

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Stenographischer Dienst und Ausschusssdienst

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

Sozialausschuss

16. WP - 62. Sitzung (öffentlicher Teil)

am Donnerstag, dem 4. Dezember 2008, 14 Uhr,
im Sitzungszimmer des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)

Vorsitzende

Ursula Sassen (CDU)

Heike Franzen (CDU)

Torsten Geerds (CDU)

Niclas Herbst (CDU)

Wolfgang Baasch (SPD)

Jutta Schümann (SPD)

Heiner Garg (FDP)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Weitere Abgeordnete

Lars Harms (SSW)

Fehlende Abgeordnete

Peter Eichstädt (SPD)

Frauke Tengler (CDU)

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

Tagesordnung:	Seite
1. Bericht der Landesregierung zur Analyse des Verbraucherindex 2008 und die Auswirkungen auf Schleswig-Holstein	5
Antrag der Abg. Ursula Sassen (CDU) und Siegrid Tenor-Alschausky (SPD) Umdruck 16/3283	
2. Finanzierung von Palliativ Care Teams	9
hier: Gespräch mit - Dr. Dieter Paffrath, Vorstandsvorsitzender der AOK Schleswig-Holstein - Rudolf Facklam, Stellv. Leiter der VdAK Landesvertretung Schleswig- Holstein	
3. Sachstandsbericht des Sozialministeriums zum Stand der Arbeiten in den Kernkraftwerken Krümmel und Brunsbüttel	15
4. Bericht der Sozialministerin zu den Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf Schleswig-Holstein	21
Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP) Umdruck 16/3664	
5. Bericht des Sozialministeriums über den aktuellen Stand zur Einführung von Pflegestützpunkten und die Auswirkungen auf die derzeit vorhandenen trägerunabhängigen Pflegeberatungsstellen	46
Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP) Umdruck 16/3663 Antrag der Abg. Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	
6. a) Entwurf eines Pflegegesetzbuches Schleswig-Holstein - Zweites Buch - (PGB II) - Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung	48
Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 16/2290	

- b) Pflege muss sich am Menschen orientieren - Möglichkeiten auf Landesebene gestalten**
- a) Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 16/1601
- b) Mündlicher Bericht der Landesregierung
- c) Aktionsplan Demenz - Politisches Gesamtkonzept für an Demenz erkrankte Menschen**
- Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 16/1484
- 7. Betreuungsassistentinnen und -assistenten für Demenz gemäß § 87 b SGB XI** 49
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 16/2265
- 8. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bestattungsgesetzes** 50
- Gesetzesentwurf der Landesregierung
Drucksache 16/2286
- 9. a) Umsetzung der Initiative „Kein Kind ohne Mahlzeit“** 51
- Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 16/1947
- b) Beitragsfreie Kindertagesstätte, Stärkung der Qualität in den Kindertagesstätten und gesunde Mahlzeiten für alle Kinder**
- Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 16/2019
- c) Petition L142-16/1217
Kindertagesstätten und Schulen; Kinderernährung**
- Umdruck 16/3277
- 10. Verschiedenes** 52

Die Vorsitzende, Abg. Tenor-Alschausky, eröffnet den öffentlichen Sitzungsteil um 14 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest.

Vor Eintritt in die Tagesordnung setzt der Ausschuss die Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD betreffend **Frauenpolitik in Schleswig-Holstein**, Drucksache 16/1829 (neu), von der Tagesordnung ab. Die Tagesordnung wird in der insoweit geänderten Fassung gebilligt.

Abg. Dr. Garg regt an, die Herren Dr. Paffrath und Facklam, die zu Tagesordnungspunkt 2, Finanzierung von Palliativ Care Teams, eingeladen sind, auch an der Beratung des Tagesordnungspunktes 4, Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf Schleswig-Holstein, zu beteiligen. Abg. Baasch hält es für sinnvoll, zunächst mit der Landesregierung in einen Dialog einzutreten und gegebenenfalls in einem zweiten Schritt das Gespräch mit Vertretern von Kassen zu führen. Im Übrigen - so ergänzt Abg. Sassen - bleibe es den Vertretern der Kassen unbenommen, als Zuhörer an der Beratung des Tagesordnungspunktes 4 teilzunehmen.

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Bericht der Landesregierung zur Analyse des Verbraucherindexes 2008
und die Auswirkungen auf Schleswig-Holstein**

Antrag der Abg. Ursula Sassen (CDU) und Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)
Umdruck 16/3283

M Dr. Trauernicht führt aus, der Bundesverband der Verbraucherzentralen habe den Verbraucherschutzindex 2008 vorgelegt, der die Jahre 2006 und 2007 erfasse. Damit sei die Agentur Bridges Consulting Berlin zum vierten Mal mit der Erstellung eines solchen Verbraucherschutzindexes beauftragt worden. Dies habe er getan, obgleich es sehr kritische Diskussionen zu der Art der Auswahl der Indikatoren und zur Geeignetheit der Indikatoren für die Bewertung der Verbraucherschutzarbeit in den Ländern gegeben habe. Auf der letzten Verbraucherschutzkonferenz sei die Studie kritisiert worden; sie werde als ungeeignet betrachtet.

Der zentrale Kritikpunkt aus schleswig-holsteinischer Sicht sei, dass die Studie davon ausgehe, dass der Verbraucherschutz umso besser sei, je stärker er konzentriert sei und je stärker er im Namen eines Ministeriums oder im Namen von Beauftragten im Parlament auftauche. Auch im Parlament vorgelegte Berichte spielten eine Rolle. In Schleswig-Holstein gebe es

einen anderen Ansatz, nämlich einen interdisziplinären, querschnittsbezogenen Verbraucherschutzansatz. Verbraucherschutz müsse ihrer Ansicht nach in allen Ministerien eine Rolle spielen. Die von der Consulting Agentur angelegten Maßstäbe seien nicht geeignet, einen vernünftigen Maßstab anzulegen.

Beispielhaft führt sie aus, nur weil der Begriff „Verbraucherschutz“ in einem Namen des Ministeriums nicht mehr auftauche, falle Schleswig-Holstein um neun Plätze ab. Nur über die Begrifflichkeit könne aber kein Zusammenhang mit der geleisteten Arbeit hergestellt werden. Auch im Landtag nicht benannte Sprecherinnen und Sprecher der Fraktionen für Verbraucherschutz seien mit Minderpunktzahlen belegt worden. Hinzu komme, dass aufgrund der Internetrecherche offensichtlich die Realität, dass es verbraucherschutzbezogene Sprecherinnen und Sprecher im Schleswig-Holsteinischen Landtag gebe, nicht berücksichtigt worden sei. Im Gegensatz dazu steige Schleswig-Holstein im Untersuchungssegment von Platz 15 auf Platz 9, weil im Jahr 2007 ein Jahresbericht über Lebensmitteluntersuchungen herausgegeben worden sei.

Wünschenswert wäre es, wenn die Beratungsfirma ihre Analyse nicht vom Grünen Tisch aus Berlin über Papiervorlagen machte, sich nicht darauf beschränkte, sehr unzulängliche Fragebögen zu versenden und über Internetrecherchen an ihre Informationen heranzukommen. Ihr scheine, dem Verbraucherschutz wäre mehr gedient, wenn diese Untersuchung anspruchsvoller durchgeführt würde.

Vor diesem Hintergrund sei es unerfreulich, dass das Land Schleswig-Holstein bei der letzten Untersuchung auf Platz 16 gelandet sei. Das spiegele aber nicht die normale Arbeit im Bereich des Verbraucherschutzes wider.

Im Folgenden nennt M Dr. Trauernicht einige Beispiele für einen querschnittsbezogenen Verbraucherschutz:

Beim Datenschutzgesetz habe das Sozialministerium engen Kontakt mit dem Innenministerium, dem Landesbeauftragten für Datenschutz und der Verbraucherzentrale gehabt und sich erfolgreich über den Bundesrat und den damaligen Bundesdatenschutzgipfel in die Diskussion eingebracht. Bereits jetzt gebe es Gesetzesvorlagen, nach denen die Nutzung personenbezogener Daten zukünftig nur mit Einwilligung der Betroffenen möglich sei.

Ähnliches gelte für das Telekommunikationsgesetz. Auch dieses Thema sei im Querschnitt von mehreren Ministerien bearbeitet worden. Auch hier seien der Datenschutzbeauftragte und die Verbraucherzentrale einbezogen gewesen.

Ein weiteres Stichwort sei das Stichwort „Verbraucherschutz für Ältere“. Auch die Entwicklung von Pflegestützpunkten für die Beratung von älteren Menschen falle unter das Stichwort „Verbraucherschutz/Verbraucherberatung“. Das werde in den Fragebögen nicht abgefragt und gerate daher nicht in den Fokus der Studie, sodass auch hier die Realität nicht hinreichend abgebildet werde.

Sie könne eine Reihe weiterer Beispiele benennen, die deutlich machten, dass Verbraucherschutz anders bewertet werde. Gerade in der letzten Woche sei das Leitprojekt des schleswig-holsteinischen Kinder- und Jugend-Aktionsplans „Eins x Eins - Augen auf im Geldverkehr“ mit einer Auszeichnung der Vereinten Nationen versehen worden. In der nächsten Erhebung werde auch dies keine Rolle spielen, weil das Thema Jugendschuldenprävention nicht abgefragt werde.

Die Studie sei zusammenfassend nicht sehr aussagefähig. Sie, M Dr. Trauerenicht, unterstütze die Intention des Bundesverbandes des Verbraucherschutzes, dass dem Verbraucherschutz ein angemessener Stellenwert in der politischen Arbeit beigemessen werde. Ohne Zweifel könne der Verbraucherschutz weiter verbessert werden. Dies geschehe. Vor diesem Hintergrund solle man sich eher auf Einzelaspekte konzentrieren denn auf die Studie.

St Rabiüs ergänzt, er wolle Aussagen zu dem Bereich Kontrollbehörden machen. Geprüft worden seien Eichverwaltung und Lebensmittel- und Produktsicherheit. Für den letzten Bereich trage sein Ministerium die Verantwortung.

Abgeprüft worden seien einige Indikatoren, die deutlich machten, dass Kritik an der Systematik angebracht sei.

Gefragt werde, ob ein Jahresbericht für Lebensmittelkontrollen und -untersuchungen erstellt werde. Dies geschehe in Schleswig-Holstein. Dennoch müsse man sich die Frage stellen, warum die bloße Tatsache der Erstellung eines Berichtes die Rangfolge wesentlich beeinflusse.

Gefragt werde weiter nach der Anzahl der geprüften Unternehmen der Lebensmittelkontrolle im Verhältnis zu den von der Behörde erfassten Betrieben. Die Antwort auch auf diese Frage

sei nicht sehr aussagefähig. Außer Acht gelassen werde, dass ausschließlich der risikoorientierte Ansatz das Mittel einer effektiven Überwachung darstelle.

Auch die nächste Zahl, nämlich das Verhältnis der Zahl der untersuchten Proben im Verhältnis zur Einwohnerzahl, sei irrelevant. Sie könne zu falschen Schlüssen führen. Grundlage für das Untersuchungsprogramm sei ein einheitlich angewandtes Programm. Diese gesetzliche Bestimmung werde in Schleswig-Holstein eingehalten.

Ein weiterer Punkt sei die Beanstandungsquote bei der Lebensmittelquote. Diese sei in Schleswig-Holstein relativ hoch und betrage 20 %. Das sei darauf zurückzuführen, dass bei der Überprüfung ein risikosystematischer Ansatz gewählt werde.

Ein weiterer Indikator sei die Anzahl der Lebensmittelkontrolleure zur Anzahl der kontrollierten Betriebe. Auch dieser Quotient habe keinen großen Bezug in Hinsicht auf eine Bewertung für ein Länderranking.

Die Aussagen der M Dr. Trauernicht könnten also durch die wenigen von ihm genannten Beispiele aus dem Bereich der Lebensmittelkontrollen gestützt werden.

Abg. Birk plädiert dafür, in Zukunft den risikoorientierten Ansatz im Rahmen der Lebensmittelkontrollen verstärkt durchzuführen. Das halte sie für entscheidend, um Verbraucherschutz zu beurteilen. Sie erwarte in einem der nächsten Berichte zum Thema Lebensmittelsicherheit eine Aussage darüber, welche Entwicklungen hier stattgefunden hätten.

St Rabijs führt aus, dass das System der risikoorientierten Lebensmitteluntersuchung seit 2002 angewandt werde. Er erinnert in diesem Zusammenhang an bundesweite Skandale aus dem Lebensmittelbereich. Die Auswirkungen seien durchaus auch in Schleswig-Holstein zu spüren. Ziel der Untersuchungen sei, dass es keine Befunde gebe. Dabei dürfe man sich nicht auf eine Statistik verlassen, sondern müsse bei der risikoorientierten Untersuchung bleiben.

Abg. Sassen begrüßt, dass es sich beim Verbraucherschutz um eine Querschnittsaufgabe handelt. Sie merkt selbstkritisch an, dass die Kommunikation zwischen Verbraucherzentrale und politischem Bereich verbessert werden könnte. Ansonsten hält sie Schleswig-Holstein für gut aufgestellt.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Finanzierung von Palliativ Care Teams

hier: Gespräch mit

- Dr. Dieter Paffrath, Vorstandsvorsitzender der AOK
Schleswig-Holstein
- Rudolf Facklam, Stellv. Leiter der VdAK Landesvertretung
Schleswig- Holstein

Die Vorsitzende erinnert einleitend an den vom Sozialausschuss durchgeführten Runden Tisch zum Thema Palliativmedizin/Hospitz sowie die vom Ausschuss diesem Thema beige-messene Bedeutung.

Herr Dr. Paffrath, der Vorstandsvorsitzende der AOK Schleswig-Holstein, berichtet, seit 1. April 2007 gebe es eine neue gesetzlich verankerte Leistung im Sozialgesetzbuch, nämlich der Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Versorgung. Bundesweit gebe es derzeit eine Diskussion darüber, ob die Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung behindert werde. Das treffe seines Erachtens für Schleswig-Holstein nicht zu, und zwar deswegen, weil sehr frühzeitig die Diskussion mit dem Ministerium darüber begonnen worden sei, wie man sich diesem Thema zuwende. Allerdings habe abgewartet werden müssen, bis von Bundesebene entsprechende Richtlinien und Empfehlungen auf den Weg gebracht worden seien. Die Richtlinie sei am 1. März 2008 veröffentlicht worden. Empfehlungen seien später auf den Weg gebracht worden.

In der Zwischenzeit hätten erste Verhandlungsrunden mit Leistungserbringern stattgefunden, am 28. Mai 2008 die erste Verhandlungsrunde mit der KV, der AOK, der BKK, der IKK, dem VdAK, der Ärztekammer und der Ärztegenossenschaft. Die 14 im Land geförderten Leistungserbringer hätten sich eine professionelle Verhandlungsunterstützung gesucht und in der Ärztegenossenschaft gefunden.

Am 23. Juni 2008 hätten die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände vorgelegen, sodass dann zügig habe weiterverhandelt werden können.

In der Zwischenzeit habe es sechs Verhandlungsrunden gegeben. Man befinde sich noch nicht ganz am Ende. Er könne allerdings berichten, dass inhaltlich große Fortschritte erzielt worden seien; viele Fragen seien bereits geklärt. Offen sei gegenwärtig noch die Frage der Vergütung.

