

# LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

## 17. Wahlperiode

---

**Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie**

6. Sitzung am 24.11.2016  
– Öffentliche Sitzung –

## Protokoll

Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr

Ende der Sitzung: 15:27 Uhr

### Tagesordnung:

Vor Eintritt in die Tagesordnung

1. Landesgesetz über den Beitritt zum Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf  
Gesetzentwurf  
Landesregierung  
– Drucksache 17/1525 –

2. Sicherung der Notarztversorgung in Rheinland-Pfalz  
Antrag  
Fraktion der CDU  
– Drucksache 17/1130 –

3. Budgetbericht der Landesregierung zum 30. Juni 2016  
Bericht (Unterrichtung)  
Landesregierung  
– Drucksache 17/1462 –

### Ergebnis:

S. 3

Annahme empfohlen  
(S. 4 – 6)

Vertagt  
(S. 7 – 8)

Kenntnisnahme  
(S. 9)

**Tagesordnung** (Fortsetzung):

- |  | <b>Ergebnis:</b>   |
|--|--|
| 4. Herausforderungen für Krankenhäuser im ländlichen Raum<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der SPD<br>– Vorlage 17/434 –              | Erledigt<br>(S. 10 – 13)   |
| 5. Auslastung und Finanzierung der Hospize in Rheinland-Pfalz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der FDP<br>– Vorlage 17/564 –          | Erledigt<br>(S. 14 – 17)   |
| 6. WohnPunkt RLP<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der SPD<br>– Vorlage 17/567 –   | Erledigt mit der Maßgabe<br>schriftlicher Berichterstat-<br>tung<br>(S. 3) |
| 7. Ablösung der Pflegestufen durch Pflegegrade<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der CDU<br>– Vorlage 17/576 –                         | Erledigt<br>(S. 18 – 19)   |
| 8. Stand der Umsetzung des Landeswohnformen- und Teilhabe-<br>gesetzes<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der CDU<br>– Vorlage 17/577 – | Erledigt mit der Maßgabe<br>schriftlicher Berichterstat-<br>tung<br>(S. 3) |
| 9. Landesgremium Demenz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion der SPD<br>– Vorlage 17/579 –  | Erledigt<br>(S. 20 – 22)   |
| 10. Drittes Pflegestärkungsgesetz<br>Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT<br>Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN<br>– Vorlage 17/581 –                        | Erledigt mit der Maßgabe<br>schriftlicher Berichterstat-<br>tung<br>(S. 3) |

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler.

**Vor Eintritt** in die Tagesordnung:

Der Ausschuss beschließt einvernehmlich, die **Punkte 6, 8 und 10** der Tagesordnung

**6. WohnPunkt RLP**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der SPD  
– Vorlage 17/567 –

**8. Stand der Umsetzung des Landeswohnformen- und Teilhabegesetzes**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der CDU  
– Vorlage 17/577 –

**10. Drittes Pflegestärkungsgesetz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Vorlage 17/581 –

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

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Landesgesetz über den Beitritt zum Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf**

Gesetzentwurf

Landesregierung

– Drucksache 17/1525 –

**Berichtersteller: Herr Abgeordneter Dr. Christoph Gensch**

**Herr Abg. Dr. Gensch** begrüßt im Namen der CDU-Fraktion den Beitritt zum Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.

In der schriftlichen Beantwortung von Nachfragen im Rahmen der 4. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie habe Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler ausgeführt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz hätten an den Akademieveranstaltungen bisher als Externe nur gegen Teilnahmegebühr – und sofern Plätze nicht besetzt worden seien – teilnehmen können. Auf diese Weise habe der inzwischen gestiegene Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf nicht mehr gedeckt werden können.

Es stelle sich die Frage, ob bereits Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen aufgrund von Engpässen nicht hätten durchgeführt werden können.

Laut der schriftlichen Beantwortung seien im Jahr 2016 durch die reservierten 150 Teilnahmeplätze Kosten in Höhe von 104.461,50 Euro entstanden. Bisher sei nicht ausreichend mitgeteilt worden, welche Kosten in den Jahren vor dem Beitritt zum Abkommen in den Kommunen und vonseiten des Landes für Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entstanden seien.

Zu fragen sei, ob bei den von nun an jährlich anfallenden 260.000 Euro von einem Einspareffekt gesprochen werden könne, die Beträge im Vorfeld also höher oder niedriger gelegen hätten.

Neben den bisherigen sechs Mitgliedern der Akademie trete nun Rheinland-Pfalz bei. Auch Berlin und Brandenburg seien zum 1. Januar 2017 als Neumitglieder anvisiert. Um Auskunft werde gebeten, ob es bei den künftigen Beitragssätzen vertraglich festgehaltene Regelungen zu einer Beitragsreduktion bei einer Erhöhung der Mitgliederzahl gebe.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** informiert, weitere Fälle, bei denen eine Teilnahme wegen voller Belegung der Plätze habe abgelehnt werden müssen, seien definitiv vorgekommen. Dazu habe es immer wieder Rückmeldungen gegeben. Konkrete Zahlen könnten nicht genannt werden.

Wie groß der Bedarf sei, werde an den vorreservierten 150 Plätzen für das Jahr 2016 mit über 155 Bedarfsanmeldungen innerhalb kurzer Zeit ersichtlich.

Die bisherigen Kosten vonseiten der Kommunen lägen nicht vor, da diese dafür in vollem Umfang selbst aufgekommen seien. Die Kosten für die Kommunen hingen von deren Bereitschaft, Kurse zu buchen, und der Verfügbarkeit an freien Plätzen ab.

Bei einer Kursbelegung bei der Akademie als Externer fielen für einen kompletten Weiterbildungskurs Öffentliches Gesundheitswesen 11.970 Euro pro Person an. Ein Aus- bzw. Weiterbildungslehrgang für Hygienekontrolleure belaufe sich auf 6.300 Euro. Ein Grundkurs Hygienebeauftragter Arzt koste 577 Euro.

Einsparungen für die Kommunen würden erwartet. Eine Kostenbeteiligung durch die Kommunen sei bundesweit einmalig. Das Angebot einer Kostenbeteiligung in Höhe von 50 % hätten die Kommunen von sich aus gemacht. In anderen Ländern bezahlten die Länder den vollen Beitrag selbst.

Dies sei mit dem Landkreistag kommuniziert worden, der es bestätigt habe.

Eine Reduktion der Beitragssätze durch höhere Mitgliederzahlen stelle sich nicht so einfach dar, da sich durch mehr Mitglieder auch die Kosten erhöhten. Der konkrete Berechnungsschlüssel könne nachgeliefert werden. Die Beitragssätze sanken nicht automatisch mit dem Beitritt neuer Mitglieder.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** bedankt sich für die konstruktive Beratung im Plenum.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Aufgaben, nicht nur durch momentane Herausforderungslagen wie die Vogelgrippe, sondern auch durch den demografischen Wandel bei den Ärztinnen und Ärzten und den Fachkräften im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die eine besondere Fortbildungsmaßnahme benötigten, hätten nun nach vielen Jahren veranlasst, der Akademie in Düsseldorf beizutreten. Die SPD-Fraktion begrüße dies ausdrücklich.

Im Grunde sei eine Verständigung erfolgt, zu dem Themenkomplex eine schriftliche Anhörung durchzuführen, auf welche an dieser Stelle verwiesen und deren Durchführung dem Ausschuss vorgeschlagen werde, mit einer Zahl an Anzuhörenden analog dem Schlüssel der Anhörung zum Thema Notärzte.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** schließt sich dem Dank für die konstruktive Debatte an.

Zu den Kosten für die einzelnen Kursteilnahmegebühren werde ergänzt, der Landkreis Altenkirchen (Westerwald) beispielsweise habe für den gesamten Kreis künftig 3.785,82 Euro für ein ganzes Jahr zu zahlen. Anhand der zuvor genannten Gebühren, die pro Modul anfielen, werde offensichtlich, dass die Änderung für die Kommunen und Gesundheitsämter von Vorteil sei.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** gibt bekannt, wenn die Mehrheit eine Anhörung wünsche, werde sie durchgeführt. Es stelle sich die Frage, ob sie nötig sei.

