

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Ausschussdienst und Stenografischer Dienst

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

Sozialausschuss

18. WP - 69. Sitzung

am Donnerstag, dem 21. April 2016, 14 Uhr,
im Sitzungszimmer 142 des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Peter Eichstädt (SDP)

Hans Hinrich Neve (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)

Dr. Heiner Garg (FDP)

Wolfgang Dudda (PIRATEN)

Flemming Meyer (SSW)

Vorsitzender

i. V. von Heike Franzen

i. V. von Anita Klahn

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

Tagesordnung:	Seite
1. Bericht des Sozialministeriums über die Situation der Neurologischen Klinik am UKSH bezogen auf Schlaganfallpatienten und deren Versorgung	4
Antrag des Abg. Wolfgang Dudda (PIRATEN) Umdruck 18/5868	
2. Sachstandsbericht über das HELIOS Klinikum Schleswig - Sozialministerium und Klinikleitung	10
Antrag der Abg. Dr. Bohn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) Umdruck 18/5896	
3. Novelle der Gebührenordnung für Ärzte zügig umsetzen	17
Antrag der Fraktion der FDP Drucksache 18/3733	
Änderungsantrag der Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SSW Umdruck 18/5981	
(überwiesen am 22. Januar 2016)	
hierzu: Umdrucke 18/5646, 18/5730, 18/5755, 18/5981	
4. Ehrenamt in Schleswig-Holstein stärken - Ehrenamtskarte attraktiver gestalten	18
Änderungsantrag der Fraktion der PIRATEN Drucksache 18/2045 - selbstständig	
(überwiesen am 20. Juni 2014)	
5. Verdacht auf möglichen Betrug durch einzelne ambulante und stationäre Pflegedienstleister	19
Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP) Umdruck 18/5967	
6. Verschiedenes	20

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, eröffnet die Sitzung um 14:05 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest.

Vor Eintritt in die Tagesordnung werden folgende Punkte von der Tagesordnung abgesetzt:

- **Generellen Ausschluss von homo- und bisexuellen Männern von der Blutspende aufheben**

Antrag der Fraktion der PIRATEN, [Drucksache 18/3845](#)

- a) **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Gesetzentwurf der Fraktion der FDP, [Drucksache 18/3810](#)

b) **Krankenhausbau schon ab 2016 ermöglichen**

Antrag der Fraktion der CDU, [Drucksache 18/3808](#)

Die insoweit geänderte Tagesordnung wird gebilligt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

Bericht des Sozialministeriums über die Situation der Neurologischen Klinik am UKSH bezogen auf Schlaganfallpatienten und deren Versorgung

Antrag des Abg. Wolfgang Dudda (PIRATEN)

[Umdruck 18/5868](#)

Berichte: a) Sozialministerium

b) Herr Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender,
Peter Pansegrau, Kaufmännischer Vorstand,
Christa Meyer, Vorstand für Krankenpflege und Patientenservice

Frau Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, berichtet, aus ihrer Sicht müsse man sich mit zwei Themenkomplexen beschäftigen. Zum einen seien es die in der Presse genannten konkreten Fälle. Zum anderen gebe es Anlass, darüber nachzudenken, ob es in der strukturellen Aufstellung der Notfallversorgung am UKSH Optimierungsbedarf gebe.

Zu den beiden in der Presse genannten Fällen teile sie vorweg mit, dass es in beiden Fällen keine Entbindung von der Schweigepflicht gegeben habe. Deswegen könne sie nicht auf Einzelheiten eingehen, die dem Patientenschutz unterlägen. Im Wesentlichen werde sie auf die Berichterstattung in der Presse und den tatsächlichen Ablauf eingehen.

In einem Fall sei es um eine junge Patientin gegangen, die fußläufig mit vergleichsweise unspezifischer Symptomatik und offenbar zuvor in einem externen Klinikum und von mehreren anderen Ärzten gesehen worden sei. Diese habe berichtet, sie habe in der Ambulanz eine lange Wartezeit gehabt, um dann mit der Diagnose von zwei Schlaganfällen auf der Intensivstation behandelt zu werden. In der Berichterstattung sei nicht deutlich geworden, dass bei der Patientin in der Zeit, die sie in der Notfallambulanz verbracht habe, bis sie auf die Station überwiesen worden sei, durchaus Diagnostik stattgefunden habe, die dazu habe dienen sollen, abzuklären, um was es in diesem Fall gehe. Im Einzelnen sei eine CMRT-Untersuchung durchgeführt worden. Zusätzlich habe es auch ein MRT gegeben, das trotz nicht vorliegender Symptomatik durchgeführt worden sei, um festzustellen, um was es sich handele.

Da die Patientin vorher in anderen Kliniken und bei niedergelassenen Ärzten gewesen sei, wobei offensichtlich eine Endabklärung der Diagnose nicht möglich gewesen sei, sei der Fall nicht im Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung zu sehen. Vielmehr sei es um eine Abklärung von Symptomatiken gegangen, die im niedergelassenen Bereich nicht hätten erfolgen können und die im UKSH dann innerhalb eines Zeitraums von acht Stunden erfolgt sei. Im niedergelassenen Bereich hätte die Abklärung einer solchen Symptomatik sehr viel länger gedauert und sich zum Teil sogar über Tage und Wochen hingezogen.

