



Antwort
der Landesregierung
auf die
Große Anfrage
der Fraktion der FDP

Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein

Drucksache 16/ 1595

Federführend ist das
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren

1. Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein

Vorbemerkung:

Am 10. Mai 2000 wurde im Rahmen einer Regierungserklärung der damaligen Landesregierung angekündigt, Potentiale des Zukunftsmarktes Gesundheit mittels einer „Gesundheitsinitiative für Schleswig-Holstein“ nutzen zu wollen. Im Rahmen der Initiative sollten u. a. „Wachstumsdefizite im Bereich des Gesundheitswesens identifiziert und überwunden werden“. Durch die „Vernetzung und Bündelung vorhandener Ressourcen“ sollten darüber hinaus „ungenutzte Potentiale erschlossen sowie Leitprojekte entwickelt und umgesetzt“ werden. Die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein soll in der laufenden Legislaturperiode weiterentwickelt werden.

Vorbemerkung der Landesregierung

Seit 2005 ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren seitens der Landesregierung zuständig für die Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein. Ministerpräsident Peter Harry Carstensen hat in seiner Regierungserklärung vom 25. Mai 2005 angekündigt, dass sich die Landesregierung auf die Bereiche mit den größten Wachstumspotenzialen konzentrieren werde und dabei als einen Bereich die Gesundheitswirtschaft hervorgehoben. Dementsprechend wird die Gesundheitsinitiative in der derzeitigen Legislaturperiode fortgesetzt. Ziel ist es, das Profil des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein mit einer engeren Verzahnung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitswirtschaft zu stärken sowie auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die Menschen unter den sich u.a. durch den demografischen Wandel ändernden Bedingungen sicherzustellen. Derzeit werden folgende Leitprojekte im Rahmen der Gesundheitsinitiative umgesetzt:

- Für eine verbesserte Brustgesundheit und Versorgung der Frauen bei Brustkrebs sind Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge im landesweiten Netzwerk „Betrifft Brust“ gebündelt.
- Die Region Flensburg ist eine der bundesweiten Testregionen für die elektronische Gesundheitskarte.
- Mit dem Projekt „Faszination Operieren“ wird in Lübeck ein OP-Forum für Medizintechnik, medizinische Versorgung, Forschung, Lehre und Ausbildung realisiert.
- Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel soll ein norddeutsches Zentrum für Partikeltherapie zur schonenden Tumorbehandlung entstehen
- Der Gesundheitstourismus wird neu positioniert und gestärkt. Basis sind gesundheitsorientierte Programme in hoher Qualität auf dem Gebiet der Prävention.
- Im Projekt „ehealth for Regions“ wird gemeinsam mit Partnern im Ostseeraum die grenzüberschreitende Nutzung der Telemedizin weiterentwickelt.
- Mit dem Projekt: „Urologische Tumordiagnostik“ soll eine Netzwerkstruktur für ein klinisches Referenzzentrum sowie eine Aus- und Fortbildungsstätte für urologische Tumordiagnostik in Flensburg aufgebaut werden.

Mit dem „Zukunftsdialog Gesundheit“ wird im Rahmen der Gesundheitsinitiative ein Diskussionsprozess mit den Akteuren geführt, in dessen Rahmen die zentralen Fragestellungen und ihre Auswirkungen (insbesondere die Folgen des demographischen Wandels und des anhaltenden medizinischen Fortschritts) auf die Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein bewertet und Handlungsoptionen im Gesundheitsbereich und für politische Rahmenentscheidungen abgeleitet werden können.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit der Gesundheitsinitiative ist die Präsentation der Kompetenzen des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein auf Messen und Veranstaltungen.

1.1. Potentiale des Gesundheitsmarktes

1.1.1. Wie definiert die Landesregierung den „Gesundheitsmarkt Schleswig-Holstein“ und welche Anbieter, Einrichtungen und Infrastruktur werden darunter subsumiert?

Antwort:

Die Begriffe Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsmarkt werden synonym verwendet, da sich die Gesundheitswirtschaft mit gesundheitsbezogenen (angebotenen und nachgefragten) Leistungen befasst.

Die Landesregierung Schleswig-Holstein legt ihrer Definition des „Gesundheitsmarktes Schleswig-Holstein“ das Clustermodell des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen zugrunde (siehe auch „Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein: Bericht der Landesregierung, Drucksache 15/2552).

Das IAT Gelsenkirchen unterscheidet drei Bereiche der Gesundheitswirtschaft:

- Den Kernbereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung mit den personal- und beschäftigungsintensiven Dienstleistungsbereichen der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, den freien Arztpraxen, den Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, Apotheken sowie den stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.
- Die Vorleistungs- und Zulieferindustrien, die die sog. Health Care Industries (Pharmazeutische Industrie, Medizin- und Gerontotechnik, Bio- und Gentechnologie), das Gesundheitshandwerk sowie den Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten umfassen.
- Nachbarbranchen und Randbereiche des Gesundheitswesens, die die Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft mit den Angeboten aus anderen Bereichen des Dienstleistungssektors (Gesundheitstourismus, Wellness oder gesundheitsbezogene Sport- und Freizeitangebote, Wohnen) wie des Produzierenden Gewerbes (Informations- und Kommunikationstechnologien, neue Werkstoffe, Analysetechnik) verknüpfen.

Diese Definition setzt sich in der wirtschaftlichen und politischen Betrachtungsweise zunehmend durch (siehe u. a. Masterpläne Gesundheitswirtschaft Nordrhein Westfalen, Februar 2005 und Mecklenburg-Vorpommern, März 2006).

1.1.2. Wie viele Personen sind im „Gesundheitsmarkt Schleswig-Holstein“ beschäftigt?

Vorbemerkung:

Für alle statistischen Daten im Bereich der Gesundheitswirtschaft gilt, dass es derzeit keine einheitliche Erfassung gibt. Schwierigkeiten ergeben sich aus einer fehlenden einheitlichen Definition der Branche Gesundheitswirtschaft, aus Abgrenzungsproblemen, da die einzelnen Bereiche nicht trennscharf zu erfassen sind sowie aus einer mangelnden allumfassenden statistischen Erhebung. Mit der Erneuerung der Ge-

sundheitsausgaben- und Gesundheitspersonalrechnung vom Statistischen Bundesamt im Jahr 2002 entlang der Gesundheitseinrichtungen werden zwar die Vorleistungs- und Zulieferindustrie sowie der Kernbereich des Gesundheitswesens miteinbezogen. Unberücksichtigt bleiben jedoch die gesundheitsrelevanten Randbereiche, so z. B. der Gesundheitstourismus oder Wellnessbereich. Zudem sind die Angaben der Gesundheitspersonal- und Ausgabenrechnung bisher nur für das gesamte Bundesgebiet berechnet worden; landesspezifische Berechnungen gibt es nicht. Eine exakte Auskunft über den Beschäftigungsumfang ist daher nicht möglich.

Antwort:

Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord) fasst unter Gesundheitsmarkt folgende Wirtschaftszweige gemäß der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2003 (WZ 2003) zusammen:

- Stationäre und teilstationäre Versorgung
- Stationäre Altenhilfe
- Ambulante Versorgung
- Rettungsdienste
- Verwaltung/ Versicherung
- Apotheken
- Gesundheitshandwerk
- Pharmazeutische Industrie
- Handel mit Gesundheitsprodukten
- Sport, Freizeit, Wellness
- Forschung

Am 31. März 2007 waren laut Bundesagentur für Arbeit 92.015 Personen (einschließlich 4.187 Auszubildende) in den oben genannten klassifizierten Wirtschaftszweigen in Schleswig-Holstein sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Das Statistikamt Nord zählt auch die Gerontotechnik und den Gesundheitstourismus zum Gesundheitsmarkt, da diese jedoch keine Wirtschaftszweige gemäß der WZ 2003 sind, ist die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten für diese Wirtschaftsbereiche nicht zu ermitteln.

Die Zahl von 92.015 Personen ist daher eine Untergrenze für den Beschäftigungsumfang der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein.

Das oben bereits genannten IAT nennt für Schleswig-Holstein die Zahl von knapp 137.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft im Jahr 2004.

- 1.1.3. Welchen Anteil hat der „Gesundheitsmarkt Schleswig-Holstein“
1.1.3.1. am Arbeits- und Ausbildungsmarkt des Landes?

Antwort:

Nachstehend sind für Schleswig-Holstein der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitsmarkt Schleswig-Holstein an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Schleswig-Holstein sowie der Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Auszubildenden im Gesundheitsmarkt

Schleswig-Holstein zum einen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Gesundheitsmarkt Schleswig-Holstein und zum anderen an der Gesamtzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Auszubildenden in Schleswig-Holstein dargestellt (auf der Grundlage der unter 1.1.2. vom Statistikamt Nord genannten Daten).

Stichtag 31.3.	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte						
	insgesamt	Gesundheitsmarkt		darunter Auszubildende insgesamt	darunter Auszubildende im Gesundheitsmarkt	Anteil der Auszubildenden im Gesundheitsmarkt an Beschäftigten insgesamt	Anteil der Auszubildenden im Gesundheitsmarkt an Auszubildenden insgesamt
	Anzahl	Anteil an insgesamt in %		Anzahl		in %	
2007	783 526	92 015	11,7	54 721	4 187	0,5	7,65

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

In Deutschland ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an der Gesamtbeschäftigtenzahl mit 10,1 Prozent deutlich niedriger als in Schleswig-Holstein. Der Anteil der Auszubildenden im Gesundheitsmarkt an der Zahl der Beschäftigten insgesamt ist mit 0,6 Prozent circa gleich hoch, der Anteil an den Auszubildenden insgesamt ist bundesweit mit 9,6 Prozent höher.

Das IAT Gelsenkirchen nennt einen Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft an den Gesamtbeschäftigten von circa 17,5 Prozent. Damit nimmt Schleswig-Holstein die Spitzenposition unter allen Bundesländern ein. Das Institut für Arbeit und Technik erarbeitet derzeit im Auftrag des MSGF eine Studie „Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holstein im Vergleich“.

1.1.3.2. an der Bruttowertschöpfung Schleswig-Holsteins?

Antwort:

Angaben zum Anteil des Gesundheitsmarktes Schleswig-Holsteins (wie unter 1.1.1. definiert) an der Bruttowertschöpfung Schleswig-Holstein liegen dem Statistikamt Nord nicht vor.

Alternativ werden daher die steuerbaren Umsätze aus erbrachten Lieferungen und Leistungen für folgende ausgewählte Wirtschaftszweige 2005 dargestellt. Allerdings ist dabei darauf hinzuweisen, dass lediglich steuerpflichtige Unternehmen mit Lieferungen und Leistungen über 17.500 Euro erfasst werden.

Wirtschaftszweige	Nr. der WZ-Klassifikation	Steuerbarer Umsatz 2005 in 1.000 Euro	
		Schleswig-Holstein	Deutschland
Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen	244	1.437.782	46.998.767
Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen	331	1.224.458	18.153.255
Apotheken; Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln	52.31/52.32	1.371.877	38.793.430
Gesundheitswesen	851	863.432	34.446.740
Summe		4.897.549	138.392.039

Quelle: Umsatzsteuerstatistik

1.1.3.3. an den Investitionen in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Hierzu liegen laut Aussagen des Statistikamtes Nord keine hinreichend detaillierten Informationen für die betroffenen Wirtschaftszweige der Gesundheitswirtschaft vor.

1.1.4. Welche darüber hinausgehenden konkreten Potentiale wurden und werden im Bereich des Gesundheitsmarktes in Schleswig-Holstein identifiziert?

Antwort:

Diverse Studien bescheinigen Schleswig-Holstein hohe Kompetenzen und Potentiale in bestimmten Bereichen der Gesundheitswirtschaft:

- Genannt werden beispielsweise in einer Studie des Hamburger Weltwirtschafts-Archivs (HWWA) im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der Vereins- und Westbank vom Oktober 2002 die Bereiche Medizintechnik und Gesundheitstourismus. Gesundheitswesen und Medizintechnik bilden nach der Studie gemeinsam die Grundlage für eine qualitativ hochwertige und innovative medizinische Versorgung.
- Die HSH Nordbank kommt in ihren Regionalstudien (November 2003) zur Zusammenarbeit mit Hamburg zu dem Ergebnis, dass „die Branche Life Science als ein länderübergreifender lokalisierter Cluster identifiziert werden (kann)... Neben der Medizintechnik sind noch weitere Vernetzungspotenziale vorhanden, etwa im Bereich des Gesundheitstourismus. Gerade Schleswig-Holstein besitzt mit seinem hohen Natur- und Erholungswert einen wertvollen Standortfaktor, der im Zusammenspiel mit den Sparten „Präventivmedizin“ und Bio-Lebensmittel“ zu einem Querschnittscluster „Wellbeing“ entwickelt werden könnte“.
- Die Studie des Instituts für Weltwirtschaft: „Potenziale und Chancen zum Aufbau einer gemeinsamen Wirtschaftsregion Schleswig-Holstein und Hamburg“ kommt im Oktober 2007 zu dem Ergebnis, dass Schleswig-Holstein bei zentralen Branchen der Life Science (Pharmazie und Medizintechnik, sog. Cluster Life Science I) eine bundesweit beachtliche Rolle einnimmt. Dies gilt auch für die medizinischen Dienstleistungen (Life Science II).
- Auch eine Auswertung der 100 größten Unternehmen in Schleswig-Holstein lässt Rückschlüsse auf die Kompetenzen und das Potential der Gesundheitswirtschaft Schleswig-Holsteins zu: Von den 30 größten Firmen-Arbeitgebern kommen nach

Angaben der HSH Nordbank (Regionalstudien August 2007) allein zehn aus dem „Gesundheitsmarkt“ und dabei vor allem aus dem Bereich Gesundheitsdienstleistungen. Diese Unternehmen beschäftigen allein mehr als 30.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

- Auswertungen von Angaben des Statistik Amtes Nord zeigen, dass die Beschäftigtenzahl von schleswig-holsteinischen Unternehmen aus den Wirtschaftszweigen: „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Erzeugnissen“ sowie „pharmazeutischen Erzeugnissen“ gemessen an der Beschäftigtenzahl des gesamten verarbeitenden Gewerbes erheblich über dem Bundesdurchschnitt liegt.

- 1.1.5. Welche Instrumente standen und stehen der Landesregierung zur Verfügung, um diese Potentiale
- 1.1.5.1. festzustellen,
- 1.1.5.2. zu analysieren und
- 1.1.5.3. zu nutzen?

Antwort auf die Fragen 1.1.5.1. bis 1.1.5.3.:

Um die Potentiale des Gesundheitsmarktes festzustellen und zu analysieren wertet die Landesregierung vorliegende Studien und Untersuchungen aus beziehungsweise gibt Studien in Auftrag. Darüber hinaus wertet die Landesregierung amtliche statistische Angaben aus. Im ständigen Austausch mit den Akteuren des Gesundheitsmarktes Schleswig-Holstein u. a. im Rahmen der Gesundheitsinitiative werden mögliche Potentiale analysiert und in konkrete Projekte umgesetzt, beispielsweise in Leitprojekte der Gesundheitsinitiative. Um die Potentiale zu nutzen, konnte auf Programme des Landes zurückgegriffen werden, u. a. das Regionalprogramm; seit 2005 auf den Schleswig-Holstein-Fonds und seit 2007 auf das Zukunftsprogramm. Darüber hinaus existieren zahlreiche Einrichtungen zur Unterstützung von Projekten in der Gesundheitswirtschaft (siehe 8.1.3.).

1.2. Defizite im Gesundheitswesen

- 1.2.1. Welche Defizite im Bereich des Gesundheitswesens wurden und werden in Schleswig-Holstein konkret identifiziert?
- 1.2.2. Worin lagen und liegen aus Sicht der Landesregierung die Ursachen in den festgestellten Defiziten?
- 1.2.3. Welche Instrumente standen und stehen der Landesregierung zur Verfügung, um diese Defizite
- 1.2.3.1. festzustellen,
- 1.2.3.2. zu analysieren und
- 1.2.3.3. zu bekämpfen?

Antwort auf die Fragen 1.2.1. bis 1.2.3.3.:

Speziell auf Schleswig-Holstein bezogene Defizite im Gesundheitswesen sind nicht festzustellen. In Schleswig-Holstein existieren leistungsstarke Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Wie in anderen Bundesländern und Regionen muss allerdings auch in Schleswig-Holstein gehandelt werden, um auch für die Zukunft eine flächendeckende und hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die finanzierbar ist. Größte Herausforderungen sind dabei die Folgen der demographischen Entwicklung und der anhaltende medizinische Fortschritt. Die rechtlichen beziehungsweise gesetzgeberischen Gestaltungsmöglichkeiten von Landespolitik sind allerdings begrenzt.

Gerade bei den besonderen regionalen Strukturen in Schleswig-Holstein ist eine stärkere Integration von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und rehabilitativer Medizin durch innovative Versorgungskonzepte notwendig, um moderne und leistungsfähige Strukturen der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Das Land setzt sich deshalb für die Vernetzung ambulanter und stationärer Angebote und die Entwicklung von Behandlungsketten in Form integrierter Versorgung ein.

Über den Themenbereich Gesundheitswesen hinaus zeigte sich zum Start der Gesundheitsinitiative, dass der Stellenwert der Gesundheitswirtschaft für Schleswig-Holstein und die Chancen des wachsenden Zukunftsmarktes Gesundheit noch nicht ausreichend wahrgenommen wurden. Auch die Vernetzung der Akteure und gegenseitige Kenntnis über Aktivitäten und Projekte war nicht ausreichend vorhanden, insbesondere von Akteuren aus den unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Die Zusammenarbeit zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg war auch in diesem Bereich ausbaufähig. Die Gesundheitsinitiative hat mit ihrem Initiativkreis Gesundheit und den verschiedenen Leitprojekten an diesen Defiziten angesetzt. (zu 1.2.3. siehe auch die Antwort auf die Frage 1.1.5.)

2. Leitprojekte der Gesundheitsinitiative

2.1. Medizintechnik-Campus

2.1.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Zielsetzung des Leitprojektes „Medizintechnik-Campus“ war es, die medizintechnischen Potenziale in der Wissenschaft und Wirtschaft Schleswig-Holsteins besser zu vernetzen beziehungsweise sinnvoll zu ergänzen, um den Medizintechnik-Standort Schleswig-Holstein nachhaltig zu stärken.

Zur Konkretisierung der Rahmenbedingungen und möglichen Aufgabenstellungen eines „Medizintechnik-Campus“ gab das Wirtschaftsministerium bei der Technologie-Transfer-Zentrale Schleswig-Holstein GmbH eine Machbarkeitsstudie in Auftrag, die im Jahr 2002 fertig gestellt wurde. Die aus der Analyse resultierenden Empfehlungen der Gutachter bildeten den Ausgangspunkt für ein Medizintechnik-Handlungskonzept der Landesregierung, das im Februar 2003 veröffentlicht wurde.

2.1.2. Was sollte in der von der Landesregierung in Auftrag gegebenen Machbarkeitsstudie zum Medizintechnik-Campus untersucht werden?

Antwort:

Der Untersuchungsumfang beinhaltete

a) eine Bestandsaufnahme zu:

- medizinischen und medizintechnischen Kompetenzen in Wissenschaft und Wirtschaft,
- Studien- und Ausbildungsangeboten für die Medizintechnik,
- Kooperationsbeziehungen zwischen Wissenschaft und Wirtschaft,
- Ausgründungspotenzialen an den Hochschulen,
- regionalen Schwerpunkten der Medizintechnik in Schleswig-Holstein,
- Unterstützungsbedarfen der Medizintechnik-Unternehmen.

sowie

b) strategische Überlegungen zu:

- den möglichen Dienstleistungen / Aufgaben eines „Medizintechnik-Campus“ als Serviceeinrichtung,
- möglichen Organisations- und Gesellschaftsmodellen,
- der Integration Dritter (Hochschulen, andere Transferinstitutionen etc.),
- der erforderlichen Ausstattung und den zu erwartenden Kosten für einen Medizintechnik-Campus,
- der Einbeziehung der Kompetenzen und Ressourcen der verschiedenen Standorte in Schleswig-Holstein.

2.1.3. Welche Entwicklungspotenziale wurden im Rahmen der Machbarkeitsstudie untersucht und festgestellt?

Antwort:

Überwiegend positiv bewertet wurden im Zuge der Bestandsaufnahme und Unternehmensbefragung die Zusammenarbeit mit der Wissenschaft (insbesondere im Lübecker Raum) und die Vernetzung der Unternehmen untereinander.

Weiteres Potenzial für die positive Entwicklung der Medizintechnik in Schleswig-Holstein liegt in der hohen Verfügbarkeit qualifizierter Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen vor Ort.

2.1.4. Welche konkreten Handlungskonzepte empfehlen die Gutachter?

Antwort:

Die Gutachter haben zur weiteren Stärkung des Medizintechnikstandortes Schleswig-Holstein empfohlen:

- das Beratungsangebot für Medizintechnik-Unternehmen zu erweitern und transparenter zu gestalten,
- das Marketing für die Medizintechnik zu intensivieren und sich dabei auf ein Leitbild zu konzentrieren,
- alle Unterstützungsaktivitäten unter einem gemeinsamen Dach zusammenzufassen.

2.1.5. Wurde diese Studie veröffentlicht? Wenn ja, wann und wo?

Antwort:

Die Studie wurde im Februar 2003 im Internet auf der Website des Wirtschaftsministeriums veröffentlicht.

Die Studienergebnisse wurden im Rahmen eines Handlungskonzepts für die Medizintechnik aufgearbeitet. Ziele dieses Konzeptes waren u. a.

- eine Erhöhung der Transparenz durch Aufbau eines Schleswig-Holstein-weiten Netzwerkes für die Medizintechnik,
- die Verbesserung der Kooperation zwischen Hochschulen und Unternehmen durch Optimierung der Netzwerkstrukturen und den gezielten Ausbau anwendungsorientierter Forschungsschwerpunkte zu Kompetenzzentren,
- eine Erweiterung des Förder- und Beratungsangebotes durch Etablierung eines Innovations-Audits und finanzielle Unterstützung der Unternehmen bei der Inanspruchnahme innovationsunterstützender externer Beratungsdienstleistungen,
- eine Förderung der Exportorientierung medizintechnischer Unternehmen durch internationale Vermarktungsaktivitäten,
- eine stärkere Herausstellung der Medizintechnik als Schwerpunkttechnologiefeld im Rahmen der Standortmarketingstrategie des Landes Schleswig-Holstein.

Das Handlungskonzept wurde als Faltblatt mit dem Titel „Eckpunkte und Perspektiven – Medizintechnik in Schleswig-Holstein“ im Februar 2003 veröffentlicht und an rund 250 Medizintechnik-Unternehmen, Hochschulen, Multiplikatoren (Wirtschaftsförderungseinrichtungen, Technologiezentren, Verbände, Landtagsfraktionen) versandt.

- 2.1.6. Welche Maßnahmen wurden aufgrund der Machbarkeitsstudie eingeleitet?
- 2.1.7. In welchem Umfang sind diese Maßnahmen bisher umgesetzt worden?

Antwort auf die Fragen 2.1.6. und 2.1.7.:

An der FH Lübeck wurde der Aufbau eines „Kompetenznetzwerkes Medizintechnik“ gefördert (Anschubfinanzierung) mit dem Ziel, die Bildungs-, Dienstleistungs- und Technologietransferangebote der medizintechnisch orientierten Institute der schleswig-holsteinischen Hochschulen zu systematisieren, zu vernetzen und zu bündeln. Darüber hinaus wurde die Entstehung anwendungsorientierter Kompetenzzentren an den Lübecker Hochschulen zu den Themen „Qualitätsmanagement für Medizinprodukte“, „E-Health“, „Tissue Engineering“ und „Drug Design/Target Monitoring“ unterstützt (Projektförderungen), um eine stärkere Profilbildung der Hochschulen durch inhaltliche Schwerpunktsetzungen zu ermöglichen und den medizintechnischen Unternehmen den Zugang zu wissenschaftlichem Know-How zu erleichtern.

Als zentrale Netzwerkinstitution und Serviceagentur für Unternehmen aus den Bereichen Biotechnologie und Medizintechnik wurde im Jahr 2004 die Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH gegründet. Die Norgenta wird als gemeinsame Gesellschaft der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein institutionell gefördert. Sie führt die Kompetenzen innerhalb der Region zielgerichtet zusammen, entwickelt Leitprojekte und positioniert sich im Rahmen eines länderübergreifenden Standortmarketings unter einer gemeinsamen Dachmarke „Life Science Nord“. Die Koordination mit bereits vorhandenen Netzwerken und Institutionen (z.B. AGMT, WTSH u. a.) erfolgt über einen zentralen bei der Norgenta angesiedelten Life Science Council.

Zur Professionalisierung und Unterstützung beim Schutz von geistigen Eigentumsrechten wurde die Patent- und Verwertungsagentur Schleswig-Holstein (PVA SH GmbH) gegründet und vom Land finanziell unterstützt.

Für Unternehmen wurde ein Innovations-Audit-System eingeführt, das von der WTSH betreut wird und aus einer Innovationsanalyse und einer Innovationsberatung besteht. Mit Hilfe des Audits können Stärken und Schwächen im Innovationsmanagement festgestellt und Innovationsprozesse im Unternehmen verbessert werden. Im Rahmen der einzelbetrieblichen Technologieförderung können sich kleinere und mittlere Unternehmen (KMU) durch externe Beraterinnen/Berater bei der Optimierung des betrieblichen Innovationsprozesses beraten lassen. Über das Förderprogramm „Innovationsassistenten“ haben KMU die Möglichkeit, hoch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sämtlichen für Innovationen betriebsnotwendigen Bereichen einzustellen und damit ihre Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern.

Die Zusammenarbeit von Medizintechnikunternehmen sowie Hochschuleinrichtungen und medizinischer Versorgung weiter zu verbessern, ist auch ein Ziel des OP-Forums, das im Rahmen des Leitprojektes „Faszination Operieren“ in Lübeck realisiert werden soll. Mit dem Transfer-OP wird die Möglichkeit geschaffen, Erprobungen und Gerätetests für medizintechnische Innovationen durchzuführen. Das OP-Forum stellt die Infrastruktur und leistet die Organisation. Medizintechnisch orientierte Unternehmen können ihre Produkte in einer realen OP-Situation diversen Tests unterziehen. Mit dem Ausbildungs-OP wird ein deutlicher Fortschritt bei der Ausbildung von Medizinstudierenden sowie bei der Fort- und Weiterbildung von internen und externen Ärztinnen und Ärzten jeglichen Ausbildungsstandes möglich sein. In der Kombination von Unterrichtsräumen für theoretischen Unterricht, virtuellem OP sowie wet und dry lab (Operationen an Organmodellen, Organen und lebenden Tieren) wird Ausbildung auf höchstem Niveau stattfinden.

- 2.1.8. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet?
(Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger und Verwendungszweck.)

Antwort:

Für das Leitprojekt wurden unmittelbar folgende Mittel aufgewendet:

Maßnahme	Fördervolumen	Zeitraum
Machbarkeitsstudie Medizintechnik-Campus (ttz – Technologie-Transfer-Zentrale Schleswig-Holstein GmbH)	97.092,00 €	2001/2003
Faltblatt / Handlungskonzept "Eckpunkte und Perspektiven - Medizintechnik in Schleswig-Holstein" (dsn - Projekte - Studien - Publikationen, Kiel)	8.061,00 €	2002/2003
Anschluss-Leitprojekt: OP-Forum Expertenworkshop und Exposé (Technik Zentrum Lübeck)	5.925,00 €	2005
Machbarkeitsstudie OP-Forum (Ramböll-Management)	98.791,04 €	2006/2007
Aufbau OP-Forum (Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck)	10.000,00 €	2007

In der Folge wurden mehrere Projekte (siehe oben) aus unterschiedlichen Programmen gefördert:

Maßnahmen	Fördervolumen	Zeitraum
Projektförderungen aus folgenden Programmen:		
- Betriebliche Innovationen	2.290.311,00 €	2000-2007
- Innovationsassistenten	456.385,00 €	2000-2007
- Forschung, Entwicklung und Technologietransfer	3.789.931,00 €	2000-2007
- Hochschule – Wirtschaft – Transfer	677.857,00 €	2005-2007
- Innovationsfonds	1.747.916,00 €	2004-2007
- Arbeit für Schleswig-Holstein SH 2000 – Punkt 32	233.641,00 €	2003-2007
Summe	9.196.041,00 €	

Anmerkung: Eine Aufschlüsselung in Einzelprojekte, Kalenderjahre, Empfänger und Verwendungszweck ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich.

- 2.1.9. Welche messbaren Ergebnisse hat das Leitprojekt Medizintechnik-Campus im Hinblick auf die Schaffung von Arbeitsplätzen, Neuansiedlung von Firmen, Firmenausgründungen, Aufträge an Firmen und Forschungseinrichtungen in Schleswig-Holstein, Entwicklung und Herstellung neuer Medizinprodukte, Steuereinnahmen ergeben?

Antwort:

Als wichtigstes Ergebnis des Leitprojektes „Medizintechnik-Campus“ sind der hohe Zuwachs an Kenntnissen und der damit verbundene Kompetenzaufbau zu sehen. Über direkte Produktinnovationen als Folge der durch das Leitprojekt angestoßenen Maßnahmen können derzeit keine Aussagen getroffen werden, da in der Medizintechnikbranche Zeiträume von bis zu zehn Jahren bis zur Markteinführung eines Produktes an der Tagesordnung sind. Die in der Fragestellung genannten Kriterien

der Schaffung von Arbeitsplätzen, Neuansiedlung von Firmen usw. sind wegen der langfristigen Wirkungen von Forschungs-, Entwicklungs- und Innovationsvorhaben nur bedingt anwendbar.

- 2.1.10. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?
- 2.1.10.1. Wenn nein, warum nicht?
- 2.1.10.2. Wenn ja,
- 2.1.10.2.1. wie wurde die Zielerreichung gemessen?
- 2.1.10.2.2. wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?

Antwort auf die Fragen 2.1.10. bis 2.1.10.2.2.:

Die Entwicklungen der letzten Jahre, die durch das Leitprojekt „Medizintechnik-Campus“ angestoßen worden sind, haben dazu beigetragen, die Rahmenbedingungen für die Medizintechnik in Schleswig-Holstein enorm zu verbessern:

Der gezielte Aufbau von Kompetenzen an den Hochschulen hat zu einer stärkeren Profilbildung in der Wissenschaft geführt. Die Hochschulen haben begonnen, ihre anwendungsnahen Forschungsgebiete stärker an den Bedürfnissen der Wirtschaft zu orientieren und strategischer an einem inhaltlichen Profil auszurichten. Wie z.B. verschiedene aktuelle Hochschulrankings und Wettbewerbe zeigen, wird die Universität zu Lübeck inzwischen auch überregional als Hochschule mit hervorragenden Kompetenzen im Bereich der Medizin, Biomedizin und Medizininformatik wahrgenommen.

Beim Wettbewerb „Austauschprogramme zwischen Hochschulen und Unternehmen“ wurde die Universität Lübeck beispielsweise im April 2007 für das Projekt „UniTransferKlinik Lübeck“ als eine von bundesweit 5 Hochschulen vom Stifterverband und dem Bundesforschungsministerium ausgezeichnet. Das Projekt soll eine durchgehende Innovationskette mit ständiger Rückkoppelung zwischen Wirtschaft und Wissenschaft im Bereich der Lebenswissenschaften und Medizintechnik schaffen. In der zweiten Runde der Exzellenzinitiative im Oktober 2007 war der Antrag der Universität zu Lübeck mit der Graduiertenschule „Informatik in Medizin und Lebenswissenschaften“ erfolgreich. Dabei geht es um ein Programm für interdisziplinäre Forschung zwischen Medizin und Informatik und ein Programm für die Anwendung von Informatik in den Life Sciences.

Die Steigerung des Bekanntheitsgrades und die Imagegewinne der Akteure sowie der Aufbau von informellen Kontakten bis hin zu etablierten Netzwerken sind Effekte, die nicht zu unterschätzen sind. Die Maßnahmen haben insgesamt zu einer signifikanten Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Wirtschaft geführt.

Hinsichtlich der Unterstützungsmöglichkeiten für Medizintechnik-Unternehmen besteht deutlich mehr Transparenz. Die Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH hat sich als zentrale Anlauf- und Serviceeinrichtung etabliert und kooperiert erfolgreich mit bestehenden Fördereinrichtungen und Netzwerken wie z.B. WTSH und AGMT. Die Zusammenarbeit mit Hamburg und das gemeinsame Standortmarketing der Norgenta tragen zudem erheblich dazu bei, dass der Medizintechnik-Standort nach außen hin stärker sichtbar wird (siehe hierzu 2.2.6).

2.2. Forum „Life Science“

2.2.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Ziel des Leitprojektes „Forum Life Sciences“ war es, eine über die regionalen Aktivitäten hinausgehende, engere Kooperation der norddeutschen Länder bei der Förderung und Vermarktung ihrer Life Sciences-Kompetenzen herbeizuführen.

Über eine stärkere Zusammenarbeit - insbesondere mit Hamburg – sollte die Wahrnehmung Norddeutschlands als Life Sciences Standort nach innen und nach außen verbessert und die Attraktivität für Unternehmensansiedlungen beziehungsweise für Kooperationen mit dem In- und Ausland gesteigert werden.

2.2.2. Wie viele Unternehmen sind in Schleswig-Holstein den „Life Sciences“ zuzuordnen? (Bitte aufschlüsseln nach Unternehmensziel, Standort, Zahl der beschäftigten Mitarbeiter, Umsatz)

Antwort:

Zu den Life Sciences in Schleswig-Holstein zählt die Landesregierung rund 200 Medizintechnikunternehmen und circa 90 Biotech-Unternehmen (Medizinische Biotechnologie, Agrobiotechnologie, Umwelt- und Marine Biotechnologie).

Die amtliche Statistik ist dabei als Grundlage für die Ermittlung der Unternehmenszahlen unzureichend, da sie in ihrer Klassifikation der Wirtschaftszweige nur Teilbereiche der Life Sciences-Branche abbildet.

Die oben genannten Zahlen stammen daher aus eigenen Recherchen (WTSH, Norgenta) und schließen auch Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten sowie branchenbezogene Zulieferer- und Dienstleistungsbetriebe mit ein.

Eine Aufschlüsselung der Unternehmen nach den in der Fragestellung genannten Kriterien ist aufgrund der vorhandenen Daten nicht möglich.

Zu den amtlichen Zahlen siehe die Antworten zu den Kapiteln 8.2. und 8.3.

2.2.3. Welche Forschungseinrichtungen in Schleswig-Holstein wurden und werden in welchem Umfang eingebunden?

Antwort:

In das Leitprojekt eingebunden wurden:

- Christian-Albrechts-Universität Kiel;
- Universität zu Lübeck;
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein;
- Forschungszentrum Borstel – Leibniz-Zentrum für Medizin und Biowissenschaften;
- Fachhochschule Lübeck.

2.2.4. Wurden alle in 2.2.2. abgefragten Unternehmen und Forschungseinrichtungen in das Forum „Life Science“ eingebunden? Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Beim „Forum Life Science“ handelte es sich um keine feste Organisationseinheit sondern zunächst um ein offenes Projekt mit dem Ziel, zu einer stärkeren länderübergreifenden Zusammenarbeit zu gelangen.

Eine unmittelbare Einbeziehung der oben genannten Unternehmen und Forschungseinrichtungen findet seit Gründung der Norgenta durch die Länder Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2004 fortlaufend über deren Netzwerk- und Projektaktivitäten statt.

2.2.5. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet? (Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger und Verwendungszweck).

Antwort:

Institutionelle Förderung der Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur:

Jahr	Betrag
2004:	669.659,00 €
2005:	789.741,00 €
2006:	966.167,00 €
2007:	1.409.500,00 €

2.2.6. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?

2.2.6.1 Wenn nein, warum nicht?

2.2.6.2. Wenn ja,

2.2.6.2.1. wie wurde die Zielerreichung gemessen?

2.2.6.2.2. wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?

2.2.6.2.3. was folgert die Landesregierung hieraus?

2.2.6.2.4. welche weiteren Schritte hat die Landesregierung unternommen beziehungsweise will sie unternehmen?

Antwort auf die Fragen 2.2.6. bis 2.2.6.2.4.:

Die engere Zusammenarbeit mit Hamburg über die Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH und das länderübergreifende Standortmarketing haben dazu geführt, dass der Life Sciences-Standort Hamburg / Schleswig-Holstein überregional und international stärker wahrgenommen wird.

Die Norgenta hat sich seit ihrer Gründung im Jahr 2004 in der Szene als zentrale Anlauf- und Serviceeinrichtung etabliert und bietet den Life Sciences-Unternehmen in Unterstützungs- und Ansiedlungsfragen Beratung aus einer Hand. Dabei arbeitet sie eng mit bestehenden Fördereinrichtungen und Netzwerken wie z.B. WTSH und AGMT zusammen.

Über die Initiierung gemeinsamer strategischer Leitprojekte mit überregionaler Strahlkraft wirkt die Norgenta an der Schärfung des Profils des Life Sciences-Standortes Hamburg / Schleswig-Holstein mit.

Mit der Beteiligung an bedeutenden Leitmesssen (Biotechnica, Medica) und der Ausrichtung hochkarätiger Fachveranstaltungen (BioEurope) positioniert die Norgenta den Standort Hamburg / Schleswig-Holstein überregional und international als Kompetenzregion für die Life Sciences.

Zur Finanzierung Ihrer Tätigkeiten wird die Norgenta institutionell gefördert. Über ein spezielles Partnerschaftsprogramm beteiligen sich einige der in der Region ansässigen Unternehmen an den Kosten für das gemeinsame Marketing. Ein Teil der institutionellen Förderung der Norgenta ist an die Erreichung quantitativer und qualitativer Erfolgskriterien geknüpft. Dies betrifft die Anzahl der erfolgreich in eine Förderung überführten Projekte, die Anzahl und Qualität der von der Norgenta initiierten und begleiteten strategischen Projekte, den Aufbau von Kooperationen und die Bereitstellung von Plattformen zur Netzwerkbildung sowie die Anzahl und Bedeutung der Marketingaktivitäten.

Aufgrund der positiven Bewertung der Arbeitsergebnisse der Norgenta ist eine Fortsetzung der institutionellen Förderung geplant.

Unabhängig davon stellen die Life Sciences einen der technologischen Schwerpunktbereiche innerhalb des Zukunftsprogramms Wirtschaft dar, so dass für innovative Life Sciences-Projekte innerhalb der laufenden Förderperiode bis 2013 Fördermittel in erheblichem Umfang bereitgestellt werden können.

Eines der Leitprojekte, die aus dem Zukunftsprogramm gefördert werden, ist die Entwicklung der Fraunhofer-Einrichtung für Marine Biotechnologie am Standort Lübeck zu einem eigenständigen Fraunhofer-Institut.

Das geplante Institut wird erheblich zum Kompetenzaufbau im Bereich der molekularen und zellulären Biotechnologie beitragen und fügt sich hervorragend in das bestehende Forschungsumfeld ein. Mit seiner anwendungsorientierten Ausrichtung bietet es damit eine exzellente Basis für die Ansiedlung und Gründung neuer innovativer Life Sciences Unternehmen in der Region Hamburg / Schleswig-Holstein.

2.3. Gesundheits- und Wellness-Tourismus in Urlaubsorten

2.3.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Das Leitprojekt soll einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung des Gesundheits- und Wellness-tourismus in Schleswig-Holstein leisten.

In einem oder mehreren schleswig-holsteinischen Urlaubsorten sollte unter Beteiligung verschiedener öffentlicher und privater Anbieter ein Konzept für ein flexibles Baukastensystem für einen Gesundheits-/Wellness-Urlaub entwickelt und umgesetzt werden. Die vorhandenen Gesundheitsangebote sollten um vollkommen neue, ganzheitlich ausgerichtete Angebotskomponenten ergänzt werden. Der ganzheitliche Ansatz beschreibt die Entwicklung einer Lebensstiltherapie, die Körper, Geist und Seele des Urlaubsgastes anspricht. Darüber hinaus wurde eine Vernetzung der neuen Wellnessangebote mit zusätzlichen Angeboten aus Kultur und Gastronomie angestrebt.

„Gesundheitstourismus“ wurde in einer neuen Ausrichtung ab 2005 als Leitprojekt der Gesundheitsinitiative in Zusammenarbeit mit dem Heilbäderverband SH e.V. fortgesetzt. Ziel ist eine Neuausrichtung des Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein. Kern der neuen Positionierung ist eine klare Ausrichtung auf Präventionsangebote mit medizinischen Mehrwerten. Dazu haben in einem „Qualitätsfachbeirat“ touristische und medizinische Expertinnen und Experten gemeinsam Qualitätskriterien für entsprechende Programme erarbeitet. Flankiert wird die Neuausrichtung

durch die geplante Einrichtung eines „Kompetenzzentrums Gesundheitstourismus“ als gemeinsame Einrichtung aller gesundheitstouristischen Akteure und Interessengruppen. (siehe 2.3.3.2.4.)

2.3.2. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet? (Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger, Verwendungszweck).

Antwort:

Umfang und Verwendungszweck von Landes- und Drittmitteln

Jahr	Empfänger	Verwendungszweck	Landesmittel in Euro	Drittmittel in Euro
2001	Hotel Prisma Neumünster Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen Frau Pilz-Kusch	Vortragsveranstaltung zum Thema: „Gesundheits- und Wellness-tourismus in Urlaubsorten“ (Veranstaltungsort, Materialien, Referentin, Dokumentation) Zielgruppe: Bürgermeister und touristische Einrichtungen relevanter Tourismusorte	2.130,27	
2002	Project-Marketingberatung Lüneburg	Entwickeln eines Qualitätssiegels für Wellnessorte und Wellness-einrichtungen (mit dem Qualitätssiegel „Balance Best of Spa sind die Orte Westerland, Büsum, St. Peter-Ording und Damp ausgezeichnet)	12.180,00	
2002	Tourismus-Agentur Schleswig-Holstein GmbH (TASH)	Direktmailing-Aktion der TASH an Gäste aus den wichtigen touristischen Quellgebieten (Unterstützung des Vertriebs des Themenmagazins „frisch“)	9.853,28	10.003,00
2004	Tourismusverband Schleswig-Holstein e.V.	Unterstützung der Fortbildungsmaßnahmen „Wellnessberater (IHK)“ in den mit dem Qualitätssiegel „Balance Best of Spa“ ausgezeichneten Orten, mit dem Ziel die Servicequalität in diesem Segment zu erhöhen	10.000,00	12.152,00
2005	Heilbäderverband Schleswig-Holstein e.V.	Projektförderung „Touristische Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“ mit dem Ziel, ein zukunftsgerichtetes und umsetzungsorientiertes Infrastruktur- und Entwicklungskonzept für die Gesundheitsorte- und Regionen in Schleswig-Holstein aufzubauen (einschließlich der Anpassung der Prädikatisierung der Kur- und Erholungsorte an die Neuausrichtung des Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein)	2.850,00 Landesmittel und 47.150,00 EFRE-Mittel	50.000,00
2006/ 2007	Heilbäderverband Schleswig-Holstein e.V.	Projektförderung: Interdisziplinäre Produktentwicklung und Qualitätssicherung im Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein	44.600,00	
2007	Landtagsverwaltung SH, Asperge, Carius Druck	Veranstaltung: Mehr Gesundheit: Urlaub in Schleswig-Holstein, 14. Mai 2007, Landeshaus Kiel	Insgesamt: 1.814,84	
Ab 2007	Heilbäderverband Schleswig-Holstein e.V.	Neuausrichtung des Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus	134.790,00	75.000,00

2.3.3. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?

Antwort:

Ja.

