

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Ausschussdienst und Stenographischer Dienst

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

Sozialausschuss

8. Sitzung

am Donnerstag, dem 9. November 2000, 10:00 Uhr,
im Sitzungszimmer 138 des Landtages

Anwesende Abgeordnete

Andreas Beran (SPD)

Vorsitzender

Wolfgang Baasch (SPD)

Astrid Höfs (SPD)

Sandra Redmann (SPD)

Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)

Torsten Geerds (CDU)

Werner Kalinka (CDU)

Helga Kleiner (CDU)

Thomas Stritzl (CDU)

Dr. Heiner Garg (F.D.P.)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Weitere Abgeordnete

Silke Hinrichsen (SSW)

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

Tagesordnung:	Seite
1. Bericht über die Ergebnisse der Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung	4
Bericht der Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales	
2. Entwurf eines Gesetzes zu dem Abkommen zur Änderung des Abkommens über die Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik und über die Akkreditierungsstelle der Länder für Mess- und Prüfstellen zum Vollzug des Gefahrrechts	13
Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 15/369	
3. Verringerung der Arbeitslosigkeit längerfristig Arbeitsloser	14
Antrag der Fraktion der CDU Drucksache 15/215	
Änderungsantrag der Fraktion der F.D.P. Drucksache 15/431	
4. Terminplanung für das erste Halbjahr 2001	17
5. Verschiedenes	17

Der Vorsitzende, Abg. Beran, eröffnet die Sitzung um 10:05 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

Bericht über die Ergebnisse der Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung

Bericht der Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

(überwiesen am 19. Oktober 2000 zur abschließenden Beratung)

M Moser berichtet dem Ausschuss über die Ergebnisse der Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung und schildert einleitend die Ausgangssituation.

Die Krankenhausplanung sei strikt und in einem engen Rahmen im Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes und in dem entsprechenden Ausführungsgesetz des Landes gesetzlich geregelt, führt M Moser aus. Die Länder verfügten über die Zuständigkeit in der Krankenhausplanung. Das Ministerium sei gleichzeitig Planungs- wie Genehmigungsbehörde für die regionalen Versorgungsverträge zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. Die Krankenhausplanung habe einen engen gesetzlichen Auftrag, der darin bestehe, die versorgungsnotwendigen planerischen Entscheidungen zu treffen, ohne jedoch allgemein gesundheitspolitische Ziele festzuschreiben oder weiter entwickeln zu können.

Der aktuelle Krankenhausplan für das Land Schleswig-Holstein gelte noch bis Ende 2000. Ursprünglich sei er bis zum Jahr 1995 angelegt gewesen, der Planungszeitraum sei jedoch mehrfach verlängert worden, weil sich die Diskussion über die Strukturreform im Gesundheitswesen aufgrund der Vielzahl neuer gesetzlicher Vorgaben und Änderungen erheblich bewegt habe. Innerhalb dieses Zeitraums seien Bettenkapazitäten in Schleswig-Holstein angepasst worden: So seien zum 1. Januar 1996 739 Planbetten nach den Kriterien der tatsächlichen Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten abgebaut worden. Zum 1. Januar 1997 sei die Anzahl der Planbetten um weitere 19 Betten verringert worden und zum 1. Januar 1998 habe man weitere 54 Betten abgebaut, sodass zum 1. Januar 2000 16.491 Betten in Schleswig-Holstein zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund dieser strukturellen Änderungen habe das Ministerium die Erkenntnis gewonnen - so M Moser -, dass die bisherige, ausschließlich kapazitätsorientierte Form der Krankenhaus-

planung keine Zukunft mehr habe. Aus diesem Grunde habe das Ministerium 1996 ein Planungsgutachten in Auftrag gegeben, das leistungsbezogene Parameter zur Grundlage der Planung machen sollte. Dieses so genannte Rüschemann-Gutachten basiere auf den in § 301 SGB V zugrunde gelegten Daten. Danach müssten die Krankenhäuser Daten über Fallzahlen, Verweildauer, einzelfallbezogene anonymisierte Diagnose- und Therapieformen zur Verfügung stellen. Da die Krankenhäuser 1997 jedoch noch nicht in der Lage gewesen seien, mit dem Instrument der Datenerhebung nach dem SGB V umzugehen, habe das Rüschemann-Gutachten nicht auf der Basis der Daten aus dem Jahr 1997, sondern auf der Grundlage der Daten aus dem Jahr 1998 erstellt werden können.

