



Niederschrift

Sozialausschuss

19. Wahlperiode - 59. Sitzung

am Donnerstag, dem 1. Oktober 2020, 9:00 Uhr,
im Plenarsaal des Landtags

Anwesende Abgeordnete

Werner Kalinka (CDU)

Vorsitzender

Hans Hinrich Neve (CDU)

Andrea Tschacher (CDU)

Wolfgang Baasch (SPD)

Bernd Heinemann (SPD)

Birte Pauls (SPD)

Eka von Kalben (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Dr. Andreas Tietze (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

i. V. von Dr. Marret Bohn

Dennys Bornhöft (FDP)

Christian Dirschauer (SSW)

Fehlende Abgeordnete

Katja Rathje-Hoffmann (CDU)

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

Tagesordnung:		Seite
1.	Anhörung Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Schleswig-Holstein - Landeskrankenhausgesetz (LKHG)	4
	Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 19/2042	
2.	Regelmäßige Tests auf SARS-CoV-2 für Sozialberufe ermöglichen	36
	Antrag der Fraktion der SPD Drucksache 19/2204	
	Aussagekräftige Tests und Prävalenzerhebungen statt anlassloser PCR-Massentests	36
	Alternativantrag der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Umdruck 19/4539	
3.	Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Mitbestimmungsgesetzes Schleswig-Holstein	37
	Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 19/2380	
4.	Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in der Landesregierung Schleswig-Holstein - Sachstand und Weiterentwicklung des Landesaktionsplanes	38
	Bericht der Landesregierung Drucksache 19/2194	
5.	Teilhabe während der Coronapandemie sicherstellen	39
	Antrag der Fraktion der SPD Drucksache 19/2323 (neu)	
6.	Schleswig-Holstein in Europa - Europapolitische Schwerpunkte - Europabericht 2019 - 2020	40
	Bericht der Landesregierung Drucksache 19/2046	
7.	Petition L2119/19-986; Gesundheitswesen; Mukoviszidoseversorgung	41
8.	Verschiedenes	42

Der Vorsitzende, Abg. Kalinka, eröffnet die Sitzung um 9:05 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

1. Anhörung
Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Schleswig-Holstein
- Landeskrankenhausgesetz (LKHG)

Gesetzentwurf der Landesregierung

[Drucksache 19/2042](#)

(überwiesen am 18. März 2020)

hierzu: [Umdrucke 19/3981](#), [19/4040](#), [19/4043](#), [19/4054](#), [19/4154](#),
[19/4175](#), [19/4177](#), [19/4213](#), [19/4229](#), [19/4233](#),
[19/4235](#), [19/4236](#), [19/4237](#), [19/4238](#), [19/4253](#),
[19/4254](#), [19/4255](#), [19/4268](#), [19/4271](#), [19/4276](#),
[19/4277](#), [19/4278](#), [19/4279](#), [19/4280](#), [19/4282](#),
[19/4283](#), [19/4284](#), [19/4285](#), [19/4286](#), [19/4287](#),
[19/4298](#), [19/4299](#), [19/4301](#), [19/4304](#), [19/4336](#),
[19/4388](#), [19/4467](#)

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände Schleswig-Holstein

Marc Ziertmann, geschäftsführendes Vorstandsmitglied

des Städteverbands Schleswig-Holstein

[Umdruck 19/4299](#)

Herr Ziertmann, geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Städteverbands Schleswig-Holstein, trägt die Kernpunkte der schriftlichen Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände, [Umdruck 19/4299](#), vor. Dabei geht er insbesondere auf die Änderungsvorschläge im Zusammenhang mit einer wünschenswerten noch stärkeren Konturierung der gemeinsamen Aufgaben- und Finanzverantwortung von Land, Kreisen und kreisfreien Städten ein und stellt die konkreten Änderungsvorschläge aus der schriftlichen Stellungnahme zu den §§ 5, 6, 8, 9 und 12 des Gesetzentwurfs vor.

Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e. V.

Ralph Schmieder, DRK-Landesverband

[Umdruck 19/4238](#)

Herr Schmieder, Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e. V., bringt einleitend die Sorge im Hinblick darauf zum Ausdruck, dass mit dem Gesetzentwurf den Krankenhäusern eine Reihe von zusätzlichen Aufgaben zugewiesen würden, die nicht gegenfinanziert seien, sodass dies dann im Zweifel zulasten der pflegerischen und medizinischen Versorgung gehen werde.

Im Folgenden geht er noch einmal auf die Kernpunkte der schriftlichen Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft, [Umdruck 19/4238](#), ein, insbesondere auf die Anmerkungen zu den §§ 5, 7 bis 10, 27, 28 ff. des Gesetzentwurfs und zum Patientendatenschutz.

Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung

Dr. Ulrich Hase

[Umdruck 19/4255](#)

Herr Dr. Hase, Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung, weist zunächst darauf hin, dass insbesondere die im Rahmen der Anhörung eingegangene schriftliche Stellungnahme von Herrn Dr. Welti, Professor am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel, [Umdruck 19/4278](#), seine Zustimmung finde.

Er trägt sodann den Inhalt seiner schriftlichen Stellungnahme, [Umdruck 19/4255](#), vor und geht dabei insbesondere auf seinen Wunsch nach einer Konkretisierung von § 28 des Gesetzentwurfs näher ein, der bislang zu allgemein gehalten sei. Darüber hinaus hebt er seine Forderung nach der Einrichtung eines medizinischen Behandlungszentrums für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) in Schleswig-Holstein hervor (siehe Anlage 1 zu dieser Niederschrift).

* * *

In der anschließenden Aussprache möchte Abg. Heinemann von allen Anzuhörenden wissen, wie sie dazu stünden, dass der Gesetzentwurf keine Regelungen zu den aus seiner Sicht sehr

wichtigen Themen Beschwerdemanagement, Hygienestandards und Entlassmanagement enthalte. - Herr Ziertmann antwortet, bisher habe er keine Notwendigkeit gesehen, die geltenden Hygienestandards auch noch einmal in das Gesetz, sozusagen nur deklaratorisch, mit aufzunehmen. - Herr Schmieder erklärt, das Beschwerdemanagement sei für die Reputation eines jeden Krankenhauses natürlich sehr wichtig, deshalb liege es auch schon in ihrem eigenen Interesse, dieses sehr ernst zu nehmen. Beim Hygienemanagement eines Krankenhauses gebe es sehr hohe Anforderungen, die dezidiert in den dazu bestehenden Verordnungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes niedergelegt seien. Er sehe keine Notwendigkeit, dies zusätzlich auch noch im Landeskrankenhausgesetz zu regeln; er könne sich lediglich einen Hinweis im Gesetz auf schon bestehende Standards vorstellen. Beim Entlassmanagement liege derzeit sehr viel Verantwortung bei den Krankenhäusern. Hier sei auf jeden Fall eine Unterstützung wünschenswert. - Herr Dr. Hase stellt klar, Beschwerdemanagement sei etwas anderes als die Beteiligung, die von ihm für Menschen mit Behinderung immer wieder gefordert werde. Es bestehe jedoch ein Zusammenhang. So könne man aus seiner Sicht gut darüber nachdenken, in § 5 des Gesetzentwurfs vorzusehen, dass auch ein Ombudsmann für Menschen mit Behinderung im Landeskrankenhausausschuss einen Sitz als Beteiligter bekomme.

Im Zusammenhang mit einer Nachfrage von Abg. Dr. Tietze zu der Forderung der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Landesverbände, in § 5 des Gesetzentwurfs für den Städtetag und den Schleswig-Holsteinischen Landkreistag jeweils eine zusätzliche Vertreterin oder einen zusätzlichen Vertreter im Landeskrankenhausausschuss vorzusehen, betont Herr Ziertmann noch einmal die besondere gemeinsame Verantwortung von Land und Kommunen, die nach § 3 des Gesetzentwurfs einen Sicherstellungsauftrag für die Strukturen der Krankenhausversorgung im Land hätten. Diese müsse sich auch im Landeskrankenhausausschuss durch die Einbindung des Städtetages und des Landkreistages durch Vertreter widerspiegeln.

Herr Dr. Hase erklärt - ebenfalls auf Nachfrage von Abg. Dr. Tietze -, dass es zwar keine Evaluierung des Bedarfs in Schleswig-Holstein für ein eigenes MZEB gebe. Er höre jedoch in seiner Arbeit immer wieder Klagen darüber, dass es eine solche Einrichtung in Schleswig-Holstein nicht gebe, und halte es deshalb für sinnvoll, zumindest als Prüfauftrag in das Gesetz mit aufzunehmen, den Bedarf für ein solches Zentrum in Schleswig-Holstein zu untersuchen. Bisher sei davon in der Begründung zu den §§ 8 ff. des Gesetzentwurfs nichts zu lesen.

Zur Frage von Abg. Tschacher, ob ein medizinisches Behandlungszentrum für Menschen mit Behinderung nicht einer ansonsten in allen Bereichen des Lebens gewünschten Inklusion von Menschen mit Behinderung widerspreche, führt Herr Dr. Hase aus: Dass es eine Nachfrage nach diesen speziellen Behandlungszentren von Menschen mit Behinderung gebe, zeige allein die Tatsache, dass es bereits 36 solcher Zentren in Deutschland gebe. Es sei ja auch nicht so, dass Menschen mit Behinderung aus Schleswig-Holstein, weil es derzeit keine Einrichtung im Land gebe, stattdessen inklusive Angebote der Krankenhäuser in Anspruch nähmen, sondern stattdessen führen sie nach Hamburg oder woanders hin, da man in diesen Zentren auf die besonderen Anforderungen von ihnen, was Assistenz, Diagnostik und Ähnliches angehe, entsprechend vorbereitet sei, mit denen Mediziner ohne zusätzliche Ausbildung in der Regel überfordert seien. Die Erfahrungen zeigten leider auch, dass die Bemühungen in den vergangenen Jahren - zum Beispiel in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer -, für Ärztinnen und Ärzte besondere Schulungen für die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse anzubieten, ein Stück weit ins Nichts liefen, weil das auf solchen Schulungen gewonnene Know-how von den Ärztinnen und Ärzten nur selten angewandt werden könne und deshalb nach kurzer Zeit auch wieder verschwinde.

Die Nachfrage von Abg. Tschacher, inwieweit noch konkretere Regelungen zum Thema Barrierefreiheit vom Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung in dem Gesetz gefordert würden, beantwortet Herr Dr. Hase dahin gehend, im Grunde genommen reichten die Bestimmungen zum Thema Barrierefreiheit im Baugesetzbuch völlig aus, da diese auch für die Krankenhäuser Geltung hätten. Barrierefreiheit bedeute jedoch nicht nur bauliche Barrierefreiheit, sondern gehe noch darüber hinaus. § 28 des Gesetzentwurfs enthalte hierzu erste Ansätze, diese müssten jedoch im gesamten Gesetz noch deutlicher formuliert werden. Eine gute Möglichkeit sehe er zum Beispiel darin, in § 15 des Gesetzentwurfs hervorzuheben, dass die Förderung der Errichtung und Erstausrüstung von Krankenhäusern auch an die Voraussetzung geknüpft werde, dass ein besonderes Augenmerk auf die Barrierefreiheit gelegt werde. - Abg. Tschacher merkt an, wesentliches Ziel sollte aus ihrer Sicht weiter sein, in allen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein die Voraussetzungen und Bedingungen für eine gute Behandlung auch von Menschen mit Behinderung zu stärken. Vor dem Hintergrund halte sie insbesondere den Aspekt, die Einführung von Leichter Sprache weiter zu verfolgen, für sinnvoll.

