

# LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

## 17. Wahlperiode

**Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie**

11. Sitzung am 11.05.2017  
– Öffentliche Sitzung –

## Protokoll – Teil 1 –

Beginn der Sitzung:    Ende der Sitzung:

|                          |                        |                        |
|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Öffentlicher Teil:       | 10:00 Uhr<br>13:06 Uhr | 12:29 Uhr<br>13:08 Uhr |
| Nicht öffentlicher Teil: | 12:29 Uhr              | 13:06 Uhr              |

### **Tagesordnung:**

1. Urteil des Oberverwaltungsgerichts Leipzig vom 2. März 2017  
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der AfD  
– Vorlage 17/1141 –
2. Stand der Umsetzung Krankenhausstrukturgesetz  
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der AfD  
– Vorlage 17/1142 –
3. Bericht REPORT MAINZ und Süddeutsche Zeitung:  
„Pflegekassen zahlen für nicht vorhandene Pflegekräfte“  
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der AfD  
– Vorlage 17/1143 –

### **Ergebnis:**

Abgesetzt  
(S. 3)

Erledigt  
(S. 4 – 7)

Abgesetzt  
(S. 3)

## **Tagesordnung (Fortsetzung)**

## **Ergebnis**

- |   |  |
|---|--|
| 4. Bedarfsgerechte Entwicklung der Studienplätze für Medizin in Rheinland-Pfalz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der CDU<br>– Vorlage 17/1300 –  | Erledigt<br>(S. 8 – 14)                                    |
| 5. Masterplan Medizinstudium 2020<br>Antrag nach § 76 Abs. 4 Vorl. GOLT<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br>– Vorlage 17/1331 –   | Erledigt<br>(S. 8 – 14)                                    |
| 6. Einführung der Gesundheitskarte in Rheinland-Pfalz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der SPD<br>– Vorlage 17/1352 –  | Erledigt<br>(S. 3)   |
| 7. Einigung auf eine generalistische Pflegeausbildung<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der SPD<br>– Vorlage 17/1353 –  | Erledigt<br>(S. 15 – 19)                                   |
| 8. Entwurf einer Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach §§ 45a und 45c, über die Förderung von Modellvorhaben und Initiativen des Ehrenamts nach § 45c sowie der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der CDU<br>– Vorlage 17/1356 – | Erledigt<br>(S. 20 – 21)                                   |
| 9. green hospital Rheinland-Pfalz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN<br>– Vorlage 17/1361 –  | Erledigt<br>(S. 22 – 24)                                   |
| 10. Projekt zum Wiedereinstieg in den Arztberuf<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der FDP<br>– Vorlage 17/1373 –  | Erledigt<br>(S. 25 – 27)                                   |
| 11. Sektorenprüfung des Landesprüfdienstes beim MDK Rheinland-Pfalz<br>Antrag nach § 76 Abs. 4 Vorl. GOLT<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br>– Vorlage 17/1390 –   | Erledigt; siehe auch Teil 2 des Protokolls<br>(S. 28 – 29) |
| 12. Verschiedenes   | (S. 30)  |

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere Frau Abgeordnete Binz als neues Mitglied im Ausschuss.

**Zur Tagesordnung:**

Der Ausschuss kommt überein, **Punkt 6** der Tagesordnung

**6. Einführung der Gesundheitskarte in Rheinland-Pfalz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der SPD

– Vorlage 17/1352 –

gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 der Vorl. Geschäftsordnung des Landtags mit Einverständnis der Antragstellenden und der Landesregierung mit der Maßgabe für erledigt zu erklären, dass die Landesregierung dem Ausschuss schriftlich berichtet.

Des Weiteren kommt der Ausschuss überein, die **Punkte 1 und 3** der Tagesordnung

**1. Urteil des Obergerverwaltungsgerichts Leipzig vom 2. März 2017**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der AfD

– Vorlage 17/1141 –

**3. Bericht REPORT MAINZ und Süddeutsche Zeitung:**

**„Pflegekassen zahlen für nicht vorhandene Pflegekräfte“**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der AfD

– Vorlage 17/1143 –

von der Tagesordnung abzusetzen.

**Punkt 2** der Tagesordnung:

**Stand der Umsetzung Krankenhausstrukturgesetz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der AfD

– Vorlage 17/1142 –

**Frau Abg. Dr. Groß** führt zur Begründung aus, im Krankenhausstrukturgesetz werde unter anderem gefordert, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern besser zu strukturieren. Diese seien überfüllt, da es den Trend gebe, sie aufzusuchen, obwohl eine große Anzahl an Patienten Symptome zeigten, die nicht in den notärztlichen Bereich fielen. Der Patient entscheide selbst, welche Versorgungsstruktur er im Bedarfsfall wähle: den Hausarzt, den hausärztlichen Bereitschaftsdienst, wenn die Praxen geschlossen seien, oder die Notaufnahmen der Krankenhäuser.

**Frau Staatsminister Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, gemäß § 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sei die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) umfasse auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, den sogenannten Bereitschaftsdienst. Dieser übernehme nachts oder am Wochenende die Aufgaben der niedergelassenen Ärzteschaft einschließlich der Hausbesuche, sei zuständig für Erkrankungen, zu deren Behandlung die Patientinnen und Patienten normalerweise die Praxis eines niedergelassenen Arztes aufsuchten oder diesen um einen Hausbesuch bäten, und bundesweit unter der Telefonnummer 116117 erreichbar.

Die Hilfeleistung bei lebensbedrohlichen Notfällen zähle dagegen nicht zum Aufgabenbereich des Bereitschaftsdienstes. Sie sei Aufgabe des Rettungsdienstes, der rund um die Uhr unter der Telefonnummer 112 erreichbar sei. Die Kassenärztlichen Vereinigungen behielten auch nach den aktuellen Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und das Krankenhausstrukturgesetz den Sicherstellungsauftrag für den Bereitschaftsdienst, sollten aber mit den Krankenhäusern kooperieren. Im Krankenhausstrukturgesetz sei die Einrichtung vertragsärztlicher Bereitschaftsdienstpraxen in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bzw. eine Einbindung von Notfallambulanz der Krankenhäuser unmittelbar in den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst vorgesehen.

Die neue gesetzliche Regelung belasse den Akteuren vor Ort jedoch einen Gestaltungsspielraum, der insbesondere dazu dienen solle, den regionalen Versorgungsbedürfnissen gerecht werden zu können. Wo regionale Konzepte eine gute Versorgung bereits vorhielten, müssten die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht angepasst werden. Eine Verpflichtung der KV, an jedem Krankenhaus, das an der Notarztversorgung teilnehme, eine Portalpraxis einzurichten, bestehe daher nicht.

In Rheinland-Pfalz habe die Vertreterversammlung der KV Rheinland-Pfalz bereits im Jahr 2009 beschlossen, den Bereitschaftsdienst neu zu ordnen. Die bisher von den Ärztevereinen betriebenen Bereitschaftsdienstzentralen seien von der KV übernommen worden. In Regionen mit kollegialen Vertretungen seien neue Bereitschaftsdienstzentralen gegründet worden, wobei eine Anbindung an ein Krankenhaus angestrebt worden sei.

Derzeit betreibe die KV Rheinland-Pfalz 48 Bereitschaftsdienstzentralen, von denen 39 ganzwöchig geöffnet seien und neun reduzierte Öffnungszeiten besäßen. Nach Auskunft der KV befänden sich 45 der 48 Bereitschaftsdienstzentralen direkt an einem Krankenhaus; sie seien lediglich in Birkenfeld, Emmelshausen und Simmern nicht an einem Krankenhaus angesiedelt. Darüber hinaus böten die örtlichen Krankenhäuser in Adenau, Boppard, Hermeskeil und Oberwesel in Kooperation mit der KV einen zusätzlichen Bereitschaftsdienst mit reduzierten Öffnungszeiten an.

Laut Auskunft der KV betrage die Entfernung zwischen dem Wohnort und der nächstgelegenen Bereitschaftsdienstzentrale in Rheinland-Pfalz durchschnittlich 8,4 km. In ländlichen Regionen von Rheinland-Pfalz – zum Beispiel im Hunsrück, der Eifel oder dem Westerwald – seien längere Anfahrtswege zur nächsten Bereitschaftsdienstzentrale nicht zu vermeiden. In solchen Regionen betrage die Durchschnittsentfernung zur nächsten Bereitschaftsdienstzentrale zwischen 10 und 14 km sowie die maximale Entfernung über 30 km.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Aktuell sei der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst in Rheinland-Pfalz flächendeckend unter der Telefonnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, 116117, erreichbar. Laut Auskunft der KV werde der Anrufer nach Möglichkeit automatisch mit der für ihn zuständigen Bereitschaftsdienstzentrale verbunden. Die Erreichbarkeit der Bereitschaftsdienstzentrale unter der Rufnummer 116117 habe sich bislang bewährt und funktioniere gut. Die Telefonnummer sei bundesweit einheitlich und kostenlos, unabhängig davon, ob der Patient von zu Hause oder mit dem Mobiltelefon anrufe.

Obwohl die weit überwiegende Zahl der Bereitschaftsdienstzentralen an Krankenhäusern angesiedelt sei, suchten immer noch zahlreiche Patienten die Notaufnahme der Kliniken auf. Die Hintergründe seien vielfältig. Teilweise sei Patientinnen und Patienten das Angebot der Bereitschaftsdienstzentrale nicht bekannt bzw. sie unterschieden nicht zwischen Bereitschaftsdienstzentrale und Notfallaufnahme.

Auch die bundesweite Telefonnummer der Bereitschaftsdienstzentralen, 116117, würden die wenigsten Patienten kennen. Die KV sollte daher ihre Öffentlichkeitsarbeit optimieren und besser über die Angebote informieren. Eine Möglichkeit wäre beispielsweise eine überarbeitete Neuauflage der Mainzer Patientenkarte.

Außerdem sollten Krankenhäuser und KV darüber nachdenken, wie die Patientinnen und Patienten innerhalb des Krankenhausgeländes besser in die Bereitschaftsdienstzentralen gesteuert werden könnten. Eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser von Patientinnen und Patienten, die nicht einer krankenhausspezifischen Notfallversorgung bedürften, sondern im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden könnten, sei aus Sicht der Landesregierung erforderlich. Die Landesregierung sei dabei auf die sachorientierte und sektorenübergreifende Kooperation der Akteure angewiesen.

Im Interesse einer unter medizinischen Gesichtspunkten besseren Patientensteuerung zwischen ambulanten und stationärem Sektor sei es darüber hinaus das Bestreben der Landesregierung, eine engere Kooperation von kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Integrierten Leitstellen der Rettungsdienste zu erreichen. Das für den Rettungsdienst zuständige Innenministerium stehe in Kontakt mit der KV, um auf der Grundlage einer Bewertung der Effekte der Einführung der bundeseinheitlichen Rufnummer 116117, der Bereitschaftsdienstzentralen und der Reorganisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Rheinland-Pfalz dieses Ziel einer engeren Kooperation der beiden Dienste erneut aufzugreifen.

Darüber hinaus habe sie dem gemeinsamen Landesgremium in dessen letzter Sitzung die Bildung eines Runden Tisches vorgeschlagen, der aktuelle Herausforderungen der Notfallversorgung über die gesamte Kette der dabei eine Rolle spielenden Leistungserbringer analysieren solle. Dieser Runde Tisch habe inzwischen ein erstes Mal getagt, und er werde sich im Laufe des Jahres noch weitere Male treffen.

**Frau Abg. Dr. Groß** gibt zu bedenken, dass neun Bereitschaftsdienstzentralen reduzierte Öffnungszeiten besäßen, und es nicht insgesamt einheitliche Öffnungszeiten gebe. Der Patient müsse wissen, dass er sich zu jeder Zeit an den hausärztlichen Notdienst wenden könne.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** bekräftigt, die KV, in deren Selbstverwaltung dies liege, auf das Problem der reduzierten Öffnungszeiten hingewiesen zu haben. Darüber hinaus sei die Telefonnummer nicht allen Menschen bekannt, weil noch zu wenig für sie geworben werde. Es gebe Gespräche mit dem neuen Vorstand der KV, Herrn Dr. Heinz, und dort sei ein Bewusstsein für diese Herausforderungen vorhanden.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** ergänzt, im Jahr 2005 sei das Rettungsdienstgesetz, bei dem eine Novellierung überfällig sei, dahin gehend gefasst worden, dass die KV und die Integrierten Leitstellen auf Zusammenarbeit angewiesen sein sollten. Da der KV-Dienst durch das Sozialgesetzbuch geregelt sei, könne dies nicht in einem Landesgesetz geschehen, sondern nur festgestellt werden, dass es angestrebt werde. Seit zwölf Jahren würden darüber Verhandlungen geführt, und er werde dazu demnächst noch einmal mit dem neuen KV-Vorsitzenden sprechen.

