



Niederschrift

Sozialausschuss

20. Wahlperiode – 10. Sitzung

am Donnerstag, dem 8. Dezember 2022, 14:00 Uhr,
im Sitzungszimmer 122 des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Katja Rathje-Hoffmann (CDU), Vorsitzende

Hauke Hansen (CDU)

Dagmar Hildebrand (CDU)

Seyran Papo (CDU), i. V. von Werner Kalinka

Cornelia Schmachtenberg (CDU), i. V. von Andrea Tschacher

Eka von Kalben (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), i. V. von Jasper Balke

Anna Langsch (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), i. V. von Catharina Nies

Birte Pauls (SPD)

Sophia Schiebe (SPD)

Dr. Heiner Garg (FDP)

Christian Dirschauer (SSW)

Weitere Abgeordnete

Beate Raudies (SPD)

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

Tagesordnung:		Seite
1.	Mündliche Anhörung ÖGD-Pakt	4
2.	Bericht der Ministerin zur aktuellen Situation der imland-Kliniken	19
	Antrag des Abgeordneten Christian Dirschauer (SSW) Umdruck 20/485	
3.	Bericht der Landesregierung zur aktuellen Infektionslage bei Kindern mit Hinblick auf das RS-Virus, zur Situation der Kinderstationen in den Kliniken und zu den daraus abzuleitenden Maßnahmen der Landesregierung	21
	Berichts Antrag der Abgeordneten Birte Pauls (SPD) Umdruck 20/468	
4.	Bericht der Landesregierung zur finanziellen Absicherung zentraler Krankenhausneubaumaßnahmen in Schleswig-Holstein	24
	Antrag des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP) Umdruck 20/481	
5.	Modellprojekt zur integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit längerfristigen gesundheitlichen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion („Long COVID“)	30
	Antrag der Fraktionen von FDP, SPD und SSW Drucksache 20/379 (neu)	
6.	Information/Kennntnisnahme	31
	Terminplan für das Jahr 2023 – hier: geänderte Termine für die Haushaltsberatungen	
7.	Verschiedenes	32

Die Vorsitzende, Abgeordnete Rathje-Hoffmann, eröffnet die Sitzung des Sozialausschusses um 14 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

1. Mündliche Anhörung ÖGD-Pakt

AG Gesundheitsdienst im Landkreistag und Städteverband als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

Dr. Maria Kusserow, Sprecherin

Frau Dr. Kusserow legt einleitend dar, dass die Gesundheitsämter für die Bevölkerung insgesamt und nicht für Individuen zuständig seien, anders als das im ambulanten und stationären Bereich der Gesundheitsversorgung der Fall sei. Daher hätten die Gesundheitsämter in der Coronapandemie auch eine große Rolle gespielt, allerdings habe die Pandemie auch wie ein Brennglas auf die personellen Herausforderungen gewirkt. In den Gesundheitsämtern werde multiprofessionell gearbeitet, in erster Linie Ärztinnen und Ärzte, zum Teil Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Kinder und Jugendpsychiater sowie Psychiater für Erwachsene, Fachärzte für Pädiatrie sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte. Darüber hinaus gebe es Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik, Medizin, Hygienekontrolle, Gesundheitsingenieurwesen und Verwaltung. Für eine gute Arbeit sei eine ausreichende personelle und sachliche Ausstattung erforderlich. Es habe in den letzten Jahrzehnten bedauerlicherweise eher einen Abbau in den Gesundheitsämtern gegeben. Im Rahmen der Coronapandemie habe der Bund im September 2020 den Pakt für den ÖGD aufgelegt: Der Bund habe 4 Milliarden Euro in drei Bereiche investieren wollen: Personalausstattung, Digitalisierung und Steigerung der Attraktivität des ÖGD. Der Pakt werde von einem Beirat begleitet, der vom Bundesgesundheitsministerium und der Gesundheitsministerkonferenz initiiert worden sei.

Die 4 Milliarden Euro seien so aufgeteilt worden, dass damit bis Ende 2021 1.500 Vollzeitstellen und bis Ende 2022 3.500 Vollzeitstellen besetzt werden sollten. In Schleswig-Holstein habe man 46 Stellen bis Ende 2021 besetzen können, bis Ende 2022 sollten es 111 Stellen sein. Die neuen Stellen seien auf die unterschiedlichen Berufe verteilt, die sie aufgezählt habe, neue Mitarbeitende sollten unbefristet eingestellt werden, da man für befristete Ausschreibungen in der derzeitigen Mangelsituation niemanden bekomme. Die Herausforderungen seien mit der auslaufenden Pandemie nicht zu Ende. Nun müssten die Folgen bearbeitet werden, unter anderem für Kinder und Jugendliche, die sehr unter der Pandemie gelitten hätten, aber auch für

psychisch Kranke. Deswegen fordere man, dass die Finanzierung dieser Stellen über den 31. Dezember 2025 verlängert werde.

Zur Digitalisierung habe das Land 15,8 Millionen Euro im ersten Fördermittelauftrag bekommen. Investiert werden sollten die Mittel unter anderem in die gemeinsam zu nutzenden Programme der Gesundheitsämter, um Kompatibilität zu erreichen. Dieses Thema sei zum Beispiel bei der einrichtungsbezogenen Impfpflicht akut geworden. Leider lasse sich das System bei einer Masernimpfpflicht nicht nutzen, weil datenschutzrechtliche Belange dem entgegenstünden. Eine Austauschplattform mit dem Namen Agora werde zurzeit aufgebaut. Die Datennutzung solle vereinfacht werden. Von einer verbesserten Datenerfassung würden die Gesundheitsämter durch vereinfachte Abläufe, aber auch die Wissenschaft durch bessere Daten profitieren. Der ÖGD solle darüber hinaus über die Thematik Infrastruktur auch an das Gesundheitssystem insgesamt angeschlossen werden.

Frau Dr. Kusserow spricht das Reifegradmodell an, das man als wissenschaftliches Konstrukt vom Bund an die Hand bekommen habe. Jedes Gesundheitsamt habe den eigenen Digitalisierungsgrad selbst einschätzen sollen, anhand dessen sei die Mittelausschüttung erfolgt. In der AG Gesundheitsdienst habe man einen Arbeitskreis gegründet, der mit der Staatskanzlei und dem Ministerium in Kontakt sei. Über diesen versuche man, sich auf Landesebene mit einheitlichen Programmen und Vorgaben dem Thema zu nähern. Im Hinblick auf den Datenschutz sei einiges zu tun: Es gebe ein eindeutig uneinheitliches Vorgehen der kommunalen Datenschützer. Dort sei eine Vereinheitlichung sinnvoll.

Als dritten Punkt spricht sie die Steigerung der Attraktivität des ÖGD an. In 15 Gesundheitsämtern seien 13 Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen beschäftigt. Es gebe keinen Facharzt in den Gesundheitsämtern in Flensburg, Lübeck, Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und Steinburg. Nur acht Fachärzte in sechs Gesundheitsämtern seien zur Ausbildung berechtigt. Aufgrund von Renteneintritten sei klar, dass von den acht Fachärzten mindestens zwei bis drei in absehbarer Zeit ausschieden. Die anderen Fachärzte könnten nicht ausbilden oder würden eine entsprechende Zulassung nicht beantragen. Noch schwieriger seien die Situationen bei den Fachärzten für Psychiatrie, die es in mehreren Gesundheitsämtern bereits jetzt nicht mehr gebe. Diese seien aber extrem wichtig, denn es seien sechs Monate Psychiatrieerfahrung erforderlich, um Unterbringungen nach dem PsychHG anzuordnen. Die Ausbildung weiterer Kolleginnen und Kollegen hänge ebenfalls an der Qualifikation. Neu eingestellte Ärzte ohne die Qualifikation könnten keine Nachtdienste übernehmen. Auch

Fachärzte für Pädiatrie gebe es nicht überall. Eine weitere Schwierigkeit sei, dass die Amtsleitungen nicht immer Ärzte seien, was aus medizinischer Sicht ihrer Ansicht nach sinnvoll wäre. Die Fort-, Weiter- und Ausbildung für Fachberufe im Öffentlichen Gesundheitsdienst solle gestärkt werden. Sie verweist auf die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, die alle ausbilde, die im Gesundheitsamt arbeiteten. Praktische Jahre und Famulaturen sollten nun in Gesundheitsämtern abgeleistet werden können. Die Arbeitsbedingungen sollten attraktiv sein, was im Vergleich zu im Krankenhaus tätigem ärztlichen Personal aufgrund wegfallender Dienste gegeben sei. Es gebe geregelte Arbeitszeiten und andere Vergünstigungen. Man stehe jedoch in Konkurrenz mit anderen Bereichen im Gesundheitswesen. Die Vergütung sei darüber hinaus ebenfalls Thema. Es sei eine Kampagne für die Bevölkerung geplant, um das Wissen über die Aufgaben der Gesundheitsämter zu erweitern, zumal Gesundheitsämter Dienstleister für die Bevölkerung seien. Entsprechende Planungen seien im Gange.

Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Landesverbände

Dr. Sönke E. Schulz, geschäftsführendes Vorstandsmitglied
des Schleswig-Holsteinischen Landkreistages

Herr Dr. Schulz geht in seiner Stellungnahme zunächst auf die Personalausstattung ein. Als der ÖGD-Pakt beschlossen worden sei, sei man vonseiten der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände skeptisch gewesen, einen bestimmten Fachbereich herauszugreifen und besser auszustatten, während in vielen anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung ebenfalls Mangel herrsche. Die Entwicklungen zeigten aber, dass der Gesundheitsdienst an Bedeutung gewinne, zumal es viele Schnittstellen zu anderen Gesundheitsthemen gebe, zum Beispiel zu den Krankenhäusern, zur Notfallversorgung und zum Rettungsdienst. Dies alles seien Themen, die aufgrund der problematischen Entwicklungen auf der Agenda seien. Er unterstreicht, dass man jedoch auch die Personalausstattung in den Verwaltungen insgesamt im Blick behalten müsse. Es müsse sichergestellt werden, dass die Verwaltungen insgesamt krisenfest seien. Man wisse nicht, welche nächste Krise bevorstehe. Die Verwaltungen müssten insgesamt so mit personellen, finanziellen und sächlichen Ressourcen ausgestattet sein, dass man auf die kommenden Herausforderungen adäquat reagieren könne.

Zur Personalausstattung weist er darauf hin, dass der ÖGD-Pakt irgendwann enden werde, mit dem Auslaufen der Mittel endeten die Aufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst aber nicht. Wenn auch im Jahr 2026 Corona nicht mehr das vorherrschende Thema sein werde, gebe es eine Vielfalt an Aufgaben, die dann bewältigt werden müsse. Nötig sei, den Öffentlichen

Gesundheitsdienst langfristig personell zu sichern. Mit der Vorgängerregierung habe es eine Vereinbarung gegeben, dass das Land auch über 2026 hinaus in die Verantwortung gehe.

Herr Dr. Schulz spricht auch den Bereich der Digitalisierung an. Positiv sei aus seiner Sicht, dass sich der Bund stärker zurückhalte, was inhaltliche Vorgaben angehe. Alle Gesundheitsämter sollten sich stattdessen weiterentwickeln und in der Aufgabenwahrnehmung besser werden können. Einen Austausch sicherzustellen und Schnittstellen zu schaffen, sei sinnvoll. Insgesamt sei man in dem Bereich auf einem guten Weg, auch die Zusammenarbeit mit Gesundheitsministerium und Staatskanzlei funktioniere.

Zur Steigerung der Attraktivität im Öffentlichen Gesundheitsdienst unterstreicht Herr Dr. Schulz, dass dieser Teil einer größeren Verwaltung sei. Bei Maßnahmen, die auf einen speziellen Bereich ausgerichtet seien und dort wirken sollen, stelle sich die Frage, wie sich dies auf andere Bereiche in der Verwaltung auswirke. Nicht nur im Öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern auch an anderen Stellen in der Verwaltung habe man mit Fachkräftemangel zu kämpfen. Deshalb müsse man schauen, wie man mit begrenzten Ressourcen umgehe. Einen Bereich herauszugreifen und diesen primär in der Attraktivität zu steigern, sei vor diesem Hintergrund nicht zielführend. Es gehe dabei auch nicht nur um finanzielle Aspekte, sondern um Rahmenbedingungen insgesamt, aber auch dies gelte für andere Bereiche in der öffentlichen Verwaltung.

DBB Beamtenbund und Tarifunion Landesbund Schleswig-Holstein

Kai Tellkamp, Vorsitzender

Herr Tellkamp leitet seine Ausführungen mit der Bemerkung ein, dass es in seinen Ausführungen Überschneidungen zu den bisherigen Ausführungen geben werde. Die Situation in den Gesundheitsämtern habe beispielhaft aufgezeigt, dass die Personalsituation gerade auch auf kommunaler Ebene in vielen Aufgabenbereichen auf Kante genäht sei. Viele Bereiche gerieten erst dann ins Blickfeld, wenn eine Krise auftrete, so sei es auch in den Gesundheitsämtern im Zusammenhang mit der Pandemie gewesen. Man habe in der Coronapandemie feststellen müssen, dass man von einer Krisenresilienz des Öffentlichen Dienstes oder öffentlicher Dienstleistungen ziemlich weit entfernt sei. Es habe im Bereich der Gesundheitsämter Fortschritte gegeben: Der Pakt habe nach seinen Erkenntnissen durchaus etwas gebracht, weil Geld ins System gekommen sei und ein Personalaufwuchs habe erreicht werden können. Der Fachkräftemangel sei dadurch jedoch nicht abgestellt worden. Dringend gefordert werde eine

Verstetigung der Mittel. Klar sei, dass man sich in den Gesundheitsämtern nicht personell so aufstellen könne, als sei die Pandemie ein Dauerzustand. Man müsse jedoch davon ausgehen, dass es wieder Krisen geben werde, darauf müsse man vorbereitet sein. Es sei Managementaufgabe auf kommunaler Ebene, Notfallpläne oder Personaleinsatzpläne vorzuhalten, die in bestimmten Krisensituationen eine gewisse Reaktion vorzeichneten. Hier müsse auch eine Flexibilität des Personaleinsatzes eine Rolle spielen. Häufig gebe es jedoch schon Schwierigkeiten, überhaupt das notwendige Personal zu gewinnen. Strukturelle Probleme entstünden zum Beispiel dadurch, dass es sich beim Gesundheits- und Infektionsschutz um eine staatliche Aufgabe handle, die Personalausstattung, die zur Erfüllung der staatlichen Aufgaben erforderlich sei, erfolge im Zuge der Stellenplanberatung auf kommunaler Ebene und gehöre damit zur kommunalen Selbstverwaltung. Man sei also darauf angewiesen, dass die kommunalen Gebietskörperschaften bereit seien, ausreichend Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die staatlichen Aufgaben wahrzunehmen. Es sei darüber nachzudenken, ob man über gewisse Kennzahlen eine Ressourcenausstattung des Bundes und der Länder für die kommunale Ebene hinbekomme. Mittelfristig seien in diesem Zusammenhang grundsätzlich Überlegungen nicht nur in Bezug auf die Gesundheitsämter anzustellen, sondern auch, was die kommunale Personalausstattung insgesamt angehe. Das gelte besonders bei Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung.

In dem ÖGD-Pakt seien drei Komponenten enthalten: der Personalaufwuchs, die Digitalisierung und die Attraktivitätssteigerung. Im Bereich des Personalaufwuchses habe sich etwas bewegt, auch im Bereich der Digitalisierung werde unter anderem die Zusammenarbeit mit dem Land gelobt. Die Attraktivitätssteigerung sei der schwierigste Bereich, zumal die Arbeits- und Tarifbedingungen von den Tarifvertragsparteien gestaltet würden. Dort könne die Regierung nicht ohne Weiteres eingreifen. Besonders die Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände trete in diesem Bereich auf die Bremse, obwohl es viele Bereiche gebe, in denen der Öffentliche Dienst keine marktgerechten Konditionen mehr bieten könne. Er weist auf die neu geschaffene Möglichkeit hin, Zulagen zu zahlen, um die Attraktivität zu steigern, eine Möglichkeit, von der viele Kommunen und auch Gesundheitsämter Gebrauch machten, besonders wenn es darum gehe, Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. Es sei zudem zu überlegen, zur Attraktivitätssteigerung gegebenenfalls vom Instrument der Verbeamtung wieder verstärkt Gebrauch zu machen.

Abgeordneter Dirschauer unterstreicht, dass auch aus seiner Sicht die Verstetigung der Mittel nötig sei, um für die Behörden und die Menschen, die dort tätig seien, Planbarkeit zu schaffen. Der Bund sei in der Mitverantwortung, für Klarheit zu sorgen, aus seiner Sicht müsse aber auch das Land gewährleisten, dass es weiterlaufen werde. Auf seine Frage zur langfristigen Vereinheitlichung von Strukturen der Digitalisierung bestätigt Herr Dr. Schulz, dass dies der Plan sei.

Von Abgeordneten Dirschauer auf den Zwischenbericht zum ÖGD-Pakt angesprochen, legt Herr Dr. Schulz dar, dass man in allen Bereichen Schritte nach vorne mache, bei der Personalausstattung sei man auf einem guten Weg, das Thema Digitalisierung werde überall adressiert. Er bringt seine Sorge zum Ausdruck, auf Bundesebene zukünftig Aufmerksamkeit für das Thema zu verlieren. Er teile die Einschätzung, dass es unwahrscheinlich sei, dass der Bund nach 2026 die Finanzierung weiterbezahlen werde. Die Erfahrung zeige darüber hinaus, dass erst eine schriftliche Zusage der Länder im Hinblick auf die Kostenübernahme eine hohe Verbindlichkeit habe. Auf eine entsprechende Zusage werde man daher drängen. Man werde Ende 2025 zudem in einen Prozess kommen müssen, die dann bestehenden Unterschiede in den Gesundheitsämtern in Hinblick auf Stellenausstattung und besetzte Stellen zu analysieren. In jedem Fall bestehe der Anspruch, dass alles, was an unbefristeten Stellen ins System gekommen sei, auch im System bleiben und auch finanziert werden müsse.

