

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Ausschussdienst und Stenografischer Dienst

N i e d e r s c h r i f t

Sozialausschuss

18. WP - 35. Sitzung

am Donnerstag, dem 18. September 2014, 10 Uhr,
im Sitzungszimmer 342 des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Peter Eichstädt (SDP)

Vorsitzender

Heike Franzen (CDU)

Karsten Jasper (CDU)

Katja Rathje-Hoffmann (CDU)

Wolfgang Baasch (SPD)

Birte Pauls (SPD)

Dr. Marret Bohn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Dr. Andreas Tietze (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Anita Klahn (FDP)

Wolfgang Dudda (PIRATEN)

Flemming Meyer (SSW)

Weitere Abgeordnete

Bernd Heinemann (SPD)

Dr. Heiner Garg (FDP)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Tagesordnung:	Seite
1. Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	5
Bericht der Landesregierung Drucksache 18/2027 (neu) (überwiesen am 11. Juli 2014 zur abschließenden Beratung) hierzu: Umdruck 18/3187	
2. Umsetzung der Rettungs- und Boardingkonzepte für die Geburtshilfeversorgung in den Regionen Sylt sowie nördliches Ostholstein/Fehmarn	5
Antrag der Abg. Anita Klahn (FDP) Umdruck 18/3211	
3. Letztentscheid des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung zur Einrichtung von 22 neurologischen Betten inklusive sechs Stroke-Unit-Betten an den Sana Kliniken Lübeck GmbH	15, 57 (nö)
Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg Umdruck 18/3178	
4. Bericht der Landesregierung zur Einrichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein	48
Antrag der Abg. Katja Rathje-Hoffmann (CDU) Umdruck 18/3283	
5. Impfquoten verbessern - Masern eliminieren	50
Antrag der Fraktion der CDU Drucksache 18/1938 (überwiesen am 20. Juni 2014)	

- 6. Organspende rettet Leben - Vertrauen durch weitere Aufklärung stärken** **51**
- Antrag der Fraktion der CDU
[Drucksache 18/2002](#)
(überwiesen am 20. Juni 2014)
- 7. Stand der Entwicklung einer Präventionsstrategie der Landesregierung** **52**
- Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP)
[Umdruck 18/3208](#)
- 8. Sitzungstermine für das Jahr 2015** **53**
- [Umdruck 18/3269](#)
- 9. Verschiedenes** **54**

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, eröffnet den öffentlichen Teil der Sitzung um 10:05 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Punkte 1 und 2 der Tagesordnung:

Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Bericht der Landesregierung

[Drucksache 18/2027](#) (neu)

(überwiesen am 11. Juli 2014 zur abschließenden Beratung)

hierzu: [Umdruck 18/3187](#)

Umsetzung der Rettungs- und Boardingkonzepte für die Geburtshilfeversorgung in den Regionen Sylt sowie nördliches Ostholstein/Fehmarn

Antrag der Abg. Anita Klahn (FDP)

[Umdruck 18/3211](#)

Abg. Klahn äußert Kritik an dem Bericht der Landesregierung. In dem Bericht seien keine wirklichen Perspektiven dargestellt. Er enthalte im Wesentlichen Zahlen, die bereits aus Antworten auf kleine Anfragen bekannt seien. Für bedauerlich halte sie die Aussage, dass eine Anfahrt von bis zu einer Stunde und auch länger zu einer Geburtshilfestation zumutbar sei. Der Bericht stelle einen Zusammenhang zwischen Qualität und Fallzahlen her. Wenn dem so sei, dürften kleine Geburtshilfestationen eigentlich nicht mehr betrieben werden. Ihrer Auffassung nach hänge die Qualität eher von dem Engagement des Personals ab. Die Kritik aus dem Land gehe dahin, dass den Frauen nichts aufoktroiert werden solle.

Sie wendet sich sodann der Situation in Ostholstein zu: Nicht ausgereift erscheine das Boarding-Konzept. Dazu möchte sie wissen, wie viele Betten und Appartements in Ostholstein zur Verfügung stünden. Sie halte auch das Notfallkonzept für nicht ausgereift. Nach ihren Informationen sei die Ausbildung der Rettungssanitäter nicht optimal. Das Ministerium mache es sich zu einfach und schlage Kritik von Fachleuten in den Wind.

Abg. Rathje-Hoffmann kritisiert, der Bericht beschreibe lediglich einen Status quo, der bereits älter sei und keine Zukunftsperspektive biete. Die beiden Regionen, die in der Vergangenheit Leidtragende gewesen seien, nämlich die Regionen um Sylt und Ostholstein, sollten nun

„Modellregionen“ sein. Sie bittet um Stellungnahme zu der Frage, inwieweit sich das Ministerium engagiert habe, Unterbringungskonzepte in Gästehäusern zu organisieren. Außerdem erkundigt sie sich nach Geburten, die in jüngster Vergangenheit auf dem Weg zum Krankenhaus stattgefunden hätten. Vor diesem Hintergrund stellt sie die Frage, ob es sich dabei um Situationen handele, mit denen man in Zukunft öfter rechnen müsse.

Abg. Dr. Bohn erinnert daran, dass der Landtag mit großer Mehrheit die [Drucksache 18/2128](#) (neu) beschlossen habe. Danach sollen bei der Bewertung und der Konzepterstellung für die zukünftige Sicherstellung der Geburtshilfeversorgung in Schleswig-Holstein unabhängige Expertinnen und Experten beteiligt werden.

Frau Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, wendet sich zunächst dem Bereich der Zukunftsperspektiven zu. Sie legt dar, der Bericht stelle einen Status quo dar. Es seien Problembereiche identifiziert worden, die im Bericht bewertet worden seien. Weiter seien Handlungsbedarfe deutlich gemacht worden. Klar sei, dass mit diesem Bericht kein abschließendes Geburtshilfekzept für Schleswig-Holstein verbunden sei, sondern es auch darum gehe, mit großer Beteiligung aller Akteure zu Handlungsoptionen zu kommen. Vor diesem Hintergrund begrüße sie den vom Landtag beschlossenen Antrag, auf der Grundlage des Berichts, der Daten und der Situationsbeschreibung mit Expertinnen und Experten die Situation zu diskutieren und zu weiteren Handlungsempfehlungen zu kommen. Das Ministerium führe derzeit die Expertenbefragung durch. Sobald sie abgeschlossen sei, werde das Ministerium dem Landtag erneut berichten. Es werde sicherlich kein einheitliches Strukturkonzept für das ganze Land geben. Die starken unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten würden in die Entscheidungen einbezogen.

Sie geht sodann auf die von Abg. Rathje-Hoffmann angesprochenen Modellregionen ein und macht deutlich, dass die Wortwahl „nicht glücklich“ sei. Eine sich verschlechternde und eine problematische Versorgungssituation könnten kein Modell für andere Regionen sein; gemeint sei das Gegenteil.

Mit dem Kreis Nordfriesland seien intensive Gespräche über die geburtshilfliche Situation im Kreis geführt worden. Dem Kreis würden Mittel in Höhe von 20.000 € zur Verfügung gestellt, um die Situation für Nordfriesland zu bewerten. Für wichtig halte sie, das in Regie des Kreises zu tun, da die regional Verantwortlichen die Situation gut einschätzen könnten. Die Gespräche hätten begonnen, Ergebnisse könne sie noch nicht vortragen.

Sie geht im Folgenden auf zwei in Rettungswagen stattgefundenen Geburten ein. Die Frage, ob dies normal sei, hält sie für schwierig zu beantworten. Seitdem es Geburten gebe, habe es schon immer Geburten unterwegs gegeben. Es liege in der Natur der Sache, dass ein Zeitpunkt der Geburt nicht immer auf die Minute zu planen sei. Deshalb werde es immer wieder zu Situationen kommen, in denen es sehr schnell gehe. Die Frage zielt möglicherweise darauf ab, ob derartige Situationen gehäuft aufträten, da es nunmehr weitere Wege gebe. Absicht sei, auch mit intensiven Gesprächen mit allen Akteuren in der Region das Risiko zu minimieren, auch wenn man es nicht ganz ausschließen könne, indem die vorsorgende Betreuung für die Frauen so eng und qualifiziert wie möglich mit den vor Ort aktiven Hebammen, den betreuenden Gynäkologen und den Kliniken durchgeführt werde. Nach wie vor gelte auch die Empfehlung gerade für Frauen mit einer Risikoschwangerschaft, Boarding-Angebote in Anspruch zu nehmen. Zwischenzeitlich gebe es von der Sana Klinik eine umfangreiche Informationsbroschüre. Vor diesem Hintergrund hoffe sie, dass es gelinge, Notsituationen so selten wie möglich vorkommen zu lassen. Alles, was die Akteure vor Ort tun könnten, geschehe.

Abg. Rathje-Hoffmann bezieht sich auf den Bericht, nach dem einige Geburtshilfestandorte wenig ausgelastet seien. Vor diesem Hintergrund stellt sie die Frage, ob bekannt oder damit zu rechnen sei, dass weitere Schließungen von Geburtshilfestationen bevorstünden.

Abg. Klahn schließt sich dieser Frage an und erweitert um die Frage, ob geplant sei, Geburtshilfestationen allein aufgrund einer geringen Fallzahl zu schließen. Außerdem stellt sie folgende Fragen: Wie habe sich die Landesregierung auf Bundesebene dafür eingesetzt, dass eine Verbesserung für die Vergütung herbeigeführt werde? Wie funktioniere das Notfalltelefon? Inwieweit sei es in Anspruch genommen worden? Welche Fragestellungen seien aufgeworfen worden? In welcher Form finde die Ausbildung der Rettungsassistenten und -sanitäter für die geburtshilfliche Notfallsituation statt? Wie sollten die bereitgestellten 20.000 € im Kreis Nordfriesland verwendet werden? Sei der Landesregierung der Verlauf der beiden Einsätze bekannt, bei denen Geburten nicht im Krankenhaus stattgefunden hätten? Habe die Landesregierung Kenntnis von den Rettungseinsatzprotokollen? Woher seien die Einsatzwagen gekommen?

Staatssekretärin Langner führt aus, derzeit gebe es keine Hinweise dafür, dass sich Krankenhausträger mit der Schließung von Geburtshilfestationen befassten. Es gebe allerdings Standorte mit rückläufigen Geburtenzahlen. Da es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Zahl der Geburten und der Einhaltung von Qualitätsstandards nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gebe, müsse dies aufmerksam betrachtet werden. Hinsichtlich der Fragen zum Notfalltelefon müsse im Zweifel Kontakt mit

den Klinikträgern in Lübeck und in Eutin aufgenommen werden. Die Kliniken hätten gegenüber der Landesregierung keine Berichtspflicht über das, was im Rahmen des Notfalltelefons auflaufe.

Frau Dr. Buck, Leiterin der Abteilung Gesundheit im MSGWG, legt dar, die Rufnummern des Notfalltelefons in Flensburg und in Eutin liefen direkt im Kreissaal auf. Im Kreissaal in Eutin befinde sich ein Ansprechpartner, der die Frauen hochkompetent beraten könne und ihnen organisatorisch zur Seite stehe. Diese Rufnummer werde sowohl an die Frauen als auch an Hebammen und niedergelassene Gynäkologen weitergegeben. Vergleichbar sei das für Flensburg geregelt. Sobald sich Frauen für das Boarding-Konzept entschieden, erhielten sie die Kontaktdaten übermittelt.

Staatssekretärin Langner vertritt die Ansicht, Einvernehmen habe darüber bestanden, die dem Kreis Nordfriesland zur Verfügung gestellten 20.000 € für die Weiterentwicklung und die Bewertung von Konzepten für die geburtshilfliche Versorgung zu verwenden. Sie habe dazu ein erstes Gespräch mit dem Landrat geführt. Der Kreis Nordfriesland überlege derzeit, wie das Geld sinnvoll eingesetzt werden könne, wie man zu Erkenntnissen komme, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von externen Expertinnen und Experten beziehungsweise Gutachten.

Bezüglich der Vergütung auf Bundesebene habe die Landesregierung eine Bundesratsinitiative auf den Weg gebracht. Sie sei insofern erfolgreich, als es bis zum nächsten Sommer eine Übergangslösung gebe, in der eine Erhöhung der Vergütung vorgesehen sei. Ab dem nächsten Sommer sollten Hebammen, die in Regionen arbeiteten, in denen es nur geringe Fallzahlen gebe, Sicherstellungszuschläge erhalten. Hinsichtlich der einzelnen Bestandteile der Verhandlungen zwischen dem GKV und dem Hebammenverband bitte sie, sich dort direkt zu erkundigen.

Bezüglich der Ausbildung für den Rettungsdienst habe sie im Ausschuss bereits ausführlich und intensiv berichtet. Alle Rettungsassistenten und Notfallsanitäter, die im Bereich Ostholstein tätig seien, sollten für geburtshilfliche Notfälle nachgeschult werden. Diese Schulungen seien - bis auf wenige - in diesen Tagen abgeschlossen. Es sei eine erfolgreiche Aktion gewesen. Weitere Erfahrungen würden zeigen, ob es kontinuierliche Nachschulungen geben müsse. Das laufe unter der Regie des Kreises Ostholstein, der für den Rettungsdienst zuständig sei, sehr gut.

Das Land habe keinen Zugang zu den Rettungsdienstprotokollen. Hier müsse bei dem zuständigen Rettungsdienst des Kreises Ostholstein nachgefragt werden.

Abg. Rathje-Hoffmann erkundigt sich nach den Gründen, aus denen sich die Hebammen im Bereich Ostholstein an den Notfallkonzepten nicht beteiligten. Staatssekretärin Langner legt dar, Wunsch der Landesregierung sei gewesen, die Hebammen in das Rettungskonzept einzubinden. Die Krankenkassen seien bereit gewesen, das entsprechend finanziell zu vergüten. Sie habe vor der Sommerpause ein Gespräch mit den drei Hebammen geführt und dort die Aussage erhalten, dass sie aus - wie sie finde - zum Teil sehr persönlichen Gründen nicht bereit seien, sich in das Konzept einbinden zu lassen.

Abg. Dudda referiert, am 26. Juni sei vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Oldenburg in einer Sitzung des Sozialausschusses die Aussage getroffen worden, die rettungsdienstliche Versorgung sei optimal. Allerdings habe Stirnrünzeln hervorgerufen, als bekannt geworden sei, dass der Ärztliche Leiter Rettungsdienst Oldenburg zu 75 % bei den Sana Kliniken angestellt sei. Er fragt, ob die Landesregierung, die die Fachaufsicht über den Rettungsdienst habe, das zum Anlass für eine Überprüfung genommen habe.

Frau Langner macht deutlich, die Verantwortung für die Durchführung des Rettungsdienstes trügen die Kreise. Die Landesregierung befinde sich mit den Regionen Nordfriesland und Ostholstein, auch mit den Rettungsdiensten vor Ort kontinuierlich im Gespräch, weil es sich um ein sehr sensibles Thema handele und lasse sich über Probleme berichten. Derzeit gebe es keinen Anlass zu bezweifeln, dass das, was sowohl von der zuständigen Behörde, also dem Kreis, als auch den durchführenden Rettungsdienstorganisationen vorgetragen werde, nicht der Wahrheit entspreche. Insgesamt gebe es in Ostholstein aus ihrer Sicht ein extrem gut aufgestelltes rettungsdienstliches Konzept. Natürlich sei der geburtshilfliche Notfall eine sensible Sache. Es gebe aber auch viele andere Notfälle, in denen der Rettungsdienst vor ganz besondere Herausforderungen gestellt werde. Der Rettungsdienst in Ostholstein habe sich mit der Bereitschaft, alle Rettungsassistenten und -sanitäter nachzuschulen, die Notärzte auf Wunsch entsprechend vorzubereiten und die Rettungswagen mit besonderen Materialien auszustatten, konstruktiv und gut in den Prozess eingebunden. Aus der Sicht der Landesregierung gebe es keinen Zweifel daran, dass der Kreis und die durchführenden Rettungsdienstorganisationen ihrer Verantwortung gerecht würden.