Er plädiere dafür, gemeinsam Druck zu machen, weil es effizient sei, die Notrufe so zu kanalisieren, dass eine Person die unterschiedlichen Telefonnummern koordiniere und die Fehleinsätze damit möglichst minimiert würden, was auch zu verkürzten Hilfeleistungsfristen führe.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** betont die Wichtigkeit dieses Anliegens. Das Innenministerium habe Anfang des Jahres die Gespräche mit dem neuen Vorstand der KV, Herrn Dr. Heinz, wiederaufgenommen, um dieses Ziel zu erreichen, und es sei im Interesse aller, das zu begleiten.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** hält es vor allem für problematisch, dass es im Bereich des Notarztdienstes zu viele Fehleinsätze gebe. Diese Patienten würden dem KV-Dienst zugeführt, sodass die Bedenken der Kassenärzte, sie würden zu wenige Patienten bekommen, unbegründet seien. Es refinanzieren sich, indem mehr Patientenströme zu ihnen kämen. Der Notarzt stehe für die Fälle bereit, in denen er dringend notwendig sei.

**Herr Abg. Dr. Gensch** hält die von Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler angesprochenen Maßnahmen, um dem Problem der zunehmenden Anzahl an Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu begegnen, größtenteils für richtig. Die Öffentlichkeitsarbeit müsse intensiviert werden, da die erwähnte Telefonnummer dem Großteil der Bevölkerung nicht bekannt sei. Die Verzahnung der integrierten Leitstellen von Rettungsdiensten und kassenärztlichem Bereitschaftsdienst sei ein Modell, über das zumindest zu sprechen sei. Es gebe gewisse Algorithmen, anhand derer der Schweregrad der Krankheit schon zum Teil am Telefon zu erkennen sei und Patientenströme frühzeitig in die richtige Richtung gelenkt werden könnten.

Ein weiteres zentrales Konzept sei, Bereitschaftsdienstzentralen zum großen Teil an die Krankenhäuser anzugliedern, weil die räumliche Nähe es erlaube, Patienten zwischen Notaufnahme und ärztlicher Bereitschaftsdienstzentrale zu vermitteln.

Die Etablierung von Portalpraxen im Klinikum sei mit Skepsis zu betrachten. Eine Portalpraxis bedeute, dass ein kassenärztlicher Sitz, ein Hausarztsitz, in der Klinik vorhanden sei, was Chancen, aber auch Risiken beinhalte. Wenn ein angestellter Arzt in der Portalpraxis für das Klinikum arbeite, dann könnte bei defizitären Strukturen – ohne jemandem etwas zu unterstellen – die Entscheidung zugunsten einer verfrühten stationären Einweisung führen und andere betriebswirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen.

**Frau Abg. Dr. Groß** befürwortet die Lotsenfunktion der Portalpraxis und die trichotomische Aufteilung in die hausärztliche Praxis, die Notaufnahme und den ärztlichen Bereitschaftsdienst, nach der dies mit Algorithmen sortiert werden könne. Es gebe enormen Handlungsbedarf, dieses Konzept auch umzusetzen, und der Ansturm auf die Notaufnahme der Universitätsmedizin Mainz sei etwa aus Zeitungsbeiträgen bekannt und zeige die Notwendigkeit.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** erläutert, im Gesundheitssystem sollten die Menschen den Weg nicht suchen müssen, sondern er sollte sich automatisch ergeben, weshalb Portalpraxen als Wegweiser wichtig seien.

Die Informationen, die seit Jahren zur Telefonnummer 116117 gegeben würden, erreichten die Menschen nicht. Dies führe oft zu Fehleinsätzen im Notarzbereich. Portalpraxen seien für die Krankenhausplanung eine Möglichkeit, auch große Kliniken zu entlasten.

Es sei nicht zu erkennen, dass bei Fehldiagnosen oder Erweiterungsbefunden automatisch eine Finanzierungsstrukturierung des Krankenhauses bedacht werde. Dem ärztlichen Sachverstand sei zu vertrauen, dass eine Weiterempfehlung mit medizinischer Indikation gegeben werde.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, sich mit dem Thema „Portalpraxis“, bei dem es kritische, aber auch positive Seiten gebe, intensiv auseinanderzusetzen. Dies werde zum Anlass genommen, noch einmal intensiv im Landesgremium darüber zu diskutieren. Vorstellbar sei, dieses Instrument in einer Modellregion im ländlichen Raum verstärkt zu nutzen.

Die Universitätsmedizin und die KV seien derzeit in Gesprächen und schienen einer Lösung nahe zu sein. Bei der KV, bei der die Verantwortung für die Bereitschaftsdienstzentrale liege, müsse die Verantwortung noch stärker wahrgenommen werden. Außerdem erkläre die Mainzer Patientenkarte, bei welchen Symptomen es eher sinnvoll sei, die Bereitschaftsdienstzentrale oder die Notfallaufnahme aufzusuchen. Durch die Ansiedlung des überwiegenden Teils der Bereitschaftsdienstzentralen an Krankenhäusern sei auch schon viel Unsicherheit genommen worden, indem dort intern Patientenströme geleitet würden.

11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017  
– Öffentliche Sitzung –  
– Teil 1 –

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** betont abschließend, es handele sich um einen Prozess, der die nächsten Jahre betreffe. Der Idealfall sei erreicht, wenn sich eine Bereitschaftsdienstzentrale zu einer Portalpraxis weiterentwickle und sie zumindest an großen Krankenhäusern langfristig rund um die Uhr über die KV geöffnet seien.

Der Antrag – Vorlage 17/1142 – hat seine Erledigung gefunden.

**Punkt 4** der Tagesordnung:

**Bedarfsgerechte Entwicklung der Studienplätze für Medizin in Rheinland-Pfalz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der CDU

– Vorlage 17/1300 –

**Punkt 5** der Tagesordnung:

**Masterplan Medizinstudium 2020**

Antrag nach § 76 Abs. 4 Vorl. GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

– Vorlage 17/1331 –

Die Tagesordnungspunkte 4 und 5 werden gemeinsam aufgerufen und beraten.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** legt zum Antrag der CDU dar, es gebe an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz wie an anderen Universitäten Teilstudienplätze, an denen Studenten nur eine Zulassung bis zum Physikum besäßen. Zum Wintersemester 2016/2017 gebe es in Mainz 36 Studentinnen und Studenten, die nach dem Physikum schauen müssten, wo sie einen neuen Studienplatz erhielten. Ihnen gelte es, die Möglichkeit zu geben, ihr klinisches Studium ohne zeitliche Verzögerung fortzusetzen.

Dies sei auch eine Chance, darüber nachzudenken, an anderen Orten in Rheinland-Pfalz wie Trier und Koblenz klinische – nicht vorklinische – Kapazitäten zu schaffen, die es ermöglichen, dieses Dilemma langfristig zu lösen.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, dass nach der Verabschiedung des Masterplans Medizinstudium 2020 mehrere Vertreter der organisierten Ärzteschaft öffentlich bemängelt hätten, dass der Masterplan keine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten vorsehe. Es treffe zu, dass sich die Gesundheits- und Wissenschaftsministerinnen und -minister von Bund und Ländern auch im Jahr 2017 auf eine solche Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Masterplan nicht hätten verständigen können.

Zwischen Kultusministerkonferenz (KMK) und Gesundheitsministerkonferenz (GMK), den beiden Bundesministerien BMG und BMBF sowie den Regierungsfractionen des Deutschen Bundestags habe aber konsentiert und in den Masterplan aufgenommen werden können, dass das Thema damit nicht von der politischen Agenda genommen oder auf unbestimmte Zeit vertagt sei. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von GMK und KMK werde sich stattdessen mit dieser Frage weiter befassen und auf beiden Ministerkonferenzen künftig regelmäßig zu Fragen notwendiger Studienplatzkapazitäten berichten. Ein erster Bericht sei bereits für das Jahr 2020 vorgesehen.

Dabei werde Folgendes zu beachten sein. Zum einen führe eine punktuelle Erhöhung der Studienplatzkapazitäten an einer Hochschule nicht dazu, dass in dem Bundesland, in dem diese Hochschule ihren Sitz habe, künftig mehr fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte für die medizinische Versorgung zur Verfügung stünden. Angesichts des grundgesetzlich verbrieften Rechts der freien Berufswahl stehe es den Ärztinnen und Ärzten vollkommen frei, den Ort ihrer Berufsausübung in Deutschland, Europa oder an einer anderen Stelle zu wählen.

Zum anderen müsse die Frage gestellt werden, ob die künftige medizinische Versorgung überhaupt mit der Ärztegeneration sichergestellt werden könne, wie sie momentan an den staatlichen Hochschulen ausgebildet werde, oder ob nicht zunächst der mit den sogenannten Reformuniversitäten eingeschlagene Weg verstetigt und verbreitert und die Inhalte und Struktur des Studiums verändert werden müssten, um nach der Qualität in einem nächsten Schritt über eine Erhöhung der Quantität zu entscheiden.

Der Masterplan Medizinstudium 2020 unternehme den ersten Schritt durch eine Umstrukturierung und umfassende Reform des Medizinstudiums. Im Zuge seiner Umsetzung bleibe die Frage nach der künf-



**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

tigen Studienplatzkapazität aktuell. Diese Frage könne auch nicht losgelöst von den anhaltenden gesundheitspolitischen Reformbestrebungen und Reformen auf Bundes- und Landesebene diskutiert werden, mit denen Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen auch jenseits der Ballungsräume geboten werden sollten und insbesondere ein künftiger Bedarf an Landärztinnen und Landärzten befriedigt werden solle bzw. befriedigt werde.

Einer vom Statistischen Bundesamt vorgelegten Statistik sei zu entnehmen, dass die Zulassungszahlen im Studiengang Humanmedizin für das erste Semester bundesweit von 6.889 im Wintersemester 1998/1999 auf 9.694 im Wintersemester 2015/2016 angestiegen seien. Die Zahl der zugelassenen Studierenden im ersten Fachsemester sei in Rheinland-Pfalz im selben Zeitraum von 221 auf 245 und zwischenzeitlich auf 252 im Wintersemester 2016/2017 gestiegen. Die meisten Studierenden der Humanmedizin schlossen ihr Studium erfolgreich ab. Im Frühjahr 2017 hätten an der Universitätsmedizin Mainz über 95 % der angemeldeten Studierenden den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung bestanden, was deutschlandweit laut Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur der beste Wert sei. Beim zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung seien es ca. 99 % gewesen.

Der Verbleib der Medizinerinnen und Mediziner nach der Approbation werde nicht in einer amtlichen Statistik erfasst. Wie viele einer Kohorte in der Patientenversorgung arbeiteten oder sich eher versorgungsfernen Tätigkeiten zuwandten, könne daher nicht genau festgestellt werden. Insoweit lasse sich aus dem Erreichen eines Abschlusses in Mainz weder auf eine künftige Tätigkeit in der Patientenversorgung in Rheinland-Pfalz noch auf einen Verbleib in anderer Funktion auf dem rheinland-pfälzischen Arbeitsmarkt schließen. Hier spielten neben dem Ort des Abschlusses viele andere Faktoren eine Rolle. Eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten würde sich insoweit auch nicht direkt und nicht eins zu eins auf die Patientenversorgung auswirken.

Die Frage nach der Notwendigkeit einer Erhöhung der Studienplatzkapazitäten an der Universitätsmedizin Mainz entziehe sich daher einer vermeintlich einfachen Antwort nach dem Modus Ja oder Nein. Sie sei deutlich komplexer zu betrachten und eingebettet in die Auswahl von Studierenden, die Gestaltung von Lehre und Studieninhalten, die Rahmenbedingungen der Weiterbildungsphase und die konkreten künftigen Arbeits- und Lebensbedingungen der als Facharzt anerkannten Ärztinnen und Ärzte.

Ein regelhafter Einbezug von außeruniversitären Krankenhäusern in die klinische Ausbildung der Medizinstudierenden sei in der Approbationsordnung für Ärzte nicht vorgesehen. Ausbildungszeiten in anderen Krankenhäusern könnten die angehenden Ärztinnen und Ärzte nach den Vorgaben der Approbationsordnung momentan nur für bestimmte Teile der Ausbildung und nur unter bestimmten Voraussetzungen absolvieren, beispielsweise während des Praktischen Jahres (PJ), der Famulatur oder im Rahmen von Modellstudiengängen. Auf diese Weise werde sichergestellt, dass die qualitativen Anforderungen an die Lehre gewahrt blieben, insbesondere hinsichtlich Betreuungsintensität, Breite des Leistungsspektrums und Ausstattung.

Überlegungen, im Rahmen von Projekten Ausbildungszeiten neben dem PJ außerhalb des Standorts Mainz anbieten zu können, würden durch das Wissenschaftsressort begrüßt und konstruktiv begleitet. Die Prüfung der Eignung solcher Projekte erfolge durch die Universitätsmedizin Mainz. Dabei stehe immer im Vordergrund, ob die Maßnahmen den qualitativen Ansprüchen an die universitäre Ausbildung genügten. Im Masterplan werde die Erwartung geäußert, dass die medizinischen Hochschulen künftig stärker als bisher von der Möglichkeit Gebrauch machten, mehr Lehrkrankenhäuser auch im ländlichen Raum einzubinden.

