

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

25. Sitzung am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 14:03 Uhr
Ende der Sitzung: 17:05 Uhr

Tagesordnung:

1. Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG)
Gesetzentwurf
Landesregierung
[– Drucksache 17/5925 –](#)
2. Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten
Antrag
Fraktion der CDU
[– Drucksache 17/5711 –](#)
3. Budgetbericht der Landesregierung zum 30. Juni 2018
Bericht (Unterrichtung)
Landesregierung
[– Drucksache 17/7589 –](#)

Ergebnis:

Annahme empfohlen
(S. 16 – 23)

Zurückgenommen
(S. 16 – 23)

Kenntnisnahme
(S. 24)

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | |
|--|--|
| 4. Gemeindenotfallsanitäter/in
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3713 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung
(S. 3) |
| 5. Entwicklung der Schlaganfallversorgung vor dem Hintergrund
eines Urteils des Bundessozialgerichts
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3714 – | Erledigt
(S. 25 – 28) |
| 6. Digitale Sucht bei Kindern und Jugendlichen
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3777 – | Erledigt
(S. 29 – 31) |
| 7. Fernbehandlung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3821 – | Erledigt
(S. 32 – 33) |
| 8. Kurzfristige Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für Psy-
chotherapeuten
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3912 – | Erledigt
(S. 34 – 35) |
| 9. Landeskrankenhausplan
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3943 – | Erledigt
(S. 36) |
| 10. Pflegepersonalstärkungsgesetz des Bundes – Auswirkungen
auf die psychotherapeutische Versorgung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3949 – | Erledigt
(S. 37 – 38) |
| 11. Neue Entwicklungen beim MDK Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3954 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung
(S. 3) |
| 12. Drogen- und Suchtbericht 2018
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/3961 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung
(S. 3) |
| 13. Verschiedenes | (S. 4 – 15) |

Vors. Abg. Dr. Peter Enders eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler.

Er weist darauf hin, die SPD-Fraktion habe mit Schreiben vom 18. Oktober 2018 mitgeteilt, Abgeordneten Sven Teuber als offizielles Mitglied des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie benannt zu haben. Er trete an die Stelle der Abgeordneten Dr. Katrin Rehak-Nitsche.

Vor Eintritt in die Tagesordnung:

Die Tagesordnung wird wie folgt ergänzt:

Punkt 13

Verschiedenes

Vors. Abg. Dr. Peter Enders erläutert, die Landesregierung habe darum gebeten, Punkt 13 aufzunehmen, um über den aktuellen Sachstand zur Geburtshilfe Daun, Geburtshilfe Germersheim sowie Kinderonkologie Trier zu berichten. Er schlägt vor, den Tagesordnungspunkt als erstes zu behandeln, um das Thema nicht unter Zeitdruck diskutieren zu müssen.

Punkte 4, 11 und 12 der Tagesordnung:

4. Gemeindenotfallsanitäter/in

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

[– Vorlage 17/3713 –](#)

11. Neue Entwicklungen beim MDK Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

[– Vorlage 17/3954 –](#)

12. Drogen- und Suchtbericht 2018

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

[– Vorlage 17/3961 –](#)

Die Anträge sind erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 GOLT.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders bittet die Landesregierung darum, die schriftliche Antwort zu Tagesordnungspunkt 4 möglichst zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Punkt 13 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, am Standort Germersheim sowie am Krankenhaus Maria Hilf Daun würden die geburtshilflichen Abteilungen nach Auskunft der jeweiligen Geschäftsführungen zum 31. Dezember 2018 geschlossen.

Trotz der weiteren Konzentration der Geburtshilfen in Rheinland-Pfalz auf zukünftig dann noch 30 Standorte sei weiterhin eine flächendeckende und hochwertige geburtshilfliche Versorgung durch die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser gewährleistet. Für die jährlich ca. 400 bis 450 in Daun erwarteten Geburten zeigten sich die umliegenden Krankenhäuser in Wittlich, Bitburg, Trier und Mayen aufnahmebereit. Für die bislang ca. 750 Entbindungen in Germersheim stünden wohnortnahe Alternativen, insbesondere in Speyer, Landau und Neustadt, zur Verfügung. An der belgischen Grenze seien im Einzelnen etwas längere Fahrzeiten möglich.

In Germersheim sei die Entscheidung kurzfristig und überraschend gefallen. In Daun hingegen sei aufgrund des Alters der Belegärzte in der Geburtshilfe bereits eine Reihe von Gesprächen geführt worden, bei denen das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie den Erhalt der Geburtshilfe unterstützt habe. Es sei geprüft worden, die Belegabteilung in eine Hauptfachabteilung umzuwandeln, allerdings sei dazu das nichtgeburtshilfliche Angebot nach Auskunft des Trägers zu klein.

Auf die Moderation des Gesundheitsministeriums hin hätten die Krankenkassen einen Strukturzuschlag für die Geburtshilfe gewährt. Am Runden Tisch „Geburtshilfe“ sei mit den Beteiligten nach Lösungen gesucht worden. Es habe die Bereitschaft gegeben, vor Ort in Gesprächen nach weiterer Unterstützung für die Geburtshilfe zu suchen. Das habe der Träger nicht umsetzen wollen.

Zusammenfassend sei festzustellen, dass es den Trägern an beiden Standorten nicht gelungen sei, die erforderlichen Fachkräfte am Arbeitsmarkt zu gewinnen, bzw. zu halten. Das System der kleinen Beleggeburtshilfen habe nicht in die Zukunft geführt werden können.

In Germersheim seien die Hebammen in das benachbarte Speyer gewechselt. Nach Angaben des Trägers sei dies plötzlich und unerwartet, ohne vorherige Hinweise oder Unstimmigkeiten im geburtshilflichen Team geschehen.

In der vorherigen Woche sei zudem landesweit bekannt geworden – das Gesundheitsministerium habe ebenfalls erst durch den Elternverein davon erfahren –, dass das Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier seit Anfang des Jahres keine stationäre onkologische kindermedizinische Versorgung mehr durchführe. Als Gründe seien personelle Engpässe im pflegerischen und ärztlichen Bereich für diese sehr spezielle und anspruchsvolle Versorgung angeführt worden. Die Kinder würden derzeit stationär am Uniklinikum Homburg/Saar betreut.

Sie habe gegenüber dem Träger umgehend die Erwartung geäußert, dass die Situation in Trier behoben werden müsse, damit die Kinder in Zukunft wieder in Trier versorgt werden könnten. Unabhängig davon bestehe in Rheinland-Pfalz eine stabile kindermedizinische Versorgung in den Krankenhäusern. Die Kinderonkologie werde in der Universitätsmedizin Mainz und in Koblenz angeboten.

Rechtlich gesehen seien Krankenhäuser wirtschaftlich selbstständig arbeitende Organisationen, die eigenverantwortlich Personalmanagement betrieben. Die Rahmenbedingungen für den Krankenhausbereich seien schon immer dem gesellschaftlichen Wandel unterworfen gewesen. Es gelte, sowohl Wirtschaftlichkeit und Qualität – speziell den wachsenden Qualitätsansprüchen der Versicherten – als auch den demografischen Herausforderungen gerecht zu werden.

In Trier seien sofort nach Kenntnis der Situation Gespräche mit dem Krankenhaus und dem Förderverein geführt worden. In diesen Gesprächen sei deutlich gemacht worden, dass die Betreuung krebskranker Kinder und Jugendlicher der Region Trier weiter stationär und ambulant sichergestellt sein müsse.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Vom Träger des Mutterhauses werde die intensive Suche nach einer Lösung erwartet, die in Zukunft wieder eine stationäre Betreuung der jungen Patientinnen und Patienten im Klinikum Mutterhaus ermögliche. Der Geschäftsführer des Krankenhauses habe dies zugesagt und versichert, die Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher sei sichergestellt.

Das Gesundheitsministerium werde die Krankenhäuser bei der Bewältigung dieser Aufgaben nicht allein lassen, erwarte aber verantwortungsbewusstes Handeln der Geschäftsführungen und eine nachhaltige Personalpolitik in den Kliniken.

Abg. Hedi Thelen betont, es sei wichtig, die Sachlage noch einmal direkt von der Landesregierung und nicht nur über die Medien zu erfahren. Gleichmaßen richtig sei es, nicht noch bis zur nächsten Sitzung zu warten. Dafür sei die Situation für die betroffenen Regionen zu schwierig. Das gelte ebenso für die Menschen, die nun erfahren müssten, wie Versorgungsstrukturen ein Stück weit wegbrächen.

Sie wolle an die Aussage der Ministerin anknüpfen, wonach es gelte, dem demographischen Wandel gerecht zu werden. Sie sei sich sicher, dass diese Situation hätte vermieden werden können, wäre bereits vor Jahren – wie von der CDU-Fraktion gewünscht – eine Demografiestrategie mit klaren Maßnahmen und Zielen entwickelt worden. Früheren Regierungen sei vorzuwerfen, das Thema auf die lange Bank geschoben oder sogar abgestritten zu haben. Eine klare Strategie, die analysiere, wo der demografische Wandel besonders gravierende Auswirkungen habe, sei notwendig, um kontrollierend und steuernd eingreifen zu können. Diesen Vorwurf könne sie niemandem ersparen.

Selbst die Kassenärztliche Vereinigung seien damals von überversorgten Gebieten ausgegangen, ohne das Alter niedergelassener Ärzte zu berücksichtigen. Heute herrsche ein anderer Erkenntnisstand. Seit Jahren sei bekannt, wie lange die Nachbesetzung selbst von Oberarztstellen dauere und dass Fachkräfte fast schon mit Headhuntern gesucht werden müssten. Es sei abzusehen gewesen, dass es erste Abteilungen in den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern treffen werde.

Sie befürchte, dies sei erst der Anfang einer Entwicklung infolge derer weitere Abteilungen und Stationen wegen Fachkräftemangels geschlossen werden müssten. Patienten könnten nur aufgenommen werden, wenn im Krankenhaus genügend Fachärzte und Pflegekräfte vorhanden seien, um sie adäquat zu versorgen.

Anzuschließen sei die Bitte, mit mehr Kraft und Nachdruck das Schlimmste für Rheinland-Pfalz zu verhindern. Aus der Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger des Landes heraus sei eine stärkere als die bisherige Reaktion notwendig.

Abg. Sven Teuber dankt Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler für deren schnelle Reaktion auf die für alle Beteiligten unbekannt entwickelte Entwicklung. Dies äußere er auch im Namen des Fördervereins Krebskranker Kinder Trier e. V. Als lokaler Abgeordneter wisse er, dass schnelle Reaktionen nötig seien, gerade wenn es um Kinder gehe.

Oft stünden persönliche Entwicklungen hinter den Entscheidungen, weniger Altersfaktoren. Im von Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler genannten Fall seien zwei Ärzte gegangen, die mitten im Leben stünden. Deren persönliche, berufliche und private Veränderungen hätten für die geschilderte Situation gesorgt.

Es sei normal, dass in der Übergangssituation erst Nachfolger gefunden werden müssten. Dafür sei Trier allerdings nicht unbedingt bestens angebunden, auch wenn die Stadt im Herzen Europas liege. Der Träger sei in dieser Hinsicht aktiv, er selbst danke dem Ministerium für die Unterstützung.

Zuzustimmen sei der Abgeordneten Thelen hinsichtlich der Notwendigkeit, das Thema Pflege und die Frage der Pflegekräfte anzusprechen. Es stünden noch immer die 10.000 bis 15.000 Pflegekräfte aus, die von der Bundeskoalition und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn versprochen worden seien.

Diese Themen spielten bei solch existenziellen Fragen eine Rolle. Wenn der CDU-Vorsitz geregelt sei, könne hoffentlich wieder eine Arbeitsfähigkeit hergestellt werden. Das Bundesgesundheitsministerium müsse seinen hehren Worten Taten folgen lassen. Den Pflegekräften stehe für deren hervorragende Arbeit die Unterstützung und Anerkennung zu, die ihnen lange versprochen worden sei.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Gleichzeitig sei zu betonen, dass es um die stationäre Versorgung der Kinderonkologie gehe. Dank des hervorragenden Engagements von Dr. Christoph Block und vielen anderen im Nachsorgezentrum Villa Kunterbunt e. V. sei die ambulante Versorgung von Kindern in Trier überhaupt kein Problem. Die betroffenen Kinder – im Jahr 2018 seien zwölf, insgesamt zwischen 20 und 22 Kinder betroffen – würden aktuell stationär im Homburg versorgt und könnten zur ambulanten Nachsorge in Trier bleiben.

Zudem stammten die Kinder nicht nur aus Trier, sondern beispielsweise aus Saarburg, von wo es nach Homburg nicht mehr so weit sei, oder aus Bitburg, von wo der Weg ohnehin etwas länger sei. Entscheidend sei, dass die Kommune alles unternehme, um den Träger weiter zu unterstützen. Dieser sei bereit, sich der Sache anzunehmen. Die Verantwortung liege aber klar beim Träger.

Es müsse deutlich gemacht werden, dass keine Versorgungslücke bestehe, weil eine hochqualitative Versorgung in Homburg gewährleistet sei. Dort würden die Kinder bestmöglich versorgt.

Dem Förderverein sei dafür zu danken, die miserable Kommunikation des Trägers sowohl gegenüber dem Land als auch gegenüber den Beteiligten der Zivilgesellschaft ausgeglichen zu haben, obwohl das nicht dessen Aufgabe sei. Gemeinsam müsse über die Parteigrenzen hinweg und in allen Bereichen darauf hingearbeitet werden, den qualitativ hochwertigen Versorgungsstandard zu erhalten. Eine hochqualifizierte Versorgung sei sichergestellt, nun gelte es zu prüfen, wie diese lokal abgesichert werden könne.

Abg. Astrid Schmitt dankt für die Aufnahme des Tagesordnungspunkts. Sie sei bei der Demonstration am Vortag anlässlich der Schließung der Geburtshilfe in Daun gewesen. In Daun werde selten demonstriert. Dennoch seien am Vortag rund 1.500, zum Teil sehr aufgebrachte Menschen zusammengekommen. Gegenüber dem Träger herrsche eine schwierige Stimmung und wegen der kurzen verbleibenden Zeitspanne – gekündigt worden sei zum Jahresende – völliges Unverständnis.

Sie sei dem Ministerium sehr dankbar dafür, dass Staatssekretär Dr. Wilhelm direkt vor Ort gewesen sei und schon länger Gespräche geführt worden seien. Nun sei eine Steuerungsgruppe unter Koordination des Landrats gebildet worden. Es sei zu hoffen, dass nun, möglicherweise mit Unterstützung des Ministeriums, andere Lösungen gefunden würden. Darauf hofften auch die Menschen vor Ort.

Zu bedauern sei, dass der Träger eine weitere Trägerschaft definitiv ausgeschlossen habe. Es blieben daher nicht viele Varianten. Es bestehe aber ein Entfernungsproblem, das sie umtreibe. Auf der Landkarte seien die Entfernungen oft nur 50 Kilometer. Im ländlichen Raum in der Eifel bedeute das aber viele Kurven, Glätte im Winter und eine schwierige Situation.

Unabhängig von weiteren Lösungen müssten andere Fragen geklärt werden. Zum Beispiel müssten die Voraussetzungen geprüft werden, unter denen Frauen zur Not mit dem Krankenwagen ins nächste Krankenhaus gebracht werden könnten.

Es sei schwierig zu vermitteln, dass natürlich auch auf Geburtshilfestationen Qualität und Sicherheit gegeben sein müssten. Es gebe kaum Verständnis dafür, warum nicht einfach mit zwei Ärzten weitergemacht werde. Grundsätzlich problematisch für den ländlichen Raum sei die Entwicklung, wenn vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung ausgesprochen werde, dass sich eine Geburtshilfe unter 1.000 Geburten finanziell ohnehin nicht mehr lohne, wie das bei dem Termin mit dem Landrat vor wenigen Wochen geschehen sei. Das müsse offen angesprochen werden.

Es bleibe zu hoffen, dass in der Steuerungsgruppe vielleicht doch ein Lösungsansatz gefunden werde. Ansonsten müsse die Situation den Menschen mit einer guten Informationspolitik erklärt werden. Dafür seien auch Träger und Landkreis gefragt. Eine Hotline sei bereits geschaltet. Den Frauen müsse kommuniziert werden, in welchem Krankenhaus sie ihre Kinder unter guten Bedingungen auf die Welt bringen könnten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler weist darauf hin, dass es in Rheinland-Pfalz 30 Standorte der Geburtshilfe und neun Perinatalzentren gebe. Niemand müsse sich in Rheinland-Pfalz Sorgen um die Geburtshilfe machen. Angesichts der sehr emotionalen Debatte, in der leicht Ängste entstünden und zum Teil auch geschürt würden, sei es ihr wichtig, das noch einmal zu betonen.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Zu widersprechen sei der Darstellung der Abgeordneten Thelen, wonach die Schließungen in Daun und Germersheim sowie die Situation in Trier, wo die Kinder derzeit nicht versorgt werden könnten, ausschließlich an fehlenden Fachkräften lägen. Das sei nicht der Fall. Damit solle nicht das Fachkräftethema kleingeredet werden. Dennoch müsse bei den drei Fällen differenziert werden.