Zu der von Abgeordneten Dirschauer und Dr. Garg angesprochenen Frage der Besoldung unterstreicht Herr Dr. Schulz, dass es Fachkräftemangel nicht mehr nur in den klassischen Mangelberufen, sondern auch in anderen Bereichen gebe. Eine Verbesserung der Besoldung müsse in ein Gesamtkonstrukt passen, um Unwuchten im System zu vermeiden. Aufgrund der bereits im Öffentlichen Gesundheitsdienst gezahlten beziehungsweise möglichen Zulagen sei da das Problem nicht so gravierend, wie es manchmal in der öffentlichen Diskussion erscheine. Es sei darüber hinaus nicht nur im Öffentlichen Gesundheitsdienst eingespart worden, sondern auch in anderen Bereichen. Daher müsse darüber nachgedacht werden, wie man sich personell so aufstellen könne, dass die Aufgaben erfüllt werden könnten. Gleichzeitig müsse überlegt werden, welche Aufgaben man mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen wahrnehmen könne. Insgesamt müssten aus seiner Sicht die Dienstleistungen gestärkt werden, die nah am Menschen seien. Andere verwaltungsadministrative Aufgaben müssten automatisiert oder digitalisiert werden. Ein Vorteil der öffentlichen Verwaltung sei, in vielen Bereichen Generalisten zu haben. Wo es im ÖDG nicht um die ärztliche Tätigkeit im engeren Sinne gehe, brauche man Verwaltungsfachleute, die bestimmte Aufgaben übernehmen könnten.

Von Abgeordneten Hansen auf den Bereich der Psychiatrie angesprochen, legt Frau Dr. Kusserow dar, dass man überlegt habe, ob zum Beispiel Rufbereitschaftsdienste kreisübergreifend durchgeführt werden könnten. Das scheitere an der Region: Es sei nicht möglich, von Ostholstein aus Dienste in Neumünster zu übernehmen oder umgekehrt. Auch für Begutachtungen komme eine Kooperation dieser Art nicht infrage, da man den Patientinnen und Patienten in der entsprechenden Situation keine langen Fahrtzeiten über Kreisgrenzen hinweg zumuten könne und wolle. Eine Möglichkeit sei, im sozialpsychiatrischen Dienst statt Sozialarbeitern psychiatrische Pflegekräfte einzustellen. Bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung und einer Zunahme demenzieller Erkrankungen sei es möglich, den Schwerpunkt anders zu setzen. Statt Hygienekontrolleure einzusetzen, sei zu überlegen, ob man Hygienefachkräfte einstellen könne. Allerdings stelle sich auch dort das Problem, dass eine Hygienefachkraft in einem Krankenhaus mehr Geld verdiene als in einer Kommune. Zur Frage der Attraktivitätssteigerung unterstreicht sie, dass eine Entlastung dadurch eintrete, dass es mehr Fachkräfte gebe. Mehr Entlastung könne auch dazu führen, mehr Zeit zum Beispiel für die Ausbildung neuer Fachkräfte zur Verfügung zu haben. Die Arbeit an sich sei attraktiv. Auf Kreisebene werde viel im Bereich des Gesundheitsmanagements gemacht, was dazu führe, dass die Arbeitsbedingungen sich verbesserten.

Zur Steigerung der Attraktivität ergänzt Herr Tellkamp, dass Zuschläge hilfreich sein könnten, die potenzielle Bewerberinnen und Bewerber müssten jedoch im Vorfeld davon Kenntnis haben, insofern sei aus seiner Sicht ein besseres Personalmarketing notwendig, bei dem auch Kreativität und Innovation gefragt seien. Zudem müsse das Besoldungsrecht in dieser Hinsicht flexibler sein.

Abgeordnete Pauls stellt die Frage in den Raum, ob aus Sicht der Anzuhörenden ein ambulanter psychiatrischer Dienst sinnvoll sein könne, besonders um für die Menschen, die tägliche Unterstützung bräuchten, eine stationäre Unterbringung zu umgehen. – Frau Dr. Kusserow legt dar, dass dies aus ihrer Sicht gut sei. Dieser Dienst könne ähnlich der früher tätigen Gemeindeschwester aufgebaut sein. Man überlege auch, eine psychiatrisch geschulte Fachkraft – eine weitere Frage der Abgeordneten Pauls – anstelle von Sozialpädagogen einzustellen. In den Kreisen und Städten gebe es darüber hinaus den allgemeinen Sozialdienst, der oft im Jugendamt angesiedelt sei. Ein Hausarzt rufe aber nicht im Jugendamt an, um eine Versorgung für eine demenzerkrankte Person zu erreichen. Die Mangelversorgung sei nach wie vor vorhanden, denn die Coronapandemie sei nicht vorbei. Nach wie vor fehlten die Fachärzte in einzelnen Kreisen. Früher seien die Amtsärzte Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen

gewesen, eine Facharztausbildung, die fünf Jahre gedauert habe. Diese hätten in vielen Fachrichtungen begutachten können, was auch der Fokus im Öffentlichen Gesundheitsdienst sei. Das sei auch der Grund dafür, dass die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst der Ansicht seien, dass ein Arzt oder eine Ärztin das Amt leiten solle – eine Frage der Abgeordneten von Kalben. In der Situation, in der entschieden werden müsse, ob eine Einrichtung geschlossen werden solle oder nicht, müsse das unter ärztlicher Verantwortung geschehen. Zu der notwendigen Einschätzung der Lage und der Folgen einer Entscheidung sei die Fachkunde nötig, die in der Facharztausbildung vermittelt werde. Wenn es um medizinische Entscheidungen im Zusammenhang mit Corona gehe, müsse auch ein Nicht-Facharzt die von ihm zu treffende Entscheidung verantworten, was aus ihrer Sicht schwierig sei. Es gebe einige Gesundheitsämter, wo die Amtsleiter in der Coronapandemie aufgegeben hätten. In der Folge seien Stellen auch von Nicht-Ärzten oder gar nicht besetzt worden.

Herr Dr. Schulz ergänzt, dass auch aus seiner Sicht die Wahrnehmung, dass die Mangelverwaltung verlassen worden sei, eine falsche sei. Zur Leitung von Gesundheitsämtern schließt er sich den Ausführungen von Frau Dr. Kusserow an. Er weist darauf hin, dass es in Gesundheitsämtern auch eine Verwaltungsleitung gebe, die den Verwaltungsaspekt abdecke.

Zu dem von Abgeordneter von Kalben angesprochenen Thema Benchmarking und Kennzahlen legt Herr Dr. Schulz dar, dass die Kreise seit einigen Jahren ein umfassendes Benchmarking-Projekt verfolgten. Über alle Bereiche würden Kennzahlen erhoben und verglichen. Die Gesundheitsämter seien in diesem Bereich mit involviert, die Erhebungen seien jedoch während Corona ausgesetzt worden. Die Kennzahlen sollten aber nicht zur Steuerung von finanziellen Mitteln durch das Land genutzt werden. Er unterstreicht die Bedeutung der kommunalen Selbstverwaltung: Die Kommunen müssten entscheiden, wo begrenzte Mittel am sinnvollsten eingesetzt werden sollten. Wenn die Kommunen durchfinanziert seien, wäre es deutlich leichter, dafür zu sorgen, dass alle Bereiche die ausreichende personelle Ausstattung hätten.

Dr. Helmuth Fickenscher

Leiter des Instituts für Infektionsmedizin und Professor für Virologie an der Christian Albrechts Universität zu Kiel

Herr Dr. Fickenscher, Leiter des Instituts für Infektionsmedizin an der Christian-Albrechts-Universität und Professor für Virologie, leitet seine Stellungnahme mit dem Hinweis ein, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Funktion in der Gesellschaft erfülle. Über viele

Jahre habe er ein „Mauerblümchendasein“ geführt, seiner Einschätzung nach auch deshalb, weil er in kommunale Hände übergeben worden sei. Dort sei Geld ganz besonders knapp, die Einsparungen der Kommunen seien zu Beginn der Pandemie richtig deutlich geworden. So dann trägt Herr Dr. Fickenscher die Schwerpunkte seiner Stellungnahme, [Umdruck 20/499](#), vor.

Marburger Bund

Michael Wessendorf, Vorsitzender des Landesverbands Schleswig-Holstein

Herr Wessendorf schildert kurz seine eigenen Erfahrungen in der Tätigkeit in einem Gesundheitsamt. Kritisch merkt er an, dass einige gesetzliche Regelungen und Vorgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst zwar existierten, jedoch in der Realität gar nicht oder nur minimal gelebt würden. Der ÖGD-Pakt als solcher finde beim Marburger Bund Zuspruch, weil dieser der chronischen Unterfinanzierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst entgegenstehe. Zur Frage der Verstärkung des ÖGD-Pakts spricht er die Zuverlässigkeit von Arbeitgebern im Hinblick auf entsprechende Zusagen an, die in Zeiten des Fachkräftemangels von potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern in die Betrachtungen einbezogen würden. Ziel des Paktes sei neben der Überwindung der Pandemie, den Öffentlichen Gesundheitsdienst als dritte Säule im Gesundheitssystem auf- und auszubauen. Dies sei auch vor dem Hintergrund wichtig, dass man wisse, dass Praxen aufgrund des Fachkräftemangels zukünftig größere Schwierigkeiten hätten, die gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. In diesen Bereich fielen auch Bemühungen um Public Health. Der Stresstest Pandemie habe jedoch im Öffentlichen Gesundheitsdienst viele strukturelle Mängel aufgezeigt, diese seien auch in der Organisation der Gesundheitsämter begründet. Man habe hinsichtlich der personellen Ausstattung im Einzelfall Quantitäts- und Qualitätsausfälle während der Pandemie bemerken müssen. Der Marburger Bund sei pessimistisch, ob man mit dem ÖGD-Pakt allein das Ziel, für die nächste Pandemie besser gerüstet zu sein, werde erreichen können.

