

# LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

## 17. Wahlperiode

**Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie**

31. Sitzung am 05.09.2019  
– Öffentliche Sitzung –

## Protokoll

**Beginn der Sitzung:** 10:00 Uhr

**Ende der Sitzung:** 13:10 Uhr

### Tagesordnung:

1. Wahl der/des Vorsitzenden
2. Landesgesetz zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Rheinland-Pfalz  
Gesetzentwurf  
Landesregierung  
[– Drucksache 17/9764 –](#)
3. a Gemeinsam für gute Pflege  
Antrag  
Fraktion der CDU  
[– Drucksache 17/9387 –](#)  
  
b Gute Pflege in Rheinland-Pfalz - Gemeinsam die Zukunft gestalten  
Alternativantrag zu Drs. 17/9387  
der Fraktionen der SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
[– Drucksache 17/9426 –](#)
4. 92. Gesundheitsministerkonferenz am 5./6. Juni 2019  
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT  
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie  
[– Vorlage 17/4969 –](#)
5. Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte  
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT  
Fraktion der CDU  
[– Vorlage 17/5076 –](#)
6. Todesfälle nach unerwünschten Ereignissen  
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT  
Fraktion der CDU  
[– Vorlage 17/5123 –](#)

### Ergebnis:

- Vorsitzende gewählt  
(S. 4)
- Annahme empfohlen  
(S. 5 – 13)
- Ablehnung empfohlen  
(S. 14 –19)
- Annahme empfohlen  
(S. 14 –19)
- Schriftlich erledigt  
(S. 3)
- Erledigt  
(S. 20 – 22)
- Schriftlich erledigt  
(S. 3)

**Tagesordnung** (Fortsetzung):**Ergebnis**

- |     |  |                                |
|-----|--|--------------------------------|
| 7.  | Sicherheitsvorfall durch Befall mit Schadsoftware bei Krankenhaus-IT-Strukturen<br>Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br><a href="#">– Vorlage 17/5158 –</a>  | Erledigt<br>(S. 23)            |
| 8.  | Unterrichtung des Landtags über Entwürfe von Rechtsverordnungen der Landesregierung; hier: Entwurf einer Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz<br>Unterrichtung gem. Art. 89 b LV i.V.m. der hierzu geschlossenen Vereinbarung<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br><a href="#">– Vorlage 17/5206 –</a> | Kenntnisnahme<br>(S. 5 – 13)   |
| 9.  | Unterrichtung des Landtags über Entwürfe von Rechtsverordnungen der Landesregierung; hier: Entwurf einer Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen des Landes Rheinland-Pfalz<br>Unterrichtung gem. Art. 89 b LV i.V.m. der hierzu geschlossenen Vereinbarung<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br><a href="#">– Vorlage 17/5207 –</a> | Kenntnisnahme<br>(S. 5 – 13)   |
| 10. | Engpässe bei der Medikamentenversorgung<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT<br>Fraktion der SPD<br><a href="#">– Vorlage 17/5213 –</a>   | Erledigt<br>(S. 24 – 28)       |
| 11. | Gründung der Pflegekammerkonferenz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT<br>Fraktion der SPD<br><a href="#">– Vorlage 17/5214 –</a>  | Abgesetzt<br>(S. 3)            |
| 12. | Pläne zur Reform der Notfallversorgung<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT<br>Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN<br><a href="#">– Vorlage 17/5234 –</a>  | Abgesetzt<br>(S. 3)            |
| 13. | Krankenhaus Kirn<br>Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br><a href="#">– Vorlage 17/5279 –</a>   | Erledigt<br>(S. 29 – 32)       |
| 14. | Kongress "Gesundheit und Pflege auf Zukunftskurs - Ideen und Beispiele für die Versorgung" am 26. August 2019<br>Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT<br>Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie<br><a href="#">– Vorlage 17/5280 –</a>  | Schriftlich erledigt<br>(S. 3) |
| 15. | Verschiedenes  | Terminverschiebung<br>(S. 33)  |

Stellv. Vors. Abg. Dr. Tanja Machalet eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden.

Zur Tagesordnung:

**Punkte 4, 6 und 14** der Tagesordnung:

- 4. 92. Gesundheitsministerkonferenz am 5./6. Juni 2019**  
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT  
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie  
[– Vorlage 17/4969 –](#)
- 6. Todesfälle nach unerwünschten Ereignissen**  
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT  
[– Vorlage 17/5123 –](#)
- 14. Kongress „Gesundheit und Pflege auf Zukunftskurs – Ideen und Beispiele für die Versorgung“ am 26. August 2019**  
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT  
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie  
[– Vorlage 17/5280 –](#)

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

**Punkte 11 und 12** der Tagesordnung:

- 11. Gründung der Pflegekammerkonferenz**  
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT  
Fraktion der SPD  
[– Vorlage 17/5214 –](#)
- 12 . Pläne zur Reform der Notfallversorgung**  
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT  
Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN  
[– Vorlage 17/5234 –](#)

*Die Anträge werden abgesetzt.*

**31. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 05.09.2019  
– Öffentliche Sitzung –**

**Punkt 1** der Tagesordnung:

**Wahl der/des Vorsitzenden**

*Unter Sitzungsleitung von stellv. Vors. Abg. Dr. Tanja Machalet wählt der Ausschuss Abg. Hedi Thelen zur Vorsitzenden.*

Punkte 2, 8 und 9 der Tagesordnung:

2. **Landesgesetz zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Rheinland-Pfalz**  
Gesetzentwurf  
Landesregierung  
[– Drucksache 17/9764 –](#)
  
8. **Unterrichtung des Landtags über Entwürfe von Rechtsverordnungen der Landesregierung; hier: Entwurf einer Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz**  
Unterrichtung gem. Art. 89 b LV i.V.m. der hierzu geschlossenen Vereinbarung  
[– Vorlage 17/5206 –](#)
  
9. **Unterrichtung des Landtags über Entwürfe von Rechtsverordnungen der Landesregierung; hier: Entwurf einer Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen des Landes Rheinland-Pfalz**  
Unterrichtung gem. Art. 89 b LV i.V.m. der hierzu geschlossenen Vereinbarung  
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie  
[– Vorlage 17/5207 –](#)

*Die Tagesordnungspunkte werden gemeinsam behandelt.*

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** verweist auf die Ausführungen im Plenum bezüglich des Inhalts und der Intention des Gesetzentwurfes.

Beide Durchführungsverordnungen enthielten viele übereinstimmende Regelungen, um Synergieeffekte bei der Umsetzung der Quoten nutzbar zu machen. Sie konkretisierten das Landesgesetz zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung und regelten insbesondere das Nähere über den Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrages, über die Verpflichtung der Bewerberinnen und Bewerber gegenüber dem Land einschließlich der Durchsetzung, die Bedarfsfeststellung, die Vertragsstrafe einschließlich ihrer Durchsetzung und das Bewerbungs- und Auswahlverfahren.

Vorgesehen sei, dass alle Bewerberinnen und Bewerber den öffentlich-rechtlichen Vertrag, der als Mustervorlage im Internet zugänglich gemacht werden solle, bereits vorab unterschrieben und in zweifacher Ausfertigung ihrer Bewerbung beifügten. Gültig werde der Vertrag in dem Moment, in dem den Bewerberinnen und Bewerbern ein Zulassungsbescheid der Stiftung für Hochschulzulassung zugestellt werde.

Abgesichert werde die Einhaltung dieser Verpflichtung durch eine gestaffelte Vertragsstrafe in Höhe von bis zu 250.000 Euro. Da die Verpflichtung zur Zahlung der Vertragsstrafe die Bewerberin oder den Bewerber nicht generell in eine wirtschaftliche, soziale oder sonstige existenzielle Bedrängnis bringen dürfe, sei festgelegt, dass die wirtschaftlichen Verhältnisse und Pfändungsfreigrenzen nach Maßgabe des Achten Buches der Zivilprozessordnung zu beachten seien. Beide Verordnungen enthielten darüber hinaus Härtefallregelungen.

Der besondere öffentliche Bedarf an Ärztinnen und Ärzte werde im Hinblick auf die Landarztquote durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und bezüglich der Quote im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) durch den Landkreistag Rheinland-Pfalz gemeinsam mit dem Landesverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen Rheinland-Pfalz festgelegt. Bei der Zuteilung ein Jahr vor Ende der Facharztausbildung würden neben dem Ortswunsch auch die persönlichen Lebensverhältnisse der begünstigten Bewerberin oder des begünstigten Bewerbers berücksichtigt. Das jeweilige Auswahlverfahren werde durch die vorliegenden Verordnungen konkretisiert.

Sowohl für eine Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber der Landarztquote als auch der ÖGD-Quote sei ein zweistufiges Auswahlverfahren vorgesehen. Berücksichtigt würden jeweils auf einer ersten Stufe die Abiturnote, das Ergebnis eines fachspezifischen Studierfähigkeitstests und eine einschlägige Berufsausbildung oder berufliche, praktische oder ehrenamtliche Tätigkeit. Wie eine Berücksichtigung der

jeweiligen Kriterien im Einzelnen erfolge, solle einer Verwaltungsvereinbarung vorbehalten bleiben, da hier gegebenenfalls der größte Anpassungsbedarf bestehe.

Aufgrund der vorgenannten Kriterien werde jeweils eine Rangliste der Bewerberinnen und Bewerber erstellt. In einem zweiten Schritt wolle man jeweils doppelt so viele Bewerberinnen und Bewerber wie zur Verfügung stehende Studienplätze zu Auswahlgesprächen einladen, in denen durch spezielle Stationen die persönliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber für die jeweilige Tätigkeit ermittelt werden solle.

Anmerkungen zu den Verordnungsentwürfen im Rahmen der Ressortbeteiligung habe man aufgegriffen und im Wesentlichen in den Verordnungsentwürfen umgesetzt. Ziel sei es, das Gesetz gemeinsam mit den Durchführungsverordnungen zum 1. Januar 2020 in Kraft treten zu lassen, um eine Einführung der Quoten zum Wintersemester 2020/2021 zu ermöglichen.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** möchte mit Blick auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst wissen, warum die erwähnte zuständige Stelle nicht benannt werde und welche Aufgabe diese zu erfüllen habe. In § 3 des Entwurfs einer Landesverordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Öffentlichen Gesundheitsdienst werde ausgeführt, dass die zuständige Stelle im Sinne dieser Verordnung und des Landesgesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen des Landes Rheinland-Pfalz durch das für Gesundheit zuständige Ministerium bestimmt werde. Daher stelle sich die Frage ob es sich um ein redaktionelles Versehen handele.

Mit Blick auf die Staffelung der Vertragsstrafen sei nach den rechtlichen Überlegungen zu fragen; denn zum Beispiel werde zwischen dem ersten und dem fünften Jahr der Weiterbildung die Höchststrafe nicht verändert. Ein Medizinstudium mit einer Länge von etwa sechs Jahren verursache Kosten in Höhe von ca. 250.000 Euro. Nach Beendigung bestehe die Möglichkeit, sich durch Zahlung von 100.000 Euro von den mit diesem Studium eingegangenen Verpflichtungen freizukaufen. Der Präsident der Landesärztekammer habe gesagt, zum Schluss des Studiums bestehe für betuchte Eltern die Möglichkeit, mit 250.000 Euro ihre Kinder freizukaufen. Im Grunde genommen bestehe die Möglichkeit, dies schon nach sechs Jahren für 100.000 Euro zu machen, um sich dann in dem Fachgebiet einzuschreiben, das man im Laufe des Studiums kennen gelernt habe.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** bestätigt das redaktionelle Versehen.

Die zuständige Stelle werde das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung mit der Aufgabe der Durchführung des Verfahrens sein.

Es bestehe das Risiko, dass sich Studierende freikaufen. Wenn sich von den 16 Studierenden einer freikaufe, dann blieben 15, bei denen die Kenntnis bestehe, dass sie für die ländliche Versorgung zur Verfügung stünden. Aus Gesprächen mit Ärzten im ÖGD, die früher über die eine Quote studiert hätten, gehe hervor, dass diese ihre Absicht, sich von der Quote freizukaufen, nicht umgesetzt hätten, weil ihnen die Arbeit Freude bereitet habe, sodass man auch bei den neuen Studierenden von solchen Möglichkeiten ausgehen könne. Die Sicherung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum und die Möglichkeit, über Steuerungsmöglichkeiten Ärzte gezielt zur Verfügung zu haben, stünden im Vordergrund.

**Dr. Klaus Jahn (Referent im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie)** führt aus, die Staffelung der Vertragsstrafe gehe auf verschiedene Erfordernisse zurück. Bei Studienbeginn müsse der soziale Hintergrund des Studierenden mit berücksichtigt werden, sodass nicht die volle Vertragsstrafe zum Tragen kommen könne. Während der Facharztzeit werde bereits im ÖGD gearbeitet. Überlegt worden sei, die Vertragsstrafe zum Ende geringer ausfallen zu lassen, weil bereits einiges an geforderter Zeit im ÖGD abgeleistet worden sei.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** schlägt eine Staffelung in 25.000-Euro-Schritten vor, weil zwischen dem ersten und dem fünften Jahr keine Staffelung vorgenommen werde. Interesse bestehe an den Gründen, warum nach dem Physikikum für 100.000 Euro die Möglichkeit des Freikaufens bestehe.

**Dr. Klaus Jahn** merkt an, eine Möglichkeit des Freikaufens bestehe immer, je nachdem, über welche finanziellen Möglichkeiten man verfüge.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** bedankt sich beim Ministerium, das mit dem Entwurf den konstruktiven Vorschlägen der CDU gefolgt werde. Auch wenn dies hätte zeitlich früher geschehen können, gehe die Entwicklung in die richtige Richtung.

Mit dem Gesetzentwurf, der zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung beitragen solle, wolle man die absehbare Lücke in diesem Bereich schließen. Der Gesetzentwurf enthalte die Aussage, nach sechs Jahren Studium und darauf folgender fünfjähriger Weiterbildung solle sich der Betreffende melden, um die Zuweisung in eine unterversorgte Region vorzunehmen. Die Zeit während der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner werde nicht berücksichtigt. Als Beispiel könne ein Studierender in Mainz, der eventuell in Wiesbaden oder Frankfurt lebe, genannt werden, der nach sechs Jahren Studium wieder zurückgehe, seine Facharztausbildung für Allgemeinmedizin mit dreijähriger klinischer zweijähriger ambulanter Ausbildung absolviere. Erst danach erfolge die Versetzung in eine unterversorgte Region. Das Potenzial, diese Personen während der Weiterbildungszeit bereits in einer unterversorgten Region einzusetzen, werde nicht genutzt.

Darüber hinaus führe das bei den Betroffenen zu einer Zerstückelung der Lebensplanung. Während der Facharztweiterbildung zum Allgemeinmediziner bestehe die Möglichkeit, die klinische Ausbildung auf 18 Monate zu reduzieren und die ambulante Ausbildung auf 18 plus 24 Monate zu erweitern. Damit bestehe die Möglichkeit, diese Studierenden bereits vorab einzusetzen.