In Daun habe es weniger Geburten gegeben. Zudem sei die angebotene Umwandlung der Beleg- in eine Hauptfachabteilung nicht machbar gewesen. Zudem habe die von Bundesseite gegebene und immer weiter gestiegene Qualitätserwartung vor Ort nicht mehr erfüllt werden können. In Daun fehlten jedoch keine Pflegefachkräfte.

Die Schwierigkeit habe sich aus der Belegabteilung ergeben. Letztendlich sei es Entscheidung des Trägers gewesen, diese aus wirtschaftlichen Gründen nicht weiterzuführen. Dies sei noch einmal zu erwähnen, da vonseiten des Ministeriums sehr lange und sehr intensive Gespräche mit dem Träger geführt und immer wieder verschiedenen Angebote gemacht worden seien, um die Geburtshilfe in Daun zu sichern. Darunter fielen die von den Krankenkassen gewährten strukturunterstützenden Maßnahmen oder der Runde Tisch „Geburtshilfe“, den das Ministerium durchgeführt habe und an dem die Vertreter aus Daun teilgenommen hätten.

Es sei angeboten worden, vor Ort in der Region Lösungen zu besprechen. Das sei vonseiten des Trägers nicht angenommen worden. Nun gebe es eine Steuerungsgruppe, nun werde die Not gesehen. Das Ministerium sei weiter bereit, dort einzutreten. Die Historie müsse aber korrekt benannt werden: Im August 2018 sei das Krankenhaus besucht und Unterstützung zur Erhaltung der Geburtshilfe zugesagt worden. Damals sei vom Landrat vor Ort angekündigt worden, einen runden Tisch einzurichten. Das sei bis dato nicht geschehen.

Im Landeskrankenhausplan sei vorgesehen, die Geburtshilfe aufrechtzuerhalten. Das sei vom Träger nicht angenommen worden. Es sei daher nicht richtig, nun die Verbindung herzuleiten, das Problem liege an mangelnder Initiative der Landesregierung für genügend Fachkräfte. Das Problem sei in der Tat eine Entscheidung des Trägers vor Ort.

Mit der regionalen Steuerungsgruppe werde nun vor Ort gezielt nach anderen Möglichkeiten gesucht. Es werde aber keine Geburtshilfe mehr geben; das habe der Träger ganz klar abgelehnt. Um andere Möglichkeiten zu eruieren, wolle das Ministerium unter anderem mit den Kollegen in Belgien über grenzüberschreitende Angebote sprechen. Es werde vor Ort intensiv nach Lösungen gesucht.

In Germersheim habe ebenfalls kein Mangel an Pflegekräften bestanden. Vielmehr hätten 19 Hebammen auf den Schlag gekündigt. Dahinter sei eher ein menschliches Problem im Haus als ein Fachkräfteproblem zu vermuten.

Die Vorgänge seien dennoch besorgniserregend. Das Ministerium erkenne seine Verantwortung, die Versorgung zu gewährleisten. Es sei bereits dargestellt worden, dass verschiedene Geburtshilfen in der Region den Wegfall von Germersheim auffangen könnten. Im Unterschied zu Daun sei das Netz von Alternativen der Geburtshilfe wesentlich enger.

19 Hebammenstellen neu zu besetzen sei in der Tat für ein Krankenhaus ein Problem. Das sei aber ebenfalls kein originäres Problem des Fachkräftemangels.

In Trier hingegen sei die Station zur intensiven stationären Versorgung krebskranker Kinder wegen eines Mangels an Fachkräften geschlossen worden. Die Situation in Trier sei aber wegen der besonderen Konkurrenzsituation aufgrund der Nähe zu Luxemburg anders zu bewerten. Damit solle nicht das Problem kleingeredet werden, dennoch müsse die Besonderheit der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

Das Beispiel Trier zeige, wie wichtig es sei, die Bemühungen im Bereich der Fachkräftesicherung fortzusetzen. Zwar sei es in der Tat zu einer temporären Schließung gekommen, dem Vorwurf der Abgeordneten Thelen, die Landesregierung habe das nicht erkannt oder geschlafen, sei aber zu widersprechen.

Es sei in aller Deutlichkeit zu betonen, dass sich Rheinland-Pfalz als erstes Bundesland überhaupt dem Thema „Fachkräftesicherung“ im Rahmen eines Branchenmonitorings angenommen habe. Die Situa-

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

tion der Pflegekräfte in den unterschiedlichen Pflegeberufen sei erhoben und daraufhin eine erste Fachkraftinitiative auf den Weg gebracht worden. Mit dieser habe die Fachkräftelücke um 65 % reduziert werden können.

Ohne diese Bemühungen wären Situationen wie in Trier vermutlich bereits früher eingetreten. In anderen Ländern sei es bereits dazu gekommen. Andere Länder hätten sich die rheinland-pfälzische Fachkraftinitiative als Beispiel genommen, um Ähnliches auf den Weg zu bringen. Rheinland-Pfalz habe das Thema früh erkannt. Das sei wichtig, da das Problem sonst noch früher und vielleicht noch stärker an den Tag getreten wäre.

Daran werde sehr intensiv weitergearbeitet. Am 26. November werde das Ministerium die „Fachkraft- und Qualifizierungsinitiative 2.0“ unterschreiben, die unter anderem einen Schwerpunkt auf die Erhöhung der Ausbildungszahlen setzen werde. Der damit einhergehende Ausbildungsstättenplan sehe die Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor. Hinzu kämen Bundesmaßnahmen wie die jüngst beschlossenen Personaluntergrenzen.

Auf der Arbeits- und Sozialministerkonferenz wolle sich das Ministerium noch einmal mit deutlichem Nachdruck für eine bessere Vergütung einsetzen. Im Pflegebereich werde die von Bundesgesundheitsminister Spahn und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil zugesagte Allgemeinverbindlicherklärung benötigt. Das müsse für die benötigten besseren Bedingungen umgesetzt werden.

Der dritte Punkt in der Fachkraftinitiative sei die Zuwanderung, auf die das Ministerium ebenfalls setze. Zu erhoffen sei, dass der Bund mit einem Einwanderungsgesetz Nägel mit Köpfen mache. Bis dahin werde Rheinland-Pfalz den eigenen Weg weitergehen. Das Land beteilige sich sehr erfolgreich an Projekten des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Außerdem sei das Berufsanerkennungsverfahren für die schnellere Akquise ausländischer Fachkräfte verbessert worden.

Bringe der Bund ein Einwanderungsgesetz auf den Weg, schaffe dies sicherlich Potenzial. Die Fachkraftinitiative beinhalte weitere Handlungsfelder, auf die sie jetzt nicht intensiver eingehen wolle. Nach Beschluss der Fachkraftinitiative bestehe Gelegenheit, sie im Ausschuss noch einmal intensiv zu diskutieren.

Ihres Erachtens sei deutlich geworden, dass die Landesregierung keineswegs irgendetwas verschlafen, sondern vielmehr früh damit begonnen habe, die Situation zu erfassen und gegenzusteuern. Das werde weitergeführt. Standorte mit Unterstützungsbedarf würden sehr engmaschig begleitet.

Abg. Dr. Sylvia Groß stellt fest, der Aufnahmestopp des Mutterhauses der Borromäerinnen für onkologisch erkrankte Kinder sei tragisch. Es spiele keine Rolle, ob es nur 12 oder 15 Kinder seien. Der Aufnahmestopp bestehe und sei ein ungutes Zeichen.

Die Situation sei sicher multifaktoriell bedingt. Dennoch sei darauf hinzuweisen, dass die Situation der Ärzte seit 10 bis 15 Jahren bekannt sei. Selbst wenn im geschilderten Fall jüngere Ärzte das Krankenhaus verlassen hätten, bestehe ein genereller Ärztemangel. Sie stelle sich die Frage, wie schnell Ersatz gefunden werden könne, ob ein Vakuum entstehe und wie schnell das Problem gelöst werden könne.

Insofern gebe es eine gewisse Korrelation zwischen dem verspäteten Erkennen der Situation der Ärzte, der Altersstruktur und der Pflegefachkräften; wenngleich das Land in der Tat dabei sei, Strategien zu entwickeln, um mehr Pflegekräfte anzuwerben und das Interesse am Beruf zu stärken.

Frau Ministerin habe ausgedrückt, die Situation um Pflegekräfte und Ärztemangel zu kennen sowie Erwartungen an Trier geäußert zu haben. Zu fragen sei, wie diese Erwartungshaltung konkret aussehe und was sich die Ministerin angesichts der Gemengelage erhoffe.

Abg. Katharina Binz bestätigt, die drei geschilderten Fälle dürften nicht über einen Kamm geschoren werden. Es helfe nicht weiter, auf einzelne politische Entscheidungen oder Nicht-Entscheidungen der vergangenen Jahre hinzuweisen.

Die Situation sei nicht auf Rheinland-Pfalz begrenzt, wo wie auf einer Insel mit einzelnen Maßnahmen die gesamten Rahmenbedingungen nach Belieben zugeschnitten werden könnten, um alle Probleme zu beseitigen. Genauso gut könne noch weiter in die Vergangenheit geschaut werden, um über andere

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

politische Fehlentscheidungen zu sprechen, die möglicherweise zur heutigen Situation geführt hätten. Das trage aber nichts zum Umgang mit dem Thema bei.

Zudem sei insbesondere beim Fall Daun darauf hinzuweisen, dass die Politik nicht der einzige Akteur sei. Der Träger könne bei dieser Entscheidung nicht aus der Verantwortung gelassen werden. Die Angebote des Landes hätten bestanden und bestünden weiterhin. Sie sei dankbar für das schnelle Handeln und die von Staatssekretär Dr. Wilhelm vor Ort gemachten Angebote an den Träger. Es könne aber niemand dazu gezwungen werden, das Angebot weiter vorzuhalten. Es müsse in aller Deutlichkeit gesagt werden, dass die Verantwortung an dieser Stelle beim Träger liege.

Zu betonen sei, in der nordwestlichen Ecke des Landes lägen die Geburtshilfen ohnehin weiter auseinander als in anderen Landesteilen. Das vorbereitende Gutachten zum Landeskrankenhausplan beschreibe bereits jetzt sehr lange Fahrzeiten, sowohl nördlich als auch südlich von Daun. Es stelle sich die Frage, inwiefern sich diese Zahlen aktuell bzw. zum 1. Januar 2019 noch einmal veränderten und über welches Einzugsgebiet und welche Landkreise gesprochen werde.

Abg. Dr. Christoph Gensch vermisst in den Aussagen der Ministerin und bei der Lösung dieser durchaus differenzierten Probleme ein Konzept und eine konzeptionelle Herangehensweise. Die Landesregierung reagiere auf diese Probleme, ohne zu erkennen, dass es die ersten Einschlüsse einer größeren und sich länger abzeichnenden Entwicklung seien.

Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler habe ausführlich dargelegt, weshalb es trotz langer Gespräche mit dem Träger nicht möglich gewesen sei, die Geburtshilfe in Daun zu erhalten. Nun sei eine Steuerungsgruppe eingerichtet worden, in der Lösungen diskutiert würden. Zu fragen sei, welche Lösungen in dieser Gruppe diskutiert würden und was der Sinn dieser Steuerungsgruppe sei. Es sei auf die umliegenden Krankenhäuser verwiesen worden, die jedoch in einem größeren Abstand zu Daun lägen. Zu klären sei, welche Lösungskonzepte die Situation in Daun konkret verbessern könnten. Alternativ sei die Frage zu stellen, ob die Geburtshilfe in Daun aufgrund der Entfernung zu den anderen Krankenhäusern nicht im Sinne der Daseinsvorsorge aufrechterhalten werden müsse.

Als Arzt wisse er um die schwierige Darstellung der medizinischen Versorgung in der Fläche. Die im Zusammenhang mit der Kinderonkologie Trier genannten Zahlen seien jedoch erstaunlich. Ihm stelle sich als Mediziner und Mitglied des Gesundheitsausschusses die Frage, ob eine stationäre Kinderonkologie, die zwölf Patienten im Jahr behandle, vor dem Hintergrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und planungsrelevanter Qualitätsindikatoren überhaupt sinnvoll sei. Zu fragen sei, ob es nicht sinnvoller sei, die stationäre Versorgung in einem weitergehenden Konzept in universitären Schwerpunkten und nur noch die begleitende ambulante Vor- und Nachsorge in Trier abzubilden.

Er könne es sich als Teil der Opposition einfach machen und die Regierung lediglich kritisierend auffordern, alles zu erhalten. Das sei aber nicht Herangehensweise der CDU-Fraktion. Zu fragen sei, was die stationäre Kinderonkologie in Trier dazu qualifiziere, sie dauerhaft zu erhalten.

Hinsichtlich der G-BA-Richtlinien und der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gebe es mittlerweile erste Rückmeldungen im Bereich Geburtshilfe/Gynäkologische Operationen. Den Daten sei zu entnehmen, dass das St. Elisabeth Krankenhaus in Lahnstein diese Indikatoren nicht erfülle. Ihn interessiere der aktuelle Stand und wie es mit diesem Haus weitergehe.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bestätigte die Einschätzung der Abgeordneten Dr. Groß, auch sie finde den Aufnahmestopp tragisch, insbesondere für die Kinder und deren Familien. Dem Vorschlag des Abgeordneten Dr. Gensch sei hingegen klar zu widersprechen. Vertrete er die Auffassung, die Station müsse geschlossen werden, möge er dies den Eltern vor Ort erklären.

Sie vertrete die Auffassung, eine intensivstationäre Versorgung für krebskranke Kinder sei in Trier gut angesiedelt. Die Kinder würden dort gut versorgt. Es sei ihr ein Anliegen, diese Versorgung aufrechtzuerhalten. Dem Träger sei sehr deutlich kommuniziert worden, dass er dafür Sorge zu tragen habe, wieder ausreichend Pflegepersonal für die Versorgung zu akquirieren.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Sie erwarte, dass sich der Träger um neue Pflegekräfte bemühe. Dabei helfe ein Blick in die eigene Organisation. Sie wisse um die Schwierigkeiten, in der Grenzregion zu Luxemburg Pflegekräfte zu gewinnen. Das sei aber nicht unmöglich und hänge mit Arbeitsbedingungen, Führung und der Personalsituation zusammen, für die der Träger verantwortlich sei.

Das Land übernehme mit zahlreichen Maßnahmen Verantwortung, die in einem Konzept zur Fachkräftesicherung zusammengefasst seien. Erwähnt worden sei, dass auch der Bund unter anderem mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz Verantwortung übernehme. Zugleich sei der Träger dafür verantwortlich, Fachkräfte anzuwerben. Aus Gesprächen mit Pflegekräften gehe hervor, dass die Arbeitsbedingungen einer der ausschlaggebendsten Punkte sei, weshalb sich Pflegekräfte für ein Krankenhaus oder eine Einrichtung entschieden. Das könne ein Träger nicht alles allein beeinflussen, aber er habe eine Verantwortung.

Sie erwarte Anstrengung des Trägers, damit die stationäre Versorgung krebskranker Kinder in Trier wieder sichergestellt werde. Das Ministerium unterstütze den Träger gerne und bringe die eigene Verantwortung ein.

Zu danken sei der Abgeordneten Binz, die wie zuvor die Abgeordnete Schmitt deutlich gemacht habe, dass die Schließung der Geburtshilfe in Daun eine reine Trägerentscheidung sei. Deshalb verfange der Vorwurf des Abgeordneten Dr. Gensch nicht, es sei nicht gelungen, die Geburtshilfe zu retten. Es sei alles angeboten worden, um die Station zu erhalten. Diese Angebote seien nicht angenommen worden.

Die Geburten in Daun stammten aus der Region. Als Alternativen seien Krankenhäuser beliebt, in denen zusätzlich eine Kinderklinik angesiedelt sei. Als Geburtshilfen im Umland stünden daher zur Verfügung: St. Elisabeth Wittlich – in 35 Minuten erreichbar –, Marienhaus Klinikum Eifel Bitburg – in 41 Minuten erreichbar – und das Mutterhaus in Trier – in 49 Minuten erreichbar –.

Insbesondere im Landkreis Vulkaneifel und an der belgischen Grenze gebe es Regionen, aus denen längere Wege möglich seien. Deswegen stehe das Ministerium in sehr intensiven Gesprächen über eine „Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers“ („Zone mit grenzüberschreitendem Zugang zu Gesundheitsleistungen“, ZOAST) zwischen den Krankenhäusern in St. Vith und Prüm. Der Gesundheitsminister der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, Antonios Antoniadis, sei ebenfalls sehr um diese ZOAST bemüht. Derzeit werde intensiv mit den Krankenkassen bezüglich der Abrechnungsmodalitäten verhandelt.