Zu den Anstrengungen zu einer nachhaltigen Stärkung der personellen Situation im Öffentlichen Gesundheitsdienst gibt Herr Wessendorf zu bedenken, dass man nicht nur eine Aufstockung gewährleisten, sondern man auch der bereits bestehenden Überalterung im Öffentlichen Gesundheitsdienst perspektivisch begegnen müsse. Festzuhalten sei, dass der ÖGD mit Sicherheit nicht auf der Wunschliste der Arbeitgeber der frisch approbierten Ärztinnen und Ärzte stehe, weil die meisten Ärztinnen und Ärzte nach der Approbation in der kurativen Medizin arbeiten wollten. Ein Problem sei, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst als Arbeitgeber

für junge Ärztinnen und Ärzte nicht attraktiv sei: Ein Wechsel aus Kliniken in den ÖGD bedeute eine erhebliche finanzielle Einbuße. Aus seiner Sicht fehlten auch bei allen Bekundungen, wie wichtig der Öffentliche Gesundheitsdienst sei, ernsthafte Bemühungen, die Situation im ÖGD nachhaltig zu verbessern. Vor über einem Jahr habe man mit dem kommunalen Arbeitgeberverband im Rahmen der Tarifabschlüsse der Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern eine Vereinbarung geschlossen, Tarifverhandlungen zu den ÖGD-Ärzten aufzunehmen, um unter dem Dach des TVÖD etwas zu etablieren. In eineinhalb Jahren habe es jedoch nur eine einzige Sitzung gegeben. Wolle man die Situation verbessern, sei es notwendig, ernsthaft zu verhandeln. Dabei gehe es auch um die Signalwirkung solcher Verhandlungen und die damit zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung. Dass im Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht eine ähnliche Belastung wie in Kliniken herrsche, sei gut, die in Kliniken häufig herrschende Situation aber auch in keinem Fall erstrebenswert, da es sich häufig um eine Überbelastung des Personals handle. Es fielen aber dennoch Bereitschaftsdienste für Psychiatrieaufgaben oder Infektionsschutzaufgaben an, teilweise sei auch Samstags- und Sonntagsarbeit notwendig gewesen. Im TVÖD sei nicht wirklich geregelt, wie man mit der Situation umgehen solle, wenn sie eintrete. Insgesamt müsse sichergestellt sein, dass das ärztliche Personal nicht „verheizt“ werde, es gebe besorgniserregende Ergebnisse aus den diesbezüglichen Mitgliederbefragungen. Man müsse schon jetzt feststellen, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte nicht vorstellen könnten, bis zur Rente in dem Beruf zu verbleiben.

Sodann spricht Herr Wessendorf die Stärkung der Fachlichkeit an: Auch der Marburger Bund könne sich nicht vorstellen, dass die Amtsleitung eines Gesundheitsamtes nicht durch Ärzte besetzt sei. Dabei gehe es unter anderem um die Übernahme der Verantwortung für die ärztlichen Entscheidungen, für die man nach Berufsordnung als Arzt verantwortlich sei. Die Entscheidung darüber, was medizinisch in einer bestimmten Situation in erster Priorität geboten sei, sei eine originär ärztliche Aufgabe. Problematisch sei auch, wenn Quereinsteiger, die mehrere Facharzttitle innehätten, niedriger besoldet würden, weil ihnen der Titel des Facharztes für Öffentliches Gesundheitswesen fehle. Nur sehr wenige Ärzte in Schleswig-Holstein hätten zudem die Weiterbildungsbefugnis. Der Marburger Bund bemühe sich, die Attraktivität stärker herauszustellen, die Bezahlung müsse unter dem Dach des TVÖD gesondert geregelt werden, andernfalls werde man keine Fachärzte bekommen, denn der Ärztemangel werde zunehmen. Darüber hinaus konkurriere man mit Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen um immer schwerer zu bekommende Fachkräfte. Vonseiten des Marburger Bundes sei man sehr darum bemüht, die angestellten Kolleginnen und Kollegen davor zu bewahren, aufgrund des Mangels verbrannt zu werden. Probleme seien gesellschaftlich zwar seit längerer Zeit bekannt, jedoch seien nur wenig Bestrebungen zu erkennen gewesen, diese auch zu lösen. Das sei

bedauerlich, könne aber nicht zulasten von Menschen gehen, die dann über Jahre überfordert würden.

Dr. Jan Rupp

Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie des UKSH Lübeck

Herr Dr. Rupp leitet seine Stellungnahme mit der Bemerkung ein, dass er sich seinen Vorrednerinnen und Vorrednern in vielen Punkten anschließen könne. Eine Optimierung des Meldewesens, die Abschaffung der Faxgeräte und Ähnliches wünsche man sich schon seit Langem. Mit den jetzt geplanten Maßnahmen, zum Beispiel der DEMIS-Übermittlung, sei man auf dem richtigen Weg. Man dürfe bei der Digitalisierung auch nicht zu zaghaft vorgehen, sondern müsse die darin liegenden Chancen offensiv nutzen. Der Austausch von Informationen auf einer datensicheren Grundlage sei ein wesentlicher Punkt im Infektionsschutz, um kurzfristig und schnell Informationen zusammenzutragen, immer auch unter dem Blickwinkel der Sicherheit für die Patientinnen und Patienten. Besonders gehe es ihm dabei auch um die Übertragungswege bei multiresistenten Keimen, wo man intersektoral noch große Probleme habe. Das Öffentliche Gesundheitswesen könne in dem Zusammenhang zukünftig eine zentrale Schnittstelle sein. Im europäischen Ausland – das Thema Attraktivität sei bereits angeklungen – habe der Öffentliche Gesundheitsdienst einen anderen Stellenwert. Aus seiner Sicht bestehe eine Möglichkeit, eine Attraktivität an der Schnittstelle zwischen Mikrobiologie, Infektiologie und anderen klinischen Fächern zu schaffen und in den Ämtern einen Wissensschatz aufzubauen, der auch zu weiterem Erkenntnisgewinn führen könne. Davon sei man zurzeit noch weit entfernt. Es sei deshalb ein ganz zentraler Punkt, die Attraktivität in den Vordergrund zu stellen, da die jetzt rekrutierten Fachkräfte diejenigen seien, die das System weiterentwickelten. Im Bereich der Digitalisierung sei ein wichtiger Aspekt, wie man an Universitäten erhobenen Daten und Daten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenführen könne. Ausgehend von dem jetzt vereinbarten Pakt könne man gut in relativ kurzer Zeit die nächsten Schritte zu einem dauerhaften Weiterentwickeln des Sektors gehen. Studierende seien oft überrascht, dass es mit einem Medizinstudium die Möglichkeit gebe, ins Gesundheitsamt zu gehen und dort eine Facharztausbildung machen kann, das gelte auch für den Bereich der Mikrobiologie. Viele Ärzte würden in der Klinik arbeiten wollen, um Patientenkontakte zu haben, jedoch würden viele von ihnen aufgrund der hohen dort herrschenden Arbeitsbelastung wieder ausscheiden. Deshalb sei man aus seiner Sicht gefordert, die Weiterbildungsangebote weiterzuentwickeln. Zur Attraktivität könne beitragen, wenn bekannt würde, dass ein Teil der Ausbildung im Bereich der Infektiologie im Öffentlichen Gesundheitsdienst abgeleistet werden

könne. Das werde aber nur funktionieren, wenn man keine finanziellen Abschläge dafür hinnehmen müsse. Die Attraktivität sei vorhanden, sie werde jedoch nicht richtig kommuniziert, häufig sei auch das Profil nicht richtig klar. Das sei ein wesentlicher Punkt, den man optimieren könne. Digitalisierungsbemühungen – das sei häufiger die Erfahrung an Hochschulen gewesen – seien oft daran gescheitert, dass es zu kleinteilige Lösungen gegeben habe. Er rate dringend, nicht nur Schleswig-Holstein-weit, sondern über die Landesgrenzen hinweg eine Systematik aufzubauen, wie Gesundheitsämter untereinander kommunizierten, um dort nicht den gleichen Fehler eines Flickenteppichs zu machen, denn dies blockiere über Jahre die Weiterentwicklung. Es solle möglichst darauf geachtet werden, mit dem gleichen Standard und mit dem gleichen Datenschutzkonzept zu arbeiten.

Damit solle auch die Thematik verbunden werden, wie man zukünftig zwischen den Gesundheitsämtern kommunizieren wolle. Die unterschiedliche Kommunikation der Gesundheitsämter untereinander und nach außen sei eine Schwierigkeit in der Pandemie gewesen. Der Pakt solle nach seinem Dafürhalten genutzt werden, die bestehenden Strukturen zu analysieren und konzeptionell zu überlegen, wie man zukünftig Gesundheitsämter so aufstellen könne, dass die Akzeptanz möglichst hoch sei. Das Gesundheitsamt habe eine Vorreiterrolle in der Interaktion mit der Bevölkerung, daher müsse man eine kommunikative Strategie entwickeln, die zu einer höheren Akzeptanz führe. Bei der Schaffung neuer Strukturen und dem Einstellen neuen Personals im Öffentlichen Gesundheitsdienst sollten diese Aspekte mitgedacht werden.

Eine große Chance – so setzt Herr Dr. Rupp seine Ausführungen fort – bestehe in der intersektoralen Verknüpfung. Wenn man vonseiten der Universitäten zurzeit bemüht sei, Daten von niedergelassenen Praxen, Schulen oder anderen Einrichtungen zu bekommen, um Infektionsschutzmaßnahmen in ihrer Wirkung zu untersuchen, gehe dies nie ohne Zutun der Gesundheitsämter. Eine wichtige und zentrale Rolle sei, die Gesundheitsämter so zu ertüchtigen, dass sie in dieser Interaktion konkurrenzfähig mitarbeiten könnten. Das bedeute nicht, dass die Gesundheitsämter zusätzlich wissenschaftlich arbeiten sollten, aber im Hinblick auf die Attraktivität bestehe dort eine Möglichkeit, diese weiterzuentwickeln.