Im zweiten Fall sei es um einen Patienten gegangen, der über den Rettungsdienst in die Klinik gekommen sei und nach einer erfolgten ersten unmittelbaren Begutachtung in eine andere Klinik verlegt worden sei, in der die spezialisierte Behandlung habe erfolgen können, die in dem Fall notwendig gewesen sei. Das UKSH sei Teil und Initiator des Schlagfallnetzwerks Schleswig-Holstein, in dem in einem Verbund verschiedene Kliniken eine Sicherstellung einer zeitnahen Diagnostik und Therapie zur 24/7-Versorgung vereinbart hätten. Dieses Netzwerk solle dazu dienen, dass im Notfall jeder Patient schnellstmöglich die Behandlung erhalte, die in dem Fall die beste sei. Es komme sehr selten vor, dass die Kapazitäten am UKSH oder in Kiel für die spezialisierte Behandlung nicht vorhanden seien. In einer Notfallstruktur sei es aber nicht auszuschließen, dass es bei einem Zusammentreffen von verschiedenen Faktoren dazu kommen könne, dass am UKSH kein Platz für die Behandlung sei.

Dieser Fall zeige, wie notwendig es sei, dass das UKSH als Initiator des Schlagfallnetzwerks Schleswig-Holstein mitbegründet habe. Dann werde nämlich sichergestellt, dass die entsprechende Behandlung erfolgen könne, wenn die Kapazität zu dem Zeitpunkt am UKSH nicht vorhanden sei. Aus der Perspektive des jeweiligen Patienten sei es nicht unbedingt das, was er sich wünsche. Aber im Sinne einer qualifizierten und der Symptomatik entsprechenden spezialisierten Behandlung sei es mit Sicherheit im Sinne der Patienten, eine andere Klinik aufzusuchen, als in der Klinik, in der man zuerst eintreffe, nicht die entsprechende Behandlung erhalten zu können. Im Nachhinein habe sich in diesem Fall herausgestellt, dass es sich offensichtlich nicht um einen Schlaganfall gehandelt habe.

Diese beiden Einzelfälle seien aus ihrer Sicht nicht geeignet, Rückschlüsse auf eine fehlerhafte oder nicht ausreichend etablierte Struktur der Notfallversorgung am UKSH zu diagnostizieren. Die hervorragende Qualität des UKSH werde auch daran deutlich, dass es offensichtlich viele Patientinnen und Patienten gebe, die bewusst das UKSH aufsuchten und im Notfall nicht auf die von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Notfallambulanzen oder die Anlaufpraxen nutzten. Sie gingen lieber zum UKSH, weil sie glaubten, dort eine qualitativ hochwertigere Behandlung zu bekommen.

Zur derzeitigen Situation der Notfallaufnahmen in Kiel und Lübeck am UKSH legt sie Folgendes dar: In Kiel gebe es im Zusammenhang mit den aktuellen Bauvorhaben den Plan, in 2018 zu einer vollständigen Zusammenlegung aller Notfallaufnahmestandorte am Campus Kiel zu kommen. Positiv zeichne sich ab, dass durch die Baumaßnahmen Kapazitäten mit zusätzlichen Behandlungsräumen von 30 Betten frei würden, sodass eine erheblich ausgeweitete Behandlungsmöglichkeit für Patientinnen und Patienten gerade im neurologischen Bereich möglich sein werde. In Lübeck gebe es eine zentrale Notfallaufnahme. Es gebe eine KV-Anlaufpraxis auf dem Campus-Gelände; die Zusammenarbeit sei hervorragend. In Kiel habe es Gespräche gegeben, ob es am UKSH eine weitere KV-Anlaufpraxis geben solle. Bisher werde eine solche am Städtischen Krankenhaus vorgehalten.

Zum Thema strukturelle Rahmenbedingungen wolle sie etwas zur Finanzierungssituation der Notfallversorgung sagen. Diese liege deutlich unter dem, was tatsächlich in der Klinik aufgewandt werde. Vor allen Dingen die Hochschulambulanzen am UKSH seien drastisch unterfinanziert. Das habe die Landesregierung motiviert, im Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausstrukturfinanzierungsgesetz diese Themen auf die Tagesordnung zu setzen. Es habe gesetzgeberische Veränderungen gegeben, die dafür sorgen sollten, dass die Finanzierung in Zukunft besser sei. Es werde aber noch eine gewisse Zeit dauern, bis die entsprechenden Verfahren abgeschlossen seien, sodass kurzfristig nicht damit zu rechnen sei, dass das Defizit, das

das UKSH derzeit mit der Notfallversorgung mache, schnell reduziert werde. Man müsse dem UKSH zugutehalten, dass es die Notfallversorgung trotz der nicht ausreichenden Finanzierung in dieser Größenordnung wahrnehme.

Die Landesregierung werde an dieser Stelle auf Bundesebene weiterhin Druck machen. Für die kommende Gesundheitsministerkonferenz sei ein Antrag vorbereitet worden, mit dem die Bundesministerin um entsprechenden Bericht gebeten werde.

Herr Dr. Scholz, Vorstandsvorsitzender am UKSH, bestätigt auf Nachfrage des Abg. Dudda, für die Patientin, von der in der Presse berichtet worden sei, sie habe sieben Stunden in der Notaufnahme gewartet, sei innerhalb dieses Zeitraums Diagnostik gelaufen.

Abg. Dudda geht auf ein Interview mit Herrn Professor Dr. Deuschl ein und gibt seinem Befremden darüber Ausdruck, dass dieses Interview einen Tag vor dessen Pensionierung veröffentlicht worden sei. Er habe darin vehement mehr Stroke-Unit-Betten gefordert. Vor diesem Hintergrund frage er, ob sich Herr Professor Dr. Deuschl auch intern und vorab so vehement dafür eingesetzt habe.