Für eine ZOAST müsse sichergestellt werden, dass Patienten aus Belgien in Deutschland und umgekehrt behandelt werden könnten und die Abrechnungen funktionierten. Dafür seien die Krankenkassen hauptverantwortlich, weil Abrechnungssysteme und Genehmigungsverfahren dargestellt werden müssten. Ihrer Ansicht nach sei durch den intensiven Austausch Bewegung in die Sache gekommen.

Die Krankenhäuser spielten aber auch da eine Rolle. Es brauche den Kooperationswillen von Prüm und St. Vith. Zu hoffen sei, dass mit einer ZOAST eine Entlastung für werdende Mütter an der belgischen Grenze geschaffen werden könne.

Den Vorwürfen des Abgeordneten Dr. Gensch, es stehe kein Konzept hinter den Maßnahmen, sei zu entgegnen, dass bereits zu Beginn auf die Fachkraftinitiative hingewiesen worden sei. Diese sei ein Konzept, mit dem das Ministerium nicht reagiere, sondern proaktiv gegengesteuert habe. Hätten sich die Prognosen des damaligen Branchenmonitorings ohne Gegensteuern erfüllt, stünde das Land heute wohl vor großen Versorgungsproblemen, die es bislang nicht gebe.

Das Land sei konzeptionell sehr gut aufgestellt. Es gehöre auch zu dem Konzept, wenn möglich Belegabteilungen in Hauptfachabteilungen umzuwandeln. Das sei bereits in der Vergangenheit betrieben worden, um die Geburtshilfe zukunftssicher aufzustellen.

Bezüglich des St. Elisabeth Krankenhauses in Lahnstein sei darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um das einzige Krankenhaus in Rheinland-Pfalz handle, das die planungsrelevanten Qualifikationsindikatoren nicht erfüllt habe. Das sei zu erwähnen, um die Qualität und gute Arbeit an den über 97 anderen Standorten herauszustellen. Das zu betonen, sei ihr wichtig und sei man Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten schuldig.

Dr. Silke Heinemann (Abteilungsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) ergänzt, das Ministerium habe einige Belegabteilungen durch die Umwandlung in eine Hauptfachabteilung stabilisieren können. Das sehe das Konzept vor, weil Belegabteilungen von der Art und Weise ihres Betriebs nicht mehr den Qualitätserwartungen der heutigen werdenden Eltern entsprechen. Ärzte und niedergelassene Gynäkologen könnten diese nicht mehr rund um die Uhr gewährleisten. Festzuhalten seien als wichtige Faktoren die demographische Entwicklung und die zu Recht gestiegenen Erwartungen.

Der Standort Simmern beispielsweise habe durch eine solche Umwandlung stabilisiert werden können und zudem einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Der Träger vor Ort habe aktiv mit dem Ministerium zusammengearbeitet und frühzeitig die Region eingebunden, sodass ein gutes Ergebnis gefunden worden sei. Weitere Beispiele seien Dernbach und Hachenburg.

Die regionale Situation hätte nach ihrer Ansicht schon früher anders gestaltet werden können. Wenn kein anderes Krankenhaus Kreiße eröfne und Ärzte einstelle, müssten Lösungsmöglichkeiten gefunden werden, wie mit den Schwangeren in der Region verfahren werde. Es bestünden Möglichkeiten in anderen Bundesländern. Zu nennen sei Schleswig-Holstein, das aufgrund der Inselproblematik ähnliche Fragen diskutiert habe. Risikoschwangere müssten rechtzeitig ins Mutterhaus kommen. Das müsse vom niedergelassenen Netzwerk der Ärzte sichergestellt werden.

Benötigt werde zudem eine sehr gute Rundumversorgung durch Hebammen. In Saarburg werde eine Hebammenzentrale aufgebaut, um Vermittlung und Information zu verbessern. Es könnten noch weitere Bausteine diskutiert werden, etwa die Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst oder St. Vith als mögliche Alternative für die Grenzregion zu Belgien.

Die Themen müssten vor Ort diskutiert werden. Ihrer Erfahrung nach – sie sei bereits an den Verhandlungen anlässlich der Schließung von Neuerburg beteiligt gewesen – böten Steuerungsgruppen gute Möglichkeiten. Werde vor Ort offen geredet und auf Schuldbekundungen verzichtet, entstünden gute und tragfähige Ideen. Neuerburg befinde sich heute in kommunaler Trägerschaft und baue sukzessive ein Gesundheitszentrum auf. Es sei nicht sofort eine Lösung zu erwarten. Notwendig sei es aber, endlich zu Gesprächen an einen Tisch zu kommen.

Die Kinderonkologie sei hochspezialisiert. Eine Mindestanzahl von Patienten lege der G-BA nicht fest. Allerdings seien durch den G-BA für solche Bereiche Richtlinien festgelegt. Bei Kindern betreffe das die Kinderherzchirurgie, die Kinderonkologie und die Frühgeborenenversorgung. Diese Standards würden sukzessive auch für den Pflegebereich dargestellt.

Für ein Haus sei es nicht immer einfach, beides gleichzeitig zu erfüllen. Der Träger müsse sich anstrengen, die Qualitätsvorgaben in personeller Hinsicht zu erfüllen. Ein Kriterium dafür sei, dass das vorhandene Pflegepersonal die entsprechende Fachweiterbildung aufweise; denn darauf komme es an. Die Träger seien gefordert, dieses Fachwissen rechtzeitig aufzubauen. Es sei fraglich, ob dies wie in der Universitätsmedizin für alle Spezialisierungen möglich sei – das sei das Niveau einer Kinderonkologie – oder ob sich der Träger auf einen Bereich konzentriere, weil beispielsweise Homburg besser aufgestellt sei.

Die Kinderonkologie liege jedoch unterhalb dessen, was das Ministerium in Krankenhäusern steuere. An das Mutterhaus in Trier sei ein Versorgungsauftrag für die Kinder- und Jugendmedizin und für Level 1-Frühgeborenenversorgung vergeben worden. Bewerte das Mutterhaus die Fallzahlen als zu gering, müsse es rechtzeitig mit dem Ministerium in den Dialog treten. Das werde so erwartet, da dem Ministerium keine unterjährigen Zahlen über die behandelten Kinder vorlägen. Diese seien lediglich den Kostenträgern und Krankenhäusern bekannt. Es werde von den Krankenhäusern erwartet, offen mit dem Ministerium zu kommunizieren.

In den vergangenen 15 Jahren seien zwei Kinderonkologien abgegeben worden: in Kaiserslautern und im St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus Ludwigshafen. In Kaiserslautern habe die Kommunikation damals besser funktioniert als in Ludwigshafen.

Für die Kinder sei die dadurch entstehende Spezialisierung besser; denn je spezialisierter ein Krankenhaus sei – gerade in der Kinderonkologie –, desto besser könnten neue medizinische Erkenntnisse zum Patienten gebracht werden. In der Onkologie sei die wohnortnahe Vor- und Nachbehandlung wichtig.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Das wolle das Mutterhaus weiter sicherstellen. Sie sei überzeugt, dass mit dem Mutterhaus weiter Gespräche geführt würden. Schon jetzt entstehe der Eindruck, dass das Mutterhaus sehr engagiert sei, das Thema gut für sich aufzuarbeiten.

Zu Lahnstein und den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sei vorausgeschickt, dass Rheinland-Pfalz im Ländervergleich in diesem Bereich am besten dastehe. Es sei nur ein Krankenhaus in einem nach Einschätzung des Ministeriums nicht relevanten Ausmaß betroffen.

Die Stellungnahme des Krankenhauses liege seit einer Woche vor. Zwar sei angedacht gewesen, diese im nächsten Ausschuss gründlich darzulegen, doch könne bereits eine erste Einschätzung wiedergegeben werden.

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beträfen jeweils fünf Bereiche der Geburtshilfe und der Gynäkologie. Im Bereich der Gynäkologie habe das Krankenhaus bei bestimmten Gewebeentnahmen keine Labortest durchführen lassen, weil diese nach Einschätzung des Krankenhauses bei kleineren Entnahmen nicht relevant und bestenfalls überdiagnostizierend seien. Das sei dem G-BA mitgeteilt worden. Dieser habe das nicht werten können oder das nicht gelten gelassen.

Nach Ansicht des Ministeriums sei die Erläuterung des Krankenhauses eine gute medizinische Ermessensentscheidung, die nicht zu einer schlechten Patientenversorgung geführt habe. Insofern sei die Transparenz zwar zu begrüßen, es bestehe aber keine Eingriffsmöglichkeit. In Lahnstein gebe es keine Geburtshilfe. Die Gynäkologie werde gemeinsam mit dem Träger weiter als Belegabteilung im Sinne eines wohnortnahen Angebots erhalten.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp betont, es sei dem Gesundheitsausschuss durchaus würdig, über die drei vom Gesundheitsministerium eingebrachten Fälle ausgiebig zu diskutieren. Das sei ebenso zu begrüßen wie die Transparenz, mit der Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler informiere.

Vor eigenen Fragen wolle sie betonen, dass sie Belegärzte grundsätzlich begrüße. Sie wisse um die Leistungen und hohen Anstrengungen der Ärztinnen und Ärzte, die neben ihrem Praxisbetrieb noch Entbindungen durchführten. Es sei ein zu erwartender Prozess, wenn Belegärzte dies beispielsweise wegen fortgeschrittenen Alters und der Dauerbelastung nicht mehr leisten könnten.

Je mehr Belegärzte es an den 97 rheinland-pfälzischen Krankenhausstandorten gebe, umso weniger Hauptfachabteilungen gebe es und umso weniger Ärzte könnten im Rahmen von Fachausbildungen ausgebildet werden. Auszubildende Belegärzte seien nicht die Regel.

Die Forderung der Abgeordneten Thelen nach mehr fachlich weitergebildeten Ärzten passe zum Konzept des Landes, mehr Beleg- in Hauptfachabteilungen umzuwandeln. Nach ihrem Wissen habe das Ministerium auch in Daun den Gedanken einer Hauptfachabteilung vorangetragen. Dazu habe sie noch Fragen an die Ministerin.

Wenn zwei Belegärzte ihre Tätigkeit in der Geburtshilfe nach einem langen Leistungsleben einstellten, sei das zu akzeptieren. Es müsse aber originäres Bemühen des Krankenhauses sein, die Geburtshilfe in Daun aufrechtzuerhalten. Viele andere Häuser kämpften um ihren Standort als Geburtshilfe, weil die Frage um den Geburtsort einfach wichtig sei. Bei allem Positiven, selbst wenn es die Krankenkassen irgendwann abrechneten, wolle jemand aus der Region Daun nicht in Belgien geboren werden. Für die in Daun demonstrierenden Menschen sei das sicherlich als psychologischer Aspekt ein wichtiger Aspekt.

Eine solche Trägerentscheidung sei bedauerlich, insbesondere wenn der Träger nicht einmal aus Rheinland-Pfalz, sondern aus der Bundeshauptstadt komme. Am Ende stehe auch die Frage der monetären Entwicklung im Krankenhaus mit oder ohne Geburtshilfe. Zu fragen sei, ob gemeinsame Diskussionen um einen Sicherstellungszuschlag für das Krankenhaus in Daun geführt worden seien.

Abschließend sei zu fragen, was das Krankenhaus mit den nun ungenutzten Räumen der Geburtshilfe plane, ob der Trakt geschlossen bleibe oder ob bereits eine andere, gut abgerechnete Verwendung dafür feststehe. Es interessiere sie als Gesundheitspolitikerin im Lande, wie sich das Krankenhaus im Benehmen mit dem Ministerium und der Gesundheitspolitik in Rheinland-Pfalz aufstelle.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bestätigt die emotionale Verbindung zum Geburtsort. Obwohl das keinesfalls abgestritten werde, sei auch das Thema der Qualität wichtig. Beides sei in Daun aber nicht ausschlaggebend gewesen. Die Entscheidung sei vom Träger getroffen worden. Es habe verschiedene Bemühungen gegeben. Die Krankenkassen hätten in der Tat bereits Mehraufwendungen für eine kleine Geburtshilfe in Daun übernommen. Auch das sei kein Selbstläufer gewesen.

Dr. Silke Heinemann führt aus, für eine Hauptfachabteilung brauche es gewisse personelle Voraussetzungen. So benötige eine Hauptfachabteilung rund 5,5 Ärzte, um etwa einen Arztdienst mit Rufbereitschaft über das ganze Jahr sicherzustellen. Die müssten gegenfinanziert, aber auch beschäftigt werden. Deshalb brauche eine Hauptfachabteilung nicht nur Geburten, sondern zudem ein gynäkologisches Leistungsspektrum.

Dies habe Daun einfach nicht, das sei mit dem Träger diskutiert worden, und an dieser Stelle habe der Träger recht. Es gebe dort 450 Geburten und kleine gynäkologische Behandlungen, aber damit lasse sich der Personalkörper nicht komplett gegenfinanzieren.

Andererseits lasse sich der nötige Personalkörper nicht so schnell aufbauen. Die Qualitätserwartung sei mittlerweile so hoch, dass der Standard kaum zu erreichen sei, wenn andere Häuser diesen bereits lieferten. Dafür seien langfristige Vorlaufkosten notwendig. Ein anderer Aspekt betreffe die Fachkräfte: Es sei fraglich, welcher Arzt nach Daun gehe, um am ganzen Tag eine Geburt durchzuführen und dann Patienten anzuwerben. Aus diesen Gründen habe es sich als praktisch und realistisch nicht durchführbar erwiesen, in Daun eine Hauptfachabteilung zu gründen.

Anderswo hätten damit Krankenhäuser stabilisiert werden können. Ein Beispiel sei Mayen, weil sich der Träger dort schon vor zehn Jahren für eine Kinderklinik ausgesprochen habe. Die Vorhaltekosten und die Einführung seien in Kooperation mit Koblenz getragen worden. Im Ergebnis seien sowohl die Kinderklinik als auch die Geburtshilfe stabilisiert worden. Das Konzept habe in Mayen funktioniert.

Sowohl Mayen als auch Wittlich hätten sofort eine Kooperation mit Daun und Gespräche über die Umsetzung angeboten. Schwangere müssten dann, sofern noch keine richtigen Wehen eingesetzt hätten, wie in einem Hotel im Krankenhaus bleiben, um nicht sofort wieder nach Hause geschickt zu werden. In anderen Bundesländern gebe es vergleichbare Boarding-Konzepte. Zu prüfen sei, ob dafür Bedarf bestehe oder ob es ausreiche, das eine oder andere Wehenzimmer mehr einzurichten. Ohnehin würden sowohl die Geburtshilfe in Wittlich als auch ein Mutter-Kind-Zentrum in Trier neu geplant. Das Ministerium beschäftige sich mit dem Thema, brauche aber die Krankenhäuser am Verhandlungstisch.

Ein Sicherstellungszuschlag knüpfe an die Hauptfachabteilung an und bedeute, dass die Krankenkassen dem Haus mehr Geld zum Betrieb einer Fachabteilung zur Verfügung stellten. Im Bereich der Chirurgie und Inneren greife das etwa, wenn innerhalb von 30 Minuten kein anderes Krankenhaus zur Verfügung stehe; in der Geburtshilfe liege der Zeitraum mittlerweile bei 40 Minuten.

Das Krankenhaus müsse versichern, alle Qualitätsvoraussetzungen rund um die Uhr zu erfüllen. Seitens der Krankenkassen und des G-BA werde aber bezweifelt, ob das mit zwei Belegärzten in Zukunft gewährleistet werden könne. Das Modell Beleggeburtshilfe sei in Deutschland überholt. Ihr sei in Rheinland-Pfalz keine weitere bekannt.

Deswegen trage das Thema „Sicherstellungszuschlag“ für die Geburtshilfe nicht. Gleichwohl hätten die Krankenkassen bestätigt, mit dem Träger in Daun bereits einen gewissen Sockelbetrag vereinbart zu haben, damit dieser Defizite in der Geburtshilfe auffangen könne. Der Sockelbetrag werde weitergeführt und bleibe unabhängig vom Bestehen der Geburtshilfe stabil. Das seien Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern.

Über die weitere Nutzung der Räumlichkeiten könne sie keine Aussagen machen. Die Räume seien vom Träger in Eigenregie eingerichtet und vom Land nicht gefördert worden, sodass kein Rückforderungsanspruch bestehe.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders bestätigt, das System der Beleggeburtshilfe habe sich überlebt. Das werde schon dadurch klar, dass zwei Geburtshelfer und Gynäkologen, die eine Gemeinschaftspraxis und Geburtshilfe betrieben, selbst bei nur einem Kaiserschnitt im Monat 15 Tage, rund um die Uhr, Dienst hätten; selbst wenn sie in akzeptabler Entfernung zu Hause sein könnten.