2.3.3.1. Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

2.3.3.2. Wenn ja,

2.3.3.2.1. wie wurde die Zielerreichung gemessen?

Antwort:

Zum Start des Leitprojekts ging es zunächst um die Sensibilisierung der potentiellen Leistungsanbieter (Orte, gesundheitstouristische Einrichtungen) für eine Marktanpassung (Angebote für Selbstzahler) der Gesundheitsangebote. Dazu fanden mehrere Veranstaltungen statt.

Die durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen zum „Wellnessberater (IHK)“ bewirkten bei den teilnehmenden Orten eine unmittelbare Verbesserung der Servicequalität. Aus dem Leitprojekt wurde das Markenzeichen „Balance.Best of Spa“ entwickelt: Mit dieser Premiummarke wurde eine wichtige Zwischenstation auf dem Weg zur Vermarktung von Angeboten am neuen Gesundheitsmarkt erreicht. Mit „Balance.Best of Spa“ setzen schleswig-holsteinische Seebäder Qualität gegen die Welle weltweit verwechselbarer Wellnessangebote. Die ersten drei Orte – Westerland, Büsum und Damp wurden im August 2004 mit dem Qualitätssiegel ausgezeichnet.

Die Ergebnisse und Empfehlungen des Gutachtens „Touristische Entwicklungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“ führte bei den Mitgliedsorten des Heilbäderverbandes zu einer Überprüfung und teilweisen Neuausrichtung der gesundheitstouristischen Angebote.

2.3.3.2.2. wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?

Antwort:

Das erreichte Ergebnis ist außerordentlich positiv zu bewerten. Die bisherigen Umsetzungsschritte sind eine wichtige Basis in der Neuausrichtung der Tourismusstrategie des Urlaubslandes Schleswig-Holstein.

2.3.3.2.3. was folgert die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Die Gesundheitsinitiative hat vor allem in den Kurorten des Landes das Bewusstsein für eine notwendige Neuausrichtung der gesundheitstouristischen Angebote geschärft. Viele Orte haben ihre Angebote mit großem Erfolg (z.B. Damp, Büsum, Westerland, St. Peter-Ording) stärker auf den selbstzahlenden Gast ausgerichtet. Dieser Trend hält weiter an und wird auch in der Neuausrichtung der Tourismusstrategie von der Landesregierung unterstützt.

2.3.3.2.4. welche weiteren Schritte hat die Landesregierung unternommen beziehungsweise will sie unternehmen

Antwort:

Das Kabinett hat am 7. November 2006 die Neuausrichtung der Tourismusstrategie verbindlich beschlossen mit dem Ziel, Schleswig-Holstein zu einem modernen, attraktiven Urlaubsland mit Qualitätstourismus für neue, ökonomisch interessante Zielgruppen (Familien mit Kindern, Best Ager und Anspruchsvolle Genießer) zu machen. Die wichtigsten Themen – wie Gesundheit, Gastronomie, Radfahren, Strand und Baden sind dabei wichtige Säulen einer zielgruppengerechten Angebotsgestaltung.

Gerade das Thema Gesundheit wird dabei deutlich mit dem Werteversprechen Schleswig-Holsteins verbunden: Gesundheit ist ein wichtiger touristischer Imagerträger mit nachweislich gesundheitsförderndem Reizklima und einer intakten Natur. Aufgrund der natürlichen Voraussetzungen und der hohen fachlichen Kompetenz hat Schleswig-Holstein viele Möglichkeiten das Thema Gesundheit noch stärker als bisher in zielgruppengerechte Angebote zu fassen. Hilfreich ist dabei auch der allgemeine Trend zu einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein.

Wegen der hohen Ansprüche der von Schleswig-Holstein umworbenen Zielgruppen ist es wichtig, gesundheitstouristische Angebote mit einer hohen Qualität zu hinterlegen. Das im Aufbau befindliche Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein soll diese Aufgabe übernehmen. Es ist ein zentraler Baustein in der vom Heilbäderverband Schleswig-Holstein angestrebten präventivmedizinischen Neuausrichtung des Gesundheitstourismus im Lande. Diese basiert auf den Ergebnissen der inzwischen abgeschlossenen Projektvorhaben „Touristische Perspektiven der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“ sowie „Interdisziplinäre Produktentwicklung und Qualitätssicherung im Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein“. Beide Projekte und damit gleichfalls die aktuelle Umsetzung ihrer Ergebnisse genießen breite Unterstützung durch das Wirtschafts- und Sozialministerium.

Das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus soll sich zur zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für alle gesundheitstouristischen Fragen entwickeln:

- zielgruppengerechte Produktentwicklung
- Qualitätssicherung durch Zertifizierung von Angeboten
- Marktbeobachtung
- Vorbereitung der Prädikatisierung von Orten

Das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus wird sich dabei sowohl der medizinischen als auch der touristischen Leistungsträger bedienen.

Schleswig-Holstein wird mit dem Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus eine Vorreiterrolle in dem zukunftssträchtigen Bereich des präventivmedizinisch ausgerichteten Gesundheitstourismus einnehmen. Das Zentrum wird den Anbietern im Lande als kompetenter Partner zur Seite stehen, wenn sie von der zunehmenden Nachfrage nach hochqualitativen, kundenfreundlich gestalteten präventivmedizinischen Angeboten profitieren wollen. Um das Qualitätsverständnis transparent zu machen, wird die Herausgabe eines Qualitätshandbuches „Präventionsorientierter Gesundheitstourismus in Schleswig-Holstein“ vorbereitet. Es soll den Akteuren vor Ort eine praxisnahe Hilfestellung bei der Produktgestaltung geben und die gesetzten Standards beschreiben.

2.4. Modellregion: Natürlich Erleben

2.4.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Ziel des Leitprojektes „Modellregion Natürlich Erleben“ war es, in einer ländlich strukturierten Region Impulse für die Weiterentwicklung einer integrierten Gesundheitswirtschaft zu geben. Dazu sollten die bereits bestehenden Kooperationen in den Handlungsfeldern „Umwelt und Landschaft“ und „Gesundheit und Lebensqualität“, genutzt und ausgebaut sowie Impulse für neue Handlungsansätze gegeben werden. Das Leitprojekt richtete sich sowohl an die in ländlich geprägten Region lebenden und arbeitenden Menschen als auch an Gäste, die hier Erholung suchen.

Das Projekt wurde als offener Gestaltungsprozess im Dialog mit den Akteuren entwickelt.

Mit dem Modell-Projekt sollte

- der Ausbau von zukunftsfähigen Dienstleistungsangeboten zur eigenverantwortlichen Gesundheitsvorsorge in Verbindung mit dem Natur- und Landschaftserlebnis angeregt,
- die an Natur und Gesundheit gebundenen Urlaubsangebote und Erholung gefördert,
- der Aspekt einer gesunden und genussvollen Ernährung auf der Basis der in der Region erzeugten Produkte stärker in das Bewusstsein gerückt und
- insgesamt eine weitere Verbesserung der „weichen“ Standortfaktoren und der Lebensqualität der Menschen in der Region erreicht werden.

Das Leitprojekt wurde nach einem Auswahlprozess in der Naturparkregion „Hüttener Berge/ Westensee“ (Kreis Rendsburg-Eckernförde) realisiert. In den fünf Handlungsfeldern „Kinder und Jugendliche“, „Sport und Landschaft“, „Kultur und Natur“, „Genussvolle und gesunde Ernährung“ und „Gesundheitlich orientierter Tourismus“ wurden Projekte entwickelt und umgesetzt, die für die Menschen in unterschiedlichsten Lebenssituationen eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheit“ ermöglichen sollten.

2.4.2. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet?

Antwort:

Das damalige Ministerium für Umwelt, Naturschutz und Landwirtschaft beteiligte sich erst ab 2002 an der „Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein“:

Übersicht über die Verwendung der Mittel im Rahmen der Modellregion „Natürlich Erleben“ (Beträge ab 500,-Euro)

Jahr	Empfänger	Verwendungszweck	Landesmittel in Euro	Drittmittel in Euro
2002	Förderverein für Gesundheitsvorsorge im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V.	Poster Nordic Walking Kurse	1.052,18	

Jahr	Empfänger	Verwendungszweck	Landesmittel in Euro	Drittmittel in Euro
2002	Turn- u. Sportverein Holtenau	Organisation Skater-Veranstaltung	500,00	700,00
2002	Biodorf Nenneke	Gesunde Ernährung regionale Produkte	1.500,00	1.500,00
2003	infoquenz IT Dienstleistungen Internet mit IQ	Internetpräsentation	1.499,76	
2003	cw abotritendruck Foto Krauskopf	Projekt "Informations-Flyer"	3.694,17	
2003	LINGOTT Ausstellungssysteme, CY ORG, Agentur Bogya-Meyer- Bogya, Text-Agentur Lauinger	Ausstellungsmaterialien für Messen, öffentliche Präsen- tationen u. ä.l	16.247,54	
2003	Büro Agenda Regio	Werkvertrag Skate-Führer	8.994,06	
2003	Arne Weinert Grafikdesign Gesa Westmann cw abotritendruck Frank Nemitz Liekfeldt Druck	Info-Flyer "Natur und Kunst"	2.160,96	
2003	Universität Flensburg, P & R Medienservice, Präzi-Druck	Aktion "Besserschmecker"	2.528,45	
2003	Andrea Bonk Freiw. Feuerwehr Ahlefeld u. Felde, Büro Agenda Regio Turn- u. Sportverein Holtenau	Durchführung der Aktion "Natürliches Skaten"	2.311,99	
2003	Heinrich Potz - Stempelfabrik Schrot u. Korn Löwenzahn-Naturkost Point of Promotion	Aktion "Die tolle Frühstücks- box"	541,19	
2004	Fachfrauen für Ernährung Reprotechnik Schulz GmbH	Aktion "Besserschmecker"	7.660,01	
2004	Internet mit IQ Haller	Internet Homepage	1.140,04	
2004	Reprotechnik Schulz GmbH Büro Agenda Regio Büro Oeding Turn- u. Sportverein Holtenau	„Sport u. Landschaft -Skate- Guide für die K.E.R.N.- Region“, Skater-Touren	12.954,47	
2004	vertikal Werbeagentur GmbH	Leitprojekt - Präsentation "Gesundheit und maritimer Tourismus"	500,00	
2004	Damp Touristik GmbH	Damp Touristik, 1. Nord- Skate-Marathon	3.500,00	16.000,00
2004	Förderverein für Gesundheits- vorsorge im Kreis Rendsburg- Eckernförde	Werkvertrag "Nordic- Walking"	644,00	
2004	Lipfert, Fränkische Glasgesell- schaft Heinrich Posst, Stempelfabrik	Material "Die tolle Früh- stücksbox"	639,76	
2004	DEHOGA – Kreisverband Rendsburg-Eckernförde	Info-Faltblatt "Natürlich Erle- ben - Gastronomie"	3.500,00	1.000,00
2004	Foto-Agentur Wandmacher	Werkvertrag "Kulinarische Landpartie"	2.500,00	
2004	Gabriele Jensen Berufsbildende Schule Meldorf Fachfrauen für Ernährung	"Schulkochwettbewerb"	638,79	
2004	Natur- u. Landschaftsführerinnen Schleswig-Holstein e.V. Gesa Westmann	Info-Flyer „Natur und Kultur- führer“	3.670,70	2.600,00

Jahr	Empfänger	Verwendungszweck	Landesmittel in Euro	Drittmittel in Euro
2005	DEHOGA-Köche, Jugendgästehaus Central/Berlin (Unterbringung der Siegerklasse)	Schulkochwettbewerb bei der Internationalen Grünen Woche	5.959,64	
2005	Förderverein für Gesundheitsvorsorge im Kreis Rendsburg-Eckernförde e.V.	Gesundheitsmesse Neumünster „Nordic-Walking“	1.302,86	
2005	Reproduktionsanstalt Neumünster	Flyer „Natur u. Kunst“	4.500,86	
2005	Damp Touristik	2. Nord-Skate-Marathon	3.000,00	16.000,00
2005	Turn- u. Sportverein Holtenau	Inline-Skater-Touren in Naturparks	2.700,00	
2005	Landwirtschaftskammer Schleswig-Holstein	Kneipp-Gesundheitshöfe	1.000,00	
2005	Fachfrauen für Ernährung	NDR-Landpartie-Fest	1.286,90	
2006	DEHOGA-Köche, Fachfrauen für Ernährung, Werkverträge	Schulkochwettbewerb	6.181,91	
2006	Damp Touristik GmbH	"Skate-Event Ostseebad Damp"	3.500,00	16.000,00

2.4.3. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?

Antwort:

Im Wesentlichen wurden die angestrebten Ziele erreicht. Im Rahmen der Dialogforen haben sich die verschiedenen Interessengruppen und Einzelpersonen der Region mit der Thematik und dem Gesamt-Projekt auseinandergesetzt. Handlungsansätze wurden teilweise in konkrete und nachhaltige Aktivitäten überführt. Es bleibt aber Aufgabe ein breit gefächertes Angebot von neuen Gesundheitsdienstleistungen zu installieren. Entsprechende Urlaubsangebote beschränkten sich meist auf Einzelaktivitäten.

2.4.3.1. Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

2.4.3.2. Wenn ja,

2.4.3.2.1. Wie wurde die Zielerreichung gemessen?

Antwort:

Als Kriterium für einen erfolgreichen Projektverlauf wurden Maßnahmen, die länger als zwei Jahre durchgeführt wurden, zugrunde gelegt. Ein weiteres Kriterium war, ob andere Regionen die Projektergebnisse aufgegriffen und umgesetzt hatten.

2.4.3.2.2. Wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?

Antwort:

Das Projekt hat durchaus Impulse in unterschiedlichen Handlungsfeldern ausgelöst. Andere Regionen haben die Projektergebnisse aufgegriffen und weiter entwickelt.

Dies betrifft insbesondere das Handlungsfeld „Sport und Landschaft“ mit den Themen „Nordic Walking“ und „Skating“. Die Berichterstattung über die Maßnahme „Nordic Walking“ hat die zum damaligen Zeitpunkt in Schleswig-Holstein nahezu unbekannt aber in hohem Maß gesundheitsfördernde Sportart bekannt gemacht und zu zahlreichen Aktivitäten auch in anderen Regionen geführt. Inzwischen gehören derartige Angebote in Schleswig-Holstein zum Standard; insbesondere in Regionen und Orten mit gesundheitstouristischem Schwerpunkt.

Initiiert durch das „Skate-Projekt“ haben die Akteure ein großes Sport-Event entwickelt, das bis 2007 im Ostseebad Damp durchgeführt wurde. Diese Veranstaltung zählt zu den beliebtesten seiner Art im norddeutschen Raum.

Im Handlungsfeld „Kultur und Natur“ wurde die Qualifizierungsmaßnahme zum zertifizierten Natur- und Landschaftsführer erfolgreich durchgeführt, die erstmalig für Schleswig-Holstein in der Projektregion erfolgte. Darüber hinaus gab das Projekt Impulse zur Gründung eines entsprechenden Vereins. Inzwischen sind derartige Qualifizierungen auch in anderen Regionen erfolgt. Die Vereinsmitglieder sind bis zum jetzigen Zeitpunkt tätig und bieten landesweit Naturerlebnisangebote an.

Im Handlungsfeld „Kinder und Jugendliche“ konnten mit den Maßnahmen „Aktion Besserschmecker“ und „Die tolle Frühstückbox“ nachhaltige Ergebnisse erzielt werden. Vor allem die im Rahmen des Projektes vorgestellten und entwickelten Formen der Geschmacksschulung werden in zunehmendem Maß aufgegriffen.

Das Handlungsfeld „Gesunde und genussvolle Ernährung“ führte zu einem anhaltenden Engagement zahlreicher Gastronomen in der Projektregion, die die benötigten Produkte inzwischen zum Teil von nahe gelegenen Erzeugern beziehen und so die Wirtschaftskraft der Region stärken.

2.4.3.2.3. Was folgert die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Das Leitprojekt hat gezeigt, dass der Dialog mit den verschiedenen Akteursgruppen eine notwendige Voraussetzung für einen erfolgreichen Projektverlauf ist. Wie das Thema „Gesundheit“ gezeigt hat, müssen Entwicklungsprozesse, die, mit Veränderungen des Lebensstils verbunden sind, über mehrere Jahre angelegt werden, damit sie Erfolg haben. Auch wurde bei dem Leitprojekt deutlich, dass die Verknüpfung von Belangen der Umwelt und Natur mit anderen Themenstellungen zu neuen Einsichten und Wahrnehmungen bei allen Beteiligten geführt hat. Gerade im Bereich des Umwelt- und Naturschutzes können auf diesem Weg neue Formen der Kooperation mit der Wirtschaft zum Nutzen aller erzielt werden. Insbesondere das Handlungsfeld „Gesunde Ernährung“ bietet gute Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Umwelt- und Naturschutz und Vertretern der regionalen Wirtschaft und der Tourismusbranche.

2.4.3.2.4. Welche weiteren Schritte hat die Landesregierung unternommen beziehungsweise will sie unternehmen?

Antwort:

Aufgrund der Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Natürlich Erleben“ konzentriert das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume seine Arbeit auf den

Bereich „Gesunde Ernährung mit schleswig-holsteinischen Produkten“ Hierzu wurde die Aktion „Schleswig-Holstein is(s)t lecker!“ ins Leben gerufen.

2.5. Qualitätssiegel für Gesundheitseinrichtungen

2.5.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Ziel des Leitprojektes Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation ist die systematische Erhebung und Werbung mit der Ergebnisqualität der sich am Projekt beteiligenden Rehabilitationseinrichtungen aus Schleswig-Holstein. Zugleich ist das Instrument geeignet zur internen und vergleichenden Qualitätsentwicklung. Im Rahmen des Leitprojekts findet eine wissenschaftliche Untersuchung für eine "Evidenzbasierte Rehabilitation: Vernetzung und Ergebnisqualität für Schleswig-Holstein" statt.

Darüber hinaus zertifiziert die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein Rehabilitationseinrichtungen mit einem Qualitätssiegel.

2.5.2. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet? (Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger und Verwendungszweck).

Antwort:

Jahr	Landesmittel
2001	7.669,37 €
2002	20.000,00 €
2003	23.233,97 €

Verwendungszweck: Ausarbeitung eines Erhebungs- und Darstellungsmodells zur Erfassung der Ergebnisqualität der medizinisch orientierten Rehabilitation bei chronisch Kranken. Empfänger war das Institut für Sozialmedizin UK S-H Campus Lübeck

2.5.3. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?

Antwort:

Ja

2.5.3.1. Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

2.5.3.2. Wenn ja,

2.5.3.2.1. wie wurde die Zielerreichung gemessen?

Antwort:

Es fand eine Patientenbefragung mit zwei Messzeitpunkten statt. Von Ende 2002 bis zum Sommer 2004 wurde die Hauptstudie, an der sich mit 16 Einrichtungen etwa ein Drittel der Einrichtungen aus dem Bereich der Erwachsenenrehabilitation teilweise mit mehreren Indikationen beteiligten, durchgeführt. Es wurden fast 3.000 Patientinnen und Patienten durch diese Studie erreicht, deren Ergebnisse am 13. September 2004 vorgestellt wurden. Die Hauptstudie zeigte, dass ein großes Potential einer nachweisbaren gesundheitlichen Verbesserung durch die medizinische Rehabilitation vorhanden ist. Die Bereitschaft der Patientinnen und Patienten war groß, an dieser Befragung teilzunehmen. Sie sind mit der Rehabilitation an sich, mit der Organisation und der Betreuung sehr zufrieden und würden ihre Rehabilitationsmaßnahme auch anderen weiterempfehlen. Fast alle Patientinnen und Patienten würden wieder nach Schleswig-Holstein kommen.

2.5.3.2.2. wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?

Antwort:

Die Landesregierung bewertet das Ergebnis positiv. Die Qualitätssicherung und -darlegung im Bereich der medizinisch orientierten Rehabilitation von chronisch Kranken dient gezielt auch der Sicherung und dem Ausbau des Reha-Standortes Schleswig-Holstein.

2.5.3.2.3. was folgert die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Die schleswig-holsteinischen Reha-Einrichtungen weisen eine gute Qualität nach und sind bundesweit konkurrenzfähig.

2.5.3.2.4. welche weiteren Schritte hat die Landesregierung unternommen beziehungsweise will sie unternehmen?

Antwort:

Das Projekt wird eigenständig und eigenfinanziert von den Kliniken gemeinsam mit dem Institut für Sozialmedizin des UK S-H, Campus Lübeck, seit 2005 fortgeführt.

2.6. Elektronischer Patientenausweis/elektronische Gesundheitskarte

2.6.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Die Ziele der elektronischen Gesundheitskarte sind:

- Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung,
- Verbesserung der Arzneimittelsicherheit,

- Stärkung der Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht und Eigeninitiative der Patientinnen und Patienten,
- Optimierung der Arbeitsprozesse,
- Beitrag zu Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz,
- grenzüberschreitende Patientenversorgung.

Die elektronische Gesundheitskarte wird auch ein wichtiges Instrument zur konsequenten und nachhaltigen Umsetzung der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz eingeführten neuen Versorgungsformen sein. So benötigt insbesondere die Sektoren übergreifende integrierende Versorgung perspektivisch eine sichere, bundesweite elektronische Identifikation der Patientinnen und Patienten.

Die elektronische Gesundheitskarte ist als Schlüssel für die neuen Telematikanwendungen ein entscheidendes Strukturelement. Im Rahmen der längerfristig zu sehenden Entwicklung einer bundesweiten Telematikinfrastuktur kann Schleswig-Holstein mit der aktiven Teilnahme an der Entwicklung und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte dem Entstehen telematischer Insellösungen in Schleswig-Holstein, die nicht mit der bundesweit sich entwickelnden Infrastruktur kompatibel wären, entgegenwirken. Die frühzeitige reale und zugleich in die bundesweite Entwicklung intensiv eingebundene Entwicklung kann Schleswig-Holstein einen technologischen Vorsprung vor anderen Bundesländern ermöglichen. Daher war und ist es sehr wichtig, als Testregion an der bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mitzuwirken.

Mit der erfolgreichen Beteiligung an den Tests zur bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird außerdem das Profil Schleswig-Holsteins als innovatives Gesundheitsland weiter gefördert.

2.6.2. Welche Teststufe hat der elektronische Patientenausweis/die elektronische Gesundheitskarte in Schleswig-Holstein erreicht?

Antwort:

Entsprechend der im Bericht an den Landtag, Drucksache 16/829 beschriebenen 4-Stufen-Planung finden seit Dezember 2006 in Schleswig-Holstein so genannte „Feldtests“ statt. Die Stufenplanung selbst ist geregelt in der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom 5. Oktober 2006.

Gegenwärtig wird die in der Planung der gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) „Release 1“ genannte Phase umgesetzt. Diese beinhaltet das Schreiben und Lesen der Versichertenstammdaten, des Notfalldatensatzes sowie des elektronischen Rezepts auf der Karte. Es handelt sich dabei noch um die - der online-Phase technisch vorausgehende – offline-Phase.

2.6.3. An wie viele Versicherte wurde in der Testregion Flensburg eine elektronische Gesundheitskarte ausgegeben?

Antwort:

Die elektronische Gesundheitskarte wurde in der Testregion Flensburg an 6.835 Versicherte ausgegeben (Stand 18. Dezember 2007).

- 2.6.4. Wann rechnet die Landesregierung mit einer flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Schleswig-Holstein?
- 2.6.5. Wie beurteilt die Landesregierung den durch die „gematik“ gesteckten Zeitrahmen zur flächendeckenden Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte?

Antwort zu 2.6.4. und 2.6.5.

Nach Planung der gematik soll noch im Jahr 2008 die flächendeckende Verteilung der elektronischen Gesundheitskarte beginnen und im Jahr 2010 beendet sein; eine detaillierte Planung für einzelne Länder liegt noch nicht vor.

Der flächendeckenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte müssen wie vorgesehen intensive Tests vorangehen, deren Ergebnisse in die weiteren Teststufen und schließlich die flächendeckende Einführung einfließen müssen.

Ob der von der gematik gesteckte Zeitrahmen angesichts der Komplexität des Projekts und der nach den bisherigen Erfahrungen nie auszuschließenden verzögernden Entwicklungen realistisch ist, kann nicht abschließend beurteilt werden. Aus schleswig-holsteinischer Sicht sind konsequente und ergebnisoffene Tests und gegebenenfalls Verbesserungen der neuen Verfahren entscheidend dafür, dass die mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte angestrebten Ziele erreicht werden. Die Einhaltung der Zeitziele hat demgegenüber aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) eGK.SH GmbH und der Landesregierung eher nachgeordnete Bedeutung.

- 2.6.6. Wie viele Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser befinden sich in der Testregion Flensburg und wie viele davon nehmen an der Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte teil (Bitte aufschlüsseln)?

Antwort:

Arztpraxen in der Testregion:	205
davon Teilnehmer am Test:	17
Zahnarztpraxen in der Testregion:	57
davon Teilnehmer am Test:	0
(Eine Beteiligung der Zahnärzte an den laufenden Tests ist nach der Planung der gematik derzeit nicht vorgesehen.)	
Apotheken in der Testregion:	38
davon Teilnehmer am Test:	15
Krankenhäuser in der Testregion:	2
davon Teilnehmer am Test:	2

2.6.7. Gilt die elektronische Gesundheitskarte auch für andere Heilberufe, wie z.B. Psychotherapeuten, Psychiater, Logopäden, Heilpraktiker etc.?

Antwort:

Der Kreis derjenigen, deren Dienstleistung mittels der elektronischen Gesundheitskarte in Anspruch genommen werden kann, wird sich nicht grundsätzlich unterscheiden von der heutigen Situation mit der Krankenversicherungskarte. Allerdings wird zum Lesen und Schreiben auf der elektronischen Gesundheitskarte ein entsprechender elektronischer Heilberufsausweis benötigt (siehe § 291 a Abs. 4 SGB V).

Um die Einbindung dieser anderen Heilberufe auch technisch zu ermöglichen, hat sich die 80. Gesundheitsministerkonferenz am 5. Juni 2007 für die Einrichtung eines zentralen elektronischen Gesundheitsberuferegisters ausgesprochen. Ein entsprechendes Umsetzungskonzept wird von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zurzeit erarbeitet und soll einschließlich eines tragfähigen Finanzierungskonzepts sobald wie möglich der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vorgelegt werden.

2.6.8. Ist geplant, andere Heilberufe mit einzubinden?
Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Ja, siehe Antwort zu 2.6.7

2.6.9. Können Notärzte und Mitarbeiter des Rettungsdienstes auf die gespeicherten Patientendaten zugreifen?

Antwort:

Ja, Zugriffsmöglichkeiten sind vorgesehen.

2.6.9.1. Falls ja, wie?

Antwort:

Ja, siehe Antwort zu Frage 2.6.7.

2.6.9.2. Falls ein direkter Zugriff nicht möglich ist: Sollten Notärzte und Mitarbeiter des Rettungsdienstes darauf zugreifen können?

Antwort:

Entfällt

2.6.9.3. Mit welchen Kosten müssten die Träger des Rettungsdienstes bei der Installation von Lesegeräten kalkulieren?

Antwort:

Für den Rettungsdienst werden mobile Lesegeräte und mobile Konnektoren benötigt, die es derzeit auf dem Markt noch nicht gibt. Es lassen sich daher bisher keine Angaben zu den möglichen Kosten machen.

2.6.10. Gibt es Zulieferer oder Hersteller von Kartensystemen, Hard- sowie Software in Schleswig-Holstein? Falls ja, welche sind das und wie sind diese bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eingebunden?

Antwort:

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte dient primär den unter 2.6.1 aufgeführten Zielen.

Entscheidend war und ist daher die aktive Mitarbeit zunächst von Ärztinnen und Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern, später von weiteren Leistungserbringern. Die Auswahl der Testregionen durch das BMG erfolgte aufgrund der von den Testregionen beschriebenen – und bereits bestehenden – Strukturen der Zusammenarbeit. Die teilnahmewilligen Leistungserbringer mussten sich vertraglich verpflichten, die erforderlichen technischen Komponenten (Hard- und Software) zu beschaffen und deren Lieferung, Aufbau und Installation zu beauftragen beziehungsweise alle dafür notwendigen Schritte durchzuführen.

Ein Auswahlprozess von Hard- und Softwarekomponenten wäre daher ein den Zielen der Einführung der eGK widersprechender Eingriff in die Organisationshoheit der einzelnen Leistungserbringer gewesen. Aufgrund der spezifischen schleswig-holsteinischen Entwicklungsgeschichte aus dem eGK-Vorprojekt in Flensburg (seit 2001) ergab sich jedoch eine hohe Kompetenz schleswig-holsteinischer Unternehmen, die sich in der Teilnahme an den bundesweiten Tests zeigt.

In die aktuell laufenden Tests bundesweit sind in diesem Verfahren die folgenden Unternehmen aus Schleswig-Holstein als Lieferanten von Komponenten für die Leistungserbringer eingebunden:

Produkt	Unternehmen	Testregion
Chipkarten:	PAV Card, Lütjenburg	SH, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz
	Sagem-Orga GmbH, Paderborn (wird wegen der bedeutenden Zweigniederlassung Flintbek als schleswig-holsteinische Firma verstanden)	Sachsen, SH, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz
Konnektoren:	MakData, Kiel	SH, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz
Kartenterminals:	Sagem-Orga GmbH, Paderborn	SH
Praxisverwaltungssysteme:	Medissoftware, Kiel	SH
	Turbomed, Molfsee	Sachsen, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz

2.6.11. Welche Patientendaten sollen auf der Gesundheitskarte selbst und welche auf zentralen Servern gespeichert werden?

Antwort:

Auf der Gesundheitskarte selbst werden die Versichertenstammdaten (Krankenkasse, Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Zuzahlungsstatus, Beginn und bei befristeter Gültigkeit Ablauf des Versicherungsschutzes), elektronische Rezepte sowie - mit Zustimmung des/der Versicherten - Notfalldaten (z.B. Allergien, lebensbedrohliche Erkrankungen oder Medikamentenunverträglichkeiten) gespeichert. Notfalldaten und elektronische Rezepte werden verschlüsselt gespeichert und können nur mit Hilfe eines Heilberufsausweises gelesen werden.

Eine Speicherung von Gesundheitsdaten auf „zentralen Servern“ wird nicht stattfinden. Vielmehr soll in einer späteren Ausbaustufe die „Elektronische Patientenakte“ eingeführt werden, in der die Gesundheitsdaten verschlüsselt sowie verteilt auf verschiedenen Rechnersystemen gespeichert sind. Diese Gesundheitsdaten können nur gelesen werden, wenn sie gemeinsam von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin entschlüsselt werden, wozu jede/r den auf ihrer/seiner Karte (eGK oder elektronischer Heilberufsausweis) liegenden und durch ein Zufallsverfahren erzeugten Schlüssel einsetzen muss. Diese Schlüsselfreigabe erfolgt durch das Eingeben der jeweiligen PIN.

2.6.12. Wie beurteilt die Landesregierung eine Speicherung von Patientendaten auf zentralen Servern insbesondere im Hinblick auf die Datensicherheit und den Grundsatz der informationellen Selbstbestimmung?

Antwort:

Siehe zunächst Antwort zu Frage 2.6.11. Im Übrigen findet die gesamte Entwicklung unter enger Einbindung des Datenschutzes statt. Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein ist seit Beginn des Vorprojekts im Jahre 2001 eng in die Arbeiten eingebunden. Das Projekt wird extrem hohen Datenschutzerfordernungen gerecht.

- 2.6.13. Ist eine Anschubfinanzierung für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser in der Testregion Flensburg vorgesehen?
Falls ja, in welcher Höhe und aus welchen Mitteln wird eine solche Anschubfinanzierung für die Ausstattung und den Zusatzaufwand (Erstbeschaffung von Komponenten, Anschluss an das Praxisverwaltungssystem, Verbindungskosten etc.) den Leistungserbringern gewährt?

Antwort:

Die an dem Test teilnehmenden Leistungserbringer erhalten von der gematik Zuschüsse für die notwendigen Investitionen (Hard- und Software) sowie Aufwendersatz für den zusätzlichen Arbeitsaufwand.

Pro teilnehmendem Arzt/teilnehmender Ärztin und teilnehmender Apotheke werden für Investitionen pauschal 3.000,00 Euro (zuzüglich. Umsatzsteuer) erstattet, pro teilnehmendem Krankenhaus auf Nachweis bis zu 28.000,00 Euro (zuzüglich. Umsatzsteuer).

Der Zusatzaufwand wird – in Abhängigkeit vom tatsächlichen und dokumentierten Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte – pro Arzt/Ärztin mit maximal 3.200,00 Euro (zuzüglich. Umsatzsteuer) und Jahr, pro Apotheker/Apothekerin mit max. 2.750,00 (zuzüglich. Umsatzsteuer) und Jahr sowie pro Krankenhaus mit maximal 28.000,00 Euro (zuzüglich. Umsatzsteuer) und Jahr vergütet.

Zahnärztinnen und Zahnärzte nehmen an den Tests zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gemäß der Konzeption der gematik nicht teil.

Die Mittel werden von den Gesellschaftern der gematik (den Spitzenverbänden von Krankenkassen und Leistungserbringern) aufgebracht.

- 2.6.14. Wie beurteilt die Landesregierung die von Seiten der Leistungserbringer und Kostenträger geäußerten Bedenken hinsichtlich der Kostenentwicklung bei einer bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte?

Antwort:

Die Notwendigkeit einer strukturierteren Nutzung von Informationstechnik im Gesundheitswesen steht außer Frage. Die elektronische Gesundheitskarte wird eine wichtige Rolle bei der konsequenten und nachhaltigen Umsetzung der mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetzes eingeführten neuen Versorgungsformen übernehmen.

Die Sorgen insbesondere der Leistungserbringer bezüglich der noch immer nicht vorliegenden Finanzierungsvereinbarung für den Regelbetrieb der elektronischen Gesundheitskarte sind allerdings verständlich. Es ist daher dringend zu hoffen, dass die Spitzenverbände von Krankenkassen und Leistungserbringern zeitnah zum Abschluss einer eindeutigen Finanzierungsvereinbarung kommen, um Planungssicherheit zu erreichen.

- 2.6.15. Welche Chancen sieht die Landesregierung, dass bei einer bundesweiten Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte das schleswig-holsteinische Modell den Zuschlag erhält?

Antwort:

Bei der bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte stehen keine unterschiedlichen Landesmodelle mehr im Wettbewerb, es wird vielmehr – aufbauend auf den Erfahrungen aus den in den Testregionen vor dem Teststart durchgeführten Vorprojekten – eine einheitliche Telematikinfrasturktur aufgebaut beziehungsweise für die späteren Ausbaustufen – insbesondere die elektronische Patientenakte – sukzessive entwickelt.

- 2.6.16. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes-, Bundes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet?
(Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger und Verwendungszweck)

Antwort:

Das Leitprojekt wurde von 2002 – 2007 mit Landesmitteln in Höhe von insgesamt 402.600 Euro gefördert. Projektträger war die Evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt zu Flensburg (DIAKO). Im Jahr 2006 wurde das Flensburger Vorprojekt „egk.SH“ in das Projekt „Testregion zur bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ überführt. Träger ist nunmehr die dafür gegründete ARGE eGK.SH GmbH. Ende 2006 übernahm die gematik rückwirkend die Finanzierung des Projekts. Es wurden daher Landesmittel in Höhe von circa 110.000 Euro an das Land zurückgezahlt. Somit beläuft sich die Landesförderung auf 292.600 Euro.

Bis zu dem Zeitpunkt, als die Überführung in die gematik-finanzierte Testregion zur bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte absehbar wurde, wurde das Projekt auch mit Drittmitteln der Industrie finanziell sowie personell und mit know-how durch Mitarbeit im Projekt unterstützt. Personell brachten sich hier insbesondere die Firmen medisoftware (Kiel), PAV Card (Lütjenburg) und Orga (Flintbek) ein. Für die Erstellung eines Flyers wurden von den Kostenträgern ein weiterer Betrag in Höhe von insgesamt 5.000,00 Euro beigesteuert.

2006 und 2007 wurde die Stelle des Projektkoordinators zu 50 Prozent von medRegio Lübeck Kompetenzzentrum eHealth GmbH gestellt. (Die GmbH übernimmt im Bereich Gesundheit und eHealth Aufgaben des Clustermanagements, bündelt know-how und beschleunigt Innovationsprozesse), aus Landesmitteln wurden die anderen 50 Prozent finanziert. Das Projekt wurde und wird ergänzend zur Mitarbeit in der ARGE eGK.SH GmbH und deren AGs auch durch dem Projektbüro beigestellte Mitarbeiter von AOK –SH, Barmer und KVSH unterstützt.

Jahr	Empfänger	Landesmittel (in T€)	Drittmittel (netto)	Drittmittelgeber
2002	DIAKO	24,2		
2003	DIAKO	33		
2004	DIAKO	40		
	DIAKO		13.750 €	Firmenkonsortium**
2005	DIAKO	78		
	DIAKO		56.667 €	Firmenkonsortium**
	DIAKO		5.000 €	AOK SH, BKK, DAK, GEK, IKK, TK
2006	DIAKO	168		
	medRegio	27		
	DIAKO		44.584 €	Firmenkonsortium**
	ARGE eGK.SH GmbH (inkl. Vergütung Leistungserbringer)		Ca. 113.000 €*	gematik
2007	medRegio	32,4		
	ARGE eGK.SH GmbH	- 110		
	ARGE eGK.SH GmbH (inkl. Vergütung Leistungserbringer)		Ca. 411.000 €*	gematik
Gesamt:		292,6	644.001€*	

* Angaben nur auf T€ genau

** Mitglieder des Firmenkonsortiums: ICW, Oracle, Siemens und Deutsche Telekom

2.6.17. Wurden aus Sicht der Landesregierung die bisher gesetzten Ziele erreicht?

Antwort:

Das Ziel des Vorprojekts, nämlich Testregion zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu werden, wurde erreicht. Ebenso ist deutlich erkennbar, dass durch die Erfahrungen aus dem Vorprojekt die bundesweite Entwicklung gerade in Richtung Praxistauglichkeit und Anwenderfreundlichkeit beeinflusst werden konnte und kann. Gleichwohl müssen noch viele Detailarbeiten seitens der gematik und mancher Industriepartner geleistet werden.

Die in der Antwort zu Frage 2.6.1 geschilderten inhaltlichen Ziele sind erst nach flächendeckender Einführung der Gesundheitskarte mit zumindest einem großen Teil der neuen Anwendungen erreichbar.

2.6.17.1. Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

2.6.17.2. Wenn ja,

2.6.17.2.1. wie bewertet die Landesregierung das bisherige Ergebnis?

Antwort:

Das Projekt war und ist sehr erfolgreich. Es bestätigt den Ruf Schleswig-Holsteins Ruf als innovatives Gesundheitsland.

2.6.17.2.2. welche Schlussfolgerung zieht die Landesregierung aus dem bisherigen Verlauf der Einführung der Gesundheitskarte?

Antwort:

Der Grundsatz der ergebnisoffenen Tests ist unbedingt weiter durchzuhalten. Es ist unrealistisch, bei einem Technologieprojekt dieser Größe und Komplexität von einer störungsfreien und völlig vorhersehbaren Entwicklung auszugehen – ein solches Projekt ist als Herausforderung zum Umgang mit vielen Schwierigkeiten und Unsicherheiten zu begreifen. Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung eines solchen Projekts ist der faire Umgang mit den Beteiligten, exemplarisch sind die harten und schließlich doch fruchtbaren Diskussionen mit dem Datenschutz zu nennen.

2.6.17.2.3. Welche weiteren Schritte will die Landesregierung unternehmen, um die Einführung der Gesundheitskarte zu unterstützen?

Antwort:

Die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte steht in Schleswig-Holstein weiterhin unter der Schirmherrschaft der Gesundheitsministerin.

Die Gesellschafterversammlung der das Projekt in Schleswig-Holstein tragenden ARGE eGK.SH GmbH hat nach dem Ausscheiden des bisherigen Vorsitzenden aus dem aktiven Landesdienst wiederum einen Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums zum Vorsitzenden (ohne Stimmrecht) gewählt. Auf diese Weise wird es der Landesregierung erleichtert, auch auf politischem Wege – wie bisher schon – konkrete Probleme bei den eGK-Tests zu transportieren.

Schließlich wird Schleswig-Holstein als Gesundheitsminister-Konferenz Vorsitzland 2008 Gastgeber der eHealth Conference 2008 in Kiel sein

2.7. **Grenzüberschreitende medizinische Versorgung**

Vorbemerkung:

Das Leitprojekt wurde von der entsprechenden Projektgruppe im August 2003 abgeschlossen. Die Darstellung der Zielsetzungen, Abläufe und Ergebnisse des Leitprojekts umfassen daher den Zeitraum von 2000 bis zum Sommer 2003.

2.7.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Zielsetzungen des Leitprojekts waren ein geschlossenes Angebot der Anbieter des Standorts Schleswig-Holstein zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für ausländische Patientinnen und Patienten und die musterhafte Entwicklung geeigneter Verfahren und Maßnahmen für die Präsentation der Angebote.

Ausgangspunkt und zentrales Thema des Projekts war die so genannte Patientenbrücke Norwegen. Durch Beschluss des norwegischen Parlaments wurden für das Haushaltsjahr 2001 eine Milliarde Kronen ausdrücklich zur Finanzierung der Behandlung von (gesetzlich Versicherten) norwegischen Patientinnen und Patienten im Ausland bereitgestellt.

In der Konzeptionsphase des Leitprojekts wurde für die Patientenbrücke Norwegen die Behandlung von etwa 15 Prozent der Auslandsbehandlungen am Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein angestrebt.

2.7.2. Wie funktioniert die grenzüberschreitende medizinische Versorgung und wer schließt mit wem Kooperationsverträge mit welchem Inhalt?

Antwort:

Vorangegangen waren Kontakte der Landesregierung mit den norwegischen Fylkern (Bezirken) im Rahmen der Ostseekooperation. Am 7. Juli 2000 fand ein Gespräch zwischen dem Bezirk (Fylker) Buskerud und dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerium statt zur Klärung der Voraussetzungen für Behandlungen in Schleswig-Holstein. Hinweise auf die Preisgestaltung in Anlehnung an die im Land üblichen Fallpauschalen für bestimmte Operationen führten in Norwegen zu einer öffentlichen Debatte über kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland. Als Problem wurde in den Erörterungen die "Exportfeindlichkeit" des von der staatlichen norwegischen Krankenversicherung zu tragenden Versorgungsanteils (50 Prozent der Leistungen) identifiziert. Diese Leistungen standen unter dem rechtlichen Vorbehalt, nur in Norwegen ausgegeben werden zu dürfen. Am 4. Oktober 2000 erörterte Ministerpräsidentin Heide Simonis in einem persönlichen Gespräch mit dem norwegischen Ministerpräsidenten Stoltenberg Rahmenbedingungen für eine konkrete Kooperation zur Behandlung norwegischer Patientinnen und Patienten.

Das norwegische Parlament stellte mit Beschluss vom 14. November 2000 im Staatshaushalt 2001 eine Milliarde norwegische Kronen für den Kauf von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland bereit. Daraufhin wurden europaweit zahlreiche Angebote unterbreitet. Auch aus Deutschland wurden auf Bundesebene und aus einzelnen Ländern Initiativen politisch unterstützt, die Angebote deutscher Einrichtungen zur Behandlung norwegischer Patientinnen und Patienten förderten.

Im 1. Quartal 2001 wurden etwa 50 norwegische Patientinnen und Patienten in mehreren schleswig-holsteinischen Krankenhäusern behandelt. Weitere Behandlungen erfolgten in anderen Bundesländern. Diese Patientinnen und Patienten wurden direkt aus norwegischen Regierungsbezirken (Fylkern) in einzelne Krankenhäuser zugewiesen. Die Finanzierung erfolgte aus dem zentralstaatlichen Haushaltstitel zum Kauf von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland.