Er betont, die Kostenträger seien keinesfalls zögerlich. Derzeit warteten sie allerdings noch auf Unterlagen, die von den Leistungserbringern vorgelegt werden sollten. Sobald diese vorlägen, könne unverzüglich in die nächste Verhandlungsrunde eingestiegen werden.

Herr Facklam, der stellvertretende Leiter der VdAK Landesvertretung Schleswig-Holstein, fügt hinzu, den Leistungserbringern sei frühzeitig mitgeteilt worden, wie sich die Kostenträger die Vergütungsstrukturen vorstellen könnten. Über konkrete Beträge sei allerdings noch nicht gesprochen worden.

Abg. Baasch begrüßt die Verhandlungen und interessiert sich für die Eckpunkte der Finanzierungs- und Vertragsgestaltungen für PCTs.

Herr Facklam antwortet, die Grundlagen für die vertraglichen Regelungen seien die gemeinsamen Erklärungen der Spitzenverbände für eine Zulassung, die im Juni veröffentlicht worden seien. Ein kleines Problem sei, dass die Spitzenverbände in ihrer Empfehlung in der Endfassung von ihren ersten Entwürfen abgewichen seien. Darin sei vom Grunde her das abgebildet gewesen, was man versucht habe, in Schleswig-Holstein auf den Weg zu bringen, nämlich Palliativ Care Teams. Dieser Begriff findet sich in den verabschiedeten Empfehlungen nicht wieder, sodass es nunmehr andere Grundlagen gebe. Bereits frühzeitig hätten die Kassen vorgeschlagen, mit der Schaffung von Strukturen zu warten, bis die Regelungen vorlägen, die für die Umsetzung erforderlich seien. Die Palliativ Care Teams allerdings, die in den Verhandlungen mit am Tisch säßen, wollten ihre Organisationsform in die vertraglichen Regelungen einbringen. Das sei aber nach den geltenden Empfehlungen nur schwer möglich.

Abg. Sassen berichtet von dem im Rahmen des Runden Tisches vorgetragenen Wunsch, eher einen Rahmenvertrag denn Einzelverträge abzuschließen. Hierzu bitte sie um Stellungnahme.

Herr Dr. Paffrath bestätigt, dass dies eine der Forderungen der Palliativ Care Teams sei. Das aber sei nicht kompatibel mit den Empfehlungen. Darin sei geregelt, dass Verträge entweder mit einem verantwortlichen Arzt, der sich entsprechende Hilfsdienste sichere, oder mit einer Fachkraft für Palliativpflege, die ihrerseits entsprechende Personen einbeziehen könne, geschlossen werden müssten.

Der Grund dafür sei ordnungspolitischer Natur. Es sei nicht möglich, mit einer Gruppe von Leistungserbringern eine Art Closed Shop zu machen. Eventuelle neue Leistungserbringer könnten nicht dadurch ferngehalten werden, indem ein Rahmenvertrag geschlossen werde, der vorsehe, dass weitere Leistungserbringer den Bedarf nicht decken könnten. Daher spreche

einiges gegen einen solchen Rahmenvertrag. Angedeutet hätten die Krankenkassen allerdings, dass sie keinen Einwand dagegen hätten, wenn sich die Leistungserbringer weiterhin untereinander verständigten oder durch die Ärzteschaft eine professionelle Unterstützung bekämen.

Abg. Schümann fragt nach dem Grund, aus dem der Begriff „Palliativ Care Team“ in den Empfehlungen keine Berücksichtigung gefunden habe. Sie erinnert daran, dass in Schleswig-Holstein durch den Aufbau von Hospizen und Palliativ Care Teams eine Art Regelversorgung entstanden sei. Gleichzeitig sei auf Bundesebene die Möglichkeit gegeben, diese Versorgung mit zu finanzieren. Dies halte sie zunächst einmal für begrüßenswert.

Palliativ Care Teams seien multiprofessionale Teams und auch aus einer inhaltlichen Begründung heraus multiprofessional zusammengesetzt. Sie halte es für sinnvoll, ein solches Versorgungskonzept einzuführen, in dieser Zusammensetzung zu akzeptieren und vor diesem Hintergrund die notwendige Finanzierung dafür einzuwerben. Sie habe Sorge, dass sich die Teams, die sich aus fachlich-inhaltlicher Begründung etabliert hätten, möglicherweise auflösen, weil man zu einer anderen Art der Finanzierung kommen wolle. Vor diesem Hintergrund fragt sie nach einer Bewertung für die Zukunftsaussichten der in Schleswig-Holstein gewachsenen Versorgungsstrukturen. Sie befürchte, dass sich das Erfahrungswissen und das Kooperationswissen, das sich im Rahmen der bisherigen Entwicklung herausgebildet habe, verloren gehe.

Herr Facklam legt da, dass ihm die genauen Gründe für die jetzige Ausformulierung der Richtlinien nicht bekannt seien. Er halte es nicht für wahrscheinlich, dass die bestehenden Strukturen zerschlagen würden. Er könne sich vorstellen, dass ein wesentlicher Grund für die jetzige Formulierung der Empfehlungen sei, dass man für eine Vertragsgestaltung einen Vertragspartner brauche, der Verantwortung trage. In den Empfehlungen sei vorgesehen, dass der Leistungserbringer durch entsprechende Kooperationsverträge mit anderen an der Versorgung Beteiligten sicherstellen müsse, dass die Leistungen in dem Umfang erbracht würden, die die Richtlinien des Bundesausschuss vorsähen. Diese Verträge seien den Kassen auch vorzulegen. Die bestehenden Teams könnten durchaus eine Person aus ihrer Mitte auswählen, die einen entsprechenden Vertrag abschließe.

Herr Dr. Paffrath ergänzt, der Begriff Team sei keine Rechtsform im Sinn des BGB. Die Kassen bräuchten eine verantwortliche Person, die in diesem Fall nur eine natürliche Person sein könne. In diesem gesamten Bereich könnten durchaus komplizierte Haftungs- und Rechtsfra-

gen eine Rolle spielen. Dafür seien Strukturen notwendig, bei denen die Verantwortlichkeiten klar seien.

Vorstellung der Kassen sei, eine Bedarfsplanung durchzuführen, damit die verschiedenen Strukturen nicht untereinander in einen ruinösen Wettbewerb einträten. Die Vorstellung der Kassen gingen dahin, dass es etwa fünf Leistungserbringer im ambulanten Bereich gebe, die sich jedoch so organisieren könnten, dass alle bisherigen 14 Palliativ Care Teams entsprechend organisiert seien.

Auf eine Nachfrage der Abg. Schümann legt Herr Dr. Paffrath dar, dass in diesem Bereich mit einer gewissen Dynamik gerechnet werden könne. Im Rahmen normaler Fluktuation werde es immer wieder Neuerungen geben.

Abg. Birk fragt, wer die Sicherstellungsverantwortung habe, sowie nach der Berücksichtigung einer systematischen Ausbildung von ehrenamtlich Tätigen.

Herr Facklam erinnert daran, dass es bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einen gesetzlich definierten Auftrag gebe. Es bräuchten nur die Leistungserbringer zugelassen werden, die nach den Bedarfsermittlungen der Kassen notwendig seien. Insofern liege der Sicherstellungsauftrag bei den Kassen.

Herr Dr. Paffrath legt dar, bezüglich der Qualifikation gebe es genaue Vorgaben von Bundesebene, welche Zusatzqualifikationen und Erfahrungen vorhanden sein müssten. Diese Anforderungen seien in die Vertragsentwürfe aufgenommen worden und könnten dem Ausschuss zur Verfügung gestellt werden. - Die Vorsitzende nimmt dieses Angebot im Namen des Ausschusses an.

Abg. Baasch fasst zusammen, die Kassen beabsichtigten, mit fünf der Teams Verträge abzuschließen. Diese sollten die übrigen neun Teams einbinden. Er fragt, warum nicht mit allen 14 bestehenden Palliativ Care Teams ein Vertrag abgeschlossen werden könne. Weiter möchte er wissen, ob einem Team, wenn es aufgrund seiner gewachsenen Struktur die klaren Vorgaben nicht erfülle, Gelegenheit gegeben werde, „nachzurüsten“.

Herr Dr. Paffrath legt dar, dass sich die Kassen bei ihrer Planung von einer Formel hätten leiten lassen, die manchmal bei der Krankenhausplanung zugrunde gelegt werde. Man sei allerdings noch nicht am Ende der Verhandlungen mit den Verhandlungspartnern, was das Ausfüllen dieser Formel mit Parametern angehe. Betrachte man sich die Landesfläche und

wähle einen Erreichbarkeitsradius von 40 km, könne man durchaus mit fünf Stützpunkten auskommen. Dann könnten Erfahrungen, die bei einigen der Teams vorhanden seien, von anderen genutzt werden.

Abg. Baasch äußert Verwunderung über den gewählten flächenmäßigen Ansatz einer möglichen Versorgung. Eine Bedarfsermittlung nach Personenverteilung erscheine ihm angemessener. Daraufhin erläutert Herr Dr. Paffrath, dass die von ihm gewählte Darstellung stark vereinfacht gewesen sei. Die Planungsüberlegungen erfolgten unter Berücksichtigungen aller möglicher demografischer Varianten.

Auf eine Nachfrage der Abg. Sassen legt Herr Facklam dar, im Rahmen einer Bedarfsermittlung der Kassen werde festgelegt werden, wie viele Teams in Schleswig-Holstein notwendig seien und wie sie räumlich verteilt sein sollten. Mit den Vertragspartnern werde ein unbefristeter Vertrag abgeschlossen, vergleichbar mit denen, die auch mit anderen Leistungserbringern geschlossen würden. Dieser Vertrag sei so lange gültig, bis die Tätigkeit aufgegeben werde. Erst dann habe ein neuer Leistungserbringer die Möglichkeit, hier tätig zu werden.

Die Vorsitzende weist darauf hin, dass insbesondere im Hospizbereich eine große Menge hoch qualifizierter ehrenamtlicher Mitarbeiter vorhanden seien, auf die in der täglichen Arbeit nicht verzichtet werden könne. Dazu bitte sie unter den Aspekten der Ausbildung und der Supervision und insbesondere hinsichtlich der dadurch entstehenden Kosten um Stellungnahme.

Sie geht sodann auf stationäre Hospize ein und legt dar, dass Patienten, die dort hinkämen, vorher häufig von den spezialisierten Ärzten aus den Palliativ Care Teams behandelt worden seien. Sobald sich diese allerdings im Hospiz befänden, würden sie darauf verwiesen, dass nicht der spezialisierte Arzt, sondern der jeweilige Hausarzt die ärztliche Betreuung übernehmen solle.

Herr Dr. Paffrath hält es für erforderlich, die verschiedenen Angebote voneinander zu unterscheiden, nämlich das Angebot der Palliativ Care Teams von dem in Hospizen.

Hinsichtlich der Strukturen warteten die Kassen nunmehr darauf, dass die potenziellen Leistungserbringer entsprechende Angaben machten, auch dazu, wie ehrenamtliche Strukturen eingebunden werden sollten, wenngleich dies sicherlich nicht vergütungsrelevant sei. Herr Facklam fügt hinzu, im Vertragsentwurf werde ausdrücklich auf die Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Tätigen abgehoben.

Abg. Birk betont, dass die Tätigkeit, Ehrenamtler anzuleiten, nicht unter die Kategorie „nice to have“ falle, sondern auch im Rahmen der Vergütung Berücksichtigung finden müsse.

Abg. Franzen geht auf die Äußerung ein, dass die ehrenamtliche Tätigkeit nicht vergütungsrelevant sein solle. Sie fragt, ob die Kassen nicht ein hohes Interesse daran haben müssten, das Ehrenamt zu fördern. Eine derartige Förderung trage zur Kostenvermeidung bei.

Herr Dr. Paffrath erwidert, dass das Ehrenamt durchaus Berücksichtigung finde. Derzeit - so wiederholt er - werde auf die von den Leistungserbringern zugesagten Unterlagen gewartet. Je mehr Ehrenamtler tätig seien, desto günstiger sei es für die Kassen. Dies dürfe man aber nicht in den Vordergrund schieben. In einem solchen Fall könnte man den Kassen vorwerfen, sie versuchten, die Ehrenamtlichkeit auszunutzen.

Abg. Schümann stellt die Fragen, wie die Kassen die Anzahl derjenigen bewerteten, die im Palliativbereich qualifiziert ausgebildet seien, ob es Hilfestrukturen gebe, eine vernünftige Struktur gemeinsam mit Ehrenamtlichen insbesondere für die Begleitung im Sterbeprozess aufzubauen, und wie ein derartige Struktur aussehen sollte.

Herr Facklam legt dar, derzeit könne er keine Aussage zur Zahl der Leistungserbringer machen, die die Voraussetzungen erfüllten. Bekannt sei, dass es in Schleswig-Holstein etwa 30 Ärzte gebe, die eine entsprechende Weiterbildung gemacht hätten. Bei den Pflegediensten sei ihm die Zahl derzeit nicht bekannt. Bezüglich der Zusammenarbeit und der Aufgabenverteilung innerhalb der Teams verweist er auf die Ausführungen von Herrn Dr. Paffrath, wonach entsprechende Äußerungen aus dem Bereich der möglichen Leistungserbringer erwartet würden.

Abg. Baasch betont, er halte fünf Stützpunkte für zu wenig. Er bittet, auch in den Verhandlungen mit den Beteiligten noch einmal darüber nachzudenken. Außerdem interessiert er sich für den möglichen Kostenrahmen für den Bereich. Herr Facklam hält dies für schwer abschätzbar. Der einzige Anhaltspunkt sei die Gesetzesbegründung. Hier werde das Ausgabevolumen dargestellt, das für diesen Bereich eingeplant sei.

Die Vorsitzende bittet um Information nach Abschluss der Vertragsverhandlungen und schließt die Beratung zu diesem Zeitpunkt.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Sachstandsbericht des Sozialministeriums zum Stand der Arbeiten in den Kernkraftwerken Krümmel und Brunsbüttel

hierzu: Umdruck 16/3721

Auf Antrag der Abg. Birk wird die folgende Diskussion quasiwörtlich wiedergeben.

M Dr. Trauernicht: Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der ausführliche Sachstandsbericht liegt Ihnen ja schon in schriftlicher Form mit Stand vom 18. November 2008 in schriftlicher Form vor. Zu technischen Einzelheiten und Neuerungen seit diesem Zeitpunkt können die Fachleute aus meinem Haus auf Wunsch anschließend vertiefend Stellung nehmen.

Zahlreiche aus den Ereignissen vom 28. Juni 2007 resultierende Probleme sind inzwischen erfolgreich abgearbeitet worden. Das will ich an dieser Stelle deutlich hervorheben. Im Einzelnen bedeutet das für das Kernkraftwerk Krümmel, dass die Schadensursache für den Trafobrand geklärt ist, für den verbrannten Trafo AT01 ein Ersatztrafo eingebaut worden ist, die Gebrauchsfähigkeit der Trafos AT01 und AT02 festgestellt worden ist, weitere Trafos überprüft worden sind, das Konzept für wiederkehrende Prüfungen erweitert worden ist, die Leistungsschalter AC01 und AC02 durch einen andersartigen Typ ersetzt worden sind, lüftungstechnische Änderungen vorgenommen worden sind, sodass Brandgase nicht mehr von außen in das Schaltanlagegebäude gelangen können, das Speichervolumen des Prozessrechners zur Vermeidung von Datenverlusten erweitert worden ist und die Auswirkungen auf die betroffenen Anlagenkomponenten bewertet worden sind.