Zum Personellen komme ein Problem hinzu, das in kleineren Krankenhäusern zu beobachten sei: Werde in einer Abteilung ein Team für 365 Tage im Jahr benötigt, müsse im Prinzip immer eine Anästhesie vorgehalten werden. Ihm sei ein solcher Fall aus einem Krankenhaus bekannt, in dem für zwei bis drei Kaiserschnitte im Monat immer ein zweites Anästhesieteam bereitgehalten werde. Aus dieser Perspektive werde die Trägerentscheidung teilweise nachvollziehbar.

Insofern sei zu überlegen, gerade bei Krankenhausverbänden Hauptfachabteilungen mit einer vorausschauenden Krankenhausplanung zu stärken und dies der Bevölkerung – nicht nur unter Qualitätsgesichtspunkten – zu erklären. So gestärkte Abteilungen könnten Qualitätsanforderungen erfüllen und Personal gewinnen, das dann auch Freizeit haben könne. Das sei unter Entfernungsgesichtspunkten sicherlich planbar, sei aber eine Herausforderung und erfordere viel Zeit.

Er bitte die Ministerin um eine Übersicht der Entbindungszahlen in den verbliebenen 30 Stationen/Abteilungen des Landes in den vergangenen Jahren. Darauf aufbauend könne das Thema in Zukunft noch einmal aufgegriffen werden.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sichert auf Bitte des **Vors. Abg. Dr. Peter Enders** zu, dem Ausschuss eine Übersicht über die Anzahl der Entbindungen in den 30 Stationen/Abteilungen in Rheinland-Pfalz in den vergangenen fünf Jahren zur Verfügung zu stellen.

Abg. Sven Teuber rekapituliert, Frau Dr. Heinemann habe im Bereich der Kinderonkologie auf unterschiedliche Entwicklungen durch Schließungen oder bei der Weiterentwicklung von Standorten hingewiesen. Dies sei ein bundesweiter Prozess. Ihn interessierten die Patientenzahlen und deren Verteilung auf die Standorte, um daraus eine Entwicklung des Bereichs abzulesen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte des **Abg. Sven Teuber** zu, dem Ausschuss eine Übersicht über die Entwicklung der Patientenzahlen in der Kinderonkologie und die Verteilung auf die unterschiedlichen Standorte zur Verfügung zu stellen.

Abg. Dr. Christoph Gensch bittet um eine Klarstellung von Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler. Es sei darüber diskutiert worden, dass der Träger der Hauptverantwortliche für die Schließung der Geburtshilfe sei, weil diese betriebswirtschaftlich nicht rentabel gewesen sei. Es seien verschiedene Alternativmodelle diskutiert worden, die aus verschiedenen Gründen nicht zur Umsetzung gekommen seien. Er möchte geklärt wissen, ob die gynäkologische oder geburtshilfliche Versorgung in der Region ohne diese Station nach Ansicht des Ministeriums gesichert sei.

Seinem Verständnis nach habe Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler dies am Anfang versichert und auf die umliegenden Krankenhäuser, aber auch die teilweise deutlichen Entfernungen hingewiesen. Im weiteren Verlauf sei die Aussage seiner Wahrnehmung nach aber etwas eingeschränkt worden. Mittlerweile verstehe er die Aussage des Ministeriums so, dass die geburtshilfliche Versorgung nur unter Berücksichtigung von sogenannten Boarding-Konzepten und der Tatsache gesichert sei, dass ein Teil der Kinder unter Umständen in Belgien zur Welt komme.

Frau Dr. Heinemann habe Schleswig-Holstein ins Spiel gebracht. Das Insel-Konzept in Schleswig-Holstein sehe vor, dass Mütter drei bis vier Wochen vor der Geburt ins Krankenhaus gebracht würden und sich dort oder in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus aufhielten.

Er möchte wissen, ob das Konzept zur Sicherstellung der gynäkologischen Versorgung im Großraum Daun auf dem Zusatzstandort Belgien und einem wie auch immer gearteten Boarding-Konzept beruhe, das vorsehe, dass Frauen die letzten drei bis vier Wochen der Schwangerschaft an einem anderen Ort verbringen müssten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bestätigt, die geburtshilfliche Situation in der Region sei gesichert. Daran gebe es keinen Zweifel und nichts zu interpretieren. Sie sei auch ohne den Zusatzstandort Belgien und ohne die gerade eben in die Diskussion eingebrachten alternativen Konzepte gesichert.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Nach ihrer Erinnerung habe sie sich noch vor einer Dreiviertelstunde vom Abgeordneten Dr. Gensch den Vorwurf gefallen lassen müssen, nur zu reagieren. Nun sei geschildert worden, wie proaktiv Lösungen gesucht würden, um zusätzlichen Bedarf angesichts steigender Geburtenzahlen abzusichern oder zusätzliche Angebote zu schaffen. Das Ministerium wolle nicht nur den aktuellen Stand halten, sondern zugleich Konzepte für die Zukunftssicherung entwickeln.

Es werde nicht reagiert, sondern aktuell gehandelt. Belgien sei ein Beispiel für zusätzliche Absicherung. Im Übrigen sei eine solche Gesundheitszone keine Einbahnstraße und für die Belgier hochinteressant, weil sie etwa die Geriatrie in Prüm mitnutzen könnten. Das sei eine interessante Partnerschaft.

Die von Frau Dr. Heinemann angesprochenen Modelle stellten ebenso zusätzliche Optionen dar. Die in Daun und im Umkreis lebenden Frauen müssten sich keine Sorgen machen, nicht versorgt zu sein. Die vorgestellten Krankenhäuser und Geburtshilfen lägen innerhalb eines auch vom G-BA als zumutbar angesehenen Radius. Alles, was jetzt zusätzlich überlegt werde, sei vorausschauend, proaktiv und konzeptionell. Darüber herrsche im Ausschuss Einigkeit; das werde von allen gewollt.

Punkte 1 und 2 der Tagesordnung:

1. Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG)

Gesetzentwurf
Landesregierung
[– Drucksache 17/5925 –](#)

Auswertung des Anhörverfahrens am 16. August 2018

2. Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten

Antrag
Fraktion der CDU
[– Drucksache 17/5711 –](#)

Die Punkte werden gemeinsam aufgerufen und beraten.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders erwähnt die heutigen Nachrichten, die von einer aufsteigenden Tendenz sprächen. 2017 habe es in Deutschland 797 Organspenden gegeben, in diesem Jahr seien es zum aktuellen Zeitpunkt 832.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp legt dar, sie habe 16 Jahre in einem Explant- und Transplantteam gearbeitet. Ihr sei es deshalb wichtig, ein Gesetz zu verabschieden, das sicherstelle, dass die Menschen erreicht würden, die sich zu einer Organspende bereit erklärten.

Im letzten Jahr habe es in Rheinland-Pfalz 38 Organentnahmen gegeben, im Durchschnitt hätten damit 3,3 Menschenleben gerettet werden können. Dahinter stünden unglaubliche Werte, die in der Medizin erreicht werden könnten. Deswegen sollte alle Mühe unternommen werden, den Anzuhörenden und dem Gesetzentwurf Rechnung zu tragen.

Bezüglich der Auswertung der Anhörung vom 16. August wolle sie zuerst auf die Ausführungen von Herrn Dr. Egbert Hüttemann, Chefarzt und Intensivmediziner am Klinikum Worms, eingehen. Wie andere Intensivmediziner auch erachte er die sechsmonatige Intensivausbildung aufgrund der komplexen Situation als nicht ausreichend. Die Regelung hierzu finde sich in § 4 und unterliege der Bundesärztekammer. Nichtsdestotrotz sei es wichtig, sich mit dieser Frage zu beschäftigen, wie die Regeln zur Transplantationsmedizin weiter entwickelt werden könnten, wie die Befassung mit dieser Thematik im Ausschuss über die Jahre gezeigt habe.

Die Empfehlung aus der Praxis besage auch, dass es notwendig sei, die entsprechende Kompetenz in Person eines Facharztes mit einer diesbezüglichen Zusatzausbildung an den Krankenhausstandorten 24 Stunden vorzuhalten.

Herr Dr. Axel Rahmel von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) begrüße die Stärkung des Organspendebeauftragten, wie sie im AGTPG vorgesehen sei. Daneben unterstreiche er die Notwendigkeit der Mitarbeiterschulung, die Schulung des Transplantationsbeauftragten, die Einführung von Pflegefachkräften in der Transplantationsbeauftragung und die Dokumentation von Todesfällen in Krankenhäusern. Gerade letzterer Punkt sei sinnvoll, um eine Nachvollziehbarkeit und Transparenz in den Krankenhäusern zu gewährleisten.

Ferner begrüße er die explizite Wertschätzung der Landesregierung für die Arbeit der Organspende. Es sei politischer Auftrag der Abgeordneten, aber auch Auftrag der Krankenhäuser, die Wichtigkeit der Organspende in die Gesellschaft zu transportieren.

Die Regelung einer Freistellung, zehn Betten – 1/10-Stelle – werde ebenso begrüßt.

Angesprochen worden sei die Begrifflichkeit „Organspendebeauftragte“. Sie stimme zu, dieser Punkt sei zu überdenken. Wenn Alternativvorschläge in dieser Hinsicht kämen, sollte die Diskussion darüber offen geführt werden; denn wenn ein Arzt zu den Angehörigen eines Patienten komme und sich mit den Worten „Ich bin der Beauftragte für Organspenden“ vorstelle, sei dies vielleicht nicht der richtige Schlüssel, um bei ihnen das Verständnis für die Notwendigkeit einer Organspende zu wecken. Sie selbst habe keinen Alternativvorschlag, sei aber offen für eine solche Diskussion.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Bei dem nächsten Anzuhörenden, Herrn Christian Blessing, dem Leiter der anästhesiologischen Intensivstation der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, handele es sich um einen absoluten Fachmann, der den größten intensivmedizinischen Bereich in Rheinland-Pfalz leite und höchst erfahren sei. Er begrüße ausdrücklich die Regelung in § 9 Abs. 3, dass das Amt des Transplantationsbeauftragten auch auf erfahrene Pflegekräfte übertragen werden könne. Auch hier gelte, wie im Gesetz festgeschrieben, das Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer, das ihm angemessen erscheine.

Dennoch werde es als notwendig erachtet, dass die Landespflegekammer ein ergänzendes Curriculum für Transplantationsbeauftragte erarbeite. Diese Anregung unterstütze sie.

Herr Dr. Michael Braun, der Transplantationsbeauftragte des Bundeswehrzentralkrankenhauses Koblenz, habe den Gesetzentwurf grundsätzlich begrüßt und dabei insbesondere die Stärkung des Transplantationsbeauftragten in Bezug auf die Frage der Planung der Explantation und Transplantation im Rahmen eines schnittstellenübergreifenden Prozesses mit der direkten Unterstellung unter dem Direktorium hervorgehoben. Diesen Punkt unterstreiche sie.

Die Stärkung der Pflege bzw. die stärkere Hervorhebung ihrer Bedeutung begrüße er ebenfalls.

Ganz ausdrücklich habe er sich gegen die monetäre Besserstellung gestellt, dass mit der Organspende kein Geld verdient werden solle. Dieser Auffassung schließe sie sich an.

Weitere wichtige Aspekte, die genannt worden seien, seien die hohe Fachlichkeit, die Kooperation der Berufsgruppen untereinander sowie die gute Zusammenarbeit mit der DSO.

Herr Dr. Andreas Molitor, der Transplantationsbeauftragte des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein, habe den Wunsch zum Ausdruck gebracht, mehr Informationen und mehr Aufklärung zur Organspende an die Bevölkerung zu geben. Das sehe sie ebenfalls als wichtige Aufgabe und wolle sie an dieser Stelle noch einmal betonen.

Deutlich artikuliert habe er die Wertschätzung für die Organspender. Dies wolle sie nicht unerwähnt lassen.

Die Justiziarin der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, Frau Franziska Herrmann, sei in Vertretung von Herrn Decker anwesend gewesen und habe sich für nicht zuständig erklärt. Eine Rechtsgrundlage für eine Berichtspflicht der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz sehe sie nicht. Hier Sorge jedoch die sich derzeit in der Erarbeitung befindende bundesgesetzliche Regelung für Abhilfe.

Frau Sandra Gantert, Transplantationsbeauftragte am Städtischen Krankenhaus Pirmasens, habe den Aspekt des Arztvorbehalts angesprochen, der jedoch von der Bundesärztekammer geregelt sei, sodass von Landesseite hier keine Änderung erfolgen könne.

Bei den Anzuhörenden wolle sie sich noch einmal im Nachhinein bedanken. Die Anregungen, die es zum AGTPG gegeben habe, würde sie gern, soweit möglich, einarbeiten.

Unter Berücksichtigung der Befassung im Deutschen Bundestag könne sie sich namens ihrer Fraktion Ergänzungen in § 8 Abs. 2 und § 4 Abs. 4 zum Umfang der Freistellung, zu den Finanzen, den Berichtspflichten, der Dokumentation und der Transparenz durchaus vorstellen.

Sie würde sich wünschen, dass bei der Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkräfte die Kompetenz der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz einbezogen werde, ebenso gegenüber der DSO, wenn der Punkt der Transparenz der Handlungsabläufe zwischen Krankenhäusern und Patienten ergänzt würde.

An dem Transplantationsgesetz werde seit Jahren fortlaufend zu vielen Facetten gearbeitet, beispielsweise was die Öffentlichkeitsarbeit angehe, immer mit der Frage befasst, was verbessert werden könne. Es handele sich also um einen offenen Prozess. Wenn es aufgrund dieser fortlaufenden Änderungen auch nur gelinge, eine Organspende mehr zu erreichen, so helfe das dem Menschen, der Organempfänger sei, und seinen Angehörigen und sei auf jeden Fall zu begrüßen.

Sie könne sich durchaus einen gemeinsamen Antrag mit der CDU-Fraktion vorstellen; denn auch ein gutes Gesetz könne noch verbessert werden. Diese Möglichkeit wolle sie offenhalten. Gerade bei einem solch wichtigen Thema würde sie es als wichtiges Signal in die Bürgerschaft, in die Bevölkerung hinein erachten, wenn es gelänge, einen gemeinsamen Änderungsantrag und somit einen gemeinsamen Gesetzentwurf zu verabschieden. Die Fraktion der CDU wolle sie deshalb bitten, ihren Antrag vom 16. März zurückziehen.

Abg. Dr. Sylvia Groß legt dar, die Anhörung habe ihres Erachtens ergeben, dass eine breite Akzeptanz des Gesetzentwurfs vorhanden sei. Die Abnahme von Organspenden sei vielfältigen Gründen geschuldet, hänge unter anderem damit zusammen, dass Schlaganfallpatienten, Traumapatienten und Unfallpatienten mittlerweile sehr gut nach bestimmten und optimierten Handlungsabläufen versorgt würden.

Als ihr wichtige Punkte wolle sie Folgende herausgreifen:

Die Personalie der Pflegekräfte: Die Tatsache, dass die Pflegefachkräfte mit spezieller Ausbildung und Leitungsfunktion mit einbezogen werden sollten, wenn der Arztvorbehalt nicht notwendig sei, sei zu begrüßen, da es sinnvoll sei. Wenn die Landespflegekammer dazu ein entsprechendes Curriculum zu erarbeiten beabsichtige, sei auch das zu begrüßen.

Die Fortbildung: Herr Dr. Molitor vertrete die Auffassung, dass jährlich eine Fortbildungsveranstaltung für Pfleger und Ärzte bzw. alle zwei Jahre für Transplantationsbeauftragte zu niederfrequent sei. Ihrer Ansicht nach bedeute, je weniger häufig Transplantationen durchgeführt würden, umso häufiger müssten die Beteiligten an Fortbildungen teilnehmen, weil es notwendig sei, sich die Abläufe immer wieder zu vergegenwärtigen und sich mit dem Thema immer wieder zu beschäftigen. Insofern würde sie dafür plädieren, die Fortbildungsfrequenzen zu erhöhen.

Die Landeskrankengesellschaft habe ihr Unverständnis darüber zum Ausdruck gebracht, dass in dem Entwurf zu lesen sei, in Abhängigkeit von der Anzahl der Intensivstationen solle proportional die Anzahl der Transplantationsbeauftragten steigen. Die Frage sei aufgeworfen worden, warum das Land beabsichtige, diese Variante einzuführen, wenngleich im Transplantationsgesetz stehe, dass ein Beauftragter pro Klinik ausreiche. Auch sie sähe diese Frage gern beantwortet

Die Freistellung sei auch zu nennen. Die DSO, die intensive Kontakte mit Transplantationsbeauftragten habe und die Lage kenne, habe ausgeführt, dass die Transplantationsbeauftragten in der Regel Oberärzte seien und sich diese kaum in der Lage sähen, Freistellungen wahrzunehmen. Deswegen bringe die DSO eine finanzielle Kompensation ins Spiel. Diesen Vorschlag erachte sie als durchaus diskussionswürdig, wolle an dieser Stelle aber auch die Frage aufwerfen, ob es möglich sei zu eruieren, welches Quantum an tatsächlich in Anspruch genommenen Freistellungen existiere.