Hinsichtlich der sogenannten Teilstudienplätze an der Universitätsmedizin Mainz seien 35 Personen von der angesprochenen Entscheidung des Verwaltungsgerichts Mainz vom 9. Januar 2017 betroffen, die auf Basis einer Gerichtsentscheidung im Rahmen einer vorläufigen Zulassung für den vorklinischen Abschnitt immatrikuliert seien.

Gegen die Entscheidung des Verwaltungsgerichts Mainz habe die Johannes Gutenberg-Universität mit Schriftsatz vom 31. Januar 2017 Beschwerde beim Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz erhoben. Die Beschwerde sei zwischenzeitlich näher begründet worden und ihr Ziel die Aufhebung der Entscheidung des Verwaltungsgerichts Mainz durch das Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Zu beachten sei, dass die betroffenen Personen bisher nur vorläufig für den vorklinischen Abschnitt zugelassen seien. Sie hätten nur einen sogenannten Teilstudienplatz einklagen können, der ihnen nicht die Möglichkeit eröffnen werde, ihr Studium nach dem vorklinischen Abschnitt fortzusetzen; denn selbst wenn die Johannes Gutenberg-Universität in der nächsten Instanz unterliegen sollte, würde keine Verpflichtung zu einer Zulassung für den klinischen Abschnitt bestehen.

Wissenschaftsressort und Universitätsmedizin würden aber Überlegungen anstellen, ob und wie im Fall eines Unterliegens der Universitätsmedizin die klinische Ausbildung für diese Personengruppe erfolgen könne. Hierzu seien zum gegenwärtigen Zeitpunkt und angesichts der Ungewissheit, wie das Oberverwaltungsgericht entscheiden werde, noch keine Aussagen möglich.

Der Masterplan werde mit seiner Auflösung der strikten Trennung zwischen Klinikum und Vorklinikum dem Phänomen der Teilstudienplätze den Boden entziehen, da es sie nach der mit dem Masterplan angestrebten Reform des Medizinstudiums nicht mehr geben werde.

Nach zweijähriger intensiver Beratung sei am 31. März 2017 in Berlin der Masterplan Medizinstudium 2020 verabschiedet worden. Rheinland-Pfalz habe eine sehr aktive Rolle in der Erstellung des Masterplans gespielt. Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene zwischen CDU/CSU und SPD sei angekündigt worden, dass eine gemeinsame Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen Masterplan Medizinstudium 2020 entwickeln werde. Dieser solle sich den drei Themenfeldern „Zielgerichteter Auswahl der Studienplatzbewerber“, „Förderung der Praxisnähe des Studiums der Humanmedizin“ sowie „Stärkung der Allgemeinmedizin in diesem Studium“ widmen. Dabei sei allen Beteiligten von Anfang an bewusst gewesen, dass ein solcher Masterplan eine notwendige Ergänzung der gesundheitspolitischen Reformen der Vergangenheit darstelle und er gerade deswegen von besonderer Bedeutung sein würde.

Auslöser für die Vereinbarung der Berliner Regierungskoalition seien der sich abzeichnende Nachwuchsmangel insbesondere bei den sogenannten Landärztinnen und Landärzten, die positiven Erfahrungen mit Modellstudiengängen an mehreren Hochschulen in Deutschland sowie ein seit Jahren festzustellender kontinuierlicher Rückgang bei den Medizinerinnen und Medizinern, die sich für eine Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin entschieden, gewesen.

Zudem habe aus Erfahrungsberichten von Medizinern die Erkenntnis resultiert, dass das Studium der Humanmedizin an vielen deutschen Hochschulen nicht mehr ausreichend auf die künftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens vorbereite. Die ärztliche Approbationsordnung sehe zwar seit Jahren bereits als Ziel der ärztlichen Ausbildung den wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildeten Arzt vor, dessen Ausbildung ihm grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermittelt habe, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich seien. Dabei solle die Ausbildung auf wissenschaftlicher Grundlage sowie praxis- und patientenbezogen durchgeführt werden und unter anderem praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten vermitteln.

Bedauerlicherweise werde dieser Anspruch bzw. Auftrag aus der Approbationsordnung aber vielerorts nicht eingelöst und stattdessen ein künstlicher Widerspruch zwischen Wissenschaftlichkeit und Praxisnähe propagiert, die Allgemeinmedizin im Studium vernachlässigt und eine Begegnung mit Patienten nur in Ansätzen vorgesehen.

Die berichteten Erkenntnisse bzw. Kritikpunkte betreffen selbstverständlich nicht alle 37 staatlichen Hochschulen, an denen in der Bundesrepublik Deutschland Medizin studiert werden könne. Sie lösten und hätten dennoch einen allgemeinen und umfassenden Reformbedarf ausgelöst, damit künftig nach einem langen Studium – gefolgt von einer fast ebenso langen Weiterbildungsphase – eine neue Ärztesgeneration für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen könne.

Für eine solche Reform stehe nunmehr der Masterplan als Basis zur Verfügung, der mit insgesamt 41 Maßnahmen die Vorlage für eine Novelle der ärztlichen Approbationsordnung, der Curricula der Hochschulen und insbesondere für eine künftige stärkere Zusammenarbeit der Hochschulen mit Lehrpraxen bilde.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Die 41 Maßnahmen des Masterplans seien seit dem 31. März 2017 öffentlich einsehbar, nachdem er während seiner Entstehungszeit auf Bitten der Beteiligten im zuständigen Bundesministerium noch als strikt vertraulich eingestuft worden sei. Der Masterplan könne nur in der Gesamtheit seiner 41 Maßnahmen beurteilt werden, zumal sie sich zum Teil aufeinander bezögen und ihre Wirkung nur zusammen entfalteteten. Einige Maßnahmen wolle sie beispielhaft erläutern.

Beim Thema der Allgemeinmedizin solle es künftig im PJ Quartale anstelle von Tertialen geben unter Beibehaltung der bisherigen PJ-Aufenthalte in der Chirurgie und der Inneren Medizin, aber unter Hinzufügung des Erfordernisses, eines der weiteren beiden Quartale künftig zwingend im ambulant niedergelassenen Bereich absolvieren zu müssen. Die Allgemeinmedizin solle ebenfalls verbindliches Prüfungsfach im Staatsexamen werden und das bislang zugeloste und von den Studierenden wenig geliebte vierte Fach im Staatsexamen entfallen.

Eine der beiden umstrittenen der 41 Maßnahmen betreffe die gerade erörterte Frage der Studienplatzkapazitäten. Die zweite Frage kreise um die sogenannte Landarztquote, die im Masterplan allerdings nicht verbindlich vorgegeben werde. Die Länder würden vielmehr entscheiden, ob sie eine solche Landarztquote für eine oder – sofern vorhanden – mehrere ihrer medizinischen Hochschulen vorsehen wollten. Aus dem Freistaat Bayern gebe es bereits Hinweise, dass die dortige Landespolitik diesen Weg beschreiten werde. Gleiches gelte für manche der neuen Bundesländer.

Der Grundgedanke der Landarztquote sei, Studienplatzbewerbern mit einem nicht überdurchschnittlich guten Numerus clausus die Möglichkeit zu eröffnen, ein Studium der Medizin aufzunehmen. Die Bedingung sei, sich zu verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der Weiterbildung als Allgemeinmediziner im jeweiligen Bundesland in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich eine Tätigkeit in der medizinischen Versorgung für einen längeren Zeitraum aufzunehmen.

Insgesamt seien die Inhalte des Masterplans Medizinstudium 2020, bei dessen Verabschiedung die Landesregierung persönlich habe mitwirken können, sehr zufriedenstellend.

Als Ausblick auf den Umgang mit dem Masterplan in Rheinland-Pfalz sei zu sagen, dass unmittelbar nach der Verabschiedung des Masterplans Anfang April die Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft inklusive der Universitätsmedizin Mainz über die Inhalte des Masterplans bereits umfassend hätten informiert werden können. Der Gedankenaustausch zur Umsetzung werde mit diesem Personenkreis intensiv fortgeführt.

Mit Herrn Staatsminister Professor Dr. Wolf sei darüber hinaus die Einsetzung einer gemeinsamen Projektgruppe vereinbart worden, die sich zwischenzeitlich zu ihrer ersten Sitzung getroffen habe. Sie werde alle 41 Maßnahmen des Masterplans daraufhin untersuchen, wann, wie, durch wen und mit welchen finanziellen Folgen sie umgesetzt werden könnten. Im Ergebnis solle ein Masterplan Medizinstudium 2020 Rheinland-Pfalz entstehen.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** zeigt sich erfreut über die berichteten Beschlüsse. Im Umgang mit der Landarztquote besitze jedes Bundesland eigene Gestaltungsmöglichkeiten, weshalb er auf die mittel- und langfristige Umsetzung in Rheinland-Pfalz gespannt sei.

Zu kritisieren sei, dass klare Aussagen zu den Medizinstudienplätzen fehlten. Nach den Ausführungen der Ministerin werde es keine Teilstudienplätze mehr geben, weil die enge Trennung zwischen Vorklinik und Klinik nicht mehr existieren werde. Dies treffe insofern zu, als – anders als in der Vergangenheit – der vorklinische Bereich schon praxisbezogen sei und Kontakt zu Patienten bestehe. Trotzdem werde es, auch aufgrund der Prüfungen, bei diesen beiden Abschnitten bleiben müssen.

Deswegen stelle sich bundesweit die Kapazitätsfrage. Neben den genannten Zahlen aus den Jahren 1998 und 2015 habe er Zahlen aus dem Jahr 1989 erinnerlich, nach denen in den alten Bundesländern 12.000 Plätze, in den neuen Bundesländern 4.000 Plätze und somit insgesamt 16.000 Plätze vorhanden gewesen seien. Mittlerweile gebe es bundesweit pro Jahr ca. 10.000 Plätze, was den Abbau an Plätzen zeige.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Ein Gesichtspunkt sei, dass Frauen häufiger als Männer Medizin studierten und dankenswerterweise ein Interesse daran hätten, Familie und Beruf zu vereinbaren. Es heiße gemeinhin, dass zukünftig drei Ärzte gebraucht würden, um zwei ältere Kollegen zu ersetzen.

Er bitte um den Sprechvermerk. Der vorklinische Abschnitt koste Geld und sei extrem schwierig zu organisieren. Dagegen würden Studentinnen und Studenten im klinischen Studienabschnitt in Form von Praxisvorlesungen ausgebildet und bräuchten Patientenkontakt.

In Rheinland-Pfalz gebe es unabhängig von den Teilstudienplätzen neben dem Standort Mainz im Großraum Trier und im Großraum Koblenz akademische Lehrkrankenhäuser, die auch verbundübergreifend Kapazitäten besäßen. Der Präsident der Landesärztekammer, der den Bereich Trier sehr gut überblicke, sehe das ähnlich. Laut eines habilitierten Arztekollegen aus Koblenz könnten sich dort konkurrierende Krankenhäuser vorstellen – nachdem sie sich mit Universitätsvertretern zusammengesetzt hätten – in einem sehr bescheidenen Umfang von ungefähr 30 bis 40 Studenten pro Jahr klinische Studienplätze zur Verfügung zu stellen.

Er bitte die Landesregierung um eine Bewertung dieser Kapazitätsausweitung, die er als Chance betrachte, zumal beide Krankenhäuser im Großraum Koblenz und im Großraum Trier im ländlichen Raum lägen.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** bedankt sich bei Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler für den umfangreichen Bericht, den Einsatz bei der Mitarbeit am Masterplan Medizinstudium 2020 und die Aussicht, an seiner Umsetzung in Rheinland-Pfalz intensiv mitarbeiten zu können.

Sie bitte das Wissenschaftsressort um eine Stellungnahme zu der vor dem Verwaltungsgericht Mainz verhandelten Immatrikulation der Medizinstudierenden. Die Universitätsmedizin Mainz habe dagegen Beschwerde erhoben und sei damit aufseiten der Studierenden gewesen.

Beim Masterplan Medizinstudium, den sie auf Bundesebene eng begleitet habe, werde sich zu fragen sein, ob es zielgerichtet sei, neben den 41 Maßnahmen eine Landarztquote in Regionen, die schwer zu versorgen seien, einzuführen. Es sei eine Bundesregelung, und wie auf einer Ausschussreise nach Mecklenburg-Vorpommern gesehen, gebe es sehr ländliche Strukturen, die sich auch in Rheinland-Pfalz entwickelten, was mit Sorge zu betrachten sei.

Wenn es aber auf Bundesebene viele Studierende gebe, die sich mit dem entsprechenden Numerus clausus bewerben und mit einer Landarztquote diese Voraussetzungen abgesenkt würden, sei zu fragen, ob es sich um das gewünschte Signal einer guten qualitativen Versorgung handele.

Die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und den Anstrengungen, wie Ärztinnen und Ärzte in Familienzeit ganzheitlich im Beruf zu halten seien, betreffe nicht nur den Fachkräftebedarf bei Medizinerinnen und Medizinern. Im Hinblick auf die Zahlen gebe es so viele ausgebildete und im Beruf befindliche Ärztinnen und Ärzte wie noch nie.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** sagt zu, die Sprechvermerke zu beiden Tagesordnungspunkten zur Verfügung zu stellen und erklärt mit Bedauern zu den Studienplatzkapazitäten, dass es keine Einigung zwischen GMK und KMK gegeben habe. Allerdings habe sich mit der KMK darauf verständigt werden können, erst die inhaltliche Ausrichtung zu ändern – mit einer veränderten Qualität des Studiums und einer praxisnäheren Gestaltung – und dann zu schauen, ob eine quantitative Erhöhung noch erforderlich sei. Mit den Kapazitätserhöhungen werde sich somit noch einmal auf Bundesebene auseinandergesetzt werden.

