: Clausen & Bosse.
[87] Quelle: Website Bundesministerium für Gesundheit. URL: < http://www.bmg.bund.de> (Stand: 06/2009)
[88] Sozialgesetzbuch (SGB), Buch XI „Soziale Pflegeversicherung“, § 1 (1).
[89] Quelle: Auszug aus der OnlineZeitung „Welt-Online“ vom 08.08.2003, URL: < http://www.welt.de /print-welt/article251810/Ruecktrittsforderungen-gegen-Missfelder.html>, (Stand: 16.06.2012).

2009 wurde vom Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, die sicherlich provokante These aufgestellt, dass mit den heute zur Verfügung stehenden Mitteln der medizinische Fortschritt zukünftig nicht mehr abgebildet werden kann und daher eine Priorisierung von medizinischen Leistungen, das heißt die Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikatoren, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen erfolgen müsse[90].

2.4. Aufgabengruppe Familie / Pflege / Alter

Fachliche Teilbereiche dieser Aufgabengruppe sind beispielsweise: Fortpflanzungsmedizin, Verhütung, Schwangerschaft, Geburt, Kinderkrankheiten, Kindergesundheit, Kinder- und Familienarmut, Integration von Minderheiten, Hilfe für Menschen mit Behinderungen, Festsetzung von Pflegestandards sowie die Befassung mit den Themen Demenz und Geriatrie.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts in der **Fortpflanzungsmedizin** war es bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts möglich, eine Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) zustande kommen zu lassen. Spätestens ab diesem Zeitpunkt war eine rechtliche und ethische Auseinandersetzung mit den Themen Kinderwunsch einerseits und Embryonenschutz andererseits zwingend geboten. Es besteht seitdem eine breite öffentliche Auseinandersetzung, unter welchen Voraussetzungen von der medizinischen Möglichkeit der künstlichen Befruchtung Gebrauch gemacht werden darf. In diesem Zusammenhang ist zum 01.01.1991 das deutsche Embryonenschutzgesetz in Kraft getreten, welches u.a. die missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken sowie die missbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen regelt.

Um ungewollte Schwangerschaften mit den möglichen Folgen der Überforderung der Eltern zum Nachteil des Kindes zu verhindern, ist es notwendig, das Wissen über unterschiedliche **Verhütungsmethoden**, deren Anwendung, Wirkung und Nebenwirkung weiterzugeben. Hierzu ist es notwendig, die Themen Sexualaufklärung, Verhü-

[90] Eröffnungsrede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages am 19.05.2009. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2009/start.htm> (Stand: 29.04.2012)

tung und Familienplanung den Jugendlichen nahezubringen, das heißt, es ggf. in den Lehrplänen der Schulen und sonstigen schulischen oder schulähnlichen Einrichtungen zu verankern. Ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zur Enttabuisierung dieser Themen war die Herausgabe des Sexualkundeatlasses im Jahr 1969 durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Käthe Strobel.

Die **Schwangerschaft und Geburt** genießen einen besonderen Schutz innerhalb der Gesetzgebung und der Wertevorstellungen der Bundesrepublik Deutschland[91]. Trotz der durchaus positiven Besetzung dieser Begriffe bedeuten diese Phasen aber sowohl für die (werdende) Mutter als auch das Kind entscheidende Lebensabschnitte. Zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt zählt daher eine intensive ärztliche Betreuung einschließlich der Schwangerenvorsorge. Die ärztliche Versorgung ist dabei nicht nur auf die physischen Veränderungen von Mutter und Kind ausgerichtet, sondern hat ebenso die psychische Verfassung sowie die Lebenssituation der Mutter zu beachten. Zu den besonderen Risiken während der Schwangerschaft zählen u.a. Krankheiten, die Einnahme bestimmter Medikamente sowie der Konsum von Suchtmitteln wie z.B. Alkohol und Nikotin. Hier ist eine intensive und breitgestreute Aufklärung seitens Gesundheitsbehörden erforderlich.

Unter **Kinderkrankheiten** sind grundsätzlich Infektionskrankheiten zu verstehen, die vorwiegend im Kindesalter auftreten und typischerweise eine lebenslange Immunität hervorbringen. Kinderkrankheiten sind z.B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten sowie Kinderlähmung (Poliomyelitis). Hierzu und zur Erkennung von Unregelmäßigkeiten in der Entwicklung von Kindern gibt es eine Reihe von Vorsorgeuntersuchungen in den ersten Lebenswochen, -monaten und -jahren. Es ist Ziel der Bundesregierung, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie die Beteiligung an Impfungen insgesamt weiter zu erhöhen. So sollen Maßnahmen festgelegt werden, der Fehlernährung und dem Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen[92]. Zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses rücken auch die psychische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

---

[91] Artikel 6 Absatz 1 des Grundgesetzes: Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

[92] Website des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema Kindergesundheit. URL: < http://www.bmg.bund.de/praevention/kindergesundheit.html> (Stand 06/2009).

In Deutschland leben gegenwärtig rd. 2,4 Millionen Kinder und Jugendliche von Sozialtransfers[93]. Mit der **Kinder- und Familienarmut** einher geht oftmals mangelnde bzw. falsche Ernährung und beeinträchtigt die gesamte körperliche und geistige Entwicklung. Benachteiligte Kinder bleiben häufig in isolierten Wohnvierteln unter sich, ohne ausreichende Schulen, Ausbildungsmöglichkeiten und soziale Unterstützung. Viele benachteiligte Familien sind nicht in der Lage, ihre Kinder ausreichend zu fördern und zu motivieren, damit sie die Schule erfolgreich bewältigen. Nicht selten führt der Weg von der Kinderarmut direkt in die Arbeitslosigkeit, was sich auf den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft auswirkt. Daher ist die Überwindung der Kinderarmut eine der wichtigsten Zukunftsaufgaben des Landes[94].

Die **Integration von Minderheiten** ist ein weiteres wichtiges Themengebiet der Gesundheits- und Sozialpolitik. Zwischen 1955 und 1973 wurden Millionen ausländischer Arbeitskräfte aus verschiedenen Mittelmeerländern, insbesondere der Türkei, angeworben. Sie und ihre Familien bilden bis heute die größte Gruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. Daneben bestehen weitere Formen der Zuwanderung, z.B. deutsche Spätaussiedler insbesondere aus Süd-Ost-Europa und der ehemaligen Sowjetunion sowie Flüchtlinge und Asylsuchende z.B. aus dem ehemaligen Jugoslawien. Kinder aus Migrantenfamilien brauchen gezielte Förderung und Unterstützung bereits vom Kindergartenalter an, um auch hier die künftige Arbeitslosigkeit zu vermeiden und den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu stärken bzw. beizubehalten[95].

Menschen mit Behinderungen sowie psychisch kranke Menschen erhalten Angebote für verschiedenste Bereiche ihrer Lebensführung. So werden oftmals unter der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände in vielen Regionen für Menschen mit geistiger Behinderung, Unterstützung und Assistenz in den Bereichen Wohnen, schulische und berufliche Bildung und Arbeit, bis hin zur Pflege angeboten. Zu weiteren Leistungsangeboten gehören Frühförderstellen, familienentlastende Dienste und integrative Kindertagesstätten. Diese Angebote sind seitens der Gesundheitspolitik zu koor-

---

[93] Website des Deutschen Kinderschutzbundes e.V.. URL: < http://www.dksb.de/CONTENT/SHOWPAGE.ASPX?content=524&tpl=1> (Stand 06/2009).
[94] Bundespräsident a.D., Roman Herzog, Auszug aus Rede auf dem Forum „Deutschland für Kinder“ vom 25.08.2005, URL: < http://www.grosseltern-initiative.de/presse/HerzogRede_.htm> (Stand: 06.05.2012).
[95] Website der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. URL: < http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/> (Stand 06/2009).

dinieren und ggf. hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit zu korrigieren. Daneben ist es Aufgabe der Gesundheitspolitik, auf möglichst barrierefreien Zugang zu allen Formen des gesellschaftlichen Lebens hinzuwirken.

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland und des Anstiegs der durchschnittlichen Lebenserwartung, ist bis etwa zum Jahr 2040[96] mit einer erheblichen Zunahme an hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen in Deutschland zu rechnen. Hinzu kommt der soziale Wandel in Deutschland, d.h. bei Zunahme der Single-Haushalte lösen sich zunehmend die Familienverbände auf, so dass eine Pflege durch Familienangehörige noch weniger selbstverständlich wird, als dies vielleicht heute schon der Fall ist. Daher ist es eine weitere Aufgabe der Gesundheitspolitik, den Rahmen für eine gute Pflege zu setzen, die Pflegenden bei ihrer Arbeit zu unterstützen und den Pflegebedürftigen ein Leben in Würde zu ermöglichen[97]. Durch die **Festlegung von Pflegestandards** soll dabei ein bestimmtes messbares Niveau der Pflege erreicht und die Qualität der Dienstleistungen definiert werden[98].

In Deutschland leben heute rund 1,1 Millionen Menschen, die an **Demenz** erkrankt sind. Nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums wird sich diese Zahl bis 2030 auf rd. 1,7 Millionen Menschen erhöhen. Bis heute gibt es Defizite in der Ursachenforschung von Demenz sowie bei der frühzeitigen Diagnose. Es gibt bisher kaum Kenntnisse, weder wie die Krankheit verhindert werden kann, noch über ihre Heilungsmöglichkeiten[99]. Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen haben häufig einen Hilfs- und Betreuungsbedarf. Da es ihnen aber körperlich meist vergleichsweise gut geht, konnten sie bisher nur unzureichend Unterstützung der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Hier ist es Aufgabe der Gesundheitspolitik, die Forschung auf dem Gebiet der Ursachenforschung und Diagnose voranzutreiben, sowie für eine bedarfsgerechte Anerkennung der Krankheit auch in der Pflegeversicherung zu sorgen.

---

[96] Zu diesem Zeitpunkt werden die Geburten starken Jahrgänge etwa 75 - 80 Jahre alt und der Scheitelpunkt der gegenwärtigen demografischen Entwicklung erreicht sein.
[97] Bundesgesundheitsministerium (2008): Broschüre „Ratgeber Pflege“, Auszug aus Vorwort der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt.
[98] Auszug aus Richtlinien des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN). URL:< http://www.icn.ch/pillarsprograms/pillars-and-programmes/> (Stand 29.04.2012).
[99] Website Bundesgesundheitsministerium, URL: http://www.bmg.bund.de, (Stand 06/2009).

In einer alternden Gesellschaft, wie dies gegenwärtig in Deutschland der Fall ist, spielt die **Geriatrie**, d.h. Altersmedizin, in der Gesundheitsversorgung eine immer wichtigere Rolle. Die Geriatrie befasst sich mit der Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation körperlicher und seelischer Krankheiten in der Regel von alten Menschen, dem sogenannten Alterssyndrom. Aufgrund der wachsenden Bedeutung dieses noch relativ jungen Fachbereichs[100] besteht die Notwendigkeit, ihn in den Krankenhäusern und Universitäten zu etablieren und in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Ein weiteres Thema dieses Aufgabenbereichs ist die Auseinandersetzung mit dem Sterben von Menschen, d.h. der Anwendung von lebenserhaltenden Maßnahmen, das Aussetzen dieser Maßnahmen sowie die darüber hinausgehende **Begleitung von Menschen im Sterbeprozess**. Jeder Mensch hat grundsätzlich das Recht, für sich zu entscheiden, ob und welche medizinischen Maßnahmen für ihn ergriffen werden[101]. Ethische Probleme bzw. Konflikte können aber dort auftreten, wo der Mensch selbst nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen zu äußern. Im Juni 2009 wurde hierzu der „Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts“ unter der Federführung des Bundesjustizministeriums mit dem Ziel der Konkretisierung der Verfahrensweise von Patientenverfügungen zum Schutz der betroffenen Menschen in den Bundestag eingebracht. Das Gesetz trat zum 01.09.2009 in Kraft.

2.5. Aufgabengruppe Prävention / Vorsorge

Dieser Aufgabengruppe sind Sachverhalte, wie die Vermeidung von Volkskrankheiten, Ernährungsmedizin, Früherkennung von Krankheiten, Hygiene/Infektionsschutz, Umweltmedizin, Nichtraucherschutz sowie Impfungen zugeordnet.

Unter dem Begriff **Volkskrankheiten** werden die Krankheiten subsumiert, von denen eine große Zahl der Bevölkerung betroffen ist und welche ein solches Maß an Gefährlichkeit aufweisen, dass sie sozioökonomische Folgen nach sich ziehen können.

---

[100] Der Begriff „Geriatrie“ wurde vor ca. 100 Jahren von dem Wiener Arzt Ignatz Leo Nascher geprägt.
[101] Website des Bundesministeriums für Justiz zum Thema Patientenverfügung. URL: < http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/broschueren_fuer_warenkorb/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile> (Stand 29.04.2012).

Hierzu gehören beispielsweise Essstörungen, Diabetes, Allergien, Kopfschmerzen und Migräne, Depressionen, Rückenleiden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Demenz. Zurückzuführen sind die Volkskrankheiten in den Industrienationen, wie Deutschland, insbesondere auf den veränderten, technologisierten Lebensstil mit Ernährungsüberfluss und Bewegungsmangel, die höhere durchschnittliche Lebenserwartung sowie hohe Anforderungen an die persönliche Umwelt, wie z.B. Stress, die zu seelischen Störungen führen können[102]. Aufgabe der Gesundheitspolitik an dieser Stelle ist eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, die die Menschen für diese Krankheiten sensibilisiert und Unterstützung bei der Vermeidung dieser Krankheiten bietet.

Zu den Aufgaben der **Ernährungsmedizin** gehört es, die Gesundheit der Menschen möglichst nachhaltig durch gesunde Essgewohnheiten zu erhalten, so dass dieser Zweig der Ernährungsmedizin durchaus der oben bereits genannten Vermeidung von Volkskrankheiten zugeordnet werden könnte. Ein weiterer wesentlicher Zweig der Ernährungsmedizin befasst sich mit der medizinisch richtigen Ernährung während und nach Krankheiten, auch im klinischen Bereich. Die Hauptaufgabe der Gesundheitspolitik in diesem Bereich ist die Schaffung des Rahmens für eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen mit dem Ziel, die ernährungsmedizinischen Kenntnisse zum Wohle der Bevölkerung zu erweitern, z.B. durch Gründung von Verbänden.

Der Aufgabenbereich „**Früherkennung von Krankheiten**“ ist für die Gesellschaft von so elementarer Bedeutung, dass diesem Thema verschiedene Abschnitte des Sozialgesetzbuches V gewidmet wurden. Danach sind die Krankenkassen grundsätzlich dazu angehalten, Leistungen zur primären Prävention von Krankheiten anzubieten. Neben anderen Aufgaben sollen die Krankenkassen prioritäre Handlungsfelder beschließen sowie Selbsthilfegruppen, -organisationen und Kontaktstellen fördern[103]. Weiterhin sind die medizinischen Vorsorgeleistungen und Gesundheitsuntersuchungen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (Schwangere, Kinder, Frauen, Männer) geregelt, da Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten meist umso besser sind, je früher eine Krankheit erkannt wird. Gegenüber den Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen haben Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern vor

[102] Website Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin. URL: < http://www.berlin-institut.org/ (Stand 06/2009).
[103] Sozialgesetzbuch, Buch V, Dritter und Vierter Abschnitt, §§ 20 ff.

allem das Ziel, Entwicklungsverzögerungen oder -gefährdungen rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen zur Frühbehandlung und Frühförderung einzuleiten[104].

Hygiene ist die Lehre von der Gesunderhaltung des Menschen zur Vorbeugung insbesondere von **Infektionskrankheiten**[105]. Auch hier gibt es eine Überschneidung in Teilbereichen mit bereits beschriebenen Themen. Das Thema Hygiene berührt verschiedene Ebenen, wie z.B. Personenhygiene, Raumhygiene, Lebensmittelhygiene, aber auch z. B. Hygiene bei der industriellen Produktion von Medikamenten. Für die drei erstgenannten Bereiche sind eine Öffentlichkeitsarbeit, sowie ergänzend der Erlass von Verordnungen etc. der Gesundheitsministerien erforderlich.

Die **Umweltmedizin** befasst sich mit Einflüssen von Umweltfaktoren, wie Schadstoffen in Wasser, Boden, Luft, Lärm und Strahlung auf die Gesundheit der Menschen sowie der Suche und Bestimmung von Schadstoffen in Lebensmitteln, Gebrauchs- und Bedarfsgegenständen. Hierbei wird analysiert, inwieweit bestehende Krankheiten auf Umweltfaktoren zurückzuführen sind, bzw. welche Risiken und Eintrittswahrscheinlichkeiten bestehen, dass Krankheiten aufgrund dieser Faktoren auftreten könnten. Dabei muss eine Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachbereichen, wie z.B. Dermatologie, Gynäkologie oder Pädiatrie erfolgen. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Kinderspielzeug bestimmter bekannter Herstellerfirmen. Aufgabe der Gesundheitspolitik an dieser Stelle ist die Unterstützung der Umweltmedizin sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

Rauchen zählt zu den größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland und kann Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen und chronische Bronchitis verursachen. Bundesweit sterben im Jahr rund 140.000 Menschen an Erkrankungen, die auf das Rauchen zurückzuführen sind[106]. Der **Nichtraucherschutz** obliegt dabei einem starken gesellschaftlichen Wandel. War es noch vor wenigen Jahren undenkbar, die Rechte der Raucher einzuschränken, so ist es mittlerweile untersagt, (mit wenigen

[104] Website Bundesgesundheitsministerium. URL: <www.bmg.bund.de/> (Stand 06/2009).
[105] Website des Statistischen Bundesamtes. URL: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8578> (Stand: 29.04.2012).
[106] Website des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. URL: < http://msagd.rlp.de/> (Stand 07/2009).

Ausnahmen) in öffentlichen Gebäuden, Gaststätten etc. zu rauchen. Hier hat sich die Erkenntnis - auch mit Hilfe des Bundesgesetzes „zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens“ vom 01.09.2007 - durchgesetzt, dass das sogenannte Passivrauchen ebenso gefährlich ist, wie das aktive Rauchen und daher der Schutz der Nichtraucher höher zu bewerten ist, als die Rechte der Raucher.

Impfungen sind vorbeugende Maßnahmen gegen verschiedene Infektionskrankheiten. Ziel einer Impfung ist eine Immunisierung des Körpers gegen bestimmte Infektionskrankheiten, wie z.B. Masern, Mumps, Röteln, Kinderlähmung oder Grippe bzw. Influenza. Umfassende Impfprogramme haben seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts wesentlich zur Reduzierung von Infektionskrankheiten beigetragen. Unterschieden wird dabei zwischen aktiver und passiver Immunisierung. Zu beachten sind auch die mit Impfungen verbundenen Risiken. Wichtig für die Gesundheitspolitik ist das Wissen darüber, welche Erreger für bestimmte Infektionskrankheiten verantwortlich sind, die Unterstützung der Entwicklung von Impfstoffen sowie die die Verbreitung der Impfstoffe auf die jeweiligen Bevölkerungsteile.

2.6. Aufgabengruppe Drogen / Sucht

Dieser Aufgabengruppe sind Sachverhalte, wie Suchtgefahren durch Alkohol, Medikamente oder auch Glücksspiel zugeordnet. Süchte stellen dabei eine zwanghafte Abhängigkeit von Stoffen mit dem Verlangen nach ständig erneuter Einnahme dieser Substanzen dar[107]. Als Drogen gelten diejenigen Wirkstoffe, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermögen. Dazu gehören Alkohol und Tabak ebenso wie z.B. Ecstasy oder Heroin. Neben der Bundesregierung befasst sich auch die Europäische Union mit den Themenfeldern Tabak, Alkohol und illegale Drogen unter den Gesichtspunkten des Gesundheitsschutzes, der inneren Sicherheit, der Zusammenarbeit von Polizei, Zoll und Justiz sowie der regionalen Zusammenarbeit mit Drittstaaten[108].

Etwa 9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren **Alkohol** in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Mio. Menschen davon gelten als alkoholabhängig. Jährlich

[107] Münch, Gerhard/Reitz, Jacques (1996): Grundlagen der Krankheitslehre. Hamburg: Nikol.
[108] Auszug aus dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung des Jahres 2008,

sterben in Deutschland rd. 73.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs[109]. Es liegt daher in der Verantwortung von Gesellschaft, Politik und Wirtschaft, die alkoholbedingten Schädigungen zu reduzieren. Zu den möglichen Maßnahmen gehören gesetzliche Beschränkungen sowie Aufklärungskampagnen über die Gefahren des riskanten Alkoholmissbrauchs.

In ähnlich erschreckender Weise wie bei der Alkoholsucht sind nach Schätzungen des Bundesgesundheitsministeriums rd. 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland abhängig von **Tabletten- bzw. Medikamenten**. Besonders häufig sind Frauen und ältere Menschen von dieser Sucht betroffen[110]. Nach vorliegenden Erkenntnissen werden Medikamentenabhängige durch die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe kaum erreicht. Das größte Abhängigkeitspotential haben dabei Schlaf- und Beruhigungsmittel. Die Bundesregierung hat eine Drogenbeauftragte benannt und ist bestrebt, dieses Thema in der Öffentlichkeit und der Fachpresse verstärkt bekannt zu machen. Eine besondere Verantwortung kommt hierbei den Ärzten und Apothekern zu, weil sie in der Regel den Zugang der Menschen zu Arzneien kontrollieren können.

Das Thema **Rauchen** und Nichtraucherschutz wurde bereits innerhalb der Aufgabengruppe Prävention und Vorsorge betrachtet.

Glücksspielsucht ist ebenfalls eine Krankheit und bestimmt das Alltagsleben süchtig spielender Menschen. Sie nehmen fast jede Gelegenheit wahr, zu spielen und vernachlässigen Familie, Berufsleben und soziale Kontakte. Für die Bundesrepublik Deutschland wird von rd. 100.000 Betroffenen ausgegangen. Weitere 225.000 Menschen weisen ein problematisches Glücksspielverhalten auf, welches möglicherweise zur Spielsucht führen kann[111]. Mit dem Ziel, das Entstehen der Glücksspielsucht zu verhindern sowie das Glücksspielangebot zu begrenzen, ist in den Jahren 2007/2008

[109] Angabe des Bundesgesundheitsministeriums. URL: < www.bmg.bund.de/> (Stand; 07/2009)
[110] Mohn, Karin/Plenter, Cornelia (2006): Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums.
[111] Quelle: Bundesweite Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) des Jahres 2007, veröffentlicht 2008. URL: < http://www.bzga.de/> (Stand 07/2009).

von den Ländern der Bundesrepublik Deutschland ein entsprechender Staatsvertrag erarbeitet und unterzeichnet worden[112].

Als **Drogen** werden Wirkstoffe bezeichnet, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermögen. Gesellschaftlich sind Drogen die Stoffe und Zubereitungen, die primär zur Erzeugung eines Rauschzustandes - mit in der Regel erheblichen negativen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen - verwendet werden. Drogen können dabei in unterschiedliche Gruppen eingeteilt werden, z.B. legal und illegal, pflanzlich und synthetisch etc.. Neben den gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen spielt auch die Beschaffungskriminalität eine erhebliche Rolle. Die Aufgabe der Gesundheitspolitik an dieser Stelle ist zunächst Aufklärung, insbesondere in der Zielgruppe der Jugendlichen, aber auch die Bereitstellung von Beratung sowie medizinischer und psychologischer Hilfe für bereits drogenabhängige Menschen.

2.7. Aufgabengruppe Sonstiges

Unter den Aufgabenbereich „Sonstiges“ fallen alle die Aufgaben der Gesundheitspolitik, die bisher keiner der vorstehenden Aufgabengruppe zugeordnet wurden. Dazu zählen das breite Feld der Finanzierung, Arzneimittel, Pharmaindustrie, Krankenhäuser, 2-Klassen-Medizin sowie Arbeitsschutz, Qualitätsmanagement oder Tiergesundheit, die hier nicht weiter betrachtet werden.

3. Akteure im Gesundheitswesen

3.1. Überblick

In der Bundesrepublik Deutschland spielen gemäß Weber[113] Industrieverbände, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbände, Ärztevereinigungen, Sportverbände, kirchliche Organisationen etc. wichtige, aber jeweils unterschiedliche Rollen im Prozess der

[112] Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag – GlüStV), Inkrafttretung zum 01.01.2008. URL: < http://www.dvtm.net/fileadmin/pdf/gesetze/Gesetz_2008-01-03_Gl%C3%BCcksspielstaatsvertrag.pdf> (Stand: 30.04.2012).
[113] Weber, Jürgen (1977): Die Interessengruppen im politischen System der BRD. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.

Umwandlung gesellschaftlicher Bedürfnisse und Forderungen in politische Entscheidungen. Die unterschiedlichen Interessenvertretungen gehören demnach zum wirksamen Teil der demokratischen Verfassungsordnung der Bundesrepublik, denn sie ermöglichen erst eine differenzierte, den vielfältigen Interessen und Lebenslagen der Bürger, angemessene Problemartikulation. Wo immer Menschen zusammenleben, Entscheidungen treffen und handeln, spielen ihre Interessen eine wichtige Rolle. Die unterschiedlichen Interessen bilden eine Art unsichtbares Kräftefeld, in dem die Wünsche, Ziele und Meinungen der jeweils Handelnden miteinander in Konkurrenz treten oder sich wechselseitig verstärken.

Bereits in den Städten des Mittelalters bestand mit den damaligen Zünften, Gilden und Ständen eine organisierte Gesellschaft, in der die Interessen bestimmter Gruppen vertreten wurden. Allerdings waren dies im Gegensatz zu heute keine freiwilligen Verbände, sondern sie waren selbst integraler Bestandteil einer ständischen Gesellschaft. Diesen Organisationen nicht anzugehören, bedeutete in der Regel einen Ausschluss von Bürgerrechten.

Die Ursachen, die der Entwicklung organisierter Interessengruppen zugrunde lagen und aus kurzfristigen Zusammenschlüssen schließlich teilweise mächtige Organisationen entstehen ließen, lassen sich gemäß Weber auf mindestens fünf Faktoren zurückführen:

- die Beseitigung der ständischen Ordnung durch die Französische Revolution
- die Einführung industrieller Fertigungsmethoden in einer liberalen Wettbewerbsgesellschaft
- der soziale Wandel von Agrargesellschaft in Industriegesellschaft
- die Angst und das Schutzbedürfnis verschiedener Produzentengruppen sowie
- der Funktionswandel des Staates vom reinen Ordnungsgaranten zu einem wirtschaftliche Daten setzenden und die Daseinsvorsorge der Bürger organisierenden Staat.

Nach dem Wechsel zum 19. Jahrhundert lief von England ausgehend eine Welle von Vereinsgründungen durch Westeuropa, die fast alle Lebensbereiche erfasste. Es bildeten sich Gelehrtengesellschaften, Bildungsvereine, Musik- und Theatervereine,

Erbauungsvereine, Sparvereine und andere mehr. Charakteristisch war der vorwiegend private Charakter der Vereinszwecke, als Organisationsform dominierte die kleine lokale Einheit, in der örtliche Honoratioren den Ton angaben[114]. Als Interessengruppe kann demnach eine Anzahl von Menschen begriffen werden, die durch gemeinsame Merkmale – z.B. gleiche berufliche Tätigkeit, Klassenzugehörigkeit, gemeinsames religiöses Bekenntnis oder gleiche Wohngegend – gekennzeichnet ist und die in einem konkreten politischen Zusammenhang ihr spezifisches Interesse vertritt. Die formal-juristische Organisationsform spielt in diesem Zusammenhang eine eher untergeordnete Rolle.

In der Abgrenzung zu Interessengruppen treten Verbände juristisch gesehen in der Regel in der Rechtsform eines Vereins auf. Verbände können aber nicht nur Zusammenschlüsse von Einzelpersonen (also im juristischen Sinne "natürlichen Personen") sein, sondern auch von kleinen Vereinen und damit Unterverbänden (rechtlich also von "juristischen Personen") sein. Sie dienen primär der Interessenvertretung ihrer Mitglieder (oder ihrer Mitglieder-Verbände). In einem Verband werden somit bestimmte Interessen nach außen gegenüber anderen Interessen abgegrenzt. Die grundsätzlichen Aufgaben von Verbänden sind die Aggregation und Artikulation von Interessen sowie die politische Mitwirkung. Sie sind somit Vermittler zwischen Gesellschaft, Wirtschaft und Politik[115] und nehmen Einfluss auf den politischen Willensbildungsprozess. Von den politischen Parteien unterscheiden sich Verbände dadurch, dass diese sich nicht zur Wahl stellen und damit nicht gewählt werden können. Verbände verfolgen vorrangig die Durchsetzung der von ihnen vertretenen Sachziele, während für eine Partei das Machtziel Priorität hat[116]. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht allerdings wird wiederum zwischen Vereinen und Verbänden unterschieden. Gemäß Lösche kann ein Verband auch als eine auf Dauer angelegte Vereinigung, die sich darum bemüht, staatliche Entscheidungen in ihrem Sinn zu beeinflussen, bezeichnet werden.

Abgrenzt werden von Interessenverbänden müssen auch Bürgerinitiativen und Selbsthilfegruppen, die zumeist auf lokale Initiativen zurückzuführen sind. Zu Interes-

---

[114] Alemann, Ulrich von (1987): Organisierte Interessen in der Bundesrepublik. Opladen: Leske und Budrich.
[115] Lösche, Peter (2007): Verbände und Lobbyismus in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.
[116] Schuett-Wetschky, Eberhard (1997): Interessenverbände und Staat. Darmstadt: Primus-Verlag.

senverbänden werden diese dann, wenn sie sich zu regional übergreifenden Verbindungen oder Dachverbänden zusammenschließen.

Der Begriff „Akteur“ entstammt dem englischen Verb „act“ und bedeutet übersetzt „handeln“. Ein Akteur ist somit ein Handelnder; eine Aktion ist eine Handlung. Die interessenbestimmten Handlungen bzw. Interaktionen sind dabei grundsätzlich auf das Erreichen von Zielen ausgerichtet.

Auch in der Gesundheitspolitik bestehen eine Vielzahl von unterschiedlichen Interessen und Interessengruppen. Zu den Interessengruppen zählen die Regierungen des Bundes und der Länder, die Kreise und Kommunen, die Krankenkassen, die Krankenhäuser, die Ärzte, die Patienten, die Gewerkschaften, die Wirtschaftsverbände und andere mehr. Im Nachfolgenden werden die wesentlichen, am Gesundheitswesen beteiligten, Akteure dargestellt.

3.2. Beschreibung einzelner Akteure

3.2.1. Bundesregierung

Auf der Basis des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland übt das Volk die Staatsgewalt aus und hat auch das letzte Wort bei der Kontrolle der wichtigsten Einrichtungen, den fünf „Verfassungsorganen“. Das sind der Bundestag, der Bundesrat mit den gesetzlichen Aufgaben (Legislative), das Bundesverfassungsgericht zur höchsten Rechtsprechung (Judikative) und schließlich der Bundespräsident und die Bundesregierung, die ausführende Aufgaben übernehmen (Exekutive). Die Bundesregierung steuert die politischen und staatlichen Geschäfte und besteht aus dem/der Bundeskanzler/Bundeskanzlerin sowie den Bundesministern/Bundesministerinnen. Trotz Weisungsrecht des Bundeskanzlers gegenüber den Ministern leiten diese innerhalb des politisch festgelegten Rahmens ihren jeweiligen Geschäftsbereich selbständig und eigenverantwortlich. Das ausschließliche Interesse der Bunderegierung gilt dem Wohle des deutschen Volkes bzw. soll dem Wohle des deutschen Volkes gelten. Dazu gehört auch die Mitwirkung bei der Entwicklung der Europäischen Union.

Anzumerken ist, dass auch die Bundesminister in der Regel einer Partei angehören, welche wiederum die Interessen ihrer Klientel verfolgt bzw. vertritt. Darüber hinaus sind auch Bundesminister Teil des sozialen Gesellschaftslebens, indem sie z.B. Mitglied in einem Sportverein sind, einem Wahlkreis vorstehen oder gar in führender Rolle in einem Verband tätig sind. All diese Punkte dürfen zwar keine Rolle bei der Entscheidungsfindung in der Führung des Amtes als Bundesminister spielen, jedoch vollständig ausgeschlossen werden kann dies nicht. Die gleichen Einschränkungen gelten in gleicher Weise bei den nachfolgend beschriebenen Akteuren.

3.2.2. Länderregierungen

Ebenfalls auf der Grundlage des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland ist das Bundesgebiet in sechzehn Länder untergliedert. Für die Untergliederung des Bundesgebietes in Länder spielen Größe und Leistungsfähigkeit eines räumlichen Gebietes, die landmannschaftliche Verbundenheit der Bevölkerung, die geschichtlichen und kulturellen Zusammenhänge, die wirtschaftliche Zweckmäßigkeit sowie die Erfordernisse der Raumordnung eine Rolle[117]. Im Grundgesetz ist aufgeführt, für welche Bereiche ausschließlich der Bund das Gesetzgebungsrecht hat. Das sind beispielsweise die auswärtigen Angelegenheiten, das Passwesen, das Währungs-, sowie das Geld- und Münzwesen. Weiterhin sind im Grundgesetz die in der Gesetzgebung konkurrierenden Gebiete aufgeführt; dazu zählen u.a. das bürgerliche Recht, das Strafrecht, das Vereinsrecht sowie die Angelegenheiten für Flüchtlinge und Vertriebene. Wesentliche Aufgabe der Länder ist die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben[118] (soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen). Weitere Aufgaben sind beispielsweise das Schul- und Hochschulwesen, die Kultur- und Medienpolitik, Justizvollzug, Arbeitsmarktpolitik, Gleichstellung, Innere Sicherheit, Klima- und Naturschutz, Lebensmittelsicherheit sowie die Sozial- und Gesundheitspolitik[119]. Bezogen auf einige dieser Punkte ist allerdings festzustellen, dass der überwiegende gesetzgeberische Rahmen durch die Bundes-

[117] Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Artikel 29 Absatz 1.
[118] Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Artikel 30.
[119] Website der Landesregierung Schleswig-Holstein, URL: < http://www.schleswig-holstein.de/ Portal/DE/LandesregierungMinisterien/LandesregierungMinisterien_node.html> (Stand: 08/2009).

regierung vorgegeben wird und lediglich die Ausgestaltung und Umsetzung dieser Politikbereiche den Ländern obliegen.

Das Interesse der Länder gilt u.a. der langfristigen Sicherung von Arbeitsplätzen, z.B. durch gezielte Förderung eines gesunden Wirtschaftsquerschnitts aus Großunternehmen, Mittelstand und Handwerksbetrieben sowie der Ansiedlung von zukunftsweisenden Technologien, der Förderung der Bildung inklusive der Hochschullandschaft, der Stärkung der kulturellen Identität, der Bewahrung der Umwelt, der nachhaltigen Sicherung des Landeshaushalts[120] sowie der Integration der Migranten.

3.2.3. Landkreise und Kommunen

Die Landkreise und Kommunen bilden das Bindeglied zwischen dem Bürger und den Landesregierungen[121]. Sie sind auf jeweils ihrer Ebene zuständig für die Umsetzung von Bundes- und Landesentscheidungen. Die Aufgabenbereiche sind bei unterschiedlichen Zusammenfassungen ähnlich der den Ländern: Gesundheit/Soziales/Jugend, Schulen/Bildung, Sport/Freizeit, Wirtschaft/Verkehr, Natur/Umwelt, Bauen/Wohnen sowie Finanzen[122].

Vorrangiges Interesse der Kreise und Kommunen ist es, einen für die Bürger attraktiven Wohnort darzustellen. Dazu gehören eine gute Infrastruktur inklusive Verkehrsanbindungen, Gesundheitseinrichtungen, ein gutes möglichst breit gefächertes Bildungsangebot sowie Sport- und Naherholungsmöglichkeiten. Außerdem gehört zu einem attraktiven Wohnort das Angebot von Arbeitsplätzen, welches wiederum durch eine erfolgreiche Wirtschaftsförderung erreicht werden kann.

---

[120] Regierungserklärung des Bayerischen Ministerpräsidenten Horst Seehofer vom 10.12.2008 im Bayerischen Landtag. URL: < http://www.bayern.de/Anlage10126767/Regierungserklaerungdes BayerischenMinisterpraesidentenHorstSeehoferam10Dezember2008imBayerischenLandtag.pdf>. (Stand 01.05.2012).

[121] In verschiedenen Ländern sind zwischen den Kreisverwaltungen und Landesregierungen noch Bezirksregierungen zwischengeschaltet.

[122] Entnommen den Websites der Landkreise Regen (Niederbayern) sowie Wolfenbüttel (Niedersachsen). URL: < http://www.landkreis-regen.de/> sowie <, www.lk-wolfenbuettel.de/> (Stand: 08/2009)

3.2.4. (Ministerial)Bürokratie

In der Vorbereitung von Gesetzesvorhaben fällt der sogenannten Ministerialbürokratie eine besondere Rolle zu. Mit dem Begriff Ministerialbürokratie sind dabei die Entscheidungsträger der Fachabteilungen der Ministerien unterhalb der politischen Ebene gemeint. Beispielsweise das Gesundheitsreformgesetz (GRG) ist in enger Verzahnung von Politik und Ministerialbürokratie entstanden. Die entsprechende Fachabteilung des Bundesministeriums hatte einen längeren zeitlichen Vorlauf, um ein Reformkonzept zu entwickeln, bevor es Regierung, Opposition und Interessengruppen zur Stellungnahme zugeleitet wurde[123]. In diesem speziellen Fall ist es der Ministerialbürokratie gegenüber den Interessengruppen allerdings nicht gelungen, mit dem Wissensvorsprung das Gesetzesvorhaben zu dominieren. Dennoch ist die Ministerialbürokratie bei Gesetzesvorhaben in der Entwurfsphase in der Regel sehr stark beteiligt, so dass diese durchaus als selbständiger Akteur im Gesundheitswesen bezeichnet werden kann.

Unterstützt wird diese Aussage durch das sogenannte Bürokratiemodell von Max Weber, wonach insbesondere die technische Überlegenheit der bürokratischen Organisationen gegenüber der jeweiligen Herrschaft herausgestellt wird. Danach dient der Verwaltungsstab zwar primär der Herrschaftssicherung und der Durchsetzung der Herrschaftsansprüche, aufgrund der technischen Überlegenheit kann diese aber auch gegen die jeweils Herrschenden eingesetzt werden[124].

3.2.5. Ärztekammern

Es bestehen gegenwärtig siebzehn Landesärztekammern (Nordrhein-Westfalen hat zwei Landesärztekammern), die jeweils in der Rechtsform der Körperschaft des Öffentlichen Rechts firmieren. Zur Mitgliedschaft verpflichtet sind alle Ärztinnen und Ärzte, die in dem jeweiligen Land Ihren Beruf ausüben bzw. falls sie den Beruf nicht ausüben, ihren Hauptwohnsitz dort haben. Zu den Aufgaben der Ärztekammern ge-

[123] Geyer, Martin (2008): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 6 (1982 – 1989), Seite 407, Punkt 135. Baden-Baden: Nomos.
[124] Schmid, Günther/Treiber, Hubert (1975): Bürokratie und Politik – Zur Struktur und Funktion der Ministerialbürokratie in der BRD, nach Max Weber. Berlin: Duncker und Humblot.

hören neben der Erhaltung eines „sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Berufsstandes“ die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Ärzteschaft, dabei insbesondere die Berufsaufsicht sowie die Fortbildung und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Als weitere Aufgabe ist festgelegt, dass die Ärztekammern zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen Stellung nehmen sollen[125]. Die Legitimation der Ärztekammern erfolgt über die jeweils von den Ländern erlassenen Heilberufekammergesetze[126]. Für das Land Schleswig-Holstein wird darin beispielsweise festgelegt, dass Ärztekammern als Körperschaften des Öffentlichen Rechts bestehen; Mitgliedschaft und Aufgaben sind dort ebenfalls beschrieben.

Die Bundesärztekammer ist als organisatorischer Zusammenschluss der Landesärztekammern die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen von mehr als 400.000 Ärztinnen und Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland. Die Bundesärztekammer wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit. Der einzelne Arzt gehört der Bundesärztekammer über seine Pflichtmitgliedschaft in seiner regionalen Ärztekammer an[127].

3.2.6. Kassenärztliche Vereinigungen

Um ihre Position gegenüber den Krankenkassen wirksamer vertreten zu können, gründeten die Ärzte im Jahr 1900 den Leipziger Verband, den späteren Hartmannbund. 1931 wurde die Interessenvertretung der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen einer Körperschaft des öffentlichen Rechts mit dem Namen „Kassenärztliche Vereinigung“ übertragen. Während der Zeit des sogenannten Dritten Reichs verloren die Kassenärztlichen Vereinigungen vorübergehend die Autonomie. Ab 1949, mit Gründung der Bundesrepublik Deutschland, erfolgte auch eine Neuordnung der

[125] Auszug aus Website der Landesärztekammer Schleswig-Holstein URL:< http://www.aeksh.de/start/wir_ueber_uns/wir_ueber_uns.html> (Stand: 08/2009) in Verbindung mit § 3 Abs. 1, Punkt 1+2 des Heilberufekammergesetzes (HBKG) Schleswig-Holstein.
[126] Bspw. das Gesetz über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe Schleswig-Holstein (Heilberufekammergesetz – HBKG) vom 29.02.1996. Neben den Ärztekammern sind im HBKG auch Kammern für die übrigen Heilberufe (Apotheker, Psychotherapeuten, Tierärzte und Zahnärzte) festgelegt. URL: <http://www.aeksh.de/aerzte/arzt_und_recht/rechtsgrundlagen/heilberufe kammergesetz/heilberufekammergesetz.htm> (Stand: 08/2009).
[127] Quelle: Website der Bundesärztekammer, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.13> (Stand: 08/2009).

gesetzlichen Krankenversicherung. Der Wiederaufbau der ärztlichen Selbstverwaltung stand im Zeichen des Interessenausgleichs zwischen Kassenärzten und Krankenkassen. An Stelle der Einzelverträge traten der Gesamtvertrag und die Gesamtvergütung mit den Krankenkassen. Die niedergelassenen Ärzte hatten damit eine gesetzlich verankerte Interessenvertretung[128].

Im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik Deutschland wurde festgelegt, dass die Kassenärztlichen Vertragsärzte zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche sowie eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bilden[129].Danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern[130].

Zu den wesentlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung gehört auch die Abrechnung der allermeisten ambulanten kassenärztlichen Leistungen. Die Vergütungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch Gesamtverträge geregelt[131], das heißt, in der Folge entrichten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung, die diese nach festen Kriterien an die Vertragsärzte weiterleitet.

Weiterhin ist gesetzlich festgelegt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder eine Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden. Beide Gremien können zudem die für sie zuständigen Bundes- und Landesbehörden insbesondere in Fragen der Rechtsetzung kurzzeitig personell unterstützen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist die politische Interessenvertretung der Vertragsärzte auf Bundes-

---

[128] Quelle: Website der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, URL: <http://www.kvbawue.de/ueber-uns/historie/ > (Stand: 09/2009).
[129] § 77 (1) Satz 1 SGB V.
[130] Auszug aus den Statuten über die Durchführung von Gemeinschaftsausgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein vom 02.11.2011. URL: < http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=373 (Stand 05.05.2012).
[131] § 82 (2) SGB V.

ebene. Als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist sie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts[132].

3.2.7. Gesetzliche Krankenkassen

Bis zur Industriellen Revolution in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die soziale Fürsorge traditionell von Familien, Gemeinden und Kirche getragen. Mit der Industriellen Revolution jedoch zogen viele vorherige Landarbeiter in die Städte und verloren damit dieses Sicherungsnetz. Von staatlicher Seite gab es zunächst keine ausreichenden Maßnahmen, die die Arbeiterschaft vor den Folgen von Krankheit, Unfall und Tod schützten. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Elends der Arbeiterschaft auf der einen Seite und damit der Verschärfung des Konflikts zwischen Arbeitern und Unternehmern auf der anderen Seite trat im Jahr 1883 das Gesetz über die Krankenversicherung in Kraft. In kurzen Abständen folgten die Gesetze über Unfallversicherung sowie Alters- und Invalidenversicherung[133].

Der zwischenzeitlich gesetzliche Versorgungsauftrag der Krankenkassen ergibt sich aus dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V): Danach hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Krankenkassen stellen den Versicherten die entsprechenden Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung. Die Leistungen der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert, die von Mitgliedern und Arbeitgebern entrichtet werden. Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung[134]. Im Jahr 2003 gab es bundesweit 324 selbständige, gesetzliche Krankenkassen, mit insgesamt 50,8 Mio. Mitgliedern und einem Ausgabenvolumen von 136,0 Mrd. €[135]. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt betragen die Gesundheitsausgaben - insgesamt - mit 11,3 % mit zunehmender Tendenz einen erheblichen Anteil.

---

[132] Gemäß Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin. URL: < http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/83.html > (Stand: 09/2009).
[133] Tode, Sven/Müller-Lutz, Fabian/Engel, Sandra (2009): Techniker Krankenkasse, 125 Jahre Innovation und Sicherheit. Hamburg: Hanseatischer Merkur.
[134] Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), §§ 1-4, jeweils Satz 1.
[135] Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Leck: Clausen & Bosse.

Es gibt sechs Kassenarten, die bundesweit oder regional organisiert sind: Ersatzkassen, Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Knappschaften, Innungskrankenkassen sowie Landwirtschaftliche Krankenkassen. Gemäß Sozialgesetzbuch bilden die einzelnen Krankenkassen Landesverbände und diese wiederum je einen Bundesverband[136]. Die Aufgaben der einzelnen Bundesverbände sind mit Wirkung vom 01.07.2009 auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) übergegangen[137]. Seine Gründung geht zurück auf die Gesundheitsreform 2007 und war eine Entscheidung des Deutschen Bundestages. Die Aufgaben sind u.a. Abschluss von Verträgen für die Mitglieder und die Krankenkassen, Entscheidung von Zuständigkeitskonflikten sowie zentrale Vertretung der Mitglieder und Krankenkassen.

3.2.8. Private Krankenversicherungen

Das Sozialgesetzbuch regelt ebenfalls, welche Personengruppen von der Krankenversicherungspflicht befreit sind. Neben Arbeitern und Angestellten, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, sind dies insbesondere Beamte und sonstige Beschäftigte des Bundes, der Länder etc., wenn sie aufgrund anderer Vorschriften bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge, auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben[138].

Neben den Gesetzlichen Krankenkassen bestehen rd. 50 Private Krankenversicherungsgesellschaften, die insgesamt 16,2 Mio. Mitglieder vertreten, von denen rd. die Hälfte Zusatzversicherte sind. Das Ausgabenvolumen der Privaten Krankenversicherungen beträgt 20,6 Mrd. €[139]. Repräsentiert und vertreten werden die Privaten Krankenversicherungen (PKVs) durch den PKV-Bundesverband. Der Verband bezieht Stellung zu sozial- und ordnungspolitischen Fragen, er nimmt an parlamentarischen

[136] §§ 207+212 SGB V.
[137] § 217a SGB V, § 217 ist entfallen.
[138] § 6 SGB V
[139] Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Leck: Clausen & Bosse.

Anhörungen teil und bringt die PKV-Positionen in die nationale und europäische Gesetzgebung ein[140].

3.2.9. Krankenhäuser

In der Neuzeit erfolgten die ersten Gründungen von Krankenhäusern in Deutschland Anfang des 18. Jahrhunderts als Pestkrankenhäuser, als Heilanstalten oder sogenannte Tollhäuser, zumeist mit dem Ziel, eine Trennung der kranken Personen von der übrigen Bevölkerung zu erreichen[141]. Erst mit fortschreitenden medizinischen und hygienischen Kenntnissen entwickelten sich diese Anstalten über Hospize zu für Kriegsfolgen notwendige Lazarette und schließlich etwa Mitte des 19. Jahrhunderts zu Krankenhäusern mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

Nach gegenwärtigem Verständnis sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können[142].

In Deutschland gibt es gegenwärtig etwa 2.100 Krankenhäuser mit insgesamt rd. 507.000 Betten, in denen pro Jahr insgesamt 17,2 Millionen Patientinnen und Patienten behandelt werden. Die durchschnittliche stationäre Behandlungszeit beträgt dabei 8,3 Tage. Von den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen entfallen etwa ein Drittel, das entspricht rd. 45 - 50 Mrd. €, auf die Krankenhäuser. In den Krankenhäusern sind rd. 792.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt[143]. Unterschieden werden die Krankenhäuser u.a. nach ihrer jeweiligen Versorgungsstufe. Es gibt Krankenhäuser der Grund-, der Regel-, der Schwerpunkt- sowie der Maximalversorgung.

---

[140] Website des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen, Köln. URL: < http://www.pkv.de/ verband/ > (Stand 09/2009).
[141] Website der Charité, Berlin. URL: < http://www.charite.de/charite/ organisation/geschichte/> (Stand 09/2009).
[142] Gemäß § 2, Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).
[143] Websites der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie des Bundesministeriums für Gesundheit. URL: < http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/23/aid/2/title/Aufgaben_und_Ziele> sowie <http://www.bmg. bund.de/> (Stand 09/2009).

Ursprünglich waren die Krankenhäuser zumeist in kirchlicher oder öffentlicher Trägerschaft, in den letzten Jahren ist jedoch eine Zunahme der Krankenhäuser in privater Trägerschaft zu verzeichnen, wogegen sich die Anzahl der Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft vermindert. Die unterschiedlichen Krankenhausträger haben sich zur Wahrung ihrer Interessen zunächst zu 28 Mitgliedsverbänden zusammengeschlossen (16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände). Einer der Spitzenverbände ist der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), welcher die Interessen der über 30 Universitätsklinika Deutschlands vertritt[144].

Auf Bundesebene ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Dachverband der Spitzen- und Landesverbände der Krankenhausträger[145]. Sie unterstützt ihre Mitglieder bei der Erfüllung ihrer Aufgaben auf dem Gebiet des Krankenhauswesens, sorgt im Zusammenspiel mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und unterstützt staatliche Körperschaften und Behörden bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzesvorhaben auf nationaler und europäischer Ebene[146]. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist Teil der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

3.2.10. Wissenschaft und Forschung

Forschung bedeutet das systematische Streben nach Erweiterung des Erkenntnissstandes, um die Lebensgrundlagen des Menschen zu erhalten oder zu verbessern[147]. Damit ist sie von zentraler Bedeutung für die Gesellschaft und die Wirtschaft. Innerhalb der Forschung wird unterschieden nach Grundlagenforschung sowie angewandter Forschung.

---

[144] Website des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands, Berlin. URL; <http://www.uni klinika.de/vud.php/cat/35/aid/62/title/Aufgaben>. (Stand: 05.05.2012).
[145] § 108a SGB V.
[146] Website der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. URL: <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/23/aid/2/title/Aufgaben_und_Ziele > (Stand: 09/2009).
[147] Website der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren e.V., Berlin. URL: < http://www.helmholtz.de/ueber_uns/>.(Stand: 05.05.2012).

Grundlagenforschung erfolgt zumeist an Universitäten bzw. universitären Einrichtungen oder sonstigen gemeinnützigen Forschungsorganisationen. Angewandte Forschung dagegen ist zweckgebunden und verfolgt als Ziel in der Regel die Lösung eines bestimmten Problems und findet sich sowohl an Hochschulen, aber auch in der freien Wirtschaft. In der Gesundheitsforschung werden neue oder bessere Diagnoseverfahren und Therapien entwickelt, es werden neue Ansätze und Wege zur Prävention gesucht, die dazu beitragen sollen, Lebensqualitäten zu verbessern sowie Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen. Der medizinische Fortschritt soll ferner dazu beitragen, Kosten zu senken. Neue Operationstechniken sollen eine schonendere Behandlung der Patienten und zugleich einen kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus ermöglichen[148].

Wesentliche Akteure aus dem Bereich Forschung sind das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die bundesweit etwa 300 Universitäten und Fachhochschulen sowie die unterschiedlichen Forschungsinstitute, Forschungsgemeinschaften und Stiftungen.

3.2.11. Wirtschaft

Ein Teil der angewandten Forschung erfolgt als zweckgebundene Auftragsforschung im Auftrag von Pharmazie- oder sonstigen Wirtschaftsunternehmen, z. B. um gezielt Produkte eines bestimmten Unternehmens am Markt zu platzieren. Das Arzneimittelgesetz sieht darüber hinaus vor, dass die allermeisten Arzneimittel einer Zulassungspflicht unterliegen und hierfür differenzierte Nachweise für Wirkung und Nebenwirkung etc. der Arzneien erbracht werden müssen[149]. Somit gehen Wirtschaft und Forschung hinsichtlich des Nutzens quasi eine Symbiose ein, die zudem in der Regel im Interesse einer besseren medizinischen Versorgung der Patienten liegen sollte.

[148] Website des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Berlin. URL: < http://www.bmbf.de/de/gesundheitsforschung.php> (Stand: 09/2009).
[149] § 21 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 24.08.1976. URL: < http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf> (Stand 05.05.2012).

Das Interesse der Wirtschaft am Gesundheitswesen geht aber weit über die Herstellung von Arzneimitteln hinaus. Das Gesundheitswesen ist ein eigener Wirtschaftszweig. Bei einem Ausgabevolumen allein der Gesetzlichen Krankenkassen von 136 Mrd. € im Jahr 2003 entspricht das bei einer angenommenen Personalquote von rd. 70 % einem Sachaufwand des Gesundheitswesens von rd. 40 Mrd. €, dem Umsätze der Wirtschaft gegenüberstehen. Wesentliche Teile hiervon entfallen auf Laborbedarfe, Medizintechnik sowie Heil- und Hilfsmittel für die Patienten. Nicht in den Kosten der Gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind z.B. die Investitionen und Instandhaltungen der notwendigen Gebäude und die hieraus folgenden Umsatzmöglichkeiten.

Das Interesse der Wirtschaft insgesamt sind Umsatz und Gewinn aus der Geschäftsbeziehung zu Arztpraxen, Gesundheitszentren und Krankenhäusern. Innerhalb der Einzelunternehmen gibt es dabei aber mit der Fokussierung auf langfristige oder ggf. kurzfristige Unternehmensziele unterschiedliche Prioritäten.

3.2.12. Gewerkschaften

Gewerkschaften sind Arbeitnehmervereinigungen zum Zwecke der Durchsetzung von Arbeitnehmerinteressen in den Bereichen Arbeitsentgelt, Arbeitszeit, Arbeitsschutz, Aus- und Fortbildung etc.. Hervorgegangen aus der Arbeiterbewegung im Zuge der Industrialisierung gelang es den Gewerkschaften im Laufe der Nachkriegszeit immer deutlicher, auch als allgemeiner gesellschaftlicher Vertreter der arbeitenden Bevölkerung politisch und institutionell anerkannt zu werden.

Nachdem die Mitgliederzahl beim DGB im Jahr 1991 in Folge der deutschen Wiedervereinigung zunächst sprunghaft anstieg[150], ist in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten jedoch u.a. aufgrund der Individualisierung der Gesellschaft ein erheblicher Mitgliederschwund auch bei den Gewerkschaften zu verzeichnen gewesen. Ein weiterer Grund für den Mitgliederschwund ist die stetige Veränderung der Wirtschaftsstruktur innerhalb Deutschlands. Die Anzahl der Arbeiter im produzierenden Gewerbe, die den Grundstock für die Mitgliederschaft in den Industriegewerkschaften bilden, nimmt

[150] Website des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB), Berlin. URL: < http://www.dgb.de/uber-uns/dgb-heute/mitgliederzahlen/1950-1993 (Stand 09/2009).

ab, wogegen die Anzahl der Angestellten im Dienstleistungsbereich tendenziell zunimmt. Im Jahr 2001 erfolgte aus dem Zusammenschluss von mehreren einzelnen Dienstleistungsgewerkschaften die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di). Gerade in den letzten Jahren ist aber zusätzlich die Tendenz zu erkennen, dass bestimmte Schlüssel-Berufsgruppen, wie Ärzte, Piloten, Lokführer etc. versuchen, ihre Einzelinteressen durch kleinere, aber zumeist effektive Gewerkschaften durchzusetzen.

Gesetzliche Grundlagen für die Arbeitnehmervertretungen bilden das Betriebsverfassungsgesetz[151] sowie das Mitbestimmungsgesetz[152]. Im Betriebsverfassungsgesetz sind u.a. die Voraussetzungen für die Bildung von Betriebsräten, deren Größe und Zusammensetzung geregelt. Im Mitbestimmungsgesetz ist u.a. geregelt, dass in Aktiengesellschaften ab einer bestimmten Größe Arbeitnehmervertreter den Aufsichtsgremien angehören müssen.

3.2.13. Sozial- und Wohlfahrtsverbände

Sozial- und Wohlfahrtsverbände sind Zusammenschlüsse bestimmter Personengruppen und vertreten die Interessen von Menschen mit Behinderungen, Chronisch Kranker, Kriegsgeschädigter, Seniorinnen und Senioren und auch Patientinnen und Patienten gegenüber u.a. der Politik und an den Sozialgerichten[153].Es gibt eine Vielzahl von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden unterschiedlicher Größe und Ausrichtung. Es handelt sich dabei zumeist um gemeinnützige Organisationen, die ihr Handeln an religiösen oder politischen Überzeugungen orientieren. Ein wesentlicher Teil der Arbeit der Sozial- und Wohlfahrtsverbände erfolgt durch ehrenamtliche Arbeit, allerdings nimmt die Anzahl der Menschen, die sich im Rahmen von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden engagieren, ähnlich der Zahl der Gewerkschaftsmitglieder, stetig ab.

[151] Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) vom 15.01.1972, zuletzt geändert am 29.07.2009.
[152] Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer (Mitbestimmungsgesetz - MitbestG) vom 04.05.1976, zuletzt geändert 22.12.2011.
[153] Website des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V. (ehemals Verband deutscher Kriegsgeschädigten), URL: < http://vdk.de/cgi-bin/cms.cgi?ID=de2&SID=hjs7mk7hRERpvLjsRXwlXbyMb3YE1T> (Stand: 09/2009).

Als Akteure im Gesundheitswesen treten die Sozial- und Wohlfahrtsverbände vor allem aufgrund der vielen ehrenamtlichen Mitarbeiter und der damit verbundenen Resonanz in der Öffentlichkeit als Patientenvertretungen auf.

3.2.14. Medien, Öffentlichkeit

Als weitere Akteure, wenn auch nicht im direkten Sinne, sind die Medien zu nennen. Medien, d.h. regionale und überregionale Zeitungen, Boulevardblätter, Fernsehen, Rundfunk und zunehmend auch das Internet, haben in der Politik primär beschreibende Funktionen. Ihre politische Hauptaufgabe in Demokratien besteht darin, Politik transparent zu machen. Ihre Rolle geht aber weit über die des reinen Informationsgebers hinaus. So können in der Öffentlichkeit dargestellte Sachverhalte oftmals erheblichen Einfluss auf die Entscheidungsprozesse, u.a. auch im Gesundheitswesen, nehmen; denn Medien informieren nicht nur über Nachrichten, sondern sie bieten auch Orientierung darüber, wie Nachrichten einzuschätzen und vom Bürger zu bewerten sind. Diese Orientierung geschieht schon durch die Auswahl und Platzierung von Nachrichten sowie ggf. auch das Herausstellen von Teil-Nachrichten. Dabei kann eine Berichterstattung weitgehend objektiv erfolgen, sie kann aber auch mit dem Ziel einer subjektiven Beeinflussung verbunden sein. Durch Berichte in den Medien können die übrigen Akteure zu Stellungnahmen und Beiträgen herausgefordert werden, die dann wiederum Einfluss auf künftige Entscheidungen und Gesetzgebungsverfahren nehmen können[154].

II. Schwerpunkte der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins

1.0. Vorbemerkungen / Ausgangslage

In den ersten Jahren nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs war die damalige Provinz Schleswig-Holstein einerseits durch die erhebliche Zerstörung der großen Städte (wie Kiel oder Lübeck) sowie andererseits durch den massiven Zuzug von Flüchtlin-

[154] Eilders, Christiane/Neidardt, Friedhelm/Pfetsch, Barbara (2004): Die Stimme der Medien. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.

gen insbesondere aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten gekennzeichnet. Lebten vor dem Zweiten Weltkrieg in Schleswig-Holstein knapp 1,6 Mio. Menschen, so hatte sich die Einwohnerzahl trotz erheblicher Kriegsverluste in den Folgejahren (bis 1949) auf 2,8 Mio. Menschen erhöht[155]. Schleswig-Holstein war damit die Region in Deutschland mit dem anteilsmäßig höchsten Zuzug von Flüchtlingen und Vertriebenen. Mit der Zerstörung und dem Flüchtlingsansturm waren eine katastrophale Wohnraumversorgung und eine ebensolche katastrophale Versorgung der Bevölkerung mit Lebensmitteln verbunden. Beide zusammen, ergänzt um die zwangsläufig mangelnde Hygiene, bildeten den idealen Nährboden für (Infektions-) Krankheiten.

Schleswig-Holstein gehörte gemäß der Zonenabkommen der Siegermächte von 1944 zur britischen Besatzungszone. Nach der Kapitulation des Deutschen Reiches übten die britischen Besatzungsbehörden die uneingeschränkte Regierungsgewalt aus. Im Juni 1945 erklärte der Befehlshaber der britischen Militärregierung als oberste Ziele Nahrung, Obdach und Freisein von Krankheit für die schleswig-holsteinische Bevölkerung[156]. Bereits im September 1945 wurde die Bildung von politischen Parteien wieder zugelassen. Im November 1945 wurde Theodor Stelzer (CDU) zum Oberpräsidenten ernannt. Die erste Sitzung des Provinzial-Landtages fand im Februar 1946 statt, im April 1946 wurden sieben Hauptausschüsse gewählt, unter diesen auch der Hauptausschuss für das Gesundheitswesen. Anstelle der Begriffe „Hauptausschüsse“ und „Vorsitzende der Hauptausschüsse“ wurden im Mai 1946 die Begriffe „Ministerien“ und „Minister“ gebilligt. Im Juni 1946 wurde die „Vorläufige Verfassung des Landes Schleswig-Holstein“ verabschiedet. Im April 1947 erfolgte die erste Landtagswahl in Schleswig-Holstein nach dem Zweiten Weltkrieg; Ministerpräsident wurde Hermann Lüdemann (SPD). Ab dem Jahr 1947 verbesserte sich gemäß Hübner, wenn auch zunächst sehr langsam, die wirtschaftliche Situation der Bevölkerung. Mit Unterzeichnung des Deutschland-Vertrages durch die drei Siegermächte (USA, Großbritannien und Frankreich) im Mai 1955 endete das Besatzungsregime in der Bundesrepublik Deutschland. Der Bundesrepublik Deutschland wurde demge-

[155] Hübner, Eckhard (2009): Schleswig-Holsteins Weg in die Bundesrepublik - vom Weltkriegschaos zum demokratischen Aufbruch. Kiel: Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein.
[156] Erste Ausgabe des „Kieler Nachrichtenblattes der Militärregierung“ vom 04.06.1945, Erklärung des Oberbefehlshabers des britischen Besatzungsgebietes, Feldmarschall B.L. Montgomery, Quelle: Hübner, Eckhard (2009): Schleswig-Holsteins Weg in die Bundesrepublik - vom Weltkriegschaos zum demokratischen Aufbruch. Kiel: Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein.

mäß die volle Macht eines souveränen Staates über ihre inneren und äußeren Angelegenheiten übertragen.

Historisch sind die Krankenhäuser innerhalb Deutschlands im Wesentlichen isoliert und unkoordiniert entstanden. So hatte sich das Krankenhauswesen auch in Schleswig-Holstein aus dem Prinzip freiwilliger Krankenpflege entwickelt, ohne dass es entscheidender staatlicher Initiative bedurfte[157]. In erster Linie hatten sich die Gemeinden und Gemeindeverbände sowie freie gemeinnützige Vereinigungen des Krankenhauswesens angenommen. Erst in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten, haben die Länder Fördermittel für das Krankenhauswesen zunehmend unter dem Gesichtspunkt der strukturellen Ordnung und Verbesserung des Krankenhauswesens gewährt.

Vor dem Zweiten Weltkrieg genügte in Schleswig-Holstein für die allgemeine Krankenhausversorgung der Bevölkerung ein Bettenbestand von etwa 5 ‰[158]. Nach dem Ende des Krieges entstand infolge der Umwandlung zahlreicher Lazarette in Hilfskrankenhäuser in Schleswig-Holstein zunächst ein erheblicher Bettenüberhang. Im Laufe der Jahre erfolgte dann die Auflösung der teilweise in Baracken untergebrachten Hilfskrankenhäuser; einige Krankenhäuser wurden saniert, weitere sind hinzugekommen. Ende der 50er Jahre wurde dann in Anlehnung an eine bundesweite Empfehlung von einer Bedarfsziffer für allgemeine Krankenhausbetten von 6 – 6,5 ‰[159] ausgegangen. Allerdings muss dabei bedacht werden, dass die Anzahl der Einwohner von Schleswig-Holstein sich in diesem Zeitraum von 1,5 Mio. (1938) auf 2,3 Mio. (1959) erhöht hat, so dass sich auch die Zahl der vorzuhaltenden Krankenhausbetten von ca. 7.400 Betten auf ca. 14.000 Betten erhöht hat.

Neben den Krankenhäusern für die allgemeine Krankenversorgung bestanden und bestehen in erheblichem Umfang Ressourcen für psychiatrische Behandlungen. Die Anzahl der notwendigen Betten unterlag dabei im Zeitablauf ebenfalls erheblichen Schwankungen. Vor dem Zweiten Weltkrieg waren in Schleswig-Holstein rd. 6.000

[157] Aufsatz „Das Krankenhauswesen in Schleswig-Holstein“, Innenministerium - I 63 - vom 01.03.1962 (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[158] Entspricht bei 1,5 Mio. Einwohnern im Jahr 1938 rd. 7.500 Betten.
[159] Gemäß Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder von 1959, Quelle: Aufsatz „Das Krankenhauswesen in Schleswig-Holstein“ Innenministerium - I 63 - vom 01.03.1962, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Betten für sogenannte „Geisteskranke“ vorhanden. Unmittelbar nach dem Krieg sank diese Anzahl auf nur noch rd. 2.200 Betten, wobei in den weiteren Nachkriegsjahren wiederum eine erhebliche Zunahme zu verzeichnen war. Konzentriert war diese Bettenzahl überwiegend in den drei großen Landeskrankenhäusern des Landes. Seit etwa 1970 erfolgte der Ausbau der gemeindenahen Versorgung bei gleichzeitiger Verkleinerung der Landeskrankenhäuser. Diese Entwicklung hält grundsätzlich bis zur Gegenwart an.

Um eine systematische und sachgerechte Bewertung der Gesundheitspolitik über den Betrachtungszeitraum von 50 Jahren vornehmen zu können, war es zunächst erforderlich, in einem ersten Schritt den Gesamt-Betrachtungszeitraum in mehrere Zeitabschnitte zu unterteilen. Als Ende eines Zeitabschnitts ist dabei in der Regel die jeweilige Veröffentlichung der Krankenhausplanung gewählt worden. In einem weiteren Schritt wurden die gesundheitspolitischen Sachverhalte in die Bereiche „allgemeine Gesundheitspolitik“ und den Schwerpunkt „Krankenhaussektor“ unterteilt. Zur weiteren Analyse der Gesundheitspolitik war es notwendig, verschiedene Bewertungskriterien zu formulieren. Eingeschränkt werden muss jedoch, dass sich die Analyseschritte oftmals nicht nur auf jeweils einzelne Ereignisse bzw. Handlungen eingrenzen lassen. Der Grund hierfür ist, dass eine Mehrzahl scheinbar zunächst unterschiedlicher Sachverhalte der Gesundheitspolitik miteinander verbunden sind und insbesondere auch im Zeitablauf im Zusammenhang betrachtet werden müssen. Dies wird z.B. besonders deutlich in der Betrachtung der Bemühungen zur Begrenzung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die in unterschiedlicher Ausprägung über mehrere Zeitabschnitte hinweg andauern.

Eine weitere Herausforderung innerhalb der Analyse der Gesundheitspolitik lag in der Reduzierung der Vielzahl der zugrunde liegenden Unterlagen, wie Vermerke, Stellungnahmen, Protokolle, Schreiben, Pressemitteilungen etc. auf eine begrenzte Anzahl von Eckdaten.

1.1. Zeitabschnitt 1955 – 1966

1.1.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Am 15.01.1953 fand die Gründungsversammlung des Landesausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung in Kiel statt. Vorsitzender in der Zeit von 1953 bis 1955 war der damalige Direktor der Kieler Universitätsfrauenklinik, Prof. Dr. Philipp. Ziele des Vereins waren, die Erkenntnis vom Wesen der Krebskrankheit zu vertiefen, die Bevölkerung über die Krebskrankheit aufzuklären, die Behandlung der Krankheit so wirkungsvoll wie möglich zu gestalten sowie für den Ausbau der öffentlichen und privaten Fürsorge für Krebskranke einzutreten[160]. Nachfolgeorganisation des Landesausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung ist die Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft[161].

Der Vorsitzende des Landesgesundheitsbeirates, Herr Prof. Dr. Klose, wurde mit Schreiben vom 19.03.1955 vom Innenministerium gebeten, eine Äußerung des Landesgesundheitsbeirates zur Frage herbeizuführen, ob die Einführung einer allgemeinen Prophylaxe gegen Kinderlähmung durch einen bestimmten Impfstoff der Behringwerke nach dem damaligen Stande der wissenschaftlichen Erkenntnis, des Herstellungsverfahrens sowie der amtlichen Prüfung auf Wirksamkeit und Ungefährlichkeit den Kommunalverwaltungen des Landes empfohlen und ggf. aus Landesmitteln gefördert werden könnte. Vorangegangen waren Presseveröffentlichungen außerhalb Schleswig-Holsteins, nach denen sich dieser bestimmte Impfstoff der Behringwerke gegen Poliomyelitis in einer großen Zahl von Impfungen in der Bundesrepublik bewährt hätte und eine Anfrage der Städte und Kreise des Landes erwartet würde[162].

Im Juni 1955 befassten sich zunächst das Innenministerium und weiterhin der Ministerpräsident und das Kabinett mit der Übereignung des von der Stiftung des Tuberkulose-Forschungsinstitutes Borstel genutzten Geländes an ebensolche. Gemeinsame Anteilseigner der Stiftung waren die Länder Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen

---

[160] Protokoll der Vorstandssitzung des Schleswig-Holsteinischen Landesausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung vom 31.01.1955 sowie Auszug aus der Satzung des Vereins mit Stand vom 01.04.1957, (LAS, Abt. 761, Bd.1).
[161] Website der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e.V., URL: <http://www.krebsgesellschaft-sh.de/de/geschichte.htm> (Stand: 06.05.2012).
[162] Gemäß Schreiben Innenministerium - I 60 - vom 19.03.1955, (LAS, Abt. 761, Bd.1).

sowie u.a. die Landesversicherungsanstalten dieser Länder. Das Areal bestand aus einer „verkehrsfernen“ Fläche von 17 ha im Kreis Segeberg und war bebaut mit einem Behelfskrankenhaus, einem „völlig verwohnten und z.T. verwüsteten“ Schloss und ebensolchen verwahrlosten Nebengebäuden. Ursprünglich beanspruchte eine Nachkriegsorganisation der Alliierten das Eigentum an dem Gelände, welches dann auf das Land Schleswig-Holstein übertragen wurde. Geplant war hingegen bereits bei Stiftungsgründung im Jahr 1947, dass die Stiftung selbst Eigentümer des Areals werden sollte. In den Jahren seit der Gründung wurden dort von den Stiftern über 1 Mio. DM an Baukosten investiert und das Institut hatte zwischenzeitlich als Forschungsinstitut Weltruf erlangt. Einer vom Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein beantragten unentgeltlichen Übertragung des Eigentums wurde seitens des Finanzministeriums nicht zugestimmt, wohl aber einem Kaufpreis von 250.000 DM als unterste Grenze dessen, was vertretbar schien[163].

Am 08.06.1955 fand die erste Vollsitzung der zweiten Amtsperiode des Landesgesundheitsbeirates statt. Seitens der Landesregierung, vertreten durch Herrn Ministerialdirektor Wormit, bestand die feste Absicht, diesen Beirat als ein repräsentatives Gremium für das Gebiet des Gesundheitswesens und damit als Plattform für eine umfassende Beratung, eingehende und objektive Unterrichtung und Kritik gegenüber der Regierung anzusehen. Der Beirat sollte in keiner Weise eine konkurrierende oder störende Tätigkeit gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Landtages darstellen. Unabhängig davon, wie Parteien zu Sachverhalten stünden, sollten im Beirat die Sachkunde und das Gewicht der Argumente entscheidend sein. Prof. Dr. Klose wurde als Vorsitzender des Gremiums bestätigt. Der Beirat bestand aus insgesamt 20 Beiratsmitgliedern (z.B. Zahnärztekammer, Ärztekammer, Verband der Landeskrankenkassen, Tierärztekammer, Landesversicherungsanstalt, Apothekerkammer, Universitätsprofessoren), zehn Behördenvertretern sowie in der ersten Sitzung fünf Gästen[164]. Inhaltlich befasste sich der Landesgesundheitsbeirat in dieser Sitzung auch mit der Frage der Empfehlung der Einführung einer Impfung gegen Kinderlähmung. Die besondere Tragweite dieser Frage ergäbe sich aus der bekannten Gefährdung der gesamten Bevölkerung aller Altersstufen und aller sozialen Schichten durch die-

[163] Siehe Kabinettsvorlage Nr. 74/55 des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein vom 31.05.1955 sowie nachfolgendem Schreiben des Finanzministers vom 06.06.1955, (LAS, Abt.605, Bd. 2).
[164] Gemäß Protokoll und Anwesenheitsliste der 1. Vollsitzung des Landesgesundheitsbeirates vom 08.06.1955, (LAS, Abt. 761, Bd.1).

se Seuche, die in aller Welt in den vergangenen Jahren mit bis dahin nicht erlebten Erkrankungsziffern und besonderer Gefährlichkeit des Krankheitsverlaufes aufgetreten wäre[165].

In einer weiteren Sitzung, am 23.11.1955, beantwortete der Landesgesundheitsbeirat die Frage nach der Notwendigkeit und den Erfolgsaussichten einer jugendpsychiatrischen Klinik in Schleswig-Holstein. Der Landesgesundheitsbeirat bejahte einstimmig die dringende Notwendigkeit und die günstige Erfolgsaussicht einer solchen Klinik[166].

Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtete in der Ausgabe von März 1955 über den Umfang der sozialen Krankenversicherung. Das Anwachsen der Pflichtversicherten von 54,3 % im Jahr 1954 gegenüber 51,4 % im Jahr 1951 sei demnach auf die zusätzliche Schaffung von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zurückzuführen. Eine bedeutende Belastung erfahre die soziale Krankenversicherung durch den wachsenden Umfang der Krankenversicherung der Rentner. Die steigende Tendenz (von 16,1 % auf 16,6 % des Anteils der Bevölkerung) sei auf die erhöhte Lebenserwartung zurückzuführen. Beklagt wurde zudem der Anstieg des Verbrauchs an Arzneien, welcher von den Rentnern sowie den Angehörigen der Pflichtversicherten ausgegangen wäre. In den ersten Jahren nach Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung hatten die Angehörigen Anspruch auf 50 % ihrer Auslagen; ab 1951 wurden die Angehörigen den Versicherten gleichgestellt, so dass die Kassen in Schleswig-Holstein und wenigen anderen Ländern der Bundesrepublik die Gesamtkosten der Auslagen trugen. Betont wurde, dass der Wille des Gesetzgebers von den Kassenverwaltungen mehr und mehr übertroffen wurde[167].

Am 21. und 22.05.1955 fand in Kiel der Schleswig-Holsteinische Ärztetag statt. Themen waren „Patient, Arzt und Sozialversicherung“ sowie Aufgaben und Grenzen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge“. Die Gesundheitsämter erfüllten demnach die Aufgaben des Gesundheitsschutzes, wie z.B. Ortshygiene, Lebensmittelhygiene, Verhü-

---

[165] Ausführungen des Vorsitzenden Prof. Dr. Klose im Verlauf der 1. Vollsitzung des Landesgesundheitsbeirates vom 08.06.1955, (LAS, Abt. 761, Bd.1).
[166] Schreiben des Innenministeriums vom 24.11.1955 an die Landespressestelle mit der Bitte, diese Notiz der Presse zuzuleiten, 1. Vollsitzung des Landesgesundheitsbeirates vom 08.06.1955, (LAS, Abt. 761, Bd.1).
[167] Ärzteblatt Schleswig-Holstein, Ausgabe 03/1955, Seiten 76 – 78, unter teilweiser Bezugnahme auf eine Denkschrift der „Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker“ vom 25.02.1955.

tung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten oder Mütterberatung. Die Frage nach der Grenze der öffentlichen Gesundheitsfürsorge wurde allerdings nicht abschließend beantwortet. Es wurde lediglich herausgestellt, dass den Gesundheitsämtern nur beratende Funktionen zugewiesen seien, der Schwerpunkt ärztlicher Tätigkeit läge zweifelsohne „auch heute noch“ bei den behandelnden Ärzten in der freien Praxis und im Krankenhaus. Ausgeführt wurde weiterhin eine Verlagerung der ärztlichen Probleme durch den medizinischen Fortschritt sowie der wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg; so sei die Todesfrequenz durch Herzkrankheiten, durch Krebs, durch Gehirnblutung und durch Unfalltod in den Nachkriegsjahren angestiegen[168].

Diskutiert wurden im beginnenden „deutschen Wirtschaftswunder“ weiterhin die wachsende Verbrauchsneigung als willkommenes Mittel zur Konjunkturbelebung einerseits, aber auch dem rastlosen Arbeitseifer, der bereitwilligen Übernahme von Mehrarbeit andererseits. So wurde die Frage gestellt, ob die Folgen für die Gesundheit, den Nervenzustand, das Familienleben oder die Jugend übersehen werden könnten. So seien neben den Männern auch die Frauen überarbeitet, worunter das Verhältnis zu den Kindern leiden würde[169].

Der Ausschuss für Gesundheitswesen des Landtages befasste sich im April 1957 als einzigem Tagesordnungspunkt mit dem Sachverhalt der Schutzimpfung gegen die spinale Kinderlähmung. Diskutiert wurde zunächst die Wirksamkeit unterschiedlicher ausländischer Impfstoffe aus Belgien, Dänemark und den USA, wobei das Bundesgesundheitsamt bereits entschieden hatte, den amerikanischen Impfstoff, der als unschädlich galt, zu importieren. Aber auch hierfür gäbe es keine sicheren Erkenntnisse über die Wirksamkeit, so dass die Impfaktion in Schleswig-Holstein nicht forciert werden sollte. Gemäß der Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses, Frau Dr. Ohnesorge, wurde die Impfaktion aufgrund einer starken gesundheitspolitischen Propaganda zu früh in die Praxis umgesetzt; sachgerechter wäre es gewesen, wenn so-

[168] Vortrag von Medizinaldirektor Dr. Glawatz, Lübeck, damaliger Vorsitzender des Medizinalbeamtenvereins Schleswig-Holstein; entnommen dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 06/1955, Seiten 158 – 160.
[169] Ärzteblatt Schleswig-Holstein, Ausgabe 08/1955, Seite 224, unter Bezugnahme auf Prof. Dr. Dr. h.c. Friedrich Sitzler, Stuttgart.

lange gewartet worden wäre, bis der in der in der Vorbereitung befindliche deutsche Impfstoff in genügender Menge zur Verfügung gestanden hätte[170].

In einer Presseerklärung der Landesregierung wurde im Frühsommer 1960 über den Stand des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein berichtet[171]. Danach hatte das Land Schleswig-Holstein in der bisherigen Gesetzgebung grundsätzlich eine gewisse Zurückhaltung gezeigt, weil es die Auffassung vertrat, dass in wichtigen Fragen des Gesundheitswesens die notwendige Einheitlichkeit in der Bundesrepublik nicht durch unnötige Einzelregelungen der Länder gestört werden sollte. Eingegangen wurde auch darauf, dass die Gesundheitsabteilung des Landes ihre Bemühungen zur Gesunderhaltung der Kinder und zur Verhütung und Bekämpfung der großen Volkskrankheiten in Zusammenarbeit mit verschiedenen Vereinigungen und Landesausschüssen fortgesetzt hat. Als Schwerpunkte wurden die Krebsbekämpfung, die Tuberkulosebekämpfung, die Jugendzahnpflege sowie die Bekämpfung von Suchtgefahren genannt. Es wurde im Weiteren auf ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus 1958 Bezug genommen, mit welchem die Niederlassungsfreiheit für Apotheker festgestellt wurde. Zeitlich danach habe sich die Anzahl der Apotheken in Schleswig-Holstein auf über 300 vermehrt[172].

Im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ist im Februar 1961 ein Artikel zum Thema „Mütter und Kinder in der Marktwirtschaft“ erschienen[173]. Darin wurde dargestellt, dass sich unter dem Einfluss der positiven Konjunkturentwicklung die Anzahl der außerhäuslich erwerbstätigen Mütter erheblich erhöht habe. Es erschien alarmierend, dass von den verwitweten oder geschiedenen Müttern sogar jede zweite außerhäuslich erwerbstätig war und infolgedessen die Zahl der Kinder ohne ständige mütterliche Betreuung ebenfalls stark zugenommen hätte. Es wurde weiter ausgeführt, welche körperlichen und seelischen Probleme hieraus für die Kinder resultieren würden. Dargestellt wurden in diesem Artikel auch die Folgen der „Enge des rationellen Wohnungsbaus“, in denen die Kinder immer weniger Platz zum Spielen fänden und zu-

[170] Siehe Protokoll über die 15. Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen des Schleswig-holsteinischen Landtages vom 08.04.1957, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[171] Siehe Vorbereitung der Presseerklärung durch das Innenministerium von 05/1960, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[172] Im Vergleich dazu gab es zum 31.12.2011 719 öffentliche Apotheken in Schleswig-Holstein, Quelle: Website der Apothekerkammer Schleswig-Holstein, URL: < http://www.apothekerkammer-schleswig-holstein.de/zahlen/>, (Stand: 09.06.2012).
[173] Autor: Dr. med. Ferdinand Oeter, Köln.

nehmend dem Blickfeld der Mutter entzogen würden. Aus heutiger Sicht wirkt dieser Artikel zwar ein wenig befremdlich, es darf dabei aber nicht verkannt werden, dass sich gerade in dieser Zeit, einige Jahre nach Kriegsende, mit dem Wirtschaftswunder, den steigenden Lebens- und Einkommensverhältnissen ein nicht unerheblicher sozialer Wandel vollzogen hat.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Geschäftsführer der Ortskrankenkasse Kiel den „weniger günstigen“ Jahresabschluss 1960 damit begründet, dass dieser auf die Vollbeschäftigung zurückzuführen sei. Die Arbeitnehmer meldeten sich demnach – um gutbezahlte Überstunden zu machen – viel später krank und waren, wenn es dann schließlich doch nicht mehr weiterginge, länger arbeitsunfähig. Außerdem kämen bei den geringen Reserven des Arbeitsmarktes Arbeitskräfte in schwere Berufe, die den Anforderungen gesundheitlich nicht gewachsen seien[174]. Die Zeit des Wirtschaftswunders ist daneben mit immer weiteren Verbesserungen der Leistungen der Sozialversicherungen, wie z.B. der Erhöhung von Zuschüssen für Zahnersatz, Erhöhung des Krankengeldes, Ausweitung der Familienkrankenhilfe, Lohnfortzahlung, Erweiterung Mutterschutz etc. verbunden, allerdings auch mit wachsendem Beitragsaufkommen der Mitglieder[175].

Im Januar 1962 wurde dem Landesamt für Gesundheitswesen in Kiel mitgeteilt[176], dass im Landkreis Süderdithmarschen ein Kind mit körperlichen Missbildungen geboren sei, welche auf die Einnahme von Contergan der Mutter während der Schwangerschaft zurückzuführen wären. Gemäß der Kinderklinik Hamburg-Eppendorf waren zu diesem Zeitpunkt bereits etwa zweitausend Fälle bekannt geworden, in denen körperliche Missbildungen in Verbindung mit Contergan gebracht wurden. Vor dem Hintergrund der geplanten Unterbringung dieses Kindes in einem Pflegeheim, wurde beim Landesamt angefragt, ob – wie z.B. in Nordrhein-Westfalen – gesonderte Finanzmittel zur Behandlung und Pflege dieser Kinder zur Verfügung gestellt würden. Einige Tage später datiert ein Vermerk der Gesundheitsabteilung des Innenministeri-

[174] Quelle: Kieler Nachrichten vom 05.01.1961, entnommen aus: Chronik der Ortskrankenkasse Kiel: „100 Jahre AOK Kiel 1884 – 1984“, Kiel, 1984.
[175] Quellen: Festschrift der AOK Schleswig-Holstein: „Die Gesundheitskasse – 125 Jahre AOK“, Kiel (2009) sowie Tode, Sven/Müller-Lutz, Fabian/Engel, Sandra (2009): Techniker Krankenkasse, 125 Jahre Innovation und Sicherheit. Hamburg: Hanseatischer Merkur.
[176] Schreiben des Landrates Süderdithmarschen, Meldorf, an das Landesamt für Gesundheitswesen, Kiel, vom 12.01.1962, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

ums[177], wonach auch im Landeskrankenhaus Neustadt ein Contergan-geschädigter Säugling läge. Es geht weiter daraus hervor, dass das Kind aus der stationären Behandlung entlassen werden könnte, sich die Eltern jedoch weigerten, das Kind mit nach Hause zu nehmen. Es wurde eine Möglichkeit der Unterbringung dieser Kinder gesucht. Als Zwischenlösung wurden die Kinder im Landeskrankenhaus Schleswig untergebracht, wobei ausdrücklich betont wurde, dass die Unterbringung von körperlich geschädigten Kindern in einem psychiatrischen Krankenhaus keine befriedigende Lösung darstellte. Ein Jahr später, im Januar 1963, schrieb der Kultusminister an die Ministerin für Arbeit, Soziales und Vertriebene des Landes Schleswig-Holstein, dass er bereit sei, vorübergehend und zeitlich begrenzt eine Behandlungsstation zur Versorgung von Contergan-Kindern mit etwa 10 – 12 Betten in der Orthopädischen Universitätsklinik Kiel einzurichten – wobei die Finanzierung allerdings durch das Sozialministerium erfolgen müsse[178]. Wiederum 14 Monate später, im März 1964, teilte ein nachgeordneter Mitarbeiter des Sozialministeriums dem Innenminister mit, dass es seiner Auffassung nach für die Behandlung von Contergan-Kindern keiner Erweiterung der Orthopädischen Universitätsklinik Kiel bedürfe[179]. Die Kinder sollten dort zwar ärztlich versorgt werden, die weitere Betreuung und Pflege sollte jedoch in dem geplanten Ricklinger Pflegeheim durchgeführt werden, welches allerdings voraussichtlich erst 1966 seinen Betrieb aufnehmen würde. Bis dahin sollten die Kinder im Landeskrankenhaus Neustadt versorgt werden. Es wurde um Zustimmung der Verlegung aus der Universitätsklinik in das Landeskrankenhaus gebeten.

1.1.2. Krankenhaussektor (1955 – 1966)

In der Septemberausgabe des Jahres 1955 des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes findet sich ein ausführlicher Beitrag mit der Überschrift: „Müssen Krankenanstalten unwirtschaftlich arbeiten?“[180]. Darin wurde ausgeführt, dass in den großstädtischen Krankenanstalten die Durchschnittsverweildauer der Rentner bis auf über 40 Tage angestiegen sei. Dieses hatte dazu geführt, dass die Landesversicherungsan-

[177] Vermerk - I 63 - vom 29.01.1962 betreffend Contergan-geschädigter Kinder, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[178] Gemäß Abschrift des Schreibens des Kultusministers an die Ministerin für Arbeit, Soziales und Vertriebene des Landes Schleswig-Holstein vom 22.01.1963, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[179] Siehe Schreiben des Sozialministeriums (Im Auftrage Seemann) an den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein vom 16.03.1964, Geschäftszeichen IX 51 - 2370 b - 12 -, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[180] Beitrag von Dr. Hans Zielke, Ahrensburg, im Ärzteblatt Schleswig-Holstein, Ausgabe 09/1955, Seiten 242 – 244.

stalten ihren Aufsichtsdienst verschärft und die Vertrauensärzte strengere Richtlinien mit dem Ziel von deutlichen Einsparmaßnahmen erhalten hatten. Diesen Einsparmaßnahmen hätten jedoch eine unverständliche Großzügigkeit in Bau, Einrichtung und Verwaltung der Krankenanstalten gegenüber gestanden.

Während vor dem Krieg das modernste Krankenhaus mit kleinen Zimmern, Liegebalkons usw. einen Bettenpreis von 10 TDM erforderte, so stieg dieser Bettenpreis nach dem Krieg in rascher Folge auf bis zu 45 TDM. Auch in der Personalbesetzung wurde demnach vielfach erheblich „gesündigt"; dies weniger beim Pflegepersonal als mehr bei dem oft „überflüssigen" Verwaltungsdirektor und sonstigem Verwaltungspersonal. So hätte es vor dem Krieg in Deutschland eine ganze Reihe von Krankenanstalten gegeben, die ohne wirtschaftliche Zuschüsse arbeiten konnten. Allerdings zahlten die Krankenkassen damals vielfach Pflegesätze, die den „berechtigten Selbstkosten" tatsächlich entsprachen. Es wurde vorgeschlagen, dass Pflegesätze in der Höhe gezahlt werden, dass Krankenhäuser ohne staatliche Zuschüsse auskommen könnten. Dabei sollte es allerdings zur Bedingung gemacht werden, dass die Krankenhäuser auch weiterhin ohne Zuschüsse auskommen müssten. Kritisiert wurde eine Vereinbarung der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, wonach eine geringfügige Pflegesatzerhöhung davon abhängig gemacht wurde, dass eine Mindestverweildauer von 21 Tagen eingehalten würde. Angeregt wurde weiterhin, dass anstelle von „Hollywoodpalästen" lieber kleinere, verstreut liegende, gut eingerichtete und wirtschaftlich arbeitende Krankenanstalten geschaffen würden, wobei die Leitung dieser Anstalten dem jeweiligen ärztlichen Leiter übertragen werden sollte, von dem allerdings Verständnis und Kenntnis in wirtschaftlichen und Verwaltungsangelegenheiten erwartet würden.

In einem Schreiben des schleswig-holsteinischen Innenministers Dr. Lemke an den Ministerpräsidenten vom 06.09.1956 wurde zum Thema Krankenhauspflegesätze ausgeführt, dass sich die kommunalen Krankenhausträger mit der Unterhaltung von Krankenanstalten einer im wesentlichen freiwilligen Aufgabe im Rahmen einer allgemeinen Fürsorgepflicht für ihre Einwohner unterzögen[181]. Für diese Leistungen wären sie berechtigt, ein volles Entgelt [von den Krankenkassen] zu verlangen. Es wurde seitens des Innenministers anerkannt, dass die kommunalen Krankenhausträger

[181] Schreiben des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein – I 31 – 700/5 an den Ministerpräsidenten vom 06.09.1956, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).

aus allgemeinen Steuermitteln herkömmliche Betriebszuschüsse übernehmen müssten, mit denen vor allem die Kosten für die Erstellung und Modernisierung der Krankenhäuser aufgebracht werden müssten. Das Kernproblem läge diesbezüglich bei der Festsetzung der Pflegesätze, indem die Erhöhung der laufenden Kosten gegenwärtig in immer stärkerem Maße auf die Betriebszuschüsse abgewälzt würde. Die Preisbildungsstelle[182] sei gehalten, auf die Leistungsschwäche der Krankenkassen Rücksicht zu nehmen. Der Innenminister kritisierte diese Vorgehensweise und stellte dar, dass die Preisbildungsstelle zwar ungerechtfertigte Preiserhöhungen unterbinden, aber nicht über die Verlagerung von Preiserhöhungen zu Gunsten der Sozialversicherungsträger und zu Lasten der Krankenhäuser sowie der Krankenhausträger entscheiden sollte. So wurden beispielsweise die im März 1956 „rücksichtsvoll vorgenommene Preiserhöhung von 12,5 %“ (!) im Einzelfall bei Einsprüchen von leistungsschwachen Krankenkassen „noch weiter“ ermäßigt, was zu hohen finanziellen Ausfällen auf Seiten der Krankenhausträger und darüber hinaus zu unterschiedlichen Pflegesätzen in der Rechnungslegung gegenüber unterschiedlichen Krankenkassen führe. Eine schwerpunktmäßige Verlagerung von Preissteigerungen auf die Betriebszuschüsse der Krankenhausträger hätte neben der finanziellen Belastung auch eine kommunalpolitische Bedeutung.

Letztendlich haben die folgenden Jahrzehnte, bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes im Jahr 2005, gezeigt, dass die Sorge des Innenministers an dieser Stelle sehr berechtigt war. Die Betriebszuschüsse der Krankenhäuserträger sind in den Folgejahren stark angewachsen. Dort, wo die Betriebszuschüsse nicht mehr anwachsen konnten, sind Defizite in den Krankenhäusern selbst entstanden. Die Folge waren zunächst die Belastungen der kommunalen Haushalte sowie des Landeshaushaltes, aber auch durch notwendige Suche nach neuen Lösungen und umfängliche Umbrüche in der Krankenhauslandschaft Schleswig-Holsteins[183].

[182] Gemäß Bundes-Verordnung PR Nr. 7/54 vom 31.08.1954 über Pflegesätze in Krankenanstalten. Die Verordnung wurde erlassen, wg. der Befürchtung der negativen Auswirkungen zu hoher Pflegesätze für die Krankenkassen. Die Verordnung wurde 1973 wieder aufgehoben.
[183] Hintergrund ist das Gespräch mit ehem. AOK Geschäftsführer Günther Pössel vom 28.06.2010.

Die Leistungsschwäche der Krankenkassen beruhte gemäß des schleswig-holsteinischen Innenministers weitgehend darauf, dass die Rentnerkrankenversicherung Zuschüsse aus den übrigen Mitgliedsbeiträgen erforderte[184].

Gemäß Beschluss der Landesregierung vom 18.09.1956 sollte vom Rechnungsjahr 1958 an ein größerer Teil des derzeit für die Beseitigung von Kriegszerstörungen gebundenen Ansatzes von 2,5 Mio. DM für Baumaßnahmen der Krankenhausträger verwandt werden. Der verbleibende Restbetrag bis zum Ansatz sollte jedoch für einen Krankenhauslastenausgleich zur teilweisen Deckung der Unterschüsse eingesetzt werden[185]. Damit wird deutlich, dass bereits im Jahr 1956 damit begonnen wurde, Mittel, die ursprünglich für die Gestaltung und Optimierung von Baumaßnahmen vorgesehen waren, aus dieser Zweckbindung herauszunehmen und für die Deckung von kurzfristigen Unterschüssen einzusetzen – dies vor dem Hintergrund Leistungsschwäche der Krankenkassen, die damit entlastet wurden.

Im Oktober/November 1956 befasste sich die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums Schleswig-Holsteins mit der Konzessionierung von Privatkrankenanstalten[186]. Es wurde diskutiert, ob grundsätzlich in einer Privatkrankenanstalt, die konzessioniert werden soll, der Unternehmer selbst Arzt sein müsste und damit die ärztliche Leitung übernehmen könnte, ob es ausreiche, dass der Unternehmer lediglich die Fähigkeit besitzen muss, die Leitung und Verwaltung der Krankenanstalt einwandfrei zu führen, dieser eine ärztlichen Leiter aber nachzuweisen habe oder ob es nicht notwendig wäre, dass bereits zum Zeitpunkt der Konzessionierung ein Arzt vorhanden sein muss. Es wurde im Ergebnis festgestellt, dass bei Konzessionierung von Privatkrankenanstalten, ein leitender Arzt vorhanden sein, aber keine Personenidentität mit dem Unternehmer bestehen muss.

---

[184] Diese Sachlage hatte sich jedoch mit Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner vom 12.06.1956 (BGBL. I S. 500) grundlegend geändert. Danach sind die Rentenversicherungsträger verpflichtet, den Krankenkassen den Unterschiedsbeitrag zwischen Einnahmen und Ausgaben bei der Durchführung der Krankenversicherung für Rentner auszugleichen.

[185] Siehe auszugsweise Abschrift der Niederschrift der 88. Sitzung der Landesregierung am 18.09.1956, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[186] Siehe Stellungnahme I 63 c – 709 - vom 23.10.1956 zum Schreiben des Ministers für Wirtschaft und Verkehr vom 08.10.1956 sowie Aktenvermerk I 63 c – 709 - vom 02.11.1956, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Der Innenminister teilte dem Landrat des Kreises Eutin in einem Schreiben vom 26.04.1957 auf dessen Anfrage mit, dass die Zuschüsse für die laufende Unterhaltung der Krankenanstalten vorrangig für diejenigen Krankenhäuser verwandt würden, die dringend einer hygienischen Modernisierung bedürften. Die Finanzierung von Schwesternwohnheimen sei hieraus aufgrund der vorliegenden Vielzahl von Projekten nicht möglich. Es wurde weiter mitgeteilt, dass das Problem der Kostendeckung der Betriebsunterschüsse von Krankenhäusern im Wesentlichen über die Gestaltung der Krankenhauspflegesätze gelöst werden müsse.

Das Innenministerium berief Anfang 1959 einen Arbeitskreis Krankenhauswesen ein[187]. Behandelt werden sollte in der ersten Sitzung am 27.01.1959 die Situation des Krankenhauswesens in Schleswig-Holstein unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung von Alters- und Siechkranken (= schwer Pflegebedürftige). Teilnehmer waren neben dem Innenministerium u.a. Chefärzte verschiedener Krankenhäuser, Vertreter von Krankenkassen, Sozialverbänden und der Kommunen. Vorgetragen wurde dieses Thema durch Regierungs-Medizinalrat Dr. Beske (zu diesem Zeitpunkt tätig als Referent in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums Schleswig-Holstein). Danach wäre es ein besonderes Anliegen der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums, die Frage zu klären, wie die Krankenhäuser von Patienten entlastet werden könnten, die nicht unbedingt die Betten für akut Kranke in den allgemeinen Krankenhäusern in Anspruch nehmen müssen. Dabei seien vor allem drei Gruppen von Patienten zu betrachten: die Entlastung der Krankenhäuser von den nur leichten Krankheitsfällen, von den Pflegefällen sowie von chronisch Kranken. Gemäß den Ausführungen von Dr. Beske sollte die Krankenversorgung ausreichend, zweckmäßig und rationell sein. Vor dem Hintergrund der steigenden Selbstkosten der Krankenhäuser, bedingt durch zunehmendem Personalbedarf in Folge von Arbeitszeitverkürzungen, sowie durch die Fortschritte der Medizin, ergäbe sich für die Krankenhäuser die Notwendigkeit der Suche nach einer Organisationsform, die zwar eine optimale, aber nur unbedingt notwendige Versorgung der Kranken gewährleisten würde.

[187] Gemäß Schreiben des Innenministers Lemke an Oberregierungsrat Bosse vom Landeswohlfahrtsamt Kiel vom 15.01.1959 sowie Protokoll vom 20.02.1959 der ersten Sitzung des Arbeitskreises Krankenhauswesen, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Für die Beurteilung der notwendigen Krankenbettenzahl seien insbesondere zwei Faktoren bestimmend: die Zahl der Einweisungen sowie die Patientenverweildauer. Einweisungen in Krankenhäuser sollten gemäß Beske nur in unumgänglichen Fällen vorgenommen werden[188]. Dem entgegen stünden jedoch verschiedene Punkte, wie das Honorierungssystem für Ärzte, die Alterung der Gesellschaft, das Nachlassen der Pflegekraft der Familie sowie die unzureichend ausgeprägte Hauspflege. Hinsichtlich des zweiten Faktors, der Patientenverweildauer, wäre ebenfalls die Begrenzung auf das nur unbedingt notwendige Maß das Ziel. Neben den Sachverhalten, die für eine Einweisung in ein Krankenhaus von Bedeutung wären, käme hinzu, dass die nicht kostendeckende Pflegesatzgestaltung vor dem Hintergrund, dass die ersten Krankenhaustage teurer wären als die letzten, die im Krankenhausstätigen tätigen Akteure dazu verleiten würde, die Verweildauer der Patienten zu erhöhen[189].

Als wichtigster Faktor für die Belastung der Krankenhäuser wurde die Zunahme der Anzahl der über 65 Jahre alten Personen beschrieben. Angemerkt wurde, dass nicht in allen Fällen eine Krankenhauspflege notwendig wäre. Vorgeschlagen wurde, dass die Entlastung der Krankenhäuser in folgender Weise erfolgen könnte:

- Ausweitung von Alters- und Pflegeheimen
- Einrichtung besonderer Abteilungen für chronisch Kranke
- Einrichtung von Leichtkrankenabteilungen
- Ausbau der Krankenhausfürsorge sowie
- Verstärkung der Hauskrankenpflege

Als Ziel dieser Maßnahmen wurde beschrieben, dass durch eine Verlegung von Krankenhauspatienten in diese Einrichtungen bzw. Abteilungen eine geringere Beanspruchung von Ärzten sowie der in Krankenhäuser hochwertigen medizinischen

[188] Diesem Ziel steht gemäß Beske das damalige Honorierungssystem für Ärzte im Rahmen der RVO entgegen, welches den Arzt veranlassen kann, das „größere Risiko“ (Patienten mit häufigen Hausbesuchen und notwendigen Verschreibungen von teuren Medikamenten) in ein Krankenhaus einzuweisen. Unterstützend hierzu wirke das Nachlassen der Pflegekraft der Familie, die Erhöhung der Zahl der über 65 Jahre alten Personen sowie die unzureichend ausgeprägte Hauskrankenpflege (Quelle: Protokoll Arbeitskreis Krankenhauswesen vom 20.02.1959), (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[189] In Schleswig-Holstein war in der Pflegesatzverordnung die Gewährung des vollen Pflegesatzes an die Einhaltung einer Verweildauer von 21 Tagen bei einer Kapazitätsausnutzung von 80 v. H. gekoppelt, im Vergleich dazu lag die Verweildauer in den USA zu diesem Zeitpunkt zwischen 7 und 9 Tagen, wobei allerdings bei einem direkten Vergleich noch weiter Sachverhalte (z.B. Vornahme der Diagnostik) berücksichtigt werden müssten.

Infrastruktur erfolgen sollte, wodurch in den Krankenhäusern eine Senkung der Selbstkosten erwartet würde[190].

In der sich an den Vortrag von Dr. Beske anschließenden Diskussion wurde die Zweckmäßigkeit der Einrichtung von z.B. besonderen Abteilungen für Siechkranke unter verschiedenen Gesichtspunkten (Patientensicht, Mitarbeitersicht, Leitungssicht etc.) naturgemäß unterschiedlich bewertet. So könnten sich die Patienten als Patienten „2. Klasse“ fühlen, oder der Ruf einer solchen Abteilung könne auf das gesamte Krankenhaus abfärben (Sterbehaus). Für die Mitarbeiter stelle eine Mischung aus leichten und schweren Krankheitsfällen in einem Haus die beste Lösung dar, um das Personal nicht „einseitig“ werden zu lassen.

In einer Presseerklärung der Landesregierung Schleswig-Holstein vom Frühjahr/Sommer 1960[191] wurde mitgeteilt, dass die Förderung des Krankenhauswesens von Seiten des Landes unverändert fortgesetzt würde. Einzelne Punkte hieraus waren die Erfüllung des Nachholbedarfs nach schweren Kriegs- und Nachkriegsjahren, die laufende Anpassung an den Stand der medizinischen Wissenschaft, die Berücksichtigung der höheren Ansprüche der Bevölkerung bei steigendem Lebensstandard sowie das Auffangen der Arbeitszeitverkürzung. Festgestellt wurde zudem, dass es eine Bettennot, wie sie in anderen Ländern der Bundesrepublik bestehen soll, in Schleswig-Holstein nicht gäbe. Die Zahl von 13.465 Krankenhausbetten entspräche demnach 5,8 ‰ der Bevölkerung und wurde als ausreichend angesehen.

In den archivierten Unterlagen des Innenministeriums fand sich u.a. der Auszug eines Beitrages der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ zu den Entwicklungstendenzen des deutschen Krankenhauses aus dem Jahr 1961[192]. Wenngleich sich dieser Artikel nicht direkt mit der Situation der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein befasste, so waren doch einige Punkte auch auf die regionale Situation der Krankenhäuser übertragbar: Es würde eine Veränderung in der Pflege bevorstehen – von der Grundpfle-

[190] Gemäß Manuskript für Grundsatzrede des Innenministers vom 16.01.1968, Seite 3, wird seit dem Jahr 1962 der Bau von Pflegeheimen und –Abteilungen vom Innenministerium mit 3.000 DM pro Bett finanziell gefördert, (LAS, Abt. 761, Bd.1).
[191] Siehe Vorbereitung der Presseerklärung durch das Innenministerium von 05/1960, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[192] Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ Nr. 53/1961, Seiten 489 – 495, Autor: W. Adam, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

ge zur Behandlungspflege. Die ärztliche Tätigkeit würde sich analog hierzu zunehmend von allgemeinärztlicher zur fachärztlichen Tätigkeit entwickeln, tendiere zunehmend zu Apparatemedizin und würde tendenziell immer stärker in das Krankenhaus verlagert. Aufgrund der Kosten für jedes neu zu schaffende Krankenhausbett müsse diese Verlagerung jedoch soweit wie irgend möglich gebremst werden. Eingegangen wurde weiter auf die optimale Größe von Krankenhäusern und Fachabteilungen. Hinsichtlich der künftigen Finanzierung der Krankenhauskosten wurde vorgeschlagen, dass sich die Krankenversicherungen (bzw. Krankenkassen) allein auf das in die kurative Medizin fallende Aufgabengebiet beschränken sollten, dieses ihr dann aber ganz übertragen werden sollte.

1.1.3. Zusammenfassung / Analyse (1955 – 1966)

Die allgemeine Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein innerhalb dieses ersten Zeitabschnittes befasste sich vorrangig mit organisatorischen Sachverhalten, wie dem Aufbau des Gesundheitsbeirates, dem notwendigem Umfang der Sozialversicherung oder der Abgrenzung zwischen Aufgaben des Landes und des Bundes. Inhaltlich standen Themen wie Kinderlähmung, Tuberkulose, Herz- und Kreislaufkrankheiten und schließlich die Folgen des Medikamentes Contergan im Vordergrund. Wesentliche Problemstellungen des Krankenhaussektors in dieser Zeit waren die immer noch bestehenden Kriegszerstörungen und der sonstige nachzuholende Modernisierungsbedarf bei einer Vielzahl von Krankenhäusern, die noch nicht geregelte Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, zumindest in den ersten Jahren dieses Zeitabschnitts noch die Leistungsschwäche der Krankenkassen sowie die Belastung der Krankenhäuser durch sogenannte Siechkranke.

Ein Großteil dieser Probleme stand in direktem Zusammenhang mit den Folgen des Zweiten Weltkriegs, d.h. der Zerstörung der Infrastruktur in sowohl physischer als auch organisatorischer Hinsicht. Diese Probleme betrafen nahezu das gesamte Bundesgebiet und waren dementsprechend nicht auf Schleswig-Holstein begrenzt. Die jeweilige Ausprägung dieser Probleme war jedoch regional unterschiedlich. So kann davon ausgegangen werden, dass die Kriegszerstörungen – mit Ausnahme in den größeren Städten des Landes – in Schleswig-Holstein geringer waren, als in anderen

Teilen der Bundesrepublik; demgegenüber stand allerdings ein deutlich höherer Zustrom an Flüchtlingen und damit eine vermeintlich höhere Zahl an späteren sogenannten Siechkranken bzw. Pflegefällen. Auch die beginnenden Volkskrankheiten (Herz-, Kreislauf-, Suchtkrankheiten) waren nicht nur auf Schleswig-Holstein begrenzt. Auch wenn diese nicht mehr in direkten Zusammenhang mit den Folgen des Zweiten Weltkriegs gebracht werden können, so war das damalige außerordentlich hohe Wirtschaftswachstum mit all den positiven, aber ebenfalls auch den gesundheitspolitischen Folgen nur möglich, weil sich die allgemeine Wirtschaftsleistung in den Jahren zuvor auf deutlich niedrigem Niveau bewegt hatte. Die Auswirkungen des Medikaments Contergan hingegen waren ein erstmals von den Folgen des Zweiten Weltkriegs losgelöstes Problem, welches sich allerdings ebenfalls auf das gesamte Bundesgebiet erstreckte.

Festzustellen ist, dass besonders an die Probleme des Krankenhausbereichs aktiv herangegangen wurde[193]. Es wurden Vorschläge erarbeitet, wie die bestehenden Krankenhausbetten effektiver genutzt werden konnten, indem z.B. die Alters- und Pflegeheime ausgeweitet würden, besondere Abteilungen für chronisch Kranke (hierunter fielen insbesondere die Suchtkranken) eingerichtet würden oder indem die Hauskrankenpflege verstärkt würde[194]. Die Initiative ging hierbei ganz deutlich vom damaligen Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein aus, dem u.a. die Gesundheitsabteilung angegliedert war. Wesentliche externe Unterstützung bei der Bewältigung dieser Aufgaben war nicht ersichtlich. Zwar wurden die Sachverhalte in bestimmten Gremien, wie z.B. dem Landesgesundheitsbeirat oder dem Arbeitskreis der Medizinalbeamten, diskutiert, jedoch ebenfalls unter deutlich erkennbarer Federführung des Innenministeriums.

Die hieraus resultierenden Entscheidungen können für den Krankenhaussektor des Landes durchaus als richtungsweisend bezeichnet werden. So wurde vom Land die Auffassung vertreten, dass es eine Bettennot, wie sie in anderen Ländern der Bundesrepublik bestünde, in Schleswig-Holstein, mit Ausnahme einzelner örtlicher Engpässe, nicht gäbe[195]. Die Zahl der Krankenhausbetten in Schleswig-Holstein wurde,

[193] Auszug aus Niederschrift der 88. Sitzung der Landesregierung vom 18.09.1956, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[194] Niederschrift über die erste Sitzung des Arbeitskreises Krankenhauswesen vom 20.02.1959, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[195] Entwurf einer Presseerklärung durch das Innenministerium, Mai 1960, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

bezogen auf die Zahl der Bevölkerung, als ausreichend angesehen. Gleichzeitig wurde allerdings aktiv die Umsetzung der Vorschläge zur Entlastung der Akutkrankenhäuser vorangetrieben. Es wird hier aber deutlich, dass in Schleswig-Holstein vor dem Hintergrund der Leistungsschwäche der Krankenkassen, die ihren Ursprung auch im Zuzug der Flüchtlingsmassen nach dem Zweiten Weltkrieg hatte, sich bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt die Notwendigkeit der Diskussion über Einsparpotentiale im Krankenhauswesen stellte. Diese gesamte Prozess, verbunden auch mit dem besonders hervorzuhebenden Engagement von Dr. Beske und im Nachgang seinen Mitarbeitern, führte letztendlich dazu, dass die Kosten für die Krankenkassen in Schleswig-Holstein auch 40 bis 50 Jahre später immer noch unterproportional zu den Ausgaben der Krankenkassen im restlichen Bundesgebiet waren.

Im Umgang mit den Folgen des Medikamentes Contergan war jedoch zunächst kein „roter Faden“ in der Problemerkennung, Entscheidungsvorbereitung und Umsetzung zu erkennen[196]. Obwohl Anfang 1962 bundesweit bereits etwa 2.000 Kinder mit körperlichen Missbildungen geboren wurden, reagierte das Land Schleswig-Holstein relativ unvorbereitet auf die ersten entsprechenden Fälle im Land. Die Unterbringung der Kinder und damit die Zuständigkeit wechselten in kurzen Zeitabständen mehrmals. Eine Lösung dieses Problems wurde erst nach mehrenden Jahren, nach Abschluss einer baulichen Maßnahme, in Aussicht gestellt.

1.2. Zeitabschnitt 1967 – 1973

1.2.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

In der Folge des 1965 neu gefassten Krankenpflegegesetzes[197] wurden die kleineren bestehenden Kranken- und Kinderpflegeschulen des Landes vor große personelle und finanzielle Probleme gestellt[198]. Seitens der Landesregierung war daher die Er-

[196] Schreiben des Landrates des Kreises Süderdithmarschen an das Landesamt für Gesundheitswesen Schleswig-Holstein vom 12.01.1962 sowie der daraus resultierende Schriftwechsel, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[197] Verlängerung der Ausbildung von zwei auf drei Jahre, sowie Erhöhung der Unterrichtsstunden von 450 Std. auf 1200 Std.
[198] Quelle: Redemanuskript des Innenministers vom 16.01.1968, Seiten 3 + 4; danach hat der Ministerpräsident in einer Regierungserklärung im Jahr 1967 betont, dass die Einrichtung eines Schwes-

richtung eines Schwestern-Seminars geplant. Das Schwestern-Seminar sollte nicht als selbständige Schule fungieren, sondern die bestehenden Schulen in ihrem Unterrichtsauftrag ergänzen bzw. entlasten. Dabei sollten den Schwesternschülerinnen rund 500 Unterrichtsstunden vornehmlich in den Fächern erteilt werden, in denen es schwierig war, Fachdozenten zu finden. Neben der Entlastung der Krankenpflegeschulen sollte dieses gleichzeitig zu einem relativ einheitlichen Ausbildungsniveau der Absolventinnen in Schleswig-Holstein beitragen. Standort des Schwestern-Seminars sollte Kiel sein.

Im Nachgang zum Ende 1966 vom Landtag verabschiedeten Gesetz zur öffentlichen Jugendzahnpflege (Jugendzahnpflegegesetz) erfolgte 1968 eine Durchführungsverordnung, wonach die Kreise und kreisfreien Städte bei allen Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 18 Jahren die zahnärztlichen Untersuchungen durchzuführen hatten. Die Untersuchungen sollten jeweils in den von den Kindern und Jugendlichen besuchten Einrichtungen stattfinden[199].

Mit den beginnenden 70er Jahren wurden zunehmend die Folgen des gewachsenen Wohlstands thematisiert. So erschien z.B. im März 1970 im Ärzteblatt ein Erfahrungsbericht über die praktische Arbeit einer im Jahr 1968 neu erbauten Krankenabteilung des Landeskrankenhauses Schleswig[200]. Insgesamt gab es dort 70 Betten, die größte Gruppe bildeten zeitweilig die alkoholkranken Patienten. Andere Patientengruppen waren die sogenannten „Wachsaalkranken“ (= schwer psychisch kranke Menschen) sowie psychisch Kranke, die zur Resozialisierung anstanden. Bei Bezug dieser Abteilung wurden die Patienten von kleineren Einheiten ohne Rücksicht auf die Krankheitsform in eine damals größere medizinische Einheit verlegt. Es kam zunächst zu Aggressionen zwischen den Gruppen, denen mit Gruppengesprächen versucht wurde, zu begegnen. Eine Gruppentherapie nur mit den Alkoholkranken konnte jedoch aus Mangel an Zeit nur nach dem offiziellen Dienstschluss des Pflegepersonals durchgeführt werden. Gerade diese Gespräche in einer kleineren Gruppe wirkten sich aber sehr positiv auf den Krankheitsverlauf aus. Diese Arbeit führte zu einer

---

tern-Seminars ein Schwerpunkt der Arbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesen sein soll, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[199] Quelle: Entwurf der Verordnung über die Durchführung des Gesetzes über die öffentliche Jugendzahnpflege für das Land Schleswig-Holstein vom 24.10.1966, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[200] Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe März 1970, Seite 170 – 177, Autor: Dr. Heinrich Kühn.

Kontaktaufnahme mit dem Blaukreuz-Verein[201] in Rendsburg, der sich in der Folgezeit noch während der stationären Behandlung regelmäßig um die Patienten kümmerte.

Der wissenschaftliche Teil des Ärzteblattes behandelt im April 1970 das Thema Drogen, speziell Cannabis[202]. Die Kammerversammlung der Ärztekammer verabschiedete Anfang 1970 eine Resolution, wonach die Folgen des Missbrauchs dieser Droge nicht verharmlost werden dürften und Entscheidendes zur Abwehr zu geschehen habe. Die dort geführte Diskussion ergab, dass über Haschisch und Marihuana auch in Ärztekreisen zu wenig Kenntnis herrschte. Die Ursache hierüber wurde in der Widersprüchlichkeit der unterschiedlichsten Veröffentlichungen gesehen. Dargestellt wurde zudem die als „Haschischwelle“ bezeichnete außerordentlich schnelle Ausbreitung der Droge. Berichtet wurde über kontroverse wissenschaftliche Diskussionen, in denen versucht wurde, Erklärungen zu finden. Als Problem wurde die Verschiedenartigkeit der Grundstoffe geschildert sowie, dass die Ausgangsstoffe selten rein und zum Teil mit schlecht verträglichen Zutaten gestreckt seien. Es folgte eine Darstellung über die differenzierte Wirkungsweise der verschiedenen Bestandteile. Anhand eines Beispiels einer jungen Patientin wurde über die Folgen und die Persönlichkeitsveränderung berichtet. Konkrete Vorschläge zur Bekämpfung dieser „Haschischwelle“ erfolgten in diesem Beitrag jedoch nicht.

Im Februar 1971 fand zwischen der CDU-Fraktion und Vertretern des Hartmannbundes[203] ein gesundheitspolitisches Gespräch u. a. zum Thema „freie Arztwahl“ statt[204]. Die Gesprächsteilnehmer sprachen sich insbesondere vor dem Hintergrund der Probleme der ärztlichen Versorgung auf dem Lande für eine Beibehaltung der freien Arztwahl aus. Anhand der ärztlichen Versorgung in Schweden und Norwegen wurde dargestellt, dass eine Verbeamtung von Ärzten zu einer schlechteren ärztlichen Versorgung führen würde. Seitens der CDU wurde die Möglichkeit erörtert, Assistenten-

[201] Blaues Kreuz in Deutschland e.V., (BKD), Bundeszentrale in Wuppertal; Vereinszweck ist die Unterstützung von suchgefährdeten und suchtkranken Menschen sowie deren Angehörigen, URL: <http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/ueberuns.html> (Stand: 04.06.2012).
[202] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1970, Seiten 255 ff; Autor: Dr. E. Christiani, Nervenarzt in Kiel, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein.
[203] Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Sitz in Berlin, URL: < http://www. hartmannbund.de/> (Stand: 04.06.2012).
[204] Quelle: Mitteilungsblatt der CDU-Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtags, Nr. 12/71 vom 12.02.1971, verantwortlich Herr Uwe Looft, damaliger Geschäftsführer der CDU-Fraktion, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

stellen bei Landärzten einzurichten. Übereinstimmung zwischen beiden Gesprächsparteien bestand aber darin, dass dieses Problem zunächst von den Ärzten allein in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung gelöst werden müsse und nicht durch staatlichen Eingriff geregelt werden könne.

Im Mai 1971 erfolgte eine Regierungserklärung des neu gewählten Ministerpräsidenten Schleswig-Holsteins Gerhard Stoltenberg[205], in der auch auf die Gesundheitspolitik eingegangen wurde. Die Gesundheitspolitik des Landes sollte demnach moderne Einrichtungen zur Wiederherstellung der Gesundheit, zur Hilfe für Kranke und Behinderte, für den Gesundheitsschutz und für die Gesundheitsfürsorge weiterentwickeln. Sie sollte die Eigenverantwortung des einzelnen unterstützen und die äußeren Voraussetzungen für die Sicherung der Gesundheit herstellen. Die künftige Arbeit sollte sich auf drei Bereiche konzentrieren. Diese drei Bereiche waren die Krankenhausversorgung, das unzureichende Angebot an niedergelassenen Ärzten im ländlichen Raum und in Stadtrandgebieten sowie die Verbesserung der Beratung und Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken. Hierbei sollte verstärkt auch dem Drogenmissbrauch besonders von jungen Menschen begegnet werden.

Der Gesundheitsminister Clausen konkretisierte in der folgenden Landtagsdebatte die Aussagen des Ministerpräsidenten. Es bestand zu dieser Zeit die Sorge um den Nachwuchs im öffentlichen Gesundheitswesen. Um dem zu begegnen, sollten Lehrstühle für öffentliches Gesundheitswesen sowie für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Kiel eingerichtet werden. Als Problem galt dabei auch die Vergütung des öffentlichen Gesundheitswesens. Besondere Schwierigkeiten in der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Betreuung bestanden in den Randgebieten der Großstädte. Es sollte gemeinsam zwischen Landesregierung, der Ärztekammer Schleswig-Holsteins sowie der Kassenärztlichen Vereinigung ein Strukturplan aufgestellt werden. Im Rahmen dieses Strukturplans sollte dann besonders die Förderung und Planung von Gemeinschaftspraxen erfolgen, wodurch sich eine erhebliche Entlastung auf diesem Gebiet versprochen wurde.