Herr Dr. Molitor habe einen Begriff aus dem Gesetzentwurf aufgegriffen, das Softwaretool „TransplantCheck“. Nach ihrem Dafürhalten sei dieses Tool sehr wichtig, um überhaupt einmal zu erfahren, wie viele hirntote Patienten, wie viele Patienten mit sekundären und primären Hirnschädigungen in einer Klinik, auf den einzelnen Stationen anfielen, wie vielen tatsächlich ein Organ habe entnommen werden können, weil eine entsprechende Zustimmung vorgelegen habe, und wie viele hirngeschädigte Patienten nicht erfasst worden seien, weil eine solche Zustimmung nicht vorgelegen habe; denn das bedeute, es hätte vielleicht mehr als 137 Organspenden geben können.

In diesem Zusammenhang bitte sie um Beantwortung der Frage, ob es mehr als diese Anzahl der Organspenden hätte geben können, wenn bereits eine Widerspruchslösung in Kraft getreten wäre, in einem solchen Fall das Potenzial in den Kliniken größer gewesen wäre.

Nach ihrem Dafürhalten könne aufgrund der Lage vor Ort der Sinn einer Widerspruchslösung erkannt werden oder eben nicht.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erklärt bezüglich der Frage der Anzahl der Transplantationsbeauftragten, vorgesehen sei nach dem neuen Gesetz ein Transplantationsbeauftragter pro Intensivstation.

Abg. Dr. Sylvia Groß nimmt Bezug auf die Aussage des Vertreters der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, der diesbezüglich Verwunderung geäußert habe, weil im Transplantationsgesetz zu lesen

sei, dass ein Transplantationsbeauftragter pro Klinik ausreichend sei, und jetzt im Gesetz diese Änderung vorgesehen sei.

Dr. Klaus Jahn (Referatsleiter im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) trägt vor, das Bundesgesetz sehe bezüglich der Transplantationsbeauftragten derzeit vor, dass mindestens ein Transplantationsbeauftragter pro Krankenhaus vorhanden sein sollte. Das Ministerium habe diesbezüglich im Ausführungsgesetz eine Konkretisierung dahin gehend vorgenommen, dass in jedem Haus mit mehreren Intensivstationen pro Intensivstation ein Transplantationsbeauftragter vorhanden sein solle.

Hintergrund sei, dass es für einen Transplantationsbeauftragten nicht möglich sei, gleichzeitig mehrere Intensivstationen zu betreuen. Das Ministerium sehe sich dadurch bestätigt, dass der Bundesgesetzgeber in der Novelle des Transplantationsgesetzes diese Vorschrift mit aufgenommen habe.

Angesprochen worden sei eine Ausführung in der Anhörung, dass dem Oberarzt mehr Einfluss eingeräumt werde als dem Facharzt. Hierzu sei zu sagen, es sei nicht verkehrt, noch eine höhere Entscheidungsebene mit einzubeziehen. Was jedoch die Qualität angehe, so erfülle ein Facharzt die Qualifikation eines Transplantationsbeauftragten auf jeden Fall, weil er im Rahmen seiner Facharztausbildung mindestens ein halbes Jahr die Intensivmedizin durchlaufen habe.

Das Softwaretool „TransplantCheck“ sei erwähnt worden. Das sei mit dem Ausführungsgesetz des Landes implementiert worden, allerdings sei nicht explizit die Rede von „TransplantCheck“, weil es sich hierbei um einen Produktnamen handele. Das habe den Hintergrund, dass auch das Ministerium ein Interesse daran habe zu erfahren, wie groß das Potenzial in den einzelnen Häusern sei.

Gefragt worden sei danach, wie viele Organspenden es hätte geben können, wenn die Widerspruchslösung schon in Kraft getreten wäre. Dazu könne er keine Aussage treffen, was er sagen könne sei, die Widerspruchslösung könne bei all den umzusetzenden Maßnahmen sicherlich dazu beitragen, die Zahl der Organspender zu steigern. Eine gesicherte Aussage hierzu könne jedoch nicht getroffen werden.

Abg. Dr. Sylvia Groß widerspricht dieser Auffassung, weil es in den Kliniken definitiv Fälle gebe, die die Kriterien erfüllten, um ein Organ zu spenden. Sie könnten aber nicht spenden, weil die Zustimmung fehle. Somit hätten vielleicht im Quartal beispielsweise fünf Patienten ein Organ spenden können, wenn die Widerspruchslösung in Kraft gewesen wäre. Ihres Erachtens sollte es möglich sein, diese Zahlen zu nennen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler weist darauf hin, es hätte durchaus sein können, dass, auch wenn die Widerspruchslösung in Kraft gewesen wäre, mögliche Organspender Widerspruch eingelegt, diese Patienten auch keinen Organspendeausweis ausgefüllt hätten, einfach aus dem Grund, weil sie kein Organ spenden wollten. Deshalb sei es ihres Erachtens nicht möglich, diese Zahlen zu benennen.

Abg. Dr. Christoph Gensch begrüßt namens seiner Fraktion, dass dieses wichtige Thema, basierend auf dem Antrag der Fraktion der CDU vom März 2018 „Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten“ zu dem Gesetzentwurf, der Anhörung und dieser Gesamtdebatte geführt habe.

Grundsätzlich könne sich seine Fraktion einen gemeinsamen Änderungsantrag, soweit es sich auf Bereiche der Evaluation beziehe oder weitere Punkte, durchaus vorstellen, gerade weil sich dieses Thema für parteipolitische Auseinandersetzungen nicht eigne.

In der Anhörung habe die rheinland-pfälzische Krankenhausgesellschaft bezüglich § 2, Aufklärung der Bevölkerung, Bereithaltung von Organspendeausweisen, auf ihre Ansicht hingewiesen, diese Regelung stünde im Widerspruch zu ihrer Satzung, und formuliert, sie wünschte sich eine weniger stringente Formulierung bezüglich der Spezifizierung ihres Aufgabenbereichs. Er bitte um Beantwortung, ob dieser Punkt in dem Gesetzentwurf noch Berücksichtigung finde.

Was die Facharztqualifikation einschließlich eines sechsmonatigen Durchlaufens der Intensivmedizin angehe, so halte seine Fraktion dies für ausreichend, um die Position des Transplantationsbeauftragten wahrzunehmen. Es gehe auch darum, den Hintergrund mit im Blick zu behalten.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Es gehe darum, dass ein Arzt, Facharzt oder ein Oberarzt, erkenne, dass die Möglichkeit einer Organspende bestehe. Das heiÙe, es gehe erst einmal weder darum, die Organentnahme in irgendeiner Form vorzunehmen, noch die Implantation durchzuführen. Es gehe auch nur in einem begrenzten MaÙe darum, die neurologische Hirntoddiagnostik durchzuführen. Dafür werde noch ein spezieller Konsiliardienst hinzugezogen.

Somit sei der Transplantationsbeauftragte, der Facharzt mit halbjährlicher Intensivausbildung, in einen Kreis von Kollegen eingebettet, unterstützt von der Intensivpflege, die die Entscheidung dann gemeinsam trafen.

Frau Abgeordnete Dr. Groß habe dem Anliegen ihrer Fraktion Ausdruck verliehen, dass sie sich engere Fortbildungsfrequenzen wünsche. Er wolle an dieser Stelle das Curriculum „Arzt“ benennen, das in diesem Zusammenhang von 48 Stunden spreche und die ausdrückliche Teilnahme an einer Organentnahme als praktischen Teil fordere. Er erachte es deshalb, auch aufgrund der zeitlichen Belastung, als schwierig, eine solche Fortbildung in noch engeren Abständen durchzuführen. Die Landesregierung bitte er um Auskunft, ob es ausreichend sei, diese Fortbildung nur einmal zu machen, oder sich die Fortbildungsnotwendigkeit alle zwei Jahre auf das komplette Curriculum beziehe. Seine Fraktion sehe die in dem Gesetzentwurf dargestellte Fortbildungsfrequenz aber als ausreichend an.

Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums spreche von einer Freistellung von 0,1 Stellen pro zehn Intensivbetten. Er bitte um Beantwortung, wie die Landesregierung zu diesem Vorschlag stehe und ob diese Formulierung noch Aufnahme in das Ausführungsgesetz des Landes finde.

Das Stichwort der monetären Vergütung wolle er noch nennen. Dazu habe er sehr kritische Stellungnahmen wahrgenommen. Natürlich dürfe auch nicht nur im Ansatz der Eindruck erweckt werden, dass das Feld der Organspende mit monetären Anreizen in Verbindung gebracht werde. Auf Bundesebene sei nun die Festlegung erfolgt, dieses bisher defizitäre System mit einem Pauschalsystem zu vergüten. Das erachte er als sinnvoll, da mit diesem Bereich ein sehr großer Aufwand einhergehe, der Berücksichtigung finden sollte.

Die Freistellungsregelung stelle er sich jedoch in einem kleinen Haus mit vielleicht sechs Intensivbetten schwierig in der praktischen Umsetzung vor. Dazu würde ihn die Einschätzung der Landesregierung interessieren, ob sie sich ein anderes finanzielles Anreizsystem, wie es Herr Dr. Rahmel von der DSO aufgebracht habe, vorstellen könne.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler führt aus, die Sorge der Krankenhausgesellschaft bezüglich § 2 des Ausführungsgesetzes könne sie nicht nachvollziehen, da sie die in diesem Paragraphen genannten Aspekte als Aufgabe, als in den Verantwortungsbereich der Gesellschaft fallend sehe. Wenn die Satzung das nicht widerspiegeln, dann wäre eine Anpassung dieser Satzung ihres Erachtens die logische Folge.

Das von Herrn Abgeordneten Dr. Gensch angesprochene Curriculum sei nur einmal durchzuführen.

Bezüglich der Freistellung habe das Land den Weg gewählt, die Krankenhäuser um Rückmeldung zu bitten, welche Anzahl Freistellungen gewährt werde, da es darum gehen müsse, diese Freistellungen ins Verhältnis zu setzen. Nach wie vor werde diese Variante als guter Ansatz gesehen.

Dr. Klaus Jahn trägt ergänzend vor, die Länder hätten bereits bei der letzten Novellierung des Transplantationsgesetzes im Jahr 2012 diese Freistellungsregelung, die der Bund festgelegt habe, im Bundesrat einstimmig vorgeschlagen. Der Bund habe die Festlegung einer solchen Regelung damals den Ländern überlassen, die zu Recht gesagt hätten, sie könnten eine solch dezidierte Freistellung nicht in ihre Landesgesetze hineinschreiben, ohne dass gleichzeitig eine entsprechende Finanzierung vorliege.

Die Finanzierung, die sich dann jedoch durch die Krankenkassen angeschlossen habe, war nicht in Deckung mit den vorgesehenen Punkten einer solchen Freistellungsregelung zu bringen. Noch hinzu sei der Aspekt gekommen, dass die 16 Bundesländer unterschiedliche Freistellungsregelungen in ihre Landesgesetze aufgenommen hätten.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Die Bundesregierung habe nun das getan, was die Bundesländer bereits 2012 gefordert hätten, eine feste Freistellungsregelung in das Bundesgesetz zu schreiben und gleichzeitig eine entsprechende Finanzierung damit zu verbinden.

Deshalb sei eine solche Regelung aus gutem Grund im Ausführungsgesetz des Landes nicht vorgesehen. Mit der Ergänzung dessen, was Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vorhin ausgeführt habe, sehe er dies als gute Kombination, weil auf diese Weise eruiert werden könne, welche Freistellungszeit die Transplantationsbeauftragten tatsächlich erhalten hätten. Damit werde quasi ein gewisser Überprüfungsmechanismus geschaffen, um sicherzustellen, dass diese Freistellung tatsächlich erfolge.

Was den Punkt des finanziellen Anreizes angehe, so dürfe selbstverständlich nicht der Eindruck erweckt werden, es bestünde ein solcher, Organspenden durchzuführen. Klarzustellen sei aber auch, eine Transplantation bedeute einen erheblichen Aufwand für die Krankenhäuser. Die Ärzte und Krankenhäuser sähen sich in erster Linie immer noch im kurativen Ansatz. Zwar gebe es auch bei der Organspende einen kurativen Ansatz, jedoch an anderer Stelle. Deshalb müsse es das mindeste sein, dass den Krankenhäusern zumindest keine Kosten verblieben.

Die derzeit vorgesehene Finanzierung und die entsprechende Regelung im Gesetzentwurf auf Bundesebene im Hinblick auf Pauschalen bedeuteten jedoch keinen besonderen Anreiz für die Krankenhäuser, Organspenden durchzuführen, sie bekämen jedoch insofern einen Anreiz, dass sie zumindest den Aufwand finanziert bekämen. Das erachte er als durchaus legitim.

Abg. Steven Wink greift den Punkt der Freistellung auf, der seines Erachtens, auch bestätigt in vielen persönlichen Gesprächen, gar nicht das Hauptthema gewesen sei. Manche Transplantationsbeauftragten hätten geäußert, eine solche Freistellung sei in der Praxis schwierig umzusetzen, da sie tagtäglich unfänglich eingebunden seien. Das Amt des Beauftragten übten sie mit aus und legten oftmals keinen großen Wert auf eine solche Freistellung. Auch solche Rückmeldungen habe es gegeben.

Bezüglich der finanziellen Komponente dürfe kein falscher Eindruck entstehen, das sehe er genauso, wobei eine Kostenerstattung selbstverständlich möglich sein müsse. Ein Entgelt darüber hinaus dürfe es aber nicht geben, weil sonst wieder Bilder von Skandalen in der Öffentlichkeit entstünden, die zwar die Organspende an sich nicht beträfen, aber das an sich hoch emotionale Thema negativ belasten könnten.

Ansprechen wolle er auch den Punkt der Information. Die Menschen müssten informiert und mitgenommen werden. Oftmals werde das Thema sachlich zwar verstanden, eine Organspende aber trotzdem abgelehnt. Um hier eine Änderung zu erreichen, sei eine plakative Werbung nicht ausreichend, vielmehr müsse versucht werden, schon junge Menschen mit diesem Thema zu konfrontieren, sie in dieser Hinsicht vorzubereiten.

Er habe in dieser Hinsicht die Erfahrung gemacht, dass diverse Bildungsträger dieses Thema weit von sich schoben, selbst höhere Klassen nicht an das Thema heranführen wollten. Gerade eine solche Vorgehensweise sei für die Zukunft aber extrem wichtig, wie sich aus der Anhörung heraus ergeben habe.

Bezüglich der Prozesskontrolle, des Berichtswesens und der Transparenz seien im Bundesgesetz entsprechende Regelungen getroffen worden.

Als sehr wichtig sei die Schulung der Mitarbeiter einzustufen. Das hierfür vorgesehene Curriculum der Landesärztekammer sei erwähnt worden. Die Einbindung aller betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Stärkung der Transplantationsbeauftragten seien als weitere wichtige Punkte von allen Anzuhörenden genannt worden.

Als weiterer wichtiger Punkt sei die Verbesserung der Rolle der Pflege genannt worden, deren Besetzung auf Bundesebene nun anders vorgesehen sei. Dies unterstütze seine Fraktion; denn die beauftragten Ärztinnen und Ärzte hoben deutlich hervor, dass die Pflegerinnen und Pfleger viel näher an den Patienten und ihren Angehörigen seien als sie selbst, da diese die ersten Ansprechpartner seien.

Den Aspekt des Arztvorbehalts genau zu definieren, hätten beauftragte Pflegekräfte gefordert. Dass diese Klarstellung jetzt erfolge und Pflegerinnen und Pfleger somit künftig klar wüssten, ob sie dem medizinischen Leiter oder dem Direktor unterstellt seien, begrüße seine Fraktion.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Insgesamt seien die Rückmeldungen bezüglich des Gesetzentwurfs durchweg positiv gewesen. Er begrüße es, dass dieses Thema, das sehr wichtig sei, in den Fokus gestellt worden sei und noch weiterhin im Fokus stehen werde, da Punkte wie Widerspruchslösung oder Zustimmungslösung noch einer Lösung zugeführt werden müssten.

Dass es pro Intensivstation und nicht pro Klinik einen Transplantationsbeauftragten geben solle, dafür plädiere seine Fraktion ebenfalls, da er möglichst immer ansprechbar sein solle.