Weiterhin bestehe die Möglichkeit, den gesamten Weiterbildungsbereich zum Allgemeinmediziner in eine unterversorgte Region zu verlegen. Damit könne man Zeit sparen. Denn nach sechs bis acht Jahren stünden bereits Mediziner in den unterversorgten Gebieten zur Verfügung. Über eine damit einhergehende Vertragsverkürzung und viele andere Dinge müsse man sprechen. Vorteile lägen im Bereich der Lebensplanung der jungen Menschen, der Patientenbindung, weil die Ausbildung in einer Praxis in einer unterversorgten Region bereits etwa drei Jahre umfasse, um eventuell eine Praxis zu übernehmen oder zumindest bereits in der Region tätig gewesen zu sein. Über diese beiden Aspekte müsse man intensiv diskutieren, weil damit die Möglichkeit einhergehe, dem Problem früher entgegenzutreten.

Interesse bestehe zu erfahren, warum erst nach sechs Jahren Studium und fünf Jahren Facharztausbildung die Vertragsbindung in einer unterversorgten Region beginne. Eine offenere Gestaltung bringe die erwähnten zeitlichen Vorteile bei der Versorgung der Regionen mit sich. Kenntnis bestehe nicht, ob in etwa 21 Jahren, also nach Ablauf der gesamten Zeit, in den Regionen immer noch eine Unterversorgung bestehe.

Zu dem zweistufigen Auswahlverfahren gehöre die Berücksichtigung vorhandener beruflicher Qualifikationen. Aufgezählt werde jeder Beruf, der nur entfernt mit Medizin zu tun habe. In dem Auswahlverfahren mit einem Punktesystem gebe es im Vorfeld die Möglichkeit festzustellen, mit welchen Maßnahmen man das Punktekonto verbessern könne. Bei der beruflichen Qualifikation seien unter anderem die dreijährige Ausbildung zum Physiotherapeuten und andere längere Ausbildungen erwähnt, aber auch die Homöopathie, die mit einem sechswöchigen Kurs erreicht werden könne. Für all diese beruflichen Qualifikationen erhalte der Bewerber die gleiche Punktezahl. Das könne Fehlanreize mit sich bringen, dass mögliche Bewerber zuvor eine Homöopathie-Ausbildung absolvierten, um das Punktekonto zu beeinflussen. Diese Qualifikation gehöre nicht in Bereich der beruflichen Qualifikation von Medizinern und müsse von der Liste entfernt werden.

Auf jährlich 10.000 Plätze für Medizinstudierende kämen 44.000 Bewerber. Auch bei der Landarztquote rechne er mit deutlich mehr Bewerbern als Studienplätze, sodass man geeignete Bewerber auswählen müsse. Über die Fragen, ob möglicherweise ein Anhörverfahren sinnvoll erscheine, müsse gesprochen werden.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** erläutere, die Zeitangaben bezüglich der Verteilung der Allgemeinmediziner in die Regionen seien nicht so starr, wie es zunächst den Anschein erwecke. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich sei man auf die Zusammenarbeit mit der KV angewiesen. Spätestens im letzten Jahr werde festgelegt, in welche Region der angehende Hausarzt tätig sein solle. Mit Blick auf die Länge des Studiums erscheine es zu einem früheren Zeitpunkt nur schwer möglich, die zukünftige Einsatzregion zu bestimmen. Vielmehr müsse man die Bedarfe und die Lebenssituation des Bewerbers oder der Bewerberin bei der Entscheidung über den Einsatz in einer

unterversorgten Region berücksichtigen. Bedarfe gebe es in verschiedenen Regionen, sodass eine gewisse Auswahlmöglichkeit bestehe. Dieses Verfahren werde gemeinsam mit der KV durchgeführt.

Die ausgewählten Bewerber würden während der Studien- und Ausbildungszeit begleitet und gecoacht, um unter anderem das Risiko des Freikaufens zu minimieren. Das begleitende Coaching während des Studiums münde in die Entscheidung, in welcher Region der berufliche Einsatz erfolge.

**Dr. Klaus Jahn** fügt hinzu, im Fokus stehe der Landarzt. Bei der Anmeldung von Bedarfen spiele die KV mit hinein. Eine kontinuierliche Bedarfseinschätzung sei vonnöten. Derzeit gebe es eine Abstimmung darüber.

Gesprochen werde darüber, den Ausbildungsbereich mit einzubeziehen. Berücksichtigt werden müsse die Möglichkeit der Veränderung von Bedarfen während der fünfjährigen Ausbildungszeit, sodass noch nicht feststehe, wann der beste Zeitpunkt einer Festlegung der Einsatzregion des Arztes sei. Eine Abstimmung erfolge mit der den Bedarf feststellenden KV.

Mit der Liste der beim Punktesystem zu berücksichtigenden Heilberufe habe eine beispielhafte Darstellung im Fokus gestanden. Die Präambel der Anlage enthalte die Voraussetzung einer mindestens 24-monatigen Ausbildung. Der Homöopath, der der Vollständigkeit halber aufgenommen worden sei, falle vermutlich ohnehin nicht ins Gewicht. Überlegt werden könne, diesen zu streichen, weil er den Angaben der Präambel widerspreche.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** bestätigt die Voraussetzung einer mindestens 24-monatigen beruflichen Qualifikation, womit ein Qualitätsanspruch einhergehe.

**Abg. Sven Teuber** erinnert an die Ausschussfahrt nach Dänemark und die dort in der Diskussion befindlichen Konzepte. Das Konzept in Rheinland-Pfalz bewerte er kommunikativer als die Überlegungen in Dänemark. Interesse bestehe an dem Ablauf des gesamten Verfahrens. Zu fragen sei, zu welchem Zeitpunkt der Bedarf festgestellt werde und wie mit Blick auf eine mögliche Konkurrenz der Landkreise untereinander eine Entscheidung gefunden werde.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** hebt hervor, zusammen mit der KV stehe die Erarbeitung des Verfahrens bezüglich der hausärztlichen Versorgung noch an. Die Landkreise und der Zusammenschluss der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen in Rheinland-Pfalz spielten bei der Erarbeitung des Prozesses im Bereich des ÖGD eine Rolle.

Die Verteilung der Ärzte sei weniger an den Landkreis, sondern vielmehr an die Versorgungsgebiete gekoppelt. Spätestens ein Jahr vor Abschluss werde man die Bedarfe ansehen und entscheiden; denn man müsse mögliche Veränderungen bei den Bedarfen berücksichtigen. Die Beurteilung der Versorgung erfolge in Zusammenarbeit mit der KV. Beabsichtigt sei, zunächst in den Gebieten mit dem größten Bedarf mit der Versorgung zu beginnen. Beim ÖGD müsse man die ärztliche Situation in den Gesundheitsämtern berücksichtigen. Der gesamte Prozess müsse noch entwickelt werden.

**Abg. Sven Teuber** möchte wissen, ob man auch in Zusammenarbeit mit der KV Anreize schaffen wolle, die Attraktivität der Regionen an sich zu steigern.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** beschreibt, im Rahmen des Prozesses und darüber hinaus werde darüber gesprochen, wie man die Attraktivität der Regionen für die Ärztinnen und Ärzten steigern könne, um deren weitere Tätigkeit dort zu unterstützen.

**Abg. Katharina Binz** vertritt mit Blick auf die Vertragsstrafe die Meinung, dass man gewisse Mitnahmeeffekte nicht ausschließen könne. Interesse bestehe zu erfahren, warum bei der Vertragsstrafe eine Steigerung von 100.000 Euro auf 250.000 Euro vor dem Eintritt in die Facharztausbildung erfolge und nicht der letzte Studienabschnitt mit einer höheren Vertragsstrafe gekoppelt werde.

Bezüglich des Auswahlverfahrens sei zu fragen, inwieweit die Universitätsmedizin bei der Konzeption des Auswahlverfahrens mit Blick auf die einzelnen Stationen einbezogen werde. Weiterhin sei zu fragen, ob es sich beim erwähnten Test um den Test für medizinische Studiengänge (TMS) handele.

Als schwierig sehe sie es an, den vorgesehen Zeitplan einzuhalten, wenn eine erneute Anhörung durchgeführt werden solle. Die geplante Wirksamkeit zum Wintersemester 2020/2021 bringe die Notwendigkeit der Vorbereitung mit sich, sodass es sinnvoll erscheine, die Beratungen zügig voranzubringen und abzuschließen.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** bestätigt, überwiegend entspreche das dem TMS. Die Universitätsmedizin habe man bei dem Auswahlverfahren einbezogen, um deren Know-how zu nutzen. Lediglich in Nordrhein-Westfalen bestehe bereits eine Landarztquote, sodass man sich an diesem Entwurf orientiert habe.

**Dr. Klaus Jahn** geht auf die vorgesehene Vertragsstrafe ein, bei der innerhalb des letzten Studienabschnittes und vor Beendigung des Studiums 100.000 Euro zu zahlen seien. Am Ende des Studiums bestehe das größte Risiko des Freikaufens, weil die Entscheidung über die Facharztausbildung anstehe. Besser herausgearbeitet werden solle, dass die Vertragsstrafe von 100.000 Euro vor Beendigung des letzten Studienabschnittes Gültigkeit habe.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** fragt nach den Konsequenzen, wenn sich ein Medizinstudent einen Monat vor der letzten Prüfung mit 100.000 Euro freikaufe. Eine vernünftige Staffelung gebe es in den Bereichen Facharztanerkennung und Weiterbildungsabschnitt zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Unmittelbar vor und nach der letzten Prüfung des Medizinstudiums bestehe die Möglichkeit, sich mit 100.000 Euro freizukaufen, während zwei Monate später, wenn offiziell die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin begonnen werde, seien bereits im ersten Halbjahr 250.000 Euro zu zahlen. Von daher werde eine Staffelung als sinnvoll angesehen. Interesse bestehe an den Folgen des Freikaufens einen Monat vor der Prüfung.

**Dr. Klaus Jahn** macht darauf aufmerksam, diese etwas missverständliche Formulierung werde man prüfen.

**Abg. Steven Wink** sieht es mit Blick auf die lange Diskussion als sinnvoll an, Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten, um eine schnelle Umsetzung zu ermöglichen. Zu fragen sei, ob die Bedarfsermittlung analog der heutigen Bezirke, wie die Anpassung der Bezirksgröße erfolgten und wie mit den Bezirken, die derzeit noch gut versorgt seien, bei denen es sich aber abzeichne, dass in fünf bis sechs Jahren eine Änderung stattdessen verfahren werde. Gebeten werde zu sagen, ob es zutrefte, dass bei der Verteilung der Mediziner diese zwischen unterversorgten Regionen wählen könnten.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** geht auf die Wahlmöglichkeit ein und bestätigt, dass man den Mediziner eine gewisse Wahlmöglichkeit eröffne, um die Motivation ihrer Tätigkeit in der Region zu stärken. Die Bedarfsermittlung und die Festlegung der Bezirke würden in Zusammenarbeit mit der KV und im ÖGD mit den Landkreisen erarbeitet.

**Dr. Klaus Jahn** stellt klar, die Bedarfsermittlung stelle einen kontinuierlichen Prozess dar. Schwierig gestalte sich die Festlegung des Zeitpunkts, an dem jemand verpflichtet werde, in einem Gebiet mit Blick auf die KV oder in einem bestimmten Landkreis an einem bestimmten Gesundheitsamt zu arbeiten. Wenn man diesen Zeitpunkt vorzeitig festlege, bestehe die Möglichkeit, dass Veränderungen vor Ort zu berücksichtigen seien. Je später der Zeitpunkt gelegt werde, desto weniger bestehe im Vorfeld die Möglichkeit, die angehenden Mediziner an das ausgewählte Gebiet heranzuführen. Die Festlegung des bestmöglichen Zeitpunkts befinde sich in der Abstimmungsphase. Versucht werde, eine möglichst flexible Lösung finden.

**Vors. Abg. Hedi Thelen** teilt den Wunsch, so schnell wie möglich eine Regelung zur Umsetzung der Quote für den Landarzt und für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu finden. Trotz der schon längeren Beratung müsse es Ziel bleiben, sinnvolle Regelungen zu erarbeiten. In vielen Kommunen werde bei fast jeder Sitzung über das Thema der ärztlichen Versorgung in der Region gesprochen. Eine Reihe von Praxen seien bereits aufgegeben worden, die aufgrund des Fehlens eines Nachfolgers nicht mehr zur Verfügung stünden. Anzuregen sei, den Vorschlag von Abgeordneten Dr. Gensch zu prüfen.

Davon auszugehen sei, dass sich junge Menschen, die sich für den Medizinberuf interessierten, aber nicht alle Anforderungen erfüllten, das rheinland-pfälzische Modell mit den darin enthaltenen Anforderungen betrachteten. Zur kompletten fachärztlichen Ausbildung komme eine 10-jährige Verpflichtung

zur Tätigkeit in einer Region hinzu. Verschwendet werde Zeit, die zur Unterstützung mit der Möglichkeit genutzt werden könne, die Ärzte in der Region zu verankern und sie dort tätig sein zu lassen. Man könne bereits ordentlich ausgebildete Mediziner einem Hausarzt zur Seite zu stellen, um sie einzuarbeiten, Erfahrungen sammeln zu lassen und Patienten kennenzulernen. Es bestehe der Eindruck, dass ein etwas flexiblerer Umgang beabsichtigt sei, jedoch müsse man dies in dem Gesetz mit entsprechenden Formulierungen zum Ausdruck bringen. Überlegt werden könne, die im Rahmen der Ausbildung in einer Hausarztpraxis absolvierten Zeit zum Teil anzurechnen; denn man müsse das Alter der Betroffenen berücksichtigen.

Bei der Anregung, ein Anhörverfahren durchzuführen, sei darauf zu verweisen, dieses Thema habe in einer Anhörung bisher nicht zur Diskussion gestanden. Eine zeitnahe Umsetzung erscheine sinnvoll. Insbesondere die Meinung der KV dazu sehe sie als wichtig an.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** bestätigt, dass es sich um einen neuen Gesichtspunkt handele. Bisher habe man sich bei der Verpflichtungszeit von zehn Jahren auf die Zeit nach der Ausbildung konzentriert. Vergleichbar werde in Nordrhein-Westfalen verfahren.

Über diesen neuen Ansatz könne man diskutieren. Die Umsetzung bewerte sie jedoch als schwierig. Interessant werde der Vorschlag angesehen, die angehenden Allgemeinmediziner bereits zu einem früheren Zeitpunkt mit in die Versorgung einzubinden, ohne dass es eine Anrechnung auf die zehn Jahre geben solle. Beachtet werden müsse, dass der Hausarzt über eine Weiterbildungsermächtigung verfüge. Daher komme nicht jede Praxis infrage. Jedoch werde in diesem Bereich noch Flexibilität gesehen. Schwierig sehe sie es an, zuvor ausgeübte Tätigkeiten auf den Verpflichtungszeitraum anzurechnen. Über die Möglichkeit des früheren Einsatzes im Bereich der Hausärzte müsse man sich weiter informieren.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** stellt klar, kein Interesse bestehe daran, das Gesetzgebungsverfahren in die Länge zu ziehen. Ein Anhörverfahren benötige einige Wochen oder ein paar Monate. Bei einem möglichen Optimierungsvorhaben, Ärzte in unterversorgten Regionen einzusetzen, handele es sich um einen Zeitrahmen von fünf Jahren. Bei einer frühen Tätigkeit in einer ländlichen Region erfolge die erste Zeit in einem vor Ort vorhandenen Krankenhaus. Nach eineinhalb Jahren oder nach drei Jahren, je nach Durchführung der Facharztausbildung, schließe sich der ambulante Bereich an. Darüber müsse gesprochen werden, weil es das Hauptproblem direkt betreffe, eventuell die Ärzte schon 2026/2027 und nicht erst 2031 in den Regionen zur Verfügung zu haben.