[205] Auszug aus dem Protokoll der Regierungserklärung vom 26.05.1971. Zwei Tage zuvor, am 24.05.1971, erfolgte die Wahl von Dr. Gerhard Stoltenberg (CDU) zum Ministerpräsidenten Schleswig-Holsteins, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Im November 1973 erfolgte die Vorlage eines Entwurfes eines neuen Rettungsdienstgesetzes durch das Sozialministerium. Zu diesem Entwurf bestanden jedoch seitens des Innenministeriums zahlreiche Bedenken, die in der Folge zu klären wären[206].

1.2.2. Krankenhaussektor (1967 – 1973)

Im Vorfeld der 1967 beginnenden Krankenhausplanung wurde im November 1966 von der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums ein Beitrag über das Krankenhauswesen in Schleswig-Holstein verfasst[207]. Darin wurde ausführlich dargestellt, in welchem Rahmen sich die Krankenhäuser bei einerseits rasant wachsenden technischen und medizinischen Möglichkeiten sowie andererseits bei Änderungen im Krankheitsgeschehen, der Altersschichtung und den veränderten soziologischen Gegebenheiten bewegen. Es wurde beschrieben, dass die Aufnahmekapazität dem „Ansturm“ der Patienten oft nicht mehr gewachsen sei. Als ein Grund hierfür wurde die zunehmende Verlagerung medizinischer Ereignisse, wie z.B. Geburt[208] und Tod, vom häuslichen Bereich auf den Krankenhausbereich beschrieben. Als Entlastung der Krankenhäuser wurden eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern sowie ein Ausbau der Hauskrankenpflege vorgeschlagen.

Es wurde auf die Änderungen im Krankheitsgeschehen, die Verweildauer und den Nutzungsgrad der Betten eingegangen. Danach waren früher – d.h. vor 1966 – mehr *junge* Menschen im Krankenhaus, wobei die akuten Erkrankungen, wie Infektionen oder Unfälle, überwogen. Aufgrund der verbesserten Hygiene, der Impfungen, Antibiotika etc. wurde hier ein Wandel geschaffen, so dass zum Berichtszeitpunkt und künftig viel mehr alte Menschen mit langandauernden Verschleißerscheinungen,

---

[206] Schreiben des Innenministers an das Sozialministerium vom 30.12.1973, Zeichen: - IV 26 b - 2120 -, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[207] Redemanuskript Innenministerium, November 1966, Aktenzeichen: - IV 63 - KH-Wesen I, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[208] Gemäß Novelle des Mutterschutzgesetzes vom 01.01.1966 war der Anspruch auf Klinikentbindung gesetzlich festgelegt worden. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Reichsversicherungsverordnung (RVO) bindend, nach der Krankenhausaufenthalte für Wöchnerinnen nur dann erstattet werden, wenn sie als ausdrücklich medizinisch notwendig bescheinigt worden sind, URL: < http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl165s0912.pdf'%5D&wc=1&skin=WC> (Stand: 04.06.2012).

bösartigen Geschwülsten etc. in den Krankenhäusern lägen. Daraus wurde abgeleitet, dass sowohl die stationäre internistische Tätigkeit sowie die Chirurgie von besonderer Bedeutung seien und die Grunddisziplinen für jedes Krankenhaus darstellten. Die Fachdisziplinen Pädiatrie, Urologie, Orthopädie, Psychiatrie, und Neurologie sowie Dermatologie müssten wegen des damit verbundenen hohen personellen und technischen Aufwandes auf einige wenige Großkrankenhäuser konzentriert werden.

Eingegangen wurde auch auf die materielle Ausstattung, personelle Besetzung und den baulichen Zustand der Gebäude. Festgestellt wurde, dass zwar seit Ende des Zweiten Weltkrieges viele Baumaßnahmen durchgeführt wurden, aber dennoch gerade in diesem Sektor ein erheblicher Nachholbedarf bestünde. Die künftige Krankenhausplanung habe zum Ziel, ein wohlgeordnetes System der Krankenhausversorgung bei leistungsfähigen Krankenhäusern zu schaffen, die über das ganze Land verteilt und in der Lage wären, durch ihre Größe, personelle Besetzung und Ausstattung eine gute stationäre Behandlung und Pflege zu gewährleisten. Dabei läge die Problematik weniger in der Zahl als mehr in der Qualität der Krankenhausbetten.

Im Juni 1967 wurde seitens des Landes Schleswig-Holstein der Beirat für Krankenhausfragen unter Leitung des Innenministeriums eingerichtet. Aufgabe des Beirates war die Erarbeitung eines Krankenhausplanes für eine umfassende und optimale krankenhausmäßige Versorgung der Bevölkerung[209]. Dazu gehören auch Organisationsfragen, Finanzierung und personelle Besetzung der Krankenhäuser. Der Plan müsse zudem politisch realisierbar sein und somit von der Bevölkerung und von der Selbstverwaltung akzeptiert werden[210]. Eingeschlossen in die Planung waren auch die Bereiche Unfallversorgung, Krankentransport sowie die Unterbringung von Pflegefällen. Notwendig wurde die Einsetzung des Beirates für Krankenhausfragen in der Erwartung, dass das Krankenhauswesen in den kommenden Jahren nach 1967 zur Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern werde könnte[211].

---

[209] Entnommen aus Redemanuskript für eine Grundsatzrede des Innenministers, AZ: IV 63 – 700 vom 16.01.1968, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

[210] Siehe Protokoll über die erste Sitzung des Beirates für Krankenhausfragen am 29.06.1967, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

[211] Im Jahr 1969 erfolgte eine Änderung des Grundgesetzes, wonach die Zuständigkeit für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser auf den Bund überging. Im Jahr 1972 wurde dann mittels des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) für den stationären Bereich das duale Finanzierungsprinzip eingeführt, welches die Übernahme eines (Steuer finanzierten) Investitionskostenanteils von rd. 15 % der stationären Gesamtkosten durch Bund und Länder vorsah.

Der zu erarbeitende Krankenhausplan müsse das ganze Land und alle Einrichtungen umfassen, die zur krankenhausmäßigen Versorgung gehören. Mitglieder des Beirates waren insbesondere Ministerialbeamte, Chefärzte verschiedener Fachrichtungen und Kliniken, Vertreter der Krankenkassen, der Vorsitzende des Schleswig-holsteinischen Landkreistages sowie Verwaltungsleitungen von Krankenhäusern. Daneben wurden zu Einzelfragen Sachverständige hinzugezogen[212]. Vereinbart wurde in der konstituierenden Sitzung, die theoretischen Grundlagen für die vier Hauptdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie hinsichtlich bestimmter Eckdaten wie Bettenbedarf, Mindestgröße einer Abteilung, technische Ausstattung, personelle Besetzung sowie Möglichkeit zur Facharztausbildung bis zur folgenden Sitzung zu erarbeiten.

In der folgenden Sitzung, am 05.10.1967[213], wurden die Eckdaten einer chirurgischen Abteilung sowie der Inneren Medizin vorgestellt und besprochen. Für die Unfallchirurgie spielte z.B. die Entfernungsfrage - vom Unfallort zum Krankenhaus - eine Rolle, die in einer vorherigen Tagung mit 25 km/Radius angegeben war. Nach Diskussion waren sich die Teilnehmer einig, dass nicht nur die reine Entfernungsfrage wichtig sei, sondern auch die Einlieferung der Patienten in ein *leistungsfähiges Krankenhaus*. Wichtig sei für diesen Sachverhalt zudem ein funktionierendes Krankentransportwesen. Privatstationen bzw. Betten für Selbstzahler sollten auch künftig vorgehalten werden. Die Verweildauer wurde in der Chirurgie mit 21 Tagen (!) pro Patient angegeben. Obwohl diese Frage noch einmal zurückgestellt wurde, war man sich einig, dass die Dauer des Krankenhausaufenthaltes nicht länger als ärztlich erforderlich sein sollte. Es wurde ein qualifizierter Vertreter des Chefarztes gefordert und die Möglichkeit zur Facharztausbildung sollte gegeben sein. Für den Fachbereich Innere Medizin spielten weitere Fragen zu Intensivstationen, Röntgenologie (=Radiologie), Zentrallabor, Endoskopie sowie ebenfalls die Ausstattung mit Geräten eine Rolle[214].

[212] Siehe Mitgliederliste des Innenministeriums aus 06/1967, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).
[213] Vermerk über die 2. Sitzung des Beirats für Krankenhausfragen vom 05.10.1967, IV 63 – 700 A, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).
[214] Siehe Protokoll der 2. Sitzung des Beirats für Krankenhausfragen vom 05.10.1967, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

In der dritten Sitzung des Beirats am 03.11.1967 wurden die Eckpunkte einer gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses behandelt[215]. Es wurde davon ausgegangen, dass eine ärztliche Auslastung erst bei etwa 1.000 Geburten pro Jahr gegeben wäre, wobei die durchschnittliche Verweildauer für Wöchnerinnen zwischen sechs und 14 Tagen angegeben wurde. Es wurde von Einrichtungen in Schweden berichtet, wonach der Krankenhausaufenthalt der dortigen Wöchnerinnen nur zwei bis drei Tage betrug und es sich dabei in der Regel um reine Pflegestationen für Mutter und Kind handelte, die weit unterhalb der Kosten der Krankenhausbetten lagen. Nach Aussage eines an der Sitzung teilnehmenden Fachvertreters sei auch ärztlicherseits gegen einer Entlassung gesunder Wöchnerinnen nach zwei bis drei Tagen - in geordnete häusliche Verhältnisse - nichts einzuwenden. Der Mindestaufenthalt der Neugeborenen betrug aus ärztlicher Sicht jedoch vier bis fünf Tage. Der Grad der Bettenausnutzung sei mit 75 % zwar gering, wurde aber, insbesondere aufgrund der enormen Schwankungen, in den Geburtenzahlen anerkannt. Weitere Themen, die behandelt wurden, waren das notwendige Vorhalten eines Pädiaters, die Schwangerenberatung sowie die Facharztanerkennung. Weiter wurde die Frage behandelt, ob ein Krankenhaus von einer Größe von 300 Betten einen hauptamtlichen Röntgenologen benötigt oder sogar mit einer Abteilung für Röntgendiagnostik und -therapie ausgestattet sein muss. Es wurde dabei von den Teilnehmern überwiegend die Auffassung vertreten, dass die Anstellung eines hauptamtlichen Röntgenologen erforderlich sei; abgelehnt wurde jedoch eine eigene Abteilung in einem Krankenhaus dieser Größe, wobei dann aber wieder die Auslastung des Röntgenologen in Frage gestellt wurde.

In einer Fachzeitschrift für das Krankenhauswesen[216] wurde die künftige Entwicklung des modernen Krankenhauswesens aus der Sicht eines Krankenhausplaners beschrieben. Die Notizen auf dem Dokument belegen den relativen Einfluss auch für die weitere Planung des Landes Schleswig-Holstein. Zunächst wurde in dem Beitrag die Unterschiedlichkeit von Krankenhäusern anhand bestimmter Punkte, wie Niveau, Art und Umfang der Leistungen, Organisation, Arbeitskräfte etc. beschrieben. Es wurde dargestellt, dass die zu konkretisierende Aufgabenstellung der Schlüssel der

[215] Siehe Protokoll der 3. Sitzung des Beirats für Krankenhausfragen vom 03.11.1967, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).
[216] Krankenhausumschau, Organ der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V., Ausgabe 15/1967, Autor: R.J. Stahl, Vorstandsmitglied des Deutschen Krankenhausinstitutes, Düsseldorf, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

Weiterentwicklung der Krankenhäuser wäre. So wurde gefragt, ob es um die Deckung des bloßen Bedarfs ginge, oder darüber hinausgehend darum, was der Wohlstand erlauben würde. Es wurden bereits zu diesem Zeitpunkt Sachverhalte beschrieben, die heute zum Standard von Krankenhausbetrieben gehören, wie z.B. Rationalisierung, Zentralisierung oder Integration von Intensivbetten. Allerdings muss ebenso erwähnt werden, dass ein anderer Teil der damaligen Vorstellungen auch bis heute lediglich Utopien geblieben sind, wie z.B. das Krankenhaus als perfektionierte, weitgehend computerisierte Gesundheitsfabrik, in der der Patient mit seinem Bett vollautomatisch zu ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen befördert wird.

Anfang Januar 1968 wurde aus dem Beirat für Krankenhausfragen heraus ein Unterausschuss für Finanzierungsfragen gegründet. Neben dem fachlichen Schwerpunkt im Beirat selbst befasste sich der Unterausschuss mit der Vorbereitung der Umsetzung der vom Beirat erarbeiteten Voraussetzungen. Konkret ging es darum, dass Teile der im Land vorhandenen Krankenhäuser den Voraussetzungen nicht entsprachen und nicht mehr benötigt wurden, dass an anderer Stelle ggf. Krankenhäuser in bestimmten Größen und Funktionen entstehen könnten und dass sich die einzelnen Krankenhäuser regional in bestimmten Funktionen ergänzen müssten[217].

Die folgende Sitzung des Gesundheitsbeirates[218] zeigte in eindrücklicher Weise am Beispiel des damaligen Landkreises Süderdithmarschen, dass trotz im Kreis und Land bekannter Unwirtschaftlichkeit der dortigen kleinen und in baulich schlechtem Zustand befindlichen Krankenhäuser und trotz eines erfolgten Kreistagsbeschlusses für den Neubau eines Krankenhauses, keine Einigung der einzelnen Kommunen über den künftigen Standort des geplanten Krankenhauses herbeizuführen war. Die Anhörung der einzelnen Bürgermeister gestaltete sich gemäß Darstellung im Protokoll recht unergiebig. Jeder Bürgermeister betonte die Stärken seiner Gemeinde und warum gerade dort das bestehende Krankenhaus nicht geschlossen oder verlegt werden dürfe. Im Ergebnis wurde die Anfrage des Beirats mit der Begründung zu-

[217] Auszug des Protokolls der 1. Sitzung des Unterausschusses „Finanzierungsfragen“ des Beirates für Krankenhausfragen vom 10.01.1968, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).
[218] Gemäß Vermerk über die 6. Sitzung des Beirates für Krankenhausfragen am 11.01.1968, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

rückgezogen, dass letzten Endes die Ratsversammlungen die entsprechenden Einzelbeschlüsse zu fassen hätten[219].

Einbezogen werden in die weitere Krankenhausplanung sollte auch die noch am Anfang stehende Morbititätsstatistik, in der die Patienten nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Verweildauer in verschiedenen Krankheitsgruppen erfasst werden sollten. Vorbild hierfür waren Statistiken aus den skandinavischen Ländern und Großbritannien, wogegen es in der Bundesrepublik zu diesem Zeitpunkt noch an entsprechenden Unterlagen fehlte[220].

Als Standort-Voraussetzungen für einen Krankenhausneubau in ländlichem Gebiet wurden folgende Parameter festgelegt: Größe und Einwohnerzahl des Einzugsgebietes, Attraktivität des Ortes in sozialem und kulturellem Bereich für Ärzte und Schwestern, weiterführende Schulen am Ort, weitere Mitarbeiter müssten aus der näheren Umgebung in vertretbarer Entfernung gestellt werden können, ausreichende Versorgungseinrichtungen (z.B. Abwässer), günstige Verkehrsbedingungen, ausreichendes Dienstleistungsgewerbe sowie Mittelpunktcharakter des Ortes[221]. Berücksichtigt werden musste bei diesen im Wesentlichen auf die Mitarbeitergewinnung ausgerichteten Parametern die damalige wirtschaftliche Lage der Bundesrepublik. Die Wirtschaft in den Jahren 1967/1968 war durch einen außergewöhnlichen Boom gekennzeichnet, der sich unter anderem auch durch Vollbeschäftigung auszeichnete, woraus folgte, dass bei einen möglichen Neubau von Krankenhäusern Rahmenbedingungen geschaffen werden müssten, die diesen Standort für das künftige Personal attraktiv machen würden.

Die Fläche des Landes Schleswig-Holstein wurde in fünf Planungsräume unterteilt, innerhalb derer jedes Krankenhaus eine bestimmte Mindestleistung erbringen musste. Die Krankenhäuser mit Mindestleistungen sollten sich innerhalb des Planungsraumes mit Krankenhäusern, die weitergehende Leistungen erbringen, ergänzen, so dass innerhalb jedes Planungsraumes jede erforderliche Krankenhausleistung zur Verfügung stünde. Zunächst wurden sechs Planungsräume benannt, die im weiteren

[219] In der Krankenhausplanung des Jahres 2010 war keines dieser Krankenhäuser mehr aufgeführt, siehe Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 3/2010 vom 18.01.2010, Seite 69.
[220] Manuskript für Grundsatzrede des Innenministers vom 16.01.1968, Seite 2, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).
[221] Entnommen aus Protokoll über die 7. Sitzung des Beirats für Krankenhausfragen vom 29.01.1968, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

Planungsverlauf auf fünf Planungsräume verdichtet wurden. Diese fünf Planungsräume waren:

- Planungsraum I : Pinneberg, Segeberg, Stormarn, Herzogtum Lauenburg
- Planungsraum II : Ostholstein, Lübeck
- Planungsraum III : Kiel, Plön, Rendsburg-Eckernförde, Neumünster
- Planungsraum IV : Dithmarschen, Steinburg
- Planungsraum V : Nordfriesland, Schleswig-Flensburg, Flensburg

Schleswig-Holstein selbst wurde als Planungs*region* bezeichnet[222]. Berücksichtigt wurden auch die besonderen geographischen Verhältnisse in Schleswig-Holstein, wie z.B. strukturschwache Regionen oder der sogenannte „Speckgürtel“ um Hamburg.

Ausgehend von einem Ende 1969 in München im Rahmen des dortigen kommunalen Gesundheitsausschusses vorgestellten Reformkonzeptes zur Neuordnung des Krankenhauswesens sowie einer sich anschließenden Veröffentlichung eines entsprechenden Beitrags im Nachrichten Magazin „Der Spiegel“ erfolgte zu Jahresbeginn 1970 auch in Schleswig-Holstein eine teils emotional und über die Medien geführte Diskussion über das sogenannte „Klassenlose Krankenhaus“[223]. Inhalt des Reformkonzeptes waren insbesondere die künftige Unterbringung von Privatpatienten in den Allgemeinen Krankenstationen, der Wegfall der unterschiedlichen Verpflegung sowie der unterschiedlichen Besuchszeiten von Privat- und Kassenpatienten, eine drastische Verringerung der mit Privatpatienten zu belegenden Betten sowie als Kern des Reformkonzeptes eine deutliche Beschneidung des Privatliquidationsrechtes der Ärzte. Das Innenministerium Schleswig-Holstein nahm diese Diskussion wahr, schrieb Ende Januar 1970 an den Verband der Leitenden Krankenhausärzte[224] und teilte mit, dass es sich bislang bewusst aus dieser vielschichtigen Frage herausgehalten hätte und bat den Verband um detaillierte Stellungnahme, mit welchen Argumenten diese

[222] Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 03/1970, Seite 188, Beitrag zur Krankenhausplanung für Schleswig-Holstein, Autoren: F. Beske und R. Beschorner.
[223] Quellen: Spiegel-Ausgabe 03/1970 vom 12.01.1970, Schreiben des Leiters der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums Schleswig-Holsteins an den Vorsitzenden des Verbands der Leitenden Krankenhausärzte, Landesgruppe Schleswig-Holstein, Herrn Prof. Dr. J. Hein vom 26.01.1970 sowie Redemanuskript der CDU-Fraktion vom 28.01.1970, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).
[224] Schreiben IV 63 - 903 Dr. Beske an Prof. Dr. J. Hein, Vorsitzender des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte, Landesgruppe Schleswig-Holstein, vom 26.01.1970, (LAS, Abt. 761. Bd. 1).

Vorschläge - in dem Schreiben als Kritik an der Liquidationsfrage bezeichnet - entkräftet werden könnten.

Nur zwei Tage später datiert ein Redemanuskript der CDU Schleswig-Holsteins, in dem detailliert ein Teil der Diskussion geschildert wurde. Am 17.01.1970 erschien ein Artikel des Kieler Ratsmitglieds und SPD-Kreisvorsitzenden Karl-Heinz Luckhardt[225] in den Kieler Nachrichten, in dem dieser das Krankenhaus der Zukunft als ein Haus ohne Klassen forderte: Kein Krankenhauszimmer solle über mehr als vier Betten verfügen, keine unterschiedlichen Besuchszeiten für Kassen und Privatpatienten, beschleunigter Abbau der Privatstationen, die Rechnungen für Privatpatienten sollen vom Krankenhausträger ausgestellt und liquidiert werden.

Eine Woche später antwortete Dr. Rüdel[226] ebenfalls über die Kieler Nachrichten mit einer Gegenstellungnahme. Wesentlicher Punkt hierin war die Darstellung, dass Privatpatienten die persönliche Inanspruchnahme eines Chefarztes anstreben würden und hierfür bereit seien, die Honorar-Rechnungen des Chefarztes *zusätzlich* zu bezahlen. Krankenhäuser bräuchten zudem als Chefärzte besonders qualifizierte Spitzenkräfte, denen ein ebenso großes Einkommen garantiert werden müsse, wie es die frei praktizierenden Ärzte hätten. Ein Verzicht auf die Behandlung von Privatpatienten und die Beseitigung des Liquidationsrechtes für Chefärzte wurde dementsprechend für nicht richtig gehalten.

Am 28.01.1970 wiederum erfolgte ebenfalls über die Kieler Nachrichten eine Stellungnahme des damaligen Kreisvorsitzenden der Jungen Union und späteren Kultusministers Schleswig-Holsteins, Peter Bendixen, Diese Stellungnahme bewegte sich von der Sache her in der Mitte zwischen beiden vorhergehenden Darstellungen. Im Ergebnis ist festzustellen, dass verschiedene Forderungen, wie kleinere Zimmer und gleiche Besuchszeiten, im Zeitablauf der folgenden Jahre vermehrt eingeführt wurden, Privatstationen gibt es aktuell, im Jahr 2010, immer noch, das Liquidationsrecht ist allerdings ab dem Jahr 2002 zumindest eingeschränkt worden[227].

---

[225] Karl-Heinz Luckhardt war bis 1971 Ratsmitglied in Kiel, 1971 bis 1980 SPD Landtagsabgeordneter in Schleswig-Holstein, von 1980 bis 1992 Oberbürgermeister in Kiel, URL: < http://www.kiel.de/ rathaus/_ meldungen/_meldung.php?id=5075>, (Stand: 04.06.2012).
[226] Dr. Hans-Carl Rüdel, Apotheker und Bundestagsabgeordneter der CDU aus Kiel.
[227] Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 19.11.1999 auf der Grundlage des Positionspapiers zur Neugestaltung des Personalrechts einschließlich des Vergütungssystems der Professoren mit

Am 11.02.1970 wurde der Entwurf der Krankenhausplanung vom Innenministerium an die Landräte und Oberbürgermeister des Landes geschickt[228]. Es wurde ausdrücklich betont, dass es sich hierbei um ein unabhängiges Gutachten des Beirates für Krankenhausfragen handele und es wurde um ausführliche Stellungnahme bis zum 01.10.1970 gebeten.

In der folgenden Ausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes wurde über die Vorstellung des Konzeptes zur Krankenhausplanung in der Kammerversammlung der Ärztekammer berichtet[229]. Die Kammerversammlung nahm demnach „mit Genugtuung“ zur Kenntnis, dass die Krankenhausplanung Mindestanforderungen an Krankenhausabteilungen und Krankenhauseinrichtungen stellt. Mittelpunkt der Krankenhausplanung sei die optimale Versorgung der Patienten. In den folgenden Wochen und Monaten sei beabsichtigt, dass sich auch die Ärzteschaft Schleswig-Holsteins zu den darin genannten Zahlen und Zielvorstellungen äußert.

Im April 1970 behandelte ein Beitrag im Ärzteblatt die künftigen Perspektiven der Krankenhäuser[230]. In einem Abschnitt wurde auf die steigende Lebenserwartung der Menschen eingegangen. Danach betrug die durchschnittliche Lebenserwartung eines Menschen im Jahr 1770 34 Jahre, für das Jahr 2070 wurde eine durchschnittliche Lebenserwartung von 130 Jahren erwartet[231]. Gleichzeitig wurde dargestellt, dass die Ausbildungszeiten zunehmen und der Zeitanteil an der produktiven Arbeit geringer würde. So wurde damals von einem „Panoramawechsel“ der Krankheiten aufgrund der Chemotherapie und Antibiotika ausgegangen. Unabhängig davon, ob diese vorgenannten Angaben der durchschnittlichen Lebenserwartung und der Be-

---

ärztlichen Aufgaben im Bereich der Hochschulmedizin. Die Länder wurden gebeten, spätestens ab 01.01.2002 bei der Besetzung von Professuren, die neuen personalrechtlichen Regelungen zugrunde zu legen, URL: < http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1999/1999_11_19-Neugestaltung-Personalrecht-HS-Medizin.pdf>, (Stand: 04.06.2012).

[228] Schreiben des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein AZ: IV 63 – 700 A – an die Herren Landräte / Oberbürgermeister vom 11.02.1970, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[229] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe März 1970, Seite 156, Kammerversammlung vom 25.02.1970.

[230] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt. Ausgabe April 1970, Seiten 239 ff., Titel des Beitrags: Perspektiven des Krankenhauses im Horizont der Zukunft (Teil II), Autor: Heinrich Schipperges, Heidelberg.

[231] Die durchschnittliche Lebenserwartung von Neugeborenen in Deutschland der Jahre 2007-2009 wird aktuell mit etwas mehr als 82,5 Jahre (weibliche Neugeborene) sowie 77,3 Jahre (männliche Neugeborene) angegeben. Quelle: Statistisches Bundesamt, Website, URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html>, (Stand: 04.06.2012).

handlungsformen noch dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen, wurde der Trend aber richtig dargestellt. Die Gerontologie hat in der Folgezeit einen immer größeren Stellenwert innerhalb der Medizin erreicht. Einige der Alterskrankheiten, können deutlich besser behandelt werden, als dies vor rd. 40 Jahren noch der Fall war. Dadurch treten allerdings andere altersbedingte Krankheiten, wie z.B. Alzheimer, immer mehr in den Vordergrund. Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Begriff „Ethik“ innerhalb der Medizin.

Der CDU-Landesverband Schleswig-Holstein gab Anfang 1971 eine Stellungnahme zur Gesundheitspolitik ab[232], wonach sich die Krankenhäuser insbesondere aufgrund des Einzugs der Naturwissenschaften in die Medizin sowie in der Altersschichtung der Bevölkerung zu einer komplizierten und spezialisierten medizinisch-technischen Einrichtung entwickelt hätten. In Schleswig-Holstein standen demnach 26.000 Krankenhausbetten zur Verfügung, davon 8.700 Betten für psychisch Kranke. Das entsprach insgesamt einer Quote von 10,3 ‰ (für Akutkrankenhäuser 6,7 ‰, bezogen jeweils auf 2,57 Mio. Einwohner). Die Verweildauer der Patienten in den Akutkrankenhäusern läge bei 15,5 Tagen, damit unterhalb des Bundesdurchschnitts und würde demnach oft als beispielgebend zitiert. Die Einwohnerzahl des Landes sei in den vergangenen fünf Jahren um 100.000 Personen gestiegen; für die nahe Zukunft würde mit einer weiteren, aber geringeren Bevölkerungszunahme gerechnet. Der Anteil der über 65-jährigen lag zu jenem Zeitpunkt bei 14,3 %, es wurde erwartet, dass dieser Anteil bis 1980 auf über 15 % ansteigen würde. Da diese Menschen gegenüber den mittleren Jahrgängen eine deutlich höhere Krankenhaushäufigkeit und eine längere Verweildauer hätten, wurde mit einem weiteren Bettenbedarf gerechnet. (Anmerkung: Im Jahr 2009 liegt dieser Anteil bereits bei 21,6 %[233]). Es wurde das Ziel verfolgt, ein Netz von leistungsfähigen Krankenhäusern zu schaffen, die über das ganze Land verteilt wären. Ausdrücklich hingewiesen wurde auch darauf, dass das zu diesem Zeitpunkt in Vorbereitung befindliche Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes die finanzielle Förderung von Krankenhäusern davon abhängig machen

[232] Redemanuskript vom 19.01.1971, herausgegeben vom CDU-Landesverband Schleswig-Holstein, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[233] Quelle: Statistisches Amt Hamburg und Schleswig-Holstein; 612.332 über 65-jährige zu 2.83 Mio. Einwohnern in SH, entnommen aus Tabelle A I 3 – j/09 „Die Bevölkerung in Hamburg und Schleswig-Holstein 2009 nach Alter und Geschlecht“, URL: < http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/A_I_3_j09.pdf>, (Stand: 04.06.2012).

würde, dass die Krankenhäuser in einem entsprechenden Bedarfsplan der Länder aufgeführt wären.

Im Februar 1971 fand zwischen der CDU-Fraktion und Vertretern des Hartmannbundes[234] ein gesundheitspolitisches Gespräch u. a. zum Thema „Das klassenlose Krankenhaus“ statt[235]. Es bestand Einigkeit darüber, dass das „klassenlose Krankenhaus“ nicht dem Wohl der Patienten diene. Die ärztliche Versorgung sei bereits für alle Patienten gleich. Die Unterbringung und Versorgung müsse sich jedoch individuell entsprechend der Krankheit und der psychischen Verfassung der Patienten gestalten. Hervorgehoben wurde, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entscheidend für den Heilungsprozess sei.

Im Rahmen einer Regierungserklärung des im Mai 1971 neugewählten Ministerpräsidenten Stoltenberg sowie einer sich daran anschließenden Landtagsdebatte[236], wurde vom Gesundheitsminister Clausen auch auf die Krankenhausversorgung des Landes eingegangen. Im Mittelpunkt stand zu dieser Zeit die rechtzeitige Vorlage des Krankenhausplanes, damit das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes auch in Schleswig-Holstein sofort in Kraft treten könne. Die Zahl der Krankenhausbetten in Schleswig-Holstein reichte gemäß Minister Clausen - entgegen der Auffassung der Opposition - bei Anlegung internationaler Maßstäbe aus; auch weil die flankierenden Maßnahmen in die Planung einbezogen wurden. Die flankierenden Maßnahmen waren u.a. die Einrichtung von Pflegeheimen, der Ausbau der Haus- und Gemeindepflege sowie die Einrichtung von gesonderten Stationen für Suchtkranke. Schleswig-Holstein sei das erste Bundesland, das ein entsprechendes Gutachten vorgelegt hätte. Nach erfolgter Diskussion des Gutachtens mit den Trägern der Krankenhäuser beabsichtigte die Landesregierung, in Kürze die Krankenhausplanung vorzulegen. Das Problem der psychisch Kranken und Suchtkranken sei in Schleswig-Holstein im Verhältnis zu anderen Ländern ebenfalls sehr gut gelöst. Die drei Landeskrankenhäuser Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen würden gegenwärtig saniert. Weiterhin sollten zur Entlastung der Landeskrankenhäuser an allgemeinen

[234] Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Sitz in Berlin.
[235] Quelle: Mitteilungsblatt der CDU-Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtags Nr. 12/71 vom 12.02.1971, verantwortlich Herr Uwe Looft, damaliger Geschäftsführer der CDU-Fraktion, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[236] Auszug aus dem Protokoll der Regierungserklärung vom 26.05.1971. Zwei Tage zuvor, am 24.05.1971, erfolgte die Wahl von Dr. Gerhard Stoltenberg (CDU) zum Ministerpräsidenten Schleswig-Holsteins, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Krankenhäusern psychiatrisch-neurologische Abteilungen eingerichtet werden. Vorreiter hierbei sei das Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster. Die Landeskrankenhäuser Schleswig und Heiligenhafen hätten zudem besondere Abteilungen für Suchtkranke, die aber laufend belegt wären. Den besonderen Gefahren der Rauschmittelsucht sollte deshalb verstärkt durch öffentliche Aufklärungsaktionen begegnet werden.

Etwa im Jahr 1971 – das genaue Datum ist leider nicht nachvollziehbar – fand eine Tagung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Brüssel statt. Im Mittelpunkt dieser Tagung standen Grundsatzfragen der ärztlichen Versorgung in Europa. Die Landesregierung Schleswig-Holsteins wurde durch den Staatssekretär Dr. Fritz Beske[237] vertreten. Nach seinem anschließenden Bericht deckten sich die Vorstellungen der Landesregierung, für die Allgemeinkrankenhäuser ein Verhältnis von 5 ‰ zur Einwohnerzahl des Landes zu schaffen, mit den Diskussionsergebnissen der internationalen Fachleute. Bestätigt wurde demnach auch die Auffassung der Landesregierung, dass die Krankenhausversorgung durch ein vielfältiges Angebot an weiteren Einrichtungen ergänzt werden müsse. Dazu gehörten neben einem Netz an niedergelassenen Ärzten flankierende Maßnahmen wie die Hauskrankenpflege, Gemeindeschwesterstationen und Pflegeheime. Bei einem ausreichenden Angebot an flankierenden Maßnahmen sollte es möglich sein, den tatsächlichen Bedarf an Allgemeinkrankenhäusern auf bis zu 3,5 ‰, gemessen an der Einwohnerzahl, zu reduzieren. Die genannten flankierenden Maßnahmen traten dabei nicht nur wegen der niedrigeren Kosten, sondern auch wegen des damit verbundenen Heilungserfolges mehr und mehr in den Vordergrund[238].

Der vom Beirat für Krankenhausfragen vorgelegte Entwurf für Krankenhausplanung führte auch im Herbst 1971 zu weiteren Diskussionen[239]. Dabei spielten nicht nur wirtschaftliche, sondern auch politische Aspekte eine wesentliche Rolle. So sollten 16 kleinere Krankenhäuser mit insgesamt 1.019 Betten stillgelegt werden. Das führte

[237] Dr. Fritz Beske war in der Zeit von 1971 bis 1981 Staatssekretär im Sozialministerium Schleswig-Holstein, zuvor war er unter anderem Leiter der Gesundheitsabteilung sowie mehrere Jahre Internationaler Beamter im Europäischen Büro der WHO in Kopenhagen, URL: < http://www.igsf.de/VitaProf Beske.pdf>, (Stand: 04.06.2012).
[238] Quelle: undatierter und nicht unterzeichneter Vermerk der Landesregierung Schleswig-Holstein mit der Überschrift „Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein im internationalen Rahmen“, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[239] Interne Stellungnahme des Sozialministeriums, undatiert, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

insbesondere dort zu Diskussionen, wo in jüngerer Vergangenheit größere Summen investiert wurden. Die Krankenhausversorgung der Inseln Sylt, Föhr, Amrum und Fehmarn sollte künftig über die Angliederung von größeren und leistungsfähigeren Krankenhäusern auf dem Festland erfolgen, wogegen die Inselbevölkerung auf eigene Krankenhäuser bestand. Als Ersatz für den Wegfall kleinerer Krankenhäuser waren eine Kapazitätserweiterung und ein Ausbau von über 20 bestehenden größeren Krankenhäusern geplant. Die Umsetzung dieser Planung würde nach Einschätzung von Dr. Beske in vielen Fällen aber nur über Neubauten möglich sein, da die Funktionen bzw. die Gelände nicht für eine Erweiterung ausreichten. Die Zielplanung für 1985 sah ein Bettenangebot von 5,1 ‰ vor, welches erheblich unterhalb dem aktuellen Bundesdurchschnitt von 7,1 ‰ läge. Als Begründung hierfür wurden die flankierenden Maßnahmen angegeben. Die Schätzungen über die Bevölkerungsentwicklung erschienen problematisch. Es bestand ein zusätzlicher Bettenbedarf in den Gebieten, die stark vom Fremdenverkehr frequentiert waren. Zur Verwirklichung der Planung müsste der jährliche Finanzaufwand für Baumaßnahmen gegenüber dem damaligen Stand verdreifacht werden. Das Finanzvolumen würde maßgeblich davon abhängen, ob es zu einem Bundesgesetz über die Krankenhausfinanzierung kommen würde.

Ähnliche Inhalte gingen aus einem weiteren Vermerk von Oktober 1971 des Sozialministeriums hervor[240]. So wurden von einigen Landräten/Oberbürgermeistern sowie diversen anderen Akteuren der Gesundheitspolitik, genannt seien beispielsweise die Ärztekammer, der Städtebund, die Orthopädische Gesellschaft, der Berufsverband der Anästhesisten, die Arbeitsgemeinschaft der Hamburg-Randkreise, Stellungnahmen zum Entwurf der Krankenhausplanung abgegeben. Gerade die Stellungnahmen der Kreise und Städte mussten demnach teils mehrfach angemahnt werden. Vom Kreis Nordfriesland wurde - zumindest bis zu diesem Zeitpunkt - keine Stellungnahme abgegeben. Inhaltlich wurde in den Stellungnahmen auch die im Verhältnis zum Durchschnitt der Länder zu geringe Bettenzahl kritisiert. Gemäß Sozialministerium zeichnete sich eine Einigung auf eine Bettenzahl von 6 ‰ ab. Kritische Bemerkungen kamen hauptsächlich von den Krankenhausträgern oder den Orten, in denen Krankenhäuser *stillgelegt* werden sollen. Es wurde vorgeschlagen, das Wort *Stilllegung* künftig zu vermeiden, da es sich in den meisten Fällen um eine Umwandlung in

[240] Vermerk zur Krankenhausplanung vom 12.10.1971, AZ: KH Planung Br II, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens handele. Es fehlte im Planentwurf die Festlegung der akademischen Lehrkrankenhäuser, so dass angeregt wurde, diese durch ein Gremium[241] auswählen zu lassen. Es wurde auch hier festgestellt, dass der vorgesehene Finanzbedarf nicht ausreiche.

Auch aus weiteren Unterlagen wird deutlich, dass die Krankenhausplanung für das Land Schleswig-Holstein zu dieser Zeit im Vordergrund stand[242]. Wiederholt wurden die Ausgangspunkte der Planung genannt, wonach leistungsfähige Fachabteilungen geschaffen werden sollten, die Krankenhausversorgung des Landes in zentralen Orten mit leistungsfähigen Krankenhäusern konzentriert werden sollten und dass eine möglichst gleichmäßige Versorgung der fünf Planungsräume angestrebt wurde. Neben diesen bisher schon bekannten Punkten wurde in einem Vermerk des Sozialministeriums[243] von Januar 1972 über eine geplante Tagung der WHO erstmals folgender Sachverhalt erwähnt: Ein kritischer Punkt in der künftigen Krankenhausversorgung sei die zunehmende Subspezialisierung innerhalb der Disziplinen, welche nur im Rahmen sehr großer Krankenhäuser möglich sei. In den Folgejahren wird dieses Problem bzw. dieser Sachverhalt der Subspezialisierung von Disziplinen noch verstärkt thematisiert werden.

Im Juni 1972 wurde unabhängig von der Krankenhausplanung thematisiert, dass die Stadt Hamburg über eine erhebliche Belastung der Hamburger Krankenhäuser durch Patienten aus Schleswig-Holstein klagte[244]. Es handelte sich insbesondere um die Inanspruchnahme von aufwendigen Spezialeinrichtungen, wie z.B. Dialyse, Neurochirurgie. Pädiatrie, Orthopädie oder Ophthalmologie. Aus Sicht Schleswig-Holsteins erschien dagegen eine erhebliche Erhöhung des Bettenangebotes in den Randkreisen um Hamburg weder erforderlich noch vertretbar. Als Gründe wurden aufgeführt, dass viele der in Hamburger Krankenhäusern behandelten Patienten aus Schleswig-Holstein in Hamburg tätig seien und somit zu Recht Hamburger Krankenhäuser aufsuchen würden, dass bereits sehr viele der großen Hamburger Krankenhäuser am

[241] Dieses Gremium soll sich gemäß des Vermerks vom 12.10.1971, AZ: KH Planung Br II, aus Kultusministerium, Medizinischer Fakultät, Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie der Gesundheitsabteilung des Sozialministeriums zusammensetzen.
[242] Vermerke / Ausarbeitungen des Sozialministeriums Schleswig-Holstein, vom 06.01.1972 und 15.03.1972, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[243] Vermerk - IX - 511.1 vom 06.01.1972 zur Vorbereitung der vom 19.-22.16.1972 stattfindenden Tagung der WHO in Stockholm, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[244] Schreiben des Sozialministers Eduard Clausen an den Chef der Staatskanzlei Schleswig-Holsteins vom 23.06.1972, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Rande der Stadt lägen, so dass der Neubau oder die Erweiterung von Krankenhäusern im Hamburger Randgebiet – auf Schleswig-Holsteinischem Gebiet – zu einem Überangebot an Krankenhausbetten führen würde, sowie dass seitens der Stadt Hamburg Planungen bestünden, weitere Krankenhäuser im Zuge von Ersatzbauten an die Peripherie zu verlegen.

Am 29.06.1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (kurz: KHG) beschlossen und unmittelbar darauf im Bundesgesetzblatt veröffentlicht[245]. Zentrale Elemente des Gesetzes waren die teilweise Übernahme von Investitionskosten durch den Bund sowie die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips. Die Länder wurden gehalten, Krankenhausbedarfspläne aufzustellen.

Als Ergänzung zum Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes beschloss der Landtag Schleswig-Holsteins im Januar 1973 das Krankenhausinvestitionsgesetz[246], wonach das Land, die Kreise und die kreisfreien Städte gemeinsam die Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicherstellen sollten. Die Kreise und kreisfreien Städte mussten sich an den Investitionskosten der Krankenhäuser mit einem Beitrag beteiligen. Der Beitrag wurde zunächst mit einem *Drittel* des Betrages, der in Schleswig-Holstein nach dem KHG jährlich für Investitionen in Krankenhäusern bereitgestellt wurde, bemessen. Weiterhin wurde in dem Gesetz genau geregelt, wie diese Beiträge zu ermitteln und für welche konkreten Sachverhalte diese zu verwenden wären.

Im Oktober 1973 wurde der Krankenhausbedarfsplan für das Land Schleswig-Holstein veröffentlicht[247]. Der Plan war untergliedert nach öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern einerseits und Privatkliniken andererseits. Der Teil der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser war weiter unterteilt in Krankenhäuser für Akutkranke, Krankenhäuser für psychisch Kranke sowie in sonstige Sonderkrankenhäuser. Die einzelnen Krankenhäuser waren nach Kreisen und Planungsräumen geordnet. Als Planungszeitraum für den Bedarfsplan wurden acht Jahre

[245] Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz), Bundesgesetzblatt 1972, Teil I, Nr. 60, Seiten 1009 ff.
[246] Gesetz über die Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte an den Investitionskosten der Krankenhäuser (Krankenhausinvestitionsgesetz – KIG) vom 16.01.1973, veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein 1973, Nr. 1, Seite 2.
[247] Amtsblatt Schleswig-Holstein 1973, Nr. 45, Seiten 911 ff.

(31.12.1972 bis 31.12.1980) zugrunde gelegt. Das Ziel war auch weiterhin die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern.

Die Planbettenzahl der öffentlichen und freigemeinnützigen Akutkrankenhäuser betrug zum 31.12.1972 12.564 Betten; bis Ende des Planungsraumes wurde ein Planbettenbestand von 13.374 Betten angestrebt. Das bedeutete einen nominalen Bettenaufbau von 810 Betten, wobei Faktoren wie Bevölkerungsentwicklung, Altersstruktur etc. noch berücksichtigt werden mussten. Gemessen an der Einwohnerzahl Schleswig-Holsteins[248] bedeutete dies ein Bettenangebot von 4,9 ‰.

Hinzu kamen noch 1.028 Betten in Privatkliniken[249]. Bei Privatkliniken handelte es sich um konzessionierte Gewerbebetriebe, welche jedoch überwiegend die Versorgung der Bevölkerung mittrugen, so dass sie in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen wurden. Da die Entscheidung über Eröffnung, Erweiterung, Schließung etc. aber weitestgehend im freien Ermessen der privaten Träger lag, wurden Privatkliniken aber nur bedingt planerisch im Krankenhausbedarfsplan erfasst. Sofern sie jedoch in Übereinstimmung mit den Planungen des Landes speziellen Aufgaben innerhalb eines Fachgebietes dienten, oder ihr Träger den Betrieb eines Krankenhauses übernahm, das im Krankenhauszielplan ausgewiesen war, konnten sie ausdrücklich auch auf lange Sicht im Krankenhausbedarfsplan verbleiben.

Im Entwurf der Krankenhausplanung war vorgesehen, 16 kleinere Krankenhäuser mit insgesamt 1.019 Betten stillzulegen. In der verabschiedeten Krankenhausplanung waren dagegen neun Krankenhäuser aufgeführt, deren angestrebtes Bettensoll zum 31.12.1980 „Null“ betrug. Das waren:

Kreiskrankenhaus	Kaltenkirchen	76 Betten
Vereinskrankenhaus	Bad Bramstedt	35 Betten
Elisabeth-Krankenhaus	Eutin	66 Betten
Städt. Krankenhaus Priwall	Lübeck	131 Betten

[248] Gemäß Amtsblatt Schleswig-Holstein 1973, Nr. 45, Seite 919 2.563.775 Einwohner.
[249] Stand 31.12.1972

Städt. Krankenhaus	Heide	105 Betten
Kreiskrankenhaus	Meldorf	68 Betten
Zweckverbandskrankenhaus	Marne	75 Betten
Städt. Krankenhaus	Kellinghusen	48 Betten
Krankenhaus Menckestift	Wilster	50 Betten
Summe		**654 Betten**

Das Kreiskrankenhaus Kaltenkirchen sollte durch einen Neubau ersetzt werden, das Vereinskrankenhaus Bad Bramstedt sollte ebenfalls im Neubau in Kaltenkirchen aufgehen, das Städtische Krankenhaus Priwall sollte im Neubau des Städtischen Krankenhauses Lübeck aufgehen, für die Krankenhäuser Heide, Meldorf und Marne war ebenfalls beabsichtigt, dass sie in Neubauten und Erweiterungen im Kreisgebiet aufgehen sollten, die Krankenhäuser Kellinghusen und Wilster sollten in einem Neubau in Itzehoe aufgehen.

Damit war im verabschiedeten Krankenhausplan kein einziges Krankenhaus enthalten, welches ohne Ersatz stillgelegt werden sollte. Es erfolgte aber, insbesondere in den Kreisen Segeberg, Dithmarschen und Steinburg sowie in Lübeck eine Konzentration und Verdichtung auf weniger, dafür aber größere Krankenhäuser. Die Krankenhausversorgung der Inseln Sylt, Föhr, Amrum und Fehmarn sollte gemäß Entwurf der Planung künftig über die Angliederung von größeren und leistungsfähigeren Krankenhäusern auf dem Festland erfolgen. Sämtliche dieser Krankenhäuser waren jedoch in der Krankenhausplanung bis 1980 mit nahezu unveränderter Bettenzahl enthalten.

Für die psychiatrischen Kliniken ergab sich ausgehend von 6.283 Betten zum 31.12.1972 ein Aufbau um 585 Betten auf dann 6.868 Betten zum 31.12.1980. Anzumerken ist, dass hiervon insgesamt 4.950 (= 72 %) auf die drei großen Landeskrankenhäuser Heiligenhafen, Neustadt und Schleswig entfielen. Weitere 290 Betten entfielen zum Beginn des Planungszeitraumes auf die Medizinische Akademie Lübeck sowie das Universitätsklinikum Kiel. Eine Veränderung der Bettenzahl in den Landeskliniken war bis zum Ende des Planungszeitraums nicht vorgesehen.

1.2.3. Zusammenfassung / Analyse (1967 – 1973)

Die besonderen Herausforderungen der allgemeinen Gesundheitspolitik in diesem Zeitabschnitt bestanden in der Bewältigung der Folgen des gewachsenen Wohlstands sowie einer unzureichenden ärztlichen Versorgung auf dem Lande und in den Randgebieten der Großstädte. So hatte in dieser Zeit die Zahl der Alkoholkranken und auch der Drogenkranken erheblich zugenommen. Weitere Herausforderungen waren die Umsetzung des neu gefassten Krankenpflegegesetzes und die Sorge um den Nachwuchs im öffentlichen Gesundheitswesen. Innerhalb des Krankenhausbereichs hingegen war der herausragende Aufgabenschwerpunkt die Erarbeitung und Verabschiedung der ersten Krankenhausplanung. Hinzu kam als weitere Problemstellung eine breit geführte Diskussion über das „Klassenlose Krankenhaus".

Die aus dem gewachsenen Wohlstand resultierenden Probleme, wie ein starkes Anwachsen der Anzahl der alkoholsüchtigen Menschen, betrafen nicht nur das Land Schleswig-Holstein, sondern das gesamte Bundesgebiet. Um diesem zu begegnen, wurden in den Landeskrankenhäusern Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen die räumlichen Kapazitäten erhöht[250]. Auch hinsichtlich der personellen Besetzungen wurden Stellen geschaffen, die jedoch vielfach nicht besetzt werden konnten. Die Folge hiervon war eine in der Regel weniger effektive Behandlung der Krankheitsverläufe.

Die Zunahme des Konsums an Drogen, wie Cannabis oder Marihuana, war ebenfalls ein bundesweites Problem und nicht nur auf Schleswig-Holstein begrenzt. Dargestellt wurde eine außerordentlich schnelle Verbreitung des Drogenkonsums[251]. Die Ärzteschaft schien von diesem Problem „überrollt" worden zu sein und wirkte in den Antworten hierauf relativ hilflos. Ein Konzept, wie diesem Sachverhalt zu begegnen sei, war seitens der Landesregierung nicht ersichtlich.

Das Problem der unzureichenden ärztlichen Versorgung in den ländlichen Gebieten war zwar ebenfalls ein grundsätzlich bundesweites Thema, allerdings mit besonderer Ausprägung in strukturschwachen Regionen, wie Teilen von Schleswig-Holstein.

---

[250] Redemanuskript des Innenministeriums, Aktenzeichen - IV 63 – KH-Wesen I -, November 1966, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[251] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1970, Seiten 255 ff.

Dieses Problem wurde von der Landesregierung erkannt und wurde in der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten Stoltenberg als einer der Schwerpunkte der künftigen Arbeit innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes bezeichnet[252]. Um diesem Problem zu begegnen, sollten in der Folge u.a. Lehrstühle für Allgemeinmedizin an der CAU zu Kiel eingerichtet werden und die Einrichtung von Gemeinschaftspraxen gefördert werden. Es wurde aber davon ausgegangen, dass dieses Problem zwischen der Ärzteschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung und ohne staatliche Eingriffe gelöst werden müsse.

Im Vorfeld der Krankenhausplanung wurde vom damals zuständigen Innenministerium u.a. deutlich dargestellt, dass die Aufnahmekapazitäten der Krankenhäuser dem „Ansturm“ der Patienten oftmals nicht mehr gewachsen wären. Die Gründe hierfür wären eine zunehmende Verlagerung medizinischer Ereignisse vom häuslichen Bereich in den Krankenhausbereich (z.B. Geburten) und eine Veränderung des sogenannten Patientenguts, d.h. weniger junge Patienten mit akuten Erkrankungen, dafür mehr ältere Patienten mit langandauernden Verschleißerscheinungen. Hinsichtlich der Infrastruktur und personellen Besetzung der Krankenhäuser wurde ein erheblicher Nachholbedarf gesehen. Letztendlich handelte es sich hierbei ebenfalls um ein bundesweites Problem, denn auf dieser Ebene erfolgte die Initiative zur Neuordnung der Finanzierung des Krankenhausbereichs. Die Länder wurden aufgefordert, bis zum Jahr 1972 jeweils landesbezogene Krankenhauspläne mit dem Ziel der Einführung der sogenannten dualen Finanzierung zu erstellen, wonach die Finanzierung der Investitionen der in den Krankenhausplänen aufgenommenen Krankenhäuser jeweils hälftig von Bund und Ländern erfolgen sollte und nur noch die laufenden Kosten mittels der Pflegesätze durch die Krankenkassen. Allerdings lag die Problematik gemäß der Landesregierung mehr im qualitativen denn im quantitativen Bereich, d.h. die Anzahl der Krankenhausbetten wurde nach wie vor als ausreichend angesehen.

Unter der Federführung des Innenministeriums wurde ein Beirat für Krankenhausfragen eingerichtet, dessen Aufgabe es war, den Krankenhausplan zu erarbeiten. Vereinbart wurde, zunächst die Eckdaten der vier Hauptdisziplinen inklusive des Krankentransportwesens zu erarbeiten. In einem Unterausschuss des Krankenhausbeirats wurden die Finanzierungsfragen behandelt. Hierin wurden die Standortvoraus-

[252] Auszug aus dem Protokoll der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten Dr. Gerhard Stoltenberg, vom 26.05.1971, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

setzungen für Krankenhäuser anhand unterschiedlicher Parameter festgelegt. Das Gebiet des Landes wurde in verschiedene Planungsräume unterteilt, innerhalb derer die einzelnen Krankenhäuser und deren Gesamtheit bestimmte Leistungen erbringen sollten.

Der im Jahr 1971 vorgelegte Entwurf der Krankenhausplanung sah eine Stilllegung von 16 kleineren Krankenhäusern mit insgesamt über 1.000 Krankenhausbetten vor. Als Ersatz hierfür waren im Gegenzug Kapazitätserweiterungen und der Ausbau von über 20 größeren Krankenhäusern geplant. Der Entwurf führte in weiten Teilen des Landes zu erheblichen Diskussionen, zwangsläufig verstärkt in den Bereichen, in denen Stilllegungen von Krankenhäusern vorgesehen waren. Der endgültige Krankenhausplan sah jedoch bis zum Ende des Planungszeitraumes, 31.12.1980, einen Betten*auf*bau von 810 Betten vor. Hinzu kamen noch über 1.000 Betten in Privatkliniken, die nur bedingt im Krankenhausplan erfasst wurden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Einrichtung des Beirats für Krankenhausfragen einen deutlichen Einschnitt in die Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein darstellte. Ab diesem Zeitpunkt wurden sehr stringent und kontinuierlich die Vorarbeiten für die notwendige Krankenhausplanung geleistet. Allerdings wurde im endgültigen Krankenhausplan nur ein Teil der Vorschläge des Beirats als Planungsvorgabe aufgenommen. Davon wiederum wurde nur ein Teil der Planungsvorgaben tatsächlich bis zum Ende des Planungszeitraumes umgesetzt.

Seit Ende 1969 wurde ausgehend von einem in München vorgestellten Reformkonzept über das sogenannte „Klassenlose Krankenhaus“ diskutiert. Inhalt des Reformkonzeptes waren u.a. die Unterbringung von Privatpatienten auf allgemeinen Krankenstationen, der Wegfall unterschiedlicher Verpflegung und unterschiedlicher Besuchszeiten. Diese Diskussion entwickelte sich über diesen Zeitabschnitt hinausgehend als Grundsatzdiskussion hinsichtlich der künftigen Form der Krankenhausversorgung. Die Landesregierung selbst beteiligte sich zunächst jedoch nur zurückhaltend an der Diskussion.

1.3. Zeitabschnitt 1974 – 1979

1.3.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Im Januar 1974 erfolgte ein erster Schritt des Innenministeriums zum Schutz der passiven Raucher. Es wurde die Absicht geäußert, ein Rundschreiben im Interesse und zum Schutz der Nichtraucher an alle Mitarbeiter im Landesdienst herauszugeben. Nach damaliger Auffassung der Staatskanzlei sollten jedoch geeignete Maßnahmen nur dann angeregt werden, wenn die Einhaltung ohne besondere Schwierigkeiten möglich sei[253].

In einer Presseerklärung wendete sich der Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein gegen „Verstaatlichungstendenzen“ im Gesundheitswesen, besonders im Krankenhausbereich, und sprach sich im Rahmen des in Kiel tagenden Bundesausschusses für Gesundheitspolitik der CDU für die freie Berufsausübung von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern aus. Hervorgehoben wurde auch, dass sich Schleswig-Holstein hinsichtlich der Versorgung von psychisch Kranken auf dem Weg von nur wenigen großen Zentren zur Einrichtung von einem Netz von kleineren Einheiten der psychisch Kranken befände[254]. Im Anschluss an die Tagung erschien ein Bericht in den Kieler Nachrichten, in dem ebenfalls deutlich gemacht wurde, dass das bewährte System der Gesundheitsversorgung beibehalten und kontinuierlich weiterentwickelt werden sollte. Die Bürger seien demnach stärker in die vorbeugende Gesundheitsvorsorge einzubeziehen. Weitere Schwerpunkte waren die Forderung nach Einführung des neuen Berufes des Gesundheitspädagogen, des Ausbaus von Früherkennungsmaßnahmen und medizinischer Forschung vor allem für die Bereiche Krebs-, Kreislauf-, Herz- und Stoffwechselerkrankungen sowie auch die Festlegung von gesundheitsbezogenen Umweltqualitätsnormen. Weiterhin wurde sich auf der Tagung mit dem Thema Rettungswesen und der Finanzierung des Rettungswesens

[253] Antwortschreiben des Chefs der Staatskanzlei an den Innenminister vom 18.01.1974 Zeichen: -StK 16 -, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[254] Pressemitteilung der Presse- und Informationsstelle der Landesregierung Schleswig-Holsteins vom 25.01.1974, Sozialminister Clausen (CDU), (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

auseinandergesetzt. Vorgeschlagen wurde, von der Mineralölsteuer einen „Rettungspfennig“ abzuzweigen[255].

Mitte Februar 1974 fand eine Podiumsdiskussion von Landespolitikern unterschiedlicher Parteien zum Thema „Ärztliche Versorgung auf dem Land“ statt, in der zunächst festgestellt wurde, dass es eine nur schwache Versorgung der ländlichen Kreise mit Ärzten gab. Es wurden Wege gesucht, dieser schwachen Versorgung zu begegnen. Eine Möglichkeit hierzu schien die Erleichterung der Errichtung von Gruppenpraxen zu sein, z. B indem zinsgünstige Darlehen bzw. Zuschüsse angeboten wurden, oder Flächen z.T. kostenlos für den Bau von Gruppenpraxen zur Verfügung gestellt wurden. Als weitere Möglichkeit wurde der verstärkte Einsatz von Notarztwagen oder des Einsatzes von mobilen „Ambulatorien“ gesehen. Es wurde vom Vertreter der CDU angekündigt, dass jeder Kreis einen Notarztwagen erhalten sollte, der zu 50% vom Kreis und 50 % vom Land finanziert werden sollte. Beratungsstellen sollten zentralisiert werden und eine weitere Unterstützung durch die Freien Wohlfahrtsverbände wäre erstrebenswert[256]. Im März gab es erneut eine Podiumsdiskussion, an der u.a. Prof. Beske beteiligt war. Dabei wurden von Prof. Beske die Vorzüge des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland betont. Thematisiert wurden auch die Kosten des Gesundheitswesens, denen vor allem durch Verweildauerkürzung der Patienten im Krankenhaus begegnet werden müsse[257].

Im Mai 1974 wurde vom Sozialministerium der Entwurf der Zielplanung für den Rettungsdienst in Schleswig-Holstein vorgelegt. Bereits zu Beginn der Krankenhausplanung im Jahr 1967 wurde vom Beirat für Krankenhausfragen thematisiert, dass z. B. für die Unfallchirurgie nicht nur die reine Entfernungsfrage vom Unfallort zum Krankenhaus ein Rolle spielte, sondern auch funktionierendes Krankentransportwesen. Hintergrund war auch, dass die Zahl der im Straßenverkehr getöteten Menschen Anfang der 70er Jahre mit über 20.000 Menschen pro Jahr ihren aus damaliger Sicht

[255] Kieler Nachrichten vom 28.01.1974, „Keine sozialistischen Experimente“, Vorsitzender des Bundesausschusses für Gesundheitspolitik der CDU war Prof. Dr. Beske, Staatssekretär im Sozialministerium in Schleswig-Holstein, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[256] Bericht der Lübecker Nachrichten vom 15.02.1974 über eine im Rahmen eines Seminars der Landfrauen stattfindenden Podiumsdiskussion. Teilnehmer waren u.a. Günter Flessner (stellvertretender Landesvorsitzender CDU), Neithart Neitzel (Mitglied FDP-Landesvorstand) sowie Eckhart Kuhlwein (stellvertretender Landesvorsitzender SPD), (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[257] Kieler Nachrichten vom 12.03.1974, Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Kassenarztverbandes in Bad Nauheim, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

vorläufigen Höhepunkt erreichte[258] und dringend Maßnahmen zur Gegensteuerung erforderlich machten. Der Entwurf des Rettungsdienstgesetzes setzte daher im Gegensatz zu dem Gesetz über die Beförderung von Kranken im Rettungsdienst den Schwerpunkt auf die Aufgaben des Rettungs- und Krankenbeförderungsdienstes.

Im Mai 1974 wurde vom Sozialministerium der Entwurf eines Strukturplanes für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein vorgelegt[259]. Ausgangslage hierfür war das Problem der ärztlichen Versorgung auf dem Land und in den Stadtrandgebieten. Hierzu hatte der damalige Ministerpräsident Stoltenberg in den Jahren 1971 und 1973 entsprechende Regierungserklärungen[260] abgegeben, wonach das unzureichende Angebot an niedergelassenen Ärzten in diesen Bereichen verbessert werden sollte. Entsprechend dieses Auftrags wurde in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins ein Strukturplan erarbeitet, der sich auf den Bereich der ambulanten Behandlungen konzentrierte. Es wurde darauf hingewiesen, dass es in erster Linie Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen sei, eine gleichmäßige und ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Allerdings wurde dieser Auftrag hinsichtlich der Steuerung den Kassenärztlichen Vereinigungen dadurch erschwert, dass das Bundesverfassungsgericht es für verfassungswidrig erklärt hatte, die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung von einer Verhältniszahl (Mitglieder je Arzt) abhängig zu machen. Die Landesregierung sah sich somit in der Mitverantwortung für die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung. Ziel des Strukturplanes war die Setzung eines Rahmens, der ohne dirigistische Eingriffe die verschiedenen Planungs- und Aufgabenträger zusammenführen sollte. Die Niederlassungsfreiheit der Ärzte sollte ausdrücklich unberührt gelassen werden.

Der Strukturplan sollte einerseits Aussagen darüber ermöglichen, wie sich der langfristige Zusatzbedarf bis zum Jahr 1980 an notwendiger ärztlicher Versorgung für das ganze Land entwickeln würde und andererseits sollten Aussagen darüber ermöglicht

[258] Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2010, Entwicklung der Zahl der im Straßenverkehr Getöteten 1953 bis 2010, URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Transport Verkehr/Verkehrsunfaelle/Unfallentwicklung5462401109004.pdf?__blob=p, (Stand: 04.06.2012).
[259] Entwurf des Strukturplans für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung im Land Schleswig-Holstein vom 20.05.1974, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[260] Regierungserklärungen von Ministerpräsident Dr. Gerhard Stoltenberg (CDU) vom 26.05.1971 sowie 22.05.1973, (LAS, Abt. 761, Bd. 2).

werden, in welchen Gebietsteilen Schleswig-Holsteins in absehbarer Zeit mit Engpasssituationen gerechnet werden müsste. Die Gliederung der Planung orientierte sich aufgrund der erheblichen Unterschiede der Ärztedichte innerhalb des Landes folglich weder an Durchschnittswerten, die auf das ganze Land bezogen waren, noch an der Einteilung der Landkreise; auch dieses Raster erschien zu grob. Der Strukturplan orientierte sich an dem sogenannten zentralörtlichen Gliederungsprinzip, weil die Auffassung vertreten wurde, dass sich der Versorgungsbereich eines Allgemeinarztes oder Zahnarztes mit dem Nahbereich eines zentralen Ortes[261] deckte. Berücksichtigt wurde auch, dass von Fachärzten gewisse Anteile von primärärztlichen Leistungen erbracht wurden. Auf der Basis von vorherigen Untersuchungen wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung für die einzelnen Fachrichtungen die Anteile an primärärztlichen Leistungen ermittelt und in die Planung einbezogen. Die meisten primärärztlichen Leistungen wurden dabei von Kinderärzten (= 90%) und Internisten (= 70 %) erbracht.

Der langfristig notwendige Gesamtbedarf an ärztlicher bzw. primärärztlicher Versorgung wurde anhand der voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung sowie danach, welche Ärztedichte 1980 als notwendig und ausreichend angesehen werden musste, ermittelt. Als Maßstab für die primärärztliche Versorgung diente die Annahme eines Verhältnisses von einem Arzt auf 1.600 Einwohner (= 1:1600). Basis hierfür war die zum 01.01.1973 gemessene durchschnittliche Arztdichte von 1:1692, die dann um rd. 5 % verbessert wurde. In dieser Verbesserung sollten eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt werden, wie z.B. die Morbiditätsentwicklung, ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung, eine verstärkte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen oder eine Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen. Maßstab für die zahnärztliche Versorgung war eine vom Wissenschaftsrat[262] empfohlene Dichteziffer von 1:2000.

---

[261] Nach dem Landesraumordnungsplan des Landes Schleswig-Holstein vom16.05.1969 sollte für jeweils einen Nahbereich die Grundversorgung der Bevölkerung von einem zentralen Ort aus erfolgen. Als Nahbereich wurde festgelegt (§ 10 Abs. 4 der Landesentwicklungsgrundsätze), dass in der Regel kein Wohnplatz von einem zentralen Ort weiter als 10 km entfernt sein sollte. Teil der Grundversorgung ist auch die primärärztliche (=allgemeinärztliche) und zahnärztliche Versorgung.

[262] Träger des Wissenschaftsrates sind die Regierungen des Bundes und der Länder. In ihm wirken Wissenschaftler sowie Repräsentanten des öffentlichen Lebens gleichberechtigt mit den Vertretern von Bund und Ländern zusammen. Der Wissenschaftsrat berät die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung. Quelle: Website Wissenschaftsrat, URL: < http://www.wissenschaftsrat.de/ueber-uns/organisation-und-arbeitsweise/>, (Stand: 04.06.2012).

In der Folgezeit wurde weiterhin mehrfach der Strukturplan zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein thematisiert. Dieser Sachverhalt war Gegenstand einer Kabinettsvorlage[263], von Pressemitteilungen der Landesregierung[264] sowie von der Presse selbst[265].

Ende Mai 1974 gab es erneut eine Pressemitteilung der Landeregierung zum Schutz der Nichtraucher in den Diensträumen des Landes. Alle Mitarbeiter in den Behörden des Landes wurden aufgefordert, die Nichtraucher am Arbeitsplatz - so weit wie möglich - vor den Nachteilen des passiven Rauchens zu bewahren[266].

Im November 1974 fand unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Beske ein gesundheitspolitischer Kongress der CDU in Kiel[267] statt. Demzufolge wurde abgelehnt, das Gesundheitssystem bestimmten Ideologien zu unterwerfen, denn im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stünde der Mensch. Auf Basis der freiheitlichen Gesellschaftsordnung stand die Selbstbestimmung der Patienten im Vordergrund, das heißt das Recht auf freie Arztwahl, auf Wahlmöglichkeiten in der Nutzung anderer ärztlicher Leistungen, auf Wahlmöglichkeiten im Krankenhaus. Ebenso wurde aber deutlich gemacht, dass auch die Selbstbestimmung von Arzt, Zahnarzt und Apotheker wichtig sei: Die freie Berufsausübung, die Zulassungs- und Niederlassungsfreiheit sowie die Wahrung freiberuflicher Elemente auch im Krankenhaus. Auch die Selbstverwaltung in einer gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung, die privatwirtschaftliche Struktur der privaten Krankenversicherung, die marktwirtschaftlich orientierte Arzneimittelversorgung seien weitere unabdingbare Komponenten des Systems der gesundheitlichen Sicherung. Die Gesamtverantwortung aber, für die Gestaltung des Gesundheitswesens, läge mit der Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen beim Staat. Es wurde weiter ausgeführt, dass es zwar Mangel und Lücken wie beispielsweise Unterversorgung und punktuell unzureichende Bedarfsdeckung gäbe, aber als Krise des

[263] Auszug aus dem Protokoll der 146. Sitzung der Landesregierung am 13.08.1974, zur Kabinettsvorlage 163/74, TOP 5.
[264] Pressemitteilung der Presse- und Informationsstelle der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 23.08.1974, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[265] Artikel „Ärztliche Versorgung der Bevölkerung unzureichend“ der Lübecker Nachrichten vom 05.10.1974, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[266] Pressemitteilung der Presse- und Informationsstelle der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 29.05.1974, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[267] Abschlussreferat mit dem Titel „Die Bedeutung des Gesundheitspolitischen Kongresses für die CDU - Zusammenfassung und Ausblick“ von Prof. Beske, Der Kongress fand vom 22.-23.11.1974 statt, Teilnehmer waren unter anderem der Ministerpräsident Dr. Stoltenberg sowie der spätere Bundeskanzler Dr. Kohl, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Gesundheitswesens wurde dies ausdrücklich nicht bezeichnet. Angemahnt wurden die Notwendigkeit von Bestandsaufnahmen, die Durchführung kritischer Analysen, Prognosen über Bedarf und Nachfrage sowie die Formulierung von Kriterien für den rationellen Einsatz knapper Mittel.

Thematisiert wurden auch weiterhin die Optimierung und Neugestaltung des Rettungsdienstes. So geht beispielsweise aus einer parlamentarischen Anfrage mehrerer SPD-Landtagsabgeordneten[268] von Januar 1975 hervor, dass das damalige Rettungswesen im Kreis Stormarn Mängel aufwies. Die Antwort der Landeregierung lautete allerdings, dass das damalige dortige Rettungswesen den damals erreichten Stand der Kreise in Schleswig-Holstein entsprach; einer weiteren Kommentierung, ob das Rettungswesen im Kreis Stormarn „optimal“ sei, hat die Landesregierung mit Hinweis, dass dies nicht ihre Aufgabe sei, nicht gegeben. Es wurde aber mitgeteilt, dass der vorliegende Gesetzentwurf zur Neuordnung des Rettungsdienstes von einem stufenweisen Ausbau des Rettungsdienstes ausginge, an dessen Investitionskosten sich das Land zu einem bestimmten Grad (vorgesehen waren 50 %) beteiligen wollte. Das Tempo des Ausbaus würde allerdings durch die Selbstverwaltungsorgane der Kreise bestimmt.

Eine weitere parlamentarische Anfrage eines SPD-Landtagsabgeordneten[269] erfolgte bereits im Februar 1975 zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. Gefragt wurde u.a., ob die Vorarbeiten für eine Gesetzgebung entsprechend der zuvor auf Bundesebene beschlossenen Richtlinien zum Öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen seien, oder wann mit einer Vorlage zu rechnen sei. Aus der Antwort des Sozialministeriums ging hervor, dass die hierfür notwendigen Vorarbeiten nicht abgeschlossen waren. Weiter wird daraus deutlich, dass zu diesem Zeitpunkt ein Mangel an Ärzten in den Gesundheitsämtern bestand und daher nicht auszuschließen war, dass einzelne Aufgaben dadurch nicht oder nur teilweise wahrgenommen werden konnten.

---

[268] Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Klingner, Kuhlwein und Schulz-Reinbek vom 21.01.1975 unter Bezugnahme auf einen Beitrag in der „Welt“ vom 14.01.1975 mit dem Titel „In Stormarn ist Überleben reine Glückssache“, Antwort des Sozialministers an den Landtagspräsidenten vom 31.01.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[269] Kleine Anfrage des Abgeordneten Tiemann vom 21.02.1975 betreffend des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Reg.-Nr. 35/75, Antwort des Sozialministers an den Landtagspräsidenten vom 07.03.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Im Juni 1975 wurde vom Sozialministerium zum Thema Krebshilfe mitgeteilt[270], dass im Rahmen der Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein u.a. die Maßnahmen zur Vorsorge, Verhütung bzw. Bekämpfung aller krebsartigen Erkrankungen besonders berücksichtigt würden. Eine Förderung sei jedoch immer nur im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des Landes möglich. Für 1975 wären hierzu 70.000 DM (etwa 36.800 €) bereitgestellt worden. Hingewiesen wurde auch darauf, dass es zu diesem Zeitpunkt landesweit sechzehn Krebsberatungsstellen gäbe, sowie dass in zwei Kliniken des Landes eine größere Anzahl von Betten der Krebsnachsorgebehandlung vorbehalten wäre.

Auf der Gesundheitsministerkonferenz im Mai 1975 wurde unter anderem ein Aktionsprogramm zur Eindämmung des Alkoholmissbrauchs beschlossen. Der Sozialminister Schleswig-Holsteins teilte den übrigen Ministern im August 1975 mit, dass die Vorbeugung und Bekämpfung von Alkoholmissbrauch und Alkoholismus als Aufgabe des Gesundheitswesens einen wichtigen Platz einnehmen würde[271]. Auch die Presse befasste sich zunehmend mit dem Thema Alkoholismus. So heißt es beispielsweise: „Kaum hat die Drogenwelle ihren Höhepunkt erreicht, rollt nun mit dem sich immer stärker ausbreitenden Alkoholismus in der Bundesrepublik eine neue Suchtwelle auf uns zu.“[272]

Ende Oktober 1975 fand ein Gespräch zwischen dem Sozialministerium und dem Vorsitzenden der „Stiftung für das behinderte Kind“ statt. Aufgabe der Stiftung war die Förderung von Vorsorge und Früherkennung, insbesondere im genetischen, geburtshilflichen und nachgeburtlichen Bereich. Die Stiftung förderte in Schleswig-Holstein u.a. ein Heim für hör- und sprachbehinderte Kinder in Heide sowie - gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule in Lübeck - das CP-Zentrum[273] zur Frühdiagnose und Behandlung zerebraler Bewegungsstörungen im frühen Kindesalter in Pelzerhaken[274].

---

[270] Antwortschreiben des Sozialministeriums auf eine Eingabe eines Bürgers vom 02.06.1975. Die Eingabe erfolgte an Fr. Dr. Mildred Scheel und als Durchschrift an die Landesregierung Schleswig-Holstein, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[271] Schreiben des Sozialministers an die übrigen Landesminister – IX 410 A b – 08/130 – vom 08.08.1975, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[272] Auszug aus Diakonie-Report von August 1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 2).
[273] Zentrum für Cerebral-Parese, d.h. Bewegungsstörungen aufgrund frühkindlicher Hirnschädigung.
[274] Ortsteil von Neustadt, Landkreis Ostholstein.

Bei der letzteren Einrichtung handelte es sich um ein Modellvorhaben, in dem die bei Vorsorgeuntersuchungen als auffällig beurteilten Kinder weitergehend untersucht werden konnten und ihnen die notwendige therapeutische Hilfe zuteilwerden konnte. Obwohl die Modellvorhaben als mögliche Wegbereiter für eine Neuorientierung der Kinderkliniken bezeichnet wurden, wurden die Zukunftsaussichten der Stiftung vom Sozialminister als unsicher angesehen[275]. Begründet wurde das damit, dass dem Themenbereich „Behinderungen" in der Sozialplanung *des Landes* ein immer größerer Platz eingeräumt wurde und die Früherkennung, Frühberatung und Frühbetreuung kontinuierlich ausgebaut wurden. Die Gesundheitshilfe für behinderte Kinder entwickelte sich zunehmend als Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste.

Im Februar 1976 übersandte der Sozialminister dem Chef der Staatskanzlei einige Ausfertigungen des in der Gesundheitsministerkonferenz im Mai 1975 beschlossenen Aktionsprogramms zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmissbrauchs[276]. Er wies darauf hin, dass dieses Programm auf eine Initiative des Landes Schleswig-Holstein hin erstellt wurde. Dieses Programm sollte in der Bevölkerung ein größeres Problembewusstsein bewirken und auf die Gefahren des Alkoholkonsums, aber auch auf die Möglichkeiten einer Vorbeugung oder Heilung hinweisen. Hintergrund war eine „erschreckende" Zunahme der Anzahl Alkoholkranker. Geplant war zudem, ein eigenes Landesprogramm zu erstellen.

Der hessische Ministerpräsident übersandte dem schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten im März 1976 ein Exemplar einer von der hessischen Landesregierung erarbeiteten und herausgegebenen Publikation mit dem Titel „Was, wo und wie kann im Gesundheitswesen gespart werden?". Es wurde dazu der Wunsch geäußert, dass diese Schrift zur Versachlichung der Diskussion über dieses aktuelle Thema beitragen könne[277].

---

[275] Die „Stiftung für das behinderte Kind" besteht auch aktuell noch. Sie dient der Förderung von Maßnahmen der Vorsorge, Früherkennung und Frühbehandlung von körperlichen und geistigen Behinderungen. Vorsitzender ist Herr Prof. Dr. Dudenhausen, Klinik für Geburtsmedizin der Charité, Berlin; Schirmherrin ist Frau Dr. von der Leyen, Bundesministerin für Arbeit und Soziales. Quelle: Website der Stiftung, URL: < http://www.stiftung-behindertes-kind.de/stiftung/ >, (Stand 04.06.2012).

[276] Schreiben des Sozialministeriums - IX 480b - 367.63 - an den Chef der Staatskanzlei vom 18.02.1976, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).

[277] Schreiben des hessischen Ministerpräsidenten, Hr. Albert Osswald (SPD) an den schleswig-holsteinischen Ministerpräsidenten Dr. Gerhard Stoltenberg (CDU) vom 22.03.1976, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen war Gegenstand eines Vermerkes von März 1976[278]. Es wurden darin detailliert die Schwerpunkte des gesundheitspolitischen Programms der CDU – allerdings auf Bundesebene – ausgeführt. Die Schwerpunkte waren das Führen einer Diskussion über die Problematik der Kostenentwicklung, das Aufzeigen der Grenzen der Leistungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens, die Motivation des Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen für seine Gesundheit sowie der Festlegung des Leistungsangebotes der gesetzlichen Krankenkassen. Es wurden verschiedene Hauptursachen für die Kostenentwicklung, wie z.B. die Zunahme von Krankheiten als Folge von Umwelteinwirkungen und ungesunder Lebensführung, aufgeführt. Die höchsten Kostensteigerungen wären jedoch im Krankenhauswesen zu verzeichnen. Mögliche Maßnahmen zur Kostensenkung außerhalb des Krankenhausbereichs waren demnach insbesondere der Abbau von Mehrfachuntersuchungen, die Entwicklung neuer Kooperationsformen, die Einschränkung des Arzneimittelverbrauchs auf das medizinisch begründete Maß sowie auch die Überprüfung des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung und der Einführung einer Selbstbeteiligung der Versicherten bei bestimmten Leistungen.

Mit den Fragen der Kostenentwicklung des Gesundheitswesens sowie daraus abgeleitet mit der Erarbeitung von Gegenmaßnahmen befasste sich auch die Gesundheitsministerkonferenz im November 1976[279]. Die Zusammenstellung der auf der Gesundheitsministerkonferenz zu behandelnden Themen war jedoch nicht unumstritten. So wurde die Themenauswahl vom schleswig-holsteinischen Sozialministerium als „einseitig“ bezeichnet und es wurde zudem mit positiver Wertung angemerkt, dass der größte Teil der von der Arbeitsgruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vorgelegten Vorschläge nicht beschlossen, sondern „vom Tisch gefegt“ wurde[280].

Anfang 1977 berichtete das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt über einen Appell der Ärztekammer an die Ärzte, Krankenhaus- und Kostenträger, den entstehenden Leit-

[278] Vermerk der Staatskanzlei Schleswig-Holstein - StK 170 a - vom 31.03.1976, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[279] Pressemitteilung des Sozialministeriums des Landes Rheinland-Pfalz vom 02.11.1976; Herausgeber: Staatsminister Dr. Heiner Geissler, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[280] Vermerk des Sozialministeriums - IX 140 - von Dezember 1976 sowie Schreiben an den Präsidenten des Bundesverbandes der Zahnärzte, Dr. Eggers, Kiel, vom 08.12.1976, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

stellen für krebskranke Patienten Unterstützung zu gewähren[281]. Hintergrund waren Initiativen zunächst aus den USA und der Schweiz, aber auch in Lübeck, wo Mitglieder des dortigen Ärztevereins eine onkologische Arbeitsgruppe gebildet hatten. Diese Arbeitsgruppe sollte eine „Leitstelle“ für krebskranke Patienten bilden, indem die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgebiete intensiviert und so vor allem die Nachbehandlung krebskranker Patienten erleichtert werden sollte.

Im Oktober 1977 wurde dem Sozialausschuss des Landtages über die Situation der Hauspflege berichtet[282]. Hintergrund dieses Berichtes waren das zum 01.07.1977 in Kraft getretene Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) sowie die zum gleichen Zeitpunkt erfolgten Änderungen in der Reichsversicherungsordnung (RVO). Das Land Schleswig-Holstein hatte im Vorfeld der Gesetzesänderung einen Antrag Niedersachsens unterstützt, wonach neben Fachpersonal auch geringer qualifiziertes Personal für die Hauspflege herangezogen werden sollte. Dieses war nach Auffassung der Landesregierung Schleswig-Holstein in vielen Fällen „vernünftiger“ und kostengünstiger, da in vielen Fällen diese Hilfen ausreichen würden. Dieser Antrag wurde allerdings nicht umgesetzt. Gemäß dem Bericht wurden damals geschätzt ein Anteil von etwa 90 – 95 % der Pflege an pflegebedürftigen Personen durch Mitglieder der Familie oder des engeren persönlichen Umfelds geleistet und war damit auf Abrechnungen und weiteren Statistiken etc. nicht in Erscheinung getreten. Der verbleibende Rest der Hauspflege wurde zu diesem Zeitpunkt nahezu ausschließlich durch die freien Wohlfahrtsverbände organisiert. Das vorhandene Potential an Kräften erschien im Durchschnitt des Landes als insgesamt ausreichend, wobei regionale Unterversorgungen nicht ausgeschlossen wurden. Die freien Wohlfahrtsverbände setzten vorwiegend nebenberuflich und ehrenamtlich tätige Kräfte ein. Dies erfolgte einerseits aus Kostengründen, aber auch deshalb, weil es dem Wunsch vieler in diesem Bereich tätiger Kräfte entsprach. Im Vergleich zu Vorjahren wäre zu beobachten gewesen, dass der Anteil, den die Sozialversicherungsträger an den Kosten aufbrachten, gestiegen sei. Rückwirkend zum 01.01.1977 hatten die freien Wohlfahrtsverbände und die wesentlichen Krankenkassen Einzelabrechnungen der Leistungen der Gemeindekrankenpflege vereinbart. Erwartet wurde, dass hierdurch eine weitere Verschiebung der Finanzierung der Kosten zu Lasten der Krankenkassen eintreten

[281] Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Heft 01/1977, Seite 21.
[282] Vermerk des Sozialministeriums – IX 540 – 2650 – 20 – vom 11.10.1977, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

würde. Welche Auswirkungen dies aber konkret wären, konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht gesagt werden.

Diskutiert wurde zu diesem Zeitpunkt vom Fachbeirat für Psychiatrie auch über den Gesetzentwurf über das sogenannte „Psychisch-Kranken-Gesetz[283]“. Dieser Gesetzentwurf war vom Sozialministerium mit der Bitte um Stellungnahme an das Justiz- sowie das Finanzministerium geschickt worden. Stellungnahmen lagen noch nicht vor, es wurden jedoch Bedenken dagegen erwartet[284]. Der Kieler „Arbeitskreis für Menschen in seelischer Not“ hatte sich ebenfalls an der Diskussion über das „Psychiatriegesetz“ beteiligt[285].

Im März 1979 war das Thema „Gesundheitserziehung“ Gegenstand eines Vortrags[286]. Hintergrund des Vortrags war die These, dass die damals gegenwärtige Weltoffenheit im gesellschaftlichen Leben Verhaltensmuster erfordere, die verbindlich wären. Sie sollten die Menschen als Wegweiser von zu vielen Wahlentscheidungen entlasten. Ziele der Gesundheitserziehung waren die Erforschung verhaltensbedingter Risikofaktoren, daraus abgeleitet die Etablierung von Normen für einen gesunden Lebensstil und die Unterweisung von Schlüsselpersonen.

Nach den Landtagswahlen im April 1979, bei der die CDU erneut die absolute Mehrheit im Landtag stellen konnte, folgte Ende Mai 1979 eine Regierungserklärung des Ministerpräsidenten, in welcher dieser ausdrücklich auch weiterhin das Recht der Patienten auf freie Arztwahl, die freie Berufsausübung der Heilberufe, die Selbstverwaltung der Heilberufe, der Krankenkassen und weiteren Sozialversicherungsträger befürwortete[287].

Berichtet wurde vom Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt auch über die Verabschiedung des Bedarfsplans für die kassenärztliche Versorgung zum 30.06.1979. Danach hätte sich der Mangel an Allgemeinärzten gegenüber dem Vorjahr zwar etwas, aber

[283] Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) vom 26.03.1979 (GVOBL 1979, S. 251).
[284] Protokoll der Sitzung des Fachbeirates für Psychiatrie vom 09.02.1978, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[285] Schreiben des Kieler Arbeitskreises für Menschen in seelischer Not an die Teilnehmer des Fachbeirates für Psychiatrie vom 24.03.1979, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[286] Vortrag von Herrn Dr. P. Hülsmann am 10.03.1979 in der Akademie für medizinische Fortbildung in Bad Segeberg. Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 08/1979, S. 423 – 426.
[287] Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 08/1979, Seiten 419 – 421, Titel des Beitrags: „Wahrnehmung und Verteilung von Gegenwartsaufgaben im ärztlichen Bereich“, Verfasser: Günther Iversen.

keineswegs ausreichend, gebessert. Der Bedarf an Allgemeinärzten konzentrierte sich hauptsächlich auf die Hamburger Randkreise sowie den Landkreis Rendsburg-Eckernförde, aber auch auf die Westküste Schleswig-Holsteins. Es bestand zudem ein noch unverminderter Bedarf an Nerven- und an Hautärzten. Diesen „punktuellen“ Fehlbedarfen stünde aber ein Überangebot von Ärzten in den Ballungsräumen Schleswig-Holsteins gegenüber[288].

1.3.2. Krankenhaussektor (1974 – 1979)

Im Januar 1974 erfolgte eine Pressemitteilung zum Thema „Selbstbestimmung von Patient und Arzt im Gesundheitswesen“, wonach die Bevölkerung mit dem damaligen System der gesundheitlichen Versorgung einverstanden sei. Dieses System mit der freien Arztwahl auch im Krankenhaus, galt es weiter zu verbessern und auszubauen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Aufrechterhaltung der gegliederten Krankenversicherung gefordert, bei der es dem Patienten unbenommen bliebe, *welche* Vorsorge er für den Krankheitsfall treffen würde. Gesundheitsverhalten und Selbstverantwortung für die Gesundheit gehörten zur Selbstbestimmung jedes Einzelnen. Zur Selbstbestimmung des Arztes gehöre ein größtmöglicher Entscheidungsspielraum im ärztlichen Handeln bei Diagnose, Therapie und Wahl der Arzneimittel[289].

Mit der zunehmenden Bedeutung des Bereiches der Psychiatrie erschien es erforderlich, auch entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten für das Pflegepersonal zu entwickeln. In diesem Zusammenhang hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft Ende 1973 Empfehlungen erarbeitet und vorgestellt. In einem Beitrag in einer Fachzeitschrift erläuterte Prof. Schimmelpenning[290] neben anderen Autoren, dass die bisherige Weiterbildung zur Fachkrankenschwester an der Universitätsnervenklinik Kiel bereits den erweiterten Empfehlungen der DKG entspräche. Seit 1947 wurden demnach regelmäßige psychiatrische Fortbildungskurse für Krankenpflegepersonal durchgeführt. Alle Schwestern und Pfleger der Universitätsnervenklinik Kiel hätten

[288] Bericht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 08/1979, Seite 421.
[289] Pressemitteilung der Presse- und Informationsstelle der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 30.1.1974, Erklärung von Staatssekretär des Sozialministeriums, Prof. Beske, als Antwort auf die Debatte zum „Klassenlosen Krankenhaus“, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[290] Prof. Dr. Gustav Schimmelpenning, Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychiatrie der Universitätsnervenklinik Kiel von 1972 – 1994, Quelle: Website der ZIP gGmbH, URL: < S http://www.zip-kiel.de/psychiatrie/Patienteninfo/Geschichte.html?highlight=Schimmelpenning >, (Stand 04.06.2012)

diese Kurse besucht und mit einer Prüfung abgeschlossen. Zudem gäbe es regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen, an denen die Mitarbeiter teilnehmen könnten[291].

Im Februar 1975 erfolgte eine Einladung des Bundesgesundheitsministeriums an die Gesundheitsminister der Länder für ein Ministergespräch nach Bonn[292]. Erarbeitet werden sollten in diesem Gespräch unter ausdrücklicher persönlicher Teilnahme der Landesgesundheitsminister und der Bundesgesundheitsministerin Fr. Dr. Focke[293] die Möglichkeiten zur Begrenzung der Kosten im Krankenhausbereich. Hintergrund war, dass seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Einführung des Selbstkosten Deckungsprinzips erhebliche Kostenzuwachsraten zu verzeichnen waren. Der Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein[294] begrüßte zunächst die Tatsache, dass sich das Bundesgesundheitsministerium der Frage der Kostenentwicklung im Krankenhaus annahm und bat um Übersendung der notwendigen Einzelheiten zu dem Gespräch, damit das Ministergespräch zu möglichst konkreten Ergebnissen führen könne. Gleichzeitig hatte er aber eine Verschiebung des Gesprächs angeregt, weil dann eine sorgfältigere Vorbereitung gewährleistet wäre. Das Bundesgesundheitsministerium teilte daraufhin dem Sozialminister mit, welche Punkte bei der Besprechung vorrangig behandelt werden sollten. Das waren:

- Krankenhausplanung
- Festsetzung der Pflegesätze
- Entwicklung der Pflegesätze in den einzelnen Ländern und Ursachen für diese Entwicklung sowie
- Möglichkeiten, die in den Ländern gesehen werden, um einen Beitrag zur Kostensenkung im Krankenhaus zu leisten.

Der Bitte um eine Verschiebung des Gesprächs wurde jedoch nicht nachgekommen. Wenige Tage später wurde vom Bundesgesundheitsministerium ein umfangreicher Themenkatalog an die Länder gesandt, dessen Abarbeitung jedoch bis zu dem für

[291] Beitrag in der Zeitschrift „Im Blickpunkt“, undatiert, Autoren: Hannelore Ebert, Eva von Gadow und Prof. Schimmelpenning, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[292] Quelle: Vermerk des Sozialministeriums Schleswig-Holstein – IX 41 C – 515.011/75 – vom 06.03.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[293] Frau Dr. Katharina Focke (SPD), Bundesgesundheitsministerin 1972 – 1976.
[294] Karl Eduard Claussen (CDU), Sozialminister Schleswig-Holstein 1971 – 1979.

das Gespräch angesetzten Termin nach Auffassung zumindest der baden-württembergischen Sozialministerin[295] nicht möglich war. So wurde auch von dort vorgeschlagen, den Gesprächstermin zu verschieben, um sich gründlich auf das Gespräch vorzubereiten zu können. Der Themenkomplex sollte dann auf der für Mai 1975 geplanten Gesundheitsministerkonferenz erörtert werden. Auch das Sozialministerium Schleswig-Holstein wies noch einmal darauf hin, dass der Umfang des Themenkatalogs es zweckmäßig erscheinen ließ, diese Themen *vor* einer Erörterung auf Ministerebene durch die zuständigen Fachreferenten aufbereiten zu lassen. Es wurde dem Bundesgesundheitsministerium mitgeteilt, dass nicht der Minister selbst, sondern ein leitender Mitarbeiter des Ministeriums an dem Gespräch teilnehmen würde. Auch der bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung teilte mit, dass er sich durch einen Mitarbeiter vertreten lassen würde. Das Bundesgesundheitsministerium ließ jedoch ausdrücklich noch einmal mitteilen, dass es die persönliche Teilnahme der Minister wünschte. Die Begründung war, dass es auf eine schnelle politische Grundsatzabstimmung ankomme, welche Vorgaben für Arbeitsaufträge ermöglichen würde. Sollte daher ein Minister verhindert sein, wurde um Entsendung nur des direkten Vertreters gebeten. Letztendlich fand die Besprechung zwar statt, aber die CDU-regierten Länder hatten dennoch sämtlich keine politischen Vertreter, sondern lediglich leitende Mitarbeiter der Ministerien entsandt. Die Bundesgesundheitsministerin bat daraufhin alle Anwesenden, die nicht Minister oder deren direkte Vertretungen waren, die Sitzung zu verlassen. Es wurde Befremden zum Ausdruck gebracht, und die Tatsache, dass die CDU/CSU-regierten Länder keine politischen Vertreter entsandt hatten, wurde als Affront gegen die übrigen Teilnehmer gewertet. Im Ergebnis konnten die bestehenden Probleme der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich nicht zeitnah gelöst werden.

Auf der folgenden Gesundheitsministerkonferenz im Mai 1975[296] wurde neben anderen Sachverhalten das Thema „Kostensteigerung im Gesundheitswesen“ behandelt. Die daraus hervorgegangene Entschließung[297] war allerdings recht kurz und allgemein gehalten. So würde die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen von den zuständigen Ministern und Senatoren der Länder mit großer Sorge betrachtet. Sofern

[295] Annemarie Griesinger (CDU), Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg 1972 – 1980.
[296] Auszug aus Protokoll der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, 35. Sitzung am 14.und 15. Mai 1975 in Boppard, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[297] Anlage 1 zu TOP 11 der Ergebnisniederschrift über die 35. GMK

die in den letzten Jahren zu verzeichnenden Kostenzuwachsraten in Zukunft nicht gesenkt werden könnten, wären die Leistungen für die gesundheitliche Sicherung gefährdet. Es müsse daher sichergestellt werden, dass der medizinische Fortschritt den Bürger auch künftig zu sozial tragbaren Preisen erreichen würde. Es bestand gemäß der Entschließung Einigkeit darüber, dass die von Bund und Ländern bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Begrenzung des Kostenanstiegs und zur Steigerung der Effizienz intensiviert und konkreter aufeinander abgestimmt werden müssten. Welche Maßnahmen das allerdings waren, wurde nicht genannt.

Zur weiteren Bearbeitung des Themas wurde eine bereits existente Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern aller Länder und des Bundes, erweitert. Aufgabe der Arbeitsgruppe war es, mittel- und langfristige Strukturprobleme des Gesundheitswesens einschließlich der Kostenentwicklung kontinuierlich zu bearbeiten. Sie sollte kurzfristig einen umfassenden Katalog aller Vorschläge zur Kostenentwicklung zusammenstellen. Als zu bearbeitende Punkte wurden insbesondere folgende genannt:

- die ambulante Versorgung
- die stationäre Versorgung
- die Arzneimittelversorgung
- die Krankenversicherung
- die Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge.

Im April 1975 befasste sich eine parlamentarische Anfrage[298] mit der stationären Behandlung sowie der vorbeugenden Maßnahmen für Suchtkranke. Infolge der gemäß Landesregierung schlechten Finanzlage wurden für den Bereich der vorbeugenden Maßnahmen für Suchtkranke zunächst nur 40 % der Ansätze verfügbar gemacht, das heißt, für das gesamte Jahr 1975 durfte nur über 80 % der Ansätze in Höhe von insgesamt 298 TDM verfügt werden. Für die *stationäre* Behandlung von Suchtkranken mussten hingegen jährlich rd. 20 Mio. DM aufgewendet werden. Es wäre dabei nicht auszuschließen, dass die Anzahl der ambulanten Beratungsstellen aus Haushaltsgründen weiter reduziert würden, wodurch letztendlich aber die Kosten für stationäre Behandlungen noch weiter steigen würden.

[298] Kleine parlamentarische Anfrage der Abgeordneten Harms und Tiemann (SPD), Registrier-Nr. 64/75, zum Thema „Beratungsstellen für Suchtkranke“, vom 08.04.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Die Hansestadt Lübeck plante 1975 den Neubau des Städtischen Krankenhauses für zunächst 500 Betten, später dann reduziert auf 400 Betten. Eine Prüfung oder Anerkennung der Baumaßnahme konnte seitens der Gesundheitsabteilung bis August 1975 noch nicht erfolgen, weil zu diesem Zeitpunkt die Bettenzahlen und Funktionen noch nicht festgelegt waren. Es war zudem noch offen, inwieweit die Bettenzahl der Medizinischen Hochschule Lübeck (MHL) reduziert werden könnte[299]. Einige Tage später datiert ein Schreiben an den Ministerpräsidenten zur Vorbereitung eines Gesprächs zu diesem Thema. Es wurde darauf hingewiesen, dass der geplante Standort für den Neubau des Krankenhauses akzeptabel, wenn auch nicht optimal sei. Die CDU-Fraktion und die Partei selbst legten allerdings „allergrößten Wert" darauf, dass der Standort Lübeck-Süd erhalten bliebe und mit dem Krankenhausneubau 1976 begonnen werden könnte. Das Kabinett habe aber zuvor beschlossen, dass die Krankenhausplanung sowohl der Medizinischen Hochschule Lübeck als auch der Stadt Lübeck noch einmal mit dem Ziel einer Bettenreduktion insbesondere bei der MHL überprüft werden müsse. In Ausführung dieses Kabinettsbeschlusses wurde der Stadt Lübeck vom Sozialministerium mitgeteilt, dass die Planungen für ein neues Krankenhaus zunächst wieder eingestellt werden sollten. Es wurde davon ausgegangen, dass ab September 1975 erneut Gespräche aufgenommen werden könnten, allerdings zunächst mit der CDU als Partei und der CDU-Fraktion, bevor mit der Stadt selbst verhandelt würde. Der Baubeginn wurde unter Berücksichtigung der vorgenannten Punkte, einer angemessenen Planungsfrist sowie der Finanzplanung für 1978 in Aussicht gestellt. Als positiv wurde in dem Bauvorhaben herausgehoben, dass beabsichtigt war, das Labor in Verbindung mit einer Laborgemeinschaft in Lübeck zu führen und dieses Labor sowohl durch die niedergelassenen Ärzte als auch durch das Krankenhaus zu nutzen. Herausgehoben wurde auch die Planung, die chirurgische Versorgung durch mehrere zum Teil niedergelassene Chirurgen erfolgen zu lassen. Beide Vorhaben wurden vom Sozialministerium als beispielgebend bezeichnet und fanden die volle Unterstützung.

Im August 1975 fand ein Gespräch bezüglich eines Abkommens zwischen den Ländern Schleswig-Holstein und Hamburg über eine in Itzehoe bestehende und von beiden Ländern genutzte Pockenbehandlungsstation statt. Bereits wenige Jahre zuvor

[299] Vermerk des Sozialministeriums - IX 430 - vom 14.08.1975, Anmerkung: In der Krankenhausplanung von 1979 wurde die Zahl der Betten der Medizinischen Hochschule für Akutkranke um 163 Betten erhöht, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

habe zwischen den Ländern Schleswig-Holstein und Hamburg über die Fassung des Abkommens zwar grundsätzliche Übereinstimmung bestanden, allerdings nicht für Zahlungen von Hamburg an Schleswig-Holstein für die Benutzung der Pockenstation, so dass bisher kein Abkommen geschlossen wurde. In einem Schreiben von Juni 1975 hatte der Hamburger Senat einen neuen Vorschlag unterbreitet, gleichzeitig aber deutlich gemacht, sich an den Betriebs- und Investitionskosten dieser Station solange nicht beteiligen zu wollen, bis das Abkommen abgeschlossen sei. Das wurde vom Sozialministerium zum Anlass genommen, den Abschluss des Abkommens auch unter den neuen Bedingungen zu forcieren. Es sollte damit das Risiko vermieden werden, dass der Hamburger Senat die Grundlage für seinen Vertrag als entfallen erklären und sich unter Rückforderung seiner Investitionsmittel aus dem Projekt zurückziehen könnte[300].

Die SPD-Fraktion des Landtages stellte im Herbst 1975 ein Aktionsprogramm zur Gesundheitspolitik[301] vor. Danach sollte die Landesregierung dazu veranlasst bzw. aufgefordert werden,

- im Bundesrat einer Einschränkung der Niederlassungsfreiheit für Kassenärzte zuzustimmen,
- sich in Schleswig-Holstein für die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie an Krankenhäusern einzusetzen,
- die Bildung von Medizinisch-Technischen Zentren an Krankenhäusern zu fördern und
- dem Landtag ein Krankenhausgesetz vorzulegen, das die Planungsverpflichtung des Staates festlegt und den Anspruch des Bürgers auf bestmögliche Krankenhausversorgung durchsetzt.

Nach Auffassung der SPD-Fraktion hätte die „katastrophale“ ärztliche Unterversorgung in vielen Regionen des Landes deutlich gemacht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Sicherstellungsauftrag mit den bisherigen Instrumenten nicht erfüllt hätten. Deshalb wäre es erforderlich, dass künftig Bedarfspläne von den Kas-

[300] Vermerk des Sozialministeriums – IX 470 Aa – 321.1 – 242,0 – vom 18.08.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[301] Gemäß Unterlage für die Pressekonferenz „SPD stellt Aktionsprogramm zur Gesundheitspolitik vor“ vom 23.09.1975, Eckhart Kuhlwein, stellvertretender Fraktionsvorsitzender sowie Vorsitzender des Arbeitskreises Gesundheitspolitik, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

senärztlichen Vereinigungen *und* den Krankenkassen aufgestellt würden und dass die Zulassung von Kassenärzten nur im Rahmen dieser Bedarfspläne angeordnet werden könnte. Sollte auch dadurch die ärztliche Versorgung nicht sichergestellt werden können, müsse die Möglichkeit bestehen, den Sicherstellungsauftrag *vollständig* auf die Krankenkassen übergehen zu lassen. Als flankierende Maßnahme müssten vor allem im ländlichen Raum medizinische Gemeindezentren eingerichtet werden. Die Medizinisch-Technischen Zentren sollten gefördert werden, um kostenintensive apparative Einrichtungen für Diagnose und Therapie von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gemeinsam nutzen zu können. *Alle* Patienten hätten gemäß der SPD-Fraktion einen Anspruch auf eine angemessene medizinische Behandlung und Pflege - ohne Rücksicht auf ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit oder soziale Stellung. Das bestehende System unterschiedlicher Pflege- bzw. Krankenkassen solle abgeschafft, das Recht der leitenden Krankenhausärzte zur Privatliquidation solle schrittweise abgebaut werden und die innere Struktur eines Krankenhauses solle demokratischen Grundsätzen entsprechen. Ziel war es, die gemäß SPD-Fraktion bestehenden Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung zu beseitigen und so eine Verbesserung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Im November 1975 rückte erstmals der Themenbereich „Psychiatrieversorgung“ in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik des Landes. Der Parlamentarische Geschäftsführer der SPD-Landtagsfraktion stellte den Antrag, das Thema „Unterversorgung in der psychiatrischen Betreuung in Schleswig-Holstein, insbesondere den Ärztemangel in den Landeskrankenhäusern“ im Rahmen einer Aktuellen Stunde des Landtages zu behandeln[302].

Der Sozialminister stellte im Anschluss daran die Situation der psychiatrischen Unterversorgung in Schleswig-Holstein dar[303]. Danach wäre die Psychiatrie in Schleswig-Holstein - und in den anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland - aus der historischen Entwicklung heraus zu betrachten. Seit Beginn des ersten Weltkrieges im Jahr 1914 bis zum Jahr 1964 hätte die Entwicklung in der Psychiatrie fast still

[302] Schreiben des Parlamentarischen Geschäftsführers der SPD-Fraktion im Schleswig-Holsteinischen Landtag, Herrn Karl Heinz Luckhardt, an den Präsidenten des Schleswig-Holsteinischen Landtages, Herrn Dr. Helmut Lemke, vom 25.11.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[303] Dem Schreiben des SPD-Fraktionsgeschäftsführers Luckhardt beigefügtes Vortragsmanuskript („Sprechzettel“) für den Sozialminister Schleswig-Holsteins, undatiert, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

gestanden. Die Gründe hierfür waren die Weltkriege, die Währungsfolgen, die Weltwirtschaftskrise sowie die Wiederaufbauphase nach dem 2. Weltkrieg. Es wurde deutlich gemacht, dass ein erheblicher Nachholbedarf im Bereich der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung bestünde.

In Schleswig-Holstein wurde demnach mit der Aufarbeitung des Nachholbedarfs schon im Jahr 1964 begonnen[304]. Erst 1971 wurde auf Bundesebene eine Sachverständigenkommission mit dem Ziel der Erarbeitung einer Enquete über die Lage der Psychiatrie berufen. Die Erfahrungen aus Schleswig-Holstein wären in den Bericht der Bundesregierung[305] eingeflossen, so dass sich die Tätigkeitsschwerpunkte des Landes in den Empfehlungen der Sachverständigenkommission wiederspiegeln würden. Diese Schwerpunkte wären:

- Sanierung und Modernisierung der Landeskrankenhäuser
- Zurverfügungstellung von qualifiziertem Personal in ausreichender Zahl
- Dezentralisierung der psychiatrischen Dienste
- Verbesserung der Fürsorge und Behandlung im ambulanten Bereich

Noch für viele Jahre würde gemäß des Sozialministers die stationäre Versorgung psychisch kranker Manschen nicht auf die Landeskrankenhäuser verzichten können. Somit wäre es eine unabdingbare Notwendigkeit, die „inhumanen Missstände“ als Folge der unzureichenden und verfehlten Politik der vorhergehenden Jahre zu beseitigen. Bis zum Abschluss des Sanierungsprogramms würden jedoch – trotz der Aufbringung erheblicher Finanzmittel – noch weitere Jahre vergehen.

Die baulichen Erneuerungen wären aber nur dann sinnvoll, wenn auch qualifiziertes Personal in ausreichender Form zur Verfügung stünde. So wären zwar die Arztstellen in den Landeskrankenhäusern in den vergangen Jahren ausgehend im Jahr 1963 mit 71 Arztstellen um 42 % auf jetzt 101 Stellen angestiegen, aber der von der WHO vorgeschlagene Personalschlüssel für Ärzte wurde damit noch nicht erreicht. Hinzu käme, dass es nicht ausreiche, die Arztstellen nur zu *schaffen*, es müsse auch das

[304] 1964 wurde der Sanierungsplan für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser durch die Landesregierung verabschiedet, Quelle: Vorwort des Psychiatrieplans für Schleswig-Holstein von 1978.
[305] Konkret: Bericht zur Lage der Psychiatrie – Psychiatrieenquete vom 25.11.1975.

entsprechende Personal verfügbar sein, die geschaffenen Stellen besetzen zu können.

Eng verbunden mit der Modernisierung der bestehenden Landeskrankenhäuser wäre auch die Entwicklung von Versorgungseinrichtungen, die eine gemeindenahe Behandlung psychisch kranker Menschen ermöglichen sollten. Dies solle durch die Errichtung psychiatrischer Abteilungen an Schwerpunktkrankenhäusern, welche mit Hilfe flankierender Maßnahmen des teilstationären und des Heimbereichs die Gesamtversorgung durchführen sollen, erfolgen. Hierdurch würde zusätzlich eine Auflockerung der Belegung und Verminderung der Bettenzahl der Landeskrankenhäuser erreicht.

Für die ambulante Fürsorge und Behandlung wären in erster Linie die niedergelassenen Nervenärzte sowie die psychiatrischen Polikliniken der beiden Universitäten verantwortlich. In diesem Bereich wäre in den zurückliegenden Jahren schon eine entscheidende Verbesserung eingetreten; so wäre beispielsweise die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte von 25 im Jahre 1969 auf 46 im Jahr 1975 angestiegen.

Noch in dieser Legislaturperiode sei zudem seitens der Landesregierung beabsichtigt, einen Psychiatrieplan zu erstellen, in dem die erarbeiteten Konzeptionen, die bisher an verschiedenen Stellen ihren Niederschlag gefunden hätten, zusammengefasst werden sollten. Weiterhin wird das Thema „Psychiatrie“ als besonders wichtiger Bereich der Gesundheitspolitik des Landes bezeichnet.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) begrüßte den vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Schlussbericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland[306]. Hierdurch hätten das Gesamtgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie letztendlich auch die psychisch kranken Menschen eine außerordentliche Bereicherung erfahren. Der Schlussbericht versuche einen Ausweg aus einer Situation zu finden, die die Folge jahrzehntelanger Vernachlässigung dieser Fragen sei. Es wären hierin fruchtbare

[306] Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) vom 26.11.1975, herausgegeben über die Pressestelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Schleswig-Holstein; damaliger Präsident der DGPN war Prof. Dr. Edmund Christiani, Nervenarzt in Kiel, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Impulse und der Beginn eines Ausgleichs für einen übergroßen Nachholbedarf in der Behandlung psychisch Kranker und der dafür zu schaffenden Voraussetzungen zu erkennen. Der Schlussbericht komme in weitgehendem Einklang zu Ergebnissen, die die DGPN bereits 1971 erarbeitet hätte.

Der Stand der psychiatrischen Betreuung in den Landeskrankenhäusern war im Dezember 1975 auch Thema einer aktuellen Stunde im Landtag[307]. Die Landtagsfraktionen beurteilten den Sachstand unterschiedlich. So legte die SPD den Schwerpunkt auf den Ärztemangel, wogegen die CDU auf die kontinuierlichen Verbesserungen der vergangenen Jahre hinwies. Deutlich wurde bei aller Kontroverse, dass zu diesem Zeitpunkt ein Ärztemangel bestand, der zwar in den vergangenen Jahren verringert wurde, aber noch nicht den Wünschen der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsprach. So waren die Anzahl der Planstellen gestiegen; es konnten aber nicht alle Planstellen auch tatsächlich besetzt werden. Es wurden Wege aufgezeigt, wie der Ärztemangel weiter verringert werden könnte. Das waren vor allen Dingen finanzielle Anreize für die Mediziner, Wohnungsfürsorge und Werbung seitens der Landeregierung. Von der CDU-Fraktion wurde ausgeführt, dass Schleswig-Holstein gegenüber anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland an vorderer Stelle läge, was auch auf die Einführung eines eigenen Referates für Psychiatrie zurückzuführen sei. Wichtig wäre gemäß SPD-Fraktion aber auch eine inhaltliche Verbesserung der Psychiatrie, indem z.B. die Trennung von geistig behinderten Menschen und psychisch kranken Menschen erfolgen müsse.

Im Februar 1976 erfolgte die Vorbereitung einer Klausurtagung eines Teiles der Landesregierung zur psychiatrischen Versorgung[308]. Es ging um die Möglichkeit der Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung sowie darum, welche Voraussetzungen für neu zu schaffende Einrichtungen gegeben sein müssten und wer seitens der Landesregierung die Federführung hierbei hätte. Fragestellungen waren z.B. die Finanzierung der Gebäude, der zu versorgende Personenkreis oder die anzubietende Pflege und Behandlung. Wie sollten Einrichtungen belegt werden, die ohne Landesbeteiligung geschaffen würden? Wer übernähme die Klärung von konzeptionellen Einzelfragen, wie z.B. teilweise Selbstversorgung der Heimbewohner, Heranziehung

[307] Artikel „Streit um Landeskrankenhäuser“ in den Kieler Nachrichten vom 10.12.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[308] Vermerk des Sozialministeriums – IX 550 – von Februar 1976, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

des Arbeitseinkommens oder Heranziehung der Krankenkassen? Es sollte ein Konzept erarbeitet werden, welches beinhalten sollte, welcher Personenkreis mit welchem Aufwand an Pflege und Behandlung (ärztliche und therapeutische Versorgung) an welchem Standort und auf wessen Kosten untergebracht werden sollte.

Einen Monat später, im März 1976, wurde dem Sozialminister eine Ausarbeitung zur Dezentralisierung der Psychiatrie vorgelegt[309]. Die stationäre Versorgung wäre demnach als Teil der Gesamtversorgungskette zu sehen, so dass der Bedarf an Betten von einer Vielzahl von Faktoren abhinge. So würde der Bettenbedarf mitbestimmt von den Möglichkeiten ambulanter Hilfen und Behandlung. Durch ein ausreichendes Netz an niedergelassenen Ärzten und Fachärzten könne bei rechtzeitiger Behandlung oder Vorbeugung eine stationäre Aufnahme vermieden werden. Der Ausbau anderer Maßnahmen, wie etwa Sonderkindergärten, Sonderschulen oder Werkstätten für Behinderte würde ebenfalls dazu beitragen, die Notwendigkeit stationärer Aufnahmen zu reduzieren. Von Bedeutung wäre auch, in welchem Umfang psychisch kranke Menschen in Regelkrankenhäusern behandelt werden könnten. Weiterhin könnten neue wissenschaftliche Erkenntnisse Einfluss auf die einzelne Verweildauer und damit auf den Bettenbedarf insgesamt haben. Bei der künftigen Bedarfsentwicklung wäre auch zu berücksichtigen, dass sich die Bevölkerung in Schleswig-Holstein von 2,51 Mio. Einwohner in 1977 auf voraussichtlich rd. 2,47 Mio. Einwohner in 1985 um insgesamt ca. 40.000 Einwohner verringern würde. Hinzu kämen allerdings die in Schleswig-Holstein lebenden „Gastarbeiter“, so dass insgesamt von einer zu versorgenden Bevölkerungszahl von 2,5 Mio. Einwohner ausgegangen wurde. Aufgrund der Veränderung der Alterspyramide würde sich auch der Anteil der über 65jährigen von 1977 bis 1985 um ca. 35.000 Einwohner verringern[310].

Ersichtlich war gemäß dieser Ausarbeitung auch eine Veränderung der Krankheitsbilder. So wäre die Zahl der Behandlungsbedürftigen im Bereich der Suchtkrankheiten, insbesondere der Alkoholabhängigen, in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen. Eine weitere Steigerung wurde befürchtet. Allerdings könne wegen der verhältnismäßig kurzen stationären Verweildauer davon ausgegangen werden, dass

[309] Internes Schreiben des Sozialministeriums – IX 480a – 522.1 – von März 1976, dem Abteilungsleiter IX 5 am 23.03.1976 zur Kenntnisnahme vorgelegt, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[310] Es handelt sich hierbei um die Jahrgänge von etwa 1912 bis 1920, also der Geburtsjahrgänge etwa während des 1. Weltkrieges, die zusätzlich vom 2. Weltkrieg betroffen waren.

sich hieraus zunächst keine wesentlichen Bedarfsveränderungen ergäben. Die weitere Entwicklung würde für eine Fortschreibung des Psychiatrieplanes jedoch ständig beobachtet werden müssen. Demgegenüber wären aber schon erste Anzeichen dafür erkennbar, dass zunehmend langdauernde Suchterkrankungen - besonders bei Alkoholkranken - mit chronisch organischem Hirnschaden versorgt werden müssten. Die bedarfsgerechte Versorgung dieser Personengruppe müsse in besonders strukturierten Einrichtungen im Pflegebereich erfolgen.

Auf der Basis von Erfahrungswerten und unter Berücksichtigung der damals bestehenden ambulanten und teilstationären Versorgung hatte sich gemäß dieser Ausarbeitung für Schleswig-Holstein für erwachsene psychisch Kranke als Messziffer ein Bettenbedarf von 1,3 ‰, gemessen an der Bevölkerung, ergeben. Dies entsprach einem Bettenbedarf von rd. 3.300 Betten. Der zu diesem Zeitpunkt vorhandene Bettenbestand für erwachsene psychisch Kranke wurde dagegen mit 2.852 Betten angegeben. Es handelte sich hierbei um eine rechnerisch ermittelte Zahl, denn die Gesamtzahl der Betten lag deutlich darüber. So wurde die Gesamtbettenzahl um bestimmte Diagnosen, die keine stationäre Versorgung, sondern Betreuung und Pflege notwendig machten, vermindert. Allein in den drei Landeskrankenhäusern betrug der Bettenbestand 3.700 Betten. Der Anteil der geistig Behinderten unter den *vor* 1945 Geborenen wurde als unverhältnismäßig niedrig beschrieben; durch das Heranwachsen der *ab* 1945 geborenen geistig Behinderten würde sich die Gesamtzahl der geistig Behinderten im Land zunächst aber laufend erhöhen.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wurde eine Bettenmessziffer von 0,26 ‰ der Bevölkerung angesetzt, davon 0,1 ‰ im Behandlungsbereich und 0,16 ‰ im spezialpsychiatrischen Pflegebereich. Angestrebt wurde die Schaffung von 25 Behandlungsbetten im Raum Lübeck bei entsprechender Bettenreduktion im Landeskrankenhaus Schleswig-Hesterberg. Die stationären jugendpsychiatrischen Betten wären wegen ihrer Spezialaufgaben nur begrenzt dezentralisierbar. Es wurde überlegt, neben Lübeck eine weitere Behandlungsstation im Raum Pinneberg/Elmshorn zu errichten. Auch dies würde zu einer Verringerung der Kapazität des Landeskrankenhauses Schleswig-Hesterberg führen. Die Entwicklung eines bedarfsgerechten Netzes von teilstationären Einrichtungen, wie Sonderkindergärten, Sonderschulen, Werkstätten etc., würde dazu führen, dass eine stationäre Versor-

gung der hierfür infrage kommenden Behinderten zunächst nicht erforderlich wäre. Erst mit zunehmendem Alter der Behinderten und Ausfall des Elternhauses wäre langfristig eine stationäre Unterbringung wahrscheinlich.

Das gesundheitspolitische Programm der CDU hat im März 1976 die Kostensteigerungen im Krankenhausbereich als Hauptursache der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen benannt. Zur Senkung der Kosten war es gemäß der CDU notwendig, die Bettenzahlen in Allgemeinkrankenhäusern zu verringern, zu einer Kürzung der Verweildauer zu kommen und die flankierenden Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser auszubauen. Daneben sollten Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeführt und die Grundsätze des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung überprüft werden[311].

Mit dem Thema „Menschlichkeit im Krankenhaus“ befasste sich im Februar 1977 ein Artikel im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Der Autor richtete seine Blickrichtung allerdings nicht, wie es vielleicht zu erwarten gewesen wäre, gegen die zunehmende Technisierung der Medizin, sondern gegen die Zerstörung des persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt, Pflegepersonal und Kranken. Der persönliche Kontakt des Krankenhauspersonals zu den Patienten sei von größter Bedeutung, wäre aber leider oftmals mangelhaft. Es wurde die Einengung der Freiheit der Patienten z.B. durch den ungewohnten Tagesablauf, die Bindung an einen Raum oder sogar an ein Bett bei gleichzeitiger Isolierung von ihm nahestehenden Menschen beschrieben. Weiterhin wurde das Verhältnis des Krankenhauspersonals, mit den Berufsgruppen Ärzte, Pflegepersonal und Verwaltung, untereinander beschrieben. Die Rollenverständnisse aller Berufsgruppen wären demnach unterschiedlich, was sich teilweise ebenfalls negativ auf die Atmosphäre im Krankenhaus auswirke. Der Autor forderte eine Änderung der Mentalität insofern, dass die jeweiligen Berufsgruppen weniger egoistisch oder gruppenegoistisch agieren sollten. Damit könne der Zusammenhalt im Hinblick auf die gemeinsame Aufgabe, nämlich die Behandlung und Gesundung der Patienten, zunehmen[312].

---

[311] Vermerk der Staatskanzlei Schleswig-Holstein – StK 170 a –, Seiten 3+4, vom 31.03.1976, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
(Weitergehende Punkte des gesundheitspolitischen Programms der CDU, die nicht den Krankenhausbereich betreffen, sind im allgemeinen Teil aufgeführt.

[312] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 2/1977, Seiten 74-78; Autor: Prof. Dr. Rudolf Kautzky, Direktor der Neurochirurgischen Abteilung des Universitätsklinikums Eppendorf, Hamburg.

Im Januar 1978 befasste sich ein internes Schreiben des Sozialministeriums mit dem Stand der Psychiatrieplanung[313]. Nach der darin vorgeschlagenen Konzeption sollte die bisherige stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in drei Gruppen aufgeteilt werden:

- Klinischer Behandlungsbereich
- Pflegebereich im Krankenhaus sowie
- Allgemeiner Pflegebereich außerhalb des Krankenhauses.

Diese Dreiteilung, welche gemäß des Sozialministeriums für das Land von erheblicher finanzieller Bedeutung war, stimmte aber nicht mit der damals geltenden Klassifikation der RVO (= Reichsversicherungsordnung) überein. Diese sah demgegenüber nur eine Zweiteilung der Versorgung vor: Versorgung *im* Krankenhaus und Versorgung *außerhalb* des Krankenhauses. Die RVO verpflichtete demnach die gesetzlichen Krankenkassen, für die Versicherten im Falle von Krankenhausbedürftigkeit, die Kosten zu tragen. Die gesetzlichen Krankenkassen waren aber nicht zur Kostenübernahme für Pflegefälle verpflichtet, die zwar in Krankenhäusern aufgenommen, aber nicht krankenhausbehandlungsbedürftig waren. Das führte hinsichtlich der Kostenübernahme zu Streitfällen mit den Krankenkassen.