M Moser unterstreicht, es habe in der gesamten Zeit der Gutachtenerstellung einen ständigen Austausch zwischen der Krankenhausgesellschaft, dem Gutachter und seinem Institut gegeben. Die Krankenhausgesellschaft habe hinsichtlich der Datenlieferung, Datenqualität und der Behandlung von Daten die Funktion eines „brain trust“ gehabt. Dennoch hätten die Krankenhausgesellschaft und die übrigen Beteiligten „aufgeschrien“, als ihnen die Ergebnisse der Empfehlungen im April dieses Jahres vorgelegt worden seien.

Im Folgenden stellt M Moser die Bearbeitung der Empfehlungen des Rüschemann-Gutachtens durch das Ministerium dar. Das Ministerium habe das Gutachten allen Häusern zur Verfügung gestellt und habe in acht Regionalkonferenzen mit allen Beteiligten einschließlich den kommunalpolitisch Verantwortlichen, Krankenhäusern und Gewerkschaften die Methode und die Empfehlungen des Gutachtens diskutiert. Das Ministerium habe von Anfang an deutlich gemacht, dass das Gutachten keine über eine Fachverwaltung und über eine politische Hausspitze zu erstellende Planung zu ersetzen habe. Es sei eine Planungsgruppe bestehend aus den im Gesetz festgeschriebenen so genannten Planungsbeteiligten gebildet worden, die Kriterien ermittelt habe, wie mit den Empfehlungen des Gutachtens umzugehen sei, um sie in eine konkrete Planung einzubinden.

Die Arbeitsgruppe der Planungsbeteiligten habe sich auf ein Vorgehen verständigt, das modifiziert werden könne. Danach sei die Umsetzung der Empfehlungen des Gutachtens, die für richtig und sinnvoll gehalten würden, in drei Schritten vorzunehmen: Für das Jahr 2001 solle ein moderater Einstieg in eine planerische Umgestaltung und damit in eine Bettenreduzierung vorgenommen werden. Erstmals sei die Planbettenzahl für die gesamten Häuser festgeschrieben, nicht jedoch für einzelne Abteilungen. Das führe zu Flexibilität, mehr Leistungsorientierung statt Kapazitätsorientierung, was unter anderem zu Bettenpools in bestimmten Bereichen führen werde. Zugrunde gelegt worden seien die Leistungsdaten der Krankenhäuser aus dem Jahr 1999. Es sei davon auszugehen, dass die Verweildauer zu Buche schlagen werde. Unter einer angemessenen Verweildauer sei der landesdurchschnittliche Wert der jeweiligen Fachabteilung im Jahr 1999 zu verstehen. Sollte aber der in dem Gutachten ermittelte Benchmarkwert - Quartilswert - höher liegen, werde dieser Wert für das einzel-

ne Haus zugrunde gelegt. Sollte demgegenüber die tatsächlich in der Fachabteilung erbrachte Verweildauer im Einzelfall beide Werte unterschreiten, werde dieser Wert veranschlagt, weil das Ausdruck hoher Leistungsfähigkeit des Hauses sei und es in die Lage versetzt werde, den hohen Qualitätsstandard weiter auszubauen.

Ein weiterer Faktor, der zugrunde gelegt werde, sei der Auslastungsgrad, den das Ministerium bei 86 % bis 90 % veranschlagt habe. In den Belegabteilungen solle der Auslastungsgrad jedoch bei 75 % bis 80 % liegen - genauso wie in der Kinderheilkunde -, weil die Vorhalteoption größer als in anderen Krankenhaustypen sei. In der Gynäkologie und Geburtshilfe habe das Ministerium einen Auslastungsgrad zwischen 82 % bis 86 % gebilligt. In den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen gehe das Ministerium von einem Auslastungsgrad zwischen 88 % bis 90 % aus, wobei dieser Wert zwischen den einzelnen Kliniken ausdifferenziert werde.

M Moser resümiert, die Zugrundelegung dieser Kriterien werde zu einer Reduzierung von insgesamt 500 Betten führen. Entscheidend sei jedoch, dass die Diskussion über die von der Arbeitsgruppe der Planungsbeteiligten gemachten Überlegungen zu strukturellen Veränderungen innerhalb und zwischen den Klinika geführt habe. Ziel sei es, zu Kooperationen und Fusionen zu gelangen.