Die Administration der Auslandsbehandlungen erfolgte ab dem 15. Januar 2001 durch eine Zentralstelle beim Reichsversicherungsamt (Rikstrygdeverk) in Oslo. Im Zuge des Aufbaus dieser zentralstaatlichen Verwaltung erfolgte von dort eine internationale Ausschreibung für Akkreditierungen mit Fristsetzung zum 2. Februar 2001. Am 2. Februar 2001 reichten Vertreter der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein ein umfangreiches Angebot von 25 schleswig-holsteinischen Krankenhäusern über 8.700 Behandlungen beim Rikstrygdeverk ein. Dieses Angebot aus Schleswig-Holstein wurde zeitgleich im Rahmen einer Delegation von Gesundheitsministerin Heide Moser dem norwegischen Gesundheitsminister Tore Tønne in Oslo präsentiert. Im Rahmen der Gespräche wurde eine einvernehmliche Kooperation zur Versorgung norwegischer Patientinnen und Patienten und die Aufnahme weiterfüh-

render Kooperationen im Gesundheitsbereich verabredet. Der Austausch entsprechender Noten unterstrich das gemeinsame politische Interesse.

Am 3. April 2001 wurden zwischen dem norwegischen Rikstrygdeverk und der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein Verträge für drei schleswig-holsteinische Krankenhäuser, später für zwei weitere Krankenhäuser unterzeichnet. Dabei handelt es sich um:

- die Diakonissen-Anstalt in Flensburg,
- die Ostsee-Klinik Damp,
- die Lubinus-Klinik in Kiel,
- das Universitätsklinikum Kiel
- und das Westküstenklinikum Heide.

Auf der Basis der Akkreditierungen wurden Behandlungen durch das Reichsversicherungsamt direkt vermittelt und abgerechnet. Eine Einbindung der Landesregierung oder anderer Projektpartner aus dem Leitprojekt in die Vereinbarungen beziehungsweise den Ablauf der Behandlungen etc. erfolgte nicht.

Die Akkreditierungs-Verträge wurden Anfang 2002 verlängert mit einer Laufzeit bis zunächst Ende 2003. Nach Abschluss des Leitprojekts wurden (und werden) Auslandsbehandlungen - nach einer vollständigen Neustrukturierung der Organisationsstrukturen für die stationäre Versorgung in Norwegen - durch eines der neuen Gesundheitsbezirks-Ämter administrativ abgewickelt.

2.7.2.1. Welche Leistungserbringer (ambulanter und stationärer Sektor) in Schleswig-Holstein sind an diesem Leitprojekt beteiligt?

2.7.2.2. Welche Körperschaften des öffentlichen Rechts in Schleswig-Holstein sind an diesen Kooperationen beteiligt?

Antwort auf die Fragen 2.7.2.1. und 2.7.2.2.:

In der Projektgruppe waren vertreten: Die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. (KGSH e.V.), die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die Technologiestiftung und (in der Startphase des Leitprojekts) Herr Honorarkonsul Johannssen. Im weiteren Verlauf des Projekts wurden Themen bezogen und beratend in Begleitung der KGSH Vertreterinnen und Vertreter einzelner Kliniken in die Projektgruppenarbeit einbezogen – dies betraf insbesondere die Ostseeklinik Damp, die der Projektgruppe ihre Erfahrungen mit den Akkreditierungen im Rahmen der Patientenbrücke Norwegen und der ersten Akkreditierung eines deutschen Krankenhauses in Dänemark vermittelten.

2.7.2.3. Welche Partner im Ausland sind an diesen Kooperationen beteiligt (bitte nach Ländern aufschlüsseln)?

Antwort:

Im Rahmen des Leitprojekts erfolgte die Zusammenarbeit direkt mit dem norwegischen Bezirk Buskerud. Darüber hinaus haben das Gesundheitsministerium Schleswig-Holstein und das Gesundheitsministerium Norwegen politische Noten zur Kooperation im Gesundheitsbereich ausgetauscht.

Die Abwicklung der Auslandsbehandlungen erfolgte während der Projektphase durch das Reichsversicherungsamt in Oslo.

- 2.7.2.4. Welche Behandlungsschwerpunkte sind in den Kooperationsverträgen festgeschrieben?

Antwort:

Die Akkreditierungen der Krankenhäuser erfolgte nicht eingeschränkt für bestimmte Krankheitsbilder beziehungsweise Therapien. Schwerpunkte ergaben sich gegebenenfalls aus dem Leistungsprofil der einzelnen akkreditierten Krankenhäuser. In der faktischen Umsetzung erfolgten so auch Behandlungen für Indikationen, die im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens nicht vorgelegt worden waren.

- 2.7.3. Wie viele ausländische Patienten wurden seit 2000 in Schleswig-Holstein aufgrund dieser Kooperationsverträge mit welchen Diagnosen in Schleswig-Holstein behandelt (bitte nach den Herkunftsländern der Patienten und Diagnosen aufschlüsseln)?

Antwort:

Das Kuratorium zur Förderung der deutschen Medizin im Ausland hatte Ende Februar 2001 eine Zahl von circa 200 Behandlungen norwegischer Patientinnen und Patienten bundesweit berichtet. Darunter befanden sich auch Behandlungen in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, die über das Kuratorium vermittelt worden waren. Zusätzlich wurden norwegische Patientinnen und Patienten Ende 2000 und Anfang 2001 auf direkte Vermittlung durch den Bezirk Buskerud in Schleswig-Holstein stationär versorgt; im 1. Quartal 2001 waren es insgesamt etwa 50 Patientinnen und Patienten.

Mit Beginn der Abwicklung von Auslandsbehandlungen im Rahmen der Akkreditierungen zur Patientenbrücke wurden im Zeitraum von April 2001 bis April 2003 mehr als 1.200 norwegische Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein über die Patientenbrücke stationär versorgt.

Eine nähere Aufschlüsselung der erfolgten Behandlungen liegt der Landesregierung nicht vor. Die Abwicklung erfolgte jeweils direkt zwischen dem Reichversicherungsamt in Oslo und den akkreditierten Krankenhäusern.

- 2.7.4. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet und wer hat welche Mittel für welchen Zweck erhalten? (Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger und Verwendungszweck).

Antwort:

Ein Kreis von zehn Krankenhäusern hat im Jahr 2001 Mittel in Höhe von circa 102.500,00 Euro zur Finanzierung von Marketing-Aktivitäten bereitgestellt. Mit diesen Mitteln wurde u. a. die Internet-Präsenz (www.pasientbro.no) finanziert, einer norwegischen Domain, deren Verfügungsrechte bei der Krankenhausgesellschaft beziehungsweise des für sie tätigen Marketingunternehmens image (Kiel) lagen. Entsprechende Broschüren und weiteres Informationsmaterial über die Angebote der akkreditierten Krankenhäuser und zur Patientenbrücke Norwegen wurden auf norwegisch und deutsch zur Verfügung gestellt. Diese Unterlagen wurden zeitweise auch durch

das Reichsversicherungsamt in Oslo an interessierte Bürgerinnen und Bürger herausgegeben.

Die Projektgruppe beschloss, in Anlehnung an die erfolgreiche Präsentation in Norwegen, einen englisch-sprachigen Internetauftritt www.iss-online.de (international surgery services) zu unterstützen, in dem diejenigen schleswig-holsteinischen Krankenhäuser, die Behandlungen für ausländische Patientinnen und Patienten anbieten, ihre Angebote und Profile präsentierten. Die KGSH e.V. erhielt hierzu im Dezember 2002 eine Förderung aus Mitteln der Gesundheitsinitiative der Landesregierung in Höhe von 15.000 Euro. Die Seite konnte von allen Mitgliedern der KGSH e.V. genutzt werden.

Mittlerweile besteht die Präsentation zur Patientenbrücke nicht mehr. Leider musste auch die Inanspruchnahme der einheitlichen englischsprachigen Internet-Präsenz durch die Krankenhäuser nach Einschätzung der Projektgruppe als unzureichend bewertet werden - und damit als (noch) nicht geeignet als zentraler Beitrag eines gemeinsamen internationalen Leistungsangebotes aus dem Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein.

- 2.7.5. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?
- 2.7.5.1. Wenn nein, warum nicht?
- 2.7.5.2. Wenn ja,
 - 2.7.5.2.1. wie wurde die Zielerreichung gemessen?
 - 2.7.5.2.2. wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?
 - 2.7.5.2.3. was folgert die Landesregierung hieraus?
 - 2.7.5.2.4. welche weiteren Schritte hat die Landesregierung unternommen beziehungsweise will sie unternehmen?

Antwort auf die Fragen 2.7.5. bis 2.7.5.2.4.:

Messbares Ergebnis des Projekts war die Erreichung eines Anteils von 15 Prozent der im Rahmen der Patientenbrücke erfolgten Auslandsbehandlungen. Nach Aussagen der norwegischen Stellen wurden circa 50 Prozent der Fälle in Schweden, circa 30 Prozent in Dänemark und circa 15 Prozent der Fälle in Deutschland in Schleswig-Holstein behandelt; lediglich wenige Einzelfälle wurden in Frankreich behandelt. Damit wurde der zu Beginn des Projektes erhoffte Anteil Schleswig-Holsteins an den Auslandsbehandlungen realisiert. Insgesamt wurden in der Hochphase der Patientenbrücke von April 2001 bis April 2003 mehr als 1.200 norwegische Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein über die Patientenbrücke stationär versorgt (zum Vergleich: 1999 betrug die Zahl der in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein behandelten Norwegerinnen und Norweger noch 24). Bereits im ersten Jahr der Patientenbrücke im Jahr 2001 waren norwegische Patientinnen und Patienten „Spitzenreiter“ bei den erfassten Auslandsbehandlungen.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass während der Laufzeit der Patientenbrücke die für Auslandsbehandlungen vorgesehenen Haushaltsmittel teilweise auch für die Finanzierung von Behandlungen in privaten Krankenhäusern in Norwegen freigegeben wurden. Insgesamt wurden Auslandsbehandlungen nicht in dem erwarteten Umfang realisiert. Damit blieben die erzielten (absoluten) Umsätze hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück.

Die Zusammenarbeit im Hinblick auf die Patientenbrücke Norwegen wurde sowohl von den beteiligten Behörden in Norwegen als auch von den Beteiligten in Schleswig-Holstein als erfolgreich bewertet.

Mit den realisierten Internet-Auftritten und den Marketing-Aktivitäten wurden Instrumente entwickelt, die als Muster für weiterführende Aktivitäten der Anbieter von Gesundheitsleistungen am Standort Schleswig-Holstein dienen können.

Darüber hinaus wurden weitere Ziele des Leitprojekts erreicht. Es wurde gezeigt, dass kompetente medizinische Angebote aus Schleswig-Holstein grenzüberschreitend auch nach wirtschaftlichen Kriterien realisiert und auch gegen internationale und nationale Konkurrenz erfolgreich etabliert werden können. Durch die gleichermaßen professionelle wie engagierte Arbeit der Beteiligten im Land wurden Voraussetzungen für weiterführende Kooperationen im Gesundheitsbereich im skandinavischen Raum/ Ostseeraum geschaffen, an die spätere Projekte anknüpfen konnten. Erfahrungen aus der Patientenbrücke werden häufig in den Kontakten mit Partnern im Ostseeraum erörtert und können so in gewissem Rahmen auf andere Kooperationsbeziehungen im grenzüberschreitenden Bereich übertragen werden.

Die erfolgreiche und außerhalb Skandinaviens exklusive Akkreditierung schleswig-holsteinischer Anbieter hat dem Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein international hohe Aufmerksamkeit gebracht. Nicht zuletzt können Krankenhäuser aus Schleswig-Holstein dies bei grenzüberschreitenden / internationalen Angeboten als Referenz nutzen.

Die direkten Kooperationsbeziehungen haben sich insbesondere zwischen den unmittelbar beteiligten Leistungserbringern etabliert und verfestigt.

Insgesamt hat sich der Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein mit dem Engagement in der Patientenbrücke erfolgreich als wichtiger Standort für grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen für den skandinavischen Raum beziehungsweise im Ostseeraum dargestellt und etabliert.

2.8. Internet-Portal für Akteure im Gesundheitswesen

Vorbemerkung

Bis zum Mai 2005 lag die Zuständigkeit für die Gesundheitsinitiative und somit auch für das Gesundheitsportal in der Staatskanzlei. Danach ist die Zuständigkeit für die Gesundheitsinitiative in das Gesundheitsministerium übergegangen. Seit Januar 2006 betreibt das Gesundheitsministerium das Portal.

2.8.1. Welche Ziele wurden von der Landesregierung mit diesem Leitprojekt definiert?

Antwort:

Ziel des Leitprojekts war der Aufbau eines internetgestützten Gesundheitsportals, um eine Plattform für die Darstellung der Angebote und Dienstleistungen des Gesundheitsmarktes aus Schleswig-Holstein zu erreichen. Die Nutzer sollten über eine einzige zentrale Web-Adresse problemlos und komfortabel die gewünschten Informationen aus dem Gesundheitsbereich in Schleswig-Holstein aufrufen können. Das Internet-Portal sollte u. a. folgende Funktionen haben:

- Die Kompetenzen des Landes auf dem Gesundheitssektor verdeutlichen und Kontaktmöglichkeiten schaffen.
- Serviceangebot für Menschen in Schleswig-Holstein zum Finden von Angeboten im Gesundheitsbereich (Ärzte/Krankenhäuser usw.).
- Vernetzung und Stärkung der Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitssektor.

- Als Ausbaustufe: E-Commerce.

Das Portal wurde im Oktober 2003 freigeschaltet und bis zum 31. Dezember 2005 von der „schleswig-holstein.de GmbH und Co KG“ betrieben. Am 1. Januar 2006 ging der Betrieb des Portals auf das Gesundheitsministerium über. Das Portal wurde nach inhaltlichen und technischen Umbauten Teil des Auftritts der Landesregierung, weshalb Angebote wie E-Commerce nicht realisiert wurden und andere kommerzielle Anwendungen (wie zum Beispiels die so genannten Firmen-Visitenkarten) eingestellt wurden. Nach mittlerweile zwei „Umzügen“ (der zweite 2006/2007 in das neue Landesportal www.schleswig-holstein.de) betreibt das Gesundheitsministerium das Portal als Themenportal Gesundheit.

Das Themenportal versteht sich zum einen als Serviceportal, das den Bürgerinnen und Bürgern in Schleswig-Holstein Informationen über Gesundheitsthemen und –angebote bietet. Zum anderen ist das Portal eine Plattform, um die besonderen Qualitäten und Kompetenzen des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein darzustellen.

2.8.2. Wer nutzt das Internet-Portal?

Antwort:

Das Themenportal Gesundheit wird von den Akteuren im Gesundheitsbereich (Krankenkassen, Kliniken, Kammern, Medizintechnikunternehmen, Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, Reha- und Pflegeeinrichtungen, etc.) und von Bürgerinnen und Bürgern zur Information und als Service genutzt.

2.8.3. Werden Zugriffszahlen auf das Internet-Portal registriert? Falls ja, wie viele Zugriffe hat es bis heute gegeben?

Antwort:

Für das Gesundheitsportal wurden vom damaligen Betreiber zuletzt durchschnittlich rund 9.000 Seitenaufrufe (Page Impressions) pro Monat registriert (Stand: März 2005). Zum 1. Juli 2007 ist das Gesundheitsportal technisch auf eine neue Basis gestellt worden und wird seitdem vom MSGF als Themenportal im Internet-Landesportal www.schleswig-holstein.de betrieben. Seit dem Technikwechsel wird auch ein neues für das gesamte Landesportal einheitliches Statistikmodul verwendet. Auch die Auswertungskriterien, die für das gesamte Landesportal definieren, was als Seitenaufruf gilt und was nicht, sind von der für das Landesportal verantwortlichen Zentralredaktion in der Staatskanzlei überarbeitet und verschärft worden. Allgemein verbindliche Standards für die Definition eines Seitenaufrufs gibt es bisher nicht. Aufgrund dieser Änderungen lassen sich die Webstatistiken des alten und des neuen Gesundheitsportals nicht mit einander vergleichen.

Im neuen Auswertungszeitraum seit dem 1. Juli 2007 sind durchschnittlich rund 7.000 Seitenaufrufe registriert worden (Stand Januar 2008).

2.8.4. Wie wird für das Internet-Portal geworben?

Antwort:

Für das Internet-Portal wurde mit Unterbrechungen während der Umbaumaßnahmen in den Jahren 2006/2007 kontinuierlich geworben. Beispielhaft sind hier einige Maßnahmen genannt:

- Brief von Ministerpräsidentin Heide Simonis an diverse Gesundheitsanbieter aus Schleswig-Holstein, um auf das Portal aufmerksam zu machen.
- Öffentliche Freischaltung des Portals durch Ministerpräsidentin Heide Simonis.
- Herausgabe eines Informations-Flyers zum Gesundheitsportal.
- Verlinkung auf das Gesundheitsportal von weiteren Gesundheitsanbietern.
- Themenportal-Button auf der Startseite des Landesportals.
- Präsentation des Gesundheitsportals auf Messen und Veranstaltungen wie zum Beispiel der Gesundheitsmesse in Neumünster, dem Schleswig-Holstein-Tag sowie dem Hauptstadtkongress in Berlin.
- Kooperationen mit Anbietern aus dem Gesundheitsbereich.

2.8.5. In welchem Umfang wurden seit 2000 Landes- und Drittmittel zur Umsetzung des Leitprojektes verwendet? (Bitte aufschlüsseln nach Kalenderjahr, Empfänger und Verwendungszweck).

Antwort:

Jahr	Empfänger	Verwendungszweck	Landesmittel in Euro	Drittmittel in Euro
2002	Sports.com (Deutschland) GmbH	Machbarkeitsstudie	14.500	14.500
2003	Rechtsanwaltskanzlei in Kiel	Rechtsanwaltliche Beratung zur Gründung eines Vereins für das Internetportal	1.299	
	schleswig-holstein.de GmbH & Co KG	Unterstützung zum Betrieb aus der Initiative des Wirtschaftsministeriums New Media	25.575	25.575 €
2006	Die Netzstrategin, hamburg.de GmbH & Co KG	Technischer und inhaltlicher Umbau sowie Pflege und redaktionelle Arbeit, Providerkosten	23.577 13.920	
2007	Die Netzstrategin hamburg.de GmbH & Co KG	siehe oben siehe oben	23.383 7.140	

Darüber hinaus sind der „schleswig-holstein.de GmbH und Co KG“ für das Gesundheitsportal 2003 und 2004 Sponsoringmittel in Höhe von jeweils 50.000 Euro zur Verfügung gestellt worden. Sponsoren waren: AOK Schleswig-Holstein, Drägerwerk AG, Damp Holding AG, Provinzial Nord Holding AG und Ethicon GmbH.

2.8.6. Wurden aus Sicht der Landesregierung die gesetzten Ziele erreicht?

Antwort:

Ja

2.8.6.1. Wenn nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

2.8.6.2. Wenn ja

2.8.6.2.1. wie wurde die Zielerreichung gemessen?

2.8.6.2.2. wie bewertet die Landesregierung das Ergebnis?

2.8.6.2.3. was folgert die Landesregierung hieraus?

2.8.6.2.4. welche weiteren Schritte hat die Landesregierung unternommen, beziehungsweise wird sie unternehmen?

Antwort auf die Fragen 2.8.6.2.bis 2.8.6.2.4.:

Unter www.gesundheit.schleswig-holstein.de wurden die oben genannten Ziele erreicht:

In Zusammenarbeit mit den Akteuren aus dem Gesundheitsbereich wurde ein Gesundheitsportal in Schleswig-Holstein aufgebaut, das die Kompetenzen des Landes auf dem Gesundheitssektor verdeutlicht und Kontaktmöglichkeiten schafft, ein Serviceangebot für Menschen zum Finden von Angeboten im Gesundheitsbereich (Ärzte/Krankenhäuser usw.) darstellt und die Zusammenarbeit der Akteure stärkt.

Die Landesregierung bewertet das Ergebnis daher als gut. Das inhaltliche Angebot und die Struktur des Themenportal Gesundheit werden im Rahmen der vorgegebenen technischen Möglichkeiten kontinuierlich weiterentwickelt. Dazu hat die Landesregierung in diesem Jahr umfangreiche Maßnahmen geplant, wie zum Beispiel monatliche Schwerpunktthemen mit Experteninterviews und Daten/Faktenblöcken im aktuellen Teil, Bestandsaufnahme und Analyse des Servicebereichs, dazu Nutzerbefragungen und Logfile-Analysen.

3. Ambulante Gesundheitsversorgung

3.1. Standortfaktoren

- 3.1.1. Welche Faktoren prädestinieren Schleswig-Holstein als Standort, sich als ambulant tätiger Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein niederzulassen?

Antwort:

In Schleswig-Holstein ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitsbereich traditionell konstruktiv. Das gilt insbesondere auch für die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Versorgung - von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Krankenhäusern. Schleswig-Holstein ist häufiger Initiator von Modellvorhaben oder Neuerungen mit bundesweitem Vorbildcharakter und/oder setzt gesetzliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung schneller um als andere Bundesländer. Das gilt auch für neue Versorgungsformen, die den ambulanten Sektor mit einbeziehen, wie zum Beispiel das dreistufige geriatrische Versorgungsmodell. Für Leistungserbringerinnen und -erbringer im ambulanten Bereich ist das ein wesentlicher Standortvorteil.

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH) Anfang 2007 umgesetzte umfassende Neuorganisation des ärztlichen Notdienstes hat grundsätzlich zu einer besseren Umverteilung und für die einzelne Ärztin/den einzelnen Arzt zu einer geringeren Arbeitsbelastung im Notdienst geführt. Verbesserungen wird es insbesondere für die Attraktivität der Landarztstätigkeit geben, weil gerade die Niedergelassenen in ländlichen Gebieten überdurchschnittlich viele Notdienste in den Nachtstunden und an Wochenenden leisten.

Ein weiterer positiver Faktor sind die existierenden Praxisnetze in Schleswig-Holstein. Gut 1.200 Vertragsärztinnen und -ärzte haben sich in 19 Praxisnetzen zusammengeschlossen. Ziel dieser Netze ist es, die Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu verbessern. Die Zusammenarbeit dient der Qualitätssteigerung in der Behandlung und führt zu besseren wirtschaftlichen Ergebnissen für den Einzelnen.

Mit der Gesundheitsinitiative Schleswig-Holstein identifiziert die Landesregierung bestehende und neue Standortvorteile in Gesundheitsversorgung und – wirtschaft und wirbt über die Landesgrenzen hinweg für das Gesundheitsland und den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein. Dieses eröffnet Chancen auf neue Arbeitsplätze in allen medizinischen Berufen.

- 3.1.2. Sind der Landesregierung Gründe bekannt, warum sich Leistungserbringer nicht in Schleswig-Holstein niederlassen oder bisher praktizierende Leistungserbringer ihren Betrieb aufgeben?
Falls ja, welche Faktoren werden genannt und was unternimmt die Landesregierung zur Attraktivitätssteigerung für die Anbieter ambulanter Gesundheitsleistungen?

Antwort:

In den überwiegenden Fällen erfolgen Praxisaufgaben so weit bekannt aus Altersgründen. In Schleswig-Holstein sind nur wenige Planungsbereiche überhaupt für Praxisneugründungen geöffnet (siehe auch Antwort auf Frage 3.2.12.)

Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Sicherstellungsauftrag, das heißt, sie ist für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung verantwortlich. Der Gesetzgeber hat mit einer Reihe von neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen die Grundlagen für mögliche Verbesserungen geschaffen. Siehe dazu auch Antwort auf die Frage 3.2.14.

3.2. Ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein

3.2.1. Wie viele jährliche Neuzugänge gab es bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten seit 2000 in Schleswig-Holstein (bitte pro Landkreis beziehungsweise kreisfreie Stadt jeweils getrennt nach Ärzten und Zahnärzten angeben)?

Antwort:

Im Jahr 2007 wurden 28 Ärztinnen und Ärzte neu zugelassen oder als Angestellte bei Vertragsärztinnen und -ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren genehmigt. 2006 waren es 56 und in den Jahren 2005 bis 2000 zwischen 20 und 36 Ärzten. Einzelheiten enthält die beigefügte Tabelle.

Neu niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten

ohne Übernahmen und ohne Jobsharing-Zulassungen

Zeitraum: 2000 bis 2007

Kreis	2007		2006		2005		2004		2003		2002		2001		2000	
	Anzahl Ärzte	Anzahl PP														
Flensburg	1		1				1		1				2		1	
Kiel	4		13		13		6		6		6		4		7	
Lübeck	2				2						2		2	3	2	13
Neumünster	2		1		1		1						1			2
Dithmarschen	1				2				1				1		1	
Herzogtum Lauenburg	1		4		2		3		3		5	1	4		1	1
Nordfriesland	1		2		2				2		1				4	
Ostholstein			2		2								1		1	
Pinneberg	5		9				3		2		6		4		2	
Plön	2		8		1		3		1		2		3	1	2	
Rendsburg- Eckernförde							1		1		3		4	1	2	2
Schleswig- Flensburg	6		1		1		1		1		3	1	1	1		
Segeberg			7		1		2				2		3		2	
Steinburg					1				1		4		3	1	1	2
Stormarn	3		8				1		1	1	1		3		1	
Summe:	28	0	56	0	28	0	22	0	20	1	35	2	36	7	27	20

Zahlen zu Zahnärztinnen und Zahnärzten liegen der Landesregierung nicht vor.

3.2.2. Wie viele ausländische Ärzte und Zahnärzte (wenn möglich nach EU-Ausländern und übrige Ausländer aufschlüsseln) haben sich seit 2000 in Schleswig-Holstein niedergelassen (bitte absolut und in von Hundert jeweils getrennt nach Ärzten und Zahnärzten angeben)?

Antwort:

Seit dem Jahr 2000 haben sich 34 ausländische Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein niedergelassen.

Weitere Einzelheiten sind der beigefügten Tabelle zu entnehmen. Insgesamt sind derzeit circa 4500 Vertragsärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein zugelassen.

Neue ausländische Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten

ohne Jobsharing-Zulassungen

Zeitraum: 2000 bis 2007

Kreis	2007		2006		2005		2004		2003		2002		2001		2000	
	Ge- samt	Nicht EU														
Flensburg																
Kiel			1	0	1	0	1	0							2	1
Lübeck													2	2	1	1
Neumünster							1	1								
Dithmarschen			1	1												
Herzogtum Lauenburg															1	0
Nordfriesland	3	3														
Ostholstein					1	1										
Pinneberg			2	2					1	1						
Plön											1	0				
Rendsburg- Eckernförde											1	0			2	1
Schleswig- Flensburg																
Segeberg					1	0	1	0								
Steinburg					1	1					1	0	1	1		
Stormarn	1	1									1	1	0	0		
Summe	4		4	3	4	2	3	1	1	1	4	1	3	3	6	3

Zahlen zu ausländischen Zahnärztinnen und Zahnärzten liegen der Landesregierung nicht vor.

- 3.2.3. Wie hoch ist der Anteil der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte aus dem Gesundheitswesen an den Investitionen in Schleswig-Holstein (bitte jeweils getrennt nach Ärzten und Zahnärzten angeben)?

Antwort:

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte betrug im Jahr 2006 das Investitionsvolumen für die Neugründung einer westdeutschen Einzelpraxis durchschnittlich 316.000 Euro. Das Investitionsvolumen bei Übernahme einer Einzelpraxis sank 2006 um durchschnittlich sieben Prozent auf 246.000 Euro.

Weitere Angaben liegen zu dieser Frage nicht vor.

- 3.2.4. Wie viele Personen sind bei den in Schleswig-Holstein niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sozialversicherungspflichtig beschäftigt – und wie hat sich die Zahl der Beschäftigten seit 2000 entwickelt (bitte jeweils getrennt nach Ärzten und Zahnärzten angeben)?

Antwort:

Im Gesundheitswesen lag laut Bundesagentur für Arbeit die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zum 31.03.2000 bei 61 640 (darunter 4 653 Auszubildende) und zum 31.03.2007 bei 66 054 (darunter 3 961 Auszubildende).

Angaben darüber, wie viele Personen bei den in Schleswig-Holstein niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Zahnärztinnen und Zahnärzten beschäftigt sind, liegen der Landesregierung nicht vor.

Eine Meldung und Registrierung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in (Zahn-)Arztpraxen ist nach dem Heilberufegesetz nicht vorgesehen.

- 3.2.5. Wie hat sich die Zahl der Auszubildenden sowie die Ausbildungsquote bei den in Schleswig-Holstein niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten seit 2000 entwickelt (bitte jeweils getrennt nach Ärzten und Zahnärzten angeben)?

Antwort:

In der nachstehenden Tabelle sind für Schleswig-Holstein die Zahl der Auszubildenden in den Ausbildungsberufen Arzthelfer/-in, Medizinische(r) Fachangestellte(r), Zahnarzthelfer/-in und Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) in den Jahren 2000 bis 2006 dargestellt.

In der beruflichen Bildung bezeichnet die Ausbildungsquote üblicherweise das Verhältnis der Zahl der Auszubildenden an der Gesamtzahl der Beschäftigten in einem Beruf. Da aber für die medizinischen beziehungsweise zahnmedizinischen Fachan-

gestellten keine Beschäftigtenstatistik geführt wird, können zur Ausbildungsquote im oben genannten Sinne keine Angaben gemacht werden.

Ausbildungsberuf	Auszubildende im Ausbildungsjahr						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Arzthelfer/-in ¹ / Medizinische(r) Fachangestellte(r) ¹	1372	1417	1440	1397	1381	1344	1345
Zahnarzthelfer/-in ²	1218	885	448	80	-	-	-
Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) ²	-	424	963	1348	1297	1223	1187

¹ Umbenennung des Ausbildungsberufes „Arzthelfer/-in“ in „Medizinische(r) Fachangestellte(r)“

² Umbenennung des Ausbildungsberufes „Zahnarzthelfer/-in“ in „Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r)“

3.2.6. Welchen Anteil haben die schleswig-holsteinischen Ärzte und Zahnärzte an der Bruttowertschöpfung des Landes (bitte jeweils getrennt nach Ärzten und Zahnärzten angeben)?

Antwort:

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

3.2.7. Wie viele niedergelassene Ärzte und Zahnärzte haben seit 2000 in Schleswig-Holstein ihre Zulassung zurückgegeben (bitte pro Landkreis beziehungsweise kreisfreie Stadt angeben)?

Antwort:

Insgesamt haben seit dem Jahr 2000 786 Vertragsärztinnen und -ärzte auf ihre Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verzichtet. Nicht berücksichtigt sind diejenigen, die zugunsten einer Anstellung bei einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum auf ihre Zulassung verzichtet haben, da sie weiterhin vertragsärztlich tätig sein werden.

Ebenso sind diejenigen nicht erfasst, die im Job-Sharing tätig waren, da sie bei der Bedarfsplanung nicht mitgezählt werden. Der beigefügten Übersicht ist eine Aufschlüsselung nach Landkreisen und kreisfreien Städten sowie der Praxis-Nachfolge zu entnehmen.

Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten die auf Ihre Niederlassung verzichtet haben

ohne Personen, die in ein Anstellungsverhältnis wechseln und ohne Jobsharing-Zulassungen

Zeitraum: 2000 bis 2007

Kreis	2007				2006				2005			
	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abgabe	Anzahl PP ohne Abgabe	Anzahl PP mit Abgabe	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abga- be	Anzahl PP ohne Abga- be	Anzahl PP mit Abgabe	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abga- be	Anzahl PP ohne Abga- be	Anzahl PP mit Abgabe
Flensburg	2	1								2		
Kiel	2	10			1	10			2	18		
Lübeck	2	10	1	5	2	11		1	1	14		1
Neumünster		1				1				2		
Dithmarschen	3	4			1	1			1	2		
Herzogtum Lauenburg	1	3			2	6	1		2	3		
Nordfriesland	2	4				4		2	2	5		
Ostholstein	1	2			1	7				3		
Pinneberg	1	6	1		1	10		1	3	11		
Plön	3	2			1	2			1	4		
Rendsburg- Eckernförde		4		1		6		1	5	4		
Schleswig-Flensburg	1	4			4	3			1	7		
Segeberg	2	2			1	6			3	13		
Steinburg	2	2			1	2			2	1		1
Stormarn	1	4				9			4	6		
Summe	23	59	2	6	15	78	1	5	27	95	0	2

Kreis	2004				2003				2002			
	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abgabe	Anzahl PP ohne Abgabe	Anzahl PP mit Abgabe	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abgabe	Anzahl PP ohne Abgabe	Anzahl PP mit Abgabe	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abgabe	Anzahl PP ohne Abgabe	Anzahl PP mit Abgabe
Flensburg	2	2			1	1			1			
Kiel	3	13			3	10			1	6		
Lübeck	5	21		1		4	1		2	8	1	3
Neumünster	2	1			1	2						
Dithmarschen	4	3			2	4			1	3		
Herzogtum Lauen- burg	2	3			1	9			1	3		
Nordfriesland	2	4			2	1	1		3	6		
Ostholstein	1	8				10	1			6	1	
Pinneberg	2	6			1	3			2	7		1
Plön	1	2			1	2				1		
Rendsburg- Eckernförde		10				10			2	2	1	1
Schleswig-Flensburg	4	3	1		2	5	1			2		
Segeberg	4	3		1	3	5				6	1	
Steinburg		3			3	1			1	2		
Stormarn	2	3			1	8			1	7		
Summe	34	85	1	2	21	75	4	0	15	59	4	5

Kreis	2001				2000			
	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abgabe	Anzahl PP ohne Abgabe	Anzahl PP mit Abgabe	Anzahl Ärzte ohne Abgabe	Anzahl Ärzte mit Abgabe	Anzahl PP ohne Abgabe	Anzahl PP mit Abgabe
Flensburg		1				2		
Kiel	4	7			1	10	1	
Lübeck	4	9	1		3	9		
Neumünster		5		1		3		
Dithmarschen	1	3	1		3	4		
Herzogtum Lauenburg	1	3	2		3	3		
Nordfriesland		2				4		
Ostholstein	1	6			1	5		
Pinneberg	2	9	1			7		
Plön	1	1			1	1		
Rendsburg- Eckernförde	1	4	1		1	8		
Schleswig-Flensburg	1	3			2			
Segeberg	2	4			1	1		
Steinburg		1	1		1			
Stormarn	1	4			4			
Summe	19	62	7	1	21	57	1	0

Bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten zeichnet sich folgendes Bild:

Kreise	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dithmarschen	1	2	1-	-	4	1	1	2
Flensburg	1	-	5	2	2	4	2	5
Kiel	8	7	15	8	6	9	7	10
Lauenburg	2	5	5	5	2	2	4	7
Lübeck	5	3	6	7	7	6	6	7
Neumünster	1	2	2	4	3	1	2	-
Nordfriesland	2	3	2	2	5	2	3	7
Ostholstein	2	7	5	6	4	7	4	4
Pinneberg	3	8	6	3	6	8	8	8
Plön	-	1	3	4	6	1	5	6
Rendsb-Eckernf.	8	3	5	2	7	7	10	5
Schles-Flensb.	1	3	1	2	4	3	3	5
Segeberg	4	6	2	2	5	9	4	6
Steinburg	3	4	4	3	1	-	3	-
Stormarn	4	5	2	1	2	2	2	9

3.2.8. Wie hat sich das Verhältnis von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten pro tausend Einwohner seit 2000 in Schleswig-Holstein entwickelt (bitte pro Landkreis beziehungsweise kreisfreie Stadt aufschlüsseln)?

Antwort:

Der beigefügten Tabelle ist die Entwicklung des Verhältnisses von niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten pro tausend Einwohner in Schleswig-Holstein seit dem Jahr 2000 zu entnehmen. Daraus ergibt sich, dass sich die Zahl zunehmend leicht verbessert hat.

Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten pro 10.000 Einwohner
ohne Personen, die in einem Anstellungsverhältnis sind und ohne Jobsharing-Zulassungen
Zeitraum: 2000 bis 2007, Stichtag jeweils der 31.12.

Kreis	2007		2006		2005		2004		2003	
	Anzahl Ärzte pro 10.000 EW	Anzahl PP pro 10.000 EW								
Flensburg	21,56	1,73	19,31	1,85	23,26	1,86	22,62	1,87	23,10	1,88
Kiel	21,50	3,14	22,10	3,20	21,44	3,17	21,21	3,09	21,80	3,35
Lübeck	22,08	3,46	21,44	3,41	19,91	3,44	21,05	3,35	21,25	3,57
Neumünster	16,68	2,05	16,76	1,92	16,47	1,79	16,42	1,65	16,34	1,52
Dithmarschen	11,49	0,95	11,52	0,88	11,35	0,80	10,92	0,73	11,42	0,80
Herzogtum Lauenburg	11,13	0,80	10,69	0,80	10,86	0,81	11,40	0,81	11,41	0,76
Nordfriesland	12,11	0,78	11,80	0,72	11,74	0,66	11,76	0,66	12,14	0,60
Ostholstein	14,08	0,53	13,73	0,49	13,24	0,49	13,28	0,44	13,84	0,39
Pinneberg	12,42	1,30	12,40	1,33	11,76	1,34	12,24	1,31	11,65	1,21
Plön	10,34	0,59	10,40	0,59	10,77	0,52	11,30	0,52	11,48	0,59
Rendsburg- Eckernförde	12,87	1,87	13,02	1,72	12,53	1,72	12,89	1,68	12,70	1,61
Schleswig-Flensburg	11,75	0,50	11,59	0,50	10,57	0,50	10,20	0,50	10,07	0,55
Segeberg	11,33	1,13	11,29	1,13	11,24	1,01	11,40	1,02	11,38	0,98
Steinburg	12,24	1,55	12,05	1,40	12,00	1,46	12,34	1,39	11,97	1,39
Stormarn	12,17	1,15	11,96	1,20	11,81	1,21	12,34	1,16	11,98	1,08
Gesamt:	14,03	1,46	13,87	1,44	13,59	1,42	13,81	1,38	13,85	1,39

Kreis	2002		2001		2000	
	Anzahl Ärzte pro 10.000 EW	Anzahl PP pro 10.000 EW	Anzahl Ärzte pro 10.000 EW	Anzahl PP pro 10.000 EW	Anzahl Ärzte pro 10.000 EW	Anzahl PP pro 10.000 EW
Flensburg	23,85	1,89	24,03	1,78	23,49	1,66
Kiel	22,16	3,39	22,05	3,36	21,19	3,22
Lübeck	20,63	3,61	20,52	3,51	20,48	3,23
Neumünster	16,22	1,38	15,69	1,38	16,03	1,50
Dithmarschen	11,35	0,73	11,13	0,73	11,45	0,73
Herzogtum Lauenburg	10,50	0,76	10,73	0,83	11,23	0,95
Nordfriesland	12,07	0,54	12,12	0,67	12,36	0,73
Ostholstein	13,59	0,39	13,47	0,44	13,75	0,45
Pinneberg	11,87	1,25	11,67	1,26	11,69	1,30
Plön	11,24	0,52	11,45	0,52	11,14	0,38
Rendsburg- Eckernförde	12,73	1,58	12,41	1,66	12,33	1,67
Schleswig-Flensburg	9,89	0,60	9,98	0,60	10,11	0,51
Segeberg	11,10	0,94	11,20	0,95	11,24	0,96
Steinburg	12,34	1,39	12,08	1,39	12,13	1,47
Stormarn	11,98	0,99	11,73	1,05	11,44	1,06
Gesamt:	13,77	1,38	13,68	1,39	13,67	1,37

Bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten zeichnet sich folgendes Bild:

	<u>Verhältnis Einwohner/Vertragszahnarzt</u>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Kreis Dithmarschen							
Einwohner	136.920	137.174	137.447	137.447	137.428	137.398	137.261
Zahnärzte	69	71	73	74	74	73	73
Versorgungsgrad	83,4 %	85,7 %	89,2 %	90,5 %	90,5 %	89,2 %	89,4 %
Flensburg							
Einwohner	84.449	84.281	84.480	84.704	85.300	85.762	86.080
Zahnärzte	61	61	61	61	61	60	60
Versorgungsgrad	119,3 %	119,5 %	119,3 %	121,0 %	120,1 %	117,6 %	117,2 %
Kiel							
Einwohner	233.795	232.612	232.242	233.270	233.039	233.329	234.433
Zahnärzte	208	207	204	203	201	201	201
Versorgungsgrad	114,1 %	114,2 %	112,7 %	111,4 %	110,9 %	110,3 %	110,3 %
Kreis Lauenburg							
Einwohner	177.703	179.848	181.661	183.804	184.896	185.958	186.471
Zahnärzte	93	91	93	93	94	96	95
Versorgungsgrad	89,8 %	85,9 %	87,0 %	85,9 %	86,3 %	87,6 %	86,5 %
Lübeck							
Einwohner	213.326	213.399	213.496	213.301	212.754	211.874	211.825
Zahnärzte	167	168	169	164	169	172	170
Versorgungsgrad	100,5 %	101,1 %	101,6 %	98,7 %	102,0 %	104,2 %	103,0 %
Neumünster							
Einwohner	80.243	79.831	79.646	79.544	78.951	78.555	78.072
Zahnärzte	54	54	54	53	53	53	53
Versorgungsgrad	113,0 %	113,7 %	113,9 %	112,1 %	112,8 %	113,2 %	114,0 %
Kreis Nordfriesland							
Einwohner	163.974	164.280	165.026	165.678	166.342	166.610	166.956
Zahnärzte	91	90	92	93	95	95	95
Versorgungsgrad	91,2 %	90,0 %	91,6 %	92,3 %	94,9 %	93,8 %	93,6 %
Kreis Ostholstein							
Einwohner	201.400	202.247	203.386	204.498	205.140	205.589	206.040
Zahnärzte	131	132	131	130	133	132	131
Versorgungsgrad	109,3 %	109,6 %	108,2 %	106,0 %	107,7 %	106,6 %	105,6 %
Kreis Pinneberg							
Einwohner	289.557	291.609	293.914	295.643	296.941	298.272	299.392
Zahnärzte	165	172	169	170	176	178	177
Versorgungsgrad	96,6 %	99,9 %	97,5 %	96,6 %	99,5 %	100,3 %	99,3 %
Kreis Plön							
Einwohner	131.960	132.895	133.624	134.368	135.038	135.446	135.655
Zahnärzte	79	80	80	84	79	80	80
Versorgungsgrad	100,6 %	101,1 %	99,4 %	103,8 %	98,3 %	98,0 %	97,9 %
Kreis Rendsb.-Eckernf.							
Einwohner	268.220	270.110	271.643	272.681	273.133	273.130	273.039
Zahnärzte	173	172	172	175	177	178	176
Versorgungsgrad	109,9 %	108,5 %	107,6 %	109,1 %	109,8 %	109,2 %	108,0 %
Kreis Schleswig-Flensb.							
Einwohner	196.416	197.754	198.390	199.227	199.608	199.999	199.671
Zahnärzte	113	114	119	118	118	122	122
Versorgungsgrad	95,4 %	96,4 %	99,9 %	98,7 %	98,5 %	101,7 %	101,8 %
Kreis Segeberg							
Einwohner	247.611	250.112	252.758	254.165	255.631	256.166	257.002
Zahnärzte	149	150	151	152	156	152	152
Versorgungsgrad	103,8 %	103,4 %	102,7 %	102,8 %	103,8 %	101,0 %	100,7 %
Kreis Steinburg							
Einwohner	135.798	136.027	136.548	136.913	136.996	136.978	136.470
Zahnärzte	66	68	64	63	64	65	66
Versorgungsgrad	82,9 %	85,2 %	81,2 %	79,8 %	81,0 %	81,0 %	81,3 %
Kreis Stormarn							
Einwohner	215.903	217.582	219.988	221.264	221.974	223.694	224.583
Zahnärzte	125	125	126	127	131	133	138
Versorgungsgrad	97,3 %	96,5 %	95,5 %	95,7 %	98,4 %	99,1 %	102,5 %

- 3.2.9. Wie haben sich die Versorgungsgrade der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte in den einzelnen Planungsbereichen in Schleswig-Holstein seit 2000 jeweils entwickelt (bitte pro jeweiligem Versorgungsbereich aufschlüsseln)?