Die vom Land vorgeschlagene Dreiteilung zielte darauf ab, auch künftig einen wesentlichen Teil der Betten in den Landeskrankenhäusern für Pflegefälle vorzuhalten. Damit wurde das Ziel aufgegeben, innerhalb der Landeskrankenhäuser nur krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten zu versorgen[314]. Die Landeskrankenhäuser sollten auch weiterhin als Mischeinrichtung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim fortgeführt werden. Für die pflegebedürftigen Patienten, die nicht krankenhausbedürftig waren, sollte der überörtliche Träger der Sozialhilfe eintreten, wobei erwartet wurde, dass der Pflegesatz in den Landeskrankenhäusern weit über dem für Pflegefälle in den sonstigen Pflegeheimen liegen würde. Dennoch wurde erwartet, dass sich die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen, ob es sich im Einzelfall um krankenhausbedürftige Patienten, oder Pflegefälle handelte, trotz der beabsichtigten Dreitei-

[313] Internes Schreiben des Sozialministeriums – IX 130 – 111.48 – vom 17.01.1978, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[314] Die Formulierung dieses Zieles erfolgte u.a. in der Krankenhausplanung von 1973.

lung fortsetzen würden. Bei Verwirklichung dieser Konzeption wurde ferner davon ausgegangen, dass die Gesamtkapazität der Landeskrankenhäuser von zu diesem Zeitpunkt rd. 4.800 Betten auf 4.100 Betten vermindert werden müsste.

Der Psychiatrieplan sollte die im Mai 1975 in der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten angekündigten Zielvorstellungen „einer mittel- und langfristigen Weiterentwicklung einer wirksamen und finanziell vertretbaren Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im ambulanten und stationären Bereich“ enthalten. Die Versorgung dieser Menschen wäre demnach eine wichtige Aufgabe der Gesellschaft. Die Erstellung des Psychiatrieplanes wäre notwendig gewesen, um über die reguläre Krankenhauplanung hinaus Ziele für die psychiatrische Versorgung zu geben[315]. Aus den bisherigen Erfahrungen und vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Berichts einer Sachverständigenkommission ergab sich als wesentlicher Planungsgrundsatz, dass die künftige psychiatrische Versorgung „so gemeindenah wie möglich und so bedarfsgerecht wie nötig“ sein sollte[316]. Der Psychiatrieplan sollte die im Bereich der Psychiatrie notwendigen Maßnahmen erkennen lassen, um so als Grundlage künftiger politischer und investitionsrelevanter Entscheidungen herangezogen werden zu können[317].

Im weiteren Verlauf des Jahres 1978 wurde erstmals ein Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein beschlossen. Im Jahr 1973 war der Fachbereich Psychiatrie noch in der allgemeinen Krankenhausplanung enthalten. Es wurde neben der oben bereits erwähnten Klassifizierung der Patienten und der angestrebten gemeindenahen Versorgung aber auch hervorgehoben, dass eine bedarfsgerechte Versorgung nicht auf eine Spezialisierung und damit Zentralisierung in manchen Bereichen verzichten könne[318]. Ausgehend vom damaligen Bettenbestand wurden unter Berücksichtigung bestimmter Planungsgrößen[319] Bettenmesszahlen festgelegt. Für die stationäre Ver-

[315] Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein, Einleitung, Seite 11, Abs. 3, Satz 1, herausgegeben vom Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, 1978.
[316] Zusammenfassender Vermerk des Sozialministeriums - IX 480 -, Ziffer 1, vom 17.03.1978; die zitierte Formulierung „so gemeindenah wie möglich, so bedarfsgerecht wie nötig“ wurde in mehreren Quellen verwendet, u.a. im Schriftwechsel des Sozialministeriums und im Vorwort und der Zusammenfassung des Psychiatrieplans von 09/1978, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[317] Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein, Einleitung, Seite 11, Abs. 3, Satz 2, herausgegeben vom Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, 1978.
[318] Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein, Vorwort des Sozialministers Karl Eduard Claussen (CDU), herausgegeben vom Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, 1978.
[319] Diese Planungsgrößen waren insbesondere: Bevölkerungsentwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt, Veränderung der Versorgungskonzepte.

sorgung in der Psychiatrie wurden etwa 2,3 Betten pro 1.000 Einwohner für notwendig gehalten; die von psychisch kranken und behinderten Menschen in Anspruch genommen Pflegeheimbetten wurden hierbei nicht in die Berechnung einbezogen.

Neu war in dem Psychiatrieplan von 1978, dass die Gesamtbettenzahlen für die stationäre Versorgung in *zwei* Gruppen unterteilt wurden. Die eine Gruppe beinhaltete die Patienten, die einer Behandlung im Krankenhaus bedurften. In der zweiten Gruppe wurden dagegen die Patienten erfasst, die wegen bestimmter Sachverhalte „nur“ eines besonderen Versorgungsaufwandes bedurften, der in den sonstigen Pflegeheimen nicht zur Verfügung stand bzw. nicht geleistet werden konnte. Bisher wurden diese Patienten überwiegend in den Landeskrankenhäusern versorgt.

Die Gesamtzahl der Betten war zum Planungszeitpunkt 1978 (5.760 Betten) gegenüber der Planung von1973 (5.901 Betten) leicht zurückgegangen; für die Zielplanung des Jahres 1985 wurden etwa 5.800 Betten angestrebt, d.h. die Gesamtzahl der Betten sollte auf dem bestehenden Niveau gehalten werden. Zu erwarten waren aber Verschiebungen *innerhalb* der einzelnen Versorgungseinrichtungen.

Das dritte Standbein, die ambulante psychiatrische Versorgung, fiel in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen von Schleswig-Holstein, wobei ausdrücklich auf die enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gerade in der Psychiatrie hingewiesen wurde. Als positive Entwicklung wurde dabei angemerkt, dass sich die Zahl der „zur Kassenpraxis zugelassenen“ Ärzte von nur 27 Ärzten im Jahr 1962 auf zum Planungszeitpunkt 63 Ärzte verbessert hätte.

Weiterhin sah der Plan künftig formal *sieben* anstatt der bisherigen *drei* Versorgungsgebiete für psychisch kranke Menschen vor. Dadurch sollte die stationäre Versorgung der Menschen künftig näher an ihrem Wohnort erfolgen können. Neben diesen drei großen - historisch gewachsenen - Hauptversorgungsgebieten bestanden aber auch bisher schon zwei weitere kleinere Versorgungsgebiete, die den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zugeordnet waren.

Folgende Versorgungsgebiete bestanden zum 01.01.1978:

- **Landeskrankenhaus Schleswig** (rd. 706.000 Einwohner):
  Stadt Flensburg, Kreis Schleswig-Flensburg, Kreis Nordfriesland, Kreis Rendsburg-Eckernförde (nördlich des NO-Kanals), Kreis Dithmarschen

- **Landeskrankenhaus Neustadt** (rd. 696.000 Einwohner):
  Stadt Lübeck, Kreis Stormarn, Kreis Herzogtum Lauenburg, Kreis Ostholstein (südlicher Teil)

- **Landeskrankenhaus Heiligenhafen** (rd. 971.000 Einwohner):
  Stadt Kiel, Kreis Plön, Kreis Segeberg, Kreis Pinneberg, Kreis Ostholstein (nördlicher Teil), Kreis Rendsburg-Eckernförde (südlich des NO-Kanals)

- **Psychiatrische Abteilung Itzehoe** (rd. 130.000 Einwohner):
  Kreis Steinburg

- **Psychiatrische Abteilung Neumünster** (rd. 83.000 Einwohner):
  Stadt Neumünster

In der Zielplanung für das Jahr 1985 bestanden dagegen folgende Versorgungsgebiete:

- **Versorgungsgebiet I** (rd. 655.000 Einwohner):
  Stadt Flensburg, Kreis Schleswig-Flensburg, Kreis Nordfriesland, Kreis Rendsburg-Eckernförde (nördlich des NO-Kanals), Kreis Dithmarschen

- **Versorgungsgebiet II** (rd. 455.000 Einwohner):
  Kreis Rendsburg-Eckernförde (südlich des NO-Kanals), Kreis Plön, Kreis Segeberg, Kreis Ostholstein (nördlicher Teil)

- **Versorgungsgebiet III** (rd. 686.000 Einwohner):
  Stadt Lübeck, Kreis Stormarn, Kreis Herzogtum Lauenburg, Kreis Ostholstein (südlicher Teil)

- **Versorgungsgebiet IV** (rd. 78.000 Einwohner):
  Stadt Neumünster

- **Versorgungsgebiet V** (rd. 120.000 Einwohner):
  Kreis Steinburg

- **Versorgungsgebiet VI** (rd. 265.000 Einwohner):
  Kreis Pinneberg

- **Versorgungsgebiet VII** (rd. 241.000 Einwohner):
  Stadt Kiel

Bei den Versorgungsgebieten VI und VII (Pinneberg und Kiel) wurde zusätzlich die Einschränkung gemacht, dass diese bis zum Jahr 1985 zum Versorgungsgebiet II gehören würden.

Als überregional stationäre Krankenhauseinrichtungen ohne fest zugewiesene Versorgungsgebiete verblieben weiterhin die psychiatrischen Universitätskliniken Kiel und Lübeck sowie einige psychiatrische Einrichtungen freigemeinnütziger und privater Träger für Behandlungs- und Pflegefälle besonderer Versorgungsbedürftigkeit.

Der Hauptanteil der stationären psychiatrischen Versorgung wurde zum Planungszeitpunkt von den Landeskrankenhäusern Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen getragen. Die Landeskrankenhäuser waren aus der historischen Entwicklung heraus immer größer geworden und umfassten zum Planungszeitpunkt mit insgesamt 4.450 Betten[320] rd. 75 % aller psychiatrischen Krankenhausbetten in Schleswig-Holstein. Im Zuge der Umsetzung aktueller Erkenntnisse in der Psychiatrie wurde bereits damit begonnen, in einzelnen Krankenhäusern, wie z.B. in Itzehoe oder Neumünster, Abteilungen für die psychiatrische Versorgung von Patienten zu schaffen. Die Zielrich-

[320] davon entfielen auf Schleswig 2.100 Betten, auf Heiligenhafen 1.200 Betten sowie auf Neustadt 1.150 Betten.

tung war dabei, neben der wohnortnahen Versorgung der Patienten, die Verkleinerung der Landeskrankenhäuser[321].

Deutlich war auch, dass die im Zeitablauf erfolgten Aufnahmen von Patienten in den Landeskrankenhäusern seit 1969 (4.529 Patientenaufnahmen) bis Ende 1977, um 46 % auf 6.629 Patientenaufnahmen pro Jahr gestiegen waren; gleiches galt entsprechend für die Entlassungen. Auf der anderen Seite war der Patientenbestand stichtagsbezogen zum 01.06.1977 um rd. 16 % geringer, als zum 30.09.1969. Begründet wurde dies mit einer Verringerung der Bettenauslastung hauptsächlich infolge der Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer. Als weiterer Grund für den Anstieg der Patientenaufnahmen wurde die Veränderung der Art der Krankheitsbilder genannt. In den letzten Jahren hatte die Zahl der Suchtkranken, insbesondere der Alkoholiker, stark zugenommen. So betrug der Anteil der Aufnahmen von Suchtkranken im Jahr 1967 knapp 18 % aller Patientenaufnahmen, im Jahr 1977 waren dies bereits 45 %. In absoluten Zahlen ausgedrückt wird diese Entwicklung noch deutlicher: 1967 waren dies etwa 815 Patienten, im Jahr 1977 waren es bereits 2.983 Patienten.

Der vorstehend bereits genannte *Gesamtbettenbedarf* in der Zielplanung gliederte sich innerhalb des Fachbereiches Psychiatrie wie folgt:

- Allgemeine Psychiatrie	4.450 Betten
- Kinder- und Jugendpsychiatrie	650 Betten
- Suchtbehandlung	525 Betten
- Forensische Psychiatrie	175 Betten
Summe	**5.800 Betten**

[321] Die Sachverständigenkommission des Bundestages hatte eine Größe der Landeskrankenhäuser von maximal 600 Betten vorgeschlagen, Bericht über die Lage der Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland, 09/1975, Seite 11, Abs. 2, URL: < http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/ medien/dokumente/ enquete1975/03-zusammenfassung.pdf>, (Stand: 06.06.2012).

Die Bettenplanung *nur* der Landeskrankenhäuser:

Landeskrankenhaus Schleswig:	**01.01.1978**	**Zielplanung 1985**
Allgemeine Psychiatrie	1.405	1.050
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	650[322]	575
Suchtbehandlung	45	100
Forensische Psychiatrie	0	0
Gesamt	**2.100**	**1.725**

Landeskrankenhaus Heiligenhafen:	**01.01.1978**	**Zielplanung 1985**
Allgemeine Psychiatrie	1.075	875
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	0	0
Suchtbehandlung	125	125
Forensische Psychiatrie	0	0
Gesamt	**1.200**	**1.000**

Landeskrankenhaus Neustadt:	**01.01.1978**	**Zielplanung 1985**
Allgemeine Psychiatrie	880	725
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	0	0
Suchtbehandlung	100	100
Forensische Psychiatrie	170	175
Gesamt	**1.150**	**1.000**

Landeskrankenhäuser gesamt	**4.450**	**3.725**
Sonstige Einrichtungen	1.310	2.075
Summe	**5.760**	**5.800**

[322] LKH Schleswig ohne 100 Betten für überalterte Patienten, gem. Planung, Seite 48.

Die Landeskrankenhäuser waren in der Kriegs- und Nachkriegszeit in einen baulich schlechten Zustand geraten. Es wurden zwar schon seit den 60er Jahren Verbesserungen erzielt, jedoch war deutlich, dass auch in den damals folgenden Jahren die Bemühungen um die bauliche Sanierung mit erheblichem finanziellen Aufwand fortgesetzt werden müsste, um der psychiatrischen Versorgung der Patienten auf aktuellem Stand gerecht werden zu können. Das Volumen der noch notwendigen Investitionen für die psychiatrische Versorgung wurde in der Planung mit rd. 81,8 Mio. €[323] angegeben. Davon entfielen rd. 49,1 Mio. € auf die Landeskrankenhäuser, rd. 23,0 Mio. € auf den Ausbau der klinischen Versorgung sowie rd. 9,7 Mio. € auf den Ausbau der dezentralisierten Versorgung sowie sonstiger überregionaler psychiatrischer Einrichtungen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen hing gemäß Planung insbesondere von den finanziellen Möglichkeiten des Landes sowie der Verfügbarkeit von Mitteln des KHG ab. Als Neubaumaßnahmen wären in den folgenden Jahren insbesondere der Ausbau der psychiatrischen Abteilungen Elmshorn und Kiel notwendig.

Für den Bereich der flankierenden Maßnahmen wurde ebenfalls der Ausbau der dezentralen psychiatrischen Versorgung genannt. Hier träten aber in erster Linie freigemeinnützige Träger auf, deren finanzielle Möglichkeiten nicht sehr groß wären, so dass gezielte Finanzhilfen seitens des Landes notwendig schienen. Als Möglichkeiten wurden Landeszuschüsse, zinslose Darlehen sowie die Übernahme von Landesbürgschaften genannt.

Im Februar 1979 stand erneut das Thema „Humanität im Krankenhaus“ auf der Tagesordnung[324]. Ausgehend von einem Anstieg der Zahl der Krankenhausbehandlungen, der „sprunghaften“ Entwicklung der Medizintechnik sowie des beginnenden Kostendrucks auf die Krankenhäuser, wurde, nachdem die Krankenhäuser hierauf mit teilweiser Automation und Personaleinsparungen reagierten, der Begriff des „inhumanen Krankenhauses“ geprägt. Betont wurde besonders der aus den Einsparungen, aber auch aus der gesellschaftlichen Entwicklung resultierende negative Umgang des medizinischen Personals mit den Patienten. So wurde dargestellt, dass die Wahl eines sozialen Berufes zunehmend unter Gesichtspunkten des sogenannten „Job-Denkens“, des „Sozialprestiges“ sowie der vermeintlichen Sicherheit eines Ar-

[323] Das entsprach rd. 160 Mio. DM, Umrechnungsfaktor DM/EURO:1,95583.
[324] Vermerk des Sozialministeriums Schleswig-Holsteins, - IX 430 – vom 08.02.1979, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

beitsplatzes erfolgen würden. Bei der Berufswahl in den Hintergrund getreten wäre die Motivation des „caritativen Denkens“. Somit wäre ein Teil der Kostensteigerung im Gesundheitswesen auf das Pflegepersonal zurückzuführen, denn während in der Vergangenheit diese Dienste ehrenamtlich ausgeführt wurden, würde zwischenzeitlich Entlohnung erwartet[325]. Die Großkliniken wären zudem ebenso wie die kleinen Krankenhäuser nicht geeignet, den Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Die Landesregierung Schleswig-Holsteins hatte hierzu ein Programm für ein 300-Betten-Krankenhaus entwickelt, das im Rahmen der Regelversorgung in angemessener Weise eine Versorgung von etwa 85 % aller Behandlungsfälle ermöglichen würde. Ergänzt würde dieses Programm durch die noch leistungsfähigeren Schwerpunkt- und Zentralversorgungskrankenhäuser. Das Programm sah neben der rein medizinischen Behandlung der Patienten den Einsatz von Seelsorgern und Sozialarbeitern sowie baulicherseits Kommunikationseinrichtungen, wie Cafeterias oder Kioske vor. Empfohlen wurde von der Landeregierung auch, dass es nicht mehr *Besuchszeiten*, sondern nur noch *Nicht-Besuchszeiten* gäbe.

Einige Tage später, aber ebenfalls noch im Februar 1979, wurde vom Sozialminister dargelegt, dass Humanität im Krankenhaus und Wirtschaftlichkeit keine Gegensätze darstellen würden[326]. Besonders für die stationäre Krankenhausversorgung wäre es wichtig, anzuerkennen, dass auch das Krankenhaus ein Betrieb sei, der den Gesetzen der wirtschaftlichen Handlungsweise zu unterwerfen sei. Hierzu gehörten das angestrebte Leistungsniveau, das pflegerische Angebot sowie die medizinisch-technische Ausstattung. *Inhuman* wäre damit nicht das wirtschaftliche Handeln, sondern das Erheben von unerfüllbaren Forderungen. Es wurde anerkannt, dass die teilweise „überzogenen“ Forderungen nach Kostendämpfung für die Krankenhäuser schädliche Auswirkungen gehabt hätten; demgegenüber müsste aber auch erkannt werden, dass ein Verfallen in das andere Extrem der unerfüllbaren Forderungen gleichermaßen zum Schaden im System führen würde.

Im Mai 1979 wurde auf der Gesundheitsministerkonferenz ebenfalls über das Thema „Humanität im Krankenhaus“ diskutiert. Es wurde u.a. der Beschluss gefasst, kurz-

[325] Gemäß Gespräch mit Herrn Günther Pössel, ehemaliger Geschäftsführer der AOK Rendsburg-Eckernförde, vom 28.06.2010.
[326] Unterlage zur Landepressekonferenz des Sozialministers Schleswig-Holsteins am 15.02.1979, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

fristig eine Arbeitsgruppe einzurichten, die sich mit dieser Problematik befassen sollte. Vorgesehen war auch die Teilnahme eines schleswig-holsteinischen Vertreters[327]. Allerdings wurden seitens Schleswig-Holsteins Bedenken gegen die Behandlung dieser Thematik geäußert, so dass von Schleswig-Holstein kein Vertreter an den Sitzungen teilgenommen hat[328].

Im Oktober 1979 erfolgte die Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes für das Land Schleswig-Holstein, welche die Planung des Jahres 1973 ersetzte[329]. Der Krankenhausplan wurde vom Sozialminister unter Mitwirkung verschiedener Beteiligter[330] erstellt und von der Landesregierung beschlossen. Es wurde als Planungsgrundlage davon ausgegangen, dass sich die Einwohnerzahl Schleswig-Holsteins innerhalb des Planungszeitraumes bis 1986 um 90.000 Menschen auf dann 2,5 Mio. Menschen verringern würde. Für Akutkranke sollte im Landesdurchschnitt der Richtwert von 5,5 Betten pro 1.000 Einwohner nicht überschritten werden. Weitere Planungsrichtwerte waren die Krankenhaushäufigkeit pro Jahr (120 von 1.000 Einwohnern), die durchschnittliche Verweildauer (13 bis 14 Tage) sowie eine durchschnittliche Bettenauslastung von 85 %.

In den Krankenhausplan aufgenommen wurden, mit Ausnahme insbesondere der Krankenhäuser, deren Träger der Bund, Rentenversicherungsträger oder die Unfallversicherungsträger etc. waren, alle Krankenhäuser, die zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich waren oder bis zum Ende des Planungszeitraumes erforderlich sein sollten. In die Planung aufgenommen wurden auch Privatkliniken, in der Regel Fachkliniken für Chirurgie oder für Geburtshilfe und Gynäkologie, welche Regelversorgungsaufgaben wahrnahmen und somit die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser unterstützten oder spezielle Aufgaben innerhalb ihres Fachgebietes wahrgenommen haben. Aufgenommen wurden ebenso die Hochschulkliniken Kiel und Lübeck, die zwar nicht nach dem KHG gefördert wurden, die aber eine wesentli-

[327] Schreiben des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfahlen sowie Vorsitzendem der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder an die Mitglieder der Konferenz vom 12.07.1979; hingewiesen wurde in diesem Schreiben auch auf die Vorbereitung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen,(LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[328] Schreiben des Sozialministeriums - IX 450 - an das Land Nordrhein-Westfalen vom 08.10.1979, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[329] Beschluss der Landesregierung vom 09.10.1979, Veröffentlichung im Amtsblatt Schleswig-Holstein Nr. 50/1979, Seite 765 ff.
[330] Ausschuss für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sowie Anhörung der wesentlich Beteiligten.

che Bedeutung für die Krankenhausversorgung des Landes Schleswig-Holstein hatten. Weiterhin erfolgte die Aufstellung der Planung unter Berücksichtigung der notwendigen Versorgungsleistungen innerhalb der fünf Planungsräume des Landes sowie mit Unterscheidung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen.

Neu in die Planung aufgenommen wurden folgende Krankenhäuser[331]:

Bezeichnung	**Ort**	**Planbetten**	**Träger**
Paracelsus-Klinik	Henstedt-Ulzburg	219 Betten	privat
Städtisches Krankenhaus Ost	Kiel	186 Betten	öffentlich
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Kiel	36 Betten	privat
Ostseeklinik	Damp	266 Betten	privat

Folgende Krankenhäuser für Akutkranke sind zum 31.12.1986 ohne „Bettensoll“ ausgewiesen, sollten also geschlossen werden:

Städt. Krankenhaus	Lauenburg	59 Betten
Kreiskrankenhaus	Barmstedt	50 Betten
Agnes-Karll-KKH	Bad Schwartau	98 Betten
Städt. Krankenhaus Priwall	Lübeck	131 Betten
DRK-Anschar-KKH	Kiel	190 Betten
Privatklinik Dr. Pantke	Kiel	30 Betten
Privatklinik Dr. Koreuber	Kiel	13 Betten
Privatklinik Dr. Dunkelmann	Flensburg	23 Betten
Privatklinik Dr. Jensen	Schleswig	14 Betten

Die nachfolgenden, bereits in der vorherigen Planung ohne „Bettensoll“ ausgewiesenen Krankenhäuser, wurden erneut in der Planung aufgeführt:

[331] Bei dieser Darstellung handelt es sich nur Krankenhäuser für Akutkranke. In der Krankenhausplanung aufgeführt wurde auch die Entwicklung der Krankenhäuser für psychisch Kranke. Dies wurde an dieser Stelle aber nicht betrachtet.

Kreiskrankenhaus	Kaltenkirchen	76 Betten
Städt. Krankenhaus Priwall	Lübeck	131 Betten

Weitere Auffälligkeiten in der Krankenhausplanung von 1979 sind eine erhebliche Bettenaufstockung der Medizinischen Hochschule Lübeck (von 987 Betten auf 1.150 Betten zuzüglich 35 weitere psychiatrische Betten), eine dagegen nur marginale Bettenaufstockung in der Hochschulklinik Kiel (von 1.442 auf 1.461 Betten zuzüglich 10 psychiatrische Betten), erhebliche Bettenaufstockungen im St. Elisabeth-Krankenhaus Kiel sowie der Klinik Waldwiese in Kiel, eine Bettenaufstockung am Stadtkrankenhaus Rendsburg (+ 34 Betten) und eine erhebliche Bettenaufstockung im Kreiskrankenhaus Brunsbüttel (+ 56 Betten).

1.3.3. Zusammenfassung / Analyse (1974 – 1979)

Schwerpunktthemen der allgemeinen Gesundheitspolitik dieses Zeitabschnitts waren die Fortführung der Diskussion über das „Klassenlose Krankenhaus“, die Neuordnung des Rettungswesens, die nach wie vor schwache Versorgung der ländlichen Kreise mit Ärzten, die Eindämmung des Alkoholmissbrauchs, Gesundheitshilfe für behinderte Kinder und etwa ab 1976 verstärkt die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Angemerkt werden muss an dieser Stelle, dass diese Themen zum großen Teil nicht losgelöst voneinander standen, sondern zunehmend eine Verflechtung dieser Themen ersichtlich wurde. Im Krankenhaussektor spielte neben der Kostenentwicklung das Thema „Menschlichkeit“ oder „Humanität im Krankenhaus“ eine große Rolle. Das zentrale – auf das Land Schleswig-Holstein bezogene – Thema war jedoch die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung bis hin zur Erstellung eines Psychiatrieplans im Jahr 1978. Im Anschluss an die Psychiatrieplanung wurde dann im Jahr 1979 die Fortschreibung der Krankenhausplanung vorgelegt.

Das Thema „Klassenloses Krankenhaus“ entwickelte sich zunehmend zum Grundsatzthema zweier unterschiedlicher Gesundheitssystemansätze. Auf der einen Seite war der Wunsch nach Vereinheitlichung des Gesundheitssystems in der Form, dass jeder Bürger freien Zugang hierzu hätte, auf der anderen Seite stand die Forderung nach Beibehaltung der freien Berufsausübung für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker.

Hierzu gehörten insbesondere die Zulassungs- und Niederlassungsfreiheit sowie das Liquidationsrecht. Der Sozialminister der CDU-geführten Regierung Schleswig-Holsteins sprach sich bereits 1974 gegen sogenannte „Verstaatlichungstendenzen“ im Gesundheitswesen aus[332]. Darüber hinausgehende Grundsatzentscheidungen in dieser Sache mussten von der Landesregierung jedoch nicht getroffen werden.

Weiterhin wurden bis hin zur Ebene des Ministerpräsidenten Wege gesucht, der nicht ausreichenden ärztlichen Versorgung der ländlichen Gebiete Schleswig-Holstein zu begegnen[333]. Zwar war es vorrangig die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, für eine gleichmäßige und ausreichende Versorgung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu sorgen, erschwert wurde die Steuerung allerdings durch ein damaliges Urteil des Bundesverfassungsgerichtes, wonach es verfassungswidrig sei, die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zu beschränken. Zur Unterstützung dieser Steuerung wurde von der Landesregierung ein entsprechender Strukturplan erstellt, welcher unter anderem Anreize, wie zinsgünstige Darlehen oder kostengünstige Flächen für Gruppenpraxen in ländlichen Gebieten vorsah.

Ein bundesweites Problem war hingegen die damalige Zunahme des Alkoholmissbrauchs. Auf der Gesundheitsministerkonferenz, also auf Bundesebene, wurde im Jahr 1975 ein entsprechendes Aktionsprogramm zur Eindämmung des Alkoholmissbrauchs beschlossen. Der Sozialminister teilte dies den übrigen Landesministern per Brief mit[334]. Weitere wesentliche Aktivitäten des Landes sind in diesem Zusammenhang zu diesem Zeitpunkt seitens der Landesregierung nicht ersichtlich. Gleiches gilt für die Bekämpfung des Nikotinmissbrauchs. Auch hier gab es lediglich zurückhaltende Vorstöße, die Nichtraucher beispielsweise am Arbeitsplatz zu schützen.

Ausgehend von einer parlamentarischen Anfrage hinsichtlich möglicher Mängel im damaligen System des Rettungsdienstes des Landes folgte der Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Rettungsdienstes, welches einen stufenweisen Ausbau des Rettungsdienstes vorsah, an dessen Kosten sich das Land zu einem bestimmten

[332] Pressemitteilung der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 25.01.1974, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[333] Regierungserklärungen des Ministerpräsidenten Dr. Gerhard Stoltenberg (CDU) vom 26.05.1971 und 22.05.1973, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[334] Schreiben des Sozialministers an die übrigen Landesminister – IX 410 A b – 08/130 – vom 08.08.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Grad beteiligen wollte. Dieses kann auch in Zusammenhang mit der Krankenhausplanung des Landes gesehen werden, da dieses Thema bereits bei der Festlegung von Standortvoraussetzungen für Krankenhäuser eine deutliche Rolle spielte. Die Initiative zur Neuordnung des Rettungsdienstes ging somit von der Landesregierung selbst aus. Das Gesetz wurde beschlossen, umgesetzt und hatte einige Jahre Bestand.

Die Stärkung der Gesundheitshilfe für behinderte Kinder wiederum war auf Initiative einer landesbezogenen Stiftung zurückzuführen[335]. Diese Stiftung förderte u.a. ein Heim für hör- und sprachbehinderte Kinder sowie gemeinsam mit der damaligen Medizinischen Hochschule zu Lübeck ein Zentrum für Kinder mit frühkindlichen Hirnschädigungen. Etwa ab diesem Zeitpunkt entwickelte sich dieser Themenbereich zunehmend zu einer Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste.

Mit Beginn des Jahres 1975 folgte dann eine breite, bundesweite und andauernde Diskussion über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit war zu diesem Zeitpunkt an einer Grenze angelangt, die einerseits darin bestand, dass das vormalige Ziel, der Bevölkerung eine optimale (d.h. moderne und qualitativ hochwertige) Krankenhauspflege zu bieten, als erreicht angesehen wurde und andererseits zwischenzeitlich eine Phase der Rezession eingetreten war, in welcher die Einnahmen der Krankenkassen stagnierten. Hinsichtlich der notwendigen Schritte zur Kostendämpfung jedoch bestanden vollständig divergierende Ansätze der damaligen SPD-Bundesregierung und der CDU-geführten Landesregierungen, zu denen auch Schleswig-Holstein gehörte[336]. So erfolgte Anfang 1975 eine Einladung der Bundesgesundheitsministerin zu einem Ministergespräch, welcher seitens der CDU-geführten Länder nicht in dem gebotenen Umfang nachgekommen wurde[337]. Diese unterschiedlichen Interessenlagen wurden in Fortführung des Themas „Klassenloses Krankenhaus“ in die Landesgesundheitspolitik hineingetragen. Einigkeit bestand lediglich darüber, dass die Maßnahmen von Bund und Ländern näher aufeinander ab-

[335] Vermerk der Staatskanzlei über ein Gespräch mit dem Vorsitzenden der Stiftung – StK 170 a – vom 28.10.1975, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[336] Vermerke der Staatskanzlei zur Kostenentwicklung und Kosteneinschränkung im Gesundheitswesen – StK 170 a – vom 31.03.1976 sowie zu Gesundheitspolitischen Konzeptionen zur Kostendämpfung von Dezember 1976, (LAS, Abt. 605, Bd. 2).
[337] Vermerk des Sozialministeriums betreffend die Einladung zu einem Ministergespräch – IX 40 C – vom 06.03.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

gestimmt werden müssten. So legte die SPD-Landtagsfraktion im Herbst 1975 ein Aktionsprogramm zur Gesundheitspolitik vor, welches aufgrund der darin enthaltenen Punkte, wie z.B. Einschränkung der Niederlassungsfreiheit für Ärzte, nahezu zwangsläufig keine Zustimmung bei der CDU-Regierung finden *konnte*[338]. Diese Formen der Herangehensweise an dieses rückblickend überaus wichtige Thema machen deutlich, dass die Notwendigkeit, *gemeinsam* die Gesundheitspolitik zu entwickeln, den Akteuren bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst war bzw. noch nicht sehr stark ausgeprägt war. Es wurde regelrecht „gespielt" zwischen zwei grundlegend unterschiedlichen Ansätzen. Letztendlich wurden – sofern Maßnahmen zur Kostensenkung erarbeitet wurde – diese auf Bundesebene erarbeitet. Das Land Schleswig-Holstein beteiligte sich an den entsprechenden Arbeitsgruppen, ohne dass weitergehende Akzente der Landespolitik sichtbar wurden.

Ebenfalls ab dem Jahr 1975 rückte die Psychiatrieversorgung des Landes zunehmend in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Im Rahmen einer aktuellen Stunde wurde über die Unterversorgung der psychiatrischen Betreuung debattiert[339]. Auch der Sozialminister machte deutlich, dass ein erheblicher Nachholbedarf im Bereich der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung des Landes bestünde[340]. Hintergrund dieser Debatte war jedoch nicht die Initiative des Landes, sondern die kurz zuvor fertiggestellte Psychiatrie-Enquete des Bundestages, in der festgestellt wurde, dass die psychiatrischen Fachkrankenhäuser (bundesweit) die Hauptlast der stationären Langzeitpatienten tragen würden[341]. Die Bettenzahl der Fachkrankenhäuser wäre zu groß, die Bausubstanz veraltet und die geografische Lage teilweise ungünstig. Im Februar 1976 fand auf Landesebene eine Klausurtagung zur Abstimmung des Systems der künftigen dezentralisierten psychiatrischen Versorgung statt und im März 1976 wurde im Sozialministerium eine erste Konzeption der dezentralen Psychiatrie vorgelegt[342]. Wesentliche Punkte dieser Konzeption waren die Darstellung

[338] Aktionsprogramm der SPD-Landtagsfraktion zur Gesundheitspolitik, vorgestellt auf einer Pressekonferenz am 23.09.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[339] Antrag des Parlamentarischen Geschäftsführers der SPD-Landtagsfraktion vom 25.11.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[340] Dem Antragsschreiben des Parlamentarischen Geschäftsführers der SPD-Landtagsfraktion beigefügtes Redemanuskript, undatiert, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[341] Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Psychiatrie-Enquete), erstellt von einer unabhängigen Sachverständigen-Kommission im Auftrag der Bundesregierung, Drucksache 7/4200 des Deutschen Bundestages, 09/1975, Seite 8.
[342] Internes Schreiben des Sozialministeriums – IX 480a – 522.1 – von März 1976 zur Vorlage beim Sozialminister, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

des damaligen Bestandes an Behandlungseinrichtungen in Schleswig-Holstein sowie die Entwicklung des künftigen Bedarfs unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren, wie Bevölkerungsentwicklung und voraussichtlicher Entwicklung der Krankheitsbilder. Im Verlaufe des Jahres 1978 wurde schließlich erstmals ein gesonderter Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein beschlossen, in welchem unter anderem der Ausbau der dezentralen Versorgung dargestellt wurde. In der Bewertung dieses Sachverhaltes ist festzustellen, dass die Initiative zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zwar vom Bund ausging, die Entscheidung für den Psychiatrieplan jedoch aktiv und ohne externe Unterstützung von der Landesregierung herbeigeführt wurde. Die Entscheidung für die künftig weitergehende dezentrale psychiatrische Versorgung der Bevölkerung, neben den bestehenden Landkrankenhäusern, erfolgte nicht im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung und ist durchaus als richtungsweisend anzusehen.

Im Oktober 1979 folgte die Fortschreibung des Krankenhausplanes für das Land Schleswig-Holstein[343]. Es wurden in Anlehnung an die Planung des Jahres 1973 bestimmte Kennzahlen bzw. Planungsgrundlagen erarbeitet, wie z.B. Entwicklung der Bevölkerung, Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner, Krankenhaushäufigkeit, durchschnittliche Verweildauer etc.. Die Aufstellung der Planung erfolgte innerhalb der fünf Planungsräume mit Unterscheidung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen. Eine der wesentlichen Auffälligkeiten der Krankenhausplanung von 1979 war die Bettenaufstockung der Medizinischen Hochschule Lübeck (von 987 Betten auf 1.150 Betten zuzüglich 35 psychiatrischer Betten). Erstmals in die Planung aufgenommen wurden auch die Privatkliniken. Die Grundlagen für diese Planung wurden jedoch bereits zur Planung des Jahres 1973 erstellt. Die Entscheidung hinsichtlich der aktuellen Planung erfolgte somit weitgehend im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung.

[343] Beschluss der Landesregierung vom 09.10.1979, Veröffentlichung im Amtsblatt Schleswig-Holstein, Nr. 50, Seiten 765 ff.

1.4. Zeitabschnitt 1980 – 1986

1.4.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Im Januar 1980 erschien ein Beitrag mit dem Titel „Die Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen – Gesundheitspolitik in der Sackgasse“ im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt[344]. Aus Sicht eines niedergelassenen Arztes wurde hierin dargestellt, dass das Gesundheitswesen Teil der sozialen Marktwirtschaft wäre, in der Entscheidungen aufgrund dynamischer Wechselwirkungen, komplexer Zusammenhänge etc. dezentral und teilweise losgelöst von rationalen Erwägungen getroffen würden. Eine zentrale Planung wäre jedoch gerade aufgrund dieser Zusammenhänge nicht möglich. Beschlossen wurde zuvor auf Bundesebene im Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetz (KVKG), dass die Ausgaben auch für die ambulante kassenärztliche Versorgung auf den durchschnittlichen Zuwachs des allgemeinen Lohniveaus begrenzt würden. Dies wurde als nicht sachgemäß bezeichnet, denn die Ausgaben der kassenärztlichen Vereinigung würden nur zu einem Teil zu Einkommen der Ärzte führen. Nur wenn verschiedene Faktoren, wie z.B. die Anzahl der Ärzte, die Entwicklung der Medizin, die Kostenrelation in der ambulanten Behandlung konstant blieben, würde sich eine Ausgabenveränderung der Kassenärztlichen Vereinigungen im gleichen Umfang auf die Einkommen der Ärzte auswirken. Das wäre aber nicht der Fall. Es wurde im Gegensatz dazu davon ausgegangen, dass die Inanspruchnahme der Ärzte und damit das Leistungsvolumen weiter ansteigen würden. Als Gründe hierfür wurden angeführt, dass die Zahl der Rentner, welche mehr Leistungen in Anspruch nähmen, als junge Menschen, weiter ansteigen würde, dass unterversorgte Bereiche besser als bisher mit Ärzten besetzt werden sollten und dass steigender Wohlstand grundsätzlich überproportionale Steigerungen der Bedürfnisse auf dem gesundheitlichen Sektor bewirken würde.

Als Möglichkeiten der Auflösung dieses Konfliktes wurde vorgeschlagen, dass - wie in der die ehemaligen Fassung der RVO - wieder festgelegt werden sollte, dass auch eine Leistungsausweitung durch vermehrte Inanspruchnahme des Arztes als Kriterium für die Veränderung der Gesamtvergütung anerkannt werden müsste und dass

[344] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1980, Seite 2 ff.

überlegt werden müsse, inwieweit eine Selbstbeteiligung der Versicherten geeignet wäre, den Kostenzuwachs zu bremsen.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1980 wurde erneut die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung thematisiert[345]. Einige Monate zuvor, im Spätsommer 1979, wurde das Bundessozialministerium vom Bundestag beauftragt, ein Modellprogramm zu entwickeln, in dessen Rahmen der Aufbau komplementär-psychiatrischer Einrichtungen in Modellregionen der Länder für einen Zeitraum von fünf Jahren gefördert und wissenschaftlich begleitet werden sollten. In Schleswig-Holstein hatten sich u.a. Vertreter der Lübecker Region darum bemüht, Vorschläge für komplementär-psychiatrische Dienste zu erarbeiten und sich als Modellregion beworben. Die Verwirklichung dieses Programms schien jedoch durch den Einspruch der Landesfinanzminister, somit auch des Finanzministeriums in Schleswig-Holstein, gefährdet, weil die Finanzierungskompetenz des Bundes in Frage gestellt wurde. Es wurde daher auf den Widerspruch der Haltung des Finanzministeriums zum im Jahr 1978 für Schleswig-Holstein verabschiedeten Psychiatrieplan hingewiesen, welcher ausdrücklich darauf verwies, dass ein wesentlicher Faktor für die Reduzierung der zentralen stationären Einrichtungen der Aufbau des Angebotes dezentraler Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeiten sei.

Im Mai 1980 fand eine Gegenveranstaltung zum Deutschen Ärztetag in Berlin statt. Veranstalter des Gesundheitstages waren ca. 30 Gruppierungen, die der „nicht-orthodoxen Linken“ oder der alternativen Bewegung zuzuordnen waren. Es wurde auf die anstehenden Probleme der Gesundheitssicherung verwiesen sowie darauf, dass die damaligen Aussagen des Ärztetages nicht die Meinungen aller Beschäftigten im Gesundheitswesen widerspiegelten[346].

Diskutiert wurde auch das Thema Selbstbeteiligung im Rahmen der Gesundheitsleistungen. So würde dies immer noch als „Tabuthema“ bezeichnet, obwohl es bei privaten Versicherungen, wie z.B. Kfz-Versicherungen, bereits als selbstverständlich erschien, dass die Höhe der Prämie vom Risiko abhing. Gleichzeitig wurde aufgezeigt,

[345] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1980, Seiten 193+194, Autoren: Dr. Peter Auerbach, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Lübeck sowie Dipl-Psych. Peter Bruhn, Die Brücke, Lübeck.
[346] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1980, Seite 201.

dass zur Sicherung der Gesundheitsleistungen die Eigenverantwortung des Einzelnen gestärkt und auch Selbstbeteiligungen für z.B. Arzneimittel notwendig seien[347].

Ende Juni 1980 wurde das Thema „Gesundheitssicherung der 80er Jahre“ auf einer Podiumsdiskussion behandelt[348]. Teilnehmer der von der AOK in Plön ausgerichteten Podiumsdiskussion waren u.a. Vertreter der Politik, der Ärzteschaft, der Gewerkschaften und der Wirtschaft. Es wurde von den Teilnehmern versucht, die Zukunftsaussichten des deutschen Gesundheitswesens zu beurteilen. Die Herausforderung der nächsten Jahre bestünde darin, „Wünsche, Möglichkeiten und Geld“ in Einklang zu bringen. In anderen Industrienationen wären gemäß Dr. Beske bereits eine Selbstbeteiligung an den Krankenkosten sowie Einkommenskürzungen im Krankheitsfall die Regel. Bezogen auf die stationäre Behandlung wäre die wirksamste Möglichkeit der Kostenersparnis der Abbau von Bettenkapazitäten. Dies wurde allerdings als politisch nicht durchsetzbar bezeichnet, u.a. deshalb, weil Schleswig-Holstein bereits im Bundesvergleich die niedrigste Bettenzahl hätte. Als weitere Möglichkeit der Kostenreduzierung wurde die Stärkung der Allgemeinmedizin im Gegensatz zu einer „ausufernden“ Facharztausbildung genannt. Im Ergebnis konnte zwar keine eindeutige Prognose gestellt werden, es wurde aber deutlich, dass der medizinische Fortschritt mit erheblichen Kosten verbunden sein würde, für dessen Finanzierung neue Wege zu suchen wären.

Ein weiterer Artikel mit der Überschrift „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ befasste sich ebenfalls mit der Sicherung des Gesundheitssystems[349]. Gefordert wurden darin ehrliche Aussagen der Parteien sowie das Aufzeigen von wirklichkeitsorientierten Konsequenzen. Inhaltlich setzte sich der Autor insbesondere mit den Kosten durch die sogenannten Verhaltenskrankheiten auseinander. Es handelte sich dabei um Stress, den Konsum von Alkohol, das Rauchen und den Medikamentenmissbrauch. So würde ein falsches Leitbild noch aus dem Wirtschaftswunder heraus bestehen, welches auf stetigen Produktionszuwachs setze und bei dem der „innere Mensch“ verkümmere. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum pro Einwohner sei ebenso gestiegen wie die Anzahl der Alkoholabhängigen. Notwendig wären daher

[347] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/1980, Seiten 433 – 435.
[348] Beitrag im Ost-Holsteinischen Tageblatt vom 02.07.1980, entnommen aus dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 08/1980.
[349] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 12/1980, Seiten 625 – 627.

neben der Bekämpfung der Finanzierungsschwierigkeiten des Gesundheitssystems eine gezielte Krankheitsvorbeugung und Gesundheitserziehung vorrangig in den Bereichen Familien, Kindergärten und Schulen und damit das Mindern der Verhaltenskrankheiten.

Im Januar 1981 schrieb der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein die Landräte der Kreise Dithmarschen und Steinburg hinsichtlich einer Studie zur Abschätzung einer möglichen Strahlenbelastung der Bevölkerung im Zusammenhang mit dem Kernkraftwerk Brunsbüttel an[350]. Konkret sollten Rahmenempfehlungen für die medizinische Betreuung im Rahmen des Katastrophenschutzes in der Umgebung von Kernkraftwerken erarbeitet werden. Für die Studie sollten Angaben gemacht werden, wie z.B. zur Zahl der zu evakuierenden Personen innerhalb bestimmter Zonen oder Sektoren, die Zuordnung von einzelnen Gruppen zu vorgesehenen Notfallstationen, oder der voraussichtliche Zeitbedarf für eine Evakuierung. Es handelte sich dabei um eine in Zusammenarbeit mit dem Bund und anderen Ländern entwickelte Studie, an der sich zunächst modellhaft die Länder Baden-Württemberg, Hessen und Schleswig-Holstein beteiligten.

Vor dem Hintergrund von Ausgaben- und Beitragssteigerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen wurde das Kostendämpfungsgesetz der SPD-Bundesregierung von Prof. Beske als „gescheitert“ bezeichnet. Er wies darauf hin, dass das Kostendämpfungsgesetz die Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Krankenkassen durch „tiefgreifende dirigistische Reglementierungen mit dem Instrument der Konzertierten Aktion“ ausgehöhlt habe. Den Ärzten wäre bei unverändertem Leistungsanspruch der Versicherten die alleinige Verantwortung für die Kostendämpfung übertragen worden, wodurch sich der Gestaltungsspielraum der sogenannten Selbstverwaltung auf ein nahezu unscheinbares Maß reduziert habe. Er forderte die Bundesregierung auf, ihre Verantwortung für das Gesundheitswesen wahrzunehmen, indem entweder der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassend festgelegt würde, so dass die Ärzte dann die Leistungsansprüche der Versicherten zu erfüllen und die Krankenkassen die erforderlichen Mittel bereitzustellen hätten oder aber der Leistungskatalog solle nur einen Rahmen der Grundleistungen

[350] Schreiben des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein an die Landräte der Kreis Dithmarschen und Steinburg – IV 450 c – vom 07.01.1981, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

enthalten und der Ärzteschaft einen breiten Gestaltungspielraum für zusätzliche Leistungen gewähren[351].

Die im November 1981 tagende Gesundheitsministerkonferenz befasste sich ebenfalls mit der Suchtproblematik. Zur besseren Bewältigung dieser Probleme wurde vor allem eine Intensivierung der Vorbeugungsmaßnahmen des Missbrauchsverhaltens angeregt, es wurde eine bessere Abstimmung des Vorgehens bei der Vorbeugung des Missbrauchsverhaltens, aber auch bei repressiven Maßnahmen angeregt und es wurde die Notwendigkeit einer konsequenten Kooperation bei der Durchführung von drogenpolitischen Programmen angemahnt. Die drogenpolitischen Programme selbst wären ausreichend, es müsse nur gelingen, diese umzusetzen und die Schwachstellen zu beseitigen[352]. Weitergehend wurde das Thema der Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs auch auf der Ministerpräsidentenkonferenz im Sommer 1982 erörtert[353].

Im August 1982 wurde von einem FDP-Abgeordneten eine sogenannte Kleine Anfrage zum Thema Jugendalkoholismus gestellt. Gefragt wurde u.a., welche neuen Erkenntnisse über die Entwicklung und Ursachen des Jugendalkoholismus der Landesregierung vorlägen, wie viele junge Menschen alkoholkrank wären, wie sich die Altersstruktur in den letzten Jahren verändert hätte, oder was die Landesregierung unternehmen würde, um dem steigenden Alkoholkonsum zu bekämpfen[354]. Die Antwort der Landesregierung hierauf erfolgte einige Tage später. Die Hauptursachen für den Jugendalkoholismus wurden dabei in den Faktoren Droge, Persönlichkeit und Umwelt gesehen. In Schleswig-Holstein wurden nach einer im Jahr 1981 durchgeführten Erhebung etwa 22.000 junge Menschen als alkoholkrank oder alkoholgefährdet eingestuft[355].

---

[351] Pressemitteilung der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 06.02.1981, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[352] Auszug aus dem Protokoll der 48. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK) vom 19.+20. November 1981 in Berlin, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[353] Schreiben der Staatskanzlei des Landes Schleswig-Holstein – StK 170 a – an den Sozialminister vom 18.03.1982 sowie Auszug aus dem Protokoll der Ministerpräsidentenbesprechung von 06/1982, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[354] Kleine Anfrage des Abgeordneten Bernd Hadewig (FDP) zum Thema Jugendalkoholismus in Schleswig-Holstein vom 30.08.1982, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[355] Antwortschreiben vom Sozialminister an den Landtagspräsidenten vom 13.09.1982, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Auch in der im Dezember 1982 abgegebenen Regierungserklärung zum Ende der neunten Legislaturperiode[356] wurde auf das Problem des Missbrauchs von legalen und illegalen Drogen eingegangen[357], nach welcher die zum Missbrauchsverhalten führenden Ursachen in den vergangenen Jahren Gegenstand vieler Untersuchungen gewesen wären. Zwar hätten keine allumfassenden einheitlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse erzielt werden können, es wurde aber doch gefolgert, dass die Persönlichkeit der betroffenen Menschen und die Umwelt, in der sie lebten, von entscheidender Bedeutung seien. Eine wesentliche Rolle spielte dabei auch das Verhalten der älteren Generation in Form des Vorbildcharakters. Daher wurde an Eltern, Lehrer, Seelsorger etc. appelliert, durch eigenes Beispiel und auch im Rahmen ihres Erziehungsauftrages dem Suchtverhalten vorzubeugen. Die Landesregierung hätte seit 1979 rd. 2,9 Mio. DM (entspricht rd. 1,5 Mio. €) an Verbände, Einrichtungen etc. zur Suchtbekämpfung zur Verfügung gestellt und würde dieses Engagement auch in den kommenden Jahren fortführen.

Nachdem im Sommer 1981 in den USA die ersten Patienten mit dem Immundefektsyndrom bekannt wurden, befasste sich erstmals im April 1983 die Arbeitsgemeinschaft der „Leitenden Medizinalbeamten der Länder“ mit dem Thema AIDS. Zu diesem Zeitpunkt erschien es wichtig, dass die Länder zunächst weiteres Informationsmaterial sowohl für die Ärzteschaft, als auch für die von der Krankheit betroffenen Personen oder auch dem potentiell gefährdeten Personenkreis erhalten würden. Als ebenfalls wichtig erschien das Formulieren der Erwartung, dass eine Diskriminierung des potentiell betroffenen Personenkreises zu vermeiden sei. Als zeitnah vorrangige Personenkreise hinsichtlich der Aufklärung wurden die Gefährdeten selbst, die Ärzteschaft sowie die Verantwortlichen der Blutspendeeinrichtungen und der Krankenhaushygiene benannt[358].

Im November 1983 hatte der Landtag auf Antrag der CDU-Fraktion beschlossen, das Thema „Gesundheitserziehung“ weiter zu betrachten und die Sozialministerin, Gräfin von Brockdorff, gebeten, hierüber zu berichten. Ein Jahr später, im November 1984,

[356] Die Landtagswahl zur 10. Legislaturperiode war im März 1983, im Oktober 1982 war der Regierungswechsel im Bund, Dr. Uwe Barschel zu diesem Zeitpunkt als Nachfolger von Dr. Gerhard Stoltenberg zum Ministerpräsidenten des Landes Schleswig-Holstein gewählt worden.
[357] Vorbereitender Entwurf zur Regierungserklärung vom Sozialministerium – IX 480 b – vom 06.12.1982, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[358] Auszug aus Ergebnisniederschrift über die 123. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten (AGLMB) in München vom 14.+15.04.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

wurde der entsprechende Bericht von der Sozialministerin vorgelegt und es erfolgte hierzu eine Landtagsdebatte[359]. Danach wären in der Vergangenheit zwar insgesamt Fortschritte und Erfolge erzielt worden, aber bei z.B. den Krebsvorsorgeuntersuchungen für Erwachsene wäre jedoch ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen gewesen, obwohl diese seit Anfang der 70er Jahre zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehörten. Ähnlich verhielte es sich bei den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, von denen ebenfalls besonders die letzten Untersuchungen nicht wahrgenommen würden. Eine weitere bedrohliche Entwicklung hätte sich durch die Zunahme des Alkohol-, Drogen- Arzneimittel- und Nikotinmissbrauchs abgezeichnet. Hier zeigte sich gemäß der Ministerin ganz deutlich, dass allein das Wissen des Einzelnen um gesundheitliche Risiken nicht ausreiche, von gegebenenfalls „liebgewonnenen Gewohnheiten“ Abstand zu nehmen. Das galt besonders für gesellschaftlich anerkannte Rausch- und Genussmittel. Dennoch wurde festgestellt, dass das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung insgesamt zugenommen habe. Eine gesunde Lebensweise würde in erster Linie durch Vorbild in der Familie, Schule, Arbeitsplatz etc. geprägt. Die Landesregierung begrüßte daher ausdrücklich die Entwicklung verschiedener Projekte und Modellvorhaben zur gemeindenahen Gesundheitserziehung. Die Landesregierung sähe ihre Aufgabe darin, Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Arbeit in der Gesundheitserziehung zu schaffen, welche sich dann auch positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirken könne. Das gesundheitsbewusste Verhalten könne dabei aber nicht erzwungen werden, denn jeder Bürger solle frei sein, sich ohne Bevormundung durch den Staat für eine möglicherweise gesunde Lebensweise entscheiden zu können.

Die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten beriet in ihrer Sitzung im August 1983 u.a. über die Einrichtung von regionalen Krebsregistern. In Vorbereitung der Gesundheitsministerkonferenz im Herbst 1983 wurde die Empfehlung formuliert, in den Ländern regionale Krebsregister einzurichten[360].

Im Jahr 1984 konnte die Ortskrankenkasse Kiel ihr 100jähriges Jubiläum begehen. Gemäß Grußwort der damaligen Schleswig-Holsteinischen Sozialministerin Gräfin von Brockdorff hätte die AOK Kiel unter anderem großen Anteil daran, dass „die Leis-

[359] Protokoll der 37. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.11.1984.
[360] Auszug aus Ergebnisniederschrift der 124. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten in München vom 25.08.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

tungen der gesetzlichen Krankenversicherung ständig erweitert und verbessert werden konnten“[361]. Die Krankenkasse war In dieser Zeit – wie viele andere langjährige Unternehmen auch – einem stetigen Wandel ausgesetzt. Zunächst die Gründungsphase, die in der Zeit des Jahrhundertwechsels vom 19. Jahrhundert zum 20. Jahrhundert mit der Entwicklung der Stadt Kiel als Industriestandort einher ging, dann das sogenannte „Dritte Reich“, der Krieg selbst mit seinen Zerstörungen, die Nachkriegszeit, welche geprägt war vom Flüchtlingsstrom und vom Wiederaufbau, vom Umgang mit dem wachsenden Wohlstand, den immer wieder räumlichen Veränderungen, dem Umgang mit der Kreisgebietsreform der Jahre 1970/71, der Konkurrenzsituation zu anderen Krankenkassen, ersten Fusionen mit anderen Krankenkassen und schließlich die ersten Schritte der Einführung der EDV[362].

Das Bundesgesundheitsamt berichtete im November 1984 im Rahmen einer weiteren Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder über den damals gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu AIDS[363]. Demnach waren der AIDS-Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsamtes bis zu diesem Zeitpunkt 120 AIDS-Fälle bekanntgeworden, von denen 54 bereits verstorben waren. Es wurde aber davon ausgegangen, dass die tatsächliche Zahl der AIDS-Kranken deutlich darüber liegen würde. Die AIDS-Forschung hatte insofern Fortschritte gemanscht, dass der AIDS-Erreger identifiziert werden konnte. Verschiedene Test-Verfahren waren weit fortgeschritten, aber noch nicht etabliert. Als nächster Schritt standen weitere Versuche an, um die Validität der verschiedenen Testverfahren zu prüfen. Ungeklärt blieb aber die Frage, welche Aussagen aus einem positiven Test abgeleitet werden könnten. In der anschließenden Diskussion spielte die Frage eine Rolle, ob eine Meldepflicht für die Erkrankung eingeführt werden sollte. Ein formaler Beschluss hierzu wurde nicht gefasst; es wurde aber vereinbart, die Abstimmung zwischen den einzelnen Organisationseinheiten[364] hinsichtlich der Erkenntnisgewinnung über AIDS zu intensivieren. Geprüft wurde auch, eine Verordnung zum Arzneimittelgesetz zu ändern, um eine freie Verkäuflichkeit des damals noch nicht

[361] Chronik der Ortskrankenkasse Kiel: „100 Jahre AOK Kiel 1884 – 1984“, Vorwort, Kiel, 1984.
[362] Quellen: ebd. sowie Gespräch mit Hr. Günther Pössel, Geschäftsführer der AOK Eckernförde bzw. Rendsburg/Eckernförde der Jahre 1961 bis ca. 1987, von 06/2010
[363] Auszug aus Ergebnisniederschrift über die 128. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten in Berlin am 28.11.1984, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[364] Namentlich aufgeführt wurden der Ausschuss für Seuchen und Umwelthygiene und die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten.

eingeführten AIDS-Tests – und damit mögliche falsche Schlussfolgerungen der Testergebnisse - von vornherein auszuschließen.

Im Januar 1985 erschien ein Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt zum Thema „Kostenentwicklung im Gesundheitswesen“[365]. Es wurde darin ausgeführt, dass nicht nur die Folgekosten aufgrund der medizinischen Forschung und deren Auswirkung für die ärztliche Versorgung zugenommen hätten, sondern in besonderem Maße auch die Ausgaben infolge umweltbedingter Störungen sowie auch aufgrund von Gesundheitsstörungen aus „selbstschädigendem“ Verhalten. Hinzu kämen bei der Kostenentwicklung die Zunahme des Anspruchsdenkens der Bevölkerung, die Zunahme von psycho-sozialen Konflikten sowie eine Zunahme der altersbedingten Krankheitslast. Die Ergebnisse hieraus wären insbesondere Kostensteigerungen bei Krebserkrankungen der Atmungsorgane, Bronchitis und Leberzirrhose. Die Alterung der Bevölkerung würde zu einer Zunahme der Kosten von z.B. geriatrischer Versorgung, Herzschrittmacher, etc. führen. Aus diesen Sachverhalten hätte sich für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen[366] ein Zielkonflikt zwischen dem Bemühen um eine relative Beitragsstabilität und einer Sicherung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientengesamtheit andererseits ergeben. Nachdem die Konzertierte Aktion bereits Ende 1979 Empfehlungen zur Gesundheitsvorsorge abgegeben hätte, ohne dass nennenswerte Verbesserungen eingetreten wären, würde sich nunmehr die Frage stellen, ob es neben der Selbstverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit nicht auch eine *Pflicht* zur gesundheitsbewussten Lebensführung gäbe.

Im Frühjahr 1985 erschien erstmals ein Bericht über die Krankheit AIDS im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt[367]. Nach dem damaligen Kenntnisstand waren mögliche Virusträger vor allem „ein Teil der promiskuösen[368] Homosexuellen und Personen, die mit diesen intime Kontakte hätten, Drogensüchtige, Prostituierte und Hämo-

[365] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1985, Seiten 8 – 11.
[366] Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen war ein Gremium aus Vertretern verschiedener Interessengruppen (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhausträger, Gewerkschaften etc.), welche 1977 mit dem Ziel eingerichtet wurde, eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen herbeizuführen. Im Jahr 2003 wurde sie wieder aufgelöst.
[367] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1985, Seite 216; die Quelle für den Bericht war eine Stellungnahme der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten vom 09.11.1984.
[368] Promiskuität = Geschlechtsverkehr mit verschiedenen, häufig wechselnden Partnern, Quelle: Duden, Band 5,1982 .

philie-Patienten (Bluter), die ständig mit Blutplasmapräparaten behandelt werden müssten“. Die damalige Einschätzung ließ eine rasche Verbreitung der Infektion in der Allgemeinbevölkerung nicht erwarten und es würde kein Grund für die Annahme bestehen, dass die Bevölkerung akut bedroht sei. Ein zugelassenes Verfahren für den Nachweis des Erregers oder die Entwicklung von Antikörpern gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Eine weitere Ausbreitung der Krankheit in den Hochrisikogruppen wäre bis zur Entwicklung eines Impfstoffes nur durch Änderung der Verhaltensweisen zu verhindern.

Im Rahmen eines Schriftbeitrags[369] zu „50 Jahre Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein“ wurde Mitte 1985 von deren Vorsitzendem neben einer Rückschau der vergangenen Jahre auch auf die damals aktuellen Probleme, speziell der „Ärzteschwemme“ sowie der „Rentnerkrankenversicherung“, eingegangen. So würden pro Jahr rd. 12.000 Medizinstudenten ihr Studium beenden, obwohl bundesweit nur etwa 6.000 bis 7.000 Ärzte benötigt würden, davon maximal 2.000 Ärzte für kassenärztliche Tätigkeiten und bis zu 5.000 Ärzte für den Krankenhausbereich. Festgestellt wurde, dass somit bereits im Jahr 1986 5.000 bis 6.000 Ärzte die Universitäten verlassen würden, ohne dass sie eine entsprechende Arbeits- oder Weiterbildungsstelle bekommen könnten. Auch die damals geschaffene Regelung zum „Arzt im Praktikum“ würde dieses Mengenproblem nicht lösen, sondern lediglich hinausschieben. Aus diesem Grunde wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Sitzung der Konzertierten Aktion im Frühjahr 1985 Forderungen aufgestellt, wonach versicherungsfremde Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen herausgelöst werden sollten, eine angemessene Selbstbeteiligung für ärztliche Leistungen eingeführt werden sollte, die Rentner mit Beiträgen in die Krankenversicherung eingebunden werden sollten, sowie dass der Kassenärztlichen Vereinigung weitergehende Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich Niederlassung etc. übertragen werden sollten.

Im Mai 1985 erschien eine kurze Meldung, wonach sich die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Frühjahr 1985 nicht auf gemeinsame Empfehlungen für die wichtigsten Bereiche des Gesundheitswesens einigen konnte. Das galt sowohl für die Empfehlung zur Weiterentwicklung der kassenärztlichen Gesamtvergütung als auch

[369] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 07/1985, Seiten 415 bis 418, Autor: Dr. med. Guido Piepgras, (1927 -2008), 1. Vorsitzender der KV Schleswig-Holstein von 1981 bis 1988.

zum Krankenhausbereich und zum Arzneimittelhöchstbetrag. Lediglich für den zahnärztlichen Bereich wurde die Empfehlung abgegeben, die bestehenden Verträge um ein halbes Jahr zu verlängern[370].

Das Sozialministerium informierte im Oktober 1985 die Ärzteschaft über den Sachstand bei der Krankheit AIDS[371]. Danach wurde das Antikörpertestverfahren[372] nunmehr in Deutschland eingeführt. Dieses Testverfahren sowie ein Beratungsgespräch sollte besonders Personen, die zu den Risikogruppen[373] gehörten, durch die Gesundheitsämter kostenlos angeboten werden. Besondere Beachtung sollte hierbei den Prostituierten und anderen Personen mit wechselndem Geschlechtsverkehr gelten. Die Gesundheitsämter sollten durch intensive Beratung darauf hinwirken, dass Prostituierte, bei denen Antikörper festgestellt wurden, ihre Tätigkeit aufgeben, wenn nicht auf andere Art und Weise sichergestellt werden könnte, dass eine Gefahr der Weitergabe des Erregers ausgeschlossen wäre. Sollte dies nicht möglich sein, so wäre im Einzelfall als äußerstes Mittel auch die Verhängung von ordnungsbehördlichen Maßnahmen nicht auszuschließen. Für die Laboruntersuchungen selbst sowie zur fachlichen Beratung der Gesundheitsämter stünden die Medizinaluntersuchungsämter (der Universitätskliniken) in Kiel und Lübeck zur Verfügung. Für weitergehende, spezielle Beratung, sowohl der Gesundheitsämter als auch von betroffenen Testpersonen stünden übrige Bereiche der Universitätskliniken Kiel und Lübeck bereit. Die Kosten für die Untersuchungen der Risikogruppen würden bis auf weiteres vom Land getragen. Die Medizinaluntersuchungsämter sollten die Abrechnungen direkt an das Sozialministerium weiterreichen.

Im November 1985 fand unter der Leitung des Bundesarbeitsministers die Herbstsitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen statt[374]. Es wurde zum Ausdruck gebracht, dass die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung das bestehende „freiheitliche und pluralistische“ Gesundheitswesen bedrohen

[370] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1985, Seite 275.
[371] Der Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein, i.A. Fr. Dr. Brunhild Waldvogel, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1985, Seiten 645 bis 646.
[372] Umgangssprachlich: AIDS-Test.
[373] Zur Risikogruppe gehörten insbesondere: männliche Homosexuelle, Drogenabhängige, heterosexuelle Intimpartner von infizierten und erkrankten Personen, Prostituierte, Neugeborene AIDS-Kranker oder infizierter Frauen sowie Hämophile, die mit Blutplasmapräparaten behandelt werden und andere Empfänger von Blut- oder Gerinnungskonzentraten.
[374] Quelle: Redemanuskript des Bundesarbeitsministers Dr. Norbert Blüm zur Eröffnung der 17. Sitzung der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 18.11.1985, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

würde. Seit Beginn des Jahres 1985 hätten mehr als 300 Kassen ihre Beitragssätze angehoben, was zwar zu Mehreinnahmen in Höhe von etwa 2,6 Mrd. DM führen würde, jedoch nicht ausreichen würde, um auch nur das aus 1984 vorgetragene Defizit der Krankenkassen in Höhe von rd. 3,0 Mrd. DM auszugleichen. Festgestellt wurde, dass sich selbst bei einer Verringerung der Kostenentwicklung im ersten Halbjahr 1985 die „Schere zwischen Wachstum der Leistungsausgaben und der Grundlohnentwicklung“ nicht schließen würde. Vorrangiges Ziel wäre demnach die Stabilität der Beitragssätze, was zwangsläufig mit einer Verringerung der Leistungsausgaben einhergehen müsse. Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang auch die Ausgabenentwicklung der Krankenhäuser. Diese läge mit 5,5 % im ersten Halbjahr 1985 immer noch deutlich über der Grundlohnlinie. Das wäre von besonderer Bedeutung, weil der Bereich der stationären Versorgung mit ca. 33 % der Leistungsausgaben der Krankenkassen die größten Ressourcen für sich beanspruche. Daher müsse sich der stationäre Sektor ebenfalls in die Politik der Beitragsstabilität einbinden lassen.

Als Antwort hierauf folgten Erklärungen der Länder, wonach die gesundheitspolitische Verantwortung und Zuständigkeit für die Planung der stationären Krankenhausversorgung *ausschließlich* bei den Ländern läge. Eine Planungsebene oberhalb der Länder sei weder rechtlich vorgesehen noch sachlich möglich. Der Umfang der Krankenhausleistungen wäre zudem abhängig vom Umfang des Angebots „ambulanter, rehabilitativer und pflegerischer“ Gesundheitsversorgung. Daher dürfte der stationäre Bereich nicht isoliert betrachtet werden. Die Länder hatten darüber hinaus ihre Verantwortung für ein leistungsfähiges und bedarfsgerechtes Krankenhauswesen bereits wahrgenommen, indem sie in den Jahren 1973 bis 1984 über 34.000 KHG-geförderte Betten abgebaut hätten. Die Kosten wären darüber hinaus im Wesentlichen nicht durch Betten, sondern durch Leistungen verursacht, weshalb der Beitrag des Bettenabbaus nicht überschätzt werden dürfe[375].

Das Jahr 1986 war gesundheitspolitisch geprägt vom Reaktorunfall von Tschernobyl[376], den Folgen für das direkte Umfeld des Reaktors, dem Ausmaß der radioaktiven Belastung von Lebensmitteln, den möglichen gesundheitlichen Folgen in

[375] Erklärung der Länder zu den Sparvorschlägen des Bundesgesundheitsministeriums von 1985, undatiert, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[376] Das Reaktorunglück von Tschernobyl (Ukraine) ereignete sich am 26.04.1986.

Deutschland sowie der sich anschließenden Diskussion über Reaktorsicherheit und die weitere Nutzung von Kernenergie.

1.4.2. Krankenhaussektor (1980 – 1986)

Im April 1980 fand eine gemeinsame Sitzung der Ausschüsse der Länder für Finanzierungs- und Pflegesatzfragen statt[377]. Bewertet wurden unter anderem die Ergebnisse der Frühjahrssitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. Angesprochen wurden Fragen zu einer humanen Krankenversorgung und Menschlichkeit im Krankenhaus. Es wurden Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen zur Personalbedarfsermittlung geführt; Ergebnisse standen jedoch noch aus. Berichtet wurde auch über den Stand und die Kosten der Einführung der kaufmännischen Buchführung und der Kosten- und Leistungsrechnung in den Krankenhäusern. Die Einführung der kaufmännischen Buchführung war demnach nahezu abgeschlossen, die Einführung der Kosten- und Leistungsrechnung stand jedoch erst am Anfang. Hinsichtlich der Kosten der kaufmännischen Buchführung wurden keine wesentlichen Probleme gesehen. Es bestand Einvernehmen darüber, dass das sogenannte Selbstkostenblatt auch weiterhin die Grundlage für Pflegesatzverhandlungen bilden solle.

Im Januar 1981 tagte in Kiel der Fachbeirat für Psychiatrie[378]. Themen waren die Anerkennung der in den Suchtkrankenhäusern abgeleisteten Zeiten für die Facharztausbildung, die Frage der Behandlung Drogenabhängiger, wobei von Teilen des Fachbeirates eine Langzeiteinrichtung für Drogenabhängige in Schleswig-Holstein gewünscht wurde; es wurde auf das Fehlen des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lübeck aufmerksam gemacht und es wurde über den weiteren Bestand der Landeskrankenhäuser diskutiert. Nachdem bereits zuvor auch öffentlich über die Abschaffung der Landeskrankenhäuser diskutiert wurde, erklärte der Vertreter des Sozialministeriums, dass er die Landeskrankenhäuser auch weiterhin für erforderlich halten würde, allerdings in verkleinertem Umfang.

---

[377] Ergebnisniederschrift der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Finanzierungs- und Pflegesatzfragen des Bund-Länder-Ausschusses am 22.04.1980 in Otzenhausen/Saarland, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[378] Protokoll der Sitzung des Fachbeirates für Psychiatrie vom 28.01.1981 in Kiel, AZ: IX 480 a – 404.218.14 -, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Die Ausgaben der Krankenkassen für das Krankenhauswesen waren Inhalt eines Beitrags von Prof. Beske in einer Fachzeitschrift Anfang 1982[379]. Danach bildete das Krankenhauswesen mit etwa 30 % mit steigender Tendenz die größte Ausgabenposition der Krankenkassen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und das damit verbundene Selbstkostendeckungsprinzip wurden kritisiert. Dargelegt wurde, dass die vorhersehbaren Ausgaben im Krankenhauswesen ohne Korrektur des Gesetzes zu Beitragserhöhungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung führen müssten. Der Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor seit Einführung des KHG würde versucht, mit einer entsprechenden Novelle zum KHG zu begegnen. Wesentliche Inhalte des Referentenentwurfs wären die Bindung der Krankenhauspflegesätze an die durchschnittliche Grundlohnsummenentwicklung[380], Verknüpfung der Finanzhilfen des Bundes mit Auflagen oder Bedingungen insbesondere für den Bettenabbau, die Festlegung von Arzneimittelhöchstbeträgen sowie die Einbeziehung von Früherkennungsuntersuchungen während des Krankenhausaufenthaltes in die allgemeinen Krankenhausleistungen. Daneben lief die Debatte um ein vermutetes Überangebot an Krankenhausbetten. Abgesicherte Beweise, dass es zu viele Betten gab, gab es gemäß Beske allerdings genauso wenig, wie dafür, dass es *nicht* zu viele Betten gab. Besonders herausgestellt wurde, dass es *nicht* die Aufgabe der Ärzte sein könne, die volle Verantwortung dafür zu übernehmen, dass der Krankenhausbereich in Gegenwart und Zukunft voll funktionsfähig wäre. Sofern die für das Krankenhauswesen zur Verfügung gestellten Mittel nicht ausreichten, alle bisherigen Aufgaben im Krankenhausbereich zu erfüllen, so wäre es Aufgabe des Gesetzgebers oder der Krankenhausträger, die Verantwortung für eine Prioritätensetzung im Krankenhauswesen zu übernehmen. Gefolgert wurde von Beske, dass ein Überdenken der Krankenhausfinanzierung nötig sei, welche deutlich mehr an marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten orientiert wäre, als das Selbstkostendeckungsprinzip.

Im März 1982 wurden dem Sozialministerium seitens des Bürgermeisters der Stadt Bad Segeberg Pläne für die Einrichtung eines weiteren herzchirurgischen Zentrums neben der bestehenden Klinik für Herzchirurgie des Universitätsklinikums Kiel vorge-

[379] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1982, Seiten 11-14 sowie Ausgabe 025/1982, Seiten 87-93.
[380] Gemäß § 71 SGB V entspricht die Grundlohnsumme der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung.

legt. Nach intensiven Erörterungen und Prüfungen erklärte sich das Land im August 1983 für diese Privatinitiative dankbar, in der Hoffnung, dass damit der bestehende Engpass auf dem Gebiet der Herzchirurgie beseitigt werden könne[381]. Es könne davon ausgegangen werden, sofern keine „im Gesetz benannten Versagungsgründe“ vorlägen, dass das Sozialministerium die erforderliche Konzession erteilen würde. Das Herz-Kreislauf-Zentrum als künftiger privater Träger des Zentrums für Herzchirurgie[382] wollte zudem an der öffentlichen Krankenversorgung teilnehmen. Hierzu wurden vom Sozialministerium verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, die aber jeweils als sehr schwer umsetzbar bewertet wurden.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1982 wurde vom Institut für Gesundheits-System-Forschung[383], im Auftrag des Bundessozialministeriums ein Gutachten hinsichtlich des Vergleichs und der Bewertung verschiedener Ansätze und Modelle von Gesundheitssystemen vorgelegt[384]. Autor des Gutachtens war Rüschmann[385]. Ziel des Gutachtens war es, die Voraussetzungen für eine Grundkonzeption eines Gesamtmodells für das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland zu schaffen. Modelle im Gesundheitswesen sollten insgesamt als Entscheidungshilfen dazu beitragen, die dortigen Probleme besser erfassen zu können und ggf. Lösungsalternativen aufzuzeigen. Konkret wurden neben den Problemen von Gesundheitssystemen die Ergebnisse in- und ausländischer Modellierungsaktivitäten sowie die weiteren Möglichkeiten des Einsatzes unterschiedlicher Modellverfahren analysiert. Dabei wurden unterschiedliche Gesundheitssysteme und Modelle definiert und beschrieben und es wurde ein Überblick über die Gesundheitsmodelle im internationalen Bereich gegeben.

---

[381] Internes Schreiben des Sozialministeriums - IX St - vom 11.08.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).27992

[382] Das Herzzentrum Bad Segeberg wurde 1991 in Betrieb genommen und behandelt nach eigenen Angaben zwischenzeitlich mehr als 10.000 Patienten pro Jahr, Quelle: Website Segeberger Kliniken Gruppe, , URL: < http://www.segebergerkliniken.de/unternehmen/die-segeberger-kliniken-gruppe/ >, (Stand 06.06.2012).

[383] Das Institut für Gesundheits-System-Forschung wurde 1975 von Prof. Dr. Beske in Kiel gegründet; der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Politikberatung, URL: < http://www.igsf.de/html/aerztebuch 2003.HTM>, (Stand; 06.06.2012).

[384] Rüschmann, Hans-Heinrich (1982): Vergleichende Analyse der verschiedenen Ansätze zu einer sozio-ökonomischen Modellierung von Gesundheitssystemen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

[385] Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann (* 1947), Professor für Gesundheitsökonomie an der CAU zu Kiel, wissenschaftliche Politikberatung mehrerer Bundesministerien, mehrerer Landesregierungen und weiterer Organisationen, Gründer der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG 1985 in Kiel, URL: < http://www.gsbg.de/team/01.html>, (Stand: 06.06.2012).

Ende 1982 erschien eine weitere Publikation des Instituts für Gesundheits-System-Forschung mit dem Titel „ Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik bei der Analyse zentraler Probleme im Gesundheitswesen“[386]. Autor der Publikation war ebenfalls Rüschmann. Es wurde unterstellt, dass die damalige Krankenhausplanung Schwächen und methodische Fehler aufweisen würde, welche Folgewirkungen nach sich zögen und letztendlich die Finanzierung der Krankenhausversorgung insgesamt belasteten. Kern der Untersuchung war die Analyse der Verweildauern zuvor festgelegter Diagnosen in unterschiedlichen Krankenhäusern. Dabei zeigten sich gemäß Rüschmann deutliche Unterschiede in den Verweildauern, die auf nicht-medizinische Gründe zurückgeführt wurden. Als Folgerung hieraus wurde die Krankenhausplanung, speziell die bisherige Ermittlung des Bettenbedarfs, als nicht ausschließlich medizinisch induziert und damit als fehlerhaft bezeichnet. Begründet wurde diese These anhand der Entwicklung der Anzahl von Akutbetten in vier ausgewählten Bundesländern über einen Zeitraum von zehn Jahren (1966 – 1975). Es zeigte sich nach Rüschmann dabei, dass der Bettenzuwachs umso stärker ausfiel, je größer bereits zuvor die Anzahl der vorhandenen Betten war. Anhand von Beispielen wurde zudem aufgezeigt, dass die Diagnosestatistik, die in Schleswig-Holstein seit 1970 geführt wurde, Daten liefern könne, um die Verweildauern auf das medizinisch notwendige Maß zu begrenzen. Als Folge hiervon könne eine Reduktion des Bettenbedarfs erfolgen, welche sich schließlich in erheblichem Maße positiv auf die Finanzierung des Gesundheitssystems insgesamt auswirken könne. Auch in weiteren Publikationen erfolgte die Darstellung des Ansatzes, nach welchem die damalige Methode der Krankenhausplanung dem medizinisch begründbaren Bedarf an Krankenhausbetten nur sehr bedingt und ggf. zufällig entsprechen könne[387].

Im Januar 1983 beauftragte das Sozialministerium ein Wirtschaftsprüfungsunternehmen mit der Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Universitätsklinika Kiel und Lübeck[388]. Der Umfang der Prüfung erstreckte sich auf die Ermittlung der notwendigen Betriebsaufwendungen und -erträge des Wirtschaftsjahres 1982, die von den Gesamtkosten abgesetzten Kosten für Forschung und Lehre sowie die Kosten

[386] Rüschmann, Hans-Heinrich (1982): Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik. Kiel: Institut für Gesundheits-System-Forschung.
[387] Gäfgen, Gerard (1985): Ökonomie des Gesundheitswesens, Beitrag mit dem Titel „Diagnosebezogene Verweildauerstandards und Krankenhausbedarfsplanung“. Berlin: Duncker und Humblot.
[388] Beauftragung der Treuarbeit AG, Kiel, mit Schreiben des Sozialministeriums vom 31.01.1983, Quelle: Gutachten der Treuarbeit über Universitätsklinikum Kiel.

der Polikliniken[389]. Aus dem Gutachten sollten ferner der Personalbedarf, aufgeteilt nach dem Bedarf für die Erbringung der Krankenhausleistung, für Forschung und Lehre, für die Polikliniken sowie der Sachbedarf für diese drei Bereiche, jeweils mit Darstellung möglicher Unwirtschaftlichkeiten, hervorgehen. Die Prüfung wurde von 1983 bis 1985 durchgeführt; endgültig vorgelegt wurde das Gutachten im Juni 1989. Es wurden in dem Gutachten erhebliche Unplausibilitäten und unangemessene Kostenbestandteile der Universitätsklinika dargelegt.

Im Mai 1983 sprach sich die CDU-Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtages deutlich für eine dezentrale „orts- und bürgernahe“ psychiatrische Versorgung bei gleichzeitigem Erhalt der Landeskrankenhäuser aus. Vorausgegangen war eine aus Sicht der CDU-Fraktion lückenhafte Gegenüberstellung von Zitaten und Aussagen verschiedener CDU-Landtagsabgeordneter durch Teile der SPD-Landtagsfraktion[390].

Im weiteren Verlauf des Jahres 1983 wurden von der Pflegeleitung deutliche Probleme im Pflegebereich des Landeskrankenhauses Schleswig benannt. So waren in den Jahren zuvor kleinere Stationen geschaffen worden, um den Kindern bessere Fördermöglichkeiten zu bieten, was auch als sehr positiv beschrieben wurde. Aufgrund des „rigorosen“ Personalabbaus in der Pflege mussten demnach aber wieder größere Stationen mit „Aufbewahrungstendenz“ gebildet werden, auf denen nur Grundversorgung möglich wäre. Durch die Wiederbesetzungssperre auf der einen Seite, die angeordneten Überstunden im Pflegebereich auf der anderen Seite und die sich aufbauenden Resturlaube wären die Pflegemitarbeiter an den Grenzen ihrer Belastbarkeit angekommen und resignierten gemäß der Pflegeleitung immer mehr[391].

Im Juli 1983 erfolgte ein Schriftwechsel innerhalb des Sozialministeriums sowie zwischen Sozialministerium und Finanzministerium hinsichtlich der Defizite in den Landeskrankenhäusern[392]. Danach würden besonders beim Landeskrankenhaus Schleswig-Stadtfeld vor dem Hintergrund von Belegungsrückgängen Personalüber-

[389] Klinikbereiche zur ambulanten Behandlung von Patienten.
[390] Pressemitteilung der CDU-Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 17.05.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[391] Schreiben der Pflegeleitung des Landeskrankenhauses Schleswig aus 1983, undatiert. (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[392] Interne Schreiben und Vermerke des Sozialministeriums - IX St - vom 20.07.1983, - IX St - vom 22.07.1983, - IX 400 - vom 22.07.1983 sowie Schreiben von - IX St - an den Staatssekretär des Finanzministeriums vom 25.07.1983(LAS, Abt. 761, Bd. 1).

hänge bestehen, so dass ein Teil der Personalkosten als nicht pflegesatzwirksam eingestuft und damit nicht von den Kostenträgern getragen würde. In welcher Höhe konkret Personalüberhänge bestanden, wurde jedoch nicht beziffert. Innerhalb des Sozialministeriums sollten bereits seit Ende 1982 Vorschläge für eine pflegesatzwirksame Personalbemessung erarbeitet werden. Nach dem Verstreichen mehrerer intern gesetzter Fristen fand ein Gespräch des Staatssekretärs des Sozialministeriums[393] mit den zuständigen Abteilungsleitern statt, in dem u.a. festgelegt wurde, dass es nunmehr unbedingt notwendig sei, kurzfristig die anerkennungsfähige Personalausstattung ziffernmäßig zu benennen und welche Unterlagen hierzu von den Landeskrankenhäusern vorzulegen wären. Das *am gleichen Tag* erstellte Konzept ging allerdings bereits davon aus, dass die Defizite in den Landeskrankenhäusern fast ausschließlich durch Personalkosten entstanden wären, so dass zur Reduzierung der Defizite nur der Abbau oder die Finanzierung der entsprechenden Personalüberhänge in Betracht käme. Das Defizit des Jahres 1983 wurde mit 1,35 Mio. DM (rd. 690 T€) beziffert, was umgerechnet einem Personalüberhang von 29 Vollkräften[394] entspräche. Für die Personalreduktion wurden zunächst der Einstellungsstopp, Abgänge von Mitarbeitern durch Erreichen der Altersgrenze, Umsetzungen, Versetzungen und auch Kündigungen hinsichtlich der Realisierbarkeit bewertet. Im Ergebnis wurde festgehalten, dass der Einstellungsstopp für die Landeskrankenhäuser aufrecht erhalten bleiben müsse, Versetzungen ohne Zustimmung der Mitarbeiter möglichst unterbleiben sollten und dass die Finanzierung der Defizite der Personalüberhänge für einen befristeten Zeitraum von ca. vier bis fünf Jahren durch eine Erhöhung der Landeszuschüsse zum laufenden Betrieb der Landeskrankenhäuser erfolgen müsse. Im Anschluss daran wurde der Staatssekretär des Finanzministeriums[395] gebeten, diese Mehrkosten in die Haushalte ab 1984 aufzunehmen.

Die Sozialministerin Gräfin zu Brockdorff besuchte im August 1983 die Landeskrankenhäuser Neustadt und Heiligenhafen. Sie führte nach den dortigen Gesprächen mit der Leitung und den Mitarbeitervertretungen aus, dass die Landeskrankenhäuser „auch in Zukunft einen festen Platz in der Versorgung psychisch kranker Menschen hätten“, denn eine gute Betreuung der Patienten sei nur mittels der aus der Größe

[393] Staatssekretär des Sozialministeriums war Dr. Karl Treml (1981 – 1988).
[394] Damit rechnerisch 46.448 DM/Vollkraft; der ärztliche Bereich wurde hierbei unberücksichtigt gelassen.
[395] Staatssekretär im Finanzministerium war Dr. Carl-Hermann Schleifer (CDU, 1983 – 1988).

der Landeskrankenhäuser heraus resultierenden speziellen Betreuungsangebote möglich. Allerdings wurde auch betont, dass es nicht möglich sei, die Landeskrankenhäuser von den damals aktuellen Sparbemühungen der Landesregierung auszunehmen[396].

Ebenfalls im August 1983 wurde berichtet, dass die Wochenenddienste der Mitarbeiter des Universitätsklinikums Kiel deutlich belastender geworden seien, weil andere private und öffentliche Krankenhäuser im Kieler Einzugsbereich dazu übergangen wären, ihre eigenen Wochenenddienste in der Erwartung einzuschränken, dass das Kieler Universitätsklinikum diese Dienste zusätzlich verrichten würde. Das Sozialministerium wurde gebeten, die Gestaltung der Wochenenddienste im Kieler Einzugsgebiet aufzuklären und darauf hinzuwirken, dass diese angemessen und im Einklang mit dem jeweiligen Versorgungsauftrag aufgeteilt würden[397].

Im November 1983 befasste sich die Gesundheitsministerkonferenz mit dem Abbau der Mischfinanzierung im Krankenhausbereich sowie der Neuordnung des Finanzierungssystems insgesamt[398]. Es ging dabei vorrangig um die Vereinfachung der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche von Bund und Ländern. So befand sich die Krankenhausplanung im Zuständigkeitsbereich der Länder, wogegen die Investitionsförderung der Krankenhäuser und übrige Bereiche des Gesundheitswesens im Zuständigkeitsbereich des Bundes lagen. Vorgeschlagen wurde seitens der Gesundheitsminister, künftig über die Pflegesätze der Krankenkassen in bestimmtem Umfang zusätzlich Investitionskosten abzubilden. Die hierdurch bei Bund und Ländern freiwerdenden Mittel sollten dem Krankenhausbereich erhalten bleiben und künftig verstärkt für Neubauvorhaben eingesetzt werden. Als Ausgleich für die Mehrkosten der Krankenkassen sollten deren Mitwirkungsmöglichkeiten an der Krankenhausplanung und der Pflegesatzgestaltung erweitert werden. Weiterhin sollten die öffentlichen Fördermittel künftig nur noch von den Ländern aufgebracht werden, der Bund sollte sich dementsprechend aus seiner Beteiligung an der Krankenhausfinanzierung zurückziehen.

---

[396] Vermerk des Sozialministeriums vom 04.08.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[397] Schreiben des Chefs der Staatskanzlei des Landes Schleswig-Holstein -StK 2 - an den Staatssekretär des Sozialministeriums vom 12.08.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[398] Auszug aus der Ergebnisniederschrift der 51. Gesundheitsministerkonferenz vom 17.+18.11.1983, Seiten 34 – 39, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Ein weiterer wesentlicher Vorschlag der Gesundheitsminister betraf die „Aufweichung“ des 1972 mit dem damaligen KHG eingeführten Selbstkostendeckungsprinzips. Um für die Krankenhäuser Anreize zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung zu schaffen, sollten künftig Gewinne, oder auch im umgekehrten Fall Verluste, in den Krankenhäusern verbleiben. Bei der Ausgestaltung einer solchen Regelung sollte darauf geachtet werden, keine Anreize für eine Erhöhung der Verweildauern zu setzen. Wünschenswert aus Sicht der Gesundheitsminister wäre, die tagesgleichen Pflegesätze durch „geeignetere“ Pflegesatzformen zu ersetzen[399].

Hinderlich waren die unterschiedlichen Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern auch im Hinblick auf die Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgungsbereiche, wobei eine Hinwendung zu einem stärkeren Anteil von ambulanter Versorgung bereits absehbar war. Letztendlich hat sich die Gesundheitsministerkonferenz im November 1983 in diesem Punkt für den Ausbau und die verstärkte Finanzierung ambulanter Versorgungsformen ausgesprochen, da diese „einen wesentlichen Schritt zur Dämpfung des Anstiegs der Krankenhauskosten darstellten“.

Im Mai 1984 fand im Sozialministerium ein Gespräch hinsichtlich der möglichen Schaffung von Pflegeheimplätzen in Heiligenhafen statt. Hintergrund war, dass es in Heiligenhafen zwar das Landeskrankenhaus sowie verschiedene weitere Wohnheime, mit jeweils überregionalem Charakter, z.B. für Alkoholiker und psychisch kranke Menschen gab, besondere Heimplätze für Pflegefälle aus dem Einzugsgebiet von Heiligenhafen jedoch nur sehr untergeordnet bestanden. Es wurden verschiedene Lösungsmöglichkeiten vorgetragen, wobei die Unterbringung der alkohol- und psychisch kranken Menschen eines privaten Wohnheimes in Räumlichkeiten des Landeskrankenhauses und damit die Schaffung von freien Kapazitäten für Pflegefälle aus dem Einzugsgebiet Heilgenhafens bevorzugt wurde[400].

Im Herbst 1984 hatte nach längerer Zeit wieder eine Sitzung des Fachbeirates für Psychiatrie stattgefunden[401]. Es wurde zunächst eine Bestandsaufnahme zur Situation der Psychiatrie, speziell zur damaligen Lage der Landeskrankenhäuser, abgege-

[399] Anlage zu TOP 14 der Gesundheitsministerkonferenz vom 17.+18.11.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[400] Gesprächsvermerk - IX 550 a - vom 23.05.1984, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[401] Schreiben des Direktors der Abteilung Psychiatrie des Klinikums der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Prof. Dr. Schimmelpenning an das Sozialministerium vom 24.08.1984, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

ben. Dabei wurde auf das problematische Einweisungsverfahren besonders von Kindern und Jugendlichen mit akuten Vergiftungen durch Überdosen von Drogen, Medikamenten etc.[402] hingewiesen. Diese Patienten mussten zunächst auf einer Intensivstation der Medizinischen Klinik der Universitätsklinik Kiel eingewiesen werden und konnten erst später in eine psychiatrische Einrichtung verlegt werden. Die psychiatrischen Einrichtungen selbst wären nicht in der Lage, diese Patienten von Beginn an zu behandeln. Es wurde daraufhin vom Fachbeirat unter anderem die Empfehlung abgegeben, eine psychiatrische Abteilung im Städtischen Krankenhaus Kiel mit zunächst 20 Betten einzurichten. Als Zielvorstellung wurde formuliert, diese Abteilung zu einer Einrichtung der Vollversorgung mit ca. 90 Betten auszubauen. Weiterhin sollte geprüft werden, ob in anderen Landesteilen ebenfalls geeignete Einrichtungen vorgesehen werden könnten. Es wurde weiter beschlossen, dass der Fachbeirat künftig zweimal pro Jahr zusammenkommen sollte[403]. Die Sitzungen des Fachbeirates für Psychiatrie des Jahres 1985 thematisierten insbesondere die Durchführung bzw. Notwendigkeit von sogenannten Elektrokrampf-Behandlungen, Suizide in Landeskrankenhäusern sowie Datenschutz[404].

Die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung älterer Menschen waren Inhalt eines Vortrags von Prof. Beske im Februar 1985[405]. In der Bundesrepublik Deutschland würde sich demnach bei Unterstellung einer gleichbleibenden Geburtenrate die Wohnbevölkerung bis 2030 von 61 Mio. Einwohnern im Jahr 1983 auf dann 46 Mio. € Einwohner vermindern. In Schleswig-Holstein würde sich dagegen im Betrachtungszeitraum die Zahl der Wohnbevölkerung nur geringfügig von 2,6 Mio. Einwohner auf dann 2,3 Mio. Einwohner vermindern. Für Schleswig-Holstein würde zudem erwartet, dass die Anzahl der Personen über 65 Jahre bis 1995 geringfügig abnehmen, danach aber wieder zunehmen würde. Bezogen auf die stationäre Versorgung wurde ausgeführt, dass es in der Bundesrepublik Deutschland, auch in Schleswig-Holstein, ein deutliches Überangebot an Krankenhausbetten im Akutbereich gäbe. Es würden bereits Anstrengungen unternommen, Betten im Akutbereich zu vermindern, dies würde aber nicht ausreichen, um zu einem bedarfsgerechten Angebot an Kranken-

[402] Medizinische Bezeichnung: „akut intoxikierte Fälle“.
[403] Protokoll der Sitzung des Fachbeirates für Psychiatrie vom 07.11.1984, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[404] Protokoll der Sitzung des Fachbeirates für Psychiatrie vom 09.10.1985, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[405] Vortrag von Prof. Beske auf dem Schleswig-Holsteinischen Alten- und Pflegeheimtag des Landesverbandes Schleswig-Holstein des DRK am 20.02.1985, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1985, Seiten 206 – 211.

hausbetten zu kommen, das sich ausschließlich an medizinischen Kriterien orientieren würde. Daraus wurde gefolgert, dass gegenwärtig auch Patienten stationär im Akutbereich behandelt würden, die aus anderen als medizinischen Gründen aufgenommen wurden. Dies könnten gemäß. Prof. Beske soziale Gründe sein, ebenso aber auch wirtschaftliche Gründe der einzelnen Krankenhäuser. Das Überangebot an Krankenhausbetten würde jedoch in enger Wechselwirkung mit der ambulanten Betreuung stehen. Insgesamt gesehen wurde die These aufgestellt, dass ein Überangebot an teuren Krankenhausbetten zu einer geringeren Nachfrage an preiswerteren Heimplätzen führen würde.

Mit Veröffentlichung im Amtsblatt für Schleswig-Holstein erfolgte zu Beginn des Jahres 1986 die formale Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans des Jahres 1979, nachdem die Landesregierung im Sommer 1985 zunächst die Verlängerung des Planungszeitraumes bis 1988 beschlossen hatte[406]. Die Planungsrichtwerte hinsichtlich Entwicklung der Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit, durchschnittlicher Verweildauer etc. entsprechen exakt der des Plans aus dem Jahr 1979.

Veränderungen gegenüber dem 1979 (für 1986) angestrebten Bettensoll gab es bei:

DRK-Krankenhaus	Ratzeburg	Erhöhung des Bettensolls von 204 auf 210 Betten
Städt. KKH	Geesthacht	Verringerung des Bettensolls von 250 auf 214 Betten und Änderung Träger von ö in fg
Kreiskrankenhaus	Bad Oldesloe	Verringerung des Bettensolls von 336 auf 304 Betten
Klinik am Kurpark	Bad Oldesloe	nicht mehr aufgeführt

[406] Erlass des Sozialministers vom 16.12.1985, AZ: - IX 420a – 404.111 -, Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 3/1986, Seite 22.

Kreiskrankenhaus	Elmshorn	Verringerung des Bettensolls von 495 auf 392 Betten
Kreiskrankenhaus	Barmstedt	nicht mehr aufgeführt
Paracelsus Nordseekl.	Helgoland	jetzt private Trägerschaft Erhöhung des Bettensolls von 20 auf 42 Betten
Kreiskrankenhaus	Eutin	Erhöhung des Bettensolls von 300 auf 321 Betten, damit Rückn. der Kürzung von 1979
Kreiskrankenhaus	Oldenburg	Verringerung des Bettensolls von 246 auf 220 Betten
Fehmarnsches KKH	Burg a. F.	Verringerung des Bettensolls von 73 auf 65 Betten
Städt. KKH West[407]	Kiel	Verringerung des Bettensolls von 523 auf 519 Betten
Privatklinik Gynäkolog.	Kiel	nicht mehr aufgeführt
Privatklinik Dr. Jensen	Kiel	Verringerung des Bettensolls von 52 auf 46 Betten
Privatklinik Dr. Koreuber	Kiel	nicht mehr aufgeführt
Privatklinik „Am Teich“	NMS	nicht mehr aufgeführt

[407] Die Bezeichnungen Städtisches Krankenhaus Kiel West und Städtisches Krankenhaus Kiel Ost sind in der Krankenhausplanung genannt, erscheinen aber irreführend, da es bis zur Gegenwart (2011) nur *ein* Städtisches Krankenhaus Kiel gibt.

Privatklinik Dr. Hollenb.	NMS	nicht mehr aufgeführt
Kreiskrankenhaus	Brunsbüttel	Verringerung des Bettensolls von 295 auf 194 Betten
Privatklinik Dr. Bratsche	Itzehoe	nicht mehr aufgeführt
Städt. Krankenanstalten	Flensburg	Verringerung des Bettensolls von 180 auf 150 Betten
Kreiskrankenhaus NF	Husum	Erhöhung des Bettensolls von 280 auf 308 Betten
Kreiskrankenhaus	Schleswig	Verringerung des Bettensolls von 383 auf 371 Betten

Insgesamt verminderte sich die bis 31.12.1988 angestrebte Bettenzahl von 13.967 Betten (gemäß Planung von 1979) auf nunmehr 13.563 Betten. Damit erfolgte eine Reduzierung von 404 Betten, entsprechend 2,9 %, bei ansonsten gleichbleibenden Rahmenbedingungen. Ein wesentlicher Teil der Änderungen resultierte aus der Streichung von kleinen Privatkliniken mit einer Bettenstärke von bis zu rd. 30 Betten, ein weiterer Teil der Änderungen stand im Zusammenhang mit der Aufnahme bzw. Herauslösung einzelner Fachbereiche in den jeweiligen Kliniken.

Im März 1986 wurde als „Entscheidungshilfe“ vom Sozialministerium ein Beratungsunternehmen[408] beauftragt, ein Gutachten zur Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein zu erstellen. Hauptansatzpunkt für die Bedarfsanalyse war die Ermittlung der nichtmedizinisch begründeten Verweildaueranteile in den einzelnen Fachrichtungen mit dem Ziel der Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer und damit des Bettenbestandes insgesamt[409].

[408] Gesellschaft für Systemberatung, Kiel, Geschäftsführer Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann.
[409] Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26/1990, Seite 351 Abschnitt V.

1.4.3. Zusammenfassung / Analyse (1980 – 1986)

Die allgemeine Gesundheitspolitik der ersten Hälfte der 80er Jahre war insbesondere von der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und der Suche nach Möglichkeiten zur Begrenzung der Kostensteigerungen geprägt. Weitere wichtige Themen dieses Zeitabschnitts waren die Entwicklung des Suchtverhaltens, besonders bei Jugendlichen; ab 1983 wurde erstmals das Thema AIDS behandelt und schließlich rückte nach dem Reaktorunfall in Tschernobyl im Jahr 1986 die Debatte über die hiervon ausgehenden Gesundheitsgefahren in den Vordergrund. Im Krankenhaussektor stand in dieser Zeit, wie auch bei der allgemeinen Gesundheitspolitik, die Kostenentwicklung mit mehreren Unterpunkten im Focus. Darüber hinaus wurde besonders die Situation in den Landeskrankenhäuser thematisiert.

Die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen war ein bundesweites Problem, welches sich zunächst schleichend, dann immer deutlicher in den Vordergrund schob. Im Jahr 1979 wurde vom Bundestag mit Mehrheit der damaligen sozialliberalen Koalition das Krankenversicherungs- und Kostendämpfungsgesetz (KVKG) beschlossen, durch welches u.a. der Kostenanstieg im *ambulanten* Bereich begrenzt werden sollte. Kostenbegrenzung auf der einen Seite hieß aber auch Begrenzung der Einnahmen auf der anderen Seite, der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung und der niedergelassenen Ärzte. Von diesen Akteuren wurden in der Folge unterschiedliche Gründe angeführt, weshalb es nicht sachgerecht wäre, gerade *diese* Gesundheitsausgaben zu begrenzen[410]. Auch hier wurde, wie bereits im Zeitabschnitt zuvor, darüber debattiert, welches der richtige Weg zur Kostendämpfung wäre. So wurde beispielsweise von der Landesregierung Schleswig-Holsteins deutlich gemacht, dass das vorgenannte Kostendämpfungsgesetz die Selbstverwaltung der Ärzte „ausgehöhlt“ hätte und die Verantwortung für die Kostendämpfung einseitig den niedergelassenen Ärzten aufgetragen wurde[411]. Als „Gegenmodell“ wurde vorgeschlagen, dass auch Leistungsausweitung ein Kriterium für die Vergütung der Ärzte sein sollte und stattdessen überlegt werden müsse, inwieweit Selbstbeteiligungen seitens der Patienten geeignet wären, den Kostenzuwachs zu bremsen. Diese Diskussion wurde auch Mitte der 80er Jahre noch unvermindert fortgeführt.

---

[410] Beitrag „Die Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik der Krankenkassen – Gesundheitspolitik in der Sackgasse“ im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 01/1980.
[411] Pressemitteilung der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 06.02.1981, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Das Problem des Missbrauchs von legalen und illegalen Drogen – wie fast alle Themen eine bundesweite Fragestellung – war Gegenstand der ersten Regierungserklärung des Ministerpräsidenten Barschel im Dezember 1982. Die Landesregierung beabsichtigte demnach, dieses Thema verstärkt in den Focus zu nehmen. Im November 1983 wurde die Sozialministerin mit der Erarbeitung eines Berichtes zur Gesundheitserziehung beauftragt. Ein Jahr später, im Herbst 1984, wurde dieser Bericht vorgelegt, welcher unter anderem eine deutliche Zunahme von Alkohol-, Drogen- Arzneimittel- und Nikotinmissbrauch darlegte. Festgestellt wurde weiter, dass das bloße Wissen um die gesundheitlichen Risiken dieses Missbrauchs nicht dazu führen würde, hiervon Abstand zu nehmen. In der Folge wollte die Landesregierung verschiedene Projekte und Modellvorhaben zur Gesundheitserziehung fördern und appellierte an die Vorbildfunktion von Eltern, Lehrern, Arbeitgebern etc.. Darüber hinausgehende Schritte waren jedoch nicht ersichtlich.

Das Thema AIDS wurde, nachdem im Jahr 1981 in den USA der erste AIDS-Fall bekannt wurde, erstmals im April 1983 in Schleswig-Holstein im Rahmen der „Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder“ thematisiert[412]. Zunächst schien es wichtig, weitergehende Informationen sowohl für die Ärzte als auch für die betroffenen Patienten zu erhalten und eine mögliche Diskriminierung des betroffenen Personenkreises zu vermeiden. Auf der Ebene des vorgenannten Arbeitskreises wurde gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsamt die Erkenntnisgewinnung über AIDS intensiviert, es wurden Forschungsprojekte begleitet, um den entsprechenden Erreger zu identifizieren und mögliche Gegenmittel zu entwickeln. Dieser Arbeitskreis vermittelt eine in positiver Hinsicht sach- und zielorientierte Arbeitsweise.

Einen besonderen Einschnitt in die Gesundheitspolitik stellte auch der Reaktorunfall von Tschernobyl im April 1986 dar. Spätestens ab diesem Zeitpunkt entflammte bundesweit eine Diskussion über die Auswirkungen der Atomenergie und deren gesundheitliche Folgen. Im Focus standen dabei zunächst die ganz alltäglichen Fragen, wie z.B. die Belastung einzelner Nahrungsmittel mit Radioaktivität.

[412] Ergebnisniederschrift über die 123. Sitzung der Arbeitsgruppe der Leitenden Medizinalbeamten der Länder vom 14./15.04.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Zum Ende der 70er Jahre und Beginn der 80er Jahre wurde – mit dem Ziel der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit – die Kaufmännische Buchführung und die Kosten- und Leistungsrechnung in den Krankenhäusern eingeführt[413]. Dies war zurückzuführen auf eine bundesweite gesetzliche Vorgabe und wurde in Schleswig-Holstein ebenso wie in den anderen Ländern umgesetzt.

Im Verlaufe des Jahres 1982 wurde vom Institut für Gesundheits-Systemforschung, Leitung von Prof. Beske, Autor Prof. Rüschmann, im Auftrag des Bundessozialministeriums ein Gutachten hinsichtlich des Vergleichs von Ansätzen und Modellen von Gesundheitssystemen vorgelegt. Im gleichen Jahr wurde ebenfalls unter der Autorenschaft von Rüschmann eine Publikation über die Bedeutung der Krankenhausdiagnosestatistik herausgegeben. In der Folgezeit spielte Rüschmann mit diesen Modellen eine wesentliche Rolle innerhalb der schleswig-holsteinischen und bundesweiten Entwicklung der Krankenhausfinanzierung.

Ab 1983 folgte auf Initiative des Landessozialministeriums eine umfangreiche und mehrjährige Wirtschaftlichkeitsprüfung der Universitätsklinika Kiel und Lübeck[414]. Die Ergebnisse wurden erst einige Jahre später, im Jahr 1989, abschließend vorgelegt. Dieses Gutachten bzw. besonders der Umgang der Landesregierung mit dessen Ergebnissen hat in wesentlichen Teilen zur späteren Unterfinanzierung der Universitätsklinika Kiel und Lübeck sowie ab 2003 des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein beigetragen.

Diskutiert wurde im Frühjahr 1983 ebenfalls – zunächst noch relativ zurückhaltend – über die Form der psychiatrischen Versorgung[415] innerhalb des Landes Schleswig-Holstein. Es wurde zu dieser Zeit mehr „angedeutet“, dass eine orts- und bürgernahe psychiatrische Versorgung erfolgen sollte, jedoch bei ausdrücklichem *Erhalt* der Landeskrankenhäuser. Rückblickend ist dies der Zeitpunkt, in dem der Verbleib der Landeskrankenhäuser das erste Mal überhaupt infrage gestellt wurde. Im Verlauf des Jahres 1983 wurden von den Pflegedienstleitungen Probleme im Pflegebereich eines

[413] Ergebnisniederschrift über die gemeinsame Sitzung der Ausschüsse für Finanzierungs- und Pflegesatzfragen des Bund-Länder-Ausschusses vom 22.04.1980, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[414] Beauftragung der Treuarbeit A, Kiel, mit Schreiben des Sozialministeriums vom 31.01.1983, Quelle: Gutachten der Treuarbeit über das Universitätsklinikum Kiel.
[415] Deutlich wurde dies beispielsweise aus einer Pressemitteilung der CDU-Landtagsfraktion vom 17.05.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

der Landeskrankenhäuser benannt. In der Folgezeit, ab 1983, wiesen die Landeskrankenhäuser Defizite aus, die gemäß Sozialministerium auf Belegungsrückgänge und „nicht bezifferbare“ Personalüberhänge zurückgeführt wurden. Es wurde vom Sozialministerium ein Konzept entwickelt[416], welches insbesondere Personalreduktionen und Versetzungen der Mitarbeiter auch ohne deren Zustimmung vorsah. Es entwickelte sich eine Debatte, in welche sich die Sozialministerin aktiv einschaltete. Den Mitarbeitern und Leitungen der Landeskrankenhäuser wurde von der Sozialministerin mitgeteilt, dass die Landeskrankenhäuser auch künftig einen festen Platz in der Versorgung psychisch kranker Menschen hätten[417]. Auch von fachlicher Seite wurde über die Lage der Landeskrankenhäuser diskutiert, indem z.B. der Fachbeirat für Psychiatrie auf Probleme im Einweisungsverfahren aufmerksam machte und den Vorschlag unterbreitete, kleine psychiatrische Abteilungen in den Krankenhäusern einzurichten[418]. Die Landeskrankenhäuser entwickelten sich in dieser Zeit zu einem Problem, welches nicht unmittelbar gelöst wurde und sich im Laufe der folgenden Jahre verstärkte.

Im Jahr 1986 erfolgte die formale Fortschreibung des Krankenhausplans des Landes Schleswig-Holsteins. Die Planungsrichtwerte, Verweildauer und sonstigen Annahmen entsprachen exakt denen des Plans aus dem Jahr 1979. Ebenfalls im Jahr 1986 wurde vom Sozialministerium als sogenannte Entscheidungshilfe ein Beratungsunternehmen beauftragt, ein Gutachten zur Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein zu erstellen. Den Auftrag erhielt die GSbG unter der Leitung von Prof. Rüschmann[419]. Diese Auftragserteilung ist dahingehend als zeitlicher Einschnitt zu werten, dass das Land Schleswig-Holstein ab diesem Zeitpunkt bezüglich der Krankenhausplanung externes Fachwissen aufbauen ließ und intern entsprechend reduzierte.

[416] Vermerk IX 400 vom 22.07.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[417] Anlässlich des Besuchs der Landeskrankenhäuser Neustadt und Heiligenhafen im August 1983, Vermerk Sozialministerium vom 04.08.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[418] Niederschrift der Sitzung des Fachbeirats für Psychiatrie vom 07.11.1984, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[419] Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG), Kiel, Geschäftsführer Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann.

1.5. Zeitabschnitt 1987 – 1990

1.5.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Das Jahr 1987 begann mit der Fortführung der Bewältigung der Katastrophen des Jahres 1986, allen voran dem Reaktorunfall von Tschernobyl sowie dem Brand einer Lagerhalle eines Schweizer Pharmazieunternehmens, jeweils mit erheblichen und teilweise nachhaltigen Folgen für die Umwelt. Vor dem Hintergrund dieser Katastrophen und der weiteren sichtbaren Umweltverschmutzung entwickelte sich langsam ein Umdenkungsprozess innerhalb der Gesellschaft, hin zu einer Sensibilität für die Gefahren durch Missachtung der Bedürfnisse der Natur[420].

Im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik standen vorrangig Kostenfragen und deren finanzielle Auswirkungen. Die Gesundheitspolitik wirkte zu diesem Zeitpunkt zudem sehr parteipolitisch geprägt. Die Bewältigung der in den Jahren zuvor entstandenen Kostenproblematik wurde zwar erkannt, führte aber zu erheblichen kontroversen Diskussionen zwischen den beteiligten Akteuren[421]. Dennoch rückten mit der Weiterentwicklung der medizinisch möglichen Versorgung zunehmend auch ethische Gesichtspunkte in den Vordergrund. So wurde darüber diskutiert, inwieweit die Verlängerung des Lebens durch Mittel der medizinischen Technik möglich sein sollte, oder ob und wo möglicherweise Grenzen der künstlichen Lebensverlängerung gesetzt werden sollten[422].

Nachdem das Thema AIDS in den Jahren zuvor nur relativ knapp behandelt wurde, rückte es im Jahr 1987 und auch den folgenden Jahren desto deutlicher in den Blickpunkt. Neben der rein medizinischen Betrachtung dieser Krankheit mit der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und eines Impfstoffes schien es auch wichtig, die psychosozialen Belange der betroffenen Personen zu betrachten. Zur Koordination und Intensivierung von Beratungsmöglichkeiten wurde daher in Kiel ein AIDS-

[420] Vorwort des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes, Ausgabe 01/1987, Autor: Prof. Dr. Wassermann, Direktor des Instituts für Toxikologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
[421] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1987, Seiten 12-15.
[422] Prof. Dr. Peter Koslowski, Leiter des Instituts für Philosophie an der Universität Witten/Herdecke.

Arbeitskreis[423] ins Leben gerufen, der es sich zur Aufgabe gemacht hatte, Daten von an AIDS erkrankten bzw. mit HIV infizierten Personen aus Kiel und dem Umland zusammenzutragen und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln. Weiterhin sollten aus Unsicherheit heraus resultierende Ängste der zumeist jüngeren Patienten sowie auch von gesunden Menschen im Umgang mit HIV-Infizierten abgebaut werden können[424]. Im Sommer 1987 wurde das erste Medikament zur Behandlung der Immunschwäche-Krankheit in Deutschland zugelassen. Abschließende Ergebnisse einer Pilotstudie lagen zu jenem Zeitpunkt zwar noch nicht vor, jedoch aufgrund der positiven Zwischenergebnisse, in Verbindung mit der ansonsten „hoffnungslosen“ Situation der AIDS-Patienten, erfolgte eine beschleunigte Zulassung dieses Medikaments[425].

Im Juni 1987 fand ein Gespräch zwischen der Sozialministerin und den Sozialdezernenten der kreisfreien Städte des Landes Schleswig-Holstein zum Thema „psychiatrische Versorgung“ statt[426]. Demnach wurde die psychiatrische Behandlung der Patienten in drei Phasen aufgeteilt: die Intensivphase, die Übergangsphase und die Nachsorgephase. Seitens der Sozialministerin wurde betont, dass nach Abschluss der klinischen Behandlung der Patienten, das heißt für die Nachsorgephase, „integrierte gemeindenahe Versorgungssysteme“ vorgehalten werden müssten. Zu diesen Versorgungssystemen zählten Wohnheime, Wohngemeinschaften, Werkstätten für Behinderte, Familienpflege, Tagesstätten und anderes mehr. Von dieser Phase hinge im Wesentlichen der Erfolg der in den vorangegangen Phasen erreichten Schritte ab. Der Bereich der Nachsorge war jedoch, mit Ausnahme des Suchtkrankenbereichs, gesetzlich nicht definiert, so dass die qualifizierte Nachsorge vom guten Willen und den finanziellen Möglichkeiten der jeweils örtlichen Sozialhilfeträger abhinge. Das Land selbst hätte sich dieser Aufgabe gestellt und fördere gezielt offene psychosoziale Hilfsangebote, allerdings vor dem Hintergrund einer nur dadurch erreichbaren finanziellen Entlastung im klinischen Bereich. Über diese freiwillige Leistung hinaus würde aktuell der Versuch unternommen, mit den Kommunen konkrete Kostenrege-

[423] Teilnehmer des Arbeitskreises waren Mitarbeiter von psychosozialen Beratungsstellen, des Gesundheitsamtes, der AIDS-Hilfe Kiel e.V., der Aktion Jugendschutz, der sexualmedizinischen Beratungsstelle an der CAU zu Kiel sowie niedergelassene Ärzte und Klinikärzte.
[424] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1987, Seite 310 – 315.
[425] Retrovir (Zidovudin),Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 06/1987, Seiten 383 – 386.
[426] Vermerke – IX 560 – vom 29.05.1987 sowie – IX 413 a – vom 04.06.1987 zur Vorbereitung des Gesprächs zwischen der Sozialministerin und den Sozialdezernenten der kreisfreien Städte, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

lungsabkommen zu treffen. Hingewiesen wurde besonders auch darauf, dass der Aufbau einer gemeindenahen Versorgung die Voraussetzung dafür sei, dass im zentralen Bereich Reduzierungen vorgenommen werden könnten.

Im Herbst 1987 erschien im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ein Beitrag des Ärztlichen Direktors des Landeskrankenhauses Heiligenhafen zur dortigen Patientenversorgung. Danach standen zu diesem Zeitpunkt 950 Planbetten zur Versorgung von Patienten zur Verfügung, von denen rd. 870 regelmäßig belegt wären. Von diesen regelmäßig belegten Betten wiederum wären 60 % mit Langzeitpatienten belegt. Gerade die Größe des Krankenhauses machte es demnach möglich, je nach Ausprägung der Krankheit, eine differenzierte Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft anbieten zu können. Durch flexiblen Einsatz der Pflegekräfte könnten Engpässe in der Patientenversorgung vermieden werden und durch Rotation der Mitarbeiter wäre eine gründliche Ausbildung des Pflegepersonals gewährleistet. Als Nachteil des Landeskrankenhauses Heiligenhafen wurde aber auch die Randlage innerhalb des Versorgungsgebietes genannt, woraus sich für Patienten und Besucher nur schwer zu bewältigende Anfahrtswege ergeben würden. Die sozialen Bindungen der Patienten würden oftmals erheblich, teilweise bis zum Zerreißen, strapaziert. Ebenfalls aufgrund dieser Randlage wäre der Kontakt zu komplementären Einrichtungen im Versorgungsgebiet erschwert. Notwendig schien daher eine stärker dezentral orientierte Vollversorgung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten gerade von Langzeitpatienten. Dazu gehörten eine verstärkte ambulante medizinische Versorgung, Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Dienste, therapeutische Wohngruppen, Werkstätten und Ähnliches[427].

Im Februar und März 1988 erfolgten jeweils Berichte zum Thema Ethik in der Medizin[428]. Hintergrund waren die immer umfassender gewordenen medizinischen Möglichkeiten der Behandlung von Patienten, z.B. mittels Gentechnik. Diese immer größer gewordenen medizinischen Möglichkeiten erzeugten auf der einen Seite Ängste und Misstrauen, besonders hinsichtlich einer möglichen missbräuchlichen Anwen-

[427] Beitrag „Psychiatrie und psychosoziale Versorgung aus der Sicht des Landeskrankenhauses Heiligenhafen“, Autor: Dr. Andreas Kernbichler, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Heiligenhafen, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1987, Seiten 616 – 620.
[428] Beitrag „Erfordert die medizinische Forschung eine neue Ethik von Prof. Dr. Gerchow, Direktor des Zentrums Rechtsmedizin der Universität Frankfurt sowie Beitrag „Über die Notwendigkeit eines Lehrfaches Ärztliche Ethik“ von Dr. G. Schreiber, Allgemeinarzt, Glücksburg, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgaben 2+3/1988, Seiten 78 – 84 sowie 141 – 142.

dung der Kenntnisse. Auf der anderen Seite jedoch wurde der Einsatz der neuen Technologien zur Behandlung von Krankheiten oder auch zur Erfüllung eines bisher unmöglich erschienenen Kinderwunsches ausdrücklich gefordert. Daher wurden die bis dahin bereits bestehenden, weitgehend verbindlichen Regelungen, Richtlinien, Gesetze etc. für ärztliches Handeln dahingehend hinterfragt, ob eine „neue Ethik" erforderlich sei und wie diese gestaltet sein sollte. Es wurde beschrieben, dass zunehmend die Instanz fehle, gegenüber welcher das ärztliche Handeln verantwortet werden müsste. Daher wurde die Frage gestellt, ob es notwendig sei, Ethik als weiteres Lehrfach innerhalb des Medizinstudiums zu etablieren.

Bereits im Jahr 1985 hatte die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein beschlossen, vor dem Hintergrund der erwarteten Ärzteschwemme an vorzeitig ausscheidende Ärzte eine sogenannte Ausscheidensprämie auszuzahlen[429]. Ziel dieses Beschlusses war die Schaffung von Arbeitsplätzen für nachrückende junge Ärzte. Festgelegt wurden dabei bestimmte Prämienhöhen, die je nach Alter der ausscheidenden Ärzte gestaffelt waren und längstens bis zur Vollendung des 71. Lebensjahres gezahlt werden sollten. Die Nachschau nach drei Jahren Laufzeit, zum Ende 1987, ergab, dass seit Beginn dieser Regelung 220 Ärzte hiervon Gebrauch gemacht hätten und in der Folge der Nettozugang an Ärzten in Schleswig-Holstein um rd. 1 % geringer wäre, als im Durchschnitt des Bundesgebietes. Innerhalb der Fachrichtungen jedoch wäre die Entwicklung sehr unterschiedlich. So wäre die Zahl der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte relativ deutlich rückläufig, wogegen die Zahl der Fachärzte sogar stärker als im Bundesdurchschnitt angestiegen war. Ebenso hätte sich in diesem Zeitraum die Zahl der Gemeinschaftspraxen in Schleswig-Holstein, aber auch im gesamten Bundesgebiet, stetig weiter erhöht. Weiterhin wurde die Frage gestellt, „wo denn die Arztschwemme bliebe", denn einem bestimmten „Nettozugang" an Ärzten nach ihrer Approbation stünde nur eine geringere Zugangsquote von Ärzten in freier Praxis gegenüber. Arbeitslos gemeldet waren zu diesem Zeitpunkt bundesweit rd. 5000 Ärzte, von denen die meisten nur kurzfristig arbeitslos wären. Daraus wurde geschlossen, dass in den Krankenhäusern deutlich mehr Ärzte beschäftigt gewesen sein müssten, als im Zeitraum zuvor. Aufgrund jedoch begrenzter Aufnahmekapazitäten der Krankenhäuser wurde erwartet, dass die Zahl der für

[429] Beitrag im Ärzteblatt Schleswig-Holstein, Ausgabe 04/1988, Seiten 212 – 214, Autor: Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Herr Berthold Schüttrumpf (Geschäftsführer der KV S-H von 1968 - 1987).

die freien Praxen nachrückenden und auch der arbeitslosen Ärzte künftig deutlich ansteigen würde. Formuliert wurde dabei auch der Wunsch, dass die neu approbierten Ärzte nicht nur in die Ballungsräume streben sollten, sondern auch in ländliche Gebiete, in denen der Bedarf an Ärzten im Verhältnis noch größer gewesen sei.