In einem zweiten Schritt werde 2003 eine Neuberechnung auf der Grundlage der Rüschemann-Methode und der im Jahr 2001 erhobenen Daten vorgenommen. Bei der Auswertung und planerischen Umsetzung dieser Daten werde der vom Gutachter veranschlagte Benchmarkwert von 25 % gemäßigt bei 33,3 % liegen. Im Jahr 2005 solle dann der Benchmarkwert bei 25 % der Besten im Krankenhausbereich festgeschrieben werden.

Die Prognose für das Jahr 2005 basiere neben den im Gutachten erhobenen Daten aus dem Jahr 1998 und dem Benchmarkwert von 25 % auf Entwicklungsfaktoren, die für die einzelnen Fachgebiete der Medizin unterschiedlich seien.

M Moser teilt mit, für die Psychiatrie würden andere Parameter zugrunde gelegt. Für die Jahre 2001 bis 2005 würden die Fallzahlen des Jahres 1999 einschließlich Entwicklungsfaktoren die Grundlage bilden. Das Ministerium gehe davon aus, dass bis zum Jahr 2005 eine ganze Reihe neuer Tageskliniken aufgebaut werde, die auf die Kapazitäten der psychiatrisch-stationären Einrichtungen anzurechnen seien. Für die psychosomatische und psychotherapeutische Medizin sei eine eigene Ausweisung in der Planung vorgesehen.

M Moser berichtet, anhand der erläuterten Kriterien und vieler Einzelgespräche seien Einzelblätter entwickelt worden, anhand derer jedes Haus Gelegenheit gehabt habe, die das Haus betreffenden Berechnungen richtig zu stellen.

M Moser qualifiziert das Ergebnis als eine „profunde und gründliche Grundlage“, um eine optimale - das heißt zukunftsgerichtete, wirtschaftliche und flexible - Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

In der anschließenden Diskussion erläutert M Moser auf eine Frage von Abg. Dr. Garg das Verhältnis zwischen Bettenreduzierung und dem damit verbundenen Einsparpotenzial mit Blick auf die sogenannten remanenten Kosten anhand der Orthopädie der Universitätsklinik Kiel. Laut Regierungsbeschluss werde keine Abteilung reduziert, sondern ein traumatologisches Zentrum errichtet, in dem es einen Bettenpool und mehrere Ordinarien gebe. Die Zuordnung der Betten zu den Ordinarien sei damit nicht mehr das Entscheidende.

M Moser weist darauf hin, die rechnerische Verlagerung von zirka 800 Fällen aus der Universitätsklinik Kiel in andere Klinika könnte dazu führen, dass Fälle höherer Schweregrade vorzugsweise in der Universitätsklinik behandelt würden. Dies betreffe jedoch die Fallkosten, die in den DIJs sowie in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen Berücksichtigung fänden. M Moser gibt ihrer Überzeugung Ausdruck, dass sich das Problem nicht in der Schärfe stellen werde, wie es Teile der Universitätsklinik vortrügen. Aus Sicht des Ministeriums sei die Poollösung das Entscheidende, die zu Einsparungen, nicht jedoch zu Kostensteigerungen führen werde, auch wenn Einzelfälle aufgrund des jeweiligen Schweregrades möglicherweise teurer als in anderen Krankenhäusern sein könnten, die diese Fälle nicht behandelten.

Zu der von Abg. Dr. Garg aufgeworfenen Problematik, einerseits DIJ zu entwickeln, andererseits Häuser aus gesundheits- und strukturpolitischen Gründen erhalten zu wollen, weil sie bestimmte Besonderheiten im Lande abdeckten, weist M Moser darauf hin, es komme auf die Ausdifferenzierung der DIJs an. Zu diesem Zweck werde sich das Sozialministerium auf Bundesebene in die Entwicklung des DIJ-Systems dergestalt einbringen, dass schleswig-holsteinische Besonderheiten geltend gemacht würden. Ihrer Kenntnis nach seien bereits Zweifel aufgetreten, ob die Kriterien für die DIJs überhaupt bis zum Jahr 2003 entwickelt werden könnten oder ob nicht vielmehr das Jahr 2005 anvisiert werden solle.