**Frau Abg. Dr. Groß** erläutert, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stelle einen wichtigen Baustein in der Patientenversorgung dar. Auf der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz in Rostock sei die Notwendigkeit des ÖGD hervorgehoben und der Beschluss gefasst worden, die Kommunen sollten in die Lage versetzt werden, für die notwendige personelle Ausstattung zu sorgen.

Zu fragen sei, ob es für die personelle Ausstattung Aufstockungen bzw. Zuwendungen vonseiten des Landes gebe oder die Kommunen Einsparungen vorzunehmen hätten und in welchem Sektor dies für die Kommunen möglich sei.

Im Gesetzentwurf seien 39 ÖGD-Ärzte im Jahr 2013 aufgeführt gewesen. Um Auskunft werde gebeten, wie sich die Lage im Jahr 2016 darstelle und bei welcher Zahl das Soll an ÖGD-Ärzten liege.

In der Plenarsitzung sei die Bedeutung des monatlichen Gehaltes eines Arztes im öffentlichen Gesundheitswesen betont worden. Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände wisse darum, dass sich Ärzte fragten, ob sie in diesem Sektor tätig sein bzw. nach wenigen Jahren wieder kündigen sollten. Die Vereinigung habe daher im März 2012 beschlossen, neu einzustellenden ÖGD-Ärzten bzw. Ärzten, die ein Verlassen des ÖGD erwägen, bis zu 10 % mehr Gehalt zuzugestehen. Es stelle sich die Frage, ob dieses Instrumentarium bereits ausgereizt bzw. was dort geplant sei.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** äußert Bedenken, es könne sich schwierig gestalten, den gestellten Fragenkatalog umfassend in der zur Verfügung stehenden Zeit ad hoc zu beantworten. Möglicherweise wolle die Landesregierung die Antworten schriftlich nachreichen.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** gibt zur Auskunft, es gebe kein Soll an ÖGD-Ärzten. Im Plenum sei darauf hingewiesen worden, dass die Bedeutung des ÖGD – für die Bekämpfung von Seuchen, die Gesundheitsberichterstattung, Impfungen usw. – bekannt sei. Daraus erschließe sich ein eigenes Soll, das sich je nach Gesundheitsamt unterscheide. Einige Gesundheitsämter im Land seien sehr gut, andere sehr schlecht ausgestattet.

Die Zahl der ÖGD-Ärzte für 2016 liege noch nicht vor. Falls sie in Erfahrung gebracht werden könne, werde sie gegebenenfalls nachgereicht.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Eine personelle Aufstockung liege im Entscheidungsbereich und in der originären Verantwortung der Kommunen. Auch die Umsetzung des Hinweises der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände zu einer Gehaltserhöhung von 10 %, um ein attraktiver Arbeitgeber zu bleiben, unterscheide sich von Kommune zu Kommune.

Gefördert werde eine personelle Aufstockung vom Land nicht. Die Kommune habe Prioritäten zu setzen und gegebenenfalls über Einsparungen an anderer Stelle zu entscheiden.

Die Vergütung sei sicherlich ein ausschlaggebender Punkt. An dieser Stelle seien Tarifvertragsparteien gefordert. Bei Sonderregelungen stehe die Kommune in der Pflicht.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** teilt mit, Frau Abgeordnete Anklam-Trapp habe aufgrund des erkennbaren Konsenses den Vorschlag einer Anhörung zurückgezogen.

Der Ausschuss beschließt einstimmig, dem Landtag die Annahme des Gesetzentwurfs der Landesregierung – Drucksache 17/1525 – zu empfehlen.

Punkt 2 der Tagesordnung:

**Sicherung der Notarztversorgung in Rheinland-Pfalz**

Antrag

Fraktion der CDU

– Drucksache 17/1130 –

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** führt aus, am 1. Dezember 2016 finde um 10:30 Uhr eine mündliche Anhörung statt. Aufgrund der Beschlussfassung im Ausschuss gebe es für jede Fraktion einen Anzuhörenden. Verschiedentlich sei der Wunsch nach einer schriftlichen Anhörung weiterer Personen geäußert worden. Daher seien die Arbeitskreisvorsitzenden um die Benennung weiterer Anzuhörender gebeten worden. Zusätzlich zu der mündlichen Anhörung gebe es also schriftliche Stellungnahmen. Formal müsse dies durch den Ausschuss beschlossen werden.

Zum Sachstand werde mitgeteilt, die Entwicklung verlaufe sehr erfreulich. Die Bundesratsinitiative aus Rheinland-Pfalz werde den richtigen Weg weisen. Vom Bundesarbeitsministerium sowie vom Bundesgesundheitsministerium werde die Ansicht vertreten, das Bundesgesetz solle auf den Weg gebracht werden.

Zum Februar 2017 sei eine Änderung für die Notärzte in Anlehnung an das österreichische Modell geplant. Eine Sozialversicherungspflichtzahlung werde es nicht geben. Damit entfielen auch die Prüfungen bzw. Statusfeststellungen. Das Ziel werde erreicht, eine bundesweite Gefährdung des Notarzdienstes abzuwenden.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** weist ergänzend darauf hin, am morgigen 25. November 2016 werde der Antrag im Bundesrat behandelt.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** gibt bekannt, aufgrund der bis vor einigen Jahren selbst durchgeführten honorarärztlichen Tätigkeit als Notarzt in der letzten Zeit viele Rückmeldungen aus verschiedenen Bundesländern erhalten zu haben. Er selbst sei nicht mehr in diesem Segment, sondern in einem anderen tätig. Dies werde ausdrücklich im Hinblick auf die Offenlegung von möglichen Interessenverknüpfungen geäußert.

Die Rückmeldungen hätten besagt, in Rheinland-Pfalz sei ein bundesweites Problem angegangen worden. Der Landtag habe die Angelegenheit auf den richtigen Weg gebracht und verfolge das Thema weiterhin, da es noch andere Tätigkeitsbereiche gebe, die von der Problematik betroffen sein könnten.

Es sei daher sinnvoll, das Thema in der Anhörung auf einer breiten Ebene zu bearbeiten. Die Ergebnisse würden mit Spannung erwartet. Eingeladen worden sei eine Vielfalt an Anzuhörenden. Dies werde als notwendig erachtet.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** stimmt zu, es bestehe ein breiter Konsens, der Fachkräftemangel und die Versorgungsschwierigkeiten in besonderen Bereichen müssten angegangen werden. Ausdrücklich sei dem Wunsch gefolgt worden, sich diesem Thema anzunehmen.

Begrüßt würden die Einbringung durch Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler im Bundesrat und das gemeinsame Vorgehen. Die Thematik der Notärzte befinde sich auf einem guten Weg.

In der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung seien noch einige Aufgaben zu erledigen. In diesem Ausschuss stelle es einen guten Brauch dar, dies gemeinsam zu tun und erfolgreiche Anstrengungen zu würdigen, was hiermit ausdrücklich geschehe.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** fügt an, auch in Bezug auf die Außenwirkung sei es vernünftig, dies im Ausschuss darzustellen. Bei allem Streit, den es gebe, würden wichtige Themen gemeinsam auf den Weg gebracht. Die Politik habe die Aufgabe, das Leben der Menschen zu erleichtern. Der Ansatz liege nicht primär im arbeitsmarktpolitischen Bereich, sondern in der Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche. In der Anhörung werde zu erfahren sein, auf welchen Gebieten womöglich zusätzlicher Handlungsbedarf bestehe.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Der Ausschuss beschließt einvernehmlich, ein schriftliches Anhörverfahren durchzuführen, und führt eine Aussprache durch.

Der Antrag – Drucksache 17/1130 – wird vertagt.



**Punkt 3** der Tagesordnung:

**Budgetbericht der Landesregierung zum 30. Juni 2016**

Bericht (Unterrichtung)

Landesregierung

– Drucksache 17/1462 –

Der Ausschuss nimmt von der Unterrichtung – Drucksache 17/1462 –  
Kenntnis.

**Punkt 4** der Tagesordnung:

**Herausforderungen für Krankenhäuser im ländlichen Raum**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der SPD  
– Vorlage 17/434 –

**Frau Abg. Anklam-Trapp** erläutert, die Herausforderung für die Krankenhäuser im ländlichen Raum gerade in der Allgemeinversorgung stehe immer stärker im Fokus der Öffentlichkeit. Im SWR-Fernsehen habe es am 6. Oktober 2016 eine ausführliche Berichterstattung dazu gegeben. Es werde um Darlegung der Situation der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser im ländlichen Raum gebeten.

