

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

9. Sitzung am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 14:02 Uhr

Ende der Sitzung: 16:15 Uhr

Tagesordnung:

1. a) Mordverdachtsfälle in einem Seniorenheim in Lambrecht
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/877 –

b) Gewalt in der Pflege
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/911 –
2. RWI-Gutachten zu Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/831 –
3. Kennzeichnung von Homöopathika
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/876 –

Ergebnis:

Erledigt
(S. 4 – 9)

Erledigt
(S. 4 – 9)

Erledigt
(S. 10 – 15)

Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung durch die Landesregie-
rung
(S. 3)

Tagesordnung (Fortsetzung):**Ergebnis:**

- | | |
|--|---|
| 4. Derzeitiger Beratungsstand des Konzeptes "Masterplan Medizinstudium 2020"
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/884 – | Erledigt
(S. 16 – 20) |
| 5. Verbot der Anwendung von Frischzellen aus Tierföten
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/909 – | Erledigt
(S. 21 – 22) |
| 6. Cannabis für Schwerkranke
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/910 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung durch die Landesregie-
rung
(S. 3) |
| 7. Pflegeberufe-Reform - Perspektiven der Generalistik
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/912 – | Erledigt
(S. 23 – 27) |
| 8. Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Prävention
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/913 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung durch die Landesregie-
rung
(S. 3) |
| 9. Grippewelle 2017
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/914 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung durch die Landesregie-
rung
(S. 3) |
| 10. Verschiedenes | Beratung
(S. 28) |

9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders eröffnet die Sitzung, begrüßt alle Anwesenden und heißt Besucherinnen und Besucher im Ausschuss herzlich willkommen.

Vor Eintritt in die Tagesordnung:

Der Ausschuss kommt überein, die **Punkte 3, 6, 8 und 9** der Tagesordnung:

3. **Kennzeichnung von Homöopathika**
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/876 –

6. **Cannabis für Schwerkranke**
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/910 –

8. **Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Prävention**
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/913 –

9. **Grippewelle 2017**
Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/914 –

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:

a) Mordverdachtsfälle in einem Seniorenheim in Lambrecht

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/877 –

b) Gewalt in der Pflege

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/911 –

Die Tagesordnungspunkte 1 a) und 1 b) werden gemeinsam aufgerufen und beraten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders begrüßt zu diesem Tagesordnungspunkt Frau Volk aus dem Ministerium der Justiz im Ausschuss.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler schickt voraus, man könne davon ausgehen, dass die Vorgänge in Lambrecht so, wie sie sich zurzeit aufgrund der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen darstellten, kriminelle Taten einzelner Personen seien. Gleichzeitig habe dieser Vorfall dazu geführt, dass das Thema „Gewalt in der Pflege“ derzeit insgesamt eine erhöhte Aufmerksamkeit erfahre. Das komme auch in den beiden zu diskutierenden Berichtsansträgen zum Ausdruck. Dabei sei das Themengebiet „Gewalt in der Pflege“ komplex und vielschichtig, wie die Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege zeige. Einigkeit bestehe darin, dass komplexe Fragestellungen auch komplexe Antworten brauchten und dass einfache und schnelle Lösungen angezeigt seien.

Zu dem Berichtsantrag zu Tagesordnungspunkt 1. a) trägt sie vor, am 6. September 2016 habe die Leitung der Einrichtung die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG über die ihr unmittelbar zuvor bekannt gewordenen Vorwürfe der Misshandlung von Bewohnerinnen und Bewohnern durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung informiert, nachdem sie zuvor die Kriminalpolizei informiert habe. Die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG und die Staatsanwaltschaft hätten einen engen Austausch über den Sachverhalt verabredet.

Die Beratungs- und Prüfbehörde habe der Einrichtung im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit verschiedene Empfehlungen gegeben. Am 13. September 2016 habe die Einrichtungsleitung der Beratungs- und Prüfbehörde berichtet, dass alle empfohlenen Maßnahmen umgesetzt bzw. eingeleitet worden seien. Darüber hinaus seien für die unmittelbar entlassenen und derzeit unter Tatverdacht stehenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingestellt worden. Dennoch habe die Einrichtung an der selbst auferlegten Maßnahme, keine neuen Bewohnerinnen und Bewohner aufzunehmen, festgehalten, um allen in der Einrichtung lebenden und arbeitenden Beteiligten die Möglichkeit zu geben, die Ereignisse zu verarbeiten. Am 26. September 2016 habe die Beratungs- und Prüfbehörde der Aufhebung des selbst erklärten Aufnahmestopps zugestimmt.

Einen Tag vor den Weihnachtsfeiertagen habe das Ministerium erfahren, dass die Staatsanwaltschaft zwei Pflegekräfte der Pflegeeinrichtung AWO Seniorenhaus Lambrechter Tal verhaftet habe, weil es den begründeten Verdacht gegeben habe, dass diese beiden Pflegekräfte eine Person, die sie pflegen und betreuen sollten, aus niedrigen Beweggründen sowie aus Heimtücke ermordet hätten. Im Laufe der Ermittlungen sei eine dritte Person verhaftet worden, weil der Verdacht bestanden habe, dass sie ebenfalls an dieser Tötung beteiligt gewesen sei.

Die Beratungs- und Prüfbehörde habe die Einrichtung am 27. Dezember 2016 besucht und mit der Einrichtungsleitung weitere Maßnahmen besprochen, um die Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dieser schwierigen Situation zu stärken. Die Einrichtung habe sich zwischen Weihnachten und Neujahr erneut um eine professionelle Begleitung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung gekümmert. Eine bereits im September 2016 tätige Beratungsfirma habe ihre Tätigkeit am 2. Januar 2017 wieder aufgenommen.

9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

Darüber hinaus habe die zuständige Behörde in Rücksprache mit dem Ministerium veranlasst, dass sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgestockt und eine Rotation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter veranlasst werde, um die Kultur des Hinschauens zu stärken. Die Beratungs- und Prüfbehörde stehe jederzeit – nicht nur in Lambrecht – für Gespräche mit Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern telefonisch zur Verfügung und sei an einem festen Nachmittag in der Woche bis auf Weiteres mit einem Ansprechpartner in der Lambrechter Einrichtung präsent. Darüber hinaus stehe sie in einem engen Kontakt mit der Einrichtungsleitung und dem Träger, um – falls erforderlich – weitere Hilfestellungen zu geben.

Überleitend zu Tagesordnungspunkt 1. b) sei zu betonen, dass die Partnerinnen und Partner in der Pflege auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses für die Problematik von Gewalt in der Pflege oder – besser noch – von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Pflege weitere Maßnahmen und eine Kultur des Hinschauens entwickeln wollten, die strukturell wirkten.

In den Gesprächen, die sie in diesem Jahr mit der PflegeGesellschaft geführt habe, habe Einigkeit darin bestanden, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren im Bereich der Qualifizierung und Fortbildung vieles täten, um die Pflegekräfte für den Bereich „Gewalt in der Pflege“ zu sensibilisieren. Sie habe die PflegeGesellschaft gebeten, ihr einen möglichst umfassenden Überblick über die Maßnahmen, die zur Gewaltprävention ergriffen worden seien, vorzulegen.

PflegeGesellschaft und Pflegekammer hätten in den Gesprächen mit der Landesregierung übereingestimmt, dass die Öffnung einer Einrichtung in und für das Umfeld auch eine entscheidende Maßnahme zur Gewaltprävention sein könne. Besuche von Angehörigen und Gästen seien nicht nur für die Bewohnerinnen und Bewohner wichtig, sondern Besucherinnen und Besucher sowie ehrenamtlich Tätige veränderten unmerklich den Alltag und auch die Sichtweise auf die interbetrieblichen Abläufe. Sie stärkten die Kultur des Hinschauens, weil sie eine andere Perspektive auf Abläufe in der Einrichtung hätten.

Darüber hinaus habe sie mit der Pflegekammer vereinbart, dass diese eine Plattform schaffe, auf der Best-Practice-Beispiele von Maßnahmen zum respektvollen und angemessenen Umgang in der Pflege als eine Form der Gewaltprävention dargestellt würden, damit diese bekannter würden und damit ein noch besserer Austausch der Beteiligten über gute Maßnahmen der Gewaltprävention möglich sei. Weiterhin sollten gute Beispiele für die Entwicklung von gewaltvermeidenden Strukturen und Prozessen dargestellt werden. Es gebe schon zahlreiche gute Beispiele dafür, doch diese müssten noch bekannter werden, damit sie zunehmend von allen Einrichtungen auch genutzt würden. Mit der Pflegekammer habe sie auch vereinbart, dass sie eine Fachtagung zu dieser Thematik plane, auf der gute Beispiele im Detail vorgestellt werden könnten.

Des Weiteren habe sie auch mit der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG gesprochen, ob und wie der Vorschlag der Deutschen Stiftung Patientenschutz, eine Anlaufstelle auch für anonyme Hinweisgeber zu schaffen, aufgegriffen und umgesetzt werden könne. Schon heute erhalte die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG schriftliche und telefonische Hinweise – auch in anonymer Form – auf mögliche Fehlentwicklungen und mögliche Missstände in Einrichtungen. Die jeweils für die Einrichtung zuständige Person der Beratungs- und Prüfbehörde sei in der Einrichtung ausgehängt. Dennoch scheine es einfacher und leichter zu sein, wenn die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG über eine zentrale Telefonnummer erreichbar sei. Das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung prüfe daher zurzeit die Frage der Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle bei der Beratungs- und Prüfbehörde.

Darüber hinaus fördere das Land seit dem Jahr 2010 bei der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz das Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen. Dorthin könnten sich Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen, ihre Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuer, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen wenden, wenn sie Fragen und Probleme in oder mit Pflegeeinrichtungen hätten.

Träger von Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot und von den in einer Wohngruppe tätig werdenden Anbieterinnen und Anbieter müsste ein internes Beschwerdemanagement zur Verfügung stellen. In diesem Rahmen müsse es für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Ehrenamtliche und Besucher möglich sein, Hinweise auf Gewalt in der Pflege vertraulich und unter Wahrung der Anonymität nach außen geben zu können.

Auch die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner sei Ansprechpartner für Beschwerden der Bewohnerinnen und Bewohner und habe die Möglichkeit, diese mit der Leitung oder dem Träger der Einrichtung anzusprechen und eine Erledigung anzufordern. Damit bestehe ein breites Netz an Möglichkeiten, Beschwerden und Mängel bekannt zu machen und auf diesem Weg Sorge zu tragen, dass diese überprüft und abgestellt würden.

Zusammenfassend sei das Thema „Gewalt in der Pflege“ für die Pflegenden und für die Einrichtungen nicht neu. Es beschäftige sie täglich, und sehr viele Einrichtungen arbeiteten kontinuierlich daran, die betrieblichen Abläufe und Strukturen weiterzuentwickeln, um die Möglichkeit von struktureller Gewalt zu minimieren. Es werde daran gearbeitet, die Kultur des Hinschauens zu stärken, und die Landesregierung schaffe die Möglichkeiten, dass Menschen noch leichter über das Wahrgenommene berichten könnten.

Frau Abg. Thelen dankt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler für den ausführlichen Bericht und bittet um den Sprechvermerk. Wie in dem Bericht dargelegt, sei die Beratungs- und Prüfbehörde sehr früh eingebunden worden und habe sehr schnell der betroffenen Einrichtung Empfehlungen gegeben, welche Maßnahmen und Regelungen sie ergreifen solle, etwa keine neuen Bewohnerinnen und Bewohner aufzunehmen. Sie möchte wissen, welche weiteren Maßnahmen seitens der Beratungs- und Prüfbehörde dort vorgesehen worden seien.

Außerdem bewerte sie es ausdrücklich als positiv, dass neben der Möglichkeit einer permanenten telefonischen Kontaktaufnahme einmal wöchentlich ein Mitarbeiter der Behörde vor Ort präsent gewesen sei.