Antwort:

Die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte in Schleswig-Holstein am 31. 12. 2006 betrug 4.069 (siehe auch Antwort auf 3.2.12). Die Zahl ist seit 2000 kontinuierlich gewachsen. Die Angaben der KVSH umfassen mehr als 200 Seiten. Wegen des Umfangs werden die Anlagen der GA nicht beigelegt. Das Parlament hat jederzeit die Möglichkeit, die Akte einzusehen.

Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte zeichnet sich folgendes Bild:

Per 31.12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Vertragszahnarzt	1847	1863	1864	1866	1882	1894	1896	1876
Angestellter ZA	30	26	23	29	34	32	4194
Vorb.-Ass	109	112	124	125	115	107	106	116

- 3.2..10. Welchen maximalen Einzugsbereich zwischen niedergelassenem Hausarzt und Patient erachtet die Landesregierung als noch zumutbar?

Antwort:

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die Zulassungsinstanzen sowie die erste und zweite Instanz der Sozialgerichtsbarkeit des Landes Schleswig-Holstein vertreten die Auffassung, dass eine Entfernung von circa 30 Minuten Fahrzeit zumutbar ist. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass grundsätzlich für hochspezialisierte Leistungen weitere Entfernungen in Kauf genommen werden müssen als für solche, die eher dem allgemeinen Spektrum angehören. Dies entspricht auch der Auffassung der Landesregierung.

- 3.2.11. Welche Aufsichtspflichten und/oder Mitwirkungspflichten hat die Landesregierung auf Grund welcher rechtlichen Grundlagen gegenüber der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die K(Z)VSH als Körperschaft des öffentlichen Rechts unterliegt gemäß § 77 SGB V der staatlichen Aufsicht. Dabei handelt es sich nach § 87 Absatz 1 Viertes Sozialgesetzbuch um eine Rechtsaufsicht.

Das bedeutet, dass der Aufsichtsbehörde die Kontrolle darüber obliegt, ob die Versicherungsträger bei ihren Maßnahmen das für sie geltende Recht beachten und richtig anwenden. Die Aufsichtsbehörde hat keinen Einfluss auf die allgemeine Aufgabenerledigung der K(Z)VSH.

Bei Vorliegen konkreter Erkenntnisse über die Verletzung des Sicherstellungsauftrages würde das MSGF als Rechtsaufsichtsbehörde nach § 89 SGB IV tätig werden. Wird durch das Handeln oder Unterlassen eines Versicherungsträgers das Recht verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst gemäß 89 Abs. 1 SGB IV beratend dar-

auf hinwirken, dass der Versicherungsträger die Rechtsverletzung behebt. Kommt der Versicherungsträger dem innerhalb angemessener Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde den Versicherungsträger verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden ist oder sie unanfechtbar geworden ist. Die Aufsichtsbehörde kann gemäß § 89 Abs. 3 SGB IV verlangen, dass die Selbstverwaltungsorgane zu Sitzungen einberufen werden. Wird ihrem Verlangen nicht entsprochen, kann sie die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten.

3.2.12. Wie beurteilt die Landesregierung die Versorgungssituation durch Ärzte und Zahnärzte derzeit (aufgeschlüsselt nach Fachgebieten und Einzugsbereichen)?

Antwort:

Nach den bundesweit geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinien für Kreise und kreisfreie Städte liegt lediglich der Planungsbereich Kreis Steinburg unterhalb des vorgesehenen Bedarfs. In diesem Bereich können noch neun Hausärztinnen und Hausärzte, weitere drei in dem Planungsbereich Dithmarschen zugelassen werden. In den übrigen Planungsbereichen besteht eine Zulassungssperre, weil dort die Grenze zur Überversorgung überschritten ist (Stand 12.11.2007). Das gesamte Land ist für den Facharztbereich gesperrt, weil die Grenze zur Überversorgung überschritten ist.

Dessen ungeachtet gibt es in einzelnen Teil-Regionen zunehmend Hinweise auf örtliche Versorgungsengpässe. Das gilt sowohl für den Haus- als auch für den Facharztbereich, insbesondere an der Westküste.

3.2.13. Wie prognostiziert die Landesregierung die zukünftige Versorgungssituation – aufgeschlüsselt nach Fachgebieten?

Antwort:

Die Landesregierung geht davon aus, dass eine generelle Unterversorgung in S-H für die nächsten Jahre nicht zu befürchten ist. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist aber anzunehmen, dass mit einer älter werdenden Bevölkerung eine stärkere Nachfrage nach medizinischer Versorgung verbunden ist. Gleichzeitig wird ein Rückgang der Wohnbevölkerung, insbesondere in ländlichen Regionen erwartet. Diese Entwicklungen könnten auch vor dem Hintergrund des anstehenden Generationswechsels bei den niedergelassenen Ärzten zunehmend Probleme bei der wohnortnahen Haus- und fachärztlichen Versorgung bedeuten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat umfangreiche Zahlen zur Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein vorgelegt. Inwieweit daraus Hinweise auf mögliche Versorgungsengpässe abzuleiten sind, hängt von den jeweiligen regionalen und fachlichen Umständen ab. Die Landesregierung ist im regelmäßigen Gespräch mit der Kassenärztlichen Vereinigung über die Entwicklung von entsprechenden Handlungsansätzen.

- 3.2.14. Welche Initiativen ergreift die Landesregierung, um negative Prognoseerwartungen in der ambulanten Versorgung durch Ärzte und Zahnärzte in Schleswig-Holstein zu begegnen?

Antwort:

Die Mitglieder der Gesundheitsinitiative S-H haben auf ihrer Sitzung im November 2007 unter dem Vorsitz von Frau Ministerin Dr. Trauernicht über die künftige medizinische Versorgung in S-H vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der sich verändernden Rahmenbedingungen für den Gesundheitssektor intensiv diskutiert. Dabei ist festgestellt worden, dass ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung die Intensivierung der Zusammenarbeit sowohl innerhalb der ambulanten und stationären Versorgung als auch sektorübergreifend im Sinne einer integrierenden Versorgung erforderlich ist. Der bestehende gesetzliche Rahmen sieht dazu beispielsweise mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, neue Möglichkeiten vor. So können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in ihrer Praxis angestellte Ärztinnen und Ärzte unter leichteren Bedingungen beschäftigen, an anderen Orten Zweitpraxen einrichten oder die Praxis nicht zwingend in hauptberuflicher Tätigkeit (z.B. als teilzeitbeschäftigte Krankenhausärzte) führen. In Planungsbereichen, in denen eine Unterversorgung festgestellt wird, können die Altersgrenzen für erstmalige Zulassung (55. Lebensjahr) und für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (68. Lebensjahr) außer Kraft gesetzt werden. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz sind zusätzliche Möglichkeiten für die Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V geschaffen worden, die eine verbesserte qualitativ hochwertige Versorgung in einzelnen Regionen ermöglichen. Das MSGF hat bei der Genehmigung entsprechender Anträge eine Verständigung der Krankenhäuser mit den niedergelassenen Ärzten in der jeweiligen Region eingefordert.

Mit den Landkreisen an der Westküste ist das Gespräch über die Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte aufgenommen worden. Es ist beabsichtigt, im Rahmen der Gesundheitsinitiative dazu konkrete Projekte bis zur Sommerpause auf den Weg zu bringen. Eine besondere Rolle wird dabei der verstärkte Einsatz der Telemedizin spielen, der bereits in einer ganzen Reihe von Vorhaben in der praktischen Umsetzung ist.

Die Gesundheitsministerkonferenz wird sich im Juli 2008 auf ihrer Jahrestagung mit der Sicherung der primärärztlichen Versorgung befassen. Dabei werden auch Überlegungen der kassenärztlichen Bundesvereinigung zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen sowie die Ergebnisse der Diskussionen auf dem Bundesärzttag im Mai einzubeziehen sein. Schleswig-Holstein erwartet als Vorsitzland daraus konkrete Ansatzpunkte zur intensiveren Ausschöpfung des bestehenden rechtlichen Rahmens und Vorschläge für eine gezielte Weiterentwicklung.

- 3.2.15. Welche Auswirkung hat nach Auffassung der Landesregierung die Neuregelung der sog. „68er Regelung“ vor dem Hintergrund der Sicherstellung der ambulanten Versorgung von Patienten in Schleswig-Holstein und wird aus Sicht der Landesregierung dadurch die Sicherstellung der ambulanten Versorgung erreicht?
- 3.2.15.1. Wenn nein, warum nicht?
- 3.2.15.2. Wenn ja, wie bewertet die Landesregierung das bisherige Ergebnis?

Antwort:

In unterversorgten Gebieten wird an der Altersgrenze nicht festgehalten. Ärztinnen und Ärzte, die das 68. Lebensjahr erreichen, können weiterhin ihre vertragsärztliche Zulassung behalten, wenn sie in einem Planungsbereich tätig sind, für den vom Landesausschuss der Ärztinnen und Ärzte und Krankenkassen mindestens „drohende Unterversorgung angeordnet“ wurde. In Schleswig-Holstein ist dies noch nicht erfolgt.

Die Landesregierung sieht durch die 68er Regelung keine nachteiligen Auswirkungen. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung wird aus Sicht der Landesregierung erreicht.

3.3. Weitere ambulante Leistungserbringer im Gesundheitswesen

- 3.3.1. Welche weiteren ambulant tätigen Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Hier wird die vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein vorgeschlagene Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2003) für weitere ambulante Leistungserbringer im Gesundheitswesen übernommen:

- a) Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten (WZ 2003: 85.14.1)
- b) Massagepraxen, Praxen von medizinischen BademeisterInnen, Krankengymnastikpraxen, Praxen von Hebammen und Entbindungspflegern sowie von verwandten Berufen (WZ 2003: 85.14.2)
- c) Heilpraktikerpraxen (WZ 2003: 85.14.3)
- d) Sonstige selbständige Tätigkeiten im Gesundheitswesen (WZ 2003: 85.14.4)

- 3.3.2. Wie viele dieser ambulant tätigen Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Im Jahr 2004 gab es gemäß Auswertung des Unternehmensregisters des Statistikamtes Nord in Schleswig-Holstein 1.597 aktive Unternehmen, die den ambulanten Leistungserbringern im Gesundheitswesen gemäß Definition unter 3.3.1 zuzuordnen sind.

Angaben für weitere Jahre liegen dem Statistikamt Nord nicht vor.

- 3.3.3. Wie viele jährliche Neuzugänge gab es seit 2000 in Schleswig-Holstein bei den ambulant tätigen Leistungserbringern aus dem Gesundheitswesen (bitte pro Landkreis beziehungsweise kreisfreie Stadt angeben)?

Antwort:

Dazu liegen keine Daten vor.

- 3.3.4. Wie viele ausländische ambulant tätige Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen (wenn möglich nach EU-Ausländern und übrige Ausländer aufschlüsseln) haben sich seit 2000 in Schleswig-Holstein niedergelassen (bitte absolut und in von Hundert angeben)?

Antwort:

Dazu liegen keine Daten vor.

- 3.3.5. Wie hoch ist der Anteil der ambulant tätigen Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen an den Investitionen in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Dazu liegen keine Daten vor.

- 3.3.6. Welchen Beitrag leisten die ambulant tätigen Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt des Landes?

Antwort:

Dazu liegen keine Daten vor.

- 3.3.7. Welchen Anteil haben die in Schleswig-Holstein ambulant tätigen Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen an der Bruttowertschöpfung des Landes?

Antwort:

Angaben zum Anteil der in Schleswig-Holstein ambulant tätigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Bruttowertschöpfung des Landes liegen dem Statistikamt Nord ebenfalls nicht vor.

3.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

- 3.4.1. Wie viele Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gibt es an welchen Orten, mit jeweils wie vielen ambulanten Leistungserbringern in Schleswig-Holstein?

Antwort:

- a.) Derzeit gibt es in Schleswig Holstein 36 Medizinische Versorgungszentren:
 b.) Insgesamt sind 65 zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte und 97 angestellte Ärztinnen und Ärzte in den Medizinischen Versorgungszentren tätig.

- 9 MVZ in Kiel
- 1 MVZ Wahlstedt
- 1 MVZ Nortorf
- 3 MVZ Lübeck
- 2 MVZ Geesthacht
- 1 MVZ Ahrensburg
- 4 MVZ Itzehoe
- 1 MVZ Bad Bramstedt
- 1 MVZ Husum
- 2 MVZ Pinneberg
- 1 MVZ Bramstedt
- 1 MVZ Borstel
- 1 MVZ Heide
- 2 MVZ Norderstedt
- 1 MVZ Quickborn
- 1 MVZ Bad Oldesloe
- 1 MVZ Tellingstedt GmbH
- 1 MVZ Rendsburg
- 1 MVZ Neumünster
- 1 MVZ Kropp

- 3.4.2. Wer sind die jeweiligen Betreiber der MVZ in Schleswig-Holstein (bitte pro MVZ aufschlüsseln)?

Antwort:

Lfd. Nr.	Betreiber
1	MVZ Blücherplatz
2	MVZ Lubinus GmbH - Lubinius Clinicum -
3	MVZ Prüner Gang
4	MVZ Wahlstedt
5	MVZ Nortorf
6	mk medical care GmbH
7	LADR GmbH Labormedizinisches Versorgungszentrum
8	MVZ Ahrensburg
9	MVZ Labor Dr. Krause und Kollegen
10	MVZ Itzehoe
11	MVZ Bad Bramstedt - Rheumaklinik Bad Bramstedt -
12	MVZ Husum - Med. Versorgungszentren Klinikum Nordfriesland GmbH -
13	MVZ Buntenskamp GmbH Geesthacht
14	MVZ Praxis & Dialyse Quellental GbR
15	MVZ am Holstein-Center
16	MVZ August-Christen-Straße
17	Städt. MVZ Kiel GmbH - Städt. KH Kiel -
18	MVZ Klinikum Itzehoe - Klinikum Itzehoe -
19	MVZ Chirurgie am Ostufer in der Praxisklinik Kiel-Wellingdorf
20	MVZ des Forschungsinstituts Borstel
21	MVZ Ambulanzzentrum des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein GmbH, Lübeck

22	MVZ Neurozentrum am Klosterforst
23	WestDoc MVZ Westküstenklinikum Brunsbüttel und Heide - WKK Heide -
24	Kardiologisches Versorgungszentrum Segeberger Kliniken GmbH - Segeberger Kliniken GmbH -
25	MVZ Quickorn
26	Medizinisches Versorgungszentrum der ZIP gGmbH - Zentrum für Integrative Psychiatrie
27	Medizinisches Versorgungszentrum Bad Oldesloe - Asklepios Nordseeklinik Westerland GmbH -
28	Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Lehmann GbR
29	Medizinisches Versorgungszentrum Gorch Fock
30	MVZ Tellingstedt GmbH
31	ViGeZ Villa Schwensen Gesundheitszentrum
32	MVZ Ambulanzzentrum des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein GmbH, Kiel - UK S-H, Campus Kiel -
33	Medizinischen Versorgungszentrum Craniologicu 24143 Kiel, Am Germaniahafen
34	Medizinisches Versorgungszentrum Pinneberg Betriebsgesellschaft 25421 Pinneberg, Rübekamp 25
35	Medizinisches Versorgungszentrum Norderstedt G 22850 Norderstedt, Berliner Allee 40c
36	Medizinisches Versorgungszentrum Paracelsus GbR 23560 Lübeck, Oberbüssauer Weg 6

3.4.3. Wie viele niedergelassene ambulante Leistungserbringer sind in diesen MVZ tätig (bitte nach jeweiliger Fachrichtung aufschlüsseln)?

Antwort:

Lfd. Nr.	Vertrags-ärzte	Fachgebiet (Doppelnennung möglich)
1	3	1 Internist; 2 Hausärzte
2	9	2 Anästhesisten; 1 Chirurgen; 1 Hausarzt; 4 Orthopäden; 1 Urologe
3	4	4 Fachärzte für diagnostische Radiologie; 1 Nuklearmedizin; 1 Strahlentherapie
4	3	1 Anästhesist; 1 Chirurg; 1 Internist; 1 Hausarzt
5	2	2 Hausärzte
6	0	
7	1	1 Laborarzt; 1 Mikrobiologen
8	3	1 Internist; 2 Hausärzte
9	3	3 Laborärzte; 1 Kinderarzt; 1 Sonstige
10	4	2 Nuklearmedizin; 2 Fachärzte für diagnostische Radiologie
11	0	
12	0	
13	0	
14	2	2 Internisten
15	2	1 Internist; 1 Hausarzt
16	5	2 Kinderärzte; 3 Hausärzte
17		
18		
19	5	5 Chirurgen;
20	1	1 Sonstiges
21	2	1 Urologen, 1 Sonstiges
22	2	1 Nervenarzt; 1 Sonstige
23	0	
24	0	
25	0	
26	0	
27	0	
28	3	43 Chirurgen
29	2	2 Hausärzte; 1 Phys-rehab. Medizin
30	2	1 Internist; 1 Hausarzt
31	2	2 Sonstige

32	0	
33	1	1 HNO-Arzt, 1 Augenarzt
34	0	
35	0	
36	2	

3.4.4. Wie viele Leistungserbringer sind in den einzelnen MVZ jeweils abhängig beschäftigt (bitte nach jeweiliger Fachrichtung der abhängig beschäftigten Leistungserbringer aufschlüsseln)?

Antwort:

Lfd. Nr.	Ange-stellte Ärzte	Fachgebiet (Doppelnennung möglich)
1	2	2 Hausärzte
2	4	4 Chirurgen
3	4	2 Fachärzte für diagnostische Radiologie; 1 Nuklearmedizin; 1 Strahlentherapie
4	0	
5	0	
6	5	3 Augenärzte; 2 Hausärzte
7	12	9 Laborärzte; 4 Mikrobiologen
8	0	
9	2	1 Laborarzt; 1 Mikrobiologe; Sonstige
10	0	
11	3	1 Facharzt für diagnostische Radiologie; 1 Hausarzt; 1 Phys.-rehab.Medizin;
12	5	1 Chirurgen, 2 Fachärzte für diagnostische Radiologie; 1 Nuklearmedizin; 1 Sonstige
13	4	1 Anästhesist; 1 Frauenarzt; 2 Hausärzte
14	1	1 Hausarzt
15	2	1 Internist; 3 Hausärzte
16	0	2 Hausärzte
17	5	1 Laborarzt; 1 Mikrobiologe; 3 Sonstige
18	7	1 Anästhesist; 4 Chirurgen, 2 Nervenärzte
19	2	2 Chirurgen;
20	1	1 Internist
21	9	3 Frauenärzte; 1 Laborarzt, 2 Mikrobiologen, 3 Sonstige
22	0	
23	5	1 Laborarzt; 4 Sonstige
24	3	2 Internisten; 1 Hausarzt
25	2	1 Frauenarzt, 1 Nervenarzt
26	4	2 Nervenärzte, 2 Sonstige
27	2	1 Facharzt für diagnostische Radiologie; 1 Hausarzt
28	1	1 Chirurgen
29	0	
30	0	
31	2	3 Sonstige
32	5	2 Laborärzte; 3 Mikrobiologen
33	1	1 Augenarzt
34	2	1 Nervenarzt, 1 Orthopäde
35	2	1 Orthopäde, 1 Hausarzt
36	0	

3.4.5. Wie hoch ist der Anteil der ambulanten Leistungserbringer insgesamt, die in Teilzeit in MVZ tätig sind?

Antwort:

Von den insgesamt 97 angestellten Ärztinnen und Ärzten arbeiten 40 unter 30 Stunden pro Woche.

3.4.6. Wie hoch ist der Anteil der MVZ an den Investitionen in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Dazu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

4. Apotheken in Schleswig-Holstein

- 4.1. Wie viele niedergelassene Apotheker und wie viele Apotheken gibt es derzeit in Schleswig-Holstein?

Antwort:

730 Apotheken

685 Apothekerinnen und Apotheker

(Stand 5.11.2007)

- 4.2. Wie haben sich die Zahl der Apotheker und die der Apotheken seit 2000 entwickelt?

Antwort:

2000	726 Apotheken 736 Apothekerinnen und Apotheker
2001	725 Apotheken 738 Apothekerinnen und Apotheker
2002	722 Apotheken 736 Apothekerinnen und Apotheker
2003	720 Apotheken 734 Apothekerinnen und Apotheker
2004	717 Apotheken 727 Apothekerinnen und Apotheker
2005	722 Apotheken 716 Apothekerinnen und Apotheker
2006	720 Apotheken 696 Apothekerinnen und Apotheker

(Stand 31.12. des Jahres)

- 4.3. Wie viele Personen sind in schleswig-holsteinischen Apotheken seit 2000 beschäftigt – und wie hat sich die Zahl der Beschäftigten seit 2000 entwickelt?

Antwort:

2000	3940 Personen
2001	4121 Personen
2002	4086 Personen
2003	4014 Personen
2004	4101 Personen
2005	4298 Personen
2006	4656 Personen

(Stand 31.12. des Jahres)

- 4.4. Wie hat sich die Zahl der Auszubildenden sowie die Ausbildungsquote in den schleswig-holsteinischen Apotheken seit 2000 entwickelt?

Antwort:

2000	96 Auszubildende	Quote = 2,4 %
2001	111 Auszubildende	Quote = 2,7 %
2002	126 Auszubildende	Quote = 3,1 %
2003	69 Auszubildende	Quote = 1,7 %
2004	86 Auszubildende	Quote = 2,1 %
2005	112 Auszubildende	Quote = 2,6 %
2006	77 Auszubildende	
2007	101 Auszubildende (Stand 31.10.2007)	

(Stand 31.12. des Jahres)

4.5 Wie hat sich der Umsatz schleswig-holsteinischer Apotheken seit 2000 entwickelt?

Antwort:

2000	943.125,-- €/Apotheke
2001	1.012.247,-- €/“
2002	1.064.818,-- €/“
2003	1.091.407,-- €/“
2004	1.088.429,-- €/“
2005	1.162.047,-- €/“

4.6. Welchen Anteil haben die schleswig-holsteinischen Apotheken an der Bruttowertschöpfung des Landes?

Antwort:

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

4.7. Wie hoch ist der Anteil der Apotheken an den Investitionen in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

4.8. Wie viele Apotheken gibt es in den Kreisen und kreisfreien Städten pro tausend Einwohner in Schleswig-Holstein (bitte jeweils aufschlüsseln)?

Antwort:

Die Zahlen werden nicht bezogen auf die Einwohnerzahl statistisch ermittelt. Die nachstehend angegebenen Zahlen sind Gesamtzahlen für die jeweiligen Kreise. (Stand: November/2007)

Kreisfreie Städte

Flensburg	27
Kiel	79
Lübeck	58
Neumünster	27

Kreise

Dithmarschen	30
Herzogtum Lauenburg	41
Nordfriesland	47
Ostholstein	63
Pinneberg	76
Plön	29
Rendsburg-Eckernförde	68
Segeberg	58
Schleswig-Flensburg	48
Steinburg	35
Stormarn	44
insgesamt	730

4.9. Wie weit ist die durchschnittliche Entfernung zu den Apotheken in den Kreisen und kreisfreien Städten?

Antwort:

Kreise	Durchschnittswert	2 – 6 km
kreisfreie Städte	Durchschnittswert	1 – 3 km

4.10. Sind seit 2000 signifikante Veränderungen in dem unter 4.9. angegebenen Durchschnittswert feststellbar? – Falls ja, welche?

Antwort:

Nein

4.11. Welche konkreten Auswirkungen erwartet die Landesregierung bei einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes über den Fremd- und Mehrbesitz auf die Apotheken in Schleswig-Holstein,

4.11.1. bei einer Verwerfung des bisherigen Fremd- und Mehrbesitzes?

Antwort:

Die Landesregierung geht davon aus, dass eine Abschaffung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes zu einer Liberalisierung des Apothekenmarktes führen wird. Schon jetzt können Apothekerinnen und Apotheker neben ihrer Hauptapotheke bis zu drei Filialapotheken betreiben. Die Zulassung von Apothekenketten kann insbesondere in den Ballungszentren zu einem erhöhten Verdrängungswettbewerb und dadurch zu einer Marktkonzentration führen. Inwieweit dies Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere in den ländlichen Regionen haben kann, wird mit großer Aufmerksamkeit zu verfolgen sein.

4.11.2. bei einer weitgehenden Bestätigung des Fremd- und Mehrbesitzes?

Antwort:

Keine. Das System der Inhabergeführten Apotheke hat sich über Jahrzehnte bewährt und garantiert eine hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln, sowohl in den Zentren wie in den ländlichen Regionen.

4.12. Welche Auswirkungen erwartet die Landesregierung, falls künftig apothekenfremde Branchen Arzneimittel anbieten dürfen,

4.12.1. auf die Arzneimittelversorgung in der Fläche?

Antwort:

Die Zulassung von apothekenfremden Branchen zum Arzneimittelvertrieb kann signifikante Marktkonzentrationen mit der Gefahr der Bildung von oligopolartigen Strukturen, vergleichbar mit dem Lebensmittel- oder Drogerieeinzelhandel, bewirken. Die Bildung Markt dominierender Ketten führt nach der Erfahrung in anderen Einzelhandelsbereichen dazu, dass insbesondere in den ländlichen Regionen neue Niederlassungen nur noch erfolgen, wenn ein nachhaltiger wirtschaftlicher Erfolg zu erwarten ist. Hierdurch könnte eine wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln in der Fläche langfristig gefährdet werden.

4.12.2 auf die Qualität der Beratung?

Antwort:

Eine neutrale und sachgerechte Beratung hängt neben der Qualifikation der Beschäftigten auch von den durch das jeweilige Unternehmen festgelegten Beratungskriterien ab. Insbesondere bei apothekenfremden Handelsketten ist anzunehmen, dass die Beratung eng mit der Einkaufspolitik der Handelskette verknüpft sein wird.

4.13. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

Eine Deregulierung und Marktliberalisierung im Arzneimittelvertrieb darf nicht dazu führen, dass die derzeitige qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet wird. Auch bei einer Zulassung von Kapitalgesellschaften und apothekenfremden Branchen zum Arzneimittelvertrieb muss die Arzneimittelsicherheit oberste Priorität haben. Die Landesregierung wird sich daher auch in der Zukunft dafür einsetzen, dass die hierfür erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen gegeben sind.

4.14. Welche Steuerungsinstrumente stehen der Landesregierung zur Verfügung, um eine Arzneimittelversorgung in der Fläche künftig zu gewährleisten?

Antwort:

Die Versorgung mit Arzneimitteln durch Apotheken ist ein freier Markt, der grundsätzlich nicht der staatlichen Einflussnahme unterliegt. Das derzeitige Apothekenrecht ermöglicht für den Fall, dass ein Notstand in der Arzneimittelversorgung eintritt, die Gründung von Zweig- beziehungsweise Notapotheken unter erleichterten Bedingungen.

5. Rettungsdienst

- 5.1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind derzeit im Rettungsdienst beschäftigt (bitte nach Kreisen und kreisfreien Städten sowie nach hauptamtlicher und nebenamtlicher beziehungsweise ehrenamtlicher Tätigkeit aufschlüsseln)?

Antwort:

Kreis/kreisfreie Stadt	hauptamtlich	nebenamtlich	ehrenamtlich
Flensburg	0	29	0
Kiel	3	36	0
Lübeck	1	33	0
Neumünster	0	30	0
Dithmarschen	0	21	0
Hzgt. Lauenburg	0	49	0
Nordfriesland *)	1	57	3
Ostholstein *)	0	124	0
Pinneberg	0	21	0
Plön	0	24	0
Rendsburg-Eckernförde *)	0	29	0
Schleswig-Flensburg	0	16	0
Segeberg	2	106	0
Steinburg	0	14	0
Stormarn	0	45	1

*) Anm.: Einschließlich in der Luftrettung eingesetzte Notärzte

- 5.2. Wie viele freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte arbeiten ergänzend im Rettungsdienst (bitte nach Kreisen und kreisfreien Städten aufschlüsseln)?

Antwort:

Flensburg	2
Kiel	0
Lübeck	0
Neumünster	0
Dithmarschen	9
Hzgt. Lauenburg	0
Nordfriesland	3
Ostholstein	14
Pinneberg	0
Plön	2
Rendsburg-Eckernförde	2
Schleswig-Flensburg	3
Segeberg	37
Steinburg	1
Stormarn	0

Anm.: Hierin sind auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte enthalten, die ebenso in der Antwort zu 5.1. aufgeführt sind.

- 5.3. Wie viele Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten sind derzeit im Rettungsdienst beschäftigt (bitte nach Kreisen und kreisfreien Städten sowie nach hauptamtlicher und nebenamtlicher beziehungsweise ehrenamtlicher Tätigkeit aufschlüsseln)?

Antwort:

Kreis/kreisfreie Stadt	hauptamtlich	nebenamtlich	ehrenamtlich
Flensburg	73	0	0
Kiel	99	6	36
Lübeck	233	5	17
Neumünster	31	4	0
Dithmarschen	79	8	0
Hzgt. Lauenburg	76	0	5
Nordfriesland *)	105	23	0
Ostholstein *)	119	11	18
Pinneberg	108	11	0
Plön	59	0	0
Rendsburg-Eckernförde *)	112	12	0
Schleswig-Flensburg	65	0	46
Segeberg	123	104	13
Steinburg	54	2	0
Stormarn	120	40	0

*) Anm.: Einschließlich in der Luftrettung eingesetzte Rettungsassistenten

- 5.4. Wie viele Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sind derzeit im Rettungsdienst beschäftigt (bitte nach Kreisen und kreisfreien Städten sowie nach hauptamtlicher und nebenamtlicher beziehungsweise ehrenamtlicher Tätigkeit aufschlüsseln)?

Antwort:

Kreis/kreisfreie Stadt	hauptamtlich	nebenamtlich	ehrenamtlich
Flensburg	0	0	0
Kiel	3	1	43
Lübeck	8	3	51
Neumünster	1	5	0
Dithmarschen	0	9	0
Hzgt. Lauenburg	26	0	6
Nordfriesland	10	20	0
Ostholstein	7	6	34
Pinneberg	0	9	0
Plön	0	0	0
Rendsburg-Eckernförde	5	7	0
Schleswig-Flensburg	15	0	41
Segeberg	21	18	5
Steinburg	0	0	0
Stormarn	0	3	0

- 5.5. Wie beurteilt die Landesregierung die von der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland (AGNN) und dem Deutschen Berufsverband Rettungsdienst (DBRD) geäußerten Befürchtungen, dass künftig nicht mehr in allen Landkreisen ein Notarzt-Dienst rund um die Uhr aufrechterhalten werden kann?

Antwort:

In Schleswig-Holstein wird in allen Kreisen und kreisfreien Städten ein Notarztdienst als Teil des Rettungsdienstes sichergestellt.

Bei den von der AGNN und dem DBRD geäußerten Befürchtungen, dass künftig Probleme mit der Notarztstellung auftreten könnten, spielen eine Reihe von Faktoren eine Rolle, wie insbesondere die personellen Kapazitäten der Krankenhäuser, die wesentlichen Anteil an der Gestellung der Notärztinnen und Notärzte haben. Zu nennen sind hier insbesondere auch die veränderten Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und die Refinanzierung der Kosten des Notarztdienstes.

Es gibt Hinweise, dass die derzeitigen Rahmen- und Organisationsbedingungen dazu führen können, dass für Krankenhäuser Schwierigkeiten entstehen, Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen, beziehungsweise für Rettungsdienstträger und Durchführer, Ärztinnen und Ärzte für den Notarztdienst zu gewinnen. Die Situation wird von den kommunalen Rettungsdienstträgern unterschiedlich beschrieben.

Die kommunalen Rettungsdienstträger (Kreise und kreisfreie Städte) werden in Abstimmung mit den Krankenkassen als Kostenträger erforderlichenfalls strukturelle und organisatorische Alternativen erschließen müssen, um die notärztliche Versorgung auf Dauer zu sichern.

5.6. Welche Maßnahmen werden von Seiten der Landesregierung konkret ergriffen, um weiterhin die Versorgung der Bevölkerung durch Notärzte sicher zu stellen?

Antwort:

Die Sicherstellung obliegt den kommunalen Rettungsdienstträgern. Sie sind verpflichtet, den Notarztdienst bedarfsgerecht zu organisieren.

Die Landesregierung führt Gespräche mit dem Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband Schleswig-Holstein zu grundsätzlichen Fragestellungen im Rettungsdienst. Anforderungen an zukünftige Modelle zur Notarztstellung und deren wirtschaftliche Finanzierung werden dabei eine zentrale Rolle spielen.

5.7. Welche Auswirkungen haben aus Sicht der Landesregierung die eingeführten Arbeitszeitregelungen auf die an Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte, die als Notärzte arbeiten?

Antwort:

Durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG - Bereitschaftsdienste sind als Arbeitszeit zu rechnen) und der für Ärzte geltenden Tarifverträge werden Arbeitszeitkapazitäten von Krankenhausärzten zunehmend durch die stationäre Versorgung gebunden. Zusätzliche Dienste im Rettungsdienst sind durch Freizeitausgleich auszugleichen und schmälern die verfügbaren Kapazitäten zusätzlich.

Nach Auskunft der kommunalen Rettungsdienstträger können Krankenhäuser, die sich zur Gestellung von Notärzten verpflichtet haben, dieser Verpflichtung zunehmend nur unter erschwerten Bedingungen nachkommen. Hinzu komme, dass die

eingeschränkte Refinanzierung der Kosten des Notarztdienstes durch die Krankenkassen den kommunalen Rettungsdienstträgern kaum Spielraum für finanzielle Anreize für nebenamtliche beziehungsweise berufliche Tätigkeiten lasse.

5.7.1. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen

Antwort:

Die Organisation der präklinischen notärztlichen Versorgung muss zukunftsorientiert fortentwickelt werden. Es ist zu prüfen, ob alternative Modelle der Notarztstellung und –gewinnung Erfolg versprechende Ansätze liefern können.

Ebenso auf den Prüfstand gehört die Finanzierung der notärztlichen Leistung. Abhängig von den ggf. weiterhin unterschiedlichen konkreten Modellen der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in den Rettungsdienst muss eine wirtschaftliche, aber auch der Leistung adäquate Honorierung stattfinden.

5.7.2. Welche konkreten Maßnahmen leitet die Landesregierung daraus ab?

Antwort:

Siehe auch Antwort zu Frage 5.6.

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Notarztdienstes obliegt den kommunalen Rettungsdienstträgern (Kreise und kreisfreie Städte). Konkrete Maßnahmen setzen das Vorliegen von konkreten Veränderungsansätzen voraus.

5.8. Ändert sich nach Auffassung der Landesregierung das Anforderungsprofil an den Rettungsdienst aufgrund des sog. demografischen Wandels sowie weiterer sozio-demografischer Faktoren, wie z.B. die Zunahme von Ein-Personen-Haushalten?

5.8.1. Falls ja, welche Maßnahmen müssten nach Auffassung der Landesregierung ergriffen werden, um diesen sich ändernden Anforderungen gerecht zu werden?

5.8.2. Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Zu den Fragen 5.8., 5.8.1. und 5.8.2.:

Nach der vorliegenden Bevölkerungsvorausberechnung bis 2025 wird bei sinkender Bevölkerungszahl der Anteil älterer und hoch betagter Menschen zunehmen. Als Resultat dieser Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung wird auch eine Zunahme der Ein-Personen-Haushalte wahrscheinlicher.

Für den Rettungsdienst sind daher steigende Einsatzzahlen mit einem zunehmenden Schwerpunkt im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erwarten. Im Einsatzgeschehen werden altersspezifische Krankheitsbilder verstärkt auftreten. Die beschriebenen Effekte werden jedoch nicht schlagartig eintreten, sondern sich kontinuierlich entwickeln.

Daher ist es geboten, diese Entwicklung genau zu beobachten und Lösungsalternativen zu erarbeiten. Hierbei werden nicht nur die erforderlichen Kapazitäten, sondern auch eine veränderte Ausrichtung der Kompetenzverteilung zwischen nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal und Notärzten sowie das Qualitätsmanagement einzubeziehen sein.

- 5.9. Welche Vorschläge hat die nach § 9 RDG gebildete Landesarbeitsgemeinschaft hinsichtlich eines Anforderungsprofils an den Rettungsdienst der Landesregierung hinsichtlich einer bedarfsgerechten Planung und der Versorgungsqualität unterbreitet?

Antwort:

Die Landesarbeitsgemeinschaft Rettungsdienst berät die für die Aufgabenerfüllung verantwortlichen kommunalen Rettungsdienstträger und die Landesregierung. Die Geschäftsführung obliegt den kommunalen Verbänden. Eine Sitzung hat zuletzt 2000 stattgefunden.

Vorschläge zu Anforderungen im Hinblick auf den demographischen Wandel hat die Landesarbeitsgemeinschaft bisher nicht erarbeitet.

- 5.10. Welche Entlastung erwartet die Landesregierung künftig durch die Notarzt-Börse, die bundes- und europaweit Notärzte vermittelt?

Antwort:

Die Notarzt-Börse ist geeignet, temporär Dienste bei akutem Bedarf abzudecken. Es ist bekannt, dass Krankenhäuser zur Abdeckung eines derartigen Bedarfs auch die Notarzt-Börse in Anspruch nehmen. Umfassende Erfahrungen liegen seitens der kommunalen Rettungsdienstträger oder der Durchführer nicht vor.

Eine rechtlich einwandfreie Organisation des Notarztendienstes unter Einbindung der Notarzt-Börse wird dadurch erschwert, dass das ArbZG dazu zwingt, Arbeitszeiten bei verschiedenen Arbeitgebern zusammenzurechnen. Durch den nur temporären Einsatz von Ärztinnen und Ärzten, die über die Notarzt-Börse gewonnen werden, können Strukturkenntnisse und Teamerfahrungen fehlen, die in der Notfallrettung eine qualitativ hohe Bedeutung haben.

Die gegenwärtigen Refinanzierungsbeträge lassen nach Mitteilung der kommunalen Rettungsdienstträger keine wesentliche Entlastung erwarten.

- 5.11. Welche Entlastung verspricht sich die Landesregierung, Rettungsassistenten größere Kompetenzen zu übertragen?

Antwort:

Die Bundesregierung hat eine Novellierung des Rettungsassistentengesetzes angekündigt. Die Landesregierung erwartet, dass dieses Vorhaben noch in der laufenden Legislaturperiode des Bundestages realisiert wird.

Zentrale Punkte sind die Ausweitung und Verbesserung der im Zuge der Ausbildung zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten durch Verlängerung der Ausbildungsdauer und Anpassung der Ausbildungsinhalte und die rechtssichere Ausgestaltung des Handlungsrahmens für das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal.

Flankierend ist das Qualitätsmanagement den veränderten Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen.

Gelingt es, Kompetenzen und Handlungsrahmen des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals und der Notärztinnen und Notärzte auf dieser Basis neu zu ordnen, wären eine Begrenzung der Einsatzzahlen und ein Absenken der Einsatzbindung im Notarzteinsatzfahrzeug zu erwarten.

Derartige Entwicklungen können dazu beitragen, die genannten Problemstellungen im Rettungsdienst und insbesondere in der notärztlichen Versorgung zu bewältigen.

6. Stationäre Gesundheitsversorgung

Vorbemerkung:

Die Landesregierung hatte zu verschiedenen Fragestellungen eine Umfrage bei allen 76 Krankenhäusern im Lande gestellt, um Informationen zu erhalten. Nur zehn (kleinere und mittlere) Krankenhäuser haben geantwortet, die größeren Häuser haben in einem gemeinschaftlichen Schreiben gegenüber der Landesregierung mitgeteilt, dass sie die Fragen nicht beantworten werden. Zitat: „.....scheint es unzumutbar, die Unzahl an Fragen, die die FDP-Fraktion gestellt hat, zu beantworten; ist es doch erforderlich, zahlreiche Mitarbeiter in den vielen Krankenhäusern des Landes mit der Recherche dieser Daten zu beschäftigen. Wir sind nicht in der Lage, hierfür Arbeitszeit zu opfern. Weiterhin würden wir zahlreiche der hier abgeforderten Daten aus Gründen der Geheimniswahrung überhaupt nicht herausgeben wollen..... Für die Verantwortlichen in den Krankenhäusern bleibt aber bedauerlicherweise der Sinn der gesamten FDP-Anfrage verborgen.“

Aufgrund des sehr geringen Rücklaufs ist eine Auswertung nicht möglich beziehungsweise sinnvoll. Selbstverständlich fließen die eingegangenen Antworten an passender Stelle mit ein.

- 6.1. Wie viele Menschen sind derzeit an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern und dem UK S-H sozialversicherungspflichtig beschäftigt? (Bitte aufschlüsseln nach Ärzten, Pflegekräften, kaufmännischem Personal, technischen Personal sowie sonstige Berufe, so wie getrennt nach Krankenhäusern und Universitätsklinika).

Antwort:

Am 31.12.2006 waren an den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein 32.655 Menschen beschäftigt.

	gesamt	davon UK S-H (sozialvers.pflichtig)
Ärztlicher Dienst	4.402	1.570
darunter hauptamtliche Ärzte/-innen	4.348	k.A.
Nichtärztlicher Dienst	28.253	9.281
Darunter		
Pflegedienst	11.949	3.388
medizinisch-technischer Dienst	5.221	2.562
Funktionsdienst	3.407	1.059
Verwaltungsdienst	2.410	771
Schüler/-innen und Auszubildende	1.181	k.A.

Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer ist nur vom UK S-H bekannt.

- 6.2. Welchen Beitrag leisten die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser und das UK S-H zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt? (Bitte gesondert nach Kreisen und kreisfreien Städten aufschlüsseln sowie nach Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Auszubildende).

Antwort:

2006 gab es in Schleswig-Holstein 1.181 Auszubildende/Schülerinnen und Schüler in allen Krankenhäusern. Die Gesamtzahl der Auszubildenden/Schülerinnen und Schüler in Schleswig-Holstein beläuft sich auf 54.721, der Beitrag beziehungsweise Anteil beträgt 2,2 Prozent.

Die Beschäftigtenzahl in den Krankenhäusern Schleswig-Holstein beläuft sich auf 32.655. Die Gesamtzahl der Beschäftigten in Schleswig-Holstein beträgt 783.526 (31.03.2007), der Beitrag der Krankenhäuser somit rund 4,2 Prozent. (Eine Differenzierung nach Kreisen und kreisfreien Städten liegt für den Krankenhausbereich vor. Zahlen zur Differenzierung nach Geschlecht sowie Gesamtbeschäftigte nach Kreisen liegen nicht vor).

Personal an Krankenhäusern in Schleswig-Holstein am 31.12.2006 nach Kreisen

Kreis	Beschäftigte	darunter Schüler/-innen u. Auszubildende
Flensburg und Schleswig-Flensburg	3.159	153
Kiel	7.265	90
Lübeck	4.764	32
Neumünster	1.140	20
Dithmarschen und Nordfriesland	2.564	101
Herzogtum Lauenburg	1.151	102
Ostholstein	2.834	185
Pinneberg und Steinburg	2.771	110
Plön	467	-
Rendsburg-Eckernförde	2.136	99
Segeberg	2.443	189
Stormarn	1.961	100
Schleswig-Holstein insgesamt	32.655	1.181

Zahlen zum UK S-H siehe 6.1.