Abg. Dudda fragt nach, ob das Vertrauen in die Ärztlichen Leiter Rettungsdienste im ganzen Land gleich sei. Die Information über die Organisation in Ostholstein habe ein „leichtes Geschmäcke“ im Ausschuss hinterlassen.

Der Vorsitzende erkundigt sich danach, ob die Konstruktion in Ostholstein ein Einzelfall sei.

Staatssekretärin Langner legt dar, dass es sich bei der Konstruktion in Ostholstein um keine besondere, außergewöhnliche handele.

Frau Dr. Buck führt aus, grundsätzlich nehme die Landesregierung ihre Aufsicht entsprechend wahr und stehe im engen Dialog mit allen Rettungsdiensten. Derzeit befinde man sich in der Phase, das Rettungsdienstgesetz zu novellieren. Allein das sei schon Anlass, sich intensiv Gedanken über die Strukturen zu machen.

Sie stellt klar, dass alle Rettungsassistenten und -sanitäter per se in geburtshilflichen Notfällen ausgebildet würden. Was jetzt statfinde, sei keine Ausbildung, sondern eine Nachschulung. Sowohl der Nordkreis als auch der Südkreis des Kreises Ostholstein sei mittlerweile fast komplett nachgeschult, was die Rettungsassistenten und -sanitäter anbelange. Hinzu komme, dass allen Notärzten das Angebot gemacht worden sei, bei Sana eine Hospitation zu absolvieren, also vor Ort im Kreissaal geburtshilflich tätig zu werden. Dieses Angebot sei bis dato nicht wahrgenommen worden - offensichtlich, weil die Ausbildung der Ärzte für diesen Bereich ausreichend sei oder für ausreichend gehalten werde. Bei ihren Nachfragen fokussiere sich die Landesregierung nicht nur auf einen Anbieter oder einen Träger. Die Situation in Ostholstein sei auf die anderen Kreise des Landes übertragbar.

Die Konstellation, dass der Ärztliche Leiter Notdienst gleichzeitig Klinikangestellter sei, sei in Schleswig-Holstein eine völlig normale Situation.

Staatssekretärin Langner geht auf Äußerungen des Abg. Dudda ein. Diese hätten sich so angehört, als vertraue die Landesregierung dem, was vorgetragen werde, blind. Dem sei nicht so. Die Landesregierung habe ein ausgefeiltes System von Überprüfungen und Nachfragen der Dinge, die vorgetragen würden.

Abg. Klahn merkt an, sie habe eine Aussage dahin gehend vermisst, dass sich die Landesregierung auf Bundesebene dafür einsetzen werde, dass Sicherstellungszuschläge möglich würden. Außerdem habe es keine Aussage hinsichtlich einer Veränderung bei den DRGs gegeben. Außerdem erkundigt sie sich konkret nach den Nachschulungsmaßnahmen für Rettungsdienstassistenten und -sanitäter.

Zu ihrer Frage hinsichtlich der Einsatzprotokolle gibt sie bekannt, dass im Kreistag fraktionsübergreifend die Herausgabe dieser Protokolle erbeten worden sei. Der Kreis habe das mit

dem Hinweis auf personenbezogene Daten verwehrt. Deshalb frage sie, warum nicht beispielsweise die personenbezogenen Daten geschwärzt würden. Ferner erkundigt sie sich danach, ob bezüglich der Ausstattung der Rettungswagen Nachrüstungen stattgefunden hätten, und welche Nachrüstungen stattgefunden hätten.

Sie geht auf die Förderung der Entwicklung eines Konzepts für den Kreis Nordfriesland ein und fragt, ob Nordfriesland ein Konzept für Ostholstein mitentwickeln solle. Sie verweist außerdem auf den Bericht. Danach würden für diesen Zweck 45.000 € zur Verfügung gestellt. Sie erkundigt sich danach, wie diese verwandt werden sollten.

Staatssekretärin Langner verweist auf ihre Aussagen hinsichtlich der Aktivitäten der Landesregierung auf Bundesebene. Sie wiederholt, dass es inzwischen eine Vereinbarung zwischen dem DKV-Spitzenverband und dem Hebammenverband gebe, nach dem es ab 2015 Sicherstellungszuschläge für Hebammen geben solle.

Der Vorsitzende weist auf Diskussionen in den vergangenen Sitzungen hin und darauf, dass Sicherstellungszuschläge von Kliniken zu beantragen seien. Staatssekretärin Langner macht deutlich, dass es dafür eine gesetzliche Regelung gebe. Diese seien umfangreich und vollständig vorgetragen worden. Insofern bedürfe es keiner weiteren bundesgesetzlichen Aktivitäten.

Im Übrigen verweist sie darauf, dass alle gestellten Fragen zum Rettungsdienst beim Kreis gestellt werden könnten. Der Kreis entscheide, in welcher Form und unter Beachtung welcher gesetzlichen Vorschriften Unterlagen zur Verfügung gestellt würden. Auch für die Durchführung der Nachschulung der Rettungssanitäter und -assistenten sei der Rettungsdienst in Ostholstein zuständig. Es sei nicht ihre Aufgabe, die Aufgaben der Kreisverwaltung zu machen.

Der Vorsitzende schlägt vor, gegebenenfalls Kontakt zu den entsprechenden Fraktionen im Kreistag herzustellen.

Abg. Rathje-Hoffmann erkundigt sich nach den Umständen der Parkplatzgeburt. Außerdem bezieht sie sich auf eine Äußerung des vdek, nach der eine maßvolle Konzentration der Geburtshilfe ein Baustein sei, um in Schleswig-Holstein eine Verbesserung der Gesundheitssituation von Mutter und Kind beziehungsweise Schwangeren und deren Kinder zu erzielen. Dazu bittet sie um eine Einschätzung der Landesregierung.

Staatssekretärin Langner geht auf den zweiten Punkt ein. Die Formulierung „maßvolle Konzentration“ berge durchaus Sprengstoff. Sie glaube, dass man schon lange dort angekommen

sei. Das, was es in den letzten Jahren in Schleswig-Holstein an Entwicklung im Bereich der Geburtshilfe gegeben habe, sei eine Konzentration auf Standorte gewesen. Eine Reihe von kleinen Standorten habe schon geschlossen werden müssen. Wenn es in bestimmten Regionen zunehmend weniger Geburten gebe, gebe es die Situation, dass die entsprechenden Strukturen unter Qualitätsgesichtspunkten nicht aufrechterhalten werden könnten. Insofern hätten Konzentrationsprozesse stattgefunden. Die Verlagerung der Geburtshilfe von Oldenburg nach Eutin sei ein weiterer Konzentrationsprozess. In dem Bericht sei deutlich benannt, wo es aus Sicht der Landesregierung noch Problembereiche gebe. Sie konzentrierten sich auf Nordfriesland. Darüber hinaus habe die Landesregierung den Eindruck, dass alle anderen Standorte derzeit relativ stabil seien. Gehe die Zahl der Geburten allerdings weiterhin so drastisch zurück, wie das in manchen Bereichen der Fall gewesen sei, könne sicherlich niemand eine Garantie für die Zukunft abgeben. Derzeit sei die Einschätzung, dass man sich mittelfristig vor allen Dingen mit Nordfriesland beschäftigen müsse.

Frau Dr. Buck geht auf das Thema Parkplatzgeburt ein. Grundsätzlich führt sie dazu aus, dass sich die Landesregierung über die Hintergründe solcher Konstellationen informiere. Zum faktischen Hintergrund schildert sie Folgendes: Es habe sich um eine Touristin, die auf Fehmarn auf dem Campingplatz gewesen sei und bereits vier Kinder habe, gehandelt. Bei Mehrfachgebärenden könne eine Geburt zügig gehen. Die Geburtswehen hätten eingesetzt. Die Frau habe sich im Geburtstermin etwas verschätzt. Ein Notarzt sei aktiviert worden. Die Frau sei vom Notarzt auf dem Campingplatz aufgenommen worden und habe im Notarztwagen auf einem Parkplatz bei Heiligenhafen entbunden. Der Notarzt habe sich dann entschlossen, Oldenburg anzufahren, weil er das Problem gehabt habe, Mutter und Kind zu versorgen. Er habe aus dem Krankenhaus sofort Unterstützung erhalten. Er habe sich dann in Absprache mit der Frau dazu entschlossen, sie in dem Wagen zu belassen, weil dieser Wagen beheizt gewesen sei und sie sich dort gut aufgehoben gefühlt habe. Aus ärztlicher Sicht sei es ein Problem gewesen, die Frau in das Krankenhaus in Oldenburg zu verbringen. Deshalb sei die Entscheidung getroffen worden zu warten, bis ein weiterer Krankenwagen mit einem Inkubator für das Kind komme, um Mutter und Kind nach Eutin zu fahren, damit das Kind dort untersucht werden könne. Die Frau sei auch deshalb nicht ausgeladen worden, weil die Nachgeburt noch nicht entsprechend entbunden gewesen sei und man es der Frau nicht habe zumuten wollen, noch einmal umgeladen zu werden. Die Frau habe sich für die hervorragende Versorgung explizit bedankt. Mutter und Kind seien am nächsten Tag aus Eutin entlassen worden und wieder zum Campingplatz zurückgefahren.

Abg. Pauls kritisiert die Aussage des Abg. Dudda. Die Unterstellung, dass ein Notarzt, der in einer Klinik angestellt sei, seine Dienstabhängigkeit den medizinisch-ethischen Überlegungen

vorziehe, halte sie für böse. Es sei gängige Praxis in Schleswig-Holstein, dass die Ärztlichen Leiter Rettungsdienste an Krankenhäuser angedockt seien. Das sei auch sinnvoll. Zu sagen, dass sie dadurch in eine Abhängigkeit gerieten und nicht mehr objektiv und fachlich-sachlich richtig entscheiden könnten, halte sie für „heftig“.

Sie halte den vorliegenden Bericht der Landesregierung für eine Grundlage einer gemeinsamen und konstruktiven Diskussion und es für sinnvoll, nunmehr den Diskussionsprozess mit den Expertinnen und Experten durchzuführen. Im Übrigen verweist sie auf einen vom vdek veröffentlichten Artikel, in dem die Landesvorsitzende des Verbandes dahin gehend zitiert werde, dass eine Geburt kein Sekundärenereignis sei. Erforderlich sei, an vielen Stellen zu arbeiten. Hebammen müssten vor Ort in die Lage versetzt werden, zu arbeiten und Frauen zu begleiten. Gleiches gelte für Frauenärzte und Rettungssanitäter.

Auch Abg. Baasch hält es für sinnvoll, sich mit dem Interview von Frau Dr. Scharrel in der Zeitschrift „ersatzkasse.report“ des vdek-Landesverbandes zu beschäftigen. Wenn die Geburtenrate um 13 % heruntergehe, müsse man sich auf diese Situation einstellen.

Abg. Dudda weist hinsichtlich der Unbefangenheit des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst darauf hin, dass beispielsweise die Sana Kliniken in Lübeck derzeit Zweifel an dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Lübeck äußerten. Von daher verböten sich entsprechende Zweifel nicht per se. Eine grundsätzliche Prüfung der Frage der Unabhängigkeit wäre sicherlich auch für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Oldenburg gut gewesen. Es gehöre zur Fachaufsicht des Ministeriums, dies zu tun.

Der Ausschuss kommt überein, den Bericht der Landesregierung, [Drucksache 18/2027](#) (neu), weiterhin als Beratungsgrundlage zu nutzen.

Abg. Klahn fragt nach Empfehlungen und Vorgaben für die Schwangeren in Bezug auf die Inanspruchnahme von Boarding. Staatssekretärin Langner antwortet, die Landesregierung gebe dazu keine Empfehlung ab. Es gebe für Ostholstein Empfehlungen der jeweils betreuenden Ärzte. Diese sprächen in der Regel an Frauen mit Risikoschwangerschaft die Empfehlung aus, sich 14 Tage vor dem errechneten Geburtstermin in das Boarding zu begeben. Für Sylt gelte auch aufgrund der Insellage die generelle Empfehlung, 14 Tage vor Geburtstermin die Insel zu verlassen und das angebotene Boarding-System anzunehmen. Auf die Nachfrage nach den Konsequenzen, folge jemand dieser Empfehlung nicht, legt Staatssekretärin Langner dar, dass es sich um Empfehlungen handele, die nicht vollziehbar seien. Wie für andere Be-

reiche der Gesundheitsversorgung gelte auch hier, dass sich Menschen frei entscheiden könnten.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Letztentscheid des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung zur Einrichtung von 22 neurologischen Betten inklusive sechs Stroke-Unit-Betten an den Sana Kliniken Lübeck GmbH

Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg

[Umdruck 18/3178](#)

Der Vorsitzende erinnert zunächst daran, dass ein Aktenvorlagebegehren durchgeführt worden sei und die Ausschussmitglieder Gelegenheit gehabt hätten, Einsicht in die Akten zu nehmen. Für den Fall, dass mögliche Rechte Dritter in dieser Sitzung erörtert werden sollten, sei der Ausschuss gehalten, gegebenenfalls eine Beschlussfassung über die Nichtöffentlichkeit herzustellen.

Abg. Dudda stellt den Antrag, über die Beratung ein Wortprotokoll zu erstellen. Abg. Baasch erkundigt sich nach dem Grund. Nach Auffassung des Abg. Dudda komme es darauf an, was in der Sitzung genau gesagt werde. Abg. Dr. Garg hält ein Wortprotokoll für sinnvoll und unterstützt den Antrag. Abg. Baasch hält die Erstellung eines Wortprotokolls für ungewöhnlich und verweist auf die Möglichkeit, die Landesregierung zu bitten, Antworten schriftlich zu erteilen.

Der Ausschuss kommt überein, ein Wortprotokoll über die Diskussion zu diesem Tagesordnungspunkt anzufertigen.

Abg. Dr. Garg: Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Zum Vorfall selber braucht man nichts zu sagen. Er ist bekannt. Aus meiner Sicht hat dieser Vorfall insbesondere zwei Aspekte, die näher beleuchtet werden müssen. Das ist einmal eine politische Dimension, ein politischer Aspekt, dass ein Aufsichtsratsmitglied des UKSH eine solche Entscheidung trifft, die ökonomische Wirkungen auf das Universitätsklinikum hat. Darauf werden wir später zu sprechen kommen. Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt, warum ich es für notwendig halte, auch im Rahmen dessen, was bisher an öffentlicher Berichterstattung da ist: Am Ende darf, unabhängig von der unterschiedlichen Einschätzung, kein Zweifel daran aufkommen, dass in der Hansestadt Lübeck und im Ein-

zugsgebiet der Hansestadt Lübeck Menschen Sorge haben müssen, dass sie im Fall eines Falles nicht optimal versorgt werden, und zwar unabhängig von der jeweiligen Bewertung.

Hier für Klarheit zu sorgen und Klarheit zu schaffen, warum man sich für ein bestimmtes Versorgungskonzept entschieden hat, macht es möglich, dieses - insbesondere nach der Akteneinsicht - noch einmal zu thematisieren.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Dr. Garg. - Ich denke, Frau Langner wird zunächst mit ihrem Bericht beginnen.