Auf eine weitere Frage von Abg. Dr. Garg führt M Moser aus, die Geriatrie werde ausgebaut und neue Leistungsangebote würden geplant. In einem ersten Schritt würden 100 zusätzliche Betten zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig macht M Moser darauf aufmerksam, nur im Rahmen dessen, was als

Einsparung angeboten werde, könne Neues aufgebaut werden mit der Konsequenz, dass im ersten Schritt nicht an all den Standorten Geriatrien aufgebaut würden, die im Gutachten vorgeschlagen würden. M Moser sichert hingegen zu, aufgetane Einsparpotenziale zu nutzen, um die zusätzliche geriatrische Versorgung zu finanzieren.

M Moser fährt fort, Betten im Bereich der Psychosomatik würden ebenfalls deutlich aufgestockt. Auch sollten über die zwei in der Studie genannten Versorgungseinheiten für Schlaganfallpatienten zusätzliche Einheiten aufgebaut und sechs weitere Standorte an Schwerpunktkrankenhäusern eingerichtet werden. Diese Leistungserweiterung koste zwar Geld, sei jedoch außerordentlich wichtig.

M Moser bestätigt darüber hinaus, gemäß dem Psychiatrieplan seien Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im nördlichen Landesteil notwendig. Vorgesehen seien die Erweiterung des tagesklinischen Angebots in Nordfriesland sowie der Ausbau im südlichen Landesteil. In Flensburg werde eine Psychiatrie für Erwachsene eingerichtet.

M Moser führt sodann auf Fragen von Abg. Kalinka aus, die Erhöhung der Zahl der Betten im Klinikum Neustadt werde sich aufgrund einer Kooperation zwischen der universitären Orthopädie und dem Klinikum Neustadt ergeben. Das habe gleichfalls Auswirkungen auf das Städtische Krankenhaus Priwall.

Die Planung in der kommunalen Psychiatrie in Kiel sei „sehr weit gediehen“, bekräftigt M Moser gegenüber Abg. Kalinka. Sie gehe davon aus, dass sich die kommunale universitäre Psychiatrie mit 170 Betten in einem Verbund in Kiel darstellen werde. Über Trägerschaften und organisatorische Fragen werde zurzeit noch verhandelt. Demgegenüber befinde sich die Diskussion in Lübeck zwischen der Universität und der Fachklinik Neustadt noch in den Anfängen. M Moser unterstreicht, es sei nicht davon auszugehen, dass diese Frage in Kürze entschieden werde.

M Moser bestätigt auf eine weitere Frage von Abg. Kalinka, unterhalb der Ebene der Planbettenausweisung werde es auch eine Fallzahlausweisung pro Abteilung geben. In den Budgetverhandlungen könnten die Krankenhäuser von den vorgegebenen Fallzahlen „budgetneutral“ bis zu 10 % nach oben oder unten abweichen.

Im Folgenden geht M Moser auf die von Abg. Kalinka angesprochene Praxisklinik Kronshagen ein und erläutert, einerseits widerspreche es „der Philosophie“ der Praxisklinik, in einen stationären Bettenplan aufgenommen zu werden. Andererseits seien die Abrechnungsschwierigkeiten mit der Kasernenärztlichen Vereinigung derart groß, dass die Klinik die Aufnahme in den stationären Plan ins Auge gefasst habe. M Moser habe diesbezüglich vorgeschlagen, über die neue gesetzliche Regelung gemäß

§ 140 a SGB V, die eine integrierte Versorgung ermögliche, für diese und künftige Praxisklinika eine „Sicherheit“ herzustellen.

Auf Nachfrage von Abg. Kalinka führt M Moser aus, die Rheumaklinik Bad Bramstedt sei ein streitiger Fall. In der Klinik werde eine große Anzahl von Akutfällen im psychosomatischen Bereich behandelt, dennoch seien im Plan wenige Planbetten ausgewiesen. Die Klinik vertrete zwar der Auffassung, dass man die Anzahl ihrer Akutbetten in den schleswig-holsteinischen Krankenhausplan aufnehmen müsse. Im Reigen der Planungsbeteiligten stehe sie allerdings mit dieser Ansicht allein. M Moser sehe nicht, dass die Klinik aufgenommen werden könne. In diesem Zusammenhang macht M Moser darauf aufmerksam, die Krankenkassen hätten für alle in Bad Bramstedt zu behandelnden Akutfälle eine Kostenzusage gegeben. Dem Ministerium schwebte vor, an einigen Standorten des Landes, die über das nötige Know-how verfügten - dazu gehöre auch die Klinik in Bad Bramstedt - Betten auszuweisen.