Abg. Baasch nimmt Bezug auf die Forderung von Herrn Dr. Welti und des Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung, Herrn Dr. Hase, in ihren Stellungnahmen ([Umdrucke 19/4255](#) und [19/4278](#)), die Beteiligung von Menschen mit Behinderung in § 5 des Gesetzentwurfs zu

verankern, und fragt, ob es nicht sinnvoll sei, zwischen den sozusagen klassischen Vertretern von Menschen mit Behinderung und denen, die beispielsweise in Selbsthilfegruppen organisiert seien, zum Beispiel Menschen mit chronischen Erkrankungen, zu differenzieren und für beide Gruppen eine Interessenvertretung im Landeskrankenhausausschuss vorzusehen. - Herr Dr. Hase antwortet, aus seiner Sicht sei eine solche Erweiterung der Beteiligung wünschenswert. - Herr Schmieder erklärt, die Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände spreche sich dafür aus, die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und auch anderer Interessengruppen - beispielsweise von Kindern und Jugendlichen, wie von Abg. Baasch gerade ebenfalls angeregt habe - in dem Gesetz noch stärker zu gewichten. Er gebe jedoch zu bedenken, dass man auch an die Arbeitsfähigkeit des Gremiums Landeskrankenhausausschuss denken müsse. Diese werde gegebenenfalls leiden, wenn die Mitgliederzahl zu hoch werde. Er rege deshalb an, über die Form der Beteiligung im Einzelnen noch einmal zu sprechen.

Der Vorsitzende, Abg. Kalinka, unterbricht die Sitzung von 09:57 bis 10:03 Uhr.

DGB Nord

Christian Wölm, Fachbereich Gesundheit und Soziales beim Landesbezirk ver.di Nord

[Umdruck 19/4589](#)

Herr Wölm, Fachbereich Gesundheit und Soziales beim Landesbezirk ver.di Nord, verweist auf die schriftliche Stellungnahme, [Umdruck 19/4589](#), und trägt daraus die Kernpunkte vor. Dabei legt er ein besonderes Augenmerk auf die Forderung zu § 8 des Gesetzentwurfs, nach der die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen Inhalt des Krankenhausplans werden sollten. Da in der Praxis die Personaluntergrenze jedoch von manchen Krankenhäusern zur Personalobergrenze definiert werde und vor dem Hintergrund der - aus Sicht des DGB und der Beschäftigten überhaupt nicht nachvollziehbaren - Aussetzung der Personaluntergrenzen jetzt in Pandemiezeiten betont er, klar müsse sein, alles, was unterhalb der Personaluntergrenze stattfindet, sei gefährliche Pflege. Von daher forderten die Gewerkschaften die Festschreibung einer verbindlichen Personalbemessung im Landeskrankenhausesgesetz und den Krankenhausplänen.

komba-Gewerkschaft Schleswig-Holstein

Jens Paustian, Geschäftsführung

[Umdruck 19/4254](#)

Herr Paustian, Geschäftsführung der komba-Gewerkschaft Schleswig-Holstein, erläutert unter Bezugnahme auf die schriftliche Stellungnahme, [Umdruck 19/4254](#), noch einmal die Forderung der komba-Gewerkschaft, im Landeskrankenhausgesetz in § 5 eine Beteiligung der Gewerkschaften zu installieren. Das wäre ein wichtiges Zeichen in Richtung des handelnden Personals an den Krankenhäusern und entspreche auch der üblichen Organisation in anderen Bundesländern. Vor dem Hintergrund der Bedenken gegen eine die Arbeitsfähigkeit gegebenenfalls belastende größere Aufstockung des Gremiums Landeskrankenhausausschuss könnte darüber nachgedacht werden, für die beiden Gewerkschaften DGB Nord und komba-Gewerkschaft in dem Gremium jeweils einen Sitz, aber nur ein gemeinsames Stimmrecht vorzusehen.

Marburger Bund, Landesverband Schleswig-Holstein

Michael Wessendorf, 1. Vorsitzender, und Sören Müller, Rechtsanwalt

[Umdrucke 19/4040, 19/4620](#)

Herr Wessendorf, Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Schleswig-Holstein, trägt als Hauptpunkte der schriftlichen Stellungnahme, [Umdruck 19/4040](#), den Wunsch nach einer unmittelbaren Beteiligung des Marburger Bundes im Landeskrankenhausausschuss, § 5 Absatz 2 des Gesetzentwurfs, und nach der Aufnahme von Regelungen zur finanziellen Beteiligung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der sogenannten Pool-Beteiligung, in das Gesetz vor.

Darüber hinaus verweist er auf das vom Bundesverband des Marburger Bundes erarbeitete Konzept zur Versorgungsstruktur für Krankenhäuser, das er im Nachgang zur Anhörung den Abgeordneten gern zur Verfügung stellen werde. Darin gebe es noch weitere Aspekte, die für den vorliegenden Gesetzentwurf, aber auch darüber hinaus, von Interesse sein könnten. Im Folgenden stellt er das Positionspapier des Marburger Bundes, [Umdruck 19/4620](#), näher vor.

* * *

Auf Nachfrage von Abg. Heinemann bestätigt Herr Wölm, dass es wünschenswert sei, zu den Hygienevorgaben in Krankenhäusern auch Regelungen im Landeskrankenhausgesetz zu haben. Wichtig sei, dass insbesondere die Reinigung auf einem sehr hohen Qualitätsniveau stattfinde. Hier sei der Trend, die Reinigungskräfte outzusourcen und damit auf Geringverdiener zurückzugreifen, wenig hilfreich. Aus seiner Sicht sei der Kostendruck, der in den Krankenhäusern in vielen Bereichen vorherrsche, auch beim Entlassmanagement, eine Folge der Einführung des DRG-Systems, das nach Auffassung der Gewerkschaften abgeschafft gehöre. - Herr Paustian ergänzt, die Hygienevorschriften seien insbesondere zu Beginn der Coronapandemie natürlich auch in den Krankenhäusern ein großes Thema gewesen. Wichtig sei ihm noch einmal festzustellen, dass man für zukünftige Infektionsgeschehen sicherstelle, dass das Schutzmaterial für die Beschäftigten, unter anderem Masken und Kittel, in ausreichender Zahl zur Verfügung stünden. - Herr Wessendorf erklärt, es sei wichtig, in den Kliniken Infektionsbereiche auszuweisen. Damit seien dann auch entsprechende Überlegungen zur Verbesserung der Hygiene verbunden. Schon vor der Pandemie sei festzustellen gewesen, dass die Krankenhäuser in Deutschland im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, beispielsweise den Niederlanden, in diesem Bereich Nachholbedarf hätten. Im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement sei aus ärztlicher Sicht insbesondere die Verzahnung mit anderen Unterstützungsstrukturen, also die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und niedergelassenem Bereich, noch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Das Entlassmanagement habe in den letzten Jahren aber schon dazu beigetragen, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die häusliche Pflege zu verbessern und schneller in Gang zu setzen. So gebe es inzwischen beispielsweise die Möglichkeit der vorläufigen Einstufung in eine Pflegestufe durch den MDK. Zum Beschwerdemanagement merkt er an, nach Jahren mit dem DRG-System seien die Krankenhäuser sehr auf Effizienz getrimmt. Richtig sei, dass es natürlich insbesondere vor diesem Hintergrund auch zu Beschwerden komme, bei denen man aus ärztlicher Sicht Zugeständnisse machen müsse. Denn oft habe man aufgrund der Rahmenbedingungen weder die zeitliche noch die personelle Ressource, den Menschen die notwendige Zuwendung zukommen zu lassen, daran könne auch ein Beschwerdemanagement nichts ändern.

Im Zusammenhang mit Nachfragen von Abg. Pauls führt Herr Wölm aus, aus Sicht der Gewerkschaften sei das Aussetzen der Pflegeuntergrenzen im Rahmen der Coronapandemie ein fatales Zeichen für die Beschäftigten gewesen und von diesen in keiner Weise nachzuvollziehen. Das Aussetzen der Grenze habe zu Verwunderung, aber vielfach auch zu Unsicherheit bei den Kolleginnen und Kollegen geführt. Natürlich sei der Ansatz zu verstehen, wenn man beispielsweise volle Intensivstationen habe, auch Personal woanders abzuziehen und genau

zu schauen, wo man dieses einsetze. Diese Situation habe es in Deutschland jedoch glücklicherweise nicht gegeben. Personaluntergrenzen, die schon die Grenze zur gefährdenden Pflege darstellten, auszusetzen, halte er grundsätzlich für sehr gefährlich, da es unter Krankenhausbetreibern auch schwarze Schafe gebe, die diese Untergrenze ohnehin bereits als Obergrenze definierten.

Herr Wessendorf ergänzt, eine ähnliche Entwicklung seit Einführung des DRG-Systems wie bei der Pflege habe es auch in der Ärzteschaft gegeben. Auch wenn es grundsätzlich nicht schlecht sein möge, ein System auf Effizienz zu trimmen, belegten Umfragen in der Ärzteschaft, dass der ehemals sehr angesehene Beruf inzwischen immer weniger nachgefragt sei. Mittlerweile sei festzustellen, dass viele Kolleginnen und Kollegen schon sehr früh nach dem Start in den Beruf über einen Ausstieg oder einen Wechsel in einen anderen Beruf nachdächten. Das liege daran, dass ein Teil des medizinischen Personals inzwischen nur noch im Laufschrift unterwegs sei und die persönliche Zuwendung für die Patienten oft auf der Strecke bleiben müsse; das sei für die Ärzte frustrierend. Hier müsse eine Änderung herbeigeführt werden, denn vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels könne man es sich nicht erlauben, gut und mit viel Geld ausgebildete Ärztinnen und Ärzte nur kurze Zeit in dem Beruf arbeiten zu lassen, bevor man sie dann sozusagen über die Rahmenbedingungen aus den Kliniken her austreibe.

Abg. Kalinka fragt nach, was mit der unter der Nummer 6 in der schriftlichen Stellungnahme des Marburger Bundes, [Umdruck 19/4040](#), aufgeführten Forderung nach Regelung einer sogenannten Pool-Beteiligung genau gemeint sei. - Dazu führen Herr Wessendorf und Herr Müller unter anderem aus, die Berufsordnung sehe vor, dass es eine angemessene Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte an stationären, ambulanten und wahlärztlichen Leistungen gebe. Gleichwohl sei dies noch nicht in einem Gesetz geregelt. In der Praxis gebe es in den Kliniken dazu sehr unterschiedliche Handhabungen. Der Marburger Bund schlage vor, ähnlich wie in anderen Landeskrankenhausesetzen auch, auch im schleswig-holsteinischen Gesetz zu regeln, welche Grundlage und Parameter es für die finanzielle Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte geben müsse.

Im Zusammenhang mit einer weiteren Frage von Abg. Kalinka erklärt Herr Wessendorf, dass Zeitverträge für Ärztinnen und Ärzte insbesondere im Rahmen der Weiterbildung eine Rolle spielten und auch sinnvoll seien. Gleiches gelte beispielsweise für Elternzeitvertretungen. Mit

großer Skepsis sehe der Marburger Bund jedoch Zeitverträge, um damit Strukturängel aufzufangen, beispielsweise über Notarztbörsen und Ähnliches. Der Marburger Bund verfolge deshalb die Entwicklung in diesem Bereich kritisch, auch wenn das Thema Zeitverträge bei Ärztinnen und Ärzten für ihn kein Top-Thema sei.

