

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

16. Wahlperiode

Sozialpolitischer Ausschuss

26. Sitzung am 06.03.2014
– Öffentliche Sitzung –

– Elektronische Fassung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 10:03 Uhr

Ende der Sitzung: 12:39 Uhr

Tagesordnung:

1. Gute Arbeit – Gesunde Arbeit
Prävention, betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz im gesellschaftlichen Wandel
Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/2746 –
dazu: Vorlagen 16/3497/3506/3507
2. ADHS – Hohen Medikamenteneinsatz in Rheinland-Pfalz überprüfen
Antrag der Fraktion der CDU
– Drucksache 16/3242 –
3. Betroffenheit rheinland-pfälzischer Krankenhäuser durch den AOK-Krankenhausreport
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3555 –

Ergebnis:

Annahme empfohlen
(S. 4)

Anhörung beschlossen;
vertagt
(S. 5 – 6)

Erledigt
(S. 7 – 8)

Tagesordnung (Fortsetzung):**Ergebnis:**

- | | |
|--|--|
| 4. Rahmenvereinbarung gemäß § 79 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Behandlung gemäß § 76 Abs. 4 GOLT
– Vorlage 16/3623 – | Erledigt
(S. 9 – 10) |
| 5. Herztode in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3625 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung
(S. 3) |
| 6. Kostensteigerungen bei Modernisierung und Ausbau der Forensik am Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Klingenmünster
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3643 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung
(S. 3) |
| 7. a) Haftpflichtproblematik bei Hebammen
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3644 –

b) Situation der Hebammen in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3645 – | Erledigt
(S. 11 – 14) |
| 8. Abbau von Zivilpersonal bei den US-Streitkräften in Rheinland-Pfalz
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3648 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung
(S. 3) |
| 9. Gesundheit und Pflege 2020
Behandlung gemäß § 76 Abs. 4 GOLT
– Vorlage 16/3660 – | Erledigt
(S. 15 – 22) |
| 10. a) Die „Pille danach“ soll rezeptfrei werden
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3486 –

b) Rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel
Beschluss des Schülerlandtags vom 5. Dezember 2013
(Behandlung entsprechend § 76 Abs. 2 GOLT)
– Vorlage 16/3508 – | Erledigt
(S. 23 – 28)

Erledigt
(S. 23 – 28) |
| 11. Außerhalb der Tagesordnung

a) Informationsfahrt

b) Landesgesetz über Messen, Ausstellungen und Märkte (LMAMG)
Gesetzentwurf der Landesregierung
– Drucksache 16/2919 – | (S. 29) |

Herr Vors. Abg. Dr. Enders eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden.

Punkt 5, 6 und 8 der Tagesordnung:

5. **Herztode in Rheinland-Pfalz**
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3625 –
6. **Kostensteigerungen bei Modernisierung und Ausbau der Forensik am Pflzklinikum für Psychiatrie und Neurologie in Klingenmünster**
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3643 –
8. **Abbau von Zivilpersonal bei den US-Streitkräften in Rheinland-Pfalz**
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3648 –

Die Anträge – Vorlage 16/3625/3643/3648 – werden gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 GOLT mit Einverständnis der Antragstellenden und der Landesregierung mit der Maßgabe für erledigt erklärt, dass die Landesregierung dem Ausschuss schriftlich berichtet.

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Gute Arbeit – Gesunde Arbeit
Prävention, betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in
Rheinland-Pfalz im gesellschaftlichen Wandel
Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/2746 –**

dazu: Vorlagen 16/3497/3506/3507

Berichterstatter: Herr Abg. Adolf Kessel

Herr Vors. Abg. Dr. Enders verweist darauf, dass am 30. Januar 2014 ein Anhörverfahren durchgeführt worden sei.

Frau Abg. Anklam-Trapp führt aus, der gemeinsame Antrag sei bei der ersten Lesung im Plenum bereits positiv bewertet worden. Bei der Anhörung habe man bezüglich des aktuellen Krankschreibungsverhaltens nicht nur in Rheinland-Pfalz, sondern bundesweit betreffend bestätigt gefunden, dass man sich über gesunde und gute Arbeit, den Verbleib von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Beruf, deren Qualifizierung und die Auswirkungen auf die Zufriedenheit Gedanken machen müsse. Ferner habe man im Rahmen der Anhörung über prekäre Arbeit, gesellschaftliche Belastungen und vieles mehr gesprochen, sodass die Möglichkeit bestehe, weitere Aspekte zu berücksichtigen. Dabei müsse man nicht nur die körperliche Arbeit, die seit Jahren über den Arbeitsschutz Berücksichtigung finde, sondern auch die seelische Gesundheit mit einbeziehen.

Der Antrag habe in erster Linie die Menschen im Blick, die über Arbeit verfügten. Viel schwieriger gestalte sich die Situation für die Menschen, die nicht an der Arbeit teilhaben könnten, worüber man gesondert sprechen müsse.

Herr Abg. Kessel bestätigt, dass die Anhörung sowohl vonseiten der Betriebsräte als auch vonseiten der Arbeitgeber wichtiger Erkenntnisse geliefert habe. Sowohl in den größeren als auch in den kleinen und mittelständischen Betrieben werde dieser Thematik Rechnung getragen. Manchen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern fehle die Kenntnis über die Wichtigkeit der Thematik, um die Arbeit bis zur Rente absolvieren zu können. Ein Änderungsantrag befinde sich in der Vorbereitungsphase. Da auf Bundesebene die Thematik des Mindestlohns in die Koalitionsvereinbarung aufgenommen worden sei, stehe diese Diskussion nicht mehr so stark im Mittelpunkt. Über Ausnahmen davon werde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens im Bund gesprochen.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt bestätigt, dass bei der Anhörung alle Facetten dieses Themas berücksichtigt worden seien. Verstärkt darauf hingewiesen werden müsse, dass die seelische Gesundheit auch zur Arbeitsgesundheit dazu gehöre, sodass im Alltag das Bewusstsein darauf ausgerichtet werden müsse.

Herr Abg. Kessel ergänzt bezüglich der Forderung an den Landtag, eine Anti-Stress-Verordnung einzuführen, dass dies als nicht erforderlich angesehen werde.

Der Ausschuss beschließt mit den Stimmen der Vertreter der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Vertreter der Fraktion der CDU, dem Landtag die Annahme des Antrags – Drucksache 16/2746 – zu empfehlen.

Punkt 2 der Tagesordnung:

ADHS – Hohen Medikamenteneinsatz in Rheinland-Pfalz überprüfen
Antrag der Fraktion der CDU
– Drucksache 16/3242 –

Frau Abg. Thelen erläutert, diese Thematik komme ursprünglich aus dem Bereich Integration, Familie, Kinder und Jugend, weil dieser Thematik mit Blick auf das Wohl der Kinder eine besondere Dringlichkeit zukomme. Die vorgelegten Zahlen erachte man als beängstigend. Aufgrund der aktuell veröffentlichten Zahlen bestehe der Eindruck, dass seit der letzten Erörterung dieser Thematik im Ausschuss neue Informationen vorlägen.

Es werde angeregt, diese Thematik in einer größeren Runde zu diskutieren, um über völlig neue Expertisen zu informieren und zu diskutieren. Aufgrund dieser Erkenntnisse könne man mit den Trägern der Familienbildung, den Trägern der Kindertagesstätten, den Experten der Kinderheilkunde und anderen Möglichkeiten der Prävention erarbeiten. Dabei könne man bereits bestehende Hinweise von Kinderärzten bezüglich des Bewegungsmangels und der Rahmenbedingungen einarbeiten, um die Häufigkeit dieser Diagnose zu reduzieren.

Bei künftigen familien- und bildungspolitischen Maßnahmen müsse man die Auswirkungen auf das kindliche Verhalten angemessen berücksichtigen, beispielsweise bei der Gestaltung des Bildungsablaufes in den Schulen, Rhythmisierung des Unterrichts, um die Lern-, Bewegungs- und Freiphasen aufeinander abzustimmen. Ferner müsse man die Wirkung von getroffenen Maßnahmen bewerten, um bei Bedarf nachzusteuern. Weiterhin bestehe das Ansinnen, alle zwei Jahre über die Entwicklung der Zahlen informiert zu werden.

Frau Abg. Anklam-Trapp erinnert an die Anhörung, die 2002 durchgeführt worden sei. Bei dem seit Jahren immer wieder im Blick stehenden Thema könne man viele Veränderungen, beispielsweise bei der Rezeptierung und beim Umgang mit dieser Thematik, feststellen.

Vor Kurzem habe ein Symposium zu diesem Thema stattgefunden, an dem die meisten nicht hätten teilnehmen können. Aufgrund der Wichtigkeit des Themas stelle es ein Anliegen dar, dies mit anderen Ausschüssen zu beraten. Eine Medikamentengabe, die nicht dem Krankheitsbild entspreche, sondern vielmehr leistungssteigernd wirke, könne man nicht gutheißen.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt verweist darauf, dass sich der Antrag der Fraktion der CDU auf eine Studie einer Krankenkasse beziehe, bei der die Diagnose und die medikamentöse Therapie im Mittelpunkt gestanden habe. Vorgeschlagen werde, eine breit angelegte Anhörung durchzuführen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders stellt die Frage, ob die Federführung an den derzeit nur mitberatenden Ausschuss für Integration, Familie, Kinder und Jugend abgegeben werden solle.

Frau Abg. Anklam-Trapp erinnert daran, dass sich der Antrag auf den hohen Medikamenteneinsatz in Rheinland-Pfalz beziehe, sodass bei dieser Anhörung der Gesundheitsbereich die Federführung haben solle.

Frau Abg. Thelen stellt die inhaltliche Beratung in den Vordergrund, sodass die Möglichkeit bestehe, den Ausschuss für Integration, Familie, Kinder und Jugend mit einzubeziehen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet von Jugendlichen, bei denen über das kindliche Alter hinaus bis in die Phase des Erwachsenwerdens die Medikamente indiziert seien.

Herr Abg. Dr. Konrad erläutert, wenn die Symptome bereits vor dem 18. Lebensjahr behandelt worden seien, bestehe die Möglichkeit der Weiterverordnung der Medikamente. Bei bestehender ADHS gehe man davon aus, dass etwa 50 % der Betroffenen vor allem im frühen Erwachsenenalter weiter von Symptomen betroffen seien. Dieser Anteil gehe mit der Nachreife, die vor allen bei männlichen Personen nach dem 18. Lebensjahr feststellbar sei, zurück.

Der Ausschuss kommt überein, am 22. Mai 2014 ein Anhörverfahren durchzuführen und hierzu den Ausschuss für Integration, Familie, Kinder und Jugend und den Bildungsausschuss (mitberatende Ausschüsse) einzuladen.

Der Ausschuss beschließt, dass zu der Anhörung 13 Auskunftspersonen (SPD: 6, CDU: 5, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: 2) eingeladen werden sollen.

Die Fraktionen werden gebeten, dem Wissenschaftlichen Dienst die Auskunftspersonen bis Donnerstag, dem 3. April 2014, schriftlich zu benennen.

Der Antrag – Drucksache 16/3242 – wird vertagt.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Betroffenheit rheinland-pfälzischer Krankenhäuser durch den AOK-Krankenhausreport
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3555 –

Herr Staatsminister Schweitzer berichtet, der AOK-Krankenhausreport enthalte keine gesonderten Fakten zu Rheinland-Pfalz. Daher könne nur allgemein über den Report berichtet und dargestellt werden, welche Maßnahmen in Rheinland-Pfalz ergriffen worden seien, um die Qualität in den Krankenhäusern zu sichern oder gegebenenfalls zu verbessern. Dabei werde auf den aktuellen Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu einem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz eingegangen.

Zum AOK-Krankenhausreport könne gesagt werden, in Deutschland fänden pro Jahr rund 19 Millionen Krankenhausbehandlungen statt, bei denen etwa 50 Millionen Prozeduren durchgeführt würden. Bei der Aussage, dass dabei pro Jahr rund 19.000 Todesfälle geschätzt würden, bezögen sich die Autoren des AOK-Krankenhausreports auf Analysen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und des Sachverständigenrates von 2007. Basis der Analyse sei eine Literaturanalyse über die Jahre 1995 bis 2006, in die 184 Studien eingeflossen seien, zum Großteil aus den USA. Die Wissenschaftler hielten die Ergebnisse für Deutschland für vergleichbar. Demnach finde bei etwa 5 bis 10 % aller Krankenhausbehandlungen ein unerwünschtes Ereignis statt. Tatsächliche Fehler als Ursache dieser unerwünschten Ereignisse kämen mit einer Häufigkeit von rund 1 % aller Krankenhausfälle und tödliche Fehler mit der Häufigkeit von rund einem Promille vor.