Im Masterplan werde ausdrücklich die Erwartung geäußert, mehr Lehrkrankenhäuser im ländlichen Raum einzubinden. In der gemeinsamen Projektgruppe sei beabsichtigt, dazu für Rheinland-Pfalz zu einer Einigung zu kommen. Gern biete sie an, den Ausschuss über weitere Verfahren auf dem Laufenden zu halten.

Die Landarztquote werde kein Allheilmittel, aber eventuell ein Instrument sein, um jungen Menschen aus dem ländlichen Raum, die nicht den Numerus clausus erfüllten, die Möglichkeit zu eröffnen, ohne lange Wartezeiten Medizin zu studieren, wenn sie sich verpflichteten, in der Region zu bleiben. Diese

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Quote solle keine Qualitätsdebatte eröffnen, sondern vielmehr als Chance betrachtet werden, dass etwa die Tochter eines niedergelassenen Hausarztes im ländlichen Raum mit einem „schlechten“ Abitur bei einem Notendurchschnitt von 1,9 die Praxis ihres Vaters übernehmen könnte. Es gelte, Vor- und Nachteile – auch innerhalb der Landesregierung – abzuwägen und intensiv zu diskutieren.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** ergänzt, es sei ein gewisses Paradoxon zu sagen, für Abiturienten mit einem „schlechten“ Abitur bei einem Notendurchschnitt von 1,9 gelte dann die Landarztquote. Es gebe einen Punktwertverfall, da vor 40 Jahren noch mit einem Notendurchschnitt von 1,5 ein Studienplatz zu bekommen gewesen sei.

Er möchte wissen, ob Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler es begrüße, wenn es im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten mittel- und langfristig klinische Studienabschnitte in Koblenz und Mainz gebe.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erläutert, Bestreben der Landesregierung sei es, dafür zu sorgen, dass genügend Ärzte ausgebildet würden, die auch auf dem Land tätig sein könnten. Über die vom Vorsitzenden genannten Städte müsse diskutiert werden und der gute Austausch aufseiten des Wissenschaftsressorts fortgeführt werden.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bedankt sich für die klare Antwort.

**Herr Gölz (Referent im Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur)** erläutert zum Rechtsstreit um die Zulassung zum Studium der Humanmedizin im vergangenen Wintersemester, dass es im Sommersemester 2016 bei den Bewerberinnen und Bewerbern an der Johannes Gutenberg-Universität und der Universitätsmedizin Mainz ein anderes Annahmeverhalten gegeben habe, was die Inanspruchnahme der ausgesprochenen Zulassungen betreffe.

Es gebe langjährige Mittelwerte, wie viele Personen von den ausgesprochenen Zulassungen Gebrauch machten und sich einschrieben. Es gebe unterschiedliche Gründe, weshalb ein Bewerber oder eine Bewerberin von einer erhaltenen Zulassung keinen Gebrauch machten. Sei es, dass sie doch einen anderen Studiengang belegen wollten oder sich aus familiären oder sonstigen Gründen gehindert sähen, das Studium aufzunehmen.

Deshalb sei im Sommersemester 2016 eine deutlich erhöhte Zahl an immatrikulierten Studierenden zu verzeichnen gewesen. Im Wintersemester 2016/17 sei versucht worden, diese Überlast abzufedern. Es gebe eine gesetzliche Regelung, die dies grundsätzlich ermögliche und keine Unterscheidung mache, ob eine solche Spitze im darauf folgenden Semester vom Sommer- zum Wintersemester oder vom Winter- zum Sommersemester angerechnet werde.

In der Folge seien die Zulassungszahlen für das Wintersemester 2016/2017 um die entgegen der langjährigen Erfahrungswerte zu viel erfolgten Einschreibungen des vorangegangenen Sommersemesters reduziert worden, um die Universität und die Universitätsmedizin hinsichtlich des Ausbildungsbetriebs nicht zu überfordern. Diese Vorgehensweise sei vom Verwaltungsgericht Mainz – mit einer aus Sicht des Ministeriums nicht zutreffenden Begründung – nicht mitgetragen worden. Das Ministerium habe befürwortet, dass die Johannes Gutenberg-Universität als im Verfahren betroffene Prozesspartei gegen die Entscheidung beim Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz Beschwerde eingelegt habe.

Laut dem Verwaltungsgericht Mainz käme die erwähnte Anrechnungsregelung nicht infrage, sodass das Ministerium gezwungen gewesen sei, Teilstudienplätze auszuweisen. Die betroffenen Personen – mittlerweile nur noch 35 verbliebene Studierende – könnten nur einen Teilstudienplatz vorläufiger Natur erhalten, da der Rechtsstreit bis zur Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz noch nicht entschieden sei.

Wenn das Oberverwaltungsgericht im Sinne des Ministeriums entscheide, wovon momentan aufgrund besserer Argumente ausgegangen werde, würden die Zulassungen für diese betroffenen Personen aufgehoben werden. Dann müsse entschieden werden, wie weiter damit umgegangen werde. Das übergeordnete Ziel sei es aber gewesen, die Ausbildung für alle Studierenden auf einem hohen Niveau zu gewährleisten; denn bei einer zusätzlichen Anzahl an Studierenden in einem Studiengang entstehe das

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Problem, dass eine gute Qualität von Lehre und Ausbildung mangels Räumlichkeiten und ausreichendem Lehrpersonal nicht mehr gewährleistet werden könne. Deswegen seien die vorhandenen Kapazitäten auszuschöpfen, aber nicht zu überdehnen.

**Frau Abg. Dr. Groß** legt dar, der Vorsitzende der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. Montgomery, und der Präsident der Landesärztekammer Rheinland Pfalz, Herr Dr. Matheis, hätten sich eindeutig positioniert. Demnach sei es traurig, dass in Zukunft nicht mehr Studienplätze generiert würden.

Studienplätze seien teuer, aber es sei unbegreiflich, dass der Bedarf jetzt nicht flächendeckend – nicht nur in einem Bundesland oder nicht nur mit einer Erhöhung um 10 % an einer Fakultät – erhöht werde. Es würde dann sicherlich Wanderungsbewegungen geben, aber es sei insgesamt ein Plus zu verzeichnen. Allein in Rheinland-Pfalz fehlten 1.500 Hausärzte im Jahr 2020 und 111.000 ärztliche Stellen in Krankenhäusern bis zum Jahr 2030. 4.000 Vertragsärzte müssten bis zum Jahr 2022 neu besetzt werden. Außerdem werde der erste Student auf Basis des neuen Masterplans erst im Jahr 2035 fertig.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erklärt, es sei bedauerlich, keine Einigung herbeigeführt haben zu können.

Abgesehen von den Debatten um den Masterplan sowie um Studienplatzkapazitäten gebe es vielfältige Maßnahmen, um dem künftigen Ärztemangel zu begegnen. Dazu gehörten rheinland-pfälzische Ansätze wie der Masterplan zur ambulanten hausärztlichen Versorgung, der mit der rheinland-pfälzischen Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Hausärzteverband weiterentwickelt werde. Außerdem gebe es Zukunftswerkstätten in Zusammenarbeit mit den Kommunen oder das noch anzuspreekende Wiedereinstiegsprogramm. An möglichst vielen Stellen sollten Menschen entweder für die Medizin oder die Niederlassung begeistert werden oder nach einem Ausstieg wieder in den Beruf zurückgeholt werden.

Auf Bitten von Herrn Vors. Abg. Dr. Enders sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Die Anträge – Vorlage 17/1300 und Vorlage 17/1331 – haben ihre Erledigung gefunden.

**Punkt 7** der Tagesordnung:

**Einigung auf eine generalistische Pflegeausbildung**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der SPD

– Vorlage 17/1353 –

**Frau Abg. Dr. Machalet** bittet um einen aktuellen Sachstandbericht, da es nach einer Einigung auf eine generalistische Pflegeausbildung ausgesehen habe und jetzt zu vernehmen sei, dass doch wieder darüber diskutiert werde.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, das Gesetzgebungsverfahren zur geplanten dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung nehme doch noch an Fahrt auf. Die SPD- und CDU/CSU-Bundesfraktionen hätten sich nach langen Gesprächen auf einen Kompromissvorschlag zum Pflegeberufereformgesetz geeinigt. Demnach solle zukünftig in allen Pflegeschulen die Ausbildung mit einer generalistischen Pflegeausbildung starten. Die Auszubildenden entschieden nach ca. zwei Jahren im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder im Bereich der Altenpflege, ob sie die generalistische Pflegeausbildung fortsetzten oder den bisherigen Abschluss als Altenpfleger bzw. -pflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bzw. -pflegerin wählten. Einen Einzelabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege solle es dagegen nicht mehr geben.

Nach derzeitigem Kenntnisstand habe am 27. April 2017 ein Berichterstattergespräch zum Pflegeberufereformgesetz stattgefunden, auf dessen Grundlage Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zur Umsetzung des auf politischer Ebene erzielten Kompromisses erarbeitet worden seien. Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend habe am 3. Mai 2017 den Ländern einen Teil der vorgesehenen Änderungsanträge als sogenannte Roadmap zur Verfügung gestellt.

Diese zentralen Änderungsanträge seien:

- 1) Es solle ein neuer Teil 5 in den Entwurf des Pflegeberufsgesetzes eingefügt werden, der die Regelungen zu den neuen Berufsabschlüssen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege enthalte.
- 2) Die Finanzierung der Ausbildung solle unterschiedslos nach den bisherigen Regelungen erfolgen.
- 3) Der Vertiefungseinsatz der Auszubildenden solle sich nun in der Berufsurkunde wiederfinden.
- 4) Eine Zwischenprüfung nach zwei Ausbildungsjahren solle eingeführt werden.
- 5) Ergänzende Regelungen zur Verankerung des Wahlrechts im Ausbildungsvertrag sollten aufgenommen werden.
- 6) Nach sechs Jahren solle eine Überprüfung der Pflegeberufereform und der Finanzierungsregelungen erfolgen.
- 7) Das Inkrafttreten sei derzeit für das Jahr 2019 vorgesehen.

Das weitere Verfahren sehe derzeit Vorlage, Diskussion und Beschlussfassung eines Änderungsantrags der Koalitionsfraktionen im Gesundheitsausschuss des Bundestags vor. Danach erfolgten die zweite und dritte Lesung im Bundestagsplenum und der zweite Durchgang im Bundesrat.

Dieser wichtige und entscheidende Schritt sei erfreulich; denn die berufliche Realität ändere sich ständig durch die demografischen, medizinischen, technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen. Die pflegerischen Berufe müssten dem Rechnung tragen, sich anpassen und den Bedarfen der Zukunft gerecht werden. Ein wichtiger Schritt dafür sei die Reform der Pflegeausbildung.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege und im Gesundheitswesen, für ihre Berufszufriedenheit, ihre Gesundheit und eine längere Verweildauer im Beruf sei es wichtig, im Laufe eines Berufslebens die Arbeitsfelder wechseln zu können. Bisher könnten dies im Wesentlichen nur die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die von der Akutklinik über die Reha-Einrichtung und den ambulanten Dienst bis zur stationären Dauerpflege Beschäftigung fänden. Das gelte nicht für die Altenpflegekräfte, denen der Zugang zu den Kliniken versperrt sei. Dies werde sich mit der Reform nun zum Teil ändern, nämlich für die Auszubildenden in der Altenpflegeausbildung, die den generalistischen Weg gingen.

Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung sehe der Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes weiterhin eine akademische Pflegeausbildung vor. Die hochschulische Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittele die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen notwendigen Kompetenzen auf wissenschaftlicher Grundlage. Die historische Chance zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes durch die Einführung einer generalistischen Pflegeausbildung sollte nicht verpasst werden. Die Umsetzung der Reform müsse daher nun im Dialog mit allen Partnern, aber auch den Kritikern der Generalistik, angegangen werden.

**Herr Abg. Wäschenbach** bittet Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler um Auskunft, ob – wie es im Bericht angeklungen sei – alles wie bisher finanziert werde oder nicht ein Ausbildungsfonds für alle Ausbildungsarten neu eingerichtet werden solle, wie es in den Kompromissvereinbarungen angesprochen worden sei.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, es bleibe bei dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Gesundheitsfonds.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bedankt sich für die Klarstellung.

**Frau Abg. Thelen** benennt den Kritikpunkt, dass die ursprünglich geplante generalistische Ausbildung ohne die Möglichkeit einer Zwischenprüfung, die insbesondere die Helferberufe außen vorließe, vor allem Jugendliche mit einem früheren Hauptschul- und heutigen Ausbildungsreifeabschluss ausschließe. Zu fragen sei, wie in Zukunft die Zugangsvoraussetzungen für diese Ausbildung aussähen, und ob über diesen Weg der Erhalt der dort im erheblichen Umfang tätigen Helferberufe gewährleistet sei.