Ein Anhörverfahren sei nicht zwingend, jedoch müsse man klären, ob bereits darüber diskutiert worden sei oder ob eine solche Erörterung mit Experten notwendig erscheine. Viele Fragen seien zu beantworten. Dazu gehöre die Bedarfsplanung, die einen längeren Zeitraum umfasse. Die Möglichkeit, dass sich während der dreijährigen Tätigkeit als Arzt bereits in die Region andere Ärzte ansiedelten, müsse man berücksichtigen. Dieses müsse man mit Medizinern, Juristen und mit Vertretern der Bedarfsplanung aus allen Blickwinkeln betrachten.

Der vorgelegte Entwurf entspreche in vielen Bereichen den Regelungen in Nordrhein-Westfalen. Man könne aber eine rheinland-pfälzische Regelung mit einem früheren Einsatz in der Region anstreben. Diesen Kernaspekt müsse man erörtern.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** macht darauf aufmerksam, gesprochen werde sowohl über das Gesetz als auch die Verordnungen. Die angesprochene Thematik werde nicht im Gesetz geregelt.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** weist auf die Aussage der Weiterbildung von fünf Jahren hin.

**Dr. Klaus Jahn** stellt klar, nur der Zeitpunkt sei juristisch festgelegt, wann jemand verpflichtet werde, in einem bestimmten Bereich tätig zu sein.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** macht geltend, dass es sich um den letztmöglichen Zeitpunkt handele.

**Dr. Klaus Jahn** fährt fort, einen wichtigen Aspekt mit Blick auf die Steigerung der Attraktivität des Programms stelle die Begleitung der Studierenden dar. Bei der Bedarfsanalyse handele es sich um einen kontinuierlichen Prozess, bei dem versucht werde, die Bedarfe und Wünsche der Beteiligten so weit wie möglich zu berücksichtigen. Das Gesetz sehe einen formalen Zeitpunkt vor, an dem eine Verpflichtung bestehe. Das sage jedoch nichts darüber aus, inwiefern eine Begleitung erfolge und eine Bedarfsanalyse stattfinde.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** ergänzt, in der Verordnung bestehe eventuell die Möglichkeit, die Anregungen einzuarbeiten; denn dazu seien keine konkreten Aussagen erhalten.

**Dr. Klaus Jahn** sagt, angestrebt werde zu verdeutlichen, dass Flexibilität bestehe. Ein Zeitpunkt, zu dem die Verpflichtung bestehe, müsse festgelegt werden. Die erwähnte und wünschenswerte Flexibilität müsse man für alle verdeutlichen.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** fragt, an welcher Stelle des Gesetzes die Formulierung über die Flexibilität enthalten sei.

**Dr. Klaus Jahn** wiederholt, dass Gesetz enthalte eine Aussage über den Zeitpunkt, an dem die Verpflichtung bestehe, jedoch keine über die Flexibilität. Die Intention gehe dahin, dass in der Praxis ein Maximum an Flexibilität bestehe. Als sinnvoll sehe er es an, dies in der Verordnung zu verankern.

**Vors. Abg. Hedi Thelen** geht auf die Ausführungen ein, dass nach Abschluss der Weiterbildung eine vertragsärztliche Tätigkeit folge. Die vertragsärztliche Tätigkeit sei erst möglich, wenn der Arztsitz als Vertragsarzt übernommen werde. Diese Formulierung schließe nicht aus, vorher in der Ausbildung in dieser Praxis mitzuarbeiten. Dies müsse den Beteiligten vermittelt werden.

**Abg. Sven Teuber** beschreibt, die Ministerin habe aufgezeigt, an welcher Stelle die Nachteile der Zusammenführung der Punkte in solch einer Debatten lägen. Eine Anhörung könne nicht zu einer Regelung im Gesetz führen; denn eine Regelung erfolge in der Verordnung. Eine Anhörung zu einer Verordnung sei nicht zulässig. Wichtig erscheine es, das Gesetz zu verabschieden, um über die Verordnung sprechen und an die Praxis anpassen zu können. Zugesagt worden sei, die gemachten Anregungen zu überprüfen und gegebenenfalls in die Verordnung einzuarbeiten. Konstruktiv sei die Verordnung diskutiert worden. Die Ministerin habe verdeutlicht, dass man sich in einem Prozess über die Ausgestaltung befinde.

Über den gesamten Zeitraum erfolge die Begleitung und Beratung der Studierenden, sodass schon während der Studienzeit verschiedenen Themen erörtert werden könnten.

Die an dieser Maßnahme teilnehmenden Personen könne man schon während der Studienzeit als Multiplikatoren nutzen, beispielsweise indem man Schülerinnen und Schüler in der Fläche über diese Möglichkeit informiere. Ein kreativer Umgang mit diesen jungen Menschen und das Nutzen dieser als Multiplikatoren bei dieser Maßnahme erscheinen sinnvoll. Dadurch könne sich eine positive Wirkung entfalten, um die Entscheidung, Medizin zu studieren und auf dem Land zu arbeiten, zu befördern. Jedoch benötige man darüber hinaus Menschen, die sich in den Regionen niederließen. Wert gelegt werde auf der Feststellung, dass es sich um einen Prozess handele, in dem das gemeinsame Lernen, Zuhören und Diskutieren einbezogen werde.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** verweist auf die parallel zum Gesetz erfolgende Erarbeitung der Verordnung und darauf, ein externes Anhörungsverfahren im Rahmen der Erarbeitung werde durchgeführt. Ziel sei es, dass Gesetz und die Verordnung möglichst gleichzeitig verabschieden zu können. Bestätigt werde, dass man die angesprochene Flexibilität besser in der Verordnung verdeutlichen wolle.

Wichtig sei es, die über die Landarztquote Studierenden zu begleiten und zu coachen. Wenn es gelinge, über die beteiligten Regionen hinaus das Positive dieser Maßnahme weiterzutragen, dann stelle das einen guten Erfolg dar.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** sieht es als entscheidend an, ob die zehnjährige Bindung erst nach Abschluss der Weiterbildung beginne oder ob flexible Lösungen angeboten werden könnten, die eventuell

schon zu Beginn der Weiterbildungszeit ansetzen. Viele Fragen im zentralen Themenbereich seien zu diskutieren, die zusätzlich über den Erfolg oder Misserfolg mitentscheiden könnten. Aus seiner Sicht werde über den jetzt diskutierten Aspekt erst seit dieser Sitzung gesprochen. Aus den Stellungnahmen der verschiedenen Organisationen gehe nicht hervor, dass darüber gesprochen worden sei, über die Regelungen in Nordrhein-Westfalen hinauszugehen, um eventuell weitere Chancen zu realisieren.

**Abg. Sven Teuber** wirft ein, ohne die Verordnung wäre es nicht angesprochen worden.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** stellt klar, die Anrechnungszeit könne man nicht in der Verordnung regeln.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** fasst zusammen, nach elf Jahren Studium und Facharztweiterbildung folge eine 10-jährige Verpflichtungszeit. Daher sei zu fragen, wer die Weiterbildung in der unterversorgten Region absolvieren solle, wenn zum einen das Risiko bestehe, eventuell in eine andere Region aufgrund von Veränderungen wechseln zu müssen und zum anderen sich kein Vorteil, keine Verkürzungsmöglichkeit ergebe. Als wichtig sehe er es an, sich mit diesem Aspekt einer kurzfristig anzuberaumenden Anhörung zu befassen, um danach eventuell das Gesetz noch besser zu machen.

**Dr. Klaus Jahn** sieht die Frage im Fokus, ob man eine fünf- oder zehnjährige Verpflichtung anstrebe. Jedoch wirke sich das nicht auf die Flexibilität aus. In dieser Frage müsse man vielmehr eine Entscheidung treffen. Ein wichtiges Ziel sei es, die Menschen in den Regionen auch über die Verpflichtungszeit hinaus zu halten.

Wenn eine zu kurze Zeit gewählt werde, erfolge der Eintritt in das Studium Allgemeinmedizin in einem Landkreis, um anschließend zurück in eine Stadt zu gehen. Solches wolle man vermeiden. Der optimale Zeitpunkt hänge von der vertretenen Meinung ab.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** hebt hervor, angestrebt werde eine garantierte Sicherstellung der Versorgung. Eine solche gehe mit einer 10-jährigen vertragsärztlichen Tätigkeit einher und nicht damit, dass jemand unterstützend in einer Praxis tätig werde und nur noch fünf Jahre vertragsärztlich agiere. Das schließt nicht aus, dass bereits während der Weiterbildung eine Tätigkeit in einem ländlichen Bereich erfolge, um eine stärkere Bindung an die Region und die Patienten zu unterstützen. Aus versorgungs- und steuerungspolitischen Gründen sehe sie dies als schwierig an. Als nicht notwendig erachtet werde es, die Landarztquote noch attraktiver zu machen. Es bestehe Interesse an dieser Regelung. Benötigt werde die zehnjährige vertragsärztliche Tätigkeit.

**Abg. Kathrin Anklam-Trapp** fasst zusammen, verschiedene Auffassungen stünden gegenüber. Die 16 Stellen über die Landarztquote stellten einen Baustein bei der Versorgung dar. Mit diesen 16 Studienplätzen wolle man die ärztliche Versorgung in der Fläche unterstützen. Die sich darauf Bewerbenden verfügten schon über eine gewisse medizinische Qualifikation, Rettungssanitäter, Krankenschwester usw. Gerade Menschen, die aus dem ländlichen Raum stammten und sich für diesen Beruf interessierten, wolle man gewinnen. Diese würden während der Studien- und Weiterbildungszeit begleitet. Danach folge die zehnjährige Verpflichtungszeit.

Die Kommunen trügen mit Versorgungszentren, kommunalen Bauten usw. zur Steigerung der Attraktivität der Regionen auch mit Blick auf die Familien bei. Nicht ausgeschlossen werden könne, dass durch finanzielle Angebote ein Abwandern stattfinde. Jedoch stehe eine Verbindlichkeit von zehn Jahren im Fokus. Die in Rede stehenden 16 Bewerberinnen und Bewerber, die sich für die ärztliche Tätigkeit auf dem Land engagierten, müsse man im Blick behalten.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** bestätigt die gesehenen Meinungsverschiedenheiten und sieht es derzeit als essenziell an, die Ärzte früher in die Regionen zu bringen, anstatt sie nach einer elfjährigen Ausbildung zehn Jahre zu verpflichten. Daher sehe er die Anrechnung der Tätigkeit während der Weiterbildungszeit als sinnvoll an, auch wenn sich nach der sich daran anschließenden verpflichtenden fünfjährigen Tätigkeit ein Wechsel ergeben könne.

Gebeten werde, im Rahmen der Verordnung eine Flexibilität schon in der Ausbildungszeit vorzusehen, und zwar nicht nur durch Monitoring und Coaching. Nach der Erörterung mit der KV könne man eventuell eine Anhörung vorsehen.

Weiterhin müssten die in der Verordnung genannten Berufsbilder überprüft und auf qualitativ hochwertige Berufe beschränkt werden. Des Weiteren solle man die Vertragsstrafen insbesondere am Ende des Studiums und am Anfang der Facharztausbildung überprüfen.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** macht geltend, bis Ende 2020 müssten 1.500 Hausarztstellen besetzt werden. Nach elf Jahren stünden 16 Ärzte zur Verfügung, die nach und nach in die ärztliche Versorgung einträten. Diese stünden dem großen Mangel von 1.500 fehlenden Ärzten gegenüber. Mit Blick auf den großen Mangel im Bereich der Hausärzte und den wenigen nach elf Jahren zur Verfügung stehenden Allgemeinmedizinern sei mit Blick auf § 5 Abs. 4 der Landesverordnung zu fragen, ob der Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit von nur 0,5 ausreiche. Viele Ärzte, überwiegend Frauen, zögen eine Halbtags­tätigkeit vor. Daher reiche es nicht aus, die Anzahl der Köpfe zu benennen, sondern man müsse das Vollzeitäquivalent mit einbeziehen. Um diesen Faktor müsse man die Zahl der Medizinstudienplätze erhöhen.

Verwunderung bestehe über die Einführung der Quote, die es zulasse, dass hinterher vermehrt die Halbtags­tätigkeit in den Mittelpunkt rücke. Als hilfreich werde es angesehen, beispielsweise eine Mindesttätigkeit von 0,75 vorzusehen. Mit Blick auf das Coaching und der Gesamtproblematik sehe sie die Möglichkeit von 0,5 als ineffizient an.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** gibt den Hinweis, derzeit studierten überwiegend Frauen (70 %) Medizin. Bei der Verpflichtung von zehn Jahren müsse man die Lebensplanung berücksichtigen, sodass im Laufe der Tätigkeit die Notwendigkeit entstehen könne, die Arbeitszeit zu reduzieren. Daher werde es als ungerechtfertigte Härte angesehen, wenn bei einer Notwendigkeit, Eltern zu pflegen oder Kinder zu erziehen, bei einer Reduzierung der Arbeitszeit auf 0,5 eine Rückzahlung zu fordern.

Eingehend auf die Aussage von Abgeordneten Dr. Christoph Gensch sei zu sagen, die Staffelung der Vertragsstrafe werde man in Augenschein nehmen und diese eventuell erläutern. Darüber hinaus werde man sich die genannten Berufsbilder ansehen und eventuell diejenigen streichen, die die Voraussetzungen nicht erfüllten.

Die Möglichkeit, bereits während der Weiterbildungszeit in einer Region tätig zu sein, finde positive Resonanz. Verwiesen werde auf vergleichbare Programme, dass man bereits frühzeitig die Tätigkeit in einer Landarztpraxis kennenlernen könne. Davon ausgegangen werde, dass diejenigen, die über die Landarztquote studierten, bereits während dieser Zeit Kontakt zu einer solchen suchten. Darüber hinaus müsse mit Blick auf diejenigen, die dies nicht machten, überlegt werden, wie man sie unterstützen könne.

*Zu Tagesordnungspunkt 2:*

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

*Zu Tagesordnungspunkten 8 und 9:*

*Der Ausschuss nimmt Kenntnis.*

Punkt 3 der Tagesordnung:

a **Gemeinsam für gute Pflege**

Antrag Fraktion der CDU  
[– Drucksache 17/9387 –](#)

b **Gute Pflege in Rheinland-Pfalz – gemeinsam die Zukunft gestalten**

Alternativantrag zu Drs. 17/9387  
der Fraktionen der SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
[– Drucksache 17/9426 –](#)

**Abg. Michael Wäschenbach** sieht die Pflege als ein sehr wichtiges Thema im gesundheitspolitischen Bereich an. Die CDU-Fraktion habe im Januar eine Große Anfrage gestellt, um die aktuelle Situation in der Region zu erfragen. Auf fast 40 Seiten habe man im März eine sehr detaillierte Antwort erhalten. Exemplarisch nenne er die Zahl der Pflegebedürftigkeit, die zwischen 2015 und 2017 um 22 % gestiegen sei.

