

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

4. Sitzung am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr

Ende der Sitzung: 15:35 Uhr

Tagesordnung:

1. Budgetbericht der Landesregierung zum 31. Dezember 2015
Bericht (Unterrichtung)
Landesregierung
– Drucksache 17/466 –

dazu: Vorlage 17/270

Ergebnis:

1. Budgetbericht der Landesregierung zum 31. Dezember 2015
Bericht (Unterrichtung)
Landesregierung
– Drucksache 17/466 –
Kenntnisnahme
(S. 3 – 4)
2. Unterrichtung des Landtags über den Gegenstand beabsichtigter Staatsverträge; Beitritt des Landes Rheinland-Pfalz zu dem im Jahr 1971 abgeschlossenen Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zwischen dem Land Berlin, der Freien Hansestadt Bremen, der Freien und Hansestadt Hamburg, dem Land Hessen, dem Land Niedersachsen, dem Land Nordrhein-Westfalen und dem Land Schleswig-Holstein
Kenntnisnahme
(S. 5 – 7)
Unterrichtung gem. Art. 89 b LV i.V.m. der hierzu geschlossenen Vereinbarung
Behandlung gemäß § 65 Vorl. GOLT
Landesregierung
– Vorlage 17/249 –

Tagesordnung (Fortsetzung):

Ergebnis:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 3. Scheinselbstständigkeit von Notärzten
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/258 – | Erledigt
(S. 8 – 14) |
| 4. Blutspende-Ausschluss
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/263 – | Erledigt
(S. 15 – 17) |
| 5. Pharmadialog Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/266 – | Erledigt
(S. 18 – 19) |
| 6. Anstieg der Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/267 – | Erledigt
(S. 20 – 22) |
| 7. Zahnvorsorge und Zahngesundheit in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/268 – | Erledigt
(S. 23 – 25) |

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders eröffnet die Sitzung, begrüßt alle Anwesenden und heißt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler im Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie herzlich willkommen.

Punkt 1 der Tagesordnung:

Budgetbericht der Landesregierung zum 31. Dezember 2015

Bericht (Unterrichtung)

Landesregierung

– Drucksache 17/466 –

dazu: Vorlage 17/270

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, der Budgetbericht zum 31. Dezember 2015 zeige für den Einzelplan 06, dass sich die im Rahmen der Budgetierung eingesetzten Instrumente der flexiblen Haushalts- und Wirtschaftsführung wie bereits seit Jahren bewährt hätten. Auch im Jahr 2015 seien die Budgets für Personal- und Sachausgaben sowie für Verwaltungsinvestitionen eingehalten worden. Die bewährte Praxis der Zuteilung von Einzelbudgets an die örtlichen Dienststellen zur eigenverantwortlichen Bewirtschaftung sei in 2015 fortgeführt worden. Die Ist-Ergebnisse belegten seit Jahren die Richtigkeit und Zielgerichtetheit des im Einzelplan 06 mit der Budgetierung eingeführten dezentralen Ausgabenmanagements.

Wenn der Ausschuss damit einverstanden sei, werde sie ihre Berichterstattung in der heutigen Sitzung nur auf die Punkte konzentrieren, die die Bereiche Gesundheit, Pflege und Demografie betreffen. In der Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses in der kommenden Woche werde der Budgetbericht erneut Beratungsgegenstand sein, wobei man sich dann schwerpunktmäßig mit den arbeitsmarktpolitischen Budgets befassen werde.

Die Frage des **Herrn Abg. Wäschenbach**, ob Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler in der heutigen Sitzung auch über die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen in Bezug auf die Pflegeberufe berichten werde, verneint **Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** und sagt zu, darüber in der Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 27. September 2016 zu berichten.

Berichtet werden solle über die Leistungen nach dem Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit, die im Landshaushalt 2015 in Kapitel 07 02 sowie in Kapitel 06 02 zur Verfügung stünden. In Kapitel 06 02 seien die Haushaltsmittel für die Kosten des Einladungs- und Erinnerungsverfahrens etatisiert. Diese umfassten mit 1,4 Millionen Euro die Kosten für die Bereitstellung eines rechtzeitigen Einladungs- und Erinnerungswesens durch das Zentrum für Kindervorsorge an der Universität Homburg, die Übermittlung der Untersuchungsbestätigung durch die Ärztinnen und Ärzte an das Zentrum für Kindervorsorge und die Kontaktaufnahme durch die Gesundheitsämter zu den gesetzlichen Vertretern des Kindes bei Nichtteilnahme bzw. fehlender Untersuchungsbestätigung.

Nach Intervention der Gesundheitsämter liege die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U4 bis U9 seit Jahren wie auch im zweiten Halbjahr 2015 bei über 99 % und sei demnach kaum steigerungsfähig. Das im Hinblick auf das Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit federführende Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz habe daher die regelmäßige Berichterstattung zu diesem Leistungsauftrag mit dem 31. Dezember 2015 eingestellt.

Herr Abg. Wäschenbach bittet konkretisierend für die Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 27. September 2016 um Informationen über Förderprojekte in der Altenpflege aus dem Bereich des SGB II, insbesondere mit Blick auf die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege. Aufgrund des Pflege-notstandes erachte er diesen Punkt als besonders interessant.

Auf Bitten von Herrn Abg. Wäschenbach sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, in der 3. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 27. September 2016 im Rahmen der Berichterstattung über den Budgetbericht der Landesregierung auch über die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen in Bezug auf die Pflegeberufe sowie über

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Förderprojekte in der Altenpflege aus dem Bereich des SGB II – insbesondere mit Blick auf die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege – zu berichten.

Der Ausschuss nimmt von der Unterrichtung – Drucksache 17/466 – Kenntnis (**siehe Vorlage 17/333**).

Punkt 2 der Tagesordnung:

Unterrichtung des Landtags über den Gegenstand beabsichtigter Staatsverträge; Beitritt des Landes Rheinland-Pfalz zu dem im Jahr 1971 abgeschlossenen Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zwischen dem Land Berlin, der Freien Hansestadt Bremen, der Freien und Hansestadt Hamburg, dem Land Hessen, dem Land Niedersachsen, dem Land Nordrhein-Westfalen und dem Land Schleswig-Holstein

Unterrichtung gem. Art. 89 b LV i.V.m. der hierzu geschlossenen Vereinbarung
Behandlung gemäß § 65 Vorl. GOLT
Landesregierung
– Vorlage 17/249 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler gibt zur Kenntnis, die Landesregierung habe dem Landtag mit Schreiben vom 29. August 2016 die unterschrittsreife Beitrittserklärung des Landes Rheinland-Pfalz zum Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf entsprechend der Vereinbarung zwischen Landtag und Landesregierung gemäß Artikel 89 b der Landesverfassung zukommen lassen. Artikel 11 Absatz 4 des Abkommens ermögliche Ländern, die nicht beim Abschluss des Abkommens im Jahr 1971 beteiligt gewesen seien, dem Abkommen beizutreten. Der Beitritt werde in dem Zeitpunkt wirksam, in dem die Beitrittserklärung dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister des Landes Nordrhein-Westfalen zugegangen sei.

Der Beitritt erfolge vorbehaltlich der noch erforderlichen Zustimmung des Landtags, sodass der Landtag in einem zweiten Schritt den Gesetzentwurf über die Zustimmung des Landtags zum Beitritt gemäß Artikel 101 Satz 2 der Verfassung für Rheinland-Pfalz erhalten werde.

Die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den kommunalisierten Gesundheitsämtern und den zuständigen Landesbehörden erstreckte sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge bis zur Mitgestaltung und Mitwirkung bei der Gesundheitsversorgung. Seit der Kommunalisierung der Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz 1997 seien insbesondere den Gesundheitsämtern zahlreiche Aufgaben übertragen worden, die kompetentes und fachkundiges Personal erforderten, gerade auch in Krisen und besonderen Herausforderungen wie in großen Säuchenlagen – unter anderem die Influenza-Pandemie, Ebola oder erst kürzlich der Lassa-Fall in Alzey –, bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene, bei der Überwachung von Medizinprodukten, beim Impfwesen und Schutz der Kindergesundheit und aktuell bei der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen sei dieses kompetente und fachkundige Personal erforderlich.

Aufgrund dieser besonderen Aufgaben, aber auch vor dem Hintergrund des zum Teil kritischen Personalmangels im öffentlichen Gesundheitsdienst sei die Sicherstellung der kontinuierlichen und einheitlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung unerlässlich. Auch die diesjährige Gesundheitsministerkonferenz sehe im Hinblick auf den Nachwuchsmangel die Notwendigkeit, die Perspektiven für den öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu bestimmen und auf allen politischen Ebenen die Grundlagen für die Gewinnung qualifizierter, motivierter Fachkräfte zu verbessern.

Das Land Rheinland-Pfalz habe keine eigene Aus-, Fort- und Weiterbildungsakademie für den öffentlichen Gesundheitsdienst und sei bisher auch nicht an einer bestehenden Akademie finanziell beteiligt. Neben der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf bestehe eine vom Grundsatz her vergleichbare Einrichtung nur am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Diese Einrichtung führe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern Aus- und Weiterbildungslehrgänge durch.

Bei beiden Institutionen hätten bisher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz nur dann gegen Gebühr teilnehmen können, wenn Plätze nicht besetzt worden seien. Auf diese Weise könne aber der inzwischen deutlich gestiegene Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf nicht mehr gedeckt werden.

Das Abkommen sehe vor, dass nur die Länder Mitglied in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf werden könnten. Da insbesondere die Kreisverwaltungen als Träger der Unteren Gesundheitsbehörden die Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote der Akademie nutzten, hätten sich

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

die Landkreise bereiterklärt, die Beitragskosten zur Hälfte zu übernehmen. Mitglieder könnten das Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramm gebührenfrei wahrnehmen.

Die Beitragskosten des Landes Rheinland-Pfalz errechneten sich, wie bei allen Trägerländern, hälftig aus der Einwohnerzahl und der Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Der voraussichtliche Gesamtmitgliedsbeitrag des Landes Rheinland-Pfalz für das Jahr 2017 in Höhe von 237.564 Euro werde dann hälftig zwischen Land und Kommunen aufgeteilt. Mit dem Beitritt des Landes Rheinland-Pfalz zur Akademie für öffentliches Gesundheitswesen setze die Landesregierung eine wichtige gesundheitspolitische Zielsetzung um.