**Frau Staatsministern Bätzing-Lichtenthäler** bringt vor, zwischen dem Jahr 2003 und dem heutigen Tag seien in Rheinland-Pfalz drei Krankenhäuser – die Krankenhäuser in Dahn, Neuerburg und das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken – geschlossen worden.

Am 23. November 2016 habe der Träger des Verbundkrankenhauses Mittelmosel mit den Standorten Zell und Traben-Trarbach die Öffentlichkeit darüber informiert, den Standort Traben-Trarbach zum 1. Dezember 2016 schließen und das dort noch vorhandene stationäre Angebot in Zukunft am Standort Zell konzentrieren zu werden. Hintergrund sei die stark geschrumpfte Nachfrage am Standort Traben-Trarbach, wo zuletzt nach Angaben des Trägers von 21 dort ausgewiesenen Betten durchschnittlich nur noch knapp vier Betten belegt gewesen seien. Auf dieser Grundlage lasse sich am Standort Traben-Trarbach ein stationäres Angebot nicht aufrechterhalten.

Der deutlich gesunkene Bedarf nach stationärer Versorgung könne am Standort Zell vollständig gedeckt werden. Für den Standort Traben-Trarbach plane der Träger eine medizinische Weiternutzung in Form eines hausärztlichen Versorgungszentrums mit zwei Hausarztstühlen und weiteren medizinischen Angeboten sowie eine ambulant betreute Pflegewohngemeinschaft.

Bei den Schließungen von Krankenhausstandorten handele es sich in drei Fällen um kleine Krankenhäuser. In Zweibrücken werde der bedarfsgerechte Teil der inneren Medizin an den anderen Krankenhausstandort in der gleichen Stadt verlagert.

Daneben habe es in der Vergangenheit Eingliederungen in ein Verbundkrankenhaus sowie Trägerwechsel und Übernahmen durch andere Träger gegeben, all dies unter Fortführung des Krankenhausbetriebes an den jeweiligen Standorten.

Anknüpfungspunkt des Antrags der SPD-Fraktion sei die Berichterstattung des SWR in dessen Sendung „zur Sache Rheinland-Pfalz!“ am 6. Oktober 2016. In diesem Bericht werde durch den befragten Experten Herrn Morton zu Recht darauf hingewiesen, kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten aufgrund eines Bündels von Ursachen in eine kritische wirtschaftliche Lage geraten. Die zentrale strukturelle Ursache für wirtschaftliche Probleme von Krankenhäusern, besonders von kleineren Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung ohne besondere Spezialisierung in ländlichen Regionen, sei das Zusammenwirken des demografischen Wandels mit einem auf Fallpauschalen beruhenden Vergütungssystem von Krankenhausleistungen.

Das auf Fallpauschalen beruhende Vergütungssystem mache die wirtschaftliche Führung eines Krankenhauses oder einer Krankenhausabteilung davon abhängig, dass durch die tatsächlich abzurechnenden Fälle alle Infrastruktur- oder Vorhaltekosten, die für diese Fälle anfielen, mindestens zu Null zu decken seien. Das Vergütungssystem rechne mit degressiven Fixkosten pro Fall bei steigenden Fallzahlen. Dies bedeute, zu geringe und sinkende Fallzahlen könnten mehr oder weniger schnell an den kritischen Punkt führen, an dem die für eine bestimmte medizinische Leistung anfallenden Vorhaltekosten nicht mehr zu refinanzieren seien. Dieser Mechanismus sei bekannt.

Die Vorhaltekosten könnten auch in einem Vergütungssystem, das tatsächliche Liegezeiten vergüte, eine kritische Größe erreichen. Der Zusammenhang sei jedoch bei dem auf Fallpauschalen beruhenden System enger. Mit seiner Einführung sei eine Reduktion der Vorhaltekosten der Krankenhäuser neben der Hauptintention der Reduktion der Verweildauern beabsichtigt gewesen.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Einen zentralen Ansatzpunkt stelle die Nutzung der Vorteile der Arbeitsteilung und von Synergieeffekten dar. Schon seit längerer Zeit unterstütze die Landesregierung deshalb die Bildung von Verbänden zwischen Krankenhäusern bzw. von Verbundkrankenhäusern. Die Bildung von Verbänden erleichtere die Reduktion von Doppelstrukturen in allen Bereichen der Krankenhausorganisation von der Verwaltung über die zentralen Dienste bis hin zur Schwerpunktbildung bei den medizinischen Leistungen. Sie diene der Erhaltung kleinerer Krankenhäuser in der Fläche und damit dem Erhalt der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung.

Ein anderer wichtiger Faktor, der die Attraktivität von Verbänden gerade für kleinere Krankenhäuser begründe, sei die Erleichterung der Sicherung fachärztlicher Kompetenz für die Träger.

Als Beispiele für Verbundbildungen in den letzten Jahren könnten das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein mit den Standorten Koblenz, Mayen, Boppard und Nastätten sowie das Katholische Klinikum Mittelrhein/Westerwald mit den Standorten Koblenz und Montabaur genannt werden.

Ein besonders wichtiger Ansatzpunkt zum Erhalt der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum sei die Entwicklung der Krankenhäuser zu Gesundheitszentren. Es erhöhe die Attraktivität eines Krankenhauses in der Region, wenn an seinem Standort zugleich ein Spektrum ambulanter medizinischer und therapeutischer Leistungen angeboten werde. Die Verbindung von stationärer und ambulanter fachärztlicher Versorgung an einem Ort liege darüber hinaus generell im Interesse einer zukunftsgerechten wohnortnahen Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Als Beispiel sei das vom Landeskrankenhaus betriebene Gesundheitszentrum Glantal zu nennen.

Das Gesundheitsministerium habe im Rahmen des Programms „Gesundheit und Pflege 2020“ das Projekt „Sektorenübergreifende Gesundheitszentren – ein Erfolgsmodell zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum“ auf den Weg gebracht und das Institut Quaestio – Forschung & Beratung aus Bonn mit der Durchführung beauftragt.

Als Ergebnis eines Interessenbekundungsverfahrens seien derzeit sechs Krankenhäuser in dieses Projekt eingebunden: das Marienkrankenhaus Cochem, das Kreiskrankenhaus Grünstadt, das DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg, das St. Elisabeth Krankenhaus Lahnstein, das Katholische Klinikum Koblenz-Montabaur und das Donnersbergkreis-Krankenhaus Rockenhausen zusammen mit dem Pfalzlinikum.

Auch in Neuerburg befinde sich die Gründung eines Gesundheitszentrums trotz aller Verzögerungen, die nicht allein in Verantwortung des Trägers lägen, auf dem Weg. Dort werde offensichtlich, wie komplex die Umbildung eines stationären in ein ambulantes Angebot sei, das von Gesundheitsdienstleistungen ergänzt werden solle, um das Krankenhausgebäude weiterhin zu füllen.

Das Beratungsprojekt für weitere Krankenhäuser laufe noch und werde im Jahr 2017 beendet.

Zudem gebe es das Instrument des Sicherstellungszuschlags, dessen Voraussetzungen gerade neu vom gemeinsamen Bundesausschuss definiert würden. Die Beratungen seien noch nicht abgeschlossen. Das Land werde sich rechtzeitig mit den Neuregelungen auseinandersetzen und prüfen, ob und wie die Möglichkeiten für die rheinland-pfälzischen Krankenhäuser genutzt werden könnten.

Krankenhauspolitik müsse auf aktuelle Entwicklungen wie im Fall Zweibrücken reagieren, aber vor allem langfristig oft über viele Jahre ausgerichtet sein, wie zum Beispiel bei der Zusammenführung der Standorte in Speyer in Trägerschaft der Diakonissen Speyer-Mannheim.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bedankt sich für den Bericht.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** tut kund, bei der im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt großen Krankenhausedichte in Rheinland-Pfalz sei es bemerkenswert, dass nur drei Krankenhäuser seit 2003 hätten geschlossen werden müssen. Bei einer Belegung von nur vier Patientenbetten wie im genannten Fall stelle es sich sehr schwierig dar, die medizinische Versorgung auf hohem Niveau mit dem Qualitätsbewusstsein und den Hygieneansprüchen aufrechtzuerhalten.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Die SPD-Fraktion halte eine räumliche direkte Versorgung der Menschen für ausgesprochen wichtig, sodass sie an ihrem Wohnort ein Krankenhaus mit optimaler Versorgung vorfinden. Die Schließung eines Krankenhausstandortes werde stets bedauert. Zu den Krankenhäusern seien emotionale Verbindungen gewachsen.