6.3. Welchen Anteil haben die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser und das UK S-H an der Bruttowertschöpfung des Landes?

Antwort:

Der Anteil der schleswig-holsteinischen Krankenhäuser am BIP im Lande beträgt rund 2,4 Prozent (1,7 Milliarden Euro zu rund 70 Milliarden Euro). Zahlen zur Bruttowertschöpfung sind nicht bekannt.

6.4. Wie hoch ist der Anteil der Krankenhäuser und des UK S-H an den Investitionen in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die Investitionen der Krankenhäuser (nur KHG-Förderung) liegen bei 90 Millionen Euro, die Investitionen des UK S-H bei rund 50 Millionen Euro jährlich. Im Verhältnis zu den Bruttoanlageinvestitionen in Schleswig-Holstein insgesamt (11 Milliarden Euro) sind dies 1,27 Prozent. Eigeninvestitionsanteile der Krankenhäuser können wegen fehlender Umfragergebnisse (siehe Vorbemerkung) nicht dargestellt werden.

Der hier für das UK S-H verwendete Wert wurde dem Bericht der Landesregierung zur Krankenhausfinanzierung (Drs. 16/776, v. 16.05.2007) entnommen.

- 6.5. Wie haben sich die Fallzahlen der akut-stationären Versorgung seit 2000 in Schleswig-Holstein entwickelt (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Antwort:

	UK S-H	übrige Krankenhäuser
2002	91.704	460.297
2003	89.593	449.626
2004	88.097	440.895
2005	87.773	467.081
2006	90.050	516.070

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung)

- 6.6. Wie hat sich die Gesamtzahl der Pfl egetage der akut-stationären Versorgung seit 2000 in Schleswig-Holstein entwickelt (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Antwort:

	UK S-H	übrige Krankenhäuser
2002	797.713	4.153.281
2003	744.095	3.957.046
2004	671.266	3.802.367
2005	688.502	3.961.309
2006	688.599	3.947.000

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung
UKSH: gelieferte Zahlen)

- 6.7. Über welche Operations-, Pflege-, Funktionsleistungs- und Hotelkapazitäten verfügen das UK S-H und die übrigen Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln und hinsichtlich der Funktionsleistungskapazitäten differenzieren zwischen Leistungen am Patienten und Leistungen für den Patienten)?

Antwort:

Der Landesregierung liegen statistische Daten nur über die Entwicklung der Pflegekapazitäten (Planbettenzahl) vor. Diese haben sich seit 2000 wie folgt entwickelt:

	Gesamt	UK S-H	übrige KH
2002	15.609	2.470	13.139
2003	15.646	2.470	13.176
2004	15.846	2.345	13.501
2005	15.755	2.345	13.410
2006	14.871	2.197	12.674

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung)

6.8. Wie hat sich die Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein seit 2000 entwickelt im Hinblick auf

6.8.1. in Frage 6.7 genannten Kapazitäten?

Antwort:
Siehe 6.7.

6.8.2. die Grund-, Regel- und Maximalversorgung?

Antwort:

Maximalversorgung (UK S-H)			
	Planbetten	Pflegetage	Fallzahl
2002	2.470	797.713	91.704
2003	2.470	744.095	89.593
2004	2.345	671.266	88.097
2005	2.345	688.502	88.773
2006	2.197	688.599	90.050

restliche Versorgungsstufen (Grund- u. Regel, Fachkrankenhäuser..)			
	Planbetten	Pflegetage	Fallzahl
2002	8.065	2.585.267	277.245
2003	8.146	2.463.103	268.868
2004	8.459	2.345.724	263.821
2005	8.346	2.512.827	288.545
2006	7.403	2.405.339	316.662

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung
UKSH: gelieferte Zahlen)

6.8.3. die Schwerpunktversorgung?

Antwort:

Schwerpunktversorgung			
	Planbetten	Pflegetage	Fallzahl
2002	5.074	1.568.014	183.052
2003	5.030	1.493.943	180.728
2004	5.042	1.456.643	177.074
2005	5.064	1.448.482	178.536
2006	5.271	1.541.661	199.408

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung)

6.8.4. und sonstige Spezialleistungen, die nicht weiter zuzuordnen sind?

Antwort:
Siehe 6.7.

6.9. Gibt es bei den in Frage 6.7. genannten Kapazitäten seit 2000 signifikante Veränderungen in den einzelnen Fachbereichen?

Antwort:
Siehe 6.7.

Signifikante Änderungen der Planbettenzahlen hat es von 2000 auf 2001 und von 2005 auf 2006 gegeben. Im ersten Fall ist die Reduzierung der Bettenzahl begründet durch die Fortschreibung des Krankenhausplanes zum Jahre 2001. Zum 01.01.2006

wurde eine Zwischenfortschreibung des Krankenhausplanes an den tatsächlichen Behandlungsbedarf vorgenommen, die wiederum zu der aus der Tabelle erkennbaren Reduzierung der Planbettenzahl führte.

6.9.1. Falls ja: in welchen Fachbereichen?

Hinweis: Der Landesregierung liegen auswertbare Daten für die Jahre 2002 bis 2006 vor.

Antwort:

Signifikante Änderungen gab es in folgenden Fachbereichen:

- Innere Medizin: Anstieg der Fallzahl von 172.700 auf 193.000 bei gleichzeitiger Reduzierung der Planbettenzahl von 4.692 auf 4.427.
- Geriatrie: Fallzahlerhöhung von 2.800 auf 7.400 und Bettenzahlerhöhung von 310 auf 578.
- Orthopädie: Rückgang der Fallzahl von 28.900 auf 26.200 und Reduzierung der Planbettenzahl von 803 auf 710.
- Psychiatrie: Zunahme der Fallzahl von 28.700 auf 32.400 bei relativ unveränderter Planbettenzahl von circa 1.800 (vollstationär).

6.9.2 Wie erklärt die Landesregierung diese Entwicklung?

Antwort:

Die Zunahme der Fallzahl in der Inneren Medizin bei gleichzeitiger Abnahme der Planbettenkapazität resultiert aus der zunehmenden Zahl älterer Patientinnen und Patienten, die in überdurchschnittlichem Maße den Fachbereich der Inneren Medizin in Anspruch nehmen. Die gleichzeitige Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten, die zu geringerem Kapazitätsbedarf führt, resultiert unter anderem aus der vermehrten Behandlung betagter, multimorbider Patientinnen und Patienten in der Geriatrie. Die Fallzahl- und Planbettenzunahme in der Geriatrie macht die bereits in den letzten Jahren erfolgte Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe in Schleswig-Holstein deutlich. Die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für ältere multimorbide Patientinnen und Patienten in der Geriatrie hat zu den aufgeführten Anpassungen der Kapazitäten geführt.

Die Abnahme der Fall- und Planbettenzahlen in der Orthopädie sind mit den erweiterten Möglichkeiten der ambulanten Substitution zu begründen. Vielfach sind stationäre orthopädische Behandlungen dadurch vermeidbar.

Die Zunahme der Fallzahl in der Psychiatrie bei gleich bleibender Planbettenzahl macht zum einen den Rückgang der Verweildauer in der Psychiatrie deutlich und weist zum anderen darauf hin, dass viele psychiatrische Patientinnen und Patienten nach der vollstationären Behandlung in die sukzessiv ausgebauten, teilstationären Betreuung wechseln. Dadurch reduziert sich die vollstationäre Verweildauer.

7. Verzahnung der Sektoren

7.1. Substitution akutstationärer Patientenbehandlung

7.1.1. Wie viele chirurgische Eingriffe werden in Schleswig-Holstein in den Krankenhäusern und dem UK S-H nach § 115b SGB V ambulant erbracht (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Antwort:

Nach § 115b SGB V sind seit dem Jahr 2000 im UK S-H 30.812 chirurgische Eingriffe ambulant erbracht worden, davon 20.456 am Standort Lübeck und 10.356 am Standort Kiel.

Weitere Angaben liegen der Landesregierung nicht vor.

7.1.2. Wie hat sich die Zahl der in den Krankenhäusern und dem UK S-H ambulant erbrachten chirurgischen Eingriffe in Schleswig-Holstein seit 2000 entwickelt (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Antwort:

Für das UK S-H:

ambulante Operationen	Kiel	Lübeck
2000	0	2.124
2001	0	2.115
2002	636	2.078
2003	1.200	2.564
2004	2.745	3.034
2005	2.897	3.950
2006	2.878	4.591

Dabei ist in der Tendenz für 2007 ein weiterer Anstieg zu beobachten. Die Hochrechnung für Lübeck geht von 4.957 Eingriffen aus, für Kiel sind circa 3.000 Eingriffe prognostiziert.

Laut dem statistischen Bundesamt haben sich die Zahlen der ambulanten Operationen (ohne die ambulanten Leistungen der Belegärztinnen und -ärzte und ermächtigten Krankenhausärztinnen und -ärzte) in Schleswig-Holstein wie folgt entwickelt:

Jahr	Anzahl
2002:	25.259
2003:	42.989
2004:	44.232
2005:	54.488
2006:	56.817

Nach Auskunft der Kassen lässt sich die Anzahl der chirurgisch erbrachten ambulanten Eingriffe nicht gesondert darstellen.

- 7.1.3. Wird der in § 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V genannte Katalog in Schleswig-Holstein vollständig ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Ob alle im Katalog gelisteten rund 2800 möglichen Eingriffe tatsächlich erbracht werden, kann aufgrund der fehlenden Datenlage nicht beantwortet werden.

- 7.1.4. Welche Schwerpunkte bei den ambulant an den Krankenhäusern und dem UK S-H erbrachten chirurgischen Eingriffen sind dabei erkennbar (bitte nach Fachdisziplinen sowie Krankenhäusern, bei denen diese Schwerpunkte derzeit praktiziert werden, aufschlüsseln)?

Antwort:

Folgende Leistungen werden laut Informationen der Krankenkassen häufig ambulant erbracht:

Chirurgie: Materialentfernungen, Darmspiegelungen, Gelenkspiegelungen, Behandlung von Krampfadern.

Gynäkologie: Therapeutische Ausschabungen der Gebärmutter, Spiegelungen der Gebärmutter, Schwangerschaftsabbrüche, Biopsien.

Innere Medizin: Darmspiegelungen, Herzkatheteruntersuchungen, Biopsien.

Urologie: Vorhautplastiken, Ureterschienen.

Augenheilkunde: Kataraktoperationen, Destruktion von erkranktem Gewebe.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie: Zahnextraktionen

HNO-Heilkunde: Adenotomien, Parazentesen

Das Leistungsspektrum variiert von Krankenhaus zu Krankenhaus. Eine Reihe von Disziplinen wird lediglich im UK S-H betrieben.

Weitere Daten von anderen Krankenhäusern liegen der Landesregierung nicht vor.

- 7.1.5. Bei welchen diagnosebezogenen konservativen Behandlungen ist eine Verlagerung in den ambulanten Sektor erkennbar?

Antwort:

Auswertungen über Verlagerungen diagnosebezogener konservativer Behandlungen in den ambulanten Sektor liegen der Landesregierung nicht vor.

- 7.1.6. Wie hoch schätzt die Landesregierung das Potential zur Substitution von stationär durchgeführten Operationen durch ambulante Operationen in Schleswig-Holstein ein?

Antwort:

Die Landesregierung geht davon aus, dass durch medizinische Innovationen der Anteil der ambulant durchführbaren Operationen ständig erweitert wird. Eine Festlegung auf eine konkrete Zahl ist nicht möglich.

7.1.7. Ist aus Sicht der Landesregierung dieses Potential in Schleswig-Holstein bereits ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Siehe Antwort auf Frage 7.1.6.

7.1.8. Ist die Substitution mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhausträger und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Die Substitution stationärer durch ambulante Leistungen hat für Patientinnen und Patienten qualitative und finanzielle Vorteile, indem ein möglicherweise mehrtägiger Krankenhausaufenthalt mit der entsprechenden Zuzahlungsverpflichtung entfällt. Gleichzeitig profitieren die Kostenträger vom Preisvorteil der ambulanten Behandlung gegenüber der tendenziell teureren stationären Leistung. Der Krankenhausträger hat beispielsweise die Möglichkeit, OP-Bereiche besser auszulasten. Mögliche interne Messungen etc. der Beteiligten liegen der Landesregierung nicht vor.

7.1.9. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den Krankenhäusern und dem UK S-H sowie den Kostenträgern für ambulante Operationen notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Die bestehenden Rahmenbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung ausreichend.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben aufgrund des in § 115 b SGB V enthaltenen Auftrages einen gesonderten Vertrag geschlossen. Bestandteil des Vertrages sind auch Regelungen zum Umfang der Versorgung. Hierzu gehören neben dem ambulanten Eingriff selbst auch die prä-, intra- und postoperativen Leistungen und bieten den Krankenhäusern weitreichende und somit flexible Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten.

7.2. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

7.2.1. Welche Ziele werden mit der vor-, teil- und nachstationären Behandlung verfolgt (bitte jeweils getrennt aufschlüsseln)?

Antwort:

Die vor-, teil- und nachstationären Behandlungen sollen die Verweildauern der stationären Behandlungen auf das medizinisch notwendige Maß begrenzen. Das dient sowohl den Patientinnen und Patienten als auch der wirtschaftlichen Leistungserbringung und gilt für alle Behandlungsarten gleichermaßen.

7.2.2. Wer führt die vor-, teil- und nachstationäre Behandlung in Schleswig-Holstein durch (bitte jeweils getrennt aufschlüsseln)?

Antwort:

Teilstationäre Behandlungen erfolgen an folgenden Krankenhäusern:

Diakonissenkrankenhaus Flensburg, St. Franziskus Krankenhaus Flensburg, UK S-H Campus Kiel und Lübeck, Städtisches Krankenhaus Kiel, Psychiatrische Tagesklinik "Kieler Fenster", Zentrum für integrative Psychiatrie Kiel, Sana-Kliniken Lübeck, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lübeck, Die Brücke Lübeck, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, DRK-Fachklinik Hahnknüll Neumünster, Westküstenklinikum Heide und Brunsbüttel, Psychiatrische Tagesklinik Heide, Johanniter Krankenhaus Geesthacht, Vitanas Klinik für Geriatrie Geesthacht, DRK-Röpersbergklinik Ratzeburg, Klinikum Nordfriesland Husum, Krankenhaus Breklum, Sana Kliniken Ostholstein Eutin, Psychatrium Gruppe Neustadt und Heiligenhafen, DRK-Therapiezentrum Middelburg, Tagesklinik Ostholstein Neustadt, Regio Kliniken in Pinneberg, Wedel und Elmshorn, Psychiatrische Tagesklinik Preetz, Kreiskrankenhaus Rendsburg und Eckernförde, Schleiklinikum MLK Schleswig, Fachkrankenhaus Diakonie Kropp, Schleiklinikum FKSL Schleswig, Psychiatrisches Krankenhaus Rickling, Klinikum Itzehoe und im Heinrich-Sengelmann Krankenhaus Bargfeld-Stegen.

Vor- und nachstationäre Behandlungen erfolgen an folgenden Krankenhäusern:

Diakonissenkrankenhaus Flensburg, St. Franziskus Krankenhaus Flensburg, UK S-H Campus Kiel und Lübeck, Städtisches Krankenhaus Kiel, St. Elisabeth Krankenhaus Kiel, Lubinus Clinicum Kiel, Sana Kliniken Lübeck, Westküstenklinikum Heide und Brunsbüttel, DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Johanniter Krankenhaus Geesthacht, Klinikum Nordfriesland in Husum, Niebüll, Tönning und in Wyk auf Föhr, Sana Kliniken Ostholstein in Eutin, Oldenburg und in Burg auf Fehmarn, Klinikum Neustadt, Psychatrium Gruppe Heiligenhafen, Regio Kliniken Pinneberg, Wedel und Elmshorn, Kreiskrankenhaus des Kreises Plön in Preetz, Kreiskrankenhaus Rendsburg und Eckernförde, Ostseeklinik Damp, Schleiklinikum MLK Schleswig, Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg/Kaltenkirchen, Segeberger Kliniken, Klinikum Itzehoe, Asklepios Klinik Bad Oldesloe und Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift.

An folgenden Krankenhäusern wurde in 2006 zusätzlich vorstationäre Behandlungen durchgeführt, ohne nachfolgende Krankenhausbehandlung:

(Quelle: DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 KHEntgG)

Diakonissenkrankenhaus Flensburg, UK S-H Campus Kiel und Lübeck, Städtisches Krankenhaus Kiel, Lubinus Clinicum Kiel, Sana Kliniken Lübeck, Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, Westküstenklinikum Heide und Brunsbüttel, DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, Johanniter Krankenhaus Geesthacht, Klinikum Nordfriesland in Husum, Niebüll, Tönning und in Wyk auf Föhr, Sana Kliniken Ostholstein in Eutin, Oldenburg und in Burg auf Fehmarn, Klinikum Neustadt, Psychatrium Gruppe Heiligenhafen, St. Elisabeth Krankenhaus Eutin, Au-

gust-Bier-Klinik Bad Malente, DRK Krankenhaus Middelburg, Paracelsus Nordseeklinik Helgoland, Regio Klinken Pinneberg, Wedel und Elmshorn, Kreiskrankenhaus des Kreises Plön in Preetz, Kreiskrankenhaus Rendsburg und Eckernförde, Ostseeklinik Damp, Schleiklinikum MLK Schleswig, Medizinische Klinik Borstel, Segeberger Kliniken, Klinikum Itzehoe, Asklepios Klinik Bad Oldesloe und Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift, Curschmann Klinik und Paracelsus Klinik Glückstadt.

7.2.3. Wie oft wurde in Schleswig-Holstein von der Möglichkeit der vor- und nachstationären Behandlung Gebrauch gemacht (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern sowie jeweils nach § 115a Abs. 1 Nr. 1 - vorstationäre Behandlung - und Nr. 2 – nachstationäre Behandlung - SGB V aufschlüsseln)?

Antwort:
Siehe 7.2.4.

7.2.4. Wie hat sich die Zahl der vor- und nachstationären Behandlung in Schleswig-Holstein seit 2000 entwickelt (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern sowie jeweils nach § 115a Abs. 1 Nr. 1 – vorstationäre Behandlung – und Nr. 2 – nachstationäre Behandlung – SGB V aufschlüsseln)?

Antwort:

>> vorstationär		
	Krankenhäuser ohne UK S-H	UK S-H
2004	17.934	5.494
2005	20.317	5.313
2006	20.119	5.642

>> nachstationär		
	Krankenhäuser ohne UK S-H	UK S-H
2004	8.517	7.626
2005	8.326	8.232
2006	8.132	8.922

Daten standen erst ab 2004 zur Verfügung.
Quelle: DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 KHEntgG

7.2.5. Wie oft wurde in Schleswig-Holstein von der Möglichkeit der teilstationären Behandlung nach § 115a SGB V Gebrauch gemacht (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Antwort:
Siehe 7.2.6.

7.2.6. Wie hat sich die Zahl der teilstationären Behandlungen in Schleswig-Holstein seit 2000 entwickelt (bitte getrennt nach UK S-H und den übrigen Krankenhäusern aufschlüsseln)?

Antwort:

	Krankenhäuser ohne UK S-H	UK S-H
2001	9.153	1.970
2002	9.796	2.751
2003	24.847	2.817
2004	26.162	3.015
2005	39.652	2.988
2006	30.803	2.685

(Quelle: Krankenhäuser ohne UK S-H - Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung; UK S-H - vom UK S-H gemeldete Zahlen)

7.2.7. Welche Behandlungsschwerpunkte, bei denen die Möglichkeit der vor-, teil- und nachstationären Behandlung genutzt wird, sind dabei erkennbar (bitte nach Fachdisziplinen sowie Krankenhäusern, bei denen diese Schwerpunkte derzeit praktiziert werden, aufschlüsseln)?

Antwort:

Die Schwerpunkte bei der teilstationären Behandlung im Krankenhaus liegen in den Fachbereichen Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Geriatrie. Für die Bereiche vor- und nachstationäre Behandlung liegen keine Erkenntnisse vor.

7.2.8. Wie viele Behandlungstage sind in Schleswig-Holstein durchschnittlich für die vorstationäre Behandlung notwendig – und wie haben sich die Behandlungstage seit 2000 entwickelt?

Antwort:

	alle Krankenhäuser	Ø
2004	24.066	1,03
2005	26.382	1,03
2006	26.535	1,04

Daten standen erst ab 2004 zur Verfügung. Quelle: DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 KHEntgG

7.2.9. Wie viele Behandlungstage sind in Schleswig-Holstein durchschnittlich für die nachstationäre Behandlung notwendig – und wie haben sich die Behandlungstage seit 2000 entwickelt?

Antwort:

	alle Krankenhäuser	Ø
2004	27.114	1,68
2005	27.154	1,65
2006	27.821	1,63

Daten standen erst ab 2004 zur Verfügung. Quelle: DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 KHEntgG

7.2.10. Wie wird die ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses sichergestellt?

Antwort:

Nach § 75 Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten.

7.2.11. Wie hoch schätzt die Landesregierung das Potential der vor-, teil- und nachstationären Behandlung in Schleswig-Holstein ein?

Antwort:

Die Landesregierung geht von einer noch gering weiter ansteigenden Substitution stationärer Leistungen durch die vor-, teil- und nachstationären Behandlungen in Schleswig-Holstein aus. Das konkrete Potenzial lässt sich nicht abschätzen.

7.2.12. Ist aus Sicht der Landesregierung dieses Potential in Schleswig-Holstein bereits ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Siehe 7.2.11.

7.2.13. Hat die vor- und nachstationäre Behandlung Auswirkungen auf die Verweildauer in den Krankenhäusern und den Universitätskliniken – falls ja, welche und wie wurde diese gemessen?

Antwort:

Die Verweildauer der stationären Behandlung hat sich seit dem Jahr 2000 von 9,9 Tagen auf 8,4 Tage im Jahre 2006 verändert. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Verkürzungen durch die Möglichkeit der vor- und nachstationären Behandlung bedingt ist. Messbar ist dieser Teil jedoch nicht.

7.2.14. Ist die vor-, teil- und nachstationäre Behandlung mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhäuser und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Durch vor-, teil- und nachstationäre Behandlung wird vollstationäre Behandlung vermieden oder verkürzt. Für Patientinnen und Patienten fällt unter Wahrung der Be-

handlungskontinuität die Zuzahlungsverpflichtung entsprechend geringer aus. Da im somatischen Bereich die Vergütung dieser Leistungen in der Regel Bestandteil der DRG – Fallpauschale ist, ergeben sich für die Kostenträger kaum finanzielle Vorteile, dagegen ergeben sich für die Krankenhäuser Kosteneinsparungen durch die verkürzte vollstationäre Verweildauer.

7.2.15. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den niedergelassenen ambulanten Leistungserbringern, Krankenhausträgern sowie den Kostenträgern notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Die bestehenden Rahmenbedingungen (insbesondere die Integrierte Versorgung) ermöglichen nach Ansicht der Landesregierung weitreichende Kooperationsmöglichkeiten der stationären und ambulanten Leistungsanbieter. Die weitere Überwindung der sektoralen Grenzen bleibt auch das zukünftige Ziel der Landesregierung. Der neu gestaltete § 116 b SGB V hat hier weitere sinnvolle Möglichkeiten geschaffen.

7.2.16. Was unterscheidet Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V von Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V?

Antwort:

Medizinische Versorgungszentren sind neue rechtliche Gebilde, die auf Grund des GMG zum 01. Januar 2004 als neue Leistungserbringer in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurden. Ein MVZ ist eine zugelassene fachübergreifende, ärztliche geleitete Einrichtung als neuer Leistungserbringer-Typ im SGB. In ihr können neben angestellten Ärztinnen und Ärzten auch freiberufliche Vertragsärztinnen und -ärzte tätig sein.

Fächerübergreifende Tätigkeit bedeutet, mindestens eine versorgungsübergreifende Zweckausrichtung (zum Beispiel: eine Gynäkologin und ein Radiologe). Die Zulassung eines MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung, wie auch die Genehmigung zur Anstellung von Ärztinnen und Ärzten, erfolgt auf Antrag durch den Zulassungsausschuss für Ärzte, der für den Ort der Betriebsstätte zuständig ist. Wie auch in einer Gemeinschaftspraxis, arbeiten Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ an einem gemeinsamen Praxissitz. Unter Betriebsstätte oder Praxissitz wird dabei nicht etwa der Planungsbereich oder die politische Gemeinde/Stadt verstanden, sondern eine konkrete Adresse. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit nicht am Ort des MVZ ausüben, gelten daher nicht als Ärztinnen und Ärzte des MVZ, sondern können nur mit dem MVZ kooperieren (ähnlich einer Praxisgemeinschaft). Sie bleiben dabei selbstständige Berufsausübungseinheiten. Ein im MVZ tätiger Vertragsarzt/tätige Vertragsärztin kann nicht gleichzeitig im MVZ und in einer Einzelpraxis tätig sein. Dasselbe gilt für angestellte Ärztinnen und Ärzte mit einer weiteren Tätigkeit in einem Krankenhaus.

Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Eine Praxisklinik muss im Gegensatz zu einem MVZ nicht fachübergreifend tätig sein.

7.2.17. Wie viele Patienten werden in Schleswig-Holstein in Praxiskliniken behandelt und wie hat sich die Zahl der Behandlungen seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Der Landesregierung sind keine vertraglichen Praxiskliniken im Sinne des § 115 Abs. 2 Nr.1 SGB V bekannt.

Die KVSH führt hierzu an:

Der Begriff Praxisklinik ist sozialrechtlich nicht definiert und daher auch nicht geschützt. In Schleswig-Holstein existieren nach unserem Wissen zwei Einrichtungen, die den Begriff Praxisklinik aufnehmen. Diese sind die Praxisklinik Kiel-Wellingdorf und die Ostsee-Praxisklinik in Bad Schwartau. Patientenzahlen dieser Einrichtungen können nicht exakt aufgeführt werden, da sich die Fallzahlen auf die Praxen in den Einrichtungen beziehen. Fallzahlen der Ostsee-Praxisklinik Bad Schwartau wären in soweit unvollständig, da diese Einrichtung Verträge nach § 140 a SGB V mit einigen Krankenkassen besitzt. Diese Verträge werden nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abgewickelt. Damit ist eine Transparenz des Versorgungsgeschehens nicht gegeben.

7.2.18. Welche Kooperationen mit welchen Behandlungsschwerpunkten zwischen Praxiskliniken und Krankenhäusern sowie dem UK S-H gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Siehe 7.2.17. Satz 1

Auch die KVSH hat darüber keine Kenntnis.

7.2.19. Stellt aus Sicht der Landesregierung die Versorgungsform der Praxisklinik eine Alternative zu einem herkömmlichen Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung dar?

Antwort:

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung kann die Alternative einer Praxisklinik in Abwägung mit wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Krankenkassen eine sinnvolle Ergänzung sein.

7.2.20. Ist die Behandlung in Praxiskliniken mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhausträger und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Siehe 7.2.17. und 7.2.19.

Darüber hinaus hat die KVSH folgendes auf die Frage geantwortet: Qualitative Vorteile der Behandlung in Praxiskliniken können in sofern vorhanden sein, weil in solchen Einrichtungen in der Regel kurzzeitstationäre Behandlungen oder alternativ ambulante Eingriffe angeboten werden. Damit einhergehend wäre auch ein finanzieller Vorteil für die Kostenträger vorhanden, da die Behandlungsausgaben (belegstationäre DRG und vertragsärztliches Honorar) in der Summe meist geringer sind als vergleichbare Leistungen vollstationärer Krankenhäuser. Für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Praxiskliniken kann sich ebenfalls ein Vorteil ergeben, wenn die KVSH im Rahmen von Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen ausgewählte Leistungen besser vergüten kann. Dies gilt zum Beispiel in der Vereinbarung § 115 b SGB V (Ambulantes Operieren) mit den Ersatzkassen. Hier hat die KVSH für ambulante Eingriffe mit hohem Substitutionspotential höhere Punktwerte verhandelt und bekennt sich mit den Ersatzkassen zu einer Förderung im Sinne der entfallenen Strukturverträge zum Ambulanten Operieren. Praxiskliniken sind eine mögliche Alternative in der stationären Grundversorgung insbesondere in den ländlichen Räumen.

7.2.21. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den in Praxiskliniken tätigen Leistungserbringern, Krankenhausträgern sowie den Kostenträgern notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Siehe 7.2.17., daher ist der Landesregierung keine Bewertung möglich

Die KVSH bezieht folgendermaßen Stellung:

Eine Praxisklinik muss, wenn sie ihrer Funktion gerecht werden soll, ein eigenes Budget besitzen. Dieses Budget wäre aus den Erlösen des stationären Teils und der vertragsärztlichen Honorare zu bilden. Denn in einer solchen Einrichtung muss patientenindividuell entschieden werden, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erforderlich ist. Bei der Verlagerung in den ambulanten Bereich sollte jedoch die Erlössituation im stationären Teil nicht so absinken, dass eine Substitution von stationär nach ambulant vornherein unmöglich gemacht wird.

7.2.22 Welche Ziele verfolgen vernetzte Praxen nach § 73a Abs. 1 SGB V und was unterscheidet sie von Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V und praxisklinischen Konzepten nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V?

Antwort:

1. Praxisnetze sind ein Verbund von einzelnen Praxen mit durchaus unterschiedlichen Schwerpunkten. Die Regionalen Praxisnetze wirken darauf hin, dass Umfang und Qualität der Versorgung für die Versicherten nicht durch die bestehenden sektoralen Budgetgrenzen bestimmt werden. Vielmehr soll sich die Behandlung der Patientinnen und Patienten an dem Versorgungsbedarf orientieren. Dazu entwickeln die Regionalen Praxisnetze indikationsbezogene Versorgungskonzepte und bieten Leistungen an, die Patientinnen und Patienten stationäre Aufenthalte

te nach Möglichkeit ersparen. Derzeit existieren 19 Praxisnetze in Schleswig-Holstein. Damit ist Schleswig-Holstein das Bundesland mit der höchsten Netzdichte in Deutschland.

Durch Verringerung der Aufwendungen für veranlasste Leistungen soll die ambulante Versorgung gestärkt werden. Ziel der Regionalen Praxisnetze hierbei ist z.Z., Instrumentarien einer qualitätsgesicherten rationellen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie zu erproben.

2. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte, die in ein Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärztinnen und -ärzte tätig sind. MVZ nehmen als zugelassene Institutionen - neben zugelassenen und ermächtigten Ärztinnen und Ärzten sowie ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen - an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Zulassung muss durch den Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 SGB V ausgesprochen werden. Auch für MVZ gilt die Bedarfsplanung. Ein MVZ gründen können Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen (z.B. Vertragsärzte, Krankenhausträger nach § 108 SGB V, Apotheken nach § 129 SGB V, Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V).
3. Praxiskliniken nach § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Eine Praxisklinik muss im Gegensatz zu einem MVZ nicht fachübergreifend tätig sein.

7.2.23 Wie viele vernetzte Praxen gibt es in Schleswig-Holstein und wie hat sich die Zahl der Netze seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Siehe Antwort zu Frage 7.2.22 Ziffer 1; fünf dieser Netze, also knapp ein Viertel, sind seit dem Jahre 2000 entstanden. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein unterstützt die Bildung von Praxisnetzen seit der Gründung der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Rendsburg im Jahre 1996.

7.2.24 Wie viele Patienten werden in Schleswig-Holstein in vernetzten Praxen behandelt und wie hat sich die Zahl der Behandlungen seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein kann Zahlen zu insgesamt 13 Praxisnetzen auswerten; den übrigen sechs Netzen ist es nicht möglich, relevante Daten zusammenzustellen. Die Gründe dafür sind der Landesregierung nicht bekannt.

Bei den zugrunde liegenden 13 Praxisnetzen betrug im Jahr 2000 die Zahl der Behandlungsfälle rund 3,5 Millionen. Die Zahl der Behandlungen stieg bis zum Jahr 2006 auf rund 4,2 Millionen Fälle an. Die Entwicklung der Behandlungsfälle stieg somit in dem betrachteten Zeitraum von 2000 bis 2006 um circa 100.000 Fälle jähr-

lich.

Bei der Auswertung der genannten Zahlen ist zu beachten, dass die Berechnung auf der Basis eines Quartals ermittelt wurde. Hat ein Patient/eine Patientin beispielsweise in drei Quartalen eines Jahres eine Praxis aufgesucht, so entspricht dies drei Behandlungsfällen.

7.2.25. Welche Fachgruppen sind in welchem Anteilsverhältnis miteinander vernetzt (bitte nach dem Anteil der Fachgruppen Allgemeinärzte und Fachärzte aufgliedern)?

Antwort:

Netzübergreifend entfällt auf die Fachgruppe der Allgemeinärztinnen und -ärzte ein Anteil von 35 Prozent, auf die Fachärztinnen und -ärzte ein Anteil von 65 Prozent. Betrachtet man die einzelnen Netze, so bewegt sich der Anteil der Fachärztinnen und -ärzte zwischen 49 und 78 Prozent. Der Median des Anteils der Fachärztinnen und -ärzte liegt bei 62,5 Prozent.
(Quelle KV SH)

7.2.26. Welche Kooperationen mit welchen Behandlungsschwerpunkten zwischen den vernetzten Praxen und den Krankenhäusern sowie dem UK S-H gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Kooperationen zwischen Praxisnetzen und Kliniken sind der Landesregierung nicht bekannt.

Die KVSH stellt hierzu folgendes fest:

Die meisten Praxisnetze haben in ihren Statuten eine engere Verzahnung zwischen den Mitgliedspraxen und den regionalen Krankenhäusern aufgenommen. So ist das Praxisnetz Region Flensburg stark in die elektronische Vernetzung mit den örtlichen Krankenhäusern eingebunden. Ebenso das Praxisnetz Bad Oldesloe/ Reinfeld. Dies sind jedoch keine Behandlungsschwerpunkte, da sich die Kooperationen auf alle Behandlungen beziehen. Ob darüber hinaus weitere Kooperationen bestehen, entzieht sich unserer Kenntnis.

7.2.27. Wie und wo wird in Schleswig-Holstein die Möglichkeit genutzt, dass niedergelassene Ärzte als sog. „Case Manager“ ihre Patienten während eines stationären Aufenthaltes betreuen?

Antwort:

Dazu liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

7.2.28. Bestehen Kooperationen der vernetzten Praxen mit ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Kooperationen mit Pflegediensten und stationärer Pflege sind der Landesregierung nicht bekannt.

7.2.28.1. Falls ja, welche?

Antwort:

Entfällt

7.2.28.2. Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

7.2.29. Wie hoch schätzt die Landesregierung das Potential der vernetzten Praxen bei der vor- und nachstationären Behandlung in Schleswig-Holstein ein?

und

7.2.30. Ist aus Sicht der Landesregierung dieses Potential in Schleswig-Holstein bereits ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Generell gilt für Praxisnetze, dass sie schon aufgrund ihrer Struktur ein Potential für vor- und nachstationäre Behandlungen haben. Inwieweit vorhandene Potentiale genutzt werden oder nicht, kann aufgrund der Datenlage nicht geschätzt (siehe auch Antwort auf Frage 7.2.24) werden.

7.2.31. Stellen aus Sicht der Landesregierung vernetzte Praxen eine Ergänzung zu den stationären Angeboten dar?

Antwort:

Nein.

7.2.31.1. Falls ja, warum?

Antwort:

Entfällt.

7.2.31.2. Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Sie sind durch ihre Organisationsform und ihre vernetzte Struktur geeignet, Patientinnen und Patienten gezielt vor- und nachstationär zu versorgen und betreiben dadurch eine hohe Qualitätssicherung der ambulanten Behandlung (siehe auch Antwort

auf Frage 7.2.34).

7.2.32. Inwieweit werden bestehende Praxisnetze innerhalb der Krankenhausplanung berücksichtigt und, wenn diese bisher nicht berücksichtigt worden sind, sollen sie nach dem Willen der Landesregierung künftig berücksichtigt werden?

Antwort:

Bei der Krankenhausplanung werden vorhandene Versorgungsstrukturen (so auch Praxisnetze), soweit sie bekannt sind und Einfluss auf das stationäre Leistungs geschehen nehmen können, berücksichtigt.

7.2.32.1. Falls ja, in welchem Umfang?

Antwort:

Der Einfluss der Praxisnetze auf die stationäre Versorgung kann nur aufgrund von Erfahrungswerten eingeschätzt werden und lässt sich generell nicht beziffern.

7.2.32.2. Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Siehe 7.2.32.1.

7.2.33. Welche schmerzklinischen Konzepte gibt es im Rahmen der vor-, teil- und nachstationären Behandlung und wie sind hierbei Praxiskliniken und vernetzte Praxen in Schleswig-Holstein eingebunden?

Antwort:

Die AOK Schleswig-Holstein hat mit Wirkung zum 01.01.2007 einen Vertrag mit der Schmerzlinik Kiel GmbH & Co KG über die integrierte Versorgung gem. §§ 140 a-d SGB abgeschlossen. Der Vertrag regelt eine integrierte Versorgung für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen. Die integrierte Versorgung zielt auf eine koordinierte sektorenübergreifende Verzahnung der medizinischen Versorgungsbereiche ab. Durch eine abgestimmte Behandlungskontinuität werden die individuellen Versorgungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Zusätzlich ist eine sektorenübergreifende prä- und poststationäre Behandlung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte in das Konzept integriert.

7.2.34. Ist die Behandlung in vernetzten Praxen mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhausträger und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Durch die Behandlung in einem Praxisnetz erfahren die Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Behandlung, da sie nach neuesten evidenzbasierten Be-

handlungsmethoden therapiert werden und die (Netz-)Ärztinnen und Ärzte sich zur Teilnahme an Qualitätszirkeln verpflichten. Durch die Verordnung von wirtschaftlichen Arzneimitteln sparen die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Zuzahlungen (Generika, Packungsgrößen).

Die am Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der KVSH und der AOK SH teilnehmenden Praxisnetze erhalten gegebenenfalls anteilig als Bonus für wirtschaftliches Ordnungsverhalten im Rahmen des Arzneimittelbewertungsverfahrens entsprechende Vergütungen. Die AOK SH spart hierdurch ebenfalls Arzneimittelkosten.

Die Krankenhäuser profitieren durch elektronische Kommunikation mit Praxisnetzen (zum Beispiel in Flensburg). Dadurch können Behandlungsabläufe optimiert, zum Beispiel Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlung generell zielgerichtet fortgeführt beziehungsweise vorbereitet werden.

- 7.2.35. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den niedergelassenen ambulanten Leistungserbringern, Krankenhausträgern sowie den Kostenträgern notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Die bestehenden Rahmenbedingungen ermöglichen nach Ansicht der Landesregierung weitreichende Kooperationsmöglichkeiten der stationären und ambulanten Leistungsanbieter sowie Kostenträger. Die weitere Überwindung der sektoralen Grenzen bleibt auch das zukünftige Ziel der Landesregierung.

7.3. Verzahnung von akutstationärer und rehabilitativer Versorgung

- 7.3.1. Welche Ziele werden mit der Frührehabilitation, Frühmobilisation und Anschlussheilbehandlung in Schleswig-Holstein verfolgt (bitte jeweils getrennt aufschlüsseln)?

Antwort:

Generelles Ziel der angesprochenen Behandlungen ist die Festigung und Verbesserung der Behandlungsergebnisse. Die konkrete Aufgabenstellung hängt vom jeweils behandelten Krankheitsbild und der einzelnen Patientin/dem einzelnen Patienten ab.

- 7.3.2. Welche Angebote der Frührehabilitation, Frühmobilisation und Anschlussheilbehandlung gibt es in Schleswig-Holstein (bitte jeweils getrennt sowie nach ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten aufschlüsseln)?

Antwort:

Schleswig-Holstein verfügt über 54 stationäre sowie zehn ambulante Einrichtungen, mit denen Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Erbringung medizinischer Rehabilitationen bestehen. Die Einrichtungen sind überwiegend befähigt auch Anschlussheilbehandlungen zu erbringen. Darüber hinaus verfügt Schles-

wig-Holstein über 27 Mutter/Vater/Kind-Einrichtungen, von denen acht Einrichtungen neben den Vorsorgeleistungen medizinische Rehabilitationen in der besonderen Form der Mutter/Vater/Kind-Rehabilitation erbringen.

7.3.3. Welche ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungskonzepte gibt es in Schleswig-Holstein – und sind dabei Schwerpunkte erkennbar?

Antwort:

Jede der unter 7.3.2 genannten Einrichtungen verfügt über ein schriftliches individuelles indikationsspezifisches Rehabilitationskonzept, das aufseiten der gesetzlichen Krankenversicherungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Schleswig-Holstein abgestimmt ist. Die Gesamtheit der Konzepte in Schleswig-Holstein decken sämtliche Bereiche der Rehabilitation ab.

Im ambulanten Bereich sind der Landesregierung keine Konzepte bekannt. Quantitative Schwerpunkte liegen in den Bereichen der Neurologie, Onkologie und Orthopädie/Unfallchirurgie.

7.3.4. In welchen Krankenhäusern und Universitätskliniken Schleswig-Holsteins sind Angebote der Frührehabilitation und Frühmobilisation integraler Bestandteil?

Antwort:

Institutionell kann die akutstationäre Versorgung innerhalb der Fachabteilung Geriatrie als Frühmobilisierung angesehen werden. Die entsprechenden Krankenhäuser sind im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein ausgewiesen. Daneben sind im Rahmen der neurologischen Phase B der Frührehabilitation Kapazitäten geschaffen worden.

7.3.5. Wie sind die Angebote der Frührehabilitation, Frühmobilisation und Anschlussheilbehandlung in Schleswig-Holstein mit der akutstationären Behandlung in Krankenhäusern und den Universitätskliniken aufeinander abgestimmt und welche Kooperationen gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Auf der Grundlage der integrierten Versorgung der §§ 140 a-d SGB V in der primären Endoprothetik hat die AOK Schleswig-Holstein Verträge mit neun Akuthäusern abgeschlossen. Ziel dieser Versorgungsverträge ist die integrative Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer. Gegenstand ist die Behandlung von orthopädisch behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten in der Hüft- und Knieendoprothetik in Form einer phasenübergreifenden Versorgung. Die Verträge wurden mit Akutkrankenhäusern, Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation sowie niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten abgeschlossen.

Darüber hinaus sind Kooperationsvereinbarungen nicht genehmigungspflichtig und werden den Krankenkassen nicht vorgelegt.

7.3.6. Wie hoch schätzt die Landesregierung das Potential solcher Kooperationen in Schleswig-Holstein ein?

Antwort:

Eine Potentialanalyse liegt nicht vor.

7.3.7. Ist aus Sicht der Landesregierung dieses Potential in Schleswig-Holstein bereits ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Siehe 7.3.6.

7.3.8. Wie viele Patienten nehmen in Schleswig-Holstein Angebote der Frührehabilitation, Frühmobilisation und Anschlussheilbehandlung wahr und wie hat sich die Zahl der Behandlungen seit 2000 entwickelt (bitte jeweils getrennt aufschlüsseln)?

Antwort:

Die Anzahl der Anschlussrehabilitationen der AOK SH entwickelte sich pro 1000 Mitglieder von 2000 bis 2006 in zweistelligen prozentualen Zuwachsraten; ein Rückgang der Maßnahmen im Jahr 2006 ist weitestgehend dem Abschluss von Verträgen der integrierten Versorgung zuzuschreiben, die ihrerseits einen Teil der Anschlussrehabilitationen beheimaten. Kassenartenübergreifende Gesamtzahlen sowie Aussagen zu Frührehabilitation und Frühmobilisation liegen nicht vor.