Im April 1988 fand eine Podiumsdiskussion des Bundes der Steuerzahler Schleswig-Holstein e.V. in Kiel statt. Teilgenommen hatte u.a. der Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holsteins[430]. Danach unterschied sich das Gesundheitswesen von anderen Dienstleistungen durch einen ausgeprägten Sozialbezug, welcher die soziale Marktwirtschaft in diesem Segment nahezu ausschließen würde. Verantwortlich hierfür wäre die dominierende soziale Gesetzgebung und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb der durch Sozialversicherung geregelten Leistungsbereiche. Hingewiesen wurde dabei auf die privatärztlichen Leistungen der Ärzte, die von Gebührenbestimmungen reguliert würden und damit nicht dem Prinzip von Angebot und Nachfrage entsprächen. Ebenso hätten Apotheken weitgehend vorgegebene Verkaufspreise bzw. Handelsspannen und damit keine Möglichkeit, bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln gegenseitig zu konkurrieren. Durch das vorgesehene Gesundheitsreformgesetz würden die Selbstverwaltung und Selbstverantwortung noch weiter geschwächt anstatt gestärkt. Ebenso würden Anreize für eine verantwortungsbewusste Inanspruchnahme von Sozialleistungen fehlen. Notwendig wäre eine Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten, die sich dann allerdings auch in niedrigeren Krankenkassenbeträgen bemerkbar machen müsste. Weiterhin wäre ein maßvoller finanzieller Ausgleich zwischen Krankenkassen, die unterschiedliche Risiken zu tragen hätten, notwendig. Nur wenn es gelingen würde, die im Gesundheitswesen notwendigen marktwirtschaftlichen Selbstregularien aufzubauen, würde die Gesellschaft den damals drängenden Problemen wie Ärzteschwemme, demographischer Entwicklung, aber auch dem wachsenden Fortschritt in der Medizin, erfolgreich begegnen können.

Zum 01.07.1988 sah die neugefasste Bundesärzteordnung die verbindliche Einführung des Arztes im Praktikum (AiP) vor, so dass für alle Absolventen des Medizinstu-

[430] Podiumsdiskussion des Bundes der Steuerzahler Schleswig-Holstein e.V. vom 23.+24.04.1988 in Kiel zum Thema „Bürger und Staat“, Autor des Beitrags ist Dr. Karl-Werner Ratschko, Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein 1978 – 2003, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 07/1988, Seiten 421 ff..

diums vor der Approbation eine weitere 18monatige Ausbildungsphase eingeführt wurde. Ziel dieser Maßnahme war es, der sogenannten Ärzteschwemme zu begegnen, indem für einen gewissen Zeitraum weniger Hochschulabsolventen auf den Arbeitsmarkt drängen würden und damit eine Entspannung auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte insgesamt herbeigeführt werden sollte. Die Krankenhäuser wurden dazu verpflichtet, eine ausreichende Zahl an Stellen für die AiPs bereitzuhalten. Die Einführung dieser Stellen sollte dabei insofern kostenneutral erfolgen, als dass damals bereits vorhandene Assistenzarztstellen in einem bestimmten Verhältnis in AiP-Stellen umgewandelt werden sollten. Im Vorfeld der Einführung wurde diese Regelung sehr kontrovers diskutiert, da auf der anderen Seite befürchtet wurde, gerade aufgrund der Umwandlung von Assistenzarztstellen in AiP-Stellen die Arbeitslosigkeit von Ärzten noch kräftiger zunehmen würde. Hintergrund für diese Befürchtung war, dass gerade dadurch, dass für einen geschätzten Zeitraum von 2 Jahren alle freiwerdenden Assistenzarztstellen mit AiPs besetzt würden, dem Arbeitsmarkt die Möglichkeiten für Nachwuchsärzte sogar noch entzogen würden[431]. Für die Ärzte im Praktikum kamen allerdings nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die Arztpraxen niedergelassener Ärzte in Betracht[432].

Nach der sogenannten „Barschel-Affäre“, dem Rücktritt und Tod des Ministerpräsidenten Uwe Barschel, folgte im Mai 1988 erneut eine Landtagswahl in Schleswig-Holstein, bei welcher erstmals die SPD die absolute Mehrheit erzielen konnte. Ministerpräsident wurde Björn Engholm, Minister für Soziales, Gesundheit und Energie wurde Günther Jansen. Der damalige Staatsekretär im Sozialministerium, Claus Möller, stellte im September 1988 die ersten gesundheitspolitischen Vorstellungen der neuen Landesregierung dar. Auch hier wurde als erstes drängendes Problem die Schaffung von Plätzen für Ärzte im Praktikum genannt. Die Landesregierung hielt danach die vorgeschriebene AiP-Phase für Hochschulabsolventen für falsch. Besser wäre gewesen, das Medizinstudium insgesamt neu und die praktische Ausbildung so zu ordnen, dass eine zusätzliche Praxisphase entbehrlich bliebe. Es bestand große Sorge, dass nicht genügend Plätze für AiPs geschaffen werden könnten. Dennoch würde sich die Landesregierung nicht der Regelung verschließen, da sie geltendes

[431] Beitrag „Modell für die Einrichtung von AiP-Plätzen“, von Herrn Dr. Thomas Hansen, Chefarzt im Martin-Luther-Krankenhaus Schleswig, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/1988, Seiten 478 + 479.
[432] Quelle: Artikel „Der Arzt im Praktikum“ von Winfried Reckers, Niedersächsisches Sozialministerium, veröffentlicht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988.

Recht darstelle. Der „Kampf gegen die falsche Bonner Politik“ dürfe dabei nicht auf dem „Rücken der Berufsanfänger“ ausgetragen werden. Für das Jahr 1989 wurden demnach bis zu diesem Zeitpunkt erst sieben AiP-Plätze gemeldet, wogegen bis zum Stichtag 01.05.1989 240 Stellen gemeldet werden sollten. Diese Zwischenbilanz wäre erschreckend, dürfte gemäß Möller aber nicht dazu führen, dass das Land die Finanzierung der AiP-Plätze übernähme. Das Gesundheitssystem insgesamt befinde sich in einer schweren Krise, welche nur durch eine „echte“ Strukturreform im Gesundheitswesen beseitigt werden könnte. Der dem Bundestag vorliegende Entwurf des Gesundheits-Reform-Gesetzes (GRG) beseitige dagegen nicht die Mängel des Systems, sondern versuche lediglich die Kosten zu dämpfen. Es wurde angekündigt, im Bundesrat Einfluss auf die Gesetzgebung zu nehmen[433].

Im Frühjahr 1989 trat erneut das Thema „Drogenhilfe“ auf die Tagesordnung. Der Drogenbeauftragte des Sozialministeriums wurde zu einer Podiumsdiskussion zu den Themenbereichen „Therapiehilfen für Abhängige“, „ersatzdrogengestützte Therapien“ sowie „Legalisierung von einigen Rauschgiften“ eingeladen[434]. In dem entsprechenden Antwortschreiben wurde vom Sozialministerium mitgeteilt, dass der Landtag das Sozialministerium gebeten hatte, einen Drogenhilfeplan zu erstellen, in dem die Drogenproblematik in Schleswig-Holstein sowie die bisherigen Hilfsangebote, beschrieben werden sollten. Vorgesehen war der weitere Ausbau der Hilfsangebote, einschließlich eines „medikamentengestützten Therapiekonzeptes“. Zudem sollte die Arbeit im Sozialministerium durch die Schaffung eines eigenständigen Referates für Drogenarbeit organisatorisch neu gestaltet werden. Im Haushaltsetat 1989 wären im Bereich des Sozialministeriums über 1,4 Mio. DM zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs vorgesehen. Zusätzlich war beabsichtigt, dass die Stelle eines Landesdrogenbeauftragten neu besetzt werden sollte[435].

Die Medizinische Universität zu Lübeck hatte im Juni 1989 beim Kultusministerium des Landes Schleswig-Holstein einen Förderungsantrag für ein Forschungsprojekt

---

[433] Rede des Staatssekretärs im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Claus Möller (SPD) anlässlich des 40jährigen Bestehens des Landesverbandes Schleswig-Holstein des Marburger Bundes, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988.

[434] Schreiben der JUSO AG Eckernförde an den Drogenbeauftragten des Sozialministeriums, Herrn Dr. Müller-Lucks, vom 23.03.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[435] Schreiben des Sozialministeriums – IX 413 – an Frau Bettina Karsch, JUSO AG, Eckernförde, vom 05.04.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

bezüglich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gestellt. Das Kultusministerium betrachtete das Konzept des Projektes jedoch mit Skepsis, da es sich nach deren Auffassung nicht um Grundlagenforschung handelte und darüber hinaus nicht deutlich wurde, ob dieses Projekt Ergebnisse erwarten ließe, die zu einer Verbesserung von Vorsorge oder Therapie führen könnten. Das Sozialministerium teilte diese Bedenken jedoch nicht, sah dementsprechend positive Ergebnisaussichten, schlug eine Verlagerung der Finanzierung aus Mitteln des Sozialministeriums vor und befürwortete aus fachlicher Sicht den Antrag auf Förderung[436].

Dass das Thema Drogenbekämpfung insgesamt zu dieser Zeit eine wesentliche Rolle spielte, wird auch aus weiterem Schriftwechsel des Sozialministeriums, z.B. zum Thema „Drogen bei der Bundeswehr", der „Herstellung synthetischer Drogen" oder auch aus weiteren Beiträgen im Ärzteblatt Schleswig-Holstein deutlich[437].

Das Jahr 1989 endete vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der damaligen DDR mit der Bitte des Staatssekretärs des Sozialministeriums an die Referate der Gesundheitsabteilung, in welchen Bereichen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens Partnerschaften mit dem ehemaligen Land Mecklenburg erfolgen könnten. Finanzielle Überlegungen sollten hierbei zunächst außer Acht bleiben[438].

Im Jahr 1990 standen aufgrund der Veränderungen in der DDR, des Beginns des Zusammenwachsens beider deutscher Staaten bis hin zur formellen Wiedervereinigung im Oktober 1990 auch im Gesundheitswesen bzw. der Gesundheitspolitik damit zusammenhängende Themen im Vordergrund[439]. So wurde versucht, einen Überblick über das in der DDR bestehende Gesundheitswesen zu gewinnen, welches sich z.B. durch ein breit angelegtes Betriebsgesundheitswesen, die nahezu vollständige staatliche Bereitstellung medizinischer Leistungen oder auch die mittels der Polikliniken erfolgte Verbindung von ambulanter und stationärer Versorgung auszeichnete.

---

[436] Internes Schreiben – IX 413 b – vom 21.07.1989 sowie Schreiben – IX 413 – an das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein vom 02.08.1989, (LAS, Abt. 761, Bd 1).

[437] Vermerk – IX 412 a – vom 10.10.1989, Schreiben – IX 412 a – vom 08.11.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1). 9654 sowie Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Titel: Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen, Autor: Klaus H. Damm, Ausgabe 09/1989, Seiten 528 ff.

[438] Internes Schreiben – IX 40 – an alle Referate der Gesundheitsabteilung vom 04.12.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[439] Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt „Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik", Autor: Axel Weber, Ausgabe 04/1990, Seiten 7 – 10.

Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland gäbe es in der DDR jedoch nahezu keine freiberuflich tätigen Ärzte. Die DDR besaß demnach zudem ein dichtes Netz sozialer Sicherungen, welche sowohl für die Versorgung im Krankheitsfall, für Familienleistungen, für Alterssicherung und für Personen in Notlagen galt. Lediglich im Hinblick auf die Arbeitslosenversicherung bestünden Defizite, wobei Arbeitslosigkeit in der DDR de facto nicht bestünde. Die Sozialversicherung würde ähnlich wie in der Bundesrepublik aus Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert. Besonderen Stellenwert innerhalb der Leistungen des Gesundheitswesens würde dabei der Vor- sowie der Nachsorge beigemessen. Annähernd 50 % der Aufwendungen für medizinische Belange erfolgten gemäß Weber für diese Sachverhalte. Die Leistungen aus der Sozialversicherung stünden wie in der Bundesrepublik nicht nur den Mitgliedern, sondern auch den mitversicherten Familienangehörigen zu. Die stationären Leistungen würden auch die Pflege bettlägeriger Personen mit einschließen.

Die Krankenkassen, z.B. die AOK Schleswig-Holstein oder die Techniker Krankenkasse, bauten ab 1990 neue Versicherungsstrukturen in Ostdeutschland auf und bereiteten den Übergang vom staatlichen in das wettbewerbliche System vor. Zu berücksichtigen war dabei, dass die Ausbildung der Mitarbeiter in der Bundesrepublik und der DDR sehr verschieden wären, Büroflächen nahezu nicht zur Verfügung stünden und die Infrastruktur der Datenverarbeitung neu aufgebaut werden müsste. In dieser Phase der Wiedererrichtung kam materielle Hilfe auch von den Bundesverbänden der Krankenkassen[440]. Ebenso befasste sich der Deutsche Ärztetag im Mai 1990 mit dem geplanten Zusammenschluss der DDR und der Bundesrepublik. Anträge zum Gesundheitswesen in der DDR und der Vorstellungen zur künftigen Entwicklung wurden dort kontrovers diskutiert. Beschlossen wurde, in den künftigen neuen Ländern die Strukturen genau wie in den sogenannten alten Ländern aufzubauen[441].

Nach knapp zwei Jahren SPD-Regierungszeit erfolgte im Frühjahr 1990 im Rahmen einer Rede vor der Ärztekammer Schleswig-Holstein eine erste Zwischenbilanz des

[440] Quellen: Festschrift „125 Jahre AOK“, Kiel (2009), Seiten 46 – 47 sowie Festschrift „125 Jahre Techniker Krankenkasse“ von 2009, Seiten 180 – 183.
[441] Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt über den 93. Deutschen Ärztetag vom 15.-19.05.1990 in Würzburg, Autor: Karl-Werner Ratschko, Ausgabe 06/1990, Seiten 43 – 45.

damaligen Gesundheitsministers Günther Jansen[442]. Eingegangen wurde auch hier auf die politischen Veränderungen in der DDR. Der Ministerpräsident hatte demnach zuvor die Ärztekammer gebeten, der Landesregierung bei der „Bewältigung gesundheitspolitischer Probleme in der DDR fachlich und organisatorisch zur Seite zu stehen“[443]. In der Zwischenzeit hätte sich aus den ersten DDR-Kontakten eine intensive Zusammenarbeit entwickelt. So würden z.B. schleswig-holsteinische Ärzte in die DDR entsandt, um dort bestehende Engpässe zu überbrücken, es wurde materielle Hilfe geleistet, indem z.B. Medizingeräte beschafft und dorthin übergeben wurden, es wurden zahlreiche persönliche Kontakte und Gesprächsrunden aufgebaut und es erfolgte eine Zusammenarbeit von Krankenhäusern. Neben diesem in dieser Zeit alles andere überlagernden Thema wurde aber dennoch über weitere Gebiete der Gesundheitspolitik berichtet. So wurde von Jansen die Frage gestellt, was Gesundheitspolitik eigentlich leisten solle. Es bestünden in der Bevölkerung Ängste oder Unsicherheiten über Krebserkrankungen, sowie die möglichen Ursachen hierfür. Zu Beantwortung dieser Frage wurde angeregt, in Schleswig-Holstein ein Krebsregister einzurichten. Weitere Fragen standen in Zusammenhang z. B. mit der Pflegeplanung, der Intensivmedizin und den Notarztregelungen, jeweils aus Patientensicht. Als weiteres großes Gebiet neben der Krankenhausplanung wurde der Bereich Drogenbekämpfung genannt. Demnach wurde zwischenzeitlich innerhalb des Sozialministeriums ein Drogenreferat geschaffen sowie ein Drogenhilfeplan erstellt. Unter Drogen wurden dabei aber ausdrücklich nicht nur die sogenannten „harten Drogen“, sondern besonders auch der Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch verstanden.

1.5.2. Krankenhaussektor (1987 – 1990)

Zur Jahresmitte 1987 erschien im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ein Beitrag, der sich mit Kostenentwicklung im Krankenhauswesen befasste. Grundlage dieses Artikels war das Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion. Demnach hätten die für die Krankenhausplanung verantwortlichen Länder in der Vergangenheit zwar wiederholt auf ihre Bemühungen zum Bettenabbau hingewiesen, eine wesentliche Reduzierung der Bettenzahl hätte aber nicht stattgefunden.

[442] Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Titel: „Eine Zwischenbilanz. Zwei Jahre Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein“, Autor: Günther Jansen, Ausgabe 05/1990, Seiten 7 – 19.
[443] gemäß Günther Jansen, 1990.

Stattdessen sei aber die Zahl der Krankenhäuser rückläufig gewesen, was auf eine Konzentration der Leistungen in größeren Einheiten zurückzuführen wäre. Eine weitere Diskrepanz zwischen Krankenhausträgern und dem Gutachten des Sachverständigenrates ergab sich hinsichtlich der Bewertung der Personalbedarfe. Der Personalmangel im Pflegebereich wurde von den Gutachtern nur in Teilbereichen, wie z.B. in der Onkologie oder Transplantationschirurgie, bestätigt. Wesentliche Potentiale zur Kostensenkung lägen dagegen gemäß Gutachter in der Verminderung der absoluten Fallzahlen und der Verminderung der durchschnittlichen Verweildauer. Kritisiert wurde das Selbstkostendeckungsprinzip, welches nicht zu einer wirtschaftlichen Erbringung von Leistungen motivieren würde. Angemahnt wurden daher Anreizsysteme, die zu mehr Kostenbewusstsein führen würden[444].

Ebenfalls im Juni 1987 erschien ein Beitrag zur Entwicklung der stationären Psychotherapie am Landeskrankenhaus Schleswig[445]. Noch 10 Jahre zuvor bestand demnach eine nur unzureichende ambulante psychotherapeutische Versorgung, so dass damals, insbesondere für die Patienten, die in strukturschwachen Gebieten wohnten, in vielen Fällen stationäre Aufnahmen erfolgten, um eine angemessene Versorgung der betroffenen Patienten gewährleisten zu können. In den vergangenen Jahren hätte sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung jedoch soweit verbessert, dass nur selten eine stationäre Aufnahme im Hinblick auf den Wohnort der Patienten erfolgen müsste. Die ärztliche Versorgung hätte sich soweit gewandelt, dass für eine stationäre Aufnahme zu psychotherapeutischer Behandlung ausschlaggebend wäre, dass Patienten aufgrund ihres *Krankheitsbildes* keine angemessene ambulante Behandlung finden könnten, nicht aber aufgrund der Strukturschwachheit des Wohnortes. Daher hätte sich die Behandlungsmethodik in den letzten Jahren besonders auf die Problematik von Patienten mit sogenannten strukturellen Störungen, z.B. mit Borderline-Syndrom, gewandelt. Hierzu gäbe es verschiedene Therapieformen, wie z.B. Musik- oder Gestaltungstherapie. Ziel der Therapien wäre jeweils die Klärung zumeist zeitlich weit zurückliegender Traumata, damit die Patienten dem Umgang mit der Realität gewachsen wären.

---

[444] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, „Krankenhaus braucht Anreize zum Sparen“, Ausgabe 06/1987, Seiten 368 + 371.

[445] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, „Stationäre Psychotherapie am Landeskrankenhaus Schleswig“, Autor: Prof. Dr. Harm Willms, Leitender Arzt der Psychotherapeutischen Abteilung am Landeskrankenhaus Schleswig, Ausgabe 06/1987, Seiten 368 + 371.

Diskutiert wurde Ende 1987 auch über die Möglichkeit einer vorstationären Diagnostik sowie einer nachstationären Behandlung, um hierdurch eine Reduzierung der Kosten für stationäre Krankenhausbehandlungen erzielen zu können[446]. Beide Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden allerdings gemäß Iversen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entschieden abgelehnt. Diese sähe darin keinen Beitrag zur Kostendämpfung, sondern im Gegensatz dazu erhebliche Mehraufwendungen der Krankenkassen für ambulante Behandlungen an den Krankenhäusern. Die bestehenden Kapazitäten der niedergelassenen Ärzte würden vollkommen ausreichen, um eine Diagnostik *vor* der Krankenhauseinweisung und eine gute Versorgung *nach* der Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Ein weiterer Vorschlag der DKG wäre die Einführung einer gesetzlichen Regelung für die Standortplanung von medizinisch-technischen Großgeräten. Auch dieses wurde gemäß Iversen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgelehnt. Die Begründung hierfür wäre, dass es sachgerechter sei, die Standortplanung von medizinisch-technischen Großgeräten der Selbstverwaltung zu überlassen. Die DKG hätte darüber hinaus an den Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mitgewirkt.

Im Juni 1988 wurden Beschwerdebriefe von Patienten des Landeskrankenhauses Neustadt an den neugewählten Ministerpräsidenten gesandt, die zu Gesprächen zunächst zwischen dem Ärztlichen Direktor des Landeskrankenhauses sowie dem Sozialministerium geführt hatten. Thematisiert wurden dabei Punkte wie die frühen Einschlusszeiten am Abend, das Öffnen der Post der Patienten durch die Mitarbeiter des Krankenhauses, die Einsichtnahme in die Krankenakten durch das Pflegepersonal oder das Verbot von Messern im Bereich der Forensik[447]. Im August besuchte dann der Sozialminister das Landeskrankenhaus Neustadt und suchte das Gespräch unter anderem mit den Patienten. Nach diesem Gespräch wurde eine umfangreiche Liste mit Beschwerdepunkten und Verbesserungsvorschlägen der Patienten erstellt[448]. Die Klinikleitung begründete diese Kritikpunkte insbesondere mit der unzureichenden personellen Ausstattung bestimmter Stationen und Bereiche. So wurden bereits im

[446] Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Autor: Günther Iversen, Ausgabe 09/1987, Seite 542.
[447] Vermerk des Sozialministeriums zum Gespräch mit Dr. Schulze, Ärztlicher Direktor im Landeskrankenhaus Neustadt, – IX 413 – von Juni 1988, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[448] Auflistung der Beschwerdepunkte durch das Sozialministerium vom 12.08.1988, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Jahr 1987 von der Klinikleitung deutliche Signale hinsichtlich einer notwendigen Personalaufstockung gegeben. Die für sehr dringend erforderlich gehaltenen Stellenbesetzungen wurden jedoch von der damaligen Landesregierung abgelehnt. Im Nachgang zu diesem Besuch des Sozialministers im Landeskrankenhaus Neustadt fanden wiederum Gespräche innerhalb des Sozialministeriums und mit dem Finanzministerium statt. In der Folge wurden sieben zusätzliche Stellen für die forensische Abteilung bewilligt[449].

Anfang August 1988 wurde von der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG) das im Jahr 1986 vom Sozialministerium – der damaligen CDU-Regierung – in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhausplanung Schleswig-Holstein veröffentlicht[450]. Hintergrund der Auftragsvergabe war das in der Vergangenheit scheinbar nicht sachgerechte Planungsverfahren, verbunden mit dem Wunsch bzw. der Notwendigkeit, die künftige Planung auf Basis eines anerkannten wissenschaftlichen Fundamentes vornehmen zu können. Ermittelt werden sollte in dem Gutachten insbesondere der Umfang des Bettenbedarfs, unterteilt nach Versorgungsstufen und Fachgebieten, es sollte eine Zuordnung der ermittelten Bedarfswerte auf die Regionen und Krankenhäuser des Landes erfolgen und es sollte eine Empfehlung hinsichtlich eines konkreten krankenhausspezifischen Krankenhausplans abgegeben werden[451]. Hinsichtlich des methodischen Ansatzes basierte das Gutachten schwerpunktmäßig auf mathematischen Ermittlungen, mathematischer Beweisführung und statistischer Absicherung von zuvor ermittelten Einschätzungen und aufgestellter Thesen. Wesentlicher Bestandteil des Gutachtens war dabei die Ermittlung von medizinisch notwendigen Verweildauern mittels der Verweildaueranalyse. Es wurde versucht, die *nicht*-medizinisch begründeten Einflussfaktoren zu ermitteln und aus den Gesamt-Verweildauern herauszulösen. Hierzu wurden zunächst, ähnlich wie bereits in der 1982 erschienenen Publikation „Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik bei der Analyse zentraler Probleme im Gesundheitswesen“, hinsichtlich der Diagnose, Zahl der Nebendiagnosen etc., möglichst vergleichbare Patientengruppen, jedoch in unterschiedlichen Akutkrankenhäusern, einer krankenhausvergleichenden Analyse unterzogen. Zusätzlich wurden Unterteilungen u.a. nach der

[449] Internes Schreiben der zuständigen Abteilung des Sozialministeriums – IX 413 – an den Sozialminister vom 05.09.1988, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[450] Rüschmann/Thode/Schulz/Rotering (1988): Krankenhausplanung des Landes SH. Kiel : Herausgeber: GSbG, Druck: Schmidt & Klaunig, Kiel, 1988.
[451] GSbG-Gutachten, Seite 50.

Größe der Krankenhäuser, Größe der jeweiligen Abteilungen, Auslastungsgrad etc. vorgenommen. Die Datenbasis bildete auch hier die in Schleswig-Holstein geführte Krankenhausdiagnosestatistik. Als Zwischenschritt wurde dabei festgestellt, dass bei Krankenhäusern mit geringer und mittlerer Auslastung mit entsprechenden Patienten mit vergleichbaren Diagnosen kein Zusammenhang zwischen Verweildauer und Krankenhausgröße feststellbar war. Bei Krankenhäusern mit hohem Auslastungsgrad dagegen zeigte sich ein Anstieg der durchschnittlichen Verweildauern. Als mögliche Gründe hierfür wurden organisatorische Schwierigkeiten, Ineffizienzen, oder die Überlagerung mit Belegarzttätigkeiten vermutet[452]. Im Ergebnis der Analyse zeigten sich unterschiedliche durchschnittliche Verweildauern vergleichbarer Patientengruppen in unterschiedlichen Krankenhäusern. Ausgehend von der Annahme, dass die medizinische Versorgung in allen Krankenhäusern ordnungsgemäß gewesen war, wurde daraus gefolgert, dass die höheren Verweildauern eines Teiles der Krankenhäuser zwangsläufig auf *nicht*-medizinische Faktoren zurückzuführen wären.

Der zweite wesentliche Bestandteil des Gutachtens neben der Analyse der Verweildauern war die Ermittlung der künftigen Krankenhausbedarfe als Grundlage für die Krankenhausplanung des Landes. Hierzu sollte gemäß Rüschmann die Morbiditätsstatistik herangezogen werden. Da die hierfür notwendigen Daten, wie Bevölkerungsentwicklung, Morbiditätsziffern sowie Diagnose- und Altersgruppen bezogene Verweildauern jedoch nicht in valider Form vorlagen, hatte Rüschmann als Alternative hierzu ein eigenständiges mathematisches Verfahren, basierend auf der Fallzahlentwicklung nach Diagnosen und Altersgruppen, entwickelt. Unterstellt wurde hierbei, dass die Entwicklung der Fallzahlen die Bevölkerungsentwicklung sowie die medizinische und die medizin-technische Entwicklung widerspiegeln würde[453].

Die Ermittlung der Krankenhausbedarfe wurde unterteilt in den nicht-universitären sowie den universitären Bereich. Für den *nicht-universitären* Bereich wurde die notwendige Bettenzahl pro Abteilung als Produkt aus der bisherigen Bettenzahl, dem Auslastungsfaktor, dem Verweildauerfaktor, dem Morbiditätsfaktor sowie dem Vorhaltefaktor dargestellt[454].

---

[452] GSbG-Gutachten, Abschnitt „Analyse weiterer Einzelfaktoren“, Seite 87.
[453] GSbG-Gutachten, Morbiditätsanalyse – Verfahrensbegründung“, Seite 94.
[454] GSbG-Gutachten, Abschnitt „Gesamtergebnis nicht-universitärer Bereich“, Seite 101.

Der *universitäre* Bereich mit den Universitätskliniken Kiel und Lübeck wurde dagegen insbesondere aufgrund der Aufgaben für Forschung und Lehre einer gesonderten Betrachtung unterzogen. Dennoch wurde im Vorfeld der Planung vom Sozialministerium die bis dahin geltende Sonderstellung der Universitätsklinika Kiel und Lübeck teilweise aufgehoben, so dass die Kapazitäten des universitären Bereichs in die Gesamtplanung mit einzubeziehen waren. Mangels auch hierfür vom Land zur Verfügung gestellter Eckdaten ist Rüschmann von der Annahme ausgegangen, dass die Zahl der Krankenhausfälle einer Region und eines Fachgebietes, die der Zentralversorgung zugerechnet werden müssten, im wesentlichen konstant bleiben würde. In die Untersuchung einbezogen wurden auch die relativ abgegrenzten Einzugsgebiete der Universitätsklinika und es wurde die Frage gestellt, ob Zentralversorgungsfälle einen „signifikant" längeren Aufenthalt im Klinikum benötigen, als andere Fälle[455].

Festgestellt wurde unter anderem, dass der Vorhaltefaktor in der Regel deutlich größer wäre, als in Krankenhäusern der Regelversorgung. Weiterhin wurden Bedarfswerte ermittelt, die einen Betten- bzw. Kapazitätsabbau von 8,4 % zulassen würden, das heißt, einen Abbau von 228 Betten auf dann insgesamt 2.480 Betten[456]. Das damals aktuelle Gutachten des Wissenschaftsrates[457] ging dagegen für das Universitätsklinikum Kiel von 1.450 Betten und für das Universitätsklinikum Lübeck von 1.350 Betten, insgesamt also 2.800 Betten, aus, was sogar noch einen Bettenzuwachs von 92 Betten entsprach. Eine mathematische Begründung oder Herleitung für diese Empfehlung des Wissenschaftsrates erfolgte jedoch gemäß Rüschmann nicht. Vielmehr resultierten diese vom Wissenschaftsrat empfohlenen Gesamtbettenzahlen aus Erfahrungswerten, früheren Planungsaspekten sowie geplanten Bauvorhaben[458].

Besonders auch durch die Landtagswahl im Mai 1988, bei welcher die SPD die absolute Mehrheit erzielte und dem sich anschließenden Regierungswechsel ergab sich ein wesentlicher Einschnitt in die Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein. So wollte die neue SPD-Regierung dem sogenannten „Rüschmann-Gutachten", welches einen Abbau erheblicher Krankenhauskapazitäten vorsah, nicht ohne Weiteres

[455] GSbG-Gutachten, Abschnitt „Universitärer Bereich" Seiten 111 ff..
[456] GSbG-Gutachten, noch Abschnitt „Universitärer Bereich", Seite 125.
[457] Der Wissenschaftsrat ist ein Gremium der Regierungen des Bundes und der Länder und berät diese in Fragen der Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung, Quelle: Website des Wissenschaftsrates, URL: < http://www.wissenschafts rat.de/ueber-uns/organisation-und-arbeitsweise/>, (Stand: 04.06.2012).
[458] GSbG-Gutachten, Ausführungen zum Gutachten des Wissenschaftsrates von 1987, Seite 112.

folgen. Die Landesregierung beabsichtigte, vor dem Treffen von Entscheidungen hinsichtlich der Umsetzung der Empfehlungen des Gutachtens, mit den Betroffenen zu diskutieren. Ausdrücklich wurde darauf hingewiesen, dass sich aus den Empfehlungen des Gutachtens in keiner Weise eine „Entscheidungsautomatik“ ergeben würde. Zudem wollte die neue Landesregierung hinsichtlich der Versorgung psychiatrisch Kranker je einen städtischen und einen ländlichen Modellkreis aufbauen, um die Betreuung durch ambulante Versorgung und durch Tageskliniken zu erweitern[459]. Einen Monat später, im Oktober 1988, wurde berichtet, dass der Sozialminister beabsichtigte, bis Februar 1989 einen Entwurf zur Krankenhausplanung vorlegen zu können. Absehbar schien zu diesem Zeitpunkt aber bereits, dass die Vorschläge des Rüschmann-Gutachtens zur Schließung bestimmter Krankenhäuser nicht umfänglich realisiert werden könnten[460].

Im November 1988 berichteten die Kieler Nachrichten über Platzprobleme im Rendsburger Kreiskrankenhaus. Demnach lagen besonders in der dortigen Inneren Abteilung Patienten in Betten auf den Gängen oder in Aufenthaltsräumen. Besonders im Winterhalbjahr ergäbe sich regelmäßig eine Überfüllung des Krankenhauses. Dieses Problem wäre aber nicht nur auf das Rendsburger Kreiskrankenhaus begrenzt, sondern die Krankenhäuser wären „überall voll“. Zur Kompensierung dieser „Patientenflut“ würden Patienten früher nach Hause geschickt, wodurch allerdings die Einnahmen des Krankenhauses vermindert würden[461].

Im Dezember 1988 wurde dann die Fortschreibung des Krankenhausplanes um weitere zwei Jahre, bis jetzt 1990, verlängert[462].

Im Januar 1989 wurde von Klinikdirektoren des Universitätsklinikums Kiel eine Stellungnahme zum Rüschmann-Gutachten veröffentlicht[463]. Insgesamt würde die Empfehlung des Gutachtens eine Reduktion der Betten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

---

[459] Auszug aus Artikel im Flensburger Tageblatt vom 04.08.1988, entnommen aus Schleswig-Holsteinischem Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988, Seiten 514+515.
[460] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1988, Seite 644.
[461] Kieler Nachrichten vom 30.11.1988 entnommen aus Schleswig-Holsteinischem Ärzteblatt, Ausgabe 01/1989, Seiten 4+5.
[462] Erlass des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie vom 07.12.1988 AZ: -IX420 b – 404.11 -, Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 50/51/1988, Seite 522.
[463] Stellungnahme von Prof. Dr. Rudert, Direktor der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde des Universitätsklinikums Kiel sowie Prof. Dr. Wawersik, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Kiel, veröffentlicht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 01/1989, Seiten 39 – 40.

im außeruniversitären und im universitären Bereich von 53,5 % bzw. 12,3 % gegenüber den bisherigen Kapazitäten bedeuten. Bezüglich der HNO-Betten im außeruniversitären Bereich handele es sich ausschließlich um Belegbetten, deren Betreuung von niedergelassenen Ärzten wahrgenommen würde. Möglich wäre gemäß Rudert/Wawersik durchaus, dass hierfür zu viel Betten vorhanden sein könnten, ob aber ein Abbau von über 50 % dieser Betten gerechtfertigt sei, wurde stark angezweifelt. Hinsichtlich einer Verkleinerung der Universitätsabteilungen wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass besonders aufgrund der Altersentwicklung der Bevölkerung und damit der Zunahme der älteren Jahrgänge mit einem Anstieg der Krebserkrankungen des HNO-Fachgebietes zu rechnen sei. Hinzu käme, dass durch verstärkten Tabak- und Alkoholkonsum die Krebserkrankungen auch bei mittleren Jahrgängen zunehmend häufiger auftreten würden. Die Behandlung dieser Patientengruppen würde sich zudem überwiegend auf die HNO-Kliniken der Universitätskliniken Kiel und Lübeck konzentrieren. In Kiel gäbe es seit Jahren eine konstante Auslastung der Betten von 85-95 %, in Lübeck dagegen wäre die geringere Auslastung der dortigen Abteilung im Prüfungszeitraum nur auf vorübergehende Probleme personeller und technischer Art zurückzuführen. Eine Verringerung der Betten würde die Gefahr bedeuten, die bereits bestehenden Wartelisten auch auf Patienten mit Krebsleiden ausdehnen zu müssen, was unzumutbar wäre. Es wurde weiter ausgeführt, dass statistische Berechnungen aufgrund von Datenerhebungen in nur zwei Universitätskliniken, die zufällig im Prüfungszeitraum unterschiedlich belegt waren, wertlos wären.

Im März 1989 erfolgte ein Erfahrungsbericht des Leiters einer Kieler Augenklinik zu dem sogenannten „Kieler Modell“[464]. Hierbei handelte es sich um eine modellhafte Erprobung diagnosebezogener Fallpauschalen im stationären Krankenhausbereich. *Vor* dem Modellversuch stand zunächst die Feststellung des Klinikleiters, dass die hohen Kosten der stationären Behandlung, besonders der Hauptleistung, nur durch die weniger kostenintensiven Pflegetage vor der Entlassung der Patienten ausgeglichen werden konnten. Um dieses zu erreichen, mussten die Patienten über das medizinisch notwendige Maß stationär im Krankenhaus verbleiben. Eine Änderung der Pflegesätze insofern, dass eine kostendeckende Behandlung auch über einen jeweils kürzeren Zeitraum erfolgen könnte, schien nach Auskunft verschiedener Gre-

[464] Berichte von Dr. Detlef Uthoff, Augenklinik Kiel-Bellevue und Prof. Rüschmann, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 03/1989, Seiten 133 - 140, Beginn des auf drei Jahre angelegten Versuchszeitraums war Herbst 1985.

mien nicht möglich. In dieser Situation machte Prof. Rüschmann gemeinsam mit der Ortskrankenkasse Kiel dem Klinikleiter den Vorschlag, im Rahmen eines wissenschaftlichen Modellversuchs eine neue Form der Krankenhausfinanzierung, nämlich der diagnosebezogenen Fallpauschalen, einzuführen. Dabei handelte es sich um Festpreise, die für eine bestimmte stationäre Leistung gezahlt würden. Hierdurch würde es gemäß Rüschmann möglich, dass Patienten nur noch den medizinisch notwendigen Zeitraum stationär behandelt würden, wodurch die durchschnittliche Verweildauer in erheblicher Weise gesenkt werden könnte. Hinzu käme, dass Voruntersuchungen oder ambulante Nachsorge in der Regel von bestimmten niedergelassenen Ärzten vorgenommen würden, so dass Doppeluntersuchungen zu Beginn oder nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts vermieden werden könnten. Nach Beendigung des Modellversuchs wurden die Kosten und Leistungen sowie ihre Entwicklungen analysiert. Festgestellt wurde, dass unter anderem die Fallkosten um durchschnittlich mehr als 40 % vermindert werden konnten.

In der Folgezeit entspann sich eine kontroverse Diskussion hinsichtlich des sogenannten Rüschmann-Gutachtens und des „Kieler Modells“. Hingewiesen wurde darauf, dass in der Analyse der Gesamtkosten bestimmte Kostenbestandteile, in diesem Fall die ambulanten ärztlichen Personalkosten, „vergessen“ worden seien. Kernbestandteil dieser Kritik war, dass durch die Verweildauerkürzung und den Verzicht auf Doppeluntersuchungen keine Verminderung der Gesamtkosten erfolgen würde, sondern lediglich eine Verschiebung von Kostenbestandteilen vom stationären in den ambulanten Bereich. Die Übertragbarkeit dieses Modells auf weitere Krankenhausbereiche wurde ebenfalls kritisch gesehen. Auch hier war allerdings der wichtigste Kritikpunkt die Verlagerung von Kostenbestandteilen aus dem stationären in den ambulanten Bereich[465]. Einige Wochen später antwortete Rüschmann auf die zuvor dargestellten Kritikpunkte. Es wurde noch einmal auf die Untersuchungen und bestimmte Grafiken hinsichtlich der Kostenentwicklung verwiesen, die belegen würden, dass die zuvor aufgestellten Thesen einer Kostenverlagerung falsch seien. Anhand von Berechnungen wurde noch einmal ausgeführt, dass die Kostenanalysen richtig bzw. die Kritikpunkte falsch dargestellt wären[466].

[465] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Autor: Prof. Dr. Jobst Sievers, Anatomisches Institut der CAU zu Kiel, Ausgabe 06/1989, Seiten 341 – 342.
[466] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Autor: Dr. Rüschmann, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG), Kiel, Ausgabe 08/1989, Seiten 468 – 471.

Im Juni 1989 erfolgte die Vorlage eines bereits im Januar 1983 vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens[467]. Gegenstand der Untersuchung war die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Universitätsklinika Kiel und Lübeck anhand der dem Geschäftsjahr 1982 zugrunde liegenden Daten. Bereits relativ zu Beginn der Prüfung äußerte sich die prüfende Gesellschaft negativ über fehlerhafte Personal- und Leistungsstatistiken sowie Mängel in den Rechnungswesen der Klinika[468]. So waren gemäß Prüfungsgesellschaft verschiedene Bestandteile in den Rechnungswesen der Klinika, wie z.B. die Kosten des Drittmittelbereichs, verschiedene Personalkostenbestandteile oder auch die Kosten von Baumaßnahmen nicht enthalten. Neben diesem sogenannten externen Rechnungswesen wurde aber besonders auch die Kosten- und Leistungsrechnung kritisiert, welche gemäß Gutachter nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprach. In einer Vielzahl von Fällen wurden demnach falsche Kostenstellenzuordnungen bemängelt und die Leistungszahlen würden „systematische und rechnerische Fehler“ aufweisen[469].

Das vom Universitätsklinikum Kiel erstellte Selbstkostenblatt für das Jahr 1982 wies gemäß Gutachter Kosten von netto 420,71 DM pro Berechnungstag aus. Aufgrund der festgestellten Fehler jedoch wurden vom Gutachter von diesen Selbstkosten bestimmte Kostenbestandteile abgesetzt, die entweder objektiv oder auch gemäß Einschätzung des Gutachters nicht dem stationären Krankenhausbereich zugeordnet werden durften. Hierbei handelte es sich z.B. um

- Kosten aus rechnerischen personellen Überbesetzungen
- Kosten aus Unwirtschaftlichkeiten aus Preisgestaltung und Verbrauchsgewohnheiten
- Kosten für Forschung und Lehre
- Kosten für den Ambulanzbetrieb.

[467] Gutachten der Treuarbeit AG, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Steuerberatungsgesellschaft, Kiel, vom 12.06.1989.
[468] Gutachten der Treuarbeit AG über die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Universitätsklinikums Kiel, Kapitel „Prüfungsauftrag und Durchführung der Prüfung“, Blatt 2.
[469] Gutachten der Treuarbeit AG über die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Universitätsklinikums Kiel, Kapitel „Schlussbemerkungen“, Blatt 252.

In die Berechnung der Selbstkosten aufgenommen wurde von den Gutachtern – wie oben aufgeführt – ein Abzug aus rechnerischen partiellen personellen Überbesetzungen; nicht berücksichtigt wurden jedoch die ebenfalls bestehenden personellen *Unter*besetzungen. Abschließend wurde vom Gutachter trotz der Fehler im Rechnungswesen und trotz der Kostenabsetzungen ein allgemeiner Pflegesatz für 1982 von rd. 318,58 DM errechnet. Gegenüber dem tatsächlich für 1982 vereinbarten Pflegesatz (304,90 DM) bedeutete dies einen rechnerischen Mehrerlös pro Berechnungstag in Höhe von 13,68 DM. Aufgrund der insgesamt 488.109 Berechnungstage für 1982 des Universitätsklinikums Kiel summierte sich dieser Mehrerlös auf eine Höhe von 6,7 Mio. DM (rd. 3,4 Mio. €). Unter Berücksichtigung der Steigerungsraten auch für die Folgejahre ergab sich hieraus für das Universitätsklinikum Kiel für die Jahre 1982 bis 1988 eine nachträgliche Forderung gegenüber den Krankenkassen in Höhe von rechnerisch 54,6 Mio. DM (rd. 27,9 Mio. €), die in der Pflegesatzverhandlung für 1989 geltend gemacht wurde[470]. Für das Universitätsklinikum Lübeck ergab sich ein analoges Ergebnis des Gutachtens, welches ebenfalls zu einer Forderung in Millionenhöhe gegenüber den Krankenkassen geführt hatte.

Auf der Grundlage der aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung resultierenden Ergebnisse, somit auch der sich hieraus ergebenden nachträglichen Forderungen der Universitätsklinika, wurden für das Jahr 1989 die Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen geführt. Die Pflegesatzverhandlungen scheiterten trotz Einschaltung der Schiedsstelle an der Höhe der Forderungen, d.h. es konnten zunächst keine Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen werden. In dieser Situation hätten sich die Krankenkassen direkt an das Wissenschaftsministerium mit der Bitte um Vermittlung gewandt, da sich die Krankenkassen nicht in der Lage sähen, die nicht angezweifelten Forderungen des Gutachtens zu erfüllen. Die Vermittlungsgespräche hätten zu dem Ergebnis geführt, dass die sich aus dem Gutachten ergebenden zusätzlichen Forderungen zu gleichen Teilen auf die Krankenkassen und das Land verteilt wurden. Die Krankenkassen hätten ihren Anteil anschließend in einem gestuften Verfahren vollständig bezahlt und das Land hatte seinen Anteil als Trägerkostenzuschuss an das Klinikum gezahlt, als Anteil der Forschung und Lehre in der stationären Krankenversorgung. Mit dieser Pflegesatzvereinbarung des Jahres 1989 wurden die Krankenkassen aus der Pflicht entlassen, die gesamte zusätzliche Forderung an der Universi-

[470] Quelle: Mündliche Auskunft des damaligen Verwaltungsdirektors des Universitätsklinikums Kiel, Herrn Manfred Baxmann, vom 27.05.2011.

tätsklinika Kiel und Lübeck zu bezahlen. Erst zeitlich danach wurde zwischen den Universitätsklinika Kiel und Lübeck sowie dem Wissenschaftsministerium die formale Aufteilung des Trägerkostenzuschusses abgestimmt[471]. Die Pflegesatzvereinbarung 1989 führte aufgrund der Dimension der Forderungen in den Folgejahren zu im Bundesvergleich relativ geringen Ausgaben der Krankenkassen, aus welchen schließlich bei Umstieg des Vergütungssystems für stationäre Krankenhausleistungen auf DRG´s in den Jahren 2003/2004 ein ebenfalls im Bundesvergleich sehr niedriger Landesbasisfallwert für Schleswig-Holstein hervorging, was in der Folge erneut zu Einnahmeausfällen der Krankenhäuser des Landes führte.

Im September 1989 erfolgte eine gemeinsame Stellungnahme der Krankenkassenverbände[472] des Landes zu dem am 29.06.1989 vom Sozialminister[473] vorgelegten Entwurf der Krankenhausplanung für Schleswig-Holstein. Ausgeführt wurde darin, dass auch die Krankenkassen einer ortsnahen Krankenhausversorgung eine hohe Priorität beimessen würden – allerdings müsse diese finanzierbar bleiben. Den Krankenkassen würde es bei einer Krankenhausplanung, die sich nicht an Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen orientieren würde, immer schwerer fallen, „sozial tragbare“ Pflegesätze zu vereinbaren. Eine ortsnahe Krankenversorgung wäre nach Auffassung der Krankenkassen auch bei einem Abbau von Krankenhausbetten möglich. Begrüßt wurde in diesem Zusammenhang das Ergebnis des Rüschmann-Gutachtens, welches auf nicht-medizinisch begründbare Verweildauern hinwies. Eine Fehlbelegung von Krankenhausbetten wäre nicht von den Krankenkassen zu finanzieren. Begrüßt wurde die Aussage des Rüschmann-Gutachtens hinsichtlich der Notwendigkeit von nur *einem* Universitätsklinikum in Schleswig-Holstein in einer Größenordnung von 1.600 bis 1.700 Betten. Sowohl vom Gutachter als auch von den Krankenkassen würde zwar die politische Entscheidung für eine zweite Universitätsklinik hingenommen, nicht jedoch die damit verbundenen negativen finanziellen Auswirkungen für die Krankenkassen.

---

[471] Quelle: Email des damaligen Verwaltungsdirektors des Universitätsklinikums Kiel, Herrn Manfred Baxmann, vom 13.05.2011.

[472] Gemeinsame Stellungnahme des AOK-Landesverbandes SH, des IKK-Landesverbandes SH, des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Hamburg-SH, der Schleswig-Holsteinischen Landwirtschaftlichen Krankenkasse, des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e.V. sowie des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. vom 05.09.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[473] Der Begriff „Sozialminister“ wird der Einfachheit halber benutzt. Die korrekte Bezeichnung ist „Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein“.

Wiederum einige Wochen später, im Oktober 1989, erschien die sogenannte „Lila Broschüre“[474] der Ärztekammer Schleswig-Holstein, mit welcher diese ebenfalls eine bewertende Stellungnahme zum sogenannten Rüschmann-Gutachten und zur Krankenhausplanung des Landes abgab. Demnach wurden aus der Sicht der Ärztekammer, der neuen SPD-Landesregierung und allen übrigen am Krankenhausplanungsprozess Beteiligten[475] die Grund-Überlegungen des Rüschmann-Gutachtens, wonach die Verweildauern nicht immer nur medizinisch begründet wären, zwar geteilt, die hieraus resultierenden Einzelempfehlungen wurden jedoch nicht akzeptiert, weil sie nicht nachvollzogen werden konnten.

Die Landesregierung war nach zuvor geführten Regionalgesprächen zu der Auffassung gelangt, dass den Empfehlungen des Rüschmann-Gutachtens in wesentlichen Punkten nicht gefolgt werden könne, um nicht die bisherige positive orts- und bürgernahe Krankenhausversorgung zu gefährden. Stattdessen wurde von der Landesregierung eine eigene Bedarfsanalyse auf Basis der Belegungszahlen der Jahre 1987 und 1988 durchgeführt und bewertet. Zusammenfassend wurde dargestellt, dass zwar insgesamt ein Abbau von Krankenhausbetten im Land Schleswig-Holstein notwendig sei, allerdings anstelle der von Rüschmann vorgeschlagenen rd. 1.500 Betten „nur“ um 527 Betten. Ausgeführt wurde, dass nicht alle medizinischen Fachbereiche gleichermaßen von dem Bettenabbau betroffen wären. So wäre in bestimmten Bereichen, wie Intensivmedizin, Neurochirurgie oder Orthopädie sogar ein Bettenaufbau vorgesehen, und es sollten darüber hinaus in vier Krankenhäusern des Landes mit Blick auf die Altersstruktur der Bevölkerung erstmals geriatrische Abteilungen entstehen[476].

Gemäß der Bedarfsanalyse des Landes hatte Schleswig-Holstein im Bundesvergleich mit 5,8 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner bereits zum damaligen Zeitpunkt die im Bundesvergleich geringste Bettenquote. Mit 12,4 Tagen durchschnittlicher Verweildauer je Patient war Schleswig-Holstein nach Baden-Württemberg ebenfalls an zweiter Stelle.

---

[474] Informationsbroschüre der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, verantwortlich: Dr. Ratschko und Frau Dr. Breindl, Druck; Stand 10.10.1989.
[475] Teilnehmer der Beteiligtenrunde nach § 19 AG-KHG sind u.a.: Krankhausgesellschaft, Krankenkassen, Krankenkassenverbände sowie Vertreter der Städte und Kommunen.
[476] Informationsbroschüre der Ärztekammer, Seite 3.

Hinsichtlich der Universitätsklinika Kiel und Lübeck wurden in der Bedarfsanalyse die folgenden Vorgaben berücksichtigt[477]:

- Regelversorgungsfälle sollten nur im Bedarfsumfang von Forschung und Lehre aufgenommen werden,
- der Umfang der Zentralversorgung für den speziellen Versorgungsbedarf ist zwischen den beiden Universitätsklinika regional bedarfsgerecht festzulegen,
- die disziplinbezogenen Bettenzahlen in den beiden Universitätsklinika sind so festzulegen, dass die Erfordernisse für die Versorgung der Bevölkerung und für Forschung und Lehre erfüllt werden und
- hochspezialisierte medizinische Leistungen sollen jeweils nur an einer der beiden Universitätskliniken vorgehalten werden.

Im Ergebnis kam die Landesregierung in ihrer Bewertung zu einer Aufstockung der Bettenzahl der Universitätsklinik Lübeck von 1.068 Betten auf 1.250 Betten (+ 182 Betten) und für Kiel zu einer schrittweisen Absenkung der Bettenzahl von 1.640 Betten auf 1.400 Betten (- 240 Betten). Die Soll-Gesamtbettenzahl lag damit leicht unterhalb der vom Wissenschaftsrat empfohlenen Bettenstärke von insgesamt 2.800 Betten[478].

Zum Jahreswechsel 1989/1990 hatte die Landesregierung – vor Beschlussfassung der Krankenhausplanung durch das Kabinett – dem Landtag einen entsprechenden Bericht über den Planungsstand vorgelegt[479]. Ziel dieses Berichtes war es gemäß des Sozialministers, in einem so wichtigen Bereich, wie der Krankenhausplanung ein gemeinsames Ergebnis mit möglichst allen Beteiligten zu erreichen, und zwar, ohne dass von den Beteiligten nur Eigeninteressen in den Vordergrund gestellt würden. Dementsprechend bliebe die sogenannte bürgernahe Krankenhausversorgung ein weiterhin wichtiger Orientierungspunkt innerhalb der Krankenhausplanung. Gegenüber den ursprünglich Ende 1989 vom Sozialministerium gemachten Vorschlägen

[477] Vorgaben bzw. Ziele der Bewertung gemäß Bedarfsanalyse zur Krankenhausplanung der Landesregierung.
[478] Informationsbroschüre „Lila Broschüre“ der Ärztekammer, Oktober 1989, Seiten 4 + 5.
[479] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, „Krankenhausplanung für Schleswig-Holstein auf dem parlamentarischen Prüfstand – Eine Mitteilung der Pressestelle der Landesregierung“, Ausgabe 01/1990, Seiten 49 – 51.

war jedoch ein noch einmal um 82 Betten geringerer Bettenbau von jetzt landesweit „nur noch“ 442 Betten vorgesehen. Das Rüschmann-Gutachten aus dem Jahr 1988 ging dagegen von einem Abbau von rd. 1.500 Betten aus, die Krankenkassen des Landes forderten einen Abbau von rd. 1.200 Betten. Diese Forderungen hielt jedoch der Gesundheitsminister für nicht vertretbar. Hintergrund hierfür war – wie bereits zuvor erwähnt – dass Schleswig-Holstein die bundesweit geringste Bettendichte sowie die nahezu geringste durchschnittliche Verweildauer aufwies. Als besonderer gesundheitspolitischer Erfolg wurden vom Sozialminister vor allem die Beschlüsse zur Errichtung geriatrischer Abteilungen gewertet. So sollte in Flensburg eine geriatrische Tagesklinik entstehen und darüber hinaus weitere vier geriatrische Abteilungen in Schwerpunktkrankenhäusern in Flensburg, Itzehoe, Neumünster und im Städtischen Krankenhaus Kiel. Die hierfür notwendigen Bettenkapazitäten würden insbesondere durch die Umwidmung bisher internistischer Betten geschaffen.

Im selben Bericht wurde auch auf besondere Differenzen bezüglich der Bettenplanung für die Universitätsklinika Kiel und Lübeck eingegangen. Die Landesregierung hatte demnach bereits Anfang 1989 eine Richtzahl hinsichtlich der künftigen Bettenkapazitäten beschlossen, welche für Kiel einen Bettenabbau auf 1.400 Betten sowie für Lübeck einen „gemäßigten“ Bettenaufbau auf 1.250 Betten vorsah. Insgesamt sollte für beide Universitätsklinika damit ein Bettenabbau von 50 Betten erfolgen. Den Krankenkassen ging dieser Bettenabbau jedoch nicht weit genug. Sie forderten stattdessen einen Verzicht auf den weiteren Ausbau des Universitätsklinikums Lübeck. Die Landesregierung hätte diese Forderung jedoch mit Blick auf die Aufgaben von Forschung und Lehre nicht akzeptiert und hielt die jetzt festgelegten Bettenzahlen für einen „vernünftigen Kompromiss“. Unstimmigkeiten gab es gemäß des Berichts auch in der Planung für einige kleine Krankenhäuser, z.B. Lauenburg oder Tönning. Hier hätten sich die Krankenkassen aufgrund der in der Vergangenheit langfristig geringen Belegungszahlen deutlich gegen einen Weiterbetrieb ausgesprochen; der Sozialminister jedoch wollte vor dem Hintergrund der bürgernahen Versorgung beide Häuser erhalten. Neu in den Krankenhausbedarfsplan sollte dagegen mit 20 Betten die orthopädische Klinik Ahrensburg-Manhagen aufgenommen werden. Es handelte sich hierbei um eine Klinik in privater Trägerschaft, die als Modellklinik für neue Vergütungssysteme geplant war. Träger dieser Klinik war die von Prof. Rüschmann geleitete Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG).

Die Landesregierung hatte es sich weiterhin zur Aufgabe gemacht, die Landeskrankenhäuser in Schleswig-Holstein innerhalb des Planungszeitraumes bis 1995 um 600 Betten zu verkleinern und stattdessen mehrere neue dezentrale psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern einzurichten[480]. Gemäß Jansen sollten die Landeskrankenhäuser Heiligenhafen, Neustadt und Schleswig-Stadtfeld in Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation umgewandelt werden. Das in diesem Zusammenhang als viertes genannte Landeskrankenhaus, die Jugendpsychiatrie in Schleswig-Hesterfeld, sollte ebenfalls verkleinert und durch jugendpsychiatrische Kliniken in Elmshorn und Lübeck ergänzt werden. Weiterhin sollte das in der Planung beabsichtigte Netz an psychiatrischer Krankenhausversorgung zusätzlich durch teilstationäre psychiatrische Tageskliniken verstärkt werden. Hierzu sollte bis zum Ende des Planungszeitraumes in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt des Landes mindestens eine Tagesklinik entstehen.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1990 wurde dann vom Sozialministerium der „Psychiatrieplan 1990“ mit einem Planungszeitraum bis 1995 veröffentlicht[481]. Ausgeführt wurde, dass die im Psychiatrieplan des Jahres 1978 formulierten Ziele, speziell die weitere Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung, bis zu diesem Zeitpunkt nicht verwirklicht werden konnten. Um einem Konsens der am Planungsprozess beteiligten Akteure herbeiführen zu können, wurden seit Anfang 1988 die Vorstellungen der freien Wohlfahrtsverbände, der Kommunen und der Landesregierung gemeinsam erörtert, formuliert und zusammengefasst. Als besonders bedrückend erschien die Lebenssituation der chronisch psychisch Kranken, so dass verstärkt auch dieser Personenkreis vom Ausbau der psychiatrischen Versorgung berücksichtigt werden sollte. Besondere Bedeutung wurde ebenfalls dem Ziel der gemeindenahen Versorgung der Patienten beigemessen, um diese möglichst wenig aus ihrem persönlichen Umfeld herauslösen zu müssen.

[480] Bericht der Landesregierung über die Krankenhausplanung 1990, Abschnitt „Neue Maßstäbe für die psychiatrischen Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1990, Seite 51.
[481] Psychiatrieplan Schleswig-Holstein 1990, „Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte“, herausgegeben vom Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, 1990.

Die Angebote für Patienten wurden untergliedert in ambulante Hilfen, Hilfen beim Wohnen, Hilfen im Krankenhaus, Hilfen zur Arbeit und sonstige Hilfen. Die ambulanten Hilfen sollten dabei insbesondere von den niedergelassenen Ärzten garantiert werden und sollten umfassend in das regionale Versorgungsnetz einbezogen werden. Hinsichtlich der Hilfen im Krankenhaus wurde für jede Versorgungsregion als Zielvorgabe angestrebt, dass eine psychiatrische Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus oder ein psychiatrisches Krankenhaus sowie in beiden Fällen zusätzlich psychiatrische Tageskliniken als teilstationäre Leistungen angeboten werden sollten. So gab es am 01.01.1990 nur zwei Tageskliniken in Schleswig-Holstein (in Lübeck und Neumünster) mit zusammen 30 Plätzen. Bis zum Ende des Planungszeitraumes sollten 13 weitere Tageskliniken mit jeweils 15 – 20 Plätzen, über das gesamte Landesgebiet verteilt, entstehen, so dass dann insgesamt 240 Plätze zur Verfügung stehen sollten. In ähnlicher Weise stellte sich die Situation der psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern dar. Anfang 1990 gab es lediglich drei entsprechende Abteilungen (Neumünster-Stadt, Neumünster-Hahnknüll und Itzehoe); bis 1995 sollten in vier weiteren Krankenhäusern psychiatrische Abteilungen entstehen.

Die angestrebte Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung durch die Schaffung neuer psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern oder durch Tageskliniken erforderte gemäß der Landesregierung zwangsläufig eine Neuorientierung und Abnahme der Kapazitäten der Landeskrankenhäuser. Die künftigen Schwerpunktaufgaben der Landeskrankenhäuser wären daher insbesondere die regionale psychiatrische Krankenhausversorgung, die neurologische Behandlung sowie das Bereithalten des Angebotes für forensische Psychiatrie. Entsprechend dieser künftigen Schwerpunktaufgaben erfolgte eine Umbenennung von der Bezeichnung „Landeskrankenhäuser“ in „Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation“.

Die Kapazitäten der Landeskrankenhäuser bzw. Fachkliniken sollten sich im Planungszeitraum wie folgt entwickeln:

Stand per 01.01.1990:	Akut-bereich	Langzeit-bereich	Forensik	Summe
Schleswig	340	707	36	1.083
Heiligenhafen	370	580	-	950
Neustadt	283	542	185	1.010
Summe	993	1.829	221	**3.043**

Zielplanung 1995:	Akut-bereich[482]	Langzeit-bereich[483]	Forensik	Summe
Schleswig	243	618	42	903
Heiligenhafen	214	456	-	855
Neustadt	234	400	185	634
Summe	691	1.474	227	**2.392**

Die psychiatrischen Abteilungen der Universitätskliniken Kiel und Lübeck sollten sich dagegen gemäß der Psychiatrieplanung hinsichtlich der Bettenkapazitäten nur geringfügig verändern[484]. Für das Universitätsklinikum Kiel wurden die Planbetten von 110 Betten auf 106 Betten abgesenkt, für das Universitätsklinikum Lübeck erfolgte dagegen eine Erhöhung ausgehend von 80 Betten auf 90 Betten. Die Aufstockung für Lübeck wurde insbesondere mit dem erweiterten Angebot für Entzugsbehandlung von Alkoholikern begründet. Ausgeführt wurde weiter, dass beide Universitätskliniken neben Forschung und Lehre Aufgaben der Zentralversorgung wahrnehmen und sich an der Regionalversorgung beteiligen.

[482] davon je Standort 40 Betten für Neurologie, die übrigen für Akutpsychiatrie, Im Standort Schleswig davon 188 Betten für vollstationäre Behandlung und 15 Betten für teilstationäre Behandlung.
[483] die Bezeichnung in der Planung bis 1995 wurde in „Rehabilitation“ geändert.
[484] Psychiatrieplan Schleswig-Holstein 1990, Kapitel „Psychiatrische Abteilungen der Universitätskliniken“, Seite 57.

Die allgemeine Krankenhausplanung für die Jahre 1990 bis 1995 wurde vom Sozialminister im Juni 1990 vorgelegt[485]. In der Beschreibung des Planungsverfahrens wurde darauf eingegangen, dass als „Entscheidungshilfe“ im März 1986 bei der GSbG[486] ein Gutachten in Auftrag gegeben wurde. Hauptansatzpunkt für den Gutachter war die Ermittlung der nicht-medizinisch begründeten Verweildaueranteile. Trotz „grundsätzlich positiver Beurteilung“ des Gutachtens war die Landesregierung der Auffassung, dass sie in wesentlichen Bereichen den Empfehlungen des Gutachters nicht folgen konnte[487]. Die Schwerpunkte der Planung waren dagegen der Aufbau der geriatrischen Versorgung sowie der Ausbau der psychiatrischen Versorgung, dies noch einmal unterteilt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Anders als in den vorherigen Planungen wurde hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung von einer geringfügigen Zunahme der Anzahl der Einwohner Schleswig-Holstein (von 2,59 Mio. Einwohner im April 1990 auf 2,63 Mio. Einwohner Ende 1995) ausgegangen. Zurückzuführen wäre dies auf höhere Geburtenzahlen, gestiegene Lebenserwartung sowie den Zustrom von Aus- und Übersiedlern und Asylbewerbern. Der Richtwert von maximal 5,5 Betten für je 1.000 Einwohner wurde dagegen mit dem aktuellen Planungsansatz von 5,44 Betten/1.000 Einwohner nur geringfügig unterschritten. Insgesamt ergaben sich somit 14.313 Planbetten für die allgemeine Krankenhausversorgung. Die durchschnittliche Bettenauslastung variierte je nach Disziplin im Mittel bei etwa 85 %, hinsichtlich der durchschnittlichen Verweildauern wurde die Diagnosestatistik des Landes Schleswig-Holstein für das Jahr 1987 herangezogen. Inklusive der psychiatrischen Fächer und den Tageskliniken ergab sich ein Soll-Bettenbestand per 31.12.1995 von 16.750 Planbetten.

Wesentliche Veränderungen gegenüber dem Planbettenbestand per 31.12.1989 wurden für folgende Krankenhäuser geplant:

[485] Erlass des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie - IX 420 a- 401.111.44 - vom 07.06.1990, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26, Seiten 348 ff.
[486] Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen, Kiel, Geschäftsführer Prof. Hans-Heinrich Rüschmann.
[487] Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26/1990, Seite 351.

Städt. KKH	Flensburg	Streichung des Bettensolls von 41 Betten
Privatklinik Dr. Dunckelmann	Flensburg	Streichung des Bettensolls von 23 Betten
Universitätsklinikum	Kiel	Verringerung des Bettensolls von 1.572 auf 1.382 Betten
Städt. KKH	Kiel	Erhöhung des Bettensolls von 632 auf 816 Betten
Lubinus-Klinik	Kiel	Erhöhung des Bettensolls von 160 auf 174 Betten
Universitätsklinikum	Lübeck	Erhöhung des Bettensolls von 1.068 auf 1.240 Betten
Städt. KKH Süd	Lübeck	Erhöhung des Bettensolls von 364 auf 394 Betten
Städt. KKH Priwall	Lübeck	Verringerung des Bettensolls von 131 auf 100 Betten
Johanniter-KKH	Geesthacht	Erhöhung des Bettensolls von 214 auf 310 Betten
Städt. KKH	Lauenburg	Streichung des Bettensolls von 59 Betten
Kreis-KKH NF	Husum	Verringerung des Bettensolls von 308 auf 287 Betten

Kreis-KKH	Niebüll	Verringerung des Bettensolls von 205 auf 187 Betten
Krankenhaus	Breklum	Erhöhung des Bettensolls von 45 auf 57 Betten
Kreis-KKH	Oldenburg	Verringerung des Bettensolls von 220 auf 204 Betten
Kreis-KKH	Neustadt	Verringerung des Bettensolls von 192 auf 150 Betten
Kreis-KKH	Elmshorn	Erhöhung des Bettensolls von 316 auf 445 Betten
Kreis-KKH	Pinneberg	Verringerung des Bettensolls von 355 auf 332 Betten
Fachklinik Freuden-Holm-Ruhleben	Plön	Verringerung des Bettensolls von 105 auf 35 Betten
Kreis-KKH	Rendsburg	Verringerung des Bettensolls von 600 auf 586 Betten
Ostseeklinik	Damp	Erhöhung des Bettensolls von 316 auf 387 Betten
Paracelsus-Klinik	Glückstadt	Verringerung des Bettensolls von 102 auf 90 Betten
Krankenhaus	Reinbek	Erhöhung des Bettensolls von 300 auf 328 Betten

Kreis-KKH Stormarn	Bad Oldesloe	Verringerung des Bettensolls von 304 auf 286 Betten
Krankenhaus	Großhansdorf	Erstmalige Aufnahme in die Planung mit 107 Betten
Orthopäd. Klinik	Manhagen	Erstmalige Aufnahme in die Planung mit 20 Betten
Heinrich-Sengelmann Krankenhaus	Bargfeld	Erstmalige Aufnahme in die Planung mit 100 Betten

Daneben wurden erhebliche Bettenreduzierungen bei den Landeskrankenhäusern ausgewiesen, wobei anstelle der Gesamtbettenzahlen (Akutbereich, Langzeitbereich, Forensik) nur noch der Akutbereich in der Krankenhausplanung ausgewiesen wurde. Damit haben sich die Bettenzahlen für Heiligenhafen von ehemals 950 Betten auf jetzt 234 Betten, für Neustadt von 1.020 Betten auf jetzt 214 Betten und für Schleswig von 1.120 Betten auf 228 Betten reduziert[488].

1.5.3. Zusammenfassung / Analyse (1987 – 1990)

Die Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein der Jahre 1987 bis 1990 stand im politischen Umfeld zunächst der sogenannten Barschel-Affäre, des sich anschließenden Regierungswechsels von einer CDU-geführten Regierung hin zu einer absoluten Mehrheit der SPD sowie der Veränderungen in der DDR bis hin zur Wiedervereinigung im Oktober 1990.

Unabhängig von diesen übergeordneten Themen standen im Bereich der allgemeinen Gesundheitspolitik die Kostenproblematik, das Thema AIDS, die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung, die erwartete „Ärzteschwemme“, die daraus resultierende Einführung des Arztes im Praktikum (AiP) und die Drogenbekämpfung im Vor-

[488] Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Übersicht in den Krankenhausplan aufgenommener Krankenhäuser, Nr. 26/1990, Seite 356.

dergrund. Im Bereich des Krankenhaussektors waren neben der Kostenentwicklung im Krankenhaus die Erstellung des sogenannten Rüschmann-Gutachtens, die Vorlage eines Gutachtens über die Wirtschaftlichkeit der Universitätsklinika Kiel und Lübeck sowie die sich anschließende Krankenhausplanung des Landes wesentliche Eckpunkte innerhalb dieses Zeitabschnitts.

Das Thema AIDS rückte ab 1987 mit diversen Veröffentlichungen in Fachzeitschriften deutlicher als im zuvor betrachteten Zeitabschnitt in den Blickpunkt. Dabei wurden nicht nur die rein medizinischen Aspekte betrachtet, sondern auch psychosozialen Belange der betroffenen Personen und des Umfeldes. Es wurden entsprechende Beratungsstellen eingerichtet, die sich in Kiel zu einem AIDS-Arbeitskreis zusammengeschlossen hatten, um Daten zusammenzutragen und Behandlungsmöglichkeiten zu vermitteln[489]. Zwar war AIDS ein nicht nur bundesweites sondern sogar weltweites Thema, dennoch erfolgte die o.g. Berichterstattung und die Einrichtung der Beratungsstellen innerhalb des Landes Schleswig-Holstein. Akteure waren insbesondere die Ärzteschaft, die Universitäten und die Kommunen des Landes.

Erneut wurde auch im Jahr 1987 über die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung diskutiert. Besonders die Nachsorgephase müsse gemäß des Sozialministeriums in gemeindenahen Versorgungssystemen, wie Wohnheimen, Wohngemeinschaften, Tagesstätten und ähnlichem, erfolgen. Jedoch fehlte gerade für die Nachsorgephase die gesetzliche Grundlage, so dass diese von den finanziellen Möglichkeiten der örtlichen Sozialhilfeträger abhinge[490]. Etwa zur gleichen Zeit schrieb der Ärztliche Direktor des Landeskrankenhauses Heiligenhafen einen Fachbeitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, worin dargestellt wurde, dass die Randlage des Landeskrankenhauses ein Nachteil innerhalb des Versorgungsgebietes sei und eine stärker dezentral orientierte Vollversorgung notwendig wäre[491]. Seitens des Landes wurden Gespräche mit Kommunen geführt, jedoch bis zu diesem Zeitpunkt ohne erkennbare Ergebnisse.

---

[489] Beitrag „AIDS-Arbeitskreis in Kiel gegründet“ im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Autor: Sigurd R. Junge, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kiel, Ausgabe 05/1987, Seiten 310 ff.
[490] Vermerke – IX 560 – vom 29.05.1987 sowie IX 413 a vom 04.06.1987 zur Vorbereitung eines Gesprächs zwischen der Sozialministerin und den Sozialdezernenten der kreisfreien Städte, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[491] Beitrag „Psychiatrie und psychosoziale Versorgung aus der Sicht des Landeskrankenhauses Heiligenhafen“, Autor: Dr. Andreas Kernbichler, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Heiligenhafen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1987, Seiten 616 – 620.

Nach der Phase des Ärztemangels in den 70er Jahren wurde nun erstmalig eine zu erwartende „Ärzteschwemme“ thematisiert[492]. Um Arbeitsplätze für nachrückende junge Ärzte zu schaffen, wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung eine Ausscheidensprämie für ältere Ärzte beschlossen. Allerdings war innerhalb der Fachrichtungen die Zahl der Praxisgründungen unterschiedlich. So war die Zahl der Allgemeinärzte insgesamt rückläufig, wogegen die Zahl der Fachärzte sogar stärker angestiegen war, als im Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus war in Ballungsräumen ein deutlich stärkerer Zugang von Ärzten als in ländlichen Gebieten zu verzeichnen. Der Anteil der Gemeinschaftspraxen an den Praxisgründungen in Schleswig-Holstein hatte sich in den vergangenen Jahren deutlicher als im Bundesdurchschnitt erhöht. Die Rahmenbedingungen für die Gründung von Gemeinschaftspraxen wurden von der Landesregierung – wie bereits im Zeitabschnitt zuvor – mit unterschiedlichen Maßnahmen (Kredite, Grundstücke etc.) unterstützt. Die darüber hinausgehende Steuerung des ambulanten Versorgungsbereiches oblag der Selbstverwaltung der Ärzte. Eingriffe in die Selbstverwaltung der Ärzte sind seitens der Landesregierung nicht ersichtlich.

Im Jahr 1988 wurde bundesweit verbindlich der Arzt im Praktikum (AiP) eingeführt, um damit eine Entspannung auf dem Arbeitsmarkt für Ärzte herbeiführen zu können[493]. Ein Problem zu dieser Zeit war die Einrichtung entsprechender Stellen für AiP´s. Das galt besonders für die Krankenhäuser, weil dort der überwiegende Anteil der Absolventen tätig werden sollte. Die zwischenzeitlich neue Landesregierung kritisierte die Einführung der AiP´s, musste allerdings diese Regelung, da sie auf Bundesrecht basierte, mittragen und umsetzen[494].

Auch das Thema Drogenhilfe wurde von der neuen SPD-Landesregierung weiterverfolgt. So war das Sozialministerium vom Landtag gebeten worden, einen Drogenhilfeplan zu erstellen, in dem die Drogenproblematik des Landes sowie die bisherigen

[492] Beitrag „Ausscheidensprämie und Arztzahlentwicklung“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1988, Seiten 212 – 214.
[493] Beitrag „Der Arzt im Praktikum kommt – Bereitstellung von Plätzen ist dringend erforderlich“, Autor: Winfried Reckers, Niedersächsisches Sozialministerium, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988.
[494] Beitrag „Erste gesundheitspolitische Vorstellungen der Landesregierung“, Autor: Claus Möller, Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988, Seiten 537 - 539

Hilfsangebote einschließlich eines medikamentengestützten Therapiekonzeptes, beschrieben und aufgenommen werden sollten[495]. Die entsprechende Tätigkeit innerhalb des Sozialministeriums sollte durch die Schaffung eines eigenständigen Referates für Drogenarbeit neu geregelt werden. Zusätzlich sollte die Stelle eines Landesdrogenbeauftragten neu besetzt werden.

Im August 1988 wurde das im Jahr 1986 von der damaligen CDU-Regierung in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhausplanung veröffentlicht[496]. Hintergrund der damaligen Auftragsvergabe war das scheinbar bis dahin nicht sachgerechte Verfahren der Krankenhausplanungen. Das Gutachten basierte schwerpunktmäßig auf mathematischen Ermittlungen und Beweisführung zuvor aufgestellter Thesen. Wesentlicher Bestandteil des Gutachtens war die Ermittlung nicht-medizinisch induzierter Verweildauern mittels der Verweildaueranalyse. Hierzu wurden hinsichtlich der Diagnosen, Art und Anzahl der Nebendiagnosen etc. möglichst vergleichbare Patientengruppen gebildet und einer krankenhausvergleichenden Analyse unterzogen. Daraus abgeleitet wurden die künftigen Krankenhausbedarfe als Grundlage der Krankenhausplanung des Landes. Ermittelt wurde so ein möglicher bzw. notwendiger Bettenbau von insgesamt rd. 1.500 Betten innerhalb des Landes Schleswig-Holstein. Die neu gewählte SPD-Landesregierung wollte dem sogenannten Rüschmann-Gutachten jedoch nicht folgen und beabsichtigte daher, vor dem Treffen von Entscheidungen mit den betroffenen Krankenhäusern und Krankenhausträgern in einen Diskussionsprozess einzutreten[497]. In der Folgezeit ergab sich dann auch eine teils sehr kontrovers geführte Diskussion. So wurde unter anderem kritisiert, dass eine Verringerung der Krankenhausverweildauern eine Verschiebung von Kostenbestandteilen vom stationären in den ambulanten Bereich nach sich zöge[498]. Nach diesem Diskussionsprozess vertrat die Landesregierung die Auffassung, dass zwar ein Bettenabbau notwendig sei, jedoch anstelle der von Rüschmann vorgeschlagenen 1.500 Betten „nur“ noch von 527 Betten[499].

---

[495] Schreiben des Sozialministeriums – IX 413 – an Frau Bettina Karsch, JUSO AG, Eckernförde, vom 05.04.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[496] Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein, Autoren: Hans-Heinrich Rüschmann, Reinhold Thode, Volker Schultz und Christian Rothering, Herausgeber; GSbG, Kiel, 1988.
[497] Beitrag „Kiel schiebt Krankenhausentscheidung auf“ im Flensburger Tageblatt, 04.08.1988, entnommen aus Schleswig-Holsteinischem Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988, Seiten 514+515.
[498] Beitrag „Das Kieler Modell – ein X für ein U?“, Autor; Prof. Dr. Jobst Sievers, Anatomisches Institut der CAU zu Kiel, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1989, Seiten 341 – 342.
[499] Informationsbroschüre der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, verantwortlich: Dr. Ratschko und Frau Dr. Breindl, Stand 10.10.1989.

Im Juni 1989 erfolgte die Vorlage eines bereits 1983 vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Universitätsklinika Kiel und Lübeck[500]. Von den Gutachtern wurden unter anderem Mängel in den Rechnungswesen sowie den Personal- und Leistungsstatistiken der Klinika festgestellt. So wurden von den zuvor von den Klinika eigenständig ermittelten Selbstkosten Kostenanteile für partielle personelle Überbesetzungen, für Unwirtschaftlichkeiten, für Forschung und Lehre und für den Ambulanzbereich abgezogen. Trotz dieser Kostenabsetzungen wurde von den Gutachtern für das Jahr 1982 ein höherer allgemeiner Pflegesatz ermittelt, als zuvor in Ansatz gebracht wurde. Unter Berücksichtigung der nahezu 500.000 Berechnungstage nur für das Universitätsklinikum Kiel und der Folgewirkungen auf die Jahre 1983 bis 1989 ergab sich hieraus eine nachträgliche Forderung gegenüber den Krankenkassen in Höhe von etwa 27,9 Mio. €. Für das Universitätsklinikum Lübeck ergab sich eine Forderung in ähnlicher Größenordnung. In der Folge scheiterten die Pflegesatzverhandlungen des Jahres 1989 trotz Einschaltung der Schiedsstelle an diesen Forderungen[501]. Die Krankenkassen wandten sich direkt an das Wissenschaftsministerium mit dem Ergebnis, dass die zusätzlichen Forderungen zu gleichen Teilen auf die Krankenkassen und das Land aufgeteilt wurden. Dies wiederum hatte zur Folge, dass als Ausgleich für die verminderten Zahlungen der Krankenkassen die vom Land an die Universitätskliniken zu zahlenden sogenannten Trägerkosten angehoben wurden und sich die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen verminderten bzw. der Anstieg entsprechend begrenzt wurde. Die nachhaltigen Folgewirkungen hieraus werden erst bei der Umstellung des Finanzierungssystems auf DRG´s ab dem Jahr 2003 deutlich.

Im Juni 1990 wurde vom Sozialministerium die allgemeine Krankenhausplanung für den Zeitraum bis 1995 vorgelegt[502]. Trotz grundsätzlich positiver Beurteilung des Rüschmann-Gutachtens vertrat die Landesregierung die Auffassung, dass sie in wesentlichen Punkten *nicht* den Empfehlungen des Gutachters folgen könne. Die Schwerpunkte der Planung waren der Aufbau der geriatrischen Versorgung sowie

[500] Gutachten der Treuarbeit AG, Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft, Kiel, vom 12.06.1989.
[501] Quelle: Mündliche Auskunft des damaligen Verwaltungsdirektors des Universitätsklinikums Kiel, Manfred Baxmann, vom 27.05.2011.
[502] Erlass des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein – IX 420 a – vom 07.06.1990, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26/1990, Seiten 348 ff.

der weitere Ausbau und die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung. Ausgewiesen wurde in der Planung eine deutliche Verminderung des Bettenbestandes, welche jedoch insbesondere durch die Herausnahme der Langzeitbereiche und der Forensik der Landeskrankenhäuser aus der allgemeinen Krankenhausplanung erreicht wurde.

1.6. Zeitabschnitt 1991 – 1995

1.6.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Der Beginn des Jahres 1991 stand immer noch unter dem Einfluss der Entwicklung im Zusammenhang mit der deutschen Wiedervereinigung. Das Land Schleswig-Holstein hatte Mittel bereitgestellt, um den Auf- und Umbau der Infrastruktur besonders in Mecklenburg-Vorpommern entsprechend zu fördern und zu begleiten. So hatte sich beispielsweise die Anzahl der in Mecklenburg-Vorpommern niedergelassenen Ärzte im Zeitraum von Anfang 1990 bis Anfang 1991 von ehemals 50 auf dann 700 Ärzte entwickelt. Allerdings wurden zum gleichen Zeitpunkt bereits auch kritische Stimmen laut, da zwar in den neuen Ländern mit großem Engagement eine enorme Entwicklung in Gang gesetzt werden konnte, in den alten Ländern jedoch die bestehenden Probleme zunächst verdrängt, hinten angestellt, oder gar nicht gelöst wurden. Ein Beispiel hierfür war die Frage der Neugliederung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein[503].

Berichtet wurde im Januar 1991 von jungen Ärzten über Erfahrungen der Mitte 1988 eingeführten zusätzlichen Ausbildungsphase des Arztes im Praktikum (AiP). Als schwierig wurde es von Absolventen des Medizinstudiums angesehen, entsprechende Arbeits- bzw. Ausbildungsplätze in Krankenhäusern zu erhalten. In einem Fall orientierte sich eine Ärztin vom Krankenhaus weg zu einer Gemeinschaftspraxis, in einem anderen Fall wurde es von einem Arzt als sehr positiv beschrieben, „relativ zeitnah“ nach dem Examen eine AiP-Stelle zu erhalten zu haben. Insgesamt fügten sich die Absolventen diesem Ausbildungsschritt, obgleich ihnen bewusst war, dass das

[503] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Beitrag „Zum Jahresanfang 1991“, Autoren: Dr. Ingeborg Retzlaff, Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie Dr. Eckhard Weisner, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Ausgabe 01/1991, Seite 3.

hierfür vordergründig genannte Ziel, eine Verbesserung der Ausbildung, nicht unbedingt der Wahrheit entsprach. Akzeptiert wurden von den Absolventen ebenfalls die damit auferlegten Einschnitte in die Gehaltsstruktur. Allerdings erfolgte ebenso ein Vergleich mit anderen Studiengängen, wie z.B. einem Lehramtsstudium. Im Vergleich dazu waren die Berufsaussichten trotz der AiP-Phase als positiv bezeichnet worden[504].

Im Februar 1991 hielt der Sozialminister eine Grundsatzrede zu den Themen „Soziale Probleme des Alters“ sowie „Pflegefall-Versicherung“[505]. Er hatte darin deutlich gemacht, dass es zwar *viele* ältere Menschen gäbe, die auf verschiedene Art und Weise Hilfe bräuchten, diese Aussage aber auf *alle* älteren Menschen übertragen bzw. verallgemeinern zu wollen, wäre ein falscher und unzutreffender Ansatz. Derzeit würde Seniorenpolitik immer noch vorrangig unter den Aspekten „Betreuung und Versorgung“ beschrieben, was für die älteren Menschen jedoch eine Form der Entmündigung bedeuten würde. Ausgeführt wurde, dass beispielsweise von den 60 bis 70jährigen Menschen des Landes 98 % weder pflegebedürftig seien noch in Heimen lebten, für die Altersgruppe der 70 bis 80jährigen wären dies noch 89 %. Wichtig wäre, dass die langsam älter werdenden Menschen nicht *plötzlich* zu den „Alten“ gehörten, nur weil sie beispielsweise aus dem Berufsleben ausscheiden würden. Es sollten in der gesamten Gesellschaft mehr die mit älteren Menschen verbundenen Chancen gesehen werden, als dass diese ausschließlich als Versorgungsobjekte betrachtet würden.

Auch die Politik selber müsse dem gemäß Jansen Rechnung tragen, in dem sie nicht *für* ältere Menschen gemacht würde, sondern *mit* älteren Menschen. Zitiert wurde aus einer vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Untersuchung, bei der festgestellt wurde, dass die zunehmende Lebenserwartung insgesamt zentrale gesellschaftspolitische Fragen der Zukunft mit sich bringen würde. Zentrales Anliegen der älteren Menschen sei es, ihre Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten oder zu stärken. Diese Selbständigkeit drücke sich insbesondere darin aus, dass die älteren Menschen so lange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung leben möchten. Um

[504] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, verschiedene Beiträge über die Tätigkeit als Arzt im Praktikum, Ausgabe 01/1991, Seiten 17 ff.
[505] Rede des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Herrn Günther Jansen (SPD), am 05.02.1991 vor der Parlamentarischen Gesellschaft Schleswig-Holstein. Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1991, Seiten 7 – 14.

diesem Anliegen nachkommen zu können, müssten verschiedene Rahmenbedingungen geschaffen bzw. verstärkt werden.

Gemäß Jansen müssten die ambulanten Dienste weiter ausgebaut werden; vor allem würde es sich dabei um eine zahlenmäßige Verstärkung handeln. Betroffen hiervon wären hauptsächlich die Berufe der Gemeindekrankenpflege und der Altenpflege. Aber auch die sogenannten ergänzenden ambulanten Dienste, wie Einkaufsdienste, Essen auf Rädern etc., müssten verstärkt angeboten werden. Wichtig wäre zudem, dass auch schwerstpflegebedürftige Menschen weitgehend zu Hause gepflegt werden könnten. Dies erfordere jedoch eine hohe Qualifikation und Weiterbildung sowie eine psychologische Betreuung der Pflegenden, gerade deshalb, weil Menschen auf dem „Weg in den Tod“ begleitet würden. Daneben müssten die technischen Möglichkeiten, wie z.B. die Hausnotrufsysteme ausgeschöpft werden, da diese sowohl den pflegebedürftigen Menschen als auch den pflegenden Angehörigen eine Sicherheit böten, wodurch wiederum die Patienten länger in ihrer Wohnung betreut werden könnten. Diskutiert wurde auch der Ausbau der Kurzzeitpflege. Hierdurch wäre es möglich, die pflegenden Angehörigen möglichst unbürokratisch und zeitlich befristet, z.B. für Urlaub oder auch bei eigener Krankheit, zu entlasten. Dies würde die Bereitschaft zur Pflege innerhalb der Familie erhöhen bzw. erhalten. Das gleiche gelte auch für die Tagespflege, bei der die älteren Menschen tagsüber eine professionelle Betreuung erfahren und nur nachts und am Wochenende zu Hause gepflegt werden müssten. Schließlich sollten Konzepte über das altersgerechte Wohnen entwickelt werden, wobei „Wohnen“ und „Betreuen“ zusammen gedacht und organisiert werden müssten.

Ausgeführt wurde von Jansen auch, dass Kosten der Pflege, die, sofern diese außerhalb der Familie stattfinden würde, in der Regel sehr hoch seien. Die Folgen wären die oft von den älteren Menschen als unwürdig empfundene Inanspruchnahme der Sozialhilfe und damit auch eine Belastung der Länder, Kreise und Kommunen mit den Pflegekosten. Vorgeschlagen wurden daher eine verstärkte private Eigenvorsorge, ein steuerfinanziertes Pflegegesetz als Leistungsgesetz des Bundes sowie eine gesetzliche Pflegeversicherung, die neben den bestehenden Sozialversicherungsbereichen Arbeitslosen, Kranken- und Rentenversicherung aufgebaut werden sollte. So hätten z.B. die SPD-geführten Länder, federführend Nordrhein-Westfalen

und Schleswig-Holstein, mit der SPD-Bundestagsfraktion bereits ein Konzept für die Pflegeversicherung erarbeitet. Die Eckpunkte hierfür waren insbesondere:

- Konzeption der Pflegeversicherung als eigenständiges Buch des Sozialgesetzbuches,
- Pflichtversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung, einschließlich der hier lebenden Ausländer,
- Versicherungspflicht für alle hier lebenden Menschen, das heißt auch für Selbständige, Beamte und Sozialleistungsempfänger,
- die Finanzierung analog zu den anderen Bereichen der Sozialversicherung, das heißt, die Finanzierung der Beiträge zu je 50 % durch die Versicherten und durch die Arbeitgeber bzw. Sozialleistungsträger,
- nichterwerbstätige Familienmitglieder sollten beitragsfrei mitversichert werden.

Für den zweiten dieser Lösungsvorschläge, ein steuerbasierendes Pflegegesetz des Bundes, wurde die Einschätzung abgegeben, dass dieses derzeit nicht realisierbar wäre. Die Pflegeversicherung hingegen würde bereits bundesweit diskutiert, auch der Bundessozialminister hätte schon ein entsprechendes Konzept vorliegen, so dass die Zustimmung der Regierungskoalition als grundsätzlich gegeben angesehen werden könnte[506]. Es wurde aber dafür geworben, die Entscheidung für eine Pflegesatzversicherung möglichst zeitnah und unabhängig von den Kosten der deutschen Einheit zu treffen.

Im November 1991 fand eine emotional geführte Sitzung der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein statt. Thematisch ging es darin insbesondere um die künftige Konzeption der hausärztlichen Versorgung sowie um das Verhältnis der Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein[507]. Bezüglich der Finanzierung der Hausarzttätigkeiten gab es unterschiedliche Auffassungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen, besonders den Ersatzkassen. Diese wollten mittels Konzentration von medizinischen Geräten und hochspezialisierten Leistungen sowie der Unterbindung des freien Zu-

[506] Die Einführung der Pflegeversicherung erfolgte in Stufen zum 01.04.1995 bzw. 01.07.1996 für die häusliche Pflege bzw. die stationäre Pflege. Quelle: § 1 Abs. 5 Sozialgesetzbuch XI.
[507] Bericht zur Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung vom 13.11.1991, Autor: Dr. Bodo Kosanke, Bad Segeberg, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 12/1991, Seiten 10 – 15.

gangs von Kassenpatienten zu den Fachärzten das Ziel der Kostenminderung erreichen. Hierbei wurde von der Ärzteschaft befürchtet, dass letztendlich weniger Patienten die Fachärzte aufsuchen würden, was Konsequenzen auf die Vergütung bzw. Honorarentwicklung für die Fachärzte hätte. Bestimmte Facharztrichtungen, wie besonders die Kinderärzte oder die Internisten, würden jedoch aufgrund der Aufgabenstellung einen besonders hohen Anteil an Grundleistungen erbringen, für die dann die finanziellen Konsequenzen besonders deutlich ausfallen würden. Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde daher ein Konzept erarbeitet, welches vorsah, dass, sofern sich mindestens 35 % der Honorarforderungen eines Arztes auf Grundleistungen bezögen, dieser sich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung als Hausarzt deklarieren könne. Damit würde er Anspruch auf eine Pauschalvergütung pro Patient erhalten. Die Ausnahme wären bestimmte beispielsweise apparativ gestützte Leistungen, die gesondert vergütet und daher aus der Pauschale herausfallen würden. In der Diskussion zeigte sich jedoch, dass zu diesem Konzept noch erhebliche Unsicherheiten und Informationsdefizite bestanden, so dass zunächst kein Beschluss gefasst wurde.

Im Januar 1992 befasste sich der Sozialausschuss des Landtages mit der Häufung von Leukämiefällen in der Umgebung von Kernenergieanlagen. Die Landesregierung legte hierzu einen Bericht vor. So wurde gemeinsam mit dem Land Niedersachsen eine sogenannte Fachbeamtenkommission gegründet, welche sich ausschließlich mit dem Thema Radioaktivität befasste und zwar insbesondere mit deren Emissionen. Ziel der Untersuchungen war es, die Belastungen für die Umgebung zu ermitteln. Aus Sicht des Sozialministeriums wären die Emissionen durch Abluft oder Abwasser jedoch unauffällig und gäben keinen Hinweis auf Leukämieerkrankungen. Ebenso wären die Messungen von Milch-, Wasser und Luftproben etc. unauffällig und lägen unterhalb der Werte, die auch abseits von Kernenergieanlagen gemessen würden[508].

Die Fortführung des Modellprogramms AIDS war im Februar 1992 Gegenstand eines Berichts der Landesregierung[509]. Danach war Schleswig-Holstein am Sofortprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung von AIDS mit sechs Modellvorhaben

[508] Auszug aus Niederschrift über die 81. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 15.01.1992, Protokoll-Nr. 12/81.
[509] Schreiben des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Günter Jansen an den Vorsitzenden des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags, Uwe Amthor vom 06.02.1992, Umdruck 12/2759.

beteiligt. Mit Hilfe dieser Modellprogramme konnten entsprechend des Berichts landesweit verschiedene Beratungs- und Betreuungsdienste aufgebaut werden. Die Förderung der Modellvorhaben erfolgte durch die Bundesregierung, war aber zum Ende 1991 ausgelaufen. Hinsichtlich der Fortführung der Beratungs- und Betreuungsangebote nach Auslaufen der Förderung wurde mitgeteilt, dass die Landesregierung die Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung eines überregionalen Angebotes, wie z.B. den Aufbau psychosozialer Betreuungskompetenz, Sozialarbeit sowie ambulanter Pflege von AIDS-Kranken geschaffen hätte. Die Maßnahmen der Modellprogramme „Psychosoziale Beratungsmaßnahmen“ sowie „Vorbeugende Seuchenhygiene und Gesundheitshilfe“ würden weiterhin unverändert fortgeführt. Die Sicherstellung der Fortführung der Tätigkeit der AIDS-Fachkräfte aus dem Großmodell der Gesundheitsämter läge seit Anfang 1992 in der Zuständigkeit der Kommunen und die Maßnahmen des Modelles „Drogen und AIDS“ würden von den bestehenden Diensten übernommen. Im Mittelpunkt der Bemühungen standen demnach der Schutz der Bevölkerung vor einer HIV-Infektion, die Beratung und Betreuung von Infizierten und Kranken sowie die Verhinderung der Ausgrenzung Betroffener. Die Bundesregierung hätte jedoch die zunächst gemachten Zusagen hinsichtlich der Förderung der Modellvorhaben nicht eingehalten und bereits zu Jahresbeginn 1992 keine Mittel mehr zur Verfügung gestellt. Ursprünglich sollten die Modellvorhaben bis einschließlich 1993 gefördert und finanziert werden.

Ebenfalls im Februar 1992 wurde dem Sozialausschuss des Landtags ein Zwischenbericht hinsichtlich eines „Medikamentengestützten Therapiekonzeptes“ vorgelegt[510]. Bereits Anfang 1989 hatte demnach der Landtag beschlossen, ein solches Therapiekonzept einzuführen[511]. Vorrangiges Ziel dieses Projektes war es, drogenabhängige Menschen mit Hilfe von Drogensubstituten von der Drogensucht zu befreien sowie eine gesundheitliche Stabilisierung dieser Menschen zu erreichen. Herausgestellt wurde in dem Landtagsbeschluss dabei insbesondere, dass es sich um einen konkret definierten Personenkreis handeln und die Ausgabe der Ersatzdrogen unter ärztlicher Aufsicht erfolgen sollte. Das Therapieprojekt sollte zudem erst dann in die Um-

[510] Auszug aus der Niederschrift der 83. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 12.02.1992 (Protokoll-Nr. 12/83) sowie Zwischenbericht über ein „Medikamentengestütztes Therapiekonzept zur Vorlage für den Sozialausschuss, Umdruck 12/2766.
[511] Gemeinsamer Antrag der Faktionen der SPD, CDU sowie des Abgeordneten Karl Otto Meyer (SSW) zur Situation Opiatabhängiger und zusätzliche Möglichkeiten der Hilfe vom 30.01.1989, Drucksache 12/191.

setzungsphase gehen, wenn eine psychosoziale Betreuung sowie entsprechende Therapieplätze sichergestellt bzw. angeboten werden könnten. Ebenfalls sichergestellt sein sollte die entsprechende Infrastruktur, wie z.B. die Versorgung des Personenkreises am Wochenende oder im Krankheitsfall. Und es sollte eine wissenschaftliche Begleitung des Projektes erfolgen. Nach Schaffung der Voraussetzungen wurde im Jahr 1990 ein Vertrag zwischen den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer, sonstigen beteiligten Verbänden und dem Land Schleswig-Holstein für eine Modellphase für die Zeit vom 01.04.1990 bis 31.03.1993 geschlossen[512]. Bis einschließlich Januar 1992 wurden insgesamt 70 Anträge auf Aufnahme in das Therapieprojekt gestellt, von denen 55 Anträge von einer Sachverständigenkommission befürwortet wurden, von denen wiederum 36 Betroffene die Behandlung aufgenommen hatten. Vom Sozialministerium wurde dieses Therapiekonzept im Zwischenbericht als dringend erforderlich bewertet. Nach anfänglichen Schwierigkeiten hätte sich die Akzeptanz bei den Betroffenen erhöht. Es zeigte sich demnach die Notwendigkeit, den Anwendungsbereich zu erweitern. Hierzu sollten ab Frühjahr 1992 in weiteren Städten und Kreisen des Landes zusätzliche Planstellen für die weitere Umsetzung des Konzeptes zur Verfügung gestellt werden.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1992 wurde verstärkt über den Fortbestand und die Weiterentwicklung spezieller Lehrangebote für den Bereich der Allgemeinmedizin nachgedacht. Hintergrund war zum einen, die Kompetenz der zukünftigen Ärzte in der Primärversorgung zu erweitern, aber auch die Attraktivität der Hausarzttätigkeit gerade für Universitätsabsolventen zu steigern. Bereits im Jahr 1977 wurde daher modellhaft ein entsprechender Kurs an der damaligen Medizinischen Akademie zu Lübeck eingerichtet, welcher die Arbeitsweise und Denkformen in der Allgemeinmedizin möglichst wirklichkeitsnah darstellen sollte[513]. Die Teilnahme der Studenten hieran war zunächst freiwillig. Trotz der als positiv beschriebenen Unterrichtsergebnisse konnte jedoch nur wenigen Studenten die Tätigkeit als Allgemeinmediziner so nahe gebracht werden, dass diese sich für dieses Berufsziel entschieden hätten. Als besonders hinderlich bezeichnet wurde dabei die „akademische Nachrangigkeit“ der Allgemeinmedizin gegenüber den anderen ärztlichen Fachrichtungen. Im Februar

[512] Anlage 1 des Zwischenberichtes über ein „Medikamentengestütztes Therapiekonzept“, Umdruck 12/2766.
[513] Beitrag „Lübecker Modell des Kurses Allgemeinmedizin“, Autor: Dr. Diedrich Dieckhoff, Medizinische Universität zu Lübeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1992, Seiten 19 – 21.

1988 wurde daher von der Ärztekammer ein Ausschuss zur „Verbesserung der hausärztlichen Versorgung“ ins Leben gerufen, welcher wiederum Anfang 1991 eine Planungsgruppe „Lehrstuhl für Allgemeinmedizin“ unter Vorsitz von Prof. Beske berief. Weitere Mitglieder der Planungsgruppe waren der Kanzler der Medizinischen Universität zu Lübeck sowie drei weitere Klinikdirektoren insbesondere der Universitätskliniken Kiel und Lübeck. Auftrag der Planungsgruppe war es, die personellen und finanziellen Bedingungen für die Einrichtung des Faches Allgemeinmedizin an *einer* der beiden Universitätskliniken zu erarbeiten[514].

Festgestellt wurde von der Planungsgruppe, dass es zu diesem Zeitpunkt in den alten Ländern an insgesamt sechs Universitäten Einrichtungen für Allgemeinmedizin gab bzw. diese geplant waren, welche allerdings hinsichtlich der personellen und finanziellen Ressourcen unterschiedlich ausgestattet waren. Im Ergebnis hatte die Planungsgruppe vorgeschlagen, dass eine Professur im Rahmen einer Lehrpraxis eingerichtet werden sollte, die sich außerhalb des Klinikums, jedoch in Nähe des Klinikbereiches befinden sollte[515]. Ein Kriterium für diesen Vorschlag war, dass diese Lehrpraxis das gleiche Patientengut behandeln müsste, wie dies in einer Allgemeinpraxis üblich wäre. Vorgeschlagen wurde daher, dass Räumlichkeiten außerhalb des Klinikums bereitgestellt werden sollten. Weitere Voraussetzungen waren insbesondere die unbeschränkte Zulassung des Einrichtungsleiters für eine kassenärztliche Allgemeinpraxis sowie der Erhalt einer Weiterbildungsermächtigung für die Praxis. Unter Berücksichtigung der zu erwartenden Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit wurde je nach Ausstattung der Lehrpraxis von einem laufenden Finanzierungsbedarf von rd. 150 T€ pro Jahr ausgegangen. Als mögliche Finanzierungsmodelle wurden grundsätzlich eine staatliche Finanzierung sowie eine Stiftungsfinanzierung entwickelt, wobei eine Stiftungsprofessur aufgrund des Verfahrens zur Einrichtung nicht kurzfristig umsetzbar wäre. Die endgültige Etablierung der Lehrpraxis würde jedoch nach Auffassung der Planungsgruppe einen Zeitraum von mindestens fünf, wahrscheinlich aber 15 Jahren in Anspruch nehmen.

[514] Beitrag „Lübecker Modell des Kurses Allgemeinmedizin“, Autor: Dr. Diedrich Dieckhoff, Medizinische Universität zu Lübeck Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1992, Seite 21, Abs. 2.
[515] Beitrag „Vorschlag der Planungsgruppe Lehrstuhl für Allgemeinmedizin“, Autoren: Fritz Beske, Wolf-Dieter von Detmering, Ulrich R. Fölsch, Klaus Jork, Hilko Weerda, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/1992, Seiten 15 – 21.

Ende 1992 fand erneut eine ordentliche Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein statt[516]. Von der Ärzteschaft wurden dabei die Sorgen und Befürchtungen im Zusammenhang mit dem geplanten Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zum Ausdruck gebracht. Demnach ging es bei diesem Gesetzesvorhaben seitens der Bundesregierung ausschließlich um Kostenbegrenzung, ohne dass Rücksicht auf den Berufsstand der Ärzte genommen worden wäre. Die Argumente der Ärzteschaft wären zwar zur Kenntnis genommen, aber nicht im Gesetz berücksichtigt worden. Das Gesetz würde schwere Einschränkungen der Selbstverwaltung, der Tarif- und Vertragshoheit sowie eine Gefährdung der Patientenversorgung nach sich ziehen. Probleme wurden besonders darin gesehen, dass als Ausgangszeitpunkt für das Honorarbudget[517] das Jahr 1991 herangezogen werden sollte. Spätestens zum Zeitpunkt des Auslaufens der derzeitigen Honorarverträge, spätestens ab 1996, würde dies einen merklichen Rückgang der Honorare bedeuten. Daher wurde versucht, die erst im Jahr 1992 erzielten Verbesserungen der Honorierungen zumindest teilweise zu erhalten. Anders sähe es dagegen in Bayern, dem Herkunftsland des derzeitigen Bundesgesundheitsministers Seehofer aus. Dort wurden im Gegensatz dazu bereits im Jahr 1991 große Honorarfortschritte erzielt, so dass die Auswirkungen auf die Ärzte, wenn dieses Jahr als Grundlage herangezogen würde, dort nur geringfügig ausfallen würden. Benachteiligungen gegenüber anderen Ländern der Bundesrepublik wurden auch darin gesehen, dass bereits die bisherige Deckelung der Honorare in Schleswig-Holstein ohnehin nur ein im Vergleich geringeres Honorarniveau zuließ, um noch Raum bzw. Budgetanteile für weitere Praxisgründungen in strukturschwachen Gebieten zu haben. Weiterhin würde die Arzneimittelverordnung in Schleswig-Holstein über dem Bundesdurchschnitt liegen, so dass von einer Festschreibung der Arzneimittelbudgets die schleswig-holsteinischen Ärzte besonders betroffen wären. Große Sorgen bereitete den Ärzten auch die geplante weitergehende Zulassungsbeschränkung für künftige Praxiseröffnungen. Hier wurde erwartet, das sich der Unmut der abgewiesenen Ärzte, die keine kassenärztliche Zulassung erhalten hätten, zu allererst gegen die Kassenärztliche Vereinigung selbst richten würde. Angesprochen wurde daher eine mögliche Wiedereinführung der ur-

[516] Beitrag „Bericht zur Lage“, Autor: Dr. Eckhard Weisner, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 12/1992.
[517] Budgetierung der Gesamthonorare der Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung, welche das Gesamthonorar auf die Ärzte aufteilen muss. Das GSG sah dabei eine Steigerung der ärztlichen Honorare nur im Rahmen der Grundlohnsummensteigerung vor.

sprünglich im Jahr 1985 beschlossenen Ausscheidensprämie für Ärzte, die vorzeitig ihre Praxis aufgeben möchten.

In der Sitzung im März 1993 befasste sich der Sozialausschuss des Landtags mittels einer Anhörung verschiedener Sachverständiger sowie einer Diskussion erneut intensiv mit der Drogenpolitik des Landes[518]. Berichtet wurde dabei u.a. über die pharmakologischen Wirkungen illegaler Drogen, speziell Cannabis und Heroin und den daraus folgenden Notwendigkeiten zur Therapie der Betroffenen. Es wurde u.a. die These aufgestellt und hinterfragt, dass und ob der Entzug der einzig vertretbare Therapieweg sei. Die medizinische Sicht sollte dabei nicht nur die körperlichen Funktionen betrachten, denn eine Therapie würde nicht den *Ausstieg* aus der Krankheit bedeuten, sondern lediglich eine Stabilisierung des Zustandes. Es wurde von einem Sachverständigen die Befürchtung geäußert, dass durch die Substitution der illegalen Drogen z.B. durch Methadon eine Herabsetzung der Schwelle des Zugangs zu Drogen erfolgen könnte und dadurch bisher nicht vorhersehbare Entwicklungen in Gang gesetzt werden könnten. Gewarnt wurde auch davor, dass niedergelassenen Ärzten die Aufgabe der Substitution der Drogen übertragen würde, denn sie könnten die Abhängigen nicht so kontrollieren, wie es bei einer stationären Behandlung der Fall wäre. Andererseits wurde die Frage gestellt, ob es nicht sinnvoll wäre, für die Betroffenen eine Wahlmöglichkeit zwischen totalem Entzug einerseits und der Substitution andererseits zu schaffen. Hingewiesen wurde in diesem Zusammenhang darauf, dass man sich an den Problemen „vorbeimogeln“ würde, wenn Substitution abgelehnt würde, insbesondere vor dem Hintergrund, dass bundesweit nicht genügend Therapieplätze zur Verfügung stünden. Aufgezeigt wurde von einem Sachverständigen auch, dass die Methadon-Substitution nur eine vorübergehende Maßnahme sein könne, sofern entsprechende therapeutische Einrichtungen nicht in erforderlichem Umfang vorhanden wären. Vorrangig wäre nach wie vor der Entzug der Drogen.

[518] Niederschrift über die 15. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 04.03.1993, Protokoll-Nr. 13/15. Anwesende Abgeordnete waren u.a. Fr. Heide Moser (SPD), Thorsten Geerdts (CDU) sowie Rüdiger Möbusz (SPD) als Vorsitzender. Vortragende Sachverständige waren u.a. Dr. Klaus Behrendt, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg, sowie Dr. Carsten Alsen-Hinrichs, Institut für Toxikologie des Universitätsklinikums Kiel.

Die CDU-Fraktion legte im März 1993 aus der Opposition heraus einen Entwurf eines Haushaltsstrukturgesetzes vor[519]. Der Artikel 11 des Gesetzentwurfs betraf die Änderung des Rettungsdienstgesetzes und wurde im Rahmen der Sozialausschusssitzung im April 1993 behandelt[520]. Inhalt der geplanten Änderung des Rettungsdienstgesetzes war die Zulässigkeit einer etwas geringer wertigen Ausbildung der am Rettungsdienst beteiligten Personen, als dies im bestehenden Rettungsdienstgesetz vorgeschrieben war. Die Begründung der CDU-Fraktion für die Gesetzesänderung war, dass das ehrenamtliche Element innerhalb des Rettungsdienstes immer mehr zurückgedrängt würde. Die SPD-Fraktion jedoch sah mit der Verabschiedung des Rettungsdienstgesetzes aus dem Jahr 1991 deutliche Qualitätszuwächse gegenüber der vorherigen Regelung, auch bei der Kompetenz der Mitarbeiter. In der von der CDU vorgeschlagenen Gesetzesänderung sah die SPD-Fraktion dagegen einen Rückschritt in der Qualität, bei dessen Umsetzung weder das Land noch die Kommunen unmittelbar finanziell entlastet würden. Nach weiterer kontroverser Diskussion wurde dem Landtag die Ablehnung des Änderungsantrags des Rettungsdienstgesetzes empfohlen. Einige Monate später, im Oktober 1993, wurde von der FDP-Fraktion ebenfalls ein Entwurf eines Haushaltsstrukturgesetzes vorgelegt[521]. Auch hierin wurde eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes in der Weise vorgeschlagen, dass die notwendige Qualifikation der am Rettungsdienst beteiligten Personen vermindert werden sollte. Eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes auf Basis dieses Vorschlags erfolgte jedoch nicht.

Im Oktober 1993 wurde berichtet, dass es seit 1987 im Bereich der „alten Bundesländer“ zu einer unerwarteten Steigerung der Anzahl der drogen- und speziell heroinabhängigen Personen gekommen wäre[522]. So hätte sich eine dramatische Zunahme an Rauschgifttoten ergeben und auch die Behandlungsfälle in den Kliniken und Arztpraxen hätten massiv zugenommen. Dabei spielte offensichtlich aber nicht nur die Drogenabhängigkeit selbst eine Rolle, sondern auch die verbreitete Abhängigkeit von

[519] Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Haushaltsstruktur und zur mittelfristigen Vorsorge für bevorstehende Finanzierungsrisiken des Landes und der Kommunen (Haushaltsstrukturgesetz) der Fraktion der CDU des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 11.03.1993, Drucksache 13/871.
[520] Auszug aus Niederschrift der 17. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 29.04.1993, Protokoll-Nr. 13/17.
[521] Entwurf eines Gesetzes zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte und zur Dispensierung von staatlichen Leistungsverpflichtungen (Haushaltsstrukturgesetz) der Fraktion der FDP vom 11.10.1993, Drucksache 13/1386.
[522] Beitrag „Zusätzliche Gefährdung von Heroinabhängigen durch Flunitrazepam“, Autoren: Prof. Dr. Wolfgang Poser, John Koc, Ina Siegel, Karin von Samson-Himmelstjerna, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1993, Seiten 14 – 16.

bestimmten Medikamenten bzw. sonstigen chemischen Präparaten. Unter den Suchtkranken hätte der Bekanntheitsgrad bestimmter Medikamente, die entsprechend von Ärzten verschrieben wurden, ständig zugenommen. Die Hauptmotive des Konsums dieser bestimmten Medikamente waren gemäß den Autoren die Einsparung des teuren Heroins sowie die erwünschten Rauschzustände während der Methadonsubstitution.

Zu Beginn des Jahres 1994 trat die Durchführungsverordnung zum Schleswig-Holsteinischen Rettungsdienstgesetz in Kraft[523]. Hierin wurden u.a. Vorgaben für die Bewältigung von größeren Notfallereignissen gemacht. Danach waren von den Rettungsdienstträgern bis zum Ende des Jahres die Einrichtung einer technischen Einsatzleitung, die Vorhaltung von schnell verfügbarem Personal sowie die Vorhaltung von schnell verfügbarem Material zu erfüllen. Die Sicherstellung eines Leitenden Notarztdienstes erfordere jeweils eine ausreichende Anzahl Leitender Notärzte mit einer durchgehenden Rufbereitschaft, welche nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) vergütet werden müssten. Schnell verfügbares Personal wäre aus Kostengründen nur über Schnelleinsatzgruppen realisierbar. Als sinnvoll erachtet wurde zudem eine bereichsübergreifende Tätigkeit der Einsatzkräfte. Hinsichtlich des Materials müsse jedem Einsatzbereich das notwendige Basismaterial zur Verfügung stehen, kostenintensives technisches oder medizinisches Gerät sollte jedoch auf nur fünf bis sieben Standorte in Schleswig-Holstein verteilt werden. Bei der „Stationierung“ des Materials sollten soweit wie möglich die Berufsfeuerwehren in Anspruch genommen werden, da hier sowohl der Transport als auch die Wartung der Gerätschaften kostengünstig erfolgen könne.

Das Thema „Methadon“ war Inhalt eines Vortrages von Schleswig-Holsteins Sozialministerin Heide Moser (SPD) im Juni 1994 vor der Ärztekammer[524]. Demnach standen den etwa 2.300 Abhängigen von sogenannten harten Drogen in Schleswig-Holstein bislang nur etwa 50 Entgiftungsplätze in den Fachkliniken gegenüber. Diese Plätze würden gegenwärtig, d.h. in den Jahren 1994/1995, um 30 weitere Betten er-

[523] Beitrag „Der Leitende Notarzt beim Großunfall – Konsequenzen aus der Durchführungsverordnung zum Landesrettungsdienstgesetz“, Autoren: Volker Dörges, Heinz-Joachim Ehrens, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 07/1994, Seiten 20 – 21.
[524] Vortrag der Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Heide Moser (SPD), am 01.06.1994 vor der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein; Quelle: Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 08/1994, Seiten 21 – 26.

gänzt, so dass in Schleswig-Holstein dann 80 Betten bzw. Plätze für die Entgiftung Drogenabhängiger vorgehalten würden. Hinzu kämen weitere 126 Betten für stationäre Abstinenztherapie. Ausgangspunkt der Überlegungen der Landesregierung war gemäß Moser die Prämisse, dass Sucht eine Krankheit wäre, die therapierbar sei. Davon abgeleitet wurde, dass die gesundheitliche Versorgung in vollem Umfang auch für drogenkranke Menschen gelten müsse. Dargestellt wurden drei unterschiedliche Substitutionsbehandlungsangebote, die jeweils in bestimmten Phasen bzw. Schweregraden einer Drogenkrankheit zum Tragen kämen. Zum einen gab es die maximal mehrere Wochen dauernde Kurzzeit- bzw. Überbrückungsbehandlung, in welcher den Patienten eine langsam reduzierte Dosis an Drogen angeboten würde, bis diese schließlich entgiftet wären und an eine drogenfreie Therapie weitergeleitet werden könnten. Zum anderen gab es eine mittelfristige Substitutionsbehandlung, die ebenfalls darauf angelegt war, die Patienten letztendlich zur Drogenabstinenz zu führen. Während dieser Zeit sollten die Patienten ihre soziale und berufliche Rehabilitation „in Angriff nehmen“ und sich aus der illegalen Szene lösen. Unabdingbar wäre hierbei allerdings eine psychosoziale Begleitung der Patienten. Schließlich gab eine Langzeitbehandlung, welche besonders für die schwerstabhängigen Patienten zum Tragen käme, die von den bisherigen Hilfsangeboten nicht erreicht würden. Etwa 50 % der Drogenabhängigen in Schleswig-Holstein würden zu dieser Gruppe gezählt. Rückfälle wurden für diese Patientengruppe als für wahrscheinlich angesehen und waren daher ausdrücklich Bestandteil dieses Konzeptes, so dass diese keinen Ausschluss aus der Behandlung nach sich ziehen könnten. Die bisherigen Ergebnisse der Substitutionsbehandlung in Schleswig-Holstein wären weitgehend positiv zu bewerten und würden neben einer gesundheitlichen Stabilisierung eine Reduktion der Folgeerkrankungen sowie auch positive Tendenzen bei der sozialen Integration aufweisen. Hingewiesen wurde von Moser auch darauf, dass die sich diesen Therapien unterziehenden Drogenabhängigen in der Regel aus der Beschaffungskriminalität bzw. der Prostitution herausgelöst würden. Es wurde aber ebenso zum Ausdruck gebracht, dass viele Drogensüchtige trotz dieser Angebote nicht den Weg aus der Sucht in die Abstinenz finden würden.

Diskutiert wurde im Verlaufe des Jahres 1994 auch weiterhin über die Möglichkeit eines Lehrstuhles für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein[525]. Trotz seiner Verankerung in der Approbationsordnung als Hauptfach wäre das Fach Allgemeinmedizin an keiner der beiden Universitäten des Landes in geeigneter Form vertreten. Das Fach Allgemeinmedizin hätte dabei sogar besondere, nahezu ausschlaggebende Bedeutung innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung. Neben den Universitäten sähe sich auch das Land selbst nicht in der Lage, seiner „Pflicht zur Institutionalisierung" des Faches Allgemeinmedizin nachzukommen. Als Folge hiervon würden sich die Studenten auch mangels Forschungsmöglichkeiten in der Mehrzahl für eine Weiterbildung in Spezialfächern, nicht aber in Allgemeinmedizin, entscheiden, so dass im Ergebnis immer weniger Absolventen motiviert würden, eine allgemeinmedizinische Tätigkeit aufzunehmen. Es sollte auf Empfehlung des Managementausschusses eine Stiftungsprofessur eingerichtet werden, deren Finanzierung nach etwa fünf Jahren vom Land übernommen werden sollte. Zur Finanzierung der Stiftungsprofessur sollte ein Förderverein gegründet werden, welcher die Beschaffung der Mittel betreiben sollte.

Nachdem zum Jahresbeginn 1995 das Krebsregistergesetz des Bundes[526] in Kraft trat, wurde über dieses Thema im März 1995 im Schleswig-Holsteinischen Landtag debattiert[527]. Ziel des Krebsregistergesetzes war es, mittels Erhebung personenbezogener Daten über das Auftreten bösartiger Tumore eine Verbesserung der Datengrundlage zur Krebsbekämpfung zu erreichen. Die Ärzte wurden mit diesem Gesetz *berechtigt* (nicht verpflichtet), bestimmte Daten der Patienten an noch einzurichtende Vertrauensstellen zu übermitteln. Aufgabe der Länder war es, über einen Zeitraum von vier Jahren, bis Anfang 1999, flächendeckende Krebsregister einzurichten, zu führen und auch das in den jeweiligen Ländern geltende Meldeverfahren festzulegen. Die Gesundheitsministerin führte in der Landtagsdebatte aus, dass es auch aus ihrer Sicht unbedingt notwendig sei, flächendeckende Krebsregister einzurichten, wobei allerdings das Bundesgesetz in dem zentralen Punkt des Meldeverfahrens keine ausreichende Grundlage für ein funktionierendes Krebsregister darstellen würde. Denn

[525] Beitrag „Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein, Autoren Wilken Boie. Klaus Harding, Dietrich Lauterbach, Ilse Ritschl, Eberhard Schaal, Tilman Schlegelberger und Diedrich Dieckhoff, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1994, Seiten 12 – 14.
[526] Gesetz über das Krebsregister (Krebsregistergesetz – KRG) vom 04.11.1994.
[527] Auszug aus Plenarprotokoll der 88. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 31.03.1995, Protokoll-Nr. 13/88, Seiten 6.045 – 6.050.

das Bundesgesetz würde lediglich ein *Melderecht* der Ärzte bei gleichzeitigem Widerspruchsrecht der Patienten vorsehen. Nach ihrer Auffassung würde dies nicht zu verwertbaren Daten führen, sondern wäre unzureichend. Die Ergebnisse würden, sofern nur ausgewählte Daten gemeldet würden, insbesondere eine Verfälschung der Ergebnisse mit sich bringen. Expertenanhörungen zu diesem Sachverhalt hätten ergeben, dass das Meldeverfahren, so wie es im Bundeskrebsregistergesetz geregelt sei, aus diesem Grunde nicht ausreichend sei. Hier müsse jedes Land für sich abwägen, ob das gesundheitspolitische Interesse an einem funktionierenden Krebsregister mit einer hohen Erfassungsquote einerseits, oder das Recht der Patienten auf Selbstbestimmung andererseits, höher gewichtet würden. Ziel des Krebsregisters wäre jedoch die Erstellung einer ausreichenden Datengrundlage zur Ursachenforschung von Krebserkrankungen, so dass aus Sicht von Moser gerade aus diesem Grunde eine *Meldepflicht ohne Widerspruchsrecht* der Patienten erforderlich sei.