Von Abgeordneter Pauls auf Beendigung des Hygieneförderprogramms angesprochen, führt Herr Dr. Fickenscher aus, dass er bei einer Sitzung unter Beteiligung von Mitarbeitenden des Bundesministeriums ausführlich mitgeteilt worden sei, dass das Hygieneförderprogramm von

dort aus als beendet betrachtet werde, denn es gebe genug Hygieniker und Mikrobiologinnen und Mikrobiologen. Das sei aus Sicht des BMG kein Problem mehr, was die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesländer sehr gewundert habe. Ein deutliches Defizit sehe man vonseiten des Bundesministeriums noch im Fach Infektiologie und auch in dessen pädiatrischem Bereich. Natürlich sei es wichtig, diese Bereiche zu fördern. Dies sei jedoch sowohl bundes- als auch landespolitisch zu eng gefasst. Aus seiner Sicht müsse man bemüht sein, das Bundesministerium zu größerer geistiger Flexibilität zu ermuntern.

Zu dem von Abgeordneter Pauls erwähnten Hygieneförderprogramm ergänzt Herr Dr. Rupp, dass das Auslaufen verhindern könne, dass dadurch die Motivation, bestehende Probleme durch Geld zu kaschieren, zurückgehe. Deshalb müsse man sich nach einer gewissen Zeit aus entsprechenden Programmen verabschieden. Förderprogramme müssten seiner Ansicht nach genutzt werden, um einen Startpunkt zu bilden und die angesprochene Attraktivität zu schaffen.

Zur Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsämter – ein Vorschlag des Abgeordneten Hansen besonders im Hinblick auf unterschiedliche Themenfelder – erläutert Herr Dr. Fickenscher, dass diese in vielen Beispielen positiv ausgeprägt sei, aber die Gesundheitsämter hätten ihre spezifischen Einrichtungen, um die sie sich konkret kümmern müssten. Die Kenntnis der jeweils auf Kreisebene relevanten Akteure sei schwierig über Kreisgrenzen hinweg zu gestalten. Zwischen bestimmten Gesundheitsämtern bestünde aber bereits jetzt enge Zusammenarbeit.

Ein Landesgesundheitsamt – so antwortet Herr Dr. Fickenscher auf eine Frage des Abgeordneten Dr. Garg – sei für große Bundesländer eine Selbstverständlichkeit, bei kleinen Bundesländern habe es sich aus seiner Sicht bisher nicht sonderlich bewährt. Auch die größeren Stadtstaaten hätten zwar teilweise entsprechende Einrichtungen, was jedoch nur begrenzt konstruktiv sei. Die schlanke Konfiguration in Schleswig-Holstein habe auch gewisse Vorteile, wenn man bedenke, dass Bereiche für das Meldewesen in großen Einrichtungen 20 bis 100 Personen beschäftigten, während das in Schleswig-Holstein eine übersichtlichere Anzahl sei. Das verwundere oft Personen, die für größere Einrichtungen zuständig seien. Ein Problem in Schleswig-Holstein könne sein, dass man zu schlank aufgestellt sei.

Abgeordneter Dirschauer interessiert, ob von den Anzuhörenden als eine Option gesehen werde, stärker auf die Möglichkeit zu setzen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern zu verbeamten. – Herr Wessendorf führt aus, dass es im Norden nur in sehr geringer Zahl verbeamteten Ärztinnen und Ärzte gebe. Es gebe in dieser Hinsicht ein deutliches Nord-Süd-Gefälle: Im Süden gebe es eine deutlich höhere Anzahl an Ärztinnen und Ärzten im amtsärztlichen Bereich, die verbeamtet seien. Dort sei seiner Kenntnis nach jedoch das Problem der Personalakquise nicht geringer. Problematisch sei, dass eine Verbeamtung, die hauptsächlich direkt nach der Universität im Gesundheitswesen beginnenden Ärztinnen und Ärzten zugutekomme, eine Zweiklassengesellschaft erzeuge und somit für Quereinsteiger unattraktiv sei. Die Unterschiede würden noch größer, wenn man alle Beschäftigten in den Gesundheitsämtern betrachte.

Zur Frage der Verbeamtung unterstreicht Herr Dr. Rupp, dass aus seiner Perspektive eher Fragen der Möglichkeit, sich selbst einzubringen, der Attraktivität und Arbeitszeit entscheidend seien, nicht so sehr die Verbeamtung an sich. Eine Verbeamtung werde das Problem nicht lösen, wenn die grundlegende Zufriedenheit aufgrund der fehlenden anderen Faktoren nicht gegeben sei. Die Bedeutung der geregelten Arbeitszeiten sei nicht zu überschätzen, diese sei im Öffentlichen Gesundheitsdienst möglich.

Zu der von Abgeordneten Hansen angesprochenen kreisübergreifenden Fachlichkeit weist Herr Wessendorf darauf hin, dass dies auch in Kliniken gemacht werde. Dagegen spreche im Grundsatz nichts. Eine kreisübergreifende Zusammenarbeit könne unter Umständen zu einer Vereinheitlichung von Empfehlungen oder Anordnungen führen. Damit werde jedoch nicht der Personalmangel behoben.

Ein Landesgesundheitsamt – so Herr Dr. Rupp auf eine Frage des Abgeordneten Hansen zurückkommend – sei in seiner Vorstellung eher eine Struktur, wie man Gesundheitsämter in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein fachlich möglichst so aufstellen könne, dass sie als Gesamtes nach außen die größtmögliche Sichtbarkeit und Profilierung hätten, was sinnvoll sei. In dem einen oder anderen Fall könne es eine Spezialisierung auf einen besonderen Themenbereich im Öffentlichen Gesundheitsdienst geben, zumal unrealistisch sei zu glauben, dass jedes Gesundheitsamt die gleichen Expertisen vorhalten könne. Dafür seien die Gesundheitsämter in der Regel personell nicht ausgestattet, weder von der Größe, noch von der Fachlichkeit oder der Ausbildung. In dem Zusammenhang seien natürlich personelle und juristische Fragen zu klären, zum Beispiel im Hinblick auf die Zuständigkeiten. Auch wenn man sich in

der Vergangenheit häufiger über den in der Bundesrepublik herrschenden Flickenteppich geärgert habe, so sei man gleichzeitig auch froh gewesen, weil dieser ermöglicht habe, Entscheidungen vorwegzunehmen. Wenn dies jedoch zu kleinteilig werde, sei es für die Bevölkerung schwierig, Spezialisierungen nachzuvollziehen. Man könne eher gewinnen, wenn die Gesundheitsämter untereinander eine Struktur finden würden, gemeinsame Handlungsrichtlinien für gewisse Themenbereiche anzustreben. Bestimmte Zuständigkeitsschwerpunkte könne man schaffen, ohne die bestehenden Zuständigkeiten, die natürlich in den jeweiligen Ämtern verbleiben müssten, zu beschneiden. Das könne dazu beitragen, dass Personen, die eine bestimmte Expertise hätten, sich eher in bestimmten Bereichen wiederfänden.

Die Vorsitzende unterbricht die Sitzung von 16:10 Uhr bis 16:15 Uhr.

2. Bericht der Ministerin zur aktuellen Situation der Inland-Kliniken

Antrag des Abgeordneten Christian Dirschauer (SSW)

[Umdruck 20/485](#)

Abgeordneter Dirschauer räumt einleitend zu seinem Berichtsantrag ein, dass es aus nachvollziehbaren Gründen den Vertretern der inland-Klinik nicht möglich sei, an der Sitzung teilzunehmen, er aber auch Fragen an die Gesundheitsministerin diesbezüglich habe, zum Beispiel im Hinblick auf die Versorgung in der Region und kommunalrechtliche Aspekte.

Frau Dr. von der Decken, Ministerin für Justiz und Gesundheit, legt dar, dass am 17. November 2022 im Sozialausschuss zu dem Thema berichtet worden sei. In der Sache habe sich wenig geändert, zeitgleich zu ihrem Bericht im Ausschuss tage der Hauptausschuss des Kreises, erst danach werde man wissen, wie es mit der inland-Klinik weitergehe. Sie weist auf die Sondersitzung in der darauffolgenden Woche hin, bei der alle Beteiligten wieder zusammenkämen. Der Antrag auf Umsetzung des Szenario 1 sei im Gesundheitsministerium eingegangen, aller Voraussicht nach werde man eine Entscheidung im Laufe des Monats Dezember treffen.

Zur Versorgungssituation legt Frau Hachmeyer, Leiterin des Referats Krankenhausplanung und Qualitätssicherung im Gesundheitsministerium, dar, dass diese in der Region und in gesamt Schleswig-Holstein aufgrund der epidemiologischen Lage angespannt sei. Das habe vielfältige Gründe, unter anderem auch das RS-Virus und die Grippewelle. Die angespannte Personalsituation in allen medizinischen Bereichen komme auch dort zum Tragen. Dies sei auch der Grund dafür, dass Kapazitäten in den Krankenhäusern im Moment nicht betrieben werden könnten. Dies hänge zusätzlich damit zusammen, dass alle Krankenhäuser nach Kräften bemüht seien, die Notfallversorgung aufrechtzuerhalten. Dadurch würden elektive Eingriffe, soweit dies medizinisch vertretbar sei, abgesagt, was natürlich auch mit einer Reduzierung von OP-Kapazitäten einhergehe. Man sei im engen Austausch mit den Krankenhäusern und könne sagen, dass die Versorgung zum jetzigen Zeitpunkt sichergestellt sei.