Abg. Pauls spricht das Thema Leiharbeit in der Pflege an und möchte wissen, ob dieses aus Sicht der Gewerkschaften in das Landeskrankenhausgesetz aufgenommen werden sollte. - Herr Wölm antwortet, die Existenz von Leiharbeit in der Pflege sei ein Grund für die Arbeitsverdichtung in der Pflege. Dass Pflegekräfte, obwohl es grundsätzlich im Bereich der Pflege traditionell eine sehr große Kollegialität untereinander gebe, den Weg der Leiharbeit wählten, um selbst bestimmen zu können, wann sie arbeiteten, sei in vielen Fällen vor dem Hintergrund familiärer Rahmenbedingungen und persönlicher Lebenssituationen zwar durchaus nachvollziehbar, zeige aber, dass es ein grundsätzliches Problem in der Pflege gebe. Die Gewerkschaft sehe die Leiharbeit deshalb kritisch und halte die Einführung einer gewissen Grenze für Leiharbeit auch für sinnvoll. Wenn man eine Begrenzung einführe oder sogar die Leiharbeit in diesem Bereich komplett ausschließen wolle, müsse man Konzepte entwickeln, wie man ausreichendes Pflegepersonal zurückgewinnen wolle. Kein gutes Beispiel sei dagegen das UKSH, wo die Leiharbeit beendet worden sei, ohne ein entsprechendes Konzept zu haben, wie das fehlende Personal ersetzt und zurückgeholt werden könne. - Auf Nachfrage von Abg. Kalinka bestätigt Herr Wölm, dass Pflegekräfte in Leiharbeit oft besser bezahlt würden als fest angestellte Kräfte. Der große Vorteil von Beschäftigten in Leiharbeit sei aber, dass diese oft die von ihnen gewünschten Arbeitszeiten vorgeben könnten. Die Krankenhäuser müssten dies oft akzeptieren, weil sie akute Personalengpässe hätten.

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Delf Kröger

[Umdruck 19/4177](#)

Herr Kröger, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, trägt die Anmerkungen des Verbands zum Gesetzentwurf aus seiner schriftlichen Stellungnahme, [Umdruck 19/4177](#), vor.

Ärzttekammer Schleswig-Holstein

Dr. Henrik Hermann, Präsident

[Umdruck 19/4229](#)

Herr Dr. Hermann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, hebt als wichtigsten Punkt der schriftlichen Stellungnahme der Ärztekammer, [Umdruck 19/4229](#), die Forderung nach einer unmittelbaren Beteiligung der Ärztekammer als einziger Organisation, die sämtliche Ärztinnen und Ärzte vertrete sowie finanziell unabhängig sei, im Landeskrankenhausausschuss hervor.

Darüber hinaus spricht er kurz auch die übrigen Forderungen der Ärztekammer aus der schriftlichen Stellungnahme an und führt ergänzend aus, in § 32 Absatz 2 des Gesetzentwurfs sei niedergelegt, dass bei Verlegungsfahrten die ärztliche Begleitung durch das verlegende Krankenhaus herzustellen sei. Es müsse aber auch noch mit aufgenommen werden, dass diese Aufgabe auch an Dritte übertragen werden dürfe. Denn vor dem Hintergrund zunehmender Spezialisierung sei davon auszugehen, dass es zukünftig vermehrt zu Verlegungsfahrten kommen müsse.

Herr Dr. Hermann hebt außerdem positiv hervor, dass in § 34 des Gesetzentwurfs konkrete Vorgaben zur Ausgestaltung der Betriebsleitung in einem Krankenhaus gemacht würden, insbesondere, dass sowohl leitende Ärztinnen und Ärzte als auch das leitende Pflegefachpersonal in dieser vertreten sein müssten. Auch die vorgesehene Gliederung in Abteilungen, § 34 Absatz 2 des Gesetzentwurfs, werde unterstützt. Darüber hinaus sei auch die Klarstellung in § 34 Absatz 3 des Gesetzentwurfs, dass der leitende Abteilungsarzt oder die leitende Abteilungsärztin in medizinischen Angelegenheiten nicht weisungsgebunden sei und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt werden dürfe, zu begrüßen.

Ärztegenossenschaft Nord e. G.

Dr. Klaus Bittmann

[Umdruck 19/4603](#)

Herr Dr. Bittmann, Ärztegenossenschaft Nord e. G, nimmt Bezug auf die schriftliche Stellungnahme, [Umdruck 19/4603](#), und hebt die darin enthaltene Forderung nach einer weiteren Ausgestaltung und Aufnahme zukunftsweisender Elemente des in § 1 Satz 2 des Gesetzentwurfs

genannten Ziels nach Verknüpfung und Verzahnung der Sektoren hervor. Aus seiner Sicht stünde es dem Land sehr gut an, in diesem Bereich als Vorreiter zu fungieren. Dazu werde diese Zielrichtung im weiteren Gesetzentwurf jedoch nicht ausreichend präzisiert.

* * *

Abg. Bornhöft möchte wissen, wie der KVSH eine stärkere Verzahnung zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenhäusern erreichen wolle. - Herr Kröger führt dazu aus, unter anderem fordere der KVSH, unmittelbar Beteiligter im Landeskrankenhausausschuss, § 5 Landeskrankenhausesgesetz, zu werden, um Einfluss auf die Krankenhausplanung, die auch die umliegende ambulante Versorgung betreffe, nehmen zu können.

Herr Dr. Hermann erklärt auf Nachfrage von Abg. Bornhöft, wichtigstes Ziel der Ärztekammer sei es, dass die Ärzteschaft und damit die ärztliche Kompetenz im Landeskrankenhausausschuss vertreten sein werde. Ob dies nun der Marburger Bund oder die Ärztekammer sein solle, könne man diskutieren. Aus seiner Sicht biete sich die Ärztekammer dafür noch etwas mehr an, da sie alle Ärztinnen und Ärzte vertrete und somit sämtliche Versorgungsaspekte, die auch in § 8 des Gesetzentwurfs genannt würden, abdecken könne.

Abg. Dr. Tietze fragt, ob es nicht ausreichend sei, bei bestimmten Themen, insbesondere bei sektorenübergreifenden Themen, für die Ärzteschaft gesetzlich ein faktisches Stimmrecht zu verankern. - Herr Kröger erklärt, diese Form der Beteiligung gebe es jetzt auch schon. Die Entwicklung gehe jedoch dahin, dass die formale Trennung, das sei ein sektorenübergreifendes Thema und das nicht, zukünftig wohl nicht mehr stattfinden könne. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung sei deshalb mit dem neuen Gesetz jetzt der richtige Zeitpunkt, die Kassenärztliche Vereinigung auch als unmittelbar Beteiligte in den Landeskrankenhausausschuss aufzunehmen.

Herr Kröger greift außerdem einer Anmerkung von Abg. Dr. Tietze zur bestehenden Konkurrenz beim Betreiben von medizinischen Versorgungszentren auf. Richtig sei, dass viele Kliniken inzwischen erkannt hätten, dass man über die MVZ auch fiskalische Ziele verfolgen könne. Deshalb gebe es Überlegungen, zukünftig genauer hinzuschauen, welche Betreiber man für die MVZ zulasse und diese beispielsweise auf Betreiber aus der Region zu beschränken. Dieses Problem werde man mit dem Gesetz nicht lösen können, man müsse jedoch die Entwicklung kritisch beobachten und gegebenenfalls auf Bundesebene neue Leitplanken einbauen. -

Herr Dr. Hermann erklärt, auch die Errichtung von MVZ könne eine krankenhauserplanerische Angelegenheit werden, über die dann Einfluss genommen werden könne. - Herr Dr. Bittmann ergänzt, auch aus seiner Erfahrung heraus sei die Entwicklung von MVZ in der Vergangenheit oft nur unter ökonomischen Gesichtspunkten erfolgt und habe wenig mit Aspekten der Gesundheitsversorgung zu tun gehabt. Man müsse MVZ jedoch auch als Chance sehen, den aktuellen Entwicklungen Rechnung zu tragen, um über sie Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu bieten, ihre Arbeitszeit selbst regeln zu können und in angestellter Position tätig zu sein. Die ersten Erfahrungen zeigen, für diese Stellen gebe es keine Nachwuchsprobleme. Deshalb müsse man dieses Modell weiter ausbauen. Es biete sich an, dabei eng mit den Krankenhäusern zusammenarbeiten, um beispielsweise Zusatzausbildungen zu ermöglichen. Aus seiner Sicht könne dies jedoch nicht gesetzlich geregelt werden, sondern es müsse vielmehr darum gehen, strategische Partnerschaften zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu initiieren.

Herr Dr. Hermann führt im Zusammenhang mit den Nachfragen von Abg. Heinemann zur Aufnahme der Aspekte Beschwerdemanagement, Hygienestandards und Entlassmanagement in das Gesetz aus, alle drei Bereiche seien wichtig. Zu ihnen gebe es aber bereits Qualitätsindikatoren vom Gemeinsamen Bundesausschuss und Regelungen in anderen Vorschriften. Man könne darüber nachdenken, im Landeskrankenhausgesetz auf diese bestehenden Regelungen hinzuweisen, dies könnte jedoch auch sehr kleinteilig werden. - Herr Kröger schließt sich dieser Auffassung an und verweist auf die bestehenden bundesgesetzlichen Regelungen. - Herr Dr. Bittmann hält es im Rahmen des Entlassmanagements für sehr wichtig, die EDV-technische Vernetzung zu verbessern. Hierbei könne die Aufnahme einer entsprechenden Zielsetzung im Gesetz helfen. - Herr Dr. Hermann regt an, in § 29 des Gesetzentwurfs auch das Entlassmanagement zu erwähnen, um deutlich zu machen, dass in diesem Bereich mehr getan werden müsse.

Auf Nachfrage von Abg. Pauls bestätigt Herr Dr. Bittmann, dass die Ärztegenossenschaft Nord unter dem Gesichtspunkt, wer wirklich am Gemeinwohl interessiert sei, bessere Erfahrungen mit den kommunal als mit den privat geführten Häusern mache. - Herr Kröger berichtet, dass in dem Gremium der kassenärztlichen Vereinigung immer wieder in den Diskussionen deutlich werde, dass die Struktur einer Organisation oft entscheidend dafür sei, ob eher die Zahlen oder der Mensch gesehen würden. Je mehr Entscheidungsebenen vorhanden seien, desto eher werde auf die Zahlen geschaut.

Abg. Kalinka nimmt Bezug auf die Ausführungen von Herrn Dr. Hermann zu § 34 Absatz 3 des Gesetzentwurfs und bittet um nähere Ausführungen. - Herr Dr. Hermann erläutert, in früheren Jahren sei es teilweise üblich gewesen, in Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten auch Mengenangaben zu bestimmten Leistungen zu vereinbaren, insbesondere natürlich in Bereichen, die ökonomisch gut darstellbar seien. Das habe zu der sehr fragwürdigen und bekannten Entwicklung geführt, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern bei bestimmten Operationen und Eingriffen sehr weit vorne liege. Diese Entwicklung sei von der Ärztekammer als Problem erkannt worden. Vor diesem Hintergrund habe sie Clearingstellen eingerichtet, an die sich die leitenden Ärztinnen und Ärzte mit ihren Verträgen wenden könnten. Denn wichtig sei, dass ein Patient sich darauf verlassen könne, dass die Diagnose aus medizinischer Sicht angemessen sei und nicht aus anderen Erwägungen heraus, insbesondere fiskalischer Art, erfolge. Es sei festzustellen, dass in der Praxis solche Verträge inzwischen eine immer geringere Rolle spielten. Die Ärztekammer begrüße aber ausdrücklich, dass in diesem Gesetzentwurf hierzu noch einmal eine klarstellende Regelung enthalten sei.