Frau Abg. Anklam-Trapp merkt an, bislang seien die entstandenen Kosten für das Land Rheinland-Pfalz spitz abgerechnet worden. Zukünftig werde das Land rund 116.000 Euro für die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst aufwenden. Sie fragt nach, wie hoch die Kosten für die Aus- und Weiterbildung in den Jahren vor dem Beitritt des Landes Rheinland-Pfalz zu dem Abkommen gewesen seien und ob die Aus- und Weiterbildung in den Vorjahren gesichert gewesen sei.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, die Aus- und Weiterbildung sei zwar abgedeckt gewesen, aber der Bedarf sei in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen, und dies werde sich auch in Zukunft weiter fortsetzen. Wenn man berücksichtige, dass für das Land Rheinland-Pfalz an der Akademie für das Jahr 2016 155 Plätze zur Verfügung gestellt würden und dass mit diesem Angebot schon jetzt alle Plätze ausgebucht seien, könne man leicht erkennen, wie groß der Bedarf tatsächlich sei, der in der Vergangenheit bislang so nicht habe abgedeckt werden können. Künftig werde keine Teilnehmergebühr mehr fällig, und das Land habe einen direkten Zugang zu diesen Angeboten im Vorgriff und müsse nicht mehr abwarten, bis die anderen Länder, die dem Abkommen bereits beigetreten seien, ihre Plätze gebucht hätten. Mit dem Beitritt habe auch Rheinland-Pfalz einen direkten Zugriff auf die Plätze.

Die Kosten, die vor dem Beitritt aufgewendet worden seien, werde sie dem Ausschuss sehr gern schriftlich nachliefern.

Herr Abg. Wäschenbach kommt auf die Aufteilung der Kosten zu sprechen, die gemäß dem Abkommen jeweils hälftig aufgrund der Einwohnerzahl und aufgrund der Lehrgangsteilnehmer berechnet würden. Die Berechnung aufgrund der Einwohnerzahl sei aber bisher in Rheinland-Pfalz noch gar nicht möglich gewesen. Er möchte wissen, ob dafür ein hypothetischer Wert angenommen worden sei.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, es werde zunächst ein Mittelwert als Grundlage errechnet, der danach entsprechend weitergeführt werde.

Frau Abg. Dr. Groß bedankt sich für den gegebenen Bericht. Wie Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bereits angesprochen habe, bestehe ein kritischer Personalmangel im öffentlichen Gesundheitsdienst, dem man unter anderem dadurch begegnen wolle, dass man qualifizierte Fort- und Weiterbildung anbiete. Sie stellt die Frage, ob auch bereits daran gedacht sei, zusätzlich noch eine höhere Vergütung für dieses Personal zu bezahlen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler betont, die Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens sei in diesem Jahr wie auch im vorvergangenen Jahr auf der Gesundheitsministerkonferenz als Schwerpunktthema behandelt worden. Zu den Diskussionspunkten zähle dabei auch immer wieder die Vergütung des Personals im Gesundheitswesen wie auch ein weiterer großer Maßnahmenkatalog. In der letzten Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses sei der Wunsch an sie herangetragen worden, den Ausschussmitgliedern eine Übersicht über die Beschlüsse der vergangenen Gesundheitsministerkonferenz zur Verfügung zu stellen, was auch bereits erfolgt sei, wobei in der Beschlussammlung insbesondere auch alle Einzelmaßnahmen aufgelistet worden seien, die den öffentlichen Gesundheitsdienst betreffen. Dabei spiele auch die Vergütung eine Rolle, wenngleich es heute bei diesem Tagesordnungspunkt vorrangig um den Zugriff auf die Aus- und Weiterbildung gehe. Dies halte sie vor allem anderen für sehr wichtig, um diesen Bedarf zu decken.

Insgesamt sei aber neben der Fort- und Weiterbildung natürlich ein ganzes Maßnahmenpaket erforderlich. Gerade das Land Rheinland-Pfalz erfahre viel Anerkennung dafür, dass es sich schon seit Jahren

**4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –**

auf diesem Gebiet sehr einsetze und dieses Thema vorantreibe sowie auch auf Bundesebene in den entsprechenden Gremien aktiv sei. Von daher sei eine sehr gute Ausgangsbasis gegeben.

Auf Bitten von Frau Abg. Anklam-Trapp sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, den Ausschuss schriftlich über die Höhe der entstandenen Kosten für die Fort- und Weiterbildung in den Jahren vor dem Beitritt des Landes Rheinland-Pfalz zu dem Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zu unterrichten.

Der Ausschuss nimmt von der Unterrichtung – Vorlage 17/249 – Kenntnis.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Scheinselbstständigkeit von Notärzten

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/258 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders führt zur Begründung des Antrags aus, Honorarärzte gehörten schon seit vielen Jahren zum deutschen Gesundheitswesen, weil sie insbesondere im ländlichen Raum beim Notaroztdienst oder auch in kleinen Kliniken Lücken füllten und Spitzen dort abdeckten, wo die Versorgung ansonsten nicht sichergestellt werden könne. Dies habe sich über viele Jahre und Jahrzehnte bewährt.

Das Bundessozialgericht habe vor einiger Zeit in einem Urteil die folgenden vier Kriterien für eine selbstständige Tätigkeit festgelegt: das eigene Unternehmerrisiko, die eigene Betriebsstätte, die freigestellte Tätigkeit und Arbeitszeit und die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft. Diese Rechtsprechung habe dazu geführt, dass die Sozialgerichte der Bundesländer den sozialversicherungsrechtlichen Status von Ärzten ganz unterschiedlich beurteilt hätten: Manchmal hätten sie eine Scheinselbstständigkeit bejaht, manchmal verneint. Die Situation sei sehr diffus gewesen.

Im Jahr 2015 sei schließlich ein Urteil des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern ergangen, das festgestellt habe, dass Honorarärzte als Notärzte scheinselbstständig seien, die nach ähnlichen Kriterien eingesetzt würden, wie es auch in anderen Bundesländern durchaus üblich und gängige Praxis sei. Dieses Urteil sei nun in gewisser Weise auch vom Bundessozialgericht dahingehend bestätigt worden, dass man letztendlich eine Nichtzulassungsbeschwerde abgewiesen habe.

Dieser Sachverhalt sei der Grund für die CDU-Fraktion gewesen, das Thema auf die Tagesordnung dieses Ausschusses zu setzen. Wenn ein Problem erkennbar sei, sollte man nach seiner Ansicht so früh wie möglich darüber reden, wie man es ergebnisorientiert lösen könne; denn es gehe hierbei um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum und damit auch in Rheinland-Pfalz. Vor zwei Jahren habe die Landesregierung festgestellt, dass 60 % der Notarztstandorte Schwierigkeiten hätten, ihre Dienste zu besetzen. Darüber hinaus befürchteten 80 % auch aufgrund der Demografie und des Ärztemangels in den nächsten Jahren eine weitere Verschärfung.

Bislang hätten die Ärzte ihre eigene Versorgungskasse und müssten keine Beiträge an die Deutsche Rentenversicherung entrichten. Wenn die Deutsche Rentenversicherung durch eine Überprüfung feststelle, dass die Ärzte ebenfalls beitragspflichtig seien, komme es zum Streit. Bislang existiere ein Flickenteppich in Deutschland, in den eine Struktur hineingebracht werden müsse. Es handele sich letztlich um eine Bundesregelung, die in der Zuständigkeit des Bundesarbeitsministeriums in Berlin liege. Daher solle die Landesregierung beim Bund tätig werden, um eine Regelung zu finden und die Notarztversorgung in den Ländern sicherzustellen.

Dies sei insbesondere unter dem Gesichtspunkt zu bewerten, dass sich zurzeit das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz im Gesetzgebungsverfahren befinde, das zum 1. Januar 2017 in Kraft treten solle. Einschlägig sei hierbei der neu einzuführende § 611 a Nr. 2 BGB, der die Überprüfung einer Scheinselbstständigkeit als eine sehr strikte Einzelfallentscheidung regelt, und er habe die Sorge, dass es dadurch noch komplizierter werden könnte, als es jetzt ohnehin schon sei.

Abschließend stellt er fest, in Österreich sei es gelungen, für die dortigen Hilfsorganisationen mit der „lex austria“ und der sogenannten Bereichsausnahme eine Lösung zu finden. Als einen möglichen Ansatz schlägt er vor, bundesgesetzlich initiativ zu werden, um im Rahmen des Sicherstellungsauftrages, den das Land habe, die Honorararztstätigkeit per se davon auszunehmen. Es gehe darum, die Probleme der Krankenhäuser und aller Menschen zu lösen, die gleichzeitig auch Patienten seien. Der Landtag müsse sich intensiv mit dem Thema beschäftigen, um einen Streit in der Zukunft zu vermeiden.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, Anlass der heutigen Berichterstattung sei, wie erwähnt, ein Beschluss des Bundessozialgerichts vom 1. August 2016. Das Bundessozialgericht stelle mit diesem Beschluss fest, dass die Beschwerde eines Kreisverbandes des Deutschen Roten Kreuzes in Mecklenburg-Vorpommern gegen die Nichtzulassung der Revision in einem Urteil des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern unzulässig sei.

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Besagtes Urteil des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern befasse sich mit dem sozialversicherungsrechtlichen Status eines Notarztes und stelle das Vorliegen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses fest. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts habe zur Folge, dass das Urteil des Landessozialgerichts rechtskräftig werde und in dem entschiedenen Fall damit feststehe, dass die Notarztstätigkeit nicht als eine selbstständige Tätigkeit, sondern als abhängige Beschäftigung im Sinne der Sozialversicherung ausgeübt werde.

Erste Reaktionen auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts hätten darauf verwiesen, dass die Beschäftigung von Honorarärzten auf Rettungswagen künftig nicht mehr möglich sei. So stehe es auch in der Begründung des vorliegenden Antrags der Fraktion der CDU. Ein Sprecher des Bundessozialgerichts selbst habe einem Artikel der Ärztezeitung zufolge jedoch darauf hingewiesen, dass das Bundessozialgericht in der Sache selbst nichts entschieden habe; es gehe allein um die Zulässigkeit der Revision.

Damit stünden sich nach wie vor verschiedene Entscheidungen unterschiedlicher Landessozialgerichte gegenüber, die im einen Fall eine abhängige Beschäftigung und im anderen Fall eine selbstständige Tätigkeit festgestellt hätten. Wie man es auch drehe und wende, in jedem Fall seien die meisten Betroffenen von der Entscheidung des Bundessozialgerichts enttäuscht, weil sie sich eine höchstrichterliche Klärung zugunsten einer selbstständigen Tätigkeit erhofft hätten. Die Entscheidungen auf Ebene des Bundessozialgerichts und der Landessozialgerichte wiesen jedoch auch darauf hin, dass eine saubere Abgrenzung des sozialversicherungsrechtlichen Status sehr diffizil sein könne.