Zu den Anmerkungen zum gemeinsamen Bundesausschuss, der die Qualitätsvorgaben mache, sei zu sagen, die Versorgung an sich und deren Qualität stünden für die SPD-Fraktion an erster Stelle. Die Erreichbarkeit der Krankenhausstandorte werde immer in Bezug dazu stehen müssen. Wenn die eingetübten Standorte zu Versorgungs- und Gesundheitszentren weiterentwickelt werden könnten, stelle dies einen Gewinn für die Menschen vor Ort dar. Gerade in Bezug auf die fachärztliche und hausärztliche Sicherung gebe es größte Anstrengungen in Rheinland-Pfalz.

Das Land unterstütze die Überführung der betroffenen Krankenhäuser und des Personals, auch derjenigen Mitarbeiter, die womöglich nicht automatisch von der Gesundheitswirtschaft aufgenommen würden. Dazu werde um Zahlen gebeten.

Glantal sei ein großes Leuchtprojekt in Rheinland-Pfalz, bei dem die Versorgungssicherheit mit einem Versorgungszentrum, stationären Betten und ambulanter Versorgung habe gewährleistet werden können.

Menschen suchten im Krankheitsfall ihre Versorgung, ob stationär oder ambulant. Im Bundesrat sei Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler im Hinblick auf Rheinland-Pfalz tätig. In den nächsten Jahren müsse sich der Frage gewidmet werden – ambulant und stationär, bei Wegfall von Hausärzten und Veränderung von Krankenhausabteilungen –, ob perspektivisch in Deutschland und in Rheinland-Pfalz die Möglichkeit bestehe, durch Portalpraxen und anderes eine neue Wirkungsstätte für Mediziner und Anlaufpunkte für Patienten zu schaffen, im Hinblick auf die gesamte Strukturveränderung der Krankenhauslandschaft in Deutschland und die gute Patientenversorgung.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** stimmt zu, bei nur vier belegten Betten könnten eine qualitative und wirtschaftliche Unterhaltung und Versorgung nicht mehr sichergestellt werden.

Die Sicherung wohnortnaher Versorgung für die Zukunft sei wichtig. Der genannte Fall stelle ein hervorragendes Beispiel dar. Dies sei auch von der Region so aufgenommen worden. Es gebe eine Resolution der Verbandsgemeinde und der Stadt Traben-Trarbach. Die Veränderung werde von diesen zunächst bedauert. Die Verantwortungsübernahme und Inbetriebnahme des Gesundheitszentrums mit konkreten Planungen durch den Träger würden begrüßt. Es werde weiterhin zu einer entsprechenden Versorgung kommen. Die ambulante Versorgung werde mit weiteren Angeboten bis hin zur Pflegewohngemeinschaft sichergestellt. Auch in der Bevölkerung sei ein Bewusstsein für die erforderlichen Veränderungen vorhanden.

Bei Schließungen habe in Bezug auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deren Übernahme Priorität. An dieser Stelle sei dies der Fall. In Zweibrücken geschehe es teilweise. Es habe Möglichkeiten gegeben, die Übernahme der Mitarbeiter zu unterstützen. Der Strukturfonds habe gegriffen. Es werde sich sehr darum bemüht, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit aufzufangen, wenngleich es aufgrund der Fachkräftesituation für Personal aus den Gesundheitsfachberufen gute Perspektiven gebe, eine weitere Beschäftigung zu finden.

Die anderen genannten Aspekte, denen sich Krankenhäuser in Zukunft zu stellen hätten, würden sicherlich im Rahmen der Aufstellung des Landeskrankenhausplans, welcher bis Ende 2018 fertiggestellt werden solle, noch einmal intensiv diskutiert. Beim Landeskrankenhausplan beginne im Jahr 2017 die Gutachtenphase. Er werde ständig fortgeschrieben. Die genannten Aspekte würden mit einfließen. Im Ausschuss werde sich die Gelegenheit bieten, über den aktuellen Stand des Landeskrankenhausplans zu diskutieren.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bittet um den Sprechvermerk.

Verbünde seien die Zukunft. Im Westerwald laufe dies in Altenkirchen-Hachenburg hervorragend. Dort sei festzustellen, nicht jedes Krankenhaus im ländlichen Raum benötige jede Abteilung. Mit der bundesweiten Bettenzahl liege Deutschland im Vergleich mit anderen EU-Ländern fast ganz an der Spitze.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Wenn der Prozess durch vernünftige Kooperationen und Verbünde ohne Schließungen bewerkstelligt werden könne, spare dies Kosten. Den Menschen müsse es erklärt werden.

Zeitkritisch stelle sich die Lage bei Herzinfarkt, Schlaganfall und schwerem Unfall dar. In allen anderen Fällen müsse der Patient nicht innerhalb von 10 bis 15 Minuten im Krankenhaus sein. Daran habe sich die Landeskrankenhausplanung zu orientieren, sodass eine Versorgung im betreffenden Zeitfenster gegeben sei. Dies solle beim Landeskrankenhausplan berücksichtigt werden.

Die Landesregierung trage an dieser Stelle eine große Verantwortung. Es biete sich die Chance, es zum Schwur kommen zu lassen, um Verhandlungen dahingehend zu führen, dass diese Kriterien erfüllt würden. Dies spare letztendlich Geld.

Seit Jahren werde sich über die Krankenhausinvestitionen gestritten. Er habe kürzlich ein sehr gutes Gespräch mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft geführt. Dieser habe die Position von Dr. Gaß aus Rheinland-Pfalz bestätigt. Erinnert werde an die heftige Diskussion im vorletzten Plenum über die Frage, ob es sich bei den geforderten Investitionen der Krankenhäuser zu einem wesentlichen Anteil nur um Reparaturen handele. Der Angelegenheit gehe er derzeit intensiv nach. Zum richtigen Zeitpunkt werde dies noch einmal diskutiert werden.

Beim neuen Haushalt sei offensichtlich geplant, bei den Krankenhausinvestitionen mehr Mittel bereitzustellen, sodass die Forderung der Opposition aus den letzten Jahren nun zu einem gewissen Teil aufgehe. Wenn dies eintreffe, werde es begrüßt und positiv begleitet.

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

Der Antrag – Vorlage 17/434 – hat seine Erledigung gefunden.

**Punkt 5** der Tagesordnung:

**Auslastung und Finanzierung der Hospize in Rheinland-Pfalz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der FDP  
– Vorlage 17/564 –

**Herr Abg. Roth** bittet die Landesregierung um Berichterstattung zur Auslastung in den Hospizen in den ersten Quartalen 2016 sowie über die Finanzierungssituation.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** trägt vor, die stationären Hospize betreuten unheilbar erkrankte Menschen am Ende ihres Lebens. Stationäre Hospize seien insbesondere für Menschen zuständig, die in ihrem gewohnten Lebensumfeld nicht mehr adäquat versorgt werden könnten. Die Betreuung in einem stationären Hospiz könne insbesondere bei alleinstehenden Menschen erforderlich werden. Sie könne aber auch dann möglich sein, wenn Lebenspartner oder andere Angehörige seelisch wie körperlich mit der bedrückenden Krankheitsentwicklung überfordert seien oder eine Entlastung benötigten.

In den stationären Hospizen verstürben 99 % aller aufgenommenen Patientinnen und Patienten. Im Durchschnitt betrage der Aufenthalt der in die stationären Hospize aufgenommenen sterbenden Menschen 28 Tage.

Leistungsrechtlich seien Hospize Einrichtungen, in denen palliativmedizinische Behandlungen erbracht würden. Patientinnen und Patienten, die keiner Krankenhausbehandlung bedürften, hätten Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden könne. Dieser Anspruch stütze sich auf § 39a Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Die Krankenkasse trage die zuschussfähigen Kosten.