Die Frage der Dezentralität habe in der psychosomatischen Versorgung einen anderen Stellenwert als in der psychiatrischen Versorgung, unterstreicht M Moser. Im Plan seien für die Psychosomatik zirka 300 Betten vorgesehen. Damit läge Schleswig-Holstein unter dem Bundesdurchschnitt. Es stelle sich die Frage, ob sie in andere Schwerpunktkrankenhäuser integriert oder extra ausgewiesen werden sollten. Zurzeit werde an den Krankenhäusern eine Umfrage durchgeführt, bei der diese ihre Kapazitäten in der psychosomatischen Behandlung ausweisen könnten.

M Moser greift die von Abg. Baasch problematisierte Gewährleistung der Trägervielfalt auf und führt dazu aus, Krankenhausplanung sei die Wahrnehmung politischer Verantwortung für eine gute und flächendeckende Krankenhausversorgung. Die Krankenhausplanung stelle die Rahmenbedingungen dafür sicher, dass alle Trägerformen die Chance hätten, „am Markt bestehen zu können“. Demnach dürfe die Planung keine Form bevorzugen oder benachteiligen. Auch sei es keine Aufgabe der Krankenhausplanung, über die Trägerschaft zu entscheiden.

Das von Abg. Baasch angesprochene Verhältnis zwischen Wissenschaftsrat und Krankenhausplanung sei zwar nicht spannungsfrei, betont M Moser, dennoch habe man eine gute Form der Zusammenarbeit im Hinblick auf den Anteil der Forschung und der Versorgung gefunden.

Herr Maas ergänzt, bezüglich der Orthopädie Lübeck und den Auswirkungen auf das Städtische Krankenhaus Priwall seien für einen vorübergehenden Zeitraum die Betten des Städtischen Krankenhauses noch keiner anderen Klinik zugeordnet, sondern bei der Universitätsklinik nur als Bemerkungen ausgewiesen. Das Ministerium strebe jedoch eine Kooperation mit Neustadt an, da dort Kapazitäten vorhanden seien. Für das Jahr 2005 sei vorgesehen und im Krankenhausplan ausgewie-

sen, die orthopädischen Leistungen bei der Universitätsklinik zu belassen mit der Option, eine Kooperation mit der Klinik Neustadt einzugehen.

M Moser bestätigt gegenüber Abg. Birk, die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sei die „größte Schmerzstelle im Gesundheitssystem“. Ihrer Überzeugung nach müsse die nächste Gesundheitsstrukturreform an diesem Punkt den Durchbruch bringen. Schließlich sei Deutschland das einzige Land, das eine so scharfe Trennung zwischen diesen Bereichen - zum Nachteil aller Beteiligten - vornehme. Diese Trennung sei durch die sektorierte Budgetierung „zementiert worden“, da sich eine globale Budgetierung „politisch“ nicht habe durchsetzen können. Auf Dauer müssten hingegen andere Steuerungsformen entwickelt werden. M Moser teilt mit, bei der Zwischenfortschreibung 2003 würden ambulante Versorgungsanteile von stationären Fällen in die Planung einbezogen.

M Moser prognostiziert, auf die Sozialpolitik werde eine ähnlich kontroverse Debatte wie bei der Rentendiskussion zukommen, und weist darauf hin, dass es im Gesundheitswesen im Unterschied zur Rente eine ganze Reihe „wirtschaftlicher Interessen“ gebe, die eine Rolle spielten.