Frau Langner (Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich muss sagen, dass ich für die Fragestellung des Herrn Abgeordneten Dr. Garg außerordentlich dankbar bin. Auf die erste Frage möchte ich gleich eingehen, weil das eine gute Gelegenheit ist, Dinge klarzustellen, die vielleicht in den letzten Wochen in der Öffentlichkeit nicht so ganz richtig dargestellt worden sind. Bei der zweiten Frage bin ich sehr dankbar, dass wir heute im Ausschuss Gelegenheit haben darzustellen, dass die Versorgung unser zentraler Beweggrund für die Grundlage unserer Entscheidung ist. Natürlich geht es letztlich darum, dass kein Patient, keine Patientin in Lübeck befürchten muss, in einer Versorgungssituation zu leben, die nicht ausreichend oder suboptimal ist. Genau das Gegenteil ist der Fall. Dazu werden wir eine Reihe von Fakten und Daten darstellen können, wie sich die Versorgungssituation in Lübeck aus unserer Sicht im Moment darstellt.

Ich will auf den ersten Teil der Fragestellung eingehen. In dem Antrag ist die Landesregierung gebeten worden, zu den Hintergründen der Entscheidung zu berichten. Ich glaube, der Sachverhalt als solcher ist allen Beteiligten hier hinlänglich bekannt. Sie alle haben Gelegenheit gehabt, in die Akten Einsicht zu nehmen, sodass ich nicht mehr allzu ausführlich dazu berichten muss.

Ich will an dieser Stelle deutlich klarstellen: Dass es sich bei der Entscheidung der Umwandlung von 22 internistischen Betten an der Sana Klinik in Lübeck in neurologische Betten um eine politische Entscheidung handelt, ist absolut nicht der Fall. Krankenhausplanung verfolgt ganz klare rechtliche Rahmenbedingungen. Grundlagen für eine Entscheidung sind ausschließlich die Versorgungssituation in einer Region und die ausreichende Versorgung der Menschen in dieser Region mit gesundheitlichen Leistungen. Deswegen ist Grundlage unserer Entscheidung ausschließlich die Bedarfsanalyse gewesen, die sich nach Krankenhausplanung

auf die tatsächliche Auslastung in dem in Rede stehenden Fach, nämlich der Neurologie, bezieht.

Ich will noch einmal deutlich sagen: Die Frage, ob die Sana Klinik eine Stroke Unit vorhält, ist nicht Bestandteil krankenhauplanerischer Entscheidung. Der Klinikträger kann in eigener Verantwortung entscheiden, ob an der Klinik eine Stroke Unit vorgehalten wird. Das ist uns auch nicht zur Genehmigung vorgelegt worden. Insofern haben wir als Grundlage unserer Entscheidung die tatsächlichen Auslastungszahlen in der Region zugrunde gelegt. Wir haben bei den Auslastungszahlen im Jahr 2012, die Grundlage der Entscheidung waren, festgestellt, dass wir eine Unterversorgung in der Region mit neurologischen Betten haben. Die Auslastung hat, hochgerechnet auf Betten, einen zusätzlichen Bedarf an 22 neurologischen Betten ergeben. Auf dieser Grundlage haben wir über den Antrag der Sana Klinik nach der Beratung am 19. November in der Beteiligtenrunde entschieden. Auch auf der Grundlage der vorliegenden Zahlen können wir gut nachvollziehbar machen, dass dieser zusätzliche Bedarf da ist.

An diesem Punkt ist es vielleicht wichtig, noch einmal zu sagen, dass wir als Ministerium gehalten sind, alle Krankenhäuser, die bei uns im Krankenhausplan an der gesundheitlichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung teilnehmen, mit gleichem Maß zu messen. Natürlich kann es sein, dass bei der einen oder anderen Entscheidung das Herz für den einen oder anderen Träger stärker schlägt als für den anderen. Aber das kann doch nicht ernsthaft Grundlage einer Entscheidung sein. Die Tatsache, ob ich in Person in einem Klinikum im Aufsichtsrat sitze, kann doch wohl nicht ernsthaft Grundlage einer rechtlich nachvollziehbaren und rechtlich handfesten Entscheidung sein. Ich könnte mir die Kommentare schon vorstellen, die von manchen gemacht würden, wenn wir anders entschieden hätten.

Jedes Krankenhaus, das bei uns im Krankenhausplan aufgenommen worden ist, sei es privat, sei es öffentlich, sei es frei oder gemeinnützig, wird mit dem gleichen Maß gemessen. Grundlage sind ausschließlich Versorgungsgesichtspunkte und die Frage einer bedarfsgerechten Abdeckung dieser Versorgungsgesichtspunkte. So weit zu den Hintergründen und den Grundlagen unserer Entscheidung, die wir getroffen haben.

Ich bitte Frau Dr. Buck vorzutragen, wie derzeit die Versorgungssituation in Lübeck aussieht, wie die Versorgung mit neurologischen Patientinnen und Patienten organisiert ist, wo die Dinge aus unserer Sicht gut laufen, wo es Probleme gibt und wo es eventuell weiteren Diskussionsbedarf gibt.

Dr. Buck (Leiterin der Abteilung Gesundheit im MSGWG): Sehr gerne. - Um noch einmal klarzustellen, weil die Dinge immer durcheinandergo: Die Schlaganfallkrankung ist eine Erkrankung, die sowohl in der Neurologie als auch in der Inneren Medizin behandelt wird. Insofern sind die Stroke Units, die nicht der Genehmigungspflicht des Landes unterliegen, in beiden Fachgebieten zu finden. Wir reden jetzt über die Neurologie und die neurologische Versorgung am Standort. Frau Langner hat im Eingangsstatement den Sachverhalt dargestellt. Vielleicht als Übersicht dazu: Wir haben in der Trendanalyse die Zahlen, was die neurologische Versorgung anbelangt, über insgesamt fünf Jahre analysiert. Die Fallzahlen in der Neurologie - der Trend wird bundesweit bestätigt - sind um 15 % gestiegen. Das hat etwas damit zu tun, dass die Klientel nachwächst. Das heißt, es gibt eine Shift aus der Inneren Medizin in die Neurologie hinein. Aber wir haben auch eine Reihe von neurologischen Krankheitsbildern, die tatsächlich der spezifischen Versorgung zugeführt wird. Das heißt, in der Neurologie finden Sie komplexe Krankheitsgeschehen, unter anderem den Schlaganfall, aber auch Nervenschädigungen, Nervenlähmungen, Erscheinungsbilder, die mit Stoffwechselerkrankungen verbunden sind, zum Beispiel beim Diabetes die Diabetische Neuropathie, Sie finden aber auch Bewegungsstörungen, das sind die Chorea Huntington. Das heißt, es sind komplexe Krankheitsbilder, die dieser Expertise zugeführt werden. In der Neurologie finden Sie aber auch Patienten, die Bandscheibenvorfälle haben, ein entsprechendes klinisches Krankheitsbild haben und dort behandelt werden.

Bundesweit ist in der Neurologie der Trend zu verzeichnen, dass die Fallzahlen exorbitant steigen. In Schleswig-Holstein ist das die gleiche Situation. Wir haben uns damit differenziert auseinandergesetzt. Wir gucken uns die Versorgungssituation an. Wir haben das UKSH gebeten, uns mitzuteilen, wie die Fallzahlanalyse in der Trendanalyse der letzten vier Jahre ist, bezogen auf die ersten zwei Quartale, weil wir damit das Jahr 2014 einbeziehen können. Wir haben explizit in dem Bereich danach gefragt, weil das ein zentraler Diskussionspunkt ist: Wie sieht es bei den Schlaganfällen aus? In der Tat ist beim UKSH eine gewisse Rückläufigkeit der Fallzahlen zu verzeichnen, weil es eine weitere Stroke Unit gibt. Wir werden - das haben wir auch gesagt - das Gesamtgebäude beobachten. Den Trend, bezogen auf alle Fälle in der Neurologie, können wir Anfang des nächsten Jahres beurteilen, wenn uns sämtliche Zahlen zur Verfügung stehen.

Zum Thema Stroke Unit, Schlaganfallversorgung: Die Stroke Unit ist bei Sana bereits im letzten Jahr etabliert worden. Wie gesagt, es bedarf dazu keiner Genehmigung des Landes. Die Stroke Unit ist angefahren worden. Sie ist unter internistischer Regie mit entsprechender neurologischer Expertise angefahren worden. Vielleicht auch dazu - das ist kein Geheimnis -: Die

Mannschaft stammt aus dem UKSH und ist komplett zu Sana rübergewechselt. Das heißt, die neurologische Expertise ist für diesen Bereich entsprechend gegeben gewesen.

Es ist eine Diskussion entbrannt: Wird Patienten durch diese Struktur Versorgung vorenthalten? Was die Schlaganfallversorgung anbelangt, ist es relativ einfach zu beantworten. Wir haben die Deutsche Schlaganfallgesellschaft, die sich mit der Versorgung im Bereich der Stroke Units auseinandersetzt. Wir haben in Schleswig-Holstein mittlerweile insgesamt 14 Stroke Units flächendeckend vorgehalten. Das ist für die Versorgung und Sicherstellung der Versorgung in Schleswig-Holstein angemessen. Von diesen 14 Stroke Units sind insgesamt zehn plus eins - da steht die Zertifizierung noch an; die Begehung hat in Sana stattgefunden -, also elf zertifiziert. Diese Zertifikate sind zeitlich immer befristet und müssen jeweils erneuert werden. Für eine Zertifizierung sind sowohl strukturelle, als auch organisatorische, als auch personelle Voraussetzungen zu erfüllen.

Grundsätzlich gilt, dass man unterscheidet zwischen einer regionalen und einer überregionalen Stroke Unit. Eine überregionale Stroke Unit muss immer an einer neurologischen Fachabteilung angesiedelt werden. Eine regionale Stroke Unit kann sowohl-als auch angesiedelt sein, also Innere Medizin oder Neurologie. Das zu den Rahmenbedingungen.

Wir haben nicht den Eindruck, dass es insgesamt zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation gekommen ist. Wir beobachten das aber sehr deutlich und scharf, reden mit den Verfahrensbeteiligten in diesem Zusammenhang. Dort, wo die Diskussion in bestimmten Bereichen entbrennt, was Vorenthaltung von Versorgungsleistungen anbelangt, bewegen wir uns in einer Phase, in der es sich um Studiendesigns handelt, die einer kritischen Betrachtung zum jetzigen Zeitpunkt eher schwierig gegenüberstehen. Das heißt, wir haben unsere Expertise auf Bundesebene. Das ist die Arbeitstagung der Neurointensivmediziner, die bestimmte therapeutische Verfahren sehr kritisch sehen, weil es bis dato keine Langzeitbeobachtungen und keine Überlebenszeiten gibt. Das ist sozusagen der Diskurs vor Ort.

Als Letztes zur rettungsdienstlichen Organisation vor Ort: Wir sind in der Frage Stroke Unit, wie anzufahren, seit Mitte des letzten Jahres als Ressort involviert gewesen. Üblicherweise ist die Regelung vor Ort so, dass in allen anderen Fächern gerade und ungerade Tage zählen, das heißt an geraden Tagen der eine Standort und an ungeraden Tagen der andere Standort angefahren wird. Das hat den Vorteil, dass sich die Mannschaft, wenn sie Notfalldienst hat, entsprechend einstellen kann. Das gilt sowohl für konservative als auch operative Fächer. Da haben sie eine entsprechende Personalvorhaltung. Ausnahmen bestätigen die Regel. Diese Regelung sollte genauso auf die Schlaganfallversorgung übertragen werden. Das ist aber aus

verschiedenen Gründen so nicht realisiert worden, sodass die Letztentscheidung durch den Dienstherrn des Rettungsdienstes in der Form gefällt worden ist, dass das nächstgelegene geeignete Krankenhaus angefahren wird. Geeignet ist immer dann ein Krankenhaus, wenn es eine Stroke Unit vorhält. - Das ist es erst einmal aus meiner Sicht.

Vorsitzender: Ich frage die Staatssekretärin, ob die Stellungnahme somit abgeschlossen ist. - Ich bedanke mich und bitte um Wortmeldungen. Herr Dr. Garg und Herr Baasch.

Abg. Dr. Garg: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Vielen Dank, Frau Staatssekretärin. - Der Kollege Baasch hat vorhin gesagt, ein Wortprotokoll sei nicht so üblich. So üblich ist ein Aktenvorlagebegehren auch nicht, jedenfalls wenn es das Sozialministerium betrifft. Deswegen zum Anfang die Frage, Frau Staatssekretärin: Waren die Akten, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben, nachdem das Begehren hier vom Ausschuss bejaht wurde, vollständig?

Vorsitzender: Ich denke, die Antwort kann man zwischendurch geben.

Staatssekretärin Langner: Ja, gerne. - Die Akten, die wir vorgelegt haben, waren vollständig.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Dann hat Herr Baasch das Wort.

Abg. Baasch: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich beziehe mich auf die in letzter Zeit zumindest mir zugänglichen Antworten auf Kleine Anfragen (Anmerkung: [Drucksachen 18/2006](#), [18/2178](#)), die vom Ministerium beantwortet worden sind. Vieles, was Frau Dr. Buck und auch die Staatssekretärin eben vorgetragen haben, wird aus den Antworten auf die Kleinen Anfragen deutlich. Da geht es darum, wie die Genehmigungsformen sind, wie die Bettenzahlen in den jeweiligen Kliniken sind.

Ich habe eine Nachfrage zu einer der Kleinen Anfragen. Sie stammt von dem dritten gesundheitspolitischen Experten der FDP, Herr Vogt, und ist vom Ministerium beantwortet worden. Dort wird nicht nur auf Kliniken, sondern auf Regionen abgezielt. Für den Stroke Unit in der Sana Klinik und am UKSH werden auch noch das Klinikum Neustadt und das Klinikum Seberg aufgeführt. In diesem Zusammenhang interessiert mich, ob das überall so ist, ob der Bedarf auf Regionen ausgerechnet wird oder auf konkrete Standorte von Kliniken heruntergebrochen wird. Es ist immer schwierig nachzuvollziehen, wenn die Bettenzahlen von zwei Kliniken mit einer Region verglichen werden. Von daher die Frage, wie man das genau zu lesen und zu verstehen hat, wenn es darum geht, dass eine Region bewertet wird.

Das Zweite: In der Kleinen Anfrage, die die Kollegen Günther und Jasper gestellt haben, wird davon gesprochen, dass das Ministerium an einer Runde teilgenommen hat, die am 18. März 2014 stattgefunden hat, in der man versucht hat, dass sich die beiden Kliniken, das UKSH, Campus Lübeck, und die Sana Klinik, einigen. Nun ist der 18. März 2014 ein paar Tage her. Die Frage, die ich habe, ist: Hat es dort Bewegung gegeben? Gibt es dort mittlerweile eine Einigung zwischen den beiden Kliniken, wie man damit umgehen will?

Vorsitzender: Ich habe jetzt noch zwei Wortmeldungen, von Herrn Jasper und Herrn Dudda. Ich schlage, weil das zwei konkrete Nachfragen waren, vor - - Gut, dann nehmen wir Herrn Jasper vor.

Abg. Jasper: Das geht in eine ähnliche Richtung, die Herr Garg gestellt hat. Ich habe eine ganz kurze Frage: Sind uns die vorgelegten Akten nach den Grundsätzen der Aktenwahrheit und der Aktenklarheit vorgelegt worden?

Vorsitzender: Dann nehmen wir die Frage noch mit auf, und wir haben die beiden Fragen von Herrn Baasch, Betrachtung nach Regionen und Gesprächsrunde vom 18. März 2014, und von Herrn Jasper die Frage nach Aktenwahrheit und Aktenklarheit. - Frau Staatssekretärin.

Staatssekretärin Langner: Ich bitte Frau Seemann, die erste Frage zu beantworten, die zweite Frau Dr. Buck, und die dritte werde ich gern beantworten.