Im Kernkraftwerk Brunsbüttel sind folgende Maßnahmen durchgeführt worden: An der Turbinenüberwachung sind Ertüchtigungsmaßnahmen erfolgt, das Reaktorwasserreinigungssystem ist optimiert worden, an den Umleitsammlern sind konstruktive Änderungen zur Reduzierung von Schwingungsbelastungen vorgenommen worden, das Schnellabschaltungssystem ist modifiziert worden und zur Vermeidung von Schwelbränden an ölführenden Behältern sind konstruktive Änderungen durchgeführt und zusätzliche wiederkehrende Prüfungen durchgeführt worden.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, dieser recht umfangreiche Maßnahmenkatalog verdeutlicht, dass es mittlerweile in beiden Anlagen im Wesentlichen nicht mehr die Aufarbeitung der Störfälle ist, die einem Wiederauffahren entgegensteht, wenn auch noch einige Restpunkte zu erledigen sind. Offen ist insbesondere die von uns geforderte Einführung einer Audioaufzeichnung auf der Warte. Vattenfall lehnt eine solche ab. Ich werde diese Maßnahme deshalb mit einer Auflage fordern.

Der Fachbegriff heißt stillstandsbestimmend. Die Frage ist, was jetzt dazu führt, dass die beiden Kernkraftwerke immer noch stillstehen. Bestimmend dafür sind in beiden Anlagen zwei andere Themenkomplexe. Ausgelöst durch Befunde im Kernkraftwerk Biblis erging eine sogenannte Weiterleitungsnachricht der Gesellschaft für Anlagen und Reaktorsicherheit. Dadurch wurden auch in den Kernkraftwerken Krümmel und Brunsbüttel fehlerhafte Dübelverbindungen festgestellt, die einen erheblichen Sanierungsbedarf nach sich zogen. Um es auf den Punkt zu bringen: Eine Weiterleitungsnachricht muss die Atomaufsicht veranlassen, in den Kernkraftwerken nachsehen zu lassen, ob diese Probleme auch hier auftreten, die in Biblis aufgetreten sind. Das ist in den Kernkraftwerken Krümmel und Brunsbüttel im Hinblick auf die fehlerhaften Dübelverbindungen der Fall, sodass diese jetzt im Fokus der Betrachtung stehen.

Während im Kernkraftwerk Krümmel die Dübelproblematik weitgehend abgearbeitet ist, stehen im Kernkraftwerk Brunsbüttel noch zahlreiche Sanierungsarbeiten bezüglich der Dübel an, auch bezüglich der Standsicherheit von Stahlbühnen. Es gibt einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Sanierung der Dübel und der Standsicherheit von Stahlbühnen. Darüber hinaus sind im Zuge der während des Stillstands durchgeführten sonstigen Revisionsarbeiten mehrere meldepflichtige Ereignisse aufgetreten. Sie haben das ja in den Monaten nach dem 28. Juni verfolgt. So sind Einrisse an Absauger und Steuerleitungen sowie an den Armaturen festgestellt worden. Insbesondere die Sanierungen der betroffenen Armaturen wird in beiden Anlagen noch geraume Zeit in Anspruch nehmen. Sie kennen die Bedeutung der Risse. Das ist ganz aktuell zu sehen an den ICEs; hier sehen sie, welche Bedeutung 2 mm lange Risse haben können. Vor diesem Hintergrund ist dieses Thema sehr ernst zu nehmen.

Der in Krümmel und in Brunsbüttel noch bestehende Sanierungsbedarf ist in dem Sachstandsbericht, der Ihnen vorliegt, ausführlich beschrieben worden. Vor diesem Hintergrund meine ich, dass sich die Frage, die mir sehr häufig gestellt wird, selbst beantwortet. Die Frage lautet nämlich: Wann gehen die beiden Reaktoren wieder ans Netz? Ich habe durchaus Verständnis dafür, dass dies für die meisten Menschen eine wichtige Frage ist, auf die sie sich eine Antwort erhoffen. Ich habe allerdings immer gesagt und betone dies auch heute, dass die

Anlagen erst dann wieder angefahren werden können und auch wieder angefahren werden müssen, wenn alle sicherheitstechnisch bedeutsamen Probleme gelöst sind. Zu dieser Sichtweise gibt es nach dem Atomgesetz auch keine Alternative.

Ich habe immer wieder betont, dass es für das Wiederauffahren eine formale Voraussetzung gibt, die nicht unwichtig ist: Die jeweilige Betreibergesellschaft muss das Wiederauffahren beantragen. In meinem Sachstandsbericht habe ich gleich zu Anfang darauf hingewiesen, dass mir ein solcher Antrag bisher zu keinem der beiden Kernkraftwerke vorgelegt wurde und für die nähere Zukunft auch nicht angekündigt worden ist. Der für beide Reaktoren federführende Vattenfall-Konzern hat zuletzt keine Terminprognosen mehr abgegeben und stattdessen erklärt, man werde „weiter in Abstimmung mit Aufsichtsbehörde und den unabhängigen Gutachtern alles Nötige abarbeiten und erst danach wieder ans Netz gehen“.

Zu Wiederauffahrtszeitpunkten hat sich allerdings nach Presseberichten von November 2008 Wulf Bernotat geäußert. Das ist der Vorstandsvorsitzende des Mitbetreibers E.ON. Herr Bernotat nannte für Krümmel das zweite Quartal 2009 und für Brunsbüttel das zweite Halbjahr 2009. Als für die Reaktorsicherheit zuständige Ministerin beteilige ich mich an Terminspekulationen nicht. Für mich ist allein entscheidend, dass die sicherheitsrelevanten Probleme gelöst werden, unabhängig von Wiederauffahrtszeitpunkten. Diese - das zeigt der Sachstandsbericht - ist noch in vollem Gang.

Abg. Birk: Ich habe zwei technische Fragen und eine politische.

Erstens. Warum gestatten Sie als Reaktoraufsicht die Reparatur der beschädigten Armaturen im AKW Krümmel, und warum gibt es keine Auflage zur Neubeschaffung? Meine Kenntnis ist, dass es bisher keine Neubeschaffung der Armaturen gibt, sondern nur eine Reparatur. Das ist die eine Frage.

Zweitens. Die andere Frage bezieht sich auf Brunsbüttel. Entspricht die Konfiguration der Notstromversorgung dem heutigen Stand von Wissenschaft und Technik? Diese Frage hat uns auch früher schon sehr beschäftigt. Ich würde gern wissen, was sich seit der Reparatur getan hat.

Nun komme ich zu der politischen Frage. Ich durfte der Öffentlichkeit entnehmen, dass sich auch der Wirtschaftsminister mit den Betreibern über die Frage des Wiederauffahrens unterhalten hat. Das hat mich etwas verwirrt, weil Sie die Atomaufsicht haben. Gibt es da eine

Verständigung? Wie darf ich diesen Prozess verstehen? Sonst müssen wir hier demnächst auch den Wirtschaftsminister hören.

(Abg. Dr. Garg: Landtag, Frau Kollegin!)

Ich würde es gern bei dem belassen, was wir bisher haben. Insofern wäre es hilfreich zu wissen, welche Initiative wir vorliegen haben.

M Dr. Trauernicht: Zu der letzten Frage, Frau Birk. Sie haben einen Antrag im Landtag gestellt. Zu dem wird der Wirtschaftsminister einen Bericht abgeben. An dieser Stelle will ich nur so viel dazu sagen. Über diesen Besuch haben Herr Dr. Marnette und ich selbstverständlich gesprochen. Er ist von uns vorbereitet worden. Er ist von uns begleitet worden. Es steht außer Frage, dass dieser Besuch nicht die Absicht hatte, die Arbeit der Atomaufsicht durch den Wirtschaftsminister überprüfen zu lassen. Dem hätte ich auch vehement widersprochen. Aber in seiner Funktion als Wirtschaftsminister kann er das Wirtschaftsunternehmen Vattenfall selbstverständlich besuchen und sich einen Eindruck verschaffen. Darüber wird er sicherlich berichten. Er wird aber keinerlei Ausführungen über Bereiche machen, die in meinen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich fallen.

AL Dr. Cloosters: Meine Damen und Herren, zu den beiden technischen Fragen. Zunächst einmal, Frau Birk: Warum hat die Atomaufsichtsbehörde keine Auflage erlassen, mit der die Betreiber verpflichtet werden, neue Armaturen zu beschaffen? Die Antwort ist relativ einfach: Weil wir als Atomaufsicht den Betreiber im Ergebnis nicht vorgeben können und vorgeben müssen, wie er seine Anlage repariert und saniert. Das bleibt ihm überlassen. Entscheidend ist allein, dass die Anlage nach Durchführung entsprechender Reparaturen in einem sicherheitstechnischen Zustand ist, der in jeder Hinsicht sicherheitstechnisch in Ordnung ist, nicht zu beanstanden ist, mit dem ein Betrieb zugelassen werden darf. Das ist der Prüfmaßstab, den wir anlegen. Die Anlage muss sicher und zuverlässig sein. Ob dieser Weg durch Neubeschaffung von Armaturen erreicht wird oder im Wege einer Reparatur, die durchaus gängig ist, bleibt letztlich dem Betreiber überlassen. Wir können es ihm nicht vorschreiben. Eine entsprechende Auflage ist weder erforderlich, noch geeignet, noch wäre sie verhältnismäßig, um auch die juristische Kategorie hier anzusprechen. Im Ergebnis können wir das nicht. Aber wir werden darauf achten, dass die Reparaturen de lege artis durchgeführt werden und sicherheitstechnisch in jeder Hinsicht so akzeptiert werden können.

Zu Frage 2, Notstromversorgung. Das ist gegenwärtig nicht das stillstandsbestimmende und uns beschäftigende Thema, wie Sie dem Sachstandsbericht auch entnehmen können. Still-

standsbestimmend sind - das hat die Ministerin gerade auch deutlich hervorgehoben - die Themenkomplexe Sanierung von fehlerhaften Armaturen einerseits und Dübel beziehungsweise Stahlbühnen in Brunsbüttel andererseits. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von sonstigen Punkten, die aber nicht ein solches Gewicht haben, die auch nicht stillstandsbestimmend sind.

Keinesfalls ist das Thema Notstromversorgung, das Sie heute hier wieder angesprochen haben, ein stillstandsbestimmendes. Wir haben in diesem Ausschuss mehrfach vertieft über die Konstruktion der Notstromversorgung diskutiert. Ich denke, Sie werden sich noch daran erinnern. Wir haben das auch einmal schaubildmäßig demonstriert, dass wir hier eine Zweisträngigkeit mit der sogenannten Hosenbeinschaltung haben. Das sind drei Notstromdiesel, zwei den beiden Strängen fest zugeordnete, einer für die dritte Zuschaltung. Das ist eine Systematik, die aus der Richtungsphase resultiert, die seinerzeit geprüft und genehmigt worden ist und die auch heute - das haben wir hier auch deutlich gesagt - mit dem sogenannten Kerntechnischen Regelwerk, mit den KTA-Regeln, nach wie vor kompatibel ist.

In neueren Anlagen hat man selbstverständlich eine andere Notstromversorgung. Aber auch hier kommt es entscheidend darauf an, dass im Ergebnis die sicherheitstechnischen Schutzziele erreicht werden. Wir haben im Sozialausschuss an dieser Stelle in den vorangegangenen intensiven Diskussionen zur Konstruktion der Notstromversorgung deutlich gemacht, dass dies nach Sicht der Atomaufsicht gegeben war. - Vielen Dank zu diesen technischen Fragen.

Abg. Dr. Garg: Frau Vorsitzende, von Technik verstehe ich nicht so viel, deshalb habe ich keine technischen Fragen. Ich bin sicher, dass das bei der Sozialministerin gut aufgehoben ist.

Ich erlaube mir, zu Beginn folgende Anmerkung zu machen. Ich begrüße ausdrücklich, dass der Wirtschaftsminister auch die beiden Kernkraftwerke besucht und mit den Unternehmen Gespräche führt. Schließlich sind wir, die Opposition, es, die immer wieder darauf aufmerksam machen - unabhängig, wie man zur Kernenergie stehen mag -, dass der Stillstand unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung des Wirtschaftswachstums 2008/2009 haben wird. Insofern halte ich das für vollkommen richtig.

(Zuruf der Abg. Sassen)

- Die Auswirkungen auf den Landeshaushalt, Frau Kollegin Sassen, werden von der Sozialministerin bestritten. Vom Finanzminister habe ich dazu bisher noch nicht so viel gehört.

Ich stelle nach Ihrem Bericht, Frau Ministerin, fest: Es gibt keine Anträge auf Wiederanfah-
ren. Deswegen meine Frage - die können Sie gern unter „politisch“ verbuchen -: In der letzten
Plenardebatte, die sich um die Frage der weiteren friedlichen Nutzung der Kernenergie rankte,
habe ich dem Plenum einen Vorschlag unterbreitet, die durchaus auch bei den Freunden einer
dauerhaften Nutzung der Kernenergie auf Zustimmung stieß. Es ging um die Überlegung, ob
es nicht intelligenter wäre, auch angesichts dessen, was gerade hier berichtet wurde, die Rest-
strommengen der beiden Meiler Krümmel und Brunsbüttel auf den verbleibenden neueren
Reaktoren in Schleswig-Holstein zu übertragen. Ist dieser Vorschlag im Plenarsaal geblieben,
oder gibt es da schon politische Gespräche etwa mit dem Betreiber, ob so etwas für ein Wirt-
schaftsunternehmen überhaupt vorstellbar wäre? Sie können das im Zweifel zwar politisch
anstoßen, haben aber wohl nicht einen solchen Einfluss, das durchzusetzen.

M Dr. Trauernicht: Die Erörterung dieser Frage, deren Intention mir politisch durchaus na-
heliegt, wie ich in diesem Ausschuss schon mehrfach zum Ausdruck gebracht habe, ist keine
Frage, die die für die Atomaufsicht zuständige Sozialministerin berührt, sondern das ist eine
Frage, die sich an den Wirtschaftsminister richtet. Darüber wird er sicherlich berichten kön-
nen, wenn Sie ihn fragen.

Vorsitzende: Gibt es weitere Wortmeldungen? - Das scheint nicht der Fall zu sein. Ich be-
danke mich herzlich für die über den Bericht hinausgehenden Informationen.

Ich schließe diesen Tagesordnungspunkt.

(Unterbrechung: 15:30 bis 15:40 Uhr)

Punkt 4 der Tagesordnung:

Bericht der Sozialministerin zu den Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf Schleswig-Holstein

Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP)
Umdruck 16/3664

hierzu: Umdruck 16/3742

Auf Antrag des Abg. Dr. Garg wird die folgende Diskussion quasiwörtlich wiedergegeben:

Abg. Dr. Garg: Bevor ich nach dem Bericht zu Einzelfragen komme, habe ich eine Bitte. In der Medieninformation des Ministeriums für Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein vom 14. November 2008 lässt die Ministerin verkünden, dass die AOK Schleswig-Holstein in 2009 140 Millionen € mehr als 2008 zur Verfügung hat. Vielleicht könnten Sie in Ihrem Bericht darlegen, auf welcher Berechnungsgrundlage Sie zu dem Schluss kommen, dass die AOK Schleswig-Holstein 2009 140 Millionen € mehr bekommt als in 2008.