Im Frühjahr 2019 sei eine Woche der Pflege durchgeführt worden, in der in den Wahlkreisen mit Akteuren gesprochen und Einrichtungen besucht worden seien, um die Probleme vor Ort hautnah zu erfahren. Bundespolitische Themen spielten mit hinein. Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart (MdB) habe sich beteiligt. Vor der Sommerpause sei der Antrag eingebracht worden, der zehn Punkte enthalte. Zu diesem Antrag hätten die Regierungsfaktionen einen Alternativantrag mit fünf Handlungsfeldern eingebracht. Vor der Sommerpause habe im Plenum Einigkeit bestanden, beide Anträge an den Ausschuss zu überweisen.

Trotz der Kenntnis, dass man in Rheinland-Pfalz nicht alles regeln könne, stehe das Bestreben im Vordergrund, die Pflege zu unterstützen. Begleitend wirkten die vom Bund erlassenen Pflegestärkungsgesetze, das Pflegepersonalstärkungsgesetz und die konzertierte Aktion Pflege, die unter anderem von Jens Spahn auf den Weg gebracht worden sei. Die CDU-Fraktion vermisse im Alternativantrag ein Sofortprogramm. Bei vielen Punkten bestehe Übereinstimmung.

In der letzten Plenarsitzung habe man über die Eigenanteile diskutiert, wozu es unterschiedliche Auffassungen gebe. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen wolle die CDU reduzieren. Unterschiedliche Auffassungen gebe es darüber hinaus bei dem Pflegemanager, bei dem aus Sicht der Fraktion der CDU falsche Prioritäten gesetzt würden. Die Anerkennung der Qualifikation ausländischer Pflegepersonen werde als wichtig angesehen, um schnell unterstützen zu können. Angestrebt würden konkrete Maßnahmen, um die Pflegesituationen Rheinland-Pfalz zu verbessern.

**Abg. Kathrin Anklam-Trapp** begrüßt die Teilnahme der CDU an der Woche der Pflege, womit eine Beschäftigung mit dem Thema einhergehe. Die Sozialdemokraten befassten sich seit Jahrzehnten mit dieser Thematik. Als erstes Bundesland führe Rheinland-Pfalz eine Fachkräfteanalyse durch, um Bedarfe festzustellen.

Rheinland-Pfalz sei als Land der Pflege auch durch die Anerkennung der Mistelpräsidenten bundesweit anerkannt. Bezeichnend sei es, dass die CDU kein Maßnahmenbündel anstrebe. Jedoch gebe es nicht nur zwei bis drei Maßnahmen, sondern man benötige eine Pflegestrategie, ein Umdenken in der Pflege und eine andere Pflegequalität, um die in der Pflege Tätigen zu binden. Da sich viele Mitarbeiter nach etwa sieben bis acht Jahren von dem Pflegeberuf abwenden würden, benötige man eine „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0“. Darüber hinaus sei ein Bündel von Maßnahmen sinnvoll, beispielsweise die Stärkung der Profession in der Pflege, Akademisierung, Stärkung der helfenden Kräfte, das Lernen von Führung, um Pflegepersonal zu führen. Zu der Mitarbeiterbindung gehöre deren Stärkung, um die wichtige Arbeit in der Pflege auf der Station oder im ambulanten Bereich leisten zu können.

Angestrebt werde eine Stärkung der Angehörigen, um eine Pflege zu Hause ambulant so lange wie möglich zu gewährleisten. Unterstützend wirkten dabei die Gemeindeschwester plus und das Zusammenführen verschiedener Maßnahmen. Die Prävention müsse gestärkt werden.

Viele Krankenschwestern und -pfleger verfügten bereits über eine langjährige Berufserfahrung, sodass man aufgrund des Alterwerdens dieser dafür sorgen müsse, dass sie gesund weiterarbeiten könnten.

85 konkreten Einzelmaßnahmen seien umzusetzen; denn einige wenige Maßnahmen und die Feststellung, dass mehr in der Pflege getan werden müsse, wie es der Bundesgesundheitsminister gemacht habe, reichten nicht aus. Benötigt werde eine Bezahlung in der Altenpflege und im Krankenhausbereich, die mit der Personalmessung in Einklang stehe. Nach wie vor benötige man eine Entbürokratisierung in der Pflege und eine Entlastung der Pflegenden.

Die Arbeit der Pflegekräfte umfasse 40 % bis 50 % Dokumentationsarbeiten. Diese als Belastung empfundenen Pflichten trügen nicht zur Zufriedenheit bei. Altersgerechte Arbeitsbedingungen in der Pflege seien vonnöten. Insbesondere spiele das Thema der ausländischen Pflegekräfte eine Rolle, wozu zahlreiche Maßnahmen zur Verfügung stünden. Es bestehe die Überzeugung, in der Öffentlichkeitsarbeit müsse man neue Wege gehen. 1985 bis 1990 seien der Feuerwehrmann und die Krankenschwester bei einem Berufsranking immer genannt worden. Das habe sich geändert. Dieser Beruf in der Pflege werde nicht mehr als attraktiv empfunden. Angestrebt werden müsse eine bessere Wertschätzung und Anerkennung sowie eine andere Öffentlichkeitsarbeit.

Der Alternativantrag beschreibe viele gute Ansätze. Ein wichtiger Aspekt sei die inzwischen bestehende Pflegekammer, die den Berufsstand vertrete und mit der zusammengearbeitet werde. Anzustreben sei der Ausbau der verschiedenen Strukturen mit unterschiedlichen Wohnformen, um den unterschiedlichen Lebensvorstellungen gerecht werden zu können. Dazu benötige man viele Maßnahmen und nicht nur einzelne.

**Abg. Sven Teuber** führt an, unter anderem dem Deutschen Ärzteblatt könne die erfolgreiche Entwicklung entnommen werden. Konkrete Hilfen seien zielführender als populistische Zahlen, die erwähnt worden seien.

2008 Anträge seien gestellt, 300 bisher bewilligt worden. 13.000 Stellen müssten geschaffen werden. Jedoch fehlten ausreichend Bewerber für diesen als nicht sehr attraktiv bewerteten Beruf. Mit einfachen Zahlen auf Plakaten könne die Attraktivität des Berufes nicht gesteigert werden. Vielmehr müsse man versuchen, eine zielführende Strategie zu entwickeln. Nicht einzelne Ideen, sondern Kontinuitäten seien hilfreich. Gewünscht habe er sich, dass die CDU auf Kontinuitäten in den eigenen Reihen verweise. Er bewerte es als dürftig, der seit zwölf Jahren bestehenden kontinuierlichen Arbeit populistisch und plakativ Zahlen gegenüberzustellen, die in dem Zusammenhang nicht erreicht würden.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** geht auf den Titel des Antrages „Gemeinsam für gute Pflege“ ein, bei dem sie das Gemeinsame vermisse. Als Gemeinsame sehe sie es an, wenn die pflegenden Angehörigen in die Betrachtungsweise einbezogen würden. Der Fokus liege auf 25 % der Pflegebedürftigen, die außerhäuslich gepflegt würden. Damit erfolge die Beurteilung der Pflegesituation und des gesamten Kontextes. Zu wenig werde die häusliche Pflege einbezogen, bei der 75 % der Pflege erfolge. Die pflegenden Angehörigen stellten einen großen Pool dar. Diese Menschen, diese Pflegekräfte müsse man mit einbeziehen.

Der Antrag der CDU enthalte die Aussage „Der Landtag fordert die Landesregierung auf, ihre Ressourcen gezielt auf die Stärkung vorhandener Strukturen zu konzentrieren.“ Als vorhandene Strukturen sehe sie die vorhandenen 75 % an, die Zuhause gepflegt würden, auf die man sich konzentrieren müsse.

87 % der Pflegebedürftigen bevorzugten eine Pflege zu Hause. Bei den Angehörigen bestehe die Bereitschaft, dies zu ermöglichen. Diese verzichteten auf viele persönliche Vorteile. Das stelle einen großen gesellschaftlichen Beitrag zu einer Solidarität und Stabilität dar, weil dadurch Pflegekräfte eingespart werden könnten. Dieser wichtige Aspekt bzw. die Angehörigen erhielten nicht die entsprechende Würdigung. Bedauert werde, dass dies nicht berücksichtigt werde. Gebeten werde, dafür eine deutliche finanzielle Besserstellung der pflegenden Angehörigen zu ermöglichen, wozu es verschiedene Ansatzpunkte gebe. Zumindest müsse der pflegende Angehörige mehr in den Fokus gerückt werden als im Antrag geschehen.

**Vors. Abg. Hedi Thelen** geht auf die Äußerungen von Abgeordnete Dr. Sylvia Groß ein und sagt, Abgeordneter Michael Wäschenbach habe darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Woche der Pflege viele Gespräche geführt worden seien, unter anderen mit ambulanten Pflegediensten, mit denen man unterwegs gewesen sei. Den Fokus habe man auf die Bereiche gelegt, die man während dieser Woche als besonders dramatisch empfunden habe.

Die Pflege durch die Familien verdiene hohen Respekt. Diesen Respekt belegten zurückliegende Aktivitäten und Anträge. Für viele Familien gestalte es sich immer schwieriger, einen ambulanten Pflegedienst zur Unterstützung zu finden. Zum Teil müssten diese Familien zahlreiche Telefongespräche führen, um einen Pflegedienst mit Kapazitäten zu finden; denn auch die Pflegedienste hätten mit Problemen der Fachkräftegewinnung zu kämpfen. Bei krankheits- oder urlaubsbedingten Ausfällen gebe es zum Teil über Wochen Probleme, die Stammkunden zu versorgen. Daher sei der Fokus auf die Gewinnung und Qualifizierung von Fachkräften in der Pflege gelegt worden. Zugestimmt werde der Aussage über die Wichtigkeit der Arbeit der Familien in diesem Bereich.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** schildert mit Blick auf den Antrag der Fraktion der CDU und dem Titel „Gemeinsam für gute Pflege“, positiv hätte man es bewerten können, wenn sich diese Gemeinsamkeit im Inhalt stärker wiedergespiegelt hätte. Stattdessen liege die Konzentration vermehrt darauf, der Landesregierung vermeintliche Versäumnisse zu unterstellen.

Die Konzertierte Aktion Pflege auf Bundesebene werde zu Recht begrüßt. Der Landesregierung werde vorgeworfen, diese habe bei ihrer eigenen „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0“ die Dringlichkeit bei der Personalsituation vermissen lassen. Dabei müsse man bedenken, dass die Fortführung der Fachkräfteinitiative bereits auf dem ersten Fachkraftgipfel Pflege im Januar 2017 beschlossen und die Vereinbarung der Konzertierten Aktion Pflege im Juni 2019 unterzeichnet worden seien. Die Handlungsfelder seien weitgehend identisch. Von unterschätzter Dringlichkeit vonseiten des Landes können nicht gesprochen werden. Beachtet werden müsse, zwei Jahre vorher habe man sich mit der Fachkräfteinitiative befasst.

Die „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0“ greife die bereits in Punkt 2 des Antrags der CDU geforderte Gewinnung und Integration ausländischer Pflegekräfte auf. Wenn man sich diese Initiative betrachte, könne man feststellen, dass dies eines der fünf zentralen Handlungsfelder darstelle.

Für zügige Anerkennungsverfahren von ausländischen Berufsabschlüssen im Pflegebereich baue die Landesregierung Strukturen aus und biete entsprechende Anpassungsqualifizierungen landesweit an. Auch werde es jungen Menschen aus Vietnam ermöglicht, eine Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in Rheinland-Pfalz zu absolvieren. Im Herbst 2017 hätten die ersten vietnamesischen Auszubildenden ihre dreijährige Ausbildung am Landeskrankenhaus und der Universitätsmedizin Mainz begonnen.

Die Landesregierung setze unter Einbindung der dazu gehörten Expertinnen und Experten das neue Pflegeberufegesetz um. Rheinland-Pfalz sei das erste Bundesland, in dem dies gelungen sei. Der Aufbau des Ausgleichsfonds beim Landesamt für Soziales, Jugend versorgen befinde sich in der Umsetzung. Eine Lehrplankommission auf Landesebene sei gegründet worden und habe im Juli 2019 ihre Arbeit aufgenommen, sodass kein Anlass bestehe, der Landesregierung Versäumnisse vorzuwerfen und für Verunsicherung zu sorgen.

Punkt 4 des Antrages der CDU-Fraktion lasse die unterschiedlichen Ansätze im Projekt Gemeindegewerkschaft plus für hochaltrige Menschen ohne Pflegegrad und in der Umsetzung des persönlichen Pflegemanagers für Menschen mit Pflegegrad völlig außer Acht. Die Projekterfahrung und Rückmeldungen aus der Wissenschaft zum präventiven Hausbesuch seien ausgesprochen positiv. Eingeladen werde, sich unvoreingenommen ein Bild zu machen und sowohl mit den Gemeindegewerkschaften als auch mit den besuchten Senioren und Senioren zu sprechen.

Weiterhin fordere die CDU-Fraktion, die angeblich starre Fachkraftquote von 50 % bei stationärer Pflege aufzuheben. Dabei habe sich die Landesregierung von dem Weg einer restriktiven 50 %-Pflegefachkraftquote schon gelöst. Im Jahr 2013 seien die geforderten multiprofessionellen Teams zugelassen worden. Träger von Einrichtungen könnten seit dem andere Professionen im Rahmen ihrer jeweiligen Fachlichkeit einbinden. Die Fachlichkeit an sich unter 50 % zu senken, solle man nur anhand gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse machen. Solche lägen noch nicht vor, sondern seien für das kommende Jahr angekündigt, wenn im Bund ein Personalbemessungssystem entwickelt und erprobt worden sei.

In Punkt 6 des Antrages fordere die CDU-Fraktion die Landesregierung auf, mit Pflegekräften und Trägern die Entbürokratisierung voranzutreiben. Fakt sei, bereits mit der Pflegekammer und den Trägern

habe man ein Kooperationsgremium für den laufenden Umsetzungsprozess einer entbürokratisierten Pflegedokumentation eingerichtet.

In Punkt 7 des Antrages fordere die CDU-Fraktion die Landespflegekammer auf, klarere Schwerpunkte zu setzen. Die Kammer befinde sich auf einem guten Weg. Begrüßt werde, dass am 14. Juni 2019 die Pflegekammerkonferenz, der Zusammenschluss der bisher bestehenden Landespflegekammern und des Deutschen Pflegerates, gegründet worden sei. Die Pflegekammerkonferenz sei die Spitzenorganisation der pflegerischen Selbstverwaltung und vertrete die Interessen von weit über 200.000 Pflegefachpersonen in der Bundesrepublik Deutschland.

Im Punkt 8 des Antrages spreche sich die CDU-Fraktion für die Wiederaufnahme der Investitionskostenförderung in der Pflege aus. Darüber könne diskutiert und gestritten werden. Wie bereits im Plenum am 23. August ausgeführt, stelle das keine Antwort auf die aktuelle Debatte über steigende Pflegekosten dar. Wenn ein Gutachten im Auftrag des Bundes zeige, dass die bessere Bezahlung der Pflegekräfte beispielsweise durch die Erstreckung eines Tarifvertrages zu höheren Pflegekosten von bis zu 5,2 Milliarden Euro führe, dann müsse man über steigende Pflegeleistungen sprechen und nicht über Investitionen in Gebäude.