Der Gesetzgeber sei sich dieser objektiven Schwierigkeit, die bei einigen Fallgruppen bestehe, seit langem bewusst und habe deshalb die Möglichkeit eines sogenannten Statusfeststellungsverfahrens in das Sozialversicherungsrecht eingeführt. Dieses Verfahren erlaube es den Beteiligten – also den Auftragnehmern oder Beschäftigten und den Auftraggebern oder Arbeitgebern –, den sozialversicherungsrechtlichen Status direkt zu Beginn einer Tätigkeit von der Deutschen Rentenversicherung Bund verbindlich klären zu lassen. Wer dieses Verfahren betreibe, sei gleichzeitig vor Beitragsnachzahlungen geschützt.

Nun sei bekannt geworden, dass die Deutsche Rentenversicherung bei Notärzten regelmäßig davon ausgehe, dass keine selbstständige Tätigkeit, sondern eine abhängige Beschäftigung vorliege, und das löse die Widerstände im Rettungsdienst aus. Vorliegend stelle sich die Frage, weshalb die Akteure eines Rettungsdienstes zu dem Ergebnis kämen, dass eine Einstufung von notärztlich tätigen Honorarärzten als Beschäftigte für sie keine Lösung sei. – Es sei zu vermuten, dass dies nicht allein mit der Sozialversicherung zusammenhänge; denn auch angestellte Ärzte, die ihren Beruf ausübten, könnten sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie einem berufsständischen Versorgungswerk angehörten, was regelmäßig der Fall sein dürfte.

Darüber hinaus werde eine nebenberufliche Notarztstätigkeit im Krankenversicherungsverhältnis im Normalfall auch nicht zu zusätzlichen Sozialversicherungsbeiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung führen, da Ärzte wegen der Höhe ihres Einkommens im Normalfall auch nicht pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung seien. Sozialversicherungsrechtlich gehe es dann vor allem um den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung, der die Heftigkeit, mit der die Diskussion geführt werde, aber sicherlich auch nicht erklären könne.

Angeführt werde, dass eine Ausstrahlung der sozialversicherungsrechtlichen Statusentscheidung auf das Arbeitsrecht befürchtet werde, die Befürchtung also, dass ein Notarzt in der Folge der Feststellung eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses auch als Arbeitnehmer im Sinne des Arbeitsrechts zu behandeln wäre. Übe dieser Notarzt beispielsweise im Hauptberuf eine ärztliche Tätigkeit als Angestellter im Krankenhaus aus, könnte ihn das beispielsweise in Konflikt zum Arbeitszeitgesetz bringen und bestehende Modelle der Krankenhäuser, die Notärzte auf Honorarbasis einsetzten, gegebenenfalls gefährden. Es lägen Hinweise darüber vor, dass Arbeitnehmerverhältnisse und abhängige Beschäftigungsverhältnisse von den Betroffenen vor allem bei nebenberuflichen Tätigkeiten oder bei häufigem Wechsel des Arbeitgebers als zu unflexibel empfunden würden.

Vermutlich hätten viele Beteiligte von einer frühzeitigen Klärung des sozialversicherungsrechtlichen Status abgesehen, die die Krankenhäuser vor Beitragsnachforderungen der Sozialversicherung schützen

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

würde, und stattdessen zunächst auf eine für sie günstigen höchstrichterlichen Rechtsprechung gewartet, die zumindest bislang so nicht gekommen sei. In der Folge könnten dann auch die Befreiungsanträge von der Rentenversicherungspflicht nicht rechtzeitig gestellt werden. Als Konsequenz könnten sich im Falle entsprechender Betriebsprüfungen durch die Rentenversicherung dann in der Tat Beitragsnachforderungen ergeben, die auf die Arbeitgeber – häufig die Krankenhäuser – zukommen könnten. Einige der Komplikationen, die mit der Eigenschaft als Beschäftigte bzw. Arbeitnehmer zusammenhängen, entstünden also gerade dann, wenn der Status nicht zu Beginn der Tätigkeit, sondern erst nachträglich festgestellt werde.

Selbstverständlich befinde man sich hierzu in einem engen Dialog mit den Krankenhäusern im Land. Adressat einer Lösung sei jedoch die Bundesebene, weil die Sozialversicherung bundesgesetzlich geregelt sei. Hierbei redeten neben dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales auch die Träger und Verbände des Rettungswesens und die Deutsche Rentenversicherung Bund miteinander, um zu einer sinnvollen Lösung zu kommen. Auch die Länder seien vor allem über das Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz vertreten. Persönlich halte sie auch die „lex austria“ für einen sehr guten Weg.

Abschließend sei ihr wichtig zu betonen, dass die Notfallversorgung insgesamt ein besonderer Schwerpunkt in der Gesundheitsversorgung eines Flächenlandes darstelle. Die Problematik sei sehr vielschichtig, aber man sei in Rheinland-Pfalz sehr gut aufgestellt. Darüber hinaus beabsichtige sie, das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V, in dem viele Beteiligte vertreten seien, noch einmal ausdrücklich zu bitten, sich des Themas gesondert anzunehmen.

Herr Hitzges (Referatsleiter im Ministerium des Innern und für Sport) führt ergänzend zu den direkten Auswirkungen auf den Rettungsdienst aus, die Krankenhäuser seien im Rahmen ihrer Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit verpflichtet, gemäß § 23 des Landesgesetzes über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport Ärzte gegen Erstattung der ihnen entstehenden Kosten als Notärzte zur Verfügung zu stellen. Außerdem könnten bei Bedarf niedergelassene Ärzte, Arbeitsgemeinschaften und Ärzte sonstiger Institutionen am Notarztdienst mitwirken.

Es stelle sich die Frage, welche Beschäftigungsform man dabei vorfinde. Derzeit würden neben den angestellten Ärzten häufig Notärzte auf freiberuflicher Basis beschäftigt, die den Notarztdienst als Selbstständige übernehmen. In der Gruppe dieser sog. „Freelancer“ gebe es Personen, die ausschließlich freiberuflich arbeiteten; jedoch fänden sich darunter auch Ärzte, die beispielsweise bei einem anderen Arbeitgeber abhängig beschäftigt seien.

Eine Studie des Fraunhofer-Instituts für Experimentelles Software Engineering (IESE) im Auftrag des rheinland-pfälzischen Innenministeriums aus dem Jahr 2013 zu den Beschäftigungsformen von Notärzten in Rheinland-Pfalz sei zu dem Ergebnis gekommen, dass an 48 % der Standorte die notärztliche Tätigkeit „klassische“ Dienstaufgabe von Klinikärzten sei. Bei 19 Standorten (25,7 %) sei dieses Beschäftigungsmodell das ausschließliche, und 43 Standorte (58,1 %) nutzten eine Kombination von Beschäftigungsmodellen.

Insgesamt existierten 14 unterschiedliche Kombinationen von Beschäftigungsmodellen. 32 Standorte griffen in irgendeiner Form auf Honorarärzte zurück, 23,4 % sogar ausschließlich. An 18,6 % der Standorte werde die Notarztstätigkeit als Nebentätigkeit charakterisiert.

Des Weiteren werde festgestellt, dass die höchste Rate an Standorten, bei denen die Notarztstätigkeit Dienstaufgabe sei, mit 66,4 % in Orten über 50.000 Einwohnern liege und die niedrigste mit 10,6 % in Städten unter 5.000 Einwohnern. Die entgegengesetzte Aussage gelte für die Beschäftigung von Honorarärzten, die mit 32,7 % besonders in Städten unter 50.000 Einwohnern zum Einsatz kämen. Diese Zahlen belegten, dass der Einsatz von Honorarärzten gerade in den ländlichen Gebieten in Rheinland-Pfalz von extrem hoher Bedeutung sei.

Zu den Konsequenzen legt er dar, die zunehmende Einstufung der Tätigkeit der Honorarärzte im Rettungsdienst durch die Deutsche Rentenversicherung als abhängige Beschäftigung wirke sich in einigen Regionen in Deutschland erheblich auf die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst aus. Dies betreffe auch Rheinland-Pfalz. Die Bereitschaft der Dienstübernahme von freiberuflichen Notärzten dürfte bei

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

einer strengen Auslegung des sozialversicherungsrechtlichen Status in Richtung „Scheinselbstständigkeit“, insbesondere bei Notarztstandorten an Krankenhäusern, deutlich sinken.

Das bisherige System habe für große Flexibilität gesorgt. Es sei aber zu befürchten, dass sich die meisten Notärzte nicht nebenberuflich anstellen lassen wollten bzw. könnten, da dies zu arbeitsrechtlichen Komplikationen, unter anderem auch bei der Haupttätigkeit, führen könne. Dies erschwere die Situation insgesamt, da es vor allem in ländlich strukturierten Regionen der Bundesrepublik ohnehin schwer sei, Notärzte für den Rettungsdienst zu gewinnen. Auf die Situation in Rheinland-Pfalz sei bereits hingewiesen worden.

Der Ausschuss „Rettungswesen“, in dem sich alle für das Rettungswesen zuständigen Referatsleiter der Bundesländer zweimal jährlich berieten, beobachte seit 2014 die Entwicklung in diesem Bereich. Vor dem Hintergrund der zunächst sehr unterschiedlichen Rechtsprechung sei die Angelegenheit in den Ländern sehr differenziert bewertet worden. In der letzten Sitzung am 8./9. März 2016 in Potsdam habe man sich abermals umfangreich ausgetauscht, und Folgendes sei im Protokoll festgehalten worden:

„Derzeit werden Notärzte von Rettungsdienstträgern und Leistungserbringern auch auf freiberuflicher Basis beschäftigt. Die Deutsche Rentenversicherung unterstellt den Honorarärzten neuerdings eine Scheinselbstständigkeit und geht von einem Arbeitnehmerverhältnis aus. Das hat sowohl im sozialversicherungsrechtlichen als auch im arbeitsrechtlichen Bereich Konsequenzen.

Die Vorsitzende des Ausschusses „Rettungswesen“ hat mit Schreiben vom 29. Mai 2015 sowohl der Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) als auch dem Vorsitzenden des AK V dazu berichtet. Bisher haben die Landessozialgerichte für den Fall der Notarztstätigkeit unterschiedlich entschieden. Eine höchstrichterliche Rechtsprechung steht noch aus.

Im Rahmen der Erörterung der Problematik wurde festgestellt, dass das Hauptproblem nicht die Sozialversicherungspflicht, sondern die im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung zu beachtenden Arbeitszeitregelungen sind.“

Am 26. Juli 2016 habe eine Sitzung im Bundesgesundheitsministerium mit Vertreterinnen und Vertretern von Trägern des Rettungsdienstes, der Länder und Fachverbände sowie der beteiligten Bundesressorts BMAS, Bundeskanzleramt und DRV-Bund stattgefunden. Ziel der Sitzung sei es gewesen, die Situation zu analysieren und Ansatzpunkte für eine Lösung zu diskutieren. Die Ländervertreter seien aus Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg gekommen.