1.6.2. Krankenhaussektor (1991 – 1995)

Auch zu Beginn des Jahres 1991 wurde weiter über die künftige Ausrichtung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser diskutiert[528]. Vor dem Hintergrund der bisherigen Schritte der Landesregierung, die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung voranzutreiben, zeichnete sich für die Landeskrankenhäuser grundsätzlich eine Verkleinerung der Versorgungsgebiete ab. Allerdings wurde davon ausgegangen, dass diese Verkleinerung in langsamen Schritten erfolgen würde und dass sich durch die Neustrukturierung der psychiatrischen Versorgung sowohl die Behandlungssituation für die Patienten als auch die Arbeitssituation der Mitarbeiter in eine positive Richtung entwickeln würden. Allerdings standen bisher besonders die Akutbehandlungen im Blickpunkt, wogegen die künftige Behandlung chronisch kranker Patienten, die rd. 60 % der Belegung in den Landeskrankenhäusern ausmachten, noch nicht abschließend geregelt war. Auch für diesen Bereich waren Einschätzungen von Expertengremien[529] zu dem Schluss gekommen, dass die Behandlung dieser Patientengruppe ebenfalls ausschließlich in den jeweiligen Regionen erfolgen sollte, ohne

[528] Beitrag „Die zukünftigen Aufgaben der psychiatrischen Landeskrankenhäuser“, Autor: Dr. Andreas Kernbichler, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Heiligenhafen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 02/1991.
[529] Psychiatrie-Enquete des Bundestages 1975 sowie Expertenkommission der Bundesregierung 1988.

dass diese von den Patienten zur stationären Behandlung verlassen werden müssten. Daraus ergäbe sich allerdings, dass in den künftigen Versorgungsregionen nicht nur für akut kranke Patienten, sondern auch für chronisch kranke Patienten Behandlungskapazitäten geschaffen werden müssten.

Diese Langzeitbehandlungsbereiche könnten ebenfalls den psychiatrischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser angegliedert werden, oder es müssten in ausreichendem Umfang komplementäre Versorgungseinrichtungen, wie beispielsweise Wohngemeinschaften, betreute Wohngruppen inklusive der Beschäftigungsmöglichkeiten geschaffen werden. Notwendig wäre zudem ein Aufnahmestopp für Patienten, die nicht aus dem künftigen Versorgungsgebiet der Landeskrankenhäuser kämen und es müssten verstärkte Rehabilitationsanstrengungen unternommen werden, um die derzeitigen Langzeitpatienten auf die künftigen Einrichtungen vorzubereiten, wozu allerdings wiederum Personal benötigt würde. Eine andere Meinung[530] ging im Gegensatz zu den vorstehend genannten Experteneinschätzungen davon aus, dass die psychiatrische stationäre Versorgung analog zu den übrigen Krankenhäusern in Einrichtungen für Grund- und Regelversorgung sowie Haupt- und Schwerpunktversorgung unterteilt werden sollte, so dass auch weiterhin spezielle Aufgaben von den Landeskrankenhäusern erfüllt werden müssten.

Im März 1991 erfolgte eine Kleine Anfrage des CDU-Landtagsabgeordneten Dall´Asta zum Thema Gesundheitspolitik[531]. Konkret ging es darin um Äußerungen der SPD-geführten Landesregierung zur Gesundheitspolitik hinsichtlich der Erarbeitung und Aufstellung von Konzepten und Plänen in den fast 40 vorhergehenden Jahren, in denen die CDU in der Regierungsverantwortung stand. Danach wären der Krankenhausplan, das Aidskonzept, der Psychiatrieplan, der Drogenhilfeplan sowie ein Plan für die Ausbildung zur Altenpflege vom Sozialminister jeweils mit „Fehlanzeige“ und damit als nicht existent bezeichnet worden. Zudem hätte es gemäß Jansen kein erkennbares politisches Konzept für die Zielgruppe „ältere Menschen“ gegeben. Daher wurde konkret in der Kleinen Anfrage gefragt, ob es zuträfe, dass 1973

[530] Sondervotum von Prof. Dr. Dr. Häfner, Heidelberg, zum Kapitel „Psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen – Psychiatrische Behandlungszentren“ der Psychiatrie-Enquete des Bundestages, 1975, Drucksache 7/4200 des Deutschen Bundestages, URL: <. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/enquete1975/19-sondervotum.pdf> (Stand 09.06.2012).
[531] Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Eberhard Dall´Asta (CDU), beantwortet vom Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Drucksache des Landtages Nr. 12/1349 vom 12.02.1991.

ein Krankenhausbedarfsplan aufgestellt und veröffentlicht wurde, dass dieser Plan 1979 und 1985 fortgeschrieben worden wäre und dass die frühere CDU-Regierung bereits Anfang 1987 die Fortschreibung des Krankenhausplanes im Landtag angekündigt und mit den Vorarbeiten hierzu begonnen hätte. Gemäß Antwort des Sozialministers wurde das Wort „Fehlanzeige“ in der Presseerklärung folgerichtig verwandt, denn die Bezeichnung „Pläne“ stand nach seiner Auffassung für „umfassende, möglichst alle Teile integrierende Konzepte zur Problemlösung in den genannten Feldern der Sozialpolitik“ und ginge damit über „Vorüberlegungen, Teilaspekte und einzelne Aktivitäten“ der früheren CDU-Regierungen hinaus. Zwar wurde gemäß Jansen im Jahr 1973 ein Krankenhausbedarfsplan für das Land Schleswig-Holstein aufgestellt und 1979 fortgeschrieben, in den Jahren danach aber hätte es unter der CDU-Regierung *keine* Fortschreibung mehr gegeben. Die Veröffentlichung der Krankenhausplanung des Jahres 1986 wäre keine *Fortschreibung* mehr gewesen, sondern eine *Neufassung* des Planes unter Berücksichtigung aller eingetretenen Planungsänderungen. Die neue SPD-Landesregierung hätte sich daher gleich zu Beginn der Legislaturperiode im Jahr 1988 die Fortschreibung der Krankenhausbedarfsplanung als eine ihrer ersten Aufgaben gestellt und fristgerecht abgeschlossen. Jetzt läge für das Land Schleswig-Holstein eine Planung vor, die sehr viel detaillierter als die früheren Fachpläne sei und mit der Einrichtung geriatrischer Abteilungen und Tageskliniken, der Sicherstellung einer qualifizierten pädiatrischen Krankenhausversorgung und einer wesentlichen Verbesserung der psychiatrischen Krankenhausversorgung auch besondere Schwerpunkte gesetzt habe.

Im September 1991 folgte ein Bericht über die Entwicklung der Park-Klinik Manhagen[532]. Danach hätten die Neuregelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung der vergangenen Jahre nicht die gewünschten positiven Auswirkungen hinsichtlich der Kostenentwicklung gebracht. Die Kostenträger hätten auch bis zum damals gegenwärtigen Zeitpunkt nur sehr bedingten Einfluss auf die Entwicklung der Bettenzahlen und Fachrichtungen der Krankenhäuser gehabt. Durch das damalige Budgetrecht erfolgten keine Anreize zur Qualitätssicherung oder zur Kostensenkung, sondern im Gegensatz dazu erfolgten sogar Anreize

[532] Bericht „Park-Klinik Manhagen: „Erstmals therapiebezogene Fallpauschalen (PMC´s) in der Bundesrepublik Deutschland“, Autoren: Dr. Heiner Rüschmann sowie Dr. Christian Rotering, Gesellschaft für Systemberatung (GSbG), Kiel, veröffentlicht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt , Ausgabe 09/1991, Seiten 15 – 22.

zu längeren Liegezeiten, als diese medizinisch notwendig gewesen wären. Teure Behandlungen konnten demnach nur durch eine erhöhte Anzahl von Pflegetagen, d.h. einen verlängerten Krankenhausaufenthalt der Patienten, finanziert werden. Der Grund hierfür waren die in der Regel hohen Kosten zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes (Untersuchungen, Operation) und die demgegenüber verhältnismäßig geringen Kosten zum Ende des Krankenhausaufenthaltes bei gleichzeitiger linearer Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze. Weiterer Baustein auf dem Weg zur Park-Klinik Manhagen war das Ergebnis der Krankenhaus-Bedarfsanalyse aus dem Jahr 1988, welches unter anderem aussagte, dass in Schleswig-Holstein eine deutliche Unterversorgung an Krankenhausbetten für den Fachbereich der Orthopädie bestünde und sich zu dieser Zeit keines der bestehenden orthopädischen Betten im Kreis Stormarn befände. Von den jährlich knapp 2.000 orthopädischen Patienten wandere daher ein Großteil in Krankenhäuser des benachbarten Hamburgs ab; hinzu kam der ausdrückliche Wunsch der Landesregierung nach einer „ortsnahen, bürgernahen und dezentralen“ Krankenversorgung.

Gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Sozialministerium wurde daher ein Finanzierungsmodell entwickelt, welches mittels diagnose- und therapiebezogener Fallpauschalen einer Verweildauerreduzierung um 70 % erwarten ließ. Als Ziele formuliert wurden die Steigerung der Leistungsqualität insbesondere bedingt durch Leistungsanreize sowie Kostensenkungen, zum einen durch eine deutliche Verringerung der Investitionskosten und zum anderen durch Verringerung der laufenden Kosten, beide Sachverhalte hauptsächlich bedingt durch die angestrebte Verweildauerkürzung. Weiterhin wurde eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten angestrebt, um so die starre Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich aufzuheben, ohne allerdings negative Auswirkungen auf die Struktur der Gesamtvergütung der Ärzte vorzunehmen. Das Konzept sah weiterhin eine schnellstmögliche Re-Mobilisation der Patienten mit dem Ziel einer möglichst zeitnahen Rückkehr in ihren häuslichen Bereich vor.

Die GSbG stellte sich für die Durchführung des auf drei Jahre veranschlagten Modellversuchs als Trägergesellschaft zur Verfügung. Mit Hilfe von Mitteln der Landesregierung und besonderer Unterstützung auch durch den Gesundheitsminister Jan-

sen wurden so die Voraussetzungen für eine zweite Klinik in Schleswig-Holstein[533] geschaffen, welche nach leistungsbezogenen Entgelten abrechnen konnte. Nach einer Bauzeit von sechs Monaten und einem Investitionsvolumen von rd. 4,1 Mio. € konnte die Klinik zum Jahresbeginn 1991 in Betrieb genommen werden. Die ersten Ergebnisse nach sechsmonatiger Laufzeit ergaben bereits eine Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer auf 5,8 Tage.

Im Juni 1992 wurde im Sozialausschuss des Landtages über die Universitätsklinika Lübeck und Kiel berichtet[534]. Hinsichtlich der Planbettenzahlen musste gemäß der Krankenhausbedarfsplanung des Zeitraumes bis 1995 am Universitätsklinikum Kiel noch ein Bettenabbau um 70 Betten auf dann 1.400 Betten erfolgen, am Universitätsklinikum Lübeck dagegen war im gleichen Zeitraum ein Bettenaufbau um 116 Betten auf dann 1.240 Betten vorgesehen. Beabsichtigt war, in Lübeck neben der bestehenden Abteilung für Chirurgie eine Sektion für Herzchirurgie aufzubauen. Die Krankenkassen hatten sich demnach bereit erklärt, die Kosten hierfür zu übernehmen. Der Minister erklärte, dass die Entscheidung der Krankenkassen insbesondere auch vor dem Hintergrund der erfolgten Wiedervereinigung getroffen wurde, so dass davon auszugehen sei, dass in Lübeck dauerhaft Herztransplantationen vorgenommen würden. Es wurde ausgeführt, dass es sich bei dem Kieler Universitätsklinikum um eine alte Gebäudestruktur handele, welche zudem mit dem neuen Städtischen Krankenhaus Kiel konkurrieren müsse, wohingegen sich das Universitätsklinikum Lübeck insgesamt gesehen noch im Aufbau befände. Aus diesem Grunde wären auch die jeweiligen Auslastungsgrade der Fachabteilungen unterschiedlich zu interpretieren. Auf Nachfrage erklärte der Sozialminister weiter, dass auch in der kommenden Krankenhausbedarfsplanung für die Universitätsklinika keine Betten für gerontopsychiatrische Langzeitbetreuung vorgesehen würden.

Mitte August 1992 wurde ebenfalls im Sozialausschuss des Landtages über die II. Medizinische Klinik der Universität Kiel im Städtischen Krankenhaus Kiel berichtet. Bis zu diesem Zeitpunkt waren 113 Betten der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikum Kiel räumlich im Städtischen Krankenhaus aufgestellt. Hierin sollten Schwerpunktmäßig Tumorpatienten behandelt werden. Jedoch lediglich 36 Betten

[533] neben der Uthoff-Augenklinik in Kiel.
[534] Auszug über die Niederschrift über die 2. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 11.06.1992, Protokoll-Nr. 13/2.

wären hiervon pro Tag mit Tumorpatienten belegt gewesen. Unter Berücksichtigung der geplanten Infrastruktur wurden insgesamt 50 Betten für den Bereich der Maximalversorgung als ausreichend angesehen. Aus diesem Grunde wurde vom Land Schleswig-Holstein eine Kündigung der Mitnutzungsvereinbarung mit dem Städtischen Krankenhaus Kiel ausgesprochen und gleichzeitig eine neue Mitnutzungsvereinbarung mit dem Ziel einer entsprechenden Bettenreduktion verhandelt[535].

Zur Jahresmitte 1993 wurde von der Landesregierung Schleswig-Holsteins eine Wirtschaftsberatungsgesellschaft damit beauftragt, eine Organisationsuntersuchung für die drei psychiatrischen Fachkliniken des Landes durchzuführen[536]. Es sollte zudem ein Umsetzungskonzept erstellt werden, und die Gesellschaft sollte bei der Umsetzung dieses Konzeptes mitwirken. Es sollten dabei insbesondere die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Organisationsstrukturen dargestellt, die Schwachstellen herausgearbeitet, verschiedene Gestaltungsalternativen aufgezeigt und eine Empfehlung über die künftige Gestaltung abgegeben werden.

Im September 1993 wurde von der Landesregierung der Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 1994 in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Neben diversen anderen Sachverhalten war in dem Gesetzentwurf eine Kürzung der Mittel für die Krankenhausfinanzierung von bis dahin 16,1 Mio. € auf 5,1 Mio. € (= nahezu 70 % Kürzung) vorgesehen. Begründet wurde diese Kürzung damit, dass auch 1994 die Mittel für Krankenhausfinanzierung voraussichtlich nicht in dem vorgegebenen Umfang abfließen würden, da die Baumaßnahmen in der Summe nicht so zügig abgewickelt würden, wie es die Planungen vorgesehen hätten[537]. Ein weiterer Punkt des Gesetzentwurfs betraf die Pflegesätze für Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe. Danach wären die Kommunen und das Land gezwungen, aufgrund der hohen Defizite in den Haushalten „rigorose“ Sparmaßnahmen durchzuführen. Die Steigerungsraten in den Pflegesätzen der Vorjahre würden demnach nicht mehr bezahlt worden können. Die entsprechenden Pflegesatzvereinbarungen sollten dahingehend ergänzt werden, dass das Land im Jahr 1994 um rd. 10 Mio. DM und die Kommunen um rd.

[535] Auszug über die Niederschrift über die 3. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 13.08.1992, Protokoll-Nr. 13/3, TOP 4.
[536] Ausschnitt aus der Zusammenfassung des Gutachtens der Norddeutschen Treuhand- und Revisions-Gesellschaft m.b.H, Kiel, vom 20.02.1994, Kapitel XI, Seite 165, Ziffer 231.
[537] Entwurf des Haushaltsbegleitgesetzes 1994 durch die Landesregierung Schleswig-Holstein vom 30.09.1993, Drucksache 13/1358, Seite 20.

15 Mio. DM entlastet würden. Mittels Vereinbarung sollte jedoch sichergestellt werden, dass trotz dieser Einsparungen die erforderliche Pflege und Betreuung der Patienten erhalten blieben und die Sparmaßnahmen verantwortlich gesteuert würden.

Die Herbsttagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren, Landesgruppe Schleswig-Holstein, befasste sich zum Monatswechsel September/Oktober 1993 mit den Auswirkungen der damals aktuellen Gesundheitsstrukturreform sowie der Novellierung der Pflegesatzverordnung[538]. Bereits zu Beginn der Tagung wurde zum Ausdruck gebracht, dass die gesellschaftliche Grundstimmung ausgeprägt negativ sei. Dazu führten die deutschlandweit tiefe konjunkturelle und strukturelle Rezession, der in weiten Bereichen erfolgende Arbeitsplatzabbau, das Infrage stellen bisheriger Sozialleistungen, verbunden mit der schlechten Akzeptanz der Politik, bis hin zur Gefährdung der inneren Stabilität der Bundesrepublik. Es wurde deutlich gemacht, dass die aktuelle Reform für die Krankenhäuser erhebliche Auswirkungen haben würde und diese nach Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips nur dann bestehen könnten, wenn sie grundsätzlich ökonomischer handeln und im ärztlichen und pflegerischen Bereich enger zusammenarbeiten würden. Nur dann fänden diese bei den niedergelassenen Ärzten die notwendige Akzeptanz, was wiederum zu notwendigen Einweisungen von Patienten und damit zur ebenfalls notwendigen Auslastung führen würde. Ausdrücklich begrüßt wurde allerdings die Eröffnung der Möglichkeit der künftigen Erbringung ambulanter Leistungen durch die Krankenhäuser sowie die Abrechnung von stationären Leistungen mittels Sonderentgelten und Fallpauschalen. Es wurde noch einmal die dringende Bitte an die Landesregierung gerichtet, den Krankenhäusern Möglichkeiten neuer Rechtsformen zu eröffnen. Zwei Drittel der Krankenhausträger hätten für ihre Krankenhäuser bereits Umwandlungsanträge in Krankenhaus-GmbHs gestellt, wodurch die Reformbedürftigkeit zum Ausdruck käme. Als weitere Forderung mit höchster Priorität wurde formuliert, dass keinesfalls die Krankenhausbaumittel im Landeshaushalt gekürzt werden dürften. Gerade in der Phase der Budgetdeckelung und Grundlohnsummenanbindung würde dies zu einer Kostenverlagerung in die Pflegesätze führen und zu einer weiteren Kostenexplosion im Gesundheitswesen führen. Es wurde auf der anderen Seite aber auch zugegeben,

[538] Begrüßungsansprache des 1. Vorsitzenden des Verbandes der Deutschen Krankenhausdirektoren (VDK) Schleswig-Holstein, Lothar Obst, Verwaltungsleiter im Städt. Krankenhaus Mölln anlässlich der Herbsttagung des VDK vom 30.09.- 01.10.1993 in Timmendorfer Strand, abgedruckt im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 12/1993, Seiten 17 ff.

dass die bisherigen tagesgleichen Pflegesätze wenig leistungsgerecht und noch weniger leitungsmotivierend gewesen wären und durchaus zur Untätigkeit oder Bequemlichkeit verführen konnten.

Im Februar 1994 wurde das Gutachten der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft über die Organisationsuntersuchung der Psychiatrischen Fachkliniken vorgelegt[539]. Innerhalb der Darstellung des aktuellen IST-Zustandes gingen die Gutachter gemäß Auftrag zunächst auf die Schwachstellen der Fachkliniken ein. Diese waren insbesondere:

- Fehlende Trennung zwischen hoheitlichen Aufgaben, Aufgaben der Kostenträger und Aufgaben des Krankenhausbetriebes
- Teilweise unzureichende Rahmen- und Planungsvorgaben
- Haushaltsrechtliche Restriktionen
- Zeitaufwendiges und umfangreiches Planungs- und Genehmigungsverfahren bei Baumaßnahmen
- Notwendigkeit der konsequenten Beachtung der öffentlichen Beschaffungsbestimmungen
- Nicht ausreichender Zugriff der Fachkliniken auf eigene erwirtschaftete Gewinne
- Fehlende Leistungsanreize und unzureichendes Entlohnungssystem.

Als Zielvorgaben für den Krankenhausbetrieb wurden von den Gutachtern verschiedene Punkte genannt, wie z. B. die Vermeidung von Kostenunterdeckungen, Schaffung bzw. Beibehaltung von Entscheidungskompetenz im Krankenhaus, Festlegung hoheitlicher Aufgaben und Schaffung eindeutiger Anspruchsgrundlagen. Vom Sozialministerium als Auftraggeber wurden darüber hinaus die Vorgaben gemacht, dass die Aufgabenstellung sowie die Standorte der Fachkliniken unverändert bleiben sollten, dass der Träger/Gesellschafter allein das Land Schleswig-Holstein bliebe und dass die Mitbestimmung beibehalten werden sollte.

Aus der Schwachstellenanalyse und den Zielvorgaben wurden im nächsten Schritt die Gestaltungsalternativen abgeleitet. Besondere Bedeutung hinsichtlich der organisatorischen Strukturen wurde einer klaren und eindeutigen Funktionstrennung bei-

[539] Quelle: Auszug aus Gutachten der Norddeutschen Treuhand- und Revisions-Gesellschaft m.b.H,, Jens Wörner, Kiel, vom 20.02.1994, Kapitel XI „Zusammenfassung“, Seiten 166 – 175.

gemessen. Auch innerhalb des Krankenhausbetriebes wurden eindeutige Verantwortungsbereiche und kurze Entscheidungswege als erforderlich angesehen. Dabei sollte die Kompetenz der Entscheidungsebene hinsichtlich des laufenden Geschäftsbetriebes ausdrücklich nicht begrenzt werden. Hinsichtlich der Organisationsstruktur des Verwaltungsbereiches schloss sich der Gutachter den Empfehlungen des Landesrechnungshofes an, wonach die Verwaltung in folgende Abteilungen unterteilt werden sollte: Allgemeine Abteilung, Personalabteilung, Aufnahme- und Rechnungsabteilung, Wirtschaftsabteilung, Finanzabteilung und Technische Abteilung sowie verschiedene Stabsstellen, die der gesamten Krankenhausleitung zugeordnet werden sollten. Zur Wahl der Rechts- und Organisationsform der Fachkliniken wurden vom Gutachter aufgrund der Vielzahl der Bestimmungsfaktoren entsprechende Gruppen gebildet und gewichtet. Die Gruppe mit der höchsten Gewichtung war dabei die „Erfüllung erwerbswirtschaftlicher Prinzipien“

Zusammenfassend wurde vom Gutachter die Errichtung eines Konzerns, an dessen Spitze als Obergesellschaft (=Holding) eine GmbH stehen sollte, empfohlen. Diese Holding-Gesellschaft sollte nur *eine* Entscheidungsebene besitzen und ausschließlich dazu dienen, die Interessen des Landes zusammenzuführen. Vertreten werden sollte diese Ebene durch die Beteiligungsaufsicht (Finanzministerium) und die Fachaufsicht (Sozialministerium). Dieser Holding sollten die einzelnen Fachkliniken, ebenfalls in der Rechtsform einer GmbH, unterstellt werden. Vorgeschlagen wurde auch, dass es je Ort (Heiligenhafen, Neustadt, Schleswig) nur *eine* separate Gesellschaft geben sollte, somit keine Unterteilung mehr nach Schleswig-Stadtfeld und Schleswig-Hesterfeld. In den Tochtergesellschaften wiederum sollten jeweils eigene Geschäftsführungen mit nachgeordneten Mitarbeiterebenen tätig werden.

Im März 1994 wurde über erste Erfahrungen hinsichtlich der Einrichtung einer Tagesklinik für Geriatrie und Rehabilitation eines Krankenhauses in Flensburg berichtet[540]. Nach Eröffnung der Tagesklinik zum Jahresbeginn 1992 wurden in dem Zeitraum bis Ende 1992 insgesamt 173 Patienten aufgenommen. Etwa 35 % der Patienten waren unter 65 Jahre alt, wobei darauf hingewiesen wurde, dass sich die Behandlungsfälle dieser jüngeren Gruppe aber nicht wesentlich von denen der älteren

[540] Bericht über die Tagesklinik für Geriatrie und Rehabilitation am Malteser-Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, Flensburg. Autoren: Willy Möhl und Otto Meyer zu Schwabedissen, Chefarzt am St. Franziskus-Hospital, Flensburg, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 03/1994.

Patienten unterschieden. Die Hauptdiagnose war bei etwa 50 % aller aufgenommenen Patienten Schlaganfall. Weitere Hauptdiagnosen waren im Wesentlichen Schenkelhalsfrakturen, Gelenkerkrankungen oder Osteoporose. Das Geschlechterverhältnis in der Tagesklinik wurde als annähernd ausgeglichen bezeichnet, mit leichtem Überhang an Männern. Als Grund hierfür wurde die große Abhängigkeit der Tagesklinikpatienten von der häuslichen Versorgung und der privaten Integration genannt. Hierfür stünden den Männern häufiger als den Frauen die Lebenspartner zur Verfügung. Etwa ein Drittel der Patienten wurde der Klink von niedergelassenen Ärzten zugewiesen, etwas mehr als ein weiteres Drittel kam aus der stationären Abteilung für Geriatrie des gleichen Krankenhauses und ein nahezu weiteres Drittel der Patienten wurde aus anderen Krankenhäusern in die Tagesklinik für Geriatrie überwiesen. Die Auslastung der Tagesklinik für Geriatrie betrug im ersten Jahr 72 %[541], die mittlere Verweildauer lag bei etwa 20 Tagen. Lediglich 12 % der Tagesklinik-Patienten wurden in ein Akut-Krankenhaus verlegt bzw. zurückverlegt. Als Vorteil der Tagesklinik wurde, neben der Stabilisierung der Patienten, hervorgehoben, dass hierdurch Verweildauer-Senkungen im akut-medizinischen Bereich und damit Einsparungen ermöglicht würden. Die Tagesklink ermögliche den Patienten durch langsame Gewöhnung wieder ein Leben im häuslichen privaten Umfeld. Somit wurde die Tagesklinik als ein notwendiger Faktor innerhalb des Gesamtkonzeptes der geriatrischen Versorgungsstruktur bezeichnet. Als positiv wurde weiterhin hervorgehoben, dass auch die Krankenkassen in Schleswig-Holstein dem Geriatriekonzept des Landes positiv gegenüber stünden. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch Prof. Rüschmann.

Im Mai 1994 legte die Sozialministerin Moser der Landtagspräsidentin eine Ausarbeitung über die Organisationsuntersuchung der Psychiatrischen Fachkliniken des Landes vor[542]. Die Neuorganisation der Fachkliniken war demnach Teil des Arbeitsprogramms der Landesregierung, die Auftragsvergabe erfolgte durch die Staatskanzlei und das Sozialministerium war für dessen Umsetzung zuständig. Es sollte zwar das Land Schleswig-Holstein als alleiniger Träger bzw. Gesellschafter verbleiben, dennoch sollten ausdrücklich auch denkbare Perspektiven für die Einbeziehung Dritter

[541] Im Vergleich dazu betrug der Auslastungsgrad der stationären Abteilung für Geriatrie des gleichen Krankenhauses im Vergleichszeitraum nahezu 100 %.
[542] Schreiben der Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit, Frau Heide Moser, an die Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Landtages, Frau Ute Erdsiek-Rave, vom 24.05.1994, Umdruck 13/2256.

aufgezeigt werden. Im Ergebnis kam das Sozialministerium zu keinen wesentlichen anderen Bewertungen der Sachverhalte als zuvor der Gutachter. Die Umsetzung des Gutachtens sollte möglichst einvernehmlich mit den Klinikleitungen, Personalräten etc. vorgenommen werden; dazu wurden diese um Stellungnahmen gebeten. Beabsichtigt war, dem Kabinett die Umsetzungsvorschläge bis zum Ende des ersten Quartals 1995 vorzulegen.

Im Dezember 1994 erschien im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ein Beitrag hinsichtlich der Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes an Universitätskliniken[543]. Aufgestellt wurde zunächst die These, dass durch das GSG, bedingt durch die darin erstmals aufgenommenen Fallpauschalen, eine Verlagerung von aufwendig zu behandelnden Patienten von den Kliniken der ersten oder zweiten Versorgungsstufe in die Maximalversorgung, insbesondere die Universitätskliniken erfolgen würde. Hierzu wurde zuvor eine Studie durchgeführt, mit welcher die Trends der Einweisungen von niedergelassenen Ärzten und Kliniken in das Universitätsklinikum Lübeck, im Zeitraum vor und nach Inkrafttreten des GSG, miteinander verglichen wurden. Untersucht wurden insbesondere die Zahlen der Einweisungen, die Art der Diagnosen, die Schwere der Erkrankungen und die Liegedauer. Festgestellt wurde dabei, dass im Jahr 1993 gegenüber 1992 in der Universitätsklinik Lübeck, Klinik für Innere Medizin, ein Zuwachs von 11,7 % der Patientenzugänge erfolgte, welche zudem im Jahr 1993 durchschnittlich schwerer krank gewesen wären. Der Zuwachs an Patienten verursachte demnach insgesamt mehr Arbeit für die Mitarbeiter, die durch Überstunden kompensiert wurde. Die Ausnutzung der Planbetten läge im Jahr 1993 bei 100,3 % gegenüber dem Vergleichszeitraum 1992 von 93,7 %. Das würde dazu führen, dass die vorhandenen Bettenkapazitäten zeitweise nicht ausreichten und verstärkt Notbetten aufgestellt werden müssten. Angemerkt wurde, dass Universitätskliniken grundsätzlich ohnehin aufgrund ihres dreifachen Aufgabenbereiches Krankenversorgung, Forschung und Lehre gegenüber Krankenhäusern, die ausschließlich der Krankenversorgung dienen würden, personell benachteiligt wären. Da es zudem nicht verantwortbar wäre, behandlungsbedürftige Patienten abzuweisen, oder weniger intensiv zu betreuen, führe die vermehrt in der Krankenhausbehandlung gebundene Ar-

[543] Beitrag „Ruiniert des Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) die Universitätsklinik?“, Autoren: Günter Josef Wiedemann, Sabine Thor Wiedemann, Kirsten Hansen, Markus Burow, Michael Schreiber, Alfred von Dollen sowie Horst Lorenz Fehm, Medizinische Universität zu Lübeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 12/1994, Seiten 18 – 19.

beitskraft zwangsläufig zu einer Verringerung der beiden übrigen Aufgabenbereiche. Somit stünde das GSG im „krassen Gegensatz“ zu der u.a. vom Wissenschaftsrat vertretenen Forderung, dass Universitätskliniken in erster Linie der Forschung und Lehre dienen sollten.

Zwei Monate später, im Februar 1995, erfolgte eine Darstellung des ärztlichen Mehrbedarfes des Universitätsklinikums Lübeck seit Inkrafttreten des GSG[544]. Danach hätten Hochschulkliniken in der Bundesrepublik Deutschland im Durchschnitt 46,8 ärztliche Vollkräfte pro 100 belegte Betten[545] (Ä-VK/100 Betten), wonach in der Klinik für Innere Medizin nur 34,8 Ä-VK/100 Betten und in der Klinik für Chirurgie sogar nur 27,8 Ä-VK/100 Betten verfügbar gewesen wären. Bei den Planbetten je 1.000 Einwohner hätte Schleswig-Holstein mit 63,3 Betten den letzten Platz im Bundesvergleich eingenommen. Festgestellt wurde zudem eine in Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Ländern mit durchschnittlich 89,4 % hohe Bettenauslastung bei einer gleichzeitig durchschnittlichen Verweildauer, welche sich mit 13,1 Tagen im unteren Mittelfeld im Vergleich der Bundesländer bewegte. Hingewiesen wurde wiederum auf die gesteigerten Einweisungen in die Universitätskliniken seit Inkrafttreten des GSG und damit die Leistungsverdichtung in der Krankenversorgung. Auf der Grundlage der vorgenannten Kennzahlen würde deutlich, dass die Ärzte an den Schleswig-Holsteinischen Universitätskliniken gegenüber Universitätskliniken anderer Länder deutlich stärker belastet wären. Auch insgesamt würde das GSG den Bedürfnissen der Universitätskliniken nicht gerecht. Anhand der in der Krankenversorgung gebundenen Arbeitskraft, basierend auf Kennzahlen wie Anzahl der Einweisungen, Anzahl der Operationen etc., könne der zusätzliche Stellenbedarf berechnet werden. Die Kosten für den zusätzlichen Personalaufwand in der Krankenversorgung würden unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen, wobei diese Zusatzfinanzierung den Krankenkassen gerade vor dem Hintergrund der im bundesvergleich niedrigsten Bettenquote in Schleswig-Holstein durchaus zuzumuten wäre.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1995 befasste sich der Landtag wiederum mehrfach mit der Weiterentwicklung der Psychiatrischen Fachkliniken des Landes. Ende Mai

[544] Beitrag „Das rechte Maß: Wieviel Ärzte braucht eine Universitätsklinik?“, Autoren: Günter Josef Wiedemann, Sabine Thor Wiedemann, Hans-Peter Bruch, Heinrich Halsband sowie Horst Lorenz Fehm, Medizinische Universität zu Lübeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 02/1995, Seiten 11 – 14.
[545] Quelle für die Kennzahlen des Beitrags: Statistisches Bundesamt 1992.

1995 stellte die SPD-Fraktion einen Antrag, wodurch die Landesregierung gebeten wurde, zu berichten, wie sich die psychiatrische Versorgung seit 1990 weiterentwickelt hätte, welche Ziele verwirklicht werden konnten und in welchen Aufgabenbereichen noch Handlungsbedarf bestünde[546]. Die Landesregierung legte unabhängig davon im September 1995 einen Gesetzentwurf zur Errichtung öffentlich-rechtlicher psychiatrischer Fachkliniken vor[547]. Als Problemstellung wurde dabei aufgeführt, dass die psychiatrischen Fachkliniken in der Gesamtheit eine „Größenordnung wirtschaftlicher Betätigungen“ aufweisen würden, die „trotz der eingeführten kaufmännischen Buchführung in rechtlicher Unselbständigkeit […] nicht optimal betrieben und beaufsichtigt werden könnten“[548]. Eine fortbestehende rechtliche Unselbständigkeit würde daher unter anderem aufgrund der langen Entscheidungswege künftig voraussichtlich zu Unwirtschaftlichkeiten führen. Als Lösungsansatz wurde dabei die rechtliche Verselbständigung der Fachkliniken, jedoch in öffentlicher Trägerschaft, dargestellt, denn nur diese ermögliche kurze Entscheidungswege sowie gleichzeitig die weitere Durchführung des Maßregelvollzugs in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Erziehungsanstalt. Eine rechtliche Verselbständigung in privatrechtlicher Form sollte dagegen aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken ausdrücklich nicht durchgeführt werden. Künftige Organe der Fachkliniken sollten die Gewährsträgerversammlung, der Verwaltungsrat sowie die Geschäftsführung sein. Die Gewährsträgerversammlung sollte aus zwei Mitgliedern bestehen, die von der Sozialministerin berufen und allerdings auch jederzeit abberufen werden könnten. Der Verwaltungsrat sollte sich aus sechs Mitgliedern zusammensetzen, wovon drei Mitglieder, darunter die/der Vorsitzende und die/der stellvertretende Vorsitzende vom Sozial- bzw. Finanzministerium bestimmt würden. Drei weitere Mitglieder des Verwaltungsrates sollten von der Mitarbeiterschaft gewählt werden. Bei Stimmengleichheit allerdings gäbe die Stimme des/der Vorsitzenden den Ausschlag.

Ende September 1995 wurde dann im Landtag im Rahmen einer Plenarsitzung über den Gesetzentwurf beraten[549]. Sozialministerin Moser führte unter anderem aus, dass mit der rechtlichen Verselbständigung keineswegs ein Rückzug des Landes aus

[546] Berichtsantrag der Fraktion der SPD zur Umsetzung des Psychiatrieplans in Schleswig-Holstein, Drucksache 13/2788, vom 30.05.1995.
[547] Gesetzentwurf der Landesregierung über die Errichtung öffentlich-rechtlicher psychiatrischer Fachkliniken (Fachklinikgesetz – FKIG), Drucksache 13/2987 vom 12.09.1995.
[548] Zitat aus Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 13/2987, vom 12.09.1995.
[549] Auszug aus Protokoll der 100. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages, Protokoll-Nr. 13/100, vom 27.09.1995.

seiner Verantwortung verbunden wäre. Befürchtungen, dass die Verselbständigung nachteilige Auswirkungen auf die Psychiatrieplanung, das hieße insbesondere die weitere Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung, haben könnte, wären demnach ebenfalls unbegründet. Es sei dagegen notwendig, die Fachkliniken aus der engen Einbindung in die Ministerialbürokratie, der Landeshaushaltsordnung und den sonstigen Verwaltungsvorschriften zu entlassen. Stattdessen sollten von den Kliniken selbst – im Rahmen der planerischen Vorgaben – Entscheidungen getroffen werden, wodurch sich Vorteile hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit erhofft würden.

Einen weiteren Monat später, im Oktober 1995, fand eine Anhörung der Klinikleitungen der Fachkliniken vor dem Sozialausschuss statt[550]. Demnach würde von den Klinikleitungen grundsätzlich die Rechtsformänderung unterstützt und es würde hierin eine entscheidende Möglichkeit zur Sicherung der Zukunft der Fachkliniken gesehen. Allerdings wurden auch kritische Anmerkungen gemacht, so z.B., dass die Ziele des Psychiatrieplans nur dann erreicht werden könnten, wenn *nicht* zunehmend leicht erkrankte und behinderte Bewohner von anderen Trägern aus den Fachkliniken übernommen würden und dagegen lediglich die schwer und schwerst mehrfach behinderten Patienten in den Fachkliniken verblieben. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die „Enthospitalisierung“ und Dezentralisierung der Psychiatrie nicht ohne weitere Kosten zur realisieren sein würde.

Im Dezember 1995 wurde im Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten der Planungszeitraum des damaligen Krankenhausplanes für Schleswig-Holstein um drei Jahre, bis zum 31.12.1998, verlängert[551].

1.6.3. Zusammenfassung / Analyse (1991 – 1995)

Die allgemeine Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins befasste sich in den Jahren von 1991 bis 1995 hauptsächlich mit den sozialen Problemen des Alters und wie die-

[550] Schreiben sowie Stellungnahme des Verwaltungsdirektors der Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, Schleswig, Herrn Michael Hiller, an den Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 23.10.1995, Umdruck 13/4152.
[551] Erlass der Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Frau Heide Moser – IX 421 a – vom 12.12.1995, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein Nr. 52/1995, Seite 893.

sen zu begegnen wäre, der künftigen Konzeption der hausärztlichen Versorgung, der Drogenpolitik, der Neuordnung des Rettungsdienstgesetzes und der Umsetzung des Krebsregistergesetzes. Im Krankenhausektor hingegen dominierten in dieser Zeit die Themen Neuausrichtung der psychiatrischen Versorgung sowie mögliche Folgen der Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), u.a. mit Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhäuser. Ein weiterer beachtenswerter Punkt war die Entwicklung und Umsetzung eines Modellversuchs zur Finanzierung von Krankenhäusern mittels diagnose- und therapiebezogener Fallpauschalen.

Für das gesamte Bundesgebiet, sogar für einen Großteil der sogenannten westlichen Gesellschaften, zeichnet sich bereits seit längerem eine Entwicklung ab, dass der Anteil der Kinder und jungen Menschen sinkt und im Gegensatz dazu der Anteil älterer Menschen zunimmt. Vor diesem Hintergrund hielt der damalige Sozialminister Jansen bereits im Februar 1991 eine Grundsatzrede[552]. Bisher würde die Sozialpolitik für ältere Menschen vorrangig unter den Aspekten „Betreuung und Versorgung“ beschrieben. Wichtig wäre gemäß Jansen jedoch, dass die älteren Menschen nicht *plötzlich* zu den *Alten* gehörten, denn der deutlich überwiegende Anteil der bis 80jährigen sei weder pflegebedürftig, noch würden diese in Heimen leben. Die Gesellschaft solle diese Menschen nicht ausschließlich als Versorgungsobjekte betrachten, sondern vielmehr die mit älteren Menschen verbundenen Chancen erkennen. Zentrales Anliegen der älteren Menschen sei es, so lange wie möglich die Selbständigkeit in der eigenen Lebensführung zu erhalten. Dringend notwendig wäre es, die ambulanten Dienste weiter auszubauen, wozu aber ausdrücklich nicht nur die Gemeindekrankenpflege, sondern auch sonstige ambulante Dienste wie Einkaufsdienste, Essen auf Rädern, Hausnotrufsysteme, Kurzzeitpflegeeinrichtungen etc. gehören würden. Hinsichtlich der Finanzierung der Pflegekosten wurden gemeinsam mit anderen SPD-geführten Ländern Vorschläge zur Einführung einer Pflegeversicherung erarbeitet. Weitere Aspekte in diesem Zusammenhang waren die Diskussion über die Stellung des Hausarztes innerhalb der ambulanten Versorgungskette[553] sowie wei-

[552] Rede des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Herrn Günther Jansen (SPD) am 05.02.1991 vor der Parlamentarischen Gesellschaft Schleswig-Holstein, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1991, Seiten 7 – 14.
[553] Bericht zur Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vom 13.11.1991, Autor: Dr. Bodo Kosanke, Bad Segeberg, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 12/1991, Seiten 10 – 15.

terhin die Etablierung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin[554]. Auch wenn das Problem der demografischen Entwicklung zwischenzeitlich allgegenwärtig ist, so war es zur damaligen Zeit noch nicht der Fall. Die Landesregierung erschien hierbei nicht fremdbestimmt, sondern führte aktiv entsprechende Entscheidungen und den Politikrichtungswechsel herbei. Zeitlich danach erfolgte an vielen Stellen ein Ausbau der Gemeindekrankenpflege, der sonstigen ambulanten Dienste sowie ebenfalls der Geriatrie im stationären Bereich. Die Pflegeversicherung wurde bundesweit Mitte der 90er Jahre eingeführt und besteht seitdem fort. Daher ist die Hinwendung zu einer Sozial- und Gesundheitspolitik für ältere Menschen durchaus als richtungsweisend zu sehen, die nachhaltig zu dem gewünschten Erfolg geführt hat.

In den Jahren seit 1987 hatten die Anzahl der Drogen- und speziell heroinabhängigen Personen sowie die Zahl der Drogentoten in der Bundesrepublik erheblich zugenommen[555]. Anfang 1992 wurde dem Landtag ein Konzept zur medikamentengestützten Therapie von Drogensüchtigen vorgelegt, dessen vorrangiges Ziel es war, drogenabhängige Menschen mit Hilfe von Drogensubstituten von der Drogensucht zu befreien[556]. Über dieses Verfahren wurde sehr kontrovers gestritten. So wurde von einem Sachverständigen die Befürchtung geäußert, dass durch die Substitution eine Herabsetzung der Schwelle des Zugangs zu Drogen erfolgen könne. Ebenso umstritten war es, die Aufgabe der Substitution an niedergelassene Ärzte zu übertragen. Dieses Problem eher einer Randgruppe der Bevölkerung betraf insbesondere das Gebiet der sogenannten alten Länder der Bundesrepublik und dabei zwangsläufig verstärkt die großstädtischen Bereiche. Schleswig-Holstein als Flächenland mit relativ geringer Bevölkerungsdichte war entsprechend nicht vorrangig von dem Drogenproblem betroffen. Dennoch entwickelte sich die sogenannte Drogenpolitik in dieser Zeit nachhaltig zu einem Schwerpunkt innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes. Auch die zwischenzeitlich neue Gesundheitsministerin Moser setzte sich ebenfalls in besonderem Maße für die bisherige Drogenpolitik des Landes ein. Die Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung der suchtkranken Menschen waren ebenfalls rich-

[554] Beitrag „Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein“, Autoren: Wilken Boie, Klaus Harding, Dietrich Lauterbach, Ilse Ritschl, Eberhard Schaal, Tilman Schlegelberger und Dietrich Dieckhoff, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1994, Seiten 12 – 14.
[555] Beitrag „Zusätzliche Gefährdung von Heroinabhängigen durch Flunitrazepam“, Autoren: Prof. Dr. Wolfgang Poser John Koc, Ina Siegel, Karin von Samson-Himmelstjerna, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1993, Seiten 14 – 16.
[556] Auszug aus der Niederschrift der 83. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 12.02.1992 (Protokoll-Nr. 12/83) sowie Zwischenbericht über ein „Medikamentengestütztes Therapiekonzept zur Vorlage für den Sozialausschuss“, Umdruck 12/2766.

tungsweisend und sind grundsätzlich umgesetzt worden. Beispielsweise wurden zur Umsetzung des o.g. Konzeptes Planstellen in den Städten und Kreisen des Landes eingerichtet. Die Schwerpunkte der sogenannten Drogenpolitik veränderten sich jedoch im Zeitablauf. War zunächst der Alkoholmissbrauch das vordringlichste Problem, so wurden zwischenzeitlich der Hasch- und Heroinkonsum thematisiert, bis sich dann zur Mitte der 90er Jahre der Drogenkonsum in Richtung „synthetischer Drogen“, wie Ecstasy, gewandelt hat.

Im Jahr 1991 wurde von der SPD-Regierung ein neues Rettungsdienstgesetz beschlossen, welches bei Material, Fahrzeugen und der Qualität der Mitarbeiter eine deutliche Steigerung der Qualität vorsah[557]. Gemäß der CDU wurde gerade dadurch das ehrenamtliche Element innerhalb des Rettungsdienstes immer mehr zurückgedrängt[558]. Die Folge waren Kostensteigerungen im Rettungsdienst, die gemäß des Vorsitzenden des Sozialausschusses jedoch nicht vom Land oder den Kommunen zu tragen wären, vielmehr hätten die Krankenkassen die Kosten der Vorhaltung der Rettungsdienste zu tragen. Die CDU-Fraktion schlug daher eine Änderung des Rettungsdienstgesetzes insofern vor, dass die notwendige Qualifikation der am Rettungsdienst beteiligten Personen wieder vermindert werden sollte. Dieses wurde mehrheitlich von der SPD-Fraktion abgelehnt. Anfang 1994 trat zudem die Durchführungsverordnung zum Rettungsdienstgesetz in Kraft, in welcher u.a. Vorgaben für die Bewältigung größerer Notfallereignisse festgeschrieben wurden, wie z.B. die Vorhaltung von schnell verfügbarem Personal, oder die Einrichtung von technischen Einsatzleitungen[559]. Zwar war das Thema Rettungsdienst bundesweit von Bedeutung, die Änderung des Gesetzes des Jahres 1991 betraf jedoch nur das Land Schleswig-Holstein und wurde auch von der Landesregierung initiiert. Auf der einen Seite bestand eindeutig die Notwendigkeit zu einer Verbesserung der Rettungsdienste zur verbesserten Versorgung der Bevölkerung, auf der anderen Seite wurden gerade hierdurch Kosten verursacht, die gemäß Rettungsdienstgesetz – entgegen der damaligen Aussage des Vorsitzenden des Sozialausschusses – von den Kreisen und Kreisfreien Städten zu tragen waren, welche dann allerdings per Gebührenbescheide

[557] Rettungsdienstgesetz Schleswig-Holstein – Gesetz über die Notfallrettung und den Krankentransport vom 29.11.1991.
[558] Auszug aus Niederschrift der 17. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.04.1993, Protokoll-Nr. 13/17.
[559] Beitrag „der Leitende Notarzt beim Großunfall – Konsequenzen aus der Durchführungsverordnung zum Landesrettungsdienstgesetz“, Autoren: Volker Dörges, Heinz-Joachim Ehrens, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 07/1994, Seiten 20 – 21.

diese Kosten den Krankenkassen in Rechnung stellen konnten. Das Gesetz wurde umgesetzt und ist aktuell noch in Kraft. Die Diskussion hierüber wurde jedoch fortgeführt.

Anfang 1995 trat das Krebsregistergesetz des Bundes in Kraft[560]. Ziel des Gesetzes war es, eine Verbesserung der Datengrundlage zur Krebsbekämpfung zu erreichen. Aufgabe der Länder war es, bis 1999 flächendeckende Krebsregister einzurichten. Die Landesregierung vertrat die Auffassung, dass das Bundesgesetz in dem zentralen Punkt des Meldeverfahrens keine ausreichend Grundlage für ein funktionierendes Krebsregister darstellen würde. Aus diesem Grunde trat die Gesundheitsministerin dafür ein, das im Bundesgesetz geregelte *Melderecht* der Ärzte auf Landesebene in eine *Meldepflicht ohne Widerspruchsrecht* der Patienten umzuwandeln[561].

Wie bereits im vorhergehenden Zeitabschnitt wurde auf Landesebene weiterhin über eine mögliche Neuausrichtung der psychiatrischen Versorgung diskutiert[562]. Nachdem die Landesregierung die Grundsatzentscheidung getroffen hatte, die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung voranzutreiben und dies auch im Krankenhausplan von 1990 festgeschrieben wurde, zeichnete sich für die Fachkliniken, wie die Landeskrankenhäuser mittlerweile hießen, als Folge davon eine Verkleinerung der Versorgungsgebiete ab. Zur Jahresmitte 1993 wurde von der Landeregierung eine Wirtschaftsberatungsgesellschaft damit beauftragt, eine Organisationsuntersuchung für die drei Fachkliniken durchzuführen. Dabei sollten die Organisationsstrukturen dargestellt, die Schwachstellen herausgearbeitet und schließlich Empfehlungen für die künftige Gestaltung aufgezeigt werden[563]. Zwar sollte das Land gemäß Sozialministerin Moser grundsätzlich alleiniger Träger bzw. Gesellschafter bleiben, dennoch sollten ausdrücklich auch denkbare Perspektiven für die Einbeziehung Dritter aufgezeigt werden[564]. Von den Gutachtern wurde schließlich die Errichtung eines Konzerns, an dessen Spitze eine Holding in der Rechtsform einer GmbH stehen soll-

[560] Gesetz über das Krebsregister (Krebsregistergestz – KRG) vom 04.11.1994.
[561] Auszug aus Plenarprotokoll der 88. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 31.03.1995, Protokoll-Nr. 13/88, Seiten 6045 - 6050
[562] Beitrag „Die zukünftigen Aufgaben der psychiatrischen Landeskrankenhäuser“, Autor: Dr. Andreas Kernbichler, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Heiligenhafen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 02/1991.
[563] Ausschnitt aus der Zusammenfassung des Gutachtens der Norddeutschen Treuhand- und Revisions-Gesellschaft m.b.H., Kiel, vom 20.02.1994, Kapitel XI, Seite 165, Ziffer 231.
[564] Schreiben der Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit, Frau Heide Moser, an die Präsidentin des Schleswig-holsteinischen Landtags, Frau Ute Erdsiek-Rave, vom 24.05.1994, Umdruck 13/2256.

te, empfohlen. Innerhalb des Krankenhausbetriebes wurden eindeutige Verantwortungsbereiche und kurze Entscheidungswege als erforderlich angesehen. Im Verlaufe des Jahres 1995 wurde von der Landesregierung der Entwurf des Fachklinikgesetzes vorgelegt, welches in wesentlichen Teilen den Empfehlungen der Gutachter folgte. Eine rechtliche Verselbständigung in *privatrechtlicher* Form sollte jedoch aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken ausdrücklich nicht erfolgen[565]. Nach dem Gutachten der GSbG für die Krankenhausplanung des Jahres 1990 war dieses das zweite umfangreiche Gutachten im Krankenhaussektor, auf dem die Entscheidungsfindung der SPD-geführten Landesregierung beruhte. Zu dieser Zeit – im Jahr 1995 – war die grundsätzliche Entscheidung der Verselbständigung der Fachkliniken nicht umstritten, weil diese Rechtsformänderung auch von den Klinikleitungen als eine entscheidende Möglichkeit zur Sicherung der Zukunft der Fachkliniken gesehen wurde[566]. Allerdings waren die Probleme der Fachkliniken mit dieser Entscheidung noch *nicht* behoben. Nach wie vor waren die Kliniken an die umfangreichen Landesvorschriften, beispielsweise durch die Präsenz der Landesregierung in den Aufsichtsgremien oder der Vergütung der Mitarbeiter, gebunden. Daher wurde die Entscheidung der rechtlichen Verselbständigung zwar umgesetzt, führte aber *nicht* zu dem gewünschten Erfolg.

Mit Jahresbeginn 1993 war das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) der Bundesregierung in Kraft getreten. Einer der wesentlichen Punkte des GSG für die Krankenhäuser war, neben der erstmaligen Abbildung einzelner Fallpauschalen und Sonderentgelte, die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser konnten somit fortan nicht mehr ihre Selbstkosten (der Krankenversorgung) gegenüber den Krankenkassen geltend machen, sondern waren stärker als bislang auf die Einhaltung der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet. Das führte zunächst u.a. dazu, dass vermeintlich „teure“ Patienten“ nicht mehr von allen Krankenhäusern (ohne Verzögerung) aufgenommen wurden und verstärkt auf eine Auslastung der Kapazitäten mit Patienten mit positivem Deckungsbeitrag geachtet wurde. Hinsichtlich der Folgen durch die Einführung des GSG sprach der Verband der Krankenhausdirektoren von einer „fatalistischen Grundstimmung in der Gesellschaft“. Es

[565] Gesetzentwurf der Landesregierung über die Errichtung öffentlich-rechtlicher psychiatrischer Fachkliniken (Fachklinikgesetz – FKlG), Drucksache 13/2987 vom 12.09.1995.
[566] Schreiben sowie Stellungnahme des Verwaltungsdirektors der Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, Schleswig, Herrn Michael Hiller, an den Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 23.10.1995, Umdruck 13/4152.

wurde verstärkt die Bitte an die Landesregierung gerichtet, den Krankenhäusern Möglichkeiten neuer Rechtsformen zu eröffnen, u.a. weil in der Rechtsform einer GmbH o.ä. die wirtschaftlichen Interessen eines Krankenhauses besser gewahrt werden könnten. Bezogen auf die Universitätskliniken bedeutete dies, dass die o.g. „teuren“ Patienten verstärkt dort behandelt wurden, was einen Mehraufwand an Leistungen seitens der Kliniken bedeutete, welcher wiederum einen höheren Personalbedarf nach sich zog. Die Universitätskliniken vertraten im Gegensatz zu anderen Kliniken die Auffassung, dass es nicht vertretbar sei, behandlungsbedürftige Patienten abzuweisen, oder weniger intensiv zu betreuen. Zeitlich danach folgte eine Reihe von Rechtsformumwandlungen von Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, zumeist vom kommunalen Landesbetrieb zu einer GmbH oder einer gGmbH. Weitere grundlegende Entscheidungen mussten in diesem Zusammenhang nicht von der Landesregierung getroffen werden.

Das von der GSbG für die Landesregierung erstellte Gutachten im Vorfeld der Krankenhausplanung 1990 ergab u.a., dass für den Fachbereich Orthopädie eine Unterversorgung an Krankenhausbetten, speziell im Kreis Stormarn bestünde[567]. Die dortige Bevölkerung nahm vielfach die stationäre medizinische Versorgung in Hamburg wahr. Auf Basis des wenige Jahre zuvor zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der Landesregierung und der GSbG entwickelten Finanzierungsmodells, einer Vergütung stationärer Krankenhausleistungen anhand diagnose- und therapiebezogener Fallpauschalen, stellte sich die GSbG für die Durchführung eines Modellversuchs zur Verfügung. Bereits nach wenigen Monaten konnte festgestellt werden, dass es tatsächlich gelungen war, mit diesem Finanzierungsmodell die durchschnittliche Verweildauer der Patienten und damit auch die Kosten der Krankenhausbehandlungen erheblich zu senken. Nachteile davon waren allerdings Verschiebungen von Kostenbestandteilen vom stationären in den ambulanten Bereich[568]. Einerseits wirkt es durchaus irritierend, dass die *gleiche* Gesellschaft, die im Gutachten zur Vorbereitung der Krankenhausplanung feststellte, dass in einer bestimmten Region Schleswig-Holsteins ein Bedarf an zusätzlichen Betten einer be-

[567] Bericht „Park-Klinik Manhagen: Erstmals therapiebezogene Fallpauschalen (PMC´s) in der Bundesrepublik Deutschland“, Autoren: Dr. Heiner Rüschmann sowie Dr. Christian Rotering, Gesellschaft für Systemberatung (GSbG), Kiel, veröffentlicht im Schleswig-holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 09/1991, Seiten 15 – 22.
[568] Beitrag „Das Kieler Modell – ein X für ein U?“, Autor: Prof. Dr. Jobst Sievers, Anatomisches Institut der CAU, Kiel, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1989, Seiten 341 – 342.

stimmten Fachrichtung bestünde, von der Landesregierung als Trägergesellschaft für genau diesen Sachverhalt, den Aufbau eines Krankenhauses, ausgewählt wurde. Andererseits handelte es sich bei der Entscheidung, das Modell der diagnose- und therapiebezogenen Fallpauschen zu erproben, um eine deutlich richtungsweisende Entscheidung, die bundesweite Bedeutung erreichte. Auf der Grundlage dieses Modells wurde einige Jahre später die Leistungsabrechnung aller Krankenhäuser der Bundesrepublik auf DRG´s umgestellt.

Kennzeichnend für die Gesundheitspolitik dieses Zeitraumes war zudem, dass Ende 1995 nicht, wie vorgesehen, eine Fortschreibung der Krankenhausplanung von 1990 vorgenommen wurde, sondern der Planungszeitraum wurde um weitere drei Jahre, bis Ende 1998, verlängert wurde[569].

1.7. Zeitabschnitt 1996 – 2000

1.7.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Die Zukunft der ambulanten Versorgung war Gegenstand einer Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein im März 1996[570]. Hintergrund waren die Gesetzesentwürfe zur zweiten und dritten Stufe der damals aktuellen Gesundheitsreform. Die Gesetzesentwürfe, besonders der SPD, sahen hierbei eine verstärkte Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen vor, wodurch die bis dahin starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufgehoben werden sollten. Hierin sah die Kassenärztliche Vereinigung jedoch die „Grundprinzipien der ambulanten Versorgung“ in Frage gestellt. Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Anpassung wurde für den Bereich der ambulanten Versorgung deutlich bestritten. Die niedergelassenen Ärzte bezeichneten sich hierbei selbst als „Eckpfeiler der Kostenstabilität“ im Gesundheitssystem, wohingegen der Krankenhaussektor als besonders aufwandsträchtig angesehen wurde. Sachlich

[569] Erlass der Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Frau Heide Moser – IX 421 a – vom 12.12.1995, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein Nr. 52/1995, Seite 893.

[570] Beitrag „Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein am 20.03.1996 in Kiel – Zukunft der ambulanten Versorgung“, Autor: Dr. Bodo Kosanke, Hauptgeschäftsführer der KV S-H, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1996, Seiten 152 – 160.

wurde dagegen ausgeführt, dass die niedergelassenen Ärzte durchaus in verschiedenen Bereichen zu praxisübergreifender Zusammenarbeit bereit wären. Ebenso würden Anlaufpraxen begrüßt werden, welche für die Patienten eine feste Adresse für Notfälle böten. Wichtig wäre dabei aber, dass beide Sachverhalte auch weiterhin in freiberuflicher Form der ambulanten Versorgung erbracht werden könnten, denn nur diese würden auch langfristig für Kostenstabilität sowie für die notwendige Kreativität sorgen. Ein weiterer Punkt der Informationsveranstaltung betraf den Vorschlag der SPD, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen in verselbständigte Sektionen für z.B. Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten aufgehen sollten. Hierin wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung eine deutliche Stärkung der Machtposition der Krankenkassen gesehen, welche ebenfalls nicht akzeptiert würde. Anhand der Entwicklung des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR wurde ausgeführt, welche Nachteile eine Verschmelzung der ambulanten und stationären Versorgung hätte.

Auch die Versammlung der Ärztekammer Schleswig-Holsteins befasste sich Ende März 1996 mit den Auswirkungen der damals aktuellen Gesundheitsreform[571]. Danach wäre die Budgetierung im stationären Sektor bereits festgeschrieben worden, wodurch mögliche künftige Budgeterhöhungen eng an die Erhöhung des Bundesangestelltentarifvertrages (BAT) gekoppelt seien. Hierdurch würden besonders für die Mitarbeiter der Krankenhäuser erhebliche Konsequenzen zu erwarten sein, denn der hohe Personalkostenanteil von rd. 70 % würde sonstige Sparmaßnahmen nur in begrenztem Umfang zulassen. Die Ärztekammer müsse daher darauf achten, dass die Vorteile der jeweiligen Versorgungsform genutzt würden, damit auch weiterhin Chancengleichheit bestünde und sich Veränderungen des Gesundheitssystems nicht zum Nachteil der Patienten auswirken würden. Aber auch hier wurde deutlich gemacht, dass das System der ambulanten Versorgung mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ein „unschlagbar“ kostengünstiges System wäre. So wäre es ein großer Fehler, wenn bisher von niedergelassenen Ärzten erbrachte ambulante Leistungen, in den Krankenhaussektor verlagert würden. Es spräche auf der anderen Seite aber nichts dagegen, dass niedergelassene, fachlich spezialisierte Ärzte in kleinen Krankenhäusern aushelfen würden und dort mehr belegärztliche Betten entstünden.

[571] Beitrag „Kammerversammlung am 27. März 1996“, Autor: Dietrich Steinhorst, 25588 Mehlbeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/1996, Seiten 221 – 225.

Mitte 1996 wurde über den aktuellen Stand der Methadonsubstitution in Schleswig-Holstein berichtet[572]. Ähnliche Programme wie das in Schleswig-Holstein seit 1990 bestehende medikamentengestützte Therapiekonzept für schwer Drogenkranke würden ebenfalls in anderen Ländern, wie Hamburg, Bremen, Berlin oder Hessen laufen. In Schleswig-Holstein würden Mitte 1996 rd. 550 Patienten mit Methadon substituiert. Etwa 130 Ärzte beteiligten sich an der Umsetzung dieses Konzeptes. Dies wäre nahezu flächendeckend in Schleswig-Holstein. Das Land trug die Kosten für die zwingend vorgeschriebene psychosoziale Begleittherapie, welche überwiegend von den Drogenberatungsstellen durchgeführt wurde. Die Kosten für die ärztliche Behandlung sowie notwendige Laboruntersuchungen wurden außerhalb des Honorarbudgets von den Krankenkassen getragen. Berichtet wurde von einer zunehmend hohen Anzahl von Anträgen von Drogenabhängigen auf Aufnahme in die Substitutionstherapie. Bei der Kassenärztlichen Vereinigung waren die Methadonkommission sowie die Geschäftsselle hierfür angesiedelt, welche den Ärzten Hilfestellung bei der Therapie der Drogenabhängigen gäbe. Die Methadonkommission entschied dabei über Aufnahme sowie mögliche Abmahnungen oder sogar Abbruch der Therapie. Die Substitutionstherapie zeigte demnach eindeutig positive Auswirkungen auf die Krankheitsverläufe, den Gesundheitszustand der Betroffenen, die soziale Wiedereingliederung in Familie und Beruf sowie darüber hinaus einen eindeutigen Rückgang der Beschaffungskriminalität. Berichtet wurde auch, dass die Mitglieder der Methadonkommission dem Konzept zunächst kritisch und skeptisch gegenüber standen, dass sich jedoch im Laufe der Mitarbeit ein positiver Sinneswandel ergeben hätte und die Mitarbeit zunehmend als hochmotivierend positiv empfunden würde.

Im Februar 1997 befasste sich der Landtag auf Antrag der CDU-Fraktion in einer ausführlichen Debatte mit dem Thema Ecstasy in Schleswig-Holstein[573]. Vor dem Hintergrund der wenige Tage zuvor veröffentlichten „Rauschgiftbilanz 1996“ wurde zunächst berichtet, dass ein besonders auffälliger Anstieg bei den Konsumenten sogenannter harter Drogen zu verzeichnen sei, der wiederum auf den ansteigenden Missbrauch synthetischer Drogen zurückzuführen wäre. Der Anteil der Erstkonsu-

[572] Bericht „Methadonsubstitution in Schleswig-Holstein“, Autor: Dr. Hans Köhler, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Methadonkommission, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1996, Seite 274.
[573] Auszug aus dem Protokoll der 25. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 21.02.1997, Protokoll-Nr. 14/25, Seiten 1696 bis 1706.

menten machte 1996 demnach 40,5 % aus, für Amphetaminderivate[574], speziell Ecstasy wäre eine Steigerungsrate von über 80 % festzustellen. Die Konsumenten würden eher als sozial unauffällig beschrieben. Dargestellt wurde ein immer stärkerer Trend zu synthetischen Drogen. Fachleute würden mit einer weiteren Verschärfung der Situation, nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ rechnen. Immer häufiger würden besonders von Lehrern die Drogenberatungsstellen angerufen, um Informationen über diese Droge zu erhalten. Während Hasch und Heroin Aussteigerdrogen wären, wäre Ecstasy eine Leistungsdroge mit einem völlig verharmlosenden Tablettenimage, welche im Gebrauch sauber, gut einzunehmen und gut proportionierbar sei. In der Wirkung sei sie allerdings katastrophal, da bereits nach Einnahme nur weniger Tabletten irreparable Schäden auftreten könnten. Die CDU-Fraktion stellte den Antrag auf einen formalen Bericht der Landesregierung über die Erkenntnisse zum Konsum von Ecstasy. Auch gemäß der SPD-Fraktion hätte der Ecstasy-Konsum besorgniserregende Ausmaße angenommen. Die Einstufung von Ecstasy als sogenannte harte Droge wurde auch von dieser Seite für richtig befunden. Ein besonderes Problem sei, dass die gesellschaftliche Akzeptanz von Tabletten und Tropfen besonders hoch sei. Die SPD unterstützte letztendlich den Antrag der CDU-Fraktion auf Berichterstattung, allerdings sollte gemäß Ministerin Moser das Hauptgewicht des Berichts auf dem Bereich der Prävention und weniger auf den Problemen des weiteren strafrechtlichen Umgangs mit der Droge liegen.

In der Sitzung im Mai 1997 wurde im Landtag auf Antrag der SPD und dem Bündnis90/Die Grünen die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie in Schleswig-Holstein[575] behandelt. Danach hatte die Landesregierung bereits im Mai 1995 gemeinsam mit den Ländern Hessen und Nordrhein/Westfalen eine Bundesratsinitiative gestartet, mit welcher eine eigene gesetzliche Grundlage für die ambulante psychotherapeutische Behandlung geschaffen werden sollte. Nachdem es der CDU-geführten Bundesregierung noch nicht gelungen wäre, innerhalb dieser zwei Jahre einen Gesetzentwurf vorzulegen, sollte die Landesregierung aufgefordert werden, das Verfahren im Bundesrat zügig voranzutreiben. Die wesentlichsten Ziele der Initiative waren die Aufnahme psychotherapeutischer Behandlung als Regelleistung in

[574] Amphetamin: Synthetisch hergestellte Substanz mit stimulierender Wirkung, Inhaltsstoffe u.a. MDMA und Ephedrin.

[575] Antrag der Landtagsfraktionen von SPD sowie Bündnis90/Die Grünen vom 06.05.1997, Drucksache 14/712 sowie Auszug aus dem Protokoll der 32. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 15.05.1997, Protokoll-Nr. 14/32, Seiten 2140 bis 2149.

den Behandlungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Selbstbeteiligung sowie ein Erstzugangsrecht der Versicherten zu dieser Behandlung. Vertreter der CDU-Fraktion wiesen darauf hin, dass die Bundesregierung bereits in der 12. Legislaturperiode des Bundestages (1990 – 1994) einen Gesetzesentwurf vorgelegt hätte, der jedoch von den Ländervertretungen im Bundesrat abgelehnt wurde. Dieser damalige Gesetzentwurf hätte für die Krankenkassen Mehrkosten in Höhe von rd. 61,3 Mio. € bedeutet, wogegen der vom Bundesrat vorgelegte Gesetzentwurf Mehrkosten in Höhe von rd. 409 Mio. € bedeutet hätte, welche allein von den Krankenkassen getragen werden müssten. Die Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung in den Leistungskatalog der Krankenkassen wurde dagegen von der CDU ebenso befürwortet wie - mit Einschränkungen - auch das Erstzugangsrecht. Ungleiche Auffassungen gab es hingegen beim Thema Kostenbeteiligung. Der Antrag der SPD/Die Grünen sah vor, dass *keine* Kostenbeteiligung der Patienten erfolgen sollte, wohingegen die CDU eine maßvolle Selbstbeteiligung der Patienten befürwortete. Im Ergebnis wurde dem Antrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen zugestimmt und der Vorgang an den Sozialausschuss des Landtags zur weiteren Bearbeitung überwiesen.

Ende Mai 1997 befasste sich der Sozialausschuss des Landtags mit einem Gesetzentwurf der CDU-Fraktion, nach welchem das Jugendzahnpflegegesetz von 1966 aufgehoben werden sollte[576]. Gemäß CDU-Fraktion hätte sich das Jugendzahnpflegesetz „überlebt“ und die Landesregierung solle durch den jetzt vorgelegten Gesetzentwurf angehalten werden, ein modernes und umfassendes Prophylaxekonzept zu entwickeln, so wie es die Gesundheitsreform von 1992 verlangen würde. Gemäß Gesundheitsministerin Moser bestünde jedoch bereits eine unterschriftsreife Rahmenvereinbarung zwischen Krankenkassen, Kommunen und Zahnärztekammer. Allerdings wurde die Vereinbarung bis dato nicht von der Zahnärztekammer unterzeichnet, da dieser in einem Detailpunkt, dem noch zu erstellenden Konzept für „Interprophylaxe für Risikokinder“ kein Sonderkündigungsrecht eingeräumt wurde. Der Gesetzentwurf wurde sowohl im Sozialausschuss selbst als auch wenige Wochen später in der Plenarsitzung des Landtags unter anderem mit der Begründung abge-

[576] Gesetzentwurf der Fraktion der CDU zur Aufhebung des Jugendzahnpflegegesetzes, Drucksache 14/295, Protokoll der 23. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.05.1997 sowie Auszug aus Protokoll der 36. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 13.06.1997, Seiten 2431 – 2435, Protokoll-Nr. 14/36.

lehnt, dass sich hierdurch gerade in der Altersgruppe der 13- bis 18jährigen eine Versorgungslücke ergeben würde.

Weiterhin rückten im Jahr 1997 die Einflüsse der Umwelt auf die Gesundheit des Menschen zunehmend stärker in den Vordergrund. So erschien beispielsweise im Oktober 1997 ein Bericht über die Umweltmedizin an Schleswig-Holsteins Universitätskliniken, in dem zunächst ausgeführt wurde, dass die Umwelt und ihre krankmachenden Einflüsse nicht konstant wären, sondern einem laufenden Veränderungsprozess unterliegen würden[577]. Insbesondere in den letzten Jahrzehnten wäre es durch die zahlenmäßige Zunahme der Menschen, durch industrielle Produktionen und neuer chemischer Verbindungen zu erheblichen Veränderungen der Umwelt gekommen, welche auch neue Krankheitsursachen nach sich zögen. Bei diesen chemischen Substanzen stünden Quecksilberbestandteile im Amalgam, Formaldehyd, Holzschutzmittel, Dioxine, Pestizide und anderes mehr an vorderer Stelle. Umweltmedizin wäre jedoch kein eigenes Fachgebiet, sondern eine Aufgabe aller medizinischen Fachgebiete.

Anfang 1998 veröffentlichte das Sozialministerium einen Bericht zur Situation von HIV und AIDS in Schleswig-Holstein[578]. Danach wurde aktuell eine Broschüre als „Wegweiser“ für Betroffene, Angehörige und Ärzte erstellt, deren Ziel es wäre, die Vernetzung der Hilfsangebote zu fördern und mehr Transparenz herzustellen, um den Betroffenen die Zugangswege und Kontaktmöglichkeiten zu den Hilfsangeboten aufzuzeigen. In Schleswig-Holstein gab es zu diesem Zeitpunkt sieben sogenannte AIDS-Hilfen, die als Interessenvertretung für die Betroffenen fungierten. Ein wesentlicher Baustein im Hilfesystem wäre die Übergangs- und Betreuungspflege, dies besonders vor dem Hintergrund, dass die Betroffenen überwiegend den Wunschnach häuslicher Pflege äußerten und die Krankenhausaufenthalte nur auf das unbedingt notwendige Maß reduziert werden sollten. An einigen Standorten in Schleswig-Holstein übernahmen Pflegekräfte die Aufgabe, die Koordination zwischen ambulanter und stationärer Pflege sicherzustellen, die Pflegedienste fortzubilden und die Ver-

[577] Bericht „Umweltmedizin an Schleswig-Holsteins Universitäten: Quo vadis“, Autor: Prof. Dr. Ottfried Strubelt, Institut für Toxikologie an der Medizinischen Universität zu Lübeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1997, Seiten 440 – 441.
[578] Bericht „Zur Situation von HIV und AIDS in Schleswig-Holstein“, Autorin: Gunda Petersen, AIDS-Referentin des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Kiel, veröffentlicht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 01/1998, Seiten 18 – 20.

netzung aller örtlichen Institutionen weiter zu fördern. Besonders wichtig erschien dabei, möglicherweise aus Unkenntnis oder Vorbehalten entstehende Reibungsverluste zu vermeiden. Weiterhin gab es in Schleswig-Holstein drei HIV-Ambulanzen (Kiel, Lübeck, Elmshorn), deren Ziel es insbesondere war, das ärztliche und pflegerische Wissen zusammenzuführen sowie eine ebenfalls enge Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung sicherzustellen. Diese Ambulanzen würden von den Betroffenen sehr gut angenommen. In Schleswig-Holstein waren bis zum 30.09.1997 insgesamt 399 AIDS-Fälle gemeldet worden, wovon bereits 240 Patienten verstorben waren. Hinzu kamen die Betroffenen mit einer HIV-Infektion, die jedoch noch nicht zum Ausbruch der Krankheit geführt hatte. Die Datenlage war nicht ganz eindeutig, es wurde aber für Schleswig-Holstein zum Stichtag 30.09.1997 von etwa 2.000 bis 2.500 infizierten Personen ausgegangen. Der Frauenanteil betrug in beiden Bereichen etwa 10 - 20 %. Im Gesundheitsministerium würde die Entwicklung im Bereich HIV und AIDS genau beobachtet und dafür Sorge getragen, dass sowohl die Prävention als auch die Versorgung der betroffenen Menschen einen weiterhin hohen Stellenwert behalten würde.

Im Juni 1998 wurde in einem Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt das Thema Organspende betrachtet[579]. Im Jahr 1997 wurden demnach rd. 100 potentielle Organspender aus Kliniken in Schleswig-Holstein an die Transplantationsbüros in Kiel und Lübeck gemeldet. Das entsprach einer Quote von 36,2 Spendermeldungen pro 1 Mio. Einwohner. Schleswig-Holstein lag mit dieser Quote im Vergleich der Länder der Bundesrepublik Deutschland an zweiter Stelle, im Bundesdurchschnitt erfolgten 24,9 Spendermitteilungen pro 1 Mio. Einwohner. Die hohe Zahl an Spendermitteilungen in Schleswig-Holstein spräche für eine gute Kooperation der Klinikärzte mit den Transplantationsbüros und reflektiere auch die Bereitschaft der Bevölkerung, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen. Seit dem 01.12.1997 wären die Organspende und die Transplantation in Deutschland durch ein Transplantationsgesetz[580] geregelt, welches eine klare Rechtsgrundlage für die Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den regionalen Krankenhäusern schaffe. Die Voraussetzungen für eine Organspende wären die Feststellung des Hirntodes

[579] Bericht „Organspende in Schleswig-Holstein“, Autoren: Prof. Dr. Doris Henne-Bruns und Dr. Gabriele Schütt, transplantationszentrum Kiel, veröffentlicht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 06/1998, Seiten 21 – 23.
[580] Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG) vom 05.11.1997.

sowie die Zustimmung des Verstorbenen bzw. seiner Angehörigen. Die Krankenhäuser wären verpflichtet, mit den Transplantationszentren zusammenzuarbeiten und verstorbene Patienten zu melden, welche nach ärztlicher Begutachtung als Organspender in Frage kämen. Berichtet wurde weiterhin über sogenannte Kontraindikationen zur Organspende, wenn etwa die verstorbenen Patienten an einer schweren Infektion oder Tumorerkrankung litten. Allerdings würden bei dem immer noch bestehenden Organspendermangel und laufend verbesserten medizinischen Möglichkeiten zunehmend auch ältere Patienten als Organspender akzeptiert.

Im Juni 1999 wurde dem Landtag der Entwurf des Landeskrebsregistergesetzes (LKRG) vorgelegt[581]. Als Problem wurde ausgeführt, dass das bisherige Krebsregistergesetz des Bundes aus dem Jahr 1994 sowie das entsprechende Ausführungsgesetz des Landes Schleswig-Holstein aus dem Jahr 1997 nur befristet wären und mit Ablauf des 31.12.1999 außer Kraft treten würden. Damit würden die Rechtsgrundlagen für das bestehende Krebsregister entfallen, so dass es notwendig wäre, eine neue Rechtsgrundlage als Nachfolgeregelung zu schaffen. Die bisherige organisatorische und räumliche Trennung der Vertrauensstelle und der Registerstelle hätte sich bewährt und würde daher zur insbesondere vor dem Hintergrund des Datenschutzes beibehalten. Nach dem Entwurf des Landeskrebsregistergesetzes sollte weiterhin die Ärztekammer Schleswig-Holstein die Aufgaben der Vertrauensstelle und das Institut für Krebsepidemiologie e.V., räumlich angesiedelt am Universitätsklinikum Lübeck, die Aufgaben der Registerstelle wahrnehmen. Die oberste Landesgesundheitsbehörde, das Sozialministerium, sollte die Fachaufsicht über die Vertrauensstelle und die Registerstelle wahrnehmen. Die Ärzte wären verpflichtet, bösartige Neubildungen bei Patienten mit gewöhnlichem Aufenthalt in Schleswig-Holstein der Vertrauensstelle mit einem genau festgelegten Datensatz zu melden. Das Gesetz sollte unbefristet zum 01.01.2000 in Kraft treten. Der Landtag befasste sich in seiner Sitzung Anfang Juli mit dem Sachverhalt und überwies den Gesetzesentwurf zur weiteren Bearbeitung an den Sozialausschuss[582].

[581] Gesetzentwurf der Landesregierung für das Krebsregister Schleswig-Holstein (Landeskrebsregistergesetz – LKRG) vom 11.06.1999, Drucksache 14/2217.
[582] Auszug aus dem Plenarsitzungsprotokoll vom 07.07.1999, Protokoll-Nr. 14/90, Seite 6773.

Auf Antrag der CDU-Fraktion[583] befasste sich der Sozialausschuss des Landtages Im Juli 1999 mit der Qualitätssicherung in der Pflege[584]. Demnach sollte der Landtag feststellen, dass das Pflegepersonal einen unermüdlichen Einsatz in den Pflegeeinrichtungen des Landes leiste und die zunehmende Zahl dementer oder psychisch kranker Heimbewohner immer häufiger zu einer extremen Belastung des Pflegepersonals führe. In der jüngeren Vergangenheit würden die Klagen über Fehlentwicklungen einiger Heime, über unzureichende Personalausstattung und mangelnde Kontrolle von Pflegeleistungen immer lauter. Aus Fürsorgepflicht für die Pflegebedürftigen müssten Einrichtungen, die gravierende Mängel aufwiesen, schneller als bisher geschlossen werden können. Zur Lösung dieser Probleme solle der Landtag insbesondere fordern, dass die Pflegeversicherung auf verzichtbare bürokratische Regelungen überprüft würde, dass verlässliche Kriterien für die Fachkraftquote in Pflegeheimen erarbeitet würden und dass dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen verbesserte Kontrollmöglichkeiten eingeräumt würden. Zu Beginn der Sitzung wies die Sozialministerin darauf hin, dass die im Antrag der CDU-Fraktion aufgeführten Punkte bereits im Aktionsprogramm des Landespflegeausschusses[585] zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflegeeinrichtungen aufgenommen wurden und ebenso bereits in dem Eckpunktepapier der Länder zur Novellierung des Heimgesetzes eine Rolle spielten. Sie führte aus, dass die Abgrenzungsproblematik zwischen Pflege- und Krankenversicherung bereits im bisherigen Gesetzgebungsverfahren von großer Bedeutung gewesen sei. Dabei seien Teile der Krankenpflege und Krankenbehandlung der Pflegeversicherung zugeordnet worden. Es sollte darauf geachtet werden, dass nicht ein weiteres Mal bisher der Krankenversicherung zugeordnete Leistungen künftig der Pflegekasse zugeordnet würden. Hinsichtlich der Fachkraftquote wurde erläutert, dass es diese immer noch gäbe, obwohl zunächst beabsichtigt gewesen war, diese aufzuheben. Ein Nachteil der Fachkraftquote sei deren Bindung nur an Qualitäten, nicht aber an Quantitäten. Die Quote könne auch durch Reduktion des nicht-qualifizierten Personals erreicht werden. Die

[583] Antrag der Fraktion der CDU zur Qualitätssicherung in der Pflege vom 09.03.1999, Drucksache 14/2038.
[584] Protokoll des 72. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 01.07.1999, Protokoll-Nr. 14/72.
[585] Grundlage für den Landespflegeausschuss ist die Landespflegeausschussverordnung (LPAVO) vom 21.03.1995. Vorrangige Aufgabe des Landespflegeausschusses die Beratung von Behörden, Organisationen und sonstigen Aufgabenträgern über Fragen hinsichtlich der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen. Der Landespflegeausschuss setzt sich aus Vertretern der Krankenkassen, der Sozialverbände, der Kommunen und des Sozialministerium zusammen. Quelle: Website der Landesregierung Schleswig-Holstein, URL: < http://www.schleswig-holstein.de/ArchivSH/PI /MSGF/2007/070613_msgf_neuer_Vorstand.html>(Stand 30.10.2011).

Forderung nach verbesserten Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen sei ebenfalls in dem genannten Eckpunktepapier zur Novellierung des Heimgesetzes enthalten. Im Ergebnis wurde vom Sozialausschuss beschlossen, dem Landtag zu empfehlen, den Antrag der CDU-Fraktion für erledigt zu erklären.

Im November 1999 behandelte der Sozialausschuss das Thema „Alkoholmissbrauch in Schleswig-Holstein“[586]. Hintergrund war eine Große Anfrage der CDU-Fraktion aus März 1999[587]. Darin wurde beispielsweise gefragt, wie viele Menschen derzeit in Schleswig-Holstein alkoholkrank wären, wie hoch der Anteil der Menschen wäre, die als gefährdet gelten, wie hoch der Anteil an Kindern und Jugendlichen wäre, die ein problematisches Konsumverhalten aufwiesen, welche Präventionsprogramme es geben würde und ob diese nach Auffassung der Landesregierung ausreichen würden. Nach Antwort der Landesregierung von Juli[588] folgte im Oktober 1999 eine Debatte im Landtag. In dieser Debatte wurde zunächst von der Sozialministerin zum Ausdruck gebracht, dass es ein Verdienst des „ganzheitlichen Präventionsansatzes der schleswig-holsteinischen Drogenpolitik“ sei, dass das Thema Alkoholmissbrauch überhaupt verstärkt diskutiert würde. Zurzeit befände sich der „Aktionsplan Alkohol“ in Abstimmung mit allen Beteiligten. Gemäß der Redner der CDU-Fraktion wären allerdings die Fragen der Großen Anfrage weitgehend unbeantwortet geblieben; bei den dort genannten Zahlen handele es sich hauptsächlich um bundesdeutsche Zahlen und nicht um Angaben für Schleswig-Holstein. Es folgte ein Antrag auf Überweisung an den parlamentarischen Fachausschuss. Im Rahmen der Sitzung des Sozialausschusses im November 1999 wurde speziell über die Themen Alkohol am Arbeitsplatz und den geplanten „Aktionsplan Alkohol“ gesprochen. Das Ministerium habe gemäß Moser festgestellt, dass sich zwar alle Beteiligten in die Verantwortung des Aktionsverbundes einbinden lassen wollten, jedoch die Alkoholwirtschaft ganz bestimmte Vorbedingungen stelle. Diese bestehe auf der Aussage, dass, sofern Alkohol in Maßen genossen würde, dieser gesundheitsfördernd sei und wolle zudem den Alkoholkonsum insgesamt *nicht* in Frage stellen, sondern sich ausschließlich auf dessen Missbrauch beschränken. Ende November würde die Sozialministerin einen letzten Versuch einer Einigung unternehmen. Der Aktionsplan würde dann im Laufe

[586] Auszug aus Protokoll der 78. Sitzung des Sozialausschusses vom 11.11.1999, Protokoll-Nr. 14/78
[587] Große Anfrage der Fraktion der CDU zum Thema „Alkoholmissbrauch in Schleswig-Holstein“ vom 31.03.1999, Drucksache 14/2085.
[588] Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU zum Alkoholmissbrauch in Schleswig-Holstein vom 02.07.1999, Drucksache 14/2308.

des Frühjahrs 2000 vorgelegt werden. Der Ausschuss empfahl dem Landtag, die Antwort der Landesregierung zur Kenntnis zu nehmen.

Im Januar 2000 debattierte der Landtag erneut über die Qualitätssicherung in der Pflege[589]. Die CDU-Fraktion hatte hierzu im Dezember 1999 einen Bericht der Landesregierung über den Stand Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen beantragt[590]. Nur wenige Tage später reichten die Regierungsfraktionen ebenfalls einen Antrag auf Bericht der Landesregierung hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Pflege ein[591]. Die Anträge unterschieden sich insbesondere dahingehend, dass der Antrag der CDU-Fraktion einen mehr zahlenbasierten Bericht erwarten ließ, wohingegen der Antrag der Regierungsfraktionen einen eher verbalen Bericht erwarten ließ. Beide Anträge wurden in der Plenarsitzung gemeinsam beraten. Gemäß Bericht der Gesundheitsministerin liefe derzeit die Umsetzung des Aktionsprogramms des Landespflegeausschusses, nachdem dieser im Januar 1999 vom Landtag verabschiedet worden sei. Ein wesentliches Element des Aktionsprogramms sei die Öffentlichkeitsarbeit. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hatte einen Zwischenbericht der Prüfung von Pflegeeinrichtungen vorgelegt. Ein Teil der Ergebnisse müsse noch geprüft werden, ein anderer Teil würde jedoch klar sein, so dass bereits jetzt darüber berichtet werden könne: Es wurden demnach 20 % der insgesamt 580 Einrichtungen geprüft. Gemäß MDK hätten nur knapp 50 % dieser Einrichtungen die gesetzlichen oder vertraglichen Regelwerke eingehalten. Bei einem Drittel der untersuchten Pflegebedürftigen wären Pflegeschäden festgestellt worden. Zu berücksichtigen wäre dabei allerdings, dass zwei Drittel der Pflegebedürftigen nicht in entsprechenden Einrichtungen, sondern ambulant zu Hause gepflegt würden, wodurch sich eine gewisse Relativierung des Prüfungsergebnisses des MDK ergäbe. Die Fachkraftquote beliefe sich auf etwa 44 %, wobei es nach wie vor keine verlässlichen Kriterien für die Fachkraftquote gäbe. Die Aufstockung des Pflegepersonals wäre nicht nur eine Frage der Finanzierung, sondern auch eine Frage des Arbeitsmarktes. Die Redner der Opposition zeigten sich „entsetzt und erschüttert[592]“ über das Ausmaß und die Schwere der aufgedeckten Mängel in der Pflege. Es wurde betont, dass es

[589] Auszug aus dem Protokoll der 105. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 27.01.2000, Protokoll-Nr. 14/105, Seiten 8018 – 8031.
[590] Antrag der Fraktion der CDU über den Stand der Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen vom 01.12.1999, Drucksache 14/2563.
[591] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen über Qualitätssicherung in der Pflege vom 23.12.1999, Drucksache 14/2662.
[592] Wortbeitrag von Frau Christel Aschmoneit-Lücke (FDP), Plenarprotokoll 14/105, Seite 8027.

hierbei nicht nur um Einzelfälle, sondern um grundlegende Missstände ginge. Im Ergebnis wurde der Antrag der Regierungsfraktionen angenommen, womit die Landesregierung u.a. aufgefordert wurde, sich auf Bundesebene weiter für entsprechende Änderungen des Heim– und Pflegesicherungsgesetzes einzusetzen.

Im Mai 2000 legte die Regierung den Entwurf eines Gesetzes hinsichtlich der Zusammenarbeit in verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens in Norddeutschland vor[593]. Hintergrund dieses Gesetzentwurfes war die bereits 1995 vereinbarte Zusammenarbeit der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, deren Finanzierung aber nach Ablauf von vier Jahren neu festgesetzt werden sollte. Als von den Vertragspartnern anerkannte Bemessungsgrundlage hätte sich demnach der sogenannte Königsteiner Schlüssel erwiesen. Der Landtag überwies den Gesetzentwurf zur weiteren Beratung an den Sozialausschuss. Der Sozialausschuss hatte sich im Juni mit dem Gesetzentwurf befasst und dem Landtag die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfohlen[594]. Der Landtag wiederum ist der Empfehlung des Fachausschusses gefolgt und hat das Gesetz in zweiter Lesung im Juli 2000 beschlossen[595].

Die Regierungsfraktionen von SPD und Bündnis 90/ Die Grünen beantragten im September 2000 einen Beschluss der Landesregierung, wonach diese mit der Bundesregierung verhandeln sollte, eine Änderung des SGB V hinsichtlich der Finanzierung von Fehlfahrten der Rettungsdienste zu erreichen[596]. Ziel des Antrags war es, dass die Rettungsdienste die Kosten für Fehlfahrten von den Krankenkassen erstattet bekämen. Bislang war demnach im SGB V festgelegt, dass die Krankenkassen nur für „notwendige“ Krankentransporte aufkommen müssten. Die Rettungseinsätze, bei denen beispielsweise der Patient *vor* Eintreffen des Rettungswagens im Krankenhaus verstirbt, oder bei denen sich herausstellt, dass ein Krankentransport nicht notwendig wäre, würden *nicht* unter den Begriff „notwendiger Krankentransport“ fallen und dementsprechend ebenfalls *nicht* von den Krankenkassen erstattet. Diese Kos-

[593] Gesetzentwurf der Landesregierung zum Abkommen zur Änderung des Abkommens über die Zusammenarbeit auf verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens in Norddeutschland vom 24.05.2000, Drucksache 15/124.
[594] Auszug aus Protokoll des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.06.2000, Protokoll-Nr. 15/3, Seite 13.
[595] Auszug aus Plenarprotokoll vom 12.07.2000, Protokoll-Nr. 15/7, Seite 448.
[596] Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen zu Fehlfahrten bei Rettungsdiensteinsätzen vom 14.09.2000, Drucksache Nr. 15/384.

ten würden gegenwärtig denjenigen, welche die Rettungsdienste alarmiert hatten bzw. den Hinterbliebenen in Rechnung gestellt. Hier wurde von den Regierungsfraktionen die Gefahr gesehen, dass Unbeteiligte möglicherweise zögern könnten, einen Rettungsdienst zu alarmieren. Im November 2000 berichtete die Gesundheitsministerin dem Sozialausschuss über den Sachstand[597]. Danach würden sich die Krankenkassen bislang „außerstande“ sehen, die Fehlfahrten zu finanzieren. Das Ministerium hätte Gespräche insbesondere mit den Krankenkassen, Kreisen und kreisfreien Städten geführt, bislang jedoch ohne Ergebnis. Zwar könne das Sozialministerium die landesunmittelbaren Krankenkassen anweisen, die Finanzierung der Fehlfahrten zu übernehmen, jedoch die der Rechtsaufsicht des Bundes unterstehenden Krankenkassen müssten sich an diese Anweisung nicht halten. Für Anfang Dezember wurde daher ein Gespräch der Sozialministerin persönlich mit den Spitzen der Krankenkassen vereinbart. Nach diesem Spitzengespräch berichtete die Ministerin erneut dem Sozialausschuss[598]. In diesem Gespräch hätte man sich auf Eckpunkte verständigt, wonach eine Matrix von acht Fallkonstellationen erarbeitet wurde, von denen zwei nach Ansicht der Krankenkassen für die Benutzer bzw. Patienten kostenpflichtig sein sollten. In beiden Fällen würde jedoch kein Transport erfolgen. Auf der Basis der vom Sozialministerium vorgelegten Zahlen sollte eine 50 %ige Kostenübernahme der Krankenkassen, Kreise und kreisfreien Städte vereinbart werden. Allerdings war hierbei die vom Sozialministerium genannte Zahl von 2,1 Mio. € noch zu validieren, die Krankenkassen gingen nach eigenen Berechnungen von etwa 5,1 Mio. € aus, wohingegen die Kommunen die zunächst genannten 2,1 Mio. € bereits als Obergrenze betrachteten. Die Beratung des Sozialausschusses wurde ohne Beschluss unterbrochen und sollte Anfang 2001 fortgesetzt werden.

Im Spätherbst des Jahres 2000 richtete sich dann der Focus der Gesundheitspolitik des Landes auf das Thema BSE[599], denn am 24.11.2000 wurde erstmals BSE bei einem in Deutschland geborenen Rind festgestellt[600]. Zwar handelte es sich hierbei

[597] Auszug aus Protokoll der 11. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 30.11.2000, Protokoll-Nr. 15/11, Seiten 6 – 8.
[598] Auszug aus Protokoll der 13. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 14.12.2000, Protokoll-Nr. 15/13, Seiten 4 – 6.
[599] Bei BSE (**B**ovine **S**pongiforme **E**nzephalopathie) handelt es sich um eine bei Rindern auftretende Nervenerkrankung, die im Gehirn schwere Schäden verursacht und immer tödlich endet. Quelle: Website des Bundesinstituts für Risikobewertung, URL: < http://www.bfr.bund.de/de/gesundheitliche_bewertung_von_bse-675.html>, (Stand: 10.06.2012).
[600] Quelle: Website Spiegel-Online.de, Rubrik Politik, URL: < http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,105050,00.html>, (Stand: 10.06.2012).

vorrangig um ein Problem, für welches des Landwirtschaftsministerium zuständig war, jedoch aufgrund der Ungewissheit der Übertragbarkeit der Krankheit auf den Menschen befassten sich sowohl der Sozialausschuss als auch der Landtag selbst mit diesem Thema. Ende November 2000 erfolgte ein Bericht der zuständigen Ministerin im Rahmen des Sozialausschusses[601]. Es wurde u.a. über den Herkunftsbetrieb, die Futtermittellieferanten des betroffenen Betriebes sowie die Inkubationszeit dieser Krankheit berichtet. Gemäß Gesundheitsministerin Moser gäbe es von BSE einen speziellen Bezug zu der beim Menschen auftretenden Creutzfeldt-Jakob-Krankheit. Die Verbraucher wären mit Blick auf die Nahrungsmittel sowie über die Nebenprodukte, die in Medikamente und Kosmetika gelangten, verunsichert. Moser sprach sich dafür aus, die Risikovorsorge gegen die Erkrankung und Übertragung der neuen Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit noch weiter zu verstärken. Eine ähnliche Entwicklung wie bei der HIV-Erkrankung wurde jedoch nicht gesehen, da eine Übertragung von Mensch zu Mensch bislang ausgeschlossen wurde. Im Dezember 2000 befasste sich dann der Landtag mit diesem Thema[602]. Die Ministerpräsidentin berichtete über den Sachverhalt und das aus ihrer Sicht erfolgreiche Krisenmanagement. Demnach wurde die Öffentlichkeit fortlaufend informiert, es wurde eine Telefon-Hotline geschaltet, in der über 100 Mitarbeiter verschiedener Landeseinrichtungen Anfragen von Bürgern beantworten würden. Bundestag und Bundesrat hätten ebenfalls schnell reagiert und ein Gesetz über das Verbot des Verfütterns bestimmter Futtermittel beschlossen und die zuständige Bundesministerin hätte eine Verordnung erlassen, wonach alle geschlachteten Rinder einer bestimmten Altersgruppe auf BSE untersucht werden müssten. Es wurde im Plenum ausführlich über mögliche Ursachen, Verfehlungen, Schäden und Folgen diskutiert. Dem Antrag[603] der Regierungsparteien sowie dem SSW, wonach der Landtag die Beschlüsse der Bundesregierung begrüßt und bestimmte Sachverhalte hinsichtlich BSE fordert, wurde zugestimmt.

[601] Protokoll der 10. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 28.11.2000, Protokoll-Nr. 15/10.
[602] Auszug aus dem Protokoll der 19. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 14.12.2000, Protokoll-Nr. 15/19, Seiten 1375 – 1414.
[603] Antrag der Fraktionen von SPD, Bündnis90/Die Grünen sowie der Abgeordneten des SSW hinsichtlich Maßnahmen gegen BSE vom 30.11.2000, Drucksache 15/573.

1.7.2. Krankenhaussektor (1996 – 2000)

Im Januar 1996 wurde von einer Veranstaltung der Ärztekammer Schleswig-Holstein hinsichtlich des Umbruchs im Finanzierungsystem des Krankenhausbereiches berichtet[604]. Gemäß des dortigen Referenten, Prof. Rüschmann, stünde zum ersten Mal die Leistung im Krankenhausbereich im Vordergrund. Die Fallpauschalen würden schon 1996 um ca. ein Drittel sinken, die Krankenhäuser müssten sich insgesamt dem Wettbewerb stellen und wie in jedem Wettbewerb würde es Gewinner und Verlierer geben. Am Beispiel einer privaten Augenklinik in Kiel wurde dargestellt, wie sich die Anschaffung eines speziellen medizinischen Gerätes amortisierte. So konnten die zunächst höheren Fallpauschalen durch in der Folge geringere Personalkosten aktiv vermindert werden, wodurch im nächsten Schritt die Nachfrage nach den entsprechenden Leistungen stieg. Durch die wachsende Anzahl der erbrachten Leistungen konnten wiederum die „Stückkosten“ weiter gesenkt werden, so dass das Leistungsangebot erneut gewinnbringend erbracht werden konnte. Diese Erfahrungswerte könnten gemäß Rüschmann auch auf Krankenhäuser z.B. der Regelversorgung übertragen werden, denn gefordert wäre zwar eine Spezialisierung auf bestimmte Leistungen, wobei dies ausdrücklich aber nicht bedeute, andere Leistungen auszugliedern. Eine starke Marktstellung ließe sich darüber hinaus nicht nur durch Spezialisierung, sondern auch durch Mitarbeitermotivation, Verbesserung des Umfelds, wie Service oder bauliche und gärtnerische Gestaltung, erreichen. Allerdings würde diese Darstellung nach Auffassung der Zuhörer nicht der Realität für allgemeine Akutkrankenhäuser entsprechen, da die geschilderte Klinik sowie die Parkklinik Manhagen jeweils nur ein selektiertes Patientengut behandeln und z.B. für schwerbehinderte Patienten kein Pflegepersonal vorhalten würden.

Rüschmann führte weiter aus, dass unter den Rahmenbedingungen des Wettbewerbs auch im Krankenhausbereich Kooperationen unumgänglich seien, unter anderem deshalb, weil in vielen Krankenhäusern die Bettenkapazitäten reduziert werden müssten. Weiterhin böten sich Investitionen hinsichtlich der Einrichtung oder des Ausbaus von Geriatrieabteilungen an, da diese zum einen zukunftsträchtig seien und zum anderen für die Patienten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität be-

[604] Beitrag „Das Krankenhaus im Umbruch“, Autor: Dietrich Steinhorst, 25588 Mehlbek, Bericht über eine Veranstaltung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 07.11.1995, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1996, Seiten 24 – 26.

deuten würden. Er ging auch davon aus, dass in Zukunft die Krankenkassen noch mehr Einfluss auf die Kostengestaltung der Krankenhäuser, z.B. durch Einkaufsmodelle, nehmen könnten. Wichtig wäre daher für die Krankenhäuser, ihre eigene Position zu bestimmen, die Stärken auszubauen und in anderen Bereichen ggf. Kooperationen einzugehen.

Der Landtag befasste sich in seiner Sitzung im Februar 1996 auf Antrag der CDU-Fraktion mit der Eigenkapitalbildung der psychiatrischen Fachkliniken[605]. Vorausgegangen war, dass in einzelnen Bereichen der Fachkliniken über einen Zeitraum von insgesamt zehn Jahren Gewinne erzielt wurden, obwohl die Fachkliniken laufend Gegenstand von Beratungen der Landesregierung hinsichtlich scheinbar aus wirtschaftlichen Gründen notwendiger Neustrukturierungen waren. Gemäß Bericht der Gesundheitsministerin Heide Moser wären die Gewinne in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsvorschriften und unter Anwendung der für die verschiedenen Leistungsbereiche unterschiedlichen Regelwerke erzielt worden. Die Ursachen für die Gewinne lägen vor allem in verzögerten Stellenbesetzungen, z.B. wegen des Fachkräftemangels, in der Erwirtschaftung von Rationalisierungseffekten, wie beispielsweise die Verkleinerung oder Schließung von Laboreinheiten sowie in der Überschreitung von prognostizierten Belegungen. Unter Berücksichtigung der aufgelaufenen Verluste der Jahre 1970 bis 1985 in Höhe von 29,7 Mio. € wäre auch derzeit noch ein negatives Eigenkapital zu verzeichnen. Der von Teilen der CDU-Fraktion geäußerte Verdacht, die Gewinne seien zu Lasten der Patienten erwirtschaftet worden, wurde als falsch bezeichnet und zurückgewiesen. Gemäß Moser hätte sich in allen Fachkliniken im Gegensatz dazu das Verhältnis von Bettenkapazität zu Personalbestand kontinuierlich verbessert. Der Landtagsabgeordnete Sprenger (CDU) wies im Anschluss an den Bericht der Ministerin darauf hin, dass besonders im Zeitraum von 1992 bis 1995 Jahresüberschüsse erzielt wurden und stellte noch einmal die Frage , ob es menschlich, sozial und moralisch verantwortbar wäre, dass von den ohnehin sehr geringen Pflegesätzen auf Kosten der Patienten Gewinne und Jahresüberschüsse erzielt würden. Die CDU-Fraktion halte die Erzielung von Gewinnen in „Millionenhöhe“ durch die Nicht-Verausgabung von Pflegesätzen für inhuman und für nicht verantwortbar. Augenfällig wäre, dass zwei von vier Fachkliniken in den drei

[605] Protokoll der 114. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags am 21.02.1996, Vorgang-Nr. 13/114 sowie Antrag der CDU-Fraktion vom 07.02.1996, Drucksache 13/3343.

Jahren vor der Umwandlung in eine Rechtsform viele Gewinne angesammelt hätten, zwei der Klinken hätten sogar Beträge in zweistelliger Millionenhöhe gebunden.

Im Juni 1996 folgte ein Beitrag zur Notwendigkeit des Krankenhausmarketings[606]. Ausgeführt wurde, dass Marketing nicht unbedingt mit Kosten verbunden sein müsse, denn allein ein freundliches Verhalten aller Mitarbeiter, von der Klinikleitung bis zur Reinigungskraft, gehöre zu den wichtigsten Instrumenten des Krankenhausmarketing. Der Patient als Kunde müsse sich wohl und angenommen fühlen. Deutlich gemacht wurde die Notwendigkeit der Kundenorientierung, denn die Patienten wären der wichtigste Maßstab für den Erfolg eines Krankenhauses. Die Dienstleistung gegenüber den Patienten sowie der Service würden zunehmend in den Vordergrund rücken. In Zukunft würden tendenziell weniger Patienten vollstationär aufgenommen werden, wogegen der vor- und nachstationäre Bereich an Bedeutung zunehmen würde. Die Patienten würden nicht nur kritisch den Service beobachten, sie würden auch das Krankenhaus wechseln, wenn andere Anbieter bei gleicher medizinischer Leistung mehr Service und Freundlichkeit böten. Der Kreis der Kunden eines Krankenhauses bestünde zudem nicht nur aus Patienten selbst, denn gerade auch die Einweiser, wie niedergelassene Ärzte oder Rettungsdienste und Taxiunternehmen gehörten ebenso, wie auch die Krankenkassen, hierzu.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1996 wurde erneut die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG) vom Sozialministerium beauftragt, unter Berücksichtigung der eingetretenen Veränderungen, ein Gutachten zur Krankenhausplanung zu erstellen[607].

Umweltschutz im Krankenhaus war Thema einer Diskussionsveranstaltung von November 1996, über die im Februar 1997 berichtet wurde[608]. Für die Krankenhäuser sei es gemäß Umweltminister Steenblock[609] gerade in dieser von Umbrüchen und

[606] Beitrag „Krankenhaus-Marketing; Der zufriedene Patient im Mittelpunkt“, Autor: Dietrich Steinhorst, 25588 Mehlbek, Bericht über eine Veranstaltung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 20.03.1996, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1996, Seiten 286 – 287.
[607] Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein, Abschnitt A 1.1 Allgemeiner Teil, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 21/2001, Seiten 259 ff.
[608] Bericht über die Informations- und Diskussionsveranstaltung „Umweltbewusstes Krankenhausmanagement in Schleswig-Holstein“ am 06.11.1996 in der Ärztekammer, Bad Segeberg; Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 02/1997, Seiten 74 – 76.
[609] Reinder Steenblock (Bündnis90/Die Grünen), 1996 bis 2000 Minister für Umwelt, Natur und Forsten des Landes Schleswig-Holstein.

Unsicherheit geprägten Zeit notwendig, zukunftsweisende Initiativen, wie z. B. Umweltprojekte, zu unterstützen. Diskutiert wurde über die Abfallproblematik der Krankenhäuser, wie z.B. Abwasser, Abluft oder Speiseabfälle. Vom Umweltministerium wurden an mehreren Krankenhäusern des Landes sogenannte Öko-Audits initiiert und gefördert. Notwendig wären der sorgsame Umgang mit natürlichen Ressourcen sowie die umweltverträgliche Entsorgung von Abfällen. Dies wäre der Zweck des Kreislaufwirtschafts-/Abfallgesetzes, welches 1996 in Kraft getreten sei und dessen Regelungen für die Krankenhäuser ab dem Jahr 1998 gelten würden. Besonderer Stellenwert wurde dabei der Vermeidung von Abfällen beigemessen. Kritisiert würde vom Plenum allerdings die zunehmende Kompliziertheit der Gesetzgebung im Abfallbereich oder im Umweltschutz. In der Folge könnten nur noch Experten diese Arbeit leisten, welche von den Krankenhäusern eingekauft und bezahlt werden müssten.

Im März 1997 war wiederum die Krankenhausplanung Gegenstand der Beratungen des Landtages[610]. Einige Tage zuvor hatte die CDU-Fraktion einen Bericht der Landesregierung beantragt, in welchem unter anderem darüber berichtet werden sollte, welche Vorgaben dem externen Gutachter für eine zukunftsgerichtete Krankenhausplanung gemacht wurden, wie sich die Landesregierung eine länderübergreifende Zusammenarbeit mit Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich der Schwerpunktkliniken vorstelle, wie sie die Kooperationsmöglichkeiten der Universitätskliniken Kiel und Lübeck und ggf. auch Hamburg einschätze und wie die Fachkliniken als Anstalten des öffentlichen Rechts ausgestattet würden, damit diese ihre Aufgaben ökonomisch erfüllen könnten[611]. Weiterhin sollte dargelegt werden, wie der Investitionsstau der angemeldeten Krankenauserneuerungen oder -erweiterungen in Höhe von rd. 256 Mio. € abgebaut würde. Hintergrund des Antrages waren die sich gemäß CDU-Fraktion aus dem technischen Fortschritt und dem GSG ergebenden gravierenden Umstrukturierungen der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins. In der Debatte selbst wurde in der Begründung des Antrags ausgeführt, dass gemäß Gesundheitsstrukturgesetz spätestens im Jahr 1995 eine neue, aktualisierte Krankenhausplanung hätte vorgelegt werden müssen. Dies wäre bisher nicht erfolgt. Die Kreise und Kreisfreien Städte bräuchten hingegen für ihre Investitionen zukunftsori-

[610] Auszug aus Protokoll der 27. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 13.03.1997, Protokoll-Nr. 14/27, Seiten 1849 – 1861.
[611] Antrag der Landtagsfraktion der CDU zur Krankenhausplanung und -finanzierung nach dem Ausführungsgesetz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) vom 25.02.1997, Drucksache 14/569.

entierte Konzepte. Es gingen fast 40 % der Ausgaben der Krankenkassen in den Krankenhausbereich, welcher aktuell sehr stark diskutiert würde. Für überregionale Versorgungsstrukturen würden jedoch seit Jahren kreative Vorgaben fehlen, welche der aktuellen Medizintechnik und dem medizinischen Fortschritt entsprächen. Kritisiert wurde auch, dass die Landesregierung die Mittel für notwendige Investitionen gestrichen hätte. Die Finanzierung einer ausreichenden Kapazität am Krankenhauseinrichtungen wäre allein Aufgabe des Landes, lediglich die Finanzierung der Betriebskosten wäre Aufgabe der Krankenkassen.

Auch die SPD-Fraktion stimmte in der Landtagsdebatte darin zu, dass gravierende Umstrukturierungen in der Gesundheitspolitik bevorstünden, allerdings würden diese nicht auf Versäumnisse der Landesregierung beruhen, sondern auf unklaren Vorgaben durch das Gesundheitsstrukturgesetz. Hinsichtlich der Zusammenarbeit der Universitätsklinika Kiel und Lübeck würden bereits seit längerer Zeit Gespräche auf Expertenebene stattfinden. Die Gesundheitsministerin führte aus, dass in der Arbeitsgruppe Hochschulmedizin bezüglich der Universitätskliniken die dortigen Schwerpunkte, Kooperationen und Arbeitsteilungen genau „durchleuchtet“ und Umsetzungsstrategien erarbeitet würden. Die ersten Ergebnisse hieraus würden noch im Mai 1997 erwartet. Hinsichtlich der rechtlichen Verselbständigung der psychiatrischen Fachkliniken wäre bereits für den Haushalt 1996 die Entscheidung getroffen worden, den Fachkliniken jährlich rd. 5,1 Mio. € an Investitionszuschüssen zur Verfügung zu stellen, womit derzeit schon an allen Standorten Umbau- und Ausbaumaßnahmen finanziert würden. Im Ergebnis ist der Antrag der CDU-Fraktion an den Sozialausschuss überwiesen worden.

Zwei Monate später, im Mai 1997, teilte die Gesundheitsministerin Moser dann im Sozialausschuss mit, dass der Krankenhausplan des Landes frühestens zum 01.01.2000 fortgeschrieben werden könne, weil die Zulieferung von Daten von den Krankenhäusern an den beauftragten Gutachter frühestens Anfang 1998 erfolgen würde[612]. Auf Nachfrage der CDU-Fraktion erklärte sie weiter, dass der Gutachter die politische Vorgabe habe, eine möglichst „optimale Versorgung der schleswig-holsteinischen Bevölkerung mit stationären Angeboten zu größtmöglicher Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten“. Die Zusammenarbeit mit Hamburg im Gesundheitsbereich

[612] Auszug aus Protokoll der 23. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.05.1997, Protokoll-Nr. 14/23.

sei darüber hinaus staatsvertraglich geregelt. Der Antrag der CDU-Fraktion auf Bericht der Landesregierung wurde damit für erledigt erklärt[613].

Im November 1997 behandelte der Landtag auf Antrag der SPD-Fraktion[614] erneut das Thema „Verselbständigung der Fachkliniken“[615]. Die Landesregierung sollte aufgefordert werden, über die Erfahrungen mit der Verselbständigung der Fachkliniken zu berichten. Eingegangen werden sollte in dem Bericht insbesondere auf die Erweiterung der Handlungsspielräume der Fachkliniken, die Verkürzung der Entscheidungswege, die erfolgte Trennung zwischen Träger-, Kontroll- und Entscheidungsebene, die Zusammenführung der Handlungs- und Ergebnisverantwortung sowie die Sicherung der tariflichen Stellung der Mitarbeiterschaft. Als Begründung wurde angeführt, dass die Verselbständigung der Fachkliniken eines der größten Modernisierungsprojekte des Landes Schleswig-Holstein sei und die hierbei gewonnenen Erfahrungen wichtige Hinweise für weitere Vorhaben zur Verselbständigung von Teilen der Landesverwaltung geben könnten.

In der Landtagsdebatte wurde seitens einer Rednerin der SPD-Fraktion zunächst ein Landtags-Grundsatzbeschluss von Januar 1996 zitiert, wonach es Ziel der Modernisierung der schleswig-holsteinischen Landesverwaltung sei, mehr Bürgernähe zu schaffen, die Qualität der Dienstleistungen zu steigern, sachbezogene, transparente und kostenorientierte Entscheidungen zu treffen sowie zweckgerichtetes und wirtschaftliches Handeln zu ermöglichen[616]. *Ein* Schritt zur Erreichung dieses Zieles könne auch der Wechsel der Rechtsform einer bisher staatlichen Behörde sein. Weiteres Ziel des Rechtsformwechsels der Fachkliniken wäre gewesen, die „optimale“ Betreuung der dort lebenden Menschen sowie die Akzeptanz und Motivation der Beschäftigten sicherzustellen. Die jetzt gewählte Rechtsform als Anstalt des öffentlichen Rechts wäre ebenfalls richtig gewesen, denn hier könnten sowohl privatwirtschaftliche als auch hoheitliche Aufgaben, Forensik und Unterbringung, erfüllt werden. Da-

[613] Auszug aus Protokoll der 34. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 11.06.1997, Protokoll-Nr. 14/34, Seite 2264.
[614] Antrag der Fraktion der SPD des Schleswig-Holsteinischen Landtages zur Verselbständigung der Fachkliniken, Drucksache 14/1069 vom 23.10.1997.
[615] Auszug aus Protokoll der 43. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 06.11.1997, Protokoll-Nr. 14/43, Seiten 2931 – 2937.
[616] Landtagsbeschluss vom 24.01.1996 auf Bericht und Beschlussempfehlung des Innen- und Rechtsausschusses vom 12.01.1996, Position 6.1 der Drucksache 13/3264.

her könne die Verselbständigung der Fachkliniken bereits jetzt als ein weitgehend gelungenes Modernisierungsvorhaben bezeichnet werden.

Vom SSW wurde ergänzend beantragt, dass die Landesregierung auch darüber berichten solle, ob die betriebswirtschaftliche Arbeitsweise der Fachkliniken Auswirkungen auf die weitere Umsetzung des Psychiatrieplans des Landes hätte[617]. Der Grund hierfür war die ursprüngliche Befürchtung des SSW, dass die Verabschiedung des Fachklinikgesetzes *vor* einer Neuauflage des Psychiatrieplans dazu führen könne, dass die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse der dann verselbständigten Fachkliniken die inhaltliche Ausgestaltung des Psychiatriewesens dominieren und somit andere ebenfalls notwendige Sachverhalte verdrängen könnten. Die Redner der Oppositions-Fraktionen CDU und FDP mahnten hingegen die Vorlage weiteren Zahlenmaterials an und wiesen darauf hin, dass die gestellten „Kleinen Anfragen“ bisher nicht befriedigend beantwortet wurden. Es wurde die Befürchtung ausgesprochen, dass möglicherweise später, wenn die Universitätsklinken verselbständigt würden, ebenfalls nur unzureichendes Zahlenmaterial vorgelegt würde. Aus der unzureichenden Begleitung des Parlamentes müssten Konsequenzen gezogen werden, um ähnliche Fehler bei der Umwandlung der Universitätsklinika zu vermeiden. Mit der Umwandlung müssten daher konkrete und verbindliche Ziele formuliert werden, die dann durch Vorlage von Berichten durch das Parlament kontrolliert werden könnten. Von der Gesundheitsministerin wurde abschließend betont, dass die Rechtsformumwandlung auch ein Wunsch der Fachkliniken selbst gewesen sei. Besonders auf der ärztlichen und der pflegerischen Seite wäre das Interesse stark ausgeprägt gewesen, mehr Handlungsspielräume durch eine rechtliche Verselbständigung zu erhalten. Im Ergebnis wurde dem Antrag der SPD mit dem Ergänzungsantrag des SSW zugestimmt und die Landesregierung aufgefordert, einen Bericht vorzulegen.

Im März 1998 wurde von der Landesregierung der Gesetzentwurf zur Neuordnung der Universitätsklinika in Schleswig-Holstein vorgelegt[618]. Zunächst wurde aufgeführt, dass die Universitätsklinika in Kiel und Lübeck Einrichtungen hochqualifizierter Krankenversorgung und zugleich Stätten für anspruchsvolle Forschung und Lehre seien;

[617] Änderungsantrag der Abgeordneten des SSW zur Verselbständigung der Fachkliniken, Drucksache 14/1093 vom 06.11.1997.
[618] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Neuordnung der Universitätsklinika in Schleswig-Holstein (Änderung des Hochschulgesetzes) vom 11.03.1998, Drucksache 14/1357.

sie hätten sich zu großen Wirtschaftsbetrieben mit zusammen über 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt mit einem jährlichen Ausgabevolumen von zusammen rd. 529 Mio. €. Der Finanzbedarf würde zu etwa 70 % von den Kliniken selbst erwirtschaftet; den verbleibenden Rest von etwa 30 % des Finanzbedarfs würden die Klinika als Landeszuschuss erhalten, dessen wesentliche Zweckbestimmung Forschung und Lehre sei. Als Problem wurde geschildert, dass in den nächsten Jahren große Herausforderungen und finanzielle Risiken auf die Universitätsklinika zukommen würden, unter anderem deshalb, weil sich die Bestrebungen des Bundes zur Kostensenkung im Gesundheitswesen begrenzend auf die Leistungen der Krankenkassen auswirken würden. Zugleich würde aufgrund der Haushaltslage des Landes die Notwendigkeit bestehen, die Landeszuschüsse zu senken. Im Gegensatz dazu würden beiden Sachverhalten aber erhebliche Steigerungen der Kosten durch den medizinischen Fortschritt und eine Vermehrung der Fälle der Krankenhausbehandlungen gegenüber stehen. Mit ihren derzeitigen Strukturen wären die Universitätsklinika diesen Herausforderungen nicht gewachsen.

Als Lösung wurde eine Neuorganisation der Klinikstrukturen vorgeschlagen. Als Ziele wurden genannt, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, den Universitätsklinika den notwendigen Freiraum für ihre unternehmerischen und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen zu geben, den Abteilungen der Klinika die Verantwortung für ihr wirtschaftliches Ergebnis zu übertragen, die Zusammenarbeit von Klinikum und Fachbereich zu verbessern, die zweckentsprechende Verwendung der Mittel für Forschung und Lehre zu sichern und die Zusammenarbeit der beiden Universitätsklinika untereinander zu stärken. Das Gesetz sollte mit Beginn des Jahres 1999 in Kraft treten. Als Alternative zu der Rechtsformumwandlung wurde lediglich kurz dargestellt, dass die Klinika, sollte dies nicht erfolgen, ansonsten ihren Finanzbedarf weiterhin über die Landeskassen abwickeln würden und das - in der Prognose negative - Ergebnis der Wirtschaftsführung das Land unmittelbar träfe.

Noch im März 1998 legte der in dieser Sache federführende Bildungsausschuss den Verfahrensablauf des Gesetzesvorhabens fest[619]. Im April 1998 befasste sich auch der Sozialausschuss mit dem Gesetzesentwurf. Dort wurde beschlossen, die Beratung des Gesetzentwurfs im Rahmen der für Mai 1998 geplanten Anhörung gemein-

[619] Auszug aus Protokoll der 29. Sitzung des Bildungsausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 19.03.1998, Seite 7, Protokoll-Nr. 14/29.

sam mit dem Bildungsausschuss aufzunehmen[620]. Die Verabschiedung des Gesetzes zur „Neuordnung der Universitätsklinika“ war für September 1998 vorgesehen.