Seemann (Leiterin des Referats Krankenhauswesen, Pflegesätze, Medizinische Rehabilitation im MSGWG): Meine Damen und Herren! Wenn wir Anträge kriegen, neue Fachbereiche auszuweisen, Fallzahlen zu erhöhen oder Bettenzahlen zu erhöhen, gucken wir uns immer den jeweiligen Fall an. Hier geht es um einen Bereich, der durchaus überregional versorgt wird. Lübeck als kreisfreie Stadt mit dem Schwerpunkt-Klinikum Sana Lübeck und dem Maximalversorger Universitätsklinikum hat natürlich ein Patienteneinzugspotenzial, das über die Kreisgrenze von Lübeck hinausgeht. Von daher haben wir die beiden Kliniken, die in diesem Einzugsbereich liegen, nämlich die Segeberger Kliniken und die Schön Klinik Neustadt, in unsere Betrachtung einbezogen, weil wir anhand der Herkunftsgebiete Statistiken gesehen haben, dass beide Kliniken Patienten aus diesem Bereich rekrutieren beziehungsweise Patienten diese beiden Kliniken in Fragen der Neurologie wählen.

Ich weise darauf hin, dass Frau Buck eben ausgeführt hat, dass wir eine sehr starke Fallzahlsteigerung im Bereich der Neurologie haben. Das hat bereits dazu geführt, dass wir im Jahr 2010 in diesen Regionen eine neue, weitere Neurologie haben ausweisen müssen, nämlich die

in der Schön Klinik Neustadt. Sie ist 2009 beantragt worden und wurde 2010 in den Krankenhausplan aufgenommen. Auch damals wird das vermutlich kurzfristige Auswirkungen auf das UKSH gegeben haben. Sie sind allerdings statistisch durch so viele andere Faktoren überlagert, dass man sie nicht herausrechnen kann. Es wurde schon einmal auf so eine Fallzahlsteigerung reagiert. In diesem Fall war es eben so, dass wir durch die weiterhin ansteigenden Fallzahlen - man muss fast sagen: ungebremsten Fallzahlenanstieg - in der Neurologie unter Einbeziehung der Versorgungsregionen der beiden Kliniken Sana und UKSH zu dem Ergebnis gekommen sind, dass weitere Betten notwendig sind.

Dr. Buck: Herr Baasch sprach den Termin am 18. März 2014 und die Einigung vor Ort an. Dort ging es um die Frage, wer bei Schlaganfällen wann angefahren wird. Der gängige Vorschlag, wie das im Bereich der anderen Fächer praktiziert wird, nämlich gerade und ungerade Tage auf die beiden Standorte zu verteilen, ist vom UKSH abgelehnt worden. Das UKSH hat darauf gedrungen, dass mit den Schlaganfällen ausschließlich das UKSH angefahren wird und dann in einer dort vorgenommenen Triage entschieden wird, ob die Patienten dort verbleiben oder möglicherweise nach Sana weiterverlegt werden können.

In der Diskussion am 18. März vor Ort habe ich die Position der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und die Frage der regionalen Strukturen vorgetragen. Berlin ist ein wunderbarer Vergleich. Dort haben wir auch 14 Stroke Units. Es gibt regionale und überregionale, und es gilt der Grundsatz: Die nächstgelegene wird angefahren. Das Entscheidende ist, dass die Patienten in die Spezialversorgung kommen. Sollten in der nächstgelegenen - wenn es sich um eine regionale Stroke Unit handelt - durch die entsprechende Diagnostik Fälle festgestellt werden, die eine neurochirurgische Intervention erforderlich machen, dann werden die Patienten in diesen wenigen Fällen weiterverlegt. Das ist die gleiche Prämisse, unter der die Diskussion auch in Lübeck vertieft geführt worden ist. Das UKSH wollte sich auf diese Regelung, die auch aus Sicht des Rettungsdienstes praktikabel gewesen wäre - oberster Dienstherr ist der Senator der Hansestadt Lübeck -, nicht anschließen. Daraufhin hat die Leitung des Rettungsdienstes entschieden, aufgrund dieser divergenten Konstellation einen abschließenden Bescheid zu erteilen. Das heißt, dass die nächstgelegene Stroke Unit angefahren wird. Für wenige Ausnahmefälle sind Standardprozeduren hinterlegt worden. Das heißt, wenn vom klinischen Krankheitsbild her zu sehen ist, dass ein Patient massiven Kopfschmerz hat - das deutet immer auf ein bestimmtes Geschehen hin - oder bewusstlos ist, werden diese Ausnahmefälle direkt ins UKSH gefahren, ansonsten in das nächstgelegene Krankenhaus. Das wird seitdem praktiziert. Uns sind in diesem Zusammenhang keine nachteiligen Entwicklungen bekannt.

Vorsitzender: Ich darf kurz nachfragen: Hier sind zwei unterschiedliche Begriffe verwandt worden. Sie haben jetzt nur von dem nächstgelegenen Krankenhaus gesprochen. Vorhin wurde gesagt, dass bei der Entscheidung das nächstgelegene geeignete Krankenhaus angefahren würde. Das würde bedeuten, dass in solchen Fällen nicht das nächstgelegene, wenn ein anderes geeignetes vorhanden sei, angefahren wird. Ich habe Sie eben so verstanden, dass erst Krankenhaus A angefahren und dort entschieden wird, welches Krankenhaus geeignet ist. Die erste Formulierung lässt eigentlich die Vermutung zu, dass das vom Notarzt entschieden wird.

Dr. Buck: Ich habe mich vielleicht unpräzise ausgedrückt: ein nächstgeeignetes Krankenhaus ist immer ein Krankenhaus, das eine Stroke Unit hat, egal ob es eine regionale oder eine überregionale Stroke Unit ist. Das heißt, das geeignete Krankenhaus zeichnet sich dadurch aus, dass es eine entsprechende Stroke Unit mit den entsprechenden personellen, strukturellen und organisatorischen Vorhaltungen hat. Für beide Standorte trifft das zu.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Dann Frau Staatssekretärin Langner zu der dritten Frage.

Staatssekretärin Langner: Die dritte Frage beantworte ich mit Ja.

Vorsitzender: Herr Jasper, die Frage ist beantwortet. - Als weitere Wortmeldung habe ich zunächst Herrn Dudda und dann Herrn Dr. Garg. Herr Dudda.

Abg. Dudda: Ganz kurz und schlicht: Wer hat denn im Ministerium die Akten geführt? Wer war im Ministerium für die Akten, die wir im Ausschuss gesehen haben, zuständig?

(Zuruf: Die andere Frage war noch nicht beantwortet!)

Vorsitzender: Die andere Frage war beantwortet. Kürzer geht es nicht. - Frau Langner.

Staatssekretärin Langner: Für die Aktenführung zuständig ist das jeweils zuständige Fachreferat. Das ist bei uns im Haus das Referat 42, das Frau Seemann verantwortet, die für Krankenhausplanung zuständig ist.

Vorsitzender: Dann hat jetzt der Herr Dr. Garg das Wort.

Abg. Dr. Garg: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Da wir uns alle gegenseitig für die Fragen danken, die wir stellen, und für die Tagesordnungspunkte, danke ich dem Kollegen Baasch, dass er den 18. März 2014 ins Spiel gebracht hat. Meine Frage dazu ist, warum das Protokoll

der Besprechung bei der Feuerwehr in Lübeck vom 18. März 2014 nicht Bestandteil der Akten geworden ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Antworten der Staatssekretärin auf die Fragen von mir und dem Kollegen Jasper.

Staatssekretärin Langner: Eine Akte enthält alle Vorgänge, die für die dort zu treffenden Entscheidungen entscheidungsrelevant waren. Bei der Akte, die wir vorgelegt haben, ging es um die Frage des Letztentscheids für die Ausweisung von 22 neurologischen Betten in der Sana Klinik. Für diese Entscheidung ist das Protokoll dieses Treffens am 18. März nicht entscheidungsrelevant.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Gibt es weitere Wortmeldungen, Fragen zu diesem Komplex? - Sehe ich im Moment nicht. - Doch, Herr Dr. Garg.

Abg. Dr. Garg: Ich gehe davon aus, dass trotzdem eine Akte zu diesem Bereich geführt wird.

Staatssekretärin Langner: Zu welchem Bereich, würde ich gern nachfragen wollen, damit ich korrekt antworten kann.

Abg. Dr. Garg: Da Sie uns am Anfang Ihres Eingangsstatements zu Recht haben wissen lassen, dass solche Entscheidungen ausschließlich unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten getroffen werden, ist meiner Auffassung nach - sie ist im Zweifel nicht maßgebend -, wenn Sie die Versorgungssituation in Lübeck und Umgebung betrachten, das Protokoll der Besprechung, von dem der Kollege Baasch gesprochen hat, Teil einer Akte, die sich mit der Versorgungssituation in und um Lübeck befasst. Aber das mag ich falsch sehen.

Vorsitzender: Frau Dr. Buck möchte antworten.

Dr. Buck: Da dreht es sich um die organisatorische Abwicklung, was die rettungsdienstlichen Belange anbelangt. Wir sind in diesem Verfahren hinzugezogen worden, um die Position der Deutschen Schlaganfallgesellschaft deutlich zu machen. Das hat nichts mit der Entscheidung Neurologie, das hat auch nichts mit der Versorgungssituation vor Ort zu tun. Das war eine Frage der rettungsdienstlichen Organisation, wann welches Haus angefahren wird.

Vorsitzender: Herr Dr. Garg, ist die Frage damit beantwortet?

Abg. Dr. Garg: Ja. Ich nehme das so zur Kenntnis.

Ich habe noch eine Frage an die Frau Staatssekretärin. Sie haben auf die Frage des Kollegen Dudda, wer für die Aktenführung im Haus zuständig ist, ausgeführt. Ich frage: Wie verhält es sich grundsätzlich mit der Einordnung des Mailverkehrs in die Akten im Ministerium? Ich frage das vor dem Hintergrund eines anderen Aktenvorlagebegehrens; das betrifft nicht Ihr Haus. Dort gab es sehr wohl eine Diskussion um die Frage der Behandlung des Mailverkehrs. Wie halten Sie es mit der Einordnung des Mailverkehrs bei einem bestimmten Vorgang - unabhängig davon, ob wir uns einig sind, was zum betreffenden Vorgang gehört?

Staatssekretärin Langner: Das kann ich gerne beantworten. Bestandteil der Akte wird der Mailverkehr in dem Moment, in dem er relevante Inhalte, die für die Entscheidungsfindung notwendig sind, enthält. Das entscheidet der zuständige Sachbearbeiter, ob ein Mailverkehr aus seiner Sicht einen Entscheidungshinweis oder einen entscheidungsrelevanten Tatbestand enthält. Dann wird er Bestandteil der Akte.

Abg. Dudda: Im Laufe des Verfahrens waren mehrere Personen eingebunden. Soweit ich mitbekommen habe, waren Frau Seemann eingebunden, Herr Goergens und Herr Maaß. Hat es bis zum Herbst eigentlich einmal eine Runde unter Ihnen gegeben, die auch protokolliert ist, in der Sie beraten haben, wie mit der Angelegenheit umgegangen wird?

Staatssekretärin Langner: Ich bin mir nicht sicher, ob ich richtig verstanden habe, was Sie gefragt haben. Könnten Sie das vielleicht präzisieren, welche Runde und in welcher Form Sie sich eine Protokollierung vorstellen?

Abg. Dudda: Ja, gerne. - In dem Prozess und in den Akten tauchen viele Personen auf. Ich habe später einige festgestellt, die auch daran beteiligt waren. Es muss doch irgendwie bei Ihnen im Ministerium ein Prozess stattgefunden haben, in dem Sie abgestimmt haben oder in dem Beschlussfassungen von den Beteiligten getroffen worden sind, Rettungsdienst, Frau Seemann, wer auch immer, dass es einmal eine derartige Runde auch mit Ihnen gegeben hat insbesondere in dem Zeitraum ab August bis zur Entscheidungsfindung im November oder Dezember.

Vorsitzender: Frau Seemann antwortet.

Seemann: Wir haben für solche Anträge ein abgestimmtes Verfahren. Solche Anträge kriegen wir ganz viele. Da gibt es ein abgestimmtes Verfahren. Sie werden eingereicht, in der Beteiligtenrunde beraten. Aus der Beteiligtenrunde heraus gibt es ein Protokoll. Das Protokoll

kriegen die Abteilungsleiterin und die Staatssekretärin zur Kenntnis. Wesentliche Schriftstücke werden in der Regel auch zur Kenntnis gegeben.

In der Akte - ich finde es jetzt nicht so schnell - findet sich auch ein kurzes Protokoll über eine Besprechung bei der Abteilungsleiterin zu diesem Thema, und es findet sich auch ein abgezeichneter Protokollauszug - die Protokolle aus den Beteiligtenrunden haben manchmal zehn, 15 Seiten -, der von der Staatssekretärin parafiert wurde. Das heißt, dazu hat es dann auch ein Gespräch gegeben.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Dann ist jetzt Herr Dr. Garg dran.

Abg. Dr. Garg: Frau Staatssekretärin, haben Sie und/oder die Ministerin die Akten, bevor sie den Abgeordneten zur Akteneinsicht übermittelt wurden, gesehen? Haben Sie gesehen, was den Abgeordneten zur Beurteilung des Vorgangs überstellt wurde?

In dem Zusammenhang gleich die Anschlussfrage: Am 26. August 2013 war es der Senator der Hansestadt Lübeck, Herr Möller, der in seinem Schreiben sehr ausführlich auf die Zuweisungsproblematik hinweist. Dem liegt ein ausführlicher Schriftverkehr zu dieser Problematik bei. Ich frage, wo sich dieses Schreiben des Senators Möller mit Anlagen in den Akten befindet.

Staatssekretärin Langner: Auf die erste Frage: Ja, sowohl ich als auch die Ministerin haben die Akte gesehen, bevor sie den Abgeordneten überstellt worden ist.

Das Schreiben, auf das Sie hinweisen, findet sich in der Aktenlage des Referats 45, das für den Rettungsdienst zuständig ist.

Vorsitzender: Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht.

(Widerspruch)

- Ich kann nicht Leute aufrufen, die sich gar nicht gemeldet haben.

(Abg. Jasper: Ich dachte, Sie hätten das eben registriert!)

- Entschuldigung, das habe ich nicht. - Herr Jasper, Sie haben das Wort.

Abg. Jasper: Am 6. September 2013 hat Frau Dr. Buck die Verantwortlichen vom UKSH, von Sana Klinik und der Stadt Lübeck zu einem Gespräch am 23. September wegen der Zuweisungsproblematik Stroke Unit eingeladen. Ich habe aber in den Akten über dieses Gespräch nichts Schriftliches gefunden.

Vorsitzender: Ich nehme an, Sie möchten das nicht als Feststellung im Raum stehen lassen. Die Frage ist wohl, warum, wieso, weshalb?

(Abg. Jasper: Genau!)

- Frau Dr. Buck beantwortet sie.

Dr. Buck: Um es noch einmal zu verdeutlichen: Wir haben es hier mit zwei unterschiedlichen Verfahren zu tun. Das eine ist der Antrag zum Thema Bettenausweisung Neurologie von Sana. Das ist ein regulärer Antrag, der in der Beteiligtenrunde verhandelt wird, aufgenommen wird, auf die Tagesordnung gesetzt worden ist, das erste Mal verhandelt worden ist, das zweite Mal verhandelt worden ist, die Analyse im regionalen Einzugsgebiet stattgefunden hat und letztlich in dem Ihnen bekannten Letztentscheid des Ministeriums gemündet ist.