Ein unerwünschtes Ereignis könne eine allergische Reaktion auf ein Medikament, die Entzündung einer Operationswunde oder ein Todesfall sein, der nicht durch die Krankheit selbst, sondern durch deren Behandlung verursacht worden sei. Knapp die Hälfte dieser unerwünschten Ereignisse gelte als vermeidbar. Wenn ein Patient eine Medikamentenallergie habe, von dieser Allergie wisse, aber nicht danach gefragt werde, dann gehöre dies zu dem vermeidbaren Fehler.

Die Kritik an dem Report werde zur Kenntnis genommen. Positiv bewertet werde es, dass die Krankenkassen sich intensiv mit dem Thema Qualitätssicherung in Krankenhäusern auseinandersetzen. Aus der Behandlungsfehlerstatistik der Bundesärztekammer gehe hervor, dass die Gutachterkommission und die Schlichtungsstelle der Ärztekammer im Jahr 2012 insgesamt 7.578 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern bearbeitet hätten. Dabei habe in 2.280 Fällen ein Behandlungsfehler vorgelegen.

Zu den Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in den Krankenhäusern könne gesagt werden, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf die Vielzahl von Maßnahmen hingewiesen habe, die die Krankenhäuser gerade in den letzten Jahren auf eigene Initiative oder aufgrund von gesetzgeberischen Vorgaben ergriffen hätten, zum Beispiel auf Grundlage der Landeshygieneverordnung unter Vorgaben der stationären externen Qualitätssicherung durchgeführte Maßnahmen. So gäbe die Richtlinien des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Patientenversorgung in vielen, überwiegend auch in hoch sensiblen Bereichen vor, die von den Kostenträgern geprüft würden. Das AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) werte zudem derzeit Qualitätsindikatoren für rund 30 Leistungsbe- reiche aus und veröffentliche dies jährlich. Die Ergebnisse würden mit den Krankenhäusern, bei denen es Auffälligkeiten gegeben habe, in einen geschützten und fairen Dialog der Partner der Selbstverwaltung diskutiert.

Zu den weiteren Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit, die in den letzten Jahren in den deutschen Krankenhäusern eingeführt worden seien, gehörten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Qualitätszirkel, Systeme zur Meldung kritischer Vorfälle, spezielle Besprechung kritischer Fälle und die Einbindung von Risikomanagementaspekten in die ärztliche und pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung, Checklisten in sicherheitsrelevanten Bereichen oder die Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS).

Der Krankenhausreport selbst nenne weitere Ansätze, um die Patientensicherheit zu erhöhen, beispielsweise elektronische Verschreibungssysteme oder Registereinführung neuer Medizinprodukte.

Hinzu kämen Standardanweisungen bei Notfällen. Weiterhin gebe es vielfältige Maßnahmen der Fachgesellschaften wie das Traumaregister in der Schwerverletztenversorgung. In Rheinland-Pfalz bestehe in der stationären Qualitätssicherung seit Jahren eine gesonderte Erfassung der Schlaganfallbehandlung. Ferner sei das Myokardinfarkt-Register Rheinland-Pfalz (MIR) zur Verbesserung der Infarktversorgung zu nennen.

Die Landesregierung habe eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung der Hygienequalität und damit zur Reduzierung der vermeidbaren Fehler in den Krankenhäusern unternommen. Über die Landesverordnung über die Hygiene- und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und den damit in Zusammenhang stehenden Initiativen habe die Landesregierung im Sozialpolitischen Ausschuss bereits mehrfach berichtet, zuletzt im Januar 2014.

Zur Qualitätsoffensive der Bundesregierung könne gesagt werden, dass die Verbesserung der Qualität in den Krankenhäusern im Koalitionsvertrag der Bundesregierung einen wichtigen Platz einnehme. Auch die vorgesehene Gründung eines Qualitätsinstituts stelle einen Schritt in die richtige Richtung dar. Hierzu habe vor wenigen Tagen ein Referentenentwurf eines GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes die Landesministerien erreicht. Rheinland-Pfalz habe in seiner Stellungnahme die vorgesehene Gründung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen begrüßt. Besonders positiv sei die vorgesehene umfassende Beteiligung von Patientinnen- und Patientenorganisationen zu sehen.

Im Rahmen der Beauftragung der Entwicklung der Arbeitsinhalte sollten diese zum Tragen kommen. Jedoch seien die Länder in die Entwicklung der Inhalte einzubeziehen, weil diese Verantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung trügen und die Krankenhausplanung von Fragen der Qualitätssicherung berührt sei. Im gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dessen Auftrag dieses Qualitätsinstitut arbeite, solle daher ein entsprechendes Mitberatungsrecht durch zwei Ländervertreter im Bereich der Qualitätssicherung ermöglicht werden, wie es sich im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung bereits bewährt habe.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders sieht den AOK-Bericht sehr kritisch, weil dieser relativ plump und einseitig ausgearbeitet worden sei, Vertrauen zerstöre und Ängste in der Bevölkerung hervorrufe, was völlig unnötig sei. Es werde keine Differenzierung vorgenommen, in welchem Verhältnis die geschilderten Fälle zu der Zahl der Behandlungen stünden. Ferner spiele die Frage der Kausalität eine Rolle, ob es schicksalhaft oder menschlich schuldhaft verursacht sei. Der Druck auf den behandelnden Arzt, der sich verändert habe, wirke sich negativ auf die Attraktivität des Berufes aus. Ärztinnen und Ärzte machten wie alle anderen Menschen Fehler, die zum Teil vermutlich auch dem Effizienzdruck der Kassen geschuldet seien. Wenn man die genannten Zahlen, die Behandlungen und die aufgetretenen Fehler in Relation zueinander setze, dann liege die Quote im Promillebereich.

Frau Abg. Anklam-Trapp bewertet die Arbeit in den Krankenhäusern als wichtig und gut und verweist darauf, dass in den letzten 20 Jahren eine Bewusstseinsänderung in den Krankenhäusern zu verzeichnen sei. Vor 25 Jahren habe es nicht zur Regel gehört, bei einem Behandlungsfehler eine Selbstanzeige vorzunehmen, was sich geändert habe. Der Minister habe von 7.500 Anträgen bei mutmaßlichen Behandlungsfehlern gesprochen. Das bedeute, dass eine Verbesserung im Management der Krankenhäuser festgestellt werden könne. Kenntnis bestehe, dass viele Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen mit ihren Rechtsbeiständen agierten. Wenn eine optimale Patientenversorgung angestrebt werde, gehöre die Wahrung der Patientenrechte mit dazu.

Der AOK-Bericht werde ähnlich bewertet wie vom Vorsitzenden angesprochen. Jedoch bestehe die Notwendigkeit, sich mit den Zahlen auseinanderzusetzen.

Bei einer Ausschussfahrt in die Niederlande habe man sich die kollegiale Beratung der Ärzte untereinander zur Verbesserung der Qualität vor Ort ansehen können. Auch wenn die Zahl der Fehler im Promillebereich liege, bewerteten das Betroffenen kritisch.

Der Antrag – Vorlage 16/3555 – hat seine Erledigung gefunden.

Punkt 4 der Tagesordnung:

**Rahmenvereinbarung gemäß § 79 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Behandlung gemäß § 76 Abs. 4 GOLT**
– Vorlage 16/3623 –

Herr Staatsminister Schweitzer legt dar, die Landesregierung habe mehrfach über die aktuellen Entwicklungen im Hinblick auf das Inkrafttreten einer Rechtsverordnung berichtet, zuletzt in der Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 20. Juni 2013. Zum damaligen Zeitpunkt habe man die Ressortanhörung im schriftlichen Verfahren mit Schreiben vom 13. Juni 2013 angestoßen. Zur Vermeidung von Zeitverlusten sei die Anhörung von Stellen außerhalb der Landesregierung parallel erfolgt. Mit dieser externen Anhörung sei das nochmalige Angebot zum Abschluss von Rahmenvereinbarungen verbunden gewesen.

Seit Abschluss der Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene sei bekannt, dass das Inkrafttreten eines Bundesteilhabegesetzes in einem überschaubaren Zeitraum erfolgen werde.

Als Vorsitzender der Arbeits- und Sozialministerkonferenz seien in der letzten Zeit Gespräche mit der zuständigen Bundesministerin, Frau Andrea Nahles, geführt worden. Kenntnis bestehe, dass sie und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales alles Erforderliche machten, damit das Bundesteilhabegesetz spätestens zum 1. Januar 2016 in Kraft treten könne.

Durch die gute Vorarbeit einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe und die Weiterentwicklung einer Länderarbeitsgruppe sei dieses ehrgeizige Ziel durchaus erreichbar. In der langjährigen Diskussion auch mit den Leistungserbringern sei es dem Grunde nach unstrittig, dass das jetzt noch im SGB XII geregelte Vereinbarungsrecht in den §§ 75 bis 81 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuchs auf völlig neue Füße gestellt werde.

Dabei gehe die Landesregierung davon aus, dass die Grundkonstruktion aufrecht erhalten bleibe. Das bedeute, dass auf der Basis einer neuen gesetzlichen Grundlage zwischen den Vereinbarungspartnern der Abschluss von Rahmenvereinbarungen Priorität haben werde. Davon auszugehen sei, dass zukünftig als Ultima Ratio im Fall des Nichtzustandekommens einer solchen Rahmenvereinbarung die Möglichkeit bestehe, die erforderlichen Regelungen auf dem Verordnungsweg zu gestalten. Aus den Erfahrungen der letzten Jahre in Rheinland-Pfalz bestehe die Kenntnis, dass die Chancen einer Vereinbarung genutzt werden sollten.

Dies unterstellt müsse zur Kenntnis genommen werden, dass eine strittige Vereinbarung nur begrenzt haltbar gewesen wäre. Entschieden worden sei, dass das Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung nicht weiterverfolgt werde. Die Liga der Spitzenverbände, der bpa (Bundesverband der Anbieter privater sozialer Dienste), die kommunalen Spitzenverbände und das Netzwerk Gleichstellung und Selbstbestimmung als Vertretung der Behindertenselbsthilfe in Rheinland-Pfalz seien informiert worden. Im Gespräch habe man gemeinsam Verständnis für die Entscheidung zum Ausdruck gebracht.

Die zurzeit in Rheinland-Pfalz geltenden Übergangsregelungen hätten gezeigt, dass trotz der seit gut 20 Jahren bestehenden Umsetzungslücke, Gestaltungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Interesse aller Beteiligten, vor allem der Menschen mit Behinderungen, hätten genutzt werden können, sodass die getroffene Entscheidung mit Blick auf die Betroffenen gut begründbar und darstellbar erscheine.

Herr Abg. Dr. Konrad sagt, dieses Vorgehen finde Unterstützung. Begrüßt werde, dass die Verordnung bis zum Erlass eines Bundesteilhabegesetzes zurückgestellt werde und dass dieses Bundesteilhabegesetz früher erwartet werden könne, als es nach den Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene den Anschein habe. Dieses könne eventuell zum 1. Januar 2016 mit der neuen Rechtslage zugunsten der Menschen mit Behinderungen in Kraft treten.

Frau Abg. Thelen sieht es als vernünftig an, die Erstellung der Rahmenbedingungen mit Blick auf die kommende neue Rechtslage zu überdenken. Trotz des geäußerten Optimismus der zeitlichen Folge bezüglich des Gesetzes bestünden Bedenken dahingehend, dass dieser Prozess mehr Zeit in An-

spruch nehme, weil es unterschiedliche Interessenslagen der verschiedenen Partner zu berücksichtigen gelte. Ferner gestalte sich die Kostenfrage schwierig.

Vor dem Hintergrund der seit Jahren in Rheinland-Pfalz nicht zustande gekommenen Rahmenvereinbarung gebe es in Rheinland-Pfalz Einrichtungen, die Probleme mit zum Teil vor vielen Jahre vereinbarten Sätzen hätten, für die bisher aufgrund fehlender Gegebenheiten nicht die Möglichkeit der Nachverhandlung bestanden habe. Eventuell bestehe inzwischen die Notwendigkeit, noch weiter warten zu müssen. Die pauschalen Erhöhungen und die bestehenden Sätze reichten nicht aus, die Tarifierhöhungen abzudecken. Da in den Einrichtungen dadurch der Spielraum sehr begrenzt sei, könne in Einzelfällen nicht ausgeschlossen werden, dass sich dies negativ auf die Betroffenen auswirke, was vermieden werden müsse. Zu fragen sei, wie die Situation insgesamt beurteilt werde und ob für problematische Einzelfälle Lösungsansätze zur Verfügung stünden.