In der folgenden Anhörung im Mai 1998 wurde den Vertretern beider Universitäten (Rektor, Kanzler, Dekan), den Direktorien beider Universitätsklinika, den Personalräten, Verbänden, Krankenkassen und Gewerkschaften die Möglichkeit eingeräumt, Stellungnahmen zu dem Gesetzesvorhaben abzugeben[621]. Eingegangen wurde in den Stellungnahmen zunächst auf die Zusammensetzung und Stimmrechte der künftigen Organe der Klinika. So wurde von mehreren Seiten Wert darauf gelegt, dass der – im bisherigen Gesetzentwurf nicht vorgesehene – kaufmännische und der ärztliche Sachverstand zwingend im Vorstand und mit beratender Stimme auch im Aufsichtsrat vertreten sein müssten. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Aufsichtsrates wurde vom Dekan der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel angemerkt, dass über die im Gesetzentwurf vorgesehene Stimmenmehrheit der Vertreter der Ministerien die „Gängelung“ der Klinika eher noch zunehmen könnte, als dass sie abgeschwächt würde[622]. Dargestellt wurden weiter die Unterschiede beider Universitäten: in Lübeck würde der Medizinischen Fakultät eine Sonderstellung zukommen, die aufgrund der Größe und des verbleibenden „Restes“ der Universität nach einem Rechtsformwechsel verfassungsrechtlich unzulässig wäre. In Kiel dagegen sei der Fachbereich Medizin einer von insgesamt neun Fachbereichen, so dass der Balance zu den anderen Fakultäten ein höheres Gewicht zukäme. Es wurden besonders von Lübecker Seite Bedenken gegen das Gesetzesvorhaben geäußert, weil dort eine starke Vernetzung der Verwaltung zwischen Universitätsklinik, Universität und auch der Fachhochschule bestünde. Durch die rechtliche Verselbständigung wurde dort eine Gefährdung von Forschung und Lehre gesehen. Die Entscheidung über die Verwendung der für Forschung und Lehre bereitgestellten Mittel müsse gemäß beider Universitätsvertreter durch die Universität selbst und deren Gremien erfolgen. Aus Sicht der Kieler Universität wären bereits gegenwärtig die Mittel innerhalb des Klinikums dem Entscheidungsbereich der Universität entzogen. Seitens der Krankenkassen wurde von der Umsetzung des Gesetzentwurfs eine strikte Abgrenzung

[620] Auszug aus Protokoll der 36. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 23.04.1998, Protokoll-Nr. 14/36.
[621] Gemeinsames Protokoll der 30. Sitzung des Bildungs- sowie der 37. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 06.05.1998, Protokoll-Nrn. 14/30 sowie 14/37.
[622] Wortbeitrag des Dekans der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Prof. Dr. Mehdorn, Seite 10 des Protokolls vom 06.05.1998.

zwischen Kosten für Forschung und Lehre auf der einen sowie Krankenversorgung auf der anderen Seite erwartet, welche insgesamt zur Realisierung weiterer Einsparpotentiale in der Krankenversorgung führe. Vom Ärztlichen Direktor des Kieler Universitätsklinikums, Prof. Dr. Grote, wurde abschließend die Befürchtung geäußert, dass die wirtschaftliche Verselbständigung der Klinika zu einer Abkoppelung der Klinika von den Universitäten führen könnte; eine solche Desintegration müsse unbedingt vermieden werden.

Im Juni 1998 folgte der Bericht der Landesregierung über die Verselbständigung der psychiatrischen Fachkliniken[623]. Danach wäre die rechtliche Verselbständigung der Fachkliniken zu Anstalten des öffentlichen Rechts die richtige Entscheidung gewesen. Die Organisation der Fachkliniken mit ihren unterschiedlichen Organen, wie beispielsweise Gewährsträgerversammlung, Verwaltungsrat oder Geschäftsführung stelle bei klaren Zuständigkeiten eine geordnete Aufgabenerfüllung sicher. Die volle Wahrung der Besitzstände der Beschäftigten hätte zudem den sozialen Frieden erhalten. Aus den Anlagen zum Bericht, den Stellungnahmen der Gewährsträgerversammlungen[624], der Verwaltungsräte[625] sowie der Geschäftsführungen[626] ging ebenfalls hervor, dass die gewünschten Ziele der Trennung von Träger-, Kontroll- und Entscheidungsebene zwar weitgehend erreicht wurden und sich in den ersten zwei Jahren nach der Verselbständigung grundsätzlich bewährt hatten, die Abgrenzung der Aufgabenbereiche aber noch „diskutierbar“ wäre. Insbesondere wurde mehrfach das Doppelstimmrecht des bzw. der Vorsitzenden der Verwaltungsräte genannt. Dieses wurde sowohl von den Mitarbeitern der Kliniken als auch von den Geschäftsführungen als problematisch und änderungsbedürftig bezeichnet, wogegen die Vertreter des Landes dieses nicht so sahen und dementsprechend das Doppelstimmrecht beibehalten wollten. Konkret ging es in einem Fall um eine Vorgabe an einen Geschäftsführer hinsichtlich der Aufstellung des Wirtschaftsplans. Weiterhin wurde bereits zu diesem Zeitpunkt von den Vertretern des Landes eine Verkleinerung der

[623] Bericht der Landesregierung über die Verselbständigung der Fachkliniken vom 17.06.1998, Drucksache 14/1518.
[624] Anlage 1: Stellungnahme der Verwaltungsräte, Bernd Schloer, Leiter Gesundheitsabteilung im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, erstellt von IX 432,vom 09.03.1998.
[625] Anlage 2: Stellungnahme der Verwaltungsräte, Dr. Benedikt Müller-Lucks, Referat für Psychiatrie im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, erstellt von IX 432, vom 06.03.1998.
[626] Anlagen 3 – 5: Stellungnahmen der Geschäftsführungen der Fachkliniken vom 13.02.1998 (Schleswig), vom 04.03.1998 (Neustadt) sowie vom 10.03.1998 (Heiligenhafen).

Verwaltungsräte angestrebt und auch in der Stellungnahme der Gewährsträgerversammlungen wurde ausgeführt, dass im Rahmen der weiteren Entwicklung der Fachkliniken über eine „Verschlankung“ der Gremien nachgedacht werden solle.

Ende September 1998 wurde dem Landtag vom Bildungsausschuss eine Beschlussempfehlung zum Entwurf des Gesetzes zur Neuordnung der Universitätsklinika Kiel und Lübeck vorgelegt[627]. Infolge der Anhörung von Mai 1998 sowie weiterer Beratungen wurden zuvor Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Gesetzesentwurf eingearbeitet. Diese Änderungen betrafen im Wesentlichen die Zusammensetzung des Vorstands, wobei der Ärztliche Direktor und der Kaufmännische Direktor kraft ihres Amtes in dieses Organ aufgenommen wurden, die Zusammensetzung des Aufsichtsrates, wobei zusätzlich die Vertreter des wissenschaftlichen Personals und der Studenten aufgenommen wurden sowie verschiedene Konkretisierungen der Hauptsatzung oder der Aufgaben des Aufsichtsrates. In der Plenarsitzung im Oktober wurde das Gesetz in zweiter Lesung mit Wirkung zum 01.01.1999 beschlossen[628].

Im Februar 1999 befasste sich der Sozialausschuss des Landtages erneut mit Berichten der Fachkliniken[629], jeweils aus Juni 1998[630], die diese gemäß Fachklinikgesetz einmal in der Legislaturperiode dem Landtag vorlegen mussten. Es wurde beschlossen, dem Landtag zu empfehlen, die Berichte zur Kenntnis zu nehmen.

Die Fraktion der FDP stellte im März 1999 einen Antrag, wonach die Landesregierung aufgefordert werden sollte, über den aktuellen Stand der Krankenhausplanung zu berichten[631]. In der nächsten Landtagssitzung folgte entsprechend ein mündlicher Bericht der Gesundheitsministerin[632]. Berichtet wurde, dass der voraussichtliche Abgabetermin des Planungsgutachtens, welches bereits im Juni 1996 in Auftrag gege-

[627] Bericht und Beschlussempfehlung des Bildungsausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags, Drucksache 14/1693, vom 29.09.1998.
[628] Auszug aus Protokoll der 68. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 08.10.1998, Protokoll-Nr. 14/68, Seiten 4990 bis 5000.
[629] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 18.02.1999. Drucksache 14/1987.
[630] Bericht der Fachklinik Schleswig vom 19.06.1998, Drucksache 14/1533, Bericht der Fachklinik Neustadt vom 25.06.1998, Drucksache 14/1549 sowie Bericht der Fachklinik Heiligenhafen vom 17.06.1998, Drucksache 14/1658.
[631] Antrag der Fraktion der FDP zur Krankenhausplanung Schleswig-Holstein vom 09.03.1999, Drucksache 14/2028.
[632] Auszug aus Protokoll der 80. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 24.03.1999, Protokoll-Nr. 14/80, Seiten 5999 – 6006.

ben wurde, jedoch aufgrund mehrerer Faktoren mehrmals verschoben wurde. Nunmehr wurde von einem Ablieferungstermin etwa zum 01.04.2000 ausgegangen. Als einer der Gründe für diese Verzögerung wurde angegeben, dass in dem Gutachten mit einer bisher bundesweit einmaligen Vorgehensweise der Bedarf für akutstationäre Krankenhausbehandlung festgestellt werden solle. Das beauftragte Institut ermittele den Bedarf an Therapien bei zugehörigen Diagnosen, was eine Abkehr von der herkömmlichen Kapazitätsplanung auf der Basis von Bettenzahlen bedeute. Die Entscheidung der Landesregierung erfolgte bewusst für diese Form des Gutachtens, weil es dem seit dem Jahr 1995 in der Entwicklung begriffenen Entgeltsystem für stationäre Leistungen besser als das herkömmliche System entsprechen würde. Es wurde von vermehrten Anfragen aus anderen (Bundes-)Ländern berichtet, die zeigen würden, dass der Gutachter und das Land Schleswig-Holstein mit diesem Ansatz eine „Pionierarbeit“ leisten würden. Dieses hätte seinen Preis, insbesondere zeitlicher Art sowie in der Bewältigung unvorhergesehener Umsetzungsschwierigkeiten.

Als Hauptgrund für die Verzögerung des Gutachtens wurde jedoch genannt, dass die Krankenhäuser die für die Planung notwendigen Daten nicht zeitgerecht aufbereiten könnten. Für die Krankenhäuser war es demnach sehr schwierig, die notwendigen Daten maschinenlesbar in der gewünschten Form an den Gutachter zu übermitteln. Hierzu musste zunächst die EDV-Ausstattung auf den erforderlichen Stand gebracht werden. Gegenwärtig könne der Gutachter daher nicht abschätzen, wann die erforderlichen Daten eingegangen sein werden. Ein wesentlicher Arbeitsschritt des Gutachters nach Übermittlung der Daten wäre die Klassifizierung der erbrachten Leistungen in verschiedene Leistungsgruppen bzw. Module. Insgesamt ginge es um etwa 25.000 Kombinationen von Therapien und Diagnosen, welche in etwa 38 Leistungsmodule klassifiziert werden sollten.

Weiterhin hätten sich auch die Krankenkassen und die Krankenhäuser selbst mit der Bitte an den Gutachter gewandt, bereits zu diesem Zeitpunkt in die Erstellung des Gutachtens einbezogen zu werden. Dieses würde seitens der Landesregierung befürwortet, durch diese intensivere Zusammenarbeit würde sich aber ebenfalls der Zeitbedarf um mehrere Monate erhöhen. Es wurde daher angekündigt, dass sich hierdurch der Vorlagetermin für die Krankenhausplanung insgesamt bis mindestens Herbst 2000 verschieben würde.

In den Monaten Juni und Juli 1999 wurden von den Fraktionen FDP[633], CDU[634] sowie den Regierungsparteien[635] SPD und Bündnis 90/Die Grünen Anträge zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, zur Gesundheitsreform 2000 bzw. einer Kombination aus beiden Sachverhalten eingebracht. Gemäß Anträgen der FDP-Fraktion und der CDU-Fraktion würde die Landesregierung aufgefordert, die Gesundheitsreform 2000 der Bundesregierung abzulehnen. Im Gegensatz dazu sollte nach dem Antrag der Regierungsfraktionen der Landtag die Vorschläge der Bundesregierung zur Gesundheitsreform begrüßen und diese mit entsprechender Abstimmung im Bundesrat unterstützen. In der nächstfolgenden Plenarsitzung debattierte der Landtag in einer gemeinsamen Beratung über diese Anträge[636]. Gemäß Moser waren die Hauptziele der aktuellen Gesundheitsreform die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, die Sicherung der Beitragsstabilität sowie die Kostenanstiegsbegrenzung durch ein an der Grundlohnsummensteigerung orientiertes Globalbudget. Am stärksten betroffen wären die direkten Landesinteressen durch die geplante Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Danach sollten künftig die Länder ihre Infrastrukturverantwortung durch eine gemeinsame Rahmenplanung mit den Kassen wahrnehmen. Für etwaige Konfliktfälle wäre eine Schiedsstelle vorgesehen. Die Krankenhäuser selbst und die Krankenhausgesellschaft lehnten gemäß Moser diese Neuordnung jedoch ab, da sie eine zu große Abhängigkeit von den Krankenkassen befürchteten.

Das Ministerium teile diese Befürchtungen jedoch ausdrücklich nicht, denn gerade in Schleswig-Holstein gäbe es im Rahmen der Krankenhausplanung bisher keine wesentlichen Konflikte mit den Krankenkassen. In den letzten zwei Jahren seien in Schleswig-Holstein mehr als 800 Betten abgebaut worden, so dass Schleswig-Holstein am unteren Ende der Pro-Kopf-Versorgung läge. Damit hätte Schleswig-Holstein eine hervorragende Ausgangsbasis für die Weiterentwicklung einer auf Wirtschaftlichkeit und Effektivität angelegten Krankenhausversorgung. Nach den Red-

[633] Antrag der Fraktion der FDP zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.06.1999, Drucksache 14/2247.
[634] Antrag der Fraktion der CDU zur Gesundheitsreform 2000 vom 23.06.1999, Drucksache 14/2257.
[635] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zur Sicherung der solidarischen Krankenversicherung und Unterstützung der Gesundheitsreform 2000 vom 05.07.1999, Drucksache 14/2281.
[636] Auszug aus Protokoll der 91. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 08.07.1999, Protokoll-Nr. 14/91, Seiten 6834 – 6847.

nern der Opposition würde in dieser Gesundheitsreform künftig die Beitragsstabilität in den Mittelpunkt gestellt, nicht aber der Mensch. Weiterhin wurde die Richtigkeit dieser Reform insbesondere hinsichtlich des Globalbudgets in Frage gestellt. Im Ergebnis wurde der Antrag der Regierungsfraktionen angenommen.

Ebenfalls im Juli 1999 befasste sich der Landtag mit dem Erhalt der Kieler Universitätsklinik für Orthopädie[637]. Grundlage hierfür waren zwei Anträge der Fraktionen der Regierungsparteien[638] bzw. der FDP-Fraktion[639]. Nach dem Antrag der Regierungsparteien sollte der Landtag das Konzept der Landesregierung zur Neuordnung der Hochschulmedizin unterstützen. Es sollte insbesondere begrüßt werden, dass auch weiterhin in Lübeck *und* Kiel Patientenversorgung und medizinische Ausbildung im orthopädischen Bereich stattfinden würden. Das geplante Kompetenzzentrum für traumatologische und orthopädische Chirurgie würde die Voraussetzungen für weitere Kooperationen schaffen. Gemäß des Antrags der Fraktion der FDP hingegen solle sich der Landtag für den Erhalt ausdrücklich der *Kieler* Universitätsklinik für Orthopädie einsetzen, denn angesichts des hohen und steigenden Anteils an Muskel- und Skeletterkrankungen gehöre eine Universitätsklinik für Orthopädie zu den unverzichtbaren Bestandteilen der Hochschulmedizin. Daher solle der Landtag die Landesregierung auffordern, in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel und dem Kieler Universitätsklinikum den Aufbau eines innovativen Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie voranzutreiben. In der Plenarsitzung führte zunächst der Redner der FDP-Fraktion aus, dass die Landesregierung die Kieler Universitätsklinik für Orthopädie jahrelang durch Verweigerung einer zeitgemäßen Arbeitsvoraussetzung benachteiligt hätte; dennoch hätte die Klinik ausgezeichnete Leistungen in Forschung und Lehre erbracht. Es wurde Kritik an der Absicht der Landesregierung geäußert, dem Fachbereich Orthopädie durch Herabstufung der Professur und Zusammenlegung der Bereiche Orthopädie und Unfallchirurgie in Kiel nur noch einen minderen Status zuzubilligen[640]. Gemäß der zuständigen Ministerin[641] würde das

[637] Auszug aus Protokoll der 92. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 09.07.1999, Protokoll-Nr. 14/92, Seiten 6945 – 6953.
[638] Änderungsantrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen zum Erhalt der Kieler Orthopädie vom 30.06.1999, Drucksache 14/2283.
[639] Antrag der Fraktion der FDP zum Erhalt der Kieler Universitätsklinik für Orthopädie vom 09.07.1999, Drucksache 14/2259.
[640] Wortbeitrag von Dr. Ekkehard Klug (FDP), Plenarsitzung vom 09.07.1999, Protokoll 14/92, Seiten 6945 – 6946.
[641] Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein, Frau Ute Erdsiek-Rave (SPD).

Konzept der Landesregierung hingegen auf den Empfehlungen des Wissenschaftsrates beruhen, welcher sich dafür ausgesprochen hätte, die universitäre Orthopädie ausschließlich in Lübeck zu konzentrieren. Auch die Medizinische Fakultät der CAU zu Kiel selbst spräche sich ausdrücklich für die Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie in einer gemeinsamen Einrichtung aus. Auch hätte eine Vielzahl von Gesprächen insbesondere mit Vertretern der Universitäten, der Vorstände der Universitätsklinika und den Lehrstuhlinhabern stattgefunden, deren Ergebnisse ebenfalls in das Konzept der Landesregierung eingeflossen wären. Im Ergebnis wurde der Antrag der Regierungsfraktionen angenommen.

Die Unterbringung psychisch kranker Menschen war Gegenstand von Beratungen verschiedener Sitzungen des Sozialausschusses von September bis Dezember 1999. Die Landesregierung hatte hierzu bereits im Mai 1999 einen Gesetzesentwurf eingebracht[642]. Danach regelte ein seit 1979 geltendes Gesetz die Unterbringung psychisch kranker Personen in einem psychiatrischen Krankenhaus. Die zwischenzeitlich in den übrigen Ländern der Bundesrepublik Deutschland geltenden Psychisch-Kranken- oder Maßregelvollzugsgesetze würden dagegen sehr detailliert die Voraussetzungen und Grenzen der Freiheitsbeschränkungen im Rahmen einer Unterbringung regeln. Dem sollte das schleswig-holsteinische Unterbringungsrecht angepasst werden. Der Ausschuss empfahl der Landesregierung im Dezember 1999, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung verschiedener Änderungen anzunehmen[643]. Inhaltlich wurde insbesondere vorgeschlagen, den Begriff „Kranke“ gegen „kranke Menschen“ auszutauschen sowie eine gesonderte Regelung zur Sicherung des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses aufzunehmen. Das Gesetz zur Hilfe und Unterbringung kranker Menschen wurde vom Landtag im Januar 2000 beschlossen und im Februar im Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes Schleswig-Holstein veröffentlicht[644].

[642] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (Psychisch-Kranken-Gesetz – PsychKG) vom 18.05.1999. Drucksache 14/2157.
[643] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses zum Entwurf des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung Psychisch Kranker (Psychisch-Kranken-Gesetz – PsychKG) vom 03.12.1999, Drucksache 14/2576.
[644] Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 03/2000 vom 17.02.2000.

Ende des Jahres 1999 wurde vom Sozialministerium der „Psychiatrieplan 2000“ herausgegeben[645]. Der Plan bestand aus einem allgemeinen Landes- und einem Regionalteil. Auf der Grundlage der Psychiatrieplanung des Jahres 1990 wurde die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung fortgeführt. Zum Zeitpunkt Ende 1999 waren demnach in jeder Region des Landes klinische Behandlungsangebote entstanden oder in Planung. Nahezu flächendeckend gäbe es Tagesstätten sowie ein Netz von Angeboten an Wohn-, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten für psychisch Behinderte. Insgesamt bestanden zum 01.09.1999 2.508 Planbetten, die ab 01.01.2000 um weitere 36 Betten auf dann 2.546 Planbetten erhöht werden sollten. Diese Erhöhung ergab sich schwerpunktmäßig im Versorgungsbereich der Stadt Kiel, wobei allein für das Städtische Krankenhaus Kiel ein Zuwachs von 110 Planbetten – ausgehend von bisher 0 (Null) Planbetten – vorgesehen war. In anderen Versorgungsgebieten, insbesondere Ostholstein sowie Schleswig-Flensburg, mit den Fachkliniken Neustadt, Heiligenhafen und Schleswig, war ein weiterer deutlicher Planbettenabbau vorgesehen.

Im Dezember 1999 wurde im Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten der Planungszeitraum der seit 1990 geltenden Krankenhausplanung um ein weiteres Jahr, bis zum 31.12.2000, verlängert[646].

Das Gutachten zur Krankenhausplanung wurde von der GSbG im März 2000 fertiggestellt[647] und der Landesregierung am 03.04.2000 übergeben[648]. Bereits im Vorwort führte der Verfasser aus, dass sich Krankenhäuser einem globalen Wettbewerb stellen müssten und dass als Maßstab allein die effiziente Leistungserbringung zählen würde, denn eine Orientierung an (Betten-)Kapazitäten sei nicht mehr zeitgemäß. Das Missverhältnis zwischen der Finanzierung von Krankenhausleistungen einerseits sowie der Planung von Betten-Kapazitäten andererseits könne sogar eine zeitgemäße medizinische Versorgung gefährden. Der in diesem Gutachten bzw. Studie entwi-

[645] „Psychiatrieplan 2000 – Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen“, herausgegeben vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 1999, Nachdruck 12/2005.
[646] Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales – IX 421 – vom 07.12.1999, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 51/1999, S. 702.
[647] Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme, Autoren: Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann, Dr. Klaus Schmolling, Christian Krauss, Dr. Andrea Roth; Gesellschaft für Systemberatung (GSbG), Kiel, herausgegeben vom Springer-Verlag, März 2000.
[648] Quelle: Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Werner Kalinka und Klaus Klinckhamer (CDU) zur Krankenhaus-Rahmenplanung für Schleswig-Holstein vom 17.05.2000, Drucksache 15/107, Punkt 3.

ckelte Planungsrahmen orientiere sich demnach an Krankenhäusern mit vorbildlichen Versorgungslösungen für Patienten und folge damit der Methodik des Benchmarking. Der Ermittlung der Zahlen dieses Gutachtens müsse jedoch die politische Umsetzung folgen[649].

Das Gutachten wurde in drei grundlegende Abschnitte (Buch A – Buch C) aufgeteilt: In **Buch A** wurde die Methodik der leistungsorientierten Krankenhaus-Rahmenplanung beschrieben. Mit der Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 und der Einführung von Fallpauschalen anstelle der bis dahin geltenden tagesgleichen Pflegesätze wäre der Einstieg in ein leistungsorientiertes Vergütungssystem erfolgt. Notwendig zur Abbildung von Leistungen wäre hierbei zunächst eine inhaltliche Definition des Umfanges der Leistungen sowie der Behandlungspfade. Im Rahmen des Benchmarking wurde sich an den besten Versorgungsleistungen des Landes Schleswig-Holstein orientiert, wobei als Benchmarks die Grenzwerte der jeweils 25 % leistungsfähigsten Fachabteilungen herangezogen worden wären. Allerdings unterlägen besondere Schweregrade und Spezialleistungen nicht dem Benchmarking. **Buch B** befasste sich mit der Konzeptionierung der Übergangsphase, von der Krankenhausplanung, basierend auf Kapazitäten, hin zu einer Rahmenplanung auf Leistungsbasis. Wichtigstes Kennzeichen der Übergangsphase sei dabei, dass sowohl Krankenhausleistungen als auch Kapazitäten ausgewiesen würden. Dabei umfasste die Krankenhaus-Rahmenplanung neben anderen Faktoren auch die Leistungsbedarfe auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser des Versorgungsgebietes. In **Buch C** wurden Tabellen und Matrizen zur Ermittlung der Leistungsbedarfe von Krankenhäusern dargestellt[650].

Im Mai 2000 folgte eine Kleine Anfrage von Abgeordneten der CDU-Fraktion zur Krankenhausplanung[651]. Gefragt wurde insbesondere nach den Kosten für das Gutachten und ob es einen regelmäßigen Gedankenaustausch zwischen Gutachtern und Landesregierung gegeben hätte. Gemäß der Antwort der Landesregierung hätten Vertreter der Landesplanungsbehörde in vielen Sitzungen und Telefonaten die

[649] Auszüge aus dem Vorwort des Gutachtens der GSbG.
[650] Auszüge aus der Zusammenfassung des Gutachtens „Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme“ der GSbG, Kiel, 03/2000, Seiten 1 – 12.
[651] Kleine Anfrage der Abgeordneten Werner Kalinka und Klaus Klinckhamer (CDU) zur Krankenhaus-Rahmenplanung für Schleswig-Holstein sowie Antwort der Landesregierung - Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 17.05.2000, Drucksache 15/107.

Erstellung des Planungsgutachtens begleitet. Die Kosten für das Gutachten wurden mit rd. 154 T€ beziffert[652].

Ende Mai 2000 stellte Rüschmann das Gutachten zur Krankenhaus-Rahmenplanung dem Sozialausschuss des Landtages vor[653]. In der anschließenden Diskussion führte er aus, dass sich bei künftig kürzeren Krankenhausaufenthalten die Leistungsdichte erhöhen würde. Die Verkürzung der Liegezeiten sei jedoch sinnvoll, um notwendige kommende Leistungen und Aufgaben bewältigen zu können. Eine Gefahr des Personalabbaus sehe er, mit Ausnahme in den Kliniken, die zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan empfohlen worden seien, nicht. Zu klären sei vielmehr die Frage, wie mit möglichst schlanken Strukturen hinzukommende Aufgaben bewältigt werden könnten. Es gab Bedenken eines Ausschussmitgliedes, dass dieses System insgesamt zu einer Mengenausweitung führen könnte. Dies wurde von der Gesundheitsministerin Moser zwar ebenfalls gesehen, allerdings müsse hier gemäß Moser mittels politischer Rahmenvorgaben gegengesteuert werden. Rüschmann ging unabhängig von den im Gutachten vorgeschlagenen Ansätzen von einer künftig verstärkten Kostensteigerung im Gesundheits- und Krankenhauswesen aus. Die Gründe hierfür wären die älter werdende Gesellschaft und immer neue und meist teurere Behandlungsmethoden. In dem Gutachten wurde auch dargelegt, wie die Dezentralisierung der Psychiatrie fortgesetzt werden könne. Hier sei gemäß Rüschmann besonders die Fachklinik Heiligenhafen berührt, die Patienten noch überregional versorge, wie zum Beispiel Patienten aus Kiel. Gerade für den Bereich der Psychiatrie würden künftig jedoch dramatische Fallzahlsteigerungen zu verzeichnen sein. Er führte weiter aus, er wünsche sich ein Nebeneinander von öffentlichen und privaten Krankenhausträgern, so wie es im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehen sei. Die regionale Einteilung des Landes in fünf Regionen sei hingegen vom Sozialministerium vorgegeben worden, wobei aber die Patientenströme und die Erfordernisse der Maximalversorgung entsprechend berücksichtigt worden seien. Die Ministerin führt aus, dass das Gutachten als Basis für die politische Entscheidungsfindung dienen würde. Die Entscheidung wäre jedoch nicht mit dem Gutachten vorweggenommen, sondern wäre von den politischen Mandatsträgern zu treffen.

---

[652] 260.300,00 DM zuzüglich Gesetzlicher Mehrwertsteuer (16 %).
[653] Niederschrift der 2. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 25.05.2000, Protokoll-Nr. 15/02.

Der Landtag befasste sich auf Antrag der Fraktionen der Oppositionsparteien CDU und FDP[654] sowie einem zeitlich kurz darauf folgenden Änderungsantrag der Fraktionen der Regierungsparteien SPD und Bündnis 90/Die Grünen[655] im Juli 2000 ebenfalls mit der Krankenhausrahmenplanung für Schleswig-Holstein[656]. Dabei wurde das sogenannte Rüschmann-Gutachten kontrovers diskutiert. Kritisiert wurde zunächst die Informationsweitergabe der Inhalte des Gutachtens, beispielsweise hinsichtlich möglicher Schließungen von Krankenhäusern, welche den betroffenen Krankenhäusern gemäß dem Sprecher der CDU-Fraktion nicht bekannt waren. Kritisiert wurde auch das zwischenzeitlich nicht mehr aktuelle Datenmaterial des Jahres 1998; so wären die Tagesfälle in dem Gutachten nicht erfasst und ebenso wäre der Altersstruktureffekt nicht berücksichtigt worden. Angeregt wurde daher, dass die Daten über das Jahr 1998 hinaus aktualisiert werden sollten. Das Gutachten würde nur als subjektive Einschätzung des Gutachters selbst betrachtet. Gefordert wurde die Artikulation der Vorstellungen der *Landesregierung* zur Gesundheitspolitik. Hingewiesen wurde zudem auf das Rüschmann-Gutachten des Jahres 1988, bei welchem der damalige Minister Jansen insofern klar Stellung bezogen hätte, dass die damals vorgeschlagenen Schließungen von Krankenhäusern nicht stattfinden sollten. Gemäß des Redners der FDP würden schleswig-holsteinische Krankenhäuser aktuell im bundesweiten Vergleich ausgezeichnet dastehen, was das Ergebnis der jahrelangen konstruktiven Zusammenarbeit der Träger, der Krankenkassen sowie der Mitarbeiter der Einrichtungen sei. Betont würde auch hier, dass das Rüschmann-Gutachten nicht die Krankenhausplanung der Landesregierung ersetzen könne. Das Gutachten selbst würde nur den Status Quo beschreiben, jedoch lediglich ein verzerrtes und unvollkommenes Bild der Schleswig-holsteinischen Krankenhauslandschaft widerspiegeln. Zur Weiterentwicklung der medizinischen Leistungen wäre der gewählte Ansatz völlig ungeeignet.

Ministerin Moser erklärte, die Erarbeitung eines neuen Krankenhausbedarfsplans würde ein sehr sorgfältig geführter Prozess sein, der sich aus vielen Facetten zusammensetze. Eine dieser Facetten sei dabei das Gutachten der GSbG. Eine weite-

[654] Antrag der Fraktionen der CDU und der FDP zur Krankenhausrahmenplanung für Schleswig-Holstein vom 30.06.2000, Drucksache 15/211.
[655] Änderungsantrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zur Krankenhausrahmenplanung für Schleswig-Holstein vom 11.07.2000, Drucksache 15/257.
[656] Auszug aus Protokoll der 09. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 14.07.2000, Protokoll-Nr. 15/09, Seiten 613 – 625.

re Facette wäre die Übermittlung der Ergebnisse des Gutachtens an die Krankenhäuser, einschließlich der umfangreichen Klärung von Fragen. In diesem Zusammenhang fänden mehrere Regionalkonferenzen statt, auf denen das Gutachten den betroffenen Einrichtungen und Trägern vorgestellt und mit diesen diskutiert würde. Bereits die ersten Regionalkonferenzen hätten gezeigt, dass es ein großes Bedürfnis seitens der Beteiligten gäbe, die Ergebnisse des Gutachtens zu kommentieren und ihre eigenen Besonderheiten einzubringen. Voraussichtlich im September 2000 sollten die Regionalkonferenzen abgeschlossen sein. Bereits jetzt hätte sich jedoch schon gezeigt, dass die normativen Vorgaben des Gutachtens nicht in allen Punkten beibehalten werden könnten. Absehbar wäre zudem auch, dass es im September 2000 noch keine Aussagen seitens der Landesregierung zu zentralen Fragen der Krankenhausplanung geben werde. Geplant sei, dass im November 2000 zunächst eine förmliche Unterrichtung an den Sozialausschuss erfolge. Wichtig war der Ministerin noch einmal der Hinweis, dass die vorhandene Datenqualität zwar noch keine 100%ige Abbildung des Leistungsgeschehens erlaube, jedoch eine sehr viel höhere Abbildung erreicht worden sei, als dies zuvor der Fall gewesen wäre.

Im Oktober 2000 berichtete die Gesundheitsministerin im Rahmen einer Landtagssitzung über die Ergebnisse der Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung[657]. Danach hätte sich das Rüschmann-Gutachten in einer Vielzahl von Fachgesprächen und trotz der Kritik als eine solide Basis für die zukunftsorientierte Krankenhausplanung des Landes erwiesen. Die Umsetzung der Ergebnisse des Gutachtens erfolge nach Kriterien, die von der Arbeitsgruppe der Planungsbeteiligten entwickelt würden. Auf die Umsetzung der Schließungsempfehlungen des Gutachters könne verzichtet werden, insbesondere weil *innerhalb* der Krankenhäuser Umstrukturierungen sowie *zwischen* den Krankenhäusern Kooperationen stattfänden, die eine rationellere und qualitativ hochwertigere Versorgung ermöglichen würden. Als Beispiele wurden vorgesehene Kooperationen der Universitätsklinika mit anderen Trägern und Einrichtungen genannt. Weiterhin wären neue Angebotsstrukturen für den kommenden Krankenhausplan mit Blick auf die Folgekosten nur in sehr maßvollem Umfang vorgesehen. Der Ausbau der geriatrischen Versorgung solle mittels 100 zusätzlicher stationärer Betten und 20 zusätzlicher Tagesklinikplätzen erfolgen. Die Dezentralisierung der

[657] Auszug aus Protokoll der 14. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 19.10.2000, Protokoll-Nr. 15/14, Seiten 1008 – 1015.

Psychiatrie würde nach dem Psychiatrieplan 2000 fortgesetzt werden. Zur abschließenden Beratung wurde der Bericht an den Sozialausschuss überwiesen.

Der Sozialausschuss wiederum befasste sich in seiner Sitzung im November 2000 mit dem Thema Krankenhausplanung[658]. Gemäß des Berichtes der Ministerin Moser hätte sich die Arbeitsgruppe der Planungsbeteiligten auf ein Vorgehen in drei Schritten verständigt: Für das Jahr 2001 solle ein *Einstieg* in die Bettenreduzierung genommen werden; erstmalig solle die Planbettenzahl jeweils für die gesamten Häuser festgeschrieben werden, nicht nur für einzelne Abteilungen innerhalb der Häuser. Das führe für die einzelnen Krankenhäuser zu mehr Flexibilität. In einem zweiten Schritt solle im Jahr 2003 eine *Neuberechnung* der Leistungen auf der Grundlage des Rüschmann-Gutachtens mittels aktualisierter Daten erfolgen, wobei der Benchmarkwert zunächst von 25 % auf 33,3 % abgemildert werden sollte. Im dritten Schritt sollten dann ab 2005 die von Rüschmann vorgeschlagenen *Benchmarkwerte* von 25 % *verbindlich* gelten.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung wurde von Moser, ebenfalls im Rahmen der Sozialausschusssitzung von November 2000, berichtet, dass auf der Regionalkonferenz in Kiel diskutiert worden wäre, ob weiterhin die Stadt Kiel die Trägerschaft für die Psychiatrie übernehmen solle[659]. Das Sozialministerium sei zwar nicht befugt, der Stadt Kiel Vorgaben zu erteilen, jedoch sei es in der Pflicht, sofern die Stadt Kiel keine weitere stationäre psychiatrische Versorgung anbieten würde, zu einer anderweitigen Lösung zu gelangen. Es sei gemäß Moser nicht akzeptabel, dass in der Stadt Kiel keine flächendeckende kommunale psychiatrische Versorgung vorhanden wäre. Gegenwärtig würden daher bereits Gespräche zwischen dem Universitätsklinikum Kiel und der Fachklinik Heiligenhafen mit dem Ziel einer Kooperation stattfinden.

1.7.3. Zusammenfassung / Analyse (1996 – 2000)

Kernelemente der allgemeinen Gesundheitspolitik in dieser Zeit waren die Auswirkungen der damals aktuellen Gesundheitsreform, Drogenpolitik (Methadonsubstitu-

[658] Protokoll der 8. Sitzung des Sozialausschusses vom 09.11.2000, Protokoll-Nr. 15/08.
[659] Protokoll der 8. Sitzung des Sozialausschusses vom 09.11.2000, Protokoll-Nr. 15/08, S.10 – 11.

tion, Ecstasy) sowie die Qualitätssicherung in der Pflege. Die Schwerpunkte des Krankenhaussektors waren der Umbruch des Finanzierungssystems, die Entwicklung der psychiatrischen Fachkliniken, der (Neu-)Beginn der Krankenhausplanung sowie der Rechtsformwechsel der Universitätsklinika Kiel und Lübeck.

Um dem bundesweiten Problem der erneuten Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen zu begegnen, wurde als sogenannte zweite Stufe der Gesundheitsreform der Bundesregierung das **Gesundheitsstrukturgesetz** (GSG) eingeführt. Das GSG sah neben anderen Maßnahmen auch eine verstärkte Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung ambulanter Leistungen vor. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein sah hierdurch die Grundprinzipien der ambulanten Versorgung in Frage gestellt[660]. Wichtig war der Kassenärztlichen Vereinigung, dass die ambulante ärztliche Versorgung weiterhin in freiberuflicher Form erbracht werden könne, denn nur *diese* würde langfristig für Kostenstabilität sorgen. Es wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung als großer Fehler bezeichnet, wenn bisher von niedergelassenen Ärzten erbrachte ambulante Leistungen künftig von den Krankenhäusern erbracht würden. Am Beispiel der Gesundheitsversorgung der ehemaligen DDR wurde ausgeführt, welche Nachteile eine Verschmelzung von ambulanter und stationärer Versorgung hätte.

Die Bundesregierung hatte mit dem GSG auf die Notwendigkeit reagiert, erneut den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen begegnen zu müssen, nachdem das wenige Jahre zuvor in Kraft gesetzte GRG keine nachhaltige Wirkung erzielt hatte. Die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung war ein schon lange diskutierter und überfälliger Teilaspekt. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hatte in dieser Stellungnahme einseitig die Interessen der niedergelassenen Ärzte vertreten, ohne dabei vorrangig den Gesamtprozess des Gesundheitswesens zu betrachten. Die Einführung des GSGs war dabei eine eindeutig richtungsweisende und nachhaltige Entscheidung, allerdings getroffen auf Bundesebene. Die Landesregierung selbst hat das GSG als Träger und Aufsichtsbehörde der Krankenhäuser mit umgesetzt. Bereits bei vorherigen Sachverhalten zum ambulanten Versorgungsbereich wurde von der Landesregierung Schleswig-

[660] Beitrag „Informationsveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein am 20.03.1996 in Kiel – Zukunft der ambulanten Versorgung“, Autor: Dr. Bodo Kosanke, Hauptgeschäftsführer der KV S-H, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1996, Seiten 152 – 160.

Holsteins auf die Selbstverwaltung der Ärzte hingewiesen, so dass auch hierzu keine Stellungnahme der Landesregierung ersichtlich wäre.

Mitte des Jahres 1996 legte eine Expertenkommission einen Bericht über die Methadonsubstitution in Schleswig-Holstein vor[661]. Die Anzahl der Anträge auf Aufnahme in die Substitutionstherapie war demnach ansteigend und es würden sich eindeutig positive Auswirkungen der Krankheitsverläufe sowie der sozialen Wiedereingliederung in Familie und Beruf zeigen. Berichtet wurde, dass selbst die Mitglieder der Expertenkommission diesem Konzept zunächst sehr kritisch gegenüber standen, sich aber im Laufe der Mitarbeit ein positiver Sinneswandel ergeben hätte und die Mitarbeit von diesen zunehmend als hochmotivierend positiv empfunden wurde. Anfang 1997 debattierte der Landtag über das Thema „Ecstasy in Schleswig-Holstein“[662]. Während Hasch und Heroin als sogenannte Aussteigerdrogen bezeichnet wurden, wurde gerade Ecstasy als sogenannte Leistungsdroge verstanden, die zudem ein völlig verharmlosendes Tablettenimage hätte. Ebenfalls in den Themenbereich Drogenpolitik fiel die Befassung des Landtags mit dem Thema Alkoholmissbrauch. Die Landesregierung beabsichtigte in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten einen Aktionsplan Alkohol aufzustellen[663]. Die Alkoholwirtschaft stellte gemäß Landesregierung jedoch ganz bestimmte Vorbedingungen, um sich daran zu beteiligen. So würde darauf Wert gelegt, dass der Alkoholkonsum in seiner Gesamtheit *nicht* in Frage gestellt werden sollte, sondern ausschließlich der Missbrauch des Alkohols. Der Aktionsplan wurde daraufhin nicht fertiggestellt und auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

War die wenige Jahre zuvor getroffene Entscheidung der Landesregierung zur Methadonsubstitution auch zunächst sehr umstritten, so wurden im Laufe der Zeit die Erfolge dieser Therapien sichtbar. Insofern kann es durchaus als Erfolg der Landesregierung angesehen werden, die bisherige Drogenpolitik trotz der anfänglichen Widerstände kontinuierlich umgesetzt zu haben. Mit der Neuentwicklung bzw. der Veränderung des Drogenkonsums und der Konsumenten selbst, musste sich die Landesregierung jedoch erst auseinandersetzen und Strategien entwickeln. Wesentliche

[661] Bericht „Methadonsubstitution in Schleswig-Holstein“, Autor: Dr. Hans Köhler, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Methadonkommission, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1996, Seite 274.
[662] Auszug aus dem Protokoll der 25. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 21.02.1997, Protokoll-Nr. 14/25, Seiten 1696 – 1706.
[663] Auszug aus Protokoll der 78. Sitzung des Sozialausschusses vom 11.11.1999, Protokoll-Nr. 14/78.

Entscheidungen wurden in diesem Zusammenhang in diesem Zeitraum nicht getroffen. Ebenso war es der Landesregierung bis dato nicht gelungen, die gewünschten Akteure im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch zu einem gemeinsamen Aktionsplan zusammenzuführen.

Zu einem weiteren bedeutenden Schwerpunkt der Gesundheitspolitik des Landes entwickelte sich etwa ab dem Jahr 1999 das Thema „Qualitätssicherung in der Pflege“[664]. Die zunehmende Zahl dementer oder psychisch kranker Heimbewohner führte immer häufiger zu extremen Belastungen des Pflegepersonals. Die Klagen über Fehlentwicklungen, unzureichende Personalausstattung und mangelnde Kontrolle von Pflegeleistungen wurden zunehmend lauter. Die Landesregierung hatte gemeinsam mit anderen Ländern ein Eckpunktepapier zur Novellierung des Bundes-Heimgesetzes erarbeitet, in dem Punkte, wie die Prüfung der Pflegeversicherung auf verzichtbare bürokratische Mängel oder die Möglichkeit des Schließens von Pflegeeinrichtungen aufgenommen wurden. Wert wurde seitens der Landesregierung auf eine Abgrenzung der Leistungen der Kranken- von der Pflegeversicherung gelegt und die Fachkraftquote wurde in Frage gestellt, da sich diese nur an Qualitäten, nicht aber an Quantitäten orientieren würde. Auch im Jahr 2000 wurde im Landtag weiter über das Thema Qualitätssicherung in der Pflege debattiert[665]. Die Gesundheitsministerin berichtete im Landtag, dass die Umsetzung des 1999 verabschiedeten Aktionsprogramms des Landespflegeausschusses liefe. Ein wesentlicher Teil des Aktionsprogramms sei die Öffentlichkeitsarbeit. So sollten alle Einrichtungen vom MDK geprüft werden. Bereits der Zwischenbericht des MDK ergab jedoch, dass nur knapp die Hälfte der Pflegeeinrichtungen die gesetzlichen oder vertraglichen Regelwerke einhalten würden. Bei einem Drittel der untersuchten Pflegebedürftigen seien Pflegeschäden festgestellt worden.

Beim Thema Pflegemängel handelte es sich um ein offensichtliches und deutliches Problem, welches zwar grundsätzlich bundesweite Bedeutung hatte, jedoch in diesem speziellen Zusammenhang auf Schleswig-Holstein begrenzt war. So wurden in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen des Landes teilweise gravierende Mängel

[664] Protokoll der 72. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 01.07.1999, Protokoll-Nr. 14/72.
[665] Auszug aus dem Protokoll der 105. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 27.01.20000, Protokoll-Nr. 14/105, Seiten 8018 – 8031.

aufgedeckt, welche zuvor von der Landesregierung in dieser Form nicht erkannt wurden. Das „Aktionsprogramm Pflege“ erscheint vor diesem Hintergrund eher als „Aktionismus“, um auf die Pflegemängel zu reagieren. Die in dem Aktionsprogramm genannten Punkte schienen nur bedingt geeignet, um kurzfristig die Situation in der Pflege zu ändern, sondern bezogen sich auf vermehrt auf grundsätzliche Änderungen, ohne unmittelbaren Einfluss auf die Pflege vor Ort zu nehmen. Insgesamt erschien die Landesregierung Schleswig-Holstein hierbei eher fremdbestimmt, denn als richtungsweisender Akteur.

Im Jahr 1995 war eine aktualisierte Bundespflegesatzverordnung (BPflV 1995) in Kraft getreten, welche erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser hatte. Im Gegensatz zum bisherigen Recht sah die BPflV 1995 keine allgemeinen tagesgleichen Pflegesätze mehr vor, sondern einen geringeren Basispflegesatz zuzüglich unterschiedlicher Abteilungspflegesätze. Weiterhin wurden als wesentliche Änderung Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt. Auf einer Informationsveranstaltung der Ärztekammer wurde vom dortigen Referenten, Prof. Rüschmann, erklärt, dass erstmals die Leistung im Krankenhausbereich im Vordergrund stünde und die Krankenhäuser sich insgesamt dem Wettbewerb stellen müssten[666]. Für das Jahr 1996 wurde bereits in Aussicht gestellt, dass die Fallpauschalen deutlich sinken würden. Es wurde weiter ausgeführt, dass künftig Spezialisierungen und Kooperationen im Krankenhausbereich unumgänglich seien und es wurde davon ausgegangen, dass künftig die Krankenkassen noch größeren Einfluss auf die Kostengestaltung der Krankenhäuser nehmen könnten.

Die Problemstellung, das Umsetzen der Änderungen der Finanzierungsystematik der Krankenhäuser, beruhte auf Bundesgesetz und war dementsprechend ein bundesweit aktuelles Thema. Bezogen auf Schleswig-Holstein wird jedoch deutlich, dass die Information der Krankenhäuser über diese enormen Veränderungen in Zusammenarbeit zwischen der Ärztekammer und einem externen Gutachter der Landesregierung erfolgte. Die Landesregierung selbst bzw. das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde der Krankenhäuser, traten hierbei nicht oder nur in geringem Umfang in Erscheinung, obwohl diese Informationspflicht der Landesregierung oblag. Wesentliche

[666] Beitrag „Das Krankenhaus im Umbruch“, Autor: Dietrich Steinhorst, 25588 Mehlbek, Bericht über eine Veranstaltung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 07.11.1995, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1996, Seiten 24 – 26.

Entscheidungen seitens der Landesregierung waren in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich.

Auch die psychiatrischen Fachkliniken blieben weiterhin ein Schwerpunktthema der Gesundheitspolitik des Landes. So befasste sich der Landtag bereits Anfang 1996 erneut mit diesem Thema. Konkret ging es hierbei um die Eigenkapitalbildung der Fachkliniken, nachdem über einen Zeitraum von mehreren Jahren, insbesondere seit 1992, Gewinne erzielt wurden[667]. Es wurde von der CDU-Opposition in Frage gestellt, ob es moralisch, menschlich und sozial verantwortbar wäre, zu Lasten der Patientenversorgung Gewinne und Jahresüberschüsse zu erzielen. Im Herbst 1997 wurde die Landesregierung vom Landtag aufgefordert, über die Erfahrungen der Verselbständigung der Fachkliniken zu berichten[668]. Als Begründung hierfür wurde angeführt, dass die Verselbständigung der Fachkliniken eines der größten Modernisierungsprojekte des Landes sei und die hierbei gewonnenen Erfahrungen wichtige Hinweise für weitere Vorhaben zur Verselbständigung von Teilen der Landesverwaltung geben könnten. Der Bericht der Landesregierung wurde dann Mitte 1998 vorgelegt[669]. Danach wäre die Verselbständigung der richtige Schritt gewesen und die gewünschten Ziele wären weitgehend erreicht worden. Kritisiert wurde jedoch die Zusammensetzung und das Stimmrecht des Verwaltungsrats, insbesondere das Doppelstimmrecht des/der Vorsitzenden. Ende 1999 wurde ein aktualisierter Psychiatrieplan herausgegeben, der einerseits die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung fortführte und auf der anderen Seite einen weiteren deutlichen Planbettenabbau in den Fachkliniken Neustadt, Heiligenhafen und Schleswig vorsah[670].

Die Beurteilung der Landesregierung des Erfolges der rechtlichen Verselbständigung der Fachkliniken spiegelte nicht die damit einhergehenden Probleme wider. Die Zusammensetzung und die Stimmrechte der Aufsichtsgremien stellten weiterhin einen erheblichen Einfluss der Landesregierung auf die Geschäftsführung der Fachkliniken dar, der zwangsläufig zu Einschränkungen im Handeln der Geschäftsführungen führ-

[667] Protokoll der 114. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 21.02.1995, Vorgang-Nr. 13/114 sowie Antrag der CDU-Fraktion vom ,07.02.1996, Drucksache 13/3343.
[668] Antrag der SPD-Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtags zur Verselbständigung der Fachkliniken, Drucksache 14/1069 vom 23.10.1997.
[669] Bericht der Landesregierung über die Verselbständigung der Fachkliniken vom 17.06.1998, Drucksache 14/1518.
[670] „Psychiatrieplan 2000 – Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen“, herausgegeben vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 1999, Nachdruck 152/2005.

te. Wesentliche Entscheidungen bezüglich der Fachkliniken wurden in diesem Zeitabschnitt seitens der Landesregierung nicht getroffen. Aufgrund nachhaltiger Anfragen der Opposition im Landtag war aber zu erkennen, dass die zuvor getroffene Entscheidung der rechtlichen Verselbständigung nicht ausreichend war, um diesen Sachverhalt seitens der Landesregierung nicht mehr thematisieren zu müssen.

Hinsichtlich der weiteren Krankenhausplanung wurde im Verlaufe des Jahres 1996 erneut die GSbG[671] vom Sozialministerium beauftragt, ein Gutachten zu erstellen[672]. Im Frühjahr 1997 beantragte die CDU-Fraktion des Landtags einen Bericht der Landesregierung, in welchem unter anderem ausgeführt werden sollte, wie sich die Landesregierung die Länder übergreifende Zusammenarbeit vorstelle, wie die Kooperationsmöglichkeiten der Universitätsklinika Kiel, Lübeck und Hamburg eingeschätzt würden, wie die Fachkliniken weiterentwickelt werden sollten und welche Vorgaben dem Gutachter für die Planung gemacht wurden[673]. Es wurde kritisiert, dass 1995, nach Umsetzung des GSG, keine aktualisierte Krankenhausplanung vorgelegt wurde und auch der Investitionsstau in den Klinken wurde thematisiert. Wenige Monate später teilte die Sozialministerin im Sozialausschuss mit, dass die Krankenhausplanung des Landes nicht 1998, sondern frühestens zum 01.01.2000 fortgeschrieben werden könne[674]. Als Begründung hierfür wurde angeführt, dass die Zulieferung von Daten der Krankenhäuser an den Gutachter erst im Jahr 1998 erfolgen könnte. Im März 1999 wurde von der Opposition im Landtag erneut ein Bericht der Landesregierung über den Stand der Krankenhausplanung eingefordert, nachdem der Abgabetermin des Gutachtens mehrfach verschoben wurde[675]. Als ein Grund für die Verzögerung wurde von der Sozialministerin angegeben, dass in dem Gutachten mit einer bisher bundesweit einmaligen Vorgehensweise der Bedarf für akutstationäre Krankenhausbehandlung festgestellt werden sollte[676]. Als weitere Gründe für die Verzögerung wurde auf die nicht zeitgerechte Lieferung von Daten der Krankenhäuser an den

[671] Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen, Kiel, Geschäftsführung Prof. Dr. Rüschmann.
[672] Quelle: Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein, Abschnitt A 1.1 Allgemeiner Teil, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 21/2001, Seiten 259 ff.
[673] Auszug aus Protokoll der 27. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 13.03.1997, Protokoll-Nr. 14/27, Seiten 1849 – 1861.
[674] Auszug aus ‚Protokoll der 23. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.05.1997, Protokoll-Nr. 14/23.
[675] Antrag der Fraktion der FDP zur Krankenhausplanung Schleswig-Holstein vom 09.03.1999, Drucksache 14/2028.
[676] Auszug aus Protokoll der 80. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 24.03.1999, Protokoll-Nr. 14/80, Seiten 5999 – 6006.

Gutachter sowie die Einbeziehung der Krankenkassen in die Planung verwiesen. Im Dezember 1999 wurde dann der Planungszeitraum der seit 1990 gelten Krankenhausplanung um ein weiteres Jahr, bis zum 31.12.2000, verlängert[677]. Das Gutachten der GSbG wurde im Frühjahr 2000 der Landesregierung übergeben[678]. Es wurde dabei von insgesamt kürzeren Krankenhausaufenthalten, einer Bettenreduzierung und einer damit verbundenen Erhöhung der Leistungsdichte ausgegangen. In dem Gutachten wurde auch dargelegt, wie die Dezentralisierung der Psychiatrie fortgesetzt werden könne. Von der Landesregierung wurde jedoch betont, dass das Gutachten *nicht* die Krankenhausplanung sei, sondern lediglich eine Facette innerhalb des Planungsprozesses[679]. Die Entscheidung über die Krankenhausplanung wäre nicht von dem Gutachter, sondern von den politischen Mandatsträgern zu treffen.

Auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sind von den Ländern mehrjährige Krankenhausbedarfspläne aufzustellen, welche die Grundlage für die Finanzierung der Krankenhäuser im Planungsgebiet darstellen. Für Schleswig-Holstein wurde die letzte KKH-Planung im Jahr 1990 für einen Planungszeitraum bis 1995 beschlossen. Trotz der erheblichen Veränderungen innerhalb des Vergütungssystems wurde von der Landesregierung zum Ende des Planungszeitraumes keine aktuelle KKH-Planung erstellt. Erst zeitlich danach, im Jahr 1996, wurde die Erstellung eines Gutachtens in Auftrag gegeben, mit der Folge, dass der Planungszeitraum mehrmals, zuletzt bis zum Jahr 2001, verlängert werden musste. Die Landesregierung hatte zum Zeitpunkt der Auftragsvergabe bereits wesentliche Teile der Krankenhausplanung, insbesondere das fachliche Wissen selbst, aus der Hand gegeben und sich in großem Maße in die fachliche Abhängigkeit des Gutachters begeben. Die Sozialministerin wurde in dieser Zeit mehrmals im Landtag nach dem Stand der KKH-Planung befragt. Die von ihr gegebenen Antworten wirkten insgesamt unzureichend. Die Erstellung des Gutachtens zur Krankenhausplanung selbst war deutlich zu aufwendig und zeitintensiv und belastete die Krankenhäuser in erheblichem Umfang. Im Anschluss an die Erstellung des Gutachtens waren diverse Konferenzen notwendig, um den Akteuren die Planungsergebnisse nahezubringen. Auch auf Bun-

[677] Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales - IX 421 – vom 07.12.1999, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 51/1999, S. 702.
[678] Quelle: Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Werner Kalinka und Klaus Klinckhamer (CDU) zur Krankenhaus-Rahmenplanung für Schleswig-Holstein vom 17.05.2000, Drucksache 15/107, Punkt 3.
[679] Auszug aus Protokoll der 09. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 14.07.2000, Protokoll-Nr. 15/09, Seiten 613 – 625.

desebene wurde das sogenannte Rüschmann-Gutachten als „kaum brauchbar für die Praxis“ bezeichnet[680].

Die im Zuge der rechtlichen Verselbständigung der Fachkliniken gewonnenen Erfahrungen sollten auf weitere Landesbetriebe, wie beispielsweise die Universitätsklinika Kiel und Lübeck, übertagen werden. Bereits im Jahr 1997 wurde im Landtag darüber nachgedacht, zur rechtlichen Umwandlung der Universitätsklinika konkrete und verbindliche Ziele zu formulieren, die dann vom Parlament kontrolliert werden könnten[681]. Im Frühjahr 1998 wurde von der Landesregierung der Entwurf des Gesetzes zur Neuordnung der Universitätsklinika vorgelegt[682]. Als Problemstellung wurde geschildert, dass in den nächsten Jahren große Herausforderungen und finanzielle Risiken auf die Universitätsklinika zukämen, weil sich die Bestrebungen des Bundes begrenzend auf die Leistungen der Krankenkassen auswirken würden, zusätzlich das Land aufgrund der Haushaltslage die Landeszuschüsse senken müsse und gleichzeitig jedoch erhebliche Kostensteigerungen durch medizinischen Fortschritt und Fallzahlsteigerungen zu erwarten wären. Als Lösung hierfür wurde eine Neuorganisation der Klinikstrukturen vorgeschlagen, die den Universitätsklinika die notwendigen Freiräume für ihre unternehmerischen und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen geben würde. Es folgte eine Anhörung von Vertretern der Universitäten, der Klinika, der Krankenkassen und anderer Beteiligter im Sozialausschuss[683]. Kritisiert wurde hierbei u.a., dass aufgrund der geplanten Zusammensetzung der Aufsichtsräte, bei Stimmenmehrheit der Vertreter der Ministerien, die Einflussnahme der Landespolitik eher noch zunehmen könnte, als dass diese abnehmen würde. Und es wurde die Befürchtung geäußert, dass die wirtschaftliche Verselbständigung der Klinika zu einer Abkoppelung von den Universitäten führen könnte, welche unbedingt vermieden werden müsste. Im Oktober 1998 wurde das Gesetzesvorhaben mit nur geringfügigen Änderungen mit Wirkung zum 01.01.1999 beschlossen[684].

---

[680] Beitrag „Krankenhausbedarfsplanung – Kaum brauchbar für die Praxis“, Autor: Dr. rer.pol. Harald Clade, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 45/1998, Seiten A2918 – A2919.
[681] Auszug aus Protokoll der 43. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 06.11.1997, Protokoll-Nr. 14/43, Seiten 2931 – 2937.
[682] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Neuordnung der Universitätsklinika in Schleswig-Holstein (Änderung des Hochschulgesetzes) vom 11.03.1998, Drucksache 14/1357.
[683] Gemeinsames Protokoll der 30. Sitzung des Bildungs- sowie der 37. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 06.05.1998, Protokoll-Nrn. 14/30 sowie 14/37.
[684] Auszug aus Protokoll der 68. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 08.10.1998, Protokoll-Nr. 14/68, Seiten 4990 – 5000.

In diesem Zeitabschnitt wurden von einer Reihe von Ländern die rechtlichen Verselbständigungen der Universitätsklinika vorangetrieben. In der hier beschriebenen Ausprägung, der Rechtsformumwandlung analog zu den Fachkliniken, handelte es sich jedoch um ein Schleswig-Holstein spezifisches Thema. Vom Grundsatz her war es durchaus zu befürworten, den Universitätsklinika gerade in den zu erwartenden finanziell unsicheren Jahren die notwendigen Freiheiten für eigenständige wirtschaftliche Entscheidungen einzuräumen. Problematisch hierbei waren die fehlerhafte Interpretation der erfolgten Rechtsformumwandlung der Fachkliniken seitens der Landesregierung und die Übertragung der gleichen – unscharfen – Rahmenbedingungen auf die Universitätsklinika. Im Ergebnis führte der Rechtsformwechsel nicht zu mehr wirtschaftlichen Freiheiten der Universitätsklinika, da sämtliche außerordentliche Entscheidungen im Aufsichtsrat, mit Mehrheitsstimmrecht der Landesregierung, getroffen wurden. Im Gegensatz dazu mussten von den Universitätsklinika sogar mehr Aufwendungen getragen werden[685].

1.8. Zeitabschnitt 2001 – 2005

1.8.1. Allgemeine Gesundheitspolitik

Im Januar 2001 befasste sich der Sozialausschuss in zwei Sitzungen mit der Finanzierung von Fehlfahrten bei Rettungsdiensteinsätzen. Gemäß der Gesundheitsministerin wäre es bislang nicht gelungen, eine Verständigung zwischen den Krankenkassen und den kommunalen Landesverbänden herbeizuführen. Gerade die Kommunen sähen sich demnach nicht in der Lage, einen zuvor ausgehandelten Kompromissvorschlag für eine Übergangszeit mitzutragen[686]. Es wurde ein sogenannter interfraktioneller Antrag[687] eingebracht, wonach die Landesregierung eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel ergreifen sollte, dass die Rettungsdienste die Kosten für Fehlfahrten von

[685] Bspw. für Dienstleistungen des Landes, wie Landesbauamt (in der Folge GMSH) oder der notwendige Abschluss von Haftpflichtversicherungen.
[686] Niederschrift der 14. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 18.01.2001, Protokoll-Nr. 15/14.
[687] Antrag der Fraktionen von SPD, CDU, FDP und Bündnis 90 /Die Grünen und der Abgeordneten des SSW zu Fehlfahrten bei Rettungsdiensteinsätzen vom 24.01.2001, Drucksache-Nr. 15/683.

den Krankenkassen erstattet bekämen[688]. Der Landtag stimmte diesem Antrag in seiner Sitzung Ende Januar 2001 zu[689].

Im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt wurde im Januar 2001 über ein im Auftrag des Landeswirtschaftsministeriums erstelltes Gutachten zur Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein berichtet[690]. Danach hätte das Land zwar eine überdurchschnittlich große Gesundheitswirtschaft, es fehle aber insbesondere an einem einheitlichen Angebot sowie an Transparenz. Im Gutachten selbst wurden die Bereiche der Gesundheitswirtschaft in „klassische“ und „neue“ Bereiche unterteilt[691]. Besonders der Dienstleistungssektor mit Wellness, ganzheitlichen Therapieformen, Gesundheitsberatung und Entwicklung stellte demnach einen großen Teil des „Neuen Gesundheitsmarktes“ dar. Es wurden jedoch neben den Trends, Kompetenzen etc. auch Entwicklungshemmnisse aufgezeigt[692]. Die wesentlichsten Entwicklungshemmnisse ergaben sich gemäß des Gutachtens durch – auf Bundesebene – überzogene gesetzliche Regulierungen, gefolgt von einer im Land Schleswig-Holstein nicht vorhandenen zentralen Vermarktung der Gesundheitswirtschaft. Weiterhin wurde ein Wahrnehmungsdefizit im Bereich der Politik hinsichtlich der Bedeutung der Gesundheitswirtschaft aufgeführt.

Die Gesundheitsministerin berichtete im Mai 2001 dem Landtag über einen Teilaspekt der Drogenpolitik des Landes[693]. Danach wurde landesweit unter wissenschaftlicher Begleitung ein einheitliches Dokumentationssystem „HORIZONT“ eingeführt. Die jetzt einheitliche Dokumentation ermögliche Aussagen zu verschiedenen Fragestellungen, wie z.B. der Einschätzung allgemeiner Trends, der Veränderung von Nutzungsverhalten und ähnlichem. Weiterhin führe dieses Dokumentationssystem zu mehr Kostentransparenz, welche die Voraussetzung für die Einbindung alternativer

[688] Niederschrift der 16. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 24.01.2001, Protokoll-Nr. 15/16.
[689] Auszug aus Protokoll der 23. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 26.01.2001, Protokoll-Nr. 15/23, Seiten 1695 – 1697.
[690] Beitrag „Gutachten zur Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“, Autor: Horst Kreussler, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/2001, Seite 24.
[691] Gutachten „Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“, herausgegeben von dsn Projekte – Studien – Publikationen, Kiel, verantwortlicher Projektleiter Ralf Duckert, Oktober 2000.
[692] Die Feststellungen waren Ergebnis einer Befragung im Rahmen der Studie zur Gesundheitswirtschaft der dsn.
[693] Auszug aus Protokoll der 33. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 31.05.2001, Protokoll-Nr. 15/33, Seiten 2441 – 2446.

Kostenträger wäre. Zur abschließenden Beratung wurde der Bericht an den Sozialausschuss überwiesen.

Im Juli 2001 befasste sich der Landtag in einer gemeinsamen Beratung mit der Stammzellenforschung, dem Import embryonaler Stammzellen und der Präimplantationsdiagnostik[694]. Die Wissenschaftsministerin führte dazu aus, dass die Herstellung von Embryonen zur Gewinnung von Stammzellen aus Sicht der Regierung verwerflich sei und verhindert werden müsste.

Im September 2001 folgte im Landtag ein Bericht der Landesregierung über die Qualität der Pflege sowie die Heimaufsicht in Schleswig-Holstein[695]. Gemäß Moser gäbe es in Schleswig-Holstein zwar eine breite Qualitätsdiskussion zum Thema Pflege, welche der Landesregierung aber nicht aufgezwungen, sondern von ihr teilweise initiiert und gefördert wurde. Ziel dieser Diskussion sei die Etablierung einer nachhaltigen Strategie insbesondere zur Verbesserung der Pflegesitutation. Kernstück des im Jahr 1999 verabschiedeten Aktionsplans Pflege sei eine Statuserhebung aller stationären Pflegeeinrichtungen im Land durch den MDK, welche einen Maßnahmenkatalog der Landesregierung und ein Handlungskonzept des Landespflegeausschusses nach sich zog.

Der Bericht des MDK mache deutlich, dass insbesondere die personelle Besetzung der Heimaufsichtsbehörden sehr dünn sei, so dass es diesen bisher kaum möglich wäre, alle Heime einmal jährlich zu prüfen. Für die zukünftige Arbeit der Heimaufsichten wäre demnach vorrangig der zusätzliche Einsatz von Pflegefachkräften erforderlich sowie mehr Fortbildung für das Personal. Die gesetzlich geforderten Arbeitsgemeinschaften zwischen dem MDK und den Heimaufsichten wären in konkreter Vorbereitung. Die Heimaufsicht sei jedoch als Aufgabe an die Kommunen übertragen worden, so dass dort die Verantwortung sowie die Organisations- und die Personalhoheit läge. Insgesamt stünden die Themen Altenhilfe und Pflege vor enormen Zukunftssaufgaben, insbesondere durch den demografischen Wandel und damit der Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen. Wichtig wäre der Landesregierung

[694] Auszug aus Protokoll der 36. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 12.07.2001, Protokoll-Nr. 15/36, Seiten 2661 – 2692.
[695] Auszug aus Protokoll der 40. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 28.09.2001, Protokoll-Nr. 15/40, Seiten 2983 – 2998.

zudem, eine unabhängige Pflegeberatung auszubauen. Im Anschluss wurde der Bericht zur weiteren Bearbeitung an den Sozialausschuss überwiesen.

Im Dezember 2001 befasste sich der Landtag in einer gemeinsamen Beratung mehrerer Unterpunkte erneut mit dem Thema Pflege[696]. Eine der Grundlagen war ein Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen[697], wonach der Landtag unter anderem beschließen sollte, dass dieser die Pflegeoffensive der Landesregierung unterstütze, dass er die Absicht der Landesregierung, die Aus- und Fortbildung von Pflegekräften auszuweiten, unterstütze und dass finanzielle Spielräume zur Verbesserung der Personalausstattung in Pflegeheimen genutzt werden sollten. Weitere Unterpunkte betrafen einen Antrag zur Heimaufsicht, womit unter anderem seitens des Landtages die Erwartung ausgesprochen werden sollte, dass die Kommunen ihrer Verantwortung umfassend gerecht werden sollten[698].

Das Thema Pflege war im März 2002 erneut Gegenstand von Beratungen im Landtag[699]. Innerhalb einer sogenannten gemeinsamen Beratung wurde über eine „Volksinitiative für eine menschenwürdige Pflege“ sowie einen Gesetzentwurf der Volksinitiative debattiert. Der Innen- und Rechtsausschuss hatte zunächst eine Empfehlung sowie einen Beschlussvorschlag hinsichtlich der „Volksinitiative für eine menschenwürdige Pflege“ abgegeben. Es wurde dabei festgestellt, dass die Volksinitiative die notwendige Stimmenanzahl erzielt hätte, dass sie sich bei dem Thema „menschenwürdige Pflege“ auf einen zulässigen Sachverhalt bezöge und daher zulässig sei. Der Gesetzentwurf der Volksinitiative sah vor, die Verfassung des Landes Schleswig-Holstein insofern zu ändern, dass darin der Schutz der Rechte und Interessen pflegebedürftiger Menschen gesondert aufgenommen würde und weiterhin die Präambel des Landespflegegesetzes entsprechend geändert werden sollte[700]. Im Ergebnis wurde beschlossen, den Gesetzentwurf zur weiteren Beratung federführend an den Innen- und Rechtsausschuss zu überweisen. Der Innen- und Rechtsausschuss hatte

[696] Auszug aus Protokoll der 48. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 13.12.2001, Protokoll-Nr. 15/48, Seiten 3600 – 3609.
[697] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zur Qualität in der Pflege vom 13.09.2001, Drucksache 15/1187.
[698] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zur Heimaufsicht in Schleswig-Holstein vom 25.09.2001, Drucksache 15/1231.
[699] Auszug aus Protokoll der 56. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 20.03.2002, Protokoll-Nr. 15/56, Seiten 4234 – 4242.
[700] Gesetzentwurf der Volksinitiative für menschenwürdige Pflege, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Verfassung des Landes Schleswig-Holstein und des Landespflegegesetzes, vom 27.02.2002, Drucksache 15/1670.

daraufhin im Juni 2002 die Empfehlung ausgesprochen, den von der Regierung vorgelegten Gesetzentwurf unverändert anzunehmen[701]. Unter Berücksichtigung eines Änderungsantrages der Regierungsfraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen sowie des SSW wurde die Änderung des Pflegegesetzes verabschiedet. Die Änderung der Verfassung hinsichtlich der Aufnahme einer gesonderten Bestimmung zum Schutz der Rechte und Interessen pflegebedürftiger Menschen wurde nach nochmaliger Beratung und Empfehlung des Innen- und Rechtsausschusses[702] vom Landtag abgelehnt[703].

Im August 2002 erschien ein Beitrag über ein vom Verband deutscher Angestelltenkrankenkassen (VdAK) Schleswig-Holstein organisiertes Symposium zur grenzüberschreitenden Kooperation von Gesundheitspolitik im Ostseeraum[704]. Zwar würde es gemäß Gesundheitsministerin Moser bis zu einer Harmonisierung noch mehrere Jahre brauchen, dennoch würden bereits erste Schritte in einem wachsenden Gesundheitssystem sichtbar. Ein Beispiel hierfür wäre die Anschaffung eines medizinischen Großgerätes einer Klinik in Flensburg, welche ohne die Nachfrage von dänischen Patienten nicht möglich gewesen wäre. Als zweites Beispiel hierfür wurde die sogenannte Patientenbrücke mit Norwegen erwähnt. Aktuell wären schon mehr als 700 norwegische Patienten in Schleswig-holsteinischen Kliniken behandelt worden. Befürchtungen, dass die Behandlung ausländischer Patienten zu Versorgungsengpässen im Inland führen könnte, sah die Ministerin hingegen nicht. Auf der anderen Seite würde gemäß Moser aber auch deutlich, dass die inländischen Patienten ebenfalls frei wählen möchten, ob sie eine Behandlung im In- oder im Ausland vornehmen lassen möchten.

Im Januar 2003 wurde im Landtag über die Notwendigkeit der Erstellung und Vorlage eines Gesundheitsberichtes für Frauen sowie eines weiteren Gesundheitsberichtes für Kinder debattiert[705]. Hintergrund hierfür waren zwei Anträge der CDU-

[701] Bericht und Beschlussempfehlung des Innen- und Rechtsauschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 05.06.2002, Drucksache 15/1939.
[702] Beschlussempfehlung des Innen- und Rechtsausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Verfassung des Landes Schleswig-Holstein vom 20.06.2002, Drucksache 15/1986.
[703] Auszug aus Protokoll der 65. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 21.06.2002, Protokoll-Nr. 15/65, Seite 4810.
[704] Beitrag „Gesundheitspolitik im Ostseeraum – Grenzüberschreitende Kooperation wichtig“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/2002, Seite 20.
[705] Auszug aus Protokoll der 78. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 22.01.2003, Protokoll-Nr. 15/78, Seiten 5892 - 5899 und 5910 – 5917.

Landtagsfraktion[706] aus November 2002. Im Frauengesundheitsbericht sollte unter anderem auf die unterschiedlichen Lebens- und Erwerbsbedingungen und den daraus resultierenden gesundheitlichen Fragestellungen eingegangen werden. Weitere Schwerpunkte des Berichtes sollten zusätzlich die Situation von Frauen in der Pflege sowie das Thema „Frauen und Sucht“ sein. Hinsichtlich des Kindergesundheitsberichtes sollte auf die besondere gesundheitliche Situation von Kindern eingegangen werden, zu welcher gemäß Antrag Themen wie besondere Gesundheitsrisiken, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Übergewicht oder Erkrankungen im psychiatrischen Bereich zählen würden. Der Antrag auf Vorlage des Frauengesundheitsberichtes wurde abgelehnt, dem Antrag auf Vorlage des Kindergesundheitsberichtes hingegen wurde von der Sache her zugestimmt und der Vorgang zur weiteren Beratung an den Sozialausschuss überwiesen.

Die Ministerpräsidentin berichtete im April 2003 im Landtag über den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein[707]. Eingegangen wurde in dem Bericht unter anderem auf Angebote zur stationären und ambulanten Versorgung, auf Rehabilitationsangebote, Gesundheitsziele, Prävention und Aus- und Weiterbildung[708]. Gerade in den letzten Jahren wären neben den Kostenaspekten auch die wirtschaftlichen Chancen der Gesundheitswirtschaft zunehmend in den Vordergrund gerückt. Entsprechende Analysen hätten ergeben, dass gerade in der Gesundheitswirtschaft noch größere Wachstumschancen bestünden. Die Wachstumsimpulse ergäben sich dabei nicht nur von der Nachfrageseite, sondern auch durch die medizinische Wissenschaft, die Medizintechnik oder durch die Entwicklung neuer Erkenntnisse in der Bio- oder Gentechnologie. Das Land Schleswig-Holstein würde sich durch ein leistungsfähiges und effizientes Gesundheitswesen sowie eine starke und innovative Health-Care-Industrie auszeichnen. Darüber hinaus gäbe es eine Tourismusbranche, die sich den wachsenden Anforderungen, insbesondere dem Wellness-Sektor, stellen würde. Die Opposition bemängelte hingegen fehlende Aussagen über Ziele und künftige Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik. Weiterhin wäre keine Antwort auf den drohenden Pflegenotstand oder den drohenden Ärztemangel gegeben worden. Zur ab-

[706] Anträge der Fraktion der CDU zur Vorlage eines Frauengesundheitsberichts sowie eines Kindergesundheitsberichtes, beide vom 05.11.2002, Drucksache 15/2239 sowie 15/2241.
[707] Auszug aus Protokoll der 85. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 04.04.2003, Protokoll-Nr. 15/85, Seiten 6462 – 6476.
[708] Bericht der Landesregierung über den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein vom 18.03.2003, Drucksache 15/2552.

schließenden Beratung wurde der Bericht an den Sozialausschuss und den Wirtschaftsausschuss überwiesen.

Im Mai 2003 befasste sich der Landtag auf Basis zweier bereits Mitte 2001 gestellter Anträge der Fraktionen der FDP[709] bzw. der CDU[710] mit dem Thema Präimplantationsdiagnostik[711]. Die Landesregierung sollte gemäß des FDP-Antrags aufgefordert werden, im Wege einer Bundesratsinitiative darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit Präimplantationsdiagnostik gesetzlich geregelt würde. Dabei wäre besonders die Möglichkeit zu würdigen, Paaren, von denen einer oder beide Partner Träger einer Erbkrankheit wären, bei ihrem Wunsch nach einem gesunden Kind zu helfen. Begründet wurde der Antrag damit, dass bereits in weitem Umfang die Prä*natal*diagnostik angewandt würde, wonach Zellen aus dem Fruchtwasser entnommen und ebenfalls auf genetische Belastungen untersucht würden. Damit würde die geltende Rechtslage einem außerhalb des Mutterleibes gezeugten Embryo einen größeren Schutz gewähren, als einem auf natürliche Weise gezeugten Embryo in derselben Frühphase. Auch mit dem Antrag der CDU-Fraktion sollte die Landesregierung aufgefordert werden, den Umgang mit der Präimplantationsdiagnostik im Rahmen eines Fortpflanzungsmedizingesetzes zu regeln. Der Landtagspräsident sollte zudem aufgefordert werden, zu einem Forum einzuladen, auf dem auf breiter Basis die Konsequenzen der zur Entscheidung stehenden Alternativen aufgezeigt würden. Der Sozialausschuss hatte über diese Anträge in seiner Sitzung im April 2003 beraten und dem Landtag empfohlen, die vorgenannten Anträge abzulehnen. Hinsichtlich einer Begründung wurden in der Beschlussempfehlung jedoch keine Ausführungen gemacht[712]. Der Landtag folgte der Empfehlung des Sozialausschusses und lehnte die Anträge ab.

Im August 2003 wurde im Landtag über die Haltung der Landesregierung zur Bürgerversicherung debattiert[713]. Hintergrund war ein Antrag der CDU-Faktion, wonach

[709] Entschließungsantrag der Faktion der FDP des Schleswig-Holsteinischen Landtags zur Präimplantationsdiagnostik vom 26.06.2001, Drucksache 15/1084.
[710] Antrag der Fraktion der CDU des Schleswig-Holsteinischen Landtags zur Präimplantationsdiagnostik vom 12.07.2001, Drucksache 15/1110.
[711] Auszug aus Protokoll der 88. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 09.05.2003, Protokoll-Nr. 15/88, Seiten 6702 – 6703.
[712] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages zur Präimplantationsdiagnostik vom 28.04.2003, Drucksache Nr. 15/2637.
[713] Auszug aus Protokoll der 94. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.08.2003, Protokoll-Nr. 15/94, Seiten 7189 – 7202.

die von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Einführung der Bürgerversicherung abgelehnt werden sollte[714]. Gründe für die Ablehnung wurden in dem Antrag allerdings nicht genannt. Stattdessen sollte die Landesregierung aufgefordert werden, sich für bestimmte Inhalte der Gesundheitspolitik einzusetzen. Einer dieser Punkte war, dass Wettbewerb und Transparenz auch weiterhin bestimmende Faktoren im Gesundheitswesen sein müssten. In der Debatte wurde dann vom Redner der CDU-Fraktion ausgeführt, dass allein die Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen ausreichen würde, um einen nachhaltigen Effekt zur Entlastung der Sozialversicherungen auszulösen. Die Mehreinnahmen der Bürgerversicherung würden auf der anderen Seite zu mehr Leistungsanforderungen führen. Deshalb wäre keine Einheitskasse gewollt, sondern mehr Wettbewerb. Eine Einheitskasse würde ein Monopol mit mehr Bürokratie nach sich ziehen. Weiterhin wären die Probleme des Risikostrukturausgleiches das eigentliche Problem der Krankenversicherung. Der Antrag der CDU-Fraktion wurde mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, des Bündnis 90 /Die Grünen sowie der Abgeordneten des SSW abgelehnt.

Im Dezember 2003 folgte dann im Landtag ein Bericht der Landesregierung zur Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik[715]. Grundlage für den Bericht war ein fraktionsübergreifender Antrag der Fraktionen von SPD, FDP, Bündnis 90/ Die Grünen und der Abgeordneten des SSW von Juni 2003, wonach die Landesregierung gebeten wurde, dem Landtag umfangreich über die konzeptionelle Weiterentwicklung der Drogen – und Suchtpolitik zu berichten[716]. Der Bericht selbst gliederte sich in mehrere Kapitel, wie beispielsweise Prävention, Substitution, Betreuung drogengefährdeter und –abhängiger Kinder und Jugendlicher oder geschlechtsspezifische Ansätze in der Suchthilfe[717]. Gemäß des Berichts wäre die Sucht- und Drogenpolitik seit dem Regierungswechsel im Jahr 1988 zu einem Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein geworden. Sie wäre eine gesellschaftliche Aufgabe von hohem Rang und keineswegs ein nur randständiger Bereich, der nur eine Minderheit der Bevölkerung betreffen würde. Eine besondere Herausforderung wäre dabei, der

[714] Antrag der Fraktion der CDU zur Ablehnung der Einführung einer Bürgerversicherung im Gesundheitswesen vom 13.08.2003, Drucksache 15/2832.
[715] Auszug aus Protokoll der 101. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 10.12.2003, Protokoll-Nr. 15/101, Seiten 7761 – 7770.
[716] Antrag der Fraktionen von SPD, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und der Abgeordneten des SSW zur Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik vom 06.06.2003, Drucksache 15/2737 (neu).
[717] Bericht der Landesregierung zur Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik, undatiert, Drucksache 15/3000.

wachsenden Konsumbereitschaft der gesamten Gesellschaft, besonders aber den Jugendlichen zu begegnen. In der Plenarsitzung wurde von der Berichterstatterin[718] ausgeführt, dass Sucht grundsätzlich eine behandlungsbedürftige und chronische Krankheit sei und dass es keine drogenfreie Gesellschaft geben würde. Desto wichtiger wäre ein pragmatischer und realistischer Umgang mit der Suchtproblematik. Es würden einerseits in jeder „Stufe der Suchtkarriere“ Hilfen zum Ausstieg benötigt und auf der anderen Seite müsse bei den Anbietern illegaler Drogen das polizeiliche und strafrechtliche Instrumentarium greifen. Auch die Oppositionsfraktionen von CDU und FDP begrüßten den Bericht weitgehend. Zur abschließenden Beratung wurde der Bericht an den Sozialausschuss überwiesen.

Auf Antrag der FDP-Fraktion[719] von Februar 2004 sollte von der Landesregierung im Rahmen einer Plenarsitzung über die Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) in Schleswig-Holstein berichtet werden[720]. Gemäß Bericht der Sozialministerin würde es sich bei dem GMG um ein sehr komplexes Regelungswerk handeln, welches seit gerade einmal sechs Wochen in Kraft wäre. Daher könnten noch keine Ergebnisse der Auswirkungen berichtet werden, sondern lediglich erste Einschätzungen abgegeben werden. Bei dem Gesetz handele es sich um ein Rahmengesetz, dessen Umsetzung und Ausgestaltung in wesentlichen Bereichen an die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen delegiert wäre. Die Startschwierigkeiten bei der Umsetzung des Gesetzes seien daher vorrangig darauf zurückzuführen, dass wichtige Entscheidungen des entsprechenden Bundesausschusses[721] erst im Januar 2004 getroffen wurden. Mögliche Auswirkungen auf die Kassenbeiträge könnten jedoch aufgrund der Kürze der bisherigen Laufzeit der gesetzlichen Regelungen noch nicht abgegeben werden. Im Anschluss an die Debatte wurde der Antrag vom Parlament für erledigt erklärt.

Im Frühsommer 2004 drängte sich erneut das Thema „Pflegesitutation“ in den Vordergrund. Hintergrund hierfür waren die gemäß Antrag der CDU-Fraktion in mehre-

[718] Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur, Fr. Ute Erdsiek-Rave, in Vertretung der Ministerin für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz, Fr. Heide Moser.
[719] Antrag der Fraktion der FDP über die Auswirkung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes in Schleswig-Holstein vom 03.02.2004, Drucksache 15/3191.
[720] Auszug aus Protokoll der 107. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 18.02.2004, Protokoll-Nr. 15/107 (neu), Seiten 8293 – 8308.
[721] Der Gemeinsame Bundesauschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, Quelle: Website des Gemeinsamen Bundesausschusses, URL: < http://www.g-ba.de/ >, (Stand 10.06.2012).

ren DRK-Pflegeheimen in Schleswig-Holstein vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder den örtlichen Heimaufsichtsbehörden festgestellten Pflegemängel[722]. Es wurde ein Bericht der Sozialministerin zu diesem Sachverhalt erbeten. Da es sich bei dem Antrag der CDU-Fraktion um einen Dringlichkeitsantrag ohne Einhaltung der formalen Vorlagefristen handelte, wurde zunächst über die Dringlichkeit abgestimmt. Diese wurde von der Mehrheit des Parlamentes nicht gesehen und somit der Antrag abgewiesen[723]. Etwa zeitgleich stellten die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen ihrerseits einen Antrag, wonach die Landesregierung gebeten werden sollte, über die Pflegeberatungsstellen in Schleswig-Holstein zu berichten[724]. Es sollten hierbei u.a. die Anzahl der trägerunabhängigen Beratungsstellen, deren Arbeit sowie deren Ausstattung und Finanzierung und explizit auch deren Unabhängigkeit dargestellt werden. Diesem Antrag wurde mehrheitlich zugestimmt. Die seit Ende Mai 2004 amtierende Sozialministerin Trauernicht-Jordan[725] berichtete, dass zwischen November 2000 und Juli 2002 insgesamt neun Beratungsstellen aufgebaut worden seien[726]. Diese Beratungsstellen wären ein wichtiger Baustein innerhalb der Pflegeoffensive des Landes. Die Unabhängigkeit der Beratungsstellen würde durch eigene Rechtsträger, wie z.B. eingetragene Vereine oder gemeinnützige Gesellschaften, gewährleistet. Die Tätigkeit dieser Beratungsstellen bewirke insgesamt eine jährliche Minderbelastung der Sozialhilfeträger von rd. 21,9 Mio. €. Gemäß des Redners der CDU-Fraktion würden zwar die Beratungsstellen grundsätzlich begrüßt, allerdings hätte die Einrichtung einer Pflegeberatungsstelle in Flensburg nicht dazu geführt, die aktuellen Probleme in den DRK-Pflegeheimen zu verhindern. Der Bericht wurde zur weiteren Erörterung an den Sozialausschuss überwiesen. Im Rahmen einer sogenannten Aktuellen Stunde wurde zudem in der gleichen Plenarsitzung über den aktuellen Pflegeskandal beim DRK Landesverband Schleswig-Holstein debattiert. Es wurde fraktionsübergreifend festgestellt, dass das DRK bei der

[722] Antrag der Fraktion der CDU über die Situation der Pflegeheime in Schleswig-Holstein vom 16.07.2004, Drucksache 15/3515 (neu).
[723] Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seiten 9148 – 9149.
[724] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zu Trägerunabhängigen Pflegeberatungsstellen in Schleswig-Holstein vom 01.06.2004, Drucksache 15/3487.
[725] Dr. Brigitte Trauernicht-Jordan (SPD), Ministerin für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein seit 26.05.2004 (bis 21.07.2009), Quellen: Plenarprotokoll vom 26.05.2004 sowie Website des SPD-Kreisverbandes Nordfriesland, URL: < http://www.spd-nordfriesland.de/trauernicht/>,(Stand: 04.12.2011).
[726] Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seiten 9165 – 9178.

Pflegequalität die Kriterien deutlich verfehlt hätte und hier erhebliche Pflegemängel vorlägen[727].

Vor dem Hintergrund einer Großen Anfrage der CDU-Fraktion[728] wurde im November 2004 im Landtag noch einmal über die Situation in Pflegeheimen debattiert. In der Großen Anfrage wurde u.a. gefragt, in welchen Kreisen die Heimaufsichtsbehörden ihre Pflicht nicht erfüllt hätten, welche Maßnahmen das Sozialministerium getroffen hätte, damit die entsprechenden Heimaufsichtsbehörden ihrer Pflicht nachkämen oder ob bei den Heimkontrollen Fälle von gefährlicher Pflege festgestellt wurden. In der Plenarsitzung selbst führte die Sozialministerin aus, dass sich unter der Fachaufsicht der Landesregierung die Heimaufsicht als Kontroll- und Beratungsinstrument sehr gut entwickelt hätte. Die aufgedeckten Mängel in der Pflegequalität und der Pflegedokumentation würden auf jeden Fall Konsequenzen nach sich ziehen. Es würde jedoch nicht reichen, nur mehr Personal zur Verfügung zu stellen, sondern es müsse, wie internationale Studien ergeben hätten, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter erhöht werden, um dadurch die Qualität der Pflege zu steigern. Die Träger und Leitungen der Einrichtungen wären gefordert, für ein gutes Arbeitsklima zu sorgen. Die Antwort der Landesregierung wurde gemäß mehreren Rednern der Oppositionsparteien als nicht ausreichend bezeichnet und zur weiteren Bearbeitung an den Sozialausschuss überwiesen.

Im Januar 2005 wurde im Landtag über sogenannte rauchfreie Zonen in den Schulen beraten[729]. Grundlage hierfür war ein Antrag der CDU-Faktion von Dezember 2004[730], mit welchem die Landesregierung aufgefordert worden sollte, dafür zu sorgen, dass in schleswig-holsteinischen Schulen nicht mehr geraucht würde. Der Bildungs- und der Sozialausschuss hatten sich beide mit diesem Antrag befasst und die Empfehlung ausgesprochen, diesen Antrag abzulehnen[731]. Kurz vor der Plenarsitzung hatten in Folge dessen die Fraktionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und

[727] Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seiten 9151 – 9164.
[728] Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU zur Pflegesituation, undatiert, Drucksache 15/3749.
[729] Auszug aus Protokoll der 134. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 27.01.2005, Protokoll-Nr. 15/134, Seiten 10456 – 10462.
[730] Antrag der Fraktion der CDU zum Thema „Schleswig-Holsteinische Schulen als rauchfreie Zonen“ vom 02.12.2004, Drucksache 15/3845.
[731] Bericht und Beschlussempfehlung des Bildungsausschusses zum Thema „Schleswig-Holsteinische Schulen als rauchfreie Zonen“ vom 20.01.2005, Drucksache 15/3906.

CDU einen gemeinsamen Antrag[732] zu diesem Thema gestellt, wonach der Landtag zunächst die Auffassung bekräftigen sollte, dass die Schulen als rauchfreie Zonen das Leitbild in Schleswig-Holstein seien und dass jede Schulkonferenz nach dem Prinzip der Freiwilligkeit aufgefordert würde, sich an der Prävention vor Tabakkonsum zu beteiligen. Weiterhin sollte das Rauchverbot an schleswig-holsteinischen Schulen mit Beginn des folgenden Schuljahres erlassen und umgesetzt werden. Der erste Antrag der CDU-Fraktion wurde zurückgezogen, dem gemeinsamen Antrag wurde vom Parlament zugestimmt.

In der folgenden Plenarsitzung[733], ebenfalls noch im Januar 2005, wurde von der Landesregierung ein Bericht hinsichtlich der Schwerpunkte in der Drogenpolitik vorgelegt[734]. Berichtet wurde hierbei unter anderem über Suchprävention und Antidrogenpolitik, der Relativierung der Trennung von legalen und illegalen Suchtstoffen sowie Hilfen bei der Überwindung der Suchterkrankung. Der Bericht wurde vom Parlament zur Kenntnis genommen; eine Aussprache erfolgte nicht.

Im September 2005, mittlerweile nach dem erneuten Regierungswechsel, wurde auf Antrag der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen über die Notfallplanung der Pflegemängel beraten[735]. Dem Antrag zufolge solle der Landtag die Regierung bitten, über die bisherigen konkreten Handlungsschritte zur Beseitigung der Pflegemängel mündlich zu berichten[736]. Gemäß Bericht der Gesundheitsministerin hätten zu diesem Sachverhalt bereits im Mai 2005 Gespräche im Landespflegeausschuss stattgefunden und gegenwärtig würden Szenarien beschrieben und Handlungsketten festgelegt, welche die Verantwortung im Krisenfall entsprechend delegieren würden. Konkret wurden verschiedene Szenarien beschrieben, wie grundsätzliche Pflegemängel, Vertragskündigung, Träger- und Einrichtungsinsolvenz oder ordnungsrechtliche Untersagungen. Einen einheitlichen Notfallplan könne es aber gemäß der Ministerin nicht geben. Als weitere Beispiele für die Anstrengungen zur Steigerung der Qualität

[732] Antrag der Fraktionen von SPD, CDU und Bündnis 91/Die Grünen zum Thema „Rauchfreie Schulen“ vom 26.01.2005, Drucksache 15/3963.
[733] Auszug aus Protokoll der 135. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.01.2005, Protokoll-Nr. 15/135, Seite 10559.
[734] Bericht der Landesregierung über die Schwerpunkte in der schleswig-holsteinischen Sucht- und Drogenpolitik, undatiert, Drucksache 15/3914.
[735] Auszug aus Protokoll der 10. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.09.2005, Protokoll-Nr. 16/10, Seiten 625 – 632.
[736] Antrag der Fraktion von Bündnis 90 /Die Grünen zur Notfallplanung / Pflegemängel vom 14.09.2005, Drucksache 16/260.

in der Pflege wurden die weitere Aufstockung von Haushaltsmitteln für die Altenpflegeausbildung sowie bewilligte Fortbildungsmaßnahmen zum Beschwerdemanagement genannt. Im Ergebnis wurde der Antrag durch diese mündliche Berichterstattung für erledigt erklärt.

Im November 2005 erfolgte die erste Lesung eines Gesetzes zur Änderung des Landeskrebsregistergesetzes[737]. Ziel der Gesetzesänderung war einerseits die Einbeziehung aller Frauen einer bestimmten Altersgruppe in das Mammographie-Screening und andererseits eine erweiterte Meldepflicht seitens der behandelnden Ärzte[738]. Es sollten auch die negativen Diagnosen an eine Zentrale Stelle übermittelt werden, um dort einen Abgleich der sogenannten falsch-negativen Diagnosen mit den Daten des Krebsregisters vornehmen zu können. Es folgte eine Überweisung des Gesetzentwurfs an den Sozialausschuss.

Das Thema „Rauchfreier öffentlicher Raum“ war noch einmal Gegenstand von Beratungen des Landtags im Dezember 2005[739]. Die Fraktion von Bündnis 90 /Die Grünen hatte zuvor unter anderem beantragt, das Rauchen in allen Gebäuden der Landesregierung und den nachgeordneten Behörden zu verbieten, eine Lösung für die Umsetzung der sogenannten „rauchfreien Schule“ bis zum 01.02.2006 zu finden und eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel zu starten, die bestehende EU-Richtlinie zum Wettbewerbsverbot von Tabakwaren umgehend in nationales Gesetz umzusetzen[740]. Begründet wurde der Antrag damit, dass das Einstiegsalter von Kindern und Jugendlichen für den Konsum von Zigaretten stetig sinken würde, Rauchen ein Gesundheitsrisiko wäre und sich auch das Passivrauchen schädigend auf Nichtraucher auswirken würde. Nach emotional geführter Debatte wurde der Antrag einstimmig zur weiteren Beratung an den Sozialausschuss überwiesen.

[737] Auszug aus Protokoll der 15. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 11.11.2005, Protokoll-Nr. 16/15, Seite 988.
[738] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Änderung des Landeskrebsregistergesetzes, undatiert, Drucksache 16/300.
[739] Auszug aus Protokoll der 18. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.12.2005, Protokoll-Nr. 16/18, Seiten 1178 – 1191.
[740] Antrag der Fraktion von Bündnis 90 /Die Grünen des Schleswig-Holsteinischen Landtags zum Thema „Rauchfreier öffentlicher Raum“ vom 07.12.2005, Drucksache 16/437 (neu).

1.8.2. Krankenhaussektor (2001 – 2005)

Am 12. Januar 2001 gab die Ministerpräsidentin Heide Simonis im Rahmen einer Pressekonferenz bekannt, dass die bis dahin selbständigen Universitätskliniken Kiel und Lübeck zum 01.01.2003 fusioniert werden sollen[741]. Angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen sollten die Leistungskraft und Wettbewerbsfähigkeit der Hochschulmedizin gesichert sowie die Schwerpunkte gesteigert werden. Weiterhin sollte gemäß der Ministerpräsidentin der überproportional hohe Medizinanteil an den Hochschulausgaben des Landes dem bestehenden Bedarf angepasst werden[742]. Nur so bestünde die Chance, kostenaufwändige Doppelangebote zu vermeiden. Mit der Entscheidung zur Fusion der Universitätsklinika würde die Fehlentscheidung des Jahres 1973 korrigiert werden, mit welcher die damalige Lübecker Hochschule zur Universität aufgewertet wurde. Diese Fehlentscheidung mit in der Folge zwei Universitätskliniken in Schleswig-Holstein wäre auch ein Hauptgrund für die Krise an den Hochschulen, vor allem an der Landesuniversität Kiel. Die Standorte Kiel und Lübeck würden bei dieser korrigierenden Entscheidung der Zusammenlegung beider Universitätsklinika jedoch nicht in Frage gestellt.

Im Rahmen des regulären Jahresberichtes der Landesregierung über die Universitätsklinika entwickelte sich in der Plenarsitzung Ende Januar 2001 vor dem Hintergrund der Pressekonferenz der Ministerpräsidentin eine Debatte über die *Zukunft* der Universitätsklinika[743]. Von der zuständigen Fachministerin Erdsiek-Rave wurde ausgeführt, dass sich die Universitätsklinika in Kiel und Lübeck nach der Verselbständigung auf einem soliden Wirtschaftskurs befänden. Es wurde das Fazit gezogen, dass die rechtliche und organisatorische Verselbständigung ihre Bewährungsprobe bestanden hätte. Von den Klinika wären die notwendigen Freiräume für ihre unternehmerischen Entscheidungen genutzt worden, so dass es bereits im Wirtschaftsjahr 1999 gelungen sei, ausgeglichene Jahresergebnisse zu erzielen. Die Universitätsklinika verfügten über hervorragende Studienbedingungen und ausgewiesene wissenschaftliche Exzellenz. Die Zusammenführung der Universitätsklinika wäre jedoch vor dem Hintergrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen unbedingt erforderlich.

[741] Pressemitteilung der CDU-Landtagsfraktion Nr. 08.01 sowie Pressemitteilung der Landtagsfraktion von Bündnis 90 /Die Grünen, Nr. 006.01, jeweils vom 12.01.2001.
[742] Quelle: Artikel in den Kieler Nachrichten, Autorin: Martina Drexler, vom 13.01.2001, Seiten 1 + 2.
[743] Auszug aus Protokoll der 22.Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 25.01.2001, Protokoll-Nr. 15/22, Seiten 1622 – 1639.

Für die kommenden Jahre wäre jedoch ein weiterer Anstieg der Personal- und Sachkosten der Klinika zu erwarten, wogegen die Einnahmen aufgrund der Deckelung der Kassenbudgets stagnieren würden und zusätzlich solle im Jahr 2003 die Leistungsabrechnung aller Krankenhäuser auf DRG-Basis umgestellt werden. Hierbei wäre zu befürchten, dass die Höhe der DRGs für die Universitätsklinika zu Einnahmeeinbußen führen würde, denn die Kalkulation der DRGs würde hauptsächlich die Kostenstrukturen der nicht-universitären Krankenhäuser widerspiegeln. Darüber hinaus bestünde seitens der Landesregierung die Notwendigkeit, den Landeszuschuss weiter abzusenken. Die beiden Universitäten und Medizinischen Fakultäten sollten sich demnach künftig eines gemeinsamen Klinikums für Forschung und Lehre bedienen. Dabei wäre es allerdings erforderlich, dass sich die beiden Fakultäten künftig in engerem Maße als bisher abstimmen würden. Seitens des Redners der CDU-Fraktion wurde die Frage gestellt, wo denn der Sitz des gemeinsamen Vorstandes sein solle. Dass diese Anfangsfrage nicht geklärt sei, führe bei den zwei etwa gleichgroßen Klinken zu erheblichen Unsicherheiten. Ebenso hätte der Umstand, dass die Klinikvorstände im Vorwege nicht über die beabsichtigte Zusammenlegung informiert wurden, zu einer weiteren Verunsicherung und damit zu einer ungünstigen Ausgangsposition für dieses Vorhaben geführt. Zur weiteren Beratung würde der Vorgang an den Bildungsausschuss überwiesen.

Im Mai 2001 wurde von der Landesregierung der Krankenhausplan für die Jahre 2001 bis 2005 bekannt gegeben[744]. Hingewiesen wurde eingangs darauf, dass die erstmals zusätzlich aufgeführte Abbildung stationärer *Leistungen* (= Fälle) treffender sei, als die bisherige alleinige Darstellung lediglich stationärer *Kapazitäten* (= Planbetten). Basis der Krankenhausplanung war das im Jahr 2000 vorgelegte Gutachten der GSbG. Anhand zuvor anonymisierter Patientendaten des Jahres 1998 wurde vom Gutachter versucht, das Leistungsgeschehen, d.h. die Diagnosen und Therapien, in Schleswig-Holstein, zu erfassen. Prognostiziert wurden dabei die künftige Morbidität sowie die weitere Bevölkerungsentwicklung, insbesondere auch anhand der Altersstruktur. Bereits für das Jahr 2001 wurde in der Krankenhausplanung ein Kapazitätsabbau von 400 Betten ermittelt. In einer für Anfang des Jahres 2003 vorgesehenen Zwischenfortschreibung mit den Fallzahlen des Jahres 2001 sollte eine weitere Zielvorgabe, u.a. hinsichtlich der Kapazitäten, bis zum Jahr 2005 erfolgen.

[744] Erlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz – IX 421 – vom 08.05.2011, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 21/2005, S. 259 ff.

Insgesamt wurde die Krankenhauslandschaft des Landes als ein weitgehend dezentrales Versorgungssystem beschrieben, welches bereits in den vergangenen Jahren einen dynamischen Rationalisierungsprozess durchlaufen hätte. Die Krankenhäuser wurden in vier Versorgungsstufen eingeteilt: der begrenzten Regelversorgung, der Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung sowie der Zentralversorgung. Die Funktion der Zentralversorgung würde dabei aber lediglich von den Universitätskliniken Kiel und Lübeck erfüllt. Hinzu kamen noch die Fachkrankenhäuser, welche grundsätzlich nur über Versorgungsangebote in einem oder wenigen Fachgebieten verfügten. Die Fachkrankenhäuser wurden keiner der vorgenannten Versorgungsstufe zugeordnet.

Zur Ermittlung des Bettensolls zum Stichtag 01.01.2001 wurde vom Sozialministerium für jedes Krankenhaus eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Die Fallzahlen für 2001 wurden aus den statistischen Meldungen der einzelnen Krankenhäuser, basierend auf den Leistungen des Jahres 1999, abgeleitet. Berücksichtigt wurden dabei für jedes Fachgebiet die vom Gutachter auf der Grundlage der prognostizierten Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung festgelegten jährlichen Zuwachsraten. Die Gesamtplanbettenzahl wurde aus den ermittelten Fallzahlen und den dem Sozialministerium als angemessen erschienenen durchschnittlichen Verweildauern ermittelt. Als angemessene Verweildauer wurde dabei grundsätzlich die landesweit durchschnittliche Verweildauer angesehen. Ende 1999 betrug die Bevölkerung Schleswig-Holsteins 2,777 Mio. Einwohner. Ausgegangen wurde in der Prognose von einer weiteren leichten Zunahme der Bevölkerung bis Ende 2005 auf 2,789 Mio. Einwohner, wobei der Anteil der *über* 60jährigen Einwohner überproportional steigen und auf der anderen Seite der Anteil der *unter* 60jährigen Einwohner entsprechend stark zurückgehen würde[745]. Als Schwerpunkte der Fortschreibung neben der Neukonzeptionierung der Planung wurden insbesondere die psychiatrische Versorgung, die Versorgung von Schlaganfallpatienten sowie die geriatrische Versorgung genannt.

[745] Bedarfsbestimmende Faktoren gem. Amtsblatt Schleswig-Holstein Nr. 21/2001, S. 263, Ziffer 4.1.

Wesentliche Veränderungen gegenüber dem Planbettenbestand per 31.12.2000 bzw. gegenüber den Soll-Fällen 2001 wurden bis zum Ende des Planungszeitraumes (bis 2005) für folgende Krankenhäuser geplant[746]:

Diakonissenkrankenhaus	Flensburg	Erhöhung um 30 Betten auf 510 Planbetten; Verminderung um 390 Fälle
St. Franziskus-Hospital	Flensburg	Erhöhung um 29 Betten auf 360 Planbetten, Zuwachs 130 Fälle
Universitätsklinikum	Kiel	Reduzierung um 83 Betten auf 1.252 Planbetten, Verminderung um 3.180 Fälle
Städtisches Krankenhaus	Kiel	Reduzierung um 25 Betten auf 608 Planbetten, Zuwachs von 140 Fällen
Stationäre Psychiatrie	Kiel	Erstmalige Aufnahme von 210 Planbetten mit 2.380 Fällen
Städtische Krankenhäuser	Lübeck	Reduzierung um 42 Betten auf 500 Planbetten, Verminderung um 610 Fälle
Universitätsklinikum	Lübeck	Erhöhung um 55 Betten auf 1.238 Planbetten, Verminderung um 4.530 Fälle
Westküstenklinikum	Heide	Erhöhung um 86 Betten auf 639 Planbetten, Verminderung um 740 Fälle

[746] Aufgeführt sind die Krankenhäuser ab einer Veränderung von 25 Planbetten in der Prognose 2005 gegenüber dem Planbetten Ist-Stand per 31.12.2000.

Westküstenklinikum	Brunsbüttel	Erhöhung um 27 Betten auf 189 Planbetten, Zuwachs von 340 Fällen
DRK-Krankenhaus	Mölln/Ratzeburg	Reduzierung um 31 Betten auf 278 Planbetten, Verminderung um 710 Fälle
DRK-Klinik Röpersberg	Ratzeburg	Erstmalige Aufnahme von 32 Planbetten mit 260 Fällen
Asklepios-Nordseeklinik	Westerland/Sylt	Reduzierung um 30 Betten auf 103 Planbetten, Erhöhung um 250 Fälle
Klinikum-Akutklinik	Neustadt	Erhöhung um 73 Betten auf 243 Planbetten, Verminderung um 140 Fälle
Fachklinik	Neustadt	Reduzierung um 54 Betten auf 220 Planbetten, Verminderung um 10 Fälle
Fachklinik f. Psychiatrie	Heiligenhafen	Reduzierung um 149 Betten auf 212 Planbetten, Verminderung um 1.050 Fälle
Curtius-Klinik	Malente	Erhöhung um 30 Betten auf 40 Planbetten, Zuwachs von 40 Fällen
Kreiskrankenhäuser	Uetersen / Elmshorn	Reduzierung um 33 Betten auf 533 Planbetten, Verminderung um 1.300 Fälle

Kreiskrankenhaus	Eckernförde	Reduzierung um 32 Betten auf 202 Planbetten, Verminderung um 670 Fälle
Ostseeklinik	Damp	Reduzierung um 33 Betten auf 334 Planbetten, Verminderung um 460 Fälle
Paracelsus-Klinik	Kaltenkirchen/ Henst.-Ulzburg	Reduzierung um 41 Betten auf 341 Betten, Verminderung um 40 Fälle
Segeberger Kliniken	Bad Segeberg	Erhöhung um 71 Betten auf 134 Planbetten, Verminderung um 290 Fälle
Rheumaklinik	Bad Bramstedt	Erhöhung um 80 Betten auf 280 Planbetten, Zuwachs von 170 Fällen
Psychosomatische Klinik	Bad Bramstedt	Erhöhung um 40 Betten auf 60 Planbetten, Zuwachs von 70 Fällen
Krankenhaus	Itzehoe	Erhöhung um 40 Betten auf 60 Planbetten, Zuwachs von 70 Fällen
Paracelsus Klinik	Glückstadt	Reduzierung um 38 Betten auf 45 Planbetten, Zuwachs von 30 Fällen

Krankenhaus St. Adolfstift	Reinbek	Reduzierung um 31 Betten auf 296 Planbetten, Verminderung um 660 Fälle

Insgesamt war in der Krankenhausplanung des Jahres 2001 ein Aufbau von 255 Planbetten auf jetzt 16.201 Planbetten, jedoch bei einer gleichzeitigen Verminderung der Fallzahlen um 25.980 Fälle auf 521.420 Fälle, zu verzeichnen. Am stärksten von der Reduzierung der Planbetten waren die größeren allgemeinen Kreiskrankenhäuser, Städtischen Krankenhäuser und die Universitätsklinika betroffen. Auf der anderen Seite waren einige kleinere, insbesondere psychiatrische Kliniken und Tageskliniken zusätzlich in die Planung aufgenommen worden. Regional war am stärksten der Kreis Ostholstein mit den Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen von der Umwandlung betroffen. Eine Besonderheit stellte die „Stationäre Psychiatrie in Kiel“ dar, da diese in der Planung noch keinem Träger zugeordnet wurde. In den Jahren zuvor wurde davon ausgegangen, dass das Städtische Krankenhaus Kiel eine stationäre Psychiatrie aufbauen würde. Auffällig war weiterhin, dass nur einzelne der insgesamt 75 bestehenden Kliniken in der Planung einen Zuwachs sowohl an Planbetten als auch an Fällen zu verzeichnen hatten. Hierzu gehörten nur das Westküstenklinikum Brunsbüttel, die August-Bier-Klinik in Malente, die Rheumaklinik Bad Bramstedt sowie die Park-Klinik Manhagen.

Als weiteres Thema wurden auf Antrag der CDU-Fraktion im Juli 2001 die Bereitschaftsdienste der Klinikärzte behandelt[747]. Die Landesregierung sollte gemäß diesem Antrag aufgefordert werden, darauf hinzuwirken, dass übermäßige Bereitschaftsdienste der Ärzte in Krankenhäusern reduziert würden[748]. Auch aus Sicht der Landesregierung handelte es sich bei den übermäßigen ärztlichen Bereitschaftsdiensten in den Krankenhäusern um ein vielschichtiges und sehr ernstes Problem. Es wurde zugesagt, sich innerhalb und außerhalb der Aufsichtspflicht dieses Problems anzunehmen und sich auch auf Bundesebene in die Gesetzgebung einzubringen. Es erfolgte eine Überweisung des Vorgangs an den Sozialausschuss.

[747] Auszug aus Protokoll der 37. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 13.07.2001, Protokoll-Nr. 15/37, Seiten 2778 – 2787.
[748] Antrag der Fraktion der CDU zu den Bereitschaftsdiensten der Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern vom 28.06.2001, Drucksache Nr. 15/1071.

Im Oktober 2001 folgte auf Basis einer Großen Anfrage der CDU-Fraktion eine Debatte über die Hochschulstrukturentwicklung in Schleswig-Holstein[749]. Ein Teil des Fragenkomplexes betraf die künftige Ausrichtung der Universitätsklinika des Landes. Es wurden unter anderem Fragen zum Zeitplan, zu den Auswirkungen der Neuordnung, zur Vermeidung von Doppelstrukturen und zum Landeszuschuss für Forschung und Lehre gestellt[750]. Die Fusion der Universitätsklinika zähle dabei gemäß der Wissenschaftsministerin zu den wichtigsten und größten Strukturvorhaben des Landes. Die Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein solle ihre Kräfte bündeln und Schwerpunkte ausbauen. Ziel der Zusammenführung der Universitätsklinika sei es, die Leistungsfähigkeit der Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein insbesondere durch Kooperation, Profilschärfung und Schwerpunktsetzung zu steigern[751]. Die Universitätsklinika sollten so in die Lage versetzt werden, im Vergleich zu anderen Universitätsklinika überdurchschnittliche Leistungen zu erbringen. Die Medizinischen Fakultäten der CAU und der MUL sollten erhalten bleiben, jedoch gesetzlich zu einer engeren Zusammenarbeit und Abstimmung der Entscheidungen verpflichtet werden. Hinsichtlich der Vermeidung von Doppelstrukturen wurde auf externen wissenschaftlichen und professionellen Sachverstand verwiesen, von denen Empfehlungen für konkrete Strukturmaßnahmen erwartet würden.

Ein anderer Aspekt der Gesundheitspolitik, nämlich das Land Schleswig-Holstein als Standort für Wellness- und Gesundheitstourismus, wurde in der Plenarsitzung des Landtags im November 2001 beleuchtet[752]. Gemäß der Ausführungen der Ministerpräsidentin würde die Nachfrage nach Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Zukunft noch weiter steigen. Je schneller man sich in diesem Markt engagiere, desto größer wären die Chancen der Partizipierung hieran. Die meisten Akteure der schleswig-holsteinischen Tourismuswirtschaft hätten dies bereits erkannt und würden sich den Herausforderungen stellen. Jüngstes Beispiel hierfür wäre das Anfang Oktober 2001 eröffnete Therapie- und Vitalzentrum der Damp Holding AG. Ein weiteres sehr gelungenes Projekt in diesem Zusammenhang sei die sogenannte Patienten-

[749] Auszug aus Protokoll der 41. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 17.10.2001, Protokoll-Nr. 15/41, Seiten 3094 – 3107.
[750] Große Anfrage der Fraktion der CDU zur Hochschulentwicklung in Schleswig-Holstein“, vom 16.07.2001, Drucksache Nr. 15/1123, Abschnitt III. 3.
[751] Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der CDU-Fraktion zur Hochschulentwicklung in Schleswig-Holstein, vom 02.10.2001, Drucksache 12/1253, Seiten 21 – 24.
[752] Auszug aus Protokoll der 45. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 15.11.2001, Protokoll-Nr. 15/45, Seiten 3373 – 3382.

brücke mit Norwegen. Schleswig-Holsteinische Krankenhäuser hätten sich gegen die Konkurrenz aus dem In- und Ausland durchgesetzt und Verträge zur Aufnahme norwegischer Patienten abgeschlossen, was als großer Erfolg für die Krankenhäuser, aber auch für die Politik der Landesregierung zu werten sei. Die Einschätzung, dass der Gesundheitstourismus eine Wachstumsbranche wäre, wurde auch von der Opposition geteilt.

In der Plenarsitzung im Dezember 2001 wurden gleich mehrere gesundheitspolitische Themen behandelt[753]. Herausgehoben sei an dieser Stelle der Jahresbericht der Landesregierung bezüglich der Universitätsklinika über den Verlauf und Abschluss des Geschäftsjahres 2000. Gemäß der Wissenschaftsministerin war es den Universitätsklinika Kiel und Lübeck gelungen, die aufgrund der rechtlichen Verselbständigung betriebswirtschaftlichen Freiräume erfolgreich zu nutzen, so dass bereits zum zweiten Mal ausgeglichene Bilanzen vorgelegt werden konnten. Die erwirtschafteten Jahresüberschüsse beider Klinika betrugen im Jahr 2000 jeweils etwa 1,6 Mio. €. Dennoch wäre die Hochschulmedizin insgesamt zu teuer, so dass die rechtlichen Verselbständigungen allein nicht ausreichen würden, um die künftige Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben zu schließen. Um dieser Problematik zu begegnen, müsse die Zusammenführung beider Universitätsklinika zum 01.01.2003 weiter vorangetrieben werden. Diese verlange von allen Beteiligten eine Veränderungsbereitschaft und auch einen Verzicht auf Regionalinteressen. Vom Redner der CDU-Fraktion wurde dagegen kritisiert, dass bereits Anfang des Jahres 2001 die Fusion beider Universitätsklinika beschlossen wurde, jedoch bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt, etwa ein Jahr später, immer noch nicht geklärt sei, wo denn der Verwaltungssitz des neuen Universitätsklinikums sein sollte. Es wurde zum Ausdruck gebracht, dass sich die CDU-Fraktion einer Zusammenlegung beider Klinika nicht widersetzen würde, wenn diese für die Finanzen des Landes und für die Wirtschaftlichkeit beider Einrichtungen die beste Lösung wäre. Dieser Nachweis würde aber noch fehlen.

[753] Auszug aus Protokoll der 49. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 14.12.2001, Protokoll-Nr. 15/49, Seiten 3680 – 3687.

Im Rahmen einer Aktuellen Stunde wurde im Januar 2002 im Landtag über die Pflegesituation in der Fachklinik Schleswig debattiert[754]. Hintergrund dieser Debatte war ein MDK-Bericht, in welchem Pflegemängel in der Fachklinik Schleswig festgestellt wurden. Gemäß Argumentation der Opposition hätte damit die Heimaufsicht, die bei der Landesregierung läge, versagt. Die Ministerin selbst wies in Ihrem Redebeitrag darauf hin, dass gerade die aktuelle Landesregierung die Prüfungen aller Pflegeeinrichtungen mittels des Aktionsprogrammes initiiert hätte. Die Heimaufsicht würde, nachdem die förmlichen Mängel beseitigt wären, vom Land auf die Kreise übertragen werden. Bis dahin würde es eine Kooperation zwischen der Landesregierung und den Kreisen bezüglich der Heimaufsicht geben. Die Prüfkriterien des MDK würden dagegen grundsätzlich nicht in Frage gestellt werden.

Mit dem gleichen Thema, der Pflegesitutation in der Fachklinik Schleswig, befasste sich Ende Januar 2002 der Sozialausschuss des Landtages[755]. Gemäß Bericht der Ministerin sei die Verstärkung der Heimaufsicht in die Wege geleitet worden, so dass innerhalb der Fachklinik statt einer Person künftig drei Personen mit der Heimaufsicht betraut würden. Verstärktes Augenmerk würde künftig auf den Bereich Qualitätsprüfung gelegt werden, wobei betont wurde, dass Qualität zwar kontrolliert werden müsse, diese aber allein durch Kontrolle nicht geschaffen werden könne. Deshalb bleibe es wichtig, Pflegemanagement und das Bewusstsein für Qualitätsmanagement in der Pflege zu fördern. Hingewiesen wurde auch darauf, dass seitens des MDK nur 5 % der Patientinnen und Patienten geprüft worden wären und dass zudem die Auswahl dieser Patientinnen und Patienten nicht – wie sonst üblich – nach dem Zufallsprinzip erfolgte, sondern danach, welcher Betreuer gerade zum Zeitpunkt der Prüfung greifbar gewesen wäre. Allein dadurch wäre keine Repräsentativität der Prüfungsergebnisse gegeben. Bei der Klinik selbst wurde nach dem Abschlussgespräch mit dem MDK der Eindruck hinterlassen, dass die Prüfung bis auf ein paar Beanstandungen gut gelaufen sei. Auch in den Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen hätten sogenannte Kurzprüfungen stattgefunden, die allerdings keine größeren Beanstandungen ergeben hätten.

[754] Auszug aus Protokoll der 50. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 23.01.2002, Protokoll-Nr. 15/50, Seiten 3722 – 3731.
[755] Protokoll der 37. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 31.01.2002, Protokoll-Nr. 15/37.

Ende April 2002 wurde von der Landesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und zur Änderung des Hochschulgesetzes vorgelegt[756]. In der folgenden Plenarsitzung, im Mai 2002, folgte dann die erste Lesung zu diesem Gesetzesvorhaben[757]. Gemäß der Wissenschaftsministerin wäre die Zusammenführung der Universitätsklinika ein notwendiger Schritt, zu dem es nach Ansicht aller Experten keine Alternative gäbe. Nach Auffassung des Redners der CDU-Fraktion würde der Gesetzentwurf aufgrund von inhaltlichen Mängeln noch viele Diskussionen sowohl im Landtag als auch an den Standorten nach sich ziehen. Kritisiert wurde, dass das Gesetz zur Verselbständigung der Universitätsklinika erst drei Jahre in Kraft wäre und schon wieder geändert werden sollte. Es fehle zudem immer noch der Nachweis, dass diese Fusion tatsächlich stattfinden müsse. Und ob die Einspareffekte nicht auch durch Kooperationen, zum Beispiel beim Einkauf der Apotheken oder in der Datenverarbeitung, erbracht werden könnten, war ebenfalls nicht klar. Es wurde ferner darauf hingewiesen, dass es bundesweit einmalig sei, dass künftig *eine* Klink zu zwei Fakultäten gehören würde. Dies wäre ein Zustand, der nicht auf Dauer angelegt sein könne. Es wurde daher gemutmaßt, dass nach der Zusammenlegung der Universitätsklinika auch eine Zusammenlegung der Medizinischen Fakultäten erfolgen würde. Aus diesem Grunde sei die Beantwortung der Frage, *wo* denn der künftige Verwaltungssitz das Universitätsklinikums sei, von entscheidender Bedeutung, weil davon ausgegangen würde, dass dort, wo der Verwaltungssitz sei, auch die künftige einzige Medizinische Fakultät des Landes angesiedelt sei. Kritisiert wurde auch, dass der bisherige Gesetzesentwurf vorsähe, dass lediglich der kaufmännische Vorstand sein Amt hauptberuflich ausüben müsse, wogegen die anderen Vorstandsmitglieder dies auch nebenberuflich könnten. Dies sei einem Unternehmen dieser Größe nicht angemessen. Weiterhin war in dieser Fassung des Gesetzentwurfs kein Vorstandsmitglied für die Pflege vorgesehen, was ebenfalls kritisiert wurde. Es erfolgte die Überweisung des Gesetzesvorhabens zur weiteren Bearbeitung federführend an den Bildungsausschuss des Landtags.

[756] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und zur Änderung des Hochschulgesetzes vom 30.04.2002, Drucksache 15/1839.
[757] Auszug aus Protokoll der 61. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 16.05.2002, Protokoll-Nr. 15/61, Seiten 4507 – 4521.

