

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

20. Sitzung am 03.05.2018

– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 14:00 Uhr
Ende der Sitzung: 16:21 Uhr

Tagesordnung:

1. Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG)
Gesetzentwurf
Landesregierung
– Drucksache 17/5925 –
2. Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten
Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/5711 –
3. Regionalisierte Mediziner Ausbildung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/2545 –

Ergebnis:

Vertagt
(S. 6 – 7)

Vertagt
(S. 6 – 7)

Abgesetzt
(S. 4)

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | |
|---|---|
| 4. Nutzenbewertung von Telekardiologie
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3002 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung gemäß § 76 Abs. 2
Satz 3 GOLT
(S. 5) |
| 5. Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die generalistische
Pflegeausbildung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3003 – | Erledigt
(S. 8 – 11) |
| 6. Vermeintliche ablehnende Haltung der GKV gegenüber medi-
zinischem Cannabis
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3006 – | Erledigt
(S. 12 – 16) |
| 7. Gemeinsame Fachkräftestrategie in der Großregion Trier/Lu-
xemburg
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3007 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung gemäß § 76 Abs. 2
Satz 3 GOLT
(S. 5) |
| 8. Digitalisierung der Pflegeberufe
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3008 – | Abgesetzt
(S. 4) |
| 9. Transformationales Führungsverhalten als Strategie zur Ver-
besserung der Rahmenbedingungen in der Pflege in Kranken-
häusern
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3009 – | Erledigt
(S. 17 – 20) |
| 10. Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung in Rhein-
land-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/3015 – | Erledigt
(S. 21 – 25) |
| 11. Innovative Wohn- und Quartiersprojekte
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/3016 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung gemäß § 76 Abs. 2
Satz 3 GOLT
(S. 5) |
| 12. Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2015
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3037 – | Erledigt mit der Maßgabe
schriftlicher Berichterstat-
tung gemäß § 76 Abs. 2
Satz 3 GOLT
(S. 5) |
| 13. Kinderkrankenpflege in der ambulanten Versorgung
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3038 – | Erledigt
(S. 26 – 28) |

Tagesordnung (Fortsetzung):

14. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern
Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
– Vorlage 17/3044 –

15. Verschiedenes

Ergebnis:

Erledigt
(S. 29 – 33)

Beratung
(S. 34)

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

Zur Tagesordnung:

Punkte 3 und 8 der Tagesordnung:

3. Regionalisierte Mediziner Ausbildung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/2545 –

8. Digitalisierung der Pflegeberufe

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3008 –

Die Anträge werden abgesetzt.

Punkte 4, 7, 11 und 12 der Tagesordnung:

4. Nutzenbewertung von Telekardiologie

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3002 –

**7. Gemeinsame Fachkräftestrategie in der Großregion
Trier/Luxemburg**

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3007 –

11. Innovative Wohn- und Quartiersprojekte

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/3016 –

12. Behandlungsfehlerstatistik für das Jahr 2015

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3037 –

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

Punkte 1 und 2 der Tagesordnung:

1. Landesgesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (AGTPG)

Gesetzentwurf
Landesregierung
– Drucksache 17/5925 –

2. Chancen für mehr Organspenden durch Stärkung der Transplantationsbeauftragten

Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/5711 –

Die Tagesordnungspunkte werden gemeinsam aufgerufen und beraten.

Frau Abg. Thelen bedankt sich eingangs dafür, dass es möglich gewesen sei, den Antrag der CDU zu dem parallel eingebrachten Gesetzentwurf beizuziehen. Die Stärkung der Transplantationsbeauftragten sei ein zentrales und wichtiges Thema. Daher halte es die CDU für erforderlich, eine Anhörung dazu durchzuführen, um festzustellen, ob die in den Krankenhäusern vorgesehenen Bedingungen für die Transplantationsbeauftragten so gestaltet seien, dass diese damit vernünftig arbeiten könnten.