Hinsichtlich des praktischen Teils der Ausbildung gebe es bereits Anfragen der Pflegeschulen, inwieweit sich etwas verändern werde, weshalb zu fragen sei, ob es schon Klarheit darüber gebe.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** erkundigt sich, ob der bisherige Altenpfleger oder die bisherige Altenpflegerin mit Hauptschul- oder Berufsreifeabschluss künftig nach zwei Jahren beispielsweise eine besondere Qualifikation nachweisen müsse, um sich entscheiden zu können, die generalistische Ausbildung fortzusetzen.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erläutert, die künftige Zwischenprüfung, die im Entwurf ursprünglich nicht vorgesehen gewesen sei, sehe das Ministerium auch als ein bisschen kritisch an.

Die Schulen besäßen vor allem das große Problem, wie und bis wann sie es umsetzten. Das Jahr 2019 anzuvisieren, sei deshalb zu ambitioniert. In Gesprächen, auch mit den anderen Ländern, werde auf eine angemessene Übergangsfrist hingewirkt.

**Herr Krick (Referatsleiter im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie)** erklärt zur Helferausbildung, nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum neuen Altenpflegegesetz aus dem Jahr 2004 falle die Regelung der Helferausbildung nicht in Bundes-, sondern in Länderkompetenz. Deswegen sei damals die Krankenpflegehelferausbildung auch nicht mehr vom Bund geregelt worden.

Im bisherigen Entwurf sei die klare Trennung der Zuständigkeiten auch eingehalten worden, das heiße, Aufgabe der Länder sei es, nach der Umsetzung der generalistischen Reform für die Fachberufe auch eine Reform der Helferberufe vorzunehmen.



**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Für die kleine vorgenommene Änderung, die Zwischenprüfung im Gesetz vorzusehen, liege noch keine konkrete Formulierung für den Gesetzestext vor.

Praktikabel werde es sein, die Länder besäßen wieder generalistische Helferberufe, und die Zwischenprüfung stelle die Verbindung zwischen dem dreijährigen Fachberuf und den Helferberufen für die Personen dar, die bei der regulären Fachkräfteausbildung scheiterten.

Die reguläre Fachkräfteausbildung sei für Personen mit einem mindestens mittleren Bildungsabschluss bzw. – wie Modelle zeigten – für Personen mit einem zehnjährigen Hauptschulabschluss vorgesehen. Die Personen, die die reguläre Ausbildung von drei Jahren nicht schafften, könnten aber nach zwei Jahren erfolgreicher Ausbildung als Berufsabschluss den des Helferberufs erhalten.

Bei den Zugangsvoraussetzungen habe sich gegenüber der Reformvorlage des vorangegangenen Jahres an der der aktuellen Situation in der Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung nichts geändert.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** möchte wissen, ob derjenige, der mit der Berufsreife die Altenpflegeausbildung beginne und nach zwei Jahren eine gewisse Qualifikation nachweisen könne, dann in die Generalistik hineinkäme.

**Herr Krick** verneint die Frage, da in dem neuen Beruf jeder mit mindestens zwei Jahren Generalistik anfangen, unabhängig davon, ob er einen generalistischen Abschluss, einen Kinderkrankenpflege- oder einem Altenpflegeabschluss anstrebe.

Ein Absolvent mit neunjährigem Hauptschulabschluss könne bei der Generalistik-Ausbildung zur Fachkraft nicht einsteigen, da dazu die mittlere Reife bzw. ein zehnjähriger Hauptschulabschluss notwendig sei, könne aber die jetzige Helferausbildung bzw. die künftige reformierte Helferausbildung beginnen.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** fragt nach, ob ein Berufsreifeabsolvent von der Helferausbildung überwechseln könne, was einem Abschluss der Sekundarstufe I gleichgesetzt sei und eine gute Lösung darstelle.

**Herr Krick** erwidert, es gebe den dargelegten Weg von der neuen Ausbildung in die Helferausbildung, und es werde auch in Zukunft einen Weg von der Helferausbildung in die generalistische Fachkraftausbildung geben.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** begrüßt, dass Berufsreifeabsolventen durch mehr Zeitinvestitionen die Chance besäßen, sich mit der Helferausbildung in zwei Jahren zu qualifizieren. Damit sei das Argument der Gegner der Generalistik, Hauptschüler könnten das nicht, entkräftet.

**Herr Krick** ergänzt, je nach Ausbildungs- und Prüfungsordnung sei eine weitergehende Lösung vorstellbar und – wie momentan schon üblich – die Zeit der Helferausbildung komplett auf die Fachkraftausbildung anzurechnen, um Durchlässigkeit ohne Zeitverlust zu ermöglichen.

**Frau Abg. Thelen** hält es hinsichtlich der Helferberufe für wünschenswert, bei der Generalistik den in Bundeskompetenz fallenden Überbau mitzudenken, um länderspezifische Lösungen zu integrieren und 16 verschiedene Ausbildungen in Deutschland für potenzielle Helfer zu vermeiden.

Bei der Umsetzung der Generalistik sei zu fragen, ob das vom Bundesgesetzgeber geregelte System der generalistischen Ausbildung zusammengeführt werde mit dem Schulsystem für Berufsreifeabsolventen mit einem Abschluss, der sie für die Altenhilfe befähige, oder ob es getrennt voneinander zu sehen sei.

**Herr Abg. Dr. Gensch** möchte bestätigt wissen, dass es in Rheinland-Pfalz nach neunjähriger Schulzeit möglich sei, die Helferausbildung zu absolvieren, sich nach zwei Jahren Helferausbildung auf einem Äquivalenzniveau mit der generalistischen Pflegeausbildung zu bewegen und die gleiche Prüfung abgelegt werde.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Es stelle sich die Frage, ob die zweijährige Helferausbildung vorangestellt und bei der Generalistik noch einmal bei null oder vielleicht nach einem Jahr begonnen werde.

Bei der Helferausbildung sei die Frage, ob sie bisher mit einer Prüfung abschließe und welche Abschlussprüfung nach dem neuen Modell geplant sei, wie die Ausbildung genau strukturiert sei und wie und wo Übergänge seien.

Einzuwenden sei, dass die Personen, die für eine Helferausbildung infrage kämen, schwächer als der Personenkreis seien, der sich für eine Altenpflegeausbildung oder die Generalistik eigne.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, es gebe noch keinen Gesetzentwurf, weshalb eine Ableitung schwierig sei, wofür sie um Verständnis bitte.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** zeigt sich erfreut, dass die Diskussion bereits Klarheit bringe und den Gegnern der Generalistik durch den Kompromissvorschlag der Wind aus den Segeln genommen worden sei.

**Herr Krick** stellt klar, es seien zwei unterschiedliche Ausbildungen, was auch in Zukunft so bleiben werde: einerseits die Fachkraftausbildung – die generalistische Ausbildung oder die Ausbildung in der Alten-, Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege –, für die der Bund zuständig sei, und andererseits die Helferausbildung, die in der Kompetenz der Länder liege.

Klare Zielsetzung sei die Durchlässigkeit zwischen den Systemen sowohl für diejenigen, die in der Fachkraftausbildung scheiterten und mit der Helferausbildung noch einen Beruf fänden, als auch umgekehrt für einen Absolventen der Helferausbildung, der die Fachkraftausbildung aufnehmen könne.

Es sei noch unklar, wie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die Inhalte aussähen.

Ob es sinnvoll sei, so weit wie in der Altenpflegehilfesausbildung in Rheinland-Pfalz zu gehen, die in die dreijährige Ausbildung komplett integriert sei, werde sich in Zukunft zeigen.

Erstrebenswert sei, zu gleichen Standards bei den Helferausbildungen in den Ländern zu gelangen. Davon auszugehen sei, dass sich mit Beginn des Diskussionsprozesses auf Länderebene dazu zusammengesetzt werde, wie eine generalistische Helferausbildung aussehen werde.

**Herr Abg. Wäschenbach** zieht den dargestellten Zeitplan in Zweifel und bittet um Auskunft, ob es Zielformulierungen gebe, wann die Verordnung für die Ausbildung mit den verschiedenen Curricula erstellt und verabschiedet werde, damit sich die Schulen darauf einstellen könnten.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** teilt die Auffassung, dass der Zeitraum eng bemessen sei, da zudem im Hinblick auf Finanzierungsfragen gesetzliche Anpassungen erforderlich seien, sodass ein Inkrafttreten im Jahr 2019 kaum einzuhalten sei.

Vorgesehen sei, die zweite und dritte Lesung im Bundestag spätestens in der 25./26. Kalenderwoche des laufenden Jahres erfolgen zu lassen. In der letzten Bundesratssitzung am 7. Juli 2017 bestehe die Gelegenheit, eine Entscheidung herbeizuführen, was möglicherweise noch erreichbar sei, aber die Umsetzung werde dann sehr schwer.

**Frau Abg. Dr. Groß** spricht sich gegen die Generalistik aus, da wichtige Inhalte dadurch auf der Strecke blieben, und eine generalistisch ausgebildete Kraft nicht dasselbe leisten könne wie eine nach den Sparten ausgebildete Fachkraft.

Wie Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler in der vergangenen Sitzung ausgeführt habe, zwingt die demografische Entwicklung dazu, eine Generalistik anzustreben. Verständlich sei in diesem Zusammenhang, eine gemeinsame zweijährige Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege vorzusehen. Zu erklären sei aber, warum die Kinder- und Säuglingspflege auch noch integriert werde, da sie einen ganz anderen Sektor darstelle.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, einerseits gebe es demografische Entwicklungen, in Folge derer es in den Krankenhäusern und in den Senioreneinrichtungen immer mehr ältere und kranke Menschen gebe.

Andererseits seien für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Angebote im Pflege- und Gesundheitswesen zu schaffen, die ihre Berufszufriedenheit und ihre Gesundheit betreffen und eine längere Verweildauer im Beruf und einen Berufswechsel ermöglichen, was qualitativ hochwertig abgesichert sein müsse. Eine 45 Jahre alte Kinderkrankenschwester habe beispielsweise künftig die Chance, in die Altenpflege zu wechseln, da sie bereits die Kenntnisse besitze. Die Ausbildung biete auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel und die gesundheitliche Belastung eine größere Flexibilität hinsichtlich der Erwerbsbiografie.

**Frau Abg. Dr. Groß** hält die Möglichkeit, die drei Berufe im Laufe des Berufslebens zu wechseln, für ein theoretisches Konstrukt und bittet um Auskunft, ob dazu Fragebögen ausgewertet worden seien und belastbare Daten vorlägen.

Die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ bzw. „Krankenpfleger“ werde durch „Pflegefachkraft“ ersetzt, was eine Ähnlichkeit zu „Reinigungsfachkraft“ aufweise und eine psychologische Komponente mit sich bringe.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ gebe es bereits nicht mehr, und die Menschen, die sich für den Pflegeberuf entschieden, sähen dies nicht als negativ an.

Fragebögen seien nicht notwendig gewesen, da auf die Erfahrung anderer europäischer Länder, die Ansätze der Generalistik bereits anwandten, zurückgegriffen habe werden können. Empfehlenswert sei zudem, mit Kollegen aus dem betroffenen Bereich zu sprechen, die beispielsweise im Alter von 50 Jahren sagten, sie wollten den stationären Bereich eines Krankenhauses verlassen und etwas anderes machen.

**Frau Abg. Dr. Machalet** weist auf die eindeutige Positionierung der Pflegekammer zu diesem Thema hin.

Es stelle sich im Hinblick auf das parlamentarische Verfahren die Frage, ob es einen Plan B gebe, wenn die Umsetzung zum 1. Januar 2019 scheitere.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, ihres Wissens gebe es keinen Plan B. Verschiedene Möglichkeiten seien schon angedacht worden. Wenn zwei erforderliche Fristen nicht eingehalten würden, werde die Thematik der Diskontinuität unterliegen, da für das Thema der Generalistik eine Sondersitzung des Deutschen Bundestags unwahrscheinlich sei.

Auf Bitten von Frau Abg. Thelen sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Auf Bitten des Herrn Abg. Dr. Gensch sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, dem Ausschuss einen Überblick über die Anzahl der Personen schriftlich zur Verfügung zu stellen, die eine Ausbildung in der Altenpflege beginnen, diese beenden, abbrechen oder aber zwischen den Ausbildungsgängen Pflegehelferin und Fachkraft wechseln.

Der Antrag – Vorlage 17/1353 – hat seine Erledigung gefunden.