M Dr. Trauernicht: Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lieber Herr Garg, das will ich gern tun. Auch Ihr Antrag, den Sie vorgelegt haben, lautet so, dass ich dies erläutern möge.

Zunächst eine Vorbemerkung. Der Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt in Bonn verwaltet. Das Bundesversicherungsamt führt auch die zur Umverteilung der Gelder an die Krankenkassen notwendigen Berechnungen in alleiniger Kompetenz und in alleiniger Verantwortung durch. Das Bundesversicherungsamt ist auch alleinige Sammelstelle für alle rechnungsrelevanten Daten, die die Kassen einzeln an das Bundesversicherungsamt übermitteln und die dort im Rahmen des Gesamtrechenprogramms aggregiert werden.

Daher ist es anderen Instanzen und Institutionen nicht möglich, vergleichbare Rechnungen oder Kontrollrechnungen durchzuführen, insbesondere auch nicht den Landesaufsichten oder den jeweiligen Krankenkassen. Insbesondere Vorher-/Nachhervergleiche, Berechnungen kassenübergreifender oder gar bundesweiter Auswirkungen des Gesundheitsfonds sind weder den Ländern noch den Krankenkassen möglich.

Nun komme ich zu den konkreten Fragestellungen des Herrn Abgeordneten Dr. Garg. Er bat, ich möge darlegen, aufgrund welcher Berechnungsgrundlage die AOK Schleswig-Holstein in 2009 140 Millionen € mehr als in 2008 erhalten soll. Wie Sie gerade gesagt haben, gehe ich davon aus, dass die Fragestellung auf die Presseerklärung des Sozialministeriums zurückgeht, in der es heißt:

„Auch die AOK Schleswig-Holstein wird bessergestellt. Nach Angaben aus dem Bundesgesundheitsministerium erhält sie 2009 rund 140 Millionen € mehr aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen, als sie in 2008 an Einnahmen hatte.“

Diese erste Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums, die ich am Tag vor der Berichterstattung über die angeblich negativen Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf Schleswig-Holstein vom Bundesversicherungsamt erhalten habe, ist am 20. November 2008 vom Bundesversicherungsamt präzisiert worden. Danach erhält die AOK rund 200 € mehr pro Versicherter im Jahr 2009 als im Jahr 2008. Bei rund 700.000 Versicherten - das war der Ausgangspunkt für die Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums - ergibt dies eine Steigerung um 140 Millionen €. Je nach tatsächlichem Versicherungsstand variiert diese Summe. Das Bundesversicherungsamt hat die Gesamtsumme aufgrund der Versichertenzahl der AOK, die aktuell vorliegt, auf 127 Millionen € spitz präzisiert.

Zum Hintergrund: Die Information, dass Schleswig-Holstein Verliererland sei, erreichte uns an einem Donnerstag Spätnachmittag. Am Freitag waren die Meldungen in den Medien davon bestimmt. An diesem Donnerstag habe ich mich im Bundesgesundheitsministerium um die Zahlen bemüht. Ich habe in den Folgetagen in engem Kontakt sowohl mit dem Bundesgesundheitsministerium als auch mit dem Bundesversicherungsamt gestanden, weil das Bundesversicherungsamt dasjenige Amt ist, das alleinig überhaupt Zahlen liefern kann.

Herr Dr. Garg, Sie bitten weiter, zu berichten, mit welchen Mehreinnahmen und -ausgaben die Kassen in Schleswig-Holstein in 2009 kalkulieren müssen.

Zunächst zu den Mehreinnahmen: Von den rund 2,4 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Schleswig-Holstein sind weniger als 40 % bei landesunmittelbaren Kassen versichert. Die überwiegende Mehrzahl sind Versicherte bei bundesunmittelbaren Kassen, die kein „Regionalbudget für Schleswig-Holstein“ führen. Insofern sind präzise Angaben zu dieser Frage nur begrenzt möglich. Die den landesunmittelbaren Krankenkassen zur Verfügung stehenden Einnahmen sind wettbewerbsrelevante interne Betriebsdaten und können nicht im Einzelnen

in einer öffentlichen Ausschusssitzung von mir erörtert werden. Hierzu müssten die Kassen im Einzelnen befragt werden.

Insgesamt stellt sich die Situation nach der Gesundheitsreform für die in Schleswig-Holstein Versicherten so dar, dass die Krankenkassen nach Informationen des Bundesversicherungsamtes über Mehreinnahmen in Höhe von 415 Millionen €, bezogen auf die schleswig-holsteinischen Versicherten, verfügen. Dies ergibt sich aus den ersten Rechnungen des Bundesversicherungsamtes zur Verteilung der aus dem Gesundheitsfonds insgesamt zur Verfügung stehenden Finanzmengen. Diese Zahl errechnet sich, wenn man die bereinigten Beitragseinnahmen des Jahres 2008 gemäß § 33 a Abs. 4 Risikostrukturausgleichsverordnung mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vergleicht, die gemäß § 33 b Risikostrukturausgleichsverordnung zu errechnen sind. Die Differenz daraus ist zu ergänzen um den monatlichen Anpassungsbetrag je Versicherten gemäß § 33 c Abs. 2 Satz 2 der Risikostrukturausgleichsverordnung.

Sie sehen, dass die anzustellenden Berechnungen im Rahmen einer Verordnung sehr präzise festgelegt sind und das Bundesversicherungsamt alle Berechnungen auf dieser Basis durchführt und damit eine Vergleichbarkeit unter den Ländern herstellt.

Was die Mehrausgaben betrifft, ist hierzu eine konkrete Aussage naturgemäß nicht möglich. Generell kann man aber Folgendes sagen: Die Ausgaben der Krankenkassen werden maßgeblich durch die Inanspruchnahme von Leistungen an die Versicherten bestimmt und von den dazu auszuverhandelnden Preisen der Leistungsanbieter. Hierfür kalkulieren die Krankenkassen im Rahmen ihrer Erfahrungswerte beziehungsweise Einschätzungen zu den Verhandlungsergebnissen entsprechende Steigerungsraten in ihre Haushalte ein, die sich selbstverständlich differenziert darstellen, zum Beispiel nach stationärer Behandlung, nach Arzneimittelverordnung oder auch durch veränderte Vergütungen für niedergelassene Ärzte. Das legen sie im Rahmen ihrer Hauspläne der Aufsicht vor.

Ganz generell zu der Frage der Mehrausgaben hat die Politik mit der Gesundheitsreform Bereiche vorgesehen - über einen Bereich haben wir in dieser Sitzung diskutiert, das ist der Bereich der palliativmedizinischen Versorgung im ambulanten Bereich -, in denen Mehrausgaben und deren Mehraufwand auch in den Gesundheitsfonds eingeflossen sind. Die Schätzungen zu diesem Mehraufwand gehen in Teilen durchaus auseinander. Betroffen sind im Wesentlichen die Bereiche Krankenhaus, ärztliche Honorare und Pharma. Mit Blick auf die Mehrausgaben wird man erst präzise Auskunft geben können, wenn die Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen abgeschlossen sind.

Lassen Sie mich als für Schleswig-Holstein zuständige Gesundheitsministerin sagen: Auch wenn das Ministerium in vielen Bereichen nur Moderationsfunktion hat, ist das politische Ziel klar: Gleiche Leistungen sollen gleich honoriert werden, egal ob hier oder in anderen Ländern. Das bedeutet, dass die Voraussetzungen dafür besser geworden sind, weil die AOK bei gleichzeitiger Absenkung der Beitragseinnahmen hier im Land höhere Mittel aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen bekommen hat und damit bessere Verträge für unsere Ärzte und Krankenhäuser möglich werden.

Mit Blick auf die bundesunmittelbaren Kassen kommt es ganz entscheidend darauf an, dass die Frage der gerechten Finanzierung von den Kassen so wahrgenommen wird, dass sie ihre Verträge so ausgestalten, dass Leistungserbringer in Schleswig-Holstein für ihre Leistungen dieselbe Summe wie Leistungsempfänger in anderen Bundesländern erhalten. Das war in der Vergangenheit nicht der Fall. Das möchte ich ausdrücklich sagen. In der Vergangenheit sind von schleswig-holsteinischen Versicherten Mittel in andere Bundesländer geflossen. Das gilt sowohl für krankenkassenbezogene Ausgleichs - Stichwort AOK; ich erinnere hier an die schwierige finanzielle Situation der AOK Berlin, ich erinnere an die Situation in ostdeutschen Ländern -, das gilt aber auch für die anderen Krankenkassen, die bundesunmittelbar sind. Auch hier ist es zu einem Abfluss und einer Finanzierung von Infrastruktur in anderen Bundesländern durch schleswig-holsteinische Versicherte gekommen.

Nichtsdestotrotz zum Schluss: Es gibt keine länderbezogene Betrachtungsweise. Sie ist der Bundeskrankenversicherung systemfremd. Hierzu gibt es verschiedene Studien, verschiedene Einschätzungen. Sie alle haben erhebliche Nachteile. Deswegen denke ich, dass bei einem Vorher-/Nachhervergleich die entscheidende Größe die ist, dass man das im nächsten Jahr nach den Auskünften des Bundesversicherungsamtes in Schleswig-Holstein 5,4 Milliarden € für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehen werden. Dies sind circa 415 Millionen € mehr als im Jahr zuvor.

Abg. Dr. Garg: Vielen Dank, Frau Ministerin. - Ich gehe davon aus, dass Ihnen der Begriff der fiktiven Landeskasse bekannt ist. Mit ihm versucht man beispielsweise, die bundesweit operierenden Ersatzkassen länderanteilmäßig sozusagen auf die einzelnen Bundesländer umzurechnen.

Nach der Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds vom 14. November 2008 des Bundesversicherungsamtes wird der sogenannte Anpassungsbetrag für Schleswig-Holstein mit 4,9917 € angegeben. Meine Fragen in einem ersten Fragekomplex hierzu: Erstens. Auf welcher Berechnungsgrundlage wurde dieser Anpassungsbetrag gemäß § 272 SGB V errechnet? Zwei-

tens. Ist aus Ihrer Einschätzung Schleswig-Holstein im Sinne des Gesetzes belastet, oder ist Schleswig-Holstein im Sinne des Gesetzes nicht belastet? Ausweislich der Begründung zum Regierungsentwurf der GKV-WSG mit der Drucksachenummer 16/3100 auf Seite 170 „sollen die zugrunde zu legenden länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen durch ein Gutachten, dessen Fragestellungen unter Mitwirkung der Länder festgelegt sind, ermittelt werden“. Frau Ministerin, ich frage Sie: Wie und in welchem Umfang hat die Landesregierung hierzu mitgewirkt? Wie wurden die länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen ermittelt? Zu welchem Ergebnis kam das Gutachten für Schleswig-Holstein? Seit wann war der Landesregierung das Ergebnis dieses Gutachtens bekannt?

Abschließend zu diesem Fragekomplex - sonst wird es unübersichtlich -, ob Schleswig-Holstein im Sinne des Gesetzes belastet ist, die Frage - ich frage jetzt nicht spitz, weil mehrere Zahlenkorridore durch die Diskussion geistern; aber wenn man von den 4,9917 € ausgeht -: Wie schätzen Sie es ein: Trifft es zu, dass eine Gesamtbelastung im Sinne des Gesetzes in den nächsten drei Jahren von rund 530 bis 545 Millionen € auf Schleswig-Holstein lastet, die bei fehlender Konvergenzklausel sogar bei 700 Millionen € liegen würde?

Ich kündige jetzt schon weitere Fragen an. Ich glaube aber, es macht Sinn, an dieser Stelle zunächst einmal die Frau Ministerin zu diesem Fragenkomplex antworten zu lassen.

Vorsitzende: Das macht Sinn, Herr Dr. Garg, weil die Fragen, die Sie schriftlich vorformuliert haben, dem Rest des Ausschusses so nicht vorliegen und uns guttut, zumindest ansatzweise noch in Erinnerung zu haben, welche Fragen Sie gestellt haben.

M Dr. Trauernicht: Herr Kollege Garg, Sie sprachen von einem Gutachten. Welches Gutachten meinen Sie? Es sind viele Gutachten gemacht worden.

Abg. Dr. Garg: Ich beziehe mich auf das Gutachten im Rahmen des GKV-WSG, das die Fragestellung der länderspezifischen Be- und Entlastungswirkungen durch das Gesetz zum Gegenstand haben soll.

AL Fleck: Wer ist der Verfasser dieses Gutachtens?

Abg. Dr. Garg: Das ist mir nicht bekannt, wer der Verfasser dieses Gutachtens ist.

(Abg. Harms: Das steht im Gesetz als Anforderung!)

M Dr. Trauernicht: Es gibt ein Gutachten, das im Kontext der Entstehungsgeschichte der Konvergenzregel bei Wasem et al. in Auftrag gegeben worden ist. Darüber haben wir hier auch schon diskutiert, wenn ich mich richtig erinnere. Dabei ging es um die Frage: Wie sind die Länder be- oder entlastet? Das Gutachten kam insbesondere zu dem Ergebnis, dass die Konvergenzregel systemwidrig sei. Politisch sei anzuraten, sie nicht einzuführen. Sie ist dennoch eingeführt worden - aus politischen Gründen, wie Sie wissen.

Diese Studie hat zum Ergebnis gehabt, dass vor Einführung des Gesundheitsfonds in Schleswig-Holstein aus Schleswig-Holstein 356 Millionen € in andere Länder abfließen.

Ich will in der Reihenfolge Ihrer Fragen antworten. Sie haben zunächst gefragt: Wie ist der Anpassungsbeitrag je Versicherten von 4,99 € ausgerechnet worden? Er ist ausgerechnet worden auf der Basis des § 33 c Abs. 2 Satz 2 RSAV. Ich kann den Paragraphen gern vorlesen, aber das führt uns auch nicht weiter. Das Bundesversicherungsamt rechnet das aus.

Sie haben mich gefragt, ob dies eine fiktive oder tatsächliche Be- und Entlastung ist. Die Frage war etwas unklar.

(Abg. Dr. Garg: Ich habe gefragt, ob im Sinne des Gesetzes Schleswig-Holstein belastet ist!)

- Dazu hat mir der Chef des Bundesversicherungsamtes folgendes Schreiben geschickt:

„Darstellungen, Schleswig-Holstein verliere durch die Einführung des Gesundheitsfonds, sind unzutreffend und irreführend.“

Staatssekretär Dr. Schröder schreibt Folgendes:

„Dass Schleswig-Holstein größer Verlierer der Gesundheitsreform sei, ist die falsche Lesart.“

Genau das ist der Punkt. Es ist die falsche Lesart.