Die Ländervertreter hätten aus der Sitzung berichtet und mitgeteilt, dass von allen Seiten deutlich gemacht worden sei, dass der Schwerpunkt der Probleme in ländlichen Regionen liege, wobei auch aus Großstädten deutliche Schwierigkeiten bei der Notarztgewinnung geschildert worden seien. Als Lösung erster Wahl sei von den betroffenen Institutionen die Herausnahme der Notärzte aus der Sozialversicherungspflicht „lex austria“ benannt worden.

Mit Schreiben vom 1. September 2016 habe sich die Ministerin für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Birgit Hesse, an die Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Andrea Nahles, gewandt. In ihrem Schreiben weise sie darauf hin, dass sie als Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz das Thema „Honorarärzte im Rettungsdienst“ in der Konferenz im Juni 2016 erörtert habe und dass die Probleme in nahezu allen Ländern aufträten. Außerdem habe sie Bezug genommen auf das Gespräch im Juli 2016 im Bundesgesundheitsministerium.

Abschließend habe sie die Bundesministerin um Prüfung gebeten, ob eine ähnliche Lösung, wie sie in Österreich gefunden worden sei, auch in Deutschland umgesetzt werden könne. Ihres Erachtens könne die medizinische Notfallversorgung nur so flächendeckend gewährleistet werden. Insoweit habe sie das Ergebnis der Besprechung vom Juli 2016 im Bundesgesundheitsministerium aufgegriffen, was soeben auch von Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bestätigt worden sei.

Zu der „lex austria“ teilt er mit, in Österreich sei aufgrund einer ähnlich gelagerten Problemstellung in Bezug auf die Sozialversicherungspflicht von Notärzten das Sozialversicherungsrecht zum Jahresbeginn 2016 geändert worden, und Entgelte, die sich aus der nebenberuflichen notärztlichen Tätigkeit

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

ergäben, seien vom Entgeltbegriff des Sozialversicherungsrechts ausgenommen worden. Laut Gesetzesbegründung diene dieser Schritt dazu, die rettungsdienstliche Versorgung der Bevölkerung nicht weiter zu gefährden, indem sich immer weniger Ärzte entschieden, nebenberuflich einer notärztlichen Tätigkeit nachzugehen.

Im Nachgang zum Beschluss des Bundessozialgerichts habe am 5. September 2016 ein konsensuales Gespräch zwischen der Landeskrankenhausesgesellschaft und dem im Innenministerium für den Rettungsdienst zuständigen Referat stattgefunden. Mit Schreiben vom 6. September 2016 habe sich der Vorsitzende der Krankenhausesgesellschaft Rheinland-Pfalz an Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler und Herrn Staatsminister Lewentz gewandt. In seinem Schreiben habe er seine Besorgnis deutlich gemacht, dass auch Rheinland-Pfalz von dem Thema „Honorarärzte im Rettungsdienst“ im besonderen Maße betroffen sei. Vor diesem Hintergrund habe er die beiden Minister darum gebeten, sich für eine Bereichsausnahme im Sozialversicherungsrecht wie in Österreich einzusetzen.

Am 21. und 22. September 2016 finde in Potsdam der nächste Ausschuss „Rettungswesen“ statt. Dort werde das Thema Honorarärzte einen breiten Raum in der Diskussion einnehmen. Ziel werde es sein, auch hier ein einheitliches Vorgehen abzustimmen. Es sei geplant, im Nachgang zu dieser Sitzung ein Gespräch auf ministerieller Ebene, unter anderem mit der Krankenhausesgesellschaft, dem Landkreistag und dem Städtetag, zu diesem Thema zu führen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bedankt sich für die gegebenen Berichte, die die Problematik aus verschiedenen Fassetten heraus beleuchtet hätten. Gesetze seien dafür da, das Leben der Menschen zu erleichtern und nicht, um es zu verkomplizieren.

Es sei mehrfach die Statusfeststellung für Notärzte erwähnt worden, wobei es eine unterschiedliche Betrachtungsweise gebe. Die Deutsche Rentenversicherung beurteile den Sachverhalt aus einer anderen Perspektive. Es gehe nicht darum, Menschen, die am Rande des Mindestlohns vergütet würden, zu schützen. Selbst wenn die Notarztstätigkeit keine sehr gut bezahlte Tätigkeit sei, gehe es doch vorliegend nicht um Grenzfälle zum Mindestlohn, da die Arztstätigkeit noch einigermaßen ordentlich bezahlt werde. Die Vertragspartner seien sich in der Vertragsgestaltung einig, dass es sich um eine selbstständige Tätigkeit handle, und damit werde auch der Status der Selbstständigkeit selbst festgestellt. Die Verträge seien auch von fachkundigen Juristen geprüft worden. Er halte es insoweit für absurd, wenn man erst bei der Deutschen Rentenversicherung, die ohnehin für die Ärzte gar nicht zuständig sei, nachfragen müsse, ob die Verträge korrekt seien.

Herr Hitzges habe in seinem Bericht auch das Arbeitszeitgesetz angesprochen. Die meisten Krankenhäuser seien in der Lage, den Dienst tagsüber selber abzudecken und zu regeln, und die großen Kliniken könnten dies rund um die Uhr gewährleisten. Aber die kleinen Häuser im Westerwald oder in anderen ländlichen Regionen hätten gar nicht genügend qualifiziertes Personal, um rund um die Uhr an 365 Tagen eine Notarztversorgung sicherzustellen. Sie seien darauf angewiesen, dass Ärzte sich bereit erklärten, neben ihrer normalen Arbeit gegen Bezahlung am Notarzdienst mitzuwirken.

Wenn man mit ihnen Verträge für einen 24-Stunden-Dienst im Monat abschließe, könne dies bedeuten, dass dies unter Umständen gar nicht möglich sei, weil bei vielen das Arbeitszeitgesetz nicht eingehalten werde. Es könne auch bedeuten, dass möglicherweise ein Anstieg der Lohnnebenkosten damit verbunden sei. Die betreffenden Kollegen wollten das aber gar nicht, weil sie die Möglichkeit hätten, sich selbst neben ihrem normalen Beschäftigungsverhältnis zusätzlich zu versichern. Es entstünden Urlaubsansprüche, und es entstünden Ansprüche auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Es sei völlig unstrittig, dass all diese Dinge wichtig seien bei einem normalen Arbeitnehmer in einem normalen Beschäftigungsverhältnis. Aber bei den Notärzten sei ein Ausnahmefall gegeben, da der Arzt sich nebenbei noch einbringe, ohne es zu müssen.

Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vier Kriterien für eine selbstständige Tätigkeit festgelegt: das eigene Unternehmerrisiko, die eigene Betriebsstätte, die Arbeitszeit und die eigene Arbeitskraft.

Wenn ein Krankenhaus einem Arzt keine Dienste übertrage, bestehe auch kein Unternehmerrisiko. Die Betriebsstätte des Arztes sei der Einsatzort, beispielsweise eine Bundesstraße oder die Autobahn, wo er ärztlich tätig werde.

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Wenn ein Arzt in einem Krankenhaus fest angestellt sei, könne ihm sein Vorgesetzter am Monatsanfang feste Dienstzeiten zuteilen. Einem Arzt, der freiberuflich tätig sei, könne man lediglich anbieten, an bestimmten Tagen zu arbeiten, und der Arzt könne danach selbst entscheiden, ob er das Angebot annehmen wolle oder nicht.

Dort lägen die entscheidenden Knackpunkte, und in dieser Hinsicht sei die Deutsche Rentenversicherung gewissermaßen betriebsblind und beurteile eine Situation völlig falsch, indem sie eine Scheinselbstständigkeit in eine Tätigkeit hineinlese, die de facto überhaupt nicht gegeben sei.

Interessant sei für ihn, dass dies auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft so gesehen habe. Es gebe bereits einen Fall in Rheinland-Pfalz, wo ein Krankenhaus in der Eifel aus Angst und Verunsicherung, dass es zu Problemen kommen könne, sofort reagiert habe und die Sache gestoppt habe. Dort habe man festgestellt, dass in einem Schwesternhaus bereits wegen vermeintlicher Zahlungsansprüche staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren eingeleitet worden seien. Dies mache erneut deutlich, wie stark der Handlungsbedarf mittlerweile sei. Er sei froh darüber, dass sich Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler mit der österreichischen Lösung, der „lex austriaca“, anfreunden könne. Man sollte nicht erst eine höchststrichterliche Entscheidung abwarten.

Er habe sich im Vorfeld dieser Sitzung mit einem Sozialrichter unterhalten und erfahren, dass der Gesetzgeber – je nach Zuständigkeit auf Bundes- oder Landesebene – den Rahmen vorgebe, nach dem die Gerichte Recht sprächen. Dies bedeute, die Gerichte hätten den Ball zurückgespielt an die Parlamente. Er bittet daher Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler darum, mit Frau Bundesgesundheitsministerin Nahles Kontakt aufzunehmen, um die Dinge in einem persönlichen Gespräch zu klären. Es bestehe schon jetzt ein großes Problem, weil eine starke Verunsicherung vorhanden sei.

Problematisch sei, dass man grundsätzlich davon ausgehe, dass Honorarärzte scheinselfständig seien. Dies sei dann zutreffend, wenn ein Arzt nur einen einzigen Arbeitgeber habe. Aber dies sei die absolute Ausnahme. Daher könne er nur dafür werben, dass die Landesregierung zügig an einem Ergebnis gestalterisch mitwirke, damit das Problem sich nicht weiter verselbstständige. Gesetze seien dazu da, so gestaltet zu werden, dass sie das Leben der Menschen erleichterten und nicht erschwerten.

Herr Abg. Köbler stimmt mit seinem Vorredner darin überein, dass es rechtlicher Anpassungen bedürfe, um eine entsprechende Versorgung sicherzustellen und um Planungssicherheit zu gewährleisten. Auch wenn ein Gesetz im Einzelfall nicht ganz passgenau sei, könne man trotzdem erwarten, dass es entsprechend eingehalten werde. Bei aller Wichtigkeit müsse daher auch die notärztliche Versorgung arbeitsrechtlich abgesichert sein.

Er könne Herrn Vorsitzenden Abgeordneten Enders in vielen Dingen nur zustimmen. Es gebe eine Vielzahl angestellter Notärzte an den Krankenhäusern, und nach seiner Auffassung dürfe es nicht dazu kommen, dass die notärztliche Versorgung am Ende nur noch über Honorarverträge abgedeckt werde und die angestellten Notärzte aus ökonomischen Gründen entsprechend schlechter gestellt würden.