Punkt 8 der Tagesordnung:

**Entwurf einer Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach §§ 45a und 45c, über die Förderung von Modellvorhaben und Initiativen des Ehrenamts nach § 45c sowie der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der CDU

– Vorlage 17/1356 –

**Herr Abg. Wäschenbach** führt zur Begründung aus, der Bundesgesetzgeber habe die Möglichkeit eröffnet, dass die Länder in Landesverordnungen Regelungen für Unterstützungen und niedrigschwellige Angebote im Alltag fänden. Er bitte um Auskunft, ob es möglicherweise Einwände bei Anhörungen zu diesem Verordnungsentwurf gegeben habe, wie sich die Qualitätssicherung bei der Erbringung dieser niedrigschwelligen Leistungen gestalten und was die Qualifikation und Anerkennungsvoraussetzungen der Leistungserbringer seien.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** führt aus, die Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, über die Förderung von Modellvorhaben und Initiativen des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe – die sogenannte Unterstützungsangebotverordnung – sei die Grundlage für den Aufbau einer weiteren, besonders flexiblen und niedrigschwelligen Angebotssäule. Diese Angebote sollten dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen möglichst lange zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung leben könnten. Das sei nach wie vor der Wunsch der meisten Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf, und dem wolle die Landesregierung Rechnung tragen.

Die neuen Unterstützungsangebote würden die bereits vorhandene Struktur der professionellen ambulanten Pflegedienste gut ergänzen. Es sei davon auszugehen, dass vielfältige Angebotsformen entstehen würden, in denen Betreuungs- und Entlastungsleistungen ehrenamtlich oder gewerblich in ganz unterschiedlichen Organisationsformen erbracht würden. Denkbar sei, dass sich die Angebote auf bürgerschaftliches Engagement ausrichteten bis hin zu Dienstleistungsunternehmen und auch Einzelpersonen, die Leistungen erbringen wollten.

Sie sei der Überzeugung, dass hiermit ein wichtiger Beitrag geleistet werde, die Situation in der häuslichen Betreuung und Pflege deutlich zu verbessern. Mithin würden pflegebedürftige Menschen länger in der Häuslichkeit verbleiben können, da auch pflegende Angehörige leichter Entlastung erhielten.

Die Landesregierung habe vor der formalen und damit offiziellen externen Anhörung ihre Partner über die geplante Umsetzung informiert und sich mit ihnen ausgetauscht. Die Fraktion der CDU weise in ihrem Berichts Antrag darauf hin, dass erst kürzlich von Kassenseite aus Kritik geäußert worden sei, dass die Verordnung zu hohe Zulassungshürden für die Leistungserbringung beinhalte. Auch das Ministerium sei erst im April 2017 von Kassenseite darauf angesprochen worden, dass die im Entwurf der Landesverordnung vorgesehenen Anerkennungskriterien von einer 160 Unterrichtsstunden umfassenden Qualifizierung auf Grundlage der Betreuungs kräfte richtlinie sowie der Begleitung durch eine Fachkraft für die Anerkennung von Einzelpersonen zu hoch sei. Es sei bemerkenswert, dass in einem vorangeschrittenen Rechtsetzungsprozess so spät eine inhaltliche Fragestellung noch einmal aufgegriffen werde, obwohl mit den Landesverbänden der Pflegekassen bereits am 13. Juni 2016 die schriftlich vorgelegten Eckpunkte, die die jetzt infrage gestellten qualitativen Anerkennungsvoraussetzungen enthielten, diskutiert worden seien; denn Kritik an diesen Kriterien sei seinerzeit nicht von den Pflegekassen geäußert worden.

Auch die offizielle Stellungnahme der Landesverbände der Pflegekassen, die von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland im Herbst 2016 im Namen aller Landesverbände der Pflegekassen eingereicht worden sei, habe keine Kritik in Bezug auf die geplanten qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringer enthalten. Sie habe eher technische Hinweise und Anregungen umfasst, die zum Teil auch hätten aufgenommen werden können. Die weiteren, zum Teil detaillierten Rückäußerungen zum Verordnungsentwurf signalisierten bis auf die Stellungnahme der Pflegegesellschaft Rheinland-Pfalz überwiegend Zustimmung zum Rechtsetzungsvorhaben.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Die Pflegegesellschaft habe kritisiert, dass die neuen Angebote vor allem im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung im annähernd gleichen Umfang Leistungen erbringen dürften wie die anerkannten ambulanten Pflegedienste. Die im Verordnungsentwurf vorgesehene Anerkennungsmöglichkeit von Einzelpersonen habe die Pflegegesellschaft grundsätzlich abgelehnt.

Die Pflegegesellschaft habe kritisiert, dass die Qualitätsauflagen an die Leistungserbringung insgesamt und besonders für die Anerkennung von Einzelpersonen zu gering seien. Der Pflegegesellschaft seien demnach die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung zu gering, während die Kassen nachträglich die Qualitätsanforderungen als deutlich zu hoch empfänden.

Für die Landesregierung stelle der Entwurf der Landesverordnung einen guten Kompromiss dar. Die Qualitätsvorgaben erfüllten die Erwartungen des Gesetzgebers und orientierten sich im Wesentlichen an den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Die Landesverordnung befinde sich zurzeit in der rechtsförmlichen Prüfung und solle schnellstmöglich in Kraft treten, damit die Versicherten, aber auch die Leistungserbringer, die Leistungen der Pflegeversicherungen umfassend in Anspruch nehmen könnten. Deshalb solle sie rückwirkend zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

**Frau Abg. Thelen** interessiert sich für die Haltung der kommunalen Spitzenverbände, bei denen sie davon ausgehe, dass sie in die Erstellung der Verordnung eingebunden gewesen seien, weil es wichtig sei, diesen Personenkreis, der sich ergänzend zur Unterstützung bereitstelle, vor Ort zu gewinnen.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, im Rahmen der externen Anhörung seien zusätzlich Stellungnahmen des Landkreis- und des Städtetags Rheinland-Pfalz, der Landesverbände der Pflegekassen, der Landespflegekammer und der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz (LAG KISS RLP) einbezogen worden. Der Tenor dieser Stellungnahmen sei insgesamt positiv.

**Herr Abg. Wäschenbach** bittet um einen Überblick, welches Bundesland bisher welche Regelungen getroffen habe, da nach seiner Kenntnis noch nicht alle Bundesländer eine derartige Verordnung erlassen hätten. Die rheinland-pfälzische Verordnung sei – ohne dies qualitativ bewerten zu wollen – sehr ausführlich.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** stimmt zu, dass noch nicht alle Länder die Verordnung beschlossen hätten, weil manche Länder – wie auch Rheinland-Pfalz – verschiedene Regelungen wie die Pflegestärkungsgesetze (PSG I und PSG II) hätten abwarten wollen. Es gebe keine synoptische Gegenüberstellung. Ihres Wissens hätten Niedersachsen, Thüringen und Hessen noch keine Verordnung erlassen.

Dem Ministerium sei ein ausführliches Verfahren wichtig gewesen, um alle Rückmeldungen miteinbeziehen und Abwägungen treffen zu können, damit durch die neue Landesverordnung vor allem ein breites Angebot zur Verfügung gestellt werde. Bei der Frage eines breiten Angebots habe beispielsweise die Pflegegesellschaft als Leistungserbringer die große Sorge, dass dort Konkurrenz aufgebaut und die Qualität nicht erbracht werde.

Das Hauptziel sei es, im Interesse der zu pflegenden Menschen möglichst gute und viele Unterstützungsangebote anzubieten. Deshalb sei der große Beteiligungsprozess schon vorher durchgeführt worden und eine etwas umfassendere Landesverordnung entstanden.

Der Antrag – Vorlage 17/1356 – hat seine Erledigung gefunden.

**Punkt 9** der Tagesordnung:

**green hospital Rheinland-Pfalz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

– Vorlage 17/1361 –

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, der Betrieb, der Bau sowie die Instandhaltung von Krankenhäusern erforderten einen hohen Verbrauch von Ressourcen. Der Ressourceneinsatz und Ressourcenverbrauch verursachten hohe Kosten und sollten auch im Hinblick auf die Umwelt gemindert werden. An diesem Punkt setze die Initiative „green hospital Rheinland-Pfalz“ an, zu der den Abgeordneten ein Flyer an die Hand gegeben werden könne.

Ziel der Initiative sei es, zur Ressourcenschonung beizutragen, Umweltbelastungen durch Krankenhäuser zu vermeiden bzw. zumindest deutlich zu reduzieren und gleichzeitig Einsparpotenziale zu erzielen. Der neue Standard solle Krankenhäuser hervorheben, die sich besonders durch nachhaltiges, ökologisches und umweltfreundliches Wirtschaften und damit durch moderne und zeitgemäße Leistung für Patienten und Mitarbeiter auszeichneten. Damit sollten Krankenhausleitungen und das Personal der Krankenhäuser noch stärker als bisher zu einem umweltgerechten Verhalten und mehr Nachhaltigkeit im Umgang mit Ressourcen motiviert werden.

Krankenhäuser, die Maßnahmen zur Ressourcenschonung und Umweltentlastung umsetzten, könnten von der Landesregierung die Auszeichnung „green hospital Rheinland-Pfalz“ erhalten. Die Prüfung des Antrags erfolge durch die Prüfstelle „Arqum Zert GmbH“, die Auszeichnung gelte für drei Jahre und könne mit einer weiteren Prüfung verlängert werden.

Für die Auszeichnung „green hospital Rheinland-Pfalz“ seien 13 verschiedene Handlungsfelder erstellt worden. Beispielhaft zu nennen seien die Handlungsfelder Green Management, Ressourceneffizienz in den Bereichen Energie, Wasser und Abfall, Qualität der Medizinischen Versorgung, Bauen und Gebäude, Beschäftigung, Gesundheitsversorgung und Verkehr. In diesen Handlungsfeldern könnten Antragsteller herausragende Leistungen nachweisen und die Auszeichnung erhalten.

Diese besonderen Leistungen sollten anderen Krankenhäusern ein Vorbild sein. Die ausgezeichneten Krankenhäuser könnten damit eine Art Leuchtturm für andere Krankenhäuser darstellen, und für andere Häuser werde ein Anreiz geschaffen, noch mehr Anstrengungen in den Bereichen Nachhaltigkeit und Umweltschutz zu unternehmen. Mit der Auszeichnung „green hospital Rheinland-Pfalz“ würden Anreizeffekte für Nachhaltigkeit, ein modernes Krankenhaus und eine zeitgemäße Gesellschaft gesetzt. Anreizeffekte im Außenverhältnis würden beispielsweise durch die Würdigung von Öffentlichkeit und Politik erreicht.

Das Gesundheitszentrum Glantal in Meisenheim sei der bundesweit erste Krankenhaus-Neubau, der den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Nachhaltiges Bauen entspreche, von ihr im Jahr 2016 zertifiziert worden sei und bundesweite Beachtung finde. Das Landeskrankenhaus als Krankenhausträger habe sich bei dem Neubau des Gesundheitszentrums Glantal in Meisenheim für eine nachhaltige Bauweise entschieden, mit der umweltfreundliches Bauen im Krankenhausbau erprobt worden sei.

Das Landeskrankenhaus habe sich zudem für den Standort Meisenheim bereits für die Auszeichnung der Landesregierung als „green hospital Rheinland-Pfalz“ angemeldet. Der Neubau sei seit 3. Januar 2015 in Betrieb. Die Konzeption und der Neubau des Gesundheitszentrums Glantal seien Ende des Jahres 2014 von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Ministerpräsidentin Malu Dreyer als Leuchtturmprojekt für den ländlichen Raum herausgestellt worden.

Das Landeskrankenhaus habe der Landesregierung einen Zwischenstand über die bisherigen Erfahrungswerte gegeben. Demnach hätten die Bevölkerung und die Patienten das neue Gebäude und das neue Versorgungskonzept sehr gut angenommen. Bei gleichgebliebenen stationären Kapazitäten sei die Inanspruchnahme durch die Patienten um 17 % gestiegen. Auch die Anziehungskraft für potenzielle neue Mitarbeiter habe sich erhöht. Zum verbesserten Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seien zahlreiche Maßnahmen wie Begrünung, Lichtkonzept,

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

verbesserte Essensqualität und verkürzte Wege ergriffen worden. Zudem habe sich das Behandlungsangebot qualitativ verbessert. Damit hätten auch komplexere Patientenbehandlungen durchgeführt werden können. Die Erlöse pro Belegungstag, die an den Schweregrad der Behandlung anknüpften, seien vom Jahr 2014 auf das Jahr 2016 um 28 % gestiegen.

Mit diesen, durch den Schweregrad gewachsenen Anforderungen an die Behandlung und Diagnostik sei selbstverständlich auch ein größerer Ressourcenaufwand erforderlich. Trotz dieser Ausgangslage seien die Verbrauchswerte nach Darlegung des Landeskrankenhauses pro Belegungstag vom Jahr 2014 auf das Jahr 2016 deutlich gesunken. Durch den Einsatz innovativer Technologien sei der Anteil an erneuerbaren Energien erhöht und gleichzeitig der Energiebedarf an nicht erneuerbaren Energien verringert worden. Bemessen am finanziellen Aufwand für Energie sei der Stromverbrauch um rund ein Drittel gesunken. Gleiches gelte für den Aufwand bei Brennstoffen. Lediglich beim Wasserverbrauch habe es eine leichte Erhöhung von 180 Liter pro Belegungstag im Jahr 2014 auf 195 Liter pro Belegungstag im Jahr 2016 gegeben. Dies führe das Landeskrankenhaus auf den gestiegenen Aufwand in Therapie und Diagnostik zurück.