„Schleswig-Holstein ist Gewinner, da insgesamt“

- ich habe die Summe genannt -

„mehr Geld nach Schleswig-Holstein fließt, als ohne Gesundheitsfonds und ohne Einheitsbeitrag zur Verfügung stünden.“

Ich will die Be- und Entlastung dennoch etwas näher erläutern:

„Die Übergangsregelung zur Einführung des Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V und die näheren Bestimmungen der §§ 33 ff. Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ... sehen eine Berechnung vor,“

- so Herr Dr. Hecken vom Bundesversicherungsamt -

„deren Ergebnis keine realen Be- und Entlastungen von Bundesländern, sondern lediglich fiktive Be- und Entlastungen sind. Insbesondere ist die Aussage falsch, ein Bundesland verliere 100 Millionen € - oder welche Summe auch immer - durch die Einführung des Gesundheitsfonds.“

Er hat mir geschrieben:

„Lassen Sie mich kurz näher erläutern, wie diese fiktiven Be- und Entlastungen je Bundesland berechnet werden. Grundsätzlich werden fortgeschriebene Einnahmen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenübergestellt. Die fortgeschriebenen Einnahmen werden berechnet auf der Grundlage der am 30. Juni 2008 geltenden Beitragssätze. Zusammen mit den ab Juni 2009 zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2007 resultierenden Beitragseinnahmen, die um den bis Ende 2008 geltenden Risikostrukturausgleich inklusive Risikopool bereinigt und den Bundesländern zugeordnet werden. Diese fiktiven Einnahmen sind“

- jetzt kommt es -

„insbesondere dort besonders hoch, wo die Krankenkassen im Jahr 2008 besonders hohe Beitragssätze erhoben haben. Abschließend wird die Summe dieser fiktiven Einnahmen über alle Bundesländer dem Niveau der Zuweisungen angeglichen, um sie vergleichbar zu machen.

Werden die solchermaßen ermittelten ‚Einnahmen‘“

- ersetzt: den Ansprüchen -

„nun den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüberstellt, können Länder als belastet erscheinen, in denen Krankenkassen 2008 überdurchschnittlich hohe Beitragssätze aufwiesen. Nach meiner Kenntnis erhebt die AOK Schleswig-Holstein einen Beitragssatz von 16,2 % (einschließlich der nun vom Mitglied zu zahlenden 0,9 %). Obwohl 2009 also diese Versicherten mit Gesundheitsfonds und einheitlichem Beitragssatz von 15,5 % weniger Beiträge zahlen müssen als ohne Fonds, sorgt die Konvergenzregelung dafür, dass Ihr fiktiv belastetes Bundesland zusätzlich Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhält.“

Er schreibt weiter:

„Sehr geehrte Frau Ministerin, ich hoffe, dass es mir gelungen ist, deutlich zu machen, dass Schleswig-Holstein nicht durch die Einführung des Gesundheitsfonds benachteiligt wird.“

Ich hoffe, meine sehr geehrten Damen und Herren, dass ich das auch machen konnte, obwohl ich Ihnen zugestehe, dass die Materie sehr komplex ist. Deswegen noch einmal: Es ist die falsche Lesart. Hier ist man auf die falsche Spur gesetzt worden. Die Fakten zählen. Es zählt, wie viel mehr Geld im Land Schleswig-Holstein ist, obgleich die Beitragszahler in unterschiedlicher Weise be- und entlastet sind.

Lassen Sie mich dazu auch noch ein Wort sagen: Die Beitragszahler sind bundesweit um rund 0,5 % belastet worden. In Schleswig-Holstein sind sie nur um 0,3 % belastet worden. Das liegt hauptsächlich daran, dass wir große Versorgerkassen wie zum Beispiel die AOK mit fast 700.000 Mitgliedern haben, die eine Beitragssenkung von 0,7 % hat. Vor diesem Hintergrund können wir von der derzeitigen Situation profitieren, wenn denn die Mittel tatsächlich im Land bleiben. Das ist eine entscheidende Frage an die Kassen, die Leistungsträger, die Leistungserbringer und ihre Verhandlungen.

AL Fleck: Die Frage nach dem Anpassungsbetrag ist bisher etwas untergegangen, Herr Dr. Garg. Die 4,99, die Sie zitiert haben, ergeben sich schlicht und ergreifend dadurch, dass der Kappungsbetrag, also das, was aus der Konvergenzklausel dem Land Schleswig-Holstein rein rechnerisch verbleibt, durch die Zahl der Versicherten geteilt wird. Das sind rund 41,2 Millionen. Dadurch entsteht die Zahl zu dem Anpassungsbetrag. Sie ist überhaupt nicht aussagekräftig. Es ist eine relative Zahl. Maßgeblich ist letztlich das Verhältnis der Zahl der

Versicherten zu der Summe. Man guckt auf die Tabelle und fragt sich: Warum ist Schleswig-Holstein so ein Ausreißer? Das liegt schlicht und ergreifend daran, dass diese Zahl nur eine Relation abbildet. Das ist praktisch eine Zahl ohne Aussagewert.

M Dr. Trauernicht: Folgender Hinweis scheint mir noch wichtig zu sein: Bei unseren Recherchen zu der Situation nach Einführung des Gesundheitsfonds hat mir Herr Hecken gesagt, dass es nach den Berechnungen so zu sein scheint, dass schleswig-holsteinische Bürgerinnen und Bürger im Durchschnitt deutlich gesünder sind als Bürgerinnen und Bürger anderer Bundesländer und deswegen die Mittel aus dem Risikostrukturausgleich, der sehr differenziert ist und mehr als 80 Krankheiten erfasst, erstaunlich gering sind.

Mich hat das nicht ruhen lassen, und ich habe die Frage aufgeworfen, ob es nicht sein kann, dass wir nicht gesünder sind, sondern dass die Krankheiten in Schleswig-Holstein statistisch nicht so abgebildet ist, es sich also um einen statistischen Effekt handelt. Diese Frage habe ich an die Kassen weitergegeben. Interessanterweise sind die Kassen an diesem Thema auch bereits dran. Ich hoffe, dass wir zu einem schnellen Ergebnis kommen. Es gibt nämlich in absehbarer Zeit zwei Termine, in denen diese sehr vorläufigen Berechnungen noch korrigiert werden können. Wir haben immer deutlich gemacht, dass wir die Umsetzung der Gesundheitsreform und des Gesundheitsfonds von Schleswig-Holstein aus sehr kritisch begleiten. Diese Diskussion gab es auch im Landtag. Wir erwarten, dass es zu Nachkorrekturen kommt, wenn es zu nicht gewollten Effekten kommt, was wir auch hier im Blick haben. Aber in der Gesamtbilanz gibt es dafür zurzeit keinen Anlass, weil die zusätzlichen Mittel von 415 Millionen € mehr sind, als dem Königsteiner Schlüsselentspräche, wenn man das einmal umrechnet. Es geht also mehr in die Gesundheitsversorgung, nämlich circa 10 Milliarden €. Damit sind wir ganz gut bedient. Deshalb gibt es zurzeit keinen Anlass zum Klagen.

Aber selbstverständlich gibt es bei Einführung eines neuen, so komplizierten Systems Anlass, sehr genau zu hingucken, zu überprüfen, zu begleiten und sensibel zu sein, und zwar immer mit dem Ziel - ich denke, da bin ich auch mit den Kassen einig -, so viel Geld nach Schleswig-Holstein, so viel Geld für eine gute gesundheitliche, medizinische Versorgung wie nur möglich.

Abg. Dr. Garg: Ich spare mir die Bemerkung für den Abschluss des zweiten Fragekomplexes auf. Sie haben schon mehrfach die Konvergenzklausel eingeführt, auf die sich der zweite Fragenkomplex beschäftigt.

Frau Ministerin, Sie haben in der 82. Sitzung des Schleswig-Holsteinischen Landtages am 23. April 2008 - Plenarprotokoll Seite 6.052 - Folgendes ausgeführt:

„Einfluss können wir allerdings noch nehmen, weil die Bundesregierung noch eine Vorlage zur Umsetzung der Konvergenzklausel vorlegen muss. Im Hinblick hierauf werden wir selbstverständlich die Interessen des Landes Schleswig-Holstein wahrnehmen. Es könnte gut sein, dass die Umsetzung dieser Konvergenzklausel am Widerstand der meisten Länder scheitern wird.“

Sie haben weiterhin gesagt:

„Wir haben immer gesagt, dass wir uns gegen den Egoismus der süddeutschen Länder zu wehren wissen.“

Auch die Wirkung einer solchen Konvergenzklausel muss spitz gerechnet werden, gerade weil wir - da bin ich völlig mit Ihnen einig, nicht zulasten unserer Versorgungs- und Kostenstruktur in Schleswig-Holstein Münchener Facharztumsätze oder Stuttgarter Krankenhauskosten quasi zu Höchstpreisen finanzieren wollen. Dieses Petitum haben wir im Kabinett sehr früh als Basis für unsere Zustimmung nach Berlin signalisiert, kommuniziert, und wir werden auch weiterhin darauf achten.“

Ich habe mir - diese Zahl kommt nicht von uns, der FPD, sondern vom Bundesversicherungsamt, die Zahl 4,9917 zu Eigen gemacht und sie mit den 2,3 oder 2,4 Millionen Versicherten - über diese Zahl wollen wir uns nicht streiten - multipliziert und die zumutbaren Maximalbelastungen hinzuaddiert. Ich komme dann auf eine Belastung, die um und bei 240 Millionen € liegt, die wir nicht zu tragen haben, weil wir dank Herrn Stoiber maximal 100 Millionen € zu tragen haben. Sie können mich gleich gern korrigieren. Ich habe das so verstanden, dass die Konvergenzklausel so wirkt, dass die maximale Belastung 2009 auf 100 Millionen € und in 2010 auf 200 Millionen € und in 2011 auf 300 Millionen € gedeckelt wird. Vor dem Hintergrund, dass das Bundesland Bayern - jedenfalls nach meiner Kenntnis - viermal so groß ist wie Schleswig-Holstein, frage ich Sie, warum Sie im Bundesrat nicht Ihren Einfluss geltend gemacht und auch für Schleswig-Holstein eine entsprechende Verhandlungsposition erarbeitet haben, die diese Maximalbegrenzung nicht auf 100 Millionen €, sondern auf 25 Millionen € pro Jahr begrenzt hätte. Ich fände das zumindest angemessen die Interessen Schleswig-Holsteins vertretend, wenn wir beide uns einig sind, dass Bayern in etwa viermal so groß wie Schleswig-Holstein ist.

Zu Ihren bisherigen Ausführungen. Wir können uns gern darüber streiten, was Sie unter fiktiv und nicht fiktiv verstehen. Ich beziehe mich ausschließlich auf die Drucksache, insbesondere auf § 272. Ich stelle zum Ersten Folgendes fest: Schleswig-Holstein hätte im kommenden Jahr ohne den Gesundheitsfonds mehr Mittel zusätzlich für die Patientenversorgung zur Verfügung gehabt als mit Gesundheitsfonds. Ansonsten wäre es beinahe lächerlich, in einem Schreiben vom 14. November eine Liste des Bundesversicherungsamtes verbreiten zu lassen, in dem Belastungsfaktoren angegeben werden, also die sogenannten Anpassungsbeträge entsprechend länderspezifisch dargestellt werden.

Zum Zweiten stelle ich fest, dass uns die stoibersche Konvergenzklausel in drei Jahren um und bei 150 bis 180 Millionen € erspart. Ansonsten wäre die Belastung Schleswig-Holsteins noch höher. Ich stelle fest, dass Sie Ihren Einfluss nicht haben geltend machen können oder wollen - wie auch immer -, dass die Konvergenzklausel, die Sie als gar nicht so „fröhlich“ bewertet haben - wenn ich mich an bestimmte Plenardebatten erinnere -, für Schleswig-Holstein eine längere und mildere Anpassungsphase hätte erwirken können,

(Baasch: Hätte, könnte, wollte!)

sodass insgesamt mehr für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestanden hätte, wenn Sie Ihren Einfluss hätten geltend machen können. - Kollege Baasch, ich kann verstehen, dass Sie das nicht besonders gern hören, denn Sie haben im Plenum immer zugestimmt, als mit unseren Anträgen verfahren wurde, wie mit Ihnen verfahren worden ist. Ich stelle hier und heute fest - ob Ihnen das gefällt oder nicht -: Schleswig-Holstein hätte in den kommenden drei Jahren ohne Gesundheitsfonds mehr für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung gehabt.

(Abg. Baasch: Es steht trotzdem fest, dass wir mehr Geld haben!)

Das ist keine ideologische Frage pro oder kontra Gesundheitsreform, wenn ich feststelle, dass wir mehr zur Versorgung gehabt hätten. Ich werfe Ihnen und der Regierung vor, dass das der politische Preis für diesen Formelkompromiss ist.

M Dr. Trauernicht: Das waren im Wesentlichen Feststellungen. Ich stelle noch einmal fest, dass Ihre Lesart völlig falsch ist. Wenn ich Sie vielleicht nicht überzeugen kann, so doch der Chef des Bundesversicherungsamtes oder andere erfahrene Menschen in diesem Bereich. Ihre Lesart ist definitiv falsch.

Das Zitat, das Sie aus der Plenardebatte vorgetragen haben, ist völlig richtig. Dem stimme ich auch heute noch zu. Ich habe auch sehr interessante Zitate von Ihnen aus diesen Plenardebatten.

Ich sage definitiv noch einmal: Ihre Interpretation ist falsch, ist interessengeleitet. Schon die Aussage, dass wir ohne Gesundheitsfonds mehr Geld zur Verfügung gehabt hätten, ist definitiv falsch. Das hätte nämlich bedeutet, dass die AOK ihre Beiträge hätte erhöhen müssen, und zwar über die 16,2 % hinaus. Nur dann hätten wir mehr Geld zur Verfügung gehabt. Was das für unser Land bedeutet, wenn die AOK und andere Kassen ihre Beiträge noch mehr hätten erhöhen müssen, wissen Sie auch. Vor diesem Hintergrund habe ich eine völlig andere Interpretation des Geschehens. Die richtige Lesart ist die: Wie viel Geld steht in Schleswig-Holstein für die medizinische Versorgung der Menschen zur Verfügung? Das sind nach den Berechnungen des Bundesversicherungsamtes 415 Millionen € mehr. Diese Zahl ist so lange fiktiv, wie sie nicht durch die Verträge realisiert wird. Deshalb noch einmal: Es kommt entscheidend darauf an, dass dies realisiert wird.

Hätte es die Konvergenzklausel nicht gegeben, hätte es eine völlig andere Rechenart gegeben. Keiner - nicht einmal der Chef des Bundesversicherungsamtes - könnte sagen, wie die Verteilung nach Ländern wäre, wenn es die Konvergenzklausel nicht gegeben hätte. Vor diesem Hintergrund ist Ihre Rechnung gegenstandslos. Ganz im Ernst. Ein bisschen mehr Vaterlandsliebe wäre da angezeigt. Wir alle wollen doch das Gesundheitsland Schleswig-Holstein stärken. Wer hat denn etwas davon - ob Oppositionspolitiker oder Krankenkassenfunktionär oder wer auch immer -, wenn wir die Situation jetzt in Grund und Boden reden und behaupten, es sei insgesamt knapp?

Die Lage ist eine andere. Wir alle müssen dafür kämpfen - jeder von uns hat Möglichkeiten in der Hand, daran mitzuwirken -, dass gleiche Leistungen überall gleich bezahlt werden, ob hier oder in Bayern. Die Möglichkeiten sind besser denn je, dieses Ziel zu erreichen. Ohne Gesundheitsfonds - Sie wissen, dass ich keine große Anhängerin des Gesundheitsfonds gewesen bin - hätten wir diese Chance gar nicht. Dann wäre die Situation schlicht und ergreifend die gewesen, die wir vorher hatten: Die AOK muss ihre Beiträge erhöhen, um bessere Leistungen finanzieren zu können, und die anderen Kassen, die nicht landesunmittelbar sind, haben über ihre Verträge einen Abfluss von Beitragseinnahmen aus Schleswig-Holstein in andere Länder, in Metropolen und in ostdeutsche Länder und sonstwo hin.