2000	5,08	(pro 1.000 Mitglieder)
2001	6,11	20,28%
2002	6,78	10,97%
2003	9,11	34,37%
2004	9,09	-0,22%
2005	10,23	12,54%
2006	8,95	-12,51%

7.3.9. Wie lange muss ein Patient in Schleswig-Holstein durchschnittlich nach Abschluss der akutstationären Behandlung bis zur Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik warten – und wie hat sich die Wartezeit seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Die Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik soll binnen 14 Tagen nach der Akutbehandlung erfolgen. Es handelt sich dann um eine sogenannte Anschlussrehabilitation, die sich für die Krankenkassen in § 40 Abs. 6 SGB V definiert. Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation sind wenigstens

- abgeklungene Akutphase, zum Beispiel nach Herzinfarkt
- abgeschlossene Wundheilung, zum Beispiel nach Operationen und Traumen,
- erfolgte Frühmobilisation,
- Selbsthilfefähigkeit, zum Beispiel Waschen, Anziehen, Essen, Toilette,
- zumindest begrenzte Gehfähigkeit, zum Beispiel freies Gehen auf der Station, gegebenenfalls mit Hilfsmitteln, und
- Transportfähigkeit

Wartezeiten über diese 14 Tage Frist hinaus ergeben sich derzeit nicht.

- 7.3.10. Ist die Verzahnung von akutstationärer und rehabilitativer Versorgung mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhausträger und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Grundsätzlich sieht die Landesregierung, dass die Verzahnung von akutstationärer und rehabilitativer Versorgung mit positiven Effekten für die Patientinnen und Patienten verbunden ist. Arbeitsunfähigkeitszeiten können dadurch reduziert werden.

- 7.3.11. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den niedergelassenen ambulanten Leistungserbringern, Krankenhausträgern, Trägern von Rehabilitationseinrichtungen sowie den Kostenträgern notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Die bestehenden Rahmenbedingungen (insbesondere die Integrierte Versorgung) schaffen die Voraussetzungen, um flexible, dem Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten angemessene Versorgung zu gewährleisten.

- 7.3.12. Welche Angebote der stationären und teilstationären beziehungsweise tagesklinischen sowie ambulanten Geriatrie gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Stationäre und teilstationäre Angebote gibt es an 12 Kliniken in Flensburg, Husum, Heide, Rendsburg, Kiel, Eutin, Neumünster, Itzehoe, Elmshorn, Middelburg, Lübeck, Ratzeburg und Geesthacht, lediglich in Eutin wird nur eine stationäre geriatrische Versorgung angeboten. Die teilstationäre Versorgung dort wird im Rahmen eines Kooperationsvertrages am Standort Middelburg durchgeführt. Seit dem 01.01.2007 wird dieses Versorgungsangebot an vier Standorten in Flensburg, Heide, Lübeck und Itzehoe durch ambulante geriatrische Versorgung im Rahmen eines zweijährigen Modells zur ambulanten geriatrischen Versorgung (AGV-Modell) ergänzt.

- 7.3.13. Ist eine flächendeckende Versorgung an stationären und teilstationären beziehungsweise tagesklinischen geriatrischen Angeboten in Schleswig-Holstein gewährleistet? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Im Krankenhausplan sind insgesamt 578 Betten (vollstationäre Versorgung) und 198 tagesklinische Plätze flächendeckend an 13 Standorten verankert.

- 7.3.14. Wie sind die in Frage 7.3.12. genannten Angebote in Schleswig-Holstein mit der akutstationären Behandlung in Krankenhäusern und den Universitätsklinika abgestimmt und welche Kooperationen gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die Landesregierung hat die Geriatrie in Schleswig-Holstein bei den Akutkrankenhäusern angesiedelt. Die älteren Menschen werden dezentral, regional ausgewogen und orts- und bürgernah durch die Struktur von kleinen Krankenhäusern umfassend geriatrisch versorgt.

- 7.3.15. Wie hoch schätzt die Landesregierung das Potential solcher Kooperationen in Schleswig-Holstein ein?

Antwort:

Siehe 7.3.14.

- 7.3.16. Ist aus Sicht der Landesregierung dieses Potential in Schleswig-Holstein bereits ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Siehe 7.3.14.

- 7.3.17. In welchen Krankenhäusern und Universitätskliniken in Schleswig-Holstein sind geriatrische Angebote integraler Bestandteil?

Antwort:

Siehe 7.3.12.

Am UK S-H wird kein geriatrisches Angebot vorgehalten.

- 7.3.18. Wie viele Patienten in Schleswig-Holstein wurden stationär und teilstationär beziehungsweise in tagesklinischen Geriatrien behandelt und wie hat sich die Zahl der Behandlungen seit 2000 entwickelt (bitte jeweils getrennt aufschlüsseln)?

Antwort:

	Stationär:	Teilstationär:
2002	2.856	k.A.
2003	4.832	1.767
2004	5.460	1.881
2005	6.015	2.046
2006	7.381	2.187

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung)

- 7.3.19. Wie hoch war die durchschnittliche Verweildauer geriatrischer Patienten in stationären und teilstationären beziehungsweise in tagesklinischen Einrichtungen und wie hat sich diese seit 2000 entwickelt (bitte jeweils getrennt aufschlüsseln)?

Antwort:

	Stationär:	Teilstationär:
2002	24,60 Tage	k.A.
2003	21,66 Tage	15,7 Tage
2004	19,58 Tage	14,9 Tage
2005	20,30 Tage	13,8 Tage
2006	21,10 Tage	13,7 Tage

(Quelle: Eigene Erhebung auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung)

- 7.3.20. Ist die Verzahnung von akutstationärer und geriatrischer Versorgung mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhausträger und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Siehe 7.3.14.

- 7.3.21. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den niedergelassenen ambulanten Leistungserbringern, Krankenhausträgern sowie den Kostenträgern notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene geriatrische Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Die notwendigen Vertragsbedingungen werden aus dem AGV-Modellversuch entwickelt.

- 7.3.22. Wie viele tagesklinische Angebote gibt es in Schleswig-Holstein und welche Behandlungskonzepte werden dort verfolgt?

Antwort:

Das tagesklinische Angebot umfasst in Schleswig-Holstein die Fachbereiche Geriatrie, Pädiatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychiatrie, Psychosomatik, Frührehabilitation und Onkologie. Im Land stehen dafür momentan 844 Plätze zur Verfügung.

7.3.23. Wie sind diese Angebote in Schleswig-Holstein mit der akutstationären Behandlung in Krankenhäusern und den Universitätsklinika abgestimmt und welche Kooperationen gibt es in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Jedes tagesklinische Angebot ergänzt in der Regel das vollstationäre Angebot eines Krankenhauses und ist aufeinander abgestimmt.

7.3.24. Wie hoch schätzt die Landesregierung das Potential solcher Kooperationen in Schleswig-Holstein ein?

Antwort:

Die Landesregierung plant den Ausbau weiterer teilstationärer Angebote insbesondere in den Bereichen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kooperation mit vorhandenen stationären Angeboten. Dezentrale Tageskliniken und Angebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche befinden sich zurzeit im Ausbau. Außerdem sollen in Zukunft verstärkt integrierende Versorgungssysteme ausgebaut werden.

7.3.25. Ist aus Sicht der Landesregierung dieses Potential in Schleswig-Holstein bereits ausgeschöpft? – Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Siehe 7.3.24.

7.3.26. Wie viele Patienten in Schleswig-Holstein wurden in Tageskliniken behandelt und wie hat sich die Zahl der Behandlungen seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Siehe 7.2.6.

7.3.27. Ist die Verzahnung von ambulanter, akutstationärer und tagesklinischer Versorgung mit qualitativen und finanziellen Vorteilen für die Patienten, Leistungserbringer, Krankenhausträger und Kostenträger verbunden – falls ja, mit welchen und wie werden diese gemessen?

Antwort:

Grundsätzlich sieht die Landesregierung, dass die Verzahnungen von ambulanter, akutstationärer und tagesklinischer Versorgung mit positiven Effekten für die Patienten verbunden sind. Konkrete wissenschaftliche Untersuchungen liegen zu diesem Themenkomplex nicht vor. Monetäre Effekte sind nicht messbar.

- 7.3.28. Welche Vertragsbedingungen sind aus Sicht der Landesregierung zwischen den niedergelassenen ambulanten Leistungserbringern, Krankenhausträgern sowie den Kostenträgern notwendig, um eine flexible, dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene tagesklinische Versorgung, zu gewährleisten?

Antwort:

Die bestehenden Rahmenbedingungen (insbesondere die Integrierte Versorgung) schaffen die Voraussetzungen um flexible dem Gesundheitszustand des Patienten angemessene tagesklinische Versorgung zu gewährleisten.

8. Gesundheitswirtschaft

8.1. Standortfaktoren

- 8.1.1. Welche Faktoren prädestinieren Schleswig-Holstein als Standort für die Ansiedlung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft
- 8.1.2. Sind der Landesregierung Gründe bekannt, warum sich Unternehmen der Gesundheitswirtschaft nicht in Schleswig-Holstein niederlassen? Falls ja, welche Faktoren werden genannt und was unternimmt die Landesregierung zur Attraktivitätssteigerung für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft?

Antwort auf die Fragen 8.1.1. und 8.1.2.

Gesundheitswirtschaft umfasst als Oberbegriff mehrere Branchen mit durchaus unterschiedlichen Standortanforderungen. Generell lässt sich feststellen, dass Schleswig-Holstein in allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, insbesondere der Medizintechnik innovative Unternehmen aufweisen kann, eine hoch entwickelte Infrastruktur sowie leistungsstarke Wissenschafts-, Aus-, Fort- und Weiterbildungs- und Forschungseinrichtungen bietet und hervorragende Möglichkeiten der Kooperation zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Gesundheitsdienstleistern bestehen. Daneben verfügt Schleswig-Holstein über eine gute Gesundheitsinfrastruktur mit einem leistungsstarken ambulanten und stationären Sektor, eine gesunde Umwelt mit einem ausgezeichneten Klima und eine gut entwickelte touristische Infrastruktur.

Im bundesweiten Wettbewerb bietet Schleswig-Holstein daher sehr gute Standortbedingungen für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, die durch die insbesondere auf kleine und mittlere Unternehmen ausgerichteten Fördermöglichkeiten für Investitionen, aber auch im Forschungs- und Entwicklungsbereich flankiert werden.

Aus dem Bereich der Gesundheitswirtschaft sind daher auch regelmäßig Ansiedlungen kleiner Unternehmen zu verzeichnen. Bei größeren Ansiedlungen produzierender Unternehmen befindet sich Schleswig-Holstein jedoch in einem internationalen Standortwettbewerb, in dem weitere Standortfaktoren wie Steuerbelastung, Kosten des Faktors Arbeit, Höhe von Beihilfen und ähnliches relevant sind. Hinzu kommen die Einschätzungen der Großunternehmen über die Marktentwicklungschancen an den jeweiligen Standorten.

Dies führt insgesamt dazu, dass Neuansiedlungen größerer produzierender Unternehmen der Gesundheitswirtschaft erheblich schwerer in Schleswig-Holstein zu realisieren sind. Bei den produzierenden Unternehmen liegt das Hauptaugenmerk der Förderung daher auf der Unterstützung der bereits ansässigen Betriebe, um ihre Position auf dem Weltmarkt zu stärken und ihnen Entwicklungsmöglichkeiten im Land zu eröffnen. Dazu standen bis zum Jahr 2006 Mittel aus dem Regionalprogramm 2000 und daran anschließend aus dem Zukunftsprogramm Wirtschaft bereit. Aus Mitteln des Zukunftsprogramms Wirtschaft sollen eine Reihe von Projekten unterstützt werden, wie z. B. die Errichtung eines Fraunhofer-Instituts für marine Biotechnologie in Lübeck und die deutliche Ausweitung der F+E-Fördermöglichkeiten, die die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein weiter stärken werden.

Die Förderung von Technologie und Innovation an der Schnittstelle von Wissenschaft und Wirtschaft erfolgt insbesondere in den Bereichen, die von herausragenden Inte-

ressen des Landes sind und die entsprechenden wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Potentiale aufweisen. Dazu gehört die Medizintechnik und Biotechnologie. Auch im Schleswig-Holstein-Fonds standen und stehen Mittel für herausragende Projekte zur Verfügung, beispielsweise für das Partikeltherapiezentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein oder das Exzellenzcluster „Inflammation at Interfaces“.

Im Tourismusbereich ist Schleswig-Holstein nach wie vor ein attraktiver Standort, an dem beispielsweise in den letzten Jahren und aktuell eine Reihe qualitativ hochwertiger Hotelanlagen errichtet wurden und werden, die auch auf das Segment Gesundheitstourismus setzen.

8.1.3. Gibt es Einrichtungen in Schleswig-Holstein, die sich auf Technologietransfer und Vermarktung von Produkten, Verfahren und Dienstleistungen aus dem Gesundheitsbereich spezialisiert haben? Falls ja, welche?

Antwort:

Dienstleistungen im Bereich des Technologietransfers und sonstige Unterstützungsdienstleistungen für Forschungseinrichtungen und Unternehmen der Medizintechnik und der Biotechnologie werden erbracht durch folgende Einrichtungen:

- WTSH Wirtschaftsförderung und Technologietransfer Schleswig-Holstein GmbH,
- Norgenta Norddeutsche Life Science Agentur GmbH,
- AGMT Arbeitsgemeinschaft Medizintechnik in Schleswig-Holstein e.V.,
- MedRegio Lübeck – Kompetenzzentrum eHealth GmbH,
- UniTransferKlinik Lübeck (in Gründung).

8.2. Medizintechnik

8.2.1. Wie viele medizintechnische Unternehmen gibt es derzeit in Schleswig-Holstein und in welchen Bereichen/Sparten sind sie tätig?

Vorbemerkung:

Die amtliche Statistik ist als Grundlage für die Ermittlung der Unternehmenszahlen unzureichend, da sie in ihrer Klassifikation der Wirtschaftszweige nur Teilbereiche der Medizintechnik abbildet.

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) hat das Statistik-Amt Nord eine Anzahl von 60 Betrieben (Stand: 2006) ermittelt.

Die Landesregierung hingegen zählt rund 200 Unternehmen zur Medizintechnik-Branche. Die genannten Zahlen stammen aus den Recherchen zur Machbarkeitsstudie Medizintechnik-Campus aus dem Jahr 2002 und schließen auch Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten sowie branchenbezogene Zulieferer- und Dienstleistungsbetriebe mit ein.

Eine Aufschlüsselung der Unternehmen nach den in der Fragestellung genannten Kriterien ist aufgrund der vorhandenen Daten nicht möglich.

8.2.2. Wie hat sich die Zahl der Unternehmen seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) hat das Statistik-Amt Nord für das Jahr 2000 eine Betriebsanzahl von 62 Betrieben und für 2006 von 60 Betrieben ermittelt. Die Zahl ist damit nahezu konstant geblieben.

Vergleichszahlen für die Betrachtung der gesamten Medizintechnik-Branche liegen nicht vor.

8.2.3. Wie viele Personen sind in schleswig-holsteinischen medizintechnischen Unternehmen seit 2000 beschäftigt?

Bitte aufschlüsseln nach Unternehmen:

8.2.3.1. mit weniger als 20 Beschäftigten:

8.2.3.2. mit 20 bis 49 Beschäftigten:

8.2.3.3. mit 50 bis 99 Beschäftigten:

8.2.3.4. mit 100 oder mehr Beschäftigten:

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) beantwortet das Statistik-Amt Nord die Frage wie folgt:

Betriebe und Beschäftigte im Wirtschaftszweig Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1)			
Beschäftigtengrößenklassen*	Jahr	Betriebe	Beschäftigte
unter 50 Beschäftigte	2002	1	.
	2003	2	.
	2004	1	.
	2005	1	.
	2006	1	.
50-99 Beschäftigte	2002	5	367
	2003	6	449
	2004	6	416
	2005	5	349
	2006	5	334
100-249 Beschäftigte	2002	7	1.086
	2003	6	974
	2004	5	936
	2005	6	961
	2006	5	927
250 und mehr Beschäftigte	2002	5	3.040
	2003	4	2.736
	2004	4	2.810
	2005	4	2.847
	2006	5	2.906

. Wert unterliegt der Geheimhaltung

* Angaben zu den in der Frage vorgegebenen Beschäftigtengrößenklassen liegen dem Statistikamt Nord nicht vor.

Quelle: Monatsbericht für Betriebe im Bereich Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Vergleichszahlen für die Betrachtung der gesamten Medizintechnik-Branche liegen nicht vor.

- 8.2.4. Wie hat sich die Zahl der Beschäftigten in schleswig-holsteinischen medizintechnischen Unternehmen seit 2000 entwickelt?
- 8.2.4.1. mit Schulabschluss und Berufsausbildung
- 8.2.4.2. mit Fachhochschulabschluss oder Hochschulabschluss?

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) beantwortet das Statistik-Amt Nord die Frage wie folgt:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bereich Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) in Schleswig-Holstein von 2000 bis 2007			
Jahre¹	Beschäftigte		
	insgesamt	mit Berufsausbildung	mit Fachhoch-/Hochschulabschluss
2000	6 801	4 466	527
2001	6 541	4 311	486
2002	6 619	4 357	514
2003	6 428	4 143	552
2004	6 441	4 131	594
2005	6 136	3 882	595
2006	6 050	3 691	621
2007	6 067	3 617	654

¹ Stichtag 31.03.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Vergleichszahlen für die Betrachtung der gesamten Medizintechnik-Branche liegen nicht vor.

- 8.2.5. Wie hat sich die Zahl der Auszubildenden sowie die Ausbildungsquote in den schleswig-holsteinischen medizintechnischen Unternehmen seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) beantwortet das Statistik-Amt Nord die Frage wie folgt:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte insgesamt und in Ausbildung im Bereich Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) in Schleswig-Holstein 2000 bis 2007			
Jahre¹⁾	Beschäftigte		Anteil der Auszubildenden an Beschäftigten insgesamt in %
	insgesamt	darunter: Auszubildende	
2000	6 801	470	6,9
2001	6 541	425	6,5
2002	6 619	396	6,0
2003	6 428	412	6,4
2004	6 441	403	6,3
2005	6 136	410	6,7
2006	6 050	387	6,4
2007	6 067	389	6,4

¹⁾ Stichtag 31.03.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Vergleichszahlen für die Betrachtung der gesamten Medizintechnik-Branche liegen nicht vor.

8.2.6. Wie hoch ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der schleswig-holsteinischen Medizintechnik im Vergleich zu den Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes und der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins – und wie hat sich dieser Anteil seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) beantwortet das Statistik-Amt Nord die Frage wie folgt:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bereich Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) in Schleswig-Holstein 2000 bis 2007				
Jahre¹⁾	Beschäftigte		Anteil am Verarbeitenden Gewerbe in %	Anteil an der Bevölkerung in %
	Verarbeitendes Gewerbe	Herstellung von Medizinischen Geräten u.s.w		
2000	163 097	6 801	4,17	0,24
2001	162 181	6 541	4,03	0,23
2002	158 292	6 619	4,18	0,24
2003	152 480	6 428	4,22	0,23
2004	147 393	6 441	4,37	0,23
2005	143 239	6 136	4,28	0,22
2006	141 826	6 050	4,27	0,21
2007	143 124	6 067	4,24	0,21

¹⁾ Stichtag 31.03.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Statistikamt Nord (Bevölkerungsfortschreibung)

Im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet ist der Anteil der in der WZ 33.1. Beschäftigten an den insgesamt im verarbeitenden Gewerbe sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit etwa 4,2 Prozent doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt (2,1 Prozent).

Vergleichszahlen für die Betrachtung der gesamten Medizintechnik-Branche liegen nicht vor.

8.2.7. Wie hat sich der Umsatz schleswig-holsteinischer Unternehmen seit 2000 entwickelt? Bitte aufschlüsseln nach:

8.2.7.1. Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten:

8.2.7.2. Unternehmen mit 20 bis 49 Beschäftigten:

8.2.7.3. Unternehmen mit 50 bis 99 Beschäftigten:

8.2.7.4. Unternehmen mit 100 oder mehr Beschäftigten:

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1) beantwortet das Statistik-Amt Nord die Frage wie folgt. Daten liegen erst seit 2002 vor:

Betriebe, Beschäftigte und Gesamtumsatz im Wirtschaftszweig Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1)		
Beschäftigtengrößenklassen*	Jahr	Gesamtumsatz in Euro
unter 50 Beschäftigte	2002	.
	2003	.
	2004	.
	2005	.
	2006	.
50-99 Beschäftigte	2002	33.897.936
	2003	43.619.366
	2004	40.406.543
	2005	24.067.847
	2006	31.702.555
100-249 Beschäftigte	2002	124.436.356
	2003	114.425.273
	2004	117.090.176
	2005	122.690.978
	2006	124.293.082
250 und mehr Beschäftigte	2002	678.758.636
	2003	727.464.924
	2004	1.165.942.926
	2005	1.353.207.919
	2006	1.390.243.196

. Wert unterliegt der Geheimhaltung

* Angaben zu den in der Frage vorgegebenen Beschäftigtengrößenklassen liegen dem Statistikamt Nord nicht vor.

Quelle: Monatsbericht für Betriebe im Bereich Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Vergleichszahlen für die Betrachtung der gesamten Medizintechnik-Branche liegen nicht vor.

8.2.7.5. Gesamtumsatz:

8.2.7.6. Auslandsanteil am Umsatz:

Antwort:

Herstellung von medizinischen Geräten und orthopädischen Vorrichtungen (WZ 33.1)				
Jahr	Gesamtumsatz	Davon		Investitionen
		Auslandsumsatz		
	in 1000 Euro		in %	in 1000 Euro
2000	849.235	344.727	40,6	25.432
2001	911.797	448.972	49,2	12.858
2002	931.664	461.917	49,6	20.888
2003	988.750	556.226	56,3	22.434
2004	1.428.958	1.072.682	75,1	24.457
2005	1.614.255	1.258.986	78,0	16.019
2006	1.646.057	1.308.458	79,5	19.365

¹ Betriebe mit im allgemeinen 20 und mehr Beschäftigten

Quelle: Monatsbericht für Betriebe im Bereich Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Die Zahlen belegen ein starkes Umsatzwachstum über den Betrachtungszeitraum sowie nahezu eine Verdoppelung des Anteils des Auslandsumsatzes am Gesamtumsatz. Dies zeigt die internationale Konkurrenzfähigkeit des Wirtschaftszweiges.

8.2.8. Welche sind die wichtigsten Handelspartner schleswig-holsteinischer Medizintechnikunternehmen?

Bitte aufschlüsseln nach:

- 8.2.8.1 Mitgliedstaaten der EU
- 8.2.8.2. andere europäische Länder
- 8.2.8.3. Amerika
 - 8.2.8.3.1. USA
 - 8.2.8.3.2. Kanada
- 8.2.8.4. Asien
 - 8.2.8.4.1. Japan
 - 8.2.8.4.2. China
 - 8.2.8.4.3. Südkorea
 - 8.2.8.4.4. Naher und mittlerer Osten
- 8.2.8.5. Afrika
- 8.2.8.6. Australien – Ozeanien

Antwort:

Die Außenhandelsstatistik ist die einzige Quelle, die eine Darstellung der Auslandsverflechtung der heimischen Wirtschaft im Hinblick auf die Partnerländer für Ausfuhren und Einfuhren ermöglicht. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsverfahren und Definitionen sind die Ergebnisse der Außenhandelsstatistik mit den Zahlen zum Auslandsumsatz aus der Statistik des Verarbeitenden Gewerbes allerdings nicht vergleichbar. Hieraus erklärt sich die unterschiedliche Höhe des Ausfuhrwertes im Ver-

gleich zum Auslandsumsatz. Die nachstehende Tabelle zeigt die geografische Aufgliederung der Ausfuhren und Einfuhren medizinischer Geräte aus beziehungsweise nach Schleswig-Holstein nach den Ergebnissen der Außenhandelsstatistik.

Ausfuhr und Einfuhr des Landes Schleswig-Holstein Medizinische Geräte und orthopädische Vorrichtungen Exporte und Importe nach Regionen 2005 und 2006				
Länder	2005		2006	
	Ausfuhr	Einfuhr	Ausfuhr	Einfuhr
	T€	T€	T€	T€
Außenhandel SH insgesamt	16.283.469	18.279.028	17.372.568	25.563.543
	T€	T€	T€	T€
Mediz. Geräte . . . Insgesamt	643.707	272.795	721.978	387.775
EU-Mitgliedstaaten¹	247.010	53.701	307.021	86.429
andere europ. Länder²	67.460	12.816	69.769	18.611
Amerika	165.414	169.529	181.424	244.043
- USA	110.243	166.465	145.962	241.815
- Kanada	4.610	283	6.498	607
Asien³	135.570	35.434	136.252	37.060
- Japan	59.404	7.952	45.212	7.846
- China	29.745	18.372	28.398	19.905
- Südkorea	4.107	830	3.201	715
- Naher und Mittlerer Osten	31.524	2.116	44.250	1.951
Darunter Indien	6.375	75	9.895	81
Pakistan	858	800	738	562
Afrika	17.014	116	16.128	167
Australien	10.772	1.199	11.383	1.465

1: Stand der EU-Mitgliedschaft 01.01.2007

2: Einschließlich Kaukasus und Zentralasien (gem. Systematik in der Außenhandelsstatistik)

3: Einschließlich Länder des Nahen und Mittleren Ostens

Quelle: Auskunft des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein

8.2.9. Worin liegen produktspezifische Schwerpunkte der schleswig-holsteinischen Medizintechnik?

Antwort:

Die Medizintechnik-Branche in Schleswig-Holstein ist äußerst heterogen strukturiert. Dies betrifft sowohl die Unternehmensgrößen als auch die inhaltlichen Schwerpunkte. Vergleichsweise stark vertreten sind die Bereiche:

- Implantatentwicklung,
- Intensivmedizin,
- OP-Technik,
- Chirurgiebedarf.

- 8.2.10. Gibt es eine regionale Konzentration medizintechnischer Unternehmen in Schleswig-Holstein – und wenn ja, wo?

Antwort:

Eine stärkere regionale Konzentration medizintechnischer Unternehmen ist im Raum Lübeck sowie im Hamburger Randgebiet zu finden.

8.3. Forschende und produzierende Arzneimittelhersteller

- 8.3.1. Wie viele Arzneimittel produzierende Unternehmen gibt es derzeit in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Nach Angaben des Statistik-Amtes Nord gibt es in Schleswig-Holstein 22 pharmazeutische Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten (Angabe für 2006). Insgesamt verfügen 54 Arzneimittel produzierende Unternehmen über eine Herstellungserlaubnis nach § 13 Arzneimittelgesetz.

- 8.3.2. Wie viele Arzneimittelhersteller in Schleswig-Holstein haben neben der Produktion auch eine Forschungsabteilung?

Antwort:

Insbesondere die großen multinational operierenden Konzerne verfügen über eigene Forschungsabteilungen; in der mittelständischen Pharmaindustrie ist dies eher die Ausnahme. Hier findet man gegebenenfalls Abteilungen, die sich mit der Weiterentwicklung von Produkten oder Herstellungsverfahren beschäftigen. Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Herstellungsstätten und der Forschungsabteilungen in Schleswig-Holstein ist nicht darstellbar, da Forschungsabteilungen von größeren Konzernen sich nicht am Ort der Betriebsstätte der Herstellung befinden müssen. Genaue Zahlen liegen nicht vor, da die Forschungstätigkeit im Rahmen der Arzneimittelüberwachung nicht gesondert erfasst wird.

- 8.3.3. Wie hat sich die Zahl der Unternehmen seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“ (WZ 24.4) hat das Statistik-Amt Nord für das Jahr 2000 eine Betriebsanzahl von 21 Betrieben und für 2006 von 22 Betrieben ermittelt. Die Anzahl ist damit nahezu konstant geblieben. Die Zahl der Unternehmen mit Herstellungserlaubnis nach § 13 AMG ist seit 2000 rückläufig. Im Jahr 2000 verfügten noch 74 Betriebe über eine Herstellungserlaubnis.

- 8.3.4. Wie viele Personen sind bei schleswig-holsteinischen Arzneimittelherstellern seit 2000 beschäftigt?

Bitte aufschlüsseln nach Unternehmen:

- 8.3.4.1. mit weniger als 20 Beschäftigten;
8.3.4.2. mit 20 bis 49 Beschäftigten;

- 8.3.4.3. mit 50 bis 99 Beschäftigten;
8.3.4.4. mit 100 oder mehr Beschäftigten.

Antwort:

Für den Teilbereich Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4) nennt das Statistik-Amt-Nord die folgenden Zahlen. Daten liegen erst seit 2002 vor:

Betriebe, Beschäftigte und Gesamtumsatz im Wirtschaftszweig Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4)			
Beschäftigtengrößenklassen*	Jahr	Betriebe	Beschäftigte
unter 50 Beschäftigte	2002	-	-
	2003	-	-
	2004	-	-
	2005	1	.
	2006	1	.
50-99 Beschäftigte	2002	1	.
	2003	2	.
	2004	2	.
	2005	2	.
	2006	-	-
100-249 Beschäftigte	2002	5	819
	2003	5	798
	2004	6	918
	2005	5	767
	2006	4	624
250 und mehr Beschäftigte	2002	8	5.967
	2003	8	6.346
	2004	8	6.261
	2005	9	6.756
	2006	10	7.145

. Wert unterliegt der Geheimhaltung

* Angaben zu den in der Frage vorgegebenen Beschäftigtengrößenklassen liegen dem Statistikamt Nord nicht vor.

Quelle: Monatsbericht für Betriebe im Bereich Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

- 8.3.5. Wie hat sich die Zahl der Auszubildenden sowie die Ausbildungsquote der schleswig-holsteinischen Arzneimittelhersteller seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Die folgende Übersicht zeigt einen stetigen Anstieg der Zahl der Auszubildenden seit 2000. Seit 2005 entwickelt sich auch der Anteil der Auszubildenden an den insgesamt im Bereich der pharmazeutischen Industrie Beschäftigten positiv.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte insgesamt und in Ausbildung im Bereich Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4) in Schleswig-Holstein von 2000 bis 2007			
Jahre¹⁾	Beschäftigte		Anteil an insgesamt in %
	insgesamt	darunter: Auszubildende	
2000	5 546	129	2,33
2001	6 346	133	2,10
2002	6 806	139	2,04
2003	7 114	149	2,09
2004	7 104	139	1,96
2005	7 387	172	2,33
2006	7 338	176	2,40
2007	7 306	207	2,83

¹⁾ Stichtag 31.03.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

8.3.6. Wie hoch ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der schleswig-holsteinischen Arzneimittelhersteller im Vergleich zu den Beschäftigten des verarbeitenden Gewerbes und der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins – und wie hat sich dieser Anteil seit 2000 entwickelt?

Antwort:

Das Statistikamt-Nord nennt für den Wirtschaftszweig folgende Zahlen:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Bereich Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4) in Schleswig-Holstein 2000 bis 2007				
Jahre¹⁾	Beschäftigte		Anteil am Verarbeitenden Gewerbe in %	Anteil an der Bevölkerung in %
	Verarbeitendes Gewerbe	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen		
2000	163 097	5 546	3,40	0,20
2001	162 181	6 346	3,91	0,23
2002	158 292	6 806	4,30	0,24
2003	152 480	7 114	4,67	0,25
2004	147 393	7 104	4,82	0,25
2005	143 239	7 387	5,16	0,26
2006	141 826	7 338	5,17	0,26
2007	143 124	7 306	5,10	0,26

¹⁾ Stichtag 31.03.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Statistikamt Nord (Bevölkerungsfortschreibung)

Der Anteil von um die fünf Prozent an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im verarbeitenden Gewerbe zeigt die besonders hohe Bedeutung der pharmazeutischen Industrie in Schleswig-Holstein im Vergleich zu den anderen Bundesländern (Anteil bundesweit circa zwei Prozent).

8.3.7. Wie hat sich der Umsatz schleswig-holsteinischer Unternehmen seit 2000 entwickelt?

Bitte aufschlüsseln nach:

- 8.3.7.1. Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten;
- 8.3.7.2. Unternehmen mit 20 bis 49 Beschäftigten;
- 8.3.7.3. Unternehmen mit 50 bis 99 Beschäftigten;
- 8.3.7.4. Unternehmen mit 100 oder mehr Beschäftigten;

Antwort:

Für den Teilbereich „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4) beantwortet das Statistik-Amt Nord die Frage wie folgt. Zahlen liegen erst seit 2002 vor:

Betriebe, Beschäftigte und Gesamtumsatz im Wirtschaftszweig Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4)			
Beschäftigtengrößenklassen	Jahr	Beschäftigte	Gesamtumsatz in Euro
100-249 Beschäftigte	2002	819	197.917.249
	2003	798	218.246.619
	2004	918	241.550.929
	2005	767	244.039.141
	2006	624	152.012.615
250 und mehr Beschäftigte	2002	5.967	1.808.815.773
	2003	6.346	1.805.082.319
	2004	6.261	1.923.437.986
	2005	6.756	2.112.222.854
	2006	7.145	2.224.589.534

Werte für die unter 100 Beschäftigten unterliegen der Geheimhaltung (zu wenige Unternehmen)

Quelle: Monatsbericht für Betriebe im Bereich Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

8.3.7.5. Gesamtumsatz;

8.3.7.6. Auslandsanteil am Umsatz.

Antwort:

Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen (WZ 24.4)				
Jahr	Gesamtumsatz	Davon Auslandsumsatz		Investitionen
	in 1000 Euro		in %	in 1000 Euro
2000	2.148.017	450.903	20,1	57.913
2001	2.200.236	479.610	21,8	49.912
2002	2.048.310	497.465	24,3	49.828
2003	2.066.081	526.053	25,5	48.919
2004	2.215.843	661.157	29,8	83.661
2005	2.411.556	703.221	29,2	41.676
2006	2.427.541	766.128	31,6	41.557

¹ Betriebe mit im Allgemeinen 20 und mehr Beschäftigten

Quelle: Monatsbericht für Betriebe im Bereich Verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden

Die Tabelle zeigt, dass der Auslandsumsatz seit dem Jahr 2000 kontinuierlich zugenommen hat. Der Anteil des Exportumsatzes ist von circa 20 Prozent im Jahr 2000 auf gut 30 Prozent im Jahr 2006 gestiegen. Dies belegt die Verfestigung der internationalen Einbindung der Branche und eine zunehmende Bedeutung der Auslandsmärkte für die Produzenten.

8.3.8. Welches sind die wichtigsten Handelspartner schleswig-holsteinischer Arzneimittelhersteller?

Bitte aufschlüsseln nach:

- 8.3.8.1. Mitgliedsstaaten der EU
- 8.3.8.2. andere europäische Länder
- 8.3.8.3. Amerika
 - 8.3.8.3.1. U.S.A.
 - 8.3.8.3.2. Kanada
- 8.3.8.4. Asien
 - 8.3.8.4.1. Japan
 - 8.3.8.4.2. China
 - 8.3.8.4.3. Südkorea
 - 8.3.8.4.4. Naher und Mittlerer Osten
- 8.3.8.5. Afrika
- 8.3.8.6. Australien – Ozeanien

Antwort:

Aus der Außenhandelsstatistik sind Ein- und Ausfuhrzahlen für die Warengruppe „Pharmazeutische Erzeugnisse“ regionalisiert verfügbar. (siehe auch die Vorbemerkung zur Antwort auf die Frage 8.2.8.)

**Ausfuhr und Einfuhr des Landes Schleswig-Holstein
Pharmazeutische Erzeugnisse
Exporte und Importe nach Regionen 2005 und 2006**

Länder	2005		2006	
	Ausfuhr	Einfuhr	Ausfuhr	Einfuhr
Außenhandel SH insgesamt	T€ 16.283.469	T€ 18.279.028	T€ 17.372.568	T€ 25.563.543
Pharmaz. Erzeugnisse: insgesamt	T€ 512.707	T€ 1.472.295	T€ 552.490	T€ 1.804.676
EU-Mitgliedstaaten¹	363.053	1.293.851	367.759	1.567.001
andere europ. Länder²	30.565	7.906	37.991	10.434
Amerika	22.152	122.972	26.870	179.013
- USA	9.519	116.012	10.187	172.688
- Kanada	2.819	6.914	2.560	6.318
Asien³	78.730	25.792	102.010	33.779
- Japan	15.651	21.925	22.287	29.980
- China	5.391	2.297	6.222	2.616
- Südkorea	6.568	76	10.586	10
- Naher und Mittlerer Osten	36.607	1.487	45.915	996
darunter Indien	1.407	426	2.176	194
Pakistan	1.426	0	1.943	0
Afrika	12.852	58	16.882	43
Australien	5.333	21.717	8.084	18.473

1: Stand der EU-Mitgliedschaft 01.01.2007

2: Einschließlich Kaukasus und Zentralasien (gem. Systematik in der Außenhandelsstatistik)

3: Einschließlich Länder des Nahen und Mittleren Ostens

Quelle: Auskunft des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein

8.3.9. Worin liegen produktspezifische Schwerpunkte der schleswig-holsteinischen Arzneimittelhersteller?

8.3.10. Wo liegen die Forschungsschwerpunkte der schleswig-holsteinischen Arzneimittelhersteller?

Antworten auf die Fragen 8.3.9. und 8.3.10.:

Die pharmazeutischen Unternehmen in Schleswig-Holstein sind in sehr unterschiedlichen Marktfeldern tätig (Reproduktionsmedizin, Geburtshilfe, Krebstherapie, Krebsdiagnostik, Dermatologie, Hygiene, Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselmedikamente, Impfstoffe u.a. gegen Grippe und Hepatitis etc). Auch die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten der einzelnen Unternehmen sind sehr unterschiedlich. Besonders die mittleren Unternehmen sind stetig dabei ihre Produkte den Marktgegebenheiten anzupassen, dementsprechend sind ihre Entwicklungsaktivitäten sehr auf das jeweilige Produkt bezogen.

8. 4. Anbieter von Rehabilitationsleistungen in Schleswig-Holstein

8.4.1. Wie viele Anbieter von medizinischen und geriatrischen Rehabilitationsleistungen gibt es in Schleswig-Holstein (Bitte aufschlüsseln nach Einrichtungen und Zahl der Plätze)?

Antwort:

Nach Angaben des Statistischen Amtes Nord lag die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2006 in Schleswig-Holstein bei 76. Diese hatten 11.273 Betten und behandelten 134.844 Patientinnen und Patienten. Eine Aufstellung nach Einzel-einrichtungen ist aus Gründen der statistischen Geheimhaltung nicht möglich.

8.4.2. Wie viele Menschen sind in diesem Bereich beschäftigt?

Antwort:

In den unter 8.4.1. genannten 76 Rehabilitationseinrichtungen waren 2006 insgesamt 5.898 Personen beschäftigt

8.4.3. Welchen Anteil haben die schleswig-holsteinischen Anbieter von medizinischen und geriatrischen Rehabilitationsleistungen an der Bruttowertschöpfung des Landes?

Antwort:

Hierzu liegen laut Statistischem Amt Nord keine Angaben vor.

8.4.4. Welchen Beitrag leisten die schleswig-holsteinischen Anbieter von medizinischen und geriatrischen Rehabilitationsleistungen zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt?

Antwort:

Hierzu liegen laut Statistischem Amt Nord keine Angaben vor.

8.4.5. Wie viele Vertragsärzte verfügten zum 1. April 2007 über die notwendige Qualifikation zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wie viel Prozent der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte insgesamt sind das?

Antwort:

Zum 1. April 2007 verfügten 1.576 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über die notwendige Qualifikation zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Dies entspricht einem Anteil von 41 Prozent der Vertragsärztinnen und Vertragsärzten Schleswig-Holsteins. Darüber hinaus besitzen 24 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen in Schleswig-Holstein die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen, was unter anderem die Befähigung zur selbständigen Erstellung individueller Rehabilitationspläne beinhaltet. Diese Ärzte und Ärztinnen verteilen sich auf 13 Kreise in Schleswig-Holstein.

8.4.6. Wie sind diese Ärztinnen und Ärzte regional verteilt?

Antwort:

Die regionale Verteilung entspricht der regionalen Verteilung aller zugelassener Vertragsärztinnen und -ärzte.

8.4.7. Rechnet die Landesregierung mit einer Zunahme von Leistungen der medizinischen und geriatrischen Rehabilitation durch die Verankerung in das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz als Pflichtleistung?

Antwort:

Nein, da zum einen in Schleswig-Holstein die geriatrische Versorgung im Akut-Bereich und nicht im Rehabilitationsbereich durchgeführt wird. Zum anderen stellen die Pflichtleistungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation zwar aus Sicht der Patienten eine Leistungsverbesserung dar, da die Krankenkassen keinen Ermessensspielraum mehr für eine Leistungsgewährung haben, doch in der Praxis werden sich kaum Änderungen ergeben, da die Leistungen bereits vorher schon in den Satzungen der meisten Krankenkassen verankert waren und in Anspruch genommen wurden.

8.4.8. Welche Zunahme wird prognostiziert und auf welcher Grundlage erfolgt die Prognose?

Antwort:

Entfällt

8.4.9. Welche Auswirkungen erwartet die Landesregierung auf die Anbieter in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Keine, und im Bereich der geriatrischen Rehabilitation gibt es keine Anbieter, siehe 8.4.7.

8.4.9.1. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

Entfällt

8.4.9.2. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Entfällt

8.4.9.3. Welche Maßnahmen leitet die Landesregierung daraus ab?

Antwort:
Entfällt

8.4.10. Mit welchen finanziellen Mehrbelastungen pro Jahr rechnet die Landesregierung für die gesetzliche Krankenversicherung?

Antwort:
Entfällt

8.4.11. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um Anbieter von medizinischen und geriatrischen Rehabilitationsleistungen in Schleswig-Holstein zu unterstützen?

Antwort:

Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation entfällt die Antwort, siehe 8.4.7.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation hat die Landesregierung bereits seit 1997 mit den verantwortlichen Institutionen und Verbänden den Aktionsplan ‚Vorsorge- und Rehabilitationsstandort Schleswig-Holstein‘ mit dem Ziel beschlossen, trotz der von der Bundesregierung seinerzeit verabschiedeten umfangreichen Sparmaßnahmen einen Vorsorge- und Rehabilitationsstandard im Lande zu erhalten, der den gesundheitlichen, medizinischen und ökonomischen Verhältnissen angemessen ist.

Vor diesem Hintergrund hatte jeder Vereinbarungspartner die Verantwortung übernommen, im Rahmen seiner Zuständigkeiten aktiv an dieser Zielerreichung mitzuwirken und hat damit zum Erhalt dieses wichtigen Bestandteils unseres medizinischen Versorgungssystems beigetragen. Eckpunkte waren eine Selbstbindung, um eine ruinöse Ausweitung des Angebotes zu vermeiden sowie die Akzeptanz unter den Beteiligten, dass Abstimmung über medizinische Inhalte, Qualitätsmanagement und der Nachweis über die Effizienz dieser Medizin unabdingbar für die Positionierung dieses Bereiches im therapeutischen Gesamtangebot sind. Dies ist von einem breiten Konsens getragen worden.

Die verantwortlichen Institutionen und Verbände haben mit ihrem Engagement u. a. dafür Sorge getragen, dass seitdem keine unnötigen zusätzlichen Angebote entstanden sind. Darüber hinaus ist aus Sicht der Landesregierung festzustellen, dass die Eckpunkte des Aktionsplanes sich in den vergangenen mehr als zehn Jahren bewährt haben. Allerdings bedurfte es angesichts wachsender Konkurrenz eines weiteren Ausbaus der vorhandenen Stärken und einer intensiveren Vernetzung von Aktivitäten und Angeboten.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2005 die notwendige Aktualisierung dieses Aktionsplanes erarbeitet.