Insgesamt sei der finanzielle Aufwand pro Belegungstag für Strom, Wasser und Brennstoffe von 10,53 Euro im Jahr 2014 auf 7,95 Euro im Jahr 2016 gesunken. Diese Reduktion sei vor dem Hintergrund des steigenden therapeutischen und diagnostischen Aufwands bemerkenswert.

**Herr Abg. Wäschenbach** bemerkt, alle vorgestellten Kriterien hinsichtlich der Handlungsfelder seien nachvollziehbar, aber daraus sei nicht zu ersehen, dass sich das medizinische Behandlungsangebot qualitativ verbessert hätte. Zu fragen sei, wie sich die Medizin nur aufgrund eines anderen Gebäudes verbessern könne.

Er bitte um Auskunft, wie die Landesregierung in der Fläche die Krankenhäuser unterstütze, diese grundsätzlich sehr erfreuliche Initiative anzunehmen, und wie hoch bei einer Beantragung der Zuschuss für ein Krankenhaus sei.

**Herr Abg. Dr. Gensch** ergänzt, bei den Handlungsfeldern interessierten ihn auch Punkt 5 „Qualität der Medizinischen Versorgung“ und Punkt 12 „Pharmazie“.

Es stelle sich die Frage, wie die Zertifizierung als green hospital in Zusammenhang damit stehe, dass sich die Qualität der Medizinischen Versorgung verbessere, ein direkter Einfluss auf pharmazeutische Aspekte bestehe, die Komplexpauschale vom Jahr 2014 auf das Jahr 2016 prozentual so deutlich gesteigert worden sei, dass auch medizinisch komplexere Fälle hätten behandelt werden können, und die Patientenzahlen in diesen Jahren um 17 % hätten gesteigert werden können.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** entgegnet, wie ein Gebäude und Räume gestaltet seien – etwa hinsichtlich Lichtdurchlässigkeit, Farbgebung und Begrünung – habe sehr wohl Einfluss auf den Genesungsprozess von Patientinnen und Patienten und gehöre deshalb unter Punkt 5 „Qualität der Medizinischen Versorgung“.

Beim Investitionsprogramm liege ein Schwerpunkt auf der Umgestaltung der Zimmer, weil ein Zweibettzimmer zur besseren Genesung beitrage, was bei einem green hospital mit einer schönen Atmosphäre gelinge.

Einen direkten Zusammenhang zwischen der Auszeichnung als green hospital und der Komplexpauschale sowie den Patientenzahlen herzustellen, ginge zu weit, aber die Auszeichnung steigere die Attraktivität des Standorts – auch durch ein Bekenntnis zu den Themen der Nachhaltigkeit und Energieeffizienz – und lasse eine höhere Nachfrage entstehen.

Zusätzliche Investitionsmittel würden nicht zur Verfügung gestellt, da diese in der Regel das Thema „Bauen“ betreffen, das nur bei einem Handlungsfeld eine Rolle spiele.

**Frau Abg. Dr. Groß** bittet um Auskunft, wie lange die Bewerbungsphase laufe, wie viele Bewerbungen für dieses Projekt bereits eingegangen seien und warum die Pharmazie ein Handlungsfeld darstelle.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

**Herr Abg. Dr. Gensch** stellt fest, zur Attraktivität eines Krankenhaus-Neubaus – im Gegensatz zu einem Krankenhausgebäude aus den 1950er- oder 1960er-Jahren – trage etwa bei, dass es keine Vierbett-, sondern Ein- oder Zweibettzimmer gebe.

Entscheidend für die Patientenzufriedenheit seien die Qualität der ärztlichen Versorgung sowie die Anzahl der Mediziner und Pfleger vor Ort. Dort gebe es Defizite bei den Investitionsfördermitteln des Landes, die den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt würden. Deswegen sei nicht alles auf die Zertifizierung als green hospital zurückzuführen.

Zu erklären sei, warum auch nach Abschluss eines erfolgreichen Zertifizierungsprozesses, der ungefähr 5.000 Euro koste, keine Fördermittel beantragt werden könnten, um energieeffizient besser zu wirtschaften, was aus betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit sowieso schon in einem erheblichen Maße getan werde.

Er bitte um eine Stellungnahme dazu, dass zwischen der green hospital-Initiative, der Patientenzufriedenheit und der Effizienzsteigerung eines Krankenhauses zumindest kein direkter kausaler Zusammenhang bestehe.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** widerspricht, da die Initiative nicht Krankenhaus-Investitionen betreffe, sondern beabsichtigt sei, eine entsprechende Einstellung und ein Umdenken zu fördern. Dies sei nicht mit einem Neu- oder Umbau, sondern einem ressourcenschonendem Einsatz zu erreichen, der auch das Handlungsfeld 12 „Pharmazie“ betreffe.

Das Gesundheitszentrum in Glantal sei ein Neubau, aber auch ein Leuchtturmprojekt. Die Initiative gelte genauso für bestehende Krankenhäuser, in denen nicht unbedingt ein Umbau oder eine Sanierung erforderlich sei, da damit ein Umdenken, das zum Teil aus betriebswirtschaftlicher Sicht bereits notwendig sei, noch verstärkt werden könne.

Die Kosten in Höhe von ungefähr 5.000 Euro seien abhängig von der Bettenanzahl eines Hauses. Interesse bestehe trotz der Kosten und ohne direkte Förderung vom Land, da die Zertifizierung ein Marketinginstrument darstelle. Es gebe eine Anmeldung für die Zertifizierung und vier Krankenhäuser, die bei der Prüfstelle Interesse gemeldet hätten und in Gesprächen seien. Das Angebot bestehe ohne Bewerbungsfrist, die Zertifizierung gelte für drei Jahre, und eine Verlängerung sei nach erneuter Prüfung möglich.

**Frau Abg. Dr. Groß** möchte wissen, ob die vier Interessenten unter den etwa 80 Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz die Mittel besäßen, um die Kosten für die Zertifizierung ohne finanzielle Anreize seitens des Landes zu tragen.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** hält die Diskussion über die Kosten für sehr verkürzt. Für das Pflegepersonal sei es etwa auch attraktiv, in einem solchen Krankenhaus zu arbeiten. Ein Interesse an der Zertifizierung sei bei ihrer Vorstellung auf der VKD-Frühjahrstagung am 4. Mai 2017 vorhanden gewesen, ohne dass Forderungen nach Geldern gestellt worden seien. Bei den Krankenhäusern gebe es ein Bewusstsein für die Bedeutung, einen solchen Weg einzuschlagen.

Das Projekt sei Anfang Januar 2017 gestartet, und das geweckte Interesse bei vier Krankenhäusern für ein seit fünf Monaten laufendes Angebot sei zufriedenstellend. Die Zertifizierung werde wahrscheinlich nicht von allen 80 Krankenhäusern durchgeführt, was jeweils von den Krankenhausträgern und der Führung vor Ort abhängig sei.

Der Antrag – Vorlage 17/1361 – hat seine Erledigung gefunden.



**Punkt 10** der Tagesordnung:

**Projekt zum Wiedereinstieg in den Arztberuf**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT

Fraktion der FDP

– Vorlage 17/1373 –

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** führt aus, in der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 25. Oktober 2016 bereits ausführlich über das neue Projekt eines Wiedereinstiegsurses für Ärztinnen und Ärzte berichtet zu haben. Da der Wiedereinstiegskurs in der Zeit vom 24. bis 28. April 2017 in Mainz durchgeführt worden sei, könne nun über den Fortgang des Projekts informiert werden.

In den nächsten Jahren schieden, wie allgemein bekannt, viele Ärztinnen und Ärzte altersbedingt aus der vertragsärztlichen Versorgung aus. Es gebe vor allem im hausärztlichen Bereich einen großen Wiederbesetzungsbedarf, der aus dem Kreis frisch approbierter Ärztinnen und Ärzte sowie Absolventinnen und Absolventen der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung allein nicht gedeckt werden könne.

Umso wichtiger sei es, aktuell nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte beim Wiedereinstieg in den Arztberuf zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund habe das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie die Initiative zur Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Arztberuf ergriffen und gemeinsam mit der Landesärztekammer vorangetrieben. Die Akademie für Ärztliche Fortbildung habe den Kurs konzipiert und in ihren Räumlichkeiten durchgeführt.

Erfreulich sei, dass 28 Ärztinnen und Ärzte das neue Angebot wahrgenommen und den neuen Wiedereinstiegskurs besucht hätten. Dies zeige, dass viele aktuell nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte gern wieder ärztlich tätig sein wollten. Andere wollten sich eventuell verändern und vielleicht den von der Landesärztekammer konzipierten und gut angenommenen Quereinstieg in die Allgemeinmedizin wahrnehmen.

In Gesprächen mit Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern bei der Eröffnung sei deutlich geworden, dass nicht zuletzt aufgrund der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens die Hürden für eine Rückkehr in eine kurative Versorgung häufig als hoch wahrgenommen würden. Eine im Deutschen Ärzteblatt im September 2015 veröffentlichte Evaluation von Wiedereinstiegskursen zeige, dass ein unterstützendes Kursangebot die Bereitschaft, wieder eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen, deutlich steigern könne.

Das Land fördere den Wiedereinstiegskurs, insbesondere die erstmalige Konzipierung, Organisation und Durchführung mit 30.000 Euro. Die Gesamtkosten beliefen sich auf 36.800 Euro.

Das Kursangebot sei primär auf den hausärztlichen Bereich ausgerichtet und das Programm umfangreich gewesen: Insgesamt 22 Referentinnen und Referenten hätten den Kursteilnehmern relevante Themen aus der täglichen ärztlichen Praxis, wie die Behandlung von dementen und geriatrischen Patientinnen und Patienten oder neue Erkenntnisse zu Diabetes und Adipositas, nähergebracht. Weitere Themen seien unter anderem die Schmerz- und Palliativmedizin, Schlaganfall, Depression, Antibiotika und die Gesprächsführung gewesen.

Ziel des Wiedereinstiegsurses sei es gewesen, die Kursteilnehmer mit dem aktuellen Stand der allgemeinmedizinischen Versorgung wieder vertraut zu machen; auch praktische Übungen seien in das Kursangebot eingebaut worden.

Am Wiedereinstiegskurs hätten 22 Ärztinnen und sechs Ärzte aus unterschiedlichen Fachbereichen teilgenommen. Fast alle Kursteilnehmer hätten angegeben, den Wiedereinstieg in die kurative Versorgung anzustreben. Nur vier Ärztinnen hätten bei ihrer Anmeldung mitgeteilt, dass sie aktuell allein ihre Kenntnisse auffrischen wollten. Die Wirkung des Wiedereinstiegsurses werde die Landesregierung im ersten Halbjahr 2018 zusammen mit der Landesärztekammer auswerten. Dabei sei vor allem von Interesse, in wie vielen Fällen der Wiedereinstiegskurs die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit erleichtert habe. Eine Unterrichtung der Mitglieder des Ausschusses über die Ergebnisse der Umfrage könne zu gegebener Zeit gern erfolgen.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

**Frau Abg. Anklam-Trapp** bedankt sich für den Bericht, betont die Wichtigkeit des gemeinsam mit der Landesärztekammer durchgeführten Projekts und zeigt sich erfreut über die hohe Teilnehmerzahl von 28 Ärztinnen und Ärzten, die die Hoffnungen auf ihre Rückgewinnung für den Beruf bestätige.

Nach Gesprächen infolge der Pressemitteilung mit einigen Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und anderen berufsständischen ärztlichen Kollegen begrüßten diese das Weiterbildungsprogramm sehr und zeigten großes Interesse, bei einem Ausbildungsmodul mitzuwirken. Ärztinnen und Ärzte überlegten sich demnach, zum Beispiel wieder in die hausärztliche Praxis mit kollegialer Beratung insbesondere im ländlichen Raum einzusteigen. Nachdem nun der erste Weiterbildungskurs stattgefunden habe, sei dazu eine Einschätzung zu erbitten.

**Herr Abg. Dr. Gensch** begrüßt ebenfalls das Projekt und bittet um Auskunft, wie viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fertige Fachärzte seien, aus welchen Fachbereichen sie kämen und wie viele sich noch in der Assistenzarztausbildung befänden.

Heutzutage sei es für die Niederlassung entscheidend, Facharzt zu sein, das heiße, nach dem sechsjährigen Studium müsse noch eine fünfjährige Weiterbildung absolviert werden. Es gebe nicht mehr wie früher die Möglichkeit, als praktischer Arzt direkt nach dem Studium mit einer „Basispraxis“ einzusteigen.

Nach seiner Erfahrung schließe eine große Anzahl an Ärztinnen und Ärzten, die im Moment nicht im Beruf tätig seien, nicht die Facharztausbildung ab, da zum Beispiel junge Frauen aufgrund von Schwangerschaft die klinische Facharztphase unterbrächen und für die Niederlassung, selbst nach einer Weiterbildung, nicht zur Verfügung stünden.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** fragt nach den Voraussetzungen, um an dem Kurs teilnehmen zu können. Es gebe verschiedene Möglichkeiten. Er sei beispielsweise seit 18 Jahren in Teilzeit ärztlich tätig und arbeite je nach Zeitbedarf acht bis zehn Stunden pro Woche.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erwidert, Voraussetzung für die Teilnahme an dem Kurs sei die Approbation, sodass beispielsweise eine Teilzeitbeschäftigung unerheblich sei.