Ich weiß, es ist eine ganz schwierige Materie. Ich weiß auch, dass Sie durch den parlamentarischen Abend der Krankenkassen - ich sage es einmal so - aufs falsche Pferd gesetzt worden

sind. Das sage ich hier ganz klar und deutlich. Das finde ich auch sehr bedauerlich. Es ist nämlich zu einem Zeitpunkt zu einer Diskussion gekommen, die der Sache nicht dient. Ich will auch gar nicht mutmaßen, welche Motive eine Rolle gespielt haben könnten. Ich glaube, wenn das Motiv war zu signalisieren, man habe kein Geld für die Verhandlungen, die mit den Ärzten und den Krankenkassen anstehen, dann ist das ein Rohrkrepierer gewesen. Mit diesen Debatten ist nämlich deutlicher geworden, wie die Situation insgesamt ist.

Ein Zahlenstreit, der durch diese Debatte ausgelöst worden ist - die einen sagen dies, die anderen sagen das -, hilft uns als Gesundheitsland nicht weiter. Wir haben andere Herausforderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen, als dass wir diese Art von Streit miteinander betreiben. Deswegen noch einmal: Die Situation ist so, wie sie ist. Wir haben an verschiedenen Stellen zu arbeiten. Die eine Stelle ist die Stelle der Quotierung. Das ist eine wichtige Frage an die Krankenkassen und an die Ärzte selbst. Denn die Abbildung der 80 häufigsten Krankheiten im Risikostrukturausgleich ist entscheidend dafür, was man über den Risikostrukturausgleich aus dem Fonds bekommt. Hier möchte ich sozusagen nicht schon wieder im Hintertreffen sein, indem wir eine schlechtere Ausgangslage haben als andere Bundesländer. Das muss aufgeklärt werden. Daran gibt es keinen Zweifel.

Mit Blick auf den Fonds und auf die Konvergenzregel ist festzustellen, dass 141 Millionen € in diesem Jahr zusätzlich auf die Zuweisungen draufkommen. Diese Summe wollen wir nicht nur erhalten, sondern in den nächsten Jahren gesteigert wissen. Daran werden wir selbstverständlich arbeiten. Darüber werden wir mit dem Bundesversicherungsamt und dem Bundesgesundheitsministerium und allen anderen im Gespräch bleiben. Ich glaube, dass es besser wäre, eine Art runden Tisch mit den Krankenkassen, mit den Leistungserbringern durchzuführen und dieses Ziel vor Augen miteinander zu arbeiten, als dass wir gegeneinander arbeiten. Ich jedenfalls sage: Kein Mensch hat etwas davon, wenn hier behauptet wird, Schleswig-Holstein ist der Verlierer, was aber de facto nicht der Fall ist.

Abg. Birk: Das ist in der Tat eine komplexe Materie. Bisher hatten wir die Situation, dass das Land Schleswig-Holstein die Krankenkassen nicht an seiner Seite hatte, wenn es darum ging, die Basisfallwerte bundesweit zu vereinheitlichen. Das habe ich sehr bedauert. Eigentlich müsste im Interesse der Krankenkassen sein, Leistungsgerechtigkeit herzustellen, gerade wenn man daran denkt, dass viele bundesweit organisiert sind. Ich habe nie richtig verstanden, warum an diesen Strukturen festgehalten werden sollte.

Jetzt haben wir eine Situation, in der die Krankenkassen sagen, sie sind als regionale Kassen, auch wenn die meisten bundesweit organisiert sind, benachteiligt. Sie, Frau Trauernicht, sa-

gen uns, das sei nicht der Fall, und haben das gerade mit Zahlen belegt. Herr Garg sagt: Es muss aber einen Grund geben, dass Herr Stoiber diese Notbremse eingezogen hat. Offenbar hat das Bundesversicherungsamt selbst erkannt, dass es Ungerechtigkeiten gibt, sonst hätte es sich nicht auf die stoibersche Kombination eingelassen. Sie sagen darüber hinaus, Frau Trauernicht hätte noch besser verhandeln sollen als Herr Stoiber.

Jetzt kommt eine dritte interessante Geschichte, nämlich: Die Grundlage, aufgrund derer wir möglicherweise überhaupt benachteiligt sein könnten, sind schlechte Statistiken über unsere Krankheits- und Gesundheitslage. Und das, obwohl wir ein Gesundheitsland sind, das in diesem Bereich vorbildlich sein müsste mit zwei Universitätskliniken, mit großen Reha-Standorten, mit an manchen Orten alterslastiger Bevölkerung. Eigentlich müssten wir in dem Risikostrukturausgleich explodieren. Wenn wir uns da besonders wenig niederschlagen, kann man sagen, es ist die gesunde Luft oder die Leute gehen nicht zum Arzt oder schreiben nichts auf oder was auch immer. Das ist natürlich eine interessante Frage.

Ich habe versucht zu rekapitulieren, ob ich alles richtig verstanden habe. Im Augenblick scheint es einen Vergleich insofern zu geben. Der Gesundheitsfonds ist ein in sich geschlossenes System. Das kann man für gut, für richtig oder für falsch halten. Ich halte es auch nicht für glücklich. In diesem geschlossenen System nach den Parametern, die dort eine Rolle spielen - auch ich habe versucht, das Gutachten von Wasem und anderen zu lesen, in dem Sie nachweisen, dass das Versicherungsamt leider ungeschickt rechnet -, haben wir Nachteile, die ausgeglichen werden, und zwar nur befristet. Insofern ist Ihre Kritik berechtigt. Warum hat es dieses Land überhaupt nötig, dass Nachteile ausgeglichen werden? Ihre Antwort: Weil der Gesundheitsfonds Mist ist.

Die Frage, die Frau Trauernicht beantwortet, ist eine ganz andere: Wären die Nachteile größer, wenn wir keinen Gesundheitsfonds hätten? Sie sagen Nein, Frau Trauernicht sagt Ja.

Die Frage ist insofern: Wenn wir keinen Gesundheitsfonds hätten, hätten wir ein anderes System schaffen müssen, um regionale Nachteile, die es offenbar gibt, und Nachteile, die es ohne Risikostrukturausgleich in größerem Maße gibt, auszugleichen. Wir haben aber dieses andere System nicht. Insofern müssten Sie Ihre Fragestellung im Grunde genommen an das Bundesversicherungsamt richten, warum es bei Schleswig-Holstein zu solchen Nachteilen kommt, wieso eine neue Formel aufgelegt wird, die erneut zu Nachteilen für einige Bundesländer führt, warum man diese Formel nicht gleich richtig machen kann. Das ist die Frage, die dahintersteckt.

Meine Frage an Sie, Frau Trauernicht, ist: Glauben Sie, dass die mangelnde Abbildung unseres Krankheitsgeschehens - das ist ja eine These, die Sie haben - der einzige Verzerrfaktor ist, oder gibt es noch andere Möglichkeiten - auch wenn wir im Ergebnis glücklicherweise mehr Geld für unseren Versicherten zur Verfügung haben -, noch andere Faktoren?

Meine zweite Frage. Sie haben deutlich betont, dass es nun in die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geht. Was können wir als Politik tun - insofern ist es gut, dass Vertreter der Kassen hier sind, auch wenn sie nicht mit am Tisch sitzen -, um zu verhindern, dass das Geld, das uns faktisch zur Verfügung stehen könnte, nicht abgerufen wird, weil unsere Basisfallwerte, die bundesweit nicht angeglichen sind, so miserabel sind, dass wir die Summen selbst bei bestem Willen und freundlichem Verhalten der Kassen nicht erreichen werden, auch wenn wir das Geld gut gebrauchen könnten? Es darf natürlich nicht sein, dass wir die Kassen zu unlauteren Abrechnungsmethoden zwingen. Sie müssen mit dem Basisfallwert, den sie im Augenblick vorfinden, rechnen und müssen auf dieser Grundlage verhandeln. Dann kommt vielleicht raus, dass uns in der Summe weniger zur Verfügung steht. Ihren Appell habe ich so verstanden, dass das sein kann. Meine Frage ist, welche Möglichkeiten es gibt, um nicht wieder neue Verzerrungen, die uns im bundesweiten Vergleich bei der Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds wieder ins Hintertreffen bringen würden, herbeizuführen.

M Dr. Trauernicht: Ich hatte gleich am Anfang gesagt: Nicht wir können das bewerten, sondern das macht das Bundesversicherungsamt. Ich sage noch einmal: Die Lesart, dass Schleswig-Holstein benachteiligt sei, weil es Geld aus der Konvergenzklausel erhält, ist nach absoluter Überzeugung von Herrn Hecken - vielleicht sollten Sie ihn einmal selbst einladen; ich habe mehrfach mit ihm gesprochen - eine völlig falsche Lesart. Die Erklärung, warum wir überhaupt etwas daraus bekommen, ist ein wenig verblüffend, weil es eigentlich eine Schutzklausel für Länder gewesen ist, die eher höhere Honorarabschlüsse hatten. Deswegen muss man fragen, warum das so ist. Der entscheidende Grund, den ich vorhin genannt hatte - so sagt der Chef des Bundesversicherungsamtes -, ist die Art, wie das berechnet wird. Es sind nämlich nur fiktive Be- und Entlastungen. Es wird so gerechnet, dass der Beitragssatz der Kassen zu einem bestimmten Zeitpunkt prognostisch hochgeschrieben wird. Da die AOK einen so hohen Beitrag hatte, hat man prognostiziert hochgerechnet und ist bei einem sehr hohen Satz angekommen. Weil wir so weit oben sind, kriegen wir jetzt etwas aus der Konvergenzklausel. Das ist also ein ganz anderer Grund.

Der zweite Grund kann sein - sagt Herr Hecken; es ist eine These; ich weiß nicht, ob es stimmt -, dass unsere Bevölkerung gesünder ist, weil wir weniger aus dem Risikostrukturaus-

gleich erhalten. Wir haben ja einen verfeinerten Risikostrukturausgleich, der das Risiko der Erkrankung in den Blick nimmt und insgesamt 80 Krankheiten berücksichtigt. Der sagt, wir seien verblüffend gesund. Als Sozialwissenschaftlerin und Politikerin sage ich: Das ist einerseits sehr erfreulich, andererseits würde ich gern wissen, ob das möglicherweise ein Kodierproblem ist. Das habe ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung angesprochen. Das hat der Herr Staatssekretär bei Herrn Paffrath angesprochen. Ich habe andere Vertreter von Krankenkassen gefragt. Das ist ein Thema, dessen man sich annimmt. Dazu kann ich heute nicht mehr sagen.

Das sind die zwei entscheidenden Gründe. So hat es der zuständige Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium diese Woche noch einmal formuliert. Das sind die 141 Millionen € - wenn man so will - on top.

(Zuruf: Windfall Profits!)

- Windfall Profits. Die sind sozusagen on top, weil der hohe Beitragssatz der AOK hochgerechnet worden ist. Real sind diese 5,4 Milliarden € nicht durch Verträge im Land gebunden. Es handelt sich um eine fiktive Berechnung. Sie könnten hier aber verausgabt werden.

Ich sage noch einmal, dass wir nicht benachteiligt sind. Schauen Sie sich das einmal aus der Perspektive der AOK an. Aus interessierten Kreisen ist Politikern gesteckt worden: Wenn es den bundesweiten Basisfallwert gibt, für den Frau Trauernicht so kämpft, dann bedeutet das eine höhere Belastung der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, weil die Krankenkassenbeiträge steigen. Da waren sogar meine Mitstreiter zeitweilig alarmiert und haben gesagt: „Oh je, das haben wir nicht gewollt.“ Auch die Unternehmerverbände haben gesagt: „Dann sind wir auch nicht mehr für den bundesweiten Basisfallwert.“ Sie haben dabei völlig übersehen, dass mit dieser Neukonstruktion die Realität eine ganz andere ist. Die Beiträge sinken bei der AOK um 0,7 %, weil es einen Einheitsbeitrag gibt. Trotzdem kriegt die AOK mehr Geld. Ob die 127 Millionen €, die das Bundesversicherungsamt angibt, oder das, was die AOK selbst angibt, weil sie eine andere Berechnungsgrundlage nimmt - auf jeden Fall ist eines klar: Sie erhält deutlich mehr Geld, und das bei abgesenkten Beiträgen.

Wir können jetzt also Schritte in Richtung eines bundesweiten Basisfallwertes machen, ohne dass die AOK pleitegeht - um es einmal ganz konkret zu sagen. Das ist also ein Gewinn dieser neuen Reformsituation. Die müssen wir allerdings nutzen; da haben Sie Recht. Deswegen sage ich: Das muss sich jetzt in Verträgen realisieren. Das bedeutet für die bundesunmittelbaren Kassen, dass sie mit Blick auf die Schleswig-Holstein-Verbundenheit darauf achten, dass

das Geld im Land bleibt und nicht in Verträge abfließt, die anderen Bundesländern höhere Basispauschalen ermöglichen als bei uns.

Abg. Dr. Garg: Liebe Frau Ministerin Dr. Trauernicht, ich kann Sie beruhigen: Mich hat weder die böse AOK noch sonst eine Kasse auf dem parlamentarischen Abend -

(M Dr. Trauernicht: Von böse habe ich nicht gesprochen! Es ist eine wichtige Kasse, die ich sehr schätze!)

erschreckt wie eine Heuschrecke vor einem großen Greifvogel. Ich habe, das können Sie im Plenarprotokoll von Oktober 2006 nachlesen - davor gewarnt, dass sich der Gesundheitsfonds für Schleswig-Holstein nachteilig auswirken wird.

(Dr. Trauernicht: Da haben Sie sich eben geirrt!)

- Nein, ich habe mich eben nicht geirrt. Ich behaupte nach wie vor - beide Aussagen stehen in diametralem Gegensatz zueinander; daran kann ich auch nichts ändern -, Sie führen die Öffentlichkeit mit Ihren Zahlenspielerien in die Irre. Ich bin überzeugt davon, dass man, wenn man seriös nachrechnet, genau zu dem Ergebnis kommt, dass Schleswig-Holstein ohne Gesundheitsfonds mehr zur Verfügung stünde.

Ich gebe Ihnen gern zu: Dies werden wir heute, weil wir auf unseren beiden Meinungen beharren - darauf lege ich auch Wert - nicht lösen können.

Ich möchte folgende Punkte zu bedenken geben:

Erstens. Ich muss Ihnen doch nicht erzählen, wie sich das Beitragsaufkommen insgesamt entwickelt beziehungsweise wovon das abhängt. Das sind mehr als die Faktoren, die Sie gerade genannt haben. Es kommt auf die Beschäftigungssituation an. Es kommt auf die Einkommensentwicklung an. Es kommt auf die Entwicklung der Grundlohnsumme an. Sie haben gerade auf die Frage der Kollegin Birk so getan, als wäre mit dem Einheitssatz alles locker flockig besser geworden, und haben alle anderen Faktoren ausgeblendet.