Weitere Einzelheiten regele die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998 in der Fassung vom 14. April 2010.

Nach § 2 Abs. 4 Satz 2 dieser Rahmenvereinbarung sei die Leistung zunächst auf vier Wochen befristet. Bei der Frage nach dem Vorhandensein einer weiteren Notwendigkeit für eine Versorgung im stationären Hospiz werde geprüft, sofern der Zustand der Patientin oder des Patienten und der Familie trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht habe, ob eine Entlassung nach Hause möglich sei. In diesen Fällen seien bei einer erneuten Notwendigkeit einer stationären Hospizversorgung Wiederaufnahmen auch innerhalb eines Jahres möglich.

Die Kosten stationärer Hospize würden im Rahmen von Tagessätzen in Höhe von rund 300 Euro kalkuliert. Künftig trügen die Krankenkassen 95 % der zuschussfähigen Kosten. Die Erhöhung des Krankenkassenanteils von 90 % auf 95 % sei nach Maßgabe des Hospiz- und Palliativgesetzes im Jahr 2015 erfolgt. Die Beibehaltung des Eigenanteils der Hospizträger entspreche dem ausdrücklichen Wunsch der Hospizverbände, um so sicherzustellen, dass der Charakter der vom bürgerschaftlichen Engagement getragenen Hospizbewegung erhalten bleibe.

In Rheinland-Pfalz sei der Beteiligungssatz der Krankenkassen in Höhe von 293,15 Euro bereits vor Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes verhandelt worden, sodass sich in Bezug auf das Hospiz- und Palliativgesetz insoweit keine Veränderung der finanziellen Ausstattung stationärer Hospize ergeben habe. Damit habe für Rheinland-Pfalz die in verschiedenen anderen Bundesländern geltende Mindestbeteiligung der Krankenkassen keine Relevanz.

Vor dem Hospiz- und Palliativgesetz seien die Kosten des Hospizaufenthaltes der Gäste zu 90 % von den Krankenkassen und die verbleibenden 10 % aus Mitteln des Hospizes gedeckt worden. Das stationäre Hospiz habe diese Deckungslücke durch private Mittel und Spenden verringern können. Nun deckten die Kassen 5 % mehr ab, was aber nicht bedeute, dass der Träger des stationären Hospizes 5 % Spendenüberschuss erwirtschaftete. Auch würden viele Angebote der stationären Hospize wie Musiktherapie, psychologische Begleitangebote oder Trauerarbeit nicht refinanziert und trügen damit zu

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

einer weiteren Erhöhung des Eigenanteils der stationären Hospize bei. Daher sei das angemessene Fazit, dass die Finanzierung stationärer Hospize nun auf einer solideren Grundlage stehe.

Für die Auslastung der stationären Hospize in Rheinland-Pfalz in den ersten drei Quartalen 2016 werde die Aufstellung nach Hospizen und Monaten aufgeschlüsselt schriftlich zur Verfügung gestellt. Für das erste Quartal schwankten die Zahlen zwischen 90 % und 95 %.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bedankt sich für den Bericht.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** erinnert daran, im Plenum sei in der letzten Legislaturperiode sehr lange und intensiv über ein Sterben in Würde diskutiert worden. Die Hospize stellten bei diesem Thema einen tragenden Bestandteil dar.

Neben einer guten, spezialisierten ambulanten Versorgung und den ausgebildeten ehrenamtlichen ambulanten Hospizhelfern, die hervorragende Arbeit in der Begleitung der Sterbenden und deren Angehöriger leisteten, sei das stationäre Hospiz eine wesentliche und sinnvolle Ergänzung. Sterbende hätten oft keine Familienverbindungen mehr. In der letzten Phase des Lebens sei es ihnen nicht möglich, sich selbst zu versorgen. Dann müsse die Möglichkeit gegeben sein, in einem Hospiz in Würde und gut medikamentiert sterben zu können.

Die eigene Region mit 220.000 Einwohnern sei glücklicherweise im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gut versorgt. In dieser Region fördere sie selbst die stationäre Hospizbewegung ehrenamtlich. Es sei sehr schwierig, die notwendigen Mittel zur Gründung eines stationären Hospizes aufzubringen, Spenden in Höhe von etwa 1,5 Millionen Euro bis 2 Millionen Euro einzuwerben und die Fachkräfte vertraglich zu sichern. Von den gesetzlichen Versicherungen werde positiv gearbeitet. Wenn die Hürden genommen seien, stelle die Einwerbung von Spenden kein Problem dar.

Weil es sich um bürgerliches Engagement handele, sei es wichtig und richtig, dass dies so bleibe. Es handele sich um eine richtige und gute Konsequenz in Bezug auf die Würde und das Bleiben in der Gesellschaft.

Der Gesetzgeber schreibe laut SGB V für ein Hospiz eine Auslastung von 85 % vor. Im Ablauf eines Hospizes bedeute dies eigentlich eine Vollbelegung, da die Herrichtung des Zimmers nach dem Versterben eines Patienten eine gewisse Zeit in Anspruch nehme. Die Vorgabe von 85 % Auslastung sei für ein Hospiz sehr schwierig. Zudem gebe es neben den Schwierigkeiten des Fachkräftebedarfs der Palliativschwestern, -pfleger und -ärzte eine ständige Trägerproblematik.

Dort, wo keine Hospize vorhanden seien, verblieben die Menschen in ihrer Sterbephase entweder ohne Versorgung oder im Krankenhaus bzw. Altenpflegeheim. Für Hospize könne nur immer wieder geworben werden.

In der eigenen Versorgungsregion sei die Wartezeit für die Patientinnen und Patienten derzeit deutlich zu lang. Das positive Begleiten zu mehr stationären Hospizen werde als wichtig erachtet.

Dabei gehe es stets um gesetzlich Versicherte. Um Auskunft werde gebeten, wie sich der Zugang zu stationären Hospizen für privat Versicherte darstelle.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** erklärt, Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten seien in Bezug auf den Zugang zu stationären Hospizen nicht bekannt.

In Rheinland-Pfalz bestünden vor allem in relativ ländlichen Regionen, die an urbane Ballungsräume grenzten, größere Bedarfe im Hospizbereich. Dies resultiere unter anderem daraus, dass die gesellschaftlichen Strukturen in diesen Regionen noch eher denen der Städte ähnelten. Familien- und gesellschaftliche Strukturen stellten sich dort anders dar.

Die neuen stationären Hospize lägen in Bad Kreuznach, Koblenz, Mainz, Trier, Speyer, Ludwigshafen, Pirmasens, Simmern und Bad Neuenahr. In Planung befänden sich drei weitere Hospize in Dernbach,

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Landau in der Pfalz und Bad Dürkheim. Ankündigt worden seien zwei weitere, bisher ohne konkreten Planungshorizont, in Himmerod und Rockenhausen.

Bei der ambulanten Hospizversorgung, auf der der Fokus liege, habe eine Aufstockung im Haushalt stattgefunden. Der Bedarf und die Entwicklung im stationären Bereich würden gleichwohl gesehen. Zusammen mit der SAPV werde eine Struktur für Schwerstkranke und sterbende Menschen abgebildet, die für jeden individuell das Benötigte bieten solle.

Auf die Nachfrage von **Frau Abg. Anklam-Trapp**, wie groß die zugrunde gelegte Bevölkerungszahl für die Gründung eines stationären Hospizes sei, antwortet **Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler**, es gebe keine Messschnur, nach der für das Betreiben eines stationären Hospizes eine bestimmte Einwohnerzahl in der Umgegend gegeben sein müsse. Zu berücksichtigen seien Rahmenbedingungen wie die Frage nach dem Vorhandensein starker Strukturen in der Region, sodass Menschen lieber mit Unterstützung durch ambulante Hospizdienste oder SAPV zu Hause blieben.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** bittet um Auskunft, ob die Entscheidungskompetenz im Ministerium oder bei der GKV vdek liege.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** informiert, darüber entschieden ausschließlich die Kassen.

**Frau Abg. Thelen** stellt fest, auch wenn die Entscheidung bei den Kassen liege, habe bei der großen Diskussion im Zusammenhang mit dem Thema Sterbebegleitung Einigkeit bestanden, sich dafür einzusetzen zu wollen, ein bedarfsgerechtes Angebot für die Einwohnerinnen und Einwohner von Rheinland-Pfalz mit auf den Weg zu bringen.