Sie komme auf die vernünftige Forderung von Herrn Eugen Brysch, dem Vorsitzenden der Deutschen Stiftung Patientenschutz, zu sprechen. Danach sei ein Klima zu schaffen, in dem Pflegekräfte, die Vermutungen hätten, diese in einem anonym geschützten Umfeld kundtun dürften. Er habe es mit einer Art einzurichtendem Whistleblower-System beschrieben. Sie möchte wissen, ob Frau Staatsministerin dieses Ziel unterstütze.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler merkt an, die Beratungs- und Prüfbehörde habe der Einrichtung nach dem Vorfall am 6. September 2016 Empfehlungen zu den folgenden Bereichen gegeben: zur Begleitung, zum Schutz und zu möglichen zu ergreifenden therapeutischen Maßnahmen für die betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner; zu Maßnahmen zur Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; zur Information des Vertretungsgremiums der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörigen, gesetzlichen Betreuer sowie der Mitarbeiter; Empfehlungen der Beratung bezüglich externer Schulungen, zum Beispiel zum Thema „Gewalt in der Pflege“ für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Vorbereitung auf eine Presseerklärung, um auf mögliche Anfragen der Presse reagieren zu können.

Darüber hinaus sei eine Rotation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ein verstärkter Personaleinsatz im Tag- und Nachtdienst empfohlen worden, die sie vorgetragen habe.

Derzeit werde die Installation einer zentralen Rufnummer geprüft. Das Informations- und Beschwerde-telefon der Verbraucherzentrale stelle bereits eine Ansprechmöglichkeit dar. Darüber hinaus gebe es die Möglichkeit, sich an das interne Beschwerdemanagement oder die Bewohnerbeiräte zu wenden oder direkt bei der Beratungs- und Prüfbehörde anzurufen. Da der Fall sehr intensiv in der Öffentlichkeit gewesen sei, erfolgten auch immer wieder anonyme Hinweise, denen nachgegangen werde und die entsprechend bearbeitet würden.

Frau Abg. Blatzheim-Roegler dankt Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler für die Ausführungen und begründet den Antrag ihrer Fraktion. Sie habe der Umfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege entnommen, dass das Thema „Gewalt in der Pflege“ besonders zu betrachten sei. Auch solle die Möglichkeit geschaffen werden, wie anonyme Hinweise aufgenommen werden könnten. Dazu seien schon einige Beispiele genannt worden.

Es gehe darum, diese Maßnahmen prominenter zu bewerben. Zumindest in den größeren Einrichtungen gebe es entsprechende Aushänge mit Hinweisen auf solche Telefonstellen. Es sei zu überprüfen, inwieweit das für kleinere Einrichtungen gelte.

9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

Außerdem würde sie interessieren, wie die ambulanten Pflegedienste in eine Qualifizierung und Sensibilisierung mit einbezogen werden könnten. Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler habe erwähnt, dass man in Lambrecht eine Rotation eingeführt habe. Auf der anderen Seite gebe es Bemühungen, den Betreuten möglichst ständige Ansprechpartner zu geben. Es sei zu überlegen, wie man beiden Anliegen gerecht werde.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erwidert im Hinblick auf die Frage nach der Rotation, als die Situation noch sehr unklar gewesen sei, sei es wichtig gewesen, zunächst eine Empfehlung abzugeben. Erst sei ein Wechsel notwendig gewesen, weil auffällig gewesen sei, dass diese Vorfälle vor allen Dingen in einem Wohnbereich stattgefunden hätten.

Zwischenzeitlich hätten aber auch Gespräche vor Ort stattgefunden. Die Einrichtungsleitung verhalte sich gegenüber der Beratungs- und Prüfbehörde sehr kooperativ und gehe sehr offen mit diesen Maßnahmen um. Sie habe sich auch Gedanken gemacht, wie es für die Bewohnerinnen und Bewohner behutsam verträglich gestaltet werden könne.

An einem Rotationsprinzip werde zwar nach wie vor festgehalten, aber ab dem 1. März an einer etwas abgeschwächteren Form, damit eine Bezugspflege ermöglicht werde und es die Bewohnerinnen und Bewohner nicht ständig mit neuen Ansprechpartnern zu tun hätten. Gerade für ältere Menschen – auch mit kognitiven Einschränkungen – sei es schwierig, sich darauf immer wieder aufs Neue einzustellen. Man habe mit den Bewohnern und Heimbeiräten darüber gesprochen, die diese Maßnahmen sehr begrüßt hätten.

Hinweise zum Info- und Beschwerdetelefon und die Ansprechpartner bei der Beratungs- und Prüfbehörde hingen in jeder Einrichtung aus. Es sei beabsichtigt, ggf. erneut darauf hinzuweisen, wenn eine zentrale Telefonnummer geschaltet werden solle. Es werde darüber nachgedacht, die Hinweise ggf. auffälliger zu gestalten.

Wichtig sei ferner, wie die ambulanten Pflegedienste mit einbezogen würden. Lambrecht sei ein Einzelfall; es solle auch nicht den Eindruck erwecken, dass das Thema in allen Einrichtungen präsent sei. Nichtsdestoweniger bestehe die Absicht, die in Rheinland-Pfalz schon bestehende Kultur des Hinschauens in Zukunft zu intensivieren. Sie halte es deswegen für richtig, sich nicht nur die stationären Einrichtungen, sondern auch den ambulanten und häuslichen Bereich anzusehen.

Es gebe derzeit Gespräche mit der Landespflegekammer und der PflegeGesellschaft. Letztere führe momentan auch eine Abfrage durch, welche Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen vorhanden seien und welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im stationären und im ambulanten Bereich erreicht worden seien. Es seien entsprechende Studien auszuwerten, um ganz gezielt Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarf aufzudecken und landesweit Beratungs- und Schulungsangebote anzubieten.

Frau Abg. Anklam-Trapp merkt an, die Ereignisse in Lambrecht hätten alle zutiefst getroffen und betroffen gemacht. Es sei aber nicht der erste Fall von gefährlicher Pflege oder Gewalt in der Pflege in Rheinland-Pfalz, und deswegen sei die Arbeit der Beratungs- und Prüfbehörde von enormer Wichtigkeit.

Die SPD begrüße ausdrücklich die zentrale Telefonnummer, die anonym von Angehörigen, Patienten, Pflegefachkräften und Ehrenamtlichen angewählt werden könne. Es müsse klar erkenntlich sein, an wen sich Betroffene anonym und nachhaltig wenden könnten, damit es verfolgt werden könne, ohne dass es in die Breite gehe.

Laut einem SWR-Bericht sei die Situation in Lambrecht nicht aufgrund einer Überlastung in der Pflege entstanden. Im Moment liefen die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen, die natürlich nicht behindert werden sollten. Die Frage sei aber, ob ursächlich dafür Überlastungsprobleme oder die menschliche berufliche Eignung für diesen empathischen Beruf gewesen seien.

Zur Ausbildung merkt sie an, wenn jemand einen Pflegeberuf ergreife und es mit schwachen, schwerstkranken und alten Menschen zu tun habe, sei eine gewisse Sensibilität erforderlich.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler verdeutlicht, schon jetzt die Möglichkeit, Hinweise anonym zu geben, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem

LWTG diesen Hinweisen auch schon unter den jetzigen Bedingungen allen einzeln nachgingen. Die zentrale Telefonnummer sei ein zusätzliches Angebot.

Bei der Motivation hätten im Fall Lambrecht niedrige Beweggründe und Heimtücke eine Rolle gespielt. Das habe nichts mit Überlastung zu tun. Die Staatsanwaltschaft spreche von Langeweile, die als Motiv von den Verdächtigen angegeben worden sei.

Es sei zwischen krimineller oder struktureller Gewalt zu unterscheiden. Im Fall Lambrecht handele es sich ganz klar um kriminelle Gewalt. Strukturelle Gewalt bestehe bei Belastung und Überlastung. An der Stelle setzten die Schulungs- und Beratungsangebote an, etwa zum Umgang mit Stress und schwierigen Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern. Beim Thema der kriminellen Gewalt könne mit Schulungsangeboten nicht viel bewirkt werden. Dort sei eher eine Kultur des Hinschauens notwendig, um bei Anzeichen umgehend reagieren zu können.

Im Bereich der Ausbildung, sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege und Krankenpflegehilfe, würden auch Kompetenzen und Fragen der Ethik behandelt. Bestandteile der jetzigen Ausbildung seien beispielsweise ethische Herausforderungen der Altenpflege, Reflexion der beruflichen Rolle und des eigenen Handelns und der Umgang mit Krisen und schwierigen sozialen Situationen.

Frau Abg. Anklam-Trapp spricht das Thema der häuslichen Pflege an, die nicht über das LWTG geregelt sei. Auch dort sei Gewalt nicht ausgeschlossen, sodass auch für diesen Bereich die zentrale Telefonnummer geschaltet werden könne.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erwidert, häusliche Pflege finde im privaten Raum statt. Wenn in diesem Gewalt von Angehörigen ausgeübt werde, sei das kein Fall für das Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale oder die zentrale Telefonnummer. Das sei ein Fall für die Staatsanwaltschaft bzw. die Polizei. Etwas anderes wäre es, wenn durch einen ambulanten Pflegedienst Gewalt im häuslichen Bereich ausgeübt und festgestellt würde.

Herr Abg. Wäschenbach möchte wissen, ob es in der Einrichtung in Lambrecht eine Angehörigenvertretung oder einen Bewohnerbeirat gegeben habe, oder ob sich der Fall in einer geschlossenen Station ereignet habe.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler merkt an, es gebe in dem Seniorenheim in Lambrecht einen Bewohnerbeirat. Die Einrichtung werde auch über ein internes Beschwerdemanagement verfügen, und die Telefonnummer der Ansprechpartner der Beratungs- und Prüfbehörde hänge dort aus.

Herr Scholten (Abteilungsleiter im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) ergänzt, in dem Bewohnerbeirat seien sowohl Bewohnerinnen und Bewohnern als auch Angehörige vertreten, die dort sehr gut mitarbeiteten und sich auch positioniert hätten.

Herr Abg. Wäschenbach sieht ein hohes Maß an Missbrauchsmöglichkeiten oder der Denunziation. Er habe selbst schon miterleben müssen, wie sich demenzkranke Patienten eingebildet hätten, missandelt worden zu sein, was sich nach wenigen Nachfragen als unwahr herausgestellt habe. Die meisten in der Pflege verrichteten ihren Beruf sehr gewissenhaft.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stimmt mit ihrem Vorredner überein. Trotzdem müsse eine einfache Möglichkeit der Beschwerde angeboten werden. Am Telefon selbst säßen qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die einen Menschen aufgrund ihrer Erfahrung und ein paar gezielten Nachfragen einschätzen könnten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders geht ergänzend auf den Hinweis von Herrn Wäschenbach ein. Aus seiner Erfahrung als Arzt sei ihm bekannt, dass demenzielle Patienten des Öfteren eine falsche Wahrnehmung hätten.

Frau Abg. Thelen kommt auf den konkreten Fall zurück. Es sei auch wichtig zu wissen, seit wann die verdächtigten Mitarbeiter in der Einrichtung gearbeitet hätten, wo sie vorher gewesen seien und ob sichergestellt werden könne, dass alle Taten und Übergriffe erkannt worden seien. Eine weitere Frage sei, wann die Einrichtung von der Beratungs- und Prüfbehörde zuletzt überprüft worden sei.

9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bekräftigt, die Fragen nach den Tatverdächtigen würden derzeit durch die Staatsanwaltschaft geprüft. Es werde untersucht, ob es Auffälligkeiten und Verdachtsmomente gegeben habe.

Auf Veranlassung der Beratungs- und Prüfbehörde sei einem Tatverdächtigen die staatliche Berufsbezeichnung als Altenpfleger zum 15. Dezember 2016 aberkannt worden. Bei dem zweiten Tatverdächtigen laufe das Verfahren derzeit noch, und der dritte Tatverdächtige habe über keine entsprechende Ausbildung verfügt.

Die Beratungs- und Prüfbehörde habe am 3. Juni 2016 das letzte Mal die Einrichtung geprüft. Das Ergebnis der Prüfung sei unauffällig gewesen.

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

Die Anträge – Vorlagen 17/877/911 – haben damit ihre Erledigung gefunden.