Punkt 9 betreffe die Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag. Dieses sei bereits angekündigt. Ein erstes Ergebnis werde zeitnah vorgelegt. Dass ein soziales Pflichtjahr, wie in Punkt 10 des Antrages gefordert, für junge Menschen die pflegepolitischen Herausforderungen löse, mit denen man sich engagiert und intensiv befasse, werde von der Landesregierung als wenig realistisch angesehen.

Vieles, was im Antrag angesprochen werde, sei bereits auf den Weg gebracht worden. Begrüßt werde der Antrag der Koalitionsfraktionen, indem die Herausstellung des notwendigen Handlungsbedarfs erfolge. Dies werde nicht nur im Titel verdeutlicht, sondern auch im Antrag selbst. Nur gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern könne man dies erreichen, mit denen man seit Jahren intensiv zusammenarbeite.

**Abg. Michael Wäschenbach** geht davon aus, trotz der genannten Maßnahmen und Ankündigungen stehe ein schnelleres Vorankommen im Vordergrund.

Abgeordneter Sven Teuber habe die von Minister Spahn genannte Zahl von 15.000 als populistische Ankündigung dargestellt. Jedoch handele es sich um eine Bedarfsfeststellung. Die benötigten Fachkräfte stünden nicht zur Verfügung

Auf den Einwurf von **Abg. Sven Teuber**, dass viel mehr benötigt würden, erwidert **Abg. Michael Wäschenbach**, dass ein Anfang gemacht werden müsse. Messbare Erfolge sowie die Klärung der Frage, warum es von Akteuren in der Pflege Beschwerden gebe, seien hilfreich.

Mit Blick auf die Gemeindegewerkschaft plus sei klarzustellen, dass keine Einwände gegen Prävention oder aufsuchende Beratung bestünden. Kritisiert worden sei, dass bei der Gemeindegewerkschaft plus mit überqualifiziertem Personal gearbeitet werde. Genannt werden könnten gute Beispiele, bei denen die aufsuchende Tätigkeit und Beratung ehrenamtlich geleistet werde. Auf den Pflegemanager könne aufgrund fehlender Informationen und Erfahrungen nicht eingegangen werden. Mit Blick auf den angesprochenen Skillmix gebe es Hinweise aus der Praxis, dass sich dieser nicht anwenden lasse.

Die Einrichtung der Pflegekammer habe die CDU von Anfang an positiv begleitet. Man könne stolz darauf sein, in Rheinland-Pfalz eine Pflegekammer zu haben. Nach mehreren Jahren der Gründung und Selbstverwaltung gebe es nach wie vor eine große Zahl von Pflegenden, die nicht Mitglied der Kammer seien und sich über die Kammer beschwerten. Appelliert werde an die Selbstverwaltung der Kammer, sich um den eigenen Berufsstand zu kümmern und diesen zu bewerben.

Mit einer Pflegekammer habe man den Berufsstand stärken wollen. Es werde als nicht gut angesehen, dass die Selbstverwaltung die eigene Klientel mit Schreiben unter Druck setzte. Sinnvoll seien ein anderer Kommunikationsstil und eine andere Öffentlichkeitsarbeit.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** geht auf das im Antrag genannte soziale Pflichtjahre ein, zudem gesagt worden sei, dass es sich schwierig gestalten, dies einzuführen, sodass nach den Gründen gefragt werden müsse. Der Hintergrund eines sozialen Pflichtjahres liege darin, junge Menschen frühzeitig mit dem Thema vertraut zu machen, sie zu sensibilisieren und zu begeistern, um das Erkennen der Notwendigkeit dieser Berufe zu ermöglichen und eine sozialen Verantwortung zu unterstützen. Eine Analogie könne man zum Ärztemangel sehen; denn dort gebe es die Aussage, die jungen Leute frühzeitig für diesen Beruf und die Regionen zu interessieren, um diese dort zu integrieren und zu binden. Daher sei zu fragen, wieso es als schwierig angesehen werde, mit einem sozialen Pflichtjahr Vergleichbares anzustreben.

**Abg. Sven Teuber** äußert Verwunderung, alles auf das Ehrenamt übertragen zu wollen. erinnert werde an die Ausschussfahrt nach Dänemark. Dort habe er sich bestätigt gefühlt, die Gemeindegeschwester zu nutzen; denn dort werde vergleichbar agiert. Eine hohe Qualifikation bei aufsuchenden Hausbesuchen gehöre dazu. Man dürfe nicht alles auf das Ehrenamt abwälzen.

Die Kritik an einem möglichen schlechten Stil bei der Kommunikation der Pflegekammer müsse man die Adressaten richtig wählen und könne somit als Vorbild dienen.

Viele Menschen agierten vorbildlich, was vonseiten der Politik unterstützt werden solle. Es dürfe nicht das Ehrenamt gegen das Hauptamt ausgespielt und der Stil von anderen bewertet werden. Vielmehr müsse man versuchen, Lösungen zu finden.

**Vors. Abg. Hedi Thelen** weist darauf hin, es sei das im Land Stattfindende als Beispiel genannt und nicht gesagt worden, dass dies für alles gefordert werde.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** widerspricht, sie habe nicht davon gesprochen, dass viele Maßnahmen angekündigt worden seien oder sich in der Umsetzung befänden. Vielmehr seien von den zehn in dem Antrag enthaltenen Punkten vier komplett bereits umgesetzt worden. Dazu gehörten die Fachkraftinitiative, Entbürokratisierung, das Pflegeberufereformgesetz, das ich in Umsetzung befinde, und die Themen Fachkräftequote und Skillmix. Zum Skillmix sei zu erwähnen, sie habe keine Kenntnis über eine landeseigene Senioreneinrichtung, bei der vom Land Fachkräfte eingesetzt würden. Der Einsatz und die Anstellung der Fachkräfte lägen in der Verantwortung der Träger. Die Träger seien in den vergangenen zwei Jahren mehrfach darauf hingewiesen worden, dass die Möglichkeit bestehe, multiprofessionelle Teams zusammenzustellen. Zum Teil sei entgegnet worden, darüber keine Kenntnis zu haben. Gespräche mit der Pflegegesellschaft seien eingeführt worden, weil Informationen darüber nicht bis vor Ort gedrungen seien. Bei Besuchen, Veranstaltungen usw. werde auf das Thema hingewiesen.

Es liege in der Verantwortung der Träger, diesen Skillmix anzuwenden. Zu den Fachkräften gehörten auch Physiotherapeuten, Hauswirtschafterinnen und die Pflegefachkräfte. Auf diese Weise könne man die 50 %ige Fachkräftequote erreichen.

Darüber hinaus habe man die AG Innovation eingeführt, womit den Einrichtungen noch einmal angeboten worden sei, innovative Ansätze zu erproben; denn vor Ort bestehe mit Blick auf die Fachkräfte ein enormer Druck. Es gebe die Möglichkeit von Einzelgesprächen und Einzelberatungen mit den Einrichtungen. In diesem Bereich könne man nicht das Fehlen von Flexibilität oder das Bestehen auf der 50 %-Quote bei den Pflegefachkräften vorwerfen.

Mit Blick auf die erzielten Ergebnisse sei bereits auf die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative verwiesen worden. Darüber habe es ein Branchenmonitoring gegeben. Gelungen sei es, die Fachkräftelücke um 65 % zu reduzieren. Das habe motiviere, eine FQI 2.0 vorzusehen; denn es bestehe nach wie vor Bedarf und habe Beschwerden gegeben. Vor Ort stelle sich die Arbeit schwierig dar, wenn nicht genügend Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung stünden, sodass man weiter tätig sein müsse. Jedoch könne nicht gesagt werden, es gebe keine messbaren Ergebnisse.

Immer wieder werde angeregt, die Gemeindegeschwester plus ehrenamtlich zu organisieren oder diese Aufgabe von den Hauswirtschafterinnen übernehmen zu lassen, was beispielsweise vom Landfrauenverband gefordert werde. In Rheinland-Pfalz bestehe der Anspruch, dies qualitativ abgesichert durchzuführen. Evaluationen, Berichte und Rückmeldungen der Gemeindegewestern sowie der Betroffenen zeigten, dass sich bei pflegerisch ausgebildeten Personen der geschulte Blick auf Notwendigkeiten in

der jeweiligen Lebenssituation positiv auswirke. Die vielen Ehrenamtlichen und die zum Teil ehrenamtlich aufsuchenden Projekte leisteten gute Arbeit und unterstützten vielfach. Bei der Gemeindeschwester plus werde es als wichtig angesehen, eine Pflegefachkraft einzusetzen.

Den Kritikern, die in diesem Zusammenhang auf die Verschärfung beim Mangel an Pflegefachkräften hinwiesen, sei entgegenzuhalten, dass sich dieser durch die an den 135 Pflegestützpunkten zum Teil noch anzudockenden Gemeindeschwestern plus nicht nennenswert verschärfe. Die Gemeindeschwester plus werde als Möglichkeit gesehen, den Fachkräften einen anderen Arbeitsbereich zu offerieren.

Klarzustellen sei, ein soziales Pflichtjahr werde bei dem Ziel, den Bedarf an Fachkräften zu decken, als nicht besonders realistisch angesehen. Im Rahmen eines sozialen Pflichtjahres wirkten die Beteiligten unterstützend, betreuend usw. Viele betreuende und unterstützende Tätigkeiten stünden auch in Einrichtungen zur Verfügung. Wenn der Ansatz sei, Menschen für die pflegerische Ausbildung zu interessieren, sehe sie es als zielführender an, viel früher mit der Werbung für den Pflegeberuf zu beginnen.

In der Fachkraft- und Qualifizierungsinitiative werde versucht, mit dem Projekt „Care4 future“ das Interesse von Schülerinnen und Schülern für den Pflegeberuf zu wecken. Ein soziales Pflichtjahr halte sie für wenig realistisch, um die Herausforderungen anzugehen.

**Abg. Michael Wäschenbach** geht auf die Ausführungen von Abgeordneten Sven Teuber ein und sagt, dass er das Thema sehr ernst nehme. Als zuständiges Gremium in Rheinland-Pfalz sehe er den gesundheitspolitischen Ausschuss an, wenn solche Gespräche zu keinem Ergebnis führten. Als Gesetzgeber habe man die Pflegekammer einstimmig beschlossen. Wenn bei Beschäftigten in der Pflege Unsicherheit bestehe, ob sie eine Petition schreiben oder mit einem Angehörigen des gesundheitspolitischen Ausschuss sprechen sollten, dann nehme er solche Anliegen ernst. Er bewerte es nicht als schlechten Stil, wenn man die auf den Weg gebrachten Maßnahmen thematisiere, wenn sie sich nicht erwartungsgemäß entwickelten.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** fügt bezüglich des sozialen Pflichtjahres hinzu, das wäre eine soziale Investition in die Zukunft. Bei den Medizinstudenten bestehe mit Blick auf den Hausarzt 20 Jahre im Voraus die Notwendigkeit, sich festzulegen. Vergleichbar könnte man frühzeitig junge Leute sensibilisieren, welche Herausforderungen in der Pflege bestünden und wie viel soziales Engagement und Empathie notwendig seien.

Die Gemeindeschwester plus binde Pflegefachkräfte und verschärfe den Mangel. Gesagt worden sei, dass die Gemeindeschwester plus bei der Evaluation ein sehr positives Echo hervorgerufen habe. Jedoch fehle eine vergleichende Untersuchung mit Personen, die über keine Pflegefachkraftqualifikation verfügten, sondern über eine andere soziale Qualifikation, um einen Vergleich der Ergebnisse ziehen zu können. Daher sei ein solcher Vergleich anzuregen, um eventuell die Notwendigkeit des Umsteuerns bei der Ausbildung der Gemeindeschwester plus erkennen zu können.

Zu Tagesordnungspunkt 3 a):

*Der Ausschuss empfiehlt die Ablehnung (SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen CDU, AfD).*

Zu Tagesordnungspunkt 3 b):

*Der Ausschuss empfiehlt die Annahme (SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen CDU, AfD).*

Punkt 5 der Tagesordnung:

**Anerkennungsverfahren für ausländische Pflegekräfte**

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

[– Vorlage 17/5076 –](#)

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, um die steigenden Fachkräftebedarfe in der Pflege, die sich aufgrund des demografischen Wandels ergäben, zu decken, sei auch das Potenzial ausländischer Pflegekräfte zu nutzen. Daher greife die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 – 2018 bis 2022 (FQI) die Integration ausländischer Pflegekräfte als eines von fünf zentralen Handlungsfeldern auf.

Als Ziel sei formuliert worden, dass die Anerkennungsverfahren von im Ausland erworbenen Qualifikationen mit Blick auf die Qualität und die zeitlichen Abläufe weiter optimiert würden und alle Akteure die Anstrengungen zur Gewinnung und Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland in den hiesigen Pflegearbeitsmarkt intensivierten.

Dazu zähle auch, dass das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung und die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion ihre Anerkennungs- und Bewilligungsverfahren im Hinblick auf eine mögliche Optimierung überprüfen, ohne Qualitätsstandards zu verletzen.

Die Anerkennungsverfahren der ausländischen Berufsabschlüsse in der Pflege würden in Rheinland-Pfalz nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003 in der derzeit gültigen Fassung durchgeführt. Innerhalb von drei Monaten bei Abschlüssen aus dem europäischen Wirtschaftsraum bzw. vier Monaten bei Abschlüssen aus Drittstaaten müsse dabei die Anerkennungsbehörde über die Gleichwertigkeit entscheiden. Da die Frist mit dem Eingang der vollständigen und übersetzten Unterlagen beginne, werde die Dauer des Verfahrens maßgeblich durch die Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen bestimmt.

Zur Unterstützung der ausländischen Pflegekräfte sei im Jahr 2018 ein Landesprojekt auf den Weg gebracht worden, in dessen Rahmen das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz die Antragstellerinnen und -steller zum Anerkennungsverfahren berate, um die Verfahren zu beschleunigen. Sie erhielten dabei unter anderem Hilfe bei der Zusammenstellung, Übersetzung und Beglaubigung notwendiger Unterlagen und bei der Erläuterung von Bescheiden. Die Beratung und Begleitung werde bis zur Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung angeboten und umfasse auch die Recherche und Vermittlung geeigneter Qualifizierungsmaßnahmen.

Bei allen Antragstellenden aus Drittstaaten würden die Berufsabschlüsse auf Gleichwertigkeit mit der deutschen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung geprüft. Würden Unterschiede festgestellt, seien gemäß dem Krankenpflegegesetz Anpassungsqualifizierungen notwendig. Diese dürften nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Krankenpflegegesetz nur an einer Krankenpflegeschule absolviert werden, die die Gesamtverantwortung für die Qualifizierung trage. Der Träger der Schule entscheide in Selbstverwaltung, wer in die Qualifizierungsmaßnahme aufgenommen werde.