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.

Dr. Bärbel Christiansen, Leiterin ZE interne Krankenhaushygiene
und ZE Medizinaluntersuchungsamt und Hygiene beim UKSH

Frau Dr. Christiansen, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., erklärt, die Gesellschaft habe keine schriftliche Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf abgegeben, weil sie von dem Gesetz selbst thematisch kaum betroffen sei. Der Infektionsschutz sei aus dem Geltungsbereich des Gesetzes herausgenommen worden, weil es in Schleswig-Holstein die Landesverordnung über die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (Medizinische Infektionspräventionsverordnung) gebe.

Prinzipiell habe die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene gegen den Gesetzentwurf keine Einwendungen. Sie unterstütze jedoch die Forderung des Bundesverbands Deutscher Krankenhausapotheker, [Umdruck 19/4043](#), nach der Einführung eines Stationsapothekers als Qualitätssicherungsinstrument der Krankenhäuser in das Landeskrankenhausgesetz. In der Praxis zeige sich immer wieder, dass ein Stationsapotheker auf den normalen Stationen der Krankenhäuser bei der Durchsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen sehr hilfreich sei.

Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein

Frank Vilsmeier, Vizepräsident

[Umdruck 19/4286](#)

Herr Vilsmeier trägt die schriftliche Stellungnahme der Pflegeberufekammer, [Umdruck 19/4386](#), auszugsweise vor und geht dabei insbesondere auf die §§ 1, 5, 8 und 34 des Gesetzentwurfs näher ein. Darüber hinaus weist er - anknüpfend an die bisherige Aussprache im Rahmen der Anhörung - darauf hin, dass das Entlassmanagement im Bundesrecht nicht näher ausgestaltet sei. Dass diese Aufgabe derzeit vor allem den Sozialdiensten in den Krankenhäusern zufalle, könne und sollte man aus Sicht der Pflegeberufekammer noch einmal überdenken.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Peter Pansegrau, Kaufmännischer Vorstand

[Umdruck 19/4282](#)

Herr Pansegrau, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, trägt die Kernpunkte der schriftlichen Stellungnahme, [Umdruck 19/4282](#), vor und geht dabei insbesondere auf die §§ 5, 8, 9, 27, 30, 32 und 36 des Gesetzentwurfs näher ein.

* * *

Auf Nachfrage von Abg. Heinemann stimmt Frau Christiansen seiner Ansicht zu, dass es insbesondere im hygienischen Bereich in den Krankenhäusern in Deutschland noch Nachholbedarf gebe. Aus ihrer Sicht spreche nichts dagegen, das Thema Hygiene in dem Gesetz anzusprechen und die besondere Wichtigkeit der Umsetzung zu betonen. Im Vergleich zu anderen Ländern stehe Schleswig-Holstein mit seiner Landesverordnung über die Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen verhältnismäßig gut da. Das Problem sei bei solchen Dingen immer die Umsetzung in der Praxis. Begrüßenswert wäre aus ihrer Sicht außerdem die Aufnahme einer Regelung zur Patientenversorgung mit Spritzen und Kathetern, die vorsehe, dass hierfür speziell ausgebildete pharmazeutische Helferinnen und Helfer eingesetzt würden. Das Risiko einer Infektion im Zusammenhang mit diesen Tätigkeiten könnte dadurch aus ihrer Sicht sehr stark verringert werden, und hierzu gebe es weder Regelungen im Bundesinfektionsschutzgesetz noch in der Landesverordnung.

Abg. Heinemann betont noch einmal die Wichtigkeit des Themas Hygiene. Dies habe insbesondere die Coronapandemie deutlich zutage gebracht. Wenn der Gesetzentwurf nicht bereits vor der Coronazeit entstanden wäre, hätte man sich wohl nicht getraut, gerade dieses wichtige Thema außen vor zu lassen.

Herr Vilsmeier knüpft an die Ausführungen von Frau Dr. Christiansen und Abg. Heinemann an und betont noch einmal auch vor diesem Hintergrund die Bedeutung der Forderung des Universitätsklinikums, die Patientensicherheit ausdrücklich als Ziel in das Gesetz aufzunehmen.

Herr Pansegrau führt im Zusammenhang mit der Nachfrage von Abg. Heinemann, ob das Thema Entlassmanagement nicht auch in den Gesetzentwurf aufgenommen werden sollte, aus, aus seiner Sicht müsse das Hauptaugenmerk beim Entlassmanagement darauf gelegt werden, Plätze in den nachfolgenden Stationen zu finden. Hier wäre eine gemeinsame digitale Struktur sämtlicher Beteiligter sehr förderlich. Er sei allerdings unsicher, ob man so etwas als konkretes Ziel in das Gesetz mit aufnehmen sollte, denn seiner Erfahrung nach werde der Lösungskorridor umso kleiner, je konkreter man ein Ziel definiere. Das Beschwerdemanagement liege in der Verantwortung eines jeden Krankenhauses. Inzwischen gebe es entsprechende Einrichtungen in allen Häusern, allerdings mit sehr unterschiedlicher Intensität der Ausgestaltung. Auch hier sei er allerdings unsicher, ob das ein Thema sei, das im Gesetz verankert werden müsse. Denn aus seiner Sicht seien die Inhalte eines solchen Entlassmanagements schwer gesetzlich zu regeln.

Abg. Pauls merkt an, es freue sie sehr, dass mittlerweile die Pflegeberufekammer und die Ärztekammer gemeinsam für die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im Land als zuständig angesehen würden.

Im Zusammenhang mit Fragen von Abg. Pauls stellt zunächst Herr Vilsmeier fest, die Personaluntergrenze sei eine virtuelle Zahl, die wissenschaftlich nicht untermauert sei. Wichtig sei, dass man sich jetzt auf den Weg mache, auch den tatsächlichen Bedarf zu ermitteln und klare Vorgaben zur Personalausstattung zu machen. Dieser Weg könne längere Zeit in Anspruch nehmen. Herr Vilsmeier bedauert weiter die Entwicklung, dass es immer weniger Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger gebe. Deshalb werde gerade auch daran gearbeitet, die Weiterbildungsordnung dahin gehend zu verändern, dass in dem Berufsfeld Quereinstiege mit entsprechenden Qualifizierungen möglich würden.

Zu der Forderung der SPD, regelmäßige Testungen der in der Pflege Beschäftigten auf COVID-19 durchzuführen, erklärt Herr Vilsmeier, die Pflegeberufekammer setze sich dafür ein, dass in diesem Bereich mehr passiere, das bedeute insbesondere, dass Tests schneller durchgeführt würden, also die Ergebnisse schneller vorlägen. Denn durch die Wartezeiten auf das Ergebnis entstünden im Moment längere Ausfallzeiten von Kolleginnen und Kollegen. - Frau Dr. Christiansen merkt an, da es nach wie vor im Land nur begrenzte Testkapazitäten auf COVID-19 gebe, könne sie durchaus nachvollziehen, dass in erster Linie symptomatische Personen getestet werden sollten. Angesichts der derzeitigen Zahlen im Land sei es vertretbar und nachvollziehbar, dass man das nicht weiter ausdehnen wolle.

Im Zusammenhang mit der Frage von Abg. Dr. Tietze, ob im Landeskrankenhausgesetz nicht eine zusätzliche Regelung zu Kooperationsverpflichtungen mit dem UKSH in Abgrenzung zu konkurrierenden Universitätskliniken aufgenommen werden sollte, erklärt Herr Pansegrau, es sei sicher schwierig, im Gesetz eine klare Regelung zu treffen, die Kooperationen so regle, wie sie krankenhauplanerisch auch gewollt seien. In Schleswig-Holstein könne auch nicht vollständig ausgeblendet werden, dass es medizinische Bereiche gebe, die eindeutig auf Hamburg orientiert und ausgerichtet seien. Das UKSH sehe es als seinen Auftrag an, die handelnden Personen jeweils von sich zu überzeugen, außerdem könne ein Wettbewerb ja auch beleben. - Abg. Kalinka merkt abschließend an, in Diskussionen und in der Wahrnehmung käme ihm häufig zu kurz, dass das UKSH als Maximalversorger im Land auch 24 Stunden und sieben Tage die Woche diese Maximalversorgung, also eine medizinische Versorgung in allen Bereichen, vorhalten müsse.

Herr Vilsmeier geht weiter kurz auf das Stichwort Entlassmanagement ein und erklärt, Ziel müsse es sein, dass sich alle Versorgungsstrukturen gemeinsam dafür einsetzen, an einem Krankenhaus oder woanders ausreichend Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen, damit Menschen genügend Zeit hätten, für die Häuslichkeit vorbereitet und wieder fit gemacht zu werden. - Abg. Pauls erklärt, das halte die SPD-Fraktion für eine sehr gute Idee, deshalb habe sie für ein Projekt dazu auch 10 Millionen € als Anschubfinanzierung in den Nachtragshaushalt hineinverhandelt.

Der Vorsitzende, Abg. Kalinka, unterbricht die Sitzung von 12:43 bis 14:05 Uhr.

Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e. V.

Patrick Reimund, Geschäftsführung

Carmen Brinkmann, stellvertretende Geschäftsführerin

Landrat Torsten Wendt, stellv. Vorsitzender Krankenhausgesellschaft

[Umdruck 19/4213](#)

Herr Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, trägt die Schwerpunkte der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft, [Umdruck 19/4213](#), vor. Das bisherige Fehlen eines Landeskrankenhausgesetzes habe nicht dazu geführt, dass die Qualität im Land Schleswig-Holstein schlechter sei als in anderen Bundesländern, es gebe sogar Hinweise darauf, dass das Gegenteil der Fall sei. Nach Einschätzung der Krankenhausgesellschaft sei das Gesundheitssystem in Schleswig-Holstein bisher gut durch die Coronapandemie gekommen. Die bisherigen Herausforderungen habe man gut gemeistert. Auch in diesem Zusammenhang habe sich das Fehlen eines Landeskrankenhausgesetzes nicht als hinderlich für die Durchführung bestimmter Maßnahmen erwiesen. Die Krankenhäuser seien also in der Lage, flexibel, sachgerecht und qualitativ gut auf unerwartete Herausforderungen zu reagieren. Er weist auf die bundesgesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen hin, unter denen Krankenhäuser arbeiteten. Daneben gebe es noch eine erhebliche Anzahl an unterschiedlichen Vorgaben und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Aufgrund dieser vorgegebenen Regeln dürfe man an ein Landeskrankenhausgesetz keine überzogenen Erwartungen stellen. Die Landeskrankenhausgesellschaft sehe keine Notwendigkeit, die Schaffung eines Landeskrankenhausgesetzes abzulehnen, tatsächlich sehe man die Notwendigkeit gewisser Konkretisierungen besonders zum Bereich der Krankenhausplanung, für die man eine straffere Vorgabe befürworte. Man gehe davon aus, dass in den nächsten Jahren erhebliche Herausforderungen an die Träger gestellt würden. Er unterstreicht, dass Krankenhausträger ein hohes Eigeninteresse an qualitativ guter Versorgung hätten. Für zentral halte man die Sicherheit der Versorgung, die in dem Gesetz in den Vordergrund gerückt werden sollte. Eine gesicherte Finanzierung insbesondere der Vorhaltung müsse es auch dann geben, auch wenn den Krankenhäusern bestimmte Versorgungsaufträge entzogen würden. Er verweist auf die Knappheit von Fachpersonal, die seiner Einschätzung nach auch durch ein Landeskrankenhausgesetz nicht behoben werden könne. Zusätzliche Vorgaben könnten dazu führen, dass einzelne Abteilungen oder ganze Krankenhäuser nicht mehr betrieben werden könnten. Die Auswirkungen auf die regionale Versorgung könnten erheblich sein. Dazu müsse sich eine Landesplanungsbehörde verhalten. Zur Versorgungssicherung gehöre auch ein rechtlich be-

lastbares Bekenntnis des Landes zur vollständigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, das in dem Landeskrankenhausgesetz nicht enthalten sei. Trotz der Bemühungen der Landesregierung und auch des Gesetzgebers, entsprechende Mittel zu erhöhen, sehe man nach wie vor einen erheblichen Investitionsstau. Man moniere, dass für bestimmte Anforderungen im Landeskrankenhausgesetz keine Refinanzierung vorgesehen sei. Auch im DRG-Fallpauschalensystem gebe es keinen Mechanismus, der zusätzliche Mittel akquiriere. Abschließend appelliert er, dass sich der Landesgesetzgeber auf die Bereiche konzentrieren solle, die einer Regulierung bedürften. Er geht kurz auf die Regelungen zum Datenschutz ein und weist auf die Datenschutzgrundverordnung und die Datenschutzgesetze des Bundes und der Länder hin.