Herr Hitzges habe in seinen Ausführungen dargelegt, dass es letztendlich weniger um sozialversicherungsrechtliche Dinge gehe als vielmehr um das Arbeitszeitgesetz. Bei der Versorgungssicherheit müsse man daher auch immer die Perspektive der potenziellen Patientinnen und Patienten in den Blick nehmen.

Wenn Ärztinnen und Ärzte nach zwölf Stunden in ihrer Praxis als Notarzt Dienst verrichteten und an einen schwierigen Einsatzort kämen und möglicherweise überarbeitet und übermüdet seien, werde die Versorgung dadurch nicht verbessert. Genau aus diesem Grunde sei das Arbeitszeitgesetz auch erlassen worden, und dies müsse man bei einer Novelle auf bundesgesetzlicher Ebene mit bedenken. Es gehe nicht nur um die statistische Versorgung, sondern es komme auch darauf an, inwieweit die Personen vor Ort überhaupt noch einsatzfähig seien. Gerade in der Gesundheitsversorgung sei bisher in puncto Arbeitszeit nicht so genau auf die Uhr geschaut worden, und dies sei auch aller Ehren wert; allerdings gehe es schlussendlich auch um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Menschen, die man nicht aus dem Blick verlieren sollte.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders stellt zu der Einlassung seines Vorredners fest, voll angestellte Notärzte gebe es eigentlich überhaupt nicht. In den Krankenhäusern werde der Notarztendienst tagsüber vom

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Stammpersonal übernommen. An jedem Tag werde jemand eingeteilt, der den Notarzdienst bis um 16:00 Uhr wahrnehme, und danach übernehme ein Freiberufler. Die Krankenhäuser könnten nach 16:00 Uhr keinen Notarzt mehr stellen, da sie das Arbeitszeitgesetz einhalten müssten. Früher sei das noch anders gewesen. Er selbst habe einmal in seinen schlimmsten Zeiten einen 36-Stunden-Dienst leisten müssen, und hinterher sei er nicht mehr fahrtüchtig gewesen. Dieser Zustand sei vergleichbar mit 1,2 Promille Alkohol im Blut. Diese Zeiten seien zum Glück vorbei, und deswegen sei es auch zu dieser Situation gekommen.

Das Arbeitszeitgesetz werde insofern auch nicht tangiert, weil kein Mensch diese Arbeitszeiten mehr leisten werde. Es gehe in der Regel darum, dass jemand in seiner Freizeit am Wochenende nicht von einem Dienst in den anderen springen könne. Die Praxis sehe es so vor, dass ein Arzt einmal im Monat samstags oder sonntags 12 oder 16 Stunden Dienst tue auf einer Rettungswache als Notarzt. Es bestehe eine gewisse Verpflichtung auch des Vertragspartners, damit solche Situationen zukünftig nicht mehr entstünden.

Frau Abg. Dr. Machalet merkt an, die Frage nach dem Arbeitszeitgesetz bleibe dennoch relevant. Sie möchte wissen, inwieweit vorliegend auch die EU-Arbeitszeitrichtlinie eine Rolle spiele und ob möglicherweise die Situation – selbst wenn es national einmal zu einer Regelung kommen werde – seitens der EU noch anders bewertet werden könnte.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler betont, sowohl in den Ausführungen von Herrn Hitzges als auch in ihrer Stellungnahme und in der Debatte sei deutlich geworden, dass eine Unsicherheit vor Ort bestehe, und zwar nicht nur in Rheinland-Pfalz, sondern auch in den anderen Bundesländern. Die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz Birgit Hesse habe deswegen schon den Kontakt zum BMAS gesucht. Auch Rheinland-Pfalz werde den Dialog mit Frau Hesse aufrechterhalten.

Am 1. Dezember finde die Arbeits- und Sozialministerkonferenz statt, wo sicherlich auch noch einmal Gelegenheit bestehen werde, sich am Rande über dieses Thema auszutauschen. Darüber hinaus werde sie selbst sehr gern den Kontakt mit Frau Bundesgesundheitsministerin Nahles suchen, um Veränderungen zu forcieren, aber auch um die Problematik zu schildern, die Rheinland-Pfalz als ein Flächenland habe. Es sei ihr wichtig, mit den Mitgliedern dieses Ausschusses in einem ständigen Dialog darüber zu bleiben, wie sich die Situation weiterentwickeln werde.

Darüber hinaus werde sich auch das Gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V der Thematik annehmen, allerdings ein wenig umfassender als nur bezogen auf das Thema der Honorarärzte. Man beabsichtige, die gesamte Notfallversorgung in den Blick zu nehmen, weil es letztlich auch um die medizinische Versorgung im Land Rheinland-Pfalz gehe.

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

Der Antrag – Vorlage 17/258 – hat damit seine Erledigung gefunden

Punkt 4 der Tagesordnung:

Blutspende-Ausschluss

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/263 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders verweist zur Antragsbegründung auf eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Schellhammer und Daniel Köbler aus dem Juli 2016. Sowohl in der Anfrage selbst als auch in der Antwort der Landesregierung werde richtigerweise festgestellt, dass es mit dem EU-rechtlichen Verbot der Diskriminierung wegen der sexuellen Orientierung – Artikel 21 Absatz 1 und Artikel 52 Absatz 1 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union – nicht vereinbar sei, jemanden wegen seiner sexuellen Orientierung von Blutspenden per se auszuschließen, sondern dass lediglich das Risikoverhalten ein Kriterium sein könne. Dies gehe aus der Beantwortung der Kleinen Anfrage deutlich hervor.

Auch die GMK habe sich bereits mit diesem Thema befasst. Vonseiten des Sozialministeriums werde in der Antwort zu Frage Nr. 4 darauf verwiesen, dass es Länder in der Europäischen Union – beispielsweise Großbritannien, die Niederlande, Schweden und aktuell auch Frankreich – gebe, in denen Männer, die mindestens einmal sexuellen Kontakt mit anderen Männern gehabt hätten (MSM), erst dann Blut spenden dürften, wenn der letzte Sexualkontakt zu einem anderen Mann mehr als ein Jahr zurückliege.

Dies sei bei näherem Nachdenken sehr wirklichkeitsfremd und nütze im Übrigen niemandem etwas. Es sei eine hohe Diskretion nötig für den Arzt, der dies mit dem Spender besprechen müsse; im Übrigen sei für einen Menschen, der im sexuell aktiven Alter lebe, eine einjährige Karenz eher die Ausnahme. Deswegen sei eine solche Lösung, wie sie in diesen Ländern vorgeschlagen worden sei, für ihn unvorstellbar langwierig. Es gehe vielmehr darum, ein Risiko für einen Empfänger auszuschließen.

Er möchte wissen, wie man sich vonseiten der GMK vorstellen könne, dieses Problem in Deutschland im Interesse der betroffenen MSM zu lösen. Mittlerweile gebe es neben den üblichen Testverfahren auch die sogenannten p24-Antigen-Tests, die einen HIV-positiven Befund bereits nach neun Tagen nachweisen könnten. Zwischen neun Tagen und einem ganzen Jahr bestehe ein sehr großer Unterschied. Daher stelle sich für ihn die Frage, ob es wirklich erforderlich sei, die Karenzzeit auf ein Jahr auszudehnen, um dieser Personengruppe eine Diskriminierung zu ersparen.

Die Food and Drug Administration (FDA) in den USA habe den Wert von neun Tagen ermittelt. Aber auch in den USA werde vonseiten der FDA ein Jahr sexuelle Karenz vorausgesetzt mit dem Argument, dass das Zurückliegen des letzten Sexualkontaktes möglicherweise falsch erinnert werde. – Dies sei etwas unglücklich formuliert. Es sei vorstellbar, dass die Lösung des Problems zwischen neun Tagen und einem Jahr liegen könnte; denn für die Betroffenen sei eine einjährige Karenz sicherlich eine große Zumutung.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stellt fest, möglich sei nur eine bundesgesetzliche Regelung. Das Land Rheinland-Pfalz habe keine Möglichkeit, auf anderem Wege eine Verkürzung der Frist herbeizuführen. Über nähere Details bezüglich der medizinischen Diagnosemöglichkeiten werde sehr gern Herr Dr. Cramer aus der zuständigen Fachabteilung berichten.

Herr Dr. Cramer (Referatsleiter im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) schickt voraus, das Thema Blutspende-Ausschluss sei ein aktuelles Thema, das schon des Öfteren in diesem Ausschuss behandelt worden sei, nicht zuletzt auch im Jahr 2012 im Rahmen einer Expertenanhörung. In der Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Pia Schellhammer und Daniel Köbler sei deutlich zum Ausdruck gekommen, dass die Sicherheit der Produkte Vorrang haben müsse und dass das Land Rheinland-Pfalz keinen Eigenweg beschreiten könne, sondern sich im deutschen wie auch im europäischen Kontext bewegen müsse. Auch das Urteil im Falle des französischen Blutspenders Geoffrey LéGer, der die Diskussion erneut angefacht habe, zeige, dass das Thema eine europäische Dimension habe.

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Der Europäische Gerichtshof habe damals sehr diplomatisch darauf hingewiesen, dass die Regelungen so gefasst werden müssten, dass sie einerseits nicht als diskriminierend empfunden würden, andererseits aber auch das höchstmögliche Maß an Sicherheit für die Blutprodukte gewährleistet sei. Dies müssten die Mitgliedstaaten nun sicherstellen, was mitunter auch ein Spagat bedeute.

Es gebe derzeit ganz verschiedene Regelungen von zwölf Monaten bis hin zu zehn Jahren, was einem permanenten Ausschluss gleichkomme. Problematisch seien manchmal auch die Angaben der Spendefragebögen mit Blick auf die Vertraulichkeit. Es sei fraglich, ob der Spenderarzt sich wirklich darauf verlassen könne, dass die Angaben immer korrekt seien. Es gebe die sogenannte Spenderadhärenz, wobei man immer wieder feststellen müsse, dass nicht alle Spender ganz ehrlich seien. Deswegen sei der vertrauliche Selbstausschluss immer noch als eine Möglichkeit in den Fragebögen enthalten.

Man werde sich mit den anderen Ländern abstimmen müssen. Frankreich habe bereits eine Regelung, und auch die Schweiz habe eine ähnliche Karenzzeitregelung von zwölf Monaten angekündigt. Einige Länder wie Italien verkürzten die Frist auf vier Monate; allerdings übernehme damit der Spenderarzt eine wesentlich höhere Verantwortung, weil er im persönlichen Gespräch verifizieren müsse, ob wirklich alle Angaben korrekt seien und dass die Sicherheit gewährleistet sei. Der Arzt müsse im Einzelfall entscheiden, was eine sehr schwierige Angelegenheit sei.