Herr Dr. Scholz legt dar, ihm sei nicht bekannt, wann das Interview gegeben worden sei. Nach den Berichten, die ihm bekannt seien, habe dieses Interview deutlich früher stattgefunden als die Veröffentlichung. Richtig sei, dass die Neurologie bundesweit ein Wachstumsfach sei. Insofern werde jedes Jahr darüber nachgedacht, wie der Neurologie mehr Platz gegeben werden könne. Das UKSH habe sich mit dem Antritt der neuen Professoren dazu entschieden, die Anzahl der Stroke-Unit-Betten am Campus Kiel von 11 auf 17 zu erhöhen. Wie die Staatssekretärin bereits ausgeführt habe, werde das UKSH voraussichtlich im September zusätzliche 38 Betten bekommen. Das ergebe eine zusätzliche Kapazität von etwa 18 Patienten, lege man eine 83-prozentige Auslastung zugrunde. Außerdem stünden drei zusätzliche Untersuchungs- und Behandlungsräume zur Verfügung. Lege man diese Zahlen zugrunde, komme man auf 1.925 zusätzliche Patienten, die man behandeln könne. Er gehe also davon aus, dass nachgesteuert werden könne.

Die Patienten stimmten „mit den Füßen ab“ und kämen zum UKSH. Auch in diesem Jahr gebe es ein Fallzahlwachstum von über 7 %. Er sei deshalb auch daran interessiert, zu betonen, dass die medizinische Behandlung am UKSH ausgezeichnet sei. Die Staatssekretärin habe bereits unter Berücksichtigung der Tatsache, dass eine Schweigepflichtentbindungserklärung der in Rede stehenden Patienten nicht erfolgt sei, deutlich gemacht, dass auch diese Patienten leitliniengerecht behandelt worden seien. In der Neurologie gebe es eine gewisse

Zeitspanne, innerhalb derer eine Behandlung erfolgen sollte, sofern ein Schlaganfall vorliege. Allerdings sei dieser Zeitraum dann, wenn der Patient vorher in einem anderen Krankenhaus und an verschiedenen Tagen bei verschiedenen anderen Ärzten gewesen sei, lang verstrichen. Der zweite Patient habe anders, als es in der Zeitung gestanden habe, kein Intensivbett benötigt, sondern ein Bett auf einer Stroke-Unit. Da die Betten in Kiel ausgebucht gewesen seien, sei der Patient zum Krankenhaus mit dem nächsten freien Bett, nämlich in Hamburg, verlegt worden, um eine adäquate medizinische Nachbehandlung zu erhalten.

Abg. Dr. Garg legt dar, auch er halte die Behandlung am UKSH für exzellent. Er bittet sodann um schriftliche Darlegung der genannten Zahlen. - Herr Dr. Scholz sagt dies zu (siehe [Umdruck 18/5991](#)).

Sodann erkundigt sich Abg. Dr. Garg nach den Gründen dafür, dass andere Angebote der ambulanten Versorgung weniger gut genutzt würden als am UKSH.

Er äußert, er habe sich über die eine oder andere Äußerung der Kollegen der in Berlin regierenden Großen Koalition gewundert. Sofern man möchte, dass Notfallambulanzen geöffnet würden, dürfe man sich auch nicht darüber wundern, wenn Patienten davon Gebrauch machten. In diesem Zusammenhang fragt er nach, ob die Terminvergabestellen der KV Auswirkungen auf die Arbeit am UKSH hätten.

Staatssekretärin Langner legt dar, sie teile die von Abg. Dr. Garg genannte Einschätzung, dass die Notfallanlaufpraxen der KV bei Patienten zu wenig bekannt seien. Zu sehen sei auch, dass man mit dem UKSH ein Spitzenhaus gewissermaßen vor der Haustür habe, und wenn es einem schlecht gehe, gehe man dort hin. Vermutlich seien die Notfallnummern der Kassenärztlichen Vereinigung den wenigsten präsent. Deshalb halte sie es aus Sicht der KV für wichtig, für diese Struktur zu werben und darzustellen, welche Qualität und welches Angebot sich dahinter verbürgen. Die Konstellation, die es in Lübeck gebe, wo die KV-Anlaufpraxis auf dem Campus sei und es eine hervorragende Zusammenarbeit gebe, würde sicherlich dazu beitragen, die Ressourcen und Strukturen besser auszunutzen. Sie werde dieses Thema in dem nächsten Gespräch mit der KV ansprechen. Die Verknüpfung von ambulanter Notfallversorgung und stationärer Versorgung beschäftige das Land in der Gesundheitsvorsorge bereits seit Langem.

Hinsichtlich der Terminvergabestelle seien erste Zahlen abgefragt worden. Das Instrument sei noch nicht so lange vorhanden, dass man es bewerten könnte. Da die Kapazitäten auch mit

den Krankenhausträgern abgestimmt werden müssten, sei es sicherlich ein gutes Instrument, sich darauf einzustellen.

Herr Dr. Scholz fügt hinzu, die Staatssekretärin habe die Theorie beschrieben. Nach seiner Kenntnis gebe es bisher keine einzige Vereinbarung eines Krankenhauses mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Das liege daran, dass die Kassenärztliche Vereinigung darauf bestehe, dass es einen Facharztstatus mit persönlicher Ermächtigung gebe. Das führe das Gesetz ad absurdum. Ein Patient, der sich als Notfall sehe, gehe auch unabhängig davon, ob die Terminvergabe stelle finde, ob er dort hingehen solle, ins Krankenhaus.