Herr Staatsminister Schweitzer erwidert, aus Sicht des Landes Rheinland-Pfalz gebe es auch mit Blick auf das Gesetzgebungsverfahren keinen Grund, mehr Zeit dafür vorzusehen. Ein möglicher Konflikt könne dadurch entstehen, dass das vorgelegte Gesetz an den aus Sicht des Finanzministers auf Bundesebene fehlenden Möglichkeiten auf Schwierigkeiten stoße. Jedoch dürfe man nicht das Gesetzgebungsverfahren verzögern, sondern müsse weiter beraten, die Vorbereitungen organisieren, die Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und die Ergebnisse einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe berücksichtigen.

Weiterhin lägen Vorschläge vom Deutschen Verein und weiterer Verbände vor, die zum Teil bis ins Detail reichten. Aus dem Gesetzgebungsverfahren selbst werde kein Grund gesehen, dafür mehr Zeit einzurechnen. Zu den Aufgaben der Großen Koalition gehöre es, ein solches Gesetz vorzulegen. Über die Finanzierung gebe es Vereinbarungen. Davon ausgegangen werde, dass die entsprechenden Vereinbarungen in Berlin berücksichtigt würden. Die Einzelvereinbarungen nehme man zu Kenntnis, über die man mit den Trägern spreche. Auch in Zukunft rechne man mit guten Lösungen.

Als gemeinsames Ziel müsse das angekündigte Bundesteilhabegesetz sehen. Auf der Grundlage der bundesgesetzlichen Regelungen könne man dann Vereinbarungen zwischen den Kommunen als örtlicher Träger der Sozialhilfe und den Verbänden treffen, die die Einrichtungen betrieben. Davon ausgegangen werde, dass das entsprechende Gesetz 2016 zur Verfügung stehe, für das eventuell in der zweiten Jahreshälfte 2015 detaillierte Informationen zur Verfügung stünden. Bereits dann bestehe die Möglichkeit, Gespräche auf Landesebene zu führen, sodass nur eine kurze Zeit überbrückt werden müsse.

Herr Abg. Dröscher merkt an, die Diskussionsbeiträge zeigten die Schwierigkeiten und die verhärteten Standpunkte der vergangenen Jahre auf, die dazu geführt hätten, dass über eine Rechtsverordnung nachgedacht worden sei. An einer Verbesserung müsse gearbeitet werden. Mit einer im Gespräch befindlichen Rechtsverordnung seien zunächst keine Änderungen großer Art verbunden gewesen. Das Bundesteilhabegesetz werde auf vielfältige Weise unterstützt, um ein gutes Ergebnis im Sinne der Betroffenen zu erzielen. Gehofft werde, damit die Stimmung zwischen den Leistungserbringern und den Kommunen zu verbessern.

Der Tagesordnungspunkt hat damit seine Erledigung gefunden.

Punkt 7 der Tagesordnung:

- a) **Haftpflichtproblematik bei Hebammen**
Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3644 –

- b) **Situation der Hebammen in Rheinland-Pfalz**
Antrag der Fraktion der CDU nach § 76 Abs. 2 GOLT
– Vorlage 16/3645 –

Frau Abg. Anklam-Trapp erinnert daran, dass über das Thema immer wieder gesprochen werde. Steigende Haftpflichtprämien, Urteile mit gravierenden Auswirkungen, die Arbeitsverhältnisse in den Krankenhäusern und viele Briefe und Meldungen stellten die Grundlage für den gestellten Antrag dar. Bei der Berichterstattung werde gebeten, die in Vorbereitung befindliche gemeinsame Bundesratsinitiative zu berücksichtigen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet über ein vor kurzem geführtes Gespräch mit der zweiten Landesvorsitzenden des Hebammenlandesverbandes, in dem die Problematik habe verdeutlicht werden können. Bei Haftpflichtprozessen stiegen die Schadenssummen immer weiter. Die Zahl der Hebammen bleibe konstant oder nehme leicht ab. Die Zahl der Entbindungen sinke ebenfalls. Eine Erhöhung der Schadenssumme folge die Anhebung der Prämien.

Herr Staatsminister Schweitzer berichtet, die Landesregierung setze sich seit vielen Jahren für die Hebammen in Rheinland-Pfalz ein. Es bestehe die Überzeugung, dass die Vergütung der Hebammen so gestaltet sein müsse, dass eine beruflich tätige Hebamme ihren anspruchsvollen und wichtigen Beruf in Zukunft ausüben könne und sie von den Honoraren gut und angemessen leben könne.

Es lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass rheinland-pfälzische Hebammen in nennenswerter Zahl aus dem Beruf und insbesondere aus der Berufshilfe ausstiegen. Nach einem von der Bundesregierung in Auftrag gegebenen Gutachten des IGES-Institutes aus dem Jahr 2012 seien in den letzten Jahren trotz sinkender Geburtszahlen sowohl die Anzahl der Hebammen als auch die Arbeitszeiten tendenziell angestiegen. Bundesweit sei in einigen Bereichen jedoch erkennbar, dass die Nachfrage das Angebot übersteige, insbesondere bei der Betreuung bei Beleggeburten und der Wochenbettbetreuung.

Außerdem hätten sich in den vergangenen Jahren die Haftpflichtprämien der Hebammen stark erhöht. Während freiberufliche Hebammen, die in der Geburtshilfe tätig seien, im Jahr 2004 noch durchschnittlich 1.352 Euro im Jahr für die Haftpflicht ausgegeben hätten, müssten diese ab Juli 2014 rund 5.090 Euro bezahlen.

Im Rahmen der Verhandlungen zum Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD habe man sich für eine Verbesserung der Situation der Hebammen mit dem Ergebnis eingesetzt, dass in dem Koalitionsvertrag folgende Formulierung aufgenommen worden sei: „Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe ist uns wichtig. Wir werden daher die Situation der Geburtshilfe und der Hebammen beobachten und für eine angemessene Vergütung sorgen.“

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz sei seit 2012 durch § 134 a des SGB V klargestellt worden, dass die Kosten der Berufshaftpflicht bei den Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen berücksichtigt werden müssten. Allerdings gebe es keine gesetzliche Vorgabe für die Verhandlungspartner, in welcher Höhe dies erfolgen müsse.

Obschon die freiberuflichen Hebammen rückwirkend zum 1. Januar 2013 für die Versorgung von GKV-Versicherten bis zu 15 % mehr Vergütung erhielten, sehe man weitere Spielräume für die Vereinbarung einer höheren Vergütung zugunsten der Hebammen, die auch Entbindungen anböten. Zu berücksichtigen sei, dass die Höhe des erzielten Einkommens der Hebammen wesentlich von der durchschnittlichen Arbeitszeit und den durchgeführten Leistungen abhängen.

Nach Medieninformationen habe sich der Bundesverband der Hebammen am 18. Februar 2014 mit Bundesgesundheitsminister Gröhe zu einem Gespräch zur Verbesserung der finanziellen Situation

der Hebammen getroffen. Es gebe Anlass zur Hoffnung, so die Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes, Frau Martina Klenk, im Anschluss an das Gespräch. Bereits im Sommer solle es eine kurzfristige Lösung geben, um die explodierenden Kosten für die Haftpflichtversicherungen auszugleichen. Unklarheit bestehe, ob vom Bundesgesundheitsministerium eine SGB-V-Änderung vorgesehen werde und welche der von der Bundesregierung in Reaktion auf eine Beantwortung einer kleinen Anfrage im Juli 2013 durchgeführten Lösungsansätze präferiert würden.

Ebenfalls Medienberichten zur Folge habe die Union zunächst eine Haftungsübernahme durch den Staat ausgeschlossen. Nach aktuellen Informationen nähere man sich auf Bundesebene wieder dieser Idee einer Haftungsübernahme durch den Staat an, um einen möglichen Schadenersatz nach Geburtsfehlern zu begrenzen, den etwa Krankenkassen bei einer Haftpflichtversicherung für Hebammen geltend machen könnten. Richterliche Entscheidungen hätten gezeigt, dass die Schadenersatzgrenzen neue Höhen erreichten, was sich entsprechend auf die Haftpflichtversicherungen auswirke.

Als weitere Alternative werde es angesehen, die Haftung der Hebammen zu begrenzen, beispielsweise auf 1 Million Euro. Den Rest könne man über einen staatlichen Fonds abdecken. Allerdings bleibe die weitere Diskussion abzuwarten. Rheinland-Pfalz werde sich mit Nachdruck für eine Verbesserung der Vergütungssituation der Hebammen einsetzen.

Rheinland-Pfalz beteilige sich beispielsweise an einer Bundesratsinitiative zur Absicherung der Geburtshilfe mit freiberuflichen Hebammen, wonach die Bundesregierung aufgefordert werde, die Lösungsansätze der vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten Arbeitsgruppe zügig umzusetzen. Die Initiative solle am 14. März in den Bundesrat eingebracht werden. Zu den Forderungen der Bundesratsinitiative gehöre Folgendes:

Der Bundesrat bitte in seiner Entschließung am 14. März 2014 die Bundesregierung zu prüfen,

1. inwieweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 134 a SGB V bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen die Kostensteigerungen, die die Berufsausübung betreffen, berücksichtigt habe,
2. inwieweit auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dahingehend eingewirkt werden könne, dass kurzfristig eine angemessene Vergütung der Tätigkeit der freiberuflichen Hebammen in der Geburtshilfe erreicht und damit die Versorgung flächendeckend gesichert werde,
3. wie sich die Umsetzung von Maßnahmen darstelle, um die bestehenden strukturellen Probleme zu überwinden.

Denkbare Lösungsansätze seien dabei vor allem die Festsetzung fallbezogener Haftungshöchstgrenzen für freiberuflich tätiger Hebammen in der Geburtshilfe, die deutlich unterhalb der derzeitigen allgemeinen Versicherungshöchstsumme liegen sollten, sowie die Einrichtung eines staatlich finanzierten Haftungsfonds für Schäden, die über die festgesetzte fallbezogene Haftungshöchstgrenze hinausgingen.

In Rheinland-Pfalz bestehe ein besonderes Interesse, dass die freiberufliche Tätigkeit von Hebammen auch in Zukunft möglich erscheine. Es werde als wesentliches Element der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum angesehen.

Die vielfältig in der Diskussion befindlichen Forderungen, die zum Teil in der Bundesratsinitiative als Prüfauftrag mit aufgenommen worden seien, brächten Risiken mit sich, weil man nicht ausschließlich von Hebammen sprechen könne, wenn man über freiberufliche Anbieter im Gesundheitswesen spreche, bei denen Haftungsrisiken bestünden. Nicht ausgeschlossen werden könne, dass auch von anderen Berufsgruppen ein mögliches Eintreten staatlicher Seite für Haftungsrisiken in die Diskussion gebracht werde. Die Diskussion über diese Thematik, in der es keinen Streit zwischen den Parteien und anderen gebe, müsse abgewartet werden.

Herr Abg. Dr. Enders sieht nicht die Gefahr, dass sich die Diskussion auf andere Berufsgruppen ausweite. Bei den Gynäkologen, Hebammen und Anästhesisten könne man zunehmend amerikani-

sche Verhältnisse feststellen. Beispielsweise arbeiteten in Florida sehr wenige Geburtshelfer und Gynäkologen, weil die Haftpflichtprämien zum Teil nicht mehr bezahlbar seien.

Festgestellt worden sei, dass der Bund und die Länder die Anliegen der Hebammen ernst nähmen. Mit Blick auf die Anhebung der GKV-Leistungen stelle sich die Frage, ob bei der privaten Abrechnung eine Verbesserung in Aussicht sei, da dort seit 2004 keine Änderungen vorgenommen worden seien.

Herr Staatsminister Schweitzer bestätigt die gemachten Ausführungen und fügt hinzu, das Gespräch mit dem Hebammenverband in Kürze anstünden.

Frau Abg. Anklam-Trapp hebt hervor, der Aussage des Bundesgesundheitsministers, dass die Sicherstellung der flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe als wichtig angesehen werde und daher eine angemessene Vergütung anzustreben sei, könne man sich anschließen. Zur Umsetzung dieses Anliegens müsse man die Aktivitäten auf Bundesebene in den Blick nehmen.

Auf Bitten der Frau Abg. Anklam-Trapp sagt Herr Staatsminister Schweitzer zu, dem Ausschuss schriftlich die Anzahl der in Rheinland-Pfalz in Ausbildung befindlichen Hebammen und Geburtshelfer mitzuteilen.