Die Hämotherapie-Richtlinien, die einschlägig seien, würden aktuell überarbeitet, und nach seiner Beobachtung – dies decke sich auch mit der GMK – werde man bundesweit eine einheitliche Regelung bekommen, die sich als Vorschlag in den Fachgremien an den zwölf Monaten orientieren werde.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders habe zurecht eine neuere diagnostische Möglichkeit erwähnt; allerdings sei fraglich, ob das p24-Antigen-Testverfahren schon praxisgerecht sei. Man müsse sich in der Politik auf die Infektionszahlen verlassen, die vom Robert-Koch-Institut und vom Paul-Ehrlich-Institut genannt würden. Es bestehe aktuell die Situation, dass es immer noch gewisse Risikogruppen gebe, die man bei den unterschiedlichen Richtlinien entsprechend berücksichtigen müsse.

Abschließend sei ihm wichtig darauf hinzuweisen, in Deutschland bestehe derzeit eine sichere Versorgungslage, auch wenn es aufgrund anderweitiger Faktoren immer wieder einmal zu Einschränkungen kommen könne. Es bestehe eine sehr sichere Versorgungslage mit Blutprodukten, die in Deutschland gewonnen würden; es sei also nicht die Notwendigkeit gegeben, etwa vor dem Hintergrund eines Engpasses Liberalisierungen bei den Spendekriterien vorzunehmen, die sich im Nachhinein im Hinblick auf die Spendersicherheit und die Qualität der Blutprodukte als gefährdend herausstellen könnten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders sieht mit Blick auf die Versorgungslage bis zum Jahr 2030 eine extreme Instabilität auf Deutschland zukommen, die schon jetzt passager gegeben sei. Manche Blutspendedienste hätten bei einigen Konserven nur noch eine Bevorratung von eins bis zwei Tagen. Dies hänge auch mit der Demografie zusammen. Die Jahrgänge, die jetzt ins Blutspendealter kämen, seien nur noch halb so stark wie seinerzeit noch im Jahr 1959, und dies führe logischerweise durch das Wegsterben älterer Jahrgänge irgendwann einmal zu einem Problem.

Herr Abg. Köbler sieht es als Wesentlich an, dass die Blutspenderreserven so sicher wie möglich seien. Wenn auch die Versorgung aktuell sichergestellt sei, werde man sicherlich für die Zukunft noch mehr Blutspender brauchen. Dieses Problem werde aus den genannten Gründen eher akuter werden.

Hinzu komme das Diskriminierungsverbot. Alle seien sich weitestgehend darüber einig, dass nicht – wie bisher – ganze Gruppen von der Blutspende ausgeschlossen werden dürften, sondern dass es auf die Frage des Risikoverhaltens ankomme. Genauso wenig, wie ein Arzt bei einer Befragung davor gefeit sei, dass ein potenzieller Spender falsche Angaben darüber mache, welcher Gruppe er angehöre, sei er schlussendlich davor gefeit, dass jemand falsche Angaben darüber mache, welches sexuelle Verhalten er an den Tag lege.

Seiner Ansicht nach zu hinterfragen sei jedoch die 12-Monate-Regelung. Die entscheidende Frage sei doch, wann die Testverfahren so valide seien, dass eine Blutkonserve mit extrem hoher Wahrscheinlichkeit als sicher eingestuft werden könne. Dabei sei völlig unerheblich, ob der letzte sexuelle Kontakt nun ein Jahr oder ein halbes Jahr zurückliege. Bei einem hohen Maß an Sicherheit müsse man möglichst den potenziellen Spenderkreis erweitern. Daher erschließe sich ihm derzeit nicht, weshalb man

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

an der 12-Monate-Regelung festhalten solle, wenn in anderen Ländern mit den gleichen Sicherheitsstandards vier Monate ausreichen. Es würden Menschen vom Blutspenden ausgeschlossen, ohne damit ein Mehr an Sicherheit für die Blutprodukte zu gewinnen.

Herr Dr. Cramer erwidert, die Frist von neun Tagen sei sicherlich sehr ambitioniert. Derzeit gehe man immer noch von einem diagnostischen Zeitfenster von sechs Wochen im Mittel aus.

Sicherlich müsse man bei der Versorgungssicherheit auch die Demografie berücksichtigen. Derzeit verzeichnet die Transfusionszentrale einen Zuwachs an Spendern und könne auch anderen Blutspendediensten aushelfen im Rahmen der bestehenden Kooperationsvereinbarungen. Zu diskutieren sei die Frage, wie man neue Spender gewinnen könne und ob möglicherweise eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden könne.

Das Deutsche Rote Kreuz habe häufiger darüber berichtet, dass es problematisch sei, neue Spender zu gewinnen, während andere Blutspendedienste insbesondere junge, risikoarme und wertvolle Spender bekämen. Man müsse über eine andere Strategie und neue Methoden nachdenken, neue Spender zu generieren. Dabei reiche es nicht aus, das Spendealter auf 72 Jahre heraufzusetzen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet, er habe sich einmal erlaubt, in einer Anhörung vor einigen Jahren zu äußern, dass es wichtig sei, die Empfänger auf jeden Fall zu schützen. Im Ergebnis sei danach in Welt Online die Aussage veröffentlicht worden, dass CDU-Politiker Enders angeblich nicht wolle, dass Homosexuelle Blut spendeten. – Dies sei natürlich absoluter Blödsinn und sei auch sehr ärgerlich. Es gehe letztlich darum, dass primär der Empfänger geschützt werde. Die Freigabe werde natürlich das Versorgungsproblem nicht wesentlich stabilisieren.

Frau Abg. Dr. Groß betont, keine Gruppe werde von der Blutspende ausgeschlossen wegen ihrer sexuellen Orientierung. Ausgeschlossen werde man lediglich wegen der sexuellen Praktiken, und diese sexuellen Praktiken seien nun einmal mit dem Begriff „Homosexualität“ direkt vergesellschaftet.

Darüber hinaus würden auch solche Gruppen ausgeschlossen, die Kontakt zu Prostituierten hätten, bisexuell seien oder auch Heterosexuelle, die häufig wechselnde Partner hätten. Ursächlich für den Ausschluss sei immer ein bestimmter Stil oder ein bestimmtes Verhalten, welches zu dem Ausschluss führe, nicht aber die Tatsache, dass es eine homosexuelle Gruppe sei.

Man dürfe nicht vergessen, dass das Infektionsrisiko innerhalb der homosexuellen Population einhundertfach über dem Infektionsrisiko der heterosexuellen Gruppe liege und damit extrem hoch sei. Das Robert-Koch-Institut habe festgestellt, dass im Jahr 2012 78.000 HIV-infizierte Menschen in Deutschland gelebt hätten. Von diesen 78.000 Menschen seien 51.000 MSM, Mann Sex Mann. 50.000 davon wiederum seien therapiert worden, somit blieben noch 28.000 übrig. Von diesen 28.000 seien wiederum 14.000 Menschen nicht therapiert worden, und die anderen 14.000 hätten gar nichts von ihrer HIV-Infektion gewusst.

Der Europäische Gerichtshof, der Europarat, das Robert-Koch-Institut und die Bundesärztekammer seien einhellig der Meinung, dass es sich nicht um eine Diskriminierung handele, sondern dass es einzig und allein am Schutz derjenigen liege, die eine Blutkonserve erhielten.

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

Der Antrag – Vorlage 17/263 – hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Pharmadialog Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/266 –

Herr Abg. Köbler führt zur Begründung aus, in der letzten Ausschusssitzung habe man am Rande auch über den Pharmadialog auf Bundesebene gesprochen. Rheinland-Pfalz spiele als großer Standort der Pharmaindustrie eine wichtige Rolle. Seit dem letzten Treffen habe es aber noch keine Gelegenheit gegeben, sich über die Inhalte auszutauschen, sodass er heute um Berichterstattung bitte.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, Ende November 2013 sei der vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie initiierte Pharmadialog mit Vertretern aus Politik, Pharmaunternehmen und den Verbänden gestartet. Das Konzept des regelmäßigen Austauschs zu pharmapolitischen Themen habe sich etabliert und werde deshalb auch über das Jahr 2016 hinaus fortgesetzt.

Im März 2016 habe das dritte Treffen des Pharmadialogs Rheinland-Pfalz stattgefunden. Hierbei hätten alle Beteiligten einstimmig ein Positionspapier verabschiedet, das zu aktuellen Fragen rund um Wettbewerbsbedingungen und Innovationsfähigkeit pharmazeutischer Unternehmen mit besonderem Blick auf Rheinland-Pfalz Stellung nehme.

Mit dem Pharmadialog sei eine Tradition begründet worden, die auch zukünftig losgelöst von den Entwicklungen auf Bundesebene fortgesetzt werde. Der regelmäßige Austausch und das gemeinsame Positionspapier leisteten einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Rahmenbedingungen und der Wettbewerbsfähigkeit des Pharmastandortes Rheinland-Pfalz.

Aus ihrer Sicht sei zu begrüßen, dass wesentliche Punkte des rheinland-pfälzischen Positionspapiers beim Pharmadialog auf Bundesebene Mitte April 2016 in Berlin berücksichtigt worden seien. Man habe sich bewusst entschieden, dieses Positionspapier aus Rheinland-Pfalz zeitnah nach seiner Verabschiedung sowohl an das federführende Bundesgesundheitsministerium als auch an die beteiligten Bundesministerien für Wirtschaft bzw. Bildung und Forschung zu senden, damit die Ergebnisse auch auf Bundesebene entsprechende Berücksichtigung fänden.

Gleichzeitig befürworte sie ausdrücklich die vage Zusage des Bundesgesundheitsministers bei der 89. Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni in Rostock, die einstimmige Forderung aller Länder einer angemessenen Beteiligung der Länder beim Pharmadialog auf Bundesebene zu berücksichtigen. Es könne ihres Erachtens nicht sein, dass die Länder den Vollzug des Arzneimittelrechts und die Überwachung der für die Versorgungssicherheit wichtigen qualitätsgesicherten Arzneimittelherstellung in den Ländern verantworteten, geplante Änderungen der Rahmenbedingungen und der Arzneimittelgesetzgebung in Berlin aber erst spät oder aus der Presse erführen. Die Länder müssten frühzeitig in den Diskussionsprozess eingebunden werden, um dabei entsprechend mitgestalten zu können.

Beteiligt an der Erarbeitung des rheinland-pfälzischen Positionspapiers seien neben dem rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium und dem Wirtschaftsministerium im Hinblick auf die Gesundheitswirtschaft auch die verantwortlichen Arbeitgebervertreter gewesen und die jeweiligen Pharmaunternehmen und ihre Verbände. Im Einzelnen seien dies AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., Landesverband der Pharmazeutischen Industrie Hessen/Rheinland-Pfalz/Saarland, die Chemieverbände Rheinland-Pfalz, Finzelberg GmbH & Co. KG, die Industriegewerkschaft Bergbau Chemie Energie, Landesbezirk Rheinland-Pfalz/Saarland, LTS Lohmann Therapie-Systeme AG, Novo Nordisk Pharma GmbH und der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.