Ferner informiert M Moser auf eine Nachfrage von Abg. Birk nach dem Stand hinsichtlich der Klinik Edmundstal-Siemerswalde. Hamburg habe sich außerstande gesehen, Schleswig-Holstein die planerische Absicherung dieser Klinik zuzusichern. Schleswig-Holstein sei demgegenüber bereit gewesen, die Geriatrieplanung zugunsten dieser Klinik umzustellen und dort 20 Betten einzurichten. Ein privater Krankenhausbetreiber habe dann signalisiert, die Klinik als neurologisches Zentrum ausbauen zu wollen. Dabei sei er irrtümlicherweise davon ausgegangen, Schleswig-Holstein würde 40 Betten der Neurologie in den Krankenhausplan aufnehmen. Demgegenüber habe Schleswig-Holstein angeboten, gemeinsam mit Hamburg zu überlegen, dort für das Spezialgebiet der Neurologie etwas aufzubauen beziehungsweise zu erhalten. Nach wie vor sei die Geriatrie im Spiel gewesen. Hamburg habe jedoch nur zugesagt, bis 2003 Betten für die Geriatrie vorzuhalten. Zwischenzeitlich habe der Kaufinteressent sein Angebot zurückgezogen. M Moser geht davon aus, dass es nunmehr zu einem Insolvenzverfahren kommen werde.

Hinsichtlich der Trägervielfalt im Bereich der Psychiatrie führt M Moser auf eine weitere Frage von Abg. Birk aus, in der Regionalkonferenz in Kiel sei eine Konstruktion diskutiert worden, die vorsehe, dass die Stadt Kiel, die den Sicherstellungsauftrag habe, die Trägerschaft übernehme; die Kooperation und Umsetzung jedoch von Aldenhof und Heiligenhafen betrieben würden. Es sei angedacht worden, dass Heiligenhafen für den gesamten Suchtbereich zuständig sein könnte und der übrige Teil der Psychiatrie - die städtisch und universitär wäre - von Aldenhof betreut würde. Es gehe hier um ein Zusammenbinden verschiedenster Träger, unterstreicht M Moser. Das Ministerium sei weder

befugt noch willens, der Stadt Kiel etwas vorzuschreiben. Es sei allerdings Aufgabe des Ministeriums, Druck zu machen, um zu einer Lösung zu gelangen, weil es nicht mehr hinnehmbar sei, dass in der Stadt Kiel keine kommunale psychiatrische Versorgung flächendeckend vorhanden sei.

M Moser macht mit Blick auf die Arbeitsmarktfrage darauf aufmerksam, Krankenhausplanung sei keine Strukturplanung, sondern Versorgungsplanung im Gesundheitswesen. Da wo man diese Bereiche verbinden könne, sei es sinnvoll, dies zu tun. Ein Krankenhaus jedoch ausschließlich zu erhalten, um Arbeitsplätze zu sichern, würden selbst die Krankenkassen nicht mitmachen. Es sei immer eine Gradwanderung. Das Ministerium bemühe sich, dass „keiner nach irgendeiner Seite“ herunterfalle.

Zu der von Abg. Kleiner angesprochenen Herzchirurgie in Lübeck merkt M Moser an, eine gewisse Deckelung der Fallzahlen solle dazu führen, die Herzchirurgie Lübeck und die Segeberger Kliniken zu einer Kooperation zu bringen.

Abg. Hinrichsen thematisiert die Notwendigkeit, angesichts einer Verlagerung hin zur ambulanten Behandlung das Arzneimittelbudget der niedergelassenen Vertragsärzte zu erhöhen. M Moser bemerkt dazu, dies sei im Rahmen von Budgetverhandlungen mit den schleswig-holsteinischen Krankenkassen nicht umzurechnen. Im Zuge der generellen Gesundheitsstrukturreform müsse jedoch eine Lösung gefunden werden. In diesem Zusammenhang weist M Moser auf Schätzungen hin, wonach ein Einsparpotenzial beim Arzneimittelbudget in Höhe von 8 Milliarden DM vorhanden sei.

Abg. Dr. Garg problematisiert die Universitätsklinik in ihrer Funktion als „Horte der Innovation“ und der „Maximalversorgung“. M Moser relativiert dies unter Hinweis auf das Rüschemann-Gutachten, das ergeben habe, dass die Universitätsklinik „erstaunlich viel Gewöhnliches“ zu „teuren Preisen“ durchführten mit der Begründung, die Ausbildung am Bett sei anderenfalls gefährdet. Diese habe allerdings in der Primärausbildung der Mediziner - so M Moser - keinen sonderlich hohen Stellenwert. Das „Konfliktthema“ werde sich bei der Entwicklung der Entgeltsysteme stellen, prognostiziert M Moser.