Herr Abg. Dr. Konrad begrüßt den von Rheinland-Pfalz unterstützten Antrag im Bundesrat, die Haftungsobergrenzen und den Haftungsfonds zu überprüfen. Ferner gelte es zu überprüfen, ob in den Verhandlungen der Selbstverwaltung die entsprechenden Kostensteigerungen gesetzeskonform beachtet worden seien.

Als an einem Haftungsverfahren beteiligter Gutachter könne er darauf hinweisen, dass diese Verfahren erhebliche Belastungen für die Betroffenen darstelle, weil sich die Dauer der Verfahren oft über Jahre durch viele Instanzen hinziehe und es sich um gesundheitliche und soziale Probleme handele, die die gesamte Familie über eine ganze Generation belaste.

Als schwierig werde es angesehen, über Haftungsobergrenzen zu sprechen, wenn diese sowohl den zivilen Bereich, die betroffenen Familien, als auch die Versicherer, die auf eine Rückerstattung Anspruch hätten, betreffe. Wenn die Haftungsobergrenzen nur die Rückerstattungsansprüche von Krankenversicherungen und ähnlichen Versicherungen beträfen, stelle das eine andere Situation dar.

Gleiches gelte auch für die Einführung eines Haftungsfonds. Zwischen den verschiedenen Versicherungsformen stelle sich diese Form als denkbar dar. Wenn sich oberhalb einer bestimmten Haftungsgrenze die Familien eines betroffenen Kindes mit einem Fonds auseinandersetzen müssten, werde dies als schwierig angesehen. Bei der derzeitigen Diskussion stehe die Gesetzessystematik und die Vergütungsvereinbarung im Mittelpunkt. Als vorrangig werde es angesehen, die Vergütungsvereinbarung als solche zu überprüfen und darin die Verpflichtung einer gesetzeskonformen Ausgestaltung der Vergütung zu prüfen.

Wenn die Verpflichtung zur Versorgung bestehe, dann müsse die GKV verpflichtet werden, eine auskömmliche Vergütung auch für die Haftpflichtprämie sicherzustellen. Erinnert werde daran, dass Kosten der Schwangerschaftsvorsorge vom Staat getragen würden und dass im Bereich des SGB V das Sachleistungsprinzip vorherrsche. Überlegt werden müsse, ob der Bundeszuschuss an die GKV zur Abdeckung der Schwangerschaftskosten für die Wahlmöglichkeit der Frau über Ort und Art der Geburt mit berücksichtigt werden könne.

26. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 06.03.2014
– Öffentliche Sitzung –

Geteilt würden die Bedenken bezüglich anderer Berufsgruppen, die auf ihren Versorgungsauftrag hinweisen könnten und Forderungen stellten, ihr Haftungsrisiko ebenfalls abzudecken. Solche Kosten gehörten zum Bereich der Gesundheitsversorgung und müssten sich in der Vergütung widerspiegeln.

Auf Bitten des Vorsitzenden Herrn Abg. Dr. Enders sagt Herr Staatsminister Schweizer zu, dem Ausschuss seinen Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Die Anträge – Vorlagen 16/3644/3645 – haben ihre Erledigung gefunden.

ELEKTRONISCHE FASSUNG

Punkt 9 der Tagesordnung:

Gesundheit und Pflege 2020
Behandlung gemäß § 76 Abs. 4 GOLT
– Vorlage 16/3660 –

Herr Staatsminister Schweitzer weist darauf hin, in einer Pressekonferenz werde der Öffentlichkeit ein Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege 2020“ vorgestellt, das durch innovative Ansätze, neue Maßnahmen und sektorenübergreifende Konzepte das Ziel der Sicherstellung einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Räumen von Rheinland-Pfalz verfolge. „Gesundheit und Pflege 2020“ baue dabei auf vielfältigen Erfahrungen auf und führe diese weiter. Insbesondere mit den Initiativen „Menschen pflegen“, „Gesundheitswirtschaft“, „Fachkräfteinitiative Gesundheitsfachberufe“, „Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“, dem weiterentwickelten Förderprogramm zur vertragsärztlichen Versorgung und dem „Geriatriekonzept“ des Landes habe man bereits wichtige Erkenntnisse über Entwicklungspotenziale sowohl in der ambulanten als auch in der stationären flächendeckenden Versorgung gewonnen.

Das Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege 2020“ greife diese Erfahrungen auf, intensiviere und bündele sie. Durch innovative Ansätze und neue Projekte erschließe das Zukunftsprogramm neue Wege zur Sicherstellung einer guten und flächendeckenden gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Die Zunahme von Menschen mit Pflegebedarf und ergänzend dazu mit einer Demenzerkrankung stelle Angehörige, Kommunen, Anbieter von Pflegeleistungen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor neue Herausforderungen. Auch die Lebenswünsche älterer Menschen, etwa der Wunsch, bis ins hohe Alter selbstbestimmt aktiv, mobil und unabhängig zu sein, benötigten angepasste medizinische und pflegerische Dienstleistungsangebote, insbesondere in den ländlichen Räumen. Das gelte in gleicher Weise für die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund.

Vor diesem Hintergrund werde es als wichtig angesehen, dass es im Bereich der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung mittelfristig, bis zum Jahr 2020, zu einem enormen Anpassungsdruck bei den bestehenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und zu einem erheblichen Fachkräftebedarf kommen werde. Den Fachkräftebedarf im Bereich der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner auf Grundlage der Zahlen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung stelle, habe man aufbereitet, sodass man heute von einer noch guten Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz sprechen könne. Der Blick auf die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte – die Kassenärztliche Vereinigung nenne Zahlen von 32 % der niedergelassenen Ärzte im Altersbereich um die 59 Jahre – zeige, dass eine Generation darauf warte, abgelöst zu werden. Dabei fehle die Kenntnis, woher diese nachrückende Generation kommen solle.

Für die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen und pflegerischen Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft werde neben den besonders bedeutenden Berufsgruppen der Medizinerinnen und Mediziner sowie der Pflegekräfte auch die ganze Bandbreite der Gesundheitsfachberufe einen herausragenden Faktor darstellen. Die Nachwuchsförderung, der Verbleib im Beruf, neue Berufsperspektiven auch in der Pflege, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und die Attraktivität der Arbeitsbedingungen stünden im Fokus des Zukunftsprogramms „Gesundheit und Pflege 2020“.

Neue Chancen zur Gesundheitsversorgung jenseits der Zentren des Landes ergäben sich durch die modernen Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien. Die Landesregierung sehe im Feld der Telemedizin noch erhebliche Potenziale, um die unmittelbare Patientenversorgung über weite Entfernungen oder dezentrale Versorgungsstrukturen unter Nutzung der fachlichen Ressourcen aus den Zentren des Landes zu realisieren. Auch dies werde in dem Zukunftsprogramm Berücksichtigung finden.

Wichtige Voraussetzung für die systematische Marktdurchdringung der Telemedizin in Rheinland-Pfalz stelle die Interoperabilität von technischen Systemen und Anwendungen dar. Ziel sei es, beteiligten Akteuren ein Verfahren zur Verfügung zu stellen, das die Synchronisation von technischen Systeme-

men und Anwendersystemen gewährleiste, diese zusammenführe und perspektivisch in die Regelversorgung integriere.

Für das Zukunftsprogramm seien drei zentrale Handlungsfelder definiert, die aus vielfältigen wissenschaftlichen Analysen und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Versorgungsstruktur, des Versorgungsbedarf und der Entwicklung am Arbeitsmarkt abgeleitet worden seien.

1. Initiativen zur Fachkräftesicherung,
2. Initiativen zur Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im ländlichen Raum,
3. Initiativen zur Entwicklung und zum Ausbau telemedizinischer Strukturen.

Bei der Initiative zur Fachkräftesicherung müsse erneut auf den demografischen Wandel, insbesondere im ländlichen Raum hingewiesen werden. Deutlich gemacht werden müsse, dass man über neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit nachdenke. Dazu gehörten die Möglichkeiten der Übertragung ärztlicher Aufgaben und die Zusammenarbeit von medizinischen und pflegerischen Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen. In Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern der etablierten medizinischen und pflegerischen Berufe wolle man diese zusätzlichen Anforderungen näher definieren und darauf aufbauend Initiativen zur Entwicklung neuer Berufe starten.

Wesentliche Schwerpunkte dieses Handlungsfeldes stellten folgende Punkte dar:

- Förderung der Ausbildung,
- Ausweitung vorhandener Ausbildungskapazitäten,
- Steigerung der Attraktivität der Arbeitsplätze,
- Entwicklung neuer Qualifikationen und Berufsfelder,
- Erhöhung der Verweildauer im Beruf.

Der letzte Punkt zähle zu den wesentlichen. Man müsse die durchschnittliche Verweildauer der gut ausgebildeten Berufsangehörigen im Altenpflegerischen Bereich deutlich erhöhen, womit eine Verbesserung der Situation einhergehe. Das wolle man mit entsprechenden Maßnahmen unterstützen.

Weitere Maßnahmen seien zu nennen:

- Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- Unterstützung von Versorgungsangeboten durch nichtärztliche Berufsgruppen,
- kontrollierte Zuwanderung von Fachkräften und Auszubildenden aus dem Ausland.

Zu den Handlungsfeldern könne ein Projekt „Attraktiver Arbeitgeber Altenpflege“ genannt werden. Ziel dieses Projektes sei es, die Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege darin zu unterstützen, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu schaffen und sich damit als attraktiver Arbeitgeber weiterzuentwickeln. Kooperationspartner sei dabei Great Place To Work Deutschland mit dem Fachbereich Gesundheit und Soziales in Köln.

Ein weiterer wichtiger Punkt stelle das „Projekt Democheck Altenpflege Rheinland-Pfalz“ dar. Durch eine demografiefeste und zukunftsorientierte Personalpolitik wolle man dabei die Verweildauer der Beschäftigten in der Altenhilfe erhöhen und die Teilzeitquote verringern. So werde unter anderem die betriebliche Situation im Bereich der zukunftsorientierten Personalpolitik optimiert, vorher jedoch analysiert. Im Anschluss erfolge eine individuelle Information und Beratung zum Handlungsbedarf im Bereich alters- und altersgerechtes Arbeiten. Dabei arbeite man mit Kooperationspartnern zusammen.

Der Programmpunkt „Führung in Einrichtungen der Altenhilfe“ ziele darauf ab, Führungskräfte in ihrer Führungsrolle in den Einrichtungen zu stärken und ihre Kompetenzen in gesundheitsförderliches Handeln zu erweitern. Dadurch sollten die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten in der Pflege erhöht, die Verweildauer im Beruf verlängert und Ausfallzeiten gesenkt werden. Im Rahmen des Projektes würden Fortbildungen für Heimleitungen, Pflegedienstleitungen aus ambulanten Diensten, Pflegedienstleitungen aus stationären Einrichtungen sowie Wohnbereichsleitungen aus Altenpflegeeinrichtungen angeboten. Als Kooperationspartner habe man dazu das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur am Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt gewinnen können.

Weiterhin sei das Projekt „Attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Altenpflege in Rheinland-Pfalz“ zu nennen. Gemeinsam mit den drei genannten Programmen „Attraktive Arbeitgeber“, „Demochek Altenpflege“ und „Führung in Einrichtungen der Altenhilfe“ werde man Handlungsempfehlungen erarbeiten, entwickeln und diese allen Einrichtungen der Altenhilfe in Rheinland-Pfalz zur Verfügung stellen. Diese an der Basis orientierten niederschweligen Angebote stünden flächendeckend in den jeweiligen Veränderungen der Arbeitszusammenhänge für die Menschen, die in der Pflege tätig seien, zur Verfügung.

Die Sicherung der ärztlichen Versorgung durch Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Pflegekräfte und die Entwicklung eines Konzeptes gehörten zu den weiteren Punkten. Vorgeschlagen werde, dass Rheinland-Pfalz mit Dynamik in den Programmpunkt „Förderung der VERAH-Fortbildung“ einsteige „VERAH“ stelle eine Versorgungsassistentin dar, die insbesondere im hausärztlichen Bereich arztentlastende Tätigkeiten vornehme. Gemeinsam mit dem Deutschen Hausärzteverband, dem Vorsitzenden des Landesverbandes Rheinland-Pfalz, Dr. Zwerenz, sei es gelungen, ein Programm aufzulegen, mit dem 180 Praxismitarbeiter VERAH-Fortbildungen besuchen könnten und dann den Arztpraxen zur Verfügung stünden. Diese medizinischen Fachangestellten, die über berufliche Praxis verfügten, wolle man in einer VERAH-Fortbildung in kompakter Seminarform mit einem 100 % Stipendium zur Übernahme ihrer entstandenen Seminarkosten ausstatten.