Im Juni 2002 befasste sich der Landtag mit einem von der Landesregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Neuordnung der Fachkliniken[758]. Kernbestandteil des Gesetzentwurfs war die Zusammenlegung der Fachkliniken Heiligenhafen und Neustadt zur *einer* Gesellschaft in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts[759]. Nach Schilderung der Landesregierung wäre die Zusammenlegung der Fachkliniken notwendig, weil sich die stationäre Psychiatrie insbesondere durch die Dezentralisierung, den Aufbau teilstationärer Kapazitäten und der Verkürzung von Verweildauern entsprechend verändert hätte, so dass in der bisherigen Form der Gesellschaften die Wettbewerbsfähigkeit nicht dauerhaft sichergestellt werden könnte. Die Vorteile der Zusammenlegung lägen darin, die Krankenhausversorgung und die Pflegeangebote „aus einer Hand" optimal zu gestalten, die administrativen Aufgaben zu straffen, dadurch Kostensenkungen zu erzielen und damit die Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. Grundsätzlich wurde insbesondere von der FDP-Fraktion das Signal zur Zustimmung der Fusion der Fachkliniken Heiligenhafen und Neustadt gegeben, allerdings wurde es für notwendig erachtet, dass tatsächlich eine Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit beider Standorte erfolge. Es wurde die Frage gestellt, ob die Annahmen der Landesregierung hinsichtlich der wirtschaftlichen Vorteile der Fachklinken nicht zu optimistisch dargestellt wären. Kritisch angemerkt wurde, dass zunächst allein durch die Übertragung der Grundstücke auf die neue Gesellschaft Grunderwerbssteuer in Höhe von rd. 250 T€ anfallen würde, die dann von dieser getragen werden müsse. Gleichzeitig würde der Verwaltungsaufwand für die Fusion an beiden Standorten steigen. Es folgte die Überweisung des Gesetzentwurfs an den Sozialausschuss.

Der Sozialausschuss befasste sich in zwei Sitzungen im September 2002 mit dem Gesetzentwurf zur Neuordnung der Fachkliniken[760]. Als nahezu einzige – allerdings auch wesentliche Änderung – wurde aufgenommen, dass bestimmte Teile der Landeshaushaltsordnung auch für privatrechtliche Beteiligungen der Fachkliniken gelten sollten. Der Landtag beschloss das Gesetz zur Neuordnung der Fachkliniken ohne

[758] Auszug aus Protokoll der 63. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 19.06.2002, Protokoll-Nr. 15/63, Seiten 4686 – 4692.
[759] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Neuordnung der Fachkliniken (Fachklinik-Neuordnungs-Gesetz - FKlNG) vom 04.06.2002, Drucksache-Nr.15/1914.
[760] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Fachkliniken (FKlNG) vom 29.10.2002, Drucksache-Nr. 15/2178.

weitere Aussprache in zweiter Lesung im November 2002 mit Wirksamkeit zum 01.01.2003[761].

Im Oktober 2002 folgte die Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage der CDU-Fraktion zur Fusion der Universitätsklinika[762]. Gefragt wurde dabei insbesondere nach Arbeitsgruppen und Gremien, die sich seitens der Universitätsklinika mit der Fusion beschäftigten, in welchem Umfang Ressourcen der Universitätsklinika durch die Vorarbeiten zur Fusion gebunden würden, welche Ziele formuliert wären und wer die durch die Fusion entstehenden Kosten tragen würde. In der Antwort wurden zunächst die einzelnen Arbeitsgruppen mit Teilprojekten aufgeführt. Hinsichtlich der formulierten bzw. zu formulierenden Ziele wurde geantwortet, dass alle mit der Fusion zusammenhängenden Themen behandelt würden. Bezüglich der Kosten wurde dargelegt, dass das Honorar für die externe Gutachtenerstellung aus dem Zuschuss des Landes an die Universitätsklinika gezahlt würde.

Kurz vor dem geplanten Inkrafttreten wurden der Entwurf des Gesetzes zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und die Änderung des Hochschulgesetzes noch einmal im Dezember 2002 im Bildungsausschuss behandelt[763]. Die CDU-Fraktion wollte dem Gesetzentwurf nicht zustimmen, weil die Regierung den mehrfach angeforderten Nachweis, dass nur eine *Fusion* der Universitätsklinika eine Begrenzung des Defizits ermögliche, nicht erbracht hätte und weil bis zu diesem Zeitpunkt keine Entscheidung über den Verwaltungssitz des künftigen Universitätsklinikums getroffen wäre. Weiterhin wurde diskutiert, ob die Dekane beider Medizinischer Fakultäten in den Vorstand aufgenommen werden sollten. Letztendlich wurde der Gesetzentwurf gegen die Stimmen der Opposition angenommen, so dass der Bildungsausschuss dem Landtag die Empfehlung abgab, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung verschiedener Änderungen anzunehmen. Wesentliche Änderungen gegenüber dem bisherigen Gesetzesentwurf waren die Erweiterung des Vorstands um einen Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice sowie die Erweiterung des Aufsichtsrates um je ein Mitglied der Rektorate der Universitäten Kiel und Lü-

[761] Auszug aus Protokoll der 74. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 15.11.2002, Protokoll-Nr. 15/74, Seite 5600.
[762] Kleine Anfrage des Abgeordneten Jost de Jager (CDU) und Antwort der Landesregierung – Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur vom 02.10.2002, Drucksache 15/2180.
[763] Protokoll der 33. Sitzung des Bildungsausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 04.12.2002, Protokoll-Nr. 15/33.

beck[764]. In der folgenden Plenarsitzung ist der Landtag der Beschlussempfehlung des Bildungsausschusses gefolgt und hat das Gesetz zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein mit Wirkung zum 01.01.2003 beschlossen[765].

Im März 2003 wurde das sogenannte Erichsen-Gutachten zur Entwicklung der Hochschulen in Schleswig-Holstein vorgestellt[766]. Es handelte sich hierbei um ein Gutachten einer Expertenkommission unter Vorsitz von Prof. Dr. Erichsen[767], welches Anfang 2002 von den Hochschulen des Landes und der Landesregierung in Auftrag gegeben wurde. In verschiedenen Abschnitten der Expertise wurde dabei auch auf die Entwicklung der universitären Humanmedizin, d.h. der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Kiel und Lübeck sowie das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eingegangen. Für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein bzw. seine Rechtsvorgänger wurde festgestellt, dass die Ausgaben des Landes hierfür im Jahr 2002 insgesamt 155,0 Mio. € betrugen, wobei ein Anteil von 86,1 Mio. € bzw. 55,5 % auf Kiel und entsprechend ein Anteil von 68,6 Mio. € bzw. 44,5 % auf Lübeck entfiel. Die Ausgaben des Landes für die Hochschulen betrugen im Jahr 2002 insgesamt 420,4 Mio. €, so dass ein Anteil von insgesamt knapp 37 % auf beide Universitätsklinika entfiel. Im Verhältnis „EURO pro Einwohner“ lag Schleswig-Holstein bei den Gesamtausgaben für Hochschulen im Bundesvergleich mit 146 € auf dem hintersten Rang[768]. Festgestellt wurde weiter:

„Als Folge politischer Entscheidungen der Landesregierung [..] sind seinerzeit Kostenunterdeckungen im stationären Bereich der Krankenversorgung entstanden, die sich [..] zu einem dauerhaften strukturellen Defizit ausgewirkt haben.“[769]

---

[764] Bericht und Beschlussempfehlung des Bildungsausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und zur Änderung des Hochschulgesetzes vom 04.12.2004, Drucksache Nr. 15/2302.
[765] Auszug aus Protokoll der 75. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 12.12.2002, Protokoll-Nr. 15/75, Seite 5610 – 5638.
[766] Gutachten „Zur Entwicklung der Hochschulen in Schleswig-Holstein – Empfehlungen der von der Landesrektorenkonferenz und der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur eingesetzten Expertenkommission“, März 2003.
[767] Prof. Dr. Hans-Uwe Erichsen, geboren 1934 in Flensburg, Studium der Rechtswissenschaften und Promotion an der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Habilitierung an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, u.a. bis 1997 Präsident der Hochschulrektorenkonferenz und bis 1999 Präsident der Europäischen Rektorenkonferenz, Emeritierung im Jahr 2000, Quelle: Website der Universität Münster, Stand: 12/2011.
[768] Erichsen-Gutachten, Abschnitt X. Ausgaben des Landes für die Hochschulen, Seiten 49 – 51.
[769] Erichsen-Gutachten, Abschnitt II.1.3 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Seite 79.

Die Universitätskliniken Kiel und Lübeck hätten ihre Haushalte in den Jahren 2001 und 2002 jeweils nur durch Auflösung von Reserven ausgleichen können. Für das Jahr 2003 wäre aufgrund von Beschlüssen zur Vergütung von Krankenhausleistungen davon auszugehen, dass ein negatives Jahresergebnis erzielt würde. Aufgrund einer durch die Änderung des Vergütungssystems zu erwartenden durchschnittlichen Verweildauer und der Tendenz zu ambulanten Leistungen empfahl die Kommission für beide Standorte einen Bettenabbau um 20 – 30 %. Dieses Ziel ließe sich insbesondere wie folgt erreichen:

- Verlagerung von Betten auf eine aus dem UKSH aufgegliederte Psychiatrie GmbH (z.B. für den Standort Kiel)
- Fachgebiete, die keine zentrale Bedeutung für Forschung und Lehre hätten, sollten dahingehend geprüft werden, ob diese Leistungen durch externe Kliniken wahrgenommen werden könnten und
- Aufgabe von Betten in externen Krankenhäusern (z.B. II. Medizinische Klinik in Kiel).

Die Kommission empfahl, den Landeszuschuss in die Komponenten Krankenversorgung und Forschung und Lehre zu trennen. Die Krankenversorgung müsse durch die Krankenversicherungen bzw. die Patienten, nicht aber durch das Land finanziert werden. Soweit es sich bei den Trägerkosten um allgemeine gesundheitspolitische Aufgaben handeln würde (z.B. Kosten der Rechtsmedizin) sollten diese aus dem Haushalt des jeweils zuständigen Fachministeriums finanziert werden. In Abwägung verschiedener Betrachtungsansätze sprach sich die Kommission dafür aus, an beiden Standorten mit klinischer und vorklinischer Ausbildung festzuhalten. Dazu müssten alle vertretbaren Möglichkeiten zur Kostenbegrenzung ausgeschöpft werden[770]. Die Kommission hielt eine weitere Absenkung des Landeszuschusses für die Medizinischen Fakultäten bzw. das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein für notwendig, um den überproportionalen Anteil der Medizin an den Hochschulausgaben des Landes zu verringern. Für das Universitätsklinikum wurde zudem die Öffnung für Privatisierungen empfohlen, da diese zu einer effizienteren Organisation des Klinikbetriebes führen könnten, wodurch das Land die Trägerkosten einsparen könnte[771].

[770] Erichsen-Gutachten, Unter-Abschnitte III.1.3.a bis III.1.4.e, Seiten 80 – 85.
[771] Erichsen-Gutachten, Abschnitt III.1.5. „Empfehlungen“, Seiten 92.

Vor dem Hintergrund eines aktuellen Urteils des Europäischen Gerichtshofes wurde im September 2003 im Landtag erneut über die Arbeitszeiten von Ärzten in Krankenhäusern debattiert[772]. Die Landesregierung legte hierzu dem Landtag einen entsprechenden Bericht vor[773]. Gegenstand des Urteils war demnach die Klage eines Kieler Krankenhaus-Arztes mit dem Ziel, dass die geleisteten Bereitschaftsdienste vollständig als Arbeitszeit anerkannt würden. Der Europäische Gerichtshof hatte entschieden, dass die Handhabung u.a. des Bereitschaftsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland in einigen Punkten nicht den Regelungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie entsprechend würde, mit der Folge, dass letztendlich der Klage entsprochen wurde und Bereitschaftsdienste als tatsächliche Arbeitszeit zu werten wären. Die weitere Folge dieses Urteils waren notwendige Neuregelungen des Bundes-Arbeitszeitgesetzes sowie Tarifverträgen, die Erarbeitung und Einführung von Arbeitszeitmodellen sowie die daraus resultierenden personellen Mehrbedarfe und Mehrkosten. Eine sofortige Umsetzung der Entscheidung wurde aus Gründen von nicht ausreichend auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehendem Fachpersonal als nur eingeschränkt möglich bezeichnet. Für das Land Schleswig-Holstein wurde mit einem zusätzlichen Bedarf von ca. 400 bis 600 Arztstellen mit einem Kostenvolumen zwischen 24 und 36 Mio. € gerechnet. Der Sachverhalt wurde zur weiteren Bearbeitung an den Sozialausschuss überwiesen.

Ebenfalls im September 2003 wurde im Landtag die Förderung der Hospizbewegung und von Hospizeinrichtungen thematisiert[774]. Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen stellten den Antrag, die Landesregierung aufzufordern, zu berichten, wie sich die Hospizbewegung seit dem Jahr 2000 entwickelt hätte und wie diese dabei von der Landesregierung unterstützt wurde[775]. Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

---

[772] Auszug aus Protokoll der 97. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 26.09.2003, Protokoll-Nr. 15/97, Seiten 7397 – 7406.
[773] Bericht der Landesregierung zum Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH-Urteil) zu Arbeitszeiten an Krankenhäusern vom 23.09.2003, Drucksache 15/2930.
[774] Auszug aus Protokoll der 97. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 26.09.2003, Protokoll-Nr. 15/97, Seite 7468.
[775] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zum Bericht über die Förderung der Hospizbewegung und Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein vom 01.09.2003, Drucksache 15/2867.

Der hieraus resultierende Bericht[776] wurde dem Landtag im Januar 2004 im Rahmen einer Plenarsitzung[777] vorgestellt. Danach unterstütze die Landesregierung seit Jahren den Aufbau und Ausbau der Hospizbewegung in Schleswig-Holstein mit einem gezielten Förderprogramm. Ziel der Landesförderung sei es, die Hospizarbeit in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens zu etablieren, die Hospizbewegung auf eine breite Basis zu stellen und den Aufbau eines landesweit flächendeckenden Angebotes an Hospizinitiativen zu unterstützen. Derzeit gäbe es 33 in der ambulanten Hospizarbeit tätige Hospizgruppen bzw. -vereine; weitere Hospizgruppen befänden sich in der Gründungsphase. Zur Förderung der ambulanten Hospizarbeit wurden in den Landeshaushalten 2001 + 2002 insgesamt 220 T€ eingestellt, von denen allerdings nur 109 T€ abgerufen und verausgabt wurden. Daneben gäbe es einen stationären Hospizbereich sowie Palliativstationen in Krankenhäusern. In Schleswig-Holstein gäbe es derzeit drei stationäre Hospize mit insgesamt 33 Plätzen sowie vier Palliativstationen mit insgesamt 29 Betten. Kostenträger der stationären Hospize sowie der Palliativstationen wären die Träger der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen. Eine zusätzliche Förderung aus Landesmitteln hätten die stationären Hospize im Berichtszeitraum nicht erhalten. Der Bericht wurde zur weiteren Beratung an den Sozialausschuss überwiesen.

Ebenfalls im Januar 2004 wurden vom Landtag noch einmal die Auswirkungen des Urteils des Europäischen Gerichtshofes zu den Arbeitszeiten von Ärzten in Krankenhäusern behandelt[778]. Der Sozialausschuss, an den der Vorgang im September 2003 zur weiteren Bearbeitung gegeben wurde, sprach dem Landtag die Empfehlung aus, den damaligen Bericht der Landesregierung formal zur Kenntnis zu nehmen sowie den damaligen Antrag der CDU-Fraktion für erledigt zu erklären[779]. Der Landtag folgte der Empfehlung des Sozialausschusses ohne weitere Beratung.

---

[776] Bericht der Landesregierung über die Förderung der Hospizbewegung und Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein, undatiert, Drucksache 15/3019.
[777] Auszug aus Protokoll der 105. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 22.01.2004, Protokoll-Nr. 15/105, Seiten 8143 – 8149.
[778] Auszug aus Protokoll der 106. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 23.01.2004, Protokoll-Nr. 15/106, Seiten 8247 – 8248.
[779] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags zum EuGH-Urteil zu Arbeitszeiten (Bereitschaftsdiensten) an Krankenhäusern vom 04.12.2003, Drucksache 15/3016.

Zur Plenarsitzung im Juni 2004 wurde von der Landesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen vorgelegt[780]. Mit diesem Gesetz würden die Rechtsformen insbesondere der Fachklinik Schleswig und der Psychatrium-Gruppe, welche die ehemaligen Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen beinhaltete, von der rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) in Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) umgewandelt und die Landesregierung ermächtigt, Anteile an diesen Gesellschaften zu veräußern. In der Darstellung des Sachverhaltes wurde ausgeführt, dass von der Strukturkommission, welche im Zuge der Strukturreform des Landes die Eckpunkte des Regierungshandelns bis 2010 festgelegt hätte, unter anderem die Privatisierung der Psychatrium-Gruppe und der Fachklinik Schleswig beschlossen worden wäre. Für die Durchführung der Privatisierungen gäbe es bisher im Landesrecht jedoch keine Rechtsgrundlage. Der sogenannte Maßregelvollzug obliege gemäß dem aktuellen Fachklinikgesetz zwar beiden Kliniken, allerdings in Trägerschaft des Landes. Diese Aufgaben sollten dem neuen Rechtsträger bzw. den neuen Rechtsträgern zur Erledigung in Form einer sogenannten Beleihung übertragen werden. Hinsichtlich der Psychatrium-Gruppe war vorgesehen, im Rahmen einer Ausschreibung 100 % der Gesellschaftsanteile des Landes an einen Erwerber zu veräußern. Hinsichtlich der Fachklinik Schleswig wurde der Gesetzentwurf unter Berücksichtigung der besonderen Wirtschaftslage in der Region zunächst ergebnisoffen formuliert. Insgesamt wurde davon ausgegangen, dass private Träger die Einrichtungen betriebswirtschaftlich kostengünstiger führen könnten. In der Plenarsitzung wurde von der Sozialministerin unter anderem ausgeführt, dass es bei diesem Umwandlungsprozess zwar auch um wirtschaftliche Aspekte ginge, jedoch vorrangig darum, Strukturen zu schaffen, die die Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen auch in Zukunft auf hohem Niveau möglich machen würden[781].

Die zweite Lesung des sogenannten Fachklinik-Umwandlungsgesetzes erfolgte im September 2004[782]. Der Sozialausschuss hatte zuvor die formale Empfehlung abgegeben, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung bestimmter Änderungen anzu-

[780] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten (PsychE-UmwG) vom 25.05.2004, Drucksache 15/3495.
[781] Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seite 9178.
[782] Auszug aus Protokoll der 126. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 24.09.2004, Protokoll-Nr. 15/126, Seiten 9758 – 9766.

nehmen[783]. Die Änderungen betrafen insbesondere Regelungen zur Vertretung der Belange der im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen sowie zusätzliche Regelungen zum Übergang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung dieser Änderungen verabschiedet.

Im Dezember 2004 erfolgte der gemäß Hochschulgesetz zu erteilende jährliche Bericht der Landesregierung an den Landtag über das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein[784]. Berichtet wurde über das Geschäftsjahr 2003, dem ersten Jahr nach der Fusion der ehemaligen Universitätsklinika Kiel und Lübeck. Die Erträge erhöhten sich dabei gegenüber 2002 nur sehr geringfügig, der Zuschuss wurde abgesenkt, bei den Personalkosten, dem größten Kostenblock, konnte der Anstieg der Tarifsteigerung nur durch eine deutliche Verminderung an Vollzeitkräften auf etwa ein Drittel dieser Größe vermindert werden. Der Sachaufwand stieg ebenfalls deutlich. Zusammengenommen wurde im Geschäftsjahr 2003 ein Jahresfehlbetrag von 15,1 Mio. € erwirtschaftet[785]. Eine weitere Aussprache innerhalb des Plenums erfolgte nicht. Der Sachverhalt wurde zur abschließenden Beratung an den Bildungsausschuss weitergeleitet.

Im Januar 2005 wurden dem Landtag von der Landesregierung zwei Berichte über den Bereitschaftsdienst von Ärzten in Krankenhäusern sowie über die Einführung des Fallpauschalensystems an Krankenhäusern vorgelegt[786]:

Der Bericht über die Bereitschaftsdienste von Ärzten[787] wurde zuvor mehrfach im Sozialausschuss beraten, bis im Dezember 2004 von dort die Empfehlung ausgesprochen wurde, den Bericht zur Kenntnis zu nehmen[788]. Inhaltlich wurden in dem Bericht unter anderem die Aktivitäten des Landes und Antworten zu den im Ur-

[783] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten (PsychE-UmwG) vom 16.09.2004, Drucksache 15/3641 (neu).
[784] Auszug aus Protokoll der 132. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 17.12.2004, Protokoll-Nr. 15/132, Seite 10314.
[785] Bericht der Landesregierung an den Landtag gemäß § 126 Abs. 9 HSG – Universitätskliniken Schleswig-Holstein Jahr 2003 – vom 30.11.2004, Drucksache 15/3839.
[786] Auszug aus Protokoll der 135. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.01.2005, Protokoll-Nr. 15/135, Seite 10557.
[787] Bericht der Landesregierung über den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern vom 04.06.2002, Drucksache 15/1915.
[788] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags über den Bericht der Landesregierung über Bereitschaftsdienste der Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern vom 09.12.2004, Drucksache 15/3865.

sprungsantrag[789] gestellten Fragen dargestellt. Danach hätte die Landesregierung insbesondere die Notwendigkeit gesehen, die tariflichen Arbeitszeitregelungen für Ärzte in Krankenhäusern anzupassen; es konnten zwar Zwischenergebnisse erzielt werden, zu endgültigen tariflichen Einigungen wäre es bis dato jedoch nicht gekommen. In der Beantwortung der Fragen wurde zunächst darauf hingewiesen, dass eine Veränderung der damaligen Situation der Arbeitszeit in Krankenhäusern nur durch bundesgesetzliche oder tarifvertragliche Maßnahmen möglich wäre. Eine landespolitische Regelung wurde als nicht zielführend angesehen. Der Landtag folgte der Empfehlung des Sozialausschusses.

In dem Bericht über die Einführung von Fallpauschalen (DRGs) an Krankenhäusern wurden u.a. die finanziellen Auswirkungen für die Krankenhäuser ausgeführt[790]. Danach sollte in der Übergangsphase 2003 und 2004 die Einführung der DRGs budgetneutral erfolgen, mittelfristig, d.h. für die Jahre 2005 und 2006 sollten in der sogenannten ersten Konvergenzphase landesweit geltende Basisfallwerte vereinbart werden, an welche sich die krankenhausindividuellen Basisfallwerte schrittweise angleichen sollten. Die bis dahin teureren Häuser müssten ihre Kosten reduzieren, um ein ausgeglichenes Ergebnis erzielen zu können. Gerade die Universitätsklinika als einzige Häuser der Zentralversorgung in Schleswig-Holstein sahen gemäß des Berichtes jedoch ihre besonderen Leistungen im bisherigen DRG-Katalog nicht hinreichend berücksichtigt und erwarteten deshalb erhebliche finanzielle Nachteile. Längerfristig sollten dann in einer zweiten Konvergenzphase bundeseinheitliche Basisfallwerte angestrebt werden. Auch für diesen Bericht wurde vom Sozialausschuss im Dezember 2004 die Empfehlung ausgesprochen, dass der Landtag diesen zur Kenntnis nehmen sollte. Der Landtag folgte ohne weitere Aussprache der Empfehlung des Sozialausschusses.

Im Februar 2005 folgte eine Kleine Anfrage des Abgeordneten de Jager der CDU-Fraktion zur Finanzierung der Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein[791]. Unter anderem wurde die Frage nach der Entwicklung des Zuschusses für Forschung und Lehre der Universitätsklinika Kiel und Lübeck bzw. des UKSH gestellt. Gemäß Ant-

[789] Antrag der Fraktion der CDU vom 28.06.2001, Drucksache 15/1071.
[790] Bericht der Landesregierung zur Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern vom 03.12.2002, Drucksache 15/2316.
[791] Kleine Anfrage des Abgeordneten Jost de Jager (CDU) und Antwort der Landesregierung zur Finanzierung der Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein vom 18.02.2005, Drucksache 15/3983.

wort der Landesregierung lag der Landeszuschuss im Jahr 2005 mit insgesamt 118,7 Mio. € um 29,7 Mio. € unterhalb des Ansatzes des Jahres 1996. Die Reduzierung erfolgte kontinuierlich in jedem Jahr, so dass eine kumulierte Reduzierung seit 1996 bis zum Jahr 2005 um 175,1 Mio. € ausgewiesen wurde. Die Zahl der Studierenden der Humanmedizin hatte sich in diesem Zeitraum um 94 Studierende (- 2,8 %) vermindert, die Zahl der Studierenden der Zahnmedizin jedoch um 12 Studierende (+ 2,6 %) erhöht.

Unmittelbar nach dem Regierungswechsel, im Mai 2005, war der Erhalt des Institutes für Rechtsmedizin an den Standorten Kiel und Lübeck Gegenstand von Beratungen des Landtags[792]. Die FDP-Fraktion beantragte, dass sich der Landtag für den Erhalt eines gemeinsamen Instituts für Rechtsmedizin mit Laborkapazitäten an den Standorten Kiel und Lübeck aussprechen sollte[793]. Die bestehenden Einrichtungen wären unverzichtbar. Für Dienstleistungen, welche die Rechtsmedizin erbringt, sollten gemäß Antrag kostendeckende Gebühren erhoben werden, so dass kein Defizit zu Lasten des Landeszuschusses für Forschung und Lehre entstünde. Der Wissenschaftsminister Austermann[794] führte aus, dass „Medizin an der Hochschule“ ein Schwerpunkt der Arbeit der Landesregierung sein solle. Der Vorstand des Klinikums hätte darum gebeten, die Professur der Rechtsmedizin zunächst nicht weiter auszuschreiben, sondern zunächst Verhandlungen mit den beteiligten Ministerien zu führen und auszuloten, welche Sparmöglichkeiten bestünden. Es gäbe demnach Gesprächsbedarf mit dem Innenminister und dem Justizminister, um dann ein tragfähiges Konzept für die künftige Struktur der Rechtsmedizin am UKSH zu erstellen. Der Antrag wurde zur weiteren Bearbeitung an den Bildungsausschuss überwiesen.

Auf der Grundlage zweier Anträge einerseits der Fraktionen von FDP, Bündnis 90/Die Grünen und der Abgeordneten des SSW[795] sowie andererseits der Regierungsfraktionen von CDU und SPD[796] wurde im September 2005 über die Einführung

[792] Auszug aus Protokoll der 5. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 27.05.2005, Protokoll-Nr. 16/5, Seiten 217 – 222.
[793] Antrag der Fraktion der FDP zum Erhalt der Rechtsmedizin an den Universitätsklinikstandorten Kiel und Lübeck vom 16.04.2005, Drucksache 16/16.
[794] Dietrich Austermann (CDU), Minister für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein vom 27.04.2005 bis 09.07.2008.
[795] Antrag der Fraktionen der FDP, Bündnis 90/Die Grünen und der Abgeordneten des SSW zu bundesweit einheitlichen Basisfallwerten in Krankenhäusern vom 18.08.2005, Drucksache 16/220.
[796] Antrag der Fraktionen von CDU und SPD zu bundesweit einheitlichen Basisfallwerten in Krankenhäusern vom 30.08.2005, Drucksache 16/231.

von bundeseinheitlichen Basisfallwerten in Krankenhäusern debattiert[797]. Mit dem ersten Antrag sollte die Landesregierung aufgefordert werden, sich im Bundesrat für die Einführung von bundesweit einheitlich geltenden Basisfallwerten bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 einzusetzen. Mit dem Antrag der Regierungsfraktionen sollte die Landesregierung aufgefordert werden, unter Berücksichtigung der auch künftigen Stabilität der Beiträge zur Krankenversicherung diese Thematik in die Gesundheitsministerkonferenz einzubringen. In der Debatte wurde von Gesundheitsministerin Trauernicht zunächst erläutert, dass die Basisfallwerte auf den realen Kosten der vergangenen Jahre basieren würden, welche in Schleswig-Holstein niedriger seien als im übrigen Bundesgebiet. Der Grund hierfür wäre, dass die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser seit Jahren hinsichtlich wirtschaftlicher Betriebsführungen oder Produktivitätssteigerungen eine Vorreiterrolle eingenommen hätten. Weiter wurde ausgeführt, dass nun aber die Krankenhäuser befürchten würden, angesichts des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen für ihre Vorleistungen mit einer geringeren Vergütung als im übrigen Bundesgebiet „bestraft“ zu werden. Die meisten Krankenhäuser des Landes würden jedoch bereits gegenwärtig schon so effizient arbeiten, dass sie einen niedrigeren krankenhausindividuellen Basisfallwert als den derzeitigen landesweiten Basisfallwert hätten. Es gäbe aber auch Krankenhäuser – und dies wäre vor allem das Universitätsklinikum – die oberhalb dieses Landesbasisfallwertes lägen und sich daher mit einem erheblichen Kostendruck konfrontiert sähen. Um diesem Ungleichgewicht in der Leistungsvergütung zu begegnen, wäre seitens der Landesregierung beabsichtigt, eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel von bundesweit gleicher Vergütung von gleichen Leistungen zu ergreifen. Diese solle jedoch zunächst innerhalb der Gesundheitsministerkonferenz vorbereitet werden, um möglichst große Chancen für die Umsetzung dieses Zieles erreichen zu können. Im Ergebnis wurde der erste Antrag abgelehnt und der Antrag der Regierungsfraktionen angenommen.

Ebenfalls im September 2005 wurde noch einmal über den Erhalt der Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein beraten[798]. Der Bildungsausschuss hatte sich zwischenzeitlich gemäß Auftrag des Landtags aus Mai 2005 mit diesem Sach-

[797] Auszug aus Protokoll der 9. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 02.09.2005, Protokoll-Nr. 16/9, Seiten 569 – 577.
[798] Auszug aus Protokoll der 11. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.09.2005, Protokoll-Nr. 16/11, Seiten 712 – 718.

verhalt befasst und die Empfehlung ausgesprochen, die Prosektur an beiden Standorten zu erhalten, die Laborkapazitäten zusammenzufassen und Konzepte zur Begrenzung der Kosten und zur Verfügbarkeit von Rechtsmedizinern zu entwickeln[799]. Der Landtag nahm den Antrag an und folgte damit der Empfehlung des Bildungsausschusses.

Im November 2005 wurde über die Rolle Schleswig-Holsteins in der palliativmedizinischen Versorgung debattiert[800]. Grundlage hierfür war zunächst ein Antrag der Landtagsfraktion der FDP[801], dem wenige Tage später ein gemeinsamer Antrag aller Fraktionen[802] folgte. Gemäß des gemeinsamen Antrags sollte der Landtag zunächst feststellen, dass in Deutschland keine ausreichende und flächendeckende Versorgung mit palliativmedizinischen Angeboten bestünde und eine Weiterentwicklung dringend erforderlich wäre. Der Landtag sollte sich deshalb dafür einsetzen, palliativmedizinische Angebote zum Bestandteil einer flächendeckenden Regelversorgung zu machen und diesbezüglich eine Bundesratsinitiative ergreifen. In einem zweiten Teil des gemeinsamen Antrags sollte die Landesregierung aufgefordert werden, dem Landtag über die derzeitige Versorgungssituation in Schleswig-Holstein zu berichten. Der erste Teil des Gemeinsamen Antrags wurde zur weiteren Bearbeitung an den Sozialausschuss überwiesen, der zweite Teil des Antrags wurde angenommen.

Zum Ende des Jahres 2005 wurde im Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten der Planungszeitraum des seit 2001 geltenden Krankenhausplanes um vier Jahre, bis zum 31.12.2009, verlängert[803].

---

[799] Bericht und Beschlussempfehlung des Bildungsausschusses zum Erhalt der Rechtsmedizin an den Universitätsstandorten Kiel und Lübeck vom 22.09.2005, Drucksache 16/269.
[800] Auszug aus Protokoll der 14. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 10.11.2005, Protokoll-Nr. 16/14, Seiten 928 – 934.
[801] Antrag der Fraktion der FDP zum Thema „Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der palliativmedizinischen Versorgung werden“ vom 25.10.2005, Drucksache 16/315.
[802] Antrag der Fraktionen der FDP, CDU, SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der Abgeordneten des SSW zum Thema „Schleswig-Holstein soll Vorreiter in der Palliativmedizin und Hospizversorgung werden“ vom 09.11.2005, Drucksache 16/357.
[803] Erlass des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren – VIII 421 – vom 11.11.2005, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 50/2005 vom 12.12.2005.

1.8.3. Zusammenfassung / Analyse (2001 – 2005)

Die allgemeine Gesundheitspolitik dieses Zeitabschnitts war geprägt von der Diskussion über die Qualität in der Pflege bzw. Pflegemängel, der Drogenpolitik sowie der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein, wobei das Themengebiet Pflege im Zeitabschnitt innerhalb der allgemeinen Gesundheitspolitik den weitaus größten Raum einnahm. Innerhalb des Krankenhaussektors standen die Fusion der Universitätskliniken Kiel und Lübeck, die Krankenhausplanung, weiterhin die Fachkliniken sowie die Einführung von Fallpauschalen (DRGs) im Mittelpunkt.

Die Themen „Mängel in der Pflege“ bzw. „Qualität in der Pflege“ wurden über den gesamten Zeitabschnitt hinweg behandelt. Beginnend im Jahr 2001 erfolgte zunächst ein Bericht der Landesregierung im Landtag[804]. Gemäß der Sozialministerin wäre die damalige Diskussion der Landesregierung aber nicht aufgezwungen, sondern wäre von ihr teilweise initiiert und gefördert worden. Der vorangegangene Bericht des MDK mache gemäß der Ministerin deutlich, dass insbesondere die personellen Besetzungen der Heimaufsichtsbehörden und der Einsatz von Pflegefachkräften sehr gering seien. Die Landesregierung startete eine sogenannte Pflegeoffensive, mit dem Ziel, die Aus- und Fortbildung von Pflegekräften auszuweiten und ein unabhängiges Beratungsnetz aufzubauen[805]. Im Dezember 2001 und März 2002 wurde das Thema Pflege erneut im Landtag behandelt[806]. Gemäß den Regierungsfraktionen sollte der Landtag die Erwartung aussprechen, dass die Kommunen ihrer Verantwortung umfassend gerecht werden sollten. Finanzielle Spielräume sollten dabei zur Verbesserung der Personalausstattung in den Pflegeheimen genutzt werden. Im Frühsommer 2004 drängte sich dieses Thema wieder in den Vordergrund, nachdem in mehreren DRK-Heimen Pflegemängel festgestellt wurden, die sich zu einem „Pflegeskandal“ ausweiteten[807]. Es wurde fraktionsübergreifend festgestellt, dass das DRK die Krite-

[804] Auszug aus dem Protokoll der 40. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.09.2001, Protokoll-Nr. 15/40, Seiten 2983 – 2998.
[805] Antrag der Fraktion von SPD und Bündnis 90/Die Grünen zur Qualität in der Pflege vom 13.09.2001, Drucksache 15/1187.
[806] Auszüge aus den Protokollen der 48. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 13.12.2001, Protokoll-Nr. 15/48, Seiten 3600 – 3609 sowie der 56. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 20.03.2002, Protokoll-Nr. 15/56, Seiten 4234 – 4242.
[807] Antrag der Fraktion der CDU über die Situation der Pflegeheime in Schleswig-Holstein vom 16.07.2004, Drucksache 15/3515 (neu) in Verbindung mit Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seiten 9148 – 9149.

rien der Pflegequalität deutlich verfehlt hätte[808]. Im September 2005, nach dem Regierungswechsel, wurde im Landtag abermals über Pflegemängel beraten[809]. Die CDU/SPD-Regierung sollte auf Antrag der Opposition gebeten werden, über die bisherigen Handlungsschritte zur Beseitigung der Pflegemängel mündlich zu berichten. Gemäß der Gesundheitsministerin hätten zu diesem Sachverhalt bereits wiederholte Gespräche stattgefunden und es wurden verschiedene Handlungsketten und Szenarien beschrieben.

Wie bereits im Zeitabschnitt zuvor wurde das Thema Pflegemängel immer dann behandelt, wenn es akut war, d.h. von außen in die Landespolitik hineingetragen wurde. Das wird deutlich im Jahr 2001, nach der Prüfung des MDK und das wird deutlich im Jahr 2004, nach dem wiederum in bestimmten Pflegeheimen Mängel festgestellt wurden. Als Reaktion hierauf wurde die sogenannte Pflegeoffensive gestartet und u.a. die Verantwortung für die Heimaufsicht vom Land an die Kommunen abgegeben. Vor diesem Hintergrund erschien die Landesregierung bei diesem Sachverhalt auch in diesem Zeitabschnitt eher fremdbestimmt. Die getroffenen Entscheidungen hatten innerhalb angemessener Zeit nicht zu dem gewünschten Erfolg, der Beseitigung der Pflegemängel, geführt.

Hinsichtlich der Drogenpolitik berichtete die Gesundheitsministerin im Mai 2001 im Landtag über die Einführung eines neuen einheitlichen Dokumentationssystems, welches u.a. zu mehr Kostentransparenz führen sollte[810]. Einige Zeit später, im Jahr 2003 folgte ein Bericht der Landesregierung zur Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik. Betont wurde u.a., dass Sucht grundsätzlich eine behandlungsbedürftige und chronische Krankheit sei und dass es keine drogenfreie Gesellschaft geben würde[811]. Im Januar 2005 folgte ein erneuter Bericht der Landesregierung zu den Schwerpunkten der Drogenpolitik, welcher ohne Aussprache vom Landtag zur Kenntnis genommen wurde[812].

---

[808] Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seiten 9151 – 9164.
[809] Auszug aus Protokoll der 10. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.09.2005, Protokoll-Nr. 16/10, Seiten 625 – 632.
[810] Auszug aus Protokoll der 33. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 31.05.2001, Protokoll-Nr. 15/33, Seiten 2441 – 2446.
[811] Auszug aus Protokoll der 101. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 10.12.2003, Protokoll-Nr. 15/101, Seiten 7761 – 7770.
[812] Auszug aus Protokoll der 135. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 28.01.2005, Protokoll-Nr. 15/135, Seite 10559.

Das Thema Drogenpolitik bestand in diesem Zeitabschnitt schon seit etwa 30 – 35 Jahren. Allerdings hatte sich der Drogenkonsum in dieser Zeit in seinen Ausprägungen mehrfach verändert (von Alkohol, Tabletten, Cannabis, Heroin, Ectasy bis hin zum Tabakkonsum). Diese Veränderungen im Konsumverhalten machten immer wieder Veränderungen in der Drogenpolitik notwendig, welche von der Landesregierung in den vorherigen Jahren in besonderem Maße initiiert und umgesetzt wurden. Daher wirkt es eher erstaunlich, dass der Bericht der Landesregierung über Drogenpolitik von Januar 2005 ohne weitere Diskussion oder Aussprache vom Landtag zur Kenntnis genommen wurde. In diesem Betrachtungszeitraum wurden keine wesentlichen Entscheidungen getroffen.

Erstmals wurde in diesem Zeitabschnitt im Rahmen von Plenarsitzungen über die mögliche Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein diskutiert. Das Wirtschaftsministerium hatte ein Gutachten in Auftrag gegeben, in welchem die Chancen, Stärken und ggf. Nachholbedarfe begutachtet werden sollten[813]. Besonders der Dienstleistungssektor u.a. mit Wellness und ganzheitlichen Therapieformen stellte einen großen Teil des sogenannten neuen Gesundheitsmarktes dar. Die wesentlichsten Entwicklungshemmnisse ergaben sich dagegen durch bundesweit überzogene gesetzliche Regulierungen und einer in Schleswig-Holstein fehlenden zentralen Vermarktung der Gesundheitswirtschaft. Gemäß Bericht der Ministerpräsidentin von Ende 2001 würde die Nachfrage nach Gesundheits- und Wellnesstourismus in Zukunft noch steigen[814]. Als positive Beispiele für ein Engagement in diesem Segment wurden die Damp Holding AG und die Patientenbrücke zu Norwegen bezeichnet. Mitte 2002 fand zum Thema „grenzüberschreitende Gesundheitspolitik im Ostseeraum“ ein Symposium statt[815]. Die Ministerpräsidentin berichtete im Frühjahr 2003 im Landtag über den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein[816]. Eingegangen wurde in dem Bericht u.a. auf Angebote zur stationären und ambulanten Versorgung und auf Rehabilitationsangebote. Demnach würden gerade in der Gesundheitswirt-

[813] Gutachten „Die gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“, herausgegeben von dsn Projekte – Studien – Publikationen, Kiel, verantwortlicher Projektleiter Ralf Duckert, Oktober 2000.
[814] Auszug aus Protokoll der 45. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 15.11.2001, Protokoll-Nr. 15/45, Seiten 3373 – 3382.
[815] Beitrag „Die Gesundheitspolitik im Ostseeraum – grenzüberschreitende Kooperationen wichtig“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/2002, Seite 20.
[816] Auszug aus Protokoll der 85. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 04.04.2003, Protokoll-Nr. 15/85, Seiten 6462 – 6476.

schaft noch größere Wachstumschancen bestehen. Das Land Schleswig-Holstein würde sich durch eine starke und innovative Health-Care-Industrie auszeichnen.

Bei diesem Sachverhalt handelte es sich nicht um ein Problem, welches zu lösen war, sondern um das Ausloten von Chancen auf einem möglicherweise zukunftsträchtigen Markt. An dieser Stelle war es genau richtig, die Alleinstellungsmerkmale des Landes zu benennen und herauszustellen. Eine der Feststellungen des Gutachtens war die fehlende zentrale Vermarktung der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Das mag durchaus als Grund dafür gewertet werden, das dieses Thema zwar im Zeitraum 2001 – 2005 präsent war, jedoch mit fortschreitender Zeit, nach 2005, zunehmend in den Hintergrund getreten ist. Im Ergebnis haben die damaligen Entscheidungen zwar zu einem Erfolg geführt, jedoch nicht mit nachhaltiger Wirkung.

Im Januar 2001 gab die Ministerpräsidentin im Rahmen einer Pressekonferenz bekannt, dass die Universitätsklinika Kiel und Lübeck zum 01.01.2003 fusioniert werden sollten[817]. Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks und des Strukturwandels sollten die Leistungskraft der Hochschulmedizin gesichert und die Schwerpunkte gesteigert werden. Kostenaufwändige Doppelangebote sollten künftig vermieden werden. Die Standorte Kiel und Lübeck würden dabei jedoch nicht in Frage gestellt. In einer folgenden Plenarsitzung wurde von der Landesregierung die Zwischenbilanz gezogen, die Universitätskliniken hätten nach ihrer rechtlichen Verselbständigung ihre Bewährungsprobe bestanden, so dass es gelungen sei, für das Jahr 1999 ausgeglichene Jahresergebnisse zu erzielen[818]. Ein Jahr später, nach Vorlage des Jahresberichtes für das Geschäftsjahr 2000, wurde eine nahezu gleichlautende Erklärung abgegeben[819]. Dennoch wäre die Hochschulmedizin insgesamt zu teuer, so dass die rechtlichen Verselbständigungen nicht ausreichen würden. Dies verlange eine Bereitschaft zur Veränderung und einen Verzicht auf Regionalinteressen. Von der Opposition wurde hingegen kritisiert, dass zwar die Fusion beschlossen wäre, nicht aber grundlegende Festlegungen, wie der Standort des Verwaltungssitzes, getroffen wurden. Im Mai 2002 wurde von der Landesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur

[817] Pressemitteilung der CDU-Landtagsfraktion Nr. 08.01 sowie Pressemitteilung der Landtagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, 006.01, jeweils vom 12.01.2001.
[818] Auszug aus Protokoll der 22. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 25.01.2001, Protokoll-Nr. 15/22, Seiten 1622 – 1639.
[819] Auszug aus Protokoll der 49. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 14.12.2001, Protokoll-Nr. 15/49, Seiten 3680 – 3687.

Errichtung des UKSH vorgelegt. Gemäß der Wissenschaftsministerin wäre die Zusammenführung ein notwendiger Schritt, zu dem es keine Alternative gäbe. Unter Berücksichtigung verschiedener Änderungen, insbesondere hinsichtlich der Zusammensetzung des Vorstands, wurde das Gesetz zur Errichtung des UKSH im Dezember 2002 mit Wirkung zum 01.01.2003 beschlossen. Eine Festlegung des Verwaltungssitzes war bis zu diesem Zeitpunkt nicht erfolgt. Im März 2003 wurde dann das sogenannte Erichsen-Gutachten vorgestellt, in welchem u.a. die Empfehlungen für eine Verlagerung von Betten auf eine ausgegliederte Psychiatrie-GmbH, die Aufgabe von Betten in externen Krankenhäusern und eine Aufteilung des Landeszuschusses in die Komponenten Krankenversorgung und Forschung und Lehre ausgesprochen wurden[820]. Es wurde weiterhin eine Öffnung für Privatisierungen empfohlen, wodurch das Land Trägerkosten einsparen könne. Im Dezember 2004 folgte die Vorlage des Jahresberichtes 2003 des UKSH. Danach wurde im Geschäftsjahr 2003 aufgrund von Kostensteigerungen, Stagnierung der Erträge für Krankenversorgung bei gleichzeitiger Absenkung des Landeszuschusses ein Jahresfehlbetrag von 15,1 Mio. € erwirtschaftet. Der Bericht wurde zur Kenntnis genommen, eine weitere Aussprache innerhalb des Plenums erfolgte nicht[821].

Zunächst einmal handelte es sich bei dieser Thematik nicht um ein bundesweites Problem, sondern um einen Sachverhalt, der auf Schleswig-Holstein begrenzt war. Das Problem war die drohende Unwirtschaftlichkeit der Universitätsklinika Kiel und Lübeck insbesondere infolge äußerer Einflüsse, wie z.B. die Veränderung des Vergütungssystems oder die Absenkung der Landeszuschüsse und von der Landesregierung im Grundsatz richtig erkannt worden. Die Entscheidung zur Fusion der Universitätsklinika ging aktiv von der Landesregierung aus. Allerdings ist diese Entscheidung, entgegen der Ausführungen der Wissenschaftsministerin, nicht ohne Alternative gewesen. Vielmehr handelte es sich bei dieser Entscheidung um eine nur von der Landesregierung, ohne fachliche Begleitung, getroffene Entscheidung, von der selbst die Vorstände beider Universitätsklinika zuvor nichts wussten. Weiterhin war diese Entscheidung nicht sorgfältig durchdacht worden, denn wesentliche Festlegungen, wie die des Verwaltungssitzes, wurden über einen langen Zeitraum hinweg nicht getrof-

[820] Gutachten „Zur Entwicklung der Hochschulen in Schleswig-Holstein – Empfehlungen der von der Landesrektorenkonferenz und der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur eingesetzten Expertenkommission“, März 2003.
[821] Bericht der Landesregierung an den Landtag gemäß § 126 Abs. 9 HSG – Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Jahr 2003 – vom 30.11.2004, Drucksache 15/3839.

fen. Es gab somit keinen breiten Konsens für die Entscheidung zur Fusion. Die Entscheidung stand nicht im bisherigen Kontext der politischen Ausrichtung und war insofern richtungsweisend, als dass diese, nachdem die Vorarbeiten begonnen hatten, nicht kurzfristig wieder zurückzunehmen war. Die Umsetzung der Entscheidung erfolgte jedoch nur teilweise und nicht mit dem gewünschten Erfolg. Beispielsweise wurden die oben angeführten Doppelangebote nicht umfänglich reduziert. Zwar wurden in der Folgezeit in erheblichem Umfang Einsparungen generiert, die Grundprobleme jedoch, die Vergütungsstruktur, die Landeszuschüsse, die tarifgebundenen Personalaufwendungen und die Rahmenbedingungen eines öffentlichen Unternehmens, konnten jedoch mit der Fusion nicht gelöst werden.

Die Krankenhausplanung wurde, nachdem sie zuvor mehrere Male verschoben wurde, im Mai 2001 veröffentlicht[822]. Basis der Planung war das im Jahr 2000 von der GSbG vorgelegte Gutachten. Bereits für das Jahr 2001 wurde im ersten Schritt ein Kapazitätsabbau von 400 Betten ermittelt. In einer Zwischenfortschreibung im Jahr 2003 mit Zahlen des Jahres 2001 sollten weitere Zielvorgaben erfolgen. Insgesamt war in der Planung ein Aufbau von Planbetten bei gleichzeitiger Verminderung der Fallzahlen zu verzeichnen. Die Zwischenfortschreibung fand jedoch nicht wie vorgesehen statt[823]. Ende des Jahres 2005 wurde der Planungszeitraum für die Krankenhausplanung um vier Jahre, bis Ende 2009, verlängert[824].

Dass die Krankenhausplanung erst mit einem Zeitverzug von fünf bis sechs Jahren fortgeschrieben wurde, war ein auf Schleswig-Holstein begrenztes Problem. Einerseits hatte die Landesregierung den Auftrag zur Erstellung des Gutachtens erst zu spät erteilt und andererseits war die Methodik der Erstellung des Gutachtens nur bedingt geeignet, um als Grundlage für die Krankenhausplanung herangezogen zu werden. Das wird deutlich an den sehr umfänglichen Daten, die von den einzelnen Krankenhäusern erstellt werden mussten, an der Diskussion im Nachgang des Gutachtens und des Verzichts auf wesentliche Bearbeitungsschritte, wie insbesondere die für 2003 vorgesehene Zwischenfortschreibung. Die Initiative für die Kranken-

[822] Erlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz – IX 421 – vom 08.05.2001, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 21/2001, Seite 259 ff.
[823] Quelle: Tätigkeitsbericht 2001 der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/2002, Seiten 75 – 76.
[824] Erlass des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein – VIII 421 – vom 11.11.2005, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 50/2005 vom 12.12.2005.

hausplanung war grundsätzlich auf ein Bundesgesetz, das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zurückzuführen. Bei der Krankenhausplanung gab es – mittels der Beauftragung des Gutachtens – in wesentlichen Teilen externe Unterstützung. Die Entscheidungen zu Details der Krankenhausplanung wurden zwar nicht von der Landesregierung, wohl aber vom beauftragten Gutachter aktiv herbeigeführt. Die Entscheidungsfindung war in diesem Fall sehr umstritten, stand aber letztendlich im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung, da auch bereits die vorherige Krankenhausplanung des Jahres 1990 vom gleichen Gutachter begleitet wurde. Die Systematik der Erstellung des Gutachtens war allerdings verändert worden und war ganz deutlich richtungsweisend. Die Krankenhausplanung wurde im Zeitablauf größtenteils umgesetzt. Zur Beantwortung der Frage, ob die Entscheidungen zu dem gewünschten Erfolg geführt haben, muss zunächst definiert werden, was hierbei als Erfolg bezeichnet wird. Gemäß KHG § 6 Abs. 1 ist jedes Land dazu verpflichtet, eine Krankenhausplanung aufzustellen, aus welchem sich die Förderungsfähigkeit der Krankenhäuser ableitet. Unter Maßgabe dieser Definition hat die Krankenhausplanung zu dem gewünschten Erfolg geführt. Ein zweiter Aspekt der Krankenhausplanung ist allerdings die Steuerung der stationären Versorgung der Bevölkerung eines Landes. Hier war ein Steuern seitens der Landesregierung nur bedingt zu erkennen.

Verschiedene Sachverhalte der Gesundheitspolitik gehen auch ineinander über. Dazu gehörten z.B. zu Beginn des Jahres 2002 mehrere Debatten und Befassungen über die Pflegesituation in der Fachklinik Schleswig[825]. Hier waren bei der Prüfung durch den MDK teils erhebliche Pflegemängel gerügt worden. Einige Monate später, im Juni 2002, wurde von der Landesregierung ein Gesetzentwurf zur Neuordnung der Fachkliniken eingebracht[826]. Kernbestandteil des Gesetzentwurfs war die Zusammenlegung der Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen zu *einer* Gesellschaft in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts. Dies war gemäß Landesregierung notwendig, um dauerhaft die Wettbewerbsfähigkeit der Gesellschaften sicherstellen zu können. Die Landesregierung beschloss das Gesetz zur Neuordnung der Fachkliniken im November 2002 mit Wirkung zum 01.01.2003[827]. Bereits Mitte 2004

[825] Auszug aus Protokoll der 50. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 23.01.2002, Prorotkoll-Nr. 15/50, Seiten 3722 – 3731.
[826] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Neuordnung der Fachkliniken (Fachklinik-Neuordnungsgesetz – FKlNG) vom 04.08.2002, Drucksache 15/1914.
[827] Auszug aus Protokoll der 74. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 15.11.2002, Protokoll-Nr. 15/74, Seite 5600.

wurde von der Landesregierung ein erneuter Gesetzentwurf hinsichtlich der Fachkliniken vorgelegt[828]. Es handelte sich um das Gesetz zur „Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen“, mit welchem die Rechtsformen der Fachklinik Schleswig und der Psychatrium Gruppe in GmbH´s umgewandelt und die Landesregierung ermächtigt werden sollte, Anteile an diesen Gesellschaften zu veräußern. Hinsichtlich der Psychatrium-Gruppe war vorgesehen, 100 % der Gesellschaftsanteile des Landes an einen privaten Träger zu veräußern, hinsichtlich der Fachklinik Schleswig wurde der Gesetzentwurf zunächst als ergebnisoffen bezeichnet[829]. Die Verabschiedung des Umwandlungsgesetzes erfolgte im September 2004[830]. Die Veräußerung der Gesellschaftsanteile per Psychatrium-Gruppe und der Fachklinik Schleswig erfolgte zum Jahreswechsel 2004/2005[831].

Im Zusammenhang mit den Fachkliniken muss zunächst die Problemstellung definiert werden: Die rechtliche Verselbständigung der Fachkliniken erfolgte bereits im vorherigen Zeitabschnitt (1996 – 2000), dennoch hat dieser Schritt nicht dazu geführt, dass sich die Diskussionen hinsichtlich der Fachkliniken verminderten. Vielmehr standen die Fachkliniken mit Pflegemängeln erneut im Blickpunkt und führten zu Kritik an der Landesregierung. Die Initiative zur Zusammenführung der Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen, der nachfolgenden erneuten Rechtsformumwandlung und der Veräußerung der Gesellschaftsanteile kam von der Landesregierung. Die Entscheidungen wurden somit aktiv herbeigeführt. Es gab einen relativen Konsens bei der Entscheidungsfindung, was u.a. daraus abzuleiten ist, dass die Lesungen des Gesetzentwurfs zur Neuordnung der Fachkliniken und auch die Lesungen für das nachfolgende Umwandlungsgesetz ohne besondere kontroverse Diskussionen erfolgten. Die Entscheidungen bauten aufeinander auf und waren somit im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung zu sehen. Die Entscheidungen wurden umgesetzt und haben insofern zu dem gewünschten Erfolg geführt, als dass bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes die Diskussionen über die Fachkliniken geringer wurden. Die Nachhaltigkeit konnte bis Ende 2005 nicht beurteilt werden.

---

[828] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten (PsychE-UmwG) vom 25.05.2004, Drucksache 15/3495.
[829] Auszug aus Protokoll der 118. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seite 9178.
[830] Bericht und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses zum Entwurf eines Gesetzes zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten (PsychE-UmwG) vom 16.09.2004, Drucksache 15/3641 (neu).
[831] Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP) und Antwort der Landesregierung – Finanzminister – zur Privatisierung der Fachkliniken, Drucksache 16/10 vom 23.03.2005.

Auf Bundesebene war vorgesehen, die Leistungsabrechnung für Krankenhäuser ab dem Jahr 2003, verbindlich ab dem Jahr 2004, vollständig auf DRG-Basis, d.h. Fallpauschalen, umzustellen[832]. Das Krankenhausentgeltgesetz sollte zu diesem Zeitpunkt die bisherige Bundespflegesatzverordnung ersetzen. Die Jahre 2003 und 2004 wurden dabei budgetneutral umgesetzt, ab dem Jahr 2005 waren landesweite Basisfallwerte zu vereinbaren, an die sich die Krankenhäuser in einer sogenannten Konvergenzphase schrittweise annähern mussten. Die Vertragsparteien hatten sich bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte am voraussichtlichen Ausgabevolumen der Krankenkassen für das Jahr 2004 zu orientieren[833]. Ziel der Umstellung des Vergütungssystems war eine höhere Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser; Ziel der Orientierung am Ausgabevolumen der Krankenkassen war die Beitragsstabilität. Die bisher teureren Krankenhäuser müssten ihre Kosten reduzieren, um ein ausgeglichenes Ergebnis erzielen zu können, wobei gerade die Universitätsklinika finanzielle Nachteile befürchten würden[834].

Hierbei handelte es sich grundsätzlich um einen bundesweiten Sachverhalt. Für das Land Schleswig-Holstein bzw. für die Krankenhäuser des Landes, bestand das besondere Problem darin, dass sich die Landesbasisfallwerte an den Ausgaben der Krankenkassen des Jahres 2004 orientieren sollten. Aufgrund vorheriger Einsparungen, insbesondere auch durch die Budgetvereinbarung 1989 der damaligen Universitätsklinika Kiel und Lübeck, waren die Ausgaben der Krankenkassen nachhaltig auf niedrigem Niveau verblieben. Das führte dazu, dass letztendlich auch der Landesbasisfallwert für das Land Schleswig-Holstein sehr niedrig war. Speziell betroffen hiervon war das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, weil hier der geringe Landesbasisfallwert, hohe medizinische Kosten bei gleichzeitig nur unzureichender Abbildung der Universitätsklinika im Entgeltgesetz zusammentrafen. Seitens der Landesregierung mussten jedoch keine wesentlichen Entscheidungen getroffen werden.

[832] Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.04.2002.
[833] gemäß § 10 Absatz 2 FPG.
[834] Bericht der Landesregierung zur Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) an Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern, Drucksache 15/2316 vom 03.12.2002.

1.9. Darstellung einzelner Fallbeispiele

1.9.1. Fallbeispiel I: Prozess Krankenhausplanung insgesamt

Den Beginn der strukturierten Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein markiert die Einrichtung des Beirates für Krankenhausfragen durch das damals für Gesundheitsfragen zuständige Innenministerium im Jahr 1967[835]. Hintergrund der Einrichtung war die auf Bundesebene beabsichtigte Einführung einer gesetzlichen Grundlage zur Krankenhausfinanzierung, wonach das Krankenhauswesen in den kommenden Jahren zur Gemeinschaftsaufgabe von Bund und Ländern werden könnte und dass die Länder - bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen - Mittel für die Krankenhäuser vom Bund erhalten könnten. Die Leitung des Beirates für Krankenhausfragen oblag der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums. Aufgabe des Beirates war die Erarbeitung eines Krankenhausplanes für eine umfassende krankenhausmäßige Versorgung der Bevölkerung. Dazu gehörten auch Organisationsfragen, Fragen zur Finanzierung sowie personelle Besetzungen der Krankenhäuser. Eingeschlossen in die Planung waren auch die Themenbereiche Unfallversorgung, Krankentransport sowie die Unterbringung von Pflegefällen. Mitglieder des Beirates waren Vertreter der verschiedenen am Gesundheitsprozess beteiligten Einrichtungen, insbesondere Ministerialbeamte, Chefärzte verschiedener Fachrichtungen und Kliniken sowie Vertreter der Krankenkassen. Zu Einzelfragen wurden zusätzlich Sachverständige hinzugezogen[836].

Bereits im Vorfeld der Krankenhausplanung wurde von der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums eine grundlegende Darstellung der Entwicklung des Krankenhauswesens in Schleswig-Holstein verfasst[837]. Darin wurde u.a. der Wandel der Krankenhausbehandlungen vor dem Hintergrund der rasant wachsenden technischen und medizinischen Möglichkeiten beschrieben. Das Durchschnittsalter der Patienten würde zunehmen und die Aufnahmekapazitäten der Krankenhäuser würden

[835] Vermerk - IV 63 – 700 A - über die 1. Sitzung des Beirates für Krankenhausfragen vom 29.06.1967 sowie Redemanuskript für eine Grundsatzrede des Innenministers, AZ IV 63 – 700 vom 16.01.1968, (LAS, Abt. 761, Bd.1).
[836] Mitgliederliste des Innenministeriums aus 06/1967 sowie Teilnehmerliste der 2. Sitzung des Beirates für Krankenhausfragen vom 05.10.1967, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[837] Redemanuskript „Das Krankenhauswesen in Schleswig-Holstein“, Innenministerium, 11/1966, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

dem „Ansturm“ der Patienten oftmals nicht mehr gewachsen sein. Als einer der Gründe hierfür wurde eine Verlagerung medizinischer Ereignisse, wie z.B. Geburten oder Tod, in den Krankenhausbereich angeführt. Mit der Änderung des Durchschnittsalters der Patienten würden sich auch die zu behandelnden Krankheiten verändern. Hätten früher eher akute Erkrankungen oder Unfälle überwogen, so würden zum Berichtszeitpunkt und auch künftig mehr langandauernde Verschleißerscheinungen oder bösartige Geschwülste etc. zu behandeln sein. Daraus wurde abgeleitet, dass sowohl die stationäre internistische Behandlung als auch die Chirurgie von besonderer Bedeutung seien und die Grunddisziplinen für jedes Krankenhaus darstellen sollten. Weitere Hauptdisziplinen waren die Gynäkologie/Geburtshilfe und die Pädiatrie. Die übrigen Fachdisziplinen sollten wegen des damit verbundenen Aufwandes auf einige wenige Großkrankenhäuser konzentriert werden.

In den ersten Sitzungen des Gesundheitsbeirates wurden zunächst die Eckdaten der Hauptdisziplinen vorgestellt und besprochen. Themen waren dabei u.a. die notwendige Anzahl der Behandlungen im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses, die durchschnittlichen Verweildauern, die Entfernungsfrage sowie Intensivstationen, Röntgenabteilungen, notwendige Laborkapazitäten und ähnliches[838]. In die Krankenhausplanung einbezogen werden sollte auch die zu diesem Zeitpunkt noch am Anfang stehende Morbititätsstatistik, in der die Patienten nach Alter, Geschlecht, Diagnose und Verweildauer erfasst wurden. Vorbild hierfür waren u.a. entsprechende Statistiken aus den skandinavischen Ländern[839]. Weiterhin wurden Standort-Voraussetzungen für Krankenhausneubauten insbesondere in den ländlichen Bereichen festgelegt. Dazu zählten Einwohnerzahl, Mittelpunktcharakter des Ortes, Versorgungseinrichtungen, ausreichendes Dienstleistungsgewerbe, Schulen und ähnliches. Dies war wichtig vor dem Hintergrund der damaligen Wirtschaftslage, um die Krankenhäuser und deren Umfeld auch für das künftige Personal attraktiv zu machen[840].

Das Gebiet des Landes Schleswig-Holstein, bezeichnet als Planungsregion, wurde in fünf Planungsräume unterteilt, innerhalb derer – mit Ausnahme der Maximalver-

[838] Protokolle der 2. und 3. Sitzung des Beirats für Krankenhausfragen vom 05.10.1967 bzw. 03.11.1967, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[839] Manuskript für Grundsatzrede des Innenministers vom 16.01.1968, Seite 2, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[840] Protokoll der 7. Sitzung des Beirats für Krankenhausfragen vom 29.01.1968, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

sorgung – jede erforderliche Krankenhausleistung zur Verfügung stehen sollte[841]. Dazu war notwendig, dass die einzelnen Krankenhäuser bestimmte Mindestleistungen erbringen mussten, die sich dann innerhalb eines Planungsraumes gegenseitig ergänzen konnten. Zu berücksichtigen waren hierbei die besonderen geographischen Verhältnisse des Landes mit sehr strukturschwachen Gebieten auf der einen Seite und den Großstädten Kiel und Lübeck und dem sogenannten „Speckgürtel“ um Hamburg auf der anderen Seite.

Anfang 1970 begann eine eingehende und längere Diskussionsphase, indem ein erster Entwurf der Krankenhausplanung vom Innenministerium an die Landräte und Oberbürgermeister geschickt[842] und auch beispielsweise in der Ärztekammer vorgestellt wurde. Auch im Rahmen der Regierungserklärung des 1971 neu gewählten Ministerpräsidenten Stoltenberg wurde auf die Krankenhausplanung eingegangen[843]. Gemäß des Gesundheitsministers Claussen stünde zu diesem Zeitpunkt die rechtzeitige Vorlage des Krankenhausplanes im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik des Landes, damit das zu dem Zeitpunkt noch im Entwurf befindliche Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes auch in Schleswig-Holstein sofort in Kraft treten könne. Eingegangen wurde dabei auch auf die Zahl der Krankenhausbetten, die flankierenden Maßnahmen und die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung. Der damalige Planungsstand sah vor, dass insgesamt 16 kleinere Krankenhäuser mit insgesamt 1.016 Betten stillgelegt werden sollten, was insbesondere in diesen Standorten zu erheblichen Diskussionen führte. Als Ersatz für den Wegfall der kleineren Krankenhäuser waren jedoch eine Kapazitätserweiterung und ein Ausbau oder Neubau von über 20 bestehenden Krankenhäusern geplant. Das Finanzierungsvolumen hing vom Inkrafttreten und der Ausgestaltung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes ab.

[841] Beitrag „Zur Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein“, Autoren: F. Beske und R. Beschorner, Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 03/1970, Seiten 187 - 202, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[842] Schreiben des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein, AZ: IV 63 – 70 A – an die Landräte und Oberbürgermeister vom 11.02.1970, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[843] Auszug aus dem Protokoll der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten Stoltenberg vom 26.05.1971, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Mitte 1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes beschlossen[844]. Zentrale Elemente des Gesetzes waren die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips sowie die teilweise Übernahme von Investitionskosten der Krankenhäuser, allerdings unter der Prämisse, dass die Länder entsprechende Krankenhausbedarfspläne aufstellen würden. Im Oktober 1973, innerhalb der vom KHG vorgegebenen Frist, wurde der Krankenhausbedarfsplan für das Land Schleswig-Holstein beschlossen und veröffentlicht[845]. Als Planungszeitraum für den Bedarfsplan wurden acht Jahre (31.12.1972 bis 31.12.1980) zugrunde gelegt. In der verabschiedeten Krankenhausplanung wurden neun Krankenhäuser aufgeführt, deren Bettensoll zum Ende des Planungszeitraumes „Null“ betragen sollte. In der Planung war jedoch kein Krankenhaus enthalten, welches ohne entsprechende Ersatzmaßnahme stillgelegt werden sollte. Es erfolgte zudem eine Konzentration auf wenige, dafür aber größere Krankenhäuser.

Festzustellen ist, dass die Einrichtung des Beirats für Krankenhausfragen unter der Leitung von Beske einen deutlichen Einschnitt in die Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein darstellte. Ab diesem Zeitpunkt wurden sehr zielorientiert und kontinuierlich die notwendigen Vorarbeiten für die Krankenhausplanung des Landes geleistet. Allerdings war dieses kein Thema, welches ausschließlich auf die Landesgrenzen Schleswig-Holsteins begrenzt war, da seitens der Bundesregierung beabsichtigt war, die Krankenhausfinanzierung in absehbarer Zeit neu zu regeln. Im endgültigen Krankenhausplan wurden nur ein Teil der Vorschläge des Beirats als Planungsvorgabe aufgenommen. Davon wiederum wurde nur ein Teil der Planungsvorgaben tatsächlich bis zum Ende des Planungszeitraumes, Ende 1980, umgesetzt. Beeinflusst wurde die Planung zweifelsohne durch die Gesundheitssysteme in Skandinavien oder auch Großbritannien, hierbei insbesondere die Morbiditätsstatistiken, die im Rahmen einer Grundsatzrede des Innenministers als „vorzügliche Leistungen“ bezeichnet wurden.

Nachdem im Jahr 1978 erstmals ein aus der ursprünglichen Krankenhausplanung herausgelöster Psychiatrieplan verabschiedet wurde, erfolgte im Herbst 1979 die

[844] Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG), Bundesgesetzblatt 1972, Teil 1, Nr. 60, Seiten 1009 ff.
[845] Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 45/1973, Seiten 911 ff.

Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplanes für das Land Schleswig-Holstein, welcher die Planung des Jahres 1973 ersetzte[846]. Neu in die Planung aufgenommen wurden Privatkliniken, in der Regel Fachkliniken für Chirurgie oder für Geburtshilfe und Gynäkologie, welche Regelversorgungsaufgaben wahrnahmen und die Hochschulkliniken Kiel und Lübeck, die zwar nicht nach dem KHG gefördert wurden, die aber eine wesentliche Bedeutung für die Krankenhausversorgung des Landes Schleswig-Holstein hatten. Die Planung erfolgte weiterhin innerhalb der fünf Planungsräume mit Unterscheidung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen. Weitere Auffälligkeiten der Krankenhausplanung von 1979 waren eine deutliche Bettenaufstockung der Medizinischen Hochschule zu Lübeck, dem Kreiskrankenhaus Brunsbüttel und dem Stadtkrankenhaus Rendsburg. Der Planungszeitraum reichte bis zum 31.12.1986. Ein umfangreicher Diskussionsprozess, wie noch zur Krankenhausplanung des Jahres 1973, war hingegen nicht ersichtlich.

In der folgenden Zeit entwickelten sich die Krankenhäuser zunehmend zur größten Ausgabenposition der Krankenkassen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und das damit verbundene Selbstkostendeckungsprinzip wurden kritisiert[847]. Unterstellt wurde, dass die steigenden Ausgaben der Krankenhäuser in gleicher Weise zu Beitragserhöhungen der gesetzlichen Krankenversicherungen führen würden, wenn keine Korrekturen des KHG erfolgen würden. Daneben wurde eine Diskussion um ein vermutetes Überangebot an Krankenhausbetten geführt. Gefolgert wurde, dass eine Änderung der Krankenhausfinanzierung in der Art erfolgen müsse, dass diese sich mehr als bisher an marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten orientiere. Um den Krankenhäusern Anreize zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung zu schaffen, sollten künftig Gewinne, oder im umgekehrten Fall auch die Verluste, in den Krankenhäusern verbleiben[848]. Anreize für eine Erhöhung der Verweildauern sollten jedoch vermieden werden. Ein wesentlicher Schritt zur Dämpfung des Anstiegs der Krankenhauskosten sollte auch eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung darstellen, wobei der ambulante Teil gestärkt werden sollte.

---

[846] Beschluss der Landesregierung vom 09.10.1979, Veröffentlichung im Amtsblatt Schleswig-Holstein, Nr. 50/1979, Seiten 765 ff.
[847] Beiträge „Schwerpunkte und Perspektiven der gesundheits- und berufspolitischen Situation“, Autor: Prof. Dr. Fritz Beske, Kiel, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1982, Seiten 11 – 14 sowie 25/1982, Seiten 87 – 93.
[848] Anlage zu TOP 14 der Gesundheitsministerkonferenz vom 17. + 18.11.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Mit Veröffentlichung im Amtsblatt für Schleswig-Holstein erfolgte Anfang des Jahres 1986 die formale Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans, nachdem wenige Monate zuvor die Landesregierung die Verlängerung des Planungszeitraumes bis Ende 1988 beschlossen hatte[849]. Die Planungsrichtwerte hinsichtlich Entwicklung der Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit, durchschnittlicher Verweildauer etc., entsprachen damit weiterhin denen des Jahres 1979.

Im Frühjahr 1986 wurde vom Sozialministerium als „Entscheidungshilfe“ ein Beratungsunternehmen damit beauftragt, ein Gutachten zur Krankenhausplanung des Landes zu erstellen. Hauptansatzpunkt für die Bedarfsanalyse war die Ermittlung nicht-medizinisch begründeter Verweildaueranteile in den Krankenhausbehandlungen mit dem Ziel, die durchschnittliche Verweildauer und den Bettenbestand und damit die Kosten bzw. den Kostenanstieg abzusenken[850].

Die Grundlagen für die Krankenhausplanung 1979 wurden aus der vormaligen Planung des Jahres 1973 übernommen. Eine ihrer wesentlichen Auffälligkeiten waren die Bettenaufstockungen verschiedener Krankenhäuser und die Aufnahme der Privatkliniken in die Planung. Die aktuelle Krankenhausplanung erfolgte somit weitgehend im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung. Besondere Akzente wurden mit der Planung nicht gesetzt, obwohl dies vielleicht aufgrund der Kostenentwicklung des Krankenhaussektors insgesamt notwendig gewesen wäre. Zum Jahreswechsel 1985/1986 wurde erstmals der Planungszeitraum verlängert und der Plan lediglich formal unter Beibehaltung der Planungsrichtwerte der Vor-Periode fortgeschrieben. Ebenfalls erstmals wurde in diesem Zeitraum ein externes Beratungsunternehmen beauftragt, ein Gutachten hinsichtlich der Krankenhausplanung zu erstellen. Dies ist der Eckpunkt, in denen das Sozialministerium die fachliche Kompetenz zunehmend auf externe Sachverständige verlagerte und demgegenüber eigenes Fachwissen reduzierte.

Es wurde weiterhin über die Kostenentwicklung im Gesundheits- und speziell auch im Krankenhauswesen diskutiert. Gemäß des Sachverständigenrates der Konzertier-

[849] Erlass des Sozialministers vom 16.12.1985, AZ: - IX 420 a – 404.111 –, Veröffentlichung im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 03/1986, Seiten 22 ff.
[850] Quelle: Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26/1990, Seite 351.

ten Aktion hätten beispielsweise die Länder zwar wiederholt auf ihre Bemühungen zum Bettenabbau hingewiesen, eine wesentliche Bettenreduzierung hätte jedoch nicht stattgefunden[851]. Weitere Möglichkeiten zur Kostenreduzierung innerhalb der stationären Krankenhausbehandlung schienen auch die Einführung einer vorstationären Diagnostik sowie einer nachstationären Behandlung zu sein. Dieser von der Deutschen Krankenhausgesellschaft unterbreitete Vorschlag wurde allerdings entschieden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgelehnt[852]. In diesem thematischen Umfeld wurde Mitte 1988 von der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG) das etwas mehr als zwei Jahre zuvor vom Sozialministerium in Auftrag gegebene Gutachten zur Krankenhausplanung vorgelegt[853].

Hinsichtlich des methodischen Ansatzes basierte das Gutachten der GSbG vorrangig auf mathematischen Ermittlungen, mathematischer Beweisführung und statistischer Absicherung zuvor gemachter Einschätzungen und aufgestellter Thesen[854]. Wesentlicher Bestandteil des Gutachtens war die Ermittlung medizinisch notwendiger Verweildauern. Es wurde versucht, die nicht-medizinisch begründeten Einflussfaktoren zu ermitteln und diese aus den Gesamt-Verweildauern herauszulösen. Hierzu wurden zunächst hinsichtlich Diagnose, Zahl der Nebendiagnosen, Alter etc. möglichst vergleichbare Pateientengruppen, jedoch in unterschiedlichen Akutkrankenhäusern, gebildet und diese einer krankenhausvergleichenden Analyse unterzogen. Zusätzlich wurden Unterteilungen nach Größe und Versorgungsstufe der Krankenhäuser, Größe der jeweiligen Abteilungen, Auslastungsgrad etc. vorgenommen. Die Datenbasis hierfür bildete die in Schleswig-Holstein geführte Krankenhausdiagnosestatistik. Im Ergebnis zeigten sich unterschiedliche durchschnittliche Verweildauern vergleichbarer Patientengruppen in unterschiedlichen Krankenhäusern. Ausgehend von der Annahme, dass in allen Krankenhäusern die medizinische Versorgung ordnungsgemäß war, wurde daraus gefolgert, dass die höheren Verweildauern eines Teiles der Krankenhäuser auf nicht-medizinische Einflussfaktoren zurückzuführen war.

---

[851] Beitrag „Krankenhaus braucht Anreize zum Sparen“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1987, Seiten 368 ff.
[852] Beitrag „Vorstationäre Diagnostik / nachstationäre Behandlung?“, Autor: Günther Iversen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/1987, Seite 542.
[853] Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein, Autoren: Hans-Heinrich Rüschmann, Reinhold Thode, Volker Schultz und Christian Rotering, Herausgeber GSbG, Kiel, 1988.
[854] Quelle: GSbG-Gutachten zur Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein, 1988.

Der zweite wesentliche Bestandteil des Gutachtens neben der Analyse der Verweildauern war die Ermittlung der künftigen Krankenhausbedarfe als Grundlage für die Krankenhausplanung des Landes. Hierzu sollte gemäß Rüschmann die Morbiditätsstatistik herangezogen werden. Da die hierfür notwendigen Daten, wie Bevölkerungsentwicklung, Morbiditätsziffern sowie Diagnose- und Altersgruppen bezogene Verweildauern jedoch nicht in valider Form vorlagen, hatte Rüschmann als Alternative hierzu ein eigenständiges mathematisches Verfahren, basierend auf der Fallzahlentwicklung nach Diagnosen und Altersgruppen, entwickelt[855]. Der universitäre Bereich mit den Universitätskliniken Kiel und Lübeck wurde insbesondere aufgrund der Aufgaben für Forschung und Lehre einer gesonderten Betrachtung unterzogen.

Bedingt durch die Landtagswahl 1988, bei der die SPD die absolute Mehrheit erzielte und die CDU in der Regierungsverantwortung ablöste, ergab sich wiederum ein wesentlicher Einschnitt in die Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein. Die SPD-Regierung wollte dem sogenannten Rüschmann-Gutachten, welches einen Abbau erheblicher Krankenhauskapazitäten vorsah, nicht ohne weiteres folgen. Ausdrücklich wurde vom Sozialminister Jansen darauf hingewiesen, dass sich aus den Empfehlungen des Gutachters in keiner Weise eine „Entscheidungsautomatik“ ergeben würde[856]. Jansen beabsichtigte, bis Februar 1989 einen eigenen Entwurf zur Krankenhausplanung vorzulegen. Absehbar schien aber bereits zu diesem Zeitpunkt, dass die Vorschläge des sogenannten Rüschmann-Gutachtens wohl nicht realisiert würden[857]. Im Dezember wurde die Fortschreibung des Krankenhausplanes um weitere zwei Jahre, bis jetzt 31.12.1990, verlängert[858].

In der Folgezeit entspann sich eine kontroverse Diskussion über das „Rüschmann-Gutachten“. Beispielsweise wurde von den Klinikdirektoren des Universitätsklinikums

[855] GSbG-Gutachten, Morbiditätsanalyse – Verfahrensbegründung“, Seite 94.
[856] Auszug aus Artikel „Kiel schiebt Krankenhaus-Entscheidung auf“ im Flensburger Tageblatt vom 04.08.1988, Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/1988, Seiten 514 + 515.
[857] Kurzbeitrag „Landesregierung forciert Krankenhausplanung“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1988, Seite 644.
[858] Erlass des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein vom 07.12.1988, AZ: - IX 420 b – 404.11 –, Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 50/51/1988, Seite 522.

Kiel eine gemeinsame Stellungnahme zum Gutachten veröffentlicht, in welcher auf Mängel hinsichtlich der Datenerhebung und der Interpretation hingewiesen wurde[859]. Hingewiesen wurde darauf, dass sich eine Verminderung der Krankenhausbetten in besonderer Weise negativ auf die Patientenbehandlung auswirken würde.

Die Landesregierung hingegen war nach zuvor geführten Regionalgesprächen zu der Auffassung gelangt, dass den Empfehlungen des Rüschmann–Gutachtens in wesentlichen Punkten nicht gefolgt werden könne[860]. Auf Basis einer eigenen durchgeführten Bedarfsanalyse wurde dargestellt, dass zwar insgesamt ein Abbau von Planbetten notwendig sei, jedoch anstelle der von Rüschmann vorgeschlagenen rd. 1.500 Betten nur von 527 Betten. In bestimmten Bereichen müsse sogar ein Bettenaufbau erfolgen. Darüber hinaus sollten in mehreren Krankenhäusern geriatrische Abteilungen aufgebaut werden.

Im September 1989 folgte eine gemeinsame Stellungnahme der Krankenkassenverbände zum zwischenzeitlich von der Landesregierung vorgelegten Entwurf der Krankenhausplanung[861]. Die Krankenkassen bestanden darauf, dass die Krankenhausversorgung finanzierbar bleiben müsse; eine Fehlbelegung der Krankenhausbetten, wie von Prof. Rüschmann dargestellt, sei nicht von den Krankenkassen zu finanzieren. Das Ergebnis des Gutachtens der GSbG wurde von den Krankenkassen somit ausdrücklich begrüßt.

Wiederum einige Wochen später erschien die sogenannte „Lila-Broschüre“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein, mit welcher ebenfalls eine Stellungnahme zum sogenannten Rüschmann-Gutachten und zur Krankenhausplanung des Landes abgegeben wurde[862]. Danach wurden aus Sicht der Ärzteschaft die Grundüberlegungen des Rüschmann-Gutachtens zwar grundsätzlich geteilt, die hieraus resultierenden Einzelempfehlungen wurden jedoch nicht akzeptiert.

---

[859] Stellungnahme von Prof. Dr. Rudert, Direktor der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde des Universitätsklinikums Kiel sowie Prof. Dr. Wawersik, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Kiel, veröffentlicht im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, Ausgabe 01/1989, Seiten 39 – 40.
[860] Informationsbroschüre („Lila Broschüre“) der Ärztekammer Schleswig-Holstein, 10/1989, Seite 3.
[861] Gemeinsame Stellungnahme des AOK-Landesverbandes SH, des IKK-Landesverbandes SH, des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Hamburg-SH, der Schleswig-Holsteinischen Landwirtschaftlichen Krankenkasse, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. vom 05.09.1989.
[862] Informationsbroschüre der Ärztekammer Schleswig-Holstein, 10/1989.

Die allgemeine Krankenhausplanung für die Jahre 1990 bis 1995 wurde vom Sozialministerium im Juni 1990 vorgelegt[863]. Trotz „grundsätzlich positiver Beurteilung“ konnte dem als Entscheidungshilfe in Auftrag gegebenen Gutachten der GSbG in wesentlichen Bereichen nicht gefolgt werden. Die Schwerpunkte der Planung waren hingegen der Aufbau der geriatrischen sowie der Ausbau der psychiatrischen Versorgung.

Hintergrund der damaligen Auftragsvergabe an die GSbG war das bis dahin scheinbar nicht sachgerechte Verfahren bisheriger Krankenhausplanungen. Die bisherigen Krankenhausplanungen basierten auf Annahmen und Hochrechnungen hinsichtlich der medizinischen Entwicklung, der Bevölkerungsentwicklung etc.. Das Gutachten der GSbG sollte demgegenüber auf wissenschaftlicher Grundlage eine Berechnung der künftigen Krankenhausbedarfe ergeben. Das Gutachten mag mathematisch richtig gewesen sein – obwohl auch dieses auf Annahmen basierte – dennoch zeichnete es sich durch Realitätsferne aus, polarisierte die Akteure und war daher nicht umsetzbar. Das wird deutlich an den verschiedenen Diskussionsrunden, Regionalkonferenzen und Stellungnahmen der unterschiedlichen Akteure. Erschwerend kam für den Gutachter allerdings hinzu, dass während der Erstellung des Gutachtens der Regierungswechsel erfolgte und zum Zeitpunkt der Vorlage des Gutachtens der ursprüngliche Auftraggeber nicht mehr in der Regierungsverantwortung war. Die SPD-Landesregierung hatte daraufhin eine eigene Krankenhausplanung mit eigenen Schwerpunkten erstellt, die jedoch ebenfalls Widerstand, diesmal bei den Befürwortern des Rüschmann-Gutachtens, hervorrief. Vor diesem Hintergrund ist es als sehr positiv zu werten, dass die Krankenhausplanung – noch dazu mit deutlichen Akzenten des Sozialministers – beschlossen wurde.

Ebenso positiv zu bewerten ist, dass von Rüschmann mit dem „Kieler Modell“ und dem anschließenden Modellversuch in der Parkklinik Manhagen der Beweis geführt wurde, dass es möglich war, mit diesem Finanzierungsmodell die durchschnittliche Verweildauer der Patienten und damit auch die Kosten der Krankenhausbehandlungen erheblich zu senken. Auf der Grundlage dieses Modells wurde einige Jahre spä-

[863] Erlass des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein – IX 420 a – 401.111.44 – vom 07.06.1990, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26/1990, Seiten 348 ff.

ter die Leistungsabrechnung aller Krankenhäuser der Bundesrepublik auf DRG´s umgestellt.

In den Folgejahren ergaben sich zunächst zwei kurz aufeinanderfolgende personelle Wechsel an der Spitze des Sozialministeriums. Der Sozialminister Jansen trat Anfang 1993 zurück, nach einer kurzen Interimszeit folgte im Mai 1993 Heide Moser als Sozialministerin nach. Die Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik veränderte sich daraufhin. Sachverhalte hinsichtlich der Krankenhausplanung traten eher in den Hintergrund.

Im Jahr 1995 war eine aktualisierte Bundespflegesatzverordnung (BPflV 1995) in Kraft getreten, welche erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser hatte. Im Gegensatz zu dem bisherigen Recht sah die BPflV 1995 keine allgemeinen tagesgleichen Pflegesätze mehr vor, sondern einen geringeren Basispflegesatz zuzüglich unterschiedlicher Abteilungspflegesätze. Weiterhin wurden als wesentliche Änderung Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt. Auf einer Informationsveranstaltung der Ärztekammer wurde vom dortigen Referenten, Prof. Rüschmann, erklärt, dass erstmals die Leistung im Krankenhausbereich im Vordergrund stünde und die Krankenhäuser sich insgesamt dem Wettbewerb stellen müssten[864]. Für das Jahr 1996 wurde bereits in Aussicht gestellt, das die Fallpauschalen deutlich sinken würden. Es wurde weiter ausgeführt, dass künftig Spezialisierungen und Kooperationen im Krankenhausbereich unumgänglich seien und es wurde davon ausgegangen, dass künftig die Krankenkassen noch größeren Einfluss auf die Kostengestaltung der Krankenhäuser nehmen könnten.

Im Dezember 1995 wurde im Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung Beteiligten der Planungszeitraum des damaligen Krankenhausplanes um drei Jahre, bis zum 31.12.1998, verlängert[865].

[864] Beitrag „Das Krankenhaus im Umbruch“, Autor: Dietrich Steinhorst, 25588 Mehlbek, Bericht über eine Veranstaltung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 07.11.1995, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1996, Seiten 24 – 26.
[865] Erlass der Ministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Frau Heide Moser – IX 421 a – vom 12.12.1995, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein Nr. 52/1995, Seite 893.

Es ist kennzeichnend für die Gesundheitspolitik dieses Zeitraumes, dass Ende 1995 nicht, wie vorgesehen, eine Fortschreibung der Krankenhausplanung von 1990 vorgenommen wurde, sondern der Planungszeitraum lediglich verlängert wurde. Aufgrund der Änderung in der Vergütungssystematik wäre hingegen eine Überarbeitung der Krankenhausplanung zwingend erforderlich gewesen. Die notwendigen Informationen im Zusammenhang mit den Änderungen der Finanzierungsystematik der Krankenhäuser erfolgten in dieser Zeit weitgehend durch die Ärztekammer und der GSbG. Die Landesregierung selbst bzw. das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde der Krankenhäuser, traten hierbei nicht oder nur in geringem Umfang in Erscheinung, obwohl diese Informationspflicht eigentlich der Landesregierung oblag. Wesentliche Entscheidungen seitens der Landesregierung sind in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich.

Im Verlaufe des Jahres 1996 wurde erneut die GSbG vom Sozialministerium beauftragt, unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungen, ein Gutachten zur Krankenhausplanung zu erstellen[866].

Im Frühjahr 1997 war die Krankenhausplanung erstmals wieder Gegenstand der Beratungen des Landtages[867]. Die CDU-Fraktion hatte einige Tage zuvor einen Bericht der Landesregierung beantragt, in welchem diese u.a. darlegen sollte, welche Vorgaben dem Gutachter für eine zukunftsgerichtete Planung gemacht wurden und wie sich die Landesregierung eine länderübergreifende Zusammenarbeit mit Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern vorstelle. Erstmals wurde in diesem Zusammenhang der Investitionsstau in den Klinken thematisiert.

Wenige Monate später teilte die Sozialministerin im Sozialausschuss mit, dass die Krankenhausplanung des Landes nicht 1998, sondern frühestens zum 01.01.2000 fortgeschrieben werden könne[868]. Als Begründung hierfür wurde angeführt, dass die Zulieferung von Daten der Krankenhäuser an den Gutachter erst im Jahr 1998 erfolgen könnte.

---

[866] Quelle: Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein, Abschnitt A 1.1 Allgemeiner Teil, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 21/2001, Seiten 259 ff.
[867] Auszug aus Protokoll der 27. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 13.03.1997, Protokoll-Nr. 14/27, Seiten 1849 – 1861.
[868] Auszug aus ‚Protokoll der 23. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 29.05.1997.

Im März 1999 wurde von der Opposition im Landtag erneut ein Bericht der Landesregierung über den Stand der Krankenhausplanung eingefordert, nachdem der Abgabetermin des Gutachtens mehrfach verschoben wurde[869]. Als vorrangige Begründung für die Verzögerung wurde von der Sozialministerin angegeben, dass in dem Gutachten mit einer bisher „bundesweit einmaligen Vorgehensweise“ der Bedarf für akutstationäre Krankenhausbehandlung festgestellt werden sollte[870]. Darüber hinaus wurden als Begründung die nicht zeitgerechte Lieferung von Daten der Krankenhäuser an den Gutachter sowie die Einbeziehung der Krankenkassen in die Planung angeführt. Im Dezember 1999 wurde dann der Planungszeitraum der seit 1990 gelten Krankenhausplanung um ein weiteres Jahr, bis zum 31.12.2000, verlängert[871].

Das Gutachten der GSbG wurde der Landesregierung im Frühjahr 2000 übergeben[872]. Es wurde dabei von insgesamt kürzeren Krankenhausaufenthalten, einer Bettenreduzierung und einer damit verbundenen Erhöhung der Leistungsdichte ausgegangen. Wie bereits im Vorfeld der Krankenhausplanung 1990, wurde auch hier von der Landesregierung betont, dass das von der GSbG erstellte Gutachten nicht die eigentliche Krankenhausplanung sei, sondern lediglich eine Facette innerhalb des Planungsprozesses darstellen würde[873]. Die Entscheidung über die Krankenhausplanung wäre nicht vom Gutachter, sondern von den politischen Mandatsträgern zu treffen.

Die Krankenhausplanung für den Zeitraum bis 31.12.2005 wurde im Mai 2001 von der Landesregierung beschlossen und bekannt gegeben[874]. Basis der Planung war das im Jahr 2000 von der GSbG vorgelegte Gutachten. Bereits für das Jahr 2001 wurde ein Kapazitätsabbau von 400 Betten ermittelt. In einer Zwischenfortschreibung

---

[869] Antrag der Fraktion der FDP zur Krankenhausplanung Schleswig-Holstein vom 09.03.1999, Drucksache 14/2028.
[870] Auszug aus Protokoll der 80. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 24.03.1999, Protokoll-Nr. 14/80, Seiten 5999 – 6006.
[871] Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales - IX 421 – vom 07.12.1999, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 51/1999, S. 702.
[872] Quelle: Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Werner Kalinka und Klaus Klinckhamer (CDU) zur Krankenhaus-Rahmenplanung für Schleswig-Holstein vom 17.05.2000, Drucksache 15/107, Punkt 3.
[873] Auszug aus Protokoll der 09. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 14.07.2000, Protokoll-Nr. 15/09, Seiten 613 – 625.
[874] Erlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz – IX 421 – vom 08.05.2001, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 21/2001, Seite 259 ff.

im Jahr 2003 mit Zahlen des Jahres 2001 sollten weitere Zielvorgaben erfolgen. Insgesamt war in der Planung ein Aufbau von Planbetten bei gleichzeitiger Verminderung der Fallzahlen, zu verzeichnen.

Das Gutachten der GSbG zur Krankenhausplanung wurde erneut von den Akteuren stark kritisiert. Auch auf Bundesebene wurde das sogenannte Rüschmann-Gutachten als „kaum brauchbar für die Praxis“ bezeichnet[875]. Die Mitglieder der Beteiligtenrunde setzten eine Arbeitsgruppe ein, die die Vorschläge der GSbG hinsichtlich der Durchführbarkeit prüfen sollte[876]. Die GSbG stand jedoch für die Zwischenfortschreibung des Krankenhausplanes 2001 nicht mehr zur Verfügung[877]. Die in der Krankenhausplanung des Jahres 2001 als notwendig bezeichnete Zwischenfortschreibung fand daraufhin nicht statt[878].

Ende des Jahres 2005 wurde der Planungszeitraum für die Krankenhausplanung um vier Jahre, bis Ende 2009, verlängert[879].

Dass die Krankenhausplanung erst mit einem Zeitverzug von fünf bis sechs Jahren fortgeschrieben wurde, war ein auf Schleswig-Holstein begrenztes Problem. Einerseits hatte die Landesregierung den Auftrag zur Erstellung des Gutachtens erst zu spät erteilt und andererseits war die Systematik der Erstellung des Gutachtens nur bedingt geeignet, als Grundlage für die Krankenhausplanung herangezogen zu werden. Das wird deutlich an den sehr umfänglichen Daten, die von den einzelnen Krankenhäusern erstellt werden mussten, an der Diskussion im Nachgang des Gutachtens und am Verzicht auf wesentliche Bearbeitungsschritte, wie die für 2003 vorgesehen Zwischenfortschreibung. Die Entscheidungen zu Details der Krankenhausplanung wurden nicht von der Landesregierung, wohl aber vom beauftragten Gutachter aktiv herbeigeführt. Die Entscheidungsfindung war in diesem Fall sehr umstritten, stand aber letztendlich im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung, da auch

[875] Beitrag „Krankenhausbedarfsplanung – Kaum brauchbar für die Praxis“, Autor: Dr. rer.pol. Harald Clade, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe 45/1998, Seiten A2918 – A2919.
[876] Tätigkeitsbericht des Jahres 2000 der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 09/2001.
[877] Tätigkeitsbericht des Jahres 2001 der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/2002.
[878] Quelle: Tätigkeitsbericht 2001 der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 08/2002, Seiten 75 – 76.
[879] Erlass des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein – VIII 421 – vom 11.11.2005, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Ausgabe 50/2005 vom 12.12.2005.

bereits die vorherige Krankenhausplanung des Jahres 1990 vom gleichen Gutachter begleitet wurde. Die Systematik der Erstellung des Gutachtens war allerdings verändert worden und war trotz aller aufgetretenen Probleme ganz deutlich richtungsweisend. Die Krankenhausplanung wurde im Zeitablauf größtenteils umgesetzt.

1.9.2. Fallbeispiel II: Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

Die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein hatte sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts bis zur Mitte der 60er Jahre nur unwesentlich verändert. Der Grund hierfür war die turbulente Entwicklung der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit zwei Weltkriegen, einer Weltwirtschaftskrise sowie besonders auch den Folgen des Zweiten Weltkriegs[880]. Die psychiatrische Versorgung dieser Zeit war davon geprägt, das die psychisch kranken Menschen stationär in großen Gruppen, vorrangig zentralisiert und zumeist wohnortfern in den drei großen Landeskrankenhäusern Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen behandelt wurden. Daneben gab es jedoch auch andere stationäre psychiatrische Einrichtungen, wie beispielsweise die Universitäts-Nervenklinik in Kiel oder die Medizinische Hochschule in Lübeck. Die Gebäude und Räumlichkeiten befanden sich in der Nachkriegszeit bedingt durch die Zerstörungen in einem insgesamt schlechten Zustand. Erschreckend war zudem die Feststellung, dass der Anteil der vor 1945 Geborenen an den psychisch Kranken als unverhältnismäßig niedrig beschrieben wurde – bedingt durch die unmenschliche Politik der Nationalsozialisten – wogegen für die nach diesem Zeitpunkt Geborenen mit einem laufenden Anstieg der psychisch Kranken gerechnet wurde[881]. Die Zerstörungen der Infrastruktur betrafen jedoch nicht nur die Gebäude und Räumlichkeiten, sondern ebenso die organisatorischen Strukturen. Zwar waren diese Probleme nicht nur auf Schleswig-Holstein begrenzt, jedoch war die Ausprägung dieser Probleme regional unterschiedlich. So waren die Kriegszerstörungen in weiten Teilen Schleswig-Holsteins – mit Ausnahme der großen Städte – geringer als in vielen anderen Teilen des ehemaligen Deutschen Reiches; demgegenüber stand jedoch ein enormer Zustrom an Flüchtlingen und damit eine vermeintlich höhere Zahl an späteren

[880] Quelle: Vortragsmanuskript („Sprechzettel“) des Sozialministers Karl Eduard Claussen (CDU), 11/1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[881] Internes Schreiben des Sozialministeriums Schleswig-Holstein an den Sozialminister, 23.03.1976, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

Pflegefällen, bezeichnet im damaligen Sprachgebrauch als „Siechkranke“. Auch die beginnenden Volkskrankheiten, dabei besonders ausgeprägt die Suchtkrankheiten, waren nicht nur auf Schleswig-Holstein begrenzt.

Innerhalb des Betrachtungszeitraumes wurden erstmals im Jahr 1959, in dem vom Innenministerium einberufenen Arbeitskreis Krankenhauswesen, in größerem Umfang die Landeskrankenhäuser thematisiert[882]. Allerdings ging es zu diesem Zeitpunkt weniger um eine verbesserte psychiatrische Versorgung, sondern die Zielrichtung war eine Entlastung der Krankenhäuser von bestimmten Fallgruppen zur Verminderung der Kosten im allgemeinen Krankenhausbereich. Die Krankenhäuser sollten nach den Vorstellungen des damaligen Regierungs-Medizinalrates Beske von den leichten Krankheitsfällen, von den Pflegefällen und den sogenannten chronisch Kranken entlastet werden. Die Bezeichnung „Chronisch Kranke“ war eine Umschreibung für u.a. Suchtkranke.

In den 60er Jahren und den beginnenden 70er Jahren wurden zunehmend die Folgen des gewachsenen Wohlstands thematisiert. Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtete beispielsweise über eine neu erbaute Krankenabteilung des Landeskrankenhauses Schleswig, deren größte Patientengruppe zeitweilig die alkoholkranken Patienten bildeten[883]. Andere Patientengruppen waren die im damaligen Sprachgebrauch sogenannten „Wachsaalkranken“, d.h. schwerst psychisch kranke Menschen, die auf einer geschlossenen Station verbleiben mussten, um vor sich selbst geschützt zu werden sowie psychisch kranke Menschen, die zur Resozialisierung anstanden. Bei Bezug dieser Abteilung wurden die Patienten von kleineren Einheiten unabhängig von der Krankheitsform in eine größere medizinische Einheit mit 70 Betten verlegt. Es kam zu Aggressionen, denen versucht wurde, in Gruppengesprächen zu begegnen. Aus Zeitmangel konnten diese Gespräche oftmals vom Pflegepersonal allerdings erst nach dem offiziellen Dienstschluss durchgeführt werden. Der Umfang der Suchtproblematik wird auch an folgenden Zahlen deutlich: Im Zeitraum von 1969 bis 1977 stieg die Anzahl der Patientenaufnahmen in den Landeskrankenhäusern um 46 % auf über 6.600 Patientenaufnahmen pro Jahr. Als ein we-

[882] Niederschrift über die erste Sitzung des „Arbeitskreises Krankenhauswesen“ bei der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums vom 27.01.1959, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[883] Beitrag „Resozialisierende Gruppenarbeit in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus“, Autor: Dr. Heinrich Kühn, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 03/1970, Seiten 170 – 177.

sentlicher Grund für den Anstieg wurde die Veränderung der Art der Krankheitsbilder genannt. In den letzten Jahren hätte die Zahl der Suchtkranken, besonders der Alkoholiker, stark zugenommen. Im Jahr 1977 betrug der Anteil der Suchtkranken an den Patientenaufnahmen bereits 45 %, d.h. knapp 3.000 Patienten.

Der CDU-Landesverband Schleswig-Holstein gab Anfang 1971 eine Stellungnahme zur Gesundheitspolitik ab, in welcher vor dem Hintergrund der damals aktuellen Krankenhausplanung die Erwartung ausgesprochen wurde, dass durch eine Verlegung bestimmter Patientengruppen in die Landeskrankenhäuser bzw. psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser eine dann geringere Beanspruchung von Ärzten sowie der übrigen hochwertigen medizinischen Infrastruktur erfolgen würde und dadurch eine Senkung der Selbstkosten der Krankenhäuser zu erwarten wäre[884]. In der wenige Monate später folgenden Regierungserklärung des damals neu gewählten Ministerpräsidenten Gerhard Stoltenberg führte dieser aus, dass die „Verbesserung der Beratung und Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken“ einer von drei Bereichen innerhalb der Gesundheitspolitik sei, auf die sich die Regierungsarbeit in der kommenden Legislaturperiode konzentrieren wolle[885]. Weiterhin, so Stoltenberg, sei das Problem der psychisch Kranken und Suchtkranken in Schleswig-Holstein im Verhältnis zu anderen Ländern bereits jetzt sehr gut gelöst. Die Landeskrankenhäuser Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen würden gegenwärtig saniert.

Innerhalb der vom Land zum Jahr 1973 erarbeiteten Krankenhausplanung stieg die Anzahl der psychiatrischen Kliniken bzw. Abteilungen ausgehend von 6.283 Betten bis zum Ende des Planungszeitraumes (31.12.1980) um weitere 585 Betten auf dann insgesamt 6.868 Betten[886]. Davon entfielen 4.950 Betten (= 72 %) auf die drei Fachkliniken, wobei der Bettenzuwachs gemäß der Planung nicht die Fachkliniken, sondern andere Krankenhäuser betraf.

In der Zeit bis etwa 1974 wurde zwar an die Probleme des Allgemein- bzw. Akut-Krankenhausbereiches aktiv herangegangen, die psychiatrische Versorgung war da-

[884] Redemanuskript vom 19.01.1971, herausgegeben vom CDU-Landesverband Schleswig-Holstein, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[885] Auszug aus dem Protokoll der Regierungserklärung des Ministerpräsidenten Dr. Gerhard Stoltenberg vom 26.05.1971, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[886] Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein gemäß § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 23.10.1973, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 45/1973, Seiten 911 ff.

von jedoch nur insoweit berührt, als dass Vorschläge zur Entlastung der Akutkrankenhäuser vorangetrieben wurden. So wurden besondere Abteilungen für chronisch Kranke eingerichtet, die dann zumeist wohnortfern gemeinsam mit den übrigen psychiatrischen Patienten in den Landeskrankenhäusern behandelt wurden. Zwar gab es stationäre psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten auch außerhalb der drei Fachkliniken, die Anzahl der Betten war jedoch relativ begrenzt. Die Gebäudesubstanz war schlecht, die Personalausstattung nicht ausreichend, das Patientenaufkommen jedoch wurde zunehmend größer. Die vom Land vorgeschlagene Dreiteilung der Behandlungsbedürftigkeit zielte darauf ab, auch künftig einen wesentlichen Teil der Betten in den Landeskrankenhäusern für Pflegefälle vorzuhalten. Die Landeskrankenhäuser sollten als Mischeinrichtung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim fortgeführt werden. Ambulante psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten waren bis zu diesem Zeitpunkt nicht bzw. in nicht ausreichendem Maße vorhanden. Es war allerdings auch nicht ersichtlich, dass dieses thematisiert wurde. Allerdings muss in der Bewertung natürlich berücksichtigt werden, dass gerade in der Nachkriegszeit eine enorme Aufbauleistung erfolgte und diverse andere Aufgaben ebenfalls erledigt werden mussten. Die psychiatrische Versorgung stand dabei nicht an vorrangiger Stelle der zu bewältigenden Aufgaben, wobei die Bedeutung der Psychiatrieversorgung durchaus im Zeitablauf zunahm.

Ende 1975 rückte der Themenbereich der psychiatrischen Versorgung erstmals in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik des Landes. Im Rahmen einer Aktuellen Stunde wurde das Thema „Unterversorgung in der psychiatrischen Betreuung in Schleswig-Holstein“ erstmals im Landtag behandelt[887]. In der sich anschließenden Debatte wurde vom damaligen Sozialminister Claussen u.a. dargestellt, dass hinsichtlich der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen noch für viele Jahre nicht auf die Landeskrankenhäuser verzichtet werden könne und es notwendig wäre, die „inhumanen Missstände“ als Folge der unzureichenden und verfehlten Politik der vorhergehenden Jahre zu beseitigen[888]. Die baulichen Erneuerungen wären aber nur dann sinnvoll, wenn auch qualifiziertes Personal in ausreichender Form zur Verfügung stünde. So wäre zwar die Zahl der ärztlichen Planstellen in den vergan-

[887] Schreiben des Parlamentarischen Geschäftsführers der SPD-Fraktion im Schleswig-Holsteinischen Landtag, Herrn Karl Heinz Luckhardt, an den Präsidenten des Schleswig-holsteinischen Landtags, Herrn Dr. Helmut Lemke, vom 25.11.1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[888] Quelle: Vortragsmanuskript („Sprechzettel“) des Sozialministers Karl Eduard Claussen (CDU), 11/1975, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

genen Jahren angestiegen, die geschaffenen Stellen könnten jedoch nicht in ausreichendem Umfang besetzt werden. Eng verbunden mit der Notwendigkeit der Modernisierung der bestehenden Landeskrankenhäuser wäre auch die Entwicklung von Versorgungseinrichtungen, die eine gemeindenahe Behandlung psychisch kranker Menschen ermöglichen würden. Noch für die laufende Legislaturperiode wurde die Erstellung eines gesonderten Psychiatrieplans angekündigt. Hintergrund der Debatte war auch der kurz zuvor vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Schlussbericht der Psychiatrie-Enquetekommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. In dem Bericht wurde u.a. dargestellt, dass die psychiatrische Versorgung jahrzehntelang vernachlässigt worden sei und es einen übergroßen Nachholbedarf in der Behandlung psychisch Kranker und der dafür zu schaffenden Voraussetzungen gäbe[889].

Bereits im Februar 1976 folgten die Vorbereitungen für eine Klausurtagung eines Teiles der Landesregierung zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung[890]. Inhaltlich ging es dabei um das Ausloten von Möglichkeiten der Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung sowie darum, welche Voraussetzungen für neu zu schaffende Einrichtungen gegeben sein müssten. Zudem wurden innerhalb des Sozialministerium Ausarbeitungen zur Dezentralisierung der Psychiatrie erstellt und dem Sozialminister vorgelegt[891]. Hinsichtlich der Entwicklung der stationären jugendpsychiatrischen Einrichtungen wurde davon ausgegangen, dass bei gleichzeitiger Entwicklung eines bedarfsgerechten Netzes von *teilstationären* Einrichtungen, wie Sonderkindergärten, Sonderschulen, Werkstätten etc., eine vollständig stationäre Versorgung der hierfür in Frage kommenden Behinderten zunächst nicht erforderlich wäre; erst mit zunehmendem Alter der Behinderten und dem Ausfall des Elternhauses wäre eine langfristige stationäre Unterbringung wahrscheinlich.

Nach einem Konzeptvorschlag des Sozialministeriums sollte die bisherige stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in die drei Gruppen Klinischer Behandlungsbereich, Pflegebereich im Krankenhaus sowie allgemeiner Pflegebereich

[889] Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Schleswig-Holstein „DGPN begrüßt Schlussbericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik“, vom 26.11.1975.
[890] Vermerk des Sozialministeriums – IX 550 von 02/1976, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[891] Internes Schreiben des Sozialministeriums – IX 480 a – 522.1 – von 03/1976, dem Abteilungsleiter IX 5 am 23.03.1976 zur Kenntnisnahme vorgelegt, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

außerhalb des Krankenhauses aufgeteilt werden[892]. Diese Dreiteilung stand allerdings nicht im Einklang mit der damals geltenden Reichsversicherungsordnung (RVO) und führte hinsichtlich der Kostenübernahme, insbesondere für die Pflegefälle im Krankenhaus, zu Streitfällen mit den Krankenkassen.

Der Psychiatrieplan sollte die Zielvorstellungen „einer mittel- und langfristigen Weiterentwicklung einer wirksamen und finanziell vertretbaren Versorgung psychisch Kranker und Behinderter im ambulanten und stationären Bereich“ enthalten. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse einer Sachverständigenkommission ergab sich als wesentlicher Planungsgrundsatz, dass die künftige psychiatrische Versorgung „so gemeindenah wie möglich und so bedarfsgerecht wie nötig“ sein sollte[893]. Im weiteren Verlauf des Jahres 1978 wurde der Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein beschlossen. Er beinhaltete allerdings lediglich die stationäre Versorgungsform. Hinsichtlich der ambulanten psychiatrischen Versorgung wurde auf die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung, jedoch mit ausdrücklichem Hinweis auf die enge Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gerade in der Psychiatrie, verwiesen.

In den folgenden Jahren wurde über die Form der psychiatrischen Versorgung diskutiert. Deutlich wurde dies beispielsweise durch eine Pressemitteilung der CDU-Landtagsfraktion des Jahres 1983, in welcher darauf hingewiesen wurde, dass zwar die Bemühungen um den weiteren Ausbau der dezentralen psychiatrischen Versorgung fortgesetzt würden, andererseits aber die bestehenden Landeskrankenhäuser erhalten bleiben sollten[894]. Im weiteren Verlauf des Jahres 1983 wurden von den Pflegedienstleitungen Probleme im Pflegebereich des Landeskrankenhauses Schleswig benannt[895]. Es wurde berichtet, dass das Landeskrankenhaus aufgrund des starken Personalabbaus zunehmend in den Zwang gebracht wurde, größere Stationen mit Aufbewahrungstendenzen einzurichten. Aufgrund der Wiederbesetzungssperre könnten Stellen nicht besetzt werden mit der Folge, dass Patienten nicht mehr therapeutisch betreut werden könnten, sondern auf den Stationen verbleiben

[892] Internes Schreiben des Sozialministeriums – IX 130 – 111.48 – vom 17.01.1978, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[893] Einleitung des Entwurfs des Psychiatrieplans für Schleswig-Holstein, Absatz 3, Stand: 01/1978.
[894] Deutlich wurde dies beispielsweise aus einer Pressemitteilung der CDU-Landtagsfraktion vom 17.05.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[895] Schreiben der Pflegeleitungen Sauer und Minkenberg des Landeskrankenhauses Schleswig über Probleme im Pflegebereich, undatiert, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

müssten. Ab etwa der gleichen Zeit wiesen die Landeskrankenhäuser Defizite aus, die gemäß Sozialministerium auf Belegungsrückgänge bei gleichzeitigen Personalüberhängen zurückgeführt wurden. Es wurde vom Sozialministerium ein Konzept entwickelt, welches insbesondere Personalreduktionen und Versetzungen der Mitarbeiter auch ohne deren Zustimmung vorsah[896]. Auch von fachlicher Seite wurde über die Lage der Landeskrankenhäuser diskutiert, indem z.B. der Fachbeirat für Psychiatrie auf Probleme im Einweisungsverfahren aufmerksam machte und den Vorschlag unterbreitete, kleine psychiatrische Abteilungen in den Krankenhäusern einzurichten[897].

Nach einer zunächst positiv erscheinenden Entwicklung im Nachgang zum 1975 veröffentlichten Schlussbericht der Psychiatrie-Enquete des Bundestages bis hin zur Entwicklung eines Psychiatrieplanes für Schleswig-Holstein im Jahr 1978 entwickelten sich die Landeskrankenhäuser in der folgenden Zeit zunehmend zu einem Problem, welches nicht unmittelbar gelöst wurde und sich im Laufe der folgenden Jahre verstärkte. So war beispielsweise eine ausreichend breite Umsetzung der ambulanten psychiatrischen Versorgung nicht ersichtlich. Die großen Einzugsgebiete der Landeskrankenhäuser bestanden trotz Verbesserungen in der stationären Versorgung nach wie vor. In den vergangenen Jahren hatte sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung aber soweit verbessert, dass nur noch in geringerem Umfang stationäre Aufnahmen von Patienten im Hinblick auf deren Wohnorte in strukturschwachen Gebieten des Landes erfolgten[898].

Im Juni 1988 erreichten den damals neugewählten Ministerpräsidenten Engholm Beschwerdebriefe von Patienten des Landeskrankenhauses Neustadt, die zu Gesprächen u.a. zwischen dem Sozialminister Jansen und der Klinikleitung und im Nachgang zwischen Sozialministerium und Finanzministerium führten[899]. Die Klinikleitung begründete diese Kritikpunkte mit der unzureichenden personellen Ausstattung be-

[896] Vermerk IX 400 vom 22.07.1983, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[897] Niederschrift der Sitzung des Fachbeirats für Psychiatrie vom 07.11.1984, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[898] Beitrag „Stationäre Psychotherapie am Landeskrankenhaus Schleswig“, Autor: Prof. Dr. Harm Willms, Arzt für Nervenheilkunde am Landeskrankenhaus Schleswig, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 06/1987.
[899] Vermerk des Sozialministeriums zum Gespräch mit Dr. Schulze, Ärztlicher Direktor im Landeskrankenhaus Neustadt, - IX 413 – von 06/1988, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

stimmter Stationen und Bereiche. In der Folge wurden vom Sozialministerium sieben zusätzliche Stellen für die forensische Abteilung bewilligt[900].

Die neugewählte SPD-Landesregierung hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die Landeskrankenhäuser bis 1995 um rd. 600 Betten zu verkleinern und stattdessen mehrere dezentrale psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern einzurichten[901]. Zudem sollten gemäß Jansen die Landeskrankenhäuser in Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation umgewandelt und durch jugendpsychiatrische Kliniken ergänzt werden. Zusätzlich sollte das in der Planung befindliche Netz an stationärer psychiatrischer Versorgung durch teilstationäre psychiatrische Tageskliniken verstärkt werden. Hierzu sollte bis zum Ende des Planungszeitraumes in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt mindestens eine Tagesklinik entstehen.

Im Verlaufe des Jahres 1990 wurden vom Sozialministerium die allgemeine Krankenhausplanung[902] für den Zeitraum bis 1995 sowie ein aktualisierter Psychiatrieplan[903] vorgelegt. Die Schwerpunkte der Krankenhausplanung waren u.a. der weitere Ausbau und die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung. Ausgewiesen wurde in der Planung eine deutliche Verminderung des Bettenbestandes, welche jedoch insbesondere durch die Herausnahme der Langzeitbereiche und der Forensik der Landeskrankenhäuser aus der allgemeinen Krankenhausplanung erreicht wurde. Im Psychiatrieplan wurde u.a. ausgeführt, dass die im Jahr 1978 formulierten Ziel, speziell die weitere Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung, bis zu diesem Zeitpunkt nicht verwirklicht werden konnten. Besondere Bedeutung wurde innerhalb der Planung der Versorgung chronisch kranker Patienten sowie der gemeindenahen Versorgung beigemessen.

---

[900] Internes Schreiben des Sozialministeriums – IX 413 – an den Sozialminister vom 05.09.1988, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[901] Bericht der Landesregierung über die Krankenhausplanung 1990, Abschnitt „Neue Maßstäbe für die psychiatrischen Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1990, Seite 51.

[902] Erlass des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein – IX 420 a – vom 07.06.1990, veröffentlicht im Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 26, Seiten 348 ff.

[903] Psychiatrieplan Schleswig-Holstein 1990, „Hilfen für psychisch Kranke und Behinderte“, herausgegeben vom Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein.

Bereits zu Beginn des Jahres 1991 wurde erneut über die künftige Ausrichtung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser diskutiert[904]. Vor dem Hintergrund der Planungen der Landesregierung zeichnete sich für die Landeskrankenhäuser eine Verkleinerung der Versorgungsgebiete ab. Es wurde davon ausgegangen, dass sich hierdurch sowohl die Behandlungssituation für die Patienten als auch die Arbeitssituation der Mitarbeiter in eine positive Richtung entwickeln würden. Es wurden aber auch, allerdings etwas zeitversetzt, kritische Anmerkungen zum Psychiatrieplan abgegeben, wonach dessen Ziele nur dann erreicht werden könnten, wenn nicht zunehmend leicht erkrankte und behinderte Bewohner von anderen Trägern aus den Fachkliniken übernommen würden und dagegen lediglich die schwer- und schwerst mehrfach behinderten Patienten den Fachkliniken verblieben[905]. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Dezentralisierung der Psychiatrie nicht ohne weitere Kosten zu realisieren wäre.

Mitte 1993 wurde von der Landesregierung eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft damit beauftragt, eine Organisationsuntersuchung für die drei psychiatrischen Fachkliniken durchzuführen. Ziel der Untersuchung war es, die Schwachstellen der bisherigen Organisationsstrukturen der Fachkliniken herauszuarbeiten, verschiedene künftige Gestaltungsmöglichkeiten darzustellen und eine Empfehlung hierüber abzugeben[906]. Das Gutachten wurde Anfang 1994 vorgelegt[907]. Die aufgezeigten Schwachstellen waren insbesondere die fehlende Trennung zwischen hoheitlichen Aufgaben von Aufgaben der Kostenträger und Aufgaben des Krankenhausbetriebes, haushaltsrechtliche Restriktionen sowie teilweise unzureichende Rahmen- und Planungsvorgaben. Zusammenfassend wurde vom Gutachter die Errichtung eines Konzerns, an dessen Spitze eine Holding als GmbH stehen sollte, empfohlen. Diese Holding sollte nur eine Entscheidungsebene besitzen und ausschließlich dazu dienen, die Interessen des Landes zusammenzuführen.

---

[904] Beitrag „Die zukünftigen Aufgaben der psychiatrischen Landeskrankenhäuser“, Autor: Dr. Andreas Kernbichler, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Heiligenhafen, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 02/1991.

[905] Stellungnahme des Verwaltungsdirektors der Fachklinik für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation, Schleswig, Herrn Michael Hiller, an den Sozialausschuss des Schleswig-holsteinischen Landtags vom 23.10.1995, Umdruck 13/4152.

[906] Ausschnitt aus Zusammenfassung des Gutachtens der norddeutschen Treuhand- und revisions-Gesellschaft m.b.H., Kiel, vom 20.02.1994, Kapitel XI, Seite 165, Ziffer 231.

[907] ebd., Kapitel XI „Zusammenfassung“, Seiten 166 – 175.

Die Landesregierung legte im Spätsommer 1995 einen Gesetzentwurf zur Errichtung öffentlich-rechtlicher psychiatrischer Fachkliniken vor[908]. Als Problemstellung wurde dabei ausgeführt, dass die psychiatrischen Fachkliniken in ihrer Gesamtheit in der bisherigen rechtlichen Unselbständigkeit nicht bestmöglich betrieben und beaufsichtigt werden könnten. Als Lösungsansatz wurde die rechtliche Verselbständigung der Fachkliniken, jedoch in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, dargestellt. Eine rechtliche Verselbständigung in privatrechtlicher Form sollte jedoch aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken ausdrücklich nicht erfolgen. Das Gesetz wurde mit Wirkung zum 01.01.1996 beschlossen[909].

Ähnlich wie nach dem Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 und der sich daran anschließenden erstmaligen Erstellung eines Psychiatrieplans, hatte sich durch die geänderte Schwerpunktsetzung infolge des Regierungswechsels eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ergeben. Es wurden in der Zeit nach dem Regierungswechsel erhebliche Kapazitäten im teilstationären Versorgungsbereich aufgebaut. Diese Ziele des damaligen Sozialministers Jansen können als umgesetzt betrachtet werden. Das wird z.B. dadurch deutlich, dass in der kommenden Krankenhausplanung eine Vielzahl von teilstationären psychiatrischen Einrichtungen enthalten war. Dennoch wurden die Probleme in der psychiatrischen Versorgung in ihrer Gesamtheit nicht gelöst. Das wird deutlich aus den fortdauernden Diskussionen über den Fortbestand bzw. die Entwicklung der psychiatrischen Fachkliniken. Auch hier ist eine Parallele zu der Zeit nach dem ersten Psychiatrieplan zu erkennen. Bedingt durch die Größe der Fachkliniken, dem notwendigen Schrumpfungsprozess und dem verbleibenden Patientengut bestanden die Probleme in den Fachkliniken fort.

Nach weiteren Diskussionen und Debatten, beispielsweise über die Eigenkapitalbildung der Fachkliniken, erfolgte im Jahr 1998 ein Bericht der Landesregierung über die Verselbständigung der Fachkliniken. Gemäß diesem Bericht wäre die Entscheidung der rechtlichen Verselbständigung der richtige Schritt gewesen. Die Organisation der Fachkliniken mit ihren unterschiedlichen Organen würde bei klaren Zuständig-

[908] Gesetzentwurf der Landesregierung über die Errichtung öffentlich-rechtlicher psychiatrischer Fachkliniken (Fachklinikgesetz – FKlG), Drucksache 13/2987 vom 12.09.1995.
[909] Quelle: Gesetzentwurf der Landesregierung zur Neuordnung der Fachkliniken (FKlNG), Drucksache 15/1914 vom 04.06.2002.

keiten eine geordnete Aufgabenerfüllung sicherstellen. Die Wahrung der Besitzstände der Beschäftigten hätte zudem den sozialen Frieden erhalten. Die gewünschte Trennung von Träger-, Kontroll- und Entscheidungsebene wäre weitgehend erreicht und hätten sich in den ersten zwei Jahren nach der rechtlichen Verselbständigung grundsätzlich bewährt.