Der Sozialausschuss nimmt den mündlichen Bericht über die Ergebnisse der Regionalkonferenzen zur Krankenhausplanung einstimmig abschließend zur Kenntnis.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Entwurf eines Gesetzes zu dem Abkommen zur Änderung des Abkommens über die Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik und über die Akkreditierungsstelle der Länder für Mess- und Prüfstellen zum Vollzug des Gefahrrechts

Gesetzentwurf der Landesregierung

Drucksache 15/369

(überwiesen am 28. September 2000)

Nach kurzer Diskussion empfiehlt der Sozialausschuss dem Landtag einstimmig, den Gesetzentwurf Drucksache 15/369 unter der Maßgabe anzunehmen, das Wort „Gefahrrechts“ in „Gefahrstoffrechts“ zu ändern.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Verringerung der Arbeitslosigkeit längerfristig Arbeitsloser

Antrag der Fraktion der CDU
Drucksache 15/215

Änderungsantrag der Fraktion der F.D.P.
Drucksache 15/431

(überwiesen am 29. September 2000)

Einleitend resümiert St Alt hinsichtlich der Inhalte und Ergebnisse des Programms ASH 2000, dass man auf einem „guten Weg“ sei. Er macht darauf aufmerksam, dass es einen überproportionalen Rückgang bei den Langzeitarbeitslosen um 9,4 % gegenüber dem Rückgang der allgemeinen Arbeitslosigkeit im Jahresvergleich um 5,6 % gebe.

St Alt problematisiert, bei den Stichtagsuntersuchungen zu der Frage, wie viele Menschen an einem bestimmten Tag länger als ein Jahr arbeitslos seien, käme es immer zu einer Überhöhung der Zahlen von Langzeitarbeitslosen, weil die Wahrscheinlichkeit, dass diese Gruppe der Arbeitslosen von der Untersuchung erfasst werde, größer als bei anderen Gruppen sei.

St Alt informiert über den Haushaltsvorschlag der Bundesanstalt für Arbeit, wonach den schleswig-holsteinischen Arbeitsämtern im kommenden Jahr derselbe Betrag zur Verfügung gestellt werde. Auch der Eingliederungstitel werde nicht gekürzt, obwohl die Arbeitslosenzahlen rückläufig seien. Das habe zur Folge, dass in Schleswig-Holstein prozentual mehr Arbeitslose in aktive Arbeitsmarktpolitik einbezogen werden könnten.

St Alt differenziert bei den Langzeitarbeitslosen zwei Gruppen: Die Hälfte der Langzeitarbeitslosen sei über 55 Jahre alt, zu einem weiteren erheblichen Teil zählten Schwerbehinderte zu den Langzeitarbeitslosen. Im Rahmen der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes sei daher vorgesehen, in jedem Arbeitsamtbezirk in der Regel einen Integrationsfachdienst für die Betreuung und Integration schwerbehinderter Arbeitsloser einzurichten. Diese Integrationsfachdienste würden hauptsächlich von der Bundesanstalt für Arbeit in Kooperation mit den Hauptfürsorgestellen finanziert. Dies sei vor dem von der Bundesregierung vorgegebenen Ziel zu sehen, innerhalb von zwei Jahren 50.000 Schwerbehinderte zusätzlich in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, da anderenfalls die nunmehr auf 5 % reduzierte Quote wieder auf 6 % erhöht werde. Ferner sei in dem novellierten

Schwerbehindertengesetz die Unterstützung und Förderung von Integrationsfirmen vorgesehen, die als Bindeglied zwischen Werkstätten für Behinderte und erstem Arbeitsmarkt wirken sollen. Ziel sei, schwerbehinderte Arbeitslose „in einer beschützten Atmosphäre“ die Möglichkeit zu eröffnen, sich an den ersten Arbeitsmarkt anzupassen.

Nach Auffassung der Landesregierung und in Absprache mit BSH müssten mehr Eingliederungspläne für Arbeitslose geschrieben werden. Bereits zu Beginn der Arbeitslosigkeit müsste über die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nachgedacht und Langzeitarbeitslosigkeit frühzeitig präventiv verhindert werden.