Es bestehe die Überzeugung, dass damit mindestens drei Punkte erreicht werden könnten, und zwar eine gute Versorgungssituation insbesondere älterer Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum, eine Bestätigung des Berufsbildes der Assistententätigkeit in einer Hausarztpraxis, neue berufliche Perspektiven insbesondere für die erfahrenen Fachkräfte, die sich zutrauten, diese Fortbildung wahrzunehmen und neue Möglichkeiten für ihren beruflichen Alltag suchten, und gleichzeitig eine Stärkung des Hausarztberufes, weil man ihm die Gelegenheit eröffne, sich auf den Kern seiner Tätigkeit zu konzentrieren, sich gezielt auf die Patienten und deren Sorgen und Bedürfnisse einzulassen, ohne immer nur den Zeitfaktor im Auge zu haben. Das könne die Attraktivität des Arztberufes steigern.

Beim Handlungsfeld zwei gehe es um Initiativen zur Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsmodelle im ländlichen Raum. Das Gesundheitssystem sei davon geprägt, dass in weiten Teilen Selbstverwaltung bestehe und dass man sich vielfach an den Grenzen orientiere. Das gelte beispielsweise für den ambulanten und stationären Bereich und die medizinische und pflegerische Versorgung. Wichtig erscheine es sektorübergreifend zu planen, zu agieren und patientenorientiertes Arbeiten auszubauen. Ein wesentlicher Schwerpunkt dieses Handlungsfeldes stelle die Sicherung regionaler Krankenhausstandorte dar. Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln versuche das Ministerium, die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz vielfältig, kleinteilig und ortsnah zu erhalten und sie gleichzeitig zukunftsorientiert zu strukturieren. Die Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen ganz allgemein und eine vorausschauende regionale Versorgungsplanung gehörten ebenfalls zu diesem Handlungsfeld.

Zu den Programmpunkten im Einzelnen:

- Medizinische Gesundheitszentren, beispielsweise in Meisenheim am Glan werde die Glantalklinik mit neurologischer Schwerpunktversorgung zu einem sektorübergreifenden Gesundheitszentrum weiter entwickelt. Das Krankenhaus stelle das letzte neu gebaute in Rheinland-Pfalz dar. Deshalb biete es sich an, dieses Krankenhaus so zu planen, intensiv zu unterstützen und zu bauen, wie eine Blaupause für die Krankenhausentwicklung der Zukunft aussehen könne. Bestandteil des Konzeptes sei die telemedizinische Vernetzung zu umliegenden Spezialangeboten, zum Beispiel im Bereich Radiologie, und die enge Kooperation mit benachbarten Schwerpunktkliniken. Ziel dieses Modellprojektes sei es, unter einem Dach in Meisenheim und durch ambulante Filialen in der Regi-

on die wohnortnahe Gesundheitsversorgung ambulant und akut stationär in der Zukunft zu sichern. Das Landeskrankenhaus stelle hier den Kooperationspartner dar.

- Das St. Josefs-Krankenhaus in Hermeskeil gehöre zur Grundversorgung und verfüge über einen Notarztstandort. Für die medizinische Versorgung im zukünftigen Nationalpark Hochwald stelle das Krankenhaus Hermeskeil einen wichtigen Standort mit regionaler Bedeutung dar. Die Konzeptentwicklung und die Realisierung hin zu einem medizinischen Gesundheitszentrum erfolge in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung und der kommunalen Ebene. Das stelle in der Zukunft das Netzwerk dar, das die medizinische Versorgung in den Regionen gemeinsam im Blick habe und Angebote formulieren solle. Zu den Zielen gehöre die Sicherstellung der wohnortnahen medizinischen akut stationären und ambulanten fachärztlichen Versorgung so wie die Vernetzung mit regionalen und überregionalen Zentren. Dabei sei der Kooperationspartner die Marienhaus Kliniken GmbH als Träger des Hauses in Hermeskeil zu nennen.

Das Entlassmanagement sei anzusprechen. Ziel sei es dabei, den Aufbau von sektoren- und einrichtungsübergreifenden Patientenaufnahme- und -entlastprozessen in Krankenhäusern, insbesondere in der Westpfalz, vorzusehen. Mit verbesserten Prozessen bei Aufnahme und Entlassung der Patientinnen und Patienten wolle man häufige Abstimmungsprobleme an den Sektorengrenzen verhindern, aber auch einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen ermöglichen. Krankenhausaufenthalte sollten möglichst vermieden werden oder wirklich auf das medizinisch-pflegerisch Notwendige begrenzt sein. Dabei solle insbesondere die häusliche Versorgungssituation Berücksichtigung finden.

Ein weiteres Ziel stelle es dar, Kooperationsnetzwerke in der Westpfalz aufzubauen, die eine dauerhafte Basis für abgestimmte Prozesse anboten, sodass man von dauerhaften Projekten ausgehen könne. Kooperationspartner bildeten das Westpfalz-Klinikum, die Planungsgemeinschaft Westpfalz, das städtische Krankenhaus Pirmasens, das Nardini Klinikum, die Stadt Landstuhl und die Stadt Zweibrücken, das St. Elisabeth-Krankenhaus in Rodalben und das Evangelische Krankenhaus in Zweibrücken.

Ein weiteres Handlungsfeld stelle die Initiative zur Entwicklung und zum Ausbau von telemedizinischen Strukturen dar. Wesentliche Schwerpunkte dieses Handlungsfeldes seien die patientenbezogenen Technologien, die eine fachkompetente Überwachung und Behandlung im häuslichen Umfeld ermöglichten. Die überwiegende Zahl der Befragten sage, dass sie sich ihr Leben im Alter überwiegend zu Hause vorstellten. Dafür benötige man entsprechende Angebote, die technologisch unterstützt sein könnten. Dabei gehe es um strukturbezogene Technologien, die dezentrale Versorgungseinrichtungen mit einer überregional vorhandenen Kompetenz ausstatteten.

Eingeleitete Maßnahmen dieses Zukunftsprogramms „Gesundheit und Pflege 2020“ seien der große Punkt der Etablierung eines Versorgungskonzeptes für Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungspatientinnen und -patienten in Rheinland-Pfalz E.He.R. Das Vorhaben werde mithilfe eines Telemonitoringkonzeptes ein regionales Versorgungsnetzwerk zwischen unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen etablieren, dass eine qualitativ hochwertige, sektorübergreifende Versorgung flächendeckend gewährleisten solle.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit implantierten kardialen Geräten wie Defibrillatoren als auch für Patientinnen und Patienten mit externen Sensoren wie dem klassischen Blutdruckmessgerät seien anzusprechen. Die häusliche telemedizinische Betreuung der Patienten rund um die Uhr ergänze die persönliche Betreuung der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte. Die behandelnde Ärztinnen oder Ärzte als primäre Kontaktperson der Patienten erhielten eine kontinuierliche und ganzheitliche Dokumentation des Krankheitsverlaufs und könnten die Therapie individuell und gezielt an deren Bedürfnisse anpassen. Für die Patienten bedeute dies mehr Flexibilität, Zeitersparnis und Sicherheit. Zu den Kooperationspartnern zählten die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, das Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern, das Fraunhofer-Institut für Experimentelle Software Engineering IESE in Kaiserslautern unter Führung von Professor Dr. Rombach, die Vitaphone GmbH Mannheim und das Institut für Arbeit und Technik IAT in Gelsenkirchen. Die elektronische Fallakte gehöre auch in diesen Bereich.

All diese sektorübergreifenden Versorgungsaspekte könne man nur sinnvoll durchführen, wenn die handelnden Akteure der Versorgung gemeinsam Zugriff auf eine durchgehende Kommunikationsstruktur hätten, um sich umfassend über den Behandlungsverlauf, weiterer Maßnahmen usw. zu informieren. Kooperationspartner seien das Ärztenetz Mittelahr, die Marienhaus Kliniken GmbH, die Fraunhofer-Gesellschaft, ISST (Institut für Software- und Systemtechnik) Dortmund und ein privater Partner, CGM AG (CompuGroup Medical).

Dieses Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege 2020“ werde den Anspruch verwirklichen können, die zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum mit guten Konzepten zu begegnen. Dieses mit viel Arbeit erstellte Konzept habe man zusammen mit Akteuren der Versorgung und des Gesundheitswesens in Rheinland-Pfalz erstellt. Dadurch erhalte dieses eine besondere Praxisrelevanz. Gehofft werde, dass dieses Programm von allen Seiten Unterstützung finde.

Auf Bitten des Herrn Vors. Abg. Dr. Enders sagt Herr Staatsminister Schweitzer zu, dem Ausschuss seinen Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen und darüber hinaus sagt Herr Staatsminister Schweitzer zu, dem Ausschuss auch die Power Point-Präsentation und die Unterlagen zukommen zu lassen, die der Presse bei der heutigen Pressekonferenz zur Verfügung gestellt werden.

Frau Abg. Thelen sieht es als schwierig an, die Fülle der Informationen kurzfristig zu bewerten. Es bestehe jedoch der Eindruck, dass nach langer Vorbereitung ein gutes Programm erarbeitet worden sei. Kenntnis bestehe, dass seit über zehn Jahren über den bevorstehenden Fachkräftemangel, die demografischen Auswirkungen gerade auf die Versorgung im ländlichen Raum mit medizinischen Leistungen und vieles mehr diskutiert werde. Dazu gestellte Anträge seien in der Regel abgelehnt worden.

Die Ministerpräsidentin habe in ihrer Regierungserklärung gesagt, dass im Mai 2013 ein Konzept habe vorgelegt werden sollen. Bis zu den Haushaltsberatungen habe dieses jedoch nicht vorgelegen. In den Haushaltsberatungen habe es zu dieser Thematik Ansätze von jeweils 1,6 Millionen Euro mit dem Titel „Gesundheit und Pflege 2020“, mit denen auch andere Leistungen abzudecken seien, gegeben. Als nicht positiv bewertet worden sei, dass das Parlament über Mittel habe beschließen müssen, ohne das Gesamtkonzept zu kennen.

Es werde das Bemühen gesehen, die in diesem Bereich bestehenden wesentlichen Handlungsfelder abzudecken. Bei der Fachkräftesicherung sei ein flächendeckender Ansatz erkennbar. Da in einigen Bereichen regionale Schwerpunktsetzungen bestünden, bestehe Interesse zu erfahren, ob es sich dabei um einen modellhaften Charakter handele. Genannt worden seien beispielsweise das Westpfalz-Klinikum, der Bereich Bitburg-Prüm und Hermeskeil. Zu fragen sei, ob diese Modellprojekte entsprechend begleitet würden, um Rückschlüsse für die gesamte Fläche von Rheinland-Pfalz ziehen zu können, da die Problemstellungen, beispielsweise Entlassmanagement, an verschiedenen Orten zu berücksichtigen seien.

Vergleichbares gelte für den Einsatz neuer Technologien. Die zunehmend älter werdende Bevölkerung und auch die Zunahme der Demenzerkrankungen müsse man berücksichtigen, was die selbstständige medizinische Versorgung erschwere. Telemedizinische Ansätze könnten nur gelingen, wenn sie beispielsweise durch VERAH begleitet würden. Zu fragen sei, wie sich die Zusammenarbeit darstelle.

Auf zahlreichen Fachtagungen gebe es nach wie vor erhebliche Vorbehalte von ärztlicher Seite gegen Substitution, Ersatz der ärztlichen Tätigkeit durch andere Personen, medizinische Fachangestellte, VERAH oder Delegation von Aufgaben. Positiv gesehen werde es, dass der Hausärzteverband, Landesverband Rheinland-Pfalz mit einbezogen worden sei. Mit Blick auf die Telemedizin müsse man beispielsweise über Kooperationen mit Internisten bei der Herzüberwachung nachdenken.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt begrüßt dieses ambitionierte Vorhaben, das alle Aspekte der medizinischen Versorgung berühre und die Themen Demografie, sektorenübergreifende Versorgung und Führungskultur in der Versorgung mit einbeziehe. Für die Zukunft benötige man bei der Versorgung und

Pflege flexible Modelle. Dazu gehöre auch die Übertragung gewisser ärztlicher Tätigkeiten auf VERAH. Viele Mediziner begrüßten diese Maßnahme, die eine Entlastung der Arzttätigkeit in der Fläche mit sich bringen könne. Dadurch stehe den Ärzten mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung und es bestehe die Möglichkeit, Arbeitsplätze in der Pflege zu schaffen.

Begrüßt werde die Errichtung des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin. Dadurch bestehe die Möglichkeit, Wissen und Forschungsergebnisse zu bündeln und für die primäre ärztliche Versorgung bereitzustellen. Gleichzeitig bestehe die Möglichkeit der Kosteneinsparung und gehe eine Aufwertung des Studiengangs einher.