Punkt 2 der Tagesordnung:

RWI-Gutachten zu Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/831 –

Frau Abg. Dr. Machalet führt aus, das Thema Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz beschäftige sie schon länger intensiv, und das RWI-Gutachten untersuche noch einmal sehr ausführlich die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz. Insofern sei es selbstverständlich, sich im zuständigen Ausschuss intensiv mit dem RWI-Gutachten zu befassen. In der letzten Sitzung sei es schon auf die Tagesordnung gesetzt worden, damit in der aktuellen Sitzung hoffentlich der nötige Raum vorhanden sei, um sich darüber ausführlich auszutauschen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung habe im November 2016 einen im Auftrag der Krankenkassenverbände erstellten Endbericht vorgelegt, der die Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland beleuchte. Ziel dieser Betrachtung solle die Formulierung von Handlungsempfehlungen zur strukturellen Verbesserung und Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sein.

Das Gutachten mache unter der Überschrift „Krankenhausstrukturen“ deutliche Aussagen zu einigen wichtigen Vorteilen, durch die die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz gekennzeichnet sei. Festgestellt werde, dass die messbare medizinische Qualität der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser im Vergleich mit dem bundesdeutschen Durchschnitt als gut einzustufen sei.

Des Weiteren attestiere das Gutachten Rheinland-Pfalz eine gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit einem Grundversorgungsangebot und stelle insgesamt eine überdurchschnittlich gute Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz fest. Das Gutachten konstatiere mit Verweis auf diese Tatsachen hohe Werte bei Befragungen der Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung.

Als einen weiteren Vorteil werte das Gutachten schließlich das überdurchschnittlich hohe Niveau der Ausbildungsaktivitäten in den Krankenhäusern. Rheinland-Pfalz bilde demnach gemeinsam mit dem Saarland die absolute Spitze bei der Zahl der Krankenhaus-Ausbildungsplätze im Verhältnis zur Fallzahl. In Rheinland-Pfalz sei ihre Zahl nach dem Jahr 2011 entgegen dem Bundestrend sogar wieder angestiegen.

Mit Blick auf die strukturellen Merkmale der Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz merke die Studie eine unterdurchschnittliche Diversifizierung des medizinischen Angebotes an. Dies werde daran festgemacht, dass 65 % der Krankenhäuser ein Grundversorgungsangebot mit Innerer Medizin und Chirurgie bereithielten, während nur 35 % sich zu einer reinen Fachklinik spezialisiert hätten. Nach dieser Betrachtung sei also ein Krankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung, das auch die Grundversorgung abdecke, ein Indiz für mangelnde Diversifizierung. Die Feststellung ziele aber wohl primär auf die Grundversorger in der Fläche. Allerdings sei die Erreichbarkeit gerade der Häuser mit Grundversorgungsangebot zuvor noch als hohe Qualität gelobt worden. Mit Blick auf die Spezialisierung belege das Gutachten, dass der Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz über dem Bundesdurchschnitt liege.

Zur Feststellung des Gutachtens, eine stärkere Schwerpunktbildung und Spezialisierung begünstige die Versorgungsqualität, erleichtere die Bindung von Fachkräften und erhöhe die Wirtschaftlichkeit, sei festzuhalten, dass die Landesregierung in Rheinland-Pfalz die Bildung von Verbänden mit diesem Argument auch in der krankenhauplanerischen Praxis unterstütze. Das Gutachten aber empfehle die Förderung von Verbundbildungen, ohne sich deren Realität in Rheinland-Pfalz anzusehen. Auch die Empfehlung zur Altersmedizin, diese an ausgewählten Standorten mit ausreichend vielen Fachdisziplinen zu konzentrieren, werde nicht an der Realität des rheinland-pfälzischen Geriatrie-Konzeptes gemessen.

Das Gutachten stelle im Übrigen selbst fest, dass in Rheinland-Pfalz ein höherer Anteil hochspezialisierter Einrichtungen als im Bundesdurchschnitt vorliege, spreche dann aber auch wieder von unklarer Spezialisierung. Mit Blick auf die Frage der Spezialisierung sei das Gutachten also schillernd und helfe

nicht weiter. Rheinland-Pfalz sei hier auf dem richtigen Weg, aber noch nicht an dessen Ende angekommen.

Im Hinblick auf die ökonomischen Aussagen des Gutachtens merkt sie an, dass Rheinland-Pfalz den höchsten Landesbasisfallwert habe, sei Fakt, und er liege rund 6 % über dem Bundesdurchschnitt. Bemerkenswerterweise stelle der Projektbericht fest, dass die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz jedoch nicht profitabler als Krankenhäuser im Bundesdurchschnitt seien. Mehrkosten seien insbesondere auf eine bessere Pflegepersonalausstattung der hiesigen Krankenhäuser und daraus resultierende höhere Personalkosten zurückzuführen. In Rheinland-Pfalz sei demnach ein höherer Preis offenbar einer besseren Personalausstattung zugutegekommen. Die Mittel der Kostenträger seien demnach zweckentsprechend für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten verwendet worden und seien nicht, wie des Öfteren behauptet, auf die vermeintlich zu geringe Investitionsfinanzierung des Landes zurückzuführen.

Der Projektbericht komme bei Betrachtung des Krankenhauswettbewerbs zu dem Ergebnis, dass in Rheinland-Pfalz zu wenig Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt herrsche, und führe dies auf den hohen Anteil an freien gemeinnützigen Krankenhausträgern und den zu geringen Anteil an privaten Krankenhausträgern zurück. Es dürfe nicht verkannt werden, dass unabhängig von der Trägerschaft sämtliche Krankenhäuser – soweit ihr Versorgungsauftrag dies zulasse – unter den Bedingungen des voll pauschalierenden Entgeltsystems konkurrieren müssten. Letztlich entscheide der Erfolg des einzelnen Krankenhauses über sein Bestehen bzw. seinen Verbleib beim gegenwärtigen Träger, da Unwirtschaftlichkeiten bzw. mangelnder Markterfolg im DRG-Entgeltsystem klar zutage träten. Dass private Träger Kostensenkungen bei den Krankenhäusern an die Kostenträger weitergäben, sei aufgrund deren im Schnitt stärkeren Bindung an das Ertragsdenken nicht erwiesen, wie überhaupt das Gutachten nicht hinreichend berücksichtige, dass Kostensenkungen im System leistungsorientierter Vergütung keineswegs automatisch den Kostenträgern zugutekämen.

Das Gutachten komme weiterhin zu dem Ergebnis, dass Rheinland-Pfalz bei den Fördermitteln bundesweit im Durchschnitt liege. Es werde auch darauf hingewiesen, dass die Mittel aus dem Strukturfonds genutzt werden müssten. Rheinland-Pfalz beabsichtige, durch seine Kofinanzierung des Strukturfonds zu gewährleisten, dass die Mittel in Rheinland-Pfalz in vollem Umfang ausgeschöpft werden könnten.

Im Gutachten würden noch höhere Fördermittel für erforderlich gehalten, wobei die Darlegungen dazu teilweise nicht nachvollziehbar seien und damit wohl auch nicht nur die Fördermittel des Landes gemeint seien. Da die Landesregierung die Krankenhausfördermittel in Rheinland-Pfalz in den kommenden Jahren noch einmal deutlich aufstocken werde und zudem die Fördermittel im Rahmen des Strukturfonds den Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz zusätzliche Mittel in Höhe von insgesamt 48 Millionen Euro brächten, werde sich eine finanzielle Verbesserung und eine Erhöhung der Investitionskraft für die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz ergeben.

Das Gutachten beleuchte die Krankenhausstrukturen sowohl des Saarlandes als auch in Rheinland-Pfalz. Auch wenn hierbei verschiedene Aspekte des Krankenhausbetriebs gewürdigt würden, gehe das Institut doch auf wichtige Punkte nicht oder nur unzureichend ein. Auch könne der Darstellung nicht durchgehend eine schlüssige, begründete Herleitung der Bestandsaufnahme entnommen werden. Es sei nicht zu übersehen, dass das vorliegende Gutachten primär – dabei aber durchaus mitunter verkürzt – die Sicht der Kostenträger und nicht die der übrigen Beteiligten der Krankenhausplanung abbilde.

Zudem ziele es in seinen Grundzügen eher auf eine vergleichende Betrachtung der Situation der verschiedenen Bundesländer ab – eines Benchmarks also – und unternehme den Versuch einer eher betriebswirtschaftlichen Aufarbeitung. Das RWI-Gutachten berücksichtige in seiner Zielsetzung einer Kostensenkung nicht die aktuelle Diskussion um eine faire, auskömmliche Krankenhausfinanzierung, Forderungen nach mehr Pflegepersonal und Forderungen nach mehr Zuwendung für Patientinnen und Patienten sowie höherer Qualität der Behandlung.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bittet zu berücksichtigen, wer das Gutachten bestellt habe. Dies seien die Kostenträger VDEK, AOK, IKK Südwest etc. Bezüglich der pflegerischen Versorgung entstehe der Eindruck, es sei alles in Ordnung. Die öffentliche Wahrnehmung sei eine andere, sonst hätten nicht das

Ministerium oder auch die CDU entsprechende Initiativen für Veranstaltungen in diesem Jahr ergriffen, um das Thema aufzuarbeiten.

Zur Bewertung der Investitionsförderung weist er auf das Fazit des Gutachtens hin. Auf Seite 45 sei zu lesen: „Aber auch klug eingesetzte Investitionen verbessern die Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Krankenhausversorgung. Dazu sind die Investitionsfördermittel der Länder zu erhöhen sowie die Mittel des Strukturfonds zu nutzen.“ Beides sei gleichermaßen wichtig, und derzeit sei man dabei, den Inflationsausgleich langsam, aber stetig herbeizuführen. Es gebe noch andere Erwartungen für die Zukunft, und das Thema werde in den Haushaltsberatungen noch eine Rolle spielen. Es bestünden unterschiedliche Wahrnehmungen und das werde auch mittelfristig so bleiben. Es sei aber die Aufgabe der Opposition, immer wieder auf ihre Sicht hinzuweisen.

Frau Abg. Thelen bemerkt, sie habe bei den bewertenden Äußerungen von Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler den Eindruck gehabt, dass sie selbst das Gutachten insgesamt nicht für so stichhaltig halte, dass sie es selbst für eine wichtige Grundlage ihrer Krankenhausplanung ansehen würde. Sie möchte wissen, ob ihre Wahrnehmung richtig sei.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler versichert, sich natürlich intensiv mit diesem Gutachten auseinanderzusetzen. Ihr sei es wichtig gewesen, deutlich zu machen, dass sich das Gutachten zum Teil widerspreche oder nicht auf die Realitäten eingehe. Ein Beispiel sei das Thema der Verbundbildung, das es in Rheinland-Pfalz gebe. Des Weiteren widersprüchlich gewesen sei das Thema der Grundversorgung: Auf der einen Seite werde es im Gutachten positiv bewertet, auf der anderen Seite werde eine Spezialisierung gefordert.

Nichtsdestoweniger müsse man sich diese Hinweise und die Auswertung noch genau ansehen. Für die Landeskrankenhausplanung werde man ein eigenes Gutachten noch in Auftrag geben. Der Landeskrankenhausplan werde dann aufgrund der verschiedenen Erkenntnisse erarbeitet.

Frau Abg. Dr. Machalet ergänzt, bei vielen Punkten des Gutachtens müsste man überlegen, ob sie der Realität in Rheinland-Pfalz entsprächen.

Vor dem Hintergrund der Diskussion um das Krankenhausstrukturgesetz definiere das Gutachten messbare Qualität, unter anderem gute Erreichbarkeit, überdurchschnittlich gute Versorgung und Zufriedenheit und ein hohes Niveau an Ausbildung. Derzeit diskutiere man über die Einführung von Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Es stelle sich die Frage, inwiefern das Gutachten dafür eine Rolle spielen werde bzw. ob beabsichtigt sei, die vorgeschlagenen Qualitätskriterien in die Landeskrankenhausplanung aufzunehmen, auch was das Thema Mindestmengenregelung sowie die Auswirkungen auf die kleinen Krankenhäuser angehe.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erwidert, in Rheinland-Pfalz gebe es schon Qualitätskriterien, beispielsweise für Schlaganfall, Herzinfarkt und Brustzentren. Neu durch das Krankenhausstrukturgesetz seien planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Die Aussagen des Gutachtens zu den Qualitätsmerkmalen seien jedoch zu oberflächlich, verglichen mit dem Krankenhausstrukturgesetz und dem, was der Gemeinsame Bundesausschuss an Handlungsleitlinien gebe. Der Gemeinsame Bundesausschuss werde diese Kriterien nach und nach vorgeben, und in der Hoheit der Länder werde zu entscheiden sein, welche für Rheinland-Pfalz umsetzbar seien. Dazu gehörten auch Fragen der Mindestmengen. Das werde aber im Rahmen des Landeskrankenhausgesetzes zu regeln sein.