Von Abgeordneten Dirschauer auf die kommunalaufsichtsrechtliche Perspektive angesprochen, legt Herr von Riegen, Leiter der Kommunalabteilung im Innenministerium, dar, dass man mit dem Kreis im Austausch stehe. Der Landrat habe dem Ministerium einige Fragen zukommen lassen, die dem Landtag auf eine kleine Anfrage hin auch zur Kenntnis gegeben worden

seien. Konkret gehe es um die Frage, welche Verpflichtungen der Kreis aufgrund des erfolgreichen Bürgerbegehrens in der Folge der Abwicklung habe, zum Beispiel auch um die Frage, ob Rechtsmittel gegen einen Bescheid aus der Krankenhausbedarfsplanung eingelegt werden müssten. Die Antwort darauf sei Nein. Eine weitere Frage sei, ob es eine gleichsam unbegrenzte Pflicht des Kreises als Gesellschafter der gGmbH gebe, Nachschüsse in das Gesellschaftsvermögen zu leisten. Mit diesen Fragen habe man sich befasst, letztere habe man verneint: Es gebe keine unbegrenzte Pflicht des Nachschusses. Das sei aber ein relativ komplexer Sachverhalt, der sich zudem sehr dynamisch entwickle, sodass es schwer sei, genaue Grenzen festzulegen; fest stehe, dass es keine unbegrenzte Pflicht zum Nachschuss gebe.

Abgeordnete Pauls spricht die Entscheidung an, die laut Aussage des Ministeriums noch im Dezember falle, der Krankenhausausschuss tage jedoch erst im Januar. Sie interessiert, ob eine Entscheidung im Umlaufverfahren möglich sei, was Ministerin Dr. von der Decken bestätigt.

Der Ausschuss nimmt den Beschluss zur Kenntnis.

3. Bericht der Landesregierung zur aktuellen Infektionslage bei Kindern mit Hinblick auf das RS-Virus, zur Situation der Kinderstationen in den Kliniken und zu den daraus abzuleitenden Maßnahmen der Landesregierung

Berichts Antrag der Abgeordneten Birte Pauls (SPD)
[Umdruck 20/468](#)

Zur Begründung ihres Berichts antrags unterstreicht Frau Pauls, dass man derzeit eine sehr angespannte Situation auf den Kinderstationen erlebe, verzweifelte Eltern bekämen keinen Krankenhausplatz für ihre Kinder, es gebe Verlegungen von schwerstkranken Kindern quer durch das Land. Dies habe auch damit zu tun, dass man in den letzten Jahren in diesem Bereich viel Infrastruktur abgebaut habe, weil die Kinderkrankenpflege nicht wirtschaftlich genug sei. Jetzt befinde man sich in einer für alle Beteiligten dramatischen Situation, auch für das Personal auf den Stationen, das das Gefühl habe, seiner Aufgabe nicht gerecht zu werden. Aus ihrer Sicht sei es eine politische Frage, dort genauer hinzuschauen und die gesamte Situation politisch zu beleuchten.

Gesundheitsministerin Dr. von der Decken führt einleitend aus, beim RS-Virus handle es sich um einen weltweit verbreiteten Erreger von akuten Erkrankungen der oberen und der unteren Atemwege. Dieser Erreger könne Menschen in jedem Lebensalter treffen, er sei einer der bedeutendsten Erreger für typische Atemwegsinfektionen mit der Besonderheit, dass er bei Säuglingen und Kleinkindern zu schwereren Erkrankungen führen könne. RSV falle ansonsten in die Gruppe der typischen Erkältungsviren. Die Erkrankungen verliefen in der Regel ohne Komplikationen, zumindest gelte dies für Jugendliche und Erwachsene. Nach ersten Schätzungen kämen RSV-Atemwegserkrankungen mit einer Inzidenz von 48,5 Fällen – davon 5,6 schweren Fällen pro 1.000 Kindern im ersten Lebensjahr – vor.

Zur Situation der Kinderstationen in Schleswig-Holstein legt Ministerin Dr. von der Decken dar, dass man sich in einem regelmäßigen Austausch mit allen Krankenhäusern befinde. In der Tat seien in Schleswig-Holstein derzeit viele Kinder an dem RS-Virus erkrankt. Wegen der strikten Coronamaßnahmen in den vergangenen Jahren hätten sich die Erstinfektionen bei Kindern in gewissem Maße aufgestaut. Das Ausbleiben der typischerweise auftretenden Infektionen sorge jetzt für ein wellenhaftes Auftreten. Bereits 2021 habe es eine erste größere Welle an sogenannten Nachholinfektionen gegeben, nun baue sich offenbar die zweite Nachholwelle auf. Die Thematik sei im Coronabeirat mit den coronaversorgenden Cluster-Krankenhäusern vom 29. November 2022 und auch mit der Taskforce Notfallversorgung angesprochen worden,

um eine Lageeinschätzung der Versorgenden vor Ort direkt von diesen zu bekommen. Anwesend seien sowohl Herr Dr. Hillebrandt als Delegierter des Berufsverbandes leitender Kinder- und Jugendärzte als auch Dr. van Heek als Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Schleswig-Holstein gewesen. Die Lage in den Kliniken werde als sehr angespannt geschildert, aber im Rahmen von krankenhausesübergreifenden Verlegungen sei sie noch handhabbar. Sowohl die Kliniken als auch die Praxen seien aktuell stark ausgelastet. Es werde von einer Ausnahmesituation gesprochen, allerdings werde der Austausch zwischen ambulantem und stationärem Bereich als gut und konstruktiv geschildert.

Erfahrungsgemäß sei mit Anfang des Jahres mit einer Entspannung im Hinblick auf die Infektionszahlen zu rechnen, es sprächen erste Anzeichen dafür, dass der Scheitelpunkt der Welle entweder erreicht oder sogar schon überschritten sei.

Zur Frage, was die Landesregierung getan habe, um auf die derzeitige Situation zu reagieren, legt Frau Dr. von der Decken dar, es habe mehrere Expertenaustausche gegeben. Der letzte habe am 6. Dezember 2022 im Rahmen der Cluster-Konferenz stattgefunden, in der man über mögliche Maßnahmen sowohl im stationäre als auch im ambulanten Bereich gesprochen habe. Abermals seien Experten aus diesen Bereichen einbezogen worden.

Es werde die Option einer zeitweisen Versorgung von Kindern auf Erwachsenenstationen geprüft: Die Verlegung von Jugendlichen auf Erwachsenenstationen solle die Kapazitäten auf den Kinderstationen für die kleineren Kinder freihalten. Das pädiatrische Personal aus dem ambulanten Bereich nehme Kinder in das sogenannte Monitoring. Die Kinder würden, statt im Krankenhaus behandelt zu werden, zum Teil mehrmals täglich in der Praxis vorstellig und würden gegebenenfalls dort versorgt. Darüber hinaus seien die kinderärztlichen Anlaufpraxen an den Krankenhäusern personell verstärkt worden, um die Krankenhäuser als solche zu entlasten.

Kinder über zwölf Jahren würden zudem in die hausärztliche Versorgung überwiesen, um die Kapazitäten in den kinderärztlichen Praxen zu erweitern. Man versuche, die Kinder, die auch woanders behandelt werden könnten, dort behandeln zu lassen, um Kapazitäten für die kleinsten und besonders anfälligen Kinder zu schaffen. Außerdem habe man bereits am 2. Dezember 2022 eine Presseinformation herausgegeben, um die Bevölkerung für dieses Thema zu sensibilisieren und darüber aufzuklären, was RS-Viren seien und wie man sich und die Kinder vor Ansteckungen schützen könne. Man setze sich zudem auf Bundesebene dafür ein, dass

die Pflegepersonaluntergrenzen im Bereich der Pädiatrie vorübergehend ausgesetzt werden können.

Abgeordnete Pauls geht auf die Personaluntergrenzen ein und spricht die Sicherheit der Kinder an, um die sie sich Sorge. Sicherheit und Verfügbarkeit von Personal hingen unmittelbar miteinander zusammen.

Zum Monitoring gibt sie zu Bedenken, dass es für Kinder auch nachteilig erlebt werden könne, regelmäßig in eine Praxis gefahren zu werden. Sie interessiere, wie viele Kinder- und Kinderintensivbetten es in Schleswig-Holstein gebe und wie die Entwicklung der vergangenen Jahre gewesen sei.

Ministerin Dr. von der Decken legt dar, dass man mit den Maßnahmen bemüht sei, eine kurzzeitige Notlage, die bestehe, zu überbrücken. Dies solle kein Dauerzustand sein. Die zeitweise Aufhebung der Personaluntergrenzen sei auch von Gesundheitsminister Lauterbach in der letzten Gesundheitsministerkonferenz so verkündet worden. Das Monitoring sei in der Tat nicht so gut wie die Option, das Kind permanent überwachen zu können, es sei aber besser als nichts. Man sei dankbar für die Flexibilität, die dort insbesondere aus dem ambulanten aber auch aus dem stationären Bereich gezeigt worden sei, indem man pragmatisch versuche, das Problem, das man nicht innerhalb von zwei Wochen lösen könne, abzumildern. Sie sei allen Beteiligten dankbar, dass man sich auf diese Lösungen einlasse. Die Zahl der freien Kinderintensivbetten liege derzeit bei 58.