Die AOK Schleswig-Holstein hat - ich habe mich schlaue gemacht; widersprechen Sie mir, wenn es falsch ist - um und bei 600.000 Versicherte. Selbst wenn man den augenblicklichen Trend des Beitragssatzes, wie Sie gerade gesagt haben, extrapoliert, hat der Beitragssatz all der anderen Ersatzkassen - es sind etwa 2,3 bis 2,4 Millionen Versicherte -, die sich hier auf

dem Markt tummeln und die einen niedrigeren Beitragssatz haben, auch eine bestimmte Auswirkung auf das, was Sie hier gerade vorgetragen haben. Ich bitte Sie, wenn Sie mit solchen Zahlen operieren, die Gesamtsituation in Schleswig-Holstein korrekt darzustellen. Deswegen haben ich Sie vorhin gefragt, ob Ihnen der Begriff der fiktiven Landeskasse bekannt ist.

Ich habe zwei Fragen, von denen ich weiß, dass Sie sie aus dem Steggreif vermutlich nicht beantworten können. Deswegen bitte ich, sie schriftlich zu beantworten.

Die erste Frage lautet: Wie hoch sind die Einnahmen für Schleswig-Holstein gemäß § 272 Abs. 1 Satz 3 SGB V?

Die zweite Frage lautet: Wie hoch sind die Einnahmen für Schleswig-Holstein gemäß § 272 Abs. 2 SGB V?

Das hat etwas damit zu tun, dass Sie gerade selber erläutert haben, mein in die Irre geführter Weg liege daran, dass ich die ganzen Zahlenoperationen rein fiktiv zu betrachten hätte. Ich will das einmal zusammenfassen. Eigentlich haben Sie gesagt, die Anpassungsbeträge, die das Bundesversicherungsamt bekannt gegeben hat, seien eine reine Zahlenjongliererei, und man bräuchte sie eigentlich gar nicht.

(M Dr. Trauernicht: Habe ich nicht gesagt!)

- Wenn Sie das nicht gesagt haben, kommen wir dem Kern unserer Differenz vielleicht näher. Ich interpretiere nämlich die 4,9917 als Belastung für Schleswig-Holstein pro Versichertem. Offensichtlich interpretieren Sie eine Belastung insgesamt als Mehreinnahme für das Land und insgesamt für eine bessere Versorgung. An dieser Stelle sind wir eben unterschiedlicher Auffassung.

M Dr. Trauernicht: Lieber Herr Garg, ich habe auch gar nicht damit gerechnet, dass ich Sie überzeuge. Aber ich bitte doch sehr, dass wir bei alledem sachlich bleiben. Zahlenspielerien habe ich hier nicht gemacht. Ich habe die Zahlen vorgetragen, die vom Bundesversicherungsamt auf der Basis der Risikostrukturausgleichsverordnung und anderen Verordnungen berechnet worden sind. Ich habe auch die richtigen Bezeichnungen gebraucht. Deswegen noch einmal: Die 4,9917 lauten ganz offiziell Anpassungsbetrag je Versicherten und sind - so die Aussage von Herrn Hecken - positiv für die Finanzausstattung unseres Landes. Sie sind berechnet nach § 33 c Abs. 2 Satz 2. Auch das hatte ich bereits gesagt. Dass die Versicherten zahlen der AOK Schleswig-Holstein zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich sind,

ist klar. Es sind nicht 600.000. Nach aktuellem Stand sind es 659.000. Pro Versicherten fließt aus dem Gesamtfonds eine bestimmte Summe nach Schleswig-Holstein. Diese Summe steigt pro AOK-Versichertem nach Berechnungen des Bundesversicherungsamtes auf der Basis von § 33 um circa 200 € -

(Zuruf des Abg. Dr. Garg)

- auf 2.747 € pro Jahr, um auch das genau zu sagen. Das ist doch positiv. Das kann so stehen bleiben, aber: Es sind keine Zahlenspielerereien, sondern es sind Fakten, Perspektiven.

Die Begrifflichkeit Be- und Entlastung in § 242 ist auch nach Auffassung der Fachleute äußerst unglücklich, weil der ganze Paragraf systemfremd ist. Sie haben gefragt, warum es ihn denn dann gibt. Es gibt ihn, weil es ein politischer Kompromiss gewesen ist, und wir alle wissen, dass sich Herr Stoiber durchgesetzt hat. Gäbe es diese Konvergenzregel nicht, gäbe es eine ganz andere Berechnung. Deswegen kann man nicht sagen, dass, hätte sich Stoiber nicht eingesetzt, Schleswig-Holstein noch schlechter dran wäre. Das ist ebenfalls eine Mutmaßung, die überhaupt keine Grundlage hat.

Lassen Sie uns auf den Kern der Sache zurückkommen. Der Kern der Sache lautet: Es ist ganz eindeutig eine Gewinnsituation für Schleswig-Holstein. Diese muss jetzt allerdings auch ausgeschöpft und ausgenutzt werden. In diesem Sinn verhandeln wir mit den Kassen über den Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung, über die Angleichung des bundesweiten Basisfallwerts in Schleswig-Holstein, über eine gleiche Honorierung der Ärzte wie in anderen Bundesländern. Das alles sind unsere Themen. Das sind unsere Erwartungen an die Kassen. Natürlich müssen die Kassen diese Erwartungen auch einlösen können. Vor dem Hintergrund der Haushaltspläne der Kassen und der Ausstattung über den Gesundheitsfonds ist dies möglich. Die Situation ist besser denn je. Sie muss jetzt genutzt werden.

Abg. Schümann: Ich bin sehr dankbar, dass der Kollege Garg ein Wortprotokoll gewünscht hat, weil mir das ermöglicht, seine Ausführungen nachzulesen. Es ist schwierig, wenn hier ein vorbereiteter Fragenkatalog vorgetragen wird, fachlich-inhaltlich sofort einzusteigen, nicht nur die Ministerin zu befragen, sondern auch zu diskutieren.

Ich möchte kurz ein paar Eindrücke wiedergeben. Lieber Herr Kollege Dr. Garg, dass wir uns zum Thema Fonds immer unterschiedlich positioniert haben, ist klar. Wir wissen auch, dass der Fonds ein politischer Kompromiss der beiden großen Fraktionen auf Bundesebene ist. Wir haben im Landtag mehrfach deutlich gemacht - auch ich könnte jetzt alle Protokolle zitieren -

dass zwischen SPD und CDU die gesundheitspolitischen Philosophien, wie man das finanziert, Kopfpauschale oder Bürgerversicherung, weit auseinander lagen. Nun kann man sagen, der Kompromiss sei schlecht. Aber es ist im politischen Geschehen nun einmal so, dass politische Kompromisse gemacht werden müssen. Das gilt auch für die Konvergenzklausel und das, was Stoiber gefordert hat. Das ist nicht immer unbedingt eine fachpolitische Einigung und ein fachpolitisch gutes, sicheres und richtiges Ergebnis. Es ist eben politisch. Genau das ist unser Dilemma.

Ich habe ein Problem, wenn Sie jetzt die Ministerin befragen und rückwirkend immer wieder sagen: Sie haben doch in Berlin etwas eingeklagt. - Man geht ja nicht her und sagt, man möchte den Hebel so oder so umdrehen. Ich jedenfalls habe die gesamten letzten eineinhalb Jahre in dieser Debatte so erlebt, dass die Ministerin und ihr Staatssekretär sehr engagiert in Berlin für schleswig-holsteinische Positionen eingetreten sind und Erfolge erzielt haben. Der Basisfallwert ist einer. Es gibt auch andere Erfolge. Es ist eben nicht ganz einfach, wenn man das im Kontext mit anderen Bundesländern macht, in denen es auch unterschiedliche Neigungen, Interessen und Forderungen gibt, auch unter unterschiedlichen parteipolitischen Konstellationen. Insofern habe ich ein kleines Problem, wenn Sie jetzt hier hergehen und sagen: Ich habe damals mit meinem Zweifel heute Recht bekommen, und deshalb taugt alles nichts, und deshalb ist Schleswig-Holstein das Verliererland.

Gerade nach außen hin muss man schon ein bisschen deutlich machen, wie differenziert es ist. Tatsache ist: Wir haben mehr Milliarden im gesamten System. Davon profitiert auch Schleswig-Holstein. Davon hat insbesondere die AOK profitiert. Davon profitieren derzeit insbesondere die vielen AOK-Mitglieder. Wir alle - auch Sie - wissen nicht ganz genau, wie es sich in 2010/2011 weiterentwickeln wird. Wir tasten uns in das System. Das ist nicht ganz einfach. Das gilt aber auch für die Kassen.

Es ist das legitime Recht der Krankenkassen, uns auf einem parlamentarischen Abend ihre Positionen, ihre Annahmen deutlich zu machen; dafür sind solche Abende da. Wenn man das abklopft, stellt man fest: Es gibt an der einen oder anderen Stelle sicherlich auch Widersprüchliches. Wenn wir das nur auf die Fragen reduzieren, ob der Fonds sinnvoll ist und welche Auswirkungen er hat, und wir alles andere außer acht lassen, habe ich die Sorge, dass wir in die Öffentlichkeit gehen und sagen: Wir sind die Verlierer. Das ist zu platt und zu kurz und - mit Verlaub - auch zu polemisch.

Wir sollten schon deutlich machen, dass es durch die Veränderungen auch positive Entwicklungen für Schleswig-Holstein gibt. AOK war ein Stichwort, was die Krankenkassen angeht.

Wenn wir uns die Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein angucken, stellen wir fest, dass es in vielen Bereichen Veränderungen gibt. Palliativ Care ist das eine, es gibt auch noch andere.

Als Landespolitikerinnen und Landespolitiker haben wir nicht nur eine Verpflichtung, deutlich zu machen, was das für Schleswig-Holstein bedeuten kann, sondern wir haben auch die Aufgabe, das auf Landesebene politisch vernünftig umzusetzen. Das können wir konkret tun. Das können wir bewerkstelligen. Hier aber so zu tun, als könnte eine Gesundheitsministerin aus einem Bundesland in Berlin in einem so komplexen System alles bewirken, ist nicht angemessen und passt auch nicht zu Ihnen.

Abg. Sassen: Zunächst einmal finde ich es müßig, darüber zu diskutieren, was mit oder ohne Fonds wäre. Denn der Fonds wird kommen. Das, was die Ministerin angekündigt hat, sollten wir tun, nämlich aufzuklären, wo es möglicherweise Unklarheiten gibt. Aufgeklärt werden muss auch - da bleibt trotz aller Informationen von allen Seiten für mich ein gewisses Gefühl des Unbehagens -, warum Schleswig-Holstein, obwohl es, sei es bei der Honorarverteilung der Ärzte, sei es bei den Basisfallwerten, immer unten liegt, das Land ist, das den höchsten Ausgleichsbetrag bezahlt. Da bleibt ein Gefühl des Unbehagens. Das empfinde ich auch so.

Wenn es noch irgendetwas auszuschöpfen gibt und Kodierprobleme beseitigt werden können, wäre das schön. Unbestritten ist - da gibt es keine zwei Meinungen im Land -, dass mehr Geld zur Verfügung steht. Das wird sicherlich nicht einmal von der AOK bezweifelt.

Ich finde es nicht ganz richtig, wenn wir uns auf eine Kasse beschränken. Letztlich betreffen die Paragraphen und der Ausgleichsbetrag auch alle anderen. Wir sollten das Ganze ein bisschen komplexer sehen und uns nicht zu sehr in eine Ecke drängen lassen.

Abg. Baasch: Ich habe durch die Ausführungen der Ministerin zum Gesundheitsfonds einiges mehr verstanden, auch was die Strukturen anbelangt. Das ist - das ist schon mehrfach gesagt worden - eine recht komplexe Materie.

Welches ist die Aufgabe, die ich für mich und die SPD-Fraktion definiere? Wir sollten versuchen, Botschaften zu vermitteln und den Menschen im Land zu erklären, was los ist. Zusammenfassend kann man festhalten: Mit dem Gesundheitsfonds kommt mehr Geld ins Gesundheitssystem nach Schleswig-Holstein. Fast 700.000 Menschen in Schleswig-Holstein zahlen geringere Kassenbeiträge, was direkt entlastet und mehr Geld im Portemonnaie lässt.

Das sind zwei Botschaften, die man positiv bewerten kann. Es gibt auch noch die Vermutung, dass wir in Schleswig-Holstein eventuell gesünder sind, gesünder leben. Wenn sich das bestätigt, ist diese Diskussion sinnvoll gewesen. Mit diesen Botschaften können wir gut nach draußen gehen und versuchen, deutlich zu machen, dass sich die in Berlin angeschobene Gesundheitsreform für Schleswig-Holstein positiv auswirkt.

Abg. Dr. Garg: Ich fange einmal mit der letzten frohen Botschaft des Kollegen Baasch an. 600.000 AOK-Versicherte zahlen dank des Gesundheitsfonds geringere Beiträge. Herr Baasch, dann sage ich nur: 1,3 oder 1,4 Millionen zahlen höhere Beiträge. Volkswirtschaftlich gesehen zahlen wir im nächsten Jahr insgesamt höhere Beiträge. Deswegen ist das kein Grund zur Freude, sondern ein Grund, den Fonds sehr kritisch zu sehen.

(Zuruf des Abg. Baasch)

- Mir kommt es darauf an, was insgesamt unter dem Strich für das Gesundheitsland Schleswig-Holstein rauskommt, das ich nach Ihrer Lesart permanent schlechtrede. Mir kommt es nicht darauf an, was für die AOK-Versicherten in Schleswig-Holstein rauskommt. Insgesamt kommt eine Beitragserhöhung von 0,3 Prozentpunkten heraus. Das ist weniger als in manch anderen Bundesländern, aber immer noch eine Beitragserhöhung, die nächstes Jahr auf die Versicherten zukommt. Das bleibt schlicht und ergreifend festzuhalten. Da bin ich mir sogar mit der Ministerin einig, glaube ich, dass es sich im Schnitt um eine Beitragserhöhung und keine Beitragssenkung handelt, als die Sie sie verkaufen wollen.

Ich habe hier im Übrigen mit Absicht den Begriff der fiktiven Landeskasse eingeführt, weil ich mitnichten anhand der AOK diskutieren wollte, sondern entlang der GKV-Versicherten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten.

Frau Kollegin Schümann, zu dem ersten Teil Ihrer Ausführungen. Wir haben unsere inhaltlichen Differenzen sowohl hier als auch im Plenum immer wieder ausgetragen. Den zweiten Teil Ihrer Argumentation teile ich dezidiert nicht. Da bin ich anderer Meinung als die Kollegin Sassen. Es ist nicht egal oder müßig, darüber zu reden, ob wir mit oder ohne Fonds mehr hätten. Das ist eine zentrale politische Frage, ob in Zukunft ohne Fonds für die Patientenversorgung mehr zur Verfügung gestanden hätte. Es kam im Bundesrat mit auf die Stimmen Schleswig-Holsteins an, ob wir dieses GKV-WSG bekommen. Ich sage ganz deutlich: Es ist Aufgabe zumindest der Opposition, diesen Aspekt hier ganz deutlich und kritisch zu hinterfragen. Ich halte für mich noch einmal fest: Es geht mir überhaupt nicht darum, ob ich im Oktober 2006 recht gehabt habe. Ich habe darauf hingewiesen, Frau Kollegin Schümann, weil

mir die Ministerin quasi vorwerfen wollte, ich hätte mich von irgendeiner Kasse im November 2008 einnorden lassen. Mir geht es vielmehr darum, dass es von Anfang an einen grundsätzlichen Streit gegeben hat. Anhand der Zahlen, die nicht irgendeine einzelne Kasse liefert, sondern die allgemein zur Verfügung stehen, anhand des Gesetzeswerks und anhand der Informationen des Bundesversicherungsamtes bin ich dezidiert der Auffassung, dass wir in Zukunft mehr für die Patientenversorgung zur Verfügung gehabt hätten, wenn wir den Gesundheitsfonds in Schleswig-Holstein nicht hätten. Ich glaube, dass man an dieser Stelle unterschiedlicher Auffassung sein darf. Es ist ein zentraler politischer Punkt. Aus diesem Grund lohnt es sich, da weiter zu streiten. Ich kündige hiermit schon an, dass ich auch in Zukunft weiter über diesen Punkt streiten werde.