Die beiden Probleme, die die Krankenhäuser hätten, und zwar Hochschulambulanzen und Notfälle, seien politisch erkannt und politisch geregelt worden. Durch das Versorgungsstärkungsgesetz gebe es seit Juli letzten Jahres eine Regelung für die Hochschulambulanzen. Es habe auch einen Einigungszwang bis zum 31. Januar 2016 gegeben. Die Einigung habe aber nicht stattgefunden. Deshalb werde vermutlich demnächst die Schiedsstelle angerufen werden müssen, oder man müsse sich überlegen, die gesetzlichen Bestimmungen entsprechend zu verschärfen. Nicht richtig sein könne, dass ein verabschiedetes Gesetz in den Mühlen der Selbstverwaltung nicht umgesetzt werde.

Hinsichtlich der Notfallambulanzen solle eine Verständigung bis zum 31. Dezember 2016 erfolgen, die Verständigung über die Finanzierung solle bis 31. Dezember 2017 erfolgen, so dass sich die Situation vor 2018 nicht ändern werde.

Abg. Dudda fragt nach, ob die Schilderungen aus dem Interview mit Professor Dr. Deuschl in der „KN“ zutreffend seien. Herr Dr. Scholz antwortet, er sei bei dem Gespräch nicht dabei gewesen, insofern könne er nicht sagen, ob die Äußerungen richtig wiedergegeben worden seien. Er bestreite nicht, dass es am UKSH Wartezeiten gebe. Das sei ein bundesweites Problem. Man erhält selbst bei Fachleuten keinen Termin. Deshalb sollten Patienten ins Krankenhaus gehen. Das habe der Gesetzgeber so geregelt. Gehe also ein Patient ins Krankenhaus und sei kein akuter Notfall, könne es durchaus auch einmal zu Wartezeiten von bis zu acht Stunden kommen - im Vergleich zu vier Wochen oder vier Monaten bei einem Facharzt. Bezüglich akuter Notfälle habe das UKSH sehr gute Qualitätszeiten.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Sachstandsbericht über das HELIOS Klinikum Schleswig - Sozialministerium und Klinikleitung

Antrag der Abg. Dr. Bohn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

[Umdruck 18/5896](#)

Berichte: a) Sozialministerium

b) Dr. John Friedrich Nätke, Geschäftsführer

Frau Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, berichtet, das HELIOS Klinikum in Schleswig sei ein wichtiger Schwerpunktversorger, der sich mit 71 Planbetten im Krankenhausplan befinde. Deswegen gebe es ein großes Interesse daran, dass die Klinik die entsprechende Akzeptanz der Menschen in der Region und in der Bevölkerung finde. Dazu gehöre eine gute medizinische und pflegerische Versorgung, in die die Menschen Vertrauen hätten, sowohl in Bezug auf die Leistungen, als auch in Bezug auf die Beschäftigungsbedingungen.

Seit Wochen gebe es eine öffentliche Berichterstattung über personelle Engpässe im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung und über Arbeitsbedingungen. Auch wenn die Landesregierung keine Rechtsaufsicht habe, liege es in ihrem Interesse, dass durch die Betten, die im Krankenhausplan an der Versorgung in Schleswig-Holstein teilnähmen, eine gute Versorgung auf qualitativ hohem Niveau stattfinde.

Deshalb habe sie die Berichte in der Presse zum Anlass genommen, Gespräche sowohl mit der Geschäftsführung des Klinikums als auch mit Vertretern der Personalvertretung zu führen. Aus ihrer Sicht stelle sich die Lage so dar, dass es personelle Engpässe im medizinischen, aber schwerpunktmäßig im pflegerischen Bereich gebe. Das liege zum Teil auch daran, dass Stelle ausgeschrieben, Nachbesetzungen aber noch nicht erfolgt seien. Sie habe der Geschäftsführung gegenüber ihre klare Erwartungshaltung formuliert, dass die personellen Engpässe geschlossen würden. Derzeit habe sich das dort tätige Personal eine erhebliche Arbeitsbelastung auf ihre Schultern geladen. Das ringe ihr einen hohen Respekt vor dem Engagement und dem Einsatz für das Klinikum ab. Das könne aber kein Dauerzustand sein. Schwierigkeiten und Probleme, neues Personal zu gewinnen, hätten auch mit Arbeitsbedingungen und damit zu tun, wie die Situation von potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern eingeschätzt werde.

Es sei auch erörtert worden, über das Pflegestellenförderprogramm zusätzliche Stellen zu akquirieren. Sie habe den Eindruck, dass die Chancen gut stünden, dass das Klinikum aus diesem Programm heraus ein bis zwei zusätzliche Stellen bekommen könnte.

Herr Dr. Nätke, Klinikgeschäftsführer der HELIOS Klinik Schleswig, gibt anhand eines PowerPoint-Vortrags (siehe Anlage) einen Überblick über die Situation am HELIOS Klinikum Schleswig.