So wird weiterhin eine hohe Ergebnisqualität in den bestehenden Einrichtungen angestrebt. Diese wird auch durch die seit Ende 2002 durchgeführte Studie „Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation“ nachgewiesen (siehe Punkt 2.5.1.). Darüber hinaus muss auch im Vorsorge- und Rehabilitationssektor die abgestufte Ver-

sorgung genutzt werden, d.h. hier müssen sich die bestehenden Einrichtungen, wie im Akutsektor, um teilstationäre und ambulante Angebot weiter bemühen. Die adäquate Verlegung von Patienten aus dem Akut- in den Rehabilitationsbereich ist als Chance zu begreifen und schlägt sich auch im neuen DRG-Vergütungssystem nieder.

Eine an der Prävalenz von Krankheiten ausgerichtete und zielorientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten wird als erforderlich angesehen und durch den weiter entwickelten Aktionsplan unterstützt, ist aber nur durch die verbindliche Kooperationsbereitschaft aller Partner möglich. Das Angebot orientiert sich am Bedarf des Patienten im Rahmen bestehender Kapazitäten. Die Kostenträger begleiten aktiv flexible Spezialisierungs- oder Veränderungsmaßnahmen bei den Angebotsstrukturen der Einrichtungen. Der Aktionsplan wurde auch auf die Sicherung der Qualität im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes erweitert.

8.5. Anbieter von Mutter/Vater-Kind Kuren in Schleswig-Holstein

Vorbemerkung:

Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen erbringen medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V und/oder medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 41 SGB V. Diese Einrichtungen unterliegen weder einer Bedarfsplanung durch das Land noch bestehen aufsichtsrechtliche Zuständigkeiten des Landes. Die Einrichtungen regeln ihr Leistungsgeschehen auf der Basis eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V mit den Krankenkassen.

Die Beantwortung der Fragen stützt sich daher auf externe Datenlieferungen einzelner Krankenkassen sowie Einrichtungen dieses Versorgungssegments auf freiwilliger Basis. Die statistische Erfassung beim Statistischen Amt Nord unterscheidet nicht zwischen Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen und differenziert die letztgenannten auch nicht nach Fachdisziplinen / Zielgruppen.

8.5.1. Wie viele Anbieter von Mutter/Vater-Kind Kuren gibt es in Schleswig-Holstein (Bitte aufschlüsseln nach Einrichtungen und Zahl der Plätze)?

Antwort:

Nach Mitteilung der Krankenkassen werden Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in Schleswig-Holstein in folgenden 27 Einrichtungen angeboten:

Schleswig-Holsteinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag gem. § 111a							
Gesamt: 4099 Plätze							
Einrichtung	Ort	Vor- sorge Plätze Erwach- sene	Vor- sorge Plätze Kinder	Rehabi- litation Plätze Erwach- sene	Rehabi- litation Plätze Kinder	Plätze Erwach- sene Gesamt	Plätze Kinder Gesamt
Evang. Kurzentrum und Sanatorium "Gode Tied"	Büsum	56	63			56	63
"Haus Remmer"	Langballig	19	24			19	24
Eltern-Kind-Fachklinik Norderheide	Bordelum	120	233	37	74	157	307
Therapeutikum Westfehmann	Fehmarn	70	160			70	160
Westfalenhaus	Timmendorfer Strand	24	35			24	35
Mutter-Kind-Gesundheitszentrum "Ida Ehre"	Sylt	18	36			18	36
Caritashaus St. Walburg	Plön	21	28			21	28
Hof Bellevue	Fehmarn	10	17	2	2	12	19
IFA Kurheim Fehmarn	Fehmarn	54	90			54	90
Klinik Schwedeneck	Dänisch-Nienhof	58	84	15	23	73	107
DRK Mutter-Kind-Klinik Pellworm	Pellworm	36	47			36	47
Haus Lindenhof	Timmendorfer Strand	52	110			52	110
Gertrud-Völcker-Haus	Kellenhusen	28	60			28	60
Louise-Schröder-Haus	Keitum/Sylt	38	69			38	69
Kurhaus für Mutter und Kind " Erlengrund"	Büsum	34	50			34	50
Mutter und Kind Kurklinik "Miramar"	Großenbrode	52	83			52	83
DRK-Mutter-Kind-Klinik	Amrum	46	55			46	55
DRK Mutter-Kind-Klinik "Elly-Heuss-Knapp"	Plön	36	47			36	47
Klinik Nordseedeich	Friedrichs-koog	87	131	21	31	108	162
Klinik Ostseedeich	Grömitz	85	130	20	30	105	160
Kurzentrum Soz.Genes. Pelzerhaken	Pelzerhaken	68	97			68	97
Kurhotel Family	Ratekau	20	42			20	42
Barmer Klinik Grömitz	Grömitz	10	15	90	135	100	150
Insel Klinik Sylt	Sylt	95	190	40	80	135	270
Mutter-Kind-Kurhaus "Baltic"	Großenbrode	55	80	13	20	68	100
Maria Meeresstern	Timmendorfer Strand	40	80			40	80
AOK Nordseeklinik Amrum	Amrum	61	117			61	117
Gesamt		1293	2173	238	395	1531	2568

(Stand: Februar 2008)

13 der Einrichtungen unter dem Dach der freien Wohlfahrtspflege haben eine Anerkennung durch die Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk (MGW), 14 Einrichtungen werden in freier beziehungsweise privater Trägerschaft betrieben. 19 der 27 Einrichtungen bieten Vorsorgeleistungen an, die weiteren acht Einrichtungen bieten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen an.

8.5.2. Wie viele Menschen sind in diesem Bereich beschäftigt?

Antwort:

Nach Mitteilung des Statistikamtes Nord waren im Jahr 2006 in allen 76 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (also nicht nur Mutter-/Vater-/Kind-Einrichtungen) in Schleswig-Holstein insgesamt 5.898 Personen beschäftigt. Nach Befragung der Mutter-/Vater-/Kind-Einrichtungen, an der sich 16 Einrichtungen beteiligt haben, sind in diesen insgesamt 935 Personen beschäftigt, davon sind circa 88 Prozent Frauen.

8.5.3. Welchen Beitrag leisten die schleswig-holsteinischen Anbieter von Mutter/Vater-Kind Kuren zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt?

Antwort:

Nach Mitteilung des Statistikamtes Nord liegen Angaben zum Ausbildungsbereich dort nicht vor. Nach der Befragung der Einrichtungen sind in 16 Einrichtungen acht Auszubildende beschäftigt, davon sind sieben weiblich.

Zum Arbeitsmarkt – siehe Antwort auf die Frage 8.5.2

8.5.4. Rechnet die Landesregierung mit einer Zunahme von Mutter/Vater-Kind Kuren durch die Verankerung in das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz als Pflichtleistung?

Antwort:

Ja, durch die Überführung der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach § 24 beziehungsweise § 41 SGB V für Mütter und Väter in Pflichtleistungen, die Aufnahme der Maßnahmen in den Risikostrukturausgleich und insbesondere die Nichtanwendung des Prinzips „ambulant vor stationär“ wird mit einer Zunahme von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen gerechnet.

8.5.5. Welche Zunahme wird prognostiziert und auf welcher Grundlage erfolgt die Prognose?

Antwort:

Aufgrund der verschiedenen in Frage 8.5.4 genannten rechtlichen Veränderungen wird deutlich, dass verschiedene nicht einschätzbare Faktoren Einfluss auf die Zahl von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen haben können, wie z. B. auch das Antragsverhalten der Versicherten. Eine Prognose zur Zunahme ist daher nur ansatzweise leistbar und stützt sich auf Datenmaterial des Müttergenesungswerkes (MGW) und einer Krankenkasse.

Es ist davon auszugehen, dass die Maßnahmen-Anträge, die bisher mit dem Hinweis abgelehnt wurden, dass ambulante Maßnahmen am Wohnort nicht ausgeschöpft seien, zukünftig bewilligt werden, auf jeden Fall aber nicht mehr mit dieser Begründung abgelehnt werden können. Nach Auswertung des MGW auf Bundesebene wurden im Jahr 2006 34 Prozent aller Erstanträge abgelehnt, davon 50 Prozent mit dem Hinweis auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Der Landesausschuss Schleswig-Holstein des MGW zeigt in seiner Statistik zur Beratung und Vermittlung in Schleswig-Holstein von 2002 – 2006, dass durchschnittlich 40 Prozent aller Erstanträge abgelehnt wurden, davon durchschnittlich 64 Prozent mit dem Hinweis auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Eine Krankenkasse hat mitgeteilt, dass im Jahr 2006 circa 60 Prozent der Erstanträge abgelehnt wurden, davon circa 71 Prozent mit Hinweis auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“.

8.5.6. Welche Auswirkungen erwartet die Landesregierung auf die Anbieter in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die Landesregierung erwartet eine höhere beziehungsweise steigende Auslastung der bei den Anbietern von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in Schleswig-Holstein vorhandenen Plätze. In 15 Einrichtungen ist die Auslastung im Jahr 2007 durchschnittlich um circa 7,8 Prozent-Punkte gestiegen (Stand: November 2007)

8.5.6.1. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

Steigende Auslastungen stellen einen Beitrag zur Sicherung der Existenz der Einrichtungen und dort bestehender Arbeitsplätze dar. Dies bewertet die Landesregierung positiv.

8.5.6.2. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Die sich abzeichnenden Veränderungen im Jahre 2007 sind eine Folge der gesetzlich erfolgten Änderungen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Die Kostenträger folgen diesen neuen Rahmenbedingungen und befürworten mehr Mutter-/Vater-/Kind-Kuren.

8.5.6.3. Welche Maßnahmen leitet die Landesregierung daraus ab?

Antwort:

Bereits im Herbst 2005 hat das MSGF eine Offensive zur Stärkung der Mutter-Kind-Einrichtungen in Schleswig-Holstein auf den Weg gebracht. Ziel des Aktionsprogramms ist es, die Einrichtungen bei ihrer Profilbildung zu unterstützen, den Kostenträgern die Entscheidung zu erleichtern und diejenigen anzusprechen, die diese Unterstützung wirklich brauchen. Zur Informationsverbesserung wurde(n)

- Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte durch Fortbildungen der Ärztekammer geschult,
- im Publikationsorgan der Kassenärztlichen Vereinigung über das Thema berichtet,
- von der eingerichteten Arbeitsgruppe ein Kriterienkatalog zur Charakterisierung der Einrichtungen erarbeitet; anhand dieses Katalogs sollen die Einrichtungen die Möglichkeit der internetgestützten Informationsverbreitung (z. B. Gesundheitsportal) erhalten,
- unter Beteiligung des MSGF eine Informationsveranstaltung vom Landesausschuss Schleswig-Holstein des MGW in Lübeck durchgeführt, zu der über die Öffentlichkeit hinaus Ärztinnen/Ärzte (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie), Gesundheitsämter, Jugendhilfe, Familienbildungsstätten, Beratungsstellen aus den Bereichen Frauen und Sucht eingeladen waren.

8.5.7. Mit welchen finanziellen Mehrbelastungen pro Jahr rechnet die Landesregierung für die gesetzliche Krankenversicherung bei einer Zunahme von Mutter/Vater-Kind Kuren?

Antwort:

Die Aufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Rahmen von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sind laut Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (Stand: 30. Mai 2007) seit 2000 von 409,8 Millionen Euro auf 260,3 Millionen Euro im Jahr 2006 gesunken. Ihr Anteil an den Gesamtaufwendungen der GKV beträgt gerade noch 0,18 Prozent. Im gleichen Zeitraum sind die Aufwendungen der GKV insgesamt von 133,8 Millionen Euro auf 148,0 Millionen Euro gestiegen.

Nach Mitteilung einer Krankenkasse sind die Aufwendungen für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen von circa 259.000 Euro im Jahr 2006 auf circa 295.000 Euro im Jahr 2007 gestiegen. Eine andere Krankenkasse erwartet gegenüber dem Vorjahr 2006 für das Geschäftsjahr 2007 für diese Maßnahmen Aufwendungen in ähnlicher Höhe beziehungsweise mit steigender Tendenz.

Bezogen auf dieses Leistungssegment müssen die erkennbaren Mehraufwendungen in den Gesamtkontext der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und damit erreichbarer, nachhaltiger Behandlungserfolge gestellt werden. Der Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder der Medizinischen Hochschule Hannover untersucht in regelmäßigen Erhebungen u. a. den Erfolg der Behandlungen. Nach einer Multicenter-Studie in den Jahren 2000 - 2005 zeigen Untersuchungen sechs und zwölf Monate nach der Maßnahme bei den Müttern u. a. einen geringeren Medikamentenverbrauch, weniger Krankheitstage, weniger und gezieltere Arztbesuche sowie ambulante Maßnahmen.

8.5.8. Welche konkreten Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um Anbieter von Mutter/Vater-Kind Kuren in Schleswig-Holstein zu unterstützen?

Antwort:

Siehe Antwort zu Frage 8.5.6.3

8. 6. Gesundheits- und Wellnesstourismus

- 8.6.1. Wie viele Anbieter von medizinisch ausgerichteten Wellnessangeboten (sog. „Medical Wellness“) gibt es in Schleswig-Holstein (Bitte aufschlüsseln nach Einrichtungen/Anbietern und Zahl der Angebote)?

Antwort:

Der Begriff „Medical Wellness“ ist nicht eindeutig abgrenzbar. Die Zahl der Anbieter, die sich dem neuen Trend verschreiben ist nach Angaben des Statistik Amtes Nord nicht erfasst. Die größeren Seeheilbäder wie Westerland, St. Peter-Ording, Büsum und Damp bieten beispielsweise in ihren speziellen Gesundheitseinrichtungen neben herkömmlichen Wellnessangeboten auch verknüpfte Angebote mit präventivem Charakter.

- 8.6.2. Wie viele Menschen sind in diesem Bereich beschäftigt?

Antwort:

Die Zahl der Beschäftigten ist statistisch nicht erfasst.

- 8.6.3. Welchen Beitrag leisten die schleswig-holsteinischen Anbieter von medizinisch ausgerichteten Wellnessangeboten zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt?

Antwort:

Hierzu liegen keine Zahlen vor.

- 8.6.4. Welchen Anteil haben die schleswig-holsteinischen Anbieter von medizinisch ausgerichteten Wellnessangeboten an der Bruttowertschöpfung des Landes?

Antwort:

Hierzu liegen keine Zahlen vor.

- 8.6.5. Welche Schwerpunkte setzen die Anbieter von medizinisch ausgerichteten Wellnessangeboten?

Antwort:

Der „klassische“ Wellnessmarkt ist ein qualitativ heterogener Markt, in dem in den letzten Jahren ein großes Wachstum zu verzeichnen war. Allerdings sind bereits „Sättigungstendenzen erkennbar. Zunehmend werden in Schleswig-Holstein von den Hauptanbietern im Gesundheitstourismus medizinisch hinterlegte gesundheitstouristische Angebote entwickelt. Dabei werden drei Profilsegmente zielgruppen- und präventionsorientiert herausgearbeitet. Dies sind passend zum Land Schleswig-Holstein: Aktivität (Gesundheit durch Bewegung), Thalasso (Gesundheit durch die

Kraft der zwei Meere) und Empowerment (Neue Kraft für das Leben schöpfen). Die Angebote richten sich dabei an den unterschiedlichen Präventionsstufen aus.

8.6.6. Welche Qualitätsstandards wurden von Anbietern medizinischer Wellnessangebote definiert und bis wann sollen diese Standards umgesetzt werden?

Antwort:

Für die unter 8.6.5. genannten Profilsegmente und Angebote hat ein Qualitätsfachbeirat aus medizinischen und touristischen Expertinnen und Experten Qualitätskriterien erarbeitet: Kernpunkte der Qualitätsanforderungen sind dabei:

- Differenzierung der Präventionsprogramme nach den Anforderungen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.
- Verantwortliche medizinische Leitung für die Gesundheitsprogramme, die als zentrale Ansprechperson für den Gast zur Verfügung steht. Der medizinische Leiter beziehungsweise die medizinische Leiterin hat mindestens eine staatliche Anerkennung, ab der Präventionsstufe 2 als Arzt/Ärztin oder Facharzt/Fachärztin.
- Medizinische Standards bilden die inhaltliche Grundlage jedes der Programme, insbesondere Leitlinien der Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, deutsche und internationale Leitlinienprogramme des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin sowie die Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder der Krankenkassen für die Primärprävention.
- Rundum-Betreuung des Gastes mit ausführlichen Informationen über das gewählte Angebot bereits vor dem Urlaubsantritt, persönliche Begleitung während des gesamten Aufenthaltes durch medizinisches Personal.
- Bericht über das Erreichen der gesetzten Ziele und Hinweise für weitere gesundheitliche Aktivitäten zu Hause.
- Eine zentrale Nachbetreuung stellt die nachhaltige Kontaktpflege mit jedem Gast sicher, der ein zertifiziertes Präventionsangebot in Schleswig-Holstein bucht.

Die Qualitätsanforderungen werden ausführlich in einem Qualitätshandbuch beschrieben, dessen Herausgabe derzeit vorbereitet wird. Programme mit den genannten Standards sollen mit dem Aufbau des Kompetenzzentrums Gesundheitstourismus entwickelt und angeboten werden.

8.6.7. Welche Akteure sind bei der Definition von Qualitätsstandards eingebunden?

Antwort:

In dem oben erwähnten Qualitätsfachbeirat haben Vertreterinnen und Vertreter von folgenden Organisationen mitgearbeitet:

Ärztammer Schleswig-Holstein, Kassenärztliche Vereinigung SH, Damp-Touristik, Gesundheitszentrum Büsum, Gesundheitszentrum St. Peter-Ording, Krankenhausesellschaft SH, Heilbäderverband SH e.V., Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Institut für Medizinische Klimatologie der CAU, Tourismus GmbH Wyk auf Föhr. Die fachliche Leitung lag bei Dr. Thomas Wessinghage, (damals: Reha-Klinik Damp). Das Wirtschafts- und das Gesundheitsministerium waren beratend in dem Qualitätsfachbeirat vertreten.

8.6.8. Inwieweit sollen die definierten Qualitätsstandards gesichert werden? Ist hierzu die Etablierung eines landesweit gültigen Qualitätssiegels geplant?

Antwort:

Die oben beschriebenen gesundheitstouristischen Programme werden künftig einem Qualitätssicherungsprozess unterzogen. In diesem wird die Einhaltung der Kriterien überprüft. Der Qualitätssicherungsprozess soll nach dessen Gründung ebenfalls vom Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus durchgeführt werden. Ziel ist es, ein Zertifikat zu vergeben, das der Anbieter in Vertrieb und Vermarktung der Programme verwenden darf. Um das Zertifikat zu erlangen, muss der Anbieter das Programm zur Zertifizierung anmelden. Das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus wird die eingereichten Programme entsprechend prüfen. Eine Kundenzufriedenheitserhebung durch das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus dient zur fortlaufenden Qualitätskontrolle der Anbieter. Stichprobenkontrollen sollen darüber hinaus die Qualität durchgängig sichern.

8.6.8.1. Falls ja, wie soll dieses Gütesiegel vermarktet werden und welche Unterstützung wird von Seiten der Landesregierung gewährt?

Antwort:

Der Anbieter ist berechtigt, mit dem Zertifikat zu werben. Möglich sind auch gemeinsame Marketingaktivitäten der zertifizierten Programme, die im Rahmen des landesweiten Tourismusmarketing von der Landesregierung unterstützt werden, da „Gesundheit“ ein Basisthema der Tourismusstrategie des Landes ist.

8.6.8.2. Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt

8.6.9. Welche Maßnahmen wurden bisher von den Anbietern medizinisch ausgerichteter Wellnessangebote und den gesundheitstouristischen Leistungsanbietern ergriffen, um die vorhandenen Angebote besser aufeinander abzustimmen, zu verzahnen und gemeinsam zu vermarkten – und mit welcher Hilfestellung von Seiten der Landesregierung können die Anbieter rechnen?

Antwort:

Siehe Antworten auf die Fragen 8.6.6. bis 8.6.8. Für die Zukunft ist vorgesehen, dass das Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus eine zentrale Rolle auch bei den in der Fragestellung genannten Aufgaben übernimmt (siehe auch 2.3.3.2.4.).

9. Schulische, außerschulische und universitäre Aus- und Weiterbildung für die im Gesundheitswesen tätigen Personen in Schleswig-Holstein

9.1. Welche schulischen, außerschulischen und universitären Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es für die im Gesundheitswesen tätigen Personen in Schleswig-Holstein?

Bitte aufschlüsseln nach:

9.1.1. Ausbildungsgänge an den Berufsschulen (duale und schulische Ausbildung)

Antwort:

1. Duale Ausbildungsgänge:

a) Gesundheitsdienstberufe

- Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter (alte Bezeichnung: Arzthelferin/ Arzthelfer)
- Zahnmedizinische Fachangestellte/ Zahnmedizinischer Fachangestellter (alte Bezeichnung: Zahnarzthelferin/ Zahnarzthelfer)
- Operationstechnische/Operationstechnischer Angestellte

b) Gesundheitshandwerker

- Augenoptikerin/ Augenoptiker
- Hörgeräteakustikerin/ Hörgeräteakustiker
- Orthopädieschuhmacherin/ Orthopädieschuhmacher
- Zahntechnikerin/ Zahntechniker

c) Kaufmännische Berufe

- Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/ Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter
- Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen

2. Schulische Ausbildungsgänge

- Berufsfachschule Typ III Sozialwesen: Fachkraft für Pflegeassistenz

9.1.2. Private und sonstige Schulangebote, wie Heilpraktikerschulen, Hebammenschulen, Angebote der IHK

Antwort:

Folgende Angebote sind vorhanden:

- Altenpflegerin/ Altenpfleger
- Diätassistentin/ Diätassistent
- Ergotherapeutin/ Ergotherapeut
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger
- Hebamme/ Entbindungspfleger
- Logopädin/ Logopäde
- Masseurin und medizinische Bademeisterin/ Masseur und medizinischer Bademeister
- Physiotherapeutin/ Physiotherapeut

- Pharmazeutisch-technische Assistentin/ pharmazeutisch-technischer Assistent
- Rettungsassistentin/ Rettungsassistent
- Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter
- Technische Assistentin/Technischer Assistent in der Medizin (MTA):
 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin/Med.-techn. Laboratoriumsassistent
 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin/Med.-techn. Radiologieassistent

Ausbildungsstätten für:

- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Da Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker kein Ausbildungsberuf ist, werden keine Schulen oder Ausbildungsstätten genannt.

9.1.3. Ausbildungsgänge an den Fachhochschulen

Antwort:

- Medizintechnik, Diplom
- Biomedical Engineering, Master
- Health Care Management, Master
- Gesundheitsökonomie/Gesundheitswirtschaft, Bachelor
- Augenoptik/Optomietrie, Bachelor
- Hörakustik, Bachelor
- E-Health, Master
- Physiotherapie, Bachelor
- „International Tourism Management“, Bachelor
- „International Tourism Management“, Master

9.1.4. Universitäre Ausbildung

Antwort:

- Humanmedizin
- Zahnmedizin
- Pharmazie
- Krankenhausmanagement (Hospital Management), Master
- Ökotrophologie, Bachelor
- Ökotrophologie, Master
- Medizinische Molekularbiologie „Biochemie und Molekularbiologie“, Bachelor
- Molecular Life Science, Bachelor
- Molecular Life Science, Master
- Computational Life Science, Bachelor
- Computational Life Science, Master
- Medizinische Ingenieurwissenschaft, Bachelor
- Vermittlungswissenschaft, Teilstudiengang „Gesundheit und Ernährung“
- Ergänzungsstudiengang „Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung“, Magister

9.1.5. Trägerschaft der Ausbildungsangebote

Antwort:

Die Trägerschaft der Ausbildungsangebote ist öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig oder privat

9.2. Wie viele schulische, außerschulische und universitäre Aus- und Weiterbildungsplätze stehen in Schleswig-Holstein für diesen Personenkreis zur Verfügung?
Bitte aufschlüsseln nach:

9.2.1. Ausbildungsgänge an den Berufsschulen (duale und schulische Ausbildung);

Antwort:

Die folgenden Zahlen betreffen die im Schuljahr 2006/2007 besetzten Ausbildungsplätze basierend auf Angaben des Ministeriums für Bildung und Frauen:

1. Duale Ausbildungsgänge:

a) Gesundheitsdienstberufe

- Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter (alte Bezeichnung: Arzthelferin/ Arzthelfer) 1421
- Zahnmedizinische Fachangestellte/ Zahnmedizinischer Fachangestellter (alte Bezeichnung: Zahnarzthelferin/ Zahnarzthelfer) 1174
- Operationstechnische Angestellte/Operationstechnischer Angestellter 13

b) Gesundheitshandwerker

- Augenoptikerin/ Augenoptiker 159
- Hörgeräteakustikerin/ Hörgeräteakustiker 1693
(Schleswig-Holstein betreibt die einzige Ausbildungsstätte der Bundesrepublik)
- Orthopädieschuhmacherin/ Orthopädieschuhmacher 93
- Zahntechnikerin/ Zahntechniker 238

c) Kaufmännische Berufe

- Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte/Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter 246
- Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen 104

2. Schulische Ausbildungsgänge

- Berufsfachschule Typ III Sozialwesen: Fachkraft für Pflegeassistenz 1197

9.2.2. private Schulangebote, wie Heilpraktikerschulen, Angebote der IHK;

Antwort:

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Zahl der im Schuljahr 2006/2007 besetzten Ausbildungsplätze auf der Grundlage des Verzeichnisses der berufsbildenden Schulen des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein sowie

Angaben des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein.

• Altenpflegerin/ Altenpfleger	1470
• Diätassistentin/ Diätassistent	24
• Ergotherapeutin/ Ergotherapeut	539
• Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	95
• Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger	1992
• Hebamme/ Entbindungspfleger	41
• Logopädin/ Logopäde	42
• Masseurin und medizinische Bademeisterin/ Masseur und medizinischer Bademeister	59
• Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	583
• Pharmazeutisch-technische Assistentin/ pharmazeutisch-technischer Assistent	100
• Rettungsassistentin/ Rettungsassistent	212
• Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter (angebotene Ausbildungsplätze, die Zahl der besetzten Plätze richtet sich nach der Nachfrage.)	475
• Technische Assistentin/Technischer Assistent in der Medizin (MTA):	
- Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin/ Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent	169
- Medizinisch-technische Radiologieassistentin/ Medizinisch-technischer Radiologieassistent	103
• Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut	40
• Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	9

9.2.3. Ausbildungsgänge an den Fachhochschulen;
Studienplätze pro Jahr.

Antwort:

• Medizintechnik, Diplom	60
• Biomedical Engineering, Master	35
• Health Care Management, Master	20
• Gesundheitsökonomie/Gesundheitswirtschaft, Bachelor	80
• Augenoptik/Optomietrie, Bachelor	24
• Hörakustik, Bachelor	15
• E-Health, Master	20
• Physiotherapie, Bachelor	24
• „International Tourism Management“, Bachelor	40
• „International Tourism Management“, Master	15

9.2.4. Universitäre Ausbildung; Studienplätze pro Jahr

Antwort:

• Humanmedizin	341
• Zahnmedizin	57
• Pharmazie	42
• Krankenhausmanagement (Hospital Management), Master	20
• Ökotrophologie, Bachelor	110
• Ökotrophologie, Master	55
• Medizinische Molekularbiologie „Biochemie und Molekularbiologie“, Bachelor	16
• Molecular Life Science, Bachelor	78
• Molecular Life Science, Master	38
• Computational Life Science, Bachelor	40
• Computational Life Science, Master	20
• Medizinische Ingenieurwissenschaft, Bachelor	40
• Vermittlungswissenschaft, Teilstudiengang „Gesundheit und Ernährung“	49
• Ergänzungsstudiengang „Gesundheitsförderung durch Gesundheitsbildung“, Magister	25

9.2.5. Trägerschaft der Ausbildungsanbieter.

Antwort:

Die Trägerschaft der Ausbildungsangebote ist öffentlich-rechtlich, frei-gemeinnützig oder privat.

9.3. Bei welchen schulischen, außerschulischen und universitären Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen müssen eingeschriebene Schüler und Studenten die Kosten ihrer Ausbildung selber bezahlen (Schulgeld oder Studiengebühren) und wie hoch sind die jeweiligen Kosten der Ausbildung? Bitte jeweils nach den Aus- und Weiterbildungsangeboten aufschlüsseln.

Antwort:

1. Ergotherapieschulen	
DIE SCHULE, Lübeck	390 € /mtl.
DIE SCHULE BIZ Nord-Schleswig, Böklund	350 € /mtl.
Deutsche Angestellten Akademie, Neumünster	385 € /mtl.
Ameos Psychatrium gGmbH Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung Nord, Neustadt	365 € /mtl.
ERGON Ausbildungszentrum, Bad Segeberg	395 € /mtl.
Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe gGmbH, Itzehoe	389 € /mtl.
2. Masseur- und med. Bademeister-Schulen	
Grone Schule für Gesundheitsberufe, Lübeck	360 € / mtl.
Lehranstalt für Masseur und med. Bademeister am Städt. Krankenhaus Kiel	250 € /mtl.
3. PTA-Schule	
Bernd-Blindow-Schule, Raisdorf	190 € /mtl.

4. Physiotherapieschulen	
Johann-Hermann-Lubinus Schule, Kiel	250 €/mtl. + 770 €/jährlich
Grone Schule für Gesundheitsberufe, Lübeck	ca. 400 € /mtl.
DIE SCHULE BIZ Nord, Flensburg	385 € /mtl.
DIE SCHULE BIZ Holst., Malente	390 € /mtl.
Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe gGmbH, Itzehoe	445 € /mtl.
Ostseeklinik Damp GmbH	260,- € /mtl. (durchschnittl.)
5. Rettungsassistentenschulen (Gesamtlehrgangskosten)	
Sanitätsschule Nord, Hutfeld	
a) für fertige Rettungsassistenten	2.220 €
b) incl. Rettungsassistentenausbildung	3.330 €
DRK Kreisverband Lübeck e.V.	
a) für fertige Rettungsassistenten	3.720 €
b) incl. Rettungsassistentenausbildung	4.640 €
Med. École Lehrinstitut für Notfallmedizin, Kiel	
a) für fertige Rettungsassistenten	2.275 €
b) incl. Rettungsassistentenausbildung	3.390 €
Lehrinstitut für den Rettungsdienst Ltd., Bad Segeberg	
a) für fertige Rettungsassistenten	2.250 €
b) incl. Rettungsassistentenausbildung	3.350 €
6. MTA-Schulen	
Bildungszentrum am UK-SH - Campus Kiel Schule für MTA Laboratorium	100 € / Semester
7. Logopädieschule	
Bildungszentrum am UK-SH Campus Kiel, Schule für Logopädie	400 € (Selbstzahler) /mtl. 800 € (Umschüler) /mtl.
8. Rettungsassistentenausbildung	
Rettungsassistentenschulen (vgl. 5.)	1.100 € bis 1.290 €
Berufsfeuerwehren und Hilfsorganisationen (soweit Teilnehmerentgelte erhoben werden).	950 bis 2.050 €

Im universitären Bereich ist zurzeit nur der Masterstudiengang Krankenhausmanagement (Hospital Management) an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gebührenpflichtig. Die Studiengebühren betragen 7.500 Euro pro Jahr. Der Masterstudiengang Health Care Management an der Fachhochschule Lübeck ist zwar ebenfalls gebührenpflichtig (9.300 Euro pro Jahr), nimmt zurzeit aber keine Studierenden auf.

Antwort zu den Fragen 9.1. bis 9.3. im Bereich Weiterbildung:

Vorbemerkung:

Die Ausführungen zur Weiterbildung erfolgen in Anlehnung an das Weiterbildungskonzept der Landesregierung, das am 9. Oktober 2007 vom Kabinett beschlossen wurde. Weiterbildung wird als vierte Säule des Bildungswesens neben Schule, Berufsausbildung und Hochschule betrachtet und als Fortsetzung, Wiederaufnahme oder Ergänzung organisierten Lernens außerhalb der Bildungsgänge der allgemein bildenden Schulen und der beruflichen Erstausbildung definiert.

Weiterbildung nach § 2 des Bildungsfreistellungs- und Qualifizierungsgesetzes (BFQG) umfasst gleichrangig die Bereiche der allgemeinen, der politischen und der beruflichen Weiterbildung. Bei der beruflichen Weiterbildung wird weitergehend unterschieden zwischen Anpassungsfortbildung, die eher der Aktualisierung beruflichen Wissens dient, und Aufstiegsfortbildung, die mit dem Erwerb eines höher qualifizierenden Zusatzabschlusses einhergeht.

Weiterbildung mit Relevanz für den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein reicht daher von Schulungsprogrammen zur gesunden Lebensführung über innerbetriebliche berufliche Fortbildungsangebote bis zur fachärztlichen Weiterbildung. Entsprechend vielfältig sind Zielgruppen, Trägerstruktur, Finanzierung, Regelungstiefe, Dauer etc. von Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich, deren Hauptanbieter wie auch in anderen Themenfeldern nicht der Staat beziehungsweise das Land ist.

Schwerpunkt der Ausführungen in diesem Kapitel ist die gesundheitsberufliche Weiterbildung. Gesetzliche Basis beruflicher Fortbildungsregelungen für die dualen Gesundheitsberufe sind das Berufsbildungsgesetz (§§ 53 ff.) und daraufhin erlassene Satzungen der zuständigen Stellen beziehungsweise Kammern. Für die bundesgesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufe, insbesondere die Pflegeberufe, werden spezialgesetzlich geregelte Maßnahmen von Krankenhäusern, Wohlfahrts- oder Berufsverbänden angeboten.

Da Aufstiegsfortbildungen geregelt und von mindestens mehrwöchiger Dauer sind, lassen sie sich mit konkreten Angaben zu Inhalt, Umfang und Kapazitäten beschreiben. Bei gesundheitsberuflichen Anpassungsfortbildungen haben dagegen Träger und Einrichtungen sehr weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich Inhalt, Art und Dauer der Angebote. Hier handelt es sich um einen sich selbst regulierenden Bereich, zu dem Angaben über Inanspruchnahme, Kosten und Anbieter nur ausschnitthaft vorliegen.

Für Angehörige einzelner Gesundheitsberufe gibt es eine Pflicht zur beruflichen Fortbildung, hierzu gehören die Angehörigen der akademischen Heilberufe, die Hebammen/Entbindungspfleger, die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger. Für Rettungsdienstpersonal sind die Arbeitgeber verpflichtet, für die Fortbildung zu sorgen. Daneben regeln für Angehörige akademischer Heilberufe das Heilberufekammergesetz und die von den Kammern erlassenen Satzungen (Weiterbildungsordnungen) die Weiterbildung.

Da die Angaben nicht aufgeschlüsselt werden können, erfolgt nachstehend die zusammengefasste Beantwortung der Fragen 9.1 bis 9.3:

Gesundheitsdienstberufe

Für die dualen Berufe bietet das Edmund-Christiani-Seminar der Ärztekammer Schleswig-Holstein die überbetriebliche Ausbildung für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte an sowie Weiterbildungsmöglichkeiten zur Arztfachhelferin beziehungsweise Betriebswirtin im Gesundheitswesen und ebenfalls eine Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen für diesen Personenkreis. (Nähere Informationen über das aktuelle Angebot unter www.aeksh.de/ecs/Fortbildungsprogramm.) Es gibt keine festgelegten „Weiterbildungsplätze“, sondern nur Fortbildungen und nach Berufsbildungsgesetz anerkannte Weiterbildungen, die im Prinzip von jedem Bildungsträger angeboten werden können. Die Weiterbildung der Arzthelferinnen und die Weiterbil-

derung zur Betriebswirtin im Gesundheitswesen sind selbst zu bezahlen. Hier belaufen sich die Beträge auf circa 3.600 Euro für die Betriebswirtin im Gesundheitswesen und circa 1.000 Euro für die Arztfachhelferinnen-Weiterbildung.

Im Zuständigkeitsbereich der Zahnärztekammer wird die Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMF) und zur Dentalhygienikerin (DH) angeboten, und zwar in Kooperation der Norddeutschen Zahnärztekammern im gemeinsamen Fortbildungsinstitut in Hamburg und modular dezentral in Schleswig-Holstein. Das Angebot ist bedarfsabhängig; so nahmen im Jahr 2007 174 Personen an diesen Fortbildungen teil. Die Zahnmedizinischen Fachassistenten haben Kursgebühren von etwa 200 – 3.300 Euro je Modul zu tragen; die Fortbildung umfasst 4 Module. Die Kursgebühren für Dentalhygienikerinnen betragen circa 9.000 Euro und werden oft vom Arbeitgeber übernommen.

Fort- und Weiterbildung/Handwerk

Die Zahntechnikerin Schleswig-Holstein bietet 2008/09 in Neumünster eine Fortbildung zum Zahntechnikermeister an (www.zahntechnik-fortbildung.de).

Thema: Berufsbegleitendes Seminar für Meisterschüler Zahntechnik/Vorbereitung Meisterprüfung. Zielgruppe: Gesellinnen und Gesellen im Zahntechnikerhandwerk
Zahl der Schulungsplätze: 10, Dauer: 10 Monate, Kosten: 5.800.- Euro

Augenoptik

Neben der Landesinnung der Augenoptiker von Schleswig-Holstein (www.augenoptiker-sh.de) bietet die Fielmann Akademie Schloss Plön, gemeinnützige Bildungsstätte der Augenoptik (www.fielmann-akademie.com) verschiedene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an.

Angebote der Landesinnung der Augenoptiker (im November 2007 sowie Februar/März 2008) am Standort Travemünde: Thema: Refraktionsassistenz und Refraktionsassistenz für Fortgeschrittene; Zielgruppe: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der handwerklichen Betriebe der Augenoptik; Zahl der Schulungsplätze: 20; Dauer: jeweils 20 Unterrichtsstunden (4 Blöcke); Kosten: 250.-/300.- Euro für Nichttinnungsbetriebe

Angebote der Fielmann Akademie Schloss Plön 2007/2008:

Thema: Refraktion, Glasschulung - Materialien und Veredelungen, Glasschulung - Gleitsichtgläser, Fassungspräsentation, Anatomische und optometrische Brillenanpassung, Contactlinsenpflegemittel, Contactlinsenanpassung, Vergrößernde Sehhilfen, Verkauf, Mitarbeiterführung, Rhetorik, Englisch für Augenoptiker. Zielgruppe: Mitarbeiter/innen augenoptischer Fach- und Großgeschäfte; Zahl der Schulungsplätze: 287 (gesamte Akademie inkl. Ausbildung und Meisterschulung); Dauer: jeweils 1-5 Tage; Kosten: 192.- Euro für Fach-, Verkaufs- und Führungskräfte-seminare pro Seminarteilnehmer und Tag.

Meisterschule:

Thema: Meistervorbereitungskurs zum Augenoptikermeister

Zielgruppe: Augenoptikergesellen, Führungsnachwuchs; Zahl der Schulungsplätze: 24; Dauer: 2 Jahre; Kosten: 20.000.- Euro

Hörgeräteakustik

Die Akademie für Hörgeräte-Akustik in Lübeck bietet 2008 eine Reihe von kostenpflichtigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der Hörakustik an. Einzelheiten finden sich unter www.aha-luebeck.de.

Themen: Ausbildertagung, Praxistraining zur Gesellenprüfung, Pädakustik-Kompaktkurs, Pädakustik-Workshop, Pädakustik-Messverfahren, Pädakustiker Symposium, Implant spezialist, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragter nach dem Medizinproduktegesetz, Kompaktkurs zum „A.E.A.-Diplom/Zertifikat, Basis Kommunikationstraining für Kunden, Meisterstudium im Vollzeitkurs ohne bzw. mit Diplom/Zertifikat „A.E.A.-Europa-Hörakustiker“

Zielgruppe: Auszubildende, Ausbilder, Hörgeräteakustikgesellen und –meister, Pädakustiker, Selbstständige und (leitende) Angestellte in einem Akustikbetrieb, Meister anderer Handwerksberufe und Ingenieure entsprechender Fachrichtungen, Meister-vorbereitung im Wochenendkurs, Repetitionskurse zum Wochenendkurs. Zahl der Schulungsplätze: bis zu 40 pro Angebot. Dauer: Individuell unterschiedlich von sechs Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) bis zu 1.560 Unterrichtseinheiten pro Angebot. Kosten: Zwischen 90 und 12.980 Euro pro Maßnahme.

Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen

Auf der Grundlage des Gesetzes über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen sind die im Folgenden genannten Lehrgänge im Verordnungswege geregelt; die Zahl der Weiterbildungsstätten in Schleswig-Holstein, die 2007 staatlich anerkannte waren, ist in Klammern angegeben.

- Fachpflegekräfte für Psychiatrie (3)
- Fachpflegekräfte für Intensivpflege und Anästhesie (3)
- Fachpflegekräfte für die Funktionsdienste Operationsdienst und Endoskopie (2)
- Fachpflegekräfte für Rehabilitation und Langzeitpflege (2)
- Fachpflegekräfte für Onkologie und Palliativpflege (zurzeit kein Angebot)
- Hygienefachkräfte (zurzeit kein Angebot)
- Leitung einer Pflegeeinheit (10)

Die Kapazität richtet sich nach Angebot und Nachfrage. Zu den Kosten liegen keine Informationen vor. Wenn die Lehrgangsgebühren nicht von den Arbeitsgebern getragen werden, können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei Vorliegen der individuellen Leistungsvoraussetzungen Förderung nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (Meister-BAföG) in Anspruch nehmen.

Rettungssanitäter/-sanitäterinnen und Rettungsassistenten/-assistentinnen

Das Weiterbildungsangebot ist vielfältig; die Durchführung richtet sich nach dem jeweiligen Bedarf beziehungsweise der Nachfrage. Beispielfhaft können genannt werden:

Lehrrettungsassistenz	ca. 120 Plätze	Kosten 600 bis 749 Euro
Organisatorische Leitung	ca. 160 Plätze	Kosten 300 bis 340 Euro
MPG-Beauftragte	ca. 50 Plätze	Kosten ca 130 Euro
Desinfektorin/Desinfektor	ca. 100 Plätze	Kosten 525 bis 910 Euro

Die für Weiterbildung zur Verfügung stehenden Plätze können je nach Bedarf beziehungsweise Nachfrage variieren. Hierzu wie zu den Kosten liegen nur wenige Informationen vor. Soweit die Maßnahmen von privaten Schulen beziehungsweise für

externe Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeboten werden, sind die Teilnehmerentgelte grundsätzlich von den Teilnehmenden zu entrichten; bei Arbeitgeberinteresse werden die Kosten von den Arbeitgebern übernommen.

Die Fortbildung für Rettungsdienstpersonal erfolgt auf der Grundlage des § 4 des Rettungsdienstgesetzes. Das Rettungsdienstpersonal leistet jährlich 30 Stunden Fortbildung ab. Die Inhalte stellen auf den jeweiligen Bedarf und die strukturellen rettungsdienstlichen Gegebenheiten ab.

Hebammen und Entbindungspfleger

Für Hebammen und Entbindungspfleger veranstaltet der Landeshebammenverband mehrmals jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die überwiegend von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen selbst bezahlt werden. Vom MSGF gibt es einen Zuschuss.

Fort- und Weiterbildung/nichthandwerkliche Gewerbeberufe

Die Bildungseinrichtungen im Bereich der Industrie- und Handelskammer Schleswig-Holstein, die Wirtschaftsakademie Schleswig-Holstein (www.wak-sh.de) und die Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe (www.ags-sh.de) haben 2008 verschiedene Fort- und Weiterbildungsangebote im Gesundheitswesen im Programm.

