

Es gilt das gesprochene Wort!

TOP 24 – Sicherstellung der stationären Versorgung in Schleswig-Holstein

Dazu sagt die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen  
**Angelika Birk:**

**Fraktion im Landtag  
Schleswig-Holstein**

Pressesprecherin  
**Claudia Jacob**

Landeshaus  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Telefon: 0431 / 988-1503  
Fax: 0431 / 988-1501  
Mobil: 0172 / 541 83 53  
E-Mail: [presse@gruene.ltsh.de](mailto:presse@gruene.ltsh.de)  
Internet: [www.sh.gruene-fraktion.de](http://www.sh.gruene-fraktion.de)

**Nr. 278.08 / 17.7.2008**

## **Bürgerversicherung statt Zwei-Klassen-Gesundheitssystem**

Die Krankenhäuser haben es nicht leicht. Das wissen wir alle. Deshalb haben wir in diesem hohen Haus schon im Jahr 2006 eine zweite Konvergenzphase zur Angleichung der Basisfallwerte auf ein bundesweit einheitliches Niveau gefordert. Passiert ist seitdem nichts. Das gut vermarktete Engagement von Gesundheitsministerin Trauernicht hatte auf Bundesebene leider keine Früchte getragen. Ganz im Gegenteil, die zusätzliche Solidarabgabe der Krankenhäuser in Höhe von 0,5 Prozent hat die Situation weiter verschärft. Dafür ist die Große Koalition in Bund und Land verantwortlich.

Nun endlich scheint Bewegung in die Sache zu kommen. Die Gesundheitsministerkonferenz unter Vorsitz Schleswig-Holsteins hat sich nach schwerem Ringen auf einen Forderungskatalog für die Krankenhäuser geeinigt. Aber eine Beschlussfassung bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Forderungen auch Wirklichkeit werden. Vieles liegt auf der Bundesebene, anderes ist in den Ländern. Da haben noch viele ein entscheidendes Wörtchen mitzureden: Bundesgesetzgeber, Bundesregierung, Länderparlamente und Länderregierungen, „last but not least“ die Krankenkassen.

Also, wer hilft den Kliniken? Und wer hilft den PatientInnen? Denn man darf eines nicht vergessen, Krankenhäuser sind kein Selbstzweck an sich. Krankenhäuser sind zur bestmöglichen Behandlung von Patienten da. Und PatientInnen wiederum sind BeitragszahlerInnen. Wenn also am Ende eine Mehrvergütung der Kliniken ausschließlich aus Beitragsmitteln bezahlt werden muss, beißt sich die Katze in den eigenen Schwanz. Genau dies haben Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerin aber aus den Ergebnissen der Gesundheitsministerkonferenz heraus gelesen.

1/3

Seit Einführung der Fallpauschalen ist nicht alles besser geworden. Die Gewinnmargen lassen sich nicht mehr durch möglichst lange Liegezeiten beeinflussen. Heute bekommt nur neues Geld, wer eine neue PatientIn aufnimmt. Auch auf die Gefahr, dass die neue PatientIn eigentlich ein alter ist. Einer den man am Vortag aus der Inneren entlassen hat, um ihn am Folgetag in die Urologie einzuweisen. Fallpauschalen führen zu mehr stationären Aufenthalten und mehr Operationen.

Ein weiteres Problem sind blutige Entlassungen. Vorzeitige Entlassungen, um das Bett für den nächsten Fall und damit neues Geld frei zu machen. Umso schwerwiegender ist eine frühe Entlassung, wenn kein sorgfältiges Entlassmanagement stattfindet und die ambulante Versorgung zu Hause unregelt bleibt. Dies findet aber häufig nicht statt, weil das entsprechende Personal nicht vorahnden ist.

Der Kostendruck der Krankenhäuser wächst und wächst. Das EU-Urteil zur Arbeitszeit zwingt dazu, neue ärztliche Arbeitszeitmodelle einzuführen. Die Tarifabschlüsse waren zwar längst überfällig und sie sind mehr als angemessen, aber sie produzieren zusätzliche Kosten. Viele Krankenhäuser zahlen weit unter Tarif und überschreiten damit schon einmal die Grenzen der Legalität.

Die Möglichkeiten des „out-sourcing“ im nicht medizinischen und nicht pflegerischen Bereich sind in den meisten Klinken längst ausgeschöpft. Wirtschaftsverbände von Krankenhäusern sind an der Tagesordnung. Wo kann also noch gespart werden? Personalabbau, allem voran in der Pflege! Nach Angaben der Krankenhausgesellschaft ist in den letzten 15. Jahren jeder siebte Arbeitsplatz in der Pflege abgebaut worden. Das bedeutet, dass eine Pflegekraft heute 25 Prozent mehr PatientInnen zu betreuen hat. Wie soll eine Krankenbehandlung ohne ausreichende Pflege funktionieren? Gar nicht, so viel ist klar. Was also ist zu tun? Welche konkreten Maßnahmen fordert die Gesundheitsministerkonferenz?