Frau Abg. Anklam-Trapp bedankt sich für die Arbeit im Bereich Gesundheit und Pflege, wozu zahlreiche Initiativen, beispielsweise Fortentwicklung von „Menschen pflegen“, Masterplan Gesundheit, Gesundheitsmonitor, Analyse des Fachkräftemonitorings, gehörten.

Bestätigt werde, dass vielfach im Ausschuss, im Plenum und mit den Menschen im Land über diese Thematik gesprochen worden sei. Die Menschen sorgten sich, wie die gesundheitliche Versorgung von erkrankten Angehörigen, Pflegebedürftigen, aber auch Kindern in der Zukunft gesichert werden könne.

Das vorgelegte Konzept enthalte Lösungsansätze für die Fortentwicklung der Pflege. Die Arbeitsbedingungen und ein längerer Verbleib im Beruf seien bei diesem Vorhaben zu berücksichtigen. Die Ausbildungszahlen seien immer wieder erhöht worden. Ärzte würden sowohl im Klinikbereich als auch im ambulanten Bereich und gerade in ländlichen Gebieten benötigt.

Eine Veranstaltung zur Delegation von Leistungen im vergangenen Jahr gehöre mit zu den Grundlagen des vorliegenden Programms. 180 pflegerische Fachkräfte würden zu 100 % mit einem Stipendium vom Land gefördert. Diese setze man flächendeckend in allen Regionen ein. Auch in der Presse habe man die Frage lesen können, ab welchem Zeitpunkt diese Kräfte zur Verfügung stünden. Die Fachkräfte arbeiteten zusammen mit den Hausärzten. Gebeten werde, weitere Informationen zur Verfügung zu stellen.

Das Entlastmanagement habe Eingang in das neue Konzept gefunden. Das Gesundheitszentrum in Meisenheim, die Blaupause für Rheinland-Pfalz, könne dazu beitragen, den Erhalt von vielen kleinen Krankenhäusern voranzubringen. Dabei handele es sich jedoch um ein längerfristiges Projekt.

In Zukunft werde es nicht mehr in jeden größeren Gemeinden einen Hausarzt geben. Wichtig erscheine es daher, neue Modelle zu erproben, beispielsweise ein solches wie in Meisenheim. Die technologiegestützte Medizin biete viele Möglichkeiten in der Zukunft. Beispielsweise könne man damit Leben retten. Es werde die Notwendigkeit gesehen, diese mehr anzuwenden. Vielleicht bestehe damit die Möglichkeit, den weiten Weg zum Facharzt in einigen Fällen zu ersetzen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet von einem Besuch beim Landeskrankenhaus in Andernach, wo bei einer VERAH-Veranstaltung von einem Referenten ausgeführt worden sei, dass die Zahl der Studienabbrecher im Fach Medizin von 1995 bis 2009 von 8 % auf 18 % gestiegen sei. Angeregt werde, bei dem Projekt „Gesundheit und Pflege 2020“ die Ausbildung der Ärzte mit einzubeziehen, da sich die Zahl der Abbrecher verdoppelt habe.

Begrüßt und unterstützt werde das Einbeziehen der Telemedizin. Bezüglich der zu berücksichtigenden Notfallmedizin könne berichtet werden, dass vor einem Jahr auf Druck fehlender Fachärzte bei der Notfallmedizin die Qualifikationsvoraussetzungen zum 1. Januar 2014 hätten auf ein Minimum zurück geführt werden müssen, was unter anderem Kritik von einem großen Fachverband nach sich gezogen habe. Jedoch sei die Änderung notwendig gewesen, um die Notfallrettung aufrecht erhalten zu können.

Die Universität Aachen habe inzwischen ein abgeschlossenes Projekt zur Telemedizin durchgeführt. Ein Telearzt könne auch in Notfallsituationen hilfreich wirken. Dabei stehe nicht unbedingt die manuelle Ausübung von Tätigkeiten im Fokus, sondern der ärztlich erfahrene Sachverstand, der Indikationen für Anweisungen stelle.

Bisher sei das Thema Telekardiologie noch nicht angesprochen worden. Bei der letzten Ausschusssitzung habe man darüber bei der Thematik Rettungsdienstbereich Koblenz-Montabaur gesprochen. Dabei stehe die Weitergabe beispielsweise von EGK-Daten an das Krankenhaus im Fokus, bei denen dann die Möglichkeit der entsprechenden Vorbereitung bestehe, um Zeit zu gewinnen.

Herr Staatsminister Schweitzer geht auf die angesprochene flächendeckende Relevanz ein, auf die bei der Erstellung unter Einbeziehung von verschiedenen Partnern Wert gelegt worden sei. Schon jetzt könne man diese Flächenrelevanz erreichen. Das Projekt solle für alle Menschen in Rheinland-Pfalz potenziell erreichbar sein. Verwiesen werde auf den Bereich der Altenpflege. Im Bereich der Pflege und Altenhilfe wolle man die Einrichtungen unterstützen, den Berufsalltag zu überprüfen, sie sensibilisieren, um konkrete, individuell zugeschnittene Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. In Gesprächen vor Ort mit Pflegefachkräften komme zum Ausdruck, dass eine in Aussichtstellung einer Beitragssatzerhöhung von 0,3 % nur wenig hilfreich sei, da diese, wenn überhaupt, nur verzögert spürbar werde. Die vorgesehenen Maßnahmen seien auf die Praxis vor Ort abgestimmt.

Das Westpfalz-Klinikum verfüge über Standorte in Kaiserslautern, Kusel und im Donnersbergkreis. Ferner seien die Kliniken in Pirmasens und Zweibrücken bei der Frage des Entlassmanagements zu berücksichtigen, sodass man nicht von einer Region, sondern von einem Drittel des Landes sprechen könne.

Flächenrelevanz werde mit dem im Bereich der hausärztlichen Versorgung Angestrebten erreicht. Dazu gehöre VERAH und der Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, der bis Ende des Jahres an der Universität Mainz zur Verfügung stehe. Damit gehe eine Aufwertung für den Facharzt Allgemeinmedizin einher und werde einer seit Jahren bestandenen Forderung Rechnung getragen.

Weiterhin sei ein Vorschlag in Arbeit, einen Schwerpunkt bei dem Wahlterial Allgemeinmedizin im praktischen Jahr zu setzen, um die nicht besonders positiv bewerteten Zahlen bei der Schwerpunktsetzung Allgemeinmedizin zu verbessern. Das klassische Medizinstudium führe nicht unbedingt zu einer freiberuflichen Landarztztätigkeit. Um auch die schon bisher gute Arbeit an der Universität Mainz im Bereich der Medizin weiter zu unterstützen, erscheine der Lehrstuhl für Allgemeinmedizin hilfreich.

Bei der öffentlichen Diskussion über die Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf pflegerisches Personal müsse man immer wieder mit schwierigen Diskussionen mit Beteiligten über solche Möglichkeiten rechnen. Begrüßt werde die Flächenrelevanz bei VERAH. Mit dem Hausärzteverband habe man sich darauf verständigt, Ausbildungen noch in diesem Jahr durchzuführen. Ein 200-stündiges Curriculum biete man an, um mit einer guten Ausbildung bzw. Fortbildung das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu gewinnen; denn wenn diese trotz der Tatsache, dass die Abrechnung unter Einbeziehung des Hausarztes über die Kasse erfolge, nicht von den Patienten akzeptiert würden und der Hausarzt gefordert werde, dann erscheine das nicht zielführend.

Die Krankenhausplanung erfolge im Dialog mit den Beteiligten. In Meisenheim kooperierten ambulante Angebote des Krankenhauses mit den ambulanten Strukturen, sodass das als eine Art Blaupause für Rheinland-Pfalz angesehen werden könne.

Zugestimmt werde der Notwendigkeit, die Telemedizin weiter voranzubringen und sie behutsam einzuführen und weiterzuentwickeln, weil auch da die Akzeptanz der Betroffenen besonders wichtig erscheine. Jedoch bestehe kein Grund zu übertriebenem Pessimismus. Die Generation, für die die neue Versorgungsstrukturen Wirkung zeigten, sei mit dem Internet aufgewachsen oder habe sich in den letzten Jahren damit beschäftigt. Auf der CeBIT werde man sich schwerpunktmäßig mit den Themen Telemedizin und Telematik beschäftigen. Bei Gesprächen werde verdeutlicht, dass Rheinland-Pfalz nicht nur im Bereich Versorgungsangebote im telemedizinischen Bereich, sondern auch im Bereich Gesundheitswirtschaft interessant sein könne. Wertschöpfung und gute Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft unterstützten im telemedizinischen Bereich die Versorgungsstrukturen und deren Aufbau. Frau Dr. Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, zeige großes Interesse an der Telemedizin, da sie auf gute Erfahrungen zurückgreifen könne.

Mit Blick auf die angesprochenen Abbrecherquoten bei dem Medizinstudium werde die eigentliche Herausforderung darin gesehen, dass diese irgendwann den Arztberuf ergriffen, was schon länger nicht immer zutrefte. Weiterhin bestehe die Herausforderung, die Studierenden, die sich für den Arzt-

beruf entschieden, ob Allgemeinmediziner oder Facharzt, dahingehend zu motivieren, in die ländliche Region zu wechseln.

Herr Abg. Wäschenbach möchte mit Blick auf den angesprochenen bundespolitischen Kontext des Programms wissen, ob der Koalitionsvertrag Festlegungen oder Absichtserklärungen enthalte, die nicht übernommen worden seien oder auf Ablehnung stießen.

Herr Staatsminister Schweitzer erwidert, weiterhin bestehe Ablehnung gegenüber dem Betreuungsgeld.

Herr Abg. Wäschenbach stellt klar, dass nicht der gesamte Koalitionsvertrag, sondern die zehn bis 15 Seiten über das Thema Gesundheit und Soziales gemeint gewesen seien.

Herr Staatsminister Schweitzer erklärt, da er diese mitverhandelt habe, bestehe kein Widerstand.

Der Tagesordnungspunkt hat seine Erledigung gefunden.

ELEKTRONISCHE FASSUNG

Punkt 10 der Tagesordnung:

a) Die Pille danach soll rezeptfrei werden

Antrag der Fraktion der SPD nach § 76 Abs. 2 GOLT

– Vorlage 16/3486 –

b) Rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel

Beschluss des Schülerlandtags vom 5. Dezember 2013

(Behandlung entsprechend § 76 Abs. 2 GOLT)

– Vorlage 16/3508 –

Frau Müller (Fraktionsvorsitzende im Schülerlandtag) führt für die Fraktion der PGS, Partei für Gesundheit und Soziales, aus, bei der „Pille danach“ handele es sich um einen Wirkstoff, der in Einzelfällen auch schwere Nebenwirkungen laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe haben könne.

Über Nebenwirkungen und Überdosierungen müsse gesprochen werden. Eine Dosis von 10 g könne bei Erwachsenen zu einer schweren Schädigung der Leber oder zum Leberversagen und somit zum Tod führen. Bei Jugendlichen reiche in Abhängigkeit vom geringeren Körpergewicht eine entsprechend kleinere Menge aus. Erste Symptome seien Übelkeit, Erbrechen, Blässe und anhaltende Unterleibsschmerzen. Wenn keine umgehende Behandlung erfolge, erlitten ca. 10 % der Patientinnen schwere Schädigungen. 10 bis 20 % von diesen würden an den unmittelbaren Folgen sterben.

In England und Wales zum Beispiel würden etwa 30.000 Patientinnen pro Jahr mit einer solchen Vergiftung ins Krankenhaus eingeliefert. Etwa 150 überlebten dies nicht. Auch in den USA gelte dies als die häufigste Ursache akuten Leberversagen. Dabei würden etwa die Hälfte der Vergiftungen beabsichtigt herbeigeführt, also um Suizid zu begehen.

Bei diesem schon fast als Selbstmordmethode zu bezeichnenden Mittel handele es sich nicht etwa um die „Pille danach“, sondern um Paracetamol. Bis Packungsgrößen von 10 g könne dieses Medikament in Deutschland rezeptfrei erworben werden. Die Kosten lägen bei dem billigsten Präparat bei 1,34 Euro für 10 g. Dies erfolge in Deutschland mit Billigung aller verantwortlichen Stellen.

Aber die „Pille danach“ werde laut Minister Gröhe als viel zu gefährlich angesehen. Sein Parteifreund, Jens Spahn, habe im Februar 2013 per Tweed mitgeteilt, dass es sich dabei nicht um Smarties handele; denn zu den Nebenwirkungen gehörten Kopfschmerzen, Müdigkeit, Durchfall und sogar Erbrechen.