Ein noch zu klärender Aspekt sei die Frage des Organspendeausweises versus Patientenverfügung. Auch diese Thematik sei in der Anhörung angesprochen worden.

Abg. Hedi Thelen sieht als vordergründig zu beantwortende Frage den Umgang mit den parallelen Strukturen, mit der Veränderung im Rahmen der gesetzlichen Regelungsmöglichkeiten und der nach der Verabschiedung des Bundesgesetzes in Teilen nicht mehr gegebenen Möglichkeit, im Rahmen des Landesrechts einzelne Aspekte zu regeln.

Der Bundesgesetzgeber werde das Thema „Freistellung“ per Gesetz regeln und die Lösung aus Bayern übernehmen, wie sie in der Anhörung vorgetragen worden sei. Es werde somit nicht nur ein Transplantationsbeauftragter pro Intensivstation, sondern 0,1 VZÄ pro zehn Intensivbetten freigestellt werden. Dies zumindest sehe der Entwurf vor.

Die Kompetenz, die im Bundesgesetz für die Regelungen der Länder formuliert werde, sei damit um den Punkt „Freistellung“ reduziert worden, sodass die Länder keine Gesetzregelungskompetenz in dieser Hinsicht mehr haben würden. Das bedeute, es könne im Prinzip die gleiche Formulierung wie im Bundesgesetz übernommen werden.

Für ihre Fraktion sei die nun erfolgte Festlegung nicht unerheblich, da ihr die Regelung zum Thema „Freistellung“ im Gesetzentwurf der Landesregierung zu offen gewesen sei, da sie sich die Rechtsverordnungsermächtigung für nähere Regelungen gegeben habe. Ihre Fraktion hätte es begrüßt, wenn sich die Regelung, die jetzt der Bundesgesetzgeber treffe, in dem Entwurf der Landesregierung wieder gefunden hätte.

Die CDU-Fraktion sei durchaus bereit, einen gemeinsamen Antrag auf den Weg zu bringen unter Berücksichtigung der für ihre Fraktion noch zu regelnden Aspekte und der aus der Anhörung ergangenen wichtigen Hinweise. Eine Abstimmung müsse aber heute vorgenommen werden, damit der Gesetzentwurf im Dezemberplenium behandelt werden könne. Bis dahin bestehe noch Zeit für die Erstellung der Ergänzungsanträge.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erläutere, so vorgehen zu wollen, wie das von Ländersseite vorgesehen sei; denn die Auffassung, dass die Länder ihre Kompetenz zur Regelung des Punktes der Freistellung entzogen bekämen, könne sie nicht teilen. Vielmehr enthalte sie eine Spezifizierung.

Dr. Klaus Jahn legt dar, der Bundesgesetzgeber habe die Formulierung bezüglich der Freistellung so gewählt, im Hinblick auf die konkreten Ausführungen zum Thema „Transplantationsbeauftragter“ hätten die Länder die Möglichkeit, Regelungen zu treffen. Dabei habe er drei Punkte herausgegriffen, von denen er insbesondere, jedoch nicht abschließend, vorsehe, dass sie von den Ländern zu regeln seien.

Erinnern wolle er an seine vorhergehenden Aussagen bezüglich der Forderungen der Länder im Jahr 2012, dass die Freistellung durch den Bund geregelt werden solle. Dieser habe sich dem widersetzt und ins Gesetz aufgenommen, die Länder seien zuständig für nähere Ausführungen zum Transplantationsbeauftragten in Hinblick auf dessen Qualifikation, organisatorische Stellung und Freistellung.

Nun sei der Punkt der Freistellung wieder herausgenommen worden, weil der Bund auf das eingegangen sei, was die Länder 2012 gefordert hätten. Das bedeute aber nicht, dass die Länder überhaupt keine Regelungsmöglichkeit mehr hätten in diesem Punkt, sondern sie seien nun nicht mehr verpflichtet, diesen Bereich zu regeln. Nach wie vor könnten die Länder ihre eigenen spezifischen Regeln aufstellen, jedoch nur on top dessen, was im Bundesgesetz vorgesehen sei. Das gelte beispielsweise für die Zahl der Transplantationsbeauftragten, mindestens einen pro Klinik, die Landesregelung sehe jetzt einen pro Intensivstation vor.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Abg. Hedi Thelen verdeutlicht, die CDU-Fraktion würde ihren Antrag jetzt zurückziehen, sich aber vorbehalten, einen den Ergebnissen der Anhörung angepassten Antrag später einbringen zu wollen. Bei der Abstimmung werde sich ihre Fraktion deshalb enthalten.

Abg. Dr. Tanja Machalet sähe es gleichfalls als ein gutes Signal an die Öffentlichkeit, einen gemeinsamen Antrag auf den Weg zu bringen. Über die Änderungen, die in den Gesetzentwurf einzubringen seien, damit auch die CDU-Fraktion diesem zustimmen könne, könne dann im Laufe des weiteren Verfahrens diskutiert werden.

Zu TOP 1:

*Der Ausschuss empfiehlt die Annahme des Gesetzes
(SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Enthaltung CDU, AfD).*

Zu Top 2:

Die Antragsteller nehmen gemäß § 69 Abs. 2 Satz 1 GOLT den Antrag zurück.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Budgetbericht der Landesregierung zum 30. Juni 2018

Bericht (Unterrichtung)

Landesregierung

[– Drucksache 17/7589 –](#)

Der Ausschuss nimmt Kenntnis.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Entwicklung der Schlaganfallversorgung vor dem Hintergrund eines Urteils des Bundessozialgerichts

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

– [Vorlage 17/3714](#) –

Vors. Abg. Dr. Peter Enders führt zur Begründung aus, in einer der vorhergehenden Sitzungen sei dieses Thema angesprochen worden, als das Thema virulent geworden sei. In der letzten Sitzung sei es abgesetzt worden. Die Entwicklung, die jetzt eingesetzt habe, zeige eine Lösung auf, sodass die Landesregierung um Berichterstattung gebeten werde.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler referiert, der Schlaganfall stelle eine der häufigsten Todesursachen dar oder ziehe häufig Behinderung und Pflegebedürftigkeit nach sich. Durchschnittlich treffe es täglich 40 Menschen in Rheinland-Pfalz, also ca. 12.000 Fälle im Jahr.

Mit der Ausweisung von Schlaganfalleinheiten seien in den letzten beiden Jahrzehnten grundlegende Fortschritte in der Versorgung, gerade auch in der Fläche, erzielt und immer weiter ausgebaut worden, zuletzt durch die Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten, wie dem telemedizinischen Schlaganfallnetzwerk Rheinland-Pfalz.

Das Bundessozialgericht habe am 19. Juni 2018 in zwei Urteilen Festlegungen zum Mindestmerkmal des Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS) der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls getroffen, die sich auf die Neudefinition und -bewertung des Merkmals der Transportzeit bezögen.

Hintergrund sei, dass Krankenhäuser für die spezialisierte Schlaganfallversorgung eine gesonderte Vergütung erhalten könnten, wenn sie die Voraussetzungen dafür erbrächten. Damit sei die komplexe Behandlung des Schlaganfalls qualitativ sichergestellt und werde entsprechend der erbrachten Leistungen von den Krankenkassen bezahlt.

Eine der Vorgaben gebe die Zeit zwischen dem Rettungstransportbeginn und dem -ende vor, also der Fahrtzeit des Rettungswagens oder der Flugzeit des Rettungshubschraubers. Das Gericht habe nun geurteilt, dass diese Frist bereits mit der Entscheidung des behandelnden Arztes zur Verlegung in eine Neurochirurgie zu laufen beginne und mit der Übergabe des Patienten an die behandelnden Ärzte der Neurochirurgie ende.

Bereits seit Urteilsverkündung und Vorlage der Begründung zahlten einzelne Krankenkassen die Leistungen der neurologischen Komplexbehandlung nur noch unter Vorbehalt der Rückforderung bzw. Stornierung und Verrechnung. Die leistungserbringenden Krankenhäuser seien aufgrund der Rückforderungsproblematik gezwungen, bilanzielle Rückstellungen zu bilden, und es trete eine Verunsicherung ein, wie in Zukunft diese für die Patienten überaus wichtigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden könnten.

Ziel der Landesregierung sei es, die bestehende flächendeckende Versorgung im Land zu erhalten. Niemand solle sich Sorgen darüber machen, im Fall eines Schlaganfalls nicht rechtzeitig behandelt und versorgt zu werden. Sie habe sich daher an Bundesgesundheitsminister Spahn gewandt, der angekündigt habe, eine Lösung mit Beginn des Jahres 2019 zu schaffen.

Rheinland-Pfalz habe im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegepersonalstärkungsgesetz einen Antrag in den Bundesrat eingebracht, in dem das für die Definition der Abrechnungskriterien zuständige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, gebeten werde zu prüfen, wie die getroffene Definition rechtssicher ausgestaltet werden könne.

Der Bundesrat habe am 21. September 2018 eine Entschließung entsprechend des Antrags aus Rheinland-Pfalz gefasst. Zu diesem Bundesratsbeschluss habe die Bundesregierung am 4. Oktober 2018 die Feststellung getroffen, dass die bei der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls maßgebliche Transportzeit im OPS für das Jahr 2019 dahin gehend präzisiert werde, dass es auf die

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Zeit ankomme, die der Patient oder die Patientin im Transportmittel verbringe. Darüber hinaus werde geprüft, ob und inwieweit ergänzende gesetzliche Regelungen erforderlich seien.

Die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD hätten dazu Änderungsanträge in die Beratung eingebracht. Am 9. November 2018 habe der Bundestag das Pflegepersonalstärkungsgesetz mit diesen Änderungen verabschiedet. Das Gesetz sei nicht zustimmungsbedürftig und werde nach einem zweiten Durchgang im Bundesrat zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Nach den Neuregelungen im Pflegepersonalstärkungsgesetz würden nunmehr Klarstellungen zu den Abrechnungsbestimmungen und OPS-Anpassungen rückwirkend möglich. Des Weiteren werde eine spezialgesetzliche Verjährungsfrist von zwei Jahren mit kurzer Stichtagsregelung für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und die Rückforderungsansprüche der Krankenkassen eingeführt.

Mit Blick auf die Sicherung einer guten flächendeckenden Schlaganfallversorgung in Rheinland-Pfalz und die Unsicherheit hinsichtlich der finanziellen Auswirkung bei den Krankenhäusern habe sie alle Beteiligten, Krankenkassen und Krankenhäuser, kurzfristig für den 29. November 2018 zu einem runden Tisch nach Mainz eingeladen. Diese Einladung sei mit dem ernsthaften Wunsch verbunden, durch eine Annäherung der Positionen von Krankenkassen und Krankenhäusern eine gemeinsame Lösung im Sinne der Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten zu finden.

Am vorhergehenden Tag habe sie mit ihren Amtskollegen auf Bundesebene das weitere Vorgehen abgestimmt. Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten könne nur ein gemeinsames und konzertiertes Handeln aller Länder mit dem Bund eine Lösung herbeiführen. Um eine tragfähige Lösung zu finden, hätten die Gesundheitsminister aller Länder daher am vorhergehenden Tag ein gemeinsames Schreiben an Bundesgesundheitsminister Spahn versandt mit dem Ziel, die Krankenkassen und Krankenhausträger auf Bundesebene aufzufordern, ein Schlichtungsverfahren unter Beteiligung der Länder einzuleiten.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders erkundigt sich, ob nun mit der Möglichkeit der rückwirkenden Klarstellung die nun laufenden Prozesse ihre Erledigung gefunden hätten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler stellt heraus, ursprünglich sei vorgesehen gewesen, die Verjährungsfrist auf zwei Jahre zu verkürzen, um aufgrund des Urteils Rechtssicherheit zu geben. Stichtag hätte der 31. Dezember sein sollen. Vorgesehen gewesen sei, dass die Krankenkassen mit den Krankenhäusern in Gespräche einträten, um möglicherweise kritische Fälle noch zu klären.

Der Gesundheitsausschuss des Bundestages habe dann jedoch eine Änderung eingebracht, um eine vermeintlich größere Rechtssicherheit zu schaffen. Deshalb sei als neuer Stichtag der 9. November eingeführt worden, der Zeitpunkt der zweiten und dritten Lesung. Das sei schon als ungewöhnlich zu bezeichnen, zumal am kommenden Freitag die Befassung im Bundesrat anstehe.

Dieser eingebrachte Änderungsantrag habe dazu geführt, dass am Tag darauf von den Krankenkassen diese Klagen eingereicht worden seien – Stichtag sei der darauf folgende Freitag gewesen –, um mögliche Haftungen abzuwenden. In Rheinland-Pfalz bedeute das Klagen in einer Größenordnung von derzeit 15.000. Hinzu kämen noch Klagen aus anderen Bundesländern, weil immer am Sitz der Krankenkasse geklagt werde.

Da schon einige Krankenkassen Verrechnungen vornähmen, führe das zu existenzbedrohenden Situationen bei Krankenhäusern.

Wenn es vorher schon eine Bereitschaft gegeben habe, miteinander zu reden, als noch der Stichtag 31. Dezember im Raum gestanden habe, sollte es nun auch mit dem neuen Stichtag noch möglich sein, im Rahmen von Gesprächen eine Einigung zu finden. Bis dahin ruhten die Klagen.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders sieht nun für die Zukunft eine Regelung gegeben, während es aktuell noch darum gehe, für die zurückliegenden Fälle eine Einigung zu finden.

Ausdruck geben wolle er seiner Auffassung, das dazu gesprochene Urteil sei nur als absurd, als wirklichkeitsfremd zu bezeichnen. Wenn es zu einer Umsetzung analog zu diesem Urteil kommen würde, würde das für die Krankenhäuser im ländlichen Raum, die regionale Schlaganfalleinheiten seien, das

Ende ihrer Existenz bedeuten. Deshalb begrüße er ausdrücklich, dass es zu dieser Regelung gekommen sei.

Abg. Dr. Sylvia Groß fragt nach, wer Klage gegen wen mit welchem Klagegegenstand eingereicht habe.

Dr. Silke Heinemann (Abteilungsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) erläutert, konkrete Informationen dazu habe sie nicht vorliegen. Ursächlich sei es um diese 30-Minuten-Regelung gegangen, die im Rahmen des OPS vom DIMDI festgelegt und nach Auffassung der Krankenkassen nicht von allen Krankenhäusern eingehalten worden sei.

Einige Krankenkassen verträten die Auffassung, der Transport eines Patienten in die Neurochirurgie oder Neuroradiologie dürfe auch 31 Minuten dauern, während andere Krankenkassen wiederum diese Regelung von 30 Minuten genau eingehalten sehen wollten.

In einem Fall sei es wohl zwischen den Entgeltpartnern zum Streit gekommen, als Ausfluss dessen es zu dieser Klage vor dem Bundessozialgericht gekommen sei. Nähere Informationen, beispielsweise zur Klageschrift, lägen dem Ministerium jedoch nicht vor.

Abg. Dr. Sylvia Groß bittet um Auskunft, wie es zu einer solchen plötzlichen Eskalation kommen könne. Sie gehe davon aus, dass die Krankenkassen gegen das DIMDI geklagt hätten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler antwortet das Urteil, das im Juni gesprochen worden sei, gehe auf die Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus, das Krankenhaus in Daun, zurück.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp unterstreicht, die vorgesehene Zeit für Transport und vor- und nachgelagerte damit einhergehende Aktivitäten reiche mit dem vorgegebenen Zeitraum nicht aus.

Ein Grundproblem sei die Verfristung von vier auf zwei Jahren, weshalb es zu dieser Klagewelle gekommen sei. Da es sich um Beiträge handele, die in das Solidaritätssystem eingezahlt worden seien, sei es schon wichtig, dass sie ordnungsgemäß verwendet würden. Die Krankenhäuser seien nun aber veranlasst, Tag- und Nachtschichten einzuführen, um rechtzeitig genug ihr Kapital zu sichern, indem sie Klageschriften anfertigten.

Was nun auf jeden Fall auch weiterhin gewährleistet sein müsse, sei die Patientenversorgung und daneben auch die Patientensicherheit in der gefühlten Wahrnehmung; denn wenngleich den Fachpolitikern bekannt sei, dass sowohl Patientenversorgung als auch Patientensicherheit weiterhin gewährleistet seien, so komme in der Öffentlichkeit die Botschaft an, Leistungen würden nur noch dann bezahlt, wenn die vorgegebene Transportzeit eingehalten werde, sodass sich die Patienten die Frage stellten, ob sie weiterhin ihre gute Versorgung bekämen. Dass das auch weiterhin der Fall sei, wolle sie an dieser Stelle ausdrücklich betonen.

Aktuell stünden die Weihnachtsgehälter für das Personal in den Krankenhäusern an, sodass die Frage zu stellen sei, ob diese in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten könnten, weil Außenstände bei den Krankenkassen gegeben sein könnten. Die Landesregierung bitte sie dazu um Beantwortung.