Über die Große Anfrage sei die aktuelle Situation in Erfahrung gebracht worden. In Rheinland-Pfalz habe es im Vergleich zum Bundesschnitt eine Unterversorgung von 28 Betten gegeben. Damals habe es sechs stationäre Hospize gegeben. Nach Auskunft der Staatsministerin habe sich diese Zahl mittlerweile auf neun erhöht, mit drei zusätzlichen in konkreter Planung und zwei weiteren, die angedacht seien. Rheinland-Pfalz müsse daher auf einem guten Weg sein, um zumindest im Durchschnitt der Bundesländer zu agieren. Auch dort sei die Entwicklung vermutlich weitergegangen. Es werde um eine Einordnung gebeten, wo Rheinland-Pfalz im Ländervergleich liege.

Bei sterbenden Kindern seien die Familien in einer besonderen Weise gefordert. Der Bedarf an Begleitung und Betreuung nehme dort eine ganz andere Dimension ein.

In Rheinland-Pfalz gebe es bisher ein Kinderhospiz in Dudenhofen im Süden des Landes. Um eine Einschätzung der Bedarfssituation in diesem Bereich werde gebeten. Zu fragen sei, wohin sich Familien aus dem Norden des Landes wendeten und ob genügend Angebote vorhanden seien.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bemerkt, es gebe Palliativstationen für intensive Fälle, ambulante und stationäre Hospize sowie eine zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Palliativmedizin ausbilden ließen. In Rheinland-Pfalz biete die Landesärztekammer ein Programm an, in dem die sonst einjährige Ausbildung durch Besuche von sechs intensiven Kursen – bei entsprechender beruflicher Vorbildung – abgeleistet werden könne. Dies stelle einen guten Weg dar, möglichst rasch genügend Ärzte in diese Funktion hineinzubekommen.

Vermisst werde eine Perspektive bei der SAPV. In der Antwort auf die letzte Große Anfrage der CDU-Fraktion hätten Defizite im Bereich der SAPV festgestellt werden müssen. Genannt werde das Stichwort der Satelliten-SAPV, also Satelliten-Stationen, wie es sie in Westerburg im Westerwald gebe. Diese könnte durchaus strukturell in den Kreis Altenkirchen hineinwirken.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** gibt zur Auskunft, im ambulanten Bereich sei die Förderung erhöht worden. Für die Anschubfinanzierung von SAPV-Teams seien jährlich 150.000 Euro vorgesehen. Die Kinderhospizarbeit werde mit 50.000 Euro im Jahr unterstützt.



**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

In Bezug auf das stationäre Kinderhospiz in Dudenhofen in der Pfalz werde dem Ministerium signalisiert, dass es überregional arbeite. Der Hospiz- und Palliativverband habe geäußert, der Bedarf werde damit für Rheinland-Pfalz gedeckt.

In Mainz gebe es seit Neuestem einen ambulanten Bereich für Kinderhospizarbeit.

Es bestehe der Eindruck, dass sich die Bürger im Norden von Rheinland-Pfalz in Bezug auf die Kinderhospize eher nach Nordrhein-Westfalen, beispielsweise Richtung Bonn, orientierten.

Derzeit laufe noch die Studie, die über den Bedarf informieren solle. Es solle sich bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Anfang nächsten Jahres werde die Studie vorliegen. Dann würden die Bedarfe noch einmal in den Blick genommen, und es werde sich Gelegenheit zur Diskussion ergeben.

Bei der SAPV werde eine Erweiterung gewünscht. Derzeit gebe es acht SAPV-Teams in Worms, Mainz, Nastätten, im Westerwald, in Rheinhessen-Nahe, Neustadt, Rhein-Hunsrück und Koblenz. Weitere seien bis zur Entscheidung des Bundeskartellamtes in Arbeit gewesen. Diese Entscheidung mache nun eine Ausschreibung der betreffenden Leistung durch die Kassen erforderlich. Bedauerlicherweise habe dies den Prozess ins Stocken, wenn nicht sogar zunächst zum Anhalten gebracht. Anfang kommenden Jahres würden die Kassen mit den Ausschreibungen beginnen. Gehofft werde damit auf weitere Fortschritte.

Ein Ausbau der SAPV werde angestrebt, was in der Anschubfinanzierung der SAPV-Teams deutlich werde.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** äußert Verärgerung und Bedauern über die Verzögerung im Ausbau der SAPV. Die Bürokratie trage an dieser Stelle dazu bei, eine vernünftige Versorgung der Menschen zu verzögern, anstatt sie zu verbessern.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt zu, die Auslastungsquote der Hospize in Rheinland-Pfalz in den ersten drei Quartalen 2016 schriftlich nachzureichen.

Der Antrag – Vorlage 17/564 – hat seine Erledigung gefunden.

**Punkt 7** der Tagesordnung:

**Ablösung der Pflegestufen durch Pflegegrade**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der CDU  
– Vorlage 17/576 –

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** referiert, in Rheinland-Pfalz erhielten zivilblinde Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Rheinland-Pfalz bzw. als Anspruchsberechtigte nach Verordnung 883 aus dem Jahr 2004 zum Ausgleich der durch ihre Blindheit bedingten Mehraufwendungen Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz.

Das Blindengeld betrage 410 Euro monatlich. Menschen unter 18 Jahren erhielten die Hälfte. Das Landesblindengeld werde einkommens- und vermögensunabhängig gezahlt.

Gleichartige Leistungen, zum Beispiel ambulante Leistungen der Pflegeversicherung sowie die Blindenhilfe nach § 72 SGB XII, würden seit jeher ganz oder teilweise angerechnet. So sehe die Regelung in § 4 Abs. 2 des rheinland-pfälzischen Landesblindengeldgesetzes derzeit vor, dass Leistungen des SGB XI in Form von Pflegegeld und Pflegesachleistungen bei Pflegestufe I mit 60 v.H. des Pflegegeldes dieser Pflegestufe und bei Pflegestufe II und III mit 40 v.H. des Pflegegeldes der Pflegestufe II auf das Landesblindengeld angerechnet würden.

Die Aufwendungen für das Landesblindengeld würden von den Landkreisen und kreisfreien Städten getragen. Das Land erstatte den Kommunen zwei Drittel des geleisteten Landesblindengeldes.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz habe der Bund neben einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Wirkung zum 1. Januar 2017 im SGB XI die Regelung getroffen, die Pflegestufen abzulösen und durch ein System mit fünf Pflegegraden zu ersetzen. Hauptgegenstand der Änderung im Landesblindengeldgesetz sei daher die Neufassung der Anrechnungsregelung. Sie sei zwingend, da das Zweite Pflegestärkungsgesetz im SGB XI mit Wirkung zum 1. Januar 2017 nur noch Pflegegrade und keine Pflegestufen mehr kenne.

Neben dieser wichtigsten Regelung seien weitere technische Änderungen vorgesehen. Für den Bereich des Landespflegegeldgesetzes werde zudem eine redaktionelle Anpassung der Begriffe im Gesetzestext notwendig.

Eine Neufassung der Anrechnungsregelung könne nicht erfolgen, ohne die Regelungen zur Blindenhilfe in § 72 SGB XII im Sozialhilferecht in der Fassung ab 1. Januar 2017 zu kennen. Diese Regelung werde durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz neu gefasst.

Ein verbindlicher Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes III habe erst mit der Bundestagsdrucksache 18/9518 vom 5. September 2016 vorgelegen. Das Abwarten dieser Regelung sei notwendig gewesen, um mit einem hohen Maß an Sicherheit Regelungs- und Änderungsvorschläge für den Entwurf des Änderungsgesetzes zu erarbeiten. Dabei sei zu berücksichtigen, dass in Rheinland-Pfalz die Verwaltungen der kreisfreien Städte und Landkreise die Anträge auf Landesblindengeld bearbeiteten. Die gleichen Behörden seien für die Bearbeitung der Blindenhilfe nach SGB XII zuständig.