Das Bundesgesundheitsministerium habe aktuell im Juli 2016 mit Bezug auf den Bericht der Bundesregierung zu den Ergebnissen des Pharmadialogs auf Bundesebene vom April 2016 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV den Fachkreisen vorgelegt. Dieser Entwurf bleibe hinter den Ergebnissen des Pharmadialogs auf Bundesebene zurück und bilde

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

auch nicht die Inhalte des Positionspapiers des rheinland-pfälzischen Pharmadialogs adäquat ab. Deshalb habe das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium im August 2016 in Abstimmung mit weiteren Ländern eine Stellungnahme an das Bundesgesundheitsministerium adressiert mit der Bitte, die Ergebnisse des Positionspapiers stärker zu berücksichtigen.

Es bleibe nun zu hoffen, dass die Bundesregierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren pharmakonomische Aspekte deutlicher würdige im Sinne des Erhalts und der Stärkung der Innovationsfähigkeit des Pharmastandortes Deutschland. Das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz sei ein gutes Beispiel, dass die länderspezifischen Pharmadialoge fortgesetzt werden müssten, um die Berücksichtigung der Länderinteressen in der Arzneimittelgesetzgebung sicherzustellen. In diesem Sinne werde man auch den rheinland-pfälzischen Pharmadialog über das Jahr 2016 hinaus fortführen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt zu, dem Ausschuss das Positionspapier des Pharmadialogs Rheinland-Pfalz zur Verfügung zu stellen.

Der Antrag – Vorlage 17/266 – hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Anstieg der Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Antrag nach § 76 Abs.2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/267 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler gibt zur Kenntnis, in verschiedenen Presseberichten, nachzulesen unter anderem bei Spiegel Online, sei unter Berufung auf Analysen des Gesundheitsökonoms Prof. Dr. Jürgen Wasem ein Anstieg der Zusatzbeiträge von im Durchschnitt 1,1 % in diesem Jahr auf 2,4 % in vier Jahren prognostiziert worden. Dies würde mit einer Belastung eines Durchschnittsverdieners durch den Zusatzbeitrag in Höhe von fast 55 Euro gegenüber knapp 22 Euro heute einhergehen.

Weder Herr Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe noch der GKV-Spitzenverband rechneten mit einem Anstieg in dieser Größenordnung. Die Krankenkassen gingen von einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von 1,8 % im Jahr 2019 aus. Für das kommende Jahr rechne man entgegen früherer Vorhersagen teilweise nur noch mit einem moderaten Anstieg um 0,1 %.

Die finanzielle Situation der GKV hänge von verschiedenen Faktoren ab. Im Hinblick auf die Entwicklung der Einnahmenbasis der GKV sei insbesondere die Entwicklung der Löhne und Gehälter und der Beschäftigung relevant. Auf die Ausgabenentwicklung wirkten unter anderem gesetzlich bedingte Leistungsverbesserungen, Effizienzverbesserungen und der medizinisch-technische Fortschritt ein. Je länger der Prognosezeitraum, desto schwieriger und ungenauer seien die Prognosen.

Basis für die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags im kommenden Jahr seien die Berechnungen des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt, der Mitte Oktober 2016 eine Prognose der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung abgeben werde. Nach Auswertung der Ergebnisse werde das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. November 2016 den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2017 festlegen. Die Einzelnen Krankenkassen würden dann überwiegend im Dezember 2016 über die Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags entscheiden.

Für die Abschätzung der Höhe des Zusatzbeitrages im kommenden Jahr sei unter anderem die aktuelle Finanzlage der Krankenkassen relevant. Die aktuellen Rechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2016 wiesen infolge einer vergleichsweise moderaten Ausgabenentwicklung, die unterhalb der Prognosen des Schätzerkreises aus dem vergangenen Jahr liege, einen Überschuss in Höhe von rund 600 Millionen Euro aus. Zu beachten sei, dass dafür natürlich auch die Erhöhung der Zusatzbeiträge und damit die Einnahmen der Krankenkassen Anfang des Jahres eine Rolle spielten.

Die Finanzreserven der Krankenkassen betrügen gut 15 Milliarden Euro; allerdings seien diese unterschiedlich über die Krankenkassen verteilt. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Bundesregierung mit dem aktuellen Entwurf des Psychiatrie-Versorgungsstärkungsgesetzes beabsichtige, einmalig 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds den Krankenkassen für einmalige Belastungen für die Investitionen in den Aufbau der Telematik-Infrastruktur und die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten bei Versicherungspflicht in der GKV zur Verfügung zu stellen. Dies werde sich dämpfend auf die Entwicklung der Zusatzbeiträge im kommenden Jahr und die Belastungen der Versicherten auswirken. Auch nach Bereitstellung des Betrages werde die Mindesthöhe der Liquiditätsreserve noch deutlich überschritten.

Gleichwohl sei aus Sicht der Landesregierung in den nächsten Jahren mit einem sukzessive steigenden Zusatzbeitrag bedingt unter anderem durch den ausgabensteigernden medizinischen Fortschritt zu rechnen. Um die daraus resultierenden finanziellen Belastungen für die Versicherten abzdämpfen, spreche sie sich für eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Einen entsprechenden Antrag habe Anfang des Jahres 2016 die damalige rot-grüne Landesregierung in den Bundesrat eingebracht. Aufgrund der robusten Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage sei es nicht nur vertretbar, sondern auch ein Gebot der Fairness, die Arbeitgeber wieder gleichermaßen an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beteiligen und damit auch der immer noch paritätischen Besetzung der Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen Rechnung zu tragen.

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Frau Abg. Thelen führt aus, sie sei dankbar für die sehr objektive Darstellung, dass momentan kein Grund zur Panik bestehe. Die Prognosen seien nicht schlecht, und in wenigen Wochen würden sie auch schwarz auf weiß veröffentlicht. Bis zum 15. Oktober werde der Schätzerkreis seine Prognosen vorlegen.

Fakt sei aber natürlich auch, dass eigene Gesetze der Bundesregierung zu weiteren Kostensteigerungen beitragen könnten, die aber von allen gewollt seien. Sie denke unter anderem an das Präventionsgesetz, von dem man sich mit Verzögerung eher langfristig durchaus wieder Einspareffekte in den Behandlungsmaßnahmen erwarte.

Als die rot-grüne Bundesregierung seinerzeit die Aufhebung der paritätischen Besetzung beschlossen habe, der die CDU auch beigetreten sei, habe es durchaus nachvollziehbare Gründe gegeben, die unter anderem auch in der Lebenszeit und in der lebenslangen Gesundheitsversorgung in Relation zu der dazu immer kürzer werdenden Erwerbstätigenphase bestünden. Das bedeute, viele Krankenleistungen und insbesondere die Leistungen in den letzten Wochen vor dem Tode fielen außerhalb eines Erwerbsverhältnisses an. Es sei damals eine Phase gewesen, wo man zwingend die Nebenkosten für die Arbeitgeber habe vermindern wollen, um die Wirtschaft dabei zu unterstützen, Arbeitsplätze zu schaffen. Es habe also durchaus gute Gründe für diesen Schritt gegeben. Deshalb plädiere sie heute auch dafür, sich neue Schritte gut zu überlegen und alle Gründe abzuwägen, und dazu gehöre für sie als Allererstes die Prognose des Schätzerkreises am 15. Oktober.

Frau Abg. Dr. Groß bedankt sich für die Berichterstattung. Aufgrund der Darstellung in Spiegel Online müsse man auch weiterhin damit rechnen, dass es zu einem massiven Anstieg der Zusatzbeiträge kommen werde. Der Zusatzbeitrag habe zuletzt im Jahr 2015 um 0,9 % und in diesem Jahr erneut um 1,1 % erhöht werden müssen, im nächsten Jahr würden es nach Schätzungen wiederum 1,4 % sein. Insoweit könne man sich vorstellen, wenn die Massenimmigration auch weiterhin auf Deutschland einströme, werde dies wahrscheinlich noch wunderbare Zahlen nach sich ziehen, weil all diese Menschen auch Zugang zum deutschen Leistungssystem haben sollten.

Im Jahr 2015 habe ein Defizit in Höhe von 10,8 Milliarden Euro bestanden, 2016 betrage dieses Defizit schon 14,4 Milliarden Euro, und es werde gesagt, dass es vollumfänglich durch erhöhte Zusatzbeiträge durch die Versicherten kompensiert werden solle. Es sei nicht nur dieses Defizit angestiegen, sondern auch die Nettoverwaltungsausgaben in diesem Kontext seien 2015 um 1,3 % und 2016 um 3,3 % angestiegen. Diese Mehrausgaben erhöhten sich kontinuierlich jedes Jahr. Es sei die Frage, ob diese Erhöhungen nicht möglicherweise auf alle Steuerzahler umgelegt werden könnten anstatt nur auf die Versicherten. Die Idee, es in Zukunft wieder paritätisch zu gestalten, könne sie nur befürworten.

Frau Abg. Dr. Machalet äußert, sicherlich werde sich dieser Ausschuss erneut mit dem Thema beschäftigen, wenn die Zahlen vorlägen. Grundsätzlich könne man davon ausgehen, wenn man wieder zu einer Parität zurückkehre, hätten auch die Arbeitgeber wieder einen größeren Anreiz, was das Thema betriebliche Gesundheitsvorsorge angehe, aktiver zu werden. Sie möchte wissen, ob dem Ministerium Zahlen darüber vorlägen, welchen Anteil die Zunahme psychischer Erkrankungen an den Kostensteigerungen der Beiträge im letzten Jahr gehabt hätten.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stellt mit Blick auf die Einlassung von Frau Abg. Dr. Groß fest, das Defizit sei nicht zu begründen mit den Flüchtlingen, die nach Deutschland gekommen seien. Gerade für diejenigen, die sich im ALG-II-Bezug befänden, bestehe schon seit Jahren ein Defizit, das daraus resultiere, dass der Bund einen viel zu geringen Zuschuss gewähre zu den entsprechenden Beiträgen und dass man den Bund schon seit Jahren auffordere, höhere Beiträge zu entrichten.

Darüber hinaus komme noch hinzu, dass die Flüchtlinge ebenfalls in den ALG-II-Bezug kämen, sodass sich das Defizit damit noch weiter verschärfe. Dies sei auch der Grund dafür, weshalb auf der GMK in diesem Jahr alle 16 Bundesländer den Bund erneut aufgefordert hätten, seinen Beitrag zu erhöhen, damit das Defizit ausgeglichen werden könne.