Abg. Dr. Christoph Gensch vermag das Urteil und die dazu geführte Debatte nur in einem begrenzten Umfang nachzuvollziehen. Wenn ein Patient einen Schlaganfall erleide, gelte es, die Frage zu klären, ob dieser aufgrund eines verschlossenen Gefäßes oder aufgrund einer Hirnblutung erfolgt sei. Diese Unterscheidung könne erst getroffen werden, wenn der Patient in ein Krankenhaus gebracht und dort ein MRT oder CT gemacht worden sei.

Wenn nun der Fall im Raum stehe, dass das Dauner Krankenhaus die erbrachten Leistungen von der Krankenkasse nicht erstattet bekomme, sei die Frage zu stellen, ob bei diesen in Rede stehenden 17 Patienten überhaupt die Notwendigkeit bestanden habe, sie in ein anderes Krankenhaus zu verlegen.

Die Statistik gebe wieder, dass bei 85 % der Schlaganfälle ischämische Ursachen und bei 15 % Blutungen zugrunde lägen. Das heiße, bei dem Großteil bestehe überhaupt keine Notwendigkeit, in eine neurochirurgische Abteilung verlegt zu werden, höchstens – das gelte nur für wenige Patienten – in eine neuroradiologische, wenn ein Blutgerinnsel hier entfernt werden könne. Bei allen anderen stelle die

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Lyse, die blutverdünnende Therapie, die Therapie der Wahl dar, die sicherlich auch vor Ort in Daun durchgeführt werden könne.

Die Universitätsklinik Homburg halte dafür ein sogenanntes Stroke-Mobil vor, das ein integriertes CT habe und bei einer Schlaganfallalarmierung diesen Unterschied direkt treffen könne.

Deshalb sei für ihn als Mediziner die Verweigerung der Vergütung mit Hinweis auf diese 30-Minuten-Regelung vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler unterstreicht die zuvor gemachte Aussage, es dürfe aufgrund dieses Urteil nicht zu einem Einbruch der Versorgung oder zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung bezüglich dieser Versorgung kommen, gleiches gelte auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass ihnen beispielsweise aufgrund fehlender liquider Mittel kein Weihnachtsgeld ausbezahlt würde.

Das sei der Grund, warum sie umgehend reagiert und den schon erwähnten runden Tisch einberufen habe, um mit den Betroffenen ins Gespräch zu kommen, obwohl das Ministerium in diesem Fall kein Beteiligter sei.

An dem Donnerstag der vorhergehenden Woche habe sie mit Karl-Josef Laumann als Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz telefoniert und ihn gebeten, eine Telefonschaltung der Gesundheitsminister aller Länder einzuleiten. In diesem Zusammenhang habe er über die Situation aufgrund des ergangenen Urteils in Nordrhein-Westfalen berichtet, die sich dort jedoch nicht so drastisch darstelle wie in Rheinland-Pfalz.

Diese Telefonkonferenz, zu der auch Staatssekretär Stroppe zugeschaltet gewesen sei, habe am vorhergehenden Tag stattgefunden. Alle Gesundheitsminister hätten sich dahin gehend einig gezeigt zu versuchen, eine Einigung auf Bundesebene zu erzielen.

Als weiterer Schritt sei ein gemeinsamer Brief an Bundesgesundheitsminister Spahn formuliert worden, um diese Forderung deutlich zu machen. Nun werde gehofft, dass dem Beispiel von Rheinland-Pfalz gefolgt und auf Bundesebene ebenfalls eine solche Initiative eingeleitet werde.

Der Termin für den runden Tischen Rheinland-Pfalz am 29. November bleibe jedoch bestehen, um noch einmal die Situation in Rheinland-Pfalz zu beleuchten und zu eruieren, ob es schon möglich sei, Absprachen zu treffen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Digitale Sucht bei Kindern und Jugendlichen

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

– Vorlage 17/3777 –

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, die Digitalisierung spiele mittlerweile in nahezu allen Lebensbereichen eine Rolle. Sie eröffne neue Möglichkeiten und Entwicklungen, leider nicht ausschließlich positive, wie die Verbreitung Computerspiel- und internetbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen zeige.

Seitdem das Internet durch die mobilen Zugänge des Smartphones allgegenwärtig sei, verstärke sich das Problem der übermäßigen Nutzung. So belegten die Ergebnisse der aktuellen und bundesweit repräsentativen Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für das Jahr 2015, dass nahezu alle jungen Menschen von 12 bis 25 Jahren privat das Internet nutzten, davon rund 80 % über das Smartphone.

Sie seien durchschnittlich 22 Stunden pro Woche online, meist zum Kommunizieren. Danach folgten Unterhaltungs- und Informationsangebote sowie Computerspiele.

Laut der Studie sei bereits bei 5,8 % der 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen von einer Computerspiel- oder internetbezogenen Störung auszugehen. Das heiße, diese jungen Menschen hätten unter anderem Schwierigkeiten, ihre Nutzung zu kontrollieren, und ließen innere Unruhe, Gereiztheit, Einschlaf- und Konzentrationsstörungen, Rückzug vom Alltag oder auch psychische Probleme erkennen.

Um Störungen durch die Nutzung von Computerspielen und Internet vorzubeugen, sei es notwendig, über die Problematik zu informieren und aufzuklären, die Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen und auch von Eltern und Erziehungsverantwortlichen zu stärken und bei ersten Anzeichen von Problemen passende Unterstützung und Hilfe anzubieten.

Die 43 Suchtberatungsstellen und 16 Außenstellen in Rheinland-Pfalz seien wichtige Anlaufstellen, wenn es um Information, Unterstützung und Hilfe gehe. Insgesamt 39 Kinder und Jugendliche hätten diese im Jahr 2017 wegen eigener Probleme im Zusammenhang mit den neuen Medien in Anspruch genommen. Belastbare Zahlen zu Behandlungsfällen dieses noch jungen Störungsbildes bei Kindern und Jugendlichen lägen bisher nicht vor.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) habe erst kürzlich in der neuen Version ihrer global verwendeten Klassifikation von Krankheiten, der ICD-11, die im Januar 2019 verabschiedet werden solle, die Gaming Disorder, das heiße, die Internet-, Computer- oder Videospielesucht, als eigenständige Diagnose anerkannt. Die WHO verspreche sich damit mehr Aufmerksamkeit beim Erkennen dieses Störungsbildes und dessen Behandlung.

In Rheinland-Pfalz bestünden mit der Edelsteinklinik in Bruchweiler bei Idar-Oberstein sowie dem Viktoriastift in Bad Kreuznach zwei Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation, in denen Kinder und Jugendliche mit einem auffälligen PC- und Internetgebrauch im Rahmen einer psychosomatischen Kinder- und Jugendrehabilitation behandelt würden. Nach Auskunft der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz habe es bisher nur sehr wenige Behandlungsfälle gegeben.

Einige Sucht-Fachkliniken in Rheinland-Pfalz verfügten bereits über spezialisierte Behandlungsangebote für erwachsene Menschen mit einer PC- und Internetabhängigkeit. Das seien die MEDIAN Klinik Daun, die MEDIAN Klinik Tönisstein in Bad Neuenahr-Ahrweiler, die Fachklinik Eußerthal und das Rehabilitationszentrum am Donnersberg in Kirchheimbolanden, das Rehabilitanten bereits ab 17 Jahren aufnehme. Auf Anfrage könnten nach Einzelfallentscheidungen auch Minderjährige in den vorgenannten Einrichtungen aufgenommen werden.

Eine ambulante Rehabilitation der PC- und Internetsucht ab 16 Jahren biete die Suchtberatungsstelle „Die Tür e.V.“ in Trier an. Bisher seien keine Behandlungsfälle unter 18 Jahren zu verzeichnen gewesen. Auch die Ambulanz für Spielsucht der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

halte ein ambulantes Behandlungsangebot für junge Erwachsene bereit. Zudem seien die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wichtige Akteure im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von jungen Menschen.

Im Zusammenhang mit der exzessiven Mediennutzung und einer möglichen Suchtentwicklung komme vor allem der Prävention eine wesentliche Bedeutung zu. Rheinland-Pfalz verfüge über gute, seitens des Landes geförderte Strukturen in der Suchtprävention. Zu nennen seien das Referat Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung, die 38 regionalen Arbeitskreise für Suchtprävention, die Suchtberatungsstellen, besonders mit ihren Suchtpräventionsfachkräften und den regionalen Fachstellen Glücksspielsucht, sowie die Beratungslehrkräfte für Suchtprävention an den Schulen.

Diese Strukturen ermöglichten es, beständig und regelmäßig eine Vielzahl von Präventionsmaßnahmen zu allen Suchthemen, auch zu PC- und Internetsucht, in den Regionen des Landes Rheinland-Pfalz umzusetzen. Es würden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen, Multiplikatorenschulungen, Fachtagungen, Workshops, Aktionstage, Elternabende oder spezielle Präventionsprogramme durchgeführt.

Im Jahr 2017 seien in Rheinland-Pfalz insgesamt rund 2.300 suchtpreventive Maßnahmen realisiert worden, darunter alleine rund 500 Maßnahmen speziell zur Vorbeugung der PC- und Internetsucht. Dabei gehe es um Aufklärung zu möglichen Suchtgefahren, Sensibilisierung bezüglich des verantwortungsbewussten Umgangs mit Suchtmitteln oder suchtgefährdenden Angeboten und Stärkung von Handlungs- und Lebenskompetenzen junger Menschen.

Zudem werde auf bestehende Unterstützungs- und Hilfeangebote aufmerksam gemacht, auch auf die Online-Fortbildungen zur Computerspiel- und Internetsucht, die Elterninformationen „Spiel mit mir“ und „Kinder und Medien“ sowie die Informationsflyer für Kinder und Jugendliche im Angebot der Landeszentrale für Gesundheitsförderung.

Zur Vorbeugung einer PC- und Internetsucht sei es notwendig, Medienkompetenz zu vermitteln. Es brauche Regeln, Liebe und vertrauensvolle Beziehungen und natürlich die Eltern als medienkompetente Vorbilder. Das beinhalteten die suchtpreventiven Maßnahmen zu diesem Thema.

Die Internet- und Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen, von Eltern und Pädagogen sei ein besonderes Anliegen der Landeszentrale für Medien und Kommunikation Rheinland-Pfalz. So biete die europaweite Initiative „Klicksafe“, die für die Bundesrepublik Deutschland von der rheinland-pfälzischen LMK gemeinsam mit der Landesanstalt für Medien NRW umgesetzt werde, zahlreiche Informations- und Unterstützungsangebote.

Zur Verfügung stünden beispielsweise notwendiges Elternwissen zur PC- und Internetabhängigkeit, Unterrichtsreihen für Lehrkräfte und Multiplikatoren auch zur Gestaltung von Elternabenden oder Hilfestellung für Eltern, wenn es um Nutzungsregeln gehe.

Auch das Landesprogramm „Medienkompetenz macht Schule“ des pädagogischen Landesinstituts Rheinland-Pfalz beinhalte Angebote, an denen sich alle an Schulen aktive Personenkreise beteiligten, um den Themenkomplex zu bearbeiten. So seien bislang 2.900 Lehrkräfte zu Jugendmedienschutzberaterinnen und -beratern ausgebildet worden, die relevante Themenbereiche, wie beispielsweise die Faszination und Wirkung von Medien auf junge Menschen, und auch das Thema „Sucht“ ins Kollegium trügen und mit den Schülerinnen und Schülern im Unterricht thematisierten.

Auch hätten bisher rund 2.800 Schülerinnen und Schüler zu Medienscouts.rlp-Teams ausgebildet werden können, die für ihre Mitschüler als Beraterinnen und Berater für einen verantwortungsvollen und reflektierten Umgang mit den Angeboten des Internets und des Web 2.0 agierten.

Die aufgezeigten, nicht abschließend genannten Angebote und Maßnahmen seien wichtige Beiträge zur Verhinderung einer PC- und Internetabhängigkeit. Die Landesregierung setze auch weiterhin kontinuierlich auf Prävention, um Suchterkrankungen möglichst nicht entstehen zu lassen.

Abg. Sven Teuber sieht diese Thematik als hochsensiblen Bereich, da die heutige Welt hoch digitalisiert sei. Eine solche Diagnose einer Abhängigkeit zu treffen, erachte er als sehr schwierig. Deshalb

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

bitte er um Beantwortung, ob es noch genauere Anhaltspunkte, diagnostische Kriterien zur Orientierung gebe.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler nennt doch einmal den ICD-11, der im Laufe des Jahres 2019 durch die WHO verabschiedet werden solle. Vorausgegangen seien wissenschaftliche Untersuchungen und Diskussionen, inwieweit extreme Formen der Mediennutzung tatsächlich zum Erleben von klinisch relevanten Symptomen und Beeinträchtigungen führten, weil es sehr schwierig sei, auf diesem Feld eine Abgrenzung vorzunehmen.

Nach derzeitiger wissenschaftlicher Mehrheitsauffassung würden diese neu erforschten Störungsbilder den stoffungebundenen Suchterkrankungen zugerechnet. Nach der Internet Gaming Disorder DSM-5 gebe es neun Punkte, an denen man sich orientieren könne, mindestens fünf davon müssten erfüllt sein.

Das seien zum Beispiel die andauernde Beschäftigung mit dem Internet; Entzugssymptome, wenn das Onlinespiel nicht zur Verfügung stehe, wie Unruhe und Gereiztheit; Toleranzentwicklung mit dem Bedürfnis, immer länger zu spielen; erfolglose Versuche, die Teilnahme an Onlinespielen zu beenden; Kontrollverlust; Verlust des Interesses an früheren Hobbys oder Aktivitäten, also soziale Abkapselung; andauerndes exzessives Onlinespielen trotz des Wissens um die psychosozialen Probleme; das Täuschen von Familienmitgliedern, Therapeuten oder anderen Personen in Bezug auf das wirkliche Ausmaß; die Emotionsregulation und die Gefährdung oder der Verlust von wichtigen Bekanntschaften, Beruf oder Ausbildung.

Abg. Michael Wäschenbach unterbreitet den Vorschlag, die genannten Informationen auch dem Bildungsministerium zur Verfügung zu stellen, damit sie an die Schulen weitergegeben werden könnten; denn an jeder Schule gebe es einen sogenannten Suchtbeauftragten, für den diese Informationen sicherlich sinnvoll wären.

Abg. Sven Teuber erachtet dies als guten Vorschlag, weist aber darauf hin, dass diese Informationen teilweise auch vom Bildungsministerium kämen. Die Schwierigkeit liege nicht in fehlenden Informationen, sondern an der Feststellung, ob eine Störung vorliege oder nicht.

Wie wichtig dieses Thema für die Industrie sei, zeige sich beispielsweise daran, dass Apple in seinem System immer mehr dahin führe, sich selbst zu reflektieren. Sobald dieses Reflexionsvermögen nicht mehr gegeben sei, sei es seines Erachtens notwendig, eine Diagnose zu stellen, ob schon eine Störung oder Sucht vorliege.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler unterstreicht, das gelte vor allem dann, wenn eine solche Reflexion bei einem selbst noch möglich sei, eine Sucht oder Störung gegenüber anderen aber abgestritten werde oder jemand eine solche sich selbst gegenüber nicht wahrhaben wolle.

Den Punkt, den Herrn Abgeordneter Wäschenbach angesprochen habe, könne sie nur bestätigen. Für die Schulen handele es sich um ein ganz großes Thema. Die Ausarbeitung könne sie gerne an das Bildungsministerium weitergeben, wemgleich, wie ausgeführt, nachgeordnete Behörden, wie beispielsweise das Pädagogische Landesinstitut, viele Fortbildungen anböten, die von den Lehrkräften auch angenommen würden. Bei den suchtbeauftragten Lehrern an den Schulen habe es teilweise Verschiebungen in den Schwerpunkten hin zu diesen Themen gegeben, weil es im Unterricht zu erleben sei, was diese intensive Internet- und Smartphonennutzung bedeute.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Fernbehandlung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

– [Vorlage 17/3821](#) –

Abg. Kathrin Anklam-Trapp führt aus, Fernbehandlung stelle den ersten Schritt zum Einstieg in eine digitalisierte Medizin dar. Sie gehe davon aus, dass in dieser Hinsicht noch vieles folgen werde. Die Landesregierung werde um Bericht gebeten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler referiert, auf ihrer Vertreterversammlung am 19. September 2018 habe sich die Landesärztekammer mit überwiegender Mehrheit für eine Änderung ihrer in den Grenzen des Landes Rheinland-Pfalz gültigen Berufsordnung ausgesprochen. Damit gleiche die Landesärztekammer ihre Berufsordnung der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer an, die im Frühjahr dieses Jahres auf dem Deutschen Ärztetag in Erfurt verabschiedet worden sei, und setze die Lockerung des ausschließlichen Fernbehandlungsverbots landesspezifisch um.