Das zweite, davon unabhängige Verfahren ist die Diskussion zu dem Thema Stroke Unit. Noch einmal: Die Stroke Units unterliegen keiner Genehmigungspflicht des Landes. Die Verfahren der Zuweisung, was die rettungsdienstliche Organisation anbelangt, unterliegen auch nicht der Weisung des Landes.

Wenn wir in einer solchen Konfliktsituation gebeten werden, uns einzubringen, versuchen wir nach bestem Wissen und Gewissen, die Kontrahenten zu einer Einigung zu bewegen. Dieses hat aber nichts mit der Entscheidung Letztentscheid Neurologie zu tun. Das heißt also, auch die Frage des Rettungsdienstes ist kein Tagesordnungspunkt, der in der Beteiligtenrunde verhandelt wird, wie die neurologischen Planbetten. Das sind zwei völlig unterschiedliche Verfahren.

Die Stroke Units liegen in dem Fall unter anderem in dem Fachgebiet der Neurologie. Aber ich sagte auch, dass es Stroke Units gibt, die in die Inneren Medizin gefahren werden. Das macht es vielleicht noch einmal deutlich: Stroke Units werden nicht beim Land beantragt. Sie werden von uns nicht genehmigt. Sie werden auch nicht finanziert. Das einzige, was diese Stroke Units machen, ist, sich von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifizieren zu lassen. Auch darauf haben wir keinen Einfluss.

Abg. Dudda: Das, was Sie zur Aktenführung sagen, leuchtet ein, Frau Dr. Buck, wenn Sie es denn so stringent gehandhabt hätten. Ich habe mir auch ein paar Notizen gemacht. Am 2. Oktober 2013 findet sich in exakt der Akte, in der es um die Zuweisung der 32 Betten geht, von Ihnen ein Vermerk, in dem es um ein konstruktives Gespräch bei der Berufsfeuerwehr und andere Dinge geht. Das heißt, es vermengt sich auch bei Ihnen in der Aktenlage.

In Ergänzung dazu frage ich, weil das auch die Frage des Kollegen Jasper mit bedient: In diesem Treffen am 23. September wurde eine Schweigevereinbarung mit Senator Möller getroffen. Können Sie uns erläutern, was dort verschwiegen werden sollte und worum es dabei geht?

Vorsitzender: Herr Dudda, Sie sprachen eben von 32 Betten. Ich sage das nur, weil wir ein Wortprotokoll haben.

Abg. Dudda: 32 Betten sollten umgewandelt werden.

(Abg. Dr. Garg: Das war der ursprüngliche Antrag: 32 Betten!)

Vorsitzender: Alles klar. Damit sind also die gemeint. - Wer von Ihnen antwortet? - Frau Dr. Buck.

Dr. Buck: „Schweigevereinbarung“ ist vielleicht etwas überzogen in diesem Bereich. Es ist in der Tat so, dass man sich in einem konfliktären Feld immer einen geschützten Raum sucht, um miteinander ins Gespräch zu kommen und zu versuchen, die Kontrahenten zu einer Einigung zu bewegen. Das Ungünstigste ist, wenn Sie das Übermorgen in der Presse wiederfinden. Das hatte einen historischen Hintergrund, weil in der Zeit davor alles in der Presse breitgetreten wurde und nicht zu einem konstruktiven Miteinander geführt hat. Deshalb ist das ein übliches Verfahren, sich in einer solchen Konstellation tief in die Augen zu gucken und zu sagen: Das bleibt jetzt im geschlossenen Raum. Wir haben damit vielleicht die Möglichkeit, die Dinge herunterzufahren und zu deeskalieren. Das ist der ganz profane Hintergrund.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Herr Dr. Garg.

Abg. Dr. Garg: Zunächst eine Frage an die Frau Staatssekretärin, die sowohl den Punkt Aktenführung als auch den Punkt versorgungspolitische Entscheidung betrifft. Der Ärztliche Leiter des Rettungsdienstes der Stadt Lübeck hat in einem Schreiben vom 23. Oktober 2013 unter anderem darauf hingewiesen, dass die Sana Klinik regelhaft bei der Versorgung inter-

nistischer Notfallpatienten an ihre Grenzen stößt und sich aus der Rettungsleitstelle abmeldet. Die Fragen sind: Erstens. Warum findet sich dieses Schreiben in den Akten, die den Abgeordneten zur Einsicht vorlagen, nicht wieder? Zweitens die versorgungspolitische Frage - man kann sagen: Wir teilen das nicht -: Das Ministerium müsste doch, mit einem solchen Schreiben konfrontiert, im Hinblick auf die Versorgung mit internistischen Kapazitäten zumindest nachdenklich werden.

Seemann: Noch einmal: Ich habe diese Akte ja zusammengestellt -: Wenn wir prüfen müssen, ob die Versorgungsnotwendigkeit in Form von Betten an einem Krankenhaus notwendig ist, schauen wir nicht auf den Rettungsdienst, weil aus unserer Sicht der Rettungsdienst Aufgabe der Kreise ist. Das ist nachfolgend. Wenn diese Betten an dem Krankenhaus da sind, muss der Rettungsdienst darauf reagieren. Wenn wir in Bad Oldesloe eine neue Geriatrie einrichten, gucken wir nicht, ob der Rettungsdienst diese Patienten dort hinfahren kann oder ob es womöglich Konflikte mit anderen Rettungsdiensten gibt. Deswegen ist dies auch nicht in der Akte.

Wir haben Folgendes gemacht: Wir haben zum Beispiel Bescheide, die an das UKSH gegangen sind, die natürlich auch nicht in der Sana-Akte waren, sondern in der UKSH-Akte sind, herausgenommen, weil sie für die Entscheidungsfindung relevant sind und sie am Schluss der Akte beigefügt. Die finden Sie da.

Die Abmeldung von internistischen Betten ist geschrieben worden. Uns aber lagen keine Meldungen vor, dass sich Sana - - Ich sage einmal: Viele Krankenhäuser müssen sich ab und an einmal für eine gewisse Zeit vom Rettungsdienst abmelden. Das lässt sich manchmal nicht verhindern. Das hängt in der Regel mit den Intensivbettenkapazitäten zusammen oder dass plötzlich Personal fehlt oder mit anderen Gründen. Das passiert hin und wieder. Aus den uns vorliegenden Daten, was die Auslastung von Sana Lübeck angeht, haben wir keine Hinweise darauf, dass es eine gehäufte Abmeldung gibt. Das sind auch keine Einzeldaten. Normalerweise tritt dann der Kreis an uns heran beziehungsweise würde an das zuständige Referat herantreten. Das ist mein Nachbarreferat, das Referat 45. Dort würde er deutlich machen, dass es eine gehäufte Abmeldung gibt. Das hat der Kreis nicht gemacht. Uns ist auch nicht bekannt, dass das gehäuft vorgekommen ist. Dass sich ein Krankenhaus in Einzelfällen von der Notfallversorgung abmeldet, ist Tagesgeschäft. Wenn Sie für diesen Zeitpunkt, diese Minute eine Akutabfrage machen würden, hätten Sie einige auch große Krankenhäuser im Lande, die im Moment sagen würden, sie könnten keine Intensivpatienten aufnehmen. Dann melden die sich vom Rettungsdienst ab.

Vorsitzender: Ich habe als Wortmeldungen jetzt zunächst Herrn Baasch, dann Herrn Dr. Tietze, Herrn Jasper und Herrn Dr. Garg. - Habe ich jemanden vergessen? - Dann fangen wir mit der Wortmeldung von Herrn Dr. Baasch an.

Abg. Baasch: Vielen Dank für den Doktor.

(Heiterkeit)

Vorsitzender: Noch nicht, aber wir arbeiten daran. Das war mein Geburtstagsgeschenk.

Abg. Baasch: Bevor Plagiatsvorwürfe kommen - nein, kein Doktor. - Herr Vorsitzender, meine Feststellung im Moment ist: Wir reden über zwei unterschiedliche Bereiche, einmal über das, was auf der Tagesordnung steht, Letztentscheid des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung zur Einrichtung von 22 neurologischen Betten inklusive sechs Stroke-Unit-Betten an der Sana Klinik Lübeck GmbH. Das ist so beantragt. Darauf bezog sich auch das Akteneinsichtsbegehren. Die Akten haben wir während der Sommerferien bis Ende der Sommerferien gehabt. Der Zweite ist, wenn ich das richtig verstehe, eigentlich eher eine Folge aus den dann genehmigten Stroke-Unit-Betten an der Sana Klinik, dass nämlich die beiden Kliniken in Lübeck, obwohl der Bedarf eine ganze Region gerechnet wird, der Campus Lübeck und die Sana Kliniken in einer wie auch immer gearteten Konfrontation stehen, in der auch noch der Rettungsdienst der Hansestadt Lübeck eine Rolle spielt, darüber, wo die Patienten, die Schlaganfallerkrankt sind, zur Behandlung hintransportiert werden. Das ist in Lübeck selber nicht richtig gelöst. Diesen Konflikt kann ich ausmachen. Ich kann die beiden Themen ausmachen, weiß aber nicht, wie man sie eigentlich - Genehmigung von Betten und dieses - einfach so in eine Diskussion packt. Die Genehmigung der Betten ist zumindest für mich durch die Unterlagen und die Antworten auf die Kleinen Anfragen hinreichend nachvollziehbar. Ich kann nicht erkennen, dass es an irgendeiner Stelle mit normalem Verstand nicht nachvollziehbar sein sollte.

Zum Bereich des Rettungsdienstes würde ich als Lübecker sagen: Die Lübecker sind in vielen Bereichen sich selbst gut und sich selbst wichtig. Das müssten sie doch eigentlich vor Ort regeln. Man müsste vor Ort klären, wo der Krankenwagen hinfährt. In Lübeck wird auch geregelt, welcher Krankenwagen fährt, wie die Einsätze organisiert sind. Dass eine Kooperation zwischen den beiden Kliniken und dem Rettungsdienst die beste Voraussetzung ist, um den Patienten am effektivsten helfen zu können, steht außer Frage. Das ist eine Aufgabe, die wir an die Hansestadt Lübeck delegieren sollten, das entsprechend zu regeln.

Abg. Dr. Tietze: Ich habe noch eine simple Frage, um das Verfahren zu verstehen. Hat sich denn an der Form der Aktenführung vom Vorgängerminister Garg zu Ministerin Alheit irgendetwas geändert, oder wäre der Vorgang genauso wie jetzt, Business as usual, abgearbeitet worden?

Vorsitzender: Frau Langner.

(Zuruf Staatssekretärin Langner)

- Schalten Sie bitte das Mikrofon ein.

Seemann: Es hat sich daran nichts geändert. Das Aktensystem ist gleichgeblieben. Die Referatsleiterin ist auch die gleiche. Ich habe auch keine Anweisung gegeben, dass das irgendwie anders zu handhaben ist. Die Aktenzeichen sind die gleichen geblieben. Das System ist das gleiche geblieben. Wir erwarten erst mit der Einführung der E-Akte eine grundlegende Änderung des Systems.

Vorsitzender: Wer Wert darauf legt, dass seine Bemerkungen im Wortprotokoll erscheinen, muss das Mikrofon einschalten. Das ist scheinbar nicht immer der Fall. - Jetzt hat Herr Jasper das Wort, der das Mikrofon einschaltet.

Abg. Jasper: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Wir haben alle verstanden, was der Kollege Baasch gesagt hat und was aus Richtung der Staatssekretärin gesagt wurde, dass wir über zwei verschiedene Dinge reden, Neurologie und Rettungsdienst. Das ist mir auch klar.

(Abg. Baasch: Gut!)

- Lieber Kollege Baasch, es geht jetzt aber grundsätzlich um die Genehmigung. Stellen Sie sich vor, die Sana Klinik hätte keine Genehmigung. Dann käme dieser Wechsel, gerade/ungerade Tage, gar nicht zum Tragen. Deswegen spielt das bei der Frage der Genehmigung schon eine Rolle.

Sie haben eben - deshalb habe ich mich noch einmal zu Wort gemeldet - die Kooperationsvereinbarung angesprochen. Wir alle gehen davon aus, dass es der Normalfall wäre, dass man einen Kooperationsvertrag abschließt. Ich glaube, er ist von der DSGVO sogar gefordert, wenn diese Einheit zertifiziert werden soll.

Aus den Akten ist aber der Eindruck erweckt worden - das war im November 2013 -, zumindest ist für mich der Eindruck entstanden: Friede, Freude, Eierkuchen, alles ist in Butter, es gibt quasi eine Kooperationsvereinbarung.

Ich habe inzwischen durch Recherchen erfahren - das kommt auch bei der Akteneinsicht zum Ausdruck -, dass es diese Kooperationsvereinbarung, wenn überhaupt, nur im Entwurfsstadium gegeben hat. Es ist nie abgeschlossen worden. Im Gegenteil, beim Studium der Akteneinsicht ist die Situation geschildert worden, dass die Gespräche aus Richtung des UKSH explizit abgebrochen worden sind, irgendwo sogar als gescheitert bezeichnet wurden. Ich hätte dazu gern etwas Aufklärung: Hat es definitiv eine Kooperationsvereinbarung gegeben, die unterschriftsreif war, die auch dem Ministerium vorgelegen hat, oder hat es nur Entwürfe gegeben, über die vielleicht Sana und UKSH gesprochen haben?

Dr. Buck: Vielleicht noch einmal, um es deutlich zu sagen: Die Kooperationsvereinbarung bezieht sich nur auf das Thema Stroke Unit, unterliegt nicht der Genehmigungspflicht des Landes, sondern wird von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft im Rahmen der Zertifizierung erwartet. Wir haben - wie gesagt - in Schleswig-Holstein Stroke Units, die nicht zertifiziert sind. Trotzdem machen die eine gute Arbeit. Das heißt, es gibt bis dato keine Pflicht, dass sie zertifiziert sein müssen. Wenn sie sich zertifizieren lassen wollen, müssen sie eine Kooperationsvereinbarung vorlegen, insbesondere für den Bereich neurochirurgische Interventionen. Es steht aber nicht drin - das wird die Schlaganfallgesellschaft auch nicht tun -, mit welchem Partner. Das kann sie gar nicht tun. Die Frage ist grundsätzlich, Kooperationsvereinbarungen zu schließen. Dazu kann ich sagen, dass diverse Angänge auch schriftlicher Art seitens Sana an das UKSH Lübeck ergangen sind und das UKSH bis dato diesem Kooperationsansinnen nicht beigetreten ist, weil sie gesagt haben: Wir lehnen eine Primärversorgung durch Sana ab, weil es zur defizitären Versorgung der Patienten führt; alle diese Patienten müssen primär zu uns. Dieses ist nicht konkordant mit der Position, die die Deutsche Schlaganfallgesellschaft vertritt. Aus diesem Grund habe ich den Vorsitzenden der Deutschen Schlaganfallgesellschaft beziehungsweise den, der die Kommission Stroke Unit leitet, angeschrieben und ein Zehnpunkteprogramm abgefragt. Auf diese Antwort warte ich noch, weil ich glaube, dass das sehr zur Versachlichung der hochemotionalen Diskussion der Parteien vor Ort beitragen wird. Die Antwort steht noch aus.