Frau Abg. Anklam-Trapp hält die Stärkung der Transplantationsbeauftragten in monetärer Hinsicht und in der Öffentlichkeit sowie auch deren Fort- und Weiterbildung für sehr wichtig. Der Transplantationsbeauftragte nehme die Aufgabe wahr, Angehörige zu beraten und zu unterstützen, die den schrecklichen Verlust eines Familienmitglieds erleben müssten. Das klassische Beispiel sei eine Reanimation in einem Krankenhaus, die zunächst erfolgreich sei, aber wo der Tod des Patienten dennoch nach einigen Tagen eintrete. Leider hätten viel zu wenige Menschen einen Organspendeausweis, sodass die Angehörigen gut betreut werden müssten.

Durch den neuen Gesetzentwurf würden Pflegekräfte, die eine langjährige Erfahrung auf einer Intensivstation gesammelt hätten und dort in leitender Funktion tätig seien, dazu befähigt, das Gespräch mit den Angehörigen zu führen. Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger seien oftmals Übersetzer der ärztlichen Sprache. Wenn man als Angehöriger mit dem Tod oder einer schlimmen Prognose konfrontiert werde, brauche man einen Menschen, mit dem man hinterher darüber sprechen könne. Deswegen müsse die Informationspflicht des Transplantationsbeauftragten gestärkt werden.

Sie habe die Gelegenheit wahrgenommen, nach der Einbringung des Gesetzentwurfs mit mehreren Chefärzten und Intensivmedizinerinnen zu sprechen und darüber zu diskutieren. Die Frage, ob man die nichtärztlichen Aufgaben auch an die Pflegekräfte übertragen sollte, hätte bei den Medizinerinnen und Medizinerinnen durchaus auch auf Widerstand stoßen können. Aber das Gegenteil sei der Fall gewesen: Die Ärzte empfänden es als eine deutliche Entlastung.

Die Aufklärung in der Bevölkerung sei ihr ein großes Anliegen. Auch die durch die Mediziner mehrfach aufgeworfene Frage, ob die Kosten für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern getragen würden, sei mehrfach bestätigt worden.

Die SPD wolle sich nicht dagegen verwehren, eine Anhörung zum Ausführungsgesetz des Transplantationsgesetzes durchzuführen. Allerdings habe man schon seit Jahren gemeinsam über die Einführung neuer Möglichkeiten diskutiert, um Leben zu retten, sodass durch eine Anhörung eine weitere zeitliche Verzögerung eintreten werde. Der Gesetzentwurf sei sehr viel weitergehend als der vorliegende Antrag der CDU. Wenn der Antrag so aufrechterhalten bleibe, könne sie schon im Vorfeld ankündigen, dass die SPD einen Alternativantrag dazu einbringen werde. Es sei erforderlich, gesellschaftlich wichtige Angelegenheiten im Konsens nach außen zu tragen. Daher biete sie eine Zusammenarbeit bei der Erarbeitung eines Transplantationsgesetzes ausdrücklich an.

Frau Abg. Thelen äußert, in der Zielsetzung müsse es darum gehen, möglichst gute Bedingungen in den Krankenhäusern herzustellen, damit Angehörige, auch wenn keine entsprechende Patientenverfügung vorhanden sei, mit der nötigen Information und Sicherheit eine gute Entscheidung treffen könnten, unabhängig davon, ob sie sich nun für oder gegen eine Transplantation entschieden. Darüber seien

**20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 03.05.2018
– Öffentliche Sitzung –**

sich alle einig. Dafür bräuchten die Transplantationsbeauftragten aber den nötigen Freiraum und die nötige Rückendeckung der Häuser, in denen sie arbeiteten, und sie bräuchten auch die Unterstützung der anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Beratung und Begleitung der Familien in dieser schwierigen Situation.

Diese Einigkeit habe aber auch schon vorher bestanden, als das erste Gesetz erarbeitet worden sei, das nun geändert werden solle. Im Nachhinein habe man feststellen müssen, dass das Gesetz differenziertere Regelungen hätte enthalten müssen, die sich unter anderem mit der Freistellung des Transplantationsbeauftragten befassen. Daher sei die CDU zu der Auffassung gelangt, dass man sich in jedem Fall die Zeit nehmen sollte, diesen Gesetzentwurf mit den Praktikern abzustimmen, die Erfahrungen mit Transplantationsverfahren in den Krankenhäusern und mit Gesprächen in Familien gesammelt hätten, um sicher gehen zu können, ein Gesetz zu haben, das in der Praxis angenommen werde. Die CDU halte eine Anhörung für notwendig, auch wenn das Verfahren dadurch noch weiter verzögert werde.