St Alt erläutert auf eine Frage von Abg. Dr. Garg nach den Kriterien, dem Träger solle eine materielle Grundversorgung für die Betreuung und Vermittlung eines Arbeitslosen zur Verfügung gestellt werden, die bei erfolgreicher Vermittlung erhöht werde. Das Ministerium werde jedoch diese Kriterien immer an der jeweiligen Gruppe festmachen, die infrage stehe. So seien ungelernte schwerbehinderte Arbeitslose schwerer zu vermitteln als ein Facharbeiter nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung. Hinsichtlich der Erfolgserwartungen müssten je nach Gruppe unterschiedliche Maßstäbe angelegt werden.

Mit Blick auf die Integration in den ersten Arbeitsmarkt sei ein Paradigmenwechsel erforderlich. Ziel sei es, Arbeitslose in Ausbildung und Beschäftigung zu bringen, nicht jedoch Arbeitslose zu betreuen.

St Alt teilt auf einen Hinweis von Abg. Dr. Garg mit, die Übersicht „ASH 2000 - Evaluierung. Messbare Ziele der Programmpunkte“, die das Ministerium dem Ausschuss zur Verfügung stellen werde, sei eine Kurzfassung des ASH-Programms. St Alt erklärt sich auf eine Bitte von Abg. Kalinka bereit, dem Ausschuss eine Literaturliste des bereits vorhandenen Materials unter anderem an analytischen und statistischen Arbeitsmarktberichten vorzulegen und bei Bedarf zu ergänzen.

Hinsichtlich der Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit sagt St Alt auf eine Bitte von Abg. Kalinka zu, ebenfalls Material zur Verfügung zu stellen. Das Ministerium habe hingegen derzeit nicht geplant, Untersuchungen oder Studien zu den Folgen der Langzeitarbeitslosigkeit zu vergeben. Die Landesregierung strebe in der jetzigen konjunkturellen Situation vielmehr an, die Langzeitarbeitslosen auf dem ersten Arbeitsmarkt unterzubringen.

Vor dem Hintergrund der Ausführungen von St Alt empfiehlt Abg. Baasch den antragstellenden Fraktionen, die Anträge für erledigt zu erklären. Abg. Geerds führt daraufhin aus, er stelle Übereinstimmung mit dem Antrag der F.D.P.-Fraktion mit Blick auf die ersten drei Absätze fest. Erforderlich seien jedoch Aussagen über die Verweildauer ehemals Arbeitsloser im ersten Arbeitsmarkt. Da MP

Simonis in ihrer Regierungserklärung die Verringerung der Langzeitarbeitslosigkeit als ein Schwerpunktthema bezeichnet habe, erachte er eine Debatte im Landtag darüber für notwendig, wie dieses Ziel zu erreichen sei.

Der Sozialausschuss folgt der Anregung von Abg. Birk, die nächsten Anhörung zum „Tag der Initiativen“ unter das Motto Arbeitslosigkeit zu stellen und entsprechende Initiativen und Verbände anzuhören.

Der Sozialausschuss verständigt sich darauf, die Beschlussfassung über den Antrag der Fraktion der CDU zur Verringerung der Arbeitslosigkeit längerfristig Arbeitsloser und den Änderungsantrag der Fraktion der F.D.P. betr. Erfolgskontrolle im Programm ASH 2000 auf die nächste Sitzung des Ausschusses am 30. November 2000, 11:00 Uhr, zu verschieben, nachdem das Ministerium dem Ausschuss die Übersicht „ASH 2000 - Evaluierung. Messbare Ziele der Programmpunkte“ zur Verfügung gestellt hat.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Terminplanung für das erste Halbjahr 2001

Der Ausschuss verständigt sich auf folgende Sitzungstermine für das erste Halbjahr 2001, die in der Regel donnerstags, am 14:00 Uhr, stattfinden werden.

18. Januar 2001

15. Februar 2001

8. März 2001

29. März 2001

26. April 2001 - Tag der Initiativen -

7. Juni 2001

28. Juni 2001

5. Juli 2001 (Reservetermin)

Zu Punkt 5 der Tagesordnung, **Verschiedenes**, liegen keine Wortmeldungen vor.

Der Vorsitzende, Abg. Beran, schließt die Sitzung um 12:35 Uhr.

gez. Andreas Beran

Vorsitzender

gez. Birgit Raddatz

Geschäfts- und Protokollführerin