Staatssekretärin Langner: Ich will das insofern noch ergänzen: Es ist natürlich in unserem allerhöchsten Interesse, dass wir in Lübeck wieder zu einer Situation kommen, in der die Partner, die dort an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung teilnehmen, kooperativ miteinander zusammenarbeiten. Es ist im Moment leider nicht der Fall. Das ist schon seit länge-

rer Zeit nicht der Fall. Das hat mit der Frage der Entscheidung der neurologischen Betten bei Sana relativ wenig zu tun. Ich kann eigentlich sagen, seit meinem Amtsantritt habe ich das Thema sozusagen als ein virulentes erkannt, dass in Lübeck die Kooperationsbereitschaft zwischen dem UKSH und den Sana Kliniken nicht in dem gewünschten Maße vorhanden ist. Wir haben bei mehrfachen Gelegenheiten immer wieder deutlich gemacht, dass wir das für unbedingt notwendig halten, dass an dieser Stelle in der Versorgung kooperiert wird. Wir können dabei aber auch nur moderieren. Es hängt entscheidend von den Partnern ab, entscheidend vom UKSH und entscheidend von der Sana Klinik, ob diese Kooperationsvereinbarung zustande kommt. Wenn es dort keine gegenseitige Gesprächsbereitschaft gibt, ist es auch für uns sehr schwer, das zu einem guten und zielgerichteten Ergebnis zu bringen.

Abg. Jasper: Nur, damit ich es verstehe: Die Stroke Unit wird durch die Deutsche Schlaganfallgesellschaft zertifiziert. Sie haben eben gesagt, Frau Staatssekretärin Langner, dass die Situation sehr verfahren ist. Das haben Sie, Frau Dr. Buck, auch gesagt. Was passiert jetzt eigentlich, wenn es zwischen Sana und UKSH zu keiner Einigung kommt? Sie haben gesagt, Sie könnten das nicht vorschreiben. Ich will dem Kollegen Baasch nicht zu nahe treten, aber: Lübeck liegt nahe an Hamburg. Ist dann auch eine Möglichkeit, dass Sana einen Kooperationsvertrag mit dem UKE oder einer anderen Klinik schließt?

Dr. Buck: Auf die letzte Frage: eindeutig Ja. - Noch einmal zum Verständnis: Es gibt eine Unterscheidung zwischen einem Kooperationsvertrag und der Macht des Faktischen, das heißt, was auf medizinisch-ärztlicher Ebene passiert. Ich kann Ihnen sagen - das weiß ich, weil ich mich darum gekümmert habe -, dass der medizinische Transfer völlig problemlos funktioniert. Das heißt, Patienten, die der Intervention einer Neurochirurgie bedürfen, werden von Sana weitergeleitet, von Sana vorangekündigt, von den Ärzten entsprechend aufgenommen und versorgt. Dies passiert. Das heißt, Patienten haben kein Defizit. Die Frage der Kooperationsverträge spielt sich nicht auf der medizinischen Ebene ab.

Vorsitzender: Jetzt hat zunächst Herr Dr. Garg das Wort, dann Herr Dudda und dann Herr Baasch.

Abg. Dr. Garg: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Gestatten Sie mir eine Bemerkung in Richtung des Kollegen Tietze, den ich als großen Anhänger meiner Amtszeit kennengelernt habe. Herr Kollege Tietze, es ist völlig unerheblich, ob E-Akte oder händisch, wie das bisher der Fall ist. Darauf kommt es bei der politischen Verantwortung nicht an. Es kommt darauf an, was die politische Hausspitze am Ende den Abgeordneten, also im Zweifel auch Ihnen, zur Verfügung stellt. Ich will das jetzt nicht bewerten, weil wir zu meiner Zeit nicht mit einem

Akteneinsichtsbegehren konfrontiert wurden. Deswegen steht es mir nicht zu, das zu bewerten. Ich will nur sagen: Darauf kommt es an. Vor diesem Hintergrund bitte ich, die Einordnung zu verstehen. Frau Staatssekretärin, da hilft es nämlich nicht, auf die Referatsleiterin oder die Abteilungsleiterin zu verweisen. Meine Frage vorhin bezog sich auf das Schreiben des Ärztlichen Leiters des Rettungsdienstes vom 23. Oktober. Ich will noch einmal zitieren. Er weist darauf hin, dass die Sana Klinik regelhaft bei der Versorgung internistischer Notfallpatienten an ihre Grenzen stößt und sich aus der Rettungsleitstelle abmeldet. Die Erklärung, warum sich dieses Schreiben nicht in den Unterlagen befand, greift aus meiner Sicht deswegen nicht, weil wir hier beim Kern der Problematik sind. Der Antrag der Sana Kliniken lautete ja nicht: „Wir sollen eine neue Neurologische Abteilung eröffnen, und sonst ändert sich nichts“, sondern es war ein Antrag, ursprünglich 32 internistische Betten in 32 neurologische Betten umzuwidmen. Vielleicht können Sie gleich noch erklären, wann im Ministerium intern die Entscheidung getroffen wurde, dass es 22 neurologische Betten werden.

Wir haben es auf der einen Seite mit einem Abbau an internistischen Kapazitäten zu tun. Man muss sich den Vorwurf des Leiters des Ärztlichen Notdienstes nicht zu eigen machen, aber er steht im Raum. Er sagt: Eigentlich haben wir zu wenig. Dann gibt es einen Antrag, der sagt: Wir widmen 32 internistische Betten in 32 Betten der Neurologie um. Vor dem Hintergrund greift - Entschuldigung, wenn ich das so sehe - die Antwort: „Das hat mit dem Letztentscheid des Ministeriums nichts zu tun“, nicht. Das ist genau der Punkt des Letztentscheids des Ministeriums, denn Sie haben entgegen dem Votum der Beteiligtenrunde diesen Antrag, wenn auch quantitativ in anderer Form, beschieden.

Vorsitzender: Die Frage richtet sich an die Staatssekretärin. Sie entscheidet dann, wer antwortet. Ich denke, das war auch in früheren Zeiten so.

(Abg. Heinemann: Das hat der Minister Dr. Garg auch so gemacht!)

Frau Staatssekretärin, sie geben die Antwort weiter an Frau Seemann. - Sie haben das Wort.

Seemann: Ich gehe davon aus, dass Herr Lewejohann tatsächlich auf Fälle gestoßen ist, die auch existieren. Daraufhin gucken wir uns die Krankenhausstatistik an. Die Krankenhausstatistik hat eine Vorgabe, dass die Auslastung einer Abteilung nicht mehr als 86 % sein sollte, um Spitzen auszugleichen, da die Patienten nicht regelmäßig kommen. Dabei haben wir Folgendes festgestellt. Wir haben das für die Neurologie und auch für die Innere geprüft, weil hier verschoben werden sollte, wie Sie zu Recht sagten. Die Auslastung am UKSH beträgt

94 %. Sie ist auch in Kiel sehr hoch. Sie ist über Jahre am UKSH sehr hoch. Bei 94 % muss ich davon ausgehen, dass die Auslastung zu hoch ist.

Bei Sana Lübeck ist die Auslastung deutlich niedriger. Ich habe die Zahl jetzt leider nicht dabei, bin aber gern bereit, sie schriftlich nachzureichen. Sie liegt für die Innere Medizin deutlich unter 86 % - über Jahre. Daher mussten wir davon ausgehen - auch nach Rücksprache mit der Sana Klinik -, dass die Umwidmung nicht zu einer Verknappung internistischer Betten führt. An der Sana Lübeck liegt der Auslastungsgrad auch jetzt vermutlich - wir werden das erst Anfang nächsten Jahres sehen können - weiterhin unter 86 %, während er am UKSH weiterhin außerordentlich hoch ist. Eine sehr hohe Auslastung bedeutet latent die Gefahr von Flurbetten und dass man keine Notfälle aufnehmen kann. Das ist in diesem Fall nicht der direkte Zusammenhang, weil die Intensivstationen noch eine Rolle spielen. Da müsste man sich die Auslastung der Intensivstationen gesondert angucken.

Wir haben aus der Krankenhausstatistik nicht ein einmaliges Ereignis, sondern über mehrere Jahre - wir haben uns das seit 2008 angeguckt - hat das UKSH eine außerordentlich hohe Auslastung der internistischen Betten und Sana Lübeck eine unter unserem Grenzwert liegende Auslastung der internistischen Betten, sodass wir davon ausgegangen sind: Wenn irgendwo internistische Betten fehlen, dann fehlen sie am UKSH, nicht bei Sana. Deswegen sind wir auch zu der Entscheidung gekommen, dass wir die Betten umwidmen können.

Die 22 Betten ergeben sich - entgegen des Sana-Antrags - aus dem, was Frau Buck ganz am Anfang vorgetragen hat, dass wir aufgrund der Zahl der Fälle in der Region und der Auslastungsgrade entschieden haben. Man kann mit einer Formel berechnen, wie viele Betten herauskommen. Da kamen 22 Betten als Bedarf heraus. Das ist das übliche Verfahren. Dass Krankenhausträger gern ein paar mehr Betten beantragen, liegt - das muss man den Krankenhausträgern zugestehen - in der Natur der Sache. Dafür sind wir als Ministerium da, die Bedarfe zu prüfen und gegebenenfalls zu einer anderen Zahl zu kommen.

Staatssekretärin Langner: Ich würde das gern ergänzen. Die Frage zielt letztlich auf die politische Verantwortung dafür, welche entscheidungsrelevanten Tatbestände in einer Akte auftauchen und für die letztliche Entscheidung, die von mir abgezeichnet worden ist, entscheidungsrelevant war. Die Frage will ich natürlich gern beantworten.

Das, was Frau Seemann eben berichtet hat, macht das plausibel. Man muss sich anschauen: Wer ist der Absender des Schreibens? Das ist der Leitende Rettungsarzt, der beim UKSH angestellt ist.

(Zurufe: Aha!)

- Ich sage das nur einmal so. - Ich habe das schon gesagt: Man muss sich das immer auf die Situation bezogen anschauen. Auf die Frage des Abgeordneten Dudda habe ich in dem vorigen Fall auch geantwortet, dass wir überprüft haben, inwieweit es Verflechtungen gibt, die für Entscheidungen relevant sind.

Das Schreiben ist auf Fachebene bewertet worden. Ich persönlich habe das Schreiben gar nicht zur Kenntnis gekriegt, weil es sozusagen nicht Bestandteil der Entscheidungsvorlage war. Das Fachreferat kann dieses Schreiben natürlich in der Entscheidungsrelevanz bewerten. Frau Seemann hat - wie ich finde, sehr nachvollziehbar - deutlich gemacht, welche Entscheidungskriterien sie zugrunde gelegt hat.

Natürlich ist die Aussage eines Leitenden Rettungsarztes relevant und zu überprüfen. Aber sie deckt sich nicht mit den uns tatsächlich und vom Fachreferat überprüften tatsächlich vorliegenden Gegebenheiten.

In dem Moment, in dem entschieden wird, dass sich das, was vorgetragen wird, nicht mit der tatsächlichen Situation deckt - aus welchen Gründen auch immer; das will ich offenlassen, und ich will nicht spekulieren -, dann ist das aus meiner Sicht nachvollziehbar. Da stelle ich mich voll und ganz hinter die Entscheidung des Fachreferats. Dann ist das für die für uns zu treffende Entscheidung nicht entscheidungsrelevant und somit auch nicht Bestandteil der Akte.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Jetzt habe ich eine Wortmeldung von Herrn Dudda, danach Herr Baasch.

Abg. Dudda: Ich finde es spannend, dass dann Statistiken bemüht werden. Die werden dann auch in den Akten so ziemlich zum Ende angeführt. Da wird eine SA-2-Statistik angeführt, die keiner von uns kennt. Die Berechnungsformel, die Sie eben genannt haben, Frau Seemann, findet sich auch so ungefähr wieder, aber nicht tatsächlich nachgerechnet und nicht nachvollziehbar. Genau an dieser Stelle ist der Bruch in der Akte, wo keiner von uns - darüber haben wir uns unterhalten - nachvollziehen konnte, wie es zu dem Meinungswandel gekommen ist. Der Entscheidungsprozess war über acht Monate lang, angefangen vom Medizinischen Gutachten des MDK bis hin bei Ihnen hausintern, anders überlegt worden. Plötzlich taucht diese Statistik auf. Diese Statistik wird von Ihnen eben bemüht. Wir sehen sie nicht in

der Akte. Wir sehen auch den Berechnungsvorgang nicht. Wo ist der Berechnungsvorgang denn abgelegt worden?

Dr. Buck: Uns stehen aus den Krankenhäusern die Krankenhausroutinedaten im Rahmen der Krankenhausplanung zur Verfügung, § 21 Krankenhausentgeltgesetz. Das ist die Planungsgrundlage. Das heißt, die Daten werden von den Krankenhäusern produziert. Sie stehen uns im Rahmen von Planungsfragen zur Verfügung. Dort wird statistisch erfasst, was wir für zugelassene Planbetten, aufgestellte Planbetten haben. Es wird eine Fallzahlberechnung verfertigt und die Verweildauer. Die Verweildauer wird im jeweiligen Fachgebiet immer dem jeweiligen Durchschnitt auf Landesebene widergespiegelt. Das ist ein statistisches Verfahren, das - ich hätte fast gesagt: seit 1812 -, solange ich im Ressort bin - das ist jetzt 11 Jahre -, so praktiziert wird, auch vor meiner Zeit so praktiziert wurde. Das heißt, es wird routinemäßig angewandt und ist bis dato auch nie hinterfragt worden in dem Sinne, ob das zutreffend ist. Wir nutzen diese Daten, diskutieren sie in der Öffentlichkeit, diskutieren sie in der Beteiligtenrunde, sprich mit den Krankenhausträgern und mit den Krankenkassen. Diese Daten stehen zur Verfügung, können von den Planungsbeteiligten kritisch hinterfragt werden. Wir haben Rede und Antwort zu stehen. Es ist ein entsprechendes Programm, das bei der Einspeisung der Daten die entsprechenden Zahlen auswirft. Das ist für uns die Routineauswertung, die wir als Grundlage in der Beteiligtenrunde nutzen.

Herr Dudda, ich kann verstehen, wenn ein Außenstehender fragt: Wie funktioniert denn das? Das ist natürlich in einem solchen Tabellenwerk nicht ohne Weiteres erkennbar. Es sind die statistischen Grundlagen, die wir routinemäßig in die Beteiligtenrunde einspeisen, um auf dieser Basis eine gemeinsame Entscheidung zu fällen. Es ist also nicht Zauberei, sondern State of the Art. Damit gehen andere Bundesländer genauso um. Das heißt, die Daten werden von den Krankenhäusern genutzt. Wir benutzen sie, um Planungsfragen entsprechend abzubilden.

(Zuruf Abg. Dr. Tietze)

Abg. Baasch: Ich will für unseren Ausschuss festhalten: Ich sehe bezüglich der Fragestellung, die auf unserer Tagesordnung steht, heute keinen weiteren Klärungsbedarf, weil ich glaube, es ist nachvollziehbar, wie der Letztentscheid im Ministerium zustande gekommen ist. Ich finde, es ist auch aus den Unterlagen nachvollziehbar, die uns zusätzlich zur Verfügung stehen, wie die Entscheidung praktisch begründet und gerechtfertigt wird.

Für mich kommen plötzlich viele Fragen zu der besonderen Situation, die sich auf den Rettungsdienst in Lübeck bezieht. Zum Beispiel die Frage eins um eins. Vorhin wurde gesagt, dass die nächstgelegene geeignete Klinik angefahren werden soll. Wie kann man das mit einem Tagesrhythmus in Einklang bringen? Der Kollege Garg zitiert ständig, dass der Leitende Notarzt in Lübeck die Sana Klinik anscheinend nicht für geeignet, zumindest nicht für zuverlässig hält, um Patienten aufzunehmen, und kritisiert das. Ich habe mir eben überlegt, was - das möge man hinterfragen - mit dem Wunsch von Angehörigen und Patienten ist, wenn jemand Schlaganfallpatient ist und die Angehörigen sagen: Wir möchten lieber in die oder in die Klinik. Spielt das überhaupt keine Rolle? Mir stellen sich jetzt eher solche Fragen, bezogen auf die Situation in Lübeck, und nicht bezüglich der Situation um die Genehmigung der Betten, die aus meiner Sicht keinen Bezug zu dem aus meiner Sicht ungeklärten Verfahren in Lübeck und dieser Diskussion haben.