Der Ausschuss beschließt ein Anhörverfahren, das am 16. August 2018, um 10:00 Uhr, stattfinden soll.

Die sieben Anzuhörenden (2 : 2 : 1 : 1 : 1) sind bis zum 24. Mai 2018 zu benennen.

Die Tagesordnungspunkte werden vertagt.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die generalistische Pflegeausbildung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3003 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, nach langwierigen politischen Auseinandersetzungen sei das Pflegeberufereformgesetz im Juli 2017 beschlossen worden. Es löse die bisherigen Ausbildungsregelungen im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz – beide aus dem Jahr 2004 – ab.

§ 56 Absatz 1 und Absatz 2 ermächtige das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen. Die Rechtsverordnung sei vorher dem Bundestag zur Beschlussfassung zuzuleiten. Sie solle Folgendes regeln:

- Die Mindestanforderungen an die Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann, zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger,
- das Nähere zu Kooperationsvereinbarungen zwischen den Pflegeschulen, den Trägern der praktischen Ausbildung und weiteren, an der praktischen Ausbildung beteiligten Einrichtungen,
- die Inhalte und das Verfahren der staatlichen Prüfung zu den drei genannten beruflichen Ausbildungsabschlüssen sowie zur Prüfung der hochschulischen Pflegeausbildung nach dem Teil 3 des Pflegeberufegesetzes,
- Bestimmungen über die Anerkennung von Ausbildungen aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Drittstaat sowie die Bestimmungen für eventuell notwendige Anpassungsmaßnahmen,
- die Zusammensetzung der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz, die unter anderem den Rahmenlehrplan und den Ausbildungsrahmenplan für die Pflegeausbildung erarbeite und
- die dem Bundesinstitut für Berufsbildung im Rahmen des Pflegeberufegesetzes zugewiesenen Beratungs-, Informations- und Unterstützungsaufgaben.

Als Kernpunkte der beruflichen Pflegeausbildung seien ein theoretischer und praktischer Unterricht im Umfang von 2.100 Stunden und eine praktische Ausbildung im Umfang von 2.500 Stunden vorgesehen. Die Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung, aufgeteilt nach Orientierungseinsatz, Pflichteinsatz in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen, Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung, der Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung und der Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes würden in einer eigenen Anlage festgelegt. Ebenfalls würden detailliert in Anlagen die zu vermittelnden Kompetenzen in den Pflegeausbildungen festgelegt und Bestimmungen zur Praxisanleitung und zur Praxisbegleitung vorgenommen.

Neu sei eine Zwischenprüfung in der beruflichen Pflegeausbildung, die den Ausbildungsstand zum Ende des zweiten Ausbildungsdrittels ermittle. Sie diene der Sicherung des Ausbildungserfolgs. Auch gebe es Festlegungen zu den Vornoten zum schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil der Prüfung in den beruflichen Pflegeausbildungen.

Die Landesregierung begrüße den Entwurf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, insbesondere die Struktur der Ausbildung insgesamt, die Struktur des theoretischen und des praktischen Unterrichts sowie die Struktur der praktischen Ausbildung und die zu vermittelnden Kompetenzen im Bereich der insgesamt vier Pflegeausbildungen. Die Landesregierung habe eine Stellungnahme zu Einzelthemen, etwa zum Prüfungsausschuss, zur Zusammensetzung des Prüfungsausschusses und zum Vorsitz des Prüfungsausschusses formuliert, die sich mit Detailfragen beschäftige.

Zeitgleich mit der heutigen Ausschusssitzung finde in Berlin die Anhörung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe statt. Rheinland-Pfalz sei dort ebenfalls vertreten.