Erstens: der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser soll ab dem kommenden Jahr wieder weg fallen. Das ist gut und das hat Bundesgesundheitsministerin Schmidt bereits zugesagt. Bleibt zu hoffen, dass der Koalitionspartner in Berlin da keinen Strich durch die Rechnung macht.

Zweitens: eine angemessene Erstattung der Tarifsteigerungen muss geleistet werden. Gut und schön. Die bisherigen Indexe sind dazu ungeeignet. Der Finanzmechanismus des Systems der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) muss um einen Lohnkosten angemessen abbilden. Wer diese Kompensation übernehmen soll, bleibt allerdings ungesagt. Da es sich eindeutig um Betriebs- und nicht Investitionskosten handelt, sind im Prinzip die Krankenkassen dran und das bedeutet die BeitragszahlerInnen.

Drittens: eine neue zusätzliche Pflegepauschale muss her – ohne bürokratischen Aufwand. Das finde ich auch. Ungelöst allerdings: wer bezahlt die Pauschale, wie hoch ist sie, wonach bemisst sie sich, wie wird sie so zweckgebunden, dass auch wirklich zusätzliche Pflegekräfte eingestellt werden? Das sind mehr Fragen als Lösungen.

Viertens: zur Realisierung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes soll ein Arbeitskreis gebildet werden. Prima! Man darf gespannt sein zu welchem Ergebnis der am Ende kommen wird. Natürlich haben die Bundesländer – je nach dem an welchem Ende der Vergütung sie stehen – unterschiedliche Interessen. Wir alle kennen den Spruch: „Wenn ich nicht mehr weiter weis, dann gründ´ ich einen Arbeitskreis.“

Fünftens: Um Einmalmaßnahmen wie die Budgetdeckelanbindung künftig zu verhindern, brauchen wir eine flexiblere und dynamische Bezugsgröße für die Veränderungsrate des Krankenhausbudgets als die Grundlohnsumme. Es sollte ein Mix aus Preisindex, Lohnkostensteigerung sein.

Sechstens: Die Länder nehmen ihre Verantwortung in der Investitionskostenförderung wahr. Anderes wäre auch gar nicht möglich, denn so ist es gesetzlich vorgeschrieben. Der Interpretationsspielraum, wie und in welchem Ausmaß bleibt unverändert - offen.

Siebtens: mehr tatsächliche Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, die sich auch vertraglich und ökonomisch abbildet. Hier ist Schleswig-Holstein weiter als andere Bundesländer und deshalb gab es hierfür von Bund und Ländern leider noch keinen kräftigen Rückenwind.

Am Ende sind wir also eigentlich nicht wirklich einen Schritt weiter: Wenig Soforthilfen, keine verbindlichen Zusagen, höchstens ein Schimmer am Horizont.

Es bleibt anzuerkennen, dass die Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung zur Gesundheitsministerkonferenz gut funktioniert hat. Und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt dürfte sich gefreut haben, wenn in der Tagespresse transportiert wird, sie habe mehr für die Klinken gewollt, aber die Länder hätten keinen entsprechenden Kompromiss finden können.

Es gibt nur zwei Lösungen für die Krankenhäuser: Die erste favorisieren FDP und CDU: Weniger Pflichtleistungen der öffentlichen Krankenkassen. Mehr Extrarendite aus Behandlungen von PrivatpatientInnen, privaten Zusatzversicherungen und die Aufnahme von ausländischen PatientInnen im großen Stil.

Das ist eine Lösung, die Gesellschaft spaltet. Wir verfolgen eine solidarische. Wer den Gesundheitsstandort Schleswig Holstein und das Rückrat seine Krankenhäuser retten will, muss auf Bundesebene für eine Bürgerversicherung antreten, muss reichere BeitragszahlerInnen mehr in die Pflicht nehmen mit höheren Beiträgen und Menschen mit geringem Einkommen und ihre Arbeitsgeber. Schleswig-Holstein ist wie kein anderes Land vom Gesundheitssektor abhängig und gleichzeitig gut aufgestellt. Wir sind das Land, das diese Vorschläge in die Bundesdebatte einbringen muss. Durch eine höhere Steuerbeteiligung am Gesundheitssektor von hohen Lohennebenkosten entlasten

\*\*\*