Dementsprechend meine ich, wir sollten uns dieser Frage in einer weiteren Sitzung stellen. Wir haben ja alle Anhörungskandidaten hier im Raum. Wir könnten sie noch einmal gezielt einladen, um die Frage, wie es in Lübeck ist, hier im Ausschuss zu diskutieren. Das würde zumindest mich interessieren.

Die Frage aber, die zur Akteneinsicht geführt hat, finde ich ausreichend und nachvollziehbar beantwortet. Ich glaube, dass wir uns eher anderen Themen zuwenden sollten.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Zunächst sind wir aber noch bei diesem Thema und haben noch Wortmeldungen dazu. Ich sage einmal, wer noch auf meiner Liste steht, damit wir abklären können, ob ich jemanden vergessen habe. Auf meiner Liste stehen Herr Jasper, danach Frau Dr. Bohn, Herr Dudda und Herr Dr. Garg. - Jetzt ist Herr Jasper dran.

Abg. Jasper: Kollege Baasch, bei allem Respekt - über den Punkt, über den wir eben gesprochen haben, über die Berechnung, warum Sana jetzt auf einmal 22 Betten bekommt, ist schon ganz entscheidend. Dass die andere Geschichte auch eine Rolle spielt, haben wir angesprochen.

Wenn ich die Ausgangslage sehe, das richtig verstanden habe und das richtig schließe aus der Antwort auf meine Kleine Anfrage, die ich mit Daniel Günther gestellt habe, und aus anderen Dokumenten, dann hat es doch eine Berechnung von Sana gegeben, um diese ursprünglich 32 Betten von der Inneren in eine neu zu gründende Neurologie umzuwidmen. Diese Zahlen sind meines Wissens nach angezweifelt worden. Dann hat es ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gegeben. Ich drücke mich vorsichtig aus: Es haben sich nicht

gerade Begeisterungstürme über die Zahlen von Sana ergeben. Meines Wissens hat das UKSH angeboten, auch noch einmal über die Zahlen zu schauen, und ist zu dem Ergebnis gekommen: Da spielen 20 % eine Rolle, bei denen es Abweichungen gibt. Dann taucht auf einmal - das haben Sie, Frau Dr. Buck oder Frau Seemann, gesagt - SA-1- oder SA-2-Statistik auf. Sie haben gesagt, es passiere öfter, dass sich eine Beteiligtenrunde nicht einigen kann. Das ist auch so in Ordnung. Das teilen Sie uns ja auch für alle Krankenhäuser in Schleswig-Holstein mit. Da gibt es eine schöne Statistik, aus der man ersehen kann, wo man sich nicht geeinigt hat und wo es zu einem Letztentscheid kommt.

Dass sich die Zahlen, die vorher da und aus meiner Sicht für diese Umwidmung nicht ausreichend waren, schlagartig, ohne dass ich das aus den Akten ersehen konnte, ins Gegenteil verändern, ist mir noch nicht so richtig klar. Vielleicht habe ich es auch noch nicht verstanden. Ich bin erst seit zwei Jahren in der Gesundheitspolitik dabei. Vielleicht kann man mir das noch einmal erklären. Ich kann es aus den Akten heraus nicht ersehen.

(Abg. Baasch: Das steht doch drin!)

Vorsitzender: Herr Jasper, war das jetzt der Wunsch, das alles noch einmal zu erläutern?

Abg. Jasper: Noch einmal zur Erklärung: Für mich ist einfach nicht eingängig, warum sich diese Zahlen innerhalb eines halben Jahres so hinwenden, dass auf einmal ein Letztentscheid eines Ministeriums kommt und eine Neurologie bei Sana eingerichtet wird.

Vorsitzender: Das ist eine konkrete Nachfrage. Entschuldigen Sie bitte; vielleicht stand ich da ein bisschen auf der Leitung. Ich denke, das kann man jetzt gut operationalisieren. Dann frage ich, wer dazu antworten will.

Staatssekretärin Langner: Das können wir gern beantworten. Ich finde, das ist eine richtige und zielführende Frage. Frau Seemann, die maßgeblich an der Entscheidungsfindung teilgenommen hat, beantwortet das jetzt.

Seemann: Ich finde das auch eine sehr berechtigte Frage. Aber man kann sie erklären. Sowohl der Sana-Antrag als auch das MDK-Gutachten wie auch die Ausführungen des UKSH bezogen sich auf Prognosen, wie der demografische Wandel, wie sich der Anstieg von neurologischen Erkrankungen in den nächsten Jahren entwickeln wird. Das ist vielleicht etwas, dass wir als Referat - wir hatten noch ein paar andere Themen nebenbei zu bearbeiten - in die Diskussion eingestiegen sind und eine andere Linie, die zur Entscheidung führen musste, etwas

spät aufgegriffen haben. Alle haben sich auf die Prognosen gestürzt. Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie sich auf die Zukunft beziehen. Etwas spät haben wir gefragt: Was ist eigentlich mit dem Ist?

Die Entscheidung über die 22 Betten bezieht sich nicht auf den Antrag von Sana, in dem er eine Prognose macht, auch nicht auf das MDK-Gutachten, das auch Prognose macht, sondern ist eine Ist-Betrachtung: Wie viele Fälle haben wir in der Region, wie viele Betten stehen zur Verfügung? Das entspricht den Vorgaben des Krankenhausplans.

Es war dann eine für uns sehr schlichte Erkenntnis, eine Routineerkenntnis. Deswegen ist sie vielleicht in der Fachakte nicht so weit ausgewalzt worden, weil das eine Routineerkenntnis war. Wir haben aber in der Antwort auf die Kleine Anfrage von Herrn Vogt weiter Bezug darauf genommen.

Es ist ein großes Missverständnis in der Diskussion, dass die einen über Prognosen gesprochen haben, wir zuerst auch. Deswegen dieser erste Vermerk, auf den Sie auch abheben. Dann haben wir gesagt: Das ist Prognose, wir streiten uns jetzt darüber, wir streiten uns auch in drei Jahren auch noch darüber, aber was ist eigentlich der Ist-Zustand in der Region? Den haben wir extra analysiert. Deswegen kamen wir auf 22 Betten. Die 32 Betten sind eine Prognose. Es mag sein, dass das in drei, vier Jahren so ist. Dann werden wir aber wieder aufgrund des aktuellen Ist entscheiden.

(Abg. Jasper: Eine Nachfrage!)

Vorsitzender: Wenn es eine Nachfrage ist, ja.

Abg. Jasper: Danke schön, Herr Vorsitzender. - Ich habe jetzt wirklich eine Nachfrage: Was ist denn jetzt üblich?

(Zuruf Abg. Baasch)

- Herr Baasch, Sie brauchen nicht dazwischenzurufen. Hören Sie doch einfach einmal zu. - Was ist denn jetzt entscheidend, wenn Krankenhäuser Umwidmungsbetten oder neue Betten beantragen? Was ist der Regelfall? Geht man da von - wie haben Sie gesagt, Frau Seemann? - Prognosen aus, oder gehen Sie von Ist-Zahlen aus? Oder war das in diesem Fall eine Besonderheit, dass von Ist-Zahlen ausgegangen worden ist? Das hätte ich gern noch mal gewusst.

Staatssekretärin Langner: Der Regelfall ist, dass wir von Ist-Zahlen ausgehen. Prognosen sind nicht Grundlage von Krankenhausplanung.

Vorsitzender: In der Reihenfolge sind wir jetzt bei Frau Dr. Bohn, die das Wort hat.

Abg. Dr. Bohn: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Vielen Dank für die Ausführungen. Ich habe den Eindruck, dass wir bei zwei Fragekomplexen durch Nachfragen auf einem etwas unterschiedlichen Stand sind.

Das, was Frau Seemann eben - aus meiner Sicht verständlich - noch einmal erläutert hat, geht sehr gut auf das ein, was Herr Jasper nachgefragt hat. Wenn ich nämlich von verschiedenen methodischen Ansätzen komme, ist klar, dass ich zu unterschiedlichen Ergebnissen komme. Aus dem letzten Beitrag ist erneut sehr deutlich geworden, dass der Letztentscheid nach dem Ist-Zustand nach dem gängigen Verfahren, auch wenn die Berechnungen nicht ausführlich drin sind, ergangen ist. Das ist für mich sehr deutlich geworden.

Ich wollte noch eine Sache nachfragen. Ich habe das vorhin so verstanden, was die Versorgung der internistischen Patienten angeht: Da kann ich mit dem beruhigten Gefühl rausgehen, dass es ein Sonderfall im Sana Klinikum war, dass die Auslastung nicht so hoch war, auch wenn sie sich ab und zu von der Notfallversorgung abgemeldet haben, und dass die Versorgung gewährleistet ist. Habe ich das richtig verstanden? Das ist meine Nachfrage. Wenn Sie dazu ein, zwei Sätze sagen könnten.

Was die internistischen Erkrankungen angeht - das wissen wir alle -, werden sie über die Jahre insgesamt zunehmen. Die einzelne Verteilung vor Ort ist eine ganz andere Sache. Das ist mir ganz wichtig.

Vorsitzender: Frau Staatssekretärin, wer soll dazu antworten?

Staatssekretärin Langner: Ich kann das nur bestätigen, was Frau Bohn gesagt hat. In der Tat haben wir überwiegend bei den anderen Schwerpunktversorgern ein Ansteigen von internistischen Fällen. Sana ist an der Stelle eine Sondersituation, die wir uns auch nicht richtig abschließend erklären können. Aber für die Krankenhauswahl mag es vielfältige Gründe geben, die alle eine Rolle spielen.

Abg. Dudda: Ich habe eine Frage an Sie, Frau Staatssekretärin. Sie hatten eingangs gesagt, dass der Vorgang am 19. November 2013 in der Beteiligtenrunde entschieden worden sei. In

den uns vorgelegten Akten war ein Vermerk von Frau Seemann zu TOP 2.8 der Sitzung der Krankenhausbeteiligten, in dem ein Veto aller Beteiligten genannt wird. Können Sie diesen Unterschied erklären?

Staatssekretärin Langner: Ich meine mich nicht zu erinnern, dass ich gesagt habe, dass der Vorgang entschieden worden ist. Wenn ich das vorher gesagt haben sollte - das wird das Wortprotokoll ja ergeben -, dann war das eine falsche Darstellung. Hier ist in der Beteiligtenrunde am 19. November 2013 beraten worden. Es hat keine positive Entscheidung zu dem Fall gegeben. Es ist aus dieser Runde vertagt worden. Ehrlich gesagt, erinnere ich mich nach eineinhalb Stunden nicht mehr genau, wie meine Formulierung zu Beginn dieses Tagesordnungspunktes war.

Vorsitzender: Das weiß ich jetzt auch nicht mehr genau. Aber wenn es eine Entscheidung der Beteiligtenrunde gegeben hätte, dann hätte es doch gar keine Letztentscheidung vonseiten des Ministeriums gegeben. Das ist doch eigentlich implizit, dass, wenn es zu einem Letztentscheid kommt, dann doch auf der Basis einer Nichtentscheidung der Beteiligtenrunde. Ist das richtig?

Staatssekretärin Langner: Das habe ich eben versucht zu sagen. Ich weiß nicht, ob es mir gelungen ist.

Vorsitzender: Nun habe auch ich es verstanden. Vielen Dank. - Herr Dudda.

Abg. Dudda: Dann habe ich zu dieser Sitzung der Beteiligtenrunde eine Frage. Ist Ihnen in der Beteiligtenrunde die SA-2-Statistik samt Auswertung vorgelegt worden - spätestens dann? Warum ist sie nicht, wenn es so einfach ist, nicht viel früher in das Verfahren eingeführt worden? Dann hätte man sich doch viel Ärger ersparen können.

Seemann: Den Beteiligten ist in der zweiten Runde in der Novembersitzung die SA-2-Statistik vorgelegt worden. Warum wir uns selbst in der Anfangszeit zu sehr auf die Prognosediskussion eingelassen haben, ist eine berechtigte Frage. Die kann ich Ihnen heute auch nicht mehr beantworten. Wir hätten uns in der Tat sehr viele Diskussionen sparen können.

Vorsitzender: Jetzt hat Herr Heinemann das Wort.

Abg. Heinemann: Zunächst einmal möchte ich anmerken, dass eine ganze Reihe von Informationen, die hier abgefragt werden, in der Beantwortung der Kleinen Anfrage deutlich be-

antwortet worden sind. Was ich in den Akten zu diesen Vorgängen anzumerken habe, ist, dass im Grunde genommen der Antrag des UKSH außerhalb dieser Entscheidungsfindung zusätzlich nachgereicht wurde und für mich auch nicht entscheidungsrelevant war. Jedenfalls hat sich aus der Chronologie der Akten gezeigt: Das wäre letzten Endes ein Umkehren in einen früheren Entscheidungsprozess gewesen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das ein übliches Verfahren ist, wenn man Planbetten einrichtet. Für mich war auch von Anfang an klar, dass man bei einem gebäudetechnischen Zustand, der einer grundsätzlichen Ertüchtigung bedarf, Betten nicht umwidmet und neue Betten nicht einrichtet. Wir haben in vielen Sitzungen rundherum schon darüber gesprochen. Das ist eine für mich nachvollziehbare Lösung. Ich bin kein Anhänger privater Kliniken und möchte sie auch nicht ohne Not ertüchtigen. Aber in diesem Zusammenhang mit diesen beiden Kliniken und den Rahmenbedingungen, unter denen gearbeitet hat und wie sich das aus den Akten erschlossen hat, war die Entscheidung vollkommen nachvollziehbar, richtig und für mich von keinerlei Risiken oder irgendwelchen Fragwürdigkeiten umwabt. Das habe ich nicht entdecken können.

Abg. Baasch: Ich will nur kurz meine Zwischenrufe in Bezug auf den Kollegen Jasper erklären. Manchmal sollte man das Dazwischenreden lassen. An dieser Stelle war es einfach schwierig, den Mund zu halten. Wenn man die Antwort auf die Kleine Anfrage vom 20. Juni 2014 der Kollegen Daniel Günther und Karsten Jasper liest und allein die Antworten zu den Punkten fünf und sechs nimmt, erkennt man, dass alles erklärt ist, wie die Betten zustande gekommen sind, nach welchen Berechnungen, dass sie eben nicht nur Stroke Unit sind, sondern auch weiteren neurologischen Bedarf abdecken. Alles das ist erklärt. Ich kann nicht ganz nachvollziehen, woher man diesen großen Nachfragebedarf hat, wenn man das doch eigentlich nur lesen bräuchte. Das war der Grund für meine Zwischenrufe. Vielleicht hätte ich mir die Wortmeldung auch sparen sollen. Deswegen Entschuldigung für die Zwischenrufe. Wichtig ist, dass Papier nicht nur geduldig ist, sondern auch gelesen werden will.

Vorsitzender: Ich versuche, das zu befrieden. Herr Jasper hat eben zwischengerufen: Wir kennen ja den Kollegen Baasch. Ich glaube, in diesem Fall könnte möglicherweise eine Rolle spielen, dass wir jetzt ein Wortprotokoll haben und diese ganzen Stellungnahmen eingebracht sind, die in der Antwort auf die Kleine Anfrage erwähnt sind. Ich denke, das ist dann auch gut und komplett.

Abg. Jasper: Noch eine kurze Antwort. Ich habe schon gesagt: Ich kenne den Kollegen Baasch schon lange und schätze ihn. Lassen wir jetzt aber einmal die Komplimente weg. Herr Baasch, das erschließt sich Ihnen vielleicht mit jahrelanger Erfahrung im Sozialausschuss und im Gesundheitsbereich. Aber ich sehe meine Kleine Anfrage nicht sehr detailliert beantwortet.