Herr Abg. Wäschenbach legt dar, nach der Zwischenprüfung am Ende des 2. Ausbildungsjahres bestehe die Möglichkeit, ein Spezialisierungsjahr zu durchlaufen. Die Diskussion sei geführt worden über eine „Generalistik pur“ versus einer „aufgeweichten Generalistik“.

Auf seine Frage, ob diese beiden Ausbildungswege nach wie vor Bestand hätten oder man sich letztlich nur für einen Weg entscheiden werde, entgegnet **Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler**, es bleibe bei dem durch das Bundesgesetz festgelegten Weg. Danach könne man sich entweder für die Generalistik entscheiden oder für die Kinderkrankenpflege bzw. die Altenpflege.

Frau Abg. Anklam-Trapp stellt die Frage, ob die Landespflegekammer in die Beratungen mit eingebunden worden sei. Des Weiteren möchte sie wissen, ob die Anerkennung insbesondere für die Helferberufe in der Pflegeausbildung erhalten bleibe, die nur die Berufsreife als schulische Voraussetzung mitbrächten, um auch diese Menschen weiterhin in einem Pflegeberuf halten zu können.

Kultursensible Pflege sei in der heutigen Zeit besonders wichtig. Daher wünscht sie zu erfahren, inwieweit dies beim Kurrikulum berücksichtigt worden sei. Die Alten- sowie die Kranken- und Gesundheitspflege sollten miteinander vereint werden. Sie möchte wissen, ob der Lerninhalt schon soweit angepasst worden sei, dass man darüber berichten könne.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, die Landespflegekammer sei zwar nicht direkt auf Bundesebene beteiligt, aber das Ministerium befinde sich in einem engen Austausch, sodass alle Rückmeldungen und Interessen mit einfließen könnten und dies auch in einer gemeinsamen Stellungnahme mit dem Bildungsministerium gegenüber dem Bund zusammengefasst werden könne.

Die Anerkennung der Helferberufe sei unverändert und bleibe erhalten. Auch die kultursensible Pflege sei Bestandteil im Kurrikulum der Ausbildung, allerdings noch nicht so detailliert, dass man ausführlich darüber sprechen könnte. Sie biete jedoch an dieser Stelle gern an, zu gegebener Zeit ausführlicher zum aktuellen Sachstand zu berichten.

Frau Abg. Thelen erkundigt sich danach, ob schon jetzt erkennbar sei, welche Veränderungen mit der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf das bisherige Ausbildungssystem für die drei Pflegeberufe zukämen. Künftig werde es zwei parallele Strukturen geben, die nebeneinander Bestand hätten. Sie fragt, ob auch die bisherigen Schulträger in die Überprüfung mit eingebunden seien, um deren Interessen ebenfalls berücksichtigen zu können.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler führt aus, man befinde sich mit den Trägern noch im Gespräch. In Rheinland-Pfalz bestehe eine geteilte Zuständigkeit, und zwar einerseits des Sozialministeriums für den Bereich der Krankenpflege und andererseits des Bildungsministeriums für den Bereich der Altenpflege. Auch seitens des Bildungsministeriums würden Gespräche mit den Trägern geführt.

Das Verfahren laufe schon sehr lange. Das Gesetz sei im Juli letzten Jahres beschlossen worden, und erst jetzt stehe der Abschluss der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an. Die Träger seien unruhig geworden. Es bedürfe einer Finanzierungsregelung vonseiten des Bundes. Daher sei ihr daran gelegen, die Kommunikation mit den Trägern aufrechtzuerhalten.

Frau Abg. Dr. Groß führt aus, wenn man nach drei Jahren die generalistische Ausbildung abgeschlossen habe, sei ausschließlich diese Ausbildung konform mit der EU-Richtlinie. Die Ausbildung mit nur zwei Jahren Generalistik und einer anschließenden Spezialisierung als Altenpfleger oder Kinderkrankenpfleger sei nicht kompatibel und würde auch Probleme mit sich bringen, wenn sich der Absolvent in einem benachbarten Land bewerben wollte.

Es gebe Stimmen in der Bevölkerung, denen die Generalistik nicht weit genug gehe. Sie fragt, ob damit gemeint sei, dass eigentlich die dreijährige Generalistik favorisiert werde und die Spezialisierungen nicht gewünscht seien.