6K-Klinikverbund

Dr. Ventzke

[Umdruck 19/4054](#)

Herr Dr. Ventzke vom 6K-Klinikverbund trägt die Schwerpunkte seiner Stellungnahme, [Umdruck 19/4054](#), vor. Im Großen und Ganzen sei man mit der Krankenhausgesellschaft einer Auffassung. Kritisch sehe er die fehlende Finanzierung der neuen Aufgaben, die im Landeskrankenhausgesetz vorgesehen seien. Er weist auf die Problematik hin, die mit einem Strukturwandel einhergehe, wenn Krankenhausabteilungen geschlossen würden. Dies bedürfe zunächst einiger Investitionen, zumal Krankenhäuser in einigen Regionen der größte Arbeitgeber seien. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsberechnungen hätten ebenfalls Implikationen, so müssten dabei Kollateralwirkungen berücksichtigt werden. Für die Erstellung von Wirtschaftlichkeitsberechnungen bedürfe es spezifischer Annahmen; wenn sich die entsprechenden Grundlagen veränderten, sei eine Berechnung allerdings sehr schwierig.

Kritisch setzt er sich mit der Verpflichtung zur Versorgung der Patienten auseinander, die selbst für den Fall bestehe, dass das Krankenhaus zu 100 % belegt sei. Er illustriert die Problematik anhand eines Beispiels. In diesem Zusammenhang stellten auch Personaluntergrenzen ein Problem dar, wenn durch die Aufnahme weiterer Patienten diese unterschritten würden. Die unweigerliche Folge seien Rechtsbrüche. Klar sei, dass Patienten von Krankenhäusern aufgenommen würden, wenn dies möglich sei. Dies geschehe sowohl aus Eigeninteresse als auch im Interesse der Patienten. Abschließend nennt er einige Beispiele für nicht finanzierte Aufgaben, die durch das Landeskrankenhausgesetz hinzukämen.

LungenClinic Großhansdorf

Dr. Claus F. Rabe, Ärztlicher Direktor

Susanne Quante, Geschäftsführerin

Herr Dr. Rabe, Ärztlicher Direktor der LungenClinic Großhansdorf, stellt kurz die Lungenklinik als eines der großen pneumologischen Versorgungszentren in Deutschland und die besonderen Bedingungen in der Arbeit eines spezialisierten Fachzentrums dar und illustriert dies am Beispiel des Bronchialkarzinoms. Für spezialisierte Versorgung sei eine Zentralisierung in bestimmten speziellen Zentren sinnvoll. Eine hohe Spezialisierung sei auch übersetzbar in höhere Qualität. Er weist darauf hin, dass zum Beispiel bei Lungenerkrankungen eine Zentralisierung den Outcome verbessere, und unterstreicht die Bedeutung von zertifizierten Prozessen. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss habe den hohen Stellenwert von Organzentren erkannt. Anhand einer Präsentation stellt er die Erreichbarkeit von Versorgungskrankenhäusern dar, die unterschiedlich große Erfahrung mit entsprechenden Krankheitsbildern hätten.

Herr Dr. Rabe zieht auch den Vergleich zu dänischen und niederländischen Strukturen in der Patientenversorgung. Die Spezialisierung einzelner Organzentren funktioniere darüber hinaus nur im Kontext mit der breiten Versorgung. Gleichzeitig müssten die Einrichtungen der spezialisierten Versorgung und der breiten Versorgung kooperieren, um kosteneffizient zu arbeiten. Vieles in dem Gesetzentwurf, besonders im Hinblick auf die Organzentren, könne er unterstützen. Wichtig sei, dass für Patienten mit spezifischen medizinischen Bedürfnissen eine belastbare Struktur geschaffen werde, über die alle Beteiligten in Kenntnis seien. Es bleibe zu hoffen, dass in der Ausführung ein guter Kompromiss zwischen den breiten, groß aufgestellten Versorgungskrankenhäusern und den spezialisierten Zentren erreicht werden könne.

Die Datensicherheit sei ebenfalls in dem Gesetzentwurf angesprochen worden. Aus seiner Sicht müssten telemedizinische Aspekte gefordert werden. Zu einem modernen Plan gehöre, dass mit spezialisierten Leistungen schlechter versorgte Gebiete eine gute telemedizinische Kommunikation hätten. In diesem Bereich gebe es einen hohen Nachholbedarf. Durch telemedizinische Anbindung - das hätten die letzten Monate gezeigt - könne man eine sehr hohe medizinische Versorgungsqualität erreichen. Der Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes sei ein Schritt in die richtige Richtung. Für Patienten gebe es dadurch eine bessere Planungssicherheit und eine bessere Transparenz, damit könne die Versorgung verbessert werden.

Von Abg. Bornhöft auf die Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und dadurch die Realisierung von beidseitiger sektorenübergreifender Versorgung angesprochen, legt Herr Reimund dar, dass das Problem darin bestehe, dass die Regularien der ambulanten Versorgung bundesgesetzlich geregelt seien. Entsprechend könne der Landtag darüber nicht entscheiden. Zu wünschen sei eine Einbindung der Krankenhausträger in die ambulante Bedarfsplanung und in die ambulante Zulassung. Aus seiner Sicht wäre sinnvoll, wenn die regional zuständigen Krankenhausträger in Zulassungs- und Bedarfsplanungsentscheidungen mit eingebunden würden. Problematisch sei, dass nicht reguliert werde, dass entsprechend des Bedarfs die Ausbildung im Land stattfinde. Es sei zu überlegen, ob die Situation auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel verbessert werden könne, wenn die Koordination optimiert werde.

Abg. Heinemann spricht auch in diesem Anzuhörendenblock die Hygienebedingungen, das Beschwerdemanagement und das Entlassmanagement an. - Herr Reimund legt dar, dass die von Abg. Heinemann angesprochenen Punkte bereits an anderer Stelle geregelt seien. Aus Sicht der Krankenhausgesellschaft bestehe kein zusätzlicher Regelungsbedarf. Hygiene sei durch bundes- und landesgesetzliche Versordnungen bereits ausreichend geregelt. Zu wünschen sei, dass die Krankenkassen bei der Umsetzung des Hygieneförderprogramms, das der Bundesgesetzgeber ins Krankenhausentgeltgesetz mit eingebaut habe, weniger starken Widerstand leisten würden. Die Krankenkassen erklärten umfangreich, aus welchem Grund die Maßnahmen nicht notwendig seien und man so viel zusätzliches Hygienepersonal und zusätzliche Ausbildung nicht benötige. Das Beschwerdemanagement - so geht er auf eine weitere Frage des Abg. Heinemann ein - sei im Rahmen der Qualitätssicherung durch das SGB V grundsätzlich vorgesehen. Das Entlassmanagement sei ein neuralgischer Punkt, bei dem es erheblichen Regelungsbedarf gebe, diesen Aspekt habe jedoch der Bundesgesetzgeber aufgegriffen: Entsprechende Regelungen gebe es auf Bundesebene. Aus seiner Sicht bestehe keine Notwendigkeit, parallele oder im schlimmsten Fall sogar widersprüchliche Regelungen auf Landesebene zu schaffen.

Abg. Heinemann weist auf die stärkeren Sanktionsmöglichkeiten hin, die in einem Gesetz vorgesehen werden könnten, woraufhin Frau Brinkmann darlegt, dass auch in der Landesverordnung bereits Sanktionsmöglichkeiten vorgesehen seien.

Zum Beschwerdemanagement legt Herr Dr. Ventzke dar, dass alle Kliniken ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorhalten müssten. Das Beschwerdemanagement sei Teil dieser durch gesetzliche Vorgabe geforderten Qualitätssicherung. Er warne davor, unter dem Eindruck der Coronapandemie gesetzliche Regelungen bis ins Detail auszuformulieren. Das Ministerium habe zwischenzeitlich im Wochentakt neue Verordnungen erlassen, die seinem Eindruck nach gut umgesetzt worden seien. Seine Befürchtung sei, dass bei einer anderen Pandemie oder einem anderen Infektionsschutzfall heute getroffene Regelungen nicht passen. Zum Entlassmanagement legt er dar, dass dies ebenfalls bereits gesetzlich geregelt sei. Die von Abg. Heinemann angesprochenen blutigen Entlassungen seien ihm nicht bekannt, fraglos gebe es einen Widerstreit zwischen häufig fehlenden Kurzzeitpflegeplätzen und dem Druck, den Krankenkassen auf die Krankenhäuser im Hinblick auf die Verweildauer der Patienten ausübten. Die Kosten für die Tage, die der Patient nach dem Ende der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus verbringe, würden von den Krankenkassen nicht erstattet. Regelmäßig könne man vonseiten des Krankenhauses aber keine Kurzzeitpflegeplätze finden und behalte die Patienten dann im Haus. Dieses Problem halte für ein Umsetzungs- beziehungsweise Vollzugsdefizit.

Abg. Heinemann weist darauf hin, dass man in den gemeinsam mit der Koalition getroffenen Vereinbarungen 10 Millionen € für Kurzzeitpflegeplätze eingeworben habe. Er unterstreicht, dass aus seiner Sicht die Verantwortung ein Stück weit auch beim Krankenhausträger verortet werden müsse, der die Patienten unterbringen müsse. Eine Finanzierung könnte über die Pflegekassen, die Rentenversicherungskassen oder ähnlich erfolgen. Zurzeit werde die Verantwortung zwischen Hausarzt und Sozialem Dienst der Krankenhäuser hin- und hergeschoben.

Herr Dr. Ventzke legt dar, dass das Problem aus seiner Sicht bestehen bleibe, wenn es nicht ausreichend Pflegekräfte gebe. Er habe die Sorge, dass ein Gesetz entlassen werde, das Sanktionen enthalte, es aber noch keine Chance gegeben habe, Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen, oder dass Kurzzeitpflegeplätze an einer Stelle entstünden, wo sie nicht gebraucht würden. Dann könne das Problem bestehen bleiben, die Patienten adäquat unterzubringen.