Es sei beabsichtigt, die vorhandene gute Qualität aufrechtzuerhalten. Angestrebt werde eine bedarfsgerechte Versorgung, wobei es ein Unterschied sei, ob es sich um ein Flächenland oder beispielsweise einen Stadtstaat handle.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bittet um eine Übersicht der kardiologischen Schwerpunkte und der für die Herzinfarktversorgung spezialisierten Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt eine solche Übersicht mit den Zuständigkeiten und Einzugsbereichen zu.

Herr Abg. Dr. Gensch bittet Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler ihre Aussage, die Investitionskraft der Krankenhäuser werde durch den Krankenhausstrukturfonds gestärkt, zu erklären.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler führt aus, die Investitionen würden durch die erhöhten Investitionsmittel der Landesregierung gefördert. Dadurch werde die Investitionskraft erhöht. Der Strukturfonds diene der Umstrukturierung und der Zukunftssicherung der Standorte. Damit könne beispielsweise kein Neubau eines OPs finanziert werden, sondern das gehe nur durch die Investitionsmittel. Eine Erhöhung sei für die gesamte Legislaturperiode vorgesehen, sodass dadurch die Investitionskraft vor Ort erhöht werde.

Herr Abg. Dr. Gensch stellt klar, der Krankenhausstrukturfonds sei de facto ein „Krankenhausabrissfonds“. Dies sei ein anderes Wort für Umstrukturierung, aber es gehe darum, die Krankenhauslandschaft zu konsolidieren und Standorte bzw. einzelne Abteilungen zu konzentrieren. Das bedeute, Gelder seien nur zu bekommen, wenn Krankenhäuser geschlossen oder Strukturen zusammengelegt würden. Somit sei es ein Strukturfonds zur Konzentration und Reduzierung der Anzahl von Stationen und Krankenhäusern.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bestätigt, der Strukturfonds diene zur Konzentration und damit auch zur Effizienz- und Qualitätssteigerung. Wenn aus zwei Standorten ein effektiver Standort werde, an dem die Qualität gewährleistet und Arbeitsplätze erhalten werden könnten, dann habe der Strukturfonds für sie nichts mit einem Abrissfonds zu tun. Vor diesem Hintergrund stärke langfristig Konzentration die Standorte.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders vermutet, beide meinten das Gleiche. Es gehe darum, aus der Not heraus gewisse Strukturen zu erhalten. Der Rückbau eines Krankenhauses zu einem Gesundheitszentrum sei kein Fortschritt in die Zukunft. Das sei nur eine Lösung, die eine Versorgungssicherheit auf einem bestimmten Niveau sicherstelle.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, es gehe nicht um den Rückbau in ein Gesundheitszentrum, sondern darum, aus zwei Standorten wieder einen starken Standort zu machen. Es habe nichts mit Rückbau, sondern mit Stärkung von Strukturen zu tun.

Herr Abg. Dr. Gensch wendet ein, die Ausschüttung der Mittel sei immer daran gekoppelt, dass Kapazitäten reduziert würden, gerade wenn es um Bettenkapazitäten in Regionen oder Fachrichtungen gehe, in denen eine Überversorgung vorliege. Er möchte wissen, ob Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler dies genauso sehe.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erwidert, die Ausschüttung der Mittel sei nicht ausschließlich an die Reduzierung von Betten und Kapazitäten, sondern auch an die Stärkung und die Konzentration gekoppelt. Rheinland-Pfalz sei das erste Bundesland gewesen, das einen Förderantrag gestellt habe.

Frau Dr. Heinemann (Abteilungsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) verweist auf die Krankenhausstrukturverordnung des Bundes. Eine Möglichkeit sei ein Abbau von Betten wie in Zweibrücken, was allgemein durch die Presseberichterstattung bekannt sei. Die zweite Möglichkeit, über die sie gerade mit den Krankenkassen diskutiere, sei eine Konzentration von Standorten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders stellt fest, die Diskussion habe zu einer Differenzierung beigetragen. Es gebe verschiedene Nuancen.

Frau Abg. Dr. Machalet bittet um nähere Informationen zu den derzeit schon kursierenden Gerüchten über Zahlen, wie viele Standorte in Rheinland-Pfalz Mittel aus dem Strukturfonds beantragen könnten.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erwidert, um die Mittel aus dem Strukturfonds zu erhalten, sei das Einvernehmen mit den Kassen herzustellen. Dieses Einvernehmen sei noch nicht in allen Fragen hergestellt worden.

Frau Dr. Heinemann führt ergänzend aus, ein Beispiel sei sicherlich das Großprojekt Zweibrücken mit einer hohen Bindung von Investitionsmitteln.

Es gebe noch weitere Anträge, die gestellt worden seien. Dieser aufwändige Planungsprozess sei relativ schnell zu starten, sodass die Standorte wahrscheinlich nicht fristgerecht ihre Anträge einreichen könnten. Näheres werde jedoch erst feststehen, wenn das Einvernehmen mit den Kassen hergestellt worden sei.

Frau Abg. Dr. Groß wirft die Frage auf, ob sie es richtig verstanden habe, dass die Gelder des Strukturfonds vom Bund in Höhe von einer halben Milliarde Euro nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer aufgeteilt würden. Darüber hinaus wünscht sie zu erfahren, ob ein Bundesland, wenn es Gelder aus dem Strukturfonds erhalten wolle, genau das Objekt – also ein bestimmtes Krankenhaus – benennen müsse, welches umzustrukturieren sei, oder ob der Hinweis ausreichend sei, dass es im Zuge der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes zu Konzentrationen kommen werde, weshalb man schon einmal vorsorglich eine gewisse Summe abrufen wolle.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bestätigt, die Gelder des Strukturfonds würden nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder verteilt. Demnach entfielen auf das Land Rheinland-Pfalz 24 Millionen Euro, die das Land aber nur dann bekommen könne, wenn es 24 Millionen Euro kofinanzieren. Dazu sei man bereit, und dies sei auch so vorgesehen. Aber das tatsächliche Abrufen der Gelder könne nur im konkreten Einzelfall erfolgen. Das bedeute, man müsse ein ganz konkretes Krankenhaus benennen und auch angeben, wie viel Geld man dafür benötige. Erst wenn die Krankenkassen zugestimmt hätten und der Antrag durch das BVA genehmigt worden sei, könne das Land Geld aus dem Strukturfonds erhalten. Man könne nicht im Vorhinein einen Bedarf anmelden, sondern es müsse immer spitz auf das einzelne Haus heruntergebrochen werden.

Es gebe einen Antragsschluss, bis wann die Anträge gestellt sein müssten. Es sei das Ziel von Rheinland-Pfalz, die Mittel, die ihm vom Bund zur Verfügung gestellt worden seien, auch komplett zu nutzen. Es sei das Bestreben, die Frist mit ganz konkreten Anträgen auch einzuhalten.

Frau Abg. Dr. Groß führt weiter aus, im Haushaltsplan 06 seien einschließlich der Gelder vom Bund jährlich 17 Millionen Euro, also insgesamt 34 Millionen Euro, aus dem Strukturfonds vorgesehen. Sie möchte wissen, welche Krankenhäuser konkret betroffen seien.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erläutert, das Geld sei für Rheinland-Pfalz vorgesehen, aber der Mittelzufluss könne erst dann erfolgen, wenn man sich mit den Krankenkassen geeinigt habe, und erst dann könne das Geld auch verausgabt werden. Es sei geplant, dass entsprechend dieser Höhe auch Anträge genehmigt würden und das Land die Zustimmung der Kassen erhalte. Dies sei beabsichtigt, und darauf arbeite man derzeit hin; deswegen müsse man es im Einzelplan 06 auch so berücksichtigen.

Frau Abg. Blatzheim-Roegler zeigt sich ein wenig irritiert über den Ausdruck des Krankenhausabrissfonds, der in der Diskussion gebraucht worden sei und den sie an dieser Stelle für völlig verfehlt halte. Alle wollten sich darum bemühen, auch im ländlichen Raum perspektivisch eine gute medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten. In Wittlich und in Bernkastel-Kues hätten lange Zeit zwei Krankenhäuser nebeneinander bestanden. Irgendwann sei aber jedem klar geworden, dass dies nicht länger möglich sein könne. Natürlich hätten die Menschen in Bernkastel-Kues nur ungern auf ihr Krankenhaus verzichtet; aber in der Regel gingen die Patienten bei vorhersehbaren Operationen immer dort hin, wo sie sich gut versorgt fühlten, und dafür benötige man beispielsweise auch eine Mindestzahl an Operationen.

Gerade am Standort Bernkastel-Kues sei es gelungen, mit dem bestehenden Krankenhaus, das zugegebenermaßen verkleinert worden sei, neue Angebote zu schaffen, die eine Sicherstellung des Krankenhauses ermöglichten. Beispielhaft verweise sie auf die neue Station „Akutgeriatrie und Altersmedizin“, die für die Region sehr wichtig sei und die das Wittlicher Krankenhaus an seinem Standort nicht gewährleisten könne. Bisher sei die Psychiatrie in Wittlich unter keinen guten Bedingungen untergebracht gewesen, und nun werde am Standort Bernkastel für die Psychiatrie ein komplett neues Haus gebaut.

Des Weiteren verweise sie auf die Geburtenzahlen, die im Wittlicher Krankenhaus in den vergangenen Jahren gestiegen seien. Im letzten Jahr hätten dort 970 Geburten stattgefunden. Dies sei für ein Krankenhaus im ländlichen Raum sehr viel. Vor diesem Hintergrund bitte sie darum, dieses Politikfeld etwas differenzierter zu betrachten. Einige Abgeordnete hätten die Kompetenz als Arzt, die sie in die Diskussion einbringen könnten, aber sie habe die Kompetenz einer jahrzehntelangen Kommunalpolitikerin sowie als Mutter von vier Kindern und zwei Enkelkindern, und sie habe einen Ehemann, der einen sehr schweren Unfall gehabt habe, und für jeden Bedarf habe man glücklicherweise immer die richtige Behandlung finden können. Diese Schwarz-Weiß-Diskussion habe ihr nicht so gut gefallen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders stellt klar, die Diskussionen in diesem Ausschuss würden sehr sachlich geführt, und es sei auch sehr viel Kompetenz vorhanden.

Der Begriff „Krankenhausabrissfonds“ sei im Krankenhausbereich geprägt worden. Es sei ein Begriff, um eine kontroverse Diskussion zu untermalen.

Herr Abg. Dr. Gensch sieht den Krankenhausstrukturfonds an sich als ein sinnvolles Mittel an. Er sei aber dazu da, um zu konzentrieren und durchaus auch zu reduzieren. In den Pressemitteilungen des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums werde immer der Eindruck vermittelt, als handele es sich tatsächlich nur um Investitionsfördermittel, die über Jahre und Jahrzehnte in die Krankenhäuser investiert würden, um dort die medizinische Versorgung zu verbessern. Dies sei sein Kritikpunkt gewesen.

Ihm sei darüber hinaus in der Diskussion nicht ganz klar geworden, weshalb im Einzelplan 06 insgesamt nur 34 Millionen Euro eingestellt worden seien, wengleich die Gesamtsumme von Bund und Land doch 48 Millionen Euro betrage.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, die Summe sei auch gestreckt auf die Folgejahre. Der Haushaltsplan gelte nur für 2017 und für 2018, aber die 48 Millionen Euro erstreckten sich darüber hinaus noch auf die Folgejahre.

Herr Abg. Dr. Gensch merkt dazu an, das Programm laufe nur bis 2018 und werde nur dann verlängert, wenn andere Bundesländer ihre zur Verfügung stehenden Mittel nicht abgerufen hätten. Nur dann erhalte das Land weitere ergänzende Mittel, die man momentan noch gar nicht abschätzen könne.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, es gehe auch darum, wann die Mittel abgerufen würden. Umstrukturierungs- und Konzentrationsprozesse seien nicht in den nächsten zwei Jahren abgeschlossen. Man habe im Haushaltsplan einen Teil der Mittel angesetzt, und der andere Teil werde in den Folgejahren verfügbar sein. Ziel sei es, die 48 Millionen Euro komplett nicht nur veranschlagt, sondern auch verausgabt zu haben.