Auf eine Nachfrage des Abgeordneten Dr. Garg bestätigt Ministerin Dr. von der Decken, dass es einen strukturierten Kommunikationsprozess zwischen ambulantem und stationärem Bereich gebe.

Der Ausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis.

4. Bericht der Landesregierung zur finanziellen Absicherung zentraler Krankenhausneubaumaßnahmen in Schleswig-Holstein

Antrag des Abgeordneten Dr. Heiner Garg (FDP)
[Umdruck 20/481](#)

Einleitend zu seinem Berichtsantrag legt Abgeordneter Dr. Garg dar, dass ihn zunehmend aus Schleswig-Holstein Befürchtungen erreichten, dass das, was Ende der letzten Legislaturperiode klar verabredet worden sei, neben der ohnehin bekannten chronisch unterfinanzierten Landeskrankenhausplanung beziehungsweise den nicht vorhandenen investiven Mitteln zur Ausfinanzierung notwendiger Investitionen, jetzt infrage stehe. Die Verabredung sei sowohl auf Fraktionsebene als auch zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Finanzministerium erfolgt, dass insbesondere durch Mittelumschichtungen innerhalb von IMPULS zusätzliche Mittel für die notwendigen Krankenhausinvestitionen bis 2030 bereitgestellt werden könnten, um zentrale Krankenhausprojekte abzusichern. Er wolle wissen, ob zentrale Klinikprojekte, wie beispielsweise Regio-Kliniken in Pinneberg, Sana Lübeck oder andere Standorte im Land gefährdet seien. Er sei dankbar für einen Hinweis, falls es sich dabei um Gerüchte handle. Einen Hinweis wolle er auch erhalten, wenn verstärkte parlamentarische Unterstützung nötig sei, um eine Absicherung notwendiger Infrastrukturprojekte zur Sicherung der Versorgung zu erreichen. Die Ausfinanzierung sei wichtig, weil man bestimmte Projekte für die Versorgung in Schleswig-Holstein für die Zukunft brauche. Mit den von der Bundesregierung auf den Weg gebrachten Prozessen notwendiger Strukturanpassung und gegebenenfalls Umwidmungen sei es aus seiner Sicht noch wichtiger, dass das Gesundheitsministerium ausreichend mit Investitionsmitteln ausgestattet sei und nicht für jedes Projekt bei der Finanzministerin betteln müsse. Für die Krankenhauslandschaft sei es wichtig zu wissen, wo man stehe.

Zur Ausgangslage legt Ministerin Dr. von der Decken dar, dass das Ministerium Investitionsmaßnahmen in Krankenhäuser auf Basis des Landeskrankenhausgesetzes fördere. Dafür gebe es ein mehrjähriges Investitionsprogramm. Die Krankenhäuser beantragten die Aufnahme in das Investitionsprogramm, die Entscheidung darüber treffe der Landeskrankenhausausschuss. In diesem seien neben dem Gesundheitsministerium Vertreter der Kostenträger, der Krankenhausgesellschaft, der kommunalen Landesverbände und der Hochschulmedizin sowie gegebenenfalls weitere beratende Mitglieder vertreten. Dieser Ausschuss entscheide über die Aufnahme in das Investitionsprogramm. Bei jeder Entscheidung sei denjenigen Investitionsmaßnahmen Vorrang zu gewähren, die für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung unabdingbar seien. Auf der Basis einer Aufnahmeentscheidung erstelle das

Krankenhaus eine detaillierte Bauunterlage, die im Ministerium geprüft und auf deren Grundlage dann ein Bewilligungsbescheid erteilt werde, verbunden mit der Aufnahme in den Finanzplan. Auf dieser Grundlage rufe das Krankenhaus die Mittel für die Umsetzung der Maßnahme ab. Die dafür zur Verfügung stehenden Finanzierungsquellen seien das Zweckvermögen auf der einen Seite und die Mittel aus dem IMPULS-Programm auf der anderen Seite. Gefördert würden mit jährlichen Pauschalbeträgen zum einen kleinere Baumaßnahmen bis 50.000 Euro sowie die Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern. Hierfür stünden etwa 44,7 Millionen Euro zur Verfügung. Darüber hinaus würden aus dem Zweckvermögen als Einzelförderung auf Antrag Fördermittel für die Errichtung und die Erstausrüstung von Krankenhäusern gewährt. Dafür stünden rund 40 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Für das sogenannte IMPULS-Programm sei im Jahr 2016 554 Millionen Euro bereitgestellt worden, für die Krankenhausinvestitionen 2020 weitere 200 Millionen Euro, 2022 noch einmal rund 243 Millionen Euro. Hinzu kämen 11 Millionen Euro für Maßnahmen nach dem Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG). Die Mittel würden durch Land und Kommunen jeweils hälftig aufgebracht.

Derzeit liefen im Kontext mit der Aufstellung des Haushalts für das Jahr 2023 und der weiteren Finanzplanungen Abstimmungen zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Finanzministerium über künftige weitere Bereitstellungen von Finanzmitteln für Krankenhausinvestitionen. Zentrale Vorhaben mit einem Volumen von über 30 Millionen Euro werden von Ministerin Dr. von der Decken aufgezählt. Es gebe daneben abgesicherte zentrale Vorhaben, bei denen die Haushaltsmittel zur Verfügung stünden oder zugesichert seien und bei denen nach der Vorlage der entsprechenden Unterlagen auch Fördermittel bewilligt werden können. Sie nennt auch dafür Beispiele, unter anderem den Neubau des Zentralklinikums Malteser-DIAKO-Klinikum in Flensburg. Dem Landeskrankenhausausschuss lägen zurzeit keine neuen Maßnahmen zur Entscheidung vor. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund der noch laufenden Abstimmungen zur Verabschiedung des Haushalts 2023 sei der eigentlich für Ende November vorgesehene Termin des Landeskrankenhausausschusses in den Februar 2023 verschoben worden, um in Kenntnis der dann zur Verfügung stehenden Mittel weiter entscheiden zu können.

Zur sogenannten zweiten Tranche legt Ministerin Dr. von der Decken dar, dass bei den Gesprächen zum Abbau des Sanierungsstaus bei den Krankenhäusern im Zuge der Vorbereitungen auf den Haushalt 2022 vereinbart worden sei, Gelder im Umfang von insgesamt 800 Mil-

lionen Euro für IMPULS zur Verfügung zu stellen. Tatsächlich sei im Jahr 2022 vom Finanzministerium für die erste Tranche ein Betrag von 242,8 Millionen Euro bewilligt worden. Mit diesen Mitteln habe das Ministerium gearbeitet und diese für Investitionen genutzt. Was die zweite Tranche angehe, hätten das Gesundheitsministerium und das Finanzministerium Gespräche betreffend der Bereitstellung dieser zweiten Tranche aufgenommen. Erforderlich wären weitere IMPULS-Mittel in Höhe von mindestens 555 Millionen Euro. Ein erstes Gespräch zwischen den Staatssekretären der beiden Ministerien im Beisein der Fach- und der Haushaltsbereiche habe am 18. November 2022 stattgefunden. Man sei aufgefordert worden, dass Investitionsprogramm dahin gehend zu prüfen, mögliche Anpassungen in Betracht zu ziehen und auch mögliche Planungen über den Zeitraum 2030 hinaus aufzunehmen. Derzeit liefen die entsprechenden Arbeiten. Für Januar werde auf dieser Grundlage ein Folgegespräch zwischen den beiden Häusern stattfinden.

Abgeordneten Dr. Garg interessiert, ob die Gesundheitsministerin von der Finanzministerin aufgefordert sei, das noch einmal zu verhandeln, was bereits verhandelt worden sei. Aus seiner Sicht machten die Ausführungen den Eindruck. Er unterstreicht, dass die damals geführten Verhandlungen im Hinblick auf die zweite Tranche abschließend gewesen seien.

Ministerin Dr. von der Decken weist darauf hin, dass sie bei den damaligen Verhandlungen nicht dabei gewesen sei. – Herr Völk, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung im Gesundheitsministerium, legt dar, dass diese Prüfung gerade Stand der Arbeitsgespräche sei. Auf eine Nachfrage des Abgeordneten Dr. Garg bestätigt er, dass es um das Gleiche gehe, was schon im vorausgegangenen Jahr zur Prüfung angestanden habe.

Abgeordnete Raudies verweist auf den Anfang des Jahres 2022 veröffentlichten Infrastrukturbericht der Landesregierung. Aus diesem habe sich bei den Krankenhäusern eine Finanzierungslücke von – ihrer Erinnerung nach – 350 Millionen Euro ergeben. Zum Teil habe es sich um Maßnahmen gehandelt, die noch nicht abschließend geprüft gewesen seien. Große Vorhaben wie der Neubau im Kreis Pinneberg seien nicht enthalten gewesen. Sie interessiert, ob sie es richtig verstanden habe, dass eigentlich schon beschlossene und mehr oder weniger genehmigte Erweiterungsmaßnahmen jetzt noch einmal verhandelt würden. Die finanziellen Auswirkungen dessen seien für das Land nicht unwichtig.

Ministerin Dr. von der Decken unterstreicht, dass bereits bewilligte Vorhaben nicht infrage stünden. Es gehe jetzt darum, dass man damals über einen Betrag von 800 Millionen Euro

gesprochen habe. Dieser sei in zwei Tranchen aufgeteilt worden. Die erste Tranche sei ausbezahlt worden, mit den entsprechenden Mitteln habe man gewirtschaftet. Jetzt gehe es um die zweite Tranche. Dort befinde man sich derzeit noch in den Verhandlungen und sei aufgefordert worden, die entsprechenden Projekte noch einmal näher darzulegen, was man tun werde, dann werde man sich dafür einsetzen, dass die zweite Tranche bewilligt werde.