Der Teilnehmerkreis sei nicht nur hinsichtlich der Geschlechteraufteilung, sondern auch des Alters sehr heterogen gewesen, da Geburtsjahrgänge von 1943 bis 1977 – mit einem Schwerpunkt auf den Jahrgängen von 1960 bis 1965 – vertreten gewesen seien.

Zehn der 28 Teilnehmer seien Fachärzte. Auffallend sei, dass vor allem Frauen keinen Facharzt besäßen. Für sie gebe es die Möglichkeit, sich in einer Praxis zunächst als Weiterbildungsassistentin anstellen zu lassen und die Ausbildung zum Facharzt modulhaft fortzusetzen.

Im Rahmen des Kurses habe eine referierende Ärztin aus Saulheim ihre Biographie geschildert, wonach sich an ihr Medizinstudium Schwangerschaften angeschlossen hätten und sie sehr lange für den Facharzt gebraucht habe. Die Teilnehmerinnen, die sich von dem Problem sehr angesprochen gefühlt hätten, habe sie zur Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit stark ermutigt.

Die Begegnung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit praktizierenden Ärzten, die teilweise aus ihrer eigenen Erfahrung erzählt hätten, habe eine Praxisnähe herstellen und ermutigen können. Der zweite Schritt, der als Anregung an die Akademie für Ärztliche Fortbildung und die Landesärztekammer weitergegeben werden könne, bestehe darin, dass interessierte Ärzte vor Ort solche Kollegen hospitieren ließen und kollegial berieten.

**Herr Abg. Dr. Gensch** hält es für einen erstrebenswerten Ansatz, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Kurses an Niederlassungen anzubinden, wenn die Voraussetzungen stimmten, da die Facharztausbildung für den Allgemeinmediziner aus drei Jahren klinischer Ausbildung im Krankenhaus und zwei anschließenden Praxisjahren bestehe.

Für Praxisinhaber gebe es nicht unerhebliche Fördermittel, um die Assistenzarztausbildung bei einer Person mit dreijähriger erfolgreicher Ausbildung im klinischen Bereich, die noch die zweijährige Ausbildung im ambulanten Bereich absolvieren müsse, durchzuführen. Eine solche aktive Begleitung könne

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

trotz aller Einschränkungen dazu führen, Teilnehmerinnen und Teilnehmern den Arbeitsmarkt in Form einer eigenen Praxis auf dem Land direkt zugänglich zu machen, um sie nicht zu verlieren.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** hält den Kurs für eine Orientierungsmöglichkeit, bei der weniger die Facharztausbildung, sondern die aktuellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit im Vordergrund stünden.

Der Antrag – Vorlage 17/1373 – hat seine Erledigung gefunden.

**Punkt 11** der Tagesordnung:

**Sektorenprüfung des Landesprüfdienstes beim MDK Rheinland-Pfalz**

Antrag nach § 76 Abs. 4 Vorl. GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

– Vorlage 17/1390 –

**Herr Abg. Wäschenbach** bittet um ein Wortprotokoll.

Der Ausschuss kommt überein, dass der Tagesordnungspunkt abweichend von § 82 Abs. 1 Satz 2 Vorl. GOLT wörtlich protokolliert wird.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender Dr. Enders, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! In der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 17. Januar 2017 hatte ich über die bevorstehende „Sektorenprüfung Personal“ des Landesprüfdienstes beim MDK Rheinland-Pfalz berichtet und Ihnen zugesagt, Sie über die Ergebnisse der Prüfung zu informieren. Der Bericht über die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung nach § 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch des MDK im sogenannten Kapitel 3 Personal liegt der Landesregierung nunmehr seit wenigen Tagen vor.

Wie schon in der erwähnten Ausschusssitzung im Januar in Aussicht gestellt, ist die Landesregierung zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und aus Datenschutzgründen daran gehindert, Details aus dem Bericht in öffentlicher Sitzung vorzustellen. Aus diesem Grund habe ich angeregt, Ihnen im öffentlichen Sitzungsteil eine anonymisierte Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse vorzutragen und anschließend in nicht öffentlicher Sitzung weiter zu berichten.

Schwerpunkte der durch den Landesprüfdienst durchgeführten Prüfung des Sachgebiets Personal waren unter anderem die Entwicklung des Stellenplans des MDK Rheinland-Pfalz sowie Abweichungen zwischen Stellen-Soll und Stellen-Ist, die Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen, Unregelmäßigkeiten von Mitarbeitern und die Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte der Personalvertretung.

Die Prüfung deckte dabei den Zeitraum von 2012 bis 2016 ab und erfasste damit Vorgänge, die in die Zeiträume sowohl vor als auch nach der fristlosen Kündigung des damaligen Geschäftsführers des MDK im Oktober 2013 fielen bzw. fielen.

Nicht Gegenstand der Prüfung waren Fragen der Bestellung und der Aufgabenwahrnehmung durch die Geschäftsführung oder den Verwaltungsrat des MDK.

Die Prüfung durch den Landesprüfdienst in den Sachgebieten Personalwirtschaft, Personalverwaltung und Dienst- und Tarifrecht sowie Arbeitsrecht hat ergeben, dass die einschlägigen Gesetze und die sonstigen in diesen Bereichen für öffentlich-rechtliche Arbeitgeber geltenden Vorschriften im Berichtszeitraum im Wesentlichen beachtet wurden. Eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche Aufgabenwahrnehmung war weitgehend gewährleistet. Die Stellenpläne entsprachen im Wesentlichen den gesetzlichen Anforderungen. Ansatzpunkte für unbegründete Stellenschaffungen konnten keine festgestellt werden, und der weit überwiegende Teil der Beschäftigten des MDK Rheinland-Pfalz ist zutreffend eingruppiert, wobei es keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Beschäftigten anderer Medizinischer Dienste der Krankenversicherung gibt.

Im Vergleich mit diesen übrigen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung war bzw. ist die Personalausstattung des MDK Rheinland-Pfalz zwar überdurchschnittlich, aber der MDK Rheinland-Pfalz weist nach den Erkenntnissen des Landesprüfdienstes eine überdurchschnittliche Auftragsquote bei einer vergleichsweise restriktiven Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter aus, sodass es laut Landesprüfdienst keine Hinweise auf eine unwirtschaftliche oder ineffiziente Arbeitsweise des MDK Rheinland-Pfalz gibt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden nach den Erkenntnissen des Landesprüfdienstes auf ihren Arbeitsplätzen unter Berücksichtigung der quantitativen, zeitlichen und örtlichen Erfordernisse des Dienstbetriebes und der Interessen der Beschäftigten eingesetzt.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

Im Prüfungszeitraum sind beim MDK Rheinland-Pfalz vereinzelt Fälle arbeitsvertraglichen Fehlverhaltens von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auffällig geworden, die Ermahnungen, Abmahnungen oder außerordentliche Kündigungen nach sich zogen. Die hierzu vom Landesprüfdienst gesichteten Fallakten haben ergeben, dass Ermahnungen und Abmahnungen nachvollziehbar begründet waren. Leitende Positionen waren zeitweise infolge schwebender Kündigungsverfahren unbesetzt oder nur kommissarisch besetzt. Die überwiegende Anzahl der im Berichtszeitraum anhängigen Verfahren gründete allerdings in der Amtszeit des früheren Geschäftsführers. Willkürliche Kündigungen waren nicht festzustellen.

Zwischen den Jahren 2012 und 2016 endeten beim MDK Rheinland-Pfalz die Beschäftigungsverhältnisse von 139 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wegen Eintritt in den Ruhestand bzw. Vorruhestand (39 Beschäftigte), Bezug einer Erwerbsminderungsrente (vier Beschäftigte), Auslaufen von Zeitverträgen (elf Beschäftigte), einvernehmliches Ausscheiden (vier Beschäftigte) oder durch Tod (drei Beschäftigte). 61 Beschäftigungsverhältnisse endeten durch Eigenkündigung, davon acht in der Probezeit, während 13 durch den Arbeitgeber noch in der Probezeit fristgerecht beendet wurden.

Lediglich vier der 139 Beschäftigten wurden fristlos vom MDK gekündigt, woraufhin zwei der fristlos gekündigten Beschäftigten Kündigungsschutzklagen einreichten, über die die Gerichte noch nicht abschließend entschieden haben. Der Landesprüfdienst stellt an dieser Stelle fest, dass der öffentlich erhobene Vorwurf einer Kündigungswelle durch die stellvertretende Geschäftsführerin des MDK Rheinland-Pfalz nicht gestützt werde.

Er hat darüber hinaus festgestellt, dass die aufgelisteten Kündigungen überwiegend in die Amtszeit des fristlos entlassenen ehemaligen Geschäftsführers fallen, so sieben der 13 Kündigungen in der Probezeit. Drei der vier fristlosen Kündigungen hatten ihren Ausgangspunkt ebenfalls noch in der Amtszeit des ehemaligen Geschäftsführers.

Eine Gleichstellungsbeauftragte, eine Vertrauensperson für Schwerbehinderte und deren Stellvertreter sind beim MDK Rheinland-Pfalz bestellt, und ihre Beteiligungsrechte werden gewahrt. Gleiches gilt nach den Erkenntnissen des Landesprüfdienstes auch für die Beteiligungsrechte des Personalrats. Allerdings bestand zwischen Personalrat und Dienststellenleitung des MDK nicht nur in Einzelfällen eine erhebliche Uneinigkeit über die Beteiligungsrechte des Personalrats, die Grenzen der Mitbestimmung und den Umfang der Informationsrechte des Personalrats gegenüber der Geschäftsführung. Das Verhältnis zwischen Personalrat und Dienststellenleitung war nach den Feststellungen des Landesprüfdienstes oft nicht von einer vertrauensvollen Zusammenarbeit geprägt. Zwischen Dienststellenleitung und Personalrat kam es wiederholt zu erheblichen Einschätzungsunterschieden. In zahlreichen Fällen wurden zur Konfliktlösung die Einigungsstelle angerufen oder Verwaltungsgerichtsentscheidungen herbeigeführt.

So weit meine Ausführungen im öffentlichen Sitzungsteil, die ich nicht abschließen möchte, ohne dem Landesprüfdienst für seine sachkundige, zügige und gründliche Prüfung zu danken.

Der Ausschuss beschließt in **nicht öffentlicher Sitzung**, die Beratung des Tagesordnungspunktes in **nicht öffentlicher Sitzung** fortzusetzen.

Die Sitzung wird **nicht öffentlich** fortgesetzt.

Der Antrag – Vorlage 17/1390 – hat in nicht öffentlicher Sitzung seine Erledigung gefunden.

**11. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 11.05.2017**  
**– Öffentliche Sitzung –**  
**– Teil 1 –**

**Punkt 12** der Tagesordnung:

**Verschiedenes**

Herr Vors. Abg. Dr. Enders informiert über den Besuch einer Delegation aus Oppeln – Mitglieder des Gesundheitsausschusses – vom 21. bis 24. Mai 2017, mit der ein Gespräch für den 22. Mai 2017 von 9:30 Uhr bis 12:00 Uhr terminiert sei.

Der Ausschuss kommt überein, die jeweils um 14:00 Uhr im Terminplan vorgesehenen Ausschusssitzungen am

- 8. Juni 2017
- 31. August 2017
- 30. November 2017

auf **jeweils 10:00 Uhr** zur Vermeidung der Kollision mit dem Bildungsausschuss umzulegen.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** nennt als Grund für die Umlegung der Ausschusstermine eine Bitte von Herrn Abg. Köbler und weist außerdem auf die zeitliche Nähe der Ausschusstermine am 8. und 20. Juni 2017 hin. Er werde darauf am 8. Juni zurückkommen, um gegebenenfalls den folgenden Termin ausfallen zu lassen.

Mit einem Dank für die Mitarbeit schließt er die Sitzung.

**gez. Dr. Rack**  
**Protokollführerin**

**Anlage**

## In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Anklam-Trapp, Kathrin | SPD                   |
| Denninghoff, Jörg     | SPD                   |
| Machalet, Dr. Tanja   | SPD                   |
| Rahm, Andreas         | SPD                   |
| Rommelfanger, Lothar  | SPD                   |
| Enders, Dr. Peter     | CDU                   |
| Gensch, Dr. Christoph | CDU                   |
| Thelen, Hedi          | CDU                   |
| Wäschenbach, Michael  | CDU                   |
| Groß, Dr. Sylvia      | AfD                   |
| Wink, Steven          | FDP                   |
| Binz, Katharina       | BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN |

## Für die Landesregierung:

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Bätzing-Lichtenthäler, Sabine | Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie                 |
| Weber, Dr. Achim              | Abteilungsleiter im Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur |

## Landtagsverwaltung:

|                        |  |
|------------------------|--|
| Himmelreich, Gabrielle | Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung                     |
| Britzke, Brigitte      | Ministerialrätin (Protokollführerin)                     |
| Rack, Dr. Katrin       | Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin) |