Auf Bitten des Herrn Vors. Abg. Dr. Enders sagt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler zu, dem Ausschuss eine Übersicht der kardiologischen Schwerpunkte und der für die Herzinfarktversorgung spezialisierten Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz zuzuleiten.

Der Antrag – Vorlage 17/831 – hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Derzeitiger Beratungsstand des Konzeptes „Masterplan Medizinstudium 2020“

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/884 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, die amtierende Bundesregierung habe im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode vereinbart, dass für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium ein „Masterplan Medizinstudium 2020“ von den Gesundheits- und Wissenschaftsministerinnen und -ministern des Bundes und der Länder entwickelt werde. Zur Erarbeitung des Masterplans sei daher eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gebildet worden, in der das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die Gesundheitsminister- und Kultusministerkonferenz vertreten seien.

Diese Arbeitsgruppe, in der auch Rheinland-Pfalz intensiv und aktiv mitgewirkt habe, habe sich mehrfach zusammengesetzt, um einen Entwurf für den Masterplan zu formulieren. Dabei hätten sich aber alle Beteiligten von Anbeginn an darauf verständigt, dass die Ergebnisse der Arbeitsgruppe streng vertraulich zu behandeln seien und eine Weitergabe, Verwertung oder Mitteilung nicht gestattet sei. Dabei bitte sie um Verständnis, dass sie zum jetzigen Zeitpunkt keine näheren Informationen über den Stand und die Inhalte der Erarbeitung des Masterplans geben könne. Die Beteiligten hätten Vertraulichkeit vereinbart, und diese werde sie wahren. Ihr sei natürlich auch bekannt, dass die Ärztezeitung bereits im Dezember vergangenen Jahres über den Masterplan berichtet habe, der ihr nach eigenen Aussagen vorliege. Diese Veröffentlichung sei ihres Wissens aber nicht durch die Arbeitsgruppe autorisiert gewesen, sodass die Vereinbarung der Vertraulichkeit weiter Bestand habe.

Darüber hinaus habe die Darstellung im Detail abweichende Regelungen zur aktuellen Entwurfsfassung enthalten, was auch nicht verwunderlich sei, da man sich noch im laufenden Prozess befinde. Schon jetzt könne sie aber sagen, dass bei dem Masterplan 2020 natürlich die Themen „Auswahlkriterien“ und „Gewichtung des Numerus Clausus“ eine Rolle spielten ebenso wie die Frage der Studienplatzkapazitäten und die Landarztquote. Bereits in der letzten Plenardebatte habe sie darauf hingewiesen: Selbstredend – so sei es auch bereits in der oben erwähnten Koalitionsvereinbarung angelegt – solle mit dem Masterplan ein wesentlicher Beitrag dazu geleistet werden, die Ausbildung künftiger Medizinerinnen und Mediziner attraktiv und zugleich praxisrelevant zu gestalten und dabei auch die Bedarfe in der künftigen Versorgung im Blick zu behalten.

Auch wiederhole sie in diesem Zusammenhang gern noch einmal, dass sie offen sei für eine Landarztquote, da sie einen Beitrag dazu leisten könne, Ärztinnen und Ärzten die Tätigkeit in einem von Unterversorgung bedrohten Landesteil durch eigene Anschauung und praktische Erfahrung schmackhaft zu machen. Sie allein werde aber die dahinterliegende Problematik nicht lösen können, ebenso wie das Thema „Studienplatzkapazitäten“. Sie habe bereits im Rahmen der Plenardebatte am 26. Januar deutlich gemacht, dass eine Diskussion über eine Erhöhung aus ihrer Sicht zu früh sei. Sie halte es für sinnvoll, zunächst den Masterplan-Prozess selbst und die Entwicklung in der Umsetzung zu beobachten und darauf aufbauend über die Frage der Studienplatzkapazitäten zu diskutieren.

Die Verabschiedung des Masterplans werde voraussichtlich Ende März 2017 erfolgen, und sie berichte gern nach der Verabschiedung im Ausschuss noch einmal über die detaillierten vereinbarten Maßnahmen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders merkt an, auch er habe den Artikel in der Ärztezeitung gelesen, und er habe auch von einem Empfang gehört, wo vonseiten des BMG angedeutet worden sei, dass es wohl auf einen Kompromiss hinauslaufen werde und der ursprüngliche Plan so nicht umsetzbar sei. Umso mehr könne er daher verstehen, dass man jetzt noch Vertraulichkeit vereinbart habe.

Frau Abg. Dr. Groß greift den Begriff der Landarztquote auf. Sie habe gehört, dass 10 % der Studienplätze vorab für eine Landarztquote reserviert werden sollten. Das bedeute also, dass vorab von dem bestehenden Kontingent 10 % der Plätze weggenommen werde und nicht zusätzlich 10 % für die Landarztquote akquiriert werde.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler habe davon gesprochen, den Studierenden das Medizinstudium schmackhaft zu machen. In dem Begriff „Landarztquote“ schwinde ein wenig Zwang mit. Sie frage nach, welches Bonbon man den Studierenden anbieten werde, um sie für die schwächeren und unattraktiveren Regionen des Landes Rheinland-Pfalz zu gewinnen. Die AfD habe seinerzeit in der Plenarsitzung einen finanziellen Anreiz vorgeschlagen. Sie möchte wissen, ob dies ebenfalls angedacht sei oder ob sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe andere erleichterte, von der Norm abweichende Zulassungsbedingungen überlegt habe.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, genau diese Debatte werde derzeit in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geführt, und man habe auch noch keinen Konsens darüber gefunden. Es gehe um die Frage, welche Kriterien für die Landarztquote heranzuziehen seien – zum Beispiel den NC auf 1,7 herabzusetzen, wenn sich ein Student verpflichte, aufs Land zu gehen – oder ob gegebenenfalls eine finanzielle Unterstützung gewährt werden könne. Diese Punkte lägen letztendlich auch in der Ausgestaltung der einzelnen Länder. Auch dies werde noch zu konkretisieren sein.

Im Übrigen sei darüber gesprochen worden – aber auch das sei noch nicht konsentiert –, dass die Landarztquote bis zu 10 % ausmachen könne. Endgültig werde man dies erst wissen, wenn der Masterplan Ende März verabschiedet worden sei.

Frau Abg. Dr. Groß äußert die Befürchtung, wenn es keinen finanziellen Anreiz und stattdessen eine Absenkung des NC auf 1,7 gebe, werde damit sozusagen am Design der Zulassung etwas verändert. Es gebe bereits Stimmen, die von einer Zwei-Klassen-Medizin gesprochen hätten. Es gebe erleichterte Zugänge, und diese Aussage halte sie auch nicht für ganz falsch. Man müsse sich durchaus einmal die Frage stellen, weshalb die Anforderungen oder Zulassungsbedingungen für diejenigen, die sich verpflichteten aufs Land zu gehen, herabgesenkt, modifiziert, erleichtert werden sollten. Stattdessen solle man doch lieber ein gutes finanzielles Angebot machen, das man auch entsprechend absichern könne, um für alle Studenten die gleichen Zulassungsvoraussetzungen zu schaffen. Dies wäre eine gute Möglichkeit.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sieht dies ebenfalls als eine mögliche Herangehensweise an. Sie habe auch nicht davon gesprochen, dass sie sich für das eine oder für das andere ausspreche, sondern habe nur dargestellt, worüber derzeit in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe diskutiert werde. Derzeit werde über die Zulassungsbedingungen diskutiert, unter anderem mit den Argumenten, die Frau Abg. Dr. Groß soeben völlig zu Recht vorgetragen habe. Man müsse abwarten, wie sich die Situation letztlich darstellen werde. Es werde auch generell, nicht nur bei der Landarztquote, über eine Veränderung des Numerus Clausus diskutiert sowie darüber, das Studium praxisnäher zu gestalten und die Studierenden noch besser an den Beruf heranzuführen. Bei all diesen Maßnahmen könne sie jedoch noch nicht konkret sagen, ob man es über eine finanzielle Unterstützung oder über eine vereinfachte Zulassung regeln werde.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders schildert aus seiner Beobachtung und jahrzehntelangen beruflichen Erfahrung, speziell in Rheinland-Pfalz bestehe die Situation, dass zwei Drittel der Studienplätze nicht nur nach der Abiturnote vergeben würden. Dies werde oftmals vergessen. Natürlich könne man nicht mit einem Abiturdurchschnitt von 3,5 Medizin studieren; aber umso mehr sei er verwundert, dass ausgerechnet die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und auch die Studierenden protestierten und die Sorge hätten, dass es zu einer Verflachung des Niveaus in der Allgemeinmedizin führen könnte, wenn man mit anderen Kriterien und Voraussetzungen arbeite.

Für ihn sei völlig klar, dass man bei der Vergabe der Studienplätze für eine Landarztquote nicht ein niedrigeres Niveau anwenden dürfe; aber man werde letztendlich auch nicht umhinkommen, zusätzliche Studienplätze zu finden, um die Quote von 10 % zu erreichen. Diese Forderung habe die CDU vor 14 Tagen auch in der Plenarsitzung erhoben. Wenn man diese Studienplätze vergeben wolle, müssten gewisse Grundkriterien gelten, und zwar zum einen das bestandene Abitur, aber zum anderen auch darüber hinausgehende Kriterien.

Er selbst habe 1977 das Abitur mit einer Note gemacht, die es ihm ermöglicht habe, sofort einen Studienplatz im Fach Medizin zu bekommen. Im zweiten Semester sei er im Alter von gerade erst einmal 18 Jahren gemustert worden. Danach habe er erfahren, dass es bei der Bundeswehr Stipendien gebe, und habe sich, obwohl er einen Studienplatz gehabt habe, zum dritten Semester bei der Bundeswehr

verpflichtet, um sein Studium zu finanzieren. Er habe diese Entscheidung bis heute nicht bereut. Die Bundeswehr habe im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung bereits seit 40 Jahren eine gewisse Zahl an Studienplätzen für Medizinstudiengänge aller Approbationsrichtungen, einschließlich Pharmazie, zur Verfügung, die sie vergeben könne an Bewerber, die einen Studienplatz mitbrächten – dies sollte eigentlich der Regelfall sein, es sei aber die absolute Ausnahme –, aber auch an solche Bewerber, die keinen Studienplatz hätten. Beide bekämen eine finanzielle Vergütung während des gesamten Studiums. Dies wäre für eine Landarztquote auch möglich, denkbar wären aber auch Modifikationen dergestalt, dass nur diejenigen Geld erhielten, die auch einen Studienplatz mitbrächten, und die anderen, die noch keinen Platz hätten, einen Studienplatz erhielten. Das wären zwei Modelle, die möglich wären.

Er habe den Test damals an drei Tagen in Köln gemacht bei der Bewerberprüfzentrale der Bundeswehr, der härter gewesen sei als das Abitur. Es sei auch ein Bewerber angekommen mit einem Abiturdurchschnitt von 3,5, den man sofort wieder nach Hause geschickt habe. Man müsse also einen Notendurchschnitt von 2,5 vorweisen, um überhaupt eine Chance zu haben, in die Auswahl zu gelangen. Es dürfe auf keinen Fall – darin seien sich auch alle einig – zu einer „Zulassung light“ führen nach dem Motto, dass die Schlechten Landarzt werden könnten. – Das Gegenteil sei der Fall. Eigentlich müssten es die Besten sein. Ein guter Arzt erkenne eine Diagnose auch ohne Geräte aufgrund seiner Erfahrung.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stimmt mit ihrem Vorredner überein. Es dürfe keine „Zulassung light“ geben, und sie glaube auch nicht, dass dies beabsichtigt sei. Aber wenn jemand einen NC von 1,7 oder von 2,0 habe, müsse er deswegen noch kein schlechterer, qualitätsgeminderter Landarzt sein. Er müsse sich hinterher im Studium trotzdem noch beweisen. Auch dort trenne sich die Spreu vom Weizen. Es komme nicht nur auf die Endnote im Abitur an, sondern auch auf die Empathie, wie er sich im Studium einbringe. Alle in diesem Raum seien sich darüber einig, dass allein der NC nicht ausschlaggebend dafür sein könne, ob jemand ein guter Arzt sei oder nicht. Dabei spiele auch die Einstellung eine Rolle und das Studium.