Abg. Dr. Bohn bezieht sich auf die Aussage, dass die Arztstellen nachbesetzt worden seien, und möchte wissen, ob die Besetzung mit Ärzten gleicher Qualifikation erfolgt sei. Sie geht ferner auf eine Aussage im „Schleswig-Holstein Magazin“ ein, wonach einige Ärztinnen und Ärzte nicht die notwendige Flexibilität gezeigt hätten, und möchte wissen, was darunter zu verstehen sei. In den Medien sei berichtet worden, dass bei Abrechnungen Einfluss von der Klinikleitung genommen worden sei. Dazu bitte sie um Stellungnahme. Zum Pflegepersonal fragt sie, ob es eine Mindestbesetzung auf den Stationen gebe, ob eine Gefährdungsanalyse für das Personal vorliege und ob es stimme, dass innerhalb von zwei Monaten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 900-mal aus der Freizeit geholt worden seien. Das halte sie für eine sehr hohe Zahl. Deshalb wolle sie wissen, was veranlasst worden sei, um dies zu reduzieren. Außerdem interessiere sie, ob in der Klinik eine 15-prozentige Rendite erwarte werde und ob dies in anderen Kliniken der HELIOS-Gruppe auch der Fall sei.

Herr Dr. Nätke antwortet, die ärztliche Nachbesetzung sei qualitativ gleichwertig erfolgt. Allerdings habe man sich dazu entschieden, eine Umschichtung vorzunehmen hin von oberärztlicher Tätigkeit hin zu assistenzärztlicher Tätigkeit, um Dienstbelastungen im Assistenzarztbereich reduzieren zu können.

Die in der Presse genannte Zahl von 900-mal Holen aus der Freizeit könne er so nicht bestätigen. Es handele sich um 900 Änderungen des mitbestimmungspflichtigen Dienstplans. Das umfasse auch Tausche zwischen Mitarbeitern. Die Dienstpläne würden ein bis zwei Monate im Voraus erstellt und durchlaufen die Mitbestimmung. Wenn Mitarbeiter ihren Dienst tauschen, handele es sich um eine Änderung des Dienstplans. Sofern Mitarbeiter oder Kindern von Mitarbeitern erkrankten, sei es notwendig, dass die dadurch nicht besetzten Dienste besetzt würden. Dabei würden keine Mitarbeiter aus dem Frei geholt, sondern Mitarbeiter würden befragt, ob sie Dienste besetzen möchten, Dienste tauschen wollten oder über die vereinbarte Arbeitszeit hinaus arbeiten wollten. Im Haus sei dies so organisiert, dass es Liste gebe, in die sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen könnten, die in einem solchen Fall nicht angerufen werden wollten. Andere Mitarbeiter erklärten sich bereit, angerufen zu werden, und

könnten in der einzelnen Situation entscheiden, ob sie den Dienst wahrnehmen wollten. Deshalb gelinge es nicht immer, die freiwerdenden Dienste zu besetzen. Das könne dann dazu führen, dass Überlastungssituationen entstünden. Diesen Überlastungssituationen solle durch einen im Haus zur Verfügung stehenden Springereinsatz begegnet werden. Außerdem sollten Regelungen geschaffen werden, die es ermöglichten, möglichst sicher personellen Ersatz zu schaffen. Mit dem Betriebsrat werde über einen sogenannten Springerpool diskutiert, aus dem heraus diese Dienste besetzt werden könnten. Eine Initiative, das Einspringen besonders zu vergüten, sei im vergangenen Jahr leider an der Weigerung des Betriebsrates gescheitert.

Seine Äußerung bezüglich der Flexibilität von Ärztinnen und Ärzten beziehe sich in erster Linie auf die Möglichkeit, in einem Fachgebiet Tätigkeiten zu übernehmen. Dies erläutere an folgendem Beispiel. Sofern Fachärzte in der Schmerzambulanz oder in der Palliativmedizin eingesetzt seien, seien sie dennoch Fachärzte und könnten beispielsweise auch in einem anderen Bereich eingesetzt werden und Dienst tun. Das werde insbesondere dann notwendig, wenn es bei einem Wechsel in der Ärzteschaft eine gewisse Engpasssituation gebe. Diese Flexibilität wünsche er sich von seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen Dienst.

Eine Mindestbesetzung der Station gebe es nicht. Die Stationsbesetzung orientiere sich an der Belegung der Station. Es erfolge eine Anpassung an die Zahl der Patienten, deren Erkrankung und den Pflegebedarf.

Die Frage hinsichtlich der Rendite beantwortet er anhand einer weiteren Chart (siehe Anlage).

Frau Pauls stellt ihre Überzeugung dar, dass das beste Kapital das Personal sei. Dieses sollte mit den entsprechenden Rahmenbedingungen ausgestattet werden, sodass es nach ethischen und wissenschaftlichen Grundsätzen gut arbeiten könne. Gefühlt sei die Fluktuation bei HELIOS größer als in anderen Krankenhäusern. Beim Personal gebe es Unzufriedenheit, bei der Bevölkerung Verunsicherung. Sie frage, was getan werde, um insbesondere langgedientes erfahrenes Personal im Haus zu halten. Sie frage weiter, ob die Dienstpläne mitbestimmungspflichtig seien, wie viele Überstunden es gebe, wie damit umgegangen werde und wie die Mindestbesetzung in den Stationen in der Nacht gesichert werde.

Herr Dr. Nätke antwortet, versucht werde, Personal gar nicht erst gehen zu lassen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seien das, was das Haus ausmache. Das Haus biete Fortbildungsmöglichkeiten, ein betriebliches Gesundheitsmanagement und einen guten Tarif nach TVöD. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollten sichere Arbeitsplätze angeboten werden, sowohl im Hinblick auf Verlässlichkeit als auch auf Gefährdung. Gefährdungsbeurtei-

lungen würden regelmäßig durchgeführt, und zwar sowohl im Hinblick auf Verletzungsrisiken als auch auf physische Belastungen.