Auch im Zuge der Generalistik könnten zukünftig Unterschiede im Bereich der Akutkrankenpflege, die bei der Gleichwertigkeitsprüfung festgestellt würden, nur durch Ausgleichsmaßnahmen im Krankenhaus ausgeglichen werden. Würden bei der Prüfung der Gleichwertigkeit Unterschiede im Bereich der geriatrischen Pflege und/oder der stationären Langzeitpflege festgestellt, könnten diese praktischen Anteile der Ausgleichsmaßnahme in Rheinland-Pfalz bereits jetzt in einer Einrichtung der Altenhilfe absolviert werden.

Um das Angebot an Anpassungsqualifizierungen zu erweitern und eine landesweit einheitliche Durchführung zu gewährleisten, sei im März 2019 ein zusätzliches Landesprojekt auf den Weg gebracht worden. Das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz sei damit beauftragt worden, den Aufbau einer landesweiten langfristigen Struktur zur Umsetzung von Anpassungslehrgängen bzw. Vorbereitungskursen auf die Kenntnisprüfung zu unterstützen. Derzeit würden ein Konzept und ein modularer Lehrplan erarbeitet, damit die Anpassungsqualifizierungen landesweit einheitlich durchgeführt werden könnten.

Parallel dazu habe die Bundesagentur für Arbeit (BA) auf zwei Informationsveranstaltungen im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie im März 2019 und im Juni 2019 den Krankenhäusern ihre Fördermöglichkeit vorgestellt. Wenn sich die Krankenpflegeschulen nach der Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (AZAV) der Bundesagentur für Arbeit zertifizieren ließen, bestehe die Möglichkeit, die Teilnehmerkosten der Anpassungsqualifizierung zu fördern.

Nach den beiden Informationsveranstaltungen hätten bis Mitte August 2019 zehn Krankenpflegeschulen in einer Absichtserklärung Interesse bekundet, sich am Aufbau eines flächendeckenden Angebots an Anpassungsqualifizierungen in Rheinland-Pfalz zu beteiligen. In der nächsten Sitzung im Oktober 2019 sei zu klären, unter welchen Voraussetzungen die Schulen bereit seien, sich von der BA zertifizieren zu lassen.

Auf den bisherigen Informationsveranstaltungen sei bereits deutlich geworden, dass die Schulen zum einen bei der Umsetzung der Generalistik stark eingebunden seien und eine Zertifizierung zum anderen mit hohen Kosten verbunden sei.

Durch diese Maßnahmen und die weiteren Aktivitäten in den Handlungsfeldern der FQI sei sichergestellt, dass zukünftig eine ausreichende Zahl von gut ausgebildeten Fachkräften in der Pflege, die eine hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen in Rheinland-Pfalz gewährleisten, vorhanden sei.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sagt auf Bitte des **Abg. Michael Wäschenbach** zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

**Abg. Michael Wäschenbach** erkundigt sich zunächst, wie viele Krankenpflegeschulen in Rheinland-Pfalz – zusätzlich zu den zehn Schulen, die nun ihr Interesse an einer Zertifizierung bekundet hätten – bereits in der Vergangenheit durch die Bundesagentur für Arbeit für die Anpassungsqualifizierung zertifiziert worden seien.

Des Weiteren sei von Interesse, wie viele Plätze und Lehrer an den Krankenpflegeschulen zur Verfügung stünden und wie viele Absolventen eine Anerkennung erzielt hätten.

**Vors. Abg. Hedi Thelen** fragt, wie lang die aktuelle Warteliste für die Anpassungsqualifizierungen sei.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** betont, es sei sehr wichtig, dass momentan zehn Krankenpflegeschulen ihr Interesse an einer Zertifizierung bekundet hätten. Es gehe dabei nämlich nicht nur um die Bereitschaft, den Anpassungslehrgang anzubieten, sondern die Zertifizierung, die bislang nur eine einzige Schule innegehabt habe, wirke sich auch auf die Fördermöglichkeiten aus.

**Jeannette Mischnick (Abteilungsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie)** ergänzt, bislang hätten fünf Schulen solche Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt, allerdings ohne eine AZAV-Zertifizierung. Nur eine Schule in Rheinland-Pfalz habe eine entsprechende AZAV-Zertifizierung, die die Refinanzierung der Teilnehmerplätze über die Bundesagentur für Arbeit ermögliche.

Dies sei der maßgebliche Grund dafür gewesen, das Angebot landesweit zu vergrößern und es gleichzeitig im Rahmen einer Zertifizierung durch die BA in einen ökonomischen Kontext zu setzen. Davon profitierten sowohl die Schulen als letztendlich auch die Arbeitgeber, die die anerkannten Fachkräften beschäftigen könnten.

Das Ministerium habe dieses Verfahren mit den Schulen auf diversen Informationsveranstaltungen besprochen und den Prozess, dem sich die Schulen stellen müssten und der einen gewissen Aufwand, auch in finanzieller Hinsicht, mit sich bringe, erläutere. Das Ministerium sei bereit, die Schulen auf diesem Weg zu begleiten, letztendlich müssten die Schule und der Träger aber von diesem Schritt überzeugt sein.

Der Entscheidungsprozess habe einige Zeit in Anspruch genommen, nun sei es aber umso erfreulicher, dass zehn Schulen in dieses Projekt einsteigen wollten. Mit diesen müsse konkret besprochen werden, wo die jeweiligen Unterstützungsbedarfe lägen.

Bisher sei eine größere Maßnahme in Schulklassengröße in Speyer durchgeführt worden, was eindeutig zu wenig gewesen sei. Ansonsten liefen die Verfahren in den bestehenden Angeboten der Schulen mit. Das bedeute, sobald in einer Ausbildung ein Platz frei werde, erhalte ihn eine Person, die sich im Anerkennungsverfahren befinde. Die Gesamtzahl der aktuell zur Verfügung stehenden Plätze müsse beim Landesamt abgefragt werden. Normalerweise hätten die Kurse an den fünf Schulen, die entsprechende Maßnahmen angeboten hätten, eine Größe von 15 bis 20 Personen.

Im Jahr 2018 seien im Rahmen des Anerkennungsverfahrens 700 Anträge gestellt worden, die bereits alle bearbeitet worden seien. Ca. 85 % der Antragsteller nähmen an Qualifizierungsmaßnahmen teil. Im Jahr 2019 seien bis zum Juli 306 Anträge gestellt worden, die momentan bearbeitet würden. Wenn hier ebenfalls eine Quote von 85 % zugrunde gelegt werde, ergebe sich ein Eindruck der Größenordnung der unterschiedlichen Defizitbescheide und notwendigen Anpassungsqualifizierungen.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sagt auf Bitte des **Abg. Michael Wäschenbach** zu, die Zahl der Lehrer und Absolventen in der Anerkennungsqualifizierung nachzuliefern.

Auf Bitte der **Vors. Abg. Hedi Thelen** sagt sie zu, Informationen über die Länge der Warteliste zur Anerkennungsqualifizierung bereitzustellen.

**Abg. Kathrin Anklam-Trapp** führt aus, im Rahmen der Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 unterstütze das Land die Ausbildungsstätten auch finanziell. Sie würde gerne wissen, inwieweit dieses Angebot angenommen werde und ob es auch ausländischen Fachkräften zugutekomme.

**Jeannette Mischnick** antwortet, die Ausbildungsförderung ziele primär auf die Erstausbildung, während es im Anerkennungsverfahren um Menschen mit Vorqualifizierungen gehe. Darum laufe das Anerkennungsverfahren außerhalb des originären Bereichs der Ausbildungsförderung.

Für die Nachqualifizierung existiere im System die Möglichkeit der Kurse. Allerdings seien die Bedarfe – abhängig von den jeweiligen Vorkenntnissen – sehr unterschiedlich. Daher werde im Defizitbescheid genau festgehalten, welche Kurse von einer Person noch absolviert werden müssten, um die Anerkennung zu erhalten.

Dem Land sei es wichtig, in der Kurs- und Qualifizierungslandschaft die entsprechenden Maßnahmen vorhalten zu können. Durch das aktuelle Projekt mit den Schulen und Kliniken solle daher sichergestellt werden, dass passgenaue Angebote geschaffen werden könnten.

**Abg. Michael Wäschenbach** legt dar, ihm lägen Informationen darüber vor, dass es weder eine ausreichende Zahl an Pflegeausbildern noch an Klassenräumen gebe, um die Wartelisten abzarbeiten. Er bitte um Auskunft, ob dem Ministerium ähnliche Hinweise bekannt seien.

Des Weiteren sei von Interesse, ob es im Bereich der Visaerteilung Blockaden gebe, die das Land daran hinderten, das Ziel der Gewinnung von mehr Pflegekräften zu erreichen.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** erläutert, die Frage der notwendigen Ressourcen in Bezug auf Lehrer und räumliche Kapazitäten werde individuell mit den zehn Schulen, die an dem Projekt teilnehmen wollten, zu klären sein. Eine Verteilung nach dem Gießkannenprinzip sei an dieser Stelle nicht hilfreich, sondern es gelte, die Unterstützung konkret auf die einzelnen Bedarfe vor Ort abzustimmen.

Das Problem teilweise sehr langwieriger Verfahren zur Visaerteilung sei ihrem Ministerium bekannt, allerdings seien die Einflussmöglichkeiten des Landes in diesem Bereich sehr begrenzt.

*Der Antrag ist erledigt.*

**Punkt 7** der Tagesordnung:

**Sicherheitsvorfall durch Befall mit Schadsoftware bei Krankenhaus-IT-Strukturen**

Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

[– Vorlage 17/5158 –](#)

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sagt zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

*Der Antrag ist erledigt.*

**Punkt 10** der Tagesordnung:

**Engpässe bei der Medikamentenversorgung**

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

[– Vorlage 17/5213 –](#)

**Abg. Kathrin Anklam-Trapp** führt zur Begründung aus, auch wenn die Situation in Rheinland-Pfalz glücklicherweise nicht so schlimm wie im übrigen Bundesgebiet sei, betreffen Versorgungsengpässe bei verschiedenen Medikamenten wie Impfstoffen oder Narkotika die Versorgungssicherheit der Patienten.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, das Problem von Lieferschwierigkeiten bei Arzneimitteln sei kein neues Thema im Apothekenbereich, sondern werde in der Krankenhauspharmazie bereits seit Längerem diskutiert.

So sei auf europäischer Ebene schon auf dem Kongress der Krankenhausapothekerinnen und -apotheker in Maastricht im Jahr 2008 über Liefereinschränkungen berichtet worden. Lieferengpässe bei der Arzneimittelversorgung von Krankenhausapotheken seien auch aus den USA bereits seit langer Zeit bekannt gewesen.

Mittlerweile hätten Versorgungseinschränkungen den ambulanten Bereich erreicht und betrafen nicht nur Spezialpräparate in der Krebstherapie, sondern zunehmend auch den niedergelassenen Bereich bei Bagatellpräparaten wie Hormonen, Vitaminen, fiebersenkenden Arzneimitteln und sogar Schmerzpräparaten.

Hintergrund für diese Entwicklung seien verstärkte Globalisierungstendenzen bei der Produktion von Wirkstoffen und Arzneimitteln mit der Begrenzung auf wenige Produktionsstätten insbesondere in außereuropäischen Drittstaaten, die eine weltweite Belieferung übernähmen. Beim qualitäts- oder kapazitätsbedingten Ausfall zentraler Herstellungsbetriebe komme es zwangsläufig zu globalen Lieferengpässen.

Aus Rationalisierungsgründen würden zudem weltweit zunehmend Tendenzen beobachtet, keine großen Arzneimittelvorräte mehr vor Ort einzulagern, sondern Arzneimittel bzw. Wirkstoffe just in time zu liefern und in die Logistikkette zu verlagern.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) habe als Ergebnis des Pharmadialogs den Jour Fixe zu Liefer- und Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln unter Beteiligung der Fachkreise eingerichtet. In diesem Rahmen diskutierten Vertreter der Industrieverbände, des Großhandels, der Ärzte- und Apothekerschaft sowie Vertreter des BMG und der zuständigen Bundesoberbehörden Maßnahmen, um Lieferengpässe zu vermeiden oder deren Auswirkungen abzumildern. Die für die Arzneimittelüberwachung zuständigen Länder seien durch einen Repräsentanten ihrer Länderarbeitsgruppe Arzneimittel-, Apotheken-, Transfusions- und Betäubungsmittelwesen, die derzeit Niedersachsen leite, vertreten.

Besondere Schwerpunktthemen seien in den bisherigen zehn Sitzungen dieser Fachexpertengruppe die Krankenhausversorgung mit speziellen Antibiotikapräparaten sowie Lieferengpässe im ambulanten Bereich und in öffentlichen Apotheken gewesen. Zu den umgesetzten Maßnahmen gehöre die Erarbeitung einer Liste versorgungsrelevanter engpassgefährdeter Arzneimittel, die auf der Basis der Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften und der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation entwickelt worden sei und dabei helfen solle, die Versorgung mit Arzneimitteln gezielt durch frühzeitige Kommunikation und Transparenz sicherzustellen.

Vorausschauende Kommunikation und vollständige Transparenz seien auch für die beteiligten Fachgesellschaften entscheidende Faktoren, die es ihnen ermöglichten, bei drohenden Lieferengpässen versorgungsrelevanter Arzneimittel frühzeitig alternative Therapieempfehlungen herauszugeben. Dazu sei insbesondere der enge fachliche Austausch zwischen Ärzten und Apothekern erforderlich, um die Therapie bei vorhersehbaren Liefereinschränkungen rechtzeitig umzustellen.

Probleme mit der zeitnahen Arzneimittelversorgung seien aufgrund ihrer grundsätzlichen Bedeutung für eine gute Qualität der Gesundheitsversorgung Gegenstand der zweiten Sitzung des Pharmadialogs der

Bundesregierung am 20. Mai 2019, an der Hessen und Rheinland-Pfalz teilgenommen hätten, gewesen. Das Bundesgesundheitsministerium habe dort auf Wunsch der Länder noch einmal die Hintergründe für das Entstehen von Liefereinschränkungen bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln analysiert und benannt: Durch die Auslagerung der Herstellung wichtiger Wirkstoffe für die Arzneimittelproduktion in das außereuropäische Ausland, beispielsweise nach Asien oder Nordafrika, komme es bei qualitätsbedingten Ausfällen zu massiven Liefereinschränkungen weltweit.

In Deutschland und auch in Rheinland-Pfalz seien diese Probleme im vergangenen Sommer im Zusammenhang mit verunreinigten Valsartan-Präparaten zur Bluthochdrucktherapie zu spüren gewesen. Obwohl rheinland-pfälzische Pharmaunternehmen von diesem Qualitätsproblem erfreulicherweise nicht betroffen gewesen seien, habe dieses Versorgungsproblem auch rheinland-pfälzische Patientinnen und Patienten über bestimmte Rabattarzneimittel erreicht.

Im Pharmadialog der Bundesregierung sei noch einmal deutlich herausgearbeitet worden, dass die ortsnahe Produktion in Europa bzw. in Deutschland ein geeignetes Mittel sein könne, Versorgungsengpässen wirksam zu begegnen. Rheinland-Pfalz zeige mit seinen Produktionsstätten in Ingelheim und Ludwigshafen, dass Pharmaproduktion auch in Deutschland lohnenswert sein könne, wenn die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stimmten.