(Abg. Schümann: Worum geht es denn? Rückwärts gewannt zu sehen: „Ich hatte recht, und ihr hattet nicht recht“?)

Vorsitzende: Ich erlaube mir, Ihre letzte Bemerkung kurz zu kommentieren: Alles andere hätte mich erstaunt, Herr Dr. Garg.

Abg. Harms: Ich habe mich ursprünglich zu Wort gemeldet, weil gesagt wurde, 700.000 Menschen würden finanziell entlastet. Aber - der Kollege Garg hat das auch schon gesagt - andere werden belastet. Es handelt sich um alle gesetzlich Versicherten. Wenn ich mir den armen kleinen Rentner angucke, der zufälligerweise nicht bei der AOK versichert ist, stelle ich fest: Der muss mehr bezahlen und hat keine Möglichkeit, einen Ausgleich hinzukriegen, auch steuerlich nicht. Das ist ärgerlich, und das muss man politisch berücksichtigen.

Ich glaube nicht, dass wir das Problem lösen können, wie viel mehr nun mehr ist und wie dies wirtschaftlich einzuschätzen ist. Mir ist klar, dass, wenn mehr gezahlt wird, mehr Geld ins System kommt und damit auch mehr Geld nach Schleswig-Holstein. Die entscheidende Frage - die werden wir heute wahrscheinlich auch nicht beantworten können - ist: Was kostet dieser Gesundheitsfonds an sich? Welche Kosten verursacht er, insbesondere Verwaltungskosten? Was hätten wir von diesen Erhöhungen übrig gehabt, wenn es ihn nicht gegeben hätte? Diese Fragen zu beantworten, wird wahrscheinlich erst in einem Jahr oder eineinhalb Jahren möglich sein. Meine Vermutung ist, da jede Verwaltung Geld kostet, dass auch die Verwaltung des Gesundheitsfonds Geld kostet. Dieses Geld ist eben nicht im Gesundheitssystem, sondern in der Verwaltung. Das ist eigentlich genau der Schritt, den wir hier in Schleswig-Holstein, wie wir im Zuge der Diskussion um die Verwaltungsvereinfachung gesehen haben, auf Bundesebene hätten verhindern müssen.

M Dr. Trauernicht: Ich will nicht die gesamte Debatte über die Gesundheitsreform wieder aufmachen, aber doch noch einmal in Erinnerung rufen, dass der Gesundheitsfonds nicht mehr und nicht weniger ist als eine neue Verteilungsstelle für die Gesamtheit in der gesetzlichen Krankenversicherung, dass die Gesundheitsreform aber mehr war, nämlich die Vereinheitlichung der Krankenkassenbeiträge, die stufenweise Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, der Morbiditäts-Risikostrukturausgleich, die gerechtere Zuweisung von Mitteln an Krankenkassen mit höheren Krankheitsrisiko und die Honorarreform. Insofern muss man das in Gänze sehen. Gerade vor diesem Hintergrund, Herr Garg - da wäre ich schon verbunden, wenn Sie das erläutern könnten - ist mir überhaupt nicht klar, wie Sie auf die Idee kommen könnten, dass

(Abg. Dr. Garg: Ich habe gesagt „ohne Gesundheitsfonds“!)

- noch schlimmer! - ohne Gesundheitsfonds mehr Geld für die Versorgung der Bevölkerung in Schleswig-Holstein zur Verfügung stehen könnte, und das ohne Beitragserhöhung. Erklären Sie das einfach einmal.

(Abg. Dr. Garg: Ich habe nicht gesagt „ohne Beitragserhöhung“!)

Sagen Sie: Wieso hätte ohne Gesundheitsfonds mehr Geld zur Verfügung gestanden? Mich interessiert das.

Abg. Dr. Garg: Extrapolieren Sie doch einfach einmal die Beitragsentwicklung. Extrapolieren Sie die Grundlohnsummenentwicklung. Extrapolieren Sie das Beitragsaufkommen. Dann haben Sie die Antwort schon.

M Dr. Trauernicht: Die kommt doch sowieso.

Abg. Dr. Garg: Sehen Sie, wir nähern uns doch. Natürlich ist das überzeugend. Frau Ministerin, wir streiten uns doch nicht darüber, dass nächstes Jahr insgesamt mehr zur Verfügung steht als dieses Jahr.

(Abg. Baasch: Prima!)

- Moment! Entschuldigung, Frau Vorsitzende. Wenn Sie erlauben; die Frau Ministerin hat mich direkt angesprochen.

Vorsitzende: Ich wollte nur geschäftsleitend leicht mäßigend eingreifen. Ich erinnere daran: Wir haben ein Wortprotokoll gefordert. Ich halte viel von Frau Tschanters Qualitäten, aber zwei Personen, die gleichzeitig reden, zu protokollieren, halte ich für schwierig.

Abg. Dr. Garg: Ich respektiere Ihre Autorität grundsätzlich. - Frau Ministerin, ich habe irgendwann einmal - bedauerlicherweise habe ich das Plenarprotokoll jetzt nicht da - gesagt: Wenn Sie denn einen Formelkompromiss für die Gesundheitsreform der Großen Koalition brauchen - selbstverständlich habe ich Verständnis dafür, dass man, wenn man von so unterschiedlichen Seiten kommt, irgendetwas zusammenmurksen muss -, dann tun Sie doch einfach das, was bei der derzeitigen Entwicklung im Gesundheitswesen ohnehin getan werden müsste, erhöhen Sie die Beiträge um 0,5 % und retten Sie sich so über die Legislaturperiode, aber bescheren Sie uns nicht einen Apparat, wie der Kollege Harms ihn aus meiner Sicht sehr zutreffend beinahe karikiert skizziert hat, bescheren Sie uns genau dieses bürokratische Monster nicht, damit eine Nachfolgeregierung, unabhängig davon, ob Ihre Partei oder eine andere in der Federführung ist, davon nicht mehr runterkommt.

Damit haben Sie auch schon die Antwort, wie sich selbstverständlich - wie in den vergangenen Jahren auch - die zur Verfügung stehende Summe Jahr für Jahr erhöhen würde und sich auch in der Vergangenheit ohne jeden Gesundheitsfonds erhöht hat. Den hatten wir bis Dezember 2008 auch nicht. Wenn Sie sich die insgesamt zur Verfügung stehende Summe ansehen, stellen Sie fest, dass Sie sich in den letzten 15 Jahren auch entsprechend Jahr für Jahr erhöht hat. Darüber brauchen wir doch nicht ernsthaft zu streiten.

Worüber wir uns streiten, ist das Delta. Ich behaupte, wir hätten mehr gehabt. Darüber werden wir uns auch weiter streiten.

Vorsitzende: Zumindest in diesem Punkt herrscht Einigkeit, dass uns die Diskussionsthemen in diesem Umfeld nicht ausgehen werden.

Wortmeldungen liegen mir aktuell zu diesem Tagesordnungspunkt nicht mehr vor. Wir haben uns jetzt eine Stunde und zehn Minuten mit diesem Thema beschäftigt; es geht aber auch um viel Geld. - Somit schließe ich diesen Tagesordnungspunkt ab.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Bericht des Sozialministeriums über den aktuellen Stand zur Einführung von Pflegestützpunkten und die Auswirkungen auf die derzeit vorhandenen trägerunabhängigen Pflegeberatungsstellen

Antrag des Abg. Dr. Heiner Garg (FDP)
Umdruck 16/3663

Antrag der Abg. Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

hierzu: Umdruck 16/3742

M Dr. Trauernicht berichtet über die Einführung von Pflegestützpunkten und die Auswirkungen auf die derzeit vorhandenen trägerunabhängigen Beratungsstellen (Umdruck 16/3742). Abg. Birk äußert Bedenken, dass Pflegestützpunkte aufgrund mangelnder kommunaler Unterstützung geschlossen werden müssten.

M Dr. Trauernicht legt dar, Entscheidungen über Zuschüsse zu Angeboten auch im sozialen Bereich fielen in den Kreistagen beziehungsweise den kommunalen Parlamenten. Dies müsse man zur Kenntnis nehmen. Die Landesregierung versuche, politisch Überzeugungsarbeit zu leisten, für die Einführung der Pflegestützpunkte zu werben und deutlich zu machen, dass dafür Landeszuschüsse gewährt würden. Die Landesregierung habe das Ziel und arbeite auch mit Hochdruck daran, die Kommunen davon zu überzeugen, dass die Einrichtung von Pflegestützpunkten eine gute Lösung sei.

Abg. Franzen spricht den von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in den Landtag eingebrachten Antrag zum Thema Pflegestützpunkte, Drucksache 16/2246, an. Sie regt an, diesen vor dem Hintergrund der umfangreichen Information im Ausschuss zurückzuziehen.

Abg. Birk stellt die Frage in den Raum, ob es sinnvoll sein könne, eine gemeinsame Resolution des Landtages zu verabschieden.

Abg. Franzen erinnert daran, dass die Einführung von Pflegestützpunkten aufgrund eines politischen Kompromisses erfolgte. Man müsse durchaus zur Kenntnis nehmen, dass es vor Ort politische Entscheidungen gebe, die sich gegen eine derartige Einrichtung aussprechen. Vor diesem Hintergrund könne ihre Fraktion eine derartige Entschließung nicht unterstützen.

Abg. Schümann unterstützt die Einführung von Pflegestützpunkten, und zwar auch deshalb, weil nicht eine weitere Institution geschaffen werden solle. Auch sie stellt die Sinnhaftigkeit eines weiteren Berichts zu diesem Thema im Landtag infrage. Zu der Möglichkeit einer Resolution führt sie aus, dass eine solche möglicherweise kontraproduktiv wirken könnte.

Auch Abg. Dr. Garg regt an, den Antrag zurückzuziehen. Aus seiner Sicht seien die darin geforderten Informationen im Ausschuss gegeben worden. Eine weitere inhaltliche Auseinandersetzung mit diesem Thema wäre sicherlich etwa in einem Jahr sinnvoller.

Abg. Birk wird dieses Thema in ihre Fraktion hineintragen.

Punkt 6 der Tagesordnung:

**a) Entwurf eines Pflegegesetzbuches Schleswig-Holstein
- Zweites Buch - (PGB II) -
Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen
mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung**

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 16/2290

(überwiesen am 12. November 2008)

hierzu: Umdrucke [16/3479](#), [16/3610](#)

**b) Pflege muss sich am Menschen orientieren - Möglichkeiten auf Landes-
ebene gestalten**

a) Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 16/1601

(überwiesen am 13. September 2007)

b) Mündlicher Bericht der Landesregierung

(überwiesen am 13. September 2007 zur abschließenden Beratung)

**c) Aktionsplan Demenz - Politisches Gesamtkonzept für an Demenz er-
krankte Menschen**

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 16/1484

(überwiesen am 13. September 2007 in geänderter Fassung)

Der Ausschuss verständigt sich darauf, zunächst schriftliche Stellungnahmen einzuholen. Anzuhörende sollen gegenüber der Geschäftsführung am Rande der nächsten Plenartagung benannt werden. Als Frist bis zur Abgabe der Stellungnahme wird der 31. Januar 2009 festgelegt. Außerdem behält sich der Ausschuss vor, nach Auswertung der schriftlichen Anhörung gegebenenfalls eine mündliche Anhörung anzuschließen.

Auf eine Frage des Abg. Dr. Garg legt M Dr. Trauernicht dar, dass sie derzeit keine Aussagen über den Zeitpunkt der Vorlage eines weiteren Pflegegesetzbuches mache.

Punkt 7 der Tagesordnung:

**Betreuungsassistentinnen und -assistenten für Demenz gemäß
§ 87 b SGB XI**

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 16/2265

(überwiesen am 9. Oktober 2008)

Der Ausschuss verständigt sich darauf, in einer seiner nächsten Sitzungen Informationen sowohl des Sozialministeriums als auch des Arbeitsministeriums zu diesem Punkt einzuholen.

Punkt 8 der Tagesordnung:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bestattungsgesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 16/2286

(überwiesen am 13. November 2008)

Frau Soltsien erläutert die Notwendigkeit der Novellierung des Bestattungsgesetzes. Dabei geht sie insbesondere auf den Bereich Erstattung von Bestattungskosten ein (siehe auch Ausführungen in Drucksache 16/2286 zu „Lösung“).

Auf eine Frage der Abg. Birk antwortet M Dr. Trauernicht, die Landesregierung habe kein Anhörungsverfahren durchgeführt. Sie bietet Abg. Birk zur weiteren Information über die Notwendigkeit der Änderungen ein bilaterales Gespräch mit Fachleuten aus ihrem Haus an.

Der Ausschuss strebt an, eine Beschlussfassung über den Gesetzentwurf in der geplanten Sondersitzung am Rande der nächsten Plenartagung durchzuführen.

Punkt 9 der Tagesordnung.

a) Umsetzung der Initiative „Kein Kind ohne Mahlzeit“

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 16/1947

b) Beitragsfreie Kindertagesstätte, Stärkung der Qualität in den Kindertagesstätten und gesunde Mahlzeiten für alle Kinder

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 16/2019

(überwiesen am 23. April 2008 an den **Bildungsausschuss** und den Sozialausschuss)

Der Sozialausschuss schließt sich den Voten des Bildungsausschuss im selben Stimmenverhältnis an: Mit den Stimmen von CDU und SPD gegen die Stimmen von FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfiehlt er die Ablehnung der Drucksache 16/1947, mit den Stimmen von CDU, SPD und FDP gegen die Stimme von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfiehlt er die Ablehnung der Drucksache 16/2019.

Abg. Dr. Garg erläutert sein Abstimmungsverhalten zum Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und legt dar, diesen habe er nicht aus inhaltlichen Gründen abgelehnt, sondern weil er den dazu korrespondierenden Finanzierungsvorschlag im Finanzausschuss ablehne.

**c) Petition L142-16/1217
Kindertagesstätten und Schulen; Kinderernährung**

Umdruck 16/3277

Die Beratung zu dieser Petition erfolgt gemäß Artikel 17 Abs. 3 Satz 3 LV i.V.m. § 17 Abs. 1 Satz 3 GeschO nicht öffentlich (siehe nicht öffentlichen Teil der Niederschrift).

Punkt 10 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Der Ausschuss verständigt sich auf Donnerstag, den 11. Dezember 2008, 14 Uhr, als nächsten Sitzungstermin.

Außerdem besteht Einvernehmen darin, sich mit dem Thema Notarztversorgung im Raum Kappeln Anfang des nächsten Jahres erneut zu beschäftigen.

Die Vorsitzende, Abg. Tenor-Alschausky, schließt den öffentlichen Sitzungsteil um 17:45 Uhr.

gez. Siegrid Tenor-Alschausky

Vorsitzende

gez. Petra Tschanter

Geschäfts- und Protokollführerin