Aufgrund dieser Umstände sei die Verabschiedung des Änderungsgesetzes vor dem 1. Januar 2017 nicht möglich. Das Gesetz werde rückwirkend zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Ein erster Entwurf eines Änderungsgesetzes sei erarbeitet worden. Die Vorbereitungen für die interne und externe Anhörung seien getroffen. Die Beteiligung des Kommunalen Rates sei ebenfalls in Vorbereitung.

Nach der Behandlung im Ministerrat werde ein offizielles Informationsschreiben an die Kreisverwaltungen und kreisfreien Städte erfolgen. Der Vorschlag werde beinhalten, dass für Neu- oder Änderungsanträge ab 1. Januar 2017, die unter die Anrechnungsregelung des § 4 Landesblindengesetz fielen, ein Abschlag gezahlt werde. Nach Inkrafttreten des Änderungsgesetzes würden die Kommunen die Leistungen im Nachhinein abschließend feststellen.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Es bestehe die Notwendigkeit, die Landesblindengeldgesetze nahezu in allen Ländern zu ändern. Einige wenige Länder befänden sich bereits im parlamentarischen Verfahren. Andere Länder – beispielsweise Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt – befänden sich wie Rheinland-Pfalz noch in der Abstimmungsphase bzw. hätten mit dem parlamentarischen Verfahren noch nicht begonnen.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bedankt sich für den Bericht.

**Frau Abg. Thelen** zeigt sich verwundert, da die Änderungen zum Pflegestärkungsgesetz II – mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und fünf Pflegegraden anstelle von drei Pflegestufen – schon relativ lange bekannt gewesen seien. Es sei davon ausgegangen worden, dass die Verfahren auch in Bezug auf das Landesblindengeld relativ gleich seien. Die Unterschiede schienen jedoch deutlich zu sein, was das Pflegestärkungsgesetz III notwendig gemacht habe, um eine Berechnung zu ermöglichen. Um Erläuterungen zur Notwendigkeit des Gesetzes werde gebeten.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** legt dar, bei dem Pflegestärkungsgesetz III, das sehr spät im Entwurf vorgelegen habe, gehe es um die Blindenhilfe. Aufgrund einer gemeinsamen Definition sowohl in der Blindenhilfe als auch im Landesblindengeld sei eine gleiche Anrechnungsregelung gewünscht. In Rheinland-Pfalz würden die Blindenhilfe und das Landesblindengeld von den gleichen Behörden bearbeitet. Dies stelle sich in den anderen Ländern teilweise anders dar.

Es sei notwendig gewesen, die Änderungen im Pflegestärkungsgesetz III in Bezug auf die Blindenhilfe abzuwarten, um eine für die Verwaltung möglichst bürokratiearme Regelung treffen zu können. Mit den erforderlichen Beteiligungen und Anhörungen habe die Änderung in Rheinland-Pfalz nicht bis zum 1. Januar 2017 erreicht werden können.

Bei den anderen Ländern habe es ebenfalls lange gedauert. Mit den Kommunen gebe es nun ein gutes Verfahren, nach dem diese zunächst die Abschläge zahlten, welche hinterher abgerechnet würden. Für die Menschen komme es zu keiner Verschlechterung.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** fasst zusammen, für die Betroffenen entstehe kein Nachteil, da die Kommunen weiterhin die Bearbeitung durchführten, das Land zwei Drittel der Kosten trage und das Pflegestärkungsgesetz umgesetzt werde. Eine derartig praktische Lösung sei kennzeichnend für Rheinland-Pfalz und werde begrüßt.

Es stelle sich die Frage, ob der Vorsitzende des Landesblinden- und Sehbehindertenverbandes Herr Schend informiert sei und wie seine Meinung dazu aussehe.

**Frau Staatsminister Bätzing-Lichtenthäler** gibt bekannt, es werde Wert darauf gelegt, die Regelungen vorab mit Herrn Schend zu besprechen. Vor zwei Tagen habe ein intensives Gespräch mit ihm stattgefunden, bei dem die Bedeutung der Änderungen im Detail besprochen worden sei. Herrn Schend sei bewusst, dass es durch die neue Anrechnungsregelung bei neuen Entscheidungen in bestimmten Bereichen zu einer minimalen Verschlechterung kommen werde. Bei Pflegegrad II gehe es um 11,60 Euro und bei Pflegegrad III um 34,80 Euro.

Herr Schend habe geäußert, Rheinland-Pfalz bewege sich im Verhältnis zu anderen Ländern mit dem Landesblindengeld generell im oberen Bereich, sodass er mit der jetzt getroffenen Regelung leben könne. Im Verband werde dies entsprechend diskutiert werden.

Der Antrag – Vorlage 17/576 – hat seine Erledigung gefunden.

**Punkt 9** der Tagesordnung:

**Landesgremium Demenz**

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT  
Fraktion der SPD  
– Vorlage 17/579 –

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** bringt zur Kenntnis, die Landesregierung Rheinland-Pfalz stelle sich dem Thema Demenz bereits seit mehr als zwölf Jahren. Übergeordnetes Ziel der rheinland-pfälzischen Demenzstrategie sei es, für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine gute und professionenübergreifende Versorgung und Begleitung sowie vor allen Dingen Teilhabe zu sichern. Dieses Ziel könne nur gemeinsam erreicht werden.

Bei zwei großen Projekten, die im Zuge der Demenzstrategie Rheinland-Pfalz bereits seit Jahren umgesetzt würden, handele es sich um die landesweite Demenzkampagne zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und das Landesnetzwerk Demenz. Beide Projekte seien bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. angesiedelt, die inzwischen als Ansprechpartner für mehr als 41 regionale Demenznetzwerke diene.

Um das Thema Demenz noch stärker zu verankern und die unterschiedlichen Institutionen zusammenzuführen, die Verbesserungen für Menschen mit Demenz anstrebten, habe sie im Jahr 2015 ein Landesgremium Demenz berufen und damit einen neuen kommunikativen Baustein der Demenzstrategie Rheinland-Pfalz geschaffen.

Dem Landesgremium Demenz sei die Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten aus den Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Beratung und der Selbsthilfe im Rahmen des Expertenforums Demenz in Rheinland-Pfalz vorausgegangen. In einem einjährigen Prozess hätten die Expertinnen und Experten ihre Erfahrung und ihr Wissen zum Umgang mit dem Krankheitsbild zusammengetragen und daraus Empfehlungen entwickelt.

Bei den Diskussionen im Expertenforum sei deutlich geworden, dass die Sensibilisierung und der Umgang mit dem Thema Demenz in der Öffentlichkeit inzwischen erste Früchte getragen hätten. Die vielfältigen Projekte, Maßnahmen und Initiativen der Landesregierung und die darauf aufbauenden regionalen Prozesse erlaubten und ermöglichten einen anderen, offenen Umgang mit dem Thema.

Das gemeinsame Ziel im Landesgremium Demenz bestehe darin, den mit dem Expertenforum begonnenen multiprofessionellen und fachübergreifenden Austausch- und Beteiligungsprozess, der die Versorgung, Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreife, fortzusetzen und die Unterstützung der zwischenzeitlichen Entwicklung anzupassen.

Mit dem Landesgremium Demenz wolle die Landesregierung die Erweiterung und Transparenz der Beratungs- und Leistungsangebote in der Region und die optimale Nutzung der Netzwerkstrukturen erreichen.

Zu den Mitgliedern des Gremiums gehörten unter anderem namentlich benannte Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, des Kreis- und Städtetages, der Pflegekassen, der Pflegegesellschaft, der Landesärztekammer, der Landespflegekammer, der Krankenhausgesellschaft, der Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. und der Landesseniorenvertretung. Eine vollständige Auflistung befinde sich auf der Webseite zur Demenzstrategie der Landesregierung.

Alle Mitglieder des Landesgremiums Demenz hätten sich bereit erklärt, gemeinsam an der Demenzstrategie des Landes mitzuwirken und in ihren Zuständigkeitsbereichen Verantwortung für die Belange von Menschen mit Demenz zu übernehmen.