Auf eine Frage des Abg. Dr. Tietze zu Problemen der Spezialisierung im Hinblick auf die Versorgung des ländlichen Raumes legt Herr Dr. Rabe dar, dass man bei der Versorgung den Radius der Zuweisungen zu einem spezialisierten Zentrum berücksichtigen müsse. Geschehe dies, so werde deutlich, dass auch von der LungenClinic entfernte Regionen wie Nordfriesland durch diese versorgt würden, da auch aus Nordfriesland Patienten mit seltenen Erkrankungen

an die LungenClinic verwiesen würden. Spezialisierte Versorgung funktioniere aber nur im Kontext mit einer breiteren Struktur, die die Grundversorgung übernehme. Es handle sich dabei auch keinesfalls um eine qualitativ minderwertige Versorgung. Durch die Kooperation der Zentren beziehungsweise der Kliniken vor Ort und der spezialisierten Zentren sei eine gute Versorgung aller Patienten gegeben. Es gehe auch um ein hohes Maß an Verbindlichkeit und Netzwerkstrukturen zwischen den Anbietern. Es sei eine Frage der politischen Abwägung, wie klein der Kreis sei, in dem man ein spezialisiertes Zentrum anbiete. Dabei spielten auch Fragen der Machbarkeit und Finanzierbarkeit eine Rolle, die politisch beantwortet werden müssten.

Auf eine weitere Frage des Abg. Dr. Tietze zu der Übertragbarkeit der Ausführungen auf andere Organsysteme legt Herr Dr. Rabe dar, dass es sich zum Beispiel im Hinblick auf Erkrankungen des Herzens sehr ähnlich verhalte: Seltene Interventionen hätten einen besseren Outcome in Zentren, die diese häufiger vornähmen. Auch die Wirtschaftlichkeit von Eingriffen steige mit dem Grad der Standardisierung von Prozessen. Das Primat für ein medizinisches Zentrum wie die LungenClinic Großhansdorf sei aber nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern die Vorteile für den Patienten. - Frau Quante ergänzt, dass sie als Mitglied eines Aufsichtsrats in einer Klinik in Nordfriesland sehr genau beobachte, wie sich die Patienten bewegten. Da Kliniken häufig das Problem hätten, dass die Patienten andere Behandlungszentren bevorzugten, sei es sehr sinnvoll, wenn sich diese Kliniken mit ihrem eigenen Portfolio auseinandersetzten und dafür sorgten, dass das Angebot für die Menschen, die in der Region lebten, attraktiv und interessant und in der Qualität so gut sei, dass diese den Weg in die entsprechende Klinik fänden. Man müsse die Leistungen, die die Menschen vor Ort tatsächlich benötigten, zugänglich, attraktiv, nachvollziehbar und transparent machen, dann würden auch in Nordfriesland die Menschen wieder in die Krankenhäuser vor Ort gehen.

Zu der von Abg. Dr. Tietze angesprochenen Frage der Rekommunalisierung legt Herr Dr. Ventzke dar, dass sich der 6K-Klinikverbund explizit zum Ziel gesetzt habe, Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft zu erhalten. Etwaige Gewinne würden nicht an Aktiengesellschaften oder private Träger abgeführt. Man stehe aber häufiger vor der Herausforderung, dass die Eigentümer wünschten, dass die Krankenhäuser Aufgaben erledigten, die wirtschaftlich nicht attraktiv seien. Das sei ein Grund, warum kommunale Krankenhäuser manchmal wirtschaftlich schlechter gestellt seien als private Kliniken. Man könne sich die eigenen Aufgaben in den seltensten Fällen aussuchen.

Zu den Ausführungen von Herrn Dr. Rabe legt Herr Dr. Ventzke dar, er sei nicht grundsätzlich gegen Spezialisierung, man müsse sich jedoch genau überlegen, an welchen Stellen dies angemessen sei und wo der Outcome tatsächlich besser sei. Man müsse sich zudem auch der Frage der ökonomischen Anreize widmen. Er illustriert dies am Beispiel der Hüftendoprothetik. Wenn große Versorgungskrankenhäuser nur noch Hüftendoprothetik in sehr riskanten Fällen machten, weil die Patienten Vorerkrankungen hätten, verbessere dies nicht die Qualität und sei auch wirtschaftlich problematisch, wenn die wirtschaftlich attraktiven Fälle in spezialisierten Zentren behandelt würden, die jedoch ihrerseits keine Möglichkeit hätten, Patienten mit zum Beispiel internistischen Begleiterkrankungen entsprechend zu versorgen und diese deshalb nicht aufzunehmen.

Herr Wendt legt dar, dass er als stellvertretender Vorsitzender der Landeskrankenhausgesellschaft der Ansicht sei, dass jede Form von Krankenhaus ihre Existenzberechtigung habe. Als Landrat sei er froh, ein kommunal getragenes Krankenhaus zu haben. Als Mitglied im Deutschen Landkreistag beschäftige er sich als Mitglied im Gesundheitsausschuss seit Jahren fast ausschließlich mit Krankenhausfinanzierungsfragen auf Bundesebene. Das System Krankenhaus und seine Finanzierung sei sehr komplex, was für weite Teile in der Kommunalpolitik schwer nachvollziehbar sei. Die Frage bei der Schaffung eines Landeskrankenhausgesetzes mit zusätzlichen Leistungen sei, wie diese finanziert werden könnten. Er verweist auf die relevanten Punkte, die bereits von seinen Vorrednern angesprochen wurden, und appelliert an den Ausschuss, noch einmal sorgfältig sicherzustellen, dass eine ausgewogene Finanzierung von zusätzlichen Dingen, die im Landeskrankenhausgesetz normiert würden, sichergestellt sei, um zu verhindern, dass die Krankenhäuser in eine Schieflage finanzieller Art gerieten.

Herr Dr. Rabe unterstreicht, dass nicht nur Zahlen der Maßstab einer Zentrumsbildung sein sollten. Tatsächlich müsse man aufgrund der Epidemiologie des Landes die Bedarfe festlegen und entsprechend handeln. Noch einmal unterstreicht er, dass die Absprache untereinander eine wichtige Rolle spiele. Die Zentrumsbildung sei vereinbar mit der allgemeinen und breiten Versorgung und auch der Notfallversorgung, die notwendig sei.

Abg. Pauls verweist auf das Beispiel der Geburtshilfe und auch auf die Schwierigkeit von Vergleichen mit anderen Ländern, da in Deutschland die Ökonomisierung eine andere Rolle spiele. In Dänemark könne das Gesundheitssystem als staatliche Leistung nach politischen Vorgaben organisiert werden. Im Zusammenhang mit der Kurzzeitpflege verweist sie auf den politischen Beschluss aus dem Jahre 2015, eine wohnortnahe Hospizversorgung aufzubauen,

mit dem man damals bewusst in Kauf genommen habe, zunächst Geld für den Bau und nicht die Finanzierung der Betriebskosten zu investieren. Sie legt dar, dass es ein tägliches Problem sei, die Menschen durch Kurzzeitpflege zu versorgen. Die damit verbundenen Fragestellungen müssten aus Sicht der Menschen beantwortet werden. Ihrer Ansicht nach sei die Motivation von Pflegekräften hoch, in der solitären Kurzzeitpflege zu arbeiten, weil es eine positive Arbeit sein könne. Wichtig sei ihrer Fraktion, das Angebot in der Fläche für Kurzzeitpflege zu schaffen.

Herr Dr. Ventzke unterstreicht, dass er begrüße, dass sich die Politik des Themas annehme. Er bringt seine Sorge zum Ausdruck, dass nicht ausreichend Pflegekräfte vorhanden seien und die vorhandenen Kräfte, die attraktive Arbeitsplätze in der Kurzzeitpflege annähmen, in der Krankenhausversorgung fehlten. Seine Sorge sei, dass Sanktionen erhoben würden, bevor entsprechende Kurzzeitpflegeplätze vorhanden seien.

vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

Markus Baal, Referatsleiter für Stationäre Versorgung in der vdek-Landesvertretung

AOK NordWest

Kathrin Wulf

[Umdruck 19/4237](#)

Frau Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, trägt die Schwerpunkte der Stellungnahme vor, die gemeinsam von AOK NordWest, der vdek-Landesvertretung und weiteren eingereicht worden ist ([Umdruck 19/4237](#)). Sie verweist auf die Entwicklungen, die es seit Inkrafttreten der bisherigen Rechtsgrundlage gegeben habe. Den vorliegenden Gesetzentwurf halte man für weitgehend gelungen, er bilde Bewährtes ab und enthalte auch neue Elemente, die für eine zukunfts- und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein erforderlich seien. Die neu geregelten Aspekte, die das Landeskrankenhausgesetz enthalte, begrüße man. Man begrüße auch die Einführung einer Krankenhausaufsicht, die prüfe, ob die Vorschriften des Landeskrankenhausgesetzes eingehalten würden, und die auch über Sanktionsmöglichkeiten verfüge. Eine Aufsicht schaffe Transparenz und könne auch als Instanz der Qualitätssicherung verstanden werden, was im Interesse der Patientinnen und Patienten sei. Das definierte Ziel des Gesetzes sei eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser, die

zu sozial tragbaren Entgelten beitragen sollten. Neu sei, dass das Gesetz dazu beitragen solle, eine vernetzte kooperative und sektorenübergreifende Versorgung möglich zu machen. Zugleich sollten die Patientenrechte gestärkt werden. Diese Ziele halte man für richtig und zukunftsweisend.

Im Bereich der Krankenhausplanung - so setzt Frau Straub ihre Ausführungen fort - hätte man sich jedoch an der einen oder anderen Stelle konsequentere Vorgaben gewünscht, um die Ziele tatsächlich zu erreichen. Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung sei die Aufnahme von Leistungs- und Qualitätsaspekten in der Krankenhausplanung. Die Planung erhalte damit ein Instrument, um Strukturen neu zu definieren. Es gebe eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch die zunehmende Zahl älterer Menschen. Auf der anderen Seite beobachte man das Problem des Personalmangels im Gesundheitsbereich. Kapazitäten müssten gebündelt werden, um weiterhin eine gute Versorgung sicherzustellen. Zentren- und Schwerpunktbildung und die Konzentration von Leistungen seien erforderlich. Krankenhausplanung müsse, wenn sie die Krankenhauslandschaft unter diesen Bedingungen gestalten wolle, Vorgaben zu Leistungsschwerpunkten und zu Qualitätsvoraussetzungen machen. Sie müsse sich zukünftig stärker damit beschäftigen, welche Leistungen wo erbracht würden, und gegebenenfalls dort steuernd eingreifen, wo sich Lücken auftäten oder unnötige Kapazitäten vorhanden seien oder aufgebaut werden sollten. Dazu benötige man zunächst Transparenz über das Leistungsgeschehen. Die Indikatoren für Qualität müssten berücksichtigt werden. Hierfür gebe es Ansätze im Gesetz, man hoffe, dass diese auch genutzt würden.

Frau Straub erläutert gemeinsam mit Frau Wulf von der AOK NordWest die einzelnen Punkte der Stellungnahme.

* * *

Abg. Heinemann spricht das Krankenhausentlassmanagement, das Beschwerdemanagement und die Hygiene an.