Es stelle sich die Frage, ob die Expertinnen der WHO, die Fachleute des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und Gesundheitspolitikerinnen fast aller europäischen Länder ignorant und leichtfertig seien, dass sie ein gefährliches Medikament im Süßwarenregal der Supermärkte, angelehnt an Herrn Spahn, vertreiben wollten. Weiterhin sei zu fragen, warum dermaßen das Verantwortungsbewusstsein und die Intelligenz junger Frauen unterschätzt würden und warum ihnen das Recht auf Selbstbestimmung genommen werden solle. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass das Medikament beim nächsten Kindergeburtstag mit anderen Knabbereien verteilt werde.

Durch die geforderten Aufklärung im Schulunterricht, das Lesen des Beipackzettels und das Beratungsgespräch mit einer Apothekerin befinde man sich in der Lage, eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Abgewogen werden könne, ob zusätzlich mit einer Gynäkologin gesprochen werden solle oder ob man in der gebotenen Eile die Nebenwirkungen des Medikaments lieber als eine ungewollte Schwangerschaft in Kauf nehme.

Die „Süddeutsche Zeitung“ habe am 15. Januar 2014 auf einen Kommentar von Christina Berndt mit dem Titel „Ideologie statt Argument“ geantwortet, was als zutreffend angesehen werde. Es gehe nicht um das bessere Argument. Es gehe offensichtlich um etwas anderes. Ob es sich dabei, wie die „SZ“ vermute, um ideologische oder einfach politische Grundüberzeugungen handele oder um Sturheit, könne hier nicht beurteilt werden.

Das Desinteresse von Jugendlichen und Erwachsenen an der Politik, das Berufspolitiker in den Talkshows gerne bedauerten, werde durch solche Scheindiskussionen nicht nachhaltig vermindert.

Herr Staatsminister Schweitzer berichtet, seit mehr als zehn Jahren werde in Deutschland über die Freistellung der „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel aus der Verschreibungspflicht diskutiert. Das Arzneimittel werde als Notfallkontrazeptivum eingesetzt, was den Eisprung unterdrücke bzw. verzögere.

In nahezu allen europäischen Nachbarländern, so in Großbritannien, Frankreich, Schweden, Dänemark und in der Schweiz, komme dieses Arzneimittel rezeptfrei zum Einsatz, um einen niedrigschwelligen Zugang zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften in Notfallsituationen insbesondere bei jungen Frauen zu ermöglichen. Auch in Amerika gebe es positive Erfahrungen mit der rezeptfreien Abgabe dieser „Pille danach“.

Der gesicherte und eigenverantwortliche Zugang zur Familienplanung inklusive der „Pille danach“ gehöre zu den sexuellen und reproduktiven Menschenrechten, wie sie bereits 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo festgeschrieben und dokumentiert worden seien. Die „Pille danach“ oder auch „Morning-after-Pille“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel sei in Deutschland bereits im August 2000 als Monopräparat zur Notfallkontrazeption nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften zugelassen worden. Seither hätten sich die entsprechenden Fertigarzneimittel als sichere und nebenwirkungsarme Möglichkeit einer Notfallkontrazeption erwiesen. Dies bestätige das mit der Pharmakovigilanz, systematische Beobachtung der Arzneimittelsicherheit, beauftragte Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bonn.

Die „Pille danach“ sei wegen ihres relativ hohen Hormongehalts aus arzneimittelrechtlicher Sicht zunächst der Verschreibungspflicht unterstellt worden. Das bedeute, Präparate mit Levonorgestrel seien ausschließlich nach vorheriger ärztlicher Verordnung in Apotheken erhältlich. Die derzeitige Praxis der Verordnungspflicht führe oft dazu, dass mit der Rezeptausstellung durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen insbesondere an Wochenende zu viel Zeit verstreichen könne, wenn dann nur Krankenhausambulanzen oder der ärztliche Bereitschaftsdienst diese Rezepte ausstellen könnten. Auch sei Rheinland-Pfalz als Flächenland mit ländlichen Regionen, in denen ein Arztbesuch für betroffene Frauen und Mädchen häufig eine große Hürde darstelle, damit belastet, dass eine Notfallnachverhütung verhindert werde.

Wegen der nachgewiesenen Sicherheit und der langjährigen Erfahrungen in benachbarten Ländern habe der Sachverständigenausschuss beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit dem Hinweis auf die guten europaweiten Erfahrungen in 28 Nachbarländern, in denen die „Pille danach“ ohne ärztliche Verordnung zur Verfügung stehe, 2003 empfohlen, levonorgestrelhaltige Präparate zur Notfallkontrazeption aus der Verschreibungspflicht zu entlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit habe seinerzeit den Vorschlag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte mit der Begründung abgelehnt, die Bundesländer verfügten über keine einheitliche Meinung und müssten einer Freistellung von der Verschreibungspflicht im Bundesrat obligatorisch und mehrheitlich zustimmen.

Im Jahr 2008 sei bei der 81. Gesundheitsministerkonferenz erneut der Vorschlag eingebracht worden, die „Pille danach“ umfassend mit aktuellem Stand zu bewerten und aus der Verschreibungspflicht zu entlassen, was in der Konferenz keine Mehrheit gefunden habe und deshalb auf Fachebene nicht weiterverfolgt worden sei.

Im Jahr 2009 war nach einem positiven Votum der Europäischen Arzneimittelagentur ein neuer Wirkstoff mit dem Namen Ulipristalacetat als Notfallkontrazeptivum zugelassen worden. Mit diesem Präparat gebe es im Vergleich zu Levonorgestrel nicht so langjährige Erfahrungen, sodass in Europa durchgängig die Verschreibungspflicht bestehe. Im Gegensatz zu Levonorgestrel, das primär eisprunghängend wirke, könne Ulipristalacetat eine bestehende Schwangerschaft über eine Modulation der Progesteronrezeptoren beeinträchtigen. Der exakte Wirkmechanismus von Levonorgestrel sei bis heute nicht genau geklärt. Eine Beeinflussung der Implantation einer befruchteten Eizelle sei bei hoher Konzentration von Levonorgestrel nicht ganz auszuschließen. Durch tierexperimentelle Studien sei gesichert, dass Levonorgestrel eine bereits implantierte Eizelle nicht abzulösen vermöge und somit bei einer bestehenden Schwangerschaft nicht abtreibend wirke.

Im Juni 2012 sei auf der Hauptkonferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen und -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder in Nürnberg ein erneuter Antrag auf die Freistellung aus der Verschreibungspflicht von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum auf den Weg gebracht worden. Dieser sei aufgrund fehlender Mehrheit zurückgewiesen worden.

Am 8. November 2013 habe der Bundesrat unter Federführung der Länder Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mehrheitlich beschlossen, dass die „Pille danach“ von Apotheken ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden solle. Dazu solle die Bundesregierung ein Gesetzentwurf vorlegen, der mit der Aufhebung der Verschreibungspflicht nicht zu einer Verschlechterung bei der Kostenübernahme für die Notfallkontrazeption mit dem Wirkstoff Levonorgestrel durch die Krankenversicherung führe. Die Kosten für die Anschaffung der „Pille danach“ sollten wie bisher für Versicherte bis zum 20. Lebensjahr übernommen werden. Ab Mai 2014 sollten die Krankenkassen auch die Kosten der nicht mehr verschreibungspflichtigen „Pille danach“ übernehmen. Diese noch ausstehende Regelung hindere nach Auffassung des Bundesrates den Verordnungsgeber nicht daran, die Freistellung von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum von der Verschreibungspflicht bereits jetzt umzusetzen.

Durch die weitere bestehende Apothekenpflicht der Levonorgestrel-Präparate könne die notwendige pharmazeutische Beratung in der Apotheke auch nach der Entlassung aus der Verschreibungspflicht gesichert werden. Wobei durch die beratenden Apothekerinnen und Apotheker gegebenenfalls eine Überweisung an eine Ärztin oder einen Arzt möglich sein werde.

Ein unkontrollierter Bezug der „Pille danach“ aus dem Internet zu Dumpingpreisen solle nach Auffassung der Landesregierung vermieden werden. Entsprechend hätten sich die deutschen Apothekerinnen und Apotheker beim Deutschen Apothekertag Ende September 2013 in Düsseldorf positioniert und ihre Bereitschaft zur Übernahme dieser neuen Aufgabe bekundet.

Die Problematik mit dem unkontrollierten Vertrieb der „Pille danach“ im Versandhandel könne nach Auffassung der Landesregierung ebenfalls in der Arzneimittelverschreibungsverordnung abschließend dadurch geregelt werde, dass wie bei anderen erklärungsbedürftigen Arzneimitteln der Versandhandel untersagt werde.

Beim Vorstoß zur Freistellung der „Pille danach“ als Notfallkontrazeptivum gehe es lediglich um eine enge und genau definierte Ausnahme eines Hormonpräparats mit dem lang erprobten Wirkstoff Levonorgestrel.

Diese frauenpolitische Initiative erstreckte sich nicht auf das neuere und länger kontrazeptiv wirksame Präparat EllaOne mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat, das wegen seines komplexeren Wirkmechanismus und differenziertem Zulassungsstatus verschreibungspflichtig bleiben werde. Schon im Zuge der europaweiten Zulassung von EllaOne sowie insbesondere bei den aktuellen Diskussionen zur Freistellung von Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum hätten die Berufsverbände der Gynäkologinnen und Gynäkologen auf Bundesebene, aber auch regional unermüdlich in den Medien vor der „Pille danach“ ohne Rezept gewarnt. Dabei würden die Ärzteverbände wenig auf die bestehenden Studien sowie auf die europäischen Erfahrungen mit der „Pille danach“ eingehen. Vielmehr nehme die Landesregierung diese Argumente ernst, halte gleichwohl die Freigabe der „Pille danach“ weiterhin für vertretbar. Diese werde nach wie vor nur notfallmäßig zum Einsatz gelangen, wie es in der arzneimittelrechtlichen Zulassung von Levonorgestrel vorgegeben werde.

Der erleichterte Zugang zur „Pille danach“ dürfe gerade bei jungen Leuten keinen Einfluss auf die Verwendung regulärer Verhütungsmittel und ihr Sexualverhalten haben. Der eigenverantwortliche Schutz solle weiterhin im Vordergrund stehen, da die Ausbreitung von sexuell übertragbaren Erkrankungen wie HIV oder AIDS keinesfalls gestoppt sei.

Die Landesregierung vertrete die Auffassung, dass die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel rezeptfrei in der Apotheke mit der erforderlichen und fachgerechten Beratung erhältlich sein solle, die im Einzelfall eine Weiterleitung an eine Ärztin oder einen Arzt zur weiteren Untersuchung einschließe.

Die europaweite Zulassung für die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat sei im Oktober 2009 von der Europäischen Arzneimittel-Agentur erteilt worden. Diese prüfe nach Aussage eines Presseartikels in der „Frankfurter Rundschau“ vom 24. Februar 2014 einen Antrag des Zulassungsinhabers auf europaweite Freistellung dieses Wirkstoffs. Damit könne die Entlassung aus der Verschreibungspflicht stattfinden.

Im Fall einer möglichen positiven Entscheidung der EMA (Europäische Arzneimittel-Agentur) würde sich der Druck auf den Bundesgesundheitsminister erhöhen, auch das schon länger zugelassene und deshalb besser erprobte Levonorgestrel als Notfallkontrazeptivum aus der Rezeptpflicht zu entlassen.

Diese Diskussion werde hoch emotional geführt, manchmal mit verkürzten und verkürzenden Argumenten. Trotz der guten Darstellung durch die Vertreterin des Schülerlandtags könne man in diesem Fall nicht davon ausgehen, dass man sich auf nur eine Argumentationslinie verständige. Die rheinland-pfälzische Landesregierung gehe differenziert und mit einer sorgfältigen Abwägung aller Argumente vor.

Mit Blick auf einen Vorfall in Köln nach einem sexuellen Übergriff, bei dem eine junge Frau bei zwei Krankenhäusern nicht die erforderliche unmittelbare Hilfe bekommen habe, bemühe man sich intensiv um diese Thematik. Die Bereiche Eifel und Trier verfügten auch bei den Krankenhausträgern über eine stark katholische Prägung. Mit Kardinal Lehmann habe man zu einem Runden Tisch eingeladen, bei dem man festlegen könne, dass die Verschreibung der „Pille danach“ in einer solchen Notfallsituation sowohl an konfessionell getragenen als auch an allen anderen Krankenhäusern erfolgen könne.