Er sei überzeugt davon, dass der größte Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gern im Haus arbeite, allerdings sei die Belegschaft durch die öffentliche Berichterstattung verunsichert. Deshalb sei es Aufgabe, in die Belegschaft zu gehen, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu sprechen und aufzuzeigen, was das Haus zu bieten habe und was es erreicht habe, nicht zuletzt im Bereich der wichtigen Hygiene. Im Haus gebe es bei einer deutlich steigenden Keimbelastung eine deutlich sinkende Infektionsrate. Es sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu verdanken, dass dies so sei.

Im ärztlichen Dienst gebe es immer eine gewisse Fluktuation. Im pflegerischen Dienst sei er froh darüber, dass es sehr viele langjährige Mitarbeiter gebe. Das zeige, dass man den Pflegeberuf im HELIOS Klinikum Schleswig gut ausüben könne.

Er bestätigt, dass Dienstpläne grundsätzlich mitbestimmt würden, auch Dienstplanänderungen. Ein Dienstplantausch sei von der Mitbestimmung ausgeschlossen.

Ansonsten sei Mitbestimmung ein Thema im Haus. Man sei noch nicht so weit, dass alle Führungskräfte, deren Aufgabe es sei, Mitbestimmung bei Dienstplanänderungen durchzuführen, dies im vollen Umfang täten. Sein Personalleiter und er wiesen kontinuierlich darauf hin. Führungskräfte würden darin geschult und in der Überzeugung gestärkt, dass dies wichtig und richtig sei.

Die Ablösung in der Nacht für die Pause sei über die Hauptnachtschwache geregelt, die in den Pausenzeiten einspringe. Dort, wo sich zwei Pflegerinnen oder Pfleger befänden, finde die Vertretung gegenseitig statt.

Die Zahl der Überstunden könne er derzeit nicht benennen. Das Prozedere sei so, dass versucht werde, Überstunden über einen gewissen Grad hinaus - diejenigen über das Arbeitszeitgesetz hinaus - stehen zu lassen und zu versuchen, diese in Freizeit abzugelten.

Abg. Dr. Garg erfragt die aktuellen Zahlen der unbesetzten Stellen im Pflegebereich und im ärztlichen Dienst. Außerdem fragt er danach, wie lange durchschnittlich eine Vakanz offen sei, getrennt nach pflegerischem und ärztlichem Bereich. Drittens erkundigt er sich nach der Zahl der Überlastungsanzeigen in den letzten Monaten.

Herr Dr. Nähnke legt dar, die Anzahl der offenen Stellen im Pflegebereich betrage sechs, im ärztlichen Dienst eine; letztere könne am heutigen Tag aber schon besetzt sein.

Im Schnitt gebe es im ärztlichen Bereich eine Fluktuation von ein bis zwei Mitarbeitern im Monat. Die Wiederbesetzung von Stellen gelinge in Schleswig recht gut. Vakanzen seien meistens spätestens nach sechs Monaten geschlossen.

Im vergangenen Jahr habe es in der Pflege 217 Überlastungsanzeigen gegeben. Zu beachten seien, dass pro Tag circa 50 Schichten in der Pflege zu besetzen seien, im Monat 1.500 und im Jahr 18.000. Man habe also rund 1 % Überlastanzeigen. Teilweise sei es durch das Ausschöpfen von Hilfsangeboten im Haus möglich, die Überlastung zu beheben. Jede einzelne Überlastungsanzeige werde analysiert. Es werde versucht, mit den Meldenden ins Gespräch zu kommen und zu schauen, wie eine Überlastungssituation verhindert werden könne. Derzeit sei es aber nicht möglich, in jedem Fall sofort eine Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

Abg. Dr. Bohn erfragt hinsichtlich der Möglichkeit der Flexibilität Folgendes nach: Wer, sofern Ärzte aus der Schmerz- oder Palliativstation an anderer Stelle eingesetzt würden, versorge in der Zwischenzeit die Schmerz- oder Palliativpatienten? Da entstehe eine Lücke. Sie geht ferner auf die Aussage ein, dass sich die Personalausstattung nach der Belegung auf den Stationen richte und eine Pause in der Nacht durch die Hauptnachtschwache gewährleistet sei, und fragt nach, wie dies in der Praxis funktioniere. Konkret möchte sie wissen, wie viele Stationen es nachts gebe, wie viele Pausenzeiten anfielen und wie viele Hauptnachtschwachen es gebe. Außerdem fragt sie nach, ob die Gefährdungsanalysen für alle Berufsgruppen für alle Bereiche aktuell vorlägen.

Herr Dr. Nähnke legt dar, es gebe acht Stationen, die versorgt werden müssten. Dort bestehe die Möglichkeit, eine anständige Pause zu machen. Dann springe die Hauptnachtschwache ein beziehungsweise die Kollegin oder der Kollege, die oder der auf der gleichen Ebene der Nachbarstation tätig sei.