Frau Abg. Dr. Groß schildert, die Landesärztekammern in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in Hessen forderten, die Studienplatzkapazitäten um 10 % zu erhöhen. Dies stoße bei der rheinland-pfälzischen Landesregierung auf Widerstand. Sie frage nach, welche Argumente die drei Landesärztekammern vorgebracht hätten und welche Argumente das Ministerium dagegensetze.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vermag zu den Argumenten der Landesärztekammern derzeit nichts zu sagen. Die Landesregierung sehe es jedoch nicht als das vordringlichste Problem an, dass es insgesamt zu wenig Medizinstudenten gebe. Die Herausforderung bestehe vielmehr darin, dass es zu wenig Studierende in der Allgemeinmedizin gebe bzw. zu wenige, die sich im ländlichen Bereich niederlassen wollten. Mit einer ausschließlichen Erhöhung der Studienplatzkapazitäten, ohne dabei auch an den anderen Stellschrauben zu drehen – Praxisnähe, die Allgemeinmedizin schmackhafter zu machen und mehr Druck hinsichtlich der Landarztquote – werde es nicht gelingen, mehr Medizinerinnen und Mediziner aufs Land zu bekommen.

Das rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium sehe vordringlich den Bedarf, das Medizinstudium praxisnäher zu gestalten und den Studierenden die Allgemeinmedizin näherzubringen. Im Jahr 2020 werde man sehen, wie sich die Maßnahmen insgesamt auswirkten und ob gegebenenfalls eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten erforderlich sei. Wichtig sei, dass sich mehr Ärzte bereiterklärten, auf dem Land zu praktizieren. Vordergründig beim „Masterplan Medizinstudium 2020“ sei zunächst, die Praxisnähe zu stärken und die Studentinnen und Studenten für die Allgemeinmedizin zu begeistern. Dies werde nicht gelingen, wenn man nur auf die Erhöhung von Studienplatzkapazitäten setze.

Frau Abg. Thelen äußert, sie halte es für falsch, nur die Situation der Hausärzte als eine Mangelsituation zu begreifen, insbesondere der Hausärzte im ländlichen Raum. Zukünftig werde es auch einen Facharztmangel geben, der in Teilen bereits stattfinde und ebenfalls mit großen Problemen verbunden sei. In manchen Krankenhäusern könnten Oberarztstellen nicht mehr besetzt werden, die zum Teil monatelang unbesetzt seien. Sie halte es daher für leichtsinnig, sich jetzt ausschließlich auf die vielleicht durch regionale Pressemitteilungen deutlich spürbaren Probleme in ländlichen Hausarztpraxen zu konzentrieren. Die CDU sehe dieses erhebliche Problem in der Breite; daher werde an einer Kapazitätsausweitung auch nichts vorbeiführen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet dazu, man diskutiere aktuell den Masterplan 2020, der sich auf die Allgemeinmedizin konzentriere, und nur darauf hätten sich auch ihre Ausführungen bezogen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders stellt zusammenfassend fest, jeder habe in seiner Betrachtungsweise in gewisser Weise Recht. Es sei klar, dass man die Gesamtheit der einzelnen Punkte nicht aus dem Blick verlieren dürfe. Aber der Masterplan 2020, an dem das BGM federführend beteiligt sei, lege in der Tat den speziellen Fokus auf die Allgemeinmedizin, weil man dort – ohne die anderen Probleme zu vernachlässigen – den höchsten Regulierungsbedarf sehe. Die Allgemeinmedizin sei das Fundament, das alles trage.

Auf der anderen Seite könne er auch dem Einwand von Frau Abg. Thelen mit Blick auf die Studienplätze nur zustimmen. 1989 habe es noch 12.000 Plätze gegeben. Danach seien die Ost-Universitäten dazugekommen, sodass es 16.000 gewesen seien, und heute gebe es nur noch 10.000 Plätze, wohlwissend, dass zukünftig bei den niedergelassenen Ärzten aufgrund der Work-Life-Balance zwei ausgeschiedene Ärzte durch drei neue ersetzt werden müssten. Er selbst wolle auch nicht mehr 80 Stunden in der Woche als Arzt tätig sein, wie es bei einer Beschäftigung in Vollzeit der Fall sei. Dies passe in die heutige Zeit nicht mehr hinein. Früher habe es noch kein Arbeitszeitgesetz gegeben. Damals habe es die Politik jahrzehntelang akzeptiert, dass das Krankenhauspflegepersonal und die Ärzte unbegrenzt gearbeitet hätten. Die längste Dienstzeit, die er einmal am Stück gearbeitet habe, seien 37,5 Stunden gewesen. Von daher dürfe man auch eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten nicht ausschließen.

Frau Abg. Dr. Groß stellt mit Blick auf den Einwurf der Frau Abg. Thelen fest, möglicherweise sei dies auch das Gedankengut der drei Landesärztekammern gewesen, dass man etwas auf dem fachärztlichen Sektor tun müsse. Andererseits habe man in der letzten Plenarsitzung geschildert, wie prekär die Situation im ländlichen Raum sei bezüglich der Anzahl und Altersstruktur der Ärzte und dass in den nächsten sechs Jahren 60 % der Hausärzte nachbesetzt werden müssten. Von daher könne man verstehen, dass im Jahr 2020 ein gewisser Schwerpunkt im Masterplan vorgesehen sei.

Herr Abg. Dr. Gensch merkt ergänzend an, wenn es um die hausärztliche und fachärztliche Versorgung und um die Krankenversorgung gehe, sei man auch im alltäglichen Leben damit konfrontiert. Wenn man zum Hausarzt oder zum Facharzt gehe, sei die Chance, dass dieser über 60 Jahre alt sei, relativ hoch.

Wenn man vor zehn Jahren ins Krankenhaus gekommen sei, habe die Arzttruppe oder die Assistenzarzttruppe noch Namen wie Müller, Meier, Huber und Schmidt gehabt. Wenn man heute in ein Krankenhaus komme, könne der Betrieb nur noch unter Zuhilfenahme ausländischer Kollegen aufrechterhalten werden. Er selbst habe Kollegen aus Paraguay, Serbien, Griechenland und aus allen Herren Ländern, und sofern dabei die Kommunikation auch mit älteren Patienten nicht erschwert werde, sei dies durchaus zu begrüßen. Aber allein dies zeige schon, wie eklatant der Mangel an Fachärzten und Allgemeinmedizinern sei. Er kenne kein Krankenhaus, das ohne die Zuhilfenahme von ausländischen Kollegen aus ganz Europa und teilweise auch der ganzen Welt noch arbeitsfähig sei.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders verweist auf das wöchentlich erscheinende Bundesärzteblatt, in dem heutzutage zwei Drittel Stellenanzeigen seien. Dies sei vor zehn oder 15 Jahren noch anders gewesen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stellt fest, generell sei es eine Herausforderung für den ländlichen Raum, was das Thema Fachärzte und Allgemeinmediziner anbelange. So prekär sei die Situation in den Städten noch nicht. Die Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte mit Migrationshintergrund seien heute schon Realität. Gleiches gelte auch für die Industrieunternehmen, wo verstärkt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund beschäftigt seien. Dies hänge mit der demografischen Entwicklung zusammen und müsse auch gar nichts mit schlechterer Qualität zu tun haben. Es sei nur eine Beschreibung der Situation. Fachkräfte mit Migrationshintergrund seien nicht nur eine Besonderheit im Bereich Gesundheit und Pflege, sondern auch in den Unternehmen, auch verstärkt im ländlichen Bereich, wo ein hoher Fachkräftebedarf bestehe.

Frau Abg. Anklam-Trapp führt aus, die ausländischen Fachkräfte, die im Krankenhaus tätig seien, verrichteten eine fachlich hochwertige Arbeit. Sie seien schon im medizinischen Bereich anzutreffen gewesen, solange sie denken könne.

9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

Es bestünden verschiedene Fördermöglichkeiten. Insbesondere Frauen und darunter auch Medizinerinnen würden angesprochen, wieder in den Beruf einzusteigen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken, sodass sie sich nach einer Familienphase wieder trauten, als Ärztin zu arbeiten. Der durchschnittliche Hausarzt sei heute 56 Jahre alt. Zwei Ärzte müssten durch drei ersetzt werden. Es habe noch niemals so viele Medizinerinnen und Mediziner gegeben wie im Moment.

Zu einer guten Arbeitsqualität gehöre auch der Arbeitsschutz und das Arbeitszeitgesetz. Man habe vor Jahren intensiv darüber diskutiert, was mit einem Arbeitszeitgesetz im Medizinbereich auf die Krankenhäuser zukommen werde. Ein Hausarzt im Alter von 56 Jahren stehe in der Blüte seiner Kompetenz und habe ein großes Erfahrungsspektrum, er habe aber auch noch eine lange Zeit als praktizierender Arzt vor sich. Viele Ärzte arbeiteten noch über das 68. Lebensjahr hinaus.

Die Kassenärztliche Vereinigung stehe aus ihrer Sicht für die Versorgung in der Verantwortung. Wenn man sich den KV-Atlas ansehe, sei Rheinland-Pfalz auch im Ländervergleich derzeit noch relativ gut ausgestattet. Die Frage der ärztlichen Versorgung sei kein rheinland-pfälzisches Problem, sondern ein bundesweites Problem. Wenn sie es richtig im Kopf habe, gebe es derzeit in Rheinland-Pfalz im Bereich der Allgemeinmedizin 2.770 Studierende. Aber nicht jeder, der dieses Studium ergreife, sei danach auch kurativ tätig. Sie könne sich persönlich nur wünschen, dass ein Medizinstudent auch als Arzt am Menschen tätig sei und nicht in einer Versicherung, im Rechtswesen oder in der Pharmaindustrie. Das Recht auf ein Studium werde man auch mit einem Masterplan nicht einschränken können. Ihr seien die aktuellen Zahlen für Rheinland-Pfalz nicht bekannt, wie viele Medizinstudenten in welchen Berufen arbeiteten und wie viele überhaupt nicht beruflich tätig seien.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders entgegnet, diese Frage sei schwierig zu beantworten; denn die Studierenden arbeiteten nicht zwangsweise auch in dem Bundesland, in dem sie studiert hätten. Manche wechselten auch die Universität. Er selbst habe nie in Rheinland-Pfalz studiert, sei aber trotzdem in diesem Land ärztlich tätig.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vermag keine verlässlichen Auskünfte darüber zu geben, in welchen Bereichen Studierende arbeiteten, die in Rheinland-Pfalz ein Medizinstudium absolviert hätten. Es bestehe eine Fluktuation, und es gebe verschwimmende Grenzen.

Frau Abg. Thelen merkt zum Altersdurchschnitt der Hausärzte an, die letzte Information, die sie im Sommer 2015 von der KV Rheinland-Pfalz erhalten habe, besage, dass sich auch dort das Verrentungsalter nach vorn verschoben habe und Ärzte im Durchschnitt mit 62 Jahren in den Ruhestand gingen. Sie halte es daher für interessant, einen aktuellen Faktencheck über die Entwicklung zu erstellen.

Der Antrag – Vorlage 17/884 – hat seine Erledigung gefunden.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Verbot der Anwendung von Frischzellen aus Tierföten

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/909 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, in Rheinland-Pfalz sei es im August 2014 zu einem Kuhfiebersausbruch in zwei landwirtschaftlichen Betrieben gekommen, davon eine Schafherde, deren Tiere als Organspender für Frischzellen herangezogen worden seien, was auch aus Sicht des Tierschutzes abzulehnen sei. In diesem Zusammenhang seien mehrere Patienten und mehrere Mitarbeiter einer behandelnden Einrichtung in Edenkoben erkrankt – insgesamt 29 Personen –, sodass von einem wissenschaftlich gesicherten Zusammenhang der Infektionskette habe ausgegangen werden können.

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie sowie das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung als zuständige Vollzugsbehörde hätten daraufhin das Paul-Ehrlich-Institut um ein Gutachten gebeten zur Frage der Bedenklichkeit von Frischzellen. Das damalige Ministerium für Umwelt, Landwirtschaft, Ernährung, Weinbau und Forsten sowie das Landesuntersuchungsamt hätten gleichzeitig versucht, auf Grundlage des Tierschutzrechts die Gewinnung von Frischzellen aus Schafsföten zu unterbinden. Die tierschutzrechtlichen Möglichkeiten seien allerdings sehr eingeschränkt. Jedoch habe erreicht werden können, dass keine hochtragenden Schafe mehr hätten geschlachtet werden dürfen.