Die beschlossene Änderung sei im Oktober 2018 durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie im Wege der Rechtsaufsicht genehmigt worden. Aufgrund der bisherigen Rechtslage sei es Ärztinnen und Ärzten in Rheinland-Pfalz bisher nicht möglich gewesen, eine ausschließliche Fernbehandlung an ihren Patientinnen und Patienten durchzuführen. Zumindest ein einmaliger physischer Arzt-Patienten-Kontakt sei für eine Behandlung erforderlich gewesen. Das sei nun nicht länger zwingend.

Aufgrund der der neugewählten Formulierung sei eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar sei und die erforderliche ärztliche Sorgfalt, insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation, gewahrt werde und die Patientin oder der Patient über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werde.

Die Landesregierung begrüße diese Änderung; denn einerseits trete durch die von der Landesärztekammer gewählte Formulierung klar hervor, dass der für die medizinische Behandlung und Versorgung sehr wichtige persönliche Kontakt zwischen Ärzten und ihren Patienten nach wie vor den Regelfall der ärztlichen Behandlung darstellen solle und werde.

Die Wahrung und Einhaltung der ärztlichen Sorgfaltspflicht zur Sicherstellung der Patientensicherheit werde als übergeordnetes Ziel erhalten bleiben. Gleichwohl eröffneten sich durch die Änderung der Berufsordnung neue Möglichkeiten, die den gesellschaftsstrukturellen Gegebenheiten, insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, Rechnung trügen.

Vor allem in ländlichen Regionen könne die Lockerung des ausschließlichen Fernbehandlungsverbots zu einer gut funktionierenden ärztlichen Versorgung beitragen. Während früher noch lange und mitunter strapaziöse Anfahrtswege und Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten zwingend erforderlich gewesen seien, könnte in Zukunft eine Onlinesprechstunde, eine Beratung per Videoübertragung oder ein einfacher Anruf genügen, sofern dies die Umstände des Einzelfalls zuließen.

Profitieren würden hiervon nicht nur die rheinland-pfälzischen Patientinnen und Patienten, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte, für die eine ausschließliche Fernbehandlung ebenfalls eine Entlastung bedeuten könne.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp erachtet diese Lockerung des Fernbehandlungsverbots als einen Meilenstein, als einen guten Anfang. Ihr sei dabei aber durchaus bewusst, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt nicht zustande komme und die Diagnostik über die Fernbehandlung nicht möglich sei, der Gang zum Arzt dringlich empfohlen sei. Auch seien Krankmeldungen oder Rezeptierungen derzeit noch nicht über die Fernbehandlung möglich.

In diesem Zusammenhang sei anzumerken, zu beobachten sei, dass in Nachbarländern diese Aspekte der Medizin auch langsam Einzug hielten. Beispielsweise laufe in der Schweiz ein Pilotprojekt mit einem Telemedizinanbieter, bei dem Ärzte im Hintergrund arbeiteten und praktische Ärzte vermittelbar seien.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Vors. Abg. Dr. Peter Enders legt dar, letztendlich gehe es um eine Ausweitung dessen, was schon immer nach Ziffer 1 der Gebührenordnung für Ärzte möglich gewesen sei, die telefonische Beratung.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 8 der Tagesordnung:

Kurzfristige Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für Psychotherapeuten

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

[– Vorlage 17/3912 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler legt dar, voraussichtlich im April 2019 werde das Terminservice- und Versorgungsgesetz in Kraft treten. Die Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolge mit Wirkung zum 1. Juli 2019. Eine übergangsweise Aufhebung der Zulassungssperren oder andere Übergangslösungen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes würden somit lediglich eine zeitliche Verzögerung von wenigen Monaten bedeuten.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz habe der G-BA den Auftrag erhalten, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die Bedarfsplanung insgesamt zu überprüfen und insbesondere für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte und der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Der G-BA habe ein umfangreiches Gutachten zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse in die Überarbeitung der Richtlinie einbezogen werden sollten. Dies habe leider zu erheblichen Verzögerungen geführt. Das Gutachten solle als Grundlage für die Umsetzung des Auftrags dienen, die Bedarfsplanung im Sinne einer kleinräumigen und bedarfsgerechteren Planung weiter zu entwickeln.

Im Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes habe der Bundesgesetzgeber vorgegeben, dass der G-BA die Anpassung für eine bedarfsgerechte Versorgung unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Gutachtens bis zum 1. Juli 2019 zu treffen habe. Das rund 700 Seiten starke wissenschaftliche Gutachten liege dem G-BA seit Mitte des Jahres vor.

Die Landesregierung erwarte, dass die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene die notwendigen Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie jetzt zügig berieten und verabschiedeten und so die Voraussetzung für eine sachgerechte, patientenorientierte und auf einer wissenschaftlichen Basis beruhenden Bedarfsplanung schaffen.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA obliege dem Bundesministerium für Gesundheit. Es sei deshalb Aufgabe des Bundesministers für Gesundheit dafür Sorge zu tragen, dass der G-BA seinen gesetzlichen Verpflichtungen innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen Fristen nachkomme.

An den nicht öffentlichen Beratungen des G-BA zu Bedarfsplanungsrichtlinie nähmen auch Vertreterinnen und Vertreter der Länder teil. Die Positionen, auf die sich die Länder im Hinblick auf die anstehende Bedarfsplanungsreform verständigt hätten, seien im Rahmen einer Veranstaltung zur Vorstellung des Gutachtens am 15. Oktober 2018 dargestellt worden.

Bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sähen die Länder bei bestimmten Arztgruppen besonderen Handlungsbedarf. Dies betreffe auch die ärztlichen und nicht ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Darüber hinaus hielten die Länder eine Neufestlegung und Neuberechnung der Verhältniszahlen insgesamt für erforderlich.

Zudem müsse nach Ansicht der Länder vor dem Hintergrund einer guten Versorgung vor Ort die Möglichkeit der regionalen Abweichungen ausgebaut werden.

Eine kurzfristige Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten wäre daher zum derzeitigen Zeitpunkt nicht sinnvoll. Für den überschaubaren Übergangszeitraum der wenigen Monate bis zum Inkrafttreten der neuen wissenschaftlich fundierten Bedarfsplanungsrichtlinie sei es zielführender, das Instrument der Sonderbedarfzulassung stärker zu nutzen.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte der **Abg. Dr. Sylvia Groß** zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zukommen zu lassen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Landeskrankenhausplan

Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

– [Vorlage 17/3943](#) –

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler informiert, mit ihrem heutigen Bericht an ihren Bericht vom 8. Oktober 2018 anknüpfen zu wollen. Wie dort bereits erwähnt, sei das vorbereitende Gutachten am 25. September 2018 veröffentlicht und tagesgleich auf der Homepage des Ministeriums eingestellt worden.

Mit Abnahme und Begleichung der Schlussrate Ende Oktober 2018 sei dieser Prozessschritt abgeschlossen worden. Ebenfalls plangemäß hätten im Oktober 2018 die Nacharbeiten zu den Trägergesprächen zu einigen wenigen Krankenhausstandorten sowie die Arbeitsgruppensitzung zu Detailfragen der Planung stattgefunden. Das gelte auch für die Verschriftlichung des Plans, die somit innerhalb des gesetzten Zeitrahmens hätte stattfinden können.

Der Entwurf des künftigen Landeskrankenhausplans sei fristgerecht am 6. November 2018 dem Kommunalen Rat zugeleitet worden, der den Entwurf in seiner Sitzung am 26. November 2018 beraten werde. Zwischenzeitlich sei die Versendung an die Ressorts sowie die Zuleitung an die angrenzenden Bundesländer zur Kenntnis und Stellungnahme erfolgt. Der Ministerrat und die Fraktionen seien ebenfalls informiert worden.

Zusätzlich zur Übermittlung des gesamten Plans an den Kommunalen Rat seien ab dem 13. November 2018 die gebündelten Informationen in Form der sogenannten Strukturblätter an die regional verantwortlichen Oberbürgermeister, die mehrere Krankenhausstandorte in einer Stadt hätten, und an die Abgeordneten verschickt worden.

Die nächsten anstehenden und abschließenden Arbeitsschritte seien neben der bereits angesprochenen Beteiligung des Kommunalen Rats die Befassung im Ausschuss für Krankenhausplanung am 4. Dezember 2018.

Vors. Abg. Dr. Peter Enders erkundigt sich, wann die Endversion des Landeskrankenhausplans den Abgeordneten zur Verfügung gestellt werden könne.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler nennt noch einmal den 4. Dezember 2018, an dem die Befassung im Ausschuss für Krankenhausplanung stattfinden solle. Für den 18. Dezember sei die Vorlage im Ministerrat vorgesehen. Danach könne die Endversion den Abgeordneten zugestellt werden.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Pflegepersonalstärkungsgesetz des Bundes – Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

[– Vorlage 17/3949 –](#)

Abg. Sven Teuber legt dar, das Gesetz stelle einen wichtigen Schritt dar, um den wichtigen Bereich der Pflege weiter zu fördern und zu stärken. Deshalb begrüße seine Fraktion dieses Gesetz.

Es dürfe jedoch nicht geschehen, dass eine Verschiebung und eine Ungleichbehandlung in der Pflege manifestiert würden, in dem Sinne, dass für den Bereich der Pflege in der Psychotherapie die Tarifübernahme ausgeschlossen sein werde, für alle anderen Pflegebereiche diese Tarifübernahme durch die Krankenkassen jedoch gesichert werde.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, das Pflegepersonalstärkungsgesetz sehe umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenpflege im Krankenhaus und der Altenpflege in Pflegeeinrichtungen vor.

Der Gesetzentwurf sei am 9. November 2018 im Bundestag beschlossen worden und solle bereits am 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz werde auch die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Zahnärztinnen und Zahnärzten mit Pflegeheimen weiter verbessert. Die Pflegeheime müssten künftig verpflichtend Kooperationsverträge mit Vertragsärztinnen und -ärzten und Vertragszahnärztinnen und -ärzten abschließen.

Auf Antrag der Pflegeeinrichtung habe die kassenärztliche bzw. die kassenzahnärztliche Vereinigung innerhalb von drei Monaten entsprechende Verträge zu vermitteln. Komme ein Vertrag innerhalb von sechs Monaten zustande, habe die Pflegeeinrichtung einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, das heiße, sie könne selbst einen Arzt oder Zahnarzt einstellen und dessen Leistungen zulasten der GKV abrechnen.

Nach Auskunft der Bundespsychotherapeutenkammer litten rund 70 % der Heimbewohner unter einer demenziellen Erkrankung und zwischen 20 und 50 % unter affektiven Störungen. Die Verordnungsraten für Psychopharmaka in Pflegeeinrichtungen seien hoch. Dabei würden teilweise Medikamente verordnet, obwohl wirksame nicht medikamentöse Therapien zur Verfügung stünden.

Für die psychotherapeutische Behandlung depressiver Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen unter Einbezug der Pflegekräfte und der Angehörigen würden spezifische Wirksamkeitsbelege vorliegen. Auch bei Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Demenzen und depressiven Erkrankungen könne eine Psychotherapie hilfreich sein.

Die Landespsychotherapeutenkammer rege daher an, durch die explizite Erwähnung des vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringers in § 119 b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Abschluss von Kooperationsverträgen mit niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. die Anstellung von Psychotherapeuten in Pflegeeinrichtungen zu fördern, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

Eine gute Versorgung und Behandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit seelischen und psychischen Erkrankungen sei auch der Landesregierung ein wichtiges Anliegen. Pflegeeinrichtungen berichteten der zuständigen Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG, dass psychiatrische, neurologische und psychotherapeutische Hausbesuche in den Einrichtungen kaum erfolgten. Der Transport und die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner in die Praxen seien aber für die Einrichtungen schwer zu organisieren.

Die Landesregierung würde daher eine engere Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und psychotherapeutischen Praxen begrüßen. Wichtig wären dabei vor allem verstärkte Besuchsbehandlungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Pflegeeinrichtungen.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Die von der Landespsychotherapeutenkammer geäußerten Befürchtungen, dass die beabsichtigten Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im somatischen Bereich zu einer Abwanderung von Pflegepersonal aus dem psychiatrischen in den somatischen Bereich führen könnten, teile sie jedoch so nicht. Das Pflegepersonalstärkungsgesetz führe nicht zu Verschiebungen im Bereich der Tarifentwicklung zwischen den Pflegekräften im somatischen und psychiatrischen Bereich; denn künftig würden die Tarifsteigerungen der Pflegekräfte im Krankenhaus sowohl in der somatischen Versorgung als auch in der Psychiatrie und Psychosomatik voll refinanziert.

Dies solle mit dazu beitragen, einen weiteren Stellenabbau zu verhindern, und werde im Verbund mit anderen Maßnahmen dazu führen, die konkreten Arbeitsbedingungen für die Pflege im Krankenhaus zu verbessern, dem Mangel an Pflegekräften entgegenzuwirken und insgesamt die Attraktivität des Pflegeberufs im Krankenhaus zu steigern.

Zudem sei der G-BA gemäß § 136 a Abs. 2 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch unter anderem beauftragt, mit Wirkung zum 1. Januar 2020 in einer Richtlinie verbindliche und evidenzbasierte Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal festzulegen.

Die neue Richtlinie solle die bisherige Psychiatriepersonalverordnung ablösen. Zur Erarbeitung sei beim Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eine Unterarbeitsgruppe gegründet worden, in der die Länder beratend vertreten seien. Der G-BA habe eine Studie zu Erhebung und Analyse des Ist-Zustands der Personalausstattung in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse der Studie würden dem G-BA als Orientierungsrahmen zur Festlegung von Mindestpersonalvorgaben in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dienen. In diesem Prozess solle auch Fachgesellschaften die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Mit der neuen Richtlinie werde die Versorgungsqualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiter verbessert und würden die Personalanforderungen an den aktuellen wissenschaftlichen Stand anpasst.

Abg. Sven Teuber verweist auf Pressemeldungen, insbesondere auf einen Bericht in der Allgemeinen Zeitung, nach denen anhand der Rheinhessen-Fachklinik Alzey festgestellt worden sei, dass unterschiedliche Finanzierungsmodelle bestünden. Er selbst sei Mitglied in der Stiftung für gemeindenaher Psychiatrie. Auch dort sei ihm dieses Problem geschildert worden. Diese Frage bitte er zu beantworten, da gerade dieser Aspekt immer wieder angesprochen werde.

Allen hier im Ausschuss Vertretenen sei wichtig, dass psychisch Erkrankte weiterhin eine hohe Qualität an Pflege bekämen.

Den Punkt, den er auch noch einmal ansprechen wolle, sei die Sogwirkung, die durchaus von Bedeutung sei, wenn ein Träger Tariferhöhungen weiterleite, ein anderer jedoch nicht.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler legt dar, das Pflegepersonalstärkungsgesetz sehe für den Bereich des gesamten Pflegepersonals an Akutkrankenhäusern sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie und der Psychosomatik die komplette Refinanzierung der Tarifsteigerungen vor. Das bedeute, Unterschiede in der Bezahlung werde es nicht geben. Das solle mit dazu beitragen, einen weiteren Stellenabbau zu verhindern und im Verbund mit anderen Maßnahmen die konkreten Arbeitsbedingungen für die Pflege im Krankenhaus zu verbessern, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die Attraktivität des Pflegeberufs im Krankenhaus zu steigern.

Wenngleich die Krankenhäuser gefordert hätten, eine Refinanzierung der kompletten Tarifsteigerungen auf das gesamte übrige Personal und damit auf die in den stationären Einrichtungen beschäftigten Psychologen und Psychotherapeuten zu übernehmen, sei an dieser Stelle hervorzuheben, das sei nicht Ziel dieses Gesetzes gewesen. Deswegen habe es eine solche Ausweitung nicht gegeben.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte des **Abg. Sven Teuber** zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zukommen zu lassen.

Der Antrag ist erledigt.

25. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 22.11.2018
– Öffentliche Sitzung –

Mit einem Dank an die Anwesenden für ihre Mitarbeit und den Hinweis auf die nächste Sitzung, die, vorbehaltlich der Genehmigung des Präsidenten, auswärts am 17. Januar 2019 in Andernach stattfinden werde, schließt **Vors. Abg. Dr. Peter Enders** die Sitzung.

gez.: Illing

Protokollführer

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Machalet, Dr. Tanja	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Simon, Anke	SPD
Teuber, Sven	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
-------------------------------	--

Landtagsverwaltung:

Schlenz, Christian	Amtsrat
Berkhan, Claudia	Oberregierungsrätin im Sten. Dienst des Landtags (Protokollführerin)
Illing, Tobias	Mitarbeiter der Landtagsverwaltung (Protokollführer)