Dazu möchte Abg. Dr. Bohn wissen, ob sie die Aussage dahin gehend richtig verstanden habe, dass ohne jede Informationsübergabe eine Pflegekraft, die die Patienten nicht kennen könne, die Versorgung der Patientinnen und Patienten übernehme. Darauf gibt Herr Dr. Nähnke zu bedenken, dass in der Nacht eine Versorgung nur in Notsituationen notwendig sei, weil die pflegerische Tätigkeit in der Regel in den Tagschichten erfolge. Deshalb handele es sich um eine Nachtschwache und keinen Einsatz in der pflegerischen Tätigkeit. Daraufhin erkundigt sich Abg. Dr. Bohn danach, wer dann die Patienten auf der Station versorge, die die Pflegekraft

verlassen habe, um die Vertretung auf einer anderen Station zu übernehmen. Herr Dr. Nähnke erwidert, dass eine Unterstützung durch eine Station auf der gleichen Ebene oder über die Hauptnachtschicht erfolgen könne. Abg. Dr. Bohn hakt nach und legt dar, es gehe nicht um Unterstützung, sondern um Vertretung in Pausenzeiten. Herr Dr. Nähnke erwidert, darüber, wie der Ablauf im Einzelnen sei, müsse er sich informieren. Er werde die Antwort darauf nachliefern. Gefährdungsanalysen würden kontinuierlich für jeden Bereich erstellt.

Abg. Dr. Tietze stellt Fragen zur Gewinnstrategie des HELIOS-Konzerns. Herr Dr. Nähnke legt dar, dass er Zahlen aus Konzernsicht nicht kommentieren könne. Er könne sich nur auf die Klinik in Schleswig beziehen. Wichtigste Ressource im Klinikum seien Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nicht unerheblich seien die Sachkosten mit fast einem Viertel. Eingespart werde über Einkaufsverbände. Richtig sei auch, dass das Haus in Schleswig insgesamt etwas weniger Mitarbeiter habe als Mitbewerber. Gleichzeitig gebe es aber deutlich bessere Ergebnisse hinsichtlich der Qualität. Es werde mehr investiert, als dies die Mitbewerber täten. Durch die Investitionen könnten effizientere Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Er fasst zusammen, dass Personal- und Sachkosten ein ökonomisch wichtiger Bereich im Krankenhaus seien, dass die HELIOS Klinik in Schleswig möglicherweise weniger Mitarbeiter als ihre Mitbewerber habe, gleichzeitig aber ein besseres Outcome und insofern ökonomische Nachhaltigkeit.

Er legt dar, HELIOS beteilige sich am Neubau mit einem Betrag von 30 Millionen €. Dieser Betrag müsse erwirtschaftet werden. In dem Neubau könne effizient gearbeitet werden. So erkläre sich die vorliegende Gleichung. Überstunden - so auf einen Einwurf des Abg. Dr. Tietze - seien nicht Teil der Planung, wohl aber Teil der Kosten.

Abg. Pauls erkundigt sich danach, ob aktuell eine Station geschlossen sei und Patientinnen und Patienten in sachfremden Abteilungen versorgt würden. Im Übrigen widerspricht sie der Aussage, dass Pflegetätigkeit nicht in der Nacht stattfinde. Außerdem erkundigt sie sich danach, wie der Springerpool organisiert werden solle.

Herr Dr. Nähnke legt dar, derzeit sollten alle Stationen geöffnet sein. Das sei teilweise von Tag zu Tag unterschiedlich. Dass Patienten auch auf fachfremden Stationen versorgt würden, passiere hin und wieder. Das werde mit dem Neubau deutlich reduziert werden können. Über ein Springerpool wolle man sich noch mit dem Betriebsrat verständigen. Wie dieser organisiert werden solle, stehe noch nicht fest.

Abg. Dr. Bohn stellt vor folgende Nachfragen: Wie viele Pflegekräfte seien tagsüber eingesetzt? Sofern der Prozess der Gefährdungsanalysen kontinuierlich erfolge: Wann lägen diese vor? In wie vielen Fällen bei den genannten 900 Dienstplanänderungen handele es sich um einen einfachen Dienstplantausch?

Herr Dr. Nähnke macht deutlich, bei den 900 Fällen müssen man differenzieren zwischen denen, bei denen ein Dienstplantausch unter den Mitarbeitern stattgefunden habe, wobei es sich um ungefähr ein Drittel der genannten Fälle handele, und den Fällen, in denen Mitarbeiter angerufen würden, weil Engpässe eingetreten seien. In diesen Fällen seien ausdrücklich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angerufen worden, die dies ausdrücklich gewollt hätten. Es gebe im Haus eine klare Listenführung mit den Personen, die nicht angerufen werden wollten. Diese würden auch nicht angerufen. Diejenigen Personen, die angerufen würden, hätten immer noch die Möglichkeit, in dem Telefonat mitzuteilen, dass sie den Dienst nicht antreten wollten. Es werde niemand genötigt oder unter Druck gesetzt, einzuspringen.

Zur Besetzung der Stationen tagsüber führt er aus, dass diese tagsüber im Frühdienst mit drei examinierten Pflegekräften besetzt seien, im Spätdienst mit zwei.

Die Gefährdungsanalysen lägen für viele Bereiche vor und müssten teilweise erneuert werden. Dies geschehe nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Abg. Baasch erkundigt sich danach, ob auch das System der Leiharbeit eingesetzt werde. Im Übrigen merkt er an, dass der Konzern sich bewusst für einen Neubau entschieden habe.

Herr Dr. Nähnke legt dar, dass er sich über diese Situation nicht beschwere. Er freue sich vielmehr darauf, bald in das neue Haus einziehen zu können. Der Neubau bietet die Möglichkeit, das Haus so zu bauen, wie man glaube, dass es richtig sei. Man müsse allerdings sehen, dass die Investitionsmittel erwirtschaftet werden müssten.