Mitte September 2015 sei das umfängliche Gutachten des Paul-Ehrlich-Instituts zu vitalen Frischzellen zu dem Ergebnis gekommen, dass Frischzellen bedenklich im Sinne des Arzneimittelgesetzes seien. Im Oktober 2015 habe das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte diese Bewertung bestätigt für die ebenfalls im Herstellungsverfahren eingesetzten Gefrierzellen. Daraufhin habe das Landesamt in Koblenz Ende des Jahres 2015 eine Untersagungsverfügung erlassen gegen die im Rahmen der Frischzellentherapie in Edenkoben tätigen Ärzte und habe die sofortige Vollziehung angeordnet, um der Maßnahme zum Schutz der Patientinnen und Patienten den erforderlichen Nachdruck zu verleihen. Das zuständige Verwaltungsgericht in Neustadt/Weinstraße habe jedoch die sofortige Vollziehbarkeit aufgrund eines durch die betroffenen Ärzte eingereichten Antrags auf einstweiligen Rechtsschutz aufgehoben, ohne in der Hauptsache zu entscheiden.

Dagegen habe das Land Rheinland-Pfalz wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit beim Oberverwaltungsgericht in Koblenz Beschwerde eingelegt. Das Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz habe daraufhin in seinem Beschluss vom 10. August 2016 teilweise die Position des Landes bestätigt und habe die Fortführung der Frischzelltherapie nur noch unter strengen Auflagen erlaubt wie eine umfassende Patientenaufklärung und den Hinweis auf die Risiken dieser Therapieform.

Unberührt davon sei vor dem Verwaltungsgericht Neustadt/Weinstraße noch das Hauptsacheverfahren wegen der umstrittenen Frischzelltherapie anhängig. Das Land Rheinland-Pfalz habe hier erhebliche Unterstützung durch ein weiteres Gutachten, in dem das Bundesinstitut für Arzneimittel im Auftrag des Bundesgesundheitsministers am 14. Juli 2016 sehr detailliert dargelegt habe, dass auch die xenogenen Organextrakte, die im Rahmen der Frischzelltherapie eingesetzt würden, mit Blick auf vorhandene Risiken und mangelnden Nachweis einer Wirksamkeit als bedenklich im Sinne des Arzneimittelgesetzes zu sehen seien. In diesem Sinne werde das Landesamt das Hauptsacheverfahren konsequent weiterverfolgen.

Flankierend habe die Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni 2015 unter dem Vorsitz des Landes Rheinland-Pfalz den Bundesgesetzgeber gebeten, eine bundeseinheitliche und umfassende Frischzellverordnung auf den Weg zu bringen, um diese risikobehaftete Therapie wirksam zu untersagen. Diese Forderung habe das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie im November 2016 in einem Schreiben an den Bundesgesundheitsminister erneuert. Zusätzlich hätten die Länder einstimmig im Rahmen des Vierten Arzneimittelrechtsänderungsgesetzes im April 2016 ein Verbot der Herstellung und Anwendung von Frischzellen gefordert und die Bundesregierung aufgefordert, diesbezüglich eine Strafbewehrung zur Erhöhung der Wirksamkeit der Verordnung einzuführen.

**9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –**

Eine Fachbesprechung von Experten von Bund und Ländern habe Ende Oktober 2016 aufgezeigt, dass die Frischzelltherapie mit nahezu 400 behandelnden Ärzten und Heilpraktikern in Deutschland bundesweit von Bedeutung sei. In Rheinland-Pfalz hätten ca. 20 Personen die Behandlung mit dieser Therapie angezeigt. Diese Daten und Fakten hätten das Bundesgesundheitsministerium überzeugt, Anfang Januar 2017 den Ländern mitzuteilen, die geforderte Frischzellverordnung auf den Weg zu bringen. Rheinland-Pfalz sehe damit seine kontinuierlichen Bemühungen zur Bekämpfung der risikoreichen Frischzelltherapie erfolgreich umgesetzt. Die Ankündigung des Bundesgesundheitsministeriums sei ein wichtiges politisches Signal für die Zukunft, unberührt von den laufenden rechtlichen Auseinandersetzungen im Einzelfall. Entscheidend sei nun die zeitnahe gesetzliche Umsetzung einer solchen Frischzellverordnung.

Der Antrag – Vorlage 17/909 – hat seine Erledigung gefunden.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Pflegeberufe-Reform - Perspektiven der Generalistik

Antrag nach § 76 Abs. 2 Vorl. GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/912 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler gibt zur Kenntnis, das Gesetzgebungsverfahren zur geplanten und dreijährigen Generalistik in Pflegeausbildungen stocke. Es könne derzeit mit den Koalitionsfraktionen im Bundestag kein Konsens zum Pflegeberufe-Reformgesetz gefunden werden. Daher werde sie heute noch einmal kurz auf den aktuellen Sachstand des Gesetzgebungsverfahrens eingehen.

Die Bundesregierung habe am 13. Januar 2016 den Entwurf eines Pflegeberufe-Reformgesetzes beschlossen, das die Ausbildung in den drei Pflegeberufen grundlegend modernisiere, diese zusammenführe und notwendige Spezialisierungen im praktischen Teil der Ausbildung vorsehe. Der Bundesrat habe am 28. Februar 2016 eine umfassende positive Stellungnahme zum Gesetzentwurf abgegeben.

Der Bundestag habe sich am 18. März 2016 in erster Lesung mit dem Gesetzentwurf beschäftigt. Eine Verbändeanhörung habe am 30. Mai 2016 stattgefunden. Zur ursprünglich vorgesehenen Befassung des Bundestages in zweiter und dritter Lesung im Jahr 2016 sei es bisher nicht gekommen aufgrund des Widerstandes von Teilen der CDU- und CSU-Bundestagsfraktion.

Auch die vorherige abschließende Beratung in den Ausschüssen „Gesundheit“ und „Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ und die Zuleitung einer Beschlussempfehlung und eines Berichts an das Plenum sei bisher nicht erfolgt. Wann die zweite und dritte Lesung stattfinden werde, sei nach wie vor völlig unklar, auch, ob und welche Kompromisse gegebenenfalls den Kritikern des Pflegeberufe-Reformgesetzes gegenüber gemacht würden.

Die Bundesländer Bremen, Hamburg und Niedersachsen hätten im Dezember 2016 einen Entschließungsantrag in den Bundesrat eingebracht, in dem die Weiterführung des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegeberufe-Reformgesetz gefordert werde. Dieser sei in der letzten Bundesratssitzung am 16. Dezember 2016 beraten und an den G-Ausschuss und den K-Ausschuss im Januar 2017 überwiesen worden.

Der federführende Gesundheitsausschuss habe im Ergebnis der Sitzung dem Bundesrat empfohlen, eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Entschließung Baden-Württembergs anzunehmen. Der K-Ausschuss empfehle ebenfalls, der ursprünglichen Entschließung zu folgen. Der Entschließungsantrag werde am 10. Februar 2017 erneut im Plenum behandelt.

Kritikpunkte der Gegner der Pflegeberufereform seien, dass es keine Spezialisierung in der Kinderkrankenpflege und Altenpflege gebe. Es gebe schlechte Zugangsvoraussetzungen zur Pflegeausbildung, Fachkräfte würden zukünftig aus der Altenpflege in Krankenhäuser abwandern.

Diese Kritikpunkte seien nur begrenzt nachvollziehbar; denn insgesamt gehe es um eine Verbesserung der Qualität der Pflegeausbildung im Ganzen mit dem Ziel, umfassende Kenntnisse und Handlungskompetenzen in allen pflegerischen Arbeitsfeldern sowie spezialisierte Handlungskompetenzen in individuellen Schwerpunktsetzungen zu erlangen. Eine Auszubildende oder ein Auszubildender könne über ihre oder seine praktische Ausbildung in Einrichtungen wie Pflegeheimen eine Spezialisierung erreichen.

Weiterhin werde der Zugang zur Pflegeausbildung künftig generell mit dem mittleren Bildungsabschluss oder mit dem Hauptschulabschluss und einer abgeschlossenen Berufsausbildung bzw. Ausbildung in einem Helferberuf der Pflege sowie mit einem zehnjährigen Hauptschulabschluss möglich sein. Dies sei schon aus Qualitätssicherungsgründen notwendig. Einer Abwanderung der Fachkräfte aus der Altenpflege ins Krankenhaus könnte mit einer Angleichung der Bezahlung entgegengewirkt werden.

Abschließend werde sie auf mögliche Folgen eines Scheiterns der Pflegereform eingehen. Ein Scheitern der Reform würde eine massive Schädigung der Entwicklung des Pflegeberufs insbesondere im

Bereich der Versorgung in der Altenpflege und in der Krankenpflege bedeuten. Bei den aktuellen Rahmenbedingungen seien die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenpflege im Hinblick auf den Berufsstatus, die Beschäftigungssituation und die Vergütung gegenüber den beiden anderen Pflegeberufen benachteiligt. So verdiene eine Altenpflegerin rund 20 % weniger als die Pflegefachkraft im Krankenhaus. Die Generalistik sei damit auch eine notwendige Aufforderung, gerade auch den Bereich der Altenpflege attraktiver zu gestalten.

Die Reform der Pflegeausbildung sei ein entscheidender Schritt, um die heutigen und zukünftigen Anforderungen im Arbeitsfeld Pflege gut bewältigen zu können. Er sei unverzichtbar. Die Pflegekräfte könnten so besser auf sich verändernde Pflegebedarfe und komplexe Pflegesituationen vorbereitet werden.

Dies führe letzten Endes zu einer dauerhaft anhaltenden Qualitätssicherung in der Pflege. Das bedeute, die Krankenpflege brauche deutlich mehr sozialpflegerische, bisher in der Altenpflegeausbildung vermittelte Kompetenzen, und die Altenpflege mehr behandlungspflegerische, bisher in der Krankenpflegeausbildung vermittelte Kompetenzen. Die Ausbildungsreform sei eine notwendige Konsequenz des soziodemografischen Wandels, und sie diene der langfristigen und dauerhaften Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in der Dauerpflege und in der Akutkrankenpflege.

Mit der beabsichtigten Modernisierung der Ausbildungsberufe würde die Pflege zukünftig weiter gestärkt. Diese Chance zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes sollte daher nicht verpasst werden. Bei einem Scheitern der Reform sei mit einem neuen Reformanlauf wohl erst in frühestens zehn Jahren zu rechnen. Rheinland-Pfalz werde sich daher weiter für eine generalistische Reform der Pflegeausbildung mit der vorgesehenen Spezialisierung einsetzen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders dankt Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler für die präzise und objektive Darstellung.

Auf die Frage des **Herrn Abg. Wäschenbach**, ob eine zweite Lesung im Bundestag bereits anberaumt worden sei, entgegnet **Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler**, ihr sei derzeit kein weiterer Termin bekannt. Es sei lediglich mitgeteilt worden, dass das Thema im nächsten Koalitionsausschuss erörtert werden solle, der ihres Wissens Anfang März stattfinden werde.

Herr Abg. Wäschenbach führt des Weiteren aus, die Argumente und auch die Positionierung der Landespflegekammer seien hinlänglich bekannt. Er möchte wissen, ob das Ministerium irgendwelche Kompromisslinien in der Großen Koalition sehen könne, sodass eine Pflegereform doch noch zustande kommen könne, und wie dieser Kompromiss aussehen könnte.

Die größten Kritikpunkte würden vom Bundesverband privater Pflegeanbieter geäußert. Er fragt nach, wie das Ministerium diese Kritik bewerte, insbesondere die Behauptung, es könne der Altenpflege schaden, wenn die besseren Kräfte in die Krankenpflege abgezogen würden, und die Spezialisierung nach der generalistischen Ausbildung könne in keinem vernünftigen Zeitrahmen durchgeführt werden.

Frau Abg. Dr. Groß spricht den soziodemografischen Wandel an, der in der Zukunft eintreten werde und der Rheinland-Pfalz bevorstehe. Das bedeute, es werde immer mehr ältere, kranke Patienten geben. Wie man einem solchen demografischen Wandel mit einer doch minderwertigeren Ausbildung begegnen solle, erschließe sich ihr derzeit nicht. Darin sehe sie keine Logik.