Abgeordnete Pauls weist auf den Unterschied zwischen bewilligten und zugesagten Projekten hin. Ihrem Verständnis nach seien Projekte bereits zugesagt worden, die jedoch erst anschließend genehmigt und bewilligt werden müssten. In der vergangenen Legislaturperiode habe man öfter über das Thema Kriterienkatalog gesprochen. Dieser sei jedoch bisher nicht zustande gekommen. Sie interessiere, mit welcher Intention die Landesregierung in die Verhandlungen gehe und ob es mittlerweile einen entsprechenden Kriterienkatalog gebe oder dieser geplant sei.

Frau Hachmeyer, Leiterin des Referats Krankenhausplanung und Qualitätssicherung im Gesundheitsministerium, legt dar, dass es den angesprochenen Kriterienkatalog in schriftlicher Form nicht gebe. Krankenhausplanerisch werde im Referat Krankenhausplanung in Abstimmung mit dem Referat Krankenhausfinanzierung priorisiert, welche Maßnahmen absoluten Vorrang hätten. Welche Bereiche das seien, hätten die vorausgegangenen Tagesordnungspunkte gezeigt. Jetzt gelte es, die Liste zu verschriftlichen, dazu gehe man mit den kommunalen Landesverbänden in engen Austausch.

Herr Dr. Männle, Leiter des Referats Krankenhausfinanzierung und Statistik, legt zu der von Abgeordneter Pauls thematisierten Intention dar, dass man in den Verhandlungen natürlich für die Krankenhäuser kämpfe. Man setze sich für die Umsetzung der Vorhaben ein, die nicht ohne Grund auf der Liste stünden. Die Zentralisierungsvorhaben und die bedarfsgerechte Versorgung seien für die Landesregierung wichtig. Dies habe auch Finanzstaatssekretär Dr. Grundei im Gespräch mit Staatssekretär Rabe deutlich gemacht.

Abgeordneter Dr. Garg hebt hervor, dass seine Äußerungen nicht als Kritik am Gesundheitsministerium, wohl aber als massive Kritik an der Art zu verstehen sei, wie das Finanzministerium mit dem Gesundheitsministerium umgehe. Die 840 Millionen Euro seien schon einmal verhandelt worden. Selbst von diesem Betrag sei allen bewusst, dass dieser bei Weitem nicht ausreiche, um bis 2030 all das auszufinanzieren, was nötig sei. Die 840 Millionen Euro seien

schon einmal als dringend notwendiger Bedarf festgestellt und in wochenlangen Verhandlungen ausgehandelt worden. Ihm fehle jedes Verständnis, wenn diese Verhandlungen nun wiederholt werden müssten. Es sei leicht vorstellbar, was es zur Folge hätte, wenn die zweite Tranche nicht ausgezahlt würde. Er betont, dass das Gesundheitsministerium mit dem aufwändigen Verhandlungsprozess nicht noch einmal beschäftigt werden dürfe.

Ministerin Dr. von der Decken legt dar, dass sich das Finanzministerium nicht komplett geweigert habe, einer Finanzierung unterschiedlicher Projekte zuzustimmen. Man befinde sich jetzt lediglich in Gesprächen, in denen man alles tun werde, um den bereits verhandelten Betrag wieder herauszubekommen.

Abgeordnete Raudies geht auf die Planungen für ein Zentralklinikum im Kreis Pinneberg ein: Dort gingen die Planungen in einem guten Prozess voran. Nun sei dort die Rede von einer baldigen Standortentscheidung, da werde man auch in die konkreten Planungen einsteigen. Trotzdem sei der formale Antrag ans Land noch nicht gestellt. Sie möchte wissen, was sie den Betroffenen vor Ort sagen könne, wenn sie diese treffe. Sie weist darauf hin, dass der Kreis die Fertigstellung bis 2030 plane, weil die beiden alten Häuser abgängig seien.

Herr Dr. Männle legt dar, dass die Maßnahme administrativ noch nicht bewilligt sei und nicht im Finanzplan stehe. Man habe dem Krankenhaus auch noch keinen Bescheid erteilt. Diese Mittel könnten nicht zugesichert werden. Man bemühe sich jedoch darum, die Mittel zu bekommen. Er legt dar, dass die Maßnahme, anders als das Zentralkrankenhaus in Flensburg, nicht in den Investitionsplan aufgenommen sei.

Auf eine Frage der Abgeordneten Pauls zu Auswirkungen der angekündigten Krankenhausreform auf Bundesebene führt Frau Hachmeyer aus, dass man bereits jetzt eine gestufte Krankenhausstruktur habe, die nur etwas anders bezeichnet werde. In Schleswig-Holstein gebe es die Grund- und Regelversorgung, die Schwerpunktversorgung und die Maximalversorgung. Man werde prüfen, inwieweit sich die Kategorien auf den Kriterienkatalog auswirkten, jedoch seien diese nicht neu.

Abgeordnete von Kalben legt dar, dass im Koalitionsvertrag vereinbart sei, die Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein so aufzustellen, dass es zukünftig eine vernünftige Versorgung gebe. Dazu gehöre aus ihrer Sicht, dass man die 840 Millionen Euro im Topf behalte. Es sei aber auch normales Vorgehen in den Haushaltsberatungen, Planungen zu hinterfragen

und zu überprüfen. Auch in Rendsburg hätten sich aufgrund des Bürgerentscheids neue Umstände ergeben. Dazu gebe es leider auch immer wieder neue Herausforderungen im Krankenhausbereich, die es rechtfertigten, Planungen zu überprüfen. Bereits bei der Vereinbarung der 840 Millionen Euro sei man sich bewusst gewesen, dass man mehr Geld benötige. Sie rät dazu, sich vor dem Hintergrund der dem Land immer wieder präsentierten Herausforderungen vonseiten des Bundes beim Bundesfinanzminister für Schleswig-Holstein starkzumachen.

Abgeordnete Raudies fragt nach, ob die 500 Millionen Euro in irgendeiner Finanzplanung im Ministerium aufgetaucht seien. Ihr sei bewusst, dass die Gelder nicht zugesagt oder bewilligt seien. Sie wolle konkret wissen, welche Auskunft man nun dem Kreis Pinneberg gebe, immerhin der bevölkerungsreichste Kreis des Landes. Man wisse um die besondere Herausforderungen durch die Nähe zu Hamburg.

Herr Dr. Männle unterstreicht, dass die Mittel aus der ersten Tranche abgesichert seien. Darin enthalten sei zum Beispiel das Zentralkrankenhaus Flensburg. Es gebe Planungen für die Mittel aus der zweiten Tranche, zum Beispiel das Zentralkrankenhaus Pinneberg. Man sei derzeit in Verhandlungen mit dem Finanzministerium, dass man das Geld benötige. Im Moment gebe es die Sicherheit nicht, eine entsprechende Zusage machen zu können. Natürlich verwende sich das Gesundheitsministerium dafür, die Maßnahmen umsetzen zu können.

Ministerin Dr. von der Decken unterstreicht noch einmal, dass man sich zurzeit noch in den Verhandlungen befinde. Es sei noch keine endgültige Entscheidung getroffen. Man tue alles, um die Mittel zu erhalten, jedoch sei es noch zu früh, eine abschließende Mitteilung über Gelder zu machen.

Abgeordneter Dr. Garg legt dar, dass Investitionskostenfinanzierung originäre Landesaufgabe sei, unabhängig davon, wer die Verantwortung trage. Ihn ärgere, dass die Gesundheitsministerin Verhandlungen über Gelder führen müsse, die bereits abgeschlossen gewesen seien. Die Gesundheitsministerin werde gezwungen, etwas zu verhandeln, was abschließend verhandelt gewesen sei, weil die Bedarfe klar gewesen seien. Die zentralen Bedarfe jetzt noch einmal neu zu verhandeln, sei schlechter Stil, und es sei nicht sehr motivierend für die Beschäftigten im Ministerium, die mit den entsprechenden Planungsaufgaben betraut seien und die im Zweifel auch die ständigen Anfragen aus den jeweiligen Orten beantworten müssten.

Der Ausschuss nimmt den Bericht zur Kenntnis.

5. Modellprojekt zur integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit längerfristigen gesundheitlichen Folgen einer SARS-CoV-2-Infektion („Long COVID“)

Antrag der Fraktionen von FDP, SPD und SSW
[Drucksache 20/379](#) (neu)

(überwiesen am 24. November 2022)

– Verfahrensfragen –

Der Ausschuss beschließt, den Antrag der Fraktionen von FDP, SPD und SSW, [Drucksache 20/379](#) (neu), in seiner Januarsitzung zu beraten.

6. Information/Kenntnisnahme

Terminplan für das Jahr 2023 – hier: geänderte Termine für die Haushaltsberatungen

Der Ausschuss beschließt die geänderten Sitzungstermine für das Jahr 2023, [Umdruck 20/506](#).

7. Verschiedenes

Zum Tagesordnungspunkt 7, Verschiedenes, liegt nichts vor.

Die Vorsitzende, Abgeordnete Rathje-Hoffmann, schließt die Sitzung um 17:16 Uhr.

gez. Katja Rathje-Hoffmann
Vorsitzende

gez. Thomas Wagner
Geschäfts- und Protokollführer