Leiharbeiter würden nicht eingesetzt. Was es allerdings gebe, seien Vertretungsärzte. Im letzten Jahr sei im geringeren Maße auch im pflegerischen Bereich Vertretungspersonal beschäftigt worden.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Novelle der Gebührenordnung für Ärzte zügig umsetzen

Antrag der Fraktion der FDP

[Drucksache 18/3733](#)

Änderungsantrag der Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SSW

[Umdruck 18/5981](#)

(überwiesen am 22. Januar 2016)

hierzu: [Umdrucke 18/5646, 18/5730, 18/5755, 18/5981](#)

Die Koalition bringt den aus [Umdruck 18/5981](#) ersichtlichen Änderungsantrag ein.

Abg. Dr. Garg bezieht sich auf die Stellungnahme der Ärztekammer und legt dar, diese bewerte die Freiberuflichkeit anders, als er dies tue. Er habe im Übrigen zur Kenntnis genommen, dass in dem vorliegenden Änderungsantrag eine Reihe von Punkten des Ursprungsantrags aufgenommen worden seien. Allerdings sei die Formulierung, dass keine weitere „Aus-höhlung der Freiberuflichkeit des Arztberufes“ erfolgen solle, in dem Änderungsantrag nicht enthalten. Vor diesem Hintergrund könne er dem Änderungsantrag seine Zustimmung nicht erteilen.

Der Ausschuss beschließt den aus [Umdruck 18/5981](#) ersichtlichen Änderungsantrag mit den Stimmen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SSW gegen die Stimmen von CDU, FDP und PIRATEN.

Sodann empfiehlt der Ausschuss dem Landtag mit den Stimmen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und SSW gegen die Stimmen von CDU, FDP und PIRATEN, den Antrag in der geänderten Fassung anzunehmen.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Ehrenamt in Schleswig-Holstein stärken - Ehrenamtskarte attraktiver gestalten

Änderungsantrag der Fraktion der PIRATEN
[Drucksache 18/2045](#) - selbstständig

(überwiesen am 20. Juni 2014)

Der Ausschuss kommt auf Vorschlag der Abg. Rathje-Hoffmann überein, die Beratungen bis zur Vorlage der Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage zum Ehrenamt zurückzustellen.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Verdacht auf möglichen Betrug durch einzelne ambulante und stationäre Pflegedienstleister

Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP)

[Umdruck 18/5967](#)

Frau Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, versichert, sie teile uneingeschränkt die Auffassung des Abg. Dr. Garg, dass das Engagement einer ganzen Branche diskreditiert werde. Dies könne nicht in ihrem Sinne sein. Sie berichtet sodann, sie habe mit der AOK NORDWEST Kontakt aufgenommen. Nach Aussagen der AOK bestünden Hinweise auf Abrechnungsbetrug in Schleswig-Holstein. In der Kürze der Zeit habe dies nicht konkretisiert werden können, sodass sie heute nicht mehr dazu vortragen könne. Sie berichtet ferner, dass sie in der nächsten Woche Gespräche mit Vertretern der Krankenkassen führen werde, in der auch dieses Thema angesprochen werde, und geht auf die Absicht in Hamburg ein, eine Behörde mit der Überprüfung dieser Angelegenheit zu beauftragen. Die dort gewonnenen Erkenntnisse könnten sicherlich auch auf Schleswig-Holstein übertragen werden. Sie regt an, in diesem Zusammenhang Vertreter der AOK, des MDK sowie des vdek zu hören.

Abg. Dr. Garg bittet, dem Ausschuss die Erkenntnisse aus den Gesprächen mit den Kostenträgern zur Verfügung zu stellen, sodass auf der Basis dieser Erkenntnis entschieden werden könne, ob und wann die genannten Organisationen zu einem Gespräch zu dieser Thematik in den Ausschuss eingeladen werden könnten.

Staatssekretärin Langner legt ferner dar, dass beabsichtigt sei, das Thema auch auf der nächsten Gesundheitsministerkonferenz im Juni anzusprechen. Auf dieser Konferenz solle auch über erweiterte Prüfrechte der Länder insbesondere in der häuslichen Pflege gesprochen werden.

Abg. Baasch weist darauf hin, dass es hier um organisierte Kriminalität gehe. Er regt an, dass die Staatssekretärin in die Gespräche die Frage mitnehme, wie die Krankenkassen mit dieser Situation umgehen wollten.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Abg. Rathje-Hoffmann führt aus, bei ihrer Fraktion seien Hinweise eingegangen, dass die Frist zur Abgabe der Stellungnahmen zum Aktionsplan für Menschen mit Behinderungen mit Ende April zu knapp bemessen sei, und bittet die Landesregierung zu überlegen, diese Frist zu verlängern. - Staatssekretärin Langner sagt zu, diese Anregung mitzunehmen.

Der Ausschuss erteilt sodann dem Vorsitzenden die Ermächtigung, zu den anstehenden Veranstaltungen Runder Tisch „Heimerziehung“ auch ohne Rücksprache mit dem Ausschuss Einladungen auszusprechen.

Der Vorsitzende, Abg. Eichstädt, schließt die Sitzung um 16:10 Uhr.

gez. Peter Eichstädt

Vorsitzender

gez. Petra Tschanter

Geschäfts- und Protokollführerin