Die Beurteilung der Landesregierung des Erfolges der rechtlichen Verselbständigung der Fachkliniken spiegelte nicht die damit einhergehenden Probleme wieder. Die Zusammensetzung und die Stimmrechte der Aufsichtsgremien stellten weiterhin einen erheblichen Einfluss der Landesregierung auf die Geschäftsführung der Fachkliniken dar, die zwangsläufig zu Einschränkungen im Handeln der Geschäftsführungen führte. Anhand nachhaltiger Anfragen der Opposition im Landtag und des fortwährenden Diskussionsprozesses ist zu erkennen, dass die zuvor getroffene Entscheidung der rechtlichen Verselbständigung nicht ausreichend war, um diesen Sachverhalt seitens der Landesregierung nicht mehr thematisieren zu müssen.

Ende des Jahres 1999 wurde von der Landesregierung der „Psychiatrieplan 2000“ veröffentlicht[910]. Auf Grundlage der Psychiatrieplanung des Jahres 1990 wurde die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung fortgeführt. Ende 1999 gab es nahezu flächendeckend Tagesstätten sowie ein Netz von Angeboten an Wohn-, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten für psychisch Behinderte. Für die Fachkliniken Neustadt, Heiligenhafen und Schleswig war dagegen ein weiterer deutlicher Bettenabbau vorgesehen.

Über einen längeren Zeitraum hinweg, seit 1978, war vorgesehen, der Stadt Kiel die Trägerschaft für einen Teil der stationären psychiatrischen Versorgung zu übertragen[911]. Nachdem bis dato keine Vereinbarung zwischen dem Land und der Stadt Kiel zustande kam, wurden im Jahr 2000 Gespräche zwischen dem Universitätsklinikum Kiel und der Fachklinik Heiligenhafen, mit dem Ziel einer Kooperation, aufgenommen. Im Rahmen der 2001 vorgelegten Krankenhausplanung erfolgte die erstmalige Aufnahme einer Psychiatrie GmbH am Universitätsklinikum Kiel mit 210 Planbetten

[910] „Psychiatrieplan 2000 – Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen“, herausgegeben vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 1999, Nachdruck 12/2005.
[911] Protokoll der 8. Sitzung des Sozialausschusses vom 09.11.2000, Protokoll-Nr. 15/08, Seiten 10 – 11.

zur stationären psychiatrischen Versorgung. Wiederum im Gegenzug erfolgten Verminderungen der Planbetten der Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen. Die „Psychiatrie GmbH“ am Universitätsklinikum Kiel wurde Ende 2002 als Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Kiel gegründet; die Betriebsaufnahme erfolgte mit Jahresbeginn 2004.

Etwa ab dem Jahr 2002 wurde zunehmend über die Pflegesituation in den Fachkliniken, besonders der Fachklinik Schleswig, debattiert[912]. Hintergrund der Debatten waren MDK-Berichte, in welchem Pflegemängel festgestellt wurden.

Ebenfalls im Jahr 2002 wurde von der Regierung ein Gesetzentwurf zur Neuordnung der Fachkliniken eingebracht. Hauptbestandteil des Gesetzentwurfs war die Zusammenlegung der Fachkliniken Heiligenhafen und Neustadt zu einer gemeinsamen Gesellschaft in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts. Nach Schilderung der Landesregierung wäre dieser Zusammenschluss notwendig, weil anderweitig die Wettbewerbsfähigkeit der Gesellschaften nicht dauerhaft sichergestellt werden könne. Das Gesetz wurde zum 01.01.2003 wirksam[913].

Im Jahr 2004 wiederum wurde von der Landesregierung ein Gesetzentwurf zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen eingebracht[914]. Mit diesem Gesetz sollte die Grundlage dafür geschaffen werden, die Rechtsformen insbesondere der Fachklinik Schleswig und der Psychatrium-Gruppe, welche die ehemaligen Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen beinhaltete, von der Anstalt des öffentlichen Rechts in privatrechtliche Gesellschaften mit beschränkter Haftung umzuwandeln. Weiterhin sollte die Landesregierung mit diesem Gesetz ermächtigt werden, Anteile an diesen Gesellschaften zu veräußern. Es wurde davon ausgegangen, dass private Träger die Einrichtungen betriebswirtschaftlich kostengünstiger führen könnten. Vorrangig ginge es jedoch gemäß der Sozialministerin Trauernicht darum, Strukturen zu schaffen, die die Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen auch in Zukunft auf hohem Ni-

[912] Auszug aus Protokoll der 50. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 23.01.2002, Protokoll-Nr. 15/50 , Seiten 3722 – 3731 sowie Protokoll der 37. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 31.01.2002, Protokoll-Nr. 15/37.
[913] Auszug aus Protokoll der 74. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 15.11.2002, Protokoll-Nr. 15/74, Seite 5600.
[914] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten (PsychE-UmwG) vom 25.05.2004, Drucksache 15/3495.

veau möglich machen würden[915]. Die Verabschiedung des Gesetzes erfolgte im September 2004. Die Veräußerung sämtlicher Geschäftsanteile der Psychatrium-Gruppe und der Fachklinik Schleswig erfolgte zum Jahreswechsel 2004/2005[916].

In diesem Zeitabschnitt wird deutlich, dass sich durch die rechtliche Verselbständigung der Fachkliniken die Diskussionen nicht verminderten. Vielmehr standen die Fachkliniken mit Pflegemängeln erneut im Blickpunkt und führten zu Kritik an der Landesregierung. Die Initiative zur Zusammenführung der Fachkliniken Neustadt und Heiligenhafen, der nachfolgenden erneuten Rechtsformumwandlung und der Veräußerung der Gesellschaftsanteile kam von der Landesregierung. Die Entscheidungen wurden somit aktiv herbeigeführt. Es gab einen relativen Konsens bei der Entscheidungsfindung, was u.a. daraus abzuleiten ist, dass die Lesungen des Gesetzentwurfs zur Neuordnung der Fachkliniken und auch die Lesungen für das nachfolgende Umwandlungsgesetz ohne besondere kontroverse Diskussionen erfolgten. Die Entscheidungen bauten aufeinander auf und waren somit im Kontext der bisherigen politischen Ausrichtung zu sehen. Die Entscheidungen wurden umgesetzt und haben insofern zum gewünschten Erfolg geführt, als dass bis zum Ende des Betrachtungszeitraumes die Diskussionen über die Fachkliniken geringer wurden.

1.9.3. Entwicklung der Universitätsmedizin

Der Fachbereich Medizin gehörte - zunächst ohne zugehöriges Klinikum - zu den Gründungsfakultäten der Universität Kiel im Jahr 1665 und bestand somit zu Beginn des Betrachtungszeitraumes bereits annähernd 300 Jahre[917]. Das Akademische Krankenhaus Kiel, dessen Nachfolger das heutige Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, ist, wurde Ende des 18. Jahrhunderts in Kiel gegründet und 1802 offiziell von der Universität übernommen[918]. Erste Fachbereiche waren die Chirurgie und die damalige Gebäranstalt; weitere Fachbereiche folgten. Im Zweiten Weltkrieg wurden weite Gebäudeteile der Universität und des Universitätsklinikums

[915] Auszug aus Protokoll der 118. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 16.06.2004, Protokoll-Nr. 15/118, Seite 9178.
[916] Kleine Anfrage des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP) und Antwort der Landesregierung zur Privatisierung der Fachkliniken, Drucksache 16/10 vom 23.03.2005.
[917] Geschichte der medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Teil 1, Autor: Heinrich Schipperges, Kiel, 1967, Seite 9.
[918] ebd., Seite 137.

zerstört[919]. Nach dem Krieg wurde die Universität erweitert und in den 60er und 70er Jahren erfolgten zahlreiche Neubauten.

Die Medizinische Akademie zu Lübeck wurde im Jahr 1964 auf dem Gelände der ehemaligen Heilanstalt Strecknitz als zweite Medizinische Fakultät der CAU zu Kiel gegründet und im Jahr 1973 in die Medizinische Hochschule zu Lübeck umgewandelt[920]. Einige Jahre später, im Jahr 1985, wurde der Name dann in „Medizinische Universität zu Lübeck“ geändert[921].

Die Universitätsmedizin war im Betrachtungszeitraum maßgeblich an unterschiedlichen medizinischen Sachthemen beteiligt. Das gilt beispielsweise sowohl für die Krankenhausplanung des Landes als auch die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Eine Befassung des Landtags mit der Universitätsmedizin ist mit wenigen Ausnahmen nicht ersichtlich. Ende der 70er Jahre wurde sowohl im Universitätsklinikum Kiel als auch in der Medizinischen Hochschule zu Lübeck das kaufmännische Rechnungswesen mit dem Ziel einer Erhöhung der Transparenz und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, eingeführt.

Bereits in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre wurden insbesondere vom Universitätsklinikum Kiel trotz des nach dem KHG geltenden Selbstkostendeckungsprinzips Defizite erwirtschaftet. Der Grund hierfür lag in scheinbaren Unwirtschaftlichkeiten der Universitätsklinika, welche die Krankenkassen nicht bereit waren, zu finanzieren. Es wurden in der Folge – anders als es das KHG vorsah – Pflegesätze vereinbart, welche die Selbstkosten der Universitätsklinika nicht deckten[922].

In der Krankenhausplanung des Jahres 1979 erfolgte eine deutliche Bettenaufstockung der Medizinischen Hochschule Lübeck (von 163 Betten zuzüglich 35 weiterer psychiatrischer Betten). Im Universitätsklinikum Kiel erfolgte dagegen zeitgleich nur

---

[919] Quelle: Festschrift zum 325jährigen Bestehen der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Herausgeber: Rektorat der Universität Kiel, 1991.
[920] Die Gründung der Heilanstalt Strecknitz erfolgte im Jahr 1812 im südöstlichen Bereich von Lübeck,1941 Deportation der Insassen auf Veranlassung der Nationalsozialisten und Auflösung der Heilanstalt.
[921] Quelle: Website des Institutes für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck, URL: < http://www.imgwf.uni-luebeck.de/_rubric/index.php?rubric=9>, (Stand: 18.03.2012).
[922] Gemäß Gespräch mit Herrn Günther Pössel, ehemaliger Geschäftsführer der AOK Rendsburg-Eckernförde, vom 28.06.2010.

eine relativ marginale Bettenaufstockung (von 19 Betten zuzüglich 10 psychiatrischer Betten)[923].

Grundsätzliche Fragestellungen, die den Bestand der Universitätsklinika betrafen, erfolgten bis zu diesem Zeitpunkt nicht. Im Gegensatz dazu erfolgten eine Ausweitung der Fachbereiche in Kiel sowie eine sukzessive Aufwertung der Medizinischen Hochschule Lübeck. Dennoch war bereits Ende der 70er Jahre zumindest für das Universitätsklinikum Kiel ersichtlich, dass die baulichen Gegebenheiten nicht den Anforderungen genügten, dass die Krankenkassen diese daraus resultierenden Unwirtschaftlichkeiten mit den Pflegesätzen nicht finanzierten und so, trotz des Selbstkostendeckungsprinzips, Defizite erwirtschaftet wurden.

Im Januar 1983 beauftragte das Sozialministerium ein Wirtschaftsprüfungsunternehmen mit der Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Universitätsklinika Kiel und Lübeck[924]. Der Umfang der Prüfung erstreckte sich auf die Ermittlung der notwendigen Betriebsaufwendungen und -erträge, auf die für Forschung und Lehre abgesetzten Kosten, die Polikliniken und den Personalbedarf, unterteilt nach Krankenversorgung und Forschung und Lehre des Jahres 1982. Die Prüfungstätigkeiten selbst erstreckten sich über mehrere Jahre bis 1985. Endgültig vorgelegt wurde das Gutachten der Landesregierung schließlich im Jahr 1989.

In dem Gutachten wurden u.a. teilweise erhebliche Unplausibilitäten und unangemessene Kostenbestandteile der Universitätsklinika für die stationäre Krankenversorgung dargelegt[925]. Kritisiert wurde insbesondere die Kosten- und Leistungsrechnung, welche gemäß der Gutachter nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprach. Die nunmehr gutachterlich festgestellten Selbstkosten für die stationäre Krankenversorgung des Universitätsklinikums Kiel waren zwar geringer, als zunächst vom Klinikum selbst berechnet, dennoch lagen diese oberhalb der bisher von den Krankenkassen anerkannten Werte. Die Folge war, auch in Anbetracht der sehr späten Vorlage des Gutachtens, dass seitens des Universitätsklinikums Kiel gegenüber den Krankenkas-

[923] Beschluss der Landesregierung vom 09.10.1979, Veröffentlichung der Krankenhausplanung im Amtsblatt Schleswig-Holstein, Nr. 50/1979, Seiten 765 ff.
[924] Beauftragung der Treuarbeit AG, Kiel, mit Schreiben des Sozialministeriums vom 31.01.1983, Quelle: Gutachten der Treuarbeit AG über das Universitätsklinikum Kiel.
[925] Gutachten der Treuarbeit AG, Kiel, über die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Universitätsklinikums Kiel, 1989.

sen in den Budgetverhandlungen des Jahres 1988 eine Forderung von über 54 Mio. DM (rd. 28 Mio. €) für Vorjahre geltend gemacht wurde. Für das Universitätsklinikum Lübeck ergab sich ein ähnliches Bild.

Die Krankenkassen sahen sich jedoch nicht in der Lage, diesen Forderungen nachzukommen und wandten sich direkt an das zuständige Landesministerium[926]. Es wurden Vermittlungsgespräche mit dem Ergebnis geführt, dass diese Forderungen zu gleichen Teilen auf das Land Schleswig-Holstein und die Krankenkassen verteilt werden sollten. Die Krankenkassen haben darauf hin über mehrere Jahre hinweg den auf sie entfallenden Anteil der Forderung getragen und das Land Schleswig-Holstein hat beiden Klinika erstmals für das Jahr 1989 einen Trägerkostenzuschuss für die Unterdeckung der stationären Krankenversorgung gewährt.

Mit der Pflegesatzvereinbarung des Jahres 1989 wurde den Krankenkassen trotz bestehendem Selbstkostendeckungsprinzip bereits zum zweiten Mal gestattet, nicht die vollständigen Kosten der Krankenversorgung für die Universitätsklinika Kiel und Lübeck zu tragen. Konnte Ende der 70er Jahre noch gelten, dass die scheinbaren Unwirtschaftlichkeiten der Krankenversorgung beider Klinika aus einer möglicherweise zu geringen Zuordnung von Kostenbestandteilen zur ambulanten Versorgung oder zum Bereich Forschung und Lehre herrührten, so mussten jetzt, nach Vorlage eines mehrjährigen Gutachtens, die Kostenbestandteile als korrekt anerkannt werden. Dennoch hat die Landesregierung zugestimmt, dass die Krankenkassen nicht die vollständigen Kosten der Krankenversorgung der Universitätsklinika tragen müssen.

Eine der wesentlichen Folgen dieser Entscheidung war, dass aufgrund des Finanzvolumens innerhalb des Landes Schleswig-Holstein die Gesamtausgaben für die Krankenkassen insgesamt auf sehr niedrigem Niveau verblieben. Die Gesamtausgaben der Krankenkassen bildeten jedoch wenige Jahre später, beim Umstieg auf die DRG-Vergütung, die Grundlage für den Landesbasisfallwert. Das Land Schleswig-Holstein stand infolgedessen im Bundesvergleich an letzter Stelle der Basisfallwerte, was sich wiederum nachhaltig (bis zur Gegenwart) auf die Einnahmesituation aller Kranken-

[926] Gemäß mündlichem Bericht des damaligen Verwaltungsdirektors des Universitätsklinikums Kiel, Manfred Baxmann, vom 27.05.2011.

häuser im Land auswirkte. Allerdings war der spätere Umstieg auf die DRG-Vergütung zum Zeitpunkt der Entscheidung noch nicht absehbar.

Die zweite Folge dieser Entscheidung betraf ausschließlich die Universitätsklinika, war aber dennoch für diese von ebensolcher Bedeutung: Der ab 1989 vom Land gewährte Trägerkostenzuschuss für die Unterdeckung der stationären Krankenversorgung wurde in den Folgejahren vor dem Hintergrund von möglichen Wettbewerbsverzerrungen mit anderen Sachverhalten hinterlegt und kontinuierlich abgesenkt.

Im Rahmen der Erarbeitung des Gutachtens zur Krankenhausplanung 1990 kam die wenige Jahre zuvor hiermit beauftrage Gesellschaft[927] zu dem Schluss, dass es ausreichend sei, als Land Schleswig-Holstein nur *ein* Universitätsklinikum in einer Größenordnung von 1.600 bis 1.700 Betten vorzuhalten. Die Krankenkassen forderten einen Verzicht auf den weiteren Ausbau des Universitätsklinikums Lübeck[928]. Von beiden Akteuren wurde die Existenz zweier Universitätskliniken jedoch als „politisch vorgegebene Rahmenbedingung“ bezeichnet. Die Landesregierung kam dagegen in der eigentlichen Krankenhausplanung des Jahres 1990 zu einer deutlichen Bettenaufstockung des Universitätsklinikums Lübeck (+ 182 Betten auf dann 1.250 Betten) sowie einer schrittweisen Absenkung der Planbetten des Universitätsklinikums Kiel (-240 Betten auf dann 1.400 Betten). Damit lag die Gesamt-Planbettenzahl dennoch leicht unterhalb der vom Wissenschaftsrat im Jahr 1989 empfohlenen Stärke von 2.800 Betten.

Mitte 1992 wurde im Sozialausschuss des Landtags über beide Universitätsklinika berichtet[929]. Der Gesundheitsminister Jansen bestätigte dabei u.a. noch einmal die in der Krankenhausplanung vorgesehene Entwicklung der Planbetten bis zum Jahr 1995. Neben der Abteilung für Chirurgie sollte am Universitätsklinikum Lübeck zusätzlich eine Sektion für Herzchirurgie aufgebaut werden. Die Krankenkassen hätten sich gemäß Jansen dazu bereit erklärt, die Kosten hierfür zu übernehmen. Jansen

[927] Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG), Kiel, Geschäftsführung: Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschmann; Beauftragung erfolgte 1986 durch das Sozialministerium.
[928] Gemeinsame Stellungnahme des AOK-Landesverbandes, des IKK-Landesverbandes, des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Hamburg-SH, der Schleswig-Holsteinischen Landwirtschaftskrankenkasse, des Verbandes der Angestellten Krankenkassen e.V. sowie des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., vom 05.09.1989, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).
[929] Auszug aus Niederschrift über die 2. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 11.06.1992, Protokoll-Nr. 13/2.

erklärte weiter, dass diese Entscheidung insbesondere vor dem Hintergrund der erfolgten Wiedervereinigung zu sehen und davon auszugehen sei, dass in Lübeck dauerhaft Herztransplantationen vorgenommen würden.

Vorrangig zur Tumorbehandlung von Patienten waren 113 Betten des Universitätsklinikums Kiel räumlich im Städtischen Krankenhaus Kiel aufgestellt. Der Grund hierfür waren ursprünglich räumliche Engpässe innerhalb des Universitätsklinikums Kiel. Jedoch lediglich durchschnittlich ein Drittel dieser Betten wurde mit entsprechendem Patientengut belegt. Das Land sah daher keine Notwendigkeit, die Mitnutzungsvereinbarung in der bisherigen Form aufrecht zu erhalten und kündigte diese mit dem Ziel einer Bettenreduktion[930].

Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt befasste sich im Dezember 1994 in einem Beitrag mit den Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) auf die Universitätsklinika[931]. Aufgestellt wurde dabei die These, dass durch das GSG, bedingt durch die darin aufgenommen Fallpauschalen, eine Verlagerung von aufwendig zu behandelnden Patienten von der ersten oder zweiten Versorgungsstufe in die Maximalversorgung, besonders die Universitätskliniken, erfolgen könnte. Belegt wurde diese These mit einer Studie der Medizinischen Universität zu Lübeck, in welcher die Trends der Einweisungen von niedergelassenen Ärzten vor und nach Inkrafttreten des GSG miteinander verglichen wurden. Festgestellt wurde dabei, dass im Jahr 1993 gegenüber 1992 in der Klinik für Innere Medizin des Universitätsklinikums Lübeck ein deutlicher Zuwachs der Patientenaufnahmen erfolgte, welche zudem im Jahr 1993 schwerer krank waren. Dies führte dazu, dass vorhandene Kapazitäten teilweise nicht ausreichten und Notbetten aufgestellt werden mussten. Davon abgeleitet wurde, dass es aufgrund der stärkeren Belastung des ärztlichen Personals in der Krankenversorgung bei gleichem Personalbestand zwangsläufig zu einer Verringerung der Tätigkeiten in Forschung und Lehre käme. Somit stünde das GSG im Gegensatz zu der u.a. vom Wissenschaftsrat vertretenen Forderung, dass Universitätskliniken in erster Linie der Forschung und Lehre dienen sollten.

---

[930] Auszug aus Niederschrift über die 3. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 13.08.1992, Protokoll-Nr. 13/3.

[931] Beitrag „Ruiniert des Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) die Universitätsklinik?“, Autoren: Günter Josef Wiedemann, Sabine Thor Wiedemann, Kirsten Hansen, Markus Burow, Michael Schreiber, Alfred von Dollen sowie Horst Lorenz Fehm, Medizinische Universität zu Lübeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 12/1994, Seiten 18 – 19.

Wenige Monate später folgte eine Darstellung des ärztlichen Mehrbedarfes am Universitätsklinikum Lübeck seit Inkrafttreten des GSG[932]. Grundlage war die in der Krankenversorgung zunehmend gebundene Arbeitskraft der Ärzte. Anhand der Kennzahl „Ärztliche Vollkräfte im Verhältnis zu 100 belegten Betten“ (Ä-VK/100 Betten) wurde deutlich gemacht, dass die Belastung der Ärzte nach Einführung des GSG gestiegen wäre und dass Ärzte an Schleswig-holsteinischen Universitätskliniken gegenüber Universitätskliniken anderer Länder stärker belastet wären. Die Mehrkosten würden unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen.

Im Rahmen der Beratungen über die Krankenhausplanung im Landtag wurde Anfang 1997 auch die Zukunft der Universitätskliniken thematisiert. Die CDU-Fraktion beantragte einen Bericht der Landesregierung, wie diese die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Universitätskliniken Kiel und Lübeck und ggf. auch mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) einschätzen würde und wie die Universitätsklinika auch künftig ihre Aufgaben ökonomisch erfüllen könnten[933]. Hintergrund des Antrags waren die gemäß CDU-Fraktion gravierenden Umstrukturierungen der Gesundheitspolitik Schleswig-Holsteins durch das GSG. Auch die SPD-Fraktion stimmte in der Debatte zu, dass gravierende Umstrukturierungen in der Gesundheitspolitik bevorstünden. Betont wurde dabei allerdings, dass die Umstrukturierungen jedoch nicht auf Versäumnisse der Landesregierung, sondern auf unklare Vorgaben des GSG zurückzuführen seien. Hinsichtlich der Zusammenarbeit der Universitätskliniken Kiel und Lübeck würden zudem bereits seit längerer Zeit Gespräche auf Expertenebene stattfinden.

Im März 1998 wurde von der Landesregierung der Gesetzentwurf zur Neuordnung der Universitätsklinika in Schleswig-Holstein vorgelegt[934]. Als Problem wurde geschildert, dass in den nächsten Jahren große Herausforderungen und finanzielle Risiken auf die Universitätsklinika zukommen würden. Einerseits würden sich die Be-

[932] Beitrag „Das rechte Maß: Wieviel Ärzte braucht eine Universitätsklinik?“, Autoren: Günter Josef Wiedemann, Sabine Thor Wiedemann, Hans-Petre Bruch, Heinrich Halsband sowie Horst Lorenz Fehm, Medizinische Universität zu Lübeck, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 02/1995, Seiten 11 – 14.
[933] Antrag der Landtagsfraktion der CDU zur Krankenhausplanung und -finanzierung nach dem Ausführungsgesetz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) vom 25.02.1997, Drucksache 14/569.
[934] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Neuordnung der Universitätsklinika in Schleswig-Holstein (Änderung des Hochschulgesetzes) vom 11.03.1998, Drucksache 14/1357.

strebungen des Bundes zur Kostensenkung im Gesundheitswesen begrenzend auf die Leistungen der Krankenkassen auswirken und andererseits würde aufgrund der Haushaltslage des Landes Schleswig-Holstein die Notwendigkeit bestehen, die Landeszuschüsse zu senken. Beiden Sachverhalten würden jedoch erhebliche Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und eine Vermehrung der Fälle der Krankenhausbehandlungen gegenüberstehen. Als Lösung wurde daher eine Neuorganisation der Klinikstrukturen vorgeschlagen. Als Ziele wurden insbesondere genannt, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen und den Universitätsklinika den notwendigen Freiraum für ihre unternehmerischen und betriebswirtschaftlichen Entscheidungen zu geben. Im Oktober 1998 wurde das Gesetz in zweiter Lesung mit Wirkung zum 01.01.1999 beschlossen[935].

Ende der 90er Jahre wurden von einer Reihe von Ländern die rechtlichen Verselbständigungen der jeweiligen Universitätsklinika vorangetrieben. Vom Grundsatz her war es durchaus zu befürworten, den Universitätsklinika gerade in den zu erwartenden finanziell unsicheren Jahren die notwendigen Freiheiten für eigenständige wirtschaftliche Entscheidungen einzuräumen. Im Ergebnis führte die Rechtsformumwandlung in Schleswig-Holstein jedoch nicht zu mehr wirtschaftlichen Freiheiten der Universitätsklinika. Alle über das gewöhnliche Geschäft hinausgehenden Geschäftsvorgänge bedurften einer Zustimmung der Aufsichtsräte. Die Zusammensetzung der Aufsichtsräte war jedoch politisch geprägt, so dass die Landesregierung den Vorsitz und die Stimmenmehrheit hatte. Entscheidungen wurden somit weiterhin im Sinne der Ministerien – und nicht vorrangig im Sinne der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens – getroffen. Darüber hinaus mussten von den Universitätsklinika ab dem Zeitpunkt der rechtlichen Verselbständigung in erheblichem Umfang Mehraufwendungen getragen werden, z.B. für die betriebliche Haftpflichtversicherung oder die Dienstleistung des Landesbauamtes bzw. der Rechtsnachfolgerin GMSH. Allein vom Universitätsklinikum Kiel mussten so in der Anfangszeit rd. 3,6 Mio. DM (rd. 1,8 Mio. €) pro Jahr zusätzlich aufgebracht werden.

[935] Auszug aus Protokoll der 68. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 08.10.1998, Protokoll-Nr. 14/68, Seiten 4990 bis 5000.

Ebenfalls im Juli 1999 befasste sich der Landtag mit dem Erhalt der Kieler Universitätsklinik für Orthopädie[936]. Grundlage hierfür waren zwei Anträge der Fraktionen der Regierungsparteien[937] bzw. der FDP-Fraktion[938]. Gemäß der Ministerin würde das Konzept der Landesregierung auf den Empfehlungen des Wissenschaftsrates beruhen, welcher sich dafür ausgesprochen hatte, die universitäre Orthopädie ausschließlich in Lübeck zu konzentrieren. Die Kieler Orthopädie sollte dagegen in ein Kompetenzzentrum für traumatologische und orthopädische Chirurgie überführt werden. Die Opposition forderte hingegen den Erhalt der Kieler Universitätsklinik für Orthopädie ohne Herabstufung der Professur. Im Ergebnis wurde der Antrag der Regierungsfraktionen angenommen.

Im Herbst 2000 berichtete die Gesundheitsministerin Moser im Rahmen einer Landtagssitzung über die Ergebnisse der Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung[939]. Sie führte aus, dass auf die Umsetzungen von Schließungsempfehlungen des Gutachters verzichtet werden könne, wenn *innerhalb* der Krankenhäuser Umstrukturierungen sowie *zwischen* den Krankenhäusern Kooperationen stattfinden würden. Als Beispiele hierfür wurden vorgesehene Kooperationen der Universitätsklinika mit anderen Trägern genannt. Berichtet wurde auch, dass, nachdem es nicht gelungen sei, dass die Stadt Kiel eine stationäre psychiatrische Versorgung anbieten würde, nunmehr Gespräche zwischen dem Universitätsklinikum Kiel und der Fachklinik Heiligenhafen mit dem Ziel einer Kooperation, stattfinden würden[940].

Am 12.01.2001 wurde von der Ministerpräsidentin Simonis im Rahmen einer Pressekonferenz bekannt gegeben, dass die bisher selbständigen Universitätsklinika Kiel und Lübeck zu einem gemeinsamen Universitätsklinikum fusioniert werden sollten[941]. Als Zeitpunkt der Fusion war der Jahresbeginn 2003 vorgesehen. Hintergrund dieser Entscheidung war der zu erwartende weiter zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen, verbunden mit einer von der Landesregierung als notwendig erachteten

[936] Auszug aus Protokoll der 92. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 09.07.1999, Protokoll-Nr. 14/92, Seiten 6945 – 6953.
[937] Änderungsantrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen zum Erhalt der Kieler Orthopädie vom 30.06.1999, Drucksache 14/2283.
[938] Antrag der Fraktion der FDP zum Erhalt der Kieler Universitätsklinik für Orthopädie vom 09.07.1999, Drucksache 14/2259.
[939] Auszug aus Protokoll der 14. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 19.10.2000, Protokoll-Nr. 15/14, Seiten 1008 – 1015.
[940] Protokoll der 8. Sitzung des Sozialausschusses vom 09.11.2000, Protokoll-Nr. 15/08, S. 10 – 11.
[941] Pressemitteilung der CDU-Landtagsfraktion Nr. 08.01 sowie Pressemitteilung der Landtagsfraktion von Bündnis 90 /Die Grünen, Nr. 006.01, jeweils vom 12.01.2001.

Reduzierung des Anteils an den Hochschulausgaben für den Medizinischen Bereich[942]. Darüber hinaus sollten mit dieser Fusion die Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsfähigkeit gesichert sowie die Schwerpunkte definiert und ausgebaut werden. Nur so bestünde gemäß Simonis die Chance, kostenaufwändige Doppelangebote in der Medizin zu vermeiden. Mit der Entscheidung zur Fusion der Universitätsklinika würde die Fehlentscheidung des Jahres 1973 korrigiert werden, mit welcher die damalige zweite Medizinische Fakultät der CAU zu Kiel in eine Hochschule umgewandelt wurde. Diese damalige Fehlentscheidung wäre zudem ein Hauptgrund der aktuellen Krise der Hochschulen, besonders an der Landesuniversität Kiel. Die Standorte Kiel und Lübeck würden bei dieser korrigierenden Entscheidung der Zusammenlegung beider Universitätsklinika jedoch nicht in Frage gestellt.

Von der zuständigen Fachministerin Erdsiek-Rave wurde in einer zeitlich an die Presserklärung folgenden Plenarsitzung weitergehend ausgeführt, dass sich die Universitätsklinika Kiel und Lübeck nach der rechtlichen Verselbständigung des Jahres 1999 zwar auf einem soliden Wirtschaftskurs befänden, dennoch wäre die Zusammenführung beider Universitätsklinika gerade vor dem Hintergrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen unbedingt erforderlich[943]. Für die kommenden Jahre wäre ein weiterer Anstieg der Personal- und Sachkosten zu erwarten, wogegen die Einnahmen aufgrund der Deckelung der Kassenbudgets stagnieren würden. Zusätzlich sollte im Jahr 2003 bundesweit die Leistungsabrechnung aller Krankenhäuser auf DRG-Basis umgestellt werden, wobei zu befürchten sei, dass die DRGs nicht die Kostenstrukturen der Universitätsklinika widerspiegeln würden. Die weitere Federführung des Vorhabens wurde dem Bildungsausschuss des Landtages übertragen.

In den folgenden Monaten wurde dieser Sachverhalt mehrmals in Plenarsitzungen des Landtags behandelt. Beispielsweise erfolgte im Oktober 2001 auf Basis einer Großen Anfrage der CDU-Fraktion eine Debatte über die Hochschulentwicklung[944] des Landes. Ein Teil des Fragenkomplexes betraf die künftige Ausrichtung der Universitätsklinika. Es wurden unter anderem Fragen zum Zeitplan der Fusion, zu den Auswirkungen der Neuordnung, zur Vermeidung von Doppelstrukturen und zum

[942] Beitrag in den Kieler Nachrichten, Autorin: Martina Drexler, vom 13.01.2001, Seiten 1 + 2.
[943] Auszug aus Protokoll der 22.Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 25.01.2001, Protokoll-Nr. 15/22, Seiten 1622 – 1639.
[944] Auszug aus Protokoll der 41. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 17.10.2001, Protokoll-Nr. 15/41, Seiten 3094 – 3107.

Landeszuschuss für Forschung und Lehre gestellt[945]. Im Dezember 2001 folgte im Rahmen des Jahresberichtes der Landesregierung über den Verlauf und Abschluss des Geschäftsjahres 2000 der Universitätsklinika eine weitere Debatte über deren künftige Ausrichtung[946]. Von der oppositionellen CDU-Fraktion wurde zu diesem Zeitpunkt zum wiederholten Male angemahnt, dass die Landesregierung bisher keine Entscheidung über den künftigen Verwaltungssitz des gemeinsamen Universitätsklinikums getroffen hätte. Ebenso würde immer noch ein Nachweis über die Wirtschaftlichkeit der Fusion der Universitätsklinika fehlen.

Ende April 2002 wurde von der Landesregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und zur Änderung des Hochschulgesetzes vorgelegt[947]. Kritisiert wurde von der Opposition in der folgenden Plenarsitzung noch einmal, dass das Gesetz zur Verselbständigung der Universitätsklinika erst drei Jahre in Kraft wäre und schon wieder eine Änderung der Struktur notwendig sei[948]. Es wurde darauf hingewiesen, dass es bundesweit einmalig sei, dass künftig *eine* Klink zu *zwei* Fakultäten gehören würde. Dies wäre ein Zustand, der nicht auf Dauer angelegt sein könne. Aus diesem Grund wäre es von besonderer Bedeutung, an welchem Standort der künftige Verwaltungssitz des gemeinsamen Universitätsklinikums sein sollte, denn es wäre davon auszugehen, dass dort, wo der Verwaltungssitz sei, künftig die einzige Medizinische Fakultät des Landes angesiedelt sei.

Im Dezember 2002 wurde das Gesetz zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein mit Wirkung zum 01.01.2003 beschlossen[949]. Die Frage des einheitlichen Verwaltungssitzes wurde zu diesem Zeitpunkt noch nicht beantwortet.

Die Entscheidung zur Fusion der Universitätsklinika ging aktiv von der Landesregierung aus. Allerdings ist diese Entscheidung, entgegen der Ausführungen der Wis-

[945] Große Anfrage der Fraktion der CDU zur Hochschulentwicklung in Schleswig-Holstein“, vom 16.07.2001, Drucksache Nr. 15/1123, Abschnitt III. 3.
[946] Auszug aus Protokoll der 49. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 14.12.2001, Protokoll-Nr. 15/49, Seiten 3680 – 3687.
[947] Gesetzentwurf der Landesregierung zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und zur Änderung des Hochschulgesetzes vom 30.04.2002, Drucksache 15/1839.
[948] Auszug aus Protokoll der 61. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 16.05.2002, Protokoll-Nr. 15/61, Seiten 4507 – 4521.
[949] Auszug aus Protokoll der 75. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 12.12.2002, Protokoll-Nr. 15/75, Seite 5610 – 5638.

senschaftsministerin nicht ohne Alternative gewesen. Vielmehr handelte es sich bei dieser Entscheidung um eine nur von der Landesregierung, ohne fachliche Begleitung getroffene Entscheidung, von der selbst die Vorstände beider Universitätsklinika zuvor nichts wussten. Substanzielle Festlegungen, wie die des Verwaltungssitzes, wurden über einen langen Zeitraum hinweg nicht getroffen. Es gab keinen breiten Konsens für die Entscheidung zur Fusion. Die Entscheidung stand nicht im bisherigen Kontext der politischen Ausrichtung, war aber insofern richtungsweisend, als dass die Entscheidung, nachdem die Vorarbeiten zur Fusion begonnen hatten, nicht kurzfristig wieder zurückzunehmen war. Die Umsetzung der Entscheidung erfolgte, jedoch nur teilweise und nicht mit dem gewünschten Erfolg. Beispielsweise wurden die zweifachen Vorhaltungen medizinischer Strukturen nicht umfänglich reduziert. Zwar wurden in der Folgezeit in erheblichem Umfang Einsparungen generiert, die Grundprobleme jedoch, die Vergütungsstruktur, die Landeszuschüsse, die tarifgebundenen Personalaufwendungen und die Rahmenbedingungen eines öffentlichen Unternehmens, konnten jedoch mit der Fusion nicht gelöst werden.

Im März 2003 wurde das sogenannte Erichsen-Gutachten zur Entwicklung der Hochschulen in Schleswig-Holstein vorgestellt[950]. In verschiedenen Abschnitten des Gutachtens wurde auf die Entwicklung der universitären Humanmedizin eingegangen. Für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, bzw. seine Rechtsvorgänger wurde u.a. festgestellt, dass die Kostenunterdeckungen im stationären Bereich der Krankenversorgung als Folge politischer Entscheidungen der Landesregierung entstanden wären und sich diese zu einem dauerhaften strukturellen Defizit ausgeweitet hätten[951]. Die Kommission empfahl für beide Standorte einen Bettenabbau um bis zu 30 %. Erreicht werden sollte das Ziel des Bettenabbaus u.a. durch die Verlagerung von Betten auf eine aus dem UKSH ausgegliederte Psychiatrie GmbH, durch eine Verlagerung von Fachgebieten, die keine zentrale Bedeutung für Forschung und Lehre hätten, auf externe Kliniken und durch die Aufgabe von Betten in externen Krankenhäusern. Es wurde eine Aufteilung des Landeszuschusses in die Komponenten Krankenversorgung und Forschung und Lehre empfohlen. Soweit es sich bei den Trägerkosten um allgemeine gesundheitspolitische Aufgaben handeln würde (z.B.

[950] Gutachten „Zur Entwicklung der Hochschulen in Schleswig-Holstein – Empfehlungen der von der Landesrektorenkonferenz und der Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur eingesetzten Expertenkommission“, März 2003.
[951] Erichsen-Gutachten, Abschnitt II.1.3 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Seite 79.

Kosten der Rechtsmedizin), sollten diese aus dem Haushalt des jeweils zuständigen Fachministeriums finanziert werden. Weiterhin empfahl die Kommission für das Universitätsklinikum eine Öffnung für Privatisierungen, da diese zu einer effizienteren Organisation des Klinikbetriebes führen könnten, wodurch das Land die Trägerkosten einsparen könnte[952].

Im Dezember 2004 erfolgte der gemäß Hochschulgesetz zu erteilende jährliche Bericht der Landesregierung an den Landtag über das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein[953]. Berichtet wurde über das Geschäftsjahr 2003, dem ersten Jahr nach der Fusion der ehemaligen Universitätsklinika Kiel und Lübeck. Die Erträge hatten sich gegenüber 2002 nur geringfügig erhöht, der Landeszuschuss wurde abgesenkt, bei den Personalkosten, dem größten Kostenblock, konnte der Anstieg der Tarifsteigerung nur durch eine deutliche Verminderung an Vollzeitkräften vermindert werden. Der Sachaufwand stieg ebenfalls deutlich. Zusammengenommen wurde im Geschäftsjahr 2003 ein Jahresfehlbetrag von 15,1 Mio. € erwirtschaftet[954]. Eine weitere Aussprache innerhalb des Plenums erfolgte nicht. Der Sachverhalt wurde zur abschließenden Beratung an den Bildungsausschuss weitergeleitet.

Im Februar 2005 folgte eine Kleine Anfrage des Abgeordneten de Jager der CDU-Fraktion zur Finanzierung der Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein[955]. Unter anderem wurde die Frage nach der Entwicklung des Zuschusses für Forschung und Lehre der Universitätsklinika Kiel und Lübeck bzw. des UKSH gestellt. Gemäß Antwort der Landesregierung lag der Landeszuschuss im Jahr 2005 mit insgesamt 118,7 Mio. € um 29,7 Mio. € unterhalb des Ansatzes des Jahres 1996. Die Reduzierung erfolgte kontinuierlich in jedem Jahr, so dass eine kumulierte Reduzierung seit 1996 bis zum Jahr 2005 um 175,1 Mio. € ausgewiesen wurde.

[952] Erichsen-Gutachten, Abschnitt III.1.5. „Empfehlungen“, Seiten 92.
[953] Auszug aus Protokoll der 132. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 17.12.2004, Protokoll-Nr. 15/132, Seite 10314.
[954] Bericht der Landesregierung an den Landtag gemäß § 126 Abs. 9 HSG – Universitätskliniken Schleswig-Holstein Jahr 2003 – vom 30.11.2004, Drucksache 15/3839.
[955] Kleine Anfrage des Abgeordneten Jost de Jager (CDU) und Antwort der Landesregierung zur Finanzierung der Hochschulmedizin in Schleswig-Holstein vom 18.02.2005, Drucksache 15/3983.

Im September 2005 wurde im Landtag über die Einführung von bundeseinheitlichen Basisfallwerten in Krankenhäusern debattiert[956]. Die Landesregierung sollte u.a. aufgefordert werden, sich im Bundesrat für die Einführung von bundesweit einheitlich geltenden Basisfallwerten bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 einzusetzen. Von Gesundheitsministerin Trauernicht wurde in diesem Zusammenhang erläutert, dass die Basisfallwerte auf den realen Kosten der vergangenen Jahre basieren würden, welche in Schleswig-Holstein niedriger seien als im übrigen Bundesgebiet. Der Grund hierfür wäre gemäß Trauernicht die von Schleswig-Holstein seit Jahren eingenommene Vorreiterrolle hinsichtlich Einsparungen und Produktivitätssteigerungen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen bestünde für die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser die Gefahr, für ihre Vorleistungen mit einer geringeren Vergütung als im übrigen Bundesgebiet, benachteiligt zu werden. Besonders das Universitätsklinikum läge mit seiner Kostenstruktur oberhalb des Landesbasisfallwertes und sähe sich daher mit einem erheblichen Kostendruck konfrontiert.

Bei der Einführung des neuen Vergütungssystems auf DRG-Basis handelte es sich, grundsätzlich um einen bundesweiten Sachverhalt. Für das Land Schleswig-Holstein, bzw. für die Krankenhäuser des Landes, bestand das besondere Problem darin, dass sich die Landesbasisfallwerte an den Ausgaben der Krankenkassen des Jahres 2004 orientieren sollten. Aufgrund vorheriger Einsparungen, insbesondere auch durch die Budgetvereinbarung 1989 der damaligen Universitätsklinika Kiel und Lübeck, waren die Ausgaben der Krankenkassen nachhaltig auf niedrigem Niveau verblieben. Das führte dazu, dass letztendlich auch der Landesbasisfallwert für das Land Schleswig-Holstein sehr niedrig war. Speziell betroffen hiervon war das spätere Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, weil hier der geringe Landesbasisfallwert, die hohen medizinischen Kosten bei gleichzeitig nur unzureichender Abbildung der Universitätsklinika zusammentrafen. Seitens der Landesregierung mussten jedoch keine wesentlichen Entscheidungen getroffen werden.

[956] Auszug aus Protokoll der 9. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtags vom 02.09.2005, Protokoll-Nr. 16/9, Seiten 569 – 577.

C. SCHLUSSTEIL

I. Gesamtanalyse

Innerhalb des Betrachtungszeitraumes gab es eine Vielzahl von Themen, die in unterschiedlicher Intensität und zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftraten und behandelt wurden. Im ersten Analyseschritt wurden die wichtigsten Themenbereiche der einzelnen Zeitabschnitte zusammengefasst und im Anschluss zuvor definierten Aufgabengruppen zugeordnet. Diese Aufgabengruppen wurden hinsichtlich deren Entwicklung und Intensität im Zeitablauf grafisch dargestellt. Als Intensitätsfaktoren wurde eine Skala von 0 (geringe Intensität) bis 5 (sehr starke Intensität) gewählt. Als Grundlage für die Intensitätsfaktoren diente die vorhergehende Analyse der einzelnen Zeitabschnitte. Zum Schluss wurde auf die Sachverhalte eingegangen, deren Bearbeitung im Zeitablauf entweder besonders negativ oder auch positiv hervorzuheben schien.

Im Bereich der allgemeinen Gesundheitspolitik waren folgende Themen von besonderer Wichtigkeit:

1955 – 1966: Organisatorische Sachverhalte, Infektionskrankheiten (Kinderlähmung, Tuberkulose), Herz- und Kreislaufkrankheiten, Contergan.

1967 – 1973: Folgen des gewachsenen Wohlstands, unzureichende ärztliche Versorgung, Suchtkrankheiten (Alkohol und Drogen), Krankenpflegegesetz, Sorge um den Nachwuchs im öffentlichen Gesundheitswesen.

1974 – 1979: Neuordnung des Rettungswesens, schwache Versorgung der ländlichen Kreise mit Ärzten, Alkoholmissbrauch, Gesundheitshilfe für behinderte Kinder, Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

1980 – 1986: Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen, Suchtverhalten (besonders bei Jugendlichen), AIDS, Reaktorunfall in Tschernobyl.

1987 – 1990: Kostenproblematik, AIDS, psychiatrische Versorgung, Ärzteschwemme, Drogenbekämpfung.

1991 – 1995: Soziale Probleme des Alters, Konzeption der hausärztlichen Versorgung, Drogenpolitik, Neuordnung des Rettungsdienstgesetzes, Krebsregistergesetz.

1996 – 2000: Auswirkungen des GSG, Drogenpolitik (Methadonsubstitution, Ecstasy), Qualitätssicherung in der Pflege.

2001 – 2005: Qualitätssicherung der Pflege / Pflegemängel, Drogenpolitik, Entwicklung der Gesundheitswirtschaft.

Angelehnt an die Zuordnung in den Gesundheitsministerien der Länder und des Bundes wurden hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitspolitik folgende Aufgabengruppen gewählt:

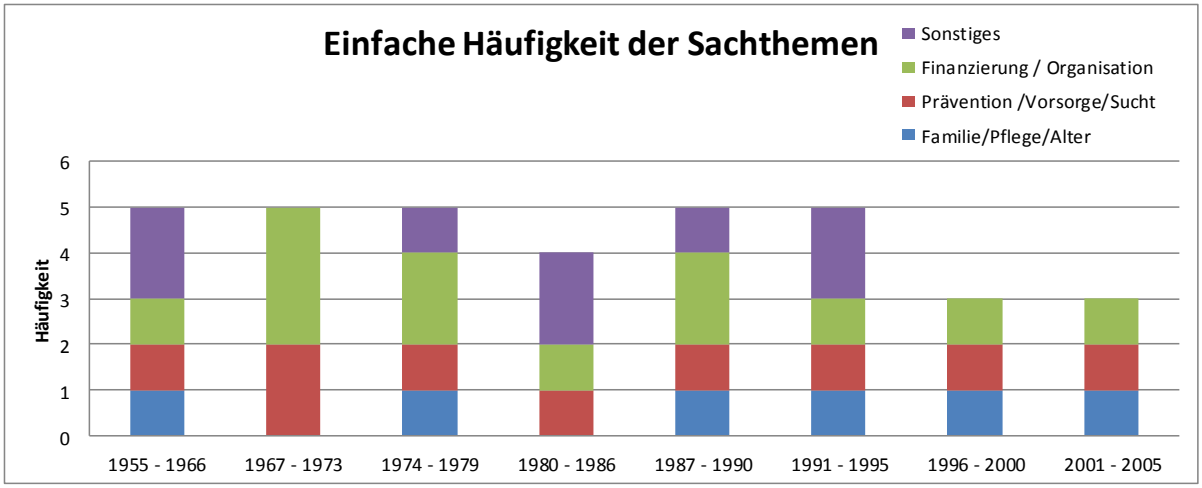
a) Familie / Pflege / Alter

b) Prävention / Vorsorge / Sucht

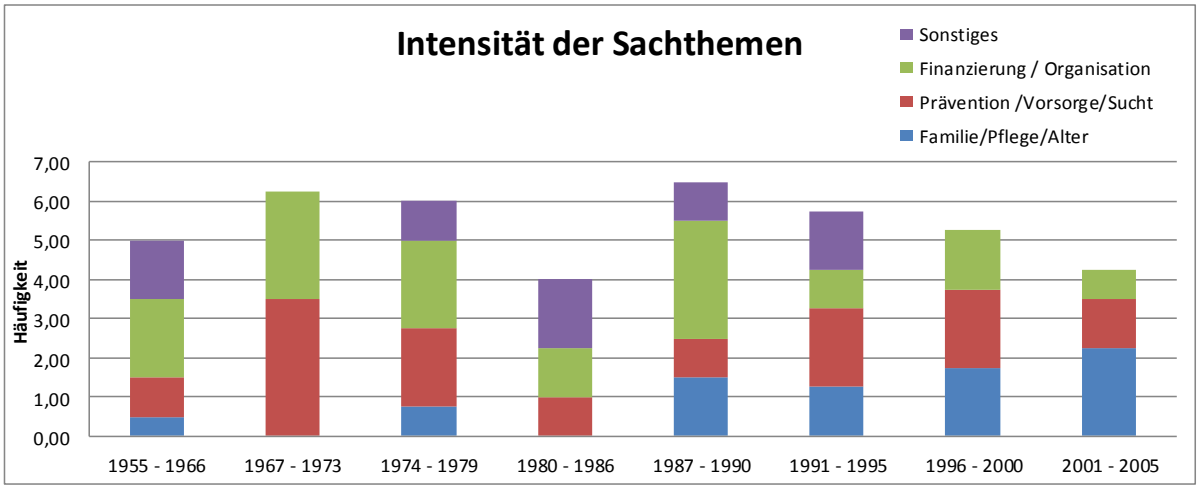
c) Finanzierung / Organisation sowie

d) Sonstiges

In folgender Grafik (Grafik 1) wurde dargestellt, wie sich die Aufgabengruppen hinsichtlich des Umfanges der Aufgaben im Zeitablauf entwickelt haben:



Im nächsten Schritt wurde auf Basis der erfolgten Analysen der einzelnen Zeitabschnitte eine Gewichtung der Aufgaben hinsichtlich deren Intensität vorgenommen. In der folgenden Grafik (Grafik 2) wurde dargestellt, wie sich die entsprechend gewichteten Aufgabengruppen im Zeitablauf entwickelt haben:



Hinsichtlich der Aufgabengruppe Prävention/Vorsorge/Sucht wird aus der Grafik deutlich, dass diese ab dem zweiten betrachteten Zeitabschnitt (1967 bis 1973) bis etwa 1980 eine große Rolle gespielt hat, danach mehrere Jahre geringfügig weniger intensiv auftrat, aber ab Beginn der 90er Jahre erneut intensiviert wurde. Dahinter verbargen sich folgende Sachverhalte:

- Im Zeitraum um 1970 bestanden Probleme, die auf den gewachsenen Wohlstand im Zusammenhang mit dem vorangegangenen Wirtschaftsboom zurückzuführen waren. Zu dieser Zeit war ein starkes Anwachsen der Anzahl alkoholsüchtiger Menschen sowie etwa zeitgleich eine deutliche und rasche Zunahme des Konsums an Drogen, wie Cannabis oder Marihuana zu verzeichnen[957].

- Ab etwa 1987 war erneut ein verstärkter Anstieg der Anzahl der Drogenabhängigen und Drogentoten ersichtlich[958]. Als Maßnahme gegen diese Entwicklung wurde vom Sozialministerium ein Therapiekonzept entwickelt, dessen vorrangiges

[957] Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/1970, Seiten 255 ff.
[958] Beitrag „Zusätzliche Gefährdung von Heroinabhängigen durch Flunitrazepam“, Autoren: Prof. Dr. Wolfgang Poser John Koc, Ina Siegel, Karin von Samson-Himmelstjerna, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 10/1993, Seiten 14 – 16.

Ziel es war, drogenabhängige Menschen mit Hilfe von Drogensubstituten von der Drogensucht zu befreien[959].

In der Aufgabengruppe Familie/Pflege/Alter war ein signifikanter Ausschlag ab Beginn der 90er Jahre bis zum Ende Betrachtungszeitraumes ersichtlich. Auch hierbei handelte es sich um verschiedene Sachverhalte:

- Anfang 1991 setzte sich der Sozialminister im Hinblick auf die Themen „Soziale Probleme des Alters“ sowie „Pflegefall-Versicherung“[960] dafür ein, dass besonders die ambulanten Dienste weiter ausgebaut würden. Dazu gehörte gemäß Jansen auch, dass schwerstpflegebedürftige Menschen weitgehend zu Hause gepflegt werden könnten. Diskutiert wurde auch der Ausbau der Kurzzeitpflege. Zeitlich danach erfolgte an vielen Stellen ein Ausbau der Gemeindekrankenpflege, der sonstigen ambulanten Dienste sowie ebenfalls der Geriatrie im stationären Bereich[961].

- Der zweite Sachverhalt in diesem Zusammenhang betraf ab dem Jahr 1999 die Qualitätssicherung in der Pflege bzw. Pflegemängel[962]. Es bestanden Fehlentwicklungen in einigen Heimen, eine unzureichende Personalausstattung sowie eine mangelnde Kontrolle von Pflegeleistungen. Der MDK kam in einem Zwischenbericht zu dem Schluss, dass nur knapp die Hälfte der geprüften Einrichtungen die gesetzlichen oder vertraglichen Regelwerke eingehalten hätten. In der Folgezeit befasste sich der Landtag wiederholt mit dem Thema Pflege[963].

---

[959] Auszug aus der Niederschrift der 83. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 12.02.1992 (Protokoll-Nr. 12/83) sowie Zwischenbericht über ein „Medikamentengestütztes Therapiekonzept zur Vorlage für den Sozialausschuss“, Umdruck 12/2766.
[960] Rede des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein, Herrn Günther Jansen (SPD), am 05.02.1991 vor der Parlamentarischen Gesellschaft Schleswig-Holstein. Quelle: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Ausgabe 04/1991, Seiten 7 – 14.
[961] „Psychiatrieplan 2000 – Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen“, herausgegeben vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, 1999, Nachdruck 12/2005.
[962] Protokoll des 72. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 01.07.1999, Protokoll-Nr. 14/72.
[963] Auszug aus dem Protokoll der 105. Plenarsitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages vom 27.01.2000, Protokoll-Nr. 14/105, Seiten 8018 – 8031.

Im Bereich des Krankenhaussektors standen im Berichtszeitraum folgende Themen im Vordergrund:

1955 – 1966: Beseitigung von Kriegszerstörungen, nachzuholender Modernisierungsbedarf, Leistungsschwäche der Krankenkassen, Belastung durch Pflegefälle.

1967 – 1973: Erarbeitung und Verabschiedung der ersten Krankenhausplanung, Klassenloses Krankenhaus.

1974 – 1979: Kostenentwicklung, Humanität im Krankenhaus, Erstellung des ersten Psychiatrieplans, Fortschreibung der Krankenhausplanung.

1980 – 1986: Kostenentwicklung, psychiatrische Versorgung / Landeskrankenhäuser.

1987 – 1990: Kostenentwicklung, Erstellung des ersten Rüschmann-Gutachtens, Krankenhausplanung mit Schwerpunkt Dezentralisierung der Psychiatrischen Versorgung, Wirtschaftlichkeitsgutachten der Universitätsklinika Kiel und Lübeck.

1991 – 1995: Neuausrichtung der psychiatrischen Versorgung, Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG), Modellversuch zur Finanzierung von Krankenhäusern mittels Fallpauschalen.

1996 – 2000: Entwicklung der psychiatrischen Fachkliniken, Vorlage des zweiten Rüschmann-Gutachtens, Neubeginn der Krankenhausplanung, Diskussion über das Finanzierungssystem, Rechtsformwechsel der Universitätsklinika Kiel und Lübeck.

2001 – 2005: Fusion der Universitätskliniken Kiel und Lübeck, Fortschreibung der Krankenhausplanung, Umwandlung und Privatisierung der Fachkliniken, Umstellung des Entgeltsystems auf Fallpauschalen (DRGs).

Analog zur allgemeinen Gesundheitspolitik sind auch die Sachthemen des Krankenhaussektors zuvor definierten Aufgabengruppen zuzuordnen.

Diese Aufgabengruppen sind:

a) Krankenhausplanung

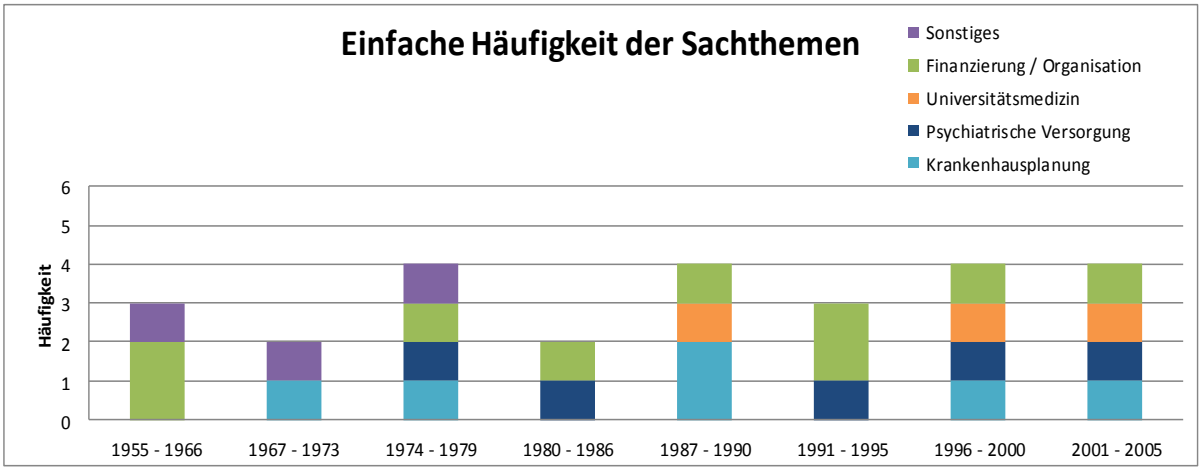
b) Psychiatrische Versorgung

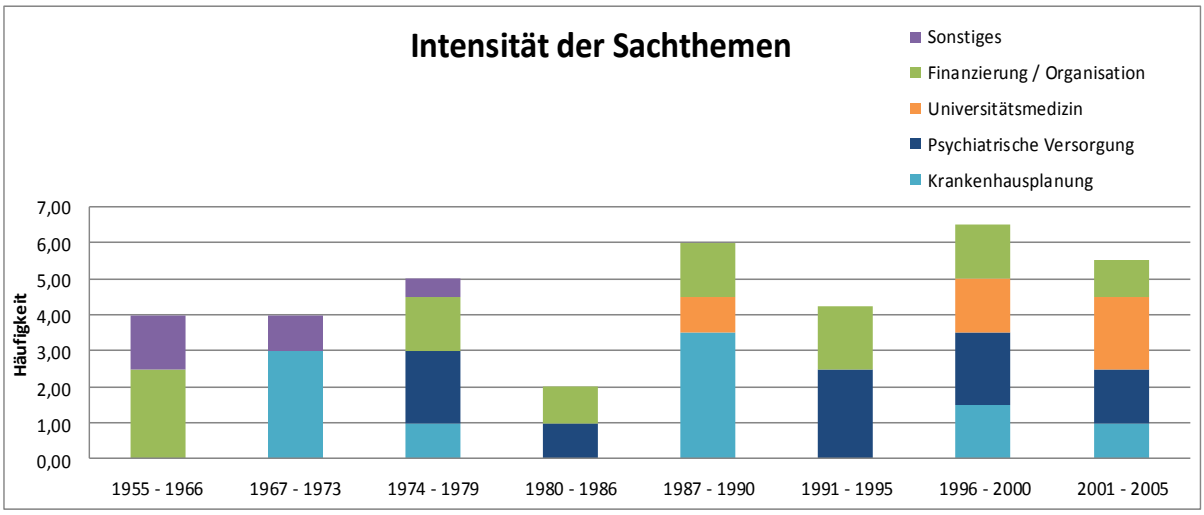
c) Universitätsmedizin

d) Finanzierung /Organisation

e) Sonstiges

In den folgenden Grafiken (Grafiken 3 + 4) werden die Aufgabengruppen im Zeitverlauf hinsichtlich des Umfanges der Aufgaben sowie hinsichtlich deren Intensität dargestellt:





Aus der zweiten Grafik wird ersichtlich, dass im zweiten betrachteten Zeitabschnitt die **Krankenhausplanung** besonders deutlich hervorstach, diese danach für etwa fünfzehn Jahre keine besondere Intensität auswies, dann aber im Zeitraum von 1987 bis 1990 erneut einen großen Umfang annahm. In der Zeit ab 1967 erfolgte die erstmalige Krankenhausplanung, in der wesentliche Grundlagen erarbeitet wurden und welche einen großen Teil der damaligen Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein umfasste[964]. Erst nach dem im Jahr 1988 erfolgten Regierungswechsel wurde der Krankenhausplanung ein ähnlich breiter Raum zugestanden. Nach dem Wechsel an der Spitze des Sozialministeriums im Jahr 1993 ging die Bedeutung der Krankenhausplanung innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes jedoch erneut zurück.

Hinsichtlich der Entwicklung der **psychiatrischen Versorgung** ist zu erkennen, dass diese bis etwa 1974 keine zentrale Rolle innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes einnahm[965]. Ab dem Jahr 1975 bis zur Erstellung des Psychiatrieplans rückte dieses Themengebiet näher in den Focus der Gesundheitspolitik[966]. Der weitere Ausbau sowie die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung wurden erst im Rahmen der Krankenhausplanung 1990 ein zentrales Thema[967]. Auch in den Folgejahren verblieb das Themengebiet im Focus der Gesundheitspolitik des Landes. Es folgten u.a. die rechtliche Verselbständigung der Fachklinken, deren teilweise Zusammenlegung, die Umwandlung in privatrechtliche Gesellschaften und schließlich die Veräußerung der Gesellschaftsanteile des Landes zum Jahreswechsel 2004/2005.

Ersichtlich ist aus der Grafik auch, dass die **Universitätsmedizin** erst in den letzten Zeitabschnitten zum Gegenstand der Gesundheitspolitik des Landes geworden ist. Grundsätzliche Fragestellungen, die den Bestand der Universitätsmedizin betrafen, erfolgten bis zu Beginn der 80er Jahre nicht. Im Jahr 1989 folgte im Zusammenhang

---

[964] Vermerke / Ausarbeitungen des Sozialministeriums Schleswig-Holstein, vom 06.01.1972 und 15.03.1972, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[965] Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) vom 26.11.1975, herausgegeben über die Pressestelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Schleswig-Holstein; damaliger Präsident der DGPN war Prof. Dr. Edmund Christiani, Nervenarzt in Kiel, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

[966] Psychiatrieplan für Schleswig-Holstein, Vorwort des Sozialministers Karl Eduard Claussen (CDU), herausgegeben vom Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, 1978.

[967] Bericht der Landesregierung über die Krankenhausplanung 1990, Abschnitt „Neue Maßstäbe für die psychiatrischen Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/1990, Seite 51.

mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung der Universitätsklinika[968] eine kurzzeitige signifikante Befassung der Landesregierung mit der Universitätsmedizin. Nach Inkrafttreten des GSG im Jahr 1996 und dem besonders auf die Universitätsklinika wachsenden Kostendruck, erfolgte eine längerfristige Befassung u.a. der Landesregierung mit diesem Themenbereich. So erfolgte im Jahr 1999 die rechtliche Verselbständigung, ab dem Jahr 2001 wurden die Vorarbeiten für die Fusion der Universitätsklinika vorangetrieben, welche im Jahr 2003 umgesetzt wurde. Im gleichen Jahr empfahl die Hochschulentwicklungskommission der Landesregierung eine Öffnung des UKSH für Privatisierungen[969].

Die **organisatorischen und finanziellen Sachverhalte** des Krankenhaussektors wurden bereits relativ früh, d.h. etwa Mitte der 70er Jahre verstärkt thematisiert und dann über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg bis 2005 relativ kontinuierlich fortgeführt. Diese Diskussion ist im Zusammenhang auch mit der Krankenhausplanung zu sehen, bei der versucht wurde, Kostenstrukturen innerhalb der Krankenhäuser in derart zu verändern, dass Suchtkranke, Pflegefälle oder auch leichter erkrankte Menschen außerhalb der Akutkrankenhäuser behandelt werden konnten. In den 90er Jahren gab es im Hinblick auf die Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) Regelungsbedarf.

Negativ herauszustellen ist innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes im Betrachtungszeitraum der Umgang mit folgenden Sachverhalten:

-	Folgen des Medikamentes Contergan	1962 – 1966
-	Bekämpfung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs	ab ca. 1970
-	Krankenhausplanung	ab ca. 1995
-	Qualitätsmängel in der Pflege	ab ca. 1999

Zu Beginn der 60er Jahre wurden im gesamten Bundesgebiet Kinder mit körperlichen Missbildungen geboren, welche auf das **Medikament Contergan** zurückzuführen waren. Als sogenannte Zwischenlösung wurden die Kinder zunächst im Landeskrankenhaus Schleswig untergebracht. Im Jahr 1963 wurde zur Versorgung dieser Kinder

[968] Beauftragung der Treuarbeit AG, Kiel, mit Schreiben des Sozialministeriums vom 31.01.1983, Quelle: Gutachten der Treuarbeit AG über das Universitätsklinikum Kiel.
[969] Erichsen-Gutachten, Abschnitt III.1.5. „Empfehlungen“, Seiten 92.

eine Station in der Orthopädischen Universitätsklinik Kiel eingerichtet. Nachdem hierfür – unabhängig von der Frage, ob dies eine sachgerechte Unterbringung war – keine nachhaltige Finanzierung gewährt wurde, erfolgte im Jahr 1964 eine Verlegung der Kinder in das Landeskrankenhaus Neustadt. Die weitere Betreuung und Pflege sollte jedoch in dem geplanten Ricklinger Pflegeheim durchgeführt werden, welches allerdings voraussichtlich erst 1966 seinen Betrieb aufnehmen würde. Die Unterbringung der Kinder und damit die Zuständigkeit wechselten in kurzen Zeitabständen mehrmals. Der Umgang mit diesen Kindern und ihre Versorgung erfolgten in Schleswig-Holstein unvorbereitet und unkoordiniert, obwohl Anfang 1962 bundesweit bereits etwa 2.000 Kinder mit körperlichen Missbildungen geboren wurden.

Ab etwa dem Jahr 1970 war ein merklicher Anstieg des **Alkohol- und Drogenmissbrauchs** zu verzeichnen. Die Landeskliniken hatten aus diesem Grund eine deutliche Fallzahlsteigerung zu verzeichnen. Gruppentherapien mit Alkoholkranken konnten oftmals jedoch aus Zeitmangel nur nach offiziellem Dienstschluss des Pflegepersonals durchgeführt werden. Umfassende Konzepte der Landesregierung, wie mit diesen Problemen umzugehen wäre, waren zu dieser Zeit nicht ersichtlich.

Mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zeichneten sich deutliche Veränderungen im Entgeltsystem für die Krankenhäuser ab, die eine Aktualisierung der **Krankenhausplanung** notwendig machten. Zum Jahresbeginn 1996 erfolgte ein Wechsel der Vergütungssystematik von tagesgleichen Pflegesätzen zu abteilungsbezogenen Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten. Für die Krankenhäuser stand damit erstmals das Wettbewerbselement im Vordergrund. Absehbar war zudem, dass die Fallpauschalen sinken und somit der Kostendruck auf die Krankenhäuser zunehmen würde. Die im Jahr 1995 anstehende Krankenhausplanung wurde vom Sozialministerium mehrmals verschoben und letztendlich mit externer Unterstützung erst im Jahr 2001 vorgelegt. Die Information der Krankenhäuser über diese Veränderungen erfolgte vorrangig in Zusammenarbeit zwischen der Ärztekammer und einem externen Gutachter der Landesregierung. Die Landesregierung selbst bzw. das Sozialministerium als Aufsichtsbehörde der Krankenhäuser, trat hierbei nicht oder nur in geringem Umfang in Erscheinung.

Ab dem Jahr 1999 wurden zunehmend **Qualitätsmängel in Pflegeheimen** und Fachkliniken thematisiert. Es bestanden Fehlentwicklungen in einigen Heimen, wie eine unzureichende Personalausstattung sowie eine mangelnde Kontrolle von Pflegeleistungen. Ein Aktionsprogramm wurde erarbeitet, dessen einer Schwerpunkt die Öffentlichkeitsarbeit war. Durch die Prüfung des MDK wurden jedoch in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen des Landes teilweise gravierende Mängel aufgedeckt, welche zuvor von der Landesregierung in dieser Form nicht erkannt wurden. Noch im Jahr 2004 wurde von der Sozialministerin hierzu ausgeführt, dass die aufgedeckten Mängel in der Pflegequalität und der Pflegedokumentation auf jeden Fall Konsequenzen nach sich ziehen würden. Die in dem Aktionsprogramm genannten Punkte schienen nur bedingt geeignet, um kurzfristig die Situation in der Pflege zu ändern. Die Verantwortung der Heimaufsicht wurde auf die Kommunen übertragen, die Landesregierung nahm die Rolle der Fachaufsicht wahr und sprach die Erwartung aus, dass Heimaufsichten ihrer Verantwortung umfassend gerecht werden sollten[970]. Insgesamt erschien die Landesregierung Schleswig-Holstein hierbei eher als fremdbestimmt, denn als richtungsweisender Akteur.

Positiv herauszustellen sind innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes im Betrachtungszeitraum folgende Sachverhalte:

- Erstmalige Erstellung der Krankenhausplanung 1967 - 1973
- Entwicklung des Entgeltsystems mittels Diagnoseschlüssel und Fallpauschalen ab 1982
- Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung ab 1988
- Drogenpolitik des Landes ab ca. 1993

Als erster Sachverhalt innerhalb des Betrachtungszeitraumes ist die Planung und Erstellung der erstmaligen **Krankenhausplanung** hervorzuheben. Zuständig für die Planung war die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums, konkret Beske. Zu der Planung gehörten insbesondere Organisationsfragen und Fragen zur Finanzierung. Die daran anschließenden Bereiche, wie Unfallversorgung, Krankentransportwesen oder die Unterbringung von Pflegefällen waren ebenfalls Bestandteile der Planung. Es wurde ein Beirat für Krankenhausfragen eingerichtet, dessen Mitglieder Vertreter

[970] Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90 /Die Grünen zur Heimaufsicht in Schleswig-Holstein vom 25.09.2001, Drucksache 15/1231.

der verschiedenen am Gesundheitsprozess beteiligten Einrichtungen waren. Zu Einzelfragen wurden zusätzlich Sachverständige hinzugezogen[971]. In der Planung wurden die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und weitergehend bereits die demografische Entwicklung berücksichtigt. Es wurden die Hauptdisziplinen der Krankenhäuser sowie deren Eckdaten erarbeitet. Davon abgeleitet wurde die Mindestgröße von Krankenhäusern festgelegt. Es wurden zudem Planungsräume erarbeitet, innerhalb derer jede erforderliche Krankenhausleistung zur Verfügung stehen sollte und deren Krankenhäuser sich dabei ergänzen sollten. Eine besondere Herausforderung lag zudem in der Bündelung der Interessen der unterschiedlichen am Planungsprozess beteiligten Akteure.

Ein zweiter herausragender Sachverhalt war die **Entwicklung des Entgeltsystems mittels Diagnoseschlüssel und Fallpauschalen** durch die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG) und deren Geschäftsführer Rüschmann. So wurde von Rüschmann bereits 1982 die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik herausgestellt. Kern des im Jahr 1986 von der Landesregierung an die GSbG in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Krankenhausplanung war die Bereinigung der Verweildauern um die nicht-medizinisch induzierten Sachverhalte. Von Rüschmann wurde auf dieser Basis ein erhebliches Einsparpotential berechnet. Das Gutachten war jedoch hinsichtlich der Deutlichkeit seiner Ergebnisse sehr umstritten und führte zu erheblichen Diskussionen der am Planungsprozess beteiligten Akteure. Anhand zweier Modellkliniken wurde von Rüschmann der Nachweis erbracht, dass die Verweildauer – und damit die Behandlungskosten – signifikant gesenkt werden konnten, nachdem die Finanzierung von den bis dahin geltenden tagesgleichen Pflegesätzen auf leistungsbezogene Entgelte, d.h. Fallpauschalen umgewandelt wurden. Bereits in der Bundespflegesatzverordnung 1995 wurden leistungsbezogene Elemente, wie Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte, eingeführt. In den Jahren 2003/2004 folgte bundesweit die vollständige Umstellung des Entgeltsystems auf Fallpauschalen (DRG´s), welche als zentrales Element die Diagnose beinhalten.

Hervorzuheben ist auch die **Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung**. Im Nachgang zur Psychiatrie-Enquete des Bundestages rückte Ende 1975 die psy-

[971] Mitgliederliste des Innenministeriums aus 06/1967 sowie Teilnehmerliste der 2. Sitzung des Beirates für Krankenhausfragen vom 05.10.1967, (LAS, Abt. 761, Bd. 1).

chiatrische Versorgung erstmals in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik des Landes. Es wurde in der Folge ein Psychiatrieplan erarbeitet, welcher im Jahr 1978 veröffentlicht wurde. Wesentlicher Planungsgrundsatz der Psychiatrieplanung war, dass die künftige psychiatrische Versorgung „so gemeindenah wie möglich und so bedarfsgerecht wie nötig“ sein sollte[972]. Erst nach dem Regierungswechsel im Jahr 1988 wurde die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung jedoch zu einem zentralen Punkt der Gesundheitspolitik. Gemäß Jansen sollten die Landeskrankenhäuser im ersten Schritt in Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Rehabilitation umgewandelt und durch jugendpsychiatrische Kliniken ergänzt werden. Zusätzlich sollte das in der Planung befindliche Netz an stationärer psychiatrischer Versorgung durch teilstationäre psychiatrische Tageskliniken verstärkt werden. Hierzu sollte bis zum Ende des Planungszeitraumes in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt mindestens eine Tagesklinik entstehen. Besonderer Bedeutung innerhalb der Planung wurde der Versorgung chronisch kranker Patienten sowie der gemeindenahen Versorgung beigemessen. In der Folgezeit wurden erhebliche Kapazitäten im teilstationären Versorgungsbereich aufgebaut. Ende 1999 gab es nahezu flächendeckend Tagesstätten sowie ein Netz von Angeboten an Wohn-, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten für psychisch Behinderte.

Ebenfalls positiv herauszustellen ist die **Drogenpolitik** des Landes unter der Leitung von Moser. Nach einem erneuten Anstieg der Drogenabhängigen und Drogentoten ab 1987 wurde vom Sozialministerium zu Beginn der 90er Jahre ein sogenanntes medikamentengestütztes Therapiekonzept entwickelt. Dieses Konzept und der daraus folgende Umgang mit der Krankheit Drogensucht stieß zunächst auf den Widerstand einiger Beteiligter. Das Konzept wurde dennoch umgesetzt, zeigte positive Auswirkungen auf die Krankheitsverläufe und Sozialisierung der Betroffenen und führte zu einer Verminderung der Beschaffungskriminalität.

[972] Einleitung des Entwurfs des Psychiatrieplans für Schleswig-Holstein, Absatz 3, Stand: 01/1978.

II. Abgleich der Thesen mit den Feststellungen

Zu Beginn der Ausarbeitung wurden verschiedene Thesen aufgestellt, die es galt, nach Vorliegen der Erkenntnisse der Gesundheitspolitik im Zeitablauf auf ihre Richtigkeit hin zu bewerten:

1. Eine freie marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens insgesamt ist nicht möglich.

Die Preisbildung für Gesundheitsleistungen erfolgt für weite Bereiche der Gesundheitsleistungen nicht durch Angebot und Nachfrage, sondern durch andere Mechanismen. Die Preisbildung für stationäre Krankenhausleistungen erfolgt innerhalb des geltenden Entgeltsystems jeweils für das folgende Kalenderjahr zentral auf Landesebene. Die maximale Veränderungsrate ergibt sich danach aus den durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen (§ 71 (3) SGB V). Krankenhausindividuell werden lediglich insbesondere die Leistungsmengen verhandelt. Hinsichtlich der ambulanten Versorgung entrichten die Krankenkassen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung, welche im Rahmen der Selbstverwaltung die Vergütung über bestimmte festgelegte Verteilungsregeln an die Vertragsärzte weiterleitet.

Die Erfahrung innerhalb des Komplexes Gesundheitspolitik hat gezeigt, dass im Falle einer Nicht-Deckelung der Preise für Gesundheitsleistungen bei entsprechender Nachfrage ein rascher Anstieg der Leistungsentgelte die Folge wäre. Ein Beispiel dafür war das 1972 durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eingeführte Selbstkostendeckungsprinzip, nach welchem die Krankenhäuser grundsätzlich alle laufenden Kosten in Form von Pflegesätzen erstattet bekamen. Die Folge davon waren jedoch sprunghafte Anstiege der Leistungsentgelte. Da die Preisstabilität für Gesundheitsleistungen insbesondere vor dem Hintergrund des nur begrenzt zur Verfügung stehenden Sozialbudgets ein sehr wichtiges Kriterium ist, wurde die Einschränkung der marktwirtschaftlichen Elemente im Gesundheitsbereich verfügt und hingenommen.

Obwohl die Einschränkung der marktwirtschaftlichen Elemente im Gesundheitsbereich vor diesem Hintergrund als sachgerecht bezeichnet werden kann, ist damit jedoch nicht ausgeschlossen, dass eine vollständig marktwirtschaftliche Vergütung nicht doch *möglich* wäre. Daher ist die These **falsch**.

2. Es gibt diverse Politikakteure, die vorrangig ihre Interessen vertreten und intensive Lobbyarbeit betreiben.

Festzustellen war, dass die Hauptakteure der Gesundheitspolitik, deren Namen mit den positiv herausragenden Sachverhalten verbunden sind (z.B. Krankenhausplanung → Beske; Psychiatrie/Geriatrie → Jansen; Drogenpolitik → Moser), nicht vorrangig ihre eigenen Interessen vertreten haben, sondern aus Ihrer Funktion heraus die jeweiligen Ziele verfolgt haben.

Innerhalb der unterschiedlichen gesundheitspolitischen Sachverhalte des Betrachtungszeitraumes wurde allerdings an vielen Stellen festgestellt, dass die beteiligten Akteure die Interessen ihrer jeweiligen Organisationseinheit vertreten. Das wurde z.B. deutlich

- am Verhalten der betroffenen Landräte (bspw. aus Süderdithmarschen), als im Rahmen der erstmaligen Krankenhausplanung die Standortfrage der künftigen Krankenhäuser behandelt wurde.
- innerhalb der Diskussion um das sogenannte „klassenlose Krankenhaus“, d.h. um die Vereinheitlichung der Krankenhausbehandlung einerseits sowie die Abschaffung des Liquidationsrechtes für Krankenhausärzte anderseits.
- in den Debatten und Gesprächen zur Fusion der Universitätsklinika Kiel und Lübeck und der Standortfrage des Verwaltungssitzes.

Daher ist diese These insgesamt gesehen als **richtig** einzustufen.

3. Die Länder haben nur minimalen Einfluss auf die Gesundheitspolitik.

Festgestellt wurde, dass sich die allermeisten gesundheitspolitischen Sachverhalte nicht nur auf Schleswig-Holstein bezogen, sondern Sachverhalte waren, die bun-

desweit eine Rolle spielten. Das galt beispielsweise für Suchtkrankheiten, Herz- und Kreislaufkrankheiten, Contergan, AIDS, Ärztemangel/Ärzteschwemme, Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und anderes mehr. Allerdings sind die Ausprägungen dieser Sachverhalte oftmals regional unterschiedlich und ebenso der Umgang der Länder mit diesen Fragestellungen.

Bestimmte Rahmenbedingungen werden vom Bund vorgegeben, wie z.B. das Entgeltsystem der Krankenhäuser oder der Grundsatz der ärztlichen Selbstverwaltung. Innerhalb dieses gesetzten Rahmens haben die Länder aber umfangreiche Möglichkeiten der Gestaltung. So sind beispielsweise die wesentlichen (sowohl positiv als auch negativ herausragenden) Punkte der Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein innerhalb des Landes gestaltet worden. Dazu gehören z.B. die Verselbständigung und Privatisierung der Fachkliniken, der Umgang mit der Universitätsmedizin oder auch der Umgang mit Mängeln in Pflegeheimen. Darüber hinaus haben die Länder auch die Möglichkeit, innerhalb von länderübergreifenden Arbeitsgruppen an der Gestaltung der bundesweiten gesetzlichen Regelungen mitzuwirken und damit ihre Interessen zu vertreten.

Daher ist diese These, wonach die Länder nur minimalen Einfluss auf die Gesundheitspolitik hätten, als **falsch** zu bezeichnen.

4. <u>Gesundheitspolitik erfolgt seitens der Landesregierungen Schleswig-Holsteins ohne jeglichen „roten Faden“.</u>

Innerhalb der Vielfalt der gesundheitspolitischen Themen gab es aktiv gesetzte Schwerpunkte, deren Bearbeitung in der Regel umfassend und zielgerichtet war. Hierzu gehören die positiv herausgestellten Sachverhalte wie die erstmalige Krankenhausplanung, die Entwicklung des Entgeltsystems, die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung sowie die Drogenpolitik. Diese Schwerpunkte waren verbunden mit bestimmten Hauptakteuren, bestimmten Landesregierungen und waren jeweils zeitlich befristet. Daneben gab es allerdings eine Reihe von Sachverhalten, die nicht im notwendigen Umfang und weniger zielgerichtet bearbeitet wurden. Dazu gehören die Drogenpolitik der 70er Jahre, die Krankenhausplanung ab etwa 1995 sowie die Fusion der Universitätsklinika Kiel und Lübeck. Hier kann durch lediglich

punktuelle Sichtweise der Eindruck entstehen, dass der sogenannte „rote Faden“ in der Bearbeitung dieser Sachthemen fehlt.

Insgesamt gesehen ist die These jedoch als **falsch** zu bewerten, denn sie geht davon aus, dass der Gesundheitspolitik „jeglicher roter Faden“ fehlt. Das war nicht der Fall.

III. Herausforderungen für die Zukunft / Empfehlung für das weitere Handeln

Es ist nur sehr schwer einschätzbar, welche Herausforderungen die Zukunft bringen wird, weil diese nicht vorhergesehen werden kann. Dies gilt in besonderer Weise für einmalige Ereignisse, wie Tschernobyl, BSE, AIDS oder ähnliches. Unter der Voraussetzung, dass solche Ereignisse nicht eintreten, müsste im nächsten Schritt zurückgeblickt werden, ob bereits gegenwärtig Problemstellungen bestehen, die bisher nicht gelöst wurden. Zu den aktuellen Herausforderungen gehören z.B. der Ärztemangel, der zunehmende Bedarf an Pflegekräften, nach wie vor das Thema Suchtverhalten und weiterhin die Kostenproblematik im Gesundheitswesen. Weitere künftige Herausforderungen können die fortschreitende demografische Entwicklung, die zunehmenden psychiatrischen Krankheiten sowie die aus Bewegungsmangel und Übergewicht resultierenden Krankheiten sein[973]. Zu den ebenfalls nicht zu unterschätzenden Risiken gehören zunehmende Infektionen durch antibiotika-resistente Bakterien, wie z.B. MRSA[974].

Innerhalb der Landesregierung bzw. des Sozialministeriums müsste aktiv hinterfragt werden, welche medizinischen und sonstigen Herausforderungen in den kommenden Jahren und Jahrzehnten für den Gesundheitsbereich wahrscheinlich wären. Die wahrscheinlichen Sachverhalte wären zu bewerten, z.B. hinsichtlich ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und Intensität. Für die dabei als besonders wichtig herausgearbeiteten Sachverhalte sollten Umsetzungsplanungen erstellt werden, welche dann analog zur Dezentralisierung der Psychiatrie vorangetrieben werden könnten.

[973] Gespräch mit Michael Brandl, Facharzt für Kardiologie am Städtischen Krankenhaus Braunschweig, vom 27.05.2012.
[974] Website des Bundesgesundheitsministeriums, URL: < http://www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/infektionskrankheiten/mrsa.html> (Stand: 02.06.2012).

Festgestellt wurde im Rahmen der vorhergehenden Analyse, dass das Sozialministerium ab dem Zeitpunkt der Vergabe der Gutachteraufträge an Rüschmann eigenes Wissen abgebaut hat. Hier wäre es sehr wichtig, dauerhaft und nachhaltig erneut fundiertes Wissen aufzubauen bzw. beizubehalten. Dies ist besonders notwendig, da zunehmend Krankenhausbereiche privatisiert wurden und die Krankenhauskonzerne eigene, in der Regel wirtschaftliche, Interessen verfolgen. Aktuell ist neben der allgemeinen Privatisierung von Krankenhäusern eine Zentralisierung der Privatisierung auf nur wenige Krankenhausbetreiber ersichtlich[975]. Hierbei wäre es notwendig, dass die Krankenhausplanung weiterhin auf regionaler Basis unter Berücksichtigung der Belange des Landes Schleswig-Holstein und dessen Bevölkerung erfolgt und dabei nicht vorrangig die wirtschaftlichen Interessen der Klinikbetreiber oder sonstiger beteiligter Akteure im Vordergrund stünden.

Allerdings darf dabei nicht die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser außer Acht gelassen werden. Anreize zum wirtschaftlichen Handeln erscheinen nach wie vor notwendig. Von zentraler Wichtigkeit wäre hierbei jedoch eine Ausgewogenheit zwischen den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausbetreiber, des Landes und sonstiger beteiligter Akteure. Dazu wäre es wichtig, Krankenhäuser nicht nur als Kostenfaktor, sondern als Teil der Gesundheitswirtschaft mit Wachstumspotential zu betrachten.

Hinsichtlich des ambulanten Sektors sollte das Land ebenfalls als Vertretung der Bürger seine Interessen wahrnehmen. In der vorhergehenden Analyse der Gesundheitspolitik war ersichtlich, dass dieser Gesundheitsbereich nahezu ausschließlich der Selbstverwaltung der Ärzte überlassen wurde. Hier wäre grundsätzlich zu hinterfragen, ob eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung, noch zeitgemäß ist. Insgesamt erscheint es notwendig, dass die Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs noch weiter verstärkt wird.

[975] z.B. Übernahme der Damp Holding AG durch die Helios Kliniken GmbH in 03/2012, URL: < http://www.damp.de/einrichtungen/hanse-klinikum-wismar/service/news/news-details/datum/helios-neuer-hauptaktionaer-der-damp-holding-ag.html> (Stand: 03.06.2012).

IV. Zusammenfassung

Das Thema „Entwicklung der Gesundheitspolitik des Landes Schleswig-Holstein in den Jahren 1955 - 2005 mit Schwerpunktbetrachtung des Krankenhaussektors“ wurde u.a. gewählt, weil das Thema Gesundheit jeden einzelnen Menschen unmittelbar betrifft. Dass Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können, setzt jedoch voraus, dass Leistungen angeboten werden. Leistungen werden von Marktteilnehmern in der Regel dann angeboten, wenn ein wirtschaftlicher Vorteil damit verbunden ist. Andererseits ist es die Aufgabe der Landesregierung, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wohnortnah zu gewährleisten. Dies führt auch vor dem Hintergrund eines nur begrenzten Sozialbudgets zu einer Eingrenzung der marktwirtschaftlichen Elemente im Gesundheitsbereich. Zusätzlich sind gerade im Gesundheitsbereich eine Vielzahl von Akteuren, deren Interessen und gegenseitige Abhängigkeiten zu verzeichnen.

Es wurden Thesen aufgestellt, dass

- eine freie marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitswesens insgesamt nicht möglich sei,
- es diverse Politikakteure gäbe, die vorrangig ihre Interessen vertreten und intensive Lobbyarbeit betreiben,
- die Länder nur minimalen Einfluss auf die Gesundheitspolitik hätten sowie
- die Gesundheitspolitik seitens der Landesregierungen Schleswig-Holsteins ohne jeglichen „roten Faden“ erfolge.

Nach Darstellung der Aufgabengruppen und Akteure wurde der Betrachtungszeitraum von 50 Jahren in sachgerechte Zeitabschnitte unterteilt, an deren Ende in der Regel die Veröffentlichung der Krankenhausplanung stand. Innerhalb dieser vornehmlich zeithistorischen Betrachtungsweise wurde in erster Linie auf den Prozess der politischen Willensbildung, die politischen Entscheidungsprozesse und deren Umsetzung bzw. Implementierung eingegangen.

Am Ende jeweils eines Zeitabschnittes erfolgte eine Analyse und Verdichtung der zuvor im Detail dargestellten gesundheitspolitischen Sachverhalte. Anhand von drei

Fallbespielen (Krankenhausplanung, Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, Entwicklung der Universitätsmedizin) wurde zusätzlich die Entwicklung über den gesamten Betrachtungszeitraum dargestellt. Im Rahmen der Gesamtanalyse wurde herausgestellt, welche Einzelthemen im Zeitablauf auftraten und wie diese behandelt bzw. bearbeitet wurden. Nach Zuordnung der wichtigsten Einzelthemen zu Aufgabengruppen wurde deren Intensität ermittelt und bewertet.

Auf dieser Grundlage wurde auf die Sachverhalte eingegangen, deren Bearbeitung im Zeitablauf entweder besonders negativ oder auch besonders positiv hervorzuheben war. Negativ herauszustellen waren innerhalb der Gesundheitspolitik des Landes der Umgang mit den Folgen des Medikamentes Contergan (1962 – ca. 1966), die Bekämpfung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs (ab ca. 1970), die Krankenhausplanung (ab ca. 1995) sowie der Umgang mit den Qualitätsmängeln in der Pflege (ab ca. 1999). Positiv herauszustellen waren dagegen die *erstmalige* Erstellung der Krankenhausplanung (1967 – 1973), die Entwicklung des Entgeltsystems mittels Diagnoseschlüssel und Fallpauschalen (ab 1982), die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung (ab 1988) sowie die Drogenpolitik des Landes (ab ca. 1993).

Nach Analyse der gesundheitspolitischen Sachverhalte wurden die zuvor aufgestellten Thesen hinsichtlich ihrer Richtigkeit überprüft. Festgestellt wurde dabei, dass lediglich die zweite These in ihrer Richtigkeit bestätigt wurde, die übrigen Thesen wurden widerlegt.

Es wurden verschiedene Handlungsempfehlungen aufgezeigt. Zentrale Empfehlungen waren, eine Ausgewogenheit zwischen den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausbetreiber, des Landes und sonstiger beteiligter Akteure herzustellen sowie die Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs noch weiter zu verstärken.

LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS:

1. Verwendete Literatur:

Alemann, Ulrich von (1987): Organisierte Interessen in der Bundesrepublik. Opladen: Leske und Budrich.

Alemann, Ulrich von/Loss, K./Vowe, G. (1994): Politik. Opladen : Westdt. Verlag.

Alemann, Ulrich von/Forndran, Erhard (5. Aufl. 1995): Methodik der Politikwissenschaft. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.

Alemann, Ulrich von (1995): Politikwissenschaftliche Methoden. Opladen: Westdt. Verlag.

Benesch, Thomas (2005): Anschauliche und verständliche Datenbeschreibung - Methoden der deskriptiven Statistik. Wien: NWV-Verlag.

Benz, Arthur (2001): Der moderne Staat – Grundlagen der politologischen Analyse. München: Oldenbourg.

Beske, Fritz/ Goldbach, Ute (2009): Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Kiel: Schmidt & Klauning.

Beyme, Klaus von (4. Aufl. 1974): Interessengruppen in der Demokratie. München: Piper.

Birg, Herwig (2. Aufl. 2004): Die Weltbevölkerung – Dynamik und Gefahren. München: Beck.

Boeckh, Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/Benz, Benjamin (2. Aufl. 2006): Sozialpolitik in Deutschland – Eine systematische Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhret, Carl/Jann, Werner/Kronenwett, Eva (1987): Innenpolitik und politische Theorie. Opladen: Westdt. Verlag.

Braun, Thomas (2002): Analyse, Planung und Steuerung im Gesundheitswesen. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Brede, Falko (2006): Gesundheitspolitik und Politikberatung. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Bredow, Wilfried von/Noetzel, Thomas (2009): Politische Urteilskraft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit. Leck: Clausen & Bosse.

Carigiet , Erwin/Mäder, Ueli/Bonvin, Jean-Michel (2003): Wörterbuch der Sozialpolitik. Zürich: Rotpunktverlag.

Cassel, Susanne (2001): Politikberatung und Politikerberatung – Eine institutionenökonomische Analyse der wissenschaftlichen Beratung der Wirtschaftspolitik. Bern [u.a.]: Haupt.

Chmielewicz, Klaus (1972): Integrierte Finanz- und Erfolgsplanung. Stuttgart: Carl Oettle.

Drosdowski, Günther (1982): Der Duden, Bd. 5, Das Fremdwörterbuch. Mannheim [u.a]: Bibliographisches Institut.

Eichhorn, Peter (1985): Verwaltungslexikon. Baden-Baden: Nomos.

Eilders, Christiane/Neidardt, Friedhelm/Pfetsch, Barbara (2004): Die Stimme der Medien. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.

Fischer, Michaela (2008): Studiengebühren als Signaling- und Sreeningfunktion. Mering: Rainer Hampp Verlag.

Frerich, Johannes (1987): Sozialpolitik – Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland. München [u.a.]: Oldenbourg.

Gäfgen, Gerard (1985): Ökonomie des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker und Humblot.

Gerhardus, Ansgar (2001): Entscheidungsprozesse im Gesundheitssektor. Frankfurt a.M.: Lang.

Geyer, Martin/ Vincenti, Aurelio (2008): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 6 (1974 – 1982). Baden-Baden: Nomos.

Gruyter, Walter, de (259. Aufl. 2002): Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. Berlin: de Gruyter.

Gulick, Luther(1937): Improved personnel in government service. Philadelphia : American Academy of Political and Social Science.

Habermas, Jürgen (1962, Nachdruck 1990): Strukturwandel der Öffentlichkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Hagedorn, Karin (2007): Zukunftsfähiges Management in der Organisation Krankenhaus. Hannover: Expressum-Verlag.

Happich, Michael (2003): Die Bewertung von Gesundheit. Frankfurt a.M.: Lang.

Hartmann, Jürgen (2003): Geschichte der Politikwissenschaft, *2003* Opladen: Leske + Budrich.

Hechler, Daniel/Hüttmann, Jens/Mählert, Ulrich/Pasternack, Peer (2009): Promovieren zur deutsch-deutschen Zeitgeschichte. Berlin: Metropol Verlag.

Hillmann, Karl-Heinz (2007): Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart: Kröner.

Hörrmann, Ute (2006): Die Rolle der Landesparlamente im neuen Steuerungsmodell. Berlin [u.a.]: LIT.

Hübner, Eckhard (2009): Schleswig-Holsteins Weg in die Bundesrepublik - vom Weltkriegschaos zum demokratischen Aufbruch. Kiel: Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein.

Ivansits, Helmut/Streissler, Agnes (1999): Das Österreichische Gesundheitswesen. Wien: Wirtschaftswissenschaftliche Abteilung der Arbeiterkammer (AK).

Kluge, Paul-Dieter (1990), Mathematische Methoden und Modelle. Berlin: Hochschule für Ökonomie, Sektion Wirtschaftsinformatik.

Klundt, Michael (2008): Von der sozialen zur Generationsgerechtigkeit?. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Korte, Karl-Rudolf/Fröhlich, Manuel (2004): Politik und Regieren in Deutschland, Paderborn [u.a.]: Schöningh.

Lampert, Heinz/Althammer, Jörg (8. Aufl. 2007): Lehrbuch der Sozialpolitik. Berlin [u.a.] : Springer.

Landtag S-H (1987): Landtage in Schleswig-Holstein gestern – heute – morgen. Husum: Husum-Druck und Verlags-Gesellschaft.

Landtag S-H (2004): Handbuch zum Landtag Schleswig-Holstein. Kiel: Präsident des Schleswig-Holsteinischen Landtags.

Lecheler, Helmut (1988): Verwaltungslehre. Stuttgart [u.a.]: Boorberg.

Leif, Thomas/ Speth, Rudolf (2003): Die stille Macht - Lobbyismus in Deutschland. Wiesbaden: Westdt. Verlag.

Leonhardt, Elisabeth Maria (2005): Abgrenzung von klinischer Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Berlin: Wissenschafts-Verlag (BWV).

Löbbert, Holger (2007): Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die sozialen Sicherungssysteme. Hamburg: Kovac.

Lösche, Peter (2007): Verbände und Lobbyismus in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

Mattern, Michael (1997): Die Absicherung "Sozial Schwacher" im US-amerikanischen und deutschen Gesundheitssystem - Vergleich und kritische Bewertung. Münster: LIT.

Meyer, Thomas (2003): Was ist Politik?. Opladen: Leske + Budrich.

Meyhoff, Andreas (2001): Blohm & Voss im "Dritten Reich". Hamburg: Christians.

Möbus, Gerhard (1958): Die politischen Theorien von den Anfängen bis zu Machiavelli. Köln: Westdt. Verlag.

Möller, Horst/Wengst, Udo (2003): Einführung in die Zeitgeschichte. München: Beck.

Müller, Dirk (2000): Soziokulturelle Wandlungsprozesse als Herausforderung an das Gesundheitswesen. Universität Bremen: Dissertation.

Müller-Merbach, Heiner (1973): Operations Research. München: Vahlen.

Münch, Gerhard/Reitz, Jacques (1996): Grundlagen der Krankheitslehre. Hamburg: Nikol.

Nagel, Andreas (2009): Politische Entrepreneure als Reformmotor im Gesundheitswesen?. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Neumann, Katrin (2005): Das Ausweichen der Öffentlichen Hand durch Stiftungsgründung. Tönning [u.a.]: Der Andere Verlag.

Pollert, Achim (2010): Duden Wirtschaft von A bis Z. Mannheim [u.a.] : Dudenverlag.

Pospil, Carmen (2003): Privatisierung von Universitätskliniken. Bayreuth: PCO-Verlag.

Pritzlaff, Tanja (2006): Entscheiden und Handeln. Frankfurt a.M.: Campus.

Ritter, Gerhard Albert (2007): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 11 (1989 – 1994). Baden-Baden: Nomos.

Röttgers, Hanns Rüdiger (1999): Probleme der Gesundheitsreform. Aachen: Shaker.

Ruck, Michael (1990): Gewerkschaften, Staat, Unternehmer - Die Gewerkschaften im sozialen und politischen Kräftefeld 1914 – 1933. Köln: Bund-Verlag.

Ruck, Michael/Boldorf, Marcel (2007): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Bd. 4 (1957 – 1966). Baden-Baden: Nomos.

Rüschmann, Hans-Heinrich (1982): Vergleichende Analyse der verschiedenen Ansätze zu einer sozio-ökonomischen Modellierung von Gesundheitssystemen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Rüschmann, Hans-Heinrich (1982): Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik. Kiel: Institut für Gesundheits-System-Forschung.

Rüschmann/Thode/Schulz/Rotering (1988): Krankenhausplanung des Landes SH. Kiel : Schmidt & Klaunig.

Rüschmann/Schmolling/Krauss/Roth (2000): Krankenhausplanung für Wettbewerbs-Systeme. Berlin [u.a.]: Springer.

Schipperges, Heinrich (1967): Geschichte der medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel. Neumünster: Wachholtz.

Scharpf, Fritz W. (1971): Planung als politischer Prozess. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Schirm, Stefan A. (2007): Internationale politische Ökonomie. Baden-Baden: Nomos.

Schmid, Günther/Treiber, Hubert (1975): Bürokratie und Politik – Zur Struktur und Funktion der Ministerialbürokratie in der BRD. Berlin: Duncker und Humblot.

Schmid, Josef (1998): Verbände, Interessenvermittlung und Interessenorganisationen. München [u. a.]: Oldenbourg.

Schmidmaier, Dieter (1971): Das Zeitbudget und Kenntnisse der Methoden und Techniken des wissenschaftlichen Arbeitens. Freiberg: Bergakademie.

Schmidt, Manfred /Vincenti, Aurelio/ Behringer, Angelika (2005): Geschichte der Sozialpolitik Deutschland seit 1945, Band 7 (1982 – 1989). Baden-Baden: Nomos.

Schmidt, Manfred G. (2007): Das politische System Deutschlands. München: Beck.

Schneider, Brit S. (2006): Gesundheit und Bildung – Theorie und Empirie der Humankapitalinvestitionen. Frankfurt a.M. [u. a.]: Lang.

Schober, Theodor/Honecker, Martin/Dahlhaus, Horst (1980): Evangelisches Soziallexikon. Stuttgart [u.a.]: Kreuz-Verlag.

Schönauer, Esther (2006): Privatisierung kommunaler Krankenhäuser. Bayreuth: PCO-Verlag.

Schommer, Martin (2008): Wohlfahrt im Wandel, Risiken, Verteilungskonflikte und sozialstaatliche Reformen in Deutschland und Großbritannien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (VS).

Schuett-Wetschky, Eberhard (1997): Interessenverbände und Staat. Darmstadt: Primus-Verlag.

Sebaldt, Martin/Straßner, Alexander (2004): Verbände in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (VS).

Siegel, Nico A. (2002): Baustelle Sozialpolitik, Konsolidierung und Rückbau im internationalen Vergleich. Frankfurt a.M. [u.a.]: Campus-Verlag.

Sommer, Gerlinde/Westphalen, Rahan Graf von (1999): Das Staatsbürgerlexikon. München: Oldenbourg.

Steffen, Antje (2001): Universitätskrankenhäuser im reformierten Gesundheitswesen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Strodtholz, Petra (2005): Das Solidarsystem im Umbau. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verlag.

Tilch, Horst (1992): Deutsches Rechtslexikon, Band 2. München: Beck.

Tode, Sven/Müller-Lutz, Fabian/Engel, Sandra (2009): Techniker Krankenkasse, 125 Jahre Innovation und Sicherheit. Hamburg: Hanseatischer Merkur.

Urwick, Lyndall (1961): Grundlagen und Methoden der Unternehmensführung. Essen: Girardet.

Vahlpahl, Tobias (2007), Europäische Sozialpolitik. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Weber, Max (1972): Wirtschaft und Gesellschaft, Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen: Mohr.

Weber, Jürgen (1977): Die Interessengruppen im politischen System der BRD. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.

Weiss, Walter (1993): Gesundheitliches Wohlbefinden. Zürich: Seismo.

Winter, Thomas von/Willems, Ulrich (2007): Interessenverbände in Deutschland. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Zorn, Wolfgang (1972): Einführung in die Wirtschafts- und Sozialgeschichte. München: Beck.

2. Sonstige Quellennachweise:

- **Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt**, Herausgeber: Ärztekammer Schleswig-Holstein und Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Jahrgänge 1955 bis 2005.

- **Landesarchiv Schleswig-Holstein**: Schriftwechsel, Vermerke sowie sonstige Unterlagen über Gesundheitspolitik der Jahre 1955 bis 1990:

  Abt. 605: Ministerpräsident und Staatskanzlei
  Abt. 761: Sozialministerium

- **Landtag Schleswig-Holstein**: Drucksachen, Plenarprotokolle, Ausschussprotokolle, Gesetzentwürfe, Pressemitteilungen etc. der Jahrgänge 1990 bis 2005.

- **Amtsblatt für Schleswig-Holstein**: Landesgesetze, Krankenhausplanung.

- **Krankenhausplanungen des Landes Schleswig-Holstein**, herausgegeben vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, 1973, 1979, 1985, 1990, 2001.

- **Psychiatriepläne für Schleswig-Holstein,** herausgegeben vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, 1978, 1990, 2000.

- **Gutachten der Treuarbeit AG**, Kiel, über die Wirtschaftlichkeitsprüfung des Universitätsklinikums Kiel, 1989.

- **Gutachten der Expertenkommission Hochschulentwicklung** in Schleswig-Holstein unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Hans-Uwe Erichsen „Erichsen-Gutachten“, Kiel, 2003.

- **Rektorat der Universität Kiel**: 325 Jahre Christina-Albrechts-Universität zu Kiel, 1991.

- **Chronik der Ortskrankenkasse Kiel:** „100 Jahre AOK Kiel 1884 – 1984“, Kiel, 1984.

- **Festschrift der AOK Schleswig-Holstein:** „Die Gesundheitskasse – 125 Jahre AOK“, Kiel, 2009.

- **Festschrift der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.:** „1966 – 2006 40 Jahre Landesvereinigung Schleswig-Holstein e.V.“, Kiel, 2006.

- **Informationsbroschüre zur Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein** („Lila Broschüre“), herausgegeben von der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, 1989.

- **Verfassung der Weltgesundheitsorganisation**, unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946, URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (Stand: 22.04.2012).

- **Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland** vom 23.05.1949, zuletzt geändert am 8.10.2008, URL: < http://www.gesetze-im-internet.de/bundes recht/gg/gesamt.pdf> (Stand: 22.04.2012).

- **Richtlinien des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger** (ICN).

- **Betriebsverfassungsgesetz** (BetrVG) von 1972, neugefasst 2001, zuletzt geändert 2009

- **Mitbestimmungsgesetz** (MitbestG) von 1976, zuletzt geändert 2009.

- **Sozialgesetzbuch,** Bücher V und XI.

- **Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser** und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG vom 29.06.1972, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt, Teil 1, Nr. 60/1972, S. 1009, vom 01.07.1972

- **Staatsvertrag zum Glücksspielwesen** in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag – GlüStV), Inkrafttretung zum 01.01.2008, URL: < http://www.dvtm.net/ fileadmin/pdf/gesetze/Gesetz_2008-01-03_Gl%C3%BCcksspiel staatsvertrag.pdf> (Stand: 30.04.2012).

- **Heilberufekammergesetz** (HBKG) Schleswig-Holstein . URL: < http://www.aeksh.de/aerzte /arzt_und_recht/rechtsgrundlagen/heil berufekammergesetz/heilberufekammergesetz.htm> (Stand: 08/2009).

- **Statuten über die Durchführung von Gemeinschaftsausgaben** und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein vom 02.11.2011. URL: < http://www.kvsh.de/index.php? StoryID=373 (Stand 05.05.2012)

- **Weimarer Verfassung**, veröffentlicht im Reichsgesetzblatt, Nr. 152/1919, S. 251 ff. vom 14.08.1919. URL: <http://www.lwl.org/westfaelische-geschichte/que/normal/que843.pdf> (Stand: 22.04.2012).

- **Gesetz zur Verbesserung der Haushaltsstruktur** (Haushaltsstrukturgesetz – HStruktG) vom 18.12.1975. URL: < http://www.gesetze-im-internet.de/hstruktg/BJNR030919975.htm> (Stand: 22.04.2012).

- **Richtlinien des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger** (ICN). URL:< http://www.icn.ch/pillarsprograms/pillars-and-programmes/> (Stand 29.04.2012).

- **Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln** (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 24.08.1976. URL: < http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/amg_1976/gesamt.pdf> (Stand: 05.05.2012).

- **Fachzeitschrift** „Das Krankenhaus“, Herausgeber: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin.

- **Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005**, Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Bonn/Berlin, 2005.

- **Statistisches Taschenbuch 2007**, Kapitel 8.2 „Entwicklung der Leistungsausgaben für Krankenversicherung“ sowie Kapitel 7.3 „Entwicklung des Sozialbudgets“, Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn, 2007.

- **Schmidt**, Ulla, Gesundheitsministerin a.D.: Auszug aus Vorwort Broschüre „Ratgeber Pflege“, Bundesgesundheitsministerium, 2008.

- **Austermann**, Dietrich, Minister für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein a.D., Rede anlässlich der Mitgliederversammlung des Industrieverbands Hamburg am 21.06.2005.

- **Drogen- und Suchtbericht** 2008 der Bundesregierung Herausgeber: Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, 2008.

- **Mohn**, Karin/Plenter, Cornelia (2006): Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit. Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums.

- **Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums** an Köhler, Martin, AZ: 317-96-Köhler/09, vom 23.04.2009.

- **Aktionsprogramm Gesundheit** gemäß Beschluss Nr. 1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.09.2002 in Verbindung mit Beschluss Nr. 1350/2007/EG vom 23.10.2007. URL: <http://eur-lex.europa.eu/ LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002: 271:0001:0011:DE:PDF> (Stand: 22.04.2012).

3. Websites:

- **Apothekerkammer Schleswig-Holstein**, Kiel, URL: <www.apothekerkammer-schleswig-holstein.de/> (Stand: 09.06.2012).

- **Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit**, URL: <http://www. stmug.bayern.de/ gesundheit/index.htm> (Stand 22.04.2012).

- **Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung**, Berlin. URL: < http:// www.berlin-institut.org/ >, (Stand 06/2009).

- **Beske**, Prof. Dr. Fritz, URL: < http://www.igsf.de/VitaProf Beske.pdf>, (Stand: 04.06.2012).

- **Blaues Kreuz in Deutschland e.V**., Wuppertal, URL: <http://www.blaueskreuz.de/bundeszentrale/ueberuns.html> (Stand: 04.06.2012)

- **BSE** (**B**ovine **S**pongiforme **E**nzephalopathie), URL: < http://www.bfr.bund.de/de/gesundheitliche_ bewertung_von_bse-675.html>, (Stand: 10.06.2012).

- **Bundesärztekammer**, Berlin, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page. asp?his=0.1.13> (Stand: 08/2009).

- **Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH**, Köln, URL: < http://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk= Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'bgbl165s0912.pdf'%5D& wc=1&skin=WC> (Stand: 04.06.2012).

- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales**, Berlin, URL: <https://www.in-die-zukunft-gedacht.de/ de/page /68/epoche/129/epochen.html> (Stand: 22.04.2012).

- **Bundesministerium für Bildung und Forschung**, Berlin, URL: < http://www. bmbf. de/de/gesundheitsforschung.php> (Stand: 09/2009).

- **Bundesministerium für Gesundheit**, Berlin, URL: < http://www.bmg.bund.de/> (Stand: 22.04.2012) Website des Bundesgesundheitsministeriums, URL: < http://www.bmg.bund.de /praevention/ gesundheitsgefahren/infektionskrankheiten/mrsa.html> (Stand: 02.06.2012).

- **Bundesministerium für Justiz**, Berlin, URL: < http://www.bmj.de/SharedDocs/ Downoads/DE/broschueren_fuer_warenkorb/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile > (Stand 29.04.2012).

- **Bundesverband Contergangeschädigter e.V.**, der Grünenthal GmbH, URL: <http://www.contergan.de/inhalt.php?id=6007&menu_level=2&id_mnu=7623&id_kunden=671> (Stand 29.04.2012).

- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA), Köln, Bundesweite Repräsentativbefragung, 2007/ 2008.URL: < http://www.bzga.de/> (Stand 07/2009).

- **Bundeszentrale für politische Bildung**, Bonn. URL: < http://www.bpb.de/gesell schaft/ migration/dossier-migration/> (Stand 06/2009).

- **Charité – Universitätsmedizin Berlin**, Berlin. URL: < http://www.charite.de/charite/ organisation/geschichte/> (Stand 09/2009).

- **Damp Holding AG**, Hamburg, URL: < http://www.damp.de/einrichtungen/hanse-klinikum-wismar/service/news/news-details/datum/helios-neuer-hauptaktionaer-der-damp-holding-ag.html> (Stand: 03.06.2012).

- **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**, Berlin, URL: < http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/ medien/dokumente/ enquete1975/03-zusammenfassung.pdf>, (Stand: 06.06.2012) sowie URL: <. http://www.dgppn.de/fileadmin/ user_up load/_medien/dokumente/enquete1975/19-sondervotum.pdf> (Stand 09.06.2012).

- **Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung** e.V., Berlin, URL: <http://www.diw .de/sixcms/detail.php/284880#HDR1> (Stand: 22.04.2012).

- **Deutscher Kinderschutzbund e.V.**, Berlin, URL: < http://www.dksb.de/CONTENT/ SHOW PAGE.ASPX?content=524&tpl=1> (Stand 06/2009).

- **Deutsche Krankenhausgesellschaft**, Berlin, URL: < http://www.dkgev.de /dkg.php/cat/23/aid/2/title/Aufgaben_und_Ziele> (Stand 09/2009).

- **Deutsche Krebshilfe e.V.**, Bonn, URL: <http://www.krebshilfe.de/wir-informieren.html > (Stand: 05/2009).

- **Gemeinsamer Bundesauschuss**, Berlin, URL: < http://www.g-ba.de/ >, (Stand 10.06.2012).

- **Hartmannbund** – Verband der Ärzte Deutschlands e.V., Berlin, URL: < http://www. hartmann-bund.de/> (Stand: 04.06.2012).

- **Helmholtz-Gemeinschaft** Deutscher Forschungszentren e.V., Berlin. URL: < http:// www.helm holtz.de/ueber_uns/>.(Stand: 05.05.2012).

- **Herzog,** Roman, Bundespräsident a.D.: Auszug aus Rede auf dem Forum „Deutschland für Kinder“, vom 25.08.2005, URL: < http://www.grosseltern-initiative.de/presse/HerzogRede_.htm> (Stand: 06.05.2012).

- **Herzzentrum Bad Segeberg**, Bad Segeberg, URL: < http://www.segebergerkliniken.de /unternehmen/die-segeberger-kliniken-gruppe/ >, (Stand 06.06.2012).

- **Hoppe**, Jörg-Dietrich: Rede zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages am 19.05.2009, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/arzt2009/start.htm>, (Stand: 29.04.2012).

- **Institut für Gesundheits-System-Forschung**, Kiel, URL: < http://www.igsf.de/html/aerztebuch 2003.HTM>, (Stand; 06.06.2012).

- **Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung** der Universität zu Lübeck, URL: < http://www.imgwf.uni-luebeck.de/_rubric/index.php?rubric=9>, (Stand: 18.03.2012).

- **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, Berlin. URL: < http://www.kbv.de/ wir_ueber_uns/83.html > (Stand: 09/2009).

- **Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg**, URL: <http://www. kvbawue.de/ueber-uns/historie/ > (Stand: 09/2009).

- **Kultusministerkonferenz** (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland), Berlin, URL: < http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1999/1999_11_19-Neugestaltung-Personalrecht-HS-Medizin.pdf>, (Stand: 04.06.2012).

- **Landesärztekammer Schleswig-Holstein**, Bad Segeberg, URL: <www.aeksh.de/>, Stand: 08.04.2012, URL:< http://www.aeksh.de/start/ wir_ueber_uns/wir_ueber_uns.html> (Stand: 08/2009).

- **Landesregierung Schleswig-Holstein**, Kiel, URL: < www.schleswig-holstein.de/> (Stand: 08.04.2012).

- **Landkreis Regen** (Niederbayern) URL: < http://www.landkreis-regen.de/> (Stand: 08/2009).

- **Landkreis Wolfenbüttel** (Niedersachsen). URL: www.lk-**wolfenbuettel**.de/ (Stand: 08/2009).

- **Luckhardt**, Karl Heinz, URL: < http://www. kiel.de/rathaus/_ meldungen/_meldung.php?id=5075>, (Stand: 04.06.2012).

- **Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg**, URL: < http://www.sozialministerium-bw.de/de/Gesundheit/82182.html> (Stand: 09/2009).

- **Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz**, Mainz, URL: < http://msagd.rlp.de/> (Stand 07/2009).

- **Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein**, URL: < http://www.schleswig-holstein.de/MASG/DE/ Gesundheit/ Gesundheit_node.html> (Stand 09/2009).

- **Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration,** Hannover, URL: < http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=4983& article_id=13437&_psmand=17> (Stand 22.04.2012).

- **Rüschmann**, Prof. Dr. Hans-Heinrich, URL: < http://www.gsbg.de/team/01.html>, (Stand: 06.06.2012).

- **Sachverständigenrat** zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden, Jahresgutachten 1985/86 zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland. URL: < http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/ dateiablage/download/ gutachten/1004295.pdf> (Stand: 22.04.2012).

- **Schimmelpenning**, Prof. Dr. Gustav, URL: <http://www.zip-kiel.de/psychiatrie/Patienten info/Geschichte.html?highlight=Schimmelpenning >, (Stand 04.06.2012).

- **Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.,** Kiel, URL: <http://www.krebsgesellschaft-sh.de/de/geschichte.htm> (Stand: 06.05.2012).

- **Seehofer**, Horst, Bayrischer Ministerpräsident: Regierungserklärung im Bayrischen Landtag, 10. Dezember 2008, URL: < http://www.bayern.de/Anlage 10126767/Regierungserklaerungdes BayerischenMinisterpraesidenten HorstSeehoferam10Dezember2008imBayerischenLandtag.pdf>. (Stand 01.05.2012).

- **Sozialverband VdK Deutschland e.V.** (ehemals Verband deutscher Kriegsgeschädigten), Bonn, URL: < http://vdk.de/cgi-bin/cms.cgi?ID=de2&SID=hjs7mk7hRERpvLjsRXwlXbyMb3YE1T> (Stand: 09/2009).

- **Spiegel-Online GmbH,** Hamburg, URL: < http://www.spiegel.de/politik/deutschland/ 0,1518,105050,00.html>, (Stand: 10.06.2012).

- **Statistisches Amt Hamburg und Schleswig-Holstein**, Hamburg, URL: < http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocu ments/A_I_3_j09.pdf>, (Stand: 04.06.2012).

- **Statistisches Bundesamt**, Wiesbaden, URL: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_ br_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten= FID&p_sprache=D&p_suchstring=8578> (Stand: 29.04.2012), URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Transport Vekehr/Ver kehrsunfaelle/Unfallentwicklung5462401109004.pdf?__blob=p, (Stand: 04.06.2012) sowie URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/Le benserwartungDeutschland.html>, (Stand: 04.06.2012).

- **Stiftung für das behinderte Kind**, Berlin, URL: < http://www.stiftung-behindertes-kind.de/stiftung/ >, (Stand 04.06.2012).

- **Trauernicht-Jordan**, Dr. Brigitte, URL: < http://www.spdnordfriesland.de/trauernicht/>,(Stand: 04.12.2011).

- **Verband der Privaten Krankenversicherungen**, Köln. URL: < http://www.pkv.de/ verband/ > (Stand 09/2009).

- **Verband der Universitätsklinika Deutschlands**, Berlin. URL; <http://www.uni klini-ka.de/vud.php/cat/35/aid/62/title/Aufgaben>. (Stand: 05.05.2012).

- **Welt-Online**, Herausgeber: Axel Springer AG, Berlin, URL: < http://www.welt.de/print-welt/article251810/Ruecktrittsforderungen-gegen-Missfelder.html>, (Stand: 16.06.2012).

- **Wissenschaftsrat**, Köln, URL: < http://www.wissenschaftsrat.de/ueber-uns/organisation-und-arbeitsweise/>, (Stand: 04.06.2012).

4. Expertengespräche:

- **Baxmann**, Manfred, ehemaliger Kaufmännischer Vorstand des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein sowie Kaufmännischer Geschäftsführer der ZIP gGmbH, Gespräch vom 27.05.2011.

- **Brandl**, Michael, Facharzt für Kardiologie am Städtischen Krankenhaus Braunschweig, Gespräch vom 27.05.2012.

- **Herrmann**, Waldemar, ehemaliger Geschäftsführer der AOK Pinneberg, Gespräch vom 06.09.2010.

- **Jansen**, Günther, ehemaliger Minister für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schles-wig-Holstein, (Telefonat).

- **Maaß**, Volker, Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, Gespräch vom 09.09.2010.

- **Müller-Lucks**, Benedikt, Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, Gespräch vom 09.09.2010.

- **Pössel**, Günther, ehemaliger Geschäftsführer der AOK Rendsburg-Eckernförde, Gespräch vom 28.06.2010.

- **Ratschko**, Karl-Werner, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Gespräch vom 06.10.2010.

- **Rudolph**, Elfi, Geschäftsführerin der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Kiel, Gespräch vom 15.01.2010.

- **Rüschmann**, Hans-Heinrich, Geschäftsführer der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG), Gespräch vom 20.09.2010.

- **Schloer**, Bernd, ehemaliger Leiter der Gesundheitsabteilung im Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein, Gespräch vom 09.08.2010.

ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich elektronischer Quellen, dem Internet und mündlicher Kommunikation) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind ausnahmslos unter genauer Quellenangabe als solche kenntlich gemacht. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe sogenannter Promotionsberaterinnen / Promotionsberater in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar Geld oder geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegen Dissertation stehen. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

gez. M. Köhler

Preetz, den 25.06.2012 Martin Köhler