Ich habe mir die letzte Antwort von Frau Seemann notiert. Sie hat gesagt, sie hätten sich eigentlich viel Ärger ersparen können, wenn sie von Prognosezahlen auf Ist-Zahlen gekommen wären. Das verwundert mich schon sehr. Das muss ich sagen. Wenn das Ministerium, das das jahrelang so macht, auf einmal feststellt: Hier sind drei Gutachten, die alle von Prognosen ausgehen, im November merken wir das auf einmal ganz schnell und schwenken zu Ist-Zahlen über, die eigentlich normal sind - so war Ihre Aussage -, und dann kommt eine positive Entscheidung, dann kann ich das alles nicht so richtig nachvollziehen. Das geht aus der Antwort auf meine Kleine Anfrage auch nicht hervor, Herr Kollege Baasch.

Vorsitzender: Dies wiederum löst den Wunsch bei der Staatssekretärin aus, noch eine Anmerkung zu machen.

Staatssekretärin Langner: Es ist ja immer schwierig, wenn man sozusagen versucht, das in Wortbeiträgen wiederzugeben, was der, der vorher geredet hat, gesagt hat. Ich verwehre mich ganz ausdrücklich gegen die Interpretation, dass das Ministerium sozusagen im laufenden Verfahren gemerkt hat, dass man nun irgendwie doch eine andere Methode anwenden muss. Das, was Frau Seemann hat deutlich machen wollen - davor sollten wir alle auch ein bisschen Respekt haben -, ist, dass man in den Abläufen im Fachreferat, vor allen Dingen in Zeiten, in denen unheimlich viele andere Dinge auf der Tagesordnung stehen, Entscheidungsvorgänge nicht so stringent durchzieht, wie man das vielleicht, wie Sie sich das in einer idealen Akte gewünscht hätten, gemacht hätte. Das sollte man nicht zum Anlass nehmen, das in der Art und Weise zu interpretieren, wie Sie das eben getan haben.

Ich habe, glaube ich, sehr deutlich gemacht, dass die Grundlage unserer Entscheidungen für die Ausweisung von Betten in der Krankenhausplanung nicht auf Prognosen beruht, sondern auf den Ist-Zahlen. Das ist - Frau Buck hat das für die Vergangenheit, die sie besser bewerten kann, als ich das nach der kurzen Zeit, in der ich im Ministerium bin, kann - gesagt. Es ist seit vielen Jahren das übliche Verfahren, dass diese Entscheidungen auf Grundlage der Ist-Zahlen getroffen werden. Frau Seemann hat nur gesagt, sie bedauere auch, dass sie sich auf die Diskussion über Prognosen, die in diesem Zusammenhang von allen Seiten auf uns eingedrückt sind, eingelassen habe. Nichts anderes ist hier gesagt worden. Es war mir ein Bedürfnis, das noch einmal zu Protokoll zu geben.

Vorsitzender: Zu diesem Tagesordnungspunkt sehe ich jetzt keine - - Das habe ich übersehen. Sie haben selbstverständlich das Wort.

Abg. Dr. Garg: Ich habe eine Frage an das Ministerium, und dann würde ich gern einen kurzen nicht öffentlichen Teil der Sitzung haben, weil ich insbesondere nicht möchte, dass man auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verweist.

Ich will zunächst einmal die Frage stellen, die man, glaube ich, problemlos in öffentlicher Sitzung stellen kann. Ich wüsste gern, ob es irgendwelche Gespräche oder Telefonate, unabhängig auf welcher Ebene, zwischen dem Ministerium mit dem Lübecker Bürgermeister gegeben hat, wenn es solche Gespräche oder Telefonate gegeben hat, ob es irgendwelche Gesprächs- oder Telefonnotizen gegeben hat, und wenn es Notizen gegeben hat, warum die nicht Bestandteil der Akte sind.

Vorsitzender: Vielen Dank. - Es ist beantragt, zu dieser Frage die Sitzung nicht öffentlich - -

Abg. Dr. Garg: Herr Vorsitzender, diese Frage kann problemlos in öffentlicher Sitzung beantwortet werden. Wenn die Frage beantwortet worden ist, beantrage ich, dass wir in einen nicht öffentlichen Teil gehen.

Vorsitzender: Dann müssten Sie im Anschluss sagen, zu welchem Teil Sie nicht öffentlich beraten wollen. Darüber müssen wir dann beschließen. - Ich dachte, das sei der Teil, den Sie nicht öffentlich beantwortet haben wollten. Jetzt kann darauf geantwortet werden.

Staatssekretärin Langner: Ich habe in dieser Angelegenheit mit dem Lübecker Bürgermeister nicht telefoniert. Das kann ich mit absoluter Sicherheit sagen. Ich kann es nicht mit absoluter Sicherheit für die Ministerin sagen. Ich kann nur sagen, dass ich davon keine Kenntnis habe und dass üblicherweise, wenn die Ministerin in der Sache mit dem Lübecker Bürgermeister telefoniert hätte, sie mich vermutlich informiert hätte, wenn es ein entscheidungsrelevanter Sachverhalt in dieser Entscheidung gewesen wäre. Sie haben der Akte auch entnehmen können, dass der Letztentscheid von mir abschließend abgezeichnet worden ist. Ich stehe also in der Entscheidungsverantwortung dafür. Insofern kann ich mir nicht vorstellen, dass es in der Angelegenheit Telefongespräche zwischen der Ministerin und dem Lübecker Bürgermeister gegeben hat.

Vorsitzender: Dann kommen wir noch einmal zu Herrn Dr. Garg.

Abg. Dr. Garg: Herr Vorsitzender, es ist relativ umfangreich - der Kollege Jasper hat diese Frage aufgeworfen - über das Thema, auf welcher Basis man über diese Dinge entscheidet, nämlich Prognosen oder vor dem Hintergrund des Ist-Zustandes, diskutiert worden. Die Kol-

legin Bohn ist beruhigt. Ich kann die Entscheidung immer weniger nachvollziehen, um das auch sehr deutlich zu sagen. Ich möchte gern - es sei denn, der Wissenschaftliche Dienst hat Bedenken - aus der Akteneinsichtnahme zitieren, und zwar nicht nur einen Satz. Deswegen der Antrag, das zunächst in interner Sitzung zu machen. Wenn Sie alle kein Problem damit haben, zitiere ich auch in öffentlicher Sitzung.

Vorsitzender: Genau das stellen wir jetzt fest. Genau diese Erörterung findet in nicht öffentlicher Sitzung statt. Die Beratung, ob es zu einer nicht öffentlichen Sitzung kommt, findet in nicht öffentlicher Sitzung statt. Von daher muss und darf ich alle bitten, die Öffentlichkeit in dem Sinn sind, wie er uns bekannt ist, den Raum zu verlassen. Die Entscheidung über die Nichtöffentlichkeit wird Ihnen bekanntgegeben.

(Unterbrechung des öffentlichen Sitzungsteils: 12:55 bis 13:30 Uhr)

Vorsitzender: Die Öffentlichkeit ist wiederhergestellt. Mir liegen zwei Wortmeldungen vor, eine von Herrn Dr. Garg und eine von Frau Dr. Bohn. - Herr Dr. Garg, Sie haben als Erster das Wort.

Abg. Dr. Garg: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Ich will auf den Punkt Wechsel des Verfahrens im laufenden Verfahren zurückkommen, das heißt ursprünglich gestützt auf Prognosen und dann irgendwann im Laufe des Verfahrens sagt man: Wir nehmen den Ist-Zustand. Auf den basierend - so habe ich Sie verstanden, Frau Staatssekretärin - haben Sie Ihren Letztentscheid getroffen.

Erstens stelle ich fest: Wenn der Ist-Zustand zu einem Ergebnis kommt, 22 Betten statt der ursprünglich beantragten 32, erlauben Sie mir die flapsige Bemerkung: Dann war vor dem Hintergrund, dass die Kollegin Bohn auf die demografische Entwicklung verwiesen hat, die Prognose nicht so schlecht, wenn der Ist-Zustand 22 ist und 32 prognostiziert waren. Was ich nicht verstehe, ist, ohne in eine politische Bewertung eintreten zu wollen - ich habe Ihnen vorhin schon gesagt, ich respektiere das -, dass es für die akteneinsichtnehmenden Abgeordneten nicht dokumentiert wurde, dass es genau zu einem solchen Verfahrenswechsel gekommen ist.

Vorsitzender: War das jetzt die Bitte, diesem Nichtverstehen abzuhelpfen? Oder war das eine Feststellung? Möchte das Ministerium etwas dazu sagen?

Staatssekretärin Langner: Ich möchte darauf hinweisen wollen, dass genau das dokumentiert worden ist und sich auch in der Akte befindet. Insofern kann ich die Bemerkung nicht so ganz einordnen.

Vorsitzender: Dann hat jetzt Frau Dr. Bohn das Wort.

Abg. Dr. Bohn: Meinen Hinweis hat vorhin Herr Dr. Tietze netterweise schon übernommen.

Vorsitzender: Über diese Absprache war der Vorsitzende nicht informiert. - Dann ist jetzt Herr Jasper dran.

Abg. Jasper: Vor dem Hintergrund des heutigen Tages und weil gesagt wird, es gehe aus den Akten hervor, und wir keinerlei Fotokopien machen können - ich habe nur handschriftliche Fragmente gefertigt -, beantrage ich eine nochmalige Akteneinsicht.

Im Folgenden diskutiert der Ausschuss kurz über das gestellt Akteneinsichtsbegehren und eine mögliche Erweiterung.

Abg. Jasper stellt das Begehren zur Vorlage der Akten hinsichtlich des Letztentscheids durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung zur Einrichtung von 22 neurologischen Betten inklusive 6 Stroke-Unit-Betten an den Sana Kliniken Lübeck GmbH.

Dieses Begehren wird durch die Abgeordneten Rathje-Hoffmann, Baasch, Eichstädt, Pauls, Dr. Bohn, Dr. Tietze, Klahn, Dudda und Meyer unterstützt.

Abg. Dudda kündigt ein weiteres, erweitertes Aktenvorlagebegehren an.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Bericht der Landesregierung zur Einrichtung einer Pflegekammer in Schleswig-Holstein

Antrag der Abg. Katja Rathje-Hoffmann (CDU)

[Umdruck 18/3283](#)

Frau Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Hochschule und Gleichstellung, legt dar, am 2. September 2014 habe die erste Kabinettsbefassung stattgefunden. Derzeit laufe das Anhörungsverfahren bis zum 21. Oktober 2014. Danach würden die Anhörungsergebnisse ausgewertet und eventuelle Modifizierungen an dem Gesetz vorgenommen. Die zweite Kabinettsbefassung sei für den 16. Dezember 2014 vorgesehen. Dann werde der Gesetzentwurf dem Landtag zugeleitet. Die erste Lesung sei für Januar 2015 geplant.

Abg. Rathje-Hoffmann äußert einige konkrete Nachfragen hinsichtlich Meldepflicht, Sanktionsmöglichkeiten, Mitgliederverzeichnissen und Beiträgen. Staatssekretärin Langner legt dar, die Festlegung von Beiträgen sei Aufgabe der Vollversammlung der Pflegekammer. Es handle sich dabei um eine klassische Selbstverwaltungsaufgabe, die in eigener Zuständigkeit erledigt werden solle. Die Landesregierung hielte es für wünschenswert, die unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten angemessen bei der Festlegung der Beiträge zu berücksichtigen. Aber auch dies sei Aufgabe der Kammer. Die Pflegekammer werde an die Arbeitgeber herantreten und entsprechende Meldungen einfordern. Sanktionsmöglichkeiten seien bisher nicht abschließend beraten und stünden nicht im Mittelpunkt der Diskussion der Umsetzung des Gesetzgebungsverfahrens.

Frau Dr. Buck, Leiterin der Abteilung Gesundheit im MSGWG, erinnert daran, dass gegenwärtig das Gesetzgebungsverfahren laufe. Erst nach der Beratung und Beschlussfassung durch den Landtag stehe die Errichtungsphase an. Dann müsse sich die Kammer inhaltlich mit den aufgeworfenen Fragen auseinandersetzen. Mitgliedschaften in Kammern seien durchaus unterschiedlich geregelt. Das sei davon abhängig, wie die Gremien der Kammer das Verfahren etablierten. Staatssekretärin Langner betont, es sei Aufgabe der Pflegenden selbst, sich eine Struktur zu schaffen.

Abg. Rathje-Hoffmann verweist auf den vorliegenden Entwurf und legt dar, dass dieser eine Zwangsmitgliedschaft vorsehe. Demzufolge sei die Frage aufzuwerfen, was passiere, sofern sich jemand weigere, Mitglied zu werden. Sie plädiert dafür, sich intensiv mit der Argumentation gegen eine Zwangsmitgliedschaft auseinanderzusetzen.

Abg. Dr. Bohn vertritt die Auffassung, dass die Diskussion im Rahmen des üblichen Beratungsverfahrens geführt werden solle.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Impfquoten verbessern - Masern eliminieren

Antrag der Fraktion der CDU

[Drucksache 18/1938](#)

(überwiesen am 20. Juni 2014)

Der Ausschuss kommt auf Anregung der Abg. Klahn überein, sich in seiner nächsten Beratungssitzung von der Landesregierung über die Verwendung der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel berichten zu lassen.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Organspende rettet Leben - Vertrauen durch weitere Aufklärung stärken

Antrag der Fraktion der CDU

[Drucksache 18/2002](#)

(überwiesen am 20. Juni 2014)

Der Ausschuss kommt auf Antrag des Abg. Jasper überein, schriftliche Stellungnahmen einzuholen. Anzuhörende sollen gegenüber der Geschäftsführerin bis zum 2. Oktober 2014 benannt werden. Als Frist bis zur Abgabe der Stellungnahme wird der 14. November 2014 festgelegt.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Stand der Entwicklung einer Präventionsstrategie der Landesregierung

Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP)

[Umdruck 18/3208](#)

Frau Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Hochschule und Gleichstellung, legt dar, derzeit beschäftige sich das Ministerium mit der Frage, wie die Aktivitäten im Bereich der Prävention gebündelt und Fördermittel gezielter ausgegeben werden könnten. Das Ministerium stehe derzeit am Anfang dieses Prozesses. Es sei damit zu rechnen, dass es im Laufe des nächsten Jahres zu einer Entscheidung in Sachen Bundespräventionsgesetz kommen werde. Darin werde voraussichtlich verankert sein, dass die Bundesländer eigene Präventionsstrategien entwickeln sollten. Darauf bereite sich das Ministerium derzeit vor.

Auf eine Nachfrage der Abg. Klahn antwortet Staatssekretärin Langner, Sinn einer solchen Strategie sei die Bündelung von Kompetenzen und die Einbeziehung der Akteure, die sich in Schleswig-Holstein mit dem Thema befassten. Ihr Eindruck sei, dass es derzeit einen guten und konstruktiven Prozess gebe, auch mit den AIDS-Hilfen. Für diesen Bereich sei zunächst die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in den Blick genommen worden. Auch bestehende Aktivitäten richteten sich stark auf diese Zielgruppen. Dies solle ausgebaut werden.

Punkt 8 der Tagesordnung:

Sitzungstermine für das Jahr 2015

[Umdruck 18/3269](#)

Der Ausschuss legt die aus [Umdruck 18/3269](#) (neu) ersichtlichen Sitzungstermine für das Jahr 2015 fest.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt nichts vor.

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, schließt den öffentlichen Teil der Sitzung um 14:10 Uhr.

gez. Peter Eichstädt

Vorsitzender

gez. Petra Tschanter

Geschäfts- und Protokollführerin