Eine dezentrale Arzneimittelherstellung sei auch vor dem Hintergrund der derzeitigen Diskussion um Klima- und Umweltbelastungen zielführend. Es sei schließlich nicht sinnvoll, Wirkstoffe und Arzneimittel über Tausende von Flugkilometern zu transportieren, wenn eine ortsnahe Produktion möglich sei. Das betreffe sowohl die Pharmaunternehmen als auch die zuständigen Überwachungsbehörden der Länder, die diese weit entfernten Betriebsstätten regelmäßig inspizieren müssten. In diesem Punkt sei aus ihrer Sicht ein Umdenken bei den Pharmaunternehmen erforderlich.

**Abg. Kathrin Anklam-Trapp** erkundigt sich nach den Einflussmöglichkeiten des Landes in diesem Bereich.

Zusätzlich gelte es zu fragen, wie im Fall eines festgestellten Engpasses vor allem in Bezug auf die große Charge der Rabattarzneimittel die Versorgung und die Patientensicherheit gewährleistet würden.

**Abg. Sven Teuber** knüpft an die zweite Frage der Abgeordneten Anklam-Trapp an und ergänzt, gerade bei chronisch Kranken sei die Frage der Versorgungs- und Patientensicherheit sehr präsent. Er bitte daher um Auskunft, ob das Ministerium von konkreten Fällen in diesem Bereich Kenntnis habe.

Auch wenn er nicht der Meinung sei, das Land solle jedes Problem in seinen eigenen Zuständigkeitsbereich verlagern, stelle sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Möglichkeit eines runden Tisches oder einer ähnlichen Maßnahme bestehe. Es würde ihn interessieren, wie es praktisch möglich sei, mit Pharmaunternehmen nicht nur in einen Dialog zu treten, sondern dabei auch etwas Konkretes zu erreichen.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** antwortet, in der Tat seien die Einflussmöglichkeiten des Landes begrenzt. Die einzige Möglichkeit zur Einflussnahme bestehe im Dialog und in einer konstruktiven Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen. Rheinland-Pfalz und Hessen dürften als Länder, in denen die großen Pharmaunternehmen ihren Sitz hätten, im Pharmadialog der Bundesregierung mitwirken, was es ermögliche, immer wieder zu sensibilisieren und zu Veränderungen beizutragen. Zusätzlich habe das Land selbst vor fünf Jahren den rheinland-pfälzischen Pharmadialog ins Leben gerufen, der eine sehr konstruktive Zusammenarbeit mit den Pharmaunternehmen ermögliche.

Bei den rheinland-pfälzischen Gesprächspartnern finde bereits ein Umdenken statt, allerdings sei dies immer mit der Forderung nach den richtigen Rahmenbedingungen etwa in Bezug auf das Personal, die Löhne, Steuern oder das Verfahren nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) verbunden, da sich die Unternehmen sonst dazu gezwungen sähen, weiterhin im Ausland zu produzieren. Diese Punkte fielen allerdings in den Zuständigkeitsbereich des Bundes.

Auch wenn Einzelfälle nie ausgeschlossen werden könnten, seien ihr in Bezug auf chronisch kranke Patienten in Rheinland-Pfalz keine Fälle von massiven Engpässen, die zu einer Gefährdung der Patientensicherheit geführt hätten, bekannt.

**Dr. Klaus Jahn (Referent im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie)** ergänzt, auf europäischer Ebene gebe es in Bezug auf die Verträge mit der Pharmaindustrie nur wenige Einflussmöglichkeiten. Im Grunde müsste in den Verträgen – soweit möglich – formuliert sein, dass die Herstellung nicht nur unter bestimmten Gesichtspunkten, sondern auch an bestimmten Orten, etwa innerhalb Europas, erfolgen müsse. Dies umzusetzen, stelle sich aber sehr schwierig dar, da Europa nicht immer der Hauptabsatzmarkt der Pharmaunternehmen sei. Es bestehe zwar grundsätzlich die Möglichkeit, über die Verträge Einfluss zu nehmen, dies sei aber nur ein möglicher Weg.

Letztlich stelle sich die Frage, ob man sich an einer Schlüsselindustrie, wenn man sie in Europa halten wolle, nicht beteiligen müsse. Auf der einen Seite steuern zu wollen, auf der anderen Seite aber die Produktion der Marktwirtschaft zu überlassen, sei nicht zielführend, da sich die Marktwirtschaft im Zweifel nicht an den Vorstellungen des Landes orientieren werde.

**Abg. Michael Wäschenbach** fasst zusammen, die Ursache der Knappheit bei den Medikamenten liege also weder in einer steigenden Nachfrage noch in einer künstlichen Verknappung mit dem Ziel, den Preis hochzuhalten. Stattdessen habe es einerseits durch Verunreinigungen verursachte Qualitätsprobleme gegeben, zum anderen sei es nicht gelungen, bestimmte Stoffe rechtzeitig geliefert zu bekommen, was marktwirtschaftliche Hintergründe habe.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** bestätigt, für die Veränderungen gebe es verschiedene marktwirtschaftliche Ursachen wie Konzentrationsprozesse und Lieferstätten im Ausland. Der zur Produktion notwendige Wirkstoff habe gefehlt und zusätzlich sei das Problem der verunreinigten Produkte aufgetreten. Grund für die Engpässe sei also kein massiv gestiegener Bedarf, sondern Veränderungen bei der Zulieferung.

Transparenz sei – besonders in Bezug auf chronisch Kranke – sehr wichtig. Damit drohende Lieferengpässe so früh wie möglich gemeldet würden und die Behandlung chronisch Kranker – falls dies möglich sei – unter Umständen frühzeitig umgestellt werden könne, bedürfe es einer engen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, den Apothekern und den Pharmaunternehmen.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** weist darauf hin, trotz des gleichbleibenden Bedarfs an Medikamenten in Deutschland gelte es zu beachten, dass der weltweite Bedarf durchaus steige. Diabetes mellitus beispielsweise sei weltweit ein zunehmendes Problem, weshalb immer mehr Menschen mit Antidiabetika versorgt werden müssten, während die Kapazitäten der Produktionsstätten begrenzt seien. Wenn im Ausland ein höherer Preis für ein Medikament bezahlt werde, als es in Deutschland der Fall sei, könne es zu einer Konkurrenzsituation kommen.

Eine mögliche Reaktion darauf könnte sein, sich auf einen eventuell eintretenden Ernstfall mit erhöhten eigenen Lagerkapazitäten vorzubereiten. Eine umfangreichere Bevorratung könnte eine Absicherung der eigenen Versorgung gewährleisten.

In Bezug auf die Rabattverträge sei ihre Frage, ob die Krankenkassen vor dem Hintergrund des im Sozialgesetzbuch V festgehaltenen Wirtschaftlichkeitsgebots dazu angehalten seien, möglichst einen Vertrag mit einem Hersteller abzuschließen, oder sie die Befugnis hätten, die Aufträge an mehrere Unternehmen zu verteilen, auch wenn das Medikament dadurch eventuell teurer werden würde.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** bittet um eine Darstellung, welche Kontrollen wann, wo und durch wen an Medikamenten, die im außereuropäischen Ausland produziert und von Patienten in Rheinland-Pfalz eingenommen würden, durchgeführt würden.

Im Fall des Wirkstoffs Valsartan sei nicht nur die Verunreinigung der Rohsubstanzen in der chinesischen Fabrik das Problem gewesen, sondern auch, dass mehrere Pharmafirmen ihre Medikamente in einer einzigen großen Fabrik hätten produzieren lassen. Dadurch seien plötzlich 16 von 21 Generika nicht mehr lieferbar gewesen, was die Situation zusätzlich verschärft habe. Dies verdeutliche die Risiken, die mit einer zentralen und außerhalb von Europa stattfindenden Produktion lebensrelevanter Arzneimittel verbunden seien.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** führt aus, die Prüfung der Betriebsstätten, die sich je nachdem, an welchem Ort die Produktion stattfindet, sehr aufwendig gestalten könne, sei eine Aufgabe des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung.

Eine vermehrte Lagerhaltung sei erstens schwierig, weil die vollzogene Entwicklung zu einer Beschaffung von Medikamenten just in time nicht kurzfristig rückgängig gemacht werden könne. Zweitens sei die Entscheidung, welche Medikamente vorgehalten werden sollten, nur sehr schwer zu treffen. Anders als bei dem Schutz vor Pandemien, wenn ein spezielles Medikament benötigt werde, seien von potenziellen Lieferengpässen viele verschiedene Bereiche – Bagatellpräparate wie Hormone oder Vitamine, fiebersenkende Arzneimittel und Schmerzpräparate – betroffen.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** präzisiert seine vorherige Frage dahin gehend, ob beispielsweise ein Blutdruckmedikament aus dem außereuropäischen Ausland zumindest noch einmal in der Großcharge vor Ort in Rheinland-Pfalz geprüft werde, oder ob lediglich einmal im Jahr die Betriebsstätte überprüft werde.

**Dr. Klaus Jahn** legt dar, seines Wissens nach habe es in Bezug auf die Rabatte im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die sehr sinnvolle Änderung gegeben, dass Krankenkassen nicht mehr nur mit einem, sondern mit zwei Anbietern Verträge abschließen sollten.

Bei Impfstoffen würden alle Chargen durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) geprüft. Bei den Arzneimitteln sei der Prozess ein anderer: Das Landesamt prüfe weltweit die Produktionsstätten. Allerdings seien die Betriebsstätten zur Prüfung unter den Ländern aufgeteilt, damit nicht alle Länder zur gleichen Fabrik reisen müssten. Die Überprüfung der Produktionsstätten zielt auf Aspekte des Arzneimittelgesetzes und der Herstellung ab und lasse andere Anforderungen unberücksichtigt.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** ergänzt, im Rahmen der Rabattverträge wechselten Patienten, die über mehrere Jahre ein Generikapräparat einnahmen, dieses mehrfach, parallel zu einem Wechsel des jeweils günstigsten Anbieters. Dieser Wechsel sei so lange unproblematisch, wie das neue Generikapräparat dem bisherigen Präparat sehr ähnlich sei. Laut des statistischen Vertrauensbereichs der Bioverfügbarkeit von Generika dürften den Patienten Generika, deren Wirkstärke zwischen 80 % und 125 % der Wirkstärke des Originalpräparats liege, als Äquivalent verschrieben werden. Ein theoretischer Wechsel von einem Präparat mit einer 85%igen Wirkstärke auf ein Präparat mit einer 120%igen Wirkstärke könne schwierig sein, im Regelfall liege die Abweichung aber nur bei 3 % bis 5 %.

Bei diesen Präparaten sei es gar nicht so problematisch, wenn eines vorübergehend nicht verfügbar sei, da es oftmals viele verschiedene Anbieter gebe. Sofern nicht alle Anbieter bei der gleichen Firma in China produzierten – Valsartan sei eine Ausnahme gewesen –, stelle dies die Versorgungssicherheit her. Zur Versorgungssicherheit chronisch kranker Patienten trage ebenfalls bei, dass diese sehr große Verpackungsgrößen für mehrere Tage oder sogar Wochen kauften. Zusätzlich gebe es oft Präparate, die einander sehr ähnlich seien. Bei einer Knappheit von Valsartan könnten Patienten alternativ beispielsweise Präparate mit der Substanzgruppe Candesartan verschrieben werden.

Insgesamt komme es bei der Medikamentenversorgung aufgrund der dargestellten Optimierungs- und Rationalisierungsprozesse im Zuge der Produktion just in time zwar manchmal zu Engpässen, die Situation sei aber nicht so dramatisch, dass chronisch Kranke in Rheinland-Pfalz in den vergangenen Monaten oder Jahren auf ihre Präparate hätten verzichten müssen.

**Abg. Dr. Sylvia Groß** bittet um eine Bestätigung ihrer Annahme, dass die Krankenkassen, wenn sie zur Vermeidung von Lieferengpässen Verträge mit mehreren Pharmafirmen abschließen, im Grunde zuvor sichergestellt haben müssten, dass diese Firmen nicht alle in der gleichen großen Fabrik in China produzierten.

**Dr. Klaus Jahn** antwortet, dies lasse sich nicht sicherstellen. Im Bereich der Impfstoffe beispielsweise sei zwar bekannt, wo die Produkte hergestellt würden, der Pharmaindustrie könne aber bis dato nicht vorgeschrieben werden, wo sie zu produzieren habe.

**31. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 05.09.2019**  
**– Öffentliche Sitzung –**

**Abg. Dr. Sylvia Groß** stellt klar, es gehe nicht darum, der Pharmaindustrie Vorschriften zu machen, sondern darum, sich vor dem Vertragsabschluss darüber zu informieren, in welcher Fabrik die verschiedenen Firmen ihre Medikamente produzieren ließen, um so auszuschließen, dass bei einem Ausfall einer dieser großen Fabriken im Ausland überhaupt keine Produkte mehr geliefert werden könnten.

*Der Antrag ist erledigt.*

**Punkt 13** der Tagesordnung:

**Krankenhaus Kirn**

Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

[– Vorlage 17/5279 –](#)

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** berichtet, aus Anlass der Presseberichterstattung über die Zukunft des Diakonie Krankenhauses der kreuznacher diakonie am Standort Kirn und über die Protestaktionen der Bevölkerung habe sich der Staatssekretär am 27. August 2019 – sehr schnell nach dem Aufkommen der Gerüchte über eine beabsichtigte Schließung des Krankenhauses in Kirn – vor Ort ein Bild der Lage verschafft und verschiedene Gespräche mit den politisch Verantwortlichen in der Region, dem Träger des Krankenhauses und Vertretern der Bürgerinitiative, die sich für den Erhalt des Krankenhauses einsetze, geführt, um die Gerüchte zu zerstreuen.

In einem ersten Gespräch mit den Vertreterinnen und Vertretern der regionalen Politik, mit der Landrätin Bettina Dickes sowie mit dem Verbandsbürgermeister und dem Stadtbürgermeister habe er die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert, die Position der Landesregierung deutlich gemacht und die Unterstützungsmöglichkeiten skizziert. Zudem habe er direkt vor Ort angeboten, den Prozess zur Entwicklung eines Zukunftskonzepts für das Krankenhaus in Kirn eng zu begleiten.

Weitere Gespräche habe er zum einen mit Vertretern der Bürgerinitiative, den Eheleuten Müller, und zum anderen mit dem Vorstand der kreuznacher diakonie geführt. Auch hier habe er sehr deutlich gemacht, dass der Krankenhausstandort mindestens mit den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie erhalten bleiben und auch die Notfallversorgung fortgeführt werden müsse.

Die Quintessenz aus Sicht der Landesregierung sei, dass das Krankenhaus in Kirn für die Versorgung der Bevölkerung in der Region unverzichtbar sei und erhalten bleiben müsse.

Bei einer hypothetischen Schließung müssten fast 8.000 Einwohnerinnen und Einwohner mehr als 30 Minuten Fahrzeit in Kauf nehmen, um ein alternatives Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen. Eine Schließung stünde damit im Widerspruch zu den bundesgesetzlichen Vorgaben für eine flächendeckende Versorgung. Hiernach sei ein Krankenhaus dann für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar, wenn im Fall einer Schließung mindestens 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner länger als 30 Minuten zu einem alternativen Krankenhausstandort fahren müssten.