Frau Straub geht auf die Regelungen und Vereinbarungen zum Entlassmanagement ein: Entlassmanagement sei eine Aufgabe, die die Krankenhäuser offiziell hätten und die auch finanziert sei. Die Krankenhäuser hätten neue Möglichkeiten bekommen, Entlassungen zu bewerkstelligen, zum Beispiel auch im Hinblick auf das Ausstellen von Rezepten für Patienten, die

entlassen würden. Das Entlassmanagement sei an der Schnittstelle der Versorgung angesiedelt. Man wünsche sich, dass sich die Krankenhäuser noch intensiver mit dem Thema beschäftigen würden, Krankenhäuser klagten über Schwierigkeiten, Patienten zu entlassen, dies beziehe sich auf das Problem der Kurzzeitpflege. Als Kostenträger bemühten sich die Krankenkassen darum, dass Angebote gemacht würden. Im Moment seien die vorhandenen Plätze überwiegend eingestreuert und würden nicht so zur Verfügung gestellt, wie es wünschenswert wäre. Das zugrundeliegende Personalproblem könnten die Kostenträger jedoch nicht lösen, man suche aber nach kreativen Möglichkeiten, bislang sei das jedoch nicht richtig gelungen.

Zu der von Abg. Heinemann aufgeworfenen Frage nach der Hygiene legt Herr Baal, Referatsleiter für die stationäre Versorgung in der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, dar, dass die Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern nicht neu und nicht erst durch die Pandemie als Aufgabe übernommen worden seien. Der Bundesgesetzgeber habe mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2017 bereits ein Hygieneförderprogramm aufgelegt, das ursprünglich mit 375 Millionen € bundesweit habe gefördert werden sollen und das bis 2020 mit 102 Millionen € bundesweit ausgefüllt worden sei. Ein Problem in diesem Zusammenhang sei auch dort der Fachkräftemangel, hinzu komme die Schwierigkeit, in entsprechenden Verhandlungen einen Kostennachweis zu führen. Das Hygieneförderprogramm sei, weil noch nicht alles ausgeschöpft worden sei, noch einmal bis 2022 verlängert, insofern sei in diesem Bereich noch etwas zu erwarten.

Zum Beschwerdemanagement legt Frau Wulf dar, dass sie davon ausgehe, dass alle Krankenhäuser in Schleswig-Holstein Beschwerdestellen vorhielten. Bei den Kostenträgern kämen wenig Beschwerden direkt an, in aller Regel wendeten sich ihrer Einschätzung nach die Patientinnen und Patienten direkt an die Krankenhäuser. Wichtig sei, dass für die Patienten klar ersichtlich sei, an wen man sich wenden könne, wenn ein Problem in der Versorgung oder eine Beschwerde jeglicher Art vorliege. Sie könne nicht einschätzen, ob eine Aufnahme ins Gesetz notwendig sei. Ihre Wahrnehmung sei, dass Krankenhäuser sehr interessiert daran seien, dass Beschwerden bei ihnen selbst aufliefen und aufgenommen würden.

Abg. Pauls weist darauf hin, dass Einrichtungen ihr mitteilten, dass es für diese deutlich einfacher sei, einen dauerhaften Platz zu vergeben, da die Aufnahme einer Kurzzeitpflege aufwendig und auch die Betreuung arbeitsintensiver sei. Daher sei es für die Einrichtungen effektiver, den Platz an jemanden zu vergeben, der eine Langzeitpflege benötige. Diese Schwierigkeit ergebe sich auch, wenn Angehörige für Urlaubszeiten kurzzeitig Pflege für ihre Angehörigen

suchten. Aus diesem Grund sei es aus ihrer Sicht sehr wichtig, solitäre Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen, die keine Langzeitpflege anböten, um eine entsprechende Konkurrenzsituation zu vermeiden.

Auf eine Nachfrage des Vorsitzenden weist Frau Straub darauf hin, dass der Grundsatz sei, dass die Betriebskosten durch die Kostenträger übernommen würden, die Investitionskosten durch die Länder und Kommunen. Herr Baal führt aus, dass das Landeskrankenhausgesetz keine Beteiligung der Krankenkassen vorsehe, sondern der Träger. Er weist außerdem auf die duale Finanzierung und das Fallpauschalensystem in der somatischen Medizin hin.

Zentrum für selbstbestimmtes Leben Norddeutschland

Janine Kolbig, Geschäftsführerin

Frau Kolbig vom Zentrum selbstbestimmtes Leben Norddeutschland stellt kurz sich persönlich und die Arbeit des Zentrums vor. Sie merkt an, dass die Berührungspunkte von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen mit Krankenhäusern häufiger seien als die von Menschen ohne Erkrankung und Behinderung.

Zum Entwurf des Landeskrankenhausgesetzes legt sie dar, dass das Zentrum es sehr begrüße, dass der § 28 die Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf explizit benenne und dieser Thematik eine besondere Bedeutung zugemessen werde. Allerdings gingen die Regelungen nicht weit genug. Der Pflegenotstand in Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung sei anhaltend, ein Krankenhaus könne eine 24-Stunden-Assistenz nicht gewährleisten. Besonders in Krisensituationen sei enorm wichtig, dass die Pflege abgesichert sei und auch vertraute Personen die Versorgung übernehmen. Das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfes im Krankenhaus aus dem Jahre 2009 regle, dass Menschen mit 24-Stunden-Betreuung ihre Assistenzpersonen mit ins Krankenhaus nehmen könnten. Mit diesem Gesetz habe die Bundesregierung eine klare Gesetzesgrundlage geschaffen, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mit Behinderung ihre eigenen Assistenten auch im Krankenhaus beschäftigen könnten. Das sei darüber hinaus in jeder Zielvereinbarung eines jeden Budgets geregelt. Schwieriger sei die Situation bei den Personen, die ihre Assistenz über einen Dienst bezögen, da sei klar geregelt, dass an der Tür des Krankenhauses die Leistung des Dienstes ende. Diese Menschen seien häufig auf sich allein gestellt, würden häufig vom Klinikpersonal nicht ernst genommen oder könnten aufgrund ihrer Behinderung nicht aus-

reichend kommunizieren. Aufgrund der klaren Ungleichbehandlung sehe sie hier einen deutlichen Handlungsbedarf. Diese Ungleichbehandlung habe oftmals zur Folge, dass medizinisch dringend erforderliche Krankenhausaufenthalte verschoben würden oder der Genesungsprozess aufgrund der Angst, allein im Krankenhaus zu sein, stark negativ beeinflusst werde. In seltenen Fällen könnten Angehörige die Versorgung im Krankenhaus übernehmen, diese seien jedoch häufig beruflich tätig oder könnten die Pflege aus gesundheitlichen Gründen nicht leisten. Seit Jahren gebe es auf Bundesebene Diskussionen über dieses Thema. Selbst der Behindertenbeauftragte des Bundes habe sich in seinen Teilhabeempfehlungen ganz klar für die eigene Assistenz im Krankenhaus ausgesprochen. Schleswig-Holstein sollte hier den Ernst der Lage erkennen und handeln, so Frau Kolbig.

Das Bundesteilhabegesetz biete darüber hinaus durch die Formulierung, dass Assistenz im Sozialraum erbracht werden solle, die Grundlage, Assistenzleistungen im Krankenhaus zu erbringen. Aus ihrer Sicht bedürfe es einer klaren Verankerung der Assistenz im Krankenhaus in der Eingliederungshilfe. Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen sei nicht zumutbar, diese Unterstützung im Krankenhaus einzuklagen. Wenn man die UN-Behindertenrechtskonvention im Krankenhaus umsetzen wolle, müssten auch im Krankenhaus die Weichen für Selbstbestimmung gestellt werden. Als Interessenvertretung für Menschen mit Behinderung könne man nicht hinnehmen, dass die Klärung der Übernahme der Kosten für die Begleitperson inklusive der Verpflegungskosten nicht klar geregelt sei. Diese Kosten müssten ausnahmslos übernommen werden. Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen verfügten oftmals nicht über ausreichende finanzielle Mittel. Deshalb sei es nicht zumutbar, dass die Kosten für die Begleitperson aus eigenen Mitteln finanziert werden müssten. Zuständigkeitsprobleme dürften nicht auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen werden, es bedürfe einer klaren Rechtslage, die unbürokratisch schnelle Klärung gewährleiste. Die Mitaufnahme einer Begleitperson müsse bei allen Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sichergestellt werden. Ausnahmeregelungen wie in § 28 Absatz 2 Satz 4 müssten ersatzlos gestrichen werden. Zudem müssten Angehörige als Begleitpersonen zugelassen werden.

Aufgrund der aktuellen Lage sei ihr - so führt Frau Kolbig weiter aus - ein weiterer Punkt zum Thema Assistenz ein besonderes Anliegen: Bei der Aufnahme ins Krankenhaus sei zurzeit notwendig, sich auf das Coronavirus testen zu lassen, was auch wichtig sei, jedoch sei die Kostenübernahme des Tests für die Begleitperson mehr als ungeklärt. Die Kosten für den Test müssten die Menschen mit Behinderung selbst bezahlen, sollte ein Wechsel in der Assistenz

stattfinden, erhöhe sich die Summe entsprechend, was für viele nicht tragbar sei. Die Krankenhäuser müssten zudem mit entsprechenden Hilfsmitteln ausgestattet werden, damit eine bedarfsgerechte Versorgung überhaupt machbar sei. Problematisch sei, dass Menschen mit Behinderung in Kliniken oft nicht ernst genommen würden, da dort das medizinische Modell von Behinderung vorherrsche. Nur selten gebe es Berührungspunkte mit Menschen mit Behinderung außerhalb der Klinik. Deshalb fordere man, dass das Pflegepersonal und die behandelnden Ärzte fortlaufend zum Thema Behinderung sensibilisiert würden. Dies sollte bereits in Ausbildungsstätten etabliert werden, auch unter Hinzuziehung von Expertinnen und Experten in eigener Sache. Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund von Gehörlosigkeit oder der Angewiesenheit auf Leichte Sprache müssten eine besondere Bedeutung erhalten. Dort müssten Lösungen gefunden werden, allen Menschen den Zugang zu Information und Aufklärung zum Gesundheitszustand zu ermöglichen. Es sei darüber hinaus notwendig, die besonderen Bedürfnisse auch in der Krankenhausalarmplanung zu berücksichtigen. Man sei der Ansicht, dass Krankenhäuser zu jeder Zeit transparent sein müssten. Jede Patientin und jeder Patient müssten ausnahmslos Akteneinsichtsmöglichkeit haben und die Möglichkeit erhalten, die individuelle Situation zu besprechen, auch wenn dies gegebenenfalls mehr Zeit in Anspruch nehme. Auch müssten überall Gebärdensprachdolmetscher oder Informationen in Leichter Sprache bereitgestellt werden. Um die bedarfsgerechte Versorgung auch nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen, empfehle das Zentrum eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst der Krankenhäuser, der Interessenvertretung von Menschen mit Behinderung und den 2018 eingeführten ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungsstellen. Der Landesbeirat für Menschen mit Behinderung müsse in Aspekten, die Menschen mit Behinderung betreffen, angehört werden. Sie unterstreicht, dass der Beruf der Pflegekräfte angemessen bezahlt werden müsse, da die Tätigkeit mit vielen Herausforderungen verbunden sei. Der Beruf der Pflegekraft müsse eine angemessene Wertschätzung erfahren, es müssten finanzielle Anreize geschaffen werden, damit mehr Menschen diesen Beruf erlernen wollten. Der Pflegenotstand - das sei dem Zentrum bewusst - stelle das System auf eine Probe. Dies sei jedoch auch eine Chance, das Thema Behinderung neu zu platzieren und auch hier Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Schleswig-Holstein