Inzwischen hätten sich Arbeitsgruppen zu den unterschiedlichen Empfehlungen gebildet, in denen Akteure aus den Bereichen Selbsthilfe, Beratung, Medizin und Pflege gemeinsam Projekte, Weiterbildungen und Umsetzungsstrategien entwickelten.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Alle am Prozess Beteiligten bräuchten sich mit viel Engagement und ohne zusätzliche finanzielle Unterstützung ein. Der Beirat habe die langfristige Vision, mit dem gesamten Prozess die regionalen Strukturen so weit unterstützen und voranbringen zu können, dass sich im Laufe der Jahre vor Ort stabile und tragfähige Versorgungsnetzwerke für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen entwickeln ließen.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** bedankt sich für den Bericht.

**Herr Abg. Wäschenbach** stellt die Frage, welche Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung von Demenzerkrankungen als besonders wichtig angesehen würden und an welcher Stelle die Politik im Zuge der Prävention stärker Abhilfe schaffen könne.

**Frau Abg. Anklam-Trapp** äußert die Ansicht, das Landesgremium und die Demenzstrategie des Landes Rheinland-Pfalz fänden bundesweit Beachtung. Es werde um eine Einschätzung gebeten, wo Rheinland-Pfalz im Vergleich zu den anderen Bundesländern stehe.

In der Zeitung, die im Parlament zugestellt werde, habe die Forschung beim Thema Demenz auf dem Titelblatt gestanden. Es sei sehr herausfordernd, vor einer Erkrankung einer Forschung zuzustimmen. Dies werde als wesentlicher Schritt in die Zukunft betrachtet.

Bei der Demenzstrategie und dem Netzwerk würden die Fort- und Weiterbildung insbesondere der Hausärzte als erster Anlaufstelle für eine Differenzialdiagnose sowie im Netzwerk die Schulung und das Mitnehmen der Angehörigen als wichtige Bestandteile betrachtet. Dazu werde um Bestätigung gebeten.

Die Auskömmlichkeit der Tagespflege zur Entlastung der Familien stelle einen dringend benötigten Baustein in Rheinland-Pfalz dar. Es werde gehofft, dass das Pflegestärkungsgesetz die Auskömmlichkeit der Pflegedienste besser darstellen könne. Um eine Einschätzung werde gebeten.

**Frau Abg. Dr. Groß** bittet um Auskunft über die allgemeinen Kosten des Landesnetzwerkes Demenz, die Zahl der Landesangestellten, die sich mit dem Thema und der Institution beschäftigten, die Höhe der Förderungssumme und das Budget sowie darüber, ob es einen Rechenschaftsbericht gebe.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** gibt zur Antwort, bei den 41 Netzwerken sei bemerkenswert, was sich vor Ort entwickelt habe und zur Enttabuisierung des Themas beitrage. Über die Selbsthilfe werde sich durch die anderen Angebote damit auseinandergesetzt und im weiteren Sinne präventive Arbeit geleistet.

Eine wissenschaftlich belegte gezielte Prävention gegen Demenz gebe es nicht. Durch die Förderung und Sicherstellung der Teilhabe der Menschen durch soziale Kontakte gegen Vereinsamung sowie durch Bewegung könne ein Beitrag zum späteren Krankheitsbeginn bzw. verlangsamten Verlauf der Demenz geleistet werden.

Bei den erwähnten Expertengruppen gebe es eine Umsetzungsidee zur niedrigschwelligen Prävention mit dem Titel „Bewegung in die Dörfer“ im Landkreis Mayen-Koblenz. Gemeinsam mit der nördlichen Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz hätten sich zehn Dörfer um dieses Projekt beworben.

Bewegung stelle einen wichtigen Bestandteil dar. In zehn weiteren Gemeinden gebe es runde Tische zum Thema. Zu nennen seien die Bewegungsbegleiter der Kampagne „Ich bewege mich – mir geht es gut!“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung sowie eine Schwerpunktschulung zum Thema Bewegung bei Demenz.

Der Ernährung komme ebenfalls ein hoher Stellenwert zu.

Im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Rheinland-Pfalz habe eine Aufgliederung in vier Bereiche – Gesund aufwachsen, Gesund in der Arbeit, Gesund in der Kommune und Gesund im Alter – stattgefunden. Zu dem Bereich Gesund im Alter werde es sicherlich noch gezielte Debatten geben. Zu überprüfen sei, welche Angebote und Bedarfe in Rheinland-Pfalz bestünden. Die Beiträge über die regionalen Netzwerke sowie über das Landesgremium würden begrüßt.

**6. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 24.11.2016**  
**– Öffentliche Sitzung –**

Bei der Fort- und Weiterbildung beschäftige sich ein Bereich mit der Demenzkompetenz im Krankenhaus. Dieser werde als sehr wichtig erachtet. Von Juli 2013 bis Februar 2015 habe es ein Modellprojekt zum Thema Demenzkompetenz im Krankenhaus in acht Krankenhäusern gegeben. Die Pflegefachkräfte hätten von Verbesserungen im pflegerischen Alltag durch diese Kompetenz berichtet. Auch für die Patienten habe sich der Aufenthalt angenehmer gestaltet.

Es handele sich um ein sensibles Thema, dass ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Demenz eine enorme Zustandsverschlechterung mit sich bringen könne. Die schnellen Abläufe im Krankenhaus mit wechselnden Kontaktpersonen und wenig Zeit wirkten sich ungünstig für Demenzkranke aus.

Das Projekt Demenzkompetenz im Krankenhaus sei mit dem Institut inverso in Kooperation mit der Landeszentrale durchgeführt worden. Durch eine Multiplikatorenschulung hätten die Häuser besser erreicht werden können. Der Prozess werde als sehr gut erachtet und solle in den Regionen im Jahr 2017 weiter verstärkt werden.

Angebote wie die Tagespflege stellten hervorragende Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen, aber auch für die kranken Menschen selbst dar, die dort eine ganz andere Ansprache erführen. Es werde als wichtig angesehen, dass dieses Angebot durch das Pflegestärkungsgesetz unterstützt und gestärkt worden sei.

Die Antworten auf die Fragen von Frau Abgeordneter Dr. Groß bezüglich der Kosten des Gremiums, des Mitarbeiteranteils sowie weiterer Punkte würden gerne schriftlich nachgereicht.

Das Sozialministerium stelle für Projektförderung im Bereich Demenz insgesamt 370.000 Euro jährlich zur Verfügung. Rund 260.000 Euro würden für die Demenzkampagne, das Landesnetzwerk, die Broschüren und Fachtage bereitgestellt. Etwa 90.000 Euro stünden für die zwei Koordinierungsstellen zum Landesgremium Demenz sowie 20.000 Euro für die Demenzkompetenz im Krankenhaus zur Verfügung.

**Herr Vors. Abg. Dr. Enders** weist darauf hin, manche Fragen könnten ad hoc nicht beantwortet werden. Dafür werde um Verständnis gebeten.

**Frau Abg. Dr. Groß** äußert Verständnis sowie die Frage, in welchen Intervallen die Sitzungen des Expertengremiums stattfänden.

**Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler** antwortet, das Expertengremium habe vor dem Landesgremium getagt und sei abgeschlossen. Das Landesgremium Demenz, in dem ebenfalls Experten vertreten seien, habe seit seiner Einrichtung im Sommer 2015 zum dritten Mal getagt. Es treffe sich nicht nur einmal im Jahr.

Hinzu kämen die Arbeitsgruppen, in denen gezielt mögliche Angebote für die einzelnen Bereiche überlegt würden. Die Ergebnisse würden im Landesgremium zusammengeführt. Die ständige inhaltliche Arbeit an den einzelnen Themenbereichen finde in den Arbeitsgruppen Selbsthilfe, Beratung, Medizin und Pflege statt.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt zu, Informationen zu den einzelnen Kosten des Landesgremiums und bezüglich des Mitarbeiteranteils sowie weitere Angaben schriftlich nachzureichen.

Der Antrag – Vorlage 17/579 – hat seine Erledigung gefunden.

Mit einem Dank an die Anwesenden für die Mitarbeit schließt **Herr Vors. Abg. Dr. Enders** die Sitzung.

**gez. Patzwaldt**  
**Protokollführerin**

**Anlage**

## In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Guth, Jens	SPD
Köbberling, Dr. Anna	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
Roth, Thomas	FDP
Lemke, Eveline	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

## Für die Landesregierung:

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

## Landtagsverwaltung:

Klockner, Sabine	Regierungsrätin
Schlenz, Christian	Regierungsamtmann
Patzwaldt, Damaris	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)