Um dem erhöhten älteren Klientel gerecht zu werden, benötige man mehr Altenpfleger. Daher schlage sie vor, in die Ausbildung zum Altenpfleger künftig noch mehr Elemente der Krankenpflege zu integrieren, um zumindest den gleichen Standard zu wahren, der international anerkannt sei und der sich auch bis jetzt bewährt habe.

Weiterhin habe Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vorgetragen, um der Abwanderung in die Krankenhäuser aufgrund des dort höheren Verdienstes vorzubeugen, könnte man einen finanziellen Ausgleich schaffen und 20 % mehr Gehalt anbieten. Aber damit werde 20 % mehr Gehalt für einen Generalisten angeboten, der von der Altenpflege weniger verstehe als vorher, als es noch das dreigliedrige System gegeben habe. Sie möchte wissen, inwiefern man nicht schon jetzt den Altenpflegern deutlich mehr Geld bezahlen könnte.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders erläutert, die Vereinbarung einer generalistischen Ausbildung sei Teil des Koalitionsvertrages, und es gelte, sie nun auch einzuhalten. Er habe sich vor kurzem mit Herrn Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe darüber unterhalten und unterstütze ihn in diesem Ziel.

Das Argument mit der Bezahlung sei glücklicherweise beseitigt worden. Durch das Pflegestärkungsgesetz III bestehe für die freien Altenpflegeeinrichtungen stationär die Verpflichtung, dass sie nach Tarif bezahlen müssten bzw. dass die Kosten über die Kostenträger refinanziert würden. Damit habe man das Argument mit der unterschiedlichen Bezahlung entkräftet. Bei gleicher Bezahlung werde es auch nicht zu einer Verschiebung kommen, und es werde vor allem keine massenhaften Abwanderungen in die Krankenpflege geben. Dies halte er für ein sehr gewichtiges Argument.

Das Modell der Generalistik sehe vor, dass man danach Schwerpunkte bilden könne. Er halte es für sinnvoll, die Generalistik bei den Pflegeberufen einzuführen; denn das Argument, Hauptschüler könnten den Beruf nicht mehr erlernen, disqualifiziere eigentlich für die Zukunft die Altenpflegeausbildung, wenn man es so belassen würde. Ihm sei durchaus bewusst, dass es im heutigen Bildungssystem nur wenige gute Hauptschüler gebe; denn heutzutage werde – anders als noch zu seiner Schulzeit – jeder versuchen, der irgendwie motiviert sei, einigermassen in der Schule klarzukommen, den Abschluss der Sekundarstufe I zu erwerben. Von daher erachte er diese Diskussion als eher theoretisch.

Er halte den anderen Weg für viel gangbarer, dass ein Jugendlicher zunächst einmal eine Berufsausbildung in einem anderen Beruf machen solle und damit etwas anderes lernen sollten, bevor er über den Weg im Gesetz in eine solche Generalistik, in eine höherwertige Ausbildung, hineinkomme. Er frage nach, ob Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler diese Einschätzung teile.

Frau Abg. Dr. Machalet macht deutlich, dem Vernehmen nach gebe es, was die inhaltlichen Zuständigkeiten für das Thema anbelange, Bewegung im Bund. Sie frage nach, ob Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler Erkenntnisse darüber vorlägen und ob dies möglicherweise dazu führen werde, dass man doch schon in dieser Legislaturperiode mit einem Ergebnis rechnen könne.

Wie Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler soeben dargelegt habe, könne der nächste Versuch perspektivisch erst in zehn Jahren unternommen werden. Sie frage nach, wie diese Einschätzung zustande komme.

Frau Abg. Dr. Groß richtet erneut das Augenmerk auf die Aussage, es werde eine Qualitätssteigerung geben, die allerorten zu hören sei. Sie frage nach, wo bei der Generalistik diese Qualitätssteigerung liegen werde im Vergleich zu dem System, wie es derzeit existiere. Sie konkretisiere ihre Frage dahingehend, ob die Qualitätssteigerung etwa darin liegen könnte, dass eine Ausbildung Kenntnisse in drei Sparten anbieten könne.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler betont, über die Generalistik sei schon viel diskutiert worden, und alle hätten das Ziel, eine generalistische Ausbildung zu erreichen. Dies sei aber nur möglich, wenn es tatsächlich nur noch einen Abschluss gebe und nicht drei parallele Systeme, die auch unterschiedlich finanziert würden. Daher müsse ein Kompromiss, um das Kriterium der Generalistik zu erfüllen, als Grundelement einen gemeinsamen Abschluss enthalten. Der Kritik des bpa, es werde Abwanderungen in die Altenpflege geben, könne man mit einer besseren Bezahlung begegnen.

Zum Zeitrahmen der Realisierung führt sie aus, wenn man sich an den vorgegebenen Zeitplan gehalten hätte, wäre man schon viel weiter vorangekommen. Die Bundesländer hätten weitere Verbesserungen erreicht, was den ursprünglich vorgesehenen Umsetzungszeitraum angehe. Die Länder hätten sich dafür ausgesprochen, einen entsprechenden Übergang zu schaffen, weil damit ein Systemwechsel verbunden sei, den man sowohl in den Schulen als auch in den Einrichtungen gut vorbereiten müsse.

Die Aussage der Frau Abg. Dr. Groß, die Generalistik sei eine minderwertige Ausbildung, könne sie so nicht teilen. Schließlich profitiere man davon, dass in der Altenpflege künftig mehr krankenpflegerische und behandlungspflegerische Aspekte vermittelt würden und umgekehrt in der Krankenpflege mehr sozialpflegerische Aspekte, die auch erforderlich seien. Deswegen würden beide Ausbildungsgänge in einer Generalistik zusammengefasst, um denjenigen, die sich für den Pflegeberuf entschieden hätten, die Möglichkeit zu geben, sich zu spezialisieren. Daher könne sie nicht nachvollziehen, wie man auf den Gedanken kommen könne, es handele sich hierbei um eine minderwertige Ausbildung. Pflegekräfte, die

im Krankenhaus, in der Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege arbeiteten, seien für die Patientinnen und Patienten, für die Bewohnerinnen und Bewohner viel besser ausgebildet, auf die jeweiligen Bedarfe zu reagieren.

Auch der Aussage, das bisherige System der separaten Ausbildung in der Alten- und in der Krankenpflege sei international anerkannt, könne sie nur deutlich widersprechen. Gerade die Altenpflege sei eben nicht international anerkannt, wohingegen die Generalistik sehr wohl breite Anerkennung finde.

Der Einschätzung des Herrn Vors. Abg. Dr. Enders könne sie nur zustimmen, dass die jetzige Generalistik keineswegs zu einer Disqualifizierung führe und dass es mit einem Hauptschulabschluss und einer abgeschlossenen Berufsausbildung bzw. einer Ausbildung in einem Helferberuf oder mit einem zehnjährigen Hauptschulabschluss durchaus möglich sein werde, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Sie sehe nicht, dass man Scharen von Bewerberinnen und Bewerbern ablehnen müsse. Vielmehr gehe sie aufgrund der veränderten Situation in der Schullandschaft und in der Lebenswirklichkeit der Menschen davon aus, dass man denjenigen, die es wünschten, den Weg in die Generalistik auch eröffnen sollte.

Auch ihr sei bekannt geworden, dass es Veränderungen auf Bundesebene in der Zuständigkeit und in der Berichterstattung in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion gegeben habe. Frau Dr. Michalk, die gesundheitspolitische Sprecherin, habe sich zusammen mit anderen Abgeordneten aus der Fraktion ganz massiv und eindeutig für die Generalistik ausgesprochen. Daher gehe sie derzeit davon aus, dass es noch in dieser Legislaturperiode möglich sein müsste, vor der Bundestagswahl 2017 dieses Gesetz zu verabschieden.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet über einen jungen Mann in seinem Wahlkreis, der mit Ach und Krach seinen Hauptschulabschluss erworben habe und der als Krankenpfleger arbeiten wolle. Dies sei jedoch nicht möglich gewesen aufgrund seines Abschlusses. Er habe Krankenpflegehelfer gelernt und sei in dem Beruf aufgegangen, weil er menschlich empathisch gewesen sei und für den Beruf qualifiziert gewesen sei. Er sei so motiviert gewesen, dass er anschließend noch die große Krankenpflegeausbildung absolviert habe. Nach der Prüfung, die er mit der Note 1 abgeschlossen habe, sei er Fachpfleger für Intensivmedizin geworden und arbeite nun in einer großen Bonner Klinik in der Notaufnahme.

Frau Abg. Anklam-Trapp wirft ein, in Rheinland-Pfalz könnte dieser junge Mann studieren und sogar einen Dokortitel erwerben.

Herr Abg. Wäschenbach berichtet, er habe von einem Kompromissvorschlag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, dass möglicherweise beide Ausbildungsgänge auch weiterhin parallel fortgeführt werden sollten. Er fragt nach, ob Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler dieses Gerücht bestätigen könne. Weiterhin möchte er wissen, ob auf das Land im Zuge der Generalistik Kosten zukämen im Sinne der Weiterqualifizierung oder ob es kostenneutral sei.

Frau Abg. Dr. Groß legt dar, Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler habe in ihrem Bericht von einer Schwerpunktsetzung während der dreijährigen Ausbildung gesprochen. Sie möchte wissen, wie lange eine Spezialisierung entweder als Krankenschwester oder als Altenpfleger dauern werde.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler merkt an, möglicherweise liege ein Kompromissvorschlag der gesetzlichen Krankenversicherung vor; allerdings sei es für sie auch keinesfalls eine Generalistik, wenn die Ausbildungsgänge parallel fortgeführt würden und mit zwei unterschiedlichen Abschlüssen beendet werden könnten. Eine Generalistik liege nach ihrer Ansicht nur dann vor, wenn auch die Ausbildung in einen einheitlichen Abschluss münde.

Die Generalistik werde zunächst auch höhere Kosten für das Land verursachen, die sich jedoch in einem moderaten Rahmen hielten und abschätzbar seien. Die Länder seien darum bemüht gewesen, Kostenrisiken zu vermeiden.

Wenn ein Teilnehmer einen bestimmten Schwerpunkt wähle, beispielsweise den Schwerpunkt der Kinderkrankenpflege oder der Altenpflege, werde auch der Hauptteil der Praxisausbildung in dem jeweiligen Bereich stattfinden. Dies liege auch im Interesse der Träger oder der Anbieter. Die Schwerpunkte fänden sich immer auch in der Praxis oder in der Theorie wieder. Darüber hinaus werde es eine Verordnung über die Curricula im Detail geben.

9. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 08.02.2017
– Öffentliche Sitzung –

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

Der Antrag – Vorlage 17/912 – hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Herr Abg. Wäschenbach stellt die Frage, ob es für therapeutische Einrichtungen eine Aufnahmeverpflichtung von schwerbehinderten Menschen gebe, die gewalttätig seien und derzeit in einem geschlossenen Bereich eines Krankenhauses ohne therapeutische Maßnahmen untergebracht seien. Bisher seien alle Anfragen der Betreuer mit dem Hinweis abgelehnt worden, dass alle Plätze belegt seien.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bittet darum, vonseiten der Landesregierung kurzfristig einen Ansprechpartner zu benennen, um diese Frage zu klären.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders schlägt als mögliches Ziel für eine Informationsfahrt die Stadt Helsinki (Finnland) für das Jahr 2018 vor.

Des Weiteren bittet er die Fraktionen, sich am Rande des nächsten Plenums bis zur nächsten Ausschusssitzung über weitere mögliche Ziele zu verständigen.

Er weist auf den Termin der nächsten Ausschusssitzung hin, die am **Donnerstag, den 16. März 2017, um 14:00 Uhr**, stattfindet.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders bedankt sich bei allen Anwesenden für die konstruktive Diskussion und die interessanten Beiträge 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
Groß, Dr. Sylvia	AfD
Wink, Steven	FDP
Blatzheim-Roegler, Jutta	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Für die Landesregierung:

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

Landtagsverwaltung:

Schlenz, Christian	Regierungsamtmann
Geißler, Anja	Regierungsrätin im Sten. Dienst (Protokollführerin)
Rack, Dr. Katrin	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)