Susanne Günther, Landesgeschäftsführerin

[Umdruck 19/4285](#)

Frau Günther, Landesgeschäftsführerin des Kinderschutzbundes, bringt ihre Freude darüber zum Ausdruck, dass sie zu einem Thema zur Anhörung eingeladen worden sei, das nicht zur klassischen Jugendhilfe gehöre. Es sei aus Sicht des Kinderschutzbundes an der Zeit, dass Belange von Kindern in gesetzgeberische Entscheidungen mit aufgenommen würden. Der vorliegende Gesetzentwurf verfolge die Ziele, dass Patienten bedarfsgerecht versorgt würden, dass vernetzt und sektorenübergreifend gearbeitet werde und dass die Patientenrechte gestärkt würden. Diesen Zielen könne sich der Kinderschutzbund anschließen, sie müssten aber mit den Rechten und Bedürfnissen von Kindern in Einklang gebracht werden. In § 28 des Gesetzentwurfs seien Kinder als Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf benannt. Kinder in einer Krankenhaussituation befänden sich in mehrfacher Hinsicht in einer schwierigen Situation: Sie seien krank, hätten keine Peer Group und seien zum Teil in Sorge, ihre eigene Familie durch ihre Erkrankung zu belasten. Sie seien zudem aufgrund ihres Entwicklungsstandes abhängig. Um diese besondere Situation von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich mit zu bedenken - auch sektorenübergreifend -, sollte die Perspektive von Kindern und Jugendlichen strukturell einbezogen werden. In § 5 sollte der benannte Krankenhausausschuss insofern erweitert werden, dass auch eine Vertreterin oder ein Vertreter aus dem Bereich Kinderschutz mit aufgenommen werde. In § 28 solle die Mitaufnahme von Begleitpersonen geregelt werden. Medizinisch gesehen seien Kinder im Krankenhaus in den besten Händen, für pädagogische Aspekte seien Mediziner manchmal nicht oder nicht ausreichend ausgebildet. Es brauche eine gute Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Bereich und dem Sozialwesen. Im vorliegenden Gesetzentwurf sei die Mitaufnahme von Begleitpersonen ausschließlich auf medizinische Gründe reduziert. Aus Sicht des Kinderschutzbundes gebe es allerdings auch entwicklungspsychologische Gründe, die bei der Entscheidung zur Mitaufnahme einbezogen werden müssten. Der Genesungsverlauf sei von entwicklungspsychologischen Faktoren abhängig, denn Kinder und Jugendliche müssten emotional unterstützt werden, um die Chance zu haben, einen besseren Heilungsprozess zu erfahren. Bei der Festlegung der unteren Altersgrenze schließe man sich der Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte an: Bis zum vollendeten 7. Lebensjahr müsse eine Mitaufnahme erfolgen. Darüber hinaus plädiere man für die individuelle Entscheidung unter Einbeziehung der Personensorgeberechtigten anstelle einer festen Altersgrenze.

Familiäre Situationen - so Frau Günther weiter - könnten allerdings auch dazu führen, dass eine Begleitung nicht möglich sei. Es müsse in solchen Fällen sichergestellt werden, dass die betroffenen Kinder bestmöglich versorgt würden. Daher sollte festgeschrieben werden, dass Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren auf Kinder- und Jugendstationen mit entsprechend qualifiziertem Personal versorgt und betreut würden. Die Verzahnung von Gesundheits- und Sozialwesen in dem Bereich sei ganz wichtig. Dies könne gut in den §§ 28 und 29 formuliert werden. Frau Günther unterstreicht, dass auch Krankenhäuser sichere Orte für Kinder und Jugendliche sein müssten. Sie müssten einen Schutzraum bieten und dürfen keinen Raum für Missbrauch darstellen. Die Festschreibung und Umsetzung von Schutzkonzepten auch in Krankenhäusern müssten selbstverständlich sein. Verschiedene Gruppen hätten sich jüngst mit dem Thema Kinderschutz auseinandergesetzt. Man sehe die konsequente Umsetzung der S-3-Plus-Leitlinie dahin gehend, dass Schutzkonzepte in Krankenhäusern institutionalisiert festgeschrieben werden müssten. In der Praxis bedeuteten Schutzkonzepte, dass die Rechte dieser Kinder und Jugendlichen gestärkt würden, sie sorgten aber auch für die Handlungssicherheit der Fachkräfte im Hinblick auf ihre sensiblen Aufgaben. Schutzkonzepte böten darüber hinaus Schutz vor potenziellen Tätern. Mit großer Sorge sehe der Kinderschutzbund die angespannte Finanzierungssituation in der Pädiatrie. Kinder brauchten aus Sicht des Kinderschutzbundes mehr Betreuung.

Im Hinblick auf die Formulierung des Landeskrankenhausgesetzes - so fasst Frau Günther ihre Stellungnahme zusammen - spreche man sich dafür aus, eine Vertretung für Kinder und Jugendliche in den Krankenhausausschuss aufzunehmen, die Ergänzung des § 28 um entwicklungspsychologische Gründe, eindeutige Regelungen zur Aufnahme von Begleitpersonen und die Aufnahme von Schutzkonzepten.

* * *

Abg. Baasch plädiert dafür, die von Frau Kolbig und Frau Günther angemahnte Beteiligung in der Beteiligtenrunde im Ausschuss noch einmal zu debattieren. Im Hinblick auf Menschen mit Behinderung müsse man zu Differenzierungen kommen, da der Formenkreis der Behinderungen und der chronischen Erkrankungen sehr groß sei. Eine Repräsentation durch nur einen Vertreter bilde das Spektrum nicht hinreichend ab. Er spricht kurz die Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung an, von denen es in Schleswig-Holstein keines gebe. Ihn interessiert, ob von Frau Kolbig ein derart spezielles Behandlungszentrum befürwortet würde.

Frau Kolbig legt dar, dass dies generell von ihr befürwortet werde, zumal in einem entsprechenden Zentrum eine andere Schulung der Mitarbeiter vorgenommen werden könne. Wichtig sei aus ihrer Sicht, dass Menschen die Wahlmöglichkeit hätten, ob sie ein entsprechendes Zentrum zur Behandlung aufsuchen wollten oder nicht.

Frau Günther legt dar, dass durch das Bundeskinderschutzgesetz nicht alles geregelt sei. Für Kitas oder stationäre Einrichtungen gebe es ein Betriebserlaubnisverfahren, das die Implementierung von Schutzkonzepten vorsehe. Sie empfehle ein ähnliches Verfahren auch für Krankenhäuser. Schutzkonzepte sollten auch nicht auf den Bereich des sexuellen Missbrauchs beschränkt sein, es gehe aus Sicht des Kinderschutzbundes insgesamt um das reflektierte Handeln im Krankenhaus. Wichtig sei, auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder einzugehen und sich auch der Machtverhältnisse zwischen Pflegern und Ärzten auf der einen Seite und den Kindern auf der anderen Seite bewusst zu werden. Auch die von Abg. Baasch angesprochene Möglichkeit der Beschwerde sei ein Teil der Schutzkonzepte. Kinder und Jugendliche seien darüber hinaus ebenfalls in der Lage, eine Einschätzung zu geben, wie sie den Krankenhausaufenthalt erlebt hätten. Entsprechend sollte man dies auch abfragen.

Auf eine Frage der Abg. Pauls zu konkreten Schwierigkeiten schildert Frau Kolbig eigene Erfahrungen im Hinblick auf die Begleitung durch Assistenten. Problematisch sei oft, dass wenig über Assistenz und auch das persönliche Budget bei den Krankenhäusern bekannt sei. Eine weitere Schwierigkeit sei der Übergang von der Kinderheilkunde in die Erwachsenenmedizin.

2. **Regelmäßige Tests auf SARS-CoV-2 für Sozialberufe ermöglichen**

Antrag der Fraktion der SPD

[Drucksache 19/2204](#)

Aussagekräftige Tests und Prävalenzerhebungen statt anlassloser PCR-Massentests

Alternativantrag der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

[Umdruck 19/4539](#)

(überwiesen am 19. Juni 2020)

Abg. Pauls verweist in Antwort auf Abg. Neve, der ein Zurückziehen des Antrags empfohlen habe, auf Länder, die durchaus in den Gesundheitsberufen regelmäßig testeten.

Abg. Bornhöft weist darauf hin, dass die Teststrategie Bayerns, die in anlasslosem Testen bestehe, dazu führe, dass anderen Ländern Testkapazitäten fehlten.

Abg. Pauls stellt die Frage in den Raum, wofür die 100 Millionen € zusätzlich in den Nachtragshaushalt eingestellten Mittel für Testkapazitäten genau geplant seien.

Mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen von SPD und SSW lehnt der Ausschuss den Antrag der Fraktion der SPD ab. Mit gleichem Stimmverhältnis empfiehlt der Sozialausschuss dem Landtag, dem Alternativantrag der Koalitionsfraktionen, [Umdruck 19/4539](#), zuzustimmen.

3. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Mitbestimmungsgesetzes Schleswig-Holstein

Gesetzentwurf der Landesregierung

[Drucksache 19/2380](#)

(überwiesen am 25. September 2020 an den **Bildungsausschuss** und den Sozialausschuss)

Einstimmig empfiehlt der Sozialausschuss dem federführenden Bildungsausschuss, dem Landtag den Gesetzentwurf der Landesregierung zur Annahme zu empfehlen.

4. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in der Landesregierung Schleswig-Holstein - Sachstand und Weiterentwicklung des Landesaktionsplanes

Bericht der Landesregierung

[Drucksache 19/2194](#)

(überwiesen am 28. August 2020 zur abschließenden Beratung)

Der Ausschuss kommt überein, in einer seiner nächsten Sitzungen einen Vertreter der Staatskanzlei und den Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung, Herrn Dr. Hase, zu einem Gespräch über den Bericht der Landesregierung einzuladen.

5. Teilhabe während der Coronapandemie sicherstellen

Antrag der Fraktion der SPD

[Drucksache 19/2323](#) (neu)

(überwiesen am 28. August 2020)

Der Ausschuss beschließt, diesen Tagesordnungspunkt gemeinsam mit dem Bericht der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu beraten.

6. Schleswig-Holstein in Europa - Europapolitische Schwerpunkte - Europabericht 2019 - 2020

Bericht der Landesregierung

[Drucksache 19/2046](#)

(überwiesen am 19. Juni 2020 an den **Europausschuss** und alle anderen Ausschüsse zur abschließenden Beratung)

Der Sozialausschuss nimmt den Bericht der Landesregierung abschließend zur Kenntnis.

**7. Petition L2119/19-986; Gesundheitswesen; Mukoviszidosever-
sorgung**

Der Sozialausschuss bittet den Petitionsausschuss, ihn zu einer gegebenenfalls durchzuführenden Anhörung des Petenten nachrichtlich einzuladen.

8. Verschiedenes

Der Ausschuss verständigt sich auf den Kreis der Anzuhörenden für die mündliche Anhörung zum Maßregelvollzugsgesetz, [Drucksache 19/1757](#), und zum Entwurf eines Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung für Menschen mit Hilfsbedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG), [Drucksache 19/1901](#), die am 5. November 2020 vormittags stattfinden soll.

Der Vorsitzende, Abg. Kalinka, schließt die Sitzung um 16:50 Uhr.

gez. Werner Kalinka
Vorsitzender

gez. Thomas Wagner
Geschäfts- und Protokollführer