Da nicht in ganz Deutschland bei dieser Frage die gleiche Diskussionslage wie in Rheinland-Pfalz herrsche, wolle man nach einer bundesweiten Initiative durch verschiedene Diskussionsansätze nicht den Eindruck entstehen lassen, dass die jungen Frauen nicht immer verantwortungsvoll mit diesem Thema umgingen. Vielmehr werde von einem verantwortungsbewussten Umgang mit Sexualität und Verhütung ausgegangen. Jedoch könne es vorkommen, dass Verhütungsmethoden nicht wirkten, sodass eine Situation entstehe, in der man Hilfe benötige, wozu die „Pille danach“ gehöre.

Frau Abg. Thelen sieht den gewählten Vergleich bei der Begründung des Antrages durch die Vertreterin des Schülerlandtags geeignet, die Aufmerksamkeit auf das Thema zu lenken. Paracetamol werde in den USA vielfach als Selbstmordmittel angewandt, sodass es als wichtig angesehen werde, dieses Medikament in die Verschreibungspflicht zu überführen.

Bei der Diskussion müsse man genau darauf achten, welches Medikament zur Diskussion stehe. Als wichtig angesehen werde es, in einer strittigen politischen Diskussion mit unterschiedlichen Bewertungen von Erkenntnissen, Argumenten und mit unterschiedlichen Ergebnissen darauf zu achten, dass es sich nicht zu einer Scheindiskussion entwickle.

Bei der Information über die Diskussion über Levonorgestrel habe man keine Argumente über überholte Vorstellungen eines möglicherweise falschen Lebenswandels oder dergleichen gefunden. Vielmehr stehe auch bei Herrn Spahn, der in einem Tweed sehr verkürzt seine Bedenken geäußert habe, im Vordergrund, dass es sich nicht um Schokolade, sondern um ein Medikament handele.

In vielen Beiträgen zu diesem Thema könne man Bedenken verschiedenster Art erkennen, die auf vielfältigem Wege transportiert würden, da man über ein Hormonpräparat diskutiere. Der Hormongehalt der „Pille danach“ entspreche etwa der Menge einer Monatspackung von Verhütungspillen, die der Verschreibungspflicht unterlägen, was nicht in Frage gestellt werde. Bislang gebe es beispielsweise von Frauenbewegungen keine Aussage darüber, dass dadurch das Selbstbestimmungsrecht von Frauen unterlaufen werde.

Eine Verschreibungspflicht sei dann geboten, wenn ein Medikament Wirkungen und Nebenwirkungen entfalte, worüber man vor der Einnahme Kenntnis erlangen solle, was für die Einnahme der Verhütungspille zutrefte.

Der Vorsitzende des Landesverbandes Rheinland-Pfalz der Gynäkologen unterstreiche die Auffassung, dass es nicht darum gehe, das Selbstbestimmungsrecht zu unterlaufen, sondern Frauen bei

einem Beratungsgespräch beispielsweise durch einen Arzt bei einer Entscheidung zu unterstützen., Begrüßt werde die Klarstellung durch den Minister, dass in Rheinland-Pfalz solche Rezepte vorgesehen seien.

Selbst wenn in einem Bereitschaftsdienst, beispielsweise nachts, kein Gynäkologe zur Verfügung stehe, so könne doch davon ausgegangen werden, dass alle Ärzte für solche Gespräche geschult seien, weil das Beurteilen des sinnvollen Einsatzes und das Ermitteln des richtigen Vorgehens im Vordergrund stehe.

Der Präsident der Bundesapothekenkammer habe im November 2013 ausgeführt, dass mit Levonorgestrel 95 % aller Schwangerschaften verhindert werden könnten. Jedoch gebe es verschiedene Möglichkeiten, die Situation zu betrachten. Nach einem einmaligen ungeschützten Verkehr in der Zeit des Eisprungs würden 5,5 % der Mädchen oder Frauen schwanger. Mit dem Einsatz von Levonorgestrel bestehe die Möglichkeit, diese Schwangerschaften um 50 % zu reduzieren, wenn Levonorgestrel innerhalb von 24 Stunden eingenommen werde.

Der Minister habe ein weiteres Präparat angesprochen, dessen Rezeptpflicht unbestritten sei. Bei einer vorgesehenen Einnahme von Levonorgestrel müsse man Kenntnis über den Zyklusstand und darüber haben, dass dieses Medikament nur bis zu einem Körpergewicht von 75 Kilogramm Wirkung entfalte. Beispielsweise trage in Frankreich die Verpackung entsprechende Warnhinweise. Wenn nur die Apotheke bei der Abgabe des Medikamentes vorgesehen sei, bestehe für diese gegebenenfalls die Verpflichtung, entsprechende Patientinnen wegzuschicken. Für diese Patientinnen bestehe die Notwendigkeit, sich ein Rezept für Ulipristalacetat zu besorgen, da dieses Medikament Wirkung bis zu einem Körpergewicht von 95 Kilogramm zeige.

Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass eine rezeptfreie Zurverfügungstellung dieses Medikamentes die Schwangerschaftsabbrüche reduziere, was aus Erfahrungen anderer Länder ohne Rezeptpflicht abgeleitet werden könne. Nach Abwägung verschiedenster Informationen werde die Auffassung vertreten, dass es hilfreich und sinnvoll erscheine, die „Pille danach“ weiterhin auf Rezept beziehen zu können. Den Hinweis, dass mit den Frauen, die sich für die „Pille danach“ interessierten, nicht entsprechend umgegangen werde, müsse man aufgreifen und darauf hinwirken, dass ein entsprechender Umgang über Fortbildungen angestoßen werde. Bei einer Behandlung dürfe nicht unterschwerlich ein möglicherweise unterstellter negativ Lebenswandel beurteilt werden, sondern man müsse sich dabei auf die Situation und darauf konzentrieren, welches das richtige Medikament bei dieser Frau in dieser Situation sei, wie das Medikament eingenommen werden müsse und welche möglichen Nebenwirkungen man beachten solle. Der Handlungsspielraum für junge Menschen werde durch die Rezeptpflicht nicht eingeschränkt. Die Rezeptpflicht wirke nicht diskriminierend. Die Wirkungen und Nebenwirkungen auf den Hormonhaushalt machten es erforderlich, dass die jungen Frauen eine ärztliche Beratung erhielten. Dabei werde eine Beratung über Apotheken nicht als die ideale Lösung angesehen.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt begrüßt die gründliche und sachliche Vorbereitung durch den Schülerlandtag und geht auf Fakten und Zahlen ein, die bestätigten, dass die „Pille danach“ auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation rezeptfrei abgegeben werden könne. Auch wie bei homöopathischen Mitteln könne es allergischen Reaktionen geben. Die weltweiten Zahlen belegten den positiven rezeptfreien Einsatz dieses Medikaments.

Nicht unterschätzt werden dürfe das angesprochene Selbstbestimmungsrecht der Frauen, die sich verantwortungsvoll mit solchen Fragen beschäftigten. Studien zeigten, trotz der Rezeptfreiheit gebe es keine steigende Anwendung dieses Medikamentes. Der Beschluss des Schülerlandtages sei mit praktischen Erfahrungen, medizinischem Wissen und gesundem Menschenverstand gut auf den Weg gebracht worden.

Frau Abg. Anklam-Trapp bedankt sich für den Antrag, die ausführliche Begründung, die kontroverse Beschäftigung mit dem Antrag und sieht seitens der Fraktion der SPD den Antrag als unterstützenswert an.

Der Kommentar von Herrn Spahn, dass es sich um keine Smarties handele, habe man so nicht erwartet. Levonorgestrel stelle eine Möglichkeit für Frauen dar, eine ungewollte Schwangerschaft zu verhin-

dern. Das Selbstbestimmungsrecht der Frauen stelle dabei einen wichtigen Aspekt dar. Viele andere Länder hätten sich bereits mit der Fragestellung beschäftigt und eine Lösung gefunden, was vorgetragen worden sei.

Der beratende Arzt in Deutschland werde als wichtige und gute Institution angesehen. Nicht nur junge Frauen hätten mit solchen schwierigen Situation zu kämpfen, was sich aus den Zahlen der Schwangerschaftsunterbrechungen ableiten lasse. Es gebe durchaus viele Frauen im mittleren Alter, die einer ungewollten späten Schwangerschaft nicht aufgeschlossen gegenüberstünden. Jedoch werde es als nicht anstrebenswert angesehen, Levonorgestrel sozusagen vorsorglich zuhause zu bevorraten, da man den Umgang mit bewusster Liebe, Verkehr und einer ungewollten Schwangerschaft anders betreiben solle.

Erzieherische Maßnahmen für Frauen in einem Krankenhaus sehe man als nicht hilfreich an. Bei der Nutzung der Notfallambulanz müsse man die Gegebenheiten und eine Wartezeit berücksichtigen. Beim ungeschützten Verkehr müsse man die mögliche Übertragung von Krankheiten, beispielsweise AIDS, HIV oder Hepatitis C und eventuelle spätere Nebenwirkungen eines einzunehmenden Medikaments berücksichtigen.

Wünschenswert erschienen die Freigabe dieses Medikaments, keine Werbung dafür und den Ausschluss des Bezuges über das Internet. Ferner müsse eine mögliche Bevorratung in der Hausapotheke verhindert werden; denn es solle weiterhin ein Notfallmedikament bleiben.

Herr Abg. Dr. Konrad sieht es sinnvoll an, dass in einer Notfallzentrale oder einer gynäkologischen Ambulanz nicht nur eine Beratung erfolge, sondern auch das Medikament vorrätig sei, da der Zeitrahmen bei diesem Medikament eine wichtige Rolle spiele; denn nicht immer hielten die Apotheken dieses Medikament vor.

Bei jedem Patient, der sich in der Bereitschaftsdienstzentrale melde, müsse die Dringlichkeit beurteilt werden. Wenn sich eine Bereitschaftsdienstzentrale nicht in der Lage befinde, eine Frau, die aus diesem Grund vorstellig werde, zeitnah zu behandeln, dann fehlten Kenntnisse über die zeitlichen Gegebenheiten oder die Anamnese bei der Primärannahme der Patienten erfolge nicht sachgerecht.

Unabhängig davon könne man bei einer Rezeptfreiheit für minderjährige Patientinnen gewisse Bedenken nicht von der Hand weisen. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die entsprechenden Maßnahmen von der minderjährigen Patientin richtig eingeschätzt werden könnten und dass Selbstvorsorge Beachtung finde. Solches müsse im Normalfall über die Erziehungsberechtigten erfolgen. Das versuche man im ärztlichen Bereich zu verhindern, weil man bei Heranwachsenden, nicht volljährigen Menschen auf die Hinzuziehung der Sorgeberechtigten im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht verzichten könne.

Gerade bei den Regelungen für diese Personengruppe gebe es gegenüber der Einstellung der eigenen Partei, die sonst geteilt werde, Bedenken. Begleitend dazu werde es als sinnvoller angesehen, dass die Bereitschaftsdienstzentralen und gynäkologischen Ambulanzen den Frauen, vor allem aber den Minderjährigen den Weg in die Apotheke ersparten. Bei Minderjährigen solle das Medikament direkt ausgehändigt und über die Einnahmemodalitäten aufgeklärt werden. Bei volljährigen Frauen bestehe Übereinstimmung mit den vorgetragenen Argumenten.

Zu a):

Der Antrag – Vorlage 16/3486 – hat seine Erledigung gefunden.

Zu b):

Der Tagesordnungspunkt hat seine Erledigung gefunden.

Außerhalb der Tagesordnung:

a) Informationsfahrt

Herr Vorsitzender Abg. Dr. Enders informiert den Ausschuss, dass die viertägige Informationsfahrt nach Mecklenburg-Vorpommern im Frühjahr 2015 genehmigt wurde.

**b) Landesgesetz über Messen, Ausstellungen und Märkte (LMAMG)
Gesetzentwurf der Landesregierung**

– Drucksache 16/2919 –

Herr Vorsitzender Abg. Dr. Enders informiert den Ausschuss über die Bitte des Vorsitzenden des Wirtschaftsausschusses, Herrn Abg. Hartenfels, den Gesetzentwurf – Drucksache 16/2919 – in einer gemeinsamen Sitzung des federführenden Wirtschaftsausschusses und der mitberatenden Ausschüsse (Innenausschuss, Sozialpolitischer Ausschuss und Rechtsausschuss) am 20. März 2014 zu beraten.

Der Ausschuss beschließt – vorbehaltlich der Zustimmung des Präsidenten und aller beteiligten Ausschüsse –, einer gemeinsamen Sitzung zuzustimmen, die um 09:00 Uhr beginnen soll.

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

gez.: Belz

Protokollführerin