Aufstiegsfortbildung

Thema: Fachwirt/-in im Sozial- und Gesundheitswesen IHK, Abschluss: IHK-Prüfung; Zielgruppe: Mitarbeiter/innen aus dem Gesundheitswesen mit abgeschlossener Ausbildung oder vergleichbarer Qualifikation; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 600 Unterrichtsstunden; Kosten: 3.240.- Euro

Daneben gibt es Zertifikatslehrgänge und sonstige berufliche Fortbildungen sowie allgemeine Weiterbildungsangebote, die sich an unterschiedliche Zielgruppen richten:

Anpassungsfortbildung im Rahmen von IHK-Zertifikatslehrgängen

Thema: Management von Gesundheitsunternehmen; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 380 Unterrichtsstunden; Kosten: 2.660.- Euro

Thema: Wellnessberater/-in ; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 80 Unterrichtsstunden; Kosten: 990,- Euro

Thema: Wellnessmanager/-in; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 184 Unterrichtsstunden; Kosten: 2.952,- Euro

Thema: Qualitätsmanager/-in, Schwerpunkt Gesundheitswesen; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 160 Unterrichtsstunden; Kosten: 1.440,- Euro

Sonstige Seminare/Fortbildungen

Thema: Gesundheitscoach; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 40 Unterrichtsstunden; Kosten: 498.- Euro

Thema: Wellness-, Ernährungsberater/in; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 40 Unterrichtsstunden; Kosten: 520.- Euro

Thema: Pflegeprozessplanung; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 8 Unterrichtsstunden; Kosten: 98,- Euro

Thema: Praxisanleiter/-in in Pflegeeinrichtungen; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 200 Unterrichtsstunden; Kosten: 990.- Euro

Thema: Case-Management im Gesundheitswesen und in der Sozialarbeit; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 160 Unterrichtsstunden;
Kosten: 2.400,- Euro

Thema: Medizinische Grundlagen für das Verstehen von Wellness- und Fitness-Anwendungen; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 16 Unterrichtsstunden; Kosten: 198.- Euro

Thema: Gesundheitsführerschein; Zahl der Schulungsplätze: circa 8-20 beziehungsweise je nach Nachfrage; Dauer: 16 Unterrichtsstunden; Kosten: 198.- Euro

Bildungsfreistellungsveranstaltungen zum Thema Gesundheit

Im Zeitraum vom 1.Juli.2006 bis zum 30.Juni 2007 wurden 289 Weiterbildungsangebote, die sich mit dem Thema „Gesundheit“ befassen, als freistellungsberechtigte Veranstaltungen nach § 20 des Bildungsfreistellungs- und Qualifizierungsgesetzes (BFQG) Schleswig-Holstein anerkannt (www.bildungsfreistellung.schleswig-holstein.de).

Die Angebote reichen von der Einführung in die anthroposophische Medizin über die Weiterbildung zur Ayurveda-Köchin/Koch oder zur Leitung einer Pflegeeinheit bis zum Ausbilderlehrgang Erste Hilfe und Zertifikatskurs Gastroenterologische Ernährungstherapie.

Die 289 anerkannten Veranstaltungen im Gesundheitsbereich entsprechen 7,23 Prozent der insgesamt rund 4.000 landesweit in diesem Zeitraum anerkannten Veranstaltungen.

Zurzeit besitzen zwei dem Gesundheitswesen zuzuordnende Institutionen eine Anerkennung nach § 22 BFQG als staatlich anerkannter Träger beziehungsweise Einrichtung der Weiterbildung: Das AWO Bildungszentrum Preetz (Einrichtung) und das Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBAF) gGmbH, Rendsburg (Träger).

Weiterbildungsdatenbank: Weiterbildungsangebote im Gesundheitswesen

Um den Bürgerinnen und Bürgern sowie den kleinen und mittleren Unternehmen einen leicht zugänglichen Überblick über die sich kontinuierlich verändernden Fort- und Weiterbildungsangebote in Schleswig-Holstein zu bieten, wurde eine schleswig-holstein-weite Redaktionsplattform für Weiterbildungskurse entwickelt. Das seit September 2007 freigeschaltete „Kursportal Schleswig-Holstein“ bietet umfangreiche Internet-Recherchemöglichkeiten und schafft damit Transparenz der Weiterbildungskurse in Schleswig-Holstein (www.sh.kursportal.info).

Nach einer Recherche im Kursportal waren im November 2007 rund 500 Fort- und Weiterbildungsangebote im Gesundheitsbereich von etwa 110 Weiterbildungsanbietern in der Datenbank eingestellt. Die Bandbreite der Angebote reicht vom Kurs „Lebensrettende Sofortmaßnahmen am Unfallort“ für den Führerscheinwerb über Ausgleichssport bis zur Weiterbildung zur Arzthelferin oder zur Diätköchin.

Akademische Heilberufe

Ärztinnen und Ärzte können in 32 Weiterbildungsgebieten Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen erwerben. Darüber hinaus existieren weitere 46 Zusatzweiterbildungen. Konkrete Inhalte können der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer entnommen werden.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte stehen drei Weiterbildungsmöglichkeiten (Kieferorthopädie, Oralchirurgie und Öffentliches Gesundheitswesen) und für Apothekerinnen und Apotheker sechs Weiterbildungsmöglichkeiten (Offizin-Pharmazie, Klinische Pharmazie, Pharmazeutische Analytik, Arzneimittelinformation, Pharmazeutische Technologie und Öffentliches Gesundheitswesen) zur Verfügung.

Wegen der bestehenden Fortbildungspflicht gibt es eine Vielzahl von Fortbildungsmöglichkeiten. Anbieter sind z.B. die Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung, das Edmund-Christiani-Institut, das Heinrich-Hammer-Institut, die Akademie für pharmazeutische Fortbildung und Qualitätssicherung oder die Akademie für Schmerzpsychotherapie.

Die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten erfolgt in Krankenhäusern beziehungsweise in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die von der Kammer als Weiterbildungsstätte zugelassen wurden. Es besteht keine Pflicht, der Kammer die Anzahl der bereitgestellten Weiterbildungsstellen zu melden.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte stehen in Schleswig-Holstein 62 Weiterbildungsplätze zur Verfügung. Für Apothekerinnen und Apotheker gibt es 259 Weiterbildungsplätze, davon 41 an der Universität.

Die Weiterbildung der akademischen Berufe erfolgt grundsätzlich in praktischer Berufstätigkeit im Angestelltenverhältnis.

Die Kosten externer Einrichtungen (z.B. Kursgebühr der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Kosten der berufsbegleitenden Qualifizierung in der Zusatzweiterbildung Psychotherapie), die Kosten für die abzuleistende Selbsterfahrung, Balintgruppen, Supervisionen sowie Theorie- und Seminarstunden, Kosten der Lebenshaltung, Reisekosten, Fachliteratur, Lernmittel sowie die Prüfgebühr sind in der Regel von der Weiterbildungsteilnehmerin beziehungsweise dem Weiterbildungsteilnehmer selbst zu tragen.

Eine Schätzung ist schwierig, für eine mindestens dreijährige berufsbegleitende Weiterbildung einer Ärztin oder eines Arztes geht die Ärztekammer von einem Betrag zwischen 10.000 und 20.000 Euro aus.

9.4. Wie hat sich die Zahl der Absolventen an den Universitäten und Fachhochschulen in Schleswig-Holstein seit 2000 entwickelt?
Bitte aufschlüsseln nach:

- 9.4.1.1. Humanmedizin;
- 9.4.1.2. Zahnmedizin;
- 9.4.1.3. Psychiatrie;
- 9.4.1.4. Psychotherapie;
- 9.4.1.5. Pharmazie;
- 9.4.1.6. Medizintechnik;
- 9.4.1.7. „Biomedical Engineering“;
- 9.4.1.8. „Health Care Management“;
- 9.4.1.9. Gesundheitsökonomie/Gesundheitswirtschaft;
- 9.4.1.10. Krankenhausmanagement;
- 9.4.1.11. Physiotherapie;
- 9.4.1.12. Ökotrophologie;
- 9.4.1.13. Medizinische Informatik;
- 9.4.1.14. Neuro- und Bioinformatik;
- 9.4.1.15. Medizinische Molekularbiologie;
- 9.4.1.16. „International Tourism Management“.

Antwort:

Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen hat sich von 2000 bis 2006 wie folgt entwickelt:

	Studiengang	Absolventen (ohne Promotionen)							Bemerkungen
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
9.4.1.1	Humanmedizin Staatsexamen	404	413	417	396	402	385	433	Nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte v. 27.06.02 entfällt der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung als Abschlussprüfung; anstelle dessen ist der Zweite Abschnitt abzulegen. Wegen der Übergangsregelungen haben sich 2005 weniger Prüfungskandidaten gemeldet und stattdessen 2006 die neue Prüfung abgelegt.
9.4.1.2	Zahnmedizin, Staatsexamen	39	49	56	45	40	40	59	
9.4.1.3	Psychiatrie								Teil des Studiums der Humanmedizin.
9.4.1.4	Psychotherapie								Teil des Studiums der Humanmedizin.
9.4.1.5	Pharmazie, Staatsexamen	78	74	93	96	72	77	63	
9.4.1.6	Medizintechnik, Diplom (FH)	22	22	36	25	22	26	24	

9.4.1.7	Biomedical Engineering, Master					11	16	12	Der Studiengang wurde zum WS 2002/03 eingerichtet, daher gab es bis zum Studienjahr 2003 noch keine Absolventen.
9.4.1.8	Health Care Management, Master			1	11	11	12	2	Der Studiengang wurde zum WS 2001/02 eingerichtet, daher gab es bis zum Studienjahr 2001 noch keine Absolventen.
9.4.1.9	Gesundheitsökonomie/ Gesundheitswirtschaft, Bachelor							2	Der Studiengang wurde zum WS 2003/04 eingerichtet, daher gab es bis zum Studienjahr 2005 noch keine Absolventen.
9.4.1.10	Krankenhausmanagement (Hospital Management), Master								Der Studiengang wurde zum WS 2006/07 eingerichtet, daher gibt es noch keine Absolventen.
9.4.1.11	Physiotherapie, Bachelor						11	6	Der Studiengang wurde zum WS 2001/02 eingerichtet, daher gab es bis zum Studienjahr 2004 noch keine Absolventen.
9.4.1.12	Ökotrophologie Diplom, Bachelor, Master	44	53	93	93	122	88	161	
9.4.1.13	Medizinische Informatik, Diplom, Bachelor, Master	8	18	20	18	19	26	8	
9.4.1.14	Neuro- und Bioinformatik, Diplom, Bachelor, Master	1	5	3	4	2	6	4	
9.4.1.15	Medizinische Molekularbiologie								Der Studiengang wurde zum WS 2007/08 eingerichtet, daher gibt es noch keine Absolventen.
9.4.1.16	"International Tourism Management"							5	Der Studiengang wurde zum WS 2004/05 eingerichtet, daher gab es bis zum Studienjahr 2005 noch keine Absolventen.

- 9.4.2. Wie hat sich die Zahl der Absolventen in Schleswig-Holstein bei folgenden Berufen seit 2000 entwickelt?
Bitte aufschlüsseln nach:

9.4.2.1. Kinder-/Krankenschwester beziehungsweise –pfleger;

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
622	613	k.A.	537	640	655	574

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.2. Hebammen beziehungsweise Geburtshelfer

Antwort:

Die Berufsbezeichnung lautet Hebammen und „Entbindungspfleger“.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
18	15	13	14	15	14	13

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.3. Arzt- und Zahnarthelferinnen beziehungsweise –helfer;

Antwort:

Die Berufsbezeichnungen haben sich geändert und lauten jetzt medizinische beziehungsweise zahnmedizinische Fachangestellte.

Bei den medizinischen Fachangestellten (früher Arzthelfer/in) entwickelten sich die Absolventenzahlen laut Angaben der Ärztekammer wie folgt:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
458	496	510	518	538	492	488

Bei den zahnmedizinischen Fachangestellten (früher Zahnarthelfer/in) entwickelten sich die Absolventenzahlen laut Angaben der Zahnärztekammer wie folgt:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
375	330	383	434	415	390	384

9.4.2.4. Medizinisch-Technische Assistentinnen beziehungsweise Assistenten;

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
82	93	75	83	67	86	68

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.5. Pharmazeutisch-Technische-Assistentinnen beziehungsweise Assistenten;

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
67	62	75	62	87	89	78

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.6. Zahntechnik;

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
110	84	65	46	59	72	78

Quelle: Bundesinstitut für Berufliche Bildung BiBB

9.4.2.7. Logopädie:

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
19	0	20	16	2	18	24

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.8. Ergotherapie:

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
106	24	k.A.	112	112	120	173

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.9. Physiotherapie:

Antwort:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
194	150	113	k.A.	142	185	175

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.10. Masseurin beziehungsweise Masseur;

9.4.2.11. Medizinische Bademeister;

Antwort:

Der Ausbildungsweg ist für beide Berufe gleich, jede Absolventin und jeder Absolvent erhält die Berufserlaubnis für beide Berufe.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Keine Prüfung	5	k.A.	2	11	3	14

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

9.4.2.12. Ausbildung im Rettungsdienst (Rettungssanitäter, Rettungsassistenten).

Antwort:

Rettungssanitäterinnen und –sanitäter:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
278	255	238	255	337	278	262

Quelle: Ausbildungsstätten

Rettungsassistentinnen und –assistenten:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
107	83	k.A.	112	182	141	152

Quelle: Landesamt für soziale Dienste

Als Absolventinnen und Absolventen sind bei allen Gruppen diejenigen Personen angegeben, die die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben.

- 9.5. Welche Rolle spielen aus Sicht der Leistungserbringer und Unternehmen die schulischen und universitären Ausbildungsangebote Schleswig-Holsteins als Standortfaktor – und inwieweit wurde den Anforderungen der Leistungserbringer von Seiten der Landesregierung Rechnung getragen?

Antwort:

Angesichts der Fülle von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, von Ärztinnen und Ärzten über medizinische Fußpflegerinnen und -pflegern bis hin zu Hörgeräteakustikerinnen und -akustikern, wäre eine umfassende Bestandsaufnahme ihrer Einschätzung der Bedeutung von Ausbildungsangeboten nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich. Mit Blick auf industrielle Unternehmen kann indessen aufgrund der Ergebnisse der Studie „Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“ (dsn Projekte - Studien - Publikationen, 2000) festgestellt werden, dass neben Faktoren wie Arbeitsproduktivität, Verkehrsinfrastruktur und Lohnniveau auch der Bildungs- und Wissenstransfer als bedeutend eingestuft wird. Im Rahmen der oben genannten Studie wurde in einer schriftlichen Befragung unter Unternehmen der Gesundheitswirtschaft nach den Standortfaktoren in Schleswig-Holstein gefragt. Dabei zeigte sich, dass die Unternehmen u.a. die Ausprägungen des Bildungs- und Wissenstransfers als gut bis befriedigend beurteilen. Mit ihrer Aus- und Weiterbildungspolitik baut die Landesregierung die Standortqualität konsequent aus.

- 9.6. Welche Rolle spielen aus Sicht der Unternehmen die Faktoren der Forschung und Entwicklung an den Fachhochschulen und Universitäten in Schleswig-Holstein als Standortfaktor?

Antwort:

Forschung und Entwicklung an den Fachhochschulen und Universitäten spielen für die Unternehmen in Schleswig-Holstein aus Sicht der Landesregierung eine erhebliche Rolle. Exzellenz-Cluster, innovative Versorgungsangebote wie z.B. das Partikeltherapiezentrum und Entwicklung von telemedizinischen Netzen binden Unternehmen an das Land und stärken den Standort als innovatives Gesundheitsland.

10. Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf den Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein

10.1. Ambulante Gesundheitsversorgung

10.1.1. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen des Gesetzes – auf die ambulanten Leistungserbringer in Schleswig-Holstein – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?

Antwort:

Das GKV- WSG beinhaltet im Hinblick auf die Fragestellung Reformen in drei wesentlichen Bereichen:

- a) die Einführung einer Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger,
- b) eine Reform der Versorgungsstrukturen und
- c) eine Reform der Finanzierungsordnung.

Zu a):

Künftig haben alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland eine Absicherung im Krankheitsfall. Ab dem 1. Januar 2009 besteht die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschließen, wenn kein ausreichender anderer Schutz besteht. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, kehrt in seine letzte Krankenversicherung zurück. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie für die private Krankenversicherung. Jede und jeder wird so zukünftig die notwendige medizinische Behandlung erhalten. Für die ambulanten Leistungserbringer in Schleswig-Holstein könnte sich die Einführung einer Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger positiv auswirken, da mehr Menschen über einen Krankenversicherungsschutz verfügen und sich somit medizinisch behandeln lassen.

Zu b):

- Krankenhäuser dürfen ambulant behandeln (§ 116 b SGB V): Menschen, die an schweren oder seltenen Krankheiten leiden und eine spezialisierte Versorgung benötigen (zum Beispiel Aids- oder Krebspatientinnen und -patienten), sollen eine bestmögliche Behandlung erhalten. Deshalb werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung dieser Patientinnen und Patienten geöffnet.
- Palliativmedizinische Versorgung wird verbessert: Es werden für die Versorgung sterbender und schwerstkranker Menschen so genannte Palliativ Care Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zugelassen. Insbesondere wird die Versorgung schwerst- und sterbenskranker Kinder in Kinderhospizen verbessert.
- Rechtsanspruch auf Rehabilitation: Genehmigte Rehabilitationsmaßnahmen müssen zukünftig von den Krankenkassen verpflichtend bezahlt werden, weil sie jetzt zum Pflichtangebot des GKV-Leistungskataloges gehören.

- **Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege:**
Die zumeist älteren Menschen, die in Wohngemeinschaften oder anderen neuen Wohnformen leben, erhalten einen Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege und werden dadurch Patientinnen und Patienten in normalen Privathaushalten gleichgestellt.
- **Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen:**
Empfohlene Impfungen, notwendige Mutter-/Vater-Kind-Kuren und alle übrigen Rehabilitationsmaßnahmen müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden.
- **Ärztliche Zweitmeinung:**
Im Interesse der Patientensicherheit ist für die Verordnung spezieller hochinnovativer Medikamente zukünftig eine ärztliche Zweitmeinung erforderlich.
- **Mehr Wahlfreiheit für die Versicherten:**
Die Gesundheitsreform zielt darauf ab, die Möglichkeiten der Krankenkassen zu erweitern, den Versicherten entsprechend der unterschiedlichen Präferenzen differenzierte und qualitativ hochwertige Gesundheitsangebote zu machen (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen, Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle).

Zu c):

Siehe auch Antwort zu den Fragen 10.1.2. bis 10.1.2.4.

Ergänzend zu a), b) und c) ist als weitere finanzwirksame Einzelmaßnahmen die Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung zu erwähnen. Für die Vertragsärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung wird zum 1. Januar 2009 eine neue Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen innerhalb vereinbarter Leistungsmengen eingeführt. Das bringt mehr Planungssicherheit für Ärztinnen und Ärzte. Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten (Morbiditätsrisiko) tragen die Krankenkassen.

Bitte aufschlüsseln nach Auswirkungen auf:

10.1.1.1. die Zahl der ambulanten Leistungserbringer?

Antwort:

Das GKV-WSG hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Anzahl der zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragszahnärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

10.1.1.2. die Zahl der bei den ambulanten Leistungserbringern sozialversicherungspflichtig Beschäftigten?

Antwort:

Das GKV-WSG hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der zugelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte, Vertragszahnärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

10.1.1.3. die Investitionen der ambulanten Leistungserbringer?

Antwort:

Eine seriöse Vorhersage der Auswirkungen des GKV-WSG (Inkrafttreten 1. April 2007) auf die Höhe der Investitionen der ambulanten Leistungserbringer ist derzeit nicht möglich.

10.1.1.4. die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die Beziehungen zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen und Ärzten, Versicherten und Kassen und Kassen und ambulanten Leistungserbringern werden transparenter und flexibler. Dies wird unter anderem durch ein neues ärztliches Honorierungswesen, eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors und den Ausbau der integrierten Versorgung erreicht, so dass insgesamt von einer positiven Entwicklung der Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein ausgegangen werden kann.

10.1.2. Welche Auswirkungen werden von Seiten der Landesregierung mit der Einführung eines Gesundheitsfonds in 2009 erwartet im Hinblick auf

10.1.2.1. die Zahl der ambulanten Leistungserbringer?

10.1.2.2. die Zahl der bei den ambulanten Leistungserbringern sozialversicherungspflichtig Beschäftigten?

10.1.2.3. die Investitionen der ambulanten Leistungserbringer?

10.1.2.4. die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 01. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten - wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute - einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesundheitsfonds soll dafür sorgen, dass die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent – auch durch zusätzliche Steuermittel - ausgeglichen wird.

Unmittelbare Auswirkungen mit der Einführung des Gesundheitsfonds ab 01. Januar 2009 auf die ambulanten Leistungserbringer in Schleswig-Holstein werden von der Landesregierung zurzeit nicht gesehen, da die Höhe der Gesamteinnahmen der GKV nicht vermindert wird.

10.2. Apotheken

Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – auf die Apotheken in Schleswig-Holstein – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?

Bitte aufschlüsseln nach Auswirkungen auf:

- 10.2.1.1. Zahl der Apotheker und Apotheken in Schleswig-Holstein;
- 10.2.1.2. Zahl der in Apotheken sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Schleswig-Holstein;
- 10.2.1.3. Investitionen;
- 10.2.1.4. Umsatz;
- 10.2.1.5. Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein.

Antwort:

Das GKV-WSG hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Anzahl der Apotheken, deren Umsatz, Investitionen oder die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein.

Insbesondere die mit dem GKV-WSG eingeführten Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern stellen außerordentliche Anforderungen hinsichtlich Flexibilität und Patienteninformation an die Apotheken. Um konkrete Aussagen zu den einzelnen Auswirkungen treffen zu können, muss zunächst der Bericht der Bundesregierung gegenüber dem Bundestag abgewartet werden. Im Frühjahr 2008 soll über die Auswirkungen von Rabattvereinbarungen berichtet werden (§130a Abs. 8 SGB V).

Siehe auch Antworten zu Frage 4.2 und 4.3.

Über die Höhe der Investitionen liegen keine Daten vor.

Hinsichtlich des Umsatzes siehe Antwort zu Frage 4.5.

In den letzten Jahren ist eine leichte Zentralisierungstendenz festzustellen, die auch Auswirkungen auf die Umsatzzahlen hat. Strukturelle Veränderungen, die auf das GKV-WSG zurückgeführt werden, sind nicht festzustellen und werden auch nicht erwartet.

10.3. Stationäre Gesundheitsversorgung

Vorbemerkung:

Die Landesregierung hatte zu verschiedenen Fragestellungen eine Umfrage bei allen 76 Krankenhäusern im Lande gestellt, um ein Meinungsbild zu erhalten. Nur zehn (kleinere und mittlere) Krankenhäuser haben geantwortet, die größeren Häuser haben in einem gemeinschaftlichen Schreiben gegenüber der Landesregierung mitgeteilt, dass sie die Fragen nicht beantworten werden. Zitat: „.....scheint es unzumutbar, die Unzahl an Fragen, die die FDP-Fraktion gestellt hat, zu beantworten; ist es doch erforderlich, zahlreiche Mitarbeiter in den vielen Krankenhäusern des Landes mit der Recherche dieser Daten zu beschäftigen. Wir sind nicht in der Lage, hierfür Arbeitszeit zu opfern. Weiterhin würden wir zahlreiche der hier abgeforderten Daten aus Gründen der Geheimniswahrung überhaupt nicht herausgeben wollen..... Für die Verantwortlichen in den Krankenhäusern bleibt aber bedauerlicherweise der Sinn der gesamten FDP-Anfrage verborgen.“

- 10.3.1. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen des Gesetzes – auf die stationäre Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?

Antwort:

Die Auswirkungen des Gesetzes lassen sich nicht isoliert betrachten und rechnerisch ermitteln. Auch die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) ist der Auffassung, dass sich mögliche Mittelabflüsse im einzelnen nicht Personal, Sachmitteln oder Investitionen zuordnen lassen.

- 10.3.1.1. Bitte aufschlüsseln nach Auswirkungen auf: die Zahl der Krankenhäuser und Universitätsklinika?

Antwort:

Keine Angaben möglich, siehe Vorbemerkung.

- 10.3.1.2. die Zahl der bei den Krankenhäusern und dem UK S-H sozialversicherungspflichtig Beschäftigten?

Antwort:

Keine Angaben möglich, siehe Hinweis unter 10.3.1. Die KGSH nimmt auf Basis einer Überschlagsrechnung einen Personalabbau von 200 Vollkräften an.

- 10.3.1.3. die Investitionen der Krankenhäuser und des UK S-H?

Antwort:

Keine Angaben im Einzelnen möglich, siehe Vorbemerkung.

- 10.3.1.4. die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Keine Angaben im Einzelnen möglich, siehe Vorbemerkung.

- 10.3.2. Welche konkreten Auswirkungen hat der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossene sog. „Sanierungsbeitrag“ in Euro auf die Erlöse der Krankenhäuser und das UK S-H in Schleswig-Holstein (Bitte auf Grundlage der Jahresabschlüsse 2006 jeweils für jedes einzelne Krankenhaus bei Benennung desselben und dem UK S-H aufschlüsseln)?

Antwort:

Der Sanierungsbeitrag für die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser wird sich insgesamt nach Berechnungen der Landesregierung auf circa sieben Millionen Euro jährlich belaufen, bei einem Budgetvolumen von insgesamt 1,7 Milliarden Euro für 78 Krankenhäuser an 98 Betriebsstätten. Eine Aufschlüsselung auf Basis der Jahresabschlüsse ist nicht möglich, siehe Vorbemerkung.

- 10.3.3. Welche Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossene „Sanierungsbeitrag“ auf:
10.3.3.1. die künftigen Investitionen der Krankenhäuser und des UK S-H?

Antwort:

Die aus Eigenmitteln finanzierten Investitionen könnten aufgrund einer schlechteren Ertragslage reduziert werden.

- 10.3.3.2. die Zahl der in Krankenhäusern sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die Zahl der Beschäftigten könnte aufgrund einer schlechteren Ertragslage sinken.

- 10.3.3.3. die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Es sind keine unmittelbaren Auswirkungen zu erwarten.

- 10.3.4. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

siehe 10.3.3.3.

- 10.3.5. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Siehe 10.3.3.3.

- 10.3.6. Welche Maßnahmen leitet die Landesregierung daraus ab?

Antwort:

Siehe 10.3.3.3.

- 10.3.7. Welche Auswirkungen hatte dieser „Sanierungsbeitrag“ bisher
10.3.7.1 auf das nichtärztliche Personal an Krankenhäusern?

Antwort:

Keine Angaben möglich, siehe Vorbemerkung.

10.3.7.2. auf die Bettenzahl?

Antwort:

Keine Auswirkung auf die Planbettenzahl.

10.3.7.3. auf die Krankenhausträger?

Antwort:

Auswirkungen sind nicht bekannt.

- und welche Auswirkungen erwartet die Landesregierung mittelfristig?

Antwort:

Keine mittelfristigen Auswirkungen, da der Sanierungsbeitrag zeitlich befristet ist.

10.3.8. Was versteht die Landesregierung konkret unter dem sog. „Sanierungsstau“ und wie hoch ist nach ihrer Einschätzung der sog. „Sanierungsstau“ beim UK S-H und den übrigen Krankenhäusern?

Antwort:

Die Landesregierung geht davon aus, dass in der Fragestellung "Investitionsbedarf" gemeint ist, da Sanierungsaufwendungen als Instandhaltung aus den Krankenhausbudgets zu finanzieren sind. Die Landesregierung fördert Investitionen in Form von Krankenhausbaumaßnahmen nach dem KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Die Schwerpunkte der schleswig-holsteinischen Krankenhäuser sind dabei Prozess- und Ablaufoptimierungen, Schwerpunktbildungen, Vernetzungen sowie Kooperationen zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit. Die Landesregierung focussiert in der Finanzierung von Krankenhausbaumaßnahmen dabei primär auf die direkte Versorgung.

Die Summe der Krankenhausbaumaßnahmen in Schleswig-Holstein, die im aktuellen Finanzplan von der so genannten Beteiligtenrunde bestehend aus Kommunen, Kassen, MSGF und Krankenhäusern für 2008 so beschlossen worden ist, beträgt rund 317,5 Millionen Euro.

Der Investitionsstau am UK S-H wird aufgrund einer Untersuchung der GMSH von Anfang 2007 je nach Ausführung auf bis zu 500 Millionen Euro geschätzt.

10.3.9. Wie konnte es zu diesem „Sanierungsstau“ kommen?

Antwort:

Siehe 10.3.8.

Gründe und Ursachen des Investitionsstaus sind in der Fachliteratur (siehe zum Beispiel Bruckenberger, Ernst, in Privatisierung der Krankenhäuser, eine Alternative

zum Investitionsstau) oder dem Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen hinreichend beschrieben.

10.3.10. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung bisher ergriffen, um diesen „Sanierungsstau“ abzubauen und welche Instrumente stehen ihr hierfür zur Verfügung?

Antwort:

Siehe 10.3.8.

Das Land hat die Absicht, den Investitionsstau am UK S-H unter anderem durch alternative Finanzierungsformen abzubauen. Beispielhaft für diese alternative Finanzierung ist das Vorhaben zum Protonentherapiezentrum, dessen Investitionsvolumen insgesamt rund 250 Millionen Euro beträgt und als bisher größtes PPP-Vorhaben im Bereich des Gesundheitswesens des Landes anzusehen ist.

10.3.11. Sieht die Landesregierung in der Rückkehr zur Monistik eine Möglichkeit, den Sanierungsstau abzubauen?

Antwort:

Entfällt, siehe 10.3.8. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Mittelbereitstellung für Investitionen in einer Monistik von den zu schaffenden gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängt. Die Bundesregierung hat angekündigt, dazu einen Gesetzentwurf vorzulegen.

10.3.11.1. Falls ja, welche Auswirkungen hätte dies auf die Krankenkassenbeiträge?

Antwort:

Entfällt, siehe 10.3.11., auch dies hängt von den zu schaffenden gesetzlichen Rahmenbedingungen ab.

10.3.11.2. Falls nein, warum nicht?

Antwort:

Entfällt, siehe 10.3.11.1

10.3.12. Welche konkreten Auswirkungen werden aus Sicht der Landesregierung von der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossenen Pflichtleistung der geriatrischen Rehabilitation auf die Krankenhäuser und das UK S-H erwartet?

Antwort:

In Schleswig-Holstein findet die geriatrische Versorgung ausschließlich in der Akutbehandlung im Krankenhaus statt und wird über DRGs abgerechnet.

10.3.12.1. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

Ist für Schleswig-Holstein nicht relevant.

10.3.12.2. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Siehe 10.3.12.

10.3.12.3. Welche Maßnahmen leitet die Landesregierung daraus ab?

Antwort:

Siehe 10.3.12.

10.3.13. Welche Auswirkungen auf die Krankenhäuser und das UK S-H wird durch die Landesregierung durch die Einführung eines Gesundheitsfonds in 2009 erwartet im Hinblick auf:

Antwort:

Der Gesundheitsfond ist ein Konzept, um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ab 2009 umzuorganisieren. Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenhäuser hat die Anschlussgesetzgebung zum Fallpauschalengesetz.

10.3.13.1. die Investitionen der Krankenhäuser und dem UK S-H?

Antwort:

Entfällt, da die Investitionen der Krankenhäuser aufgrund des dualen Finanzierungssystems nicht betroffen sind.

10.3.13.2. die Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein?

Antwort:

Die Landesregierung erwartet keine Auswirkungen.

10.3.13.3. die Bettenzahl?

Antwort:

Die Landesregierung erwartet keine Auswirkungen.

10.3.13.4. die Krankenhausträger?

Antwort:

Die Landesregierung erwartet keine Auswirkungen.

10.3.14 Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:
Entfällt

10.3.15 Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:
Entfällt

10.3.16 Welche Maßnahmen leitet die Landesregierung daraus ab?

Antwort:
Entfällt

10.4 Verzahnung der Sektoren

10.4.1. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf die Verzahnung der Sektoren in Schleswig-Holstein – oder werden erwartet?

Antwort:
Die integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen wird fortgeführt, inklusive der bisherigen Anschubfinanzierung. Die Pflege wird in die integrierte Versorgung eingebunden.

Krankenhäuser können im Rahmen der integrierten Versorgung hoch spezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V ambulant erbringen. In Schleswig-Holstein sind im Dezember 2007 schon 13 positive Bescheide an antragstellende Krankenhäuser gegangen. Es werden weitere Anträge erwartet.

10.4.2. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:
Die Landesregierung bewertet diese Maßnahmen und Entwicklungen grundsätzlich positiv, weil

- Behandlungen nach definierten Behandlungspfaden und dem neuesten Stand des medizinischen Wissens erbracht werden.
- Patienten in eine organisierte Behandlungskette eingebunden werden, die ihnen die eigene, oft mühsame Suche nach Spezialisten abnimmt

- etwaige unnötige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können
- Liegezeiten in Krankenhäusern verkürzt werden können
- Folgeerkrankungen eingeschränkt oder gar vermieden werden können

10.5. Gesundheitswirtschaft

10.5.1. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen des Gesetzes – auf die medizintechnischen Unternehmen in Schleswig-Holstein – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?

Bitte aufschlüsseln nach Auswirkungen auf:

- 10.5.1.1. Zahl der Unternehmen in Schleswig-Holstein;
- 10.5.1.2. Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Schleswig-Holstein;
- 10.5.1.3. Investitionen;
- 10.5.1.4. Umsatz;
- 10.5.1.5. Forschung.

Antwort:

Sowohl die medizintechnischen Unternehmen – hier speziell die Hersteller von Hilfsmitteln - als auch die pharmazeutischen Firmen sind von den Auswirkungen des GKV Wettbewerbsstärkungsgesetzes grundsätzlich betroffen.

Da die Krankenkassen in Schleswig-Holstein bislang noch keine Ausschreibungen von Leistungen im Hilfsmittelmarkt vorgenommen haben, liegen über Auswirkungen dieser neuen gesetzlichen Regelung noch keine Erkenntnisse vor.

Die schleswig-holsteinischen Pharmaunternehmen sind überwiegend mittelständisch strukturiert. Die 22 statistisch gezählten Pharmaunternehmen in Schleswig-Holstein beschäftigen rund 7.700 Menschen und erreichten 2006 einen Umsatz von knapp 2,1 Milliarden Euro.

Zum Vergleich: bundesweit arbeiten in 330 statistisch gezählten Pharmaunternehmen etwa 120.000 Beschäftigten, der Umsatz betrug 31,3 Milliarden Euro. Relativ ist Schleswig-Holstein damit ein großer Pharmastandort. Allein in den beiden großen Pharmaunternehmen – Astra Zeneca in Wedel und GlaxoSmithKline in Bad Oldesloe - arbeiten rund 2.500 Mitarbeiter. Besonders in den mittelständischen Unternehmen gibt es vielfältige Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten. Es sind vielfach die mittelständischen Unternehmen, die für die Patientenversorgung wichtige Nischenprodukte anbieten, die sich im Einzelfall für die großen Anbieter nicht lohnen.

10.5.2. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

Siehe 10.5.3.

10.5.3. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Grundsätzlich bedeutet das GKV-WSG einen Wechsel von kollektiven Verträgen hin zu einer Stärkung individueller Verträge zwischen den Krankenkassen und Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt. Der Bundesgesetzgeber verspricht sich davon insbesondere einen verstärkten Preiswettbewerb im GKV-System, hat jedoch im Hilfsmittelmarkt zum Beispiel die beratungsintensiven und individuell anzufertigenden Hilfsmittel von dieser Regelung ausgenommen (vgl. § 127 SGB V). Die Landesregierung sieht in dieser Regelung auch für Schleswig-Holstein gute Möglichkeiten, eine erhöhte Preistransparenz im Hilfsmittelmarkt zu erreichen, die ausdrücklich ihre Grenzen bei der nach wie vor ausgesprochen hohen Qualität der Hilfsmittelerbringung im Lande findet. Dies gilt insbesondere für kleine und mittlere Betriebe.

Konkrete Auswirkungen liegen wie unter 10.5.1 ausgeführt noch nicht vor.

Die Landesregierung begrüßt die Intention des GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs im Arzneimittelsektor. Die schleswig-holsteinischen Pharmaunternehmen wollen sich einem fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen stellen, der sich zukünftig deutlich stärker als bisher an den gesetzlichen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten einer solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung orientieren muss. Das GKV-WSG führt zu Veränderungen insbesondere bei der Preisbildung von Arzneimitteln in Deutschland. Arzneimittel, die bislang keinem Festbetrag unterliegen, werden zukünftig einer Kosten-Nutzen-Bewertung unterzogen, an deren Umsetzung zurzeit auf Bundesebene gearbeitet wird. Nur ein für den Patienten nachgewiesener Zusatznutzen bislang preislich unregulierter Arzneimittel wird danach eine Preisbildung oberhalb des Festbetrags bedeuten, in die der Hersteller auch anteilige Forschungs- und Entwicklungskosten des Medikaments einrechnen kann.

Die Möglichkeit für Krankenkassen, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern abzuschließen, ist bereits 2006 mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) geschaffen worden.

- 10.5.4. Welche Instrumente stehen der Landesregierung zur Verfügung, um bei positiven und/oder negativen Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf medizintechnische Unternehmen unterstützend oder steuernd einzugreifen?

Antwort:

Siehe hierzu Antwort zu 10.5.5.

- 10.5.5. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung bisher ergriffen, um unterstützend und steuernd einzugreifen?

Antwort:

Die Landesregierung pflegt einen regelmäßigen Kontakt zu einzelnen Hilfsmittelvertriebern und Arzneimittelherstellern im Lande. Im Bedarfsfall werden die Interessen der in Schleswig-Holstein ansässigen Unternehmen gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium und anderen bundesunmittelbaren Institutionen nachhaltig und mit Erfolg vertreten.

Die Landesregierung hat zur Unterstützung der mittelständisch geprägten Pharmabranche zusammen mit dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie - Landesverband Nord (Bpl-Nord) am 14. November 2007 in Berlin einen parlamentari-

schen Abend durchgeführt. Vor rund 150 geladenen Gästen aus dem Bundestag, dem Bundesgesundheitsministerium, den Gesundheitsverbänden und Krankenkassen konnten die mittelständischen Pharmaunternehmen aus Schleswig-Holstein die konkreten Konsequenzen aus dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz darstellen und auf Probleme hinweisen. Insbesondere das Bundeskartellamt wies an diesem Abend auf die Probleme hin, die durch einen uneingeschränkten Rabatt-Wettbewerb durch die Krankenkassen entstehen können.

- 10.5.6. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen des Gesetzes – auf Unternehmen in Schleswig-Holstein, die Arzneimittel herstellen – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?
Bitte aufschlüsseln nach Auswirkungen auf:
- 10.5.6.3. Zahl der Unternehmen in Schleswig-Holstein;
 - 10.5.6.4. Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Schleswig-Holstein;
 - 10.5.6.5. Investitionen;
 - 10.5.6.6. Umsatz;
 - 10.5.6.7. Forschung.
- 10.5.7. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?
- 10.5.8. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?
- 10.5.9. Welche Instrumente stehen der Landesregierung zur Verfügung um bei positiven und/oder negativen Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf medizintechnische Unternehmen unterstützend oder steuernd einzugreifen?
- 10.5.10. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung bisher ergriffen, um unterstützend und steuernd einzugreifen?

Antwort:

Bezüglich der gesonderten Fragen zu Arzneimittel herstellenden Unternehmen in Schleswig-Holstein wird auf die Beantwortung unter 10.5.1 bis 10.5.5 verwiesen. Unmittelbare Auswirkungen des GKV-WSG auf die Anzahl der Unternehmen, die bei ihnen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Menschen, ihre Investitionen oder ihren Umsatz werden derzeit nicht erwartet.

Ob mit geänderten Forschungsaktivitäten aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen zu rechnen ist, lässt sich zurzeit nicht absehen.

- 10.5.11. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen des Gesetzes – auf Anbieter von medizinisch ausgerichteten Wellnessangeboten – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?

Antwort:

Der Landesregierung liegen keine Daten zu Anbietern medizinisch ausgerichteter Wellnessangebote vor. Grundsätzlich sind medizinisch ausgerichtete Wellnessangebote nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst, sondern werden den eigenverantwortlichen Leistungen der Versicherten zugerechnet (§ 2 Abs. 1 SGB V). Das GKV-WSG hat diesbezüglich zu keiner Änderung geführt

10.6. Aus- und Fortbildung

- 10.6.1. Welche konkreten Auswirkungen hat aus Sicht der Landesregierung das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – differenziert nach den jeweiligen Neuregelungen des Gesetzes – auf schulische und universitäre Aus- und Fortbildungsangebote für Leistungserbringer und deren Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sowie der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein – oder werden erwartet und wie bewertet die Landesregierung diese?

Antwort:

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ist in seinen wesentlichen Teilen am 1. April 2007 in Kraft getreten; etliche Änderungen werden erst später in Kraft treten (siehe Art. 46 GKV-WSG). Es enthält eine Fülle von Neuregelungen in zahlreichen Gesetzen, die sich in unterschiedlicher und noch nicht absehbarer Weise auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen auswirken können. Es ist zurzeit nicht zu erkennen, inwieweit diese Veränderungen Anlass zu konkreten Auswirkungen auf schulische und universitäre Aus- und Fortbildungsangebote haben werden. Falls es solche Auswirkungen geben sollte, wären sie allenfalls mit längerer zeitlicher Verzögerung feststellbar. Die Darstellung einer differenzierten Kausalität mit Bezug auf die zahlreichen Neuregelungen des Gesetzes erscheint indessen ausgeschlossen.

- 10.6.2. Wie bewertet die Landesregierung diese Auswirkungen?

Antwort:

Siehe Anmerkung unter 10.6.1.

- 10.6.3. Welche Schlussfolgerungen zieht die Landesregierung hieraus?

Antwort:

Siehe Anmerkung unter 10.6.1.

- 10.6.4. Welche Instrumente stehen der Landesregierung zur Verfügung um bei positiven und/oder negativen Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes unterstützend oder steuernd einzugreifen?

Antwort:

Siehe Anmerkung unter 10.6.1.

- 10.6.5. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung bisher ergriffen, um unterstützend und steuernd einzugreifen?

Antwort:

Siehe Anmerkung unter 10.6.1.

Nachbemerkung der Landesregierung

Die Antwort auf die Große Anfrage Gesundheitsstandort Schleswig-Holstein zeigt, dass die Gesundheitswirtschaft eine große Bedeutung in Schleswig-Holstein hat. So sind im nördlichsten Bundesland knapp 137.000 Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Mit einem Anteil von 17,5% der Beschäftigten ist dies die Spitzenposition unter allen Bundesländern

Schleswig-Holstein verfügt über hohe Kompetenzen und Potentiale in der Gesundheitswirtschaft. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Pharmazie, Medizintechnik und Gesundheitstourismus. In der Medizintechnikbranche und in der pharmazeutischen Industrie ist der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten an den insgesamt im verarbeitenden Gewerbe Beschäftigten doppelt bzw. mehr als doppelt so hoch wie im Bundesschnitt.

Schleswig-Holstein ist in der Gesundheitsversorgung häufig Initiator von Modellvorhaben oder Neuerungen mit bundesweitem Vorbildcharakter und/oder setzt gesetzliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung schneller um als andere Bundesländer, z. B. die Möglichkeit für Krankenhäuser im Rahmen der integrierten Versorgung hoch spezialisierte Leistungen ambulant zu erbringen. Mit 19 Praxisnetzen ist Schleswig-Holstein das Bundesland mit der höchsten Netzdichte in Deutschland.

Die Politik der Landesregierung, gemeinsam mit den Akteuren in der Gesundheitsinitiative die Chancen des wachsenden Zukunftsmarktes Gesundheit zu nutzen, hat sich als richtig und erfolgreich erwiesen. Ziel bleibt es weiterhin, das Profil des Gesundheitslandes Schleswig-Holstein zu stärken sowie auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für die Menschen sicherzustellen.