Bei unverzichtbaren Krankenhausstandorten gehe es auch um die Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Rheinland-Pfalz, weshalb die im Krankenhausgesetz Rheinland-Pfalz geregelte Sicherstellungsverpflichtung der Landkreise greife. Wenn sich kein anderer Träger fände, müsste also der Landkreis die Klinik betreiben.

Das Krankenhaus in Kirn sei in der Vergangenheit mit Unterstützung des Landes umfassend saniert worden. Der Krankenhausstandort sei im neuen Krankenhausplan des Landes fest verankert und als bedarfsnotwendig anerkannt. Wirtschaftliche Probleme, wie sie die kreuznacher diakonie in einer Pressemitteilung vom 19. Juli 2019 angeführt habe, könnten und dürften die Landesregierung nicht von dieser Haltung abbringen. Sie seien indes Anlass, zu bekräftigen, dass das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie den Träger dabei unterstützen werde, den Standort in Kirn zu erhalten und in eine gute Zukunft zu führen.

Aktuell stünden viele, insbesondere kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum aufgrund der erheblichen Kosten-Erlös-Schere vor großen Herausforderungen. Die hohen Kosten der Vorhaltung würden bei diesen Häusern angesichts vergleichsweise niedriger Fallzahlen häufig nicht durch die Erlöse gedeckt.

Damit eine Fortführung der stationären Versorgung in Fällen wie in Kirn den Krankenhausträgern auch wirtschaftlich möglich sei, werde aktuell im Ministerium auf der Grundlage des § 5 Abs. 2 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes eine Landesverordnung zum Sicherstellungszuschlag vorbereitet. In dieser sei eine Anhebung der bundesweit geltenden Grenze von 100 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer Besiedlungsdichte vorgesehen, damit auch Krankenhäuser, die in den Regionen für

die Versorgung unverzichtbar seien, jedoch aufgrund geringen Versorgungsbedarfs defizitär wirtschafteten und damit in ihrem Erhalt gefährdet seien, bei Vorliegen aller Voraussetzungen finanzielle Unterstützung durch einen Sicherstellungszuschlag erhalten könnten.

Bei einer Anhebung dieser Grenze würden voraussichtlich zwei Krankenhäuser der kreuznacher Diakonie – die Hunsrück Klinik in Simmern und der Standort Kirn des Diakonie Krankenhauses Bad Kreuznach/Kirn – von der Möglichkeit erfasst, bei einem Verlustausweis in der Bilanz künftig einen Sicherstellungszuschlag mit den Kostenträgern vereinbaren zu können. Infolge der geplanten Landesverordnung zum Sicherstellungszuschlag könnten folglich die auf die notwendige Vorhaltung der Grund- und Notfallversorgung in den Bereichen der Chirurgie und Inneren Medizin entfallenden Verluste des Krankenhauses Kirn finanziert und der Krankenhausstandort stabilisiert werden.

Diesen Weg habe die Landesregierung am 4. September 2019 bei einem weiteren Gespräch mit den maßgeblich Beteiligten und politisch Verantwortlichen aus der Region Kirn aufgezeigt. Die klare Haltung des Ministeriums hinsichtlich des Erhalts des Krankenhauses und das Vorhaben, den Träger über die Möglichkeit der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen zu unterstützen, seien von den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern sehr positiv und dankbar aufgenommen worden.

Die Verordnung zum Sicherstellungszuschlag, die derzeit erarbeitet werde, sei aber nicht speziell zur Rettung des Krankenhauses in Kirn auf den Weg gebracht worden. Vielmehr werde eine solche Landesverordnung zur Sicherung der stationären Versorgung in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz vonseiten des Ministeriums schon seit einiger Zeit erwogen und sei in den letzten Monaten fachlich vorbereitet worden.

Das Ministerium werde diesen Verordnungsentwurf nun rasch vorlegen, sodass die Verordnung bereits im kommenden Jahr ihre Wirkung entfalten könne. Im Hinblick auf das Krankenhaus in Kirn werde das Ministerium die Gespräche mit dem Träger und den Vertretern der Kommunalpolitik fortsetzen und den weiteren Prozess moderieren.

**Abg. Kathrin Anklam-Trapp** dankt der Landesregierung für ihr schnelles Eingreifen und die lösungsorientierte Suche nach einem Kompromiss, um dem Krankenhaus in Kirn und insbesondere der Diakonie als Träger behilflich zu sein. Der Sicherstellungszuschlag sei ein kostenaufwendiges Instrument, mit dem aber die Versorgung gesichert werden könne. Vor dem Hintergrund, dass der Standort Kirn im Landeskrankenhausplan nicht zur Debatte gestanden habe, würde sie gerne wissen, ob die Probleme dort für die Landesregierung überraschend aufgetreten seien.

Das Land habe deutliche Investitionen in den Krankenhausstandort Kirn getätigt. Ihre Frage sei daher, ob der Träger diese Mittel im Fall einer Schließung zurückerstatten müsste. Auch wenn das Land richtigerweise versuche, an diesem Standort festzuhalten und den Träger entsprechend zu unterstützen, trügen letztendlich die Abgeordneten die Verantwortung für einen korrekten Umgang mit den Landesgeldern.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** stellt klar, der Träger habe gegenüber dem Ministerium nie die Absicht geäußert, das Krankenhaus zu schließen. Dies seien lediglich Gerüchte gewesen, die vor Ort aufgrund schlechter Kommunikation zwischen dem Träger, der Kommunalpolitik und den Bürgerinnen und Bürgern entstanden seien. Da es keine Transparenz und keine Kommunikation gegeben habe, sei es zu einem Presseartikel und Demonstrationen gekommen.

Erst zu diesem Zeitpunkt habe die Landesregierung Kenntnis von der Situation erhalten und anschließend sofort vor Ort Präsenz gezeigt, um klarzumachen, dass dieser Standort nicht geschlossen werden könne, weil er für eine flächendeckende Versorgung notwendig sei.

Während es in der Frage, welcher Standort unverzichtbar sei, früher oftmals Streit mit den Krankenkassen gegeben habe, habe der Gemeinsame Bundesausschuss dies inzwischen durch bundesrechtliche Vorgaben klar definiert. Demnach sei ein Standort dann unverzichtbar, wenn mehr als 5.000 Einwohner eine Fahrzeit von mehr als 30 Minuten absolvieren müssten, um eine Versorgung der Chirurgie, der Inneren Medizin und eine Notfallversorgung zu erreichen. Da von einer Schließung des Standorts Kirn fast 8.000 Menschen betroffen wären, sei dieser Standort unverzichtbar.

Der Bund habe zudem beschlossen, dass unverzichtbare Standorte mit einer dünnen Besiedlung von 100 Einwohnern pro Quadratkilometer durch einen Sicherstellungszuschlag von pauschal 400.000 Euro plus – falls erforderlich – den darüber hinausgehenden Verlustausgleich zu unterstützen seien. Da in Kirn aber 110,4 Einwohner pro Quadratkilometer lebten, handle es sich zwar um einen unverzichtbaren Standort, der aber nicht in den Genuss eines Sicherstellungszuschlags des Bundes komme.

Diese Konstellation treffe nicht nur auf das Krankenhaus in Kirn, sondern auf sieben weitere Standorte in Rheinland-Pfalz zu. Wenn diese keine Unterstützung erhielten, könne es sein, dass die Träger ihre Trägerschaft an den Landkreis abgeben wollten.

Um dies zu verhindern und die unverzichtbaren Standorte zu erhalten, habe Rheinland-Pfalz, ebenso wie Hessen, von der Ermächtigung, die es vom Bund erhalten habe und die es den Ländern ermögliche, die Grenze für die Besiedlungsdichte anzuheben, Gebrauch gemacht. Der Verordnungsentwurf, der diese Änderung regle und gerade erstellt werde, erhöhe die Grenze für den Erhalt eines Sicherstellungszuschlags auf 200 Einwohner pro Quadratkilometer. Dies ermögliche nicht nur Kirn, sondern sechs weiteren Standorten im Land, künftig einen Sicherstellungszuschlag, dessen Höhe zwischen dem Träger und den Kassen unter dem Aspekt des Verlustausgleichs verhandelt werde, zu erhalten.

Bei einem Treffen am gestrigen Tag habe der Träger deutlich seine Bereitschaft signalisiert, unter diesen Voraussetzungen die Trägerschaft fortzusetzen, und auch die kommunale Seite habe ihre Unterstützung zugesagt. Um die momentane Auslastung des Krankenhauses von etwa 56 % zu steigern, bedürfe es der Mithilfe aller Beteiligten. Daher sei es sehr erfreulich gewesen, dass die Beteiligten der Einladung des Ministeriums gefolgt seien und direkt miteinander, anstatt übereinander in der Presse gesprochen hätten. Die Landesregierung habe die Rolle des Moderators übernommen und werde so auch den weiteren Prozess, bei dem es einerseits um den Erhalt des unverzichtbaren Standorts, andererseits aber auch um eine wirtschaftlich vertretbare Situation für den Träger gehe, begleiten.

**Abg. Dr. Christoph Gensch** führt aus, der Staatssekretär habe sich dahin gehend geäußert, dass nicht nur in Bezug auf Kirn, sondern auch in Bezug auf die Standorte Mayen und Rodalben akute Probleme hinsichtlich der Standortsicherung bestünden. Hierzu bitte er um weitere Informationen, vor allem vor dem Hintergrund, dass seines Wissens nach beispielsweise für Rodalben grundsätzlich keine Möglichkeit für einen Sicherstellungszuschlag bestehe.

Die Chirurgie des Krankenhauses Kirn bestehe im Wesentlichen aus einem spezialisierten Wirbelsäulenzentrum mit orthopädischem Schwerpunkt. Er habe von Planungen des Trägers gehört, dieses Zentrum aus betriebswirtschaftlichen Gründen an den Hauptstandort zu verlegen, wodurch in Kirn eventuell die Notwendigkeit entstehen würde, eine komplett neue chirurgische Abteilung aufzubauen. Zu diesem Sachverhalt bitte er um eine Einschätzung der Landesregierung.

**Abg. Marion Schneid** bittet um eine Übersicht der insgesamt sieben kleinen Krankenhäuser, die sich laut Aussage der Staatsministerin in einer ähnlichen Situation wie das Krankenhaus in Kirn befänden, und um eine Einschätzung, inwieweit diesbezüglich ein Handlungsbedarf des Landes bestehe.

Außerdem wolle sie gerne noch einmal nachfragen, ob die Krankenhäuser eine pauschale Finanzierung erhalten würden oder die Höhe der Unterstützung für jedes Krankenhaus separat ausgehandelt werden müsste.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** betont, das Land sei nicht verpflichtet, die zuvor beschriebenen Maßnahmen einzuleiten und umzusetzen. Es mache aber – als zweites Land nach Hessen – von dieser Ermächtigung Gebrauch, weil ihm die flächendeckende Versorgung sehr wichtig sei.

Es sei nicht möglich, einen pauschalen Betrag für die Unterstützung festzulegen, sondern die Höhe der Mittel werde mit den Krankenkassen vereinbart. Bei dem Sicherstellungszuschlag handle es sich weder um Landesgeld noch um zusätzlich von den Krankenkassen gezahlte Mittel, sondern diese Gelder stammten von der Solidargemeinschaft der Krankenhäuser und hingen mit der Absenkung des Landesbasisfallwerts zusammen. Die Krankenhausgesellschaft teile die Absicht, mit diesen Summen die Standorte zu sichern. Ähnlich wie in Hessen stoße dieses Vorhaben derzeit auch in Rheinland-Pfalz auf breite Akzeptanz.

**31. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 05.09.2019  
– Öffentliche Sitzung –**

Ihr sei keine Ankündigung des Trägers des Krankenhauses in Kirn bekannt, das dort befindliche Wirbelsäulenzentrum zu verlagern. Allerdings würden im Laufe des nun beginnenden Prozesses wahrscheinlich viele verschiedene Maßnahmen diskutiert werden. Beispielsweise wäre es auch denkbar, Bereiche von Kreuznach nach Kirn zu verlagern, um das Krankenhaus mit dem künftigen Sicherstellungszuschlag zukunftsfest aufzustellen. In der Tat werde aber die personelle Besetzung der Chirurgie eine der größten Herausforderungen in diesem Prozess zur Sicherstellung der Grundversorgung an diesem Standort darstellen.

In der Diskussion um den Standort Mayen gehe es nicht um eine mögliche Schließung, sondern um sehr große personelle Veränderungen. Der Chefarzt der Inneren Medizin und der Kardiologie Dr. Rüdelsheim habe das Krankenhaus verlassen. Die Situation vor Ort sei sehr schwierig und der Unmut groß, weil sehr viele personelle, aber auch persönliche Aspekte zwischen der Geschäftsführung des Gemeinschaftsklinikums und den betroffenen Ärzten in der Presse ausgetragen worden seien. Es sei aber gelungen, zum 1. Januar 2020 einen neuen Chefarzt für den Standort Mayen zu gewinnen. Die uneingeschränkte Patientenversorgung an diesem Standort sei gewährleistet. Da dieser Vorgang in der Bevölkerung aber für sehr viel Unruhe gesorgt habe, bleibe das Ministerium weiterhin in engem Kontakt mit den Beteiligten vor Ort.

Den Standort Rodalben habe der Staatssekretär am 28. August 2019 besucht. Der Träger sei frühzeitig auf das Ministerium zugekommen und habe von Schwierigkeiten berichtet. Die Situation stelle sich aber anders dar als in Kirn, da Rodalben aufgrund verschiedener Alternativen wie Pirmasens oder des Westpfalz-Klinikums kein unverzichtbarer Standort sei.

Es gelte aber, auch den Prozess in Rodalben zu moderieren, da es in Bezug auf die 150 Betten dort kein Auslastungsproblem gebe. Diese Kapazitäten würden in der Region gebraucht und könnten nicht einfach nach Pirmasens oder ins Westpfalz-Klinikum verlegt werden. Daher übernehme die Landesregierung auch in diesem Fall die Moderationsrolle mit dem Ziel, die Versorgung zu gewährleisten. Erfreulicherweise seien die Beteiligten vor Ort dazu bereit, an diesem Prozess mitzuwirken.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sagt auf Bitte der **Abg. Marion Schneid** zu, einen Überblick über die sieben unverzichtbaren Krankenhäuser, die bisher noch keinen Sicherstellungszuschlag erhielten, nachzuliefern.

**Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sagt auf Bitte der **Vors. Abg. Hedi Thelen** weiter zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

*Der Antrag ist erledigt.*

**31. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 05.09.2019  
– Öffentliche Sitzung –**

**Punkt 15** der Tagesordnung:

**Verschiedenes**

*Der Ausschuss beschließt – vorbehaltlich der erforderlichen Genehmigung –, die im Terminplan für Donnerstag, den 28.11.2019, um 10:00 Uhr vorgesehene Sitzung am Dienstag, den 26.11.2019, um 10:00 Uhr durchzuführen.*

**Vors. Abg. Hedi Thelen** dankt den Anwesenden für ihre Mitarbeit und schließt die Sitzung.

gez. Belz  
Protokollführerin

Anlage

**In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:**

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Machalet, Dr. Tanja	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Spies, Christoph	SPD
Teuber, Sven	SPD
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Schneid, Marion	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
Belz, Angela	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)
Voßen, Dr. Julia	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)