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Es gebe eine rege Diskussion in der Öffentlichkeit über dieses Thema, und man werde sich auch Gedanken machen müssen, wie man künftig mit der Situation umgehen könne. Es sei aber auch wichtig, keine Panik vor den erwarteten Beiträgen zu haben. Vielmehr müsse man die Angaben des Schätzerkreises abwarten und danach weitere Schritte überlegen.

Auf Bitten von Frau Abg. Dr. Machalet sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, dem Ausschuss schriftlich über die Zunahme psychischer Erkrankungen zu berichten.

Der Antrag – Vorlage 17/267 – hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Zahnvorsorge und Zahngesundheit in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/268 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, aktuelle Studien belegten, dass sich die Zahngesundheit bundesweit und auch in Rheinland-Pfalz deutlich verbessert habe. Dies belege beispielsweise auch die im August 2016 veröffentlichte Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte.

Im Vergleich zu den ersten deutschen Mundgesundheitsstudien im Jahr 1989 für Westdeutschland bzw. 1992 für die neuen Bundesländer sei es bei den Kindern mittlerweile zu einem Kariesrückgang von 90 % gekommen. 12-Jährige in Deutschland wiesen im Durchschnitt einen halben Zahn mit Karieserfahrung auf. Inzwischen seien 81 % der Kinder in dieser Altersstufe kariesfrei.

Auch bei den Erwachsenen gebe es einen nachhaltigen Kariesrückgang. Sie seien die erste Erwachsenenkohorte in einer deutschen Mundgesundheitsstudie, die bereits in ihrer Kindheit von der Individual- und Gruppenprophylaxe profitiert habe. Im Vergleich zu 1997 wiesen die Erwachsenen heute fast fünf Zähne weniger mit einer Karieserfahrung auf.

Mindestens jeder zweite Erwachsene sei in Deutschland von einer Erkrankung des Zahnhalsapparates betroffen. Die parodontale Erkrankungslast habe allerdings seit dem letzten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2005 erkennbar abgenommen. Im zeitlichen Verlauf sei es zu einer Halbierung der schweren Parodontitis gekommen und zu einer Zunahme von parodontaler Gesundheit bzw. milden Erkrankungsformen.

Bei den jüngeren Senioren zeichne sich ein ähnliches Bild wie bei den Erwachsenen ab. Die Karieserfahrung sei in dieser Altersgruppe seit 1997 um sechs Zähne zurückgegangen. Dieser bemerkenswerte Befund sei vor allem durch weniger Zahnverluste bedingt. Die 65- bis 74-Jährigen verfügten heute über durchschnittlich 17 eigene Zähne. Besonders deutlich werde dies anhand der völligen Zahnlosigkeit, die sich im Vergleich zu 1997 sogar halbiert habe.

Schwere Parodontalerkrankungen hätten sich auch bei den Senioren im Vergleich zu 2005 halbiert, und der Anteil der Personen, die nicht erkrankt seien oder lediglich eine milde Form der Parodontitis aufwiesen, sei auf gut ein Drittel gestiegen.

Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeige zusammenfassend durchgängig teilweise erhebliche Verbesserungen bei der Mundgesundheit der Bevölkerung in Deutschland, und zwar in allen Altersgruppen und in allen sozialen Schichten. Die Menschen in Deutschland blieben länger gesund im Mund, und die Krankheitslasten verschoben sich ins höhere Lebensalter.

Die Situation in Rheinland-Pfalz stelle sich wie folgt dar: Die Zahlen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zeigten, dass zahnärztliche Vorsorge und häusliche Mundhygiene bei Rheinland-Pfälzern einen hohen Stellenwert hätten mit der Folge, dass immer mehr Menschen gesunde Zähne hätten. Rund zwei Drittel der Erstklässler hätten mittlerweile ein naturgesundes Gebiss, vor 20 Jahren sei dies nur etwa ein Drittel gewesen.

Bei den 12-Jährigen seien heute sogar 81 % frei von Karies. In dieser Gruppe habe sich die Zahl der naturgesunden Gebisse seit 1997 verdoppelt.

Auch die Erwachsenen hätten deutlich gesündere Gebisse. So gehe die Anzahl kariöser Zähne, die eine Füllung benötigten, kontinuierlich zurück. Rund 2,19 Millionen Füllungen hätten die rheinland-pfälzischen Zahnärzte insgesamt im Jahr 2015 gelegt. Dies seien über 4,3 % weniger als im Jahr 2008. Die Anzahl gezogener Zähne sei in diesem Zeitraum sogar um 8,4 % auf rund 530.000 Extraktionen zurückgegangen.

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Diese sehr guten Ergebnisse ließen sich nur erreichen, wenn alle Partner, die um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen bemüht seien, nach einem gemeinsamen Präventionskonzept handelten. In Rheinland-Pfalz bestehe eine vorbildliche Kooperation aus der Zahnärzteschaft, den gesetzlichen Krankenkassen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie den Kindertagesstätten und Schulen. Seit 1990 bestehe eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Rheinland-Pfalz, der Zahnärzteschaft und den Kostenträgern zur Durchführung und Finanzierung gruppenprophylaktischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Mit der Durchführung der Gruppenprophylaxe sei die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz betraut. Die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz bestehe seit dem Jahr 1984 und sei die Dachorganisation von 23 regionalen Arbeitsgemeinschaften und ein wichtiger Ansprechpartner der Landesregierung bei der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Das Land fördere die Maßnahmen der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege mit rund 300.000 Euro pro Jahr. Ziel der Landesarbeitsgemeinschaft sei es, den rheinland-pfälzischen Jungen und Mädchen von Kindesbeinen an zu vermitteln, dass sich Zähne ein Leben lang gesund erhalten ließen. Karies sowie weitere Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen seien durch zahnbewusstes Verhalten weitgehend zu vermeiden; es müsse aber erlernt und eingeübt werden.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege habe die Aufgabe, umfassende Programme zur Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen zu organisieren und zu koordinieren. Sie handele dabei im Team mit Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern sowie den Eltern. Mehr als 1.300 Zahnärztinnen und Zahnärzte seien für die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege aktiv und kümmerten sich um den Nachwuchs und seine Betreuer in Theorie und Praxis. Einmal jährlich finde in einer Region des Landes der von der Landesarbeitsgemeinschaft organisierte Jugendzahnpflegetag statt. In diesem Jahr sei es am 21. September 2016 in Kusel.

Zahngesunde Ernährung, Mundhygiene, Fluoridierung und der regelmäßige Besuch beim Zahnarzt seien seit Beginn der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz die zentralen Themenbausteine. Auf diese Weise sähen die Kinder in Rheinland-Pfalz vor allen Dingen den selbstverantwortlichen Umgang mit der eigenen Zahn- und Mundgesundheit als eine lebenslange Aufgabe an.

Seit 32 Jahren vermittele die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz den Kindern in Kindertageseinrichtungen und Schulen, wie sich Zähne ein Leben lang gesund erhalten ließen, und dies mit Erfolg. Die rheinland-pfälzische Jugendzahnpflege und damit verbunden die Landesarbeitsgemeinschaft sei ein weithin anerkanntes Erfolgsmodell und habe dazu beigetragen, dass Kinder in Rheinland-Pfalz heute überdurchschnittlich gesunde Zähne hätten.

Herr Abg. Wäschenbach weist darauf hin, im April dieses Jahres habe eine Sitzung der Landessenorenvertretung stattgefunden. Dort habe der Vorsitzende der Landes Zahnärztekammer, Herr Dr. Michael Rumpf, einen Vortrag über Probleme in der Versorgung in stationären Altenheimen und in der häuslichen Altenpflege gehalten.

Was Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler soeben mit Blick auf die Zahngesundheit bei jungen Menschen in den Kindertagesstätten und Schulen gesagt habe, könne er nur bestätigen, wenngleich es im Bereich der Ganztageskinderbetreuung und der U2-Betreuung schwieriger geworden sei. Es sei sehr personalintensiv, dies alles im Tagesablauf aufrecht zu erhalten, weil die Aufgaben in den Kindergärten immer mehr zunähmen; dennoch sei es ein gutes Projekt.

Er richtet das Augenmerk erneut auf die alten und pflegebedürftigen Menschen, bei denen ein großer Nachholbedarf bestehe. Er fragt nach, ob der Landesregierung ein Maßnahmenpaket durch die Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz bekannt sei bzw. ob dazu ein Dialog stattfinde.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders wirft dazu ein, er selbst sei 57 Jahre alt und habe seit 20 Jahren kein Karies mehr gehabt. Wenn man sich ab einem gewissen Alter regelmäßig die Zähne putze, entstehe auch kein Karies.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vermag diese Erfahrung nicht zu teilen. Aus Ihrer persönlichen Erfahrung sei ihr bekannt, dass es insbesondere in den Kindertagesstätten sehr gut in den

4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 20.09.2016
– Öffentliche Sitzung –

Tagesablauf integriert werden könne, was das Erlernen des Zähneputzens anbelange, und die Kinder es mit einer großen Begeisterung täten. Ihre beiden Kinder putzten sich mit großer Begeisterung zuhause die Zähne, weil sie es im Kindergarten so gelernt und erfahren hätten.

Über die Zahngesundheit bei Seniorinnen und Senioren befinde man sich mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in einem intensiven Gespräch. Es komme auf die personelle Situation in den stationären Pflegeeinrichtungen an. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung selber habe immer wieder Ideen und Modellprojekte vor Ort entwickelt, aber auch dort sei es nur im Zusammenspiel mit den Pflegekräften und den Zahnärzten möglich. Man befinde sich in einem sehr engen Austausch, und letztendlich komme es immer auf die Prophylaxe an, und die Ergebnisse sprächen für sich. Auch bei den Seniorinnen und Senioren in den Pflegeeinrichtungen habe sich die Zahngesundheit wesentlich verbessert, wenngleich sich dort die Situation sicherlich schwieriger darstelle.

Der Antrag – Vorlage 17/268 – hat seine Erledigung gefunden.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bedankt sich bei allen Anwesenden für ihre Mitarbeit, verweist auf die nächste Ausschusssitzung am 25. Oktober 2016 um 14:00 Uhr und schließt die Sitzung.

gez.: Geißler

Protokollführerin

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Denninghoff, Jörg	SPD
Machalet, Dr. Tanja	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Simon, Anke	SPD
Enders, Dr. Peter	CDU
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Thelen, Hedi	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU
Groß, Dr. Sylvia	AfD
Wink, Steven	FDP
Köbler, Daniel	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Für die Landesregierung:

Bätzing-Lichtenthäler, Sabine	Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
----------------------------------	------------------------------------------------------------

Landtagsverwaltung:

Klockner, Sabine	Regierungsrätin
Geißler, Anja	Regierungsrätin im Stenografischen Dienst (Protokollführerin)