Es sei die Rede von einem gemeinsamen Ausbildungsfonds gewesen, über den die Finanzierung der Ausbildungswege erfolgen solle. Sie fragt nach, wo dieser Fonds angesiedelt sei und wodurch er gespeist werde.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stellt fest, im Juli 2017 sei durch den Deutschen Bundestag das neue Pflegeberufegesetz mit der „Kompromisslösung“ einer generalisierten Ausbildung beschlossen worden. Danach solle die Generalistik komplett angeboten werden und darüber hinaus für einen Übergangszeitraum von sechs Jahren noch die Möglichkeit bestehen, sich im letzten Jahr auf die Kinderkrankenpflege oder die Altenpflege zu spezialisieren. Nach sechs Jahren werde das Gesetz dann evaluiert, um zu sehen, wie sich die Auszubildenden entschieden hätten. Wenn sich in dieser Zeit die Mehrheit für die generalistische Ausbildung entscheide, werde der Bundesgesetzgeber die beiden separaten Stränge kappen. Andernfalls werde man erneut darüber diskutieren müssen, ob die Generalistik weiterhin angeboten werden solle oder ob es bei den separaten Ausbildungssträngen bleiben werde.

Ein Knackpunkt dieser Kompromisslösung sei in der Tat die Anerkennung im EU-Ausland bei denjenigen, die nicht die komplette generalistische Ausbildung durchlaufen und abgeschlossen hätten, sondern sich spezialisiert hätten. Dies sei unter anderem der Grund dafür gewesen, dass Deutschland darauf gedrungen habe, endlich in die Generalistik einzusteigen, die in vielen Ländern der EU schon gang und gäbe sei. Hinzu komme noch die demografische Entwicklung, veränderte Patientenstrukturen in den Krankenhäusern sowie die Krankheitssituation in den Altenpflegeeinrichtungen, sodass man davon überzeugt gewesen sei, die Generalistik entsprechend einzuführen.

Die Finanzierung der Ausbildung müsse noch festgelegt werden. Der Ausbildungsfonds werde wie auch bisher von den Einrichtungen selber gespeist. Alle Einrichtungen beteiligten sich daran. Wo der Fonds angesiedelt sein werde, müsse im Rahmen des Landesausführungsgesetzes noch geklärt werden.

Herr Abg. Wäschenbach sieht es für einen jungen Menschen als sehr schwierig an, sich zu orientieren. So habe beispielsweise der Deutsche Caritasverband vorgegeben, dass alle karitativen Verbände ausschließlich die Generalistik anbieten sollten. Wenn sich aber ein junger Mensch nach zwei Jahren spezialisieren wolle, sehe er dies als ein Hemmnis für die Nachwuchsgewinnung in der Pflege an. Er fragt nach der Einschätzung der Landesregierung dazu und welche Informationspolitik von den Trägern der Ausbildung betrieben werde.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vermag die Einschätzung nicht zu teilen, dass eine ausschließlich generalistische Ausbildung ein großes Hemmnis darstellen könnte. Auch ihr sei bekannt, dass der eine oder andere Verband kein großer Freund der Generalistik sei und dagegen kämpfe; aber damit tue er sich keinen Gefallen.

In Rheinland-Pfalz habe man mit dem Modellprojekt bei den Diakonissen Speyer-Mannheim sehr positive Erfahrungen gesammelt. Sie sehe in der Generalistik eine Stärkung des Pflegeberufes, eine Aufwertung des Berufsbildes und eine Steigerung der Attraktivität. Dies ermögliche nicht nur eine größere Flexibilität in Deutschland und Rheinland-Pfalz, sondern auch eine Tätigkeit ohne weitere Anerkennung im benachbarten EU-Ausland. Darüber hinaus habe es letztlich auch Auswirkungen auf die Vergütung, da die Lohnlücken, die derzeit noch zwischen Alten- und Krankenpflege bestünden, endgültig geschlossen werden müssten, insbesondere mit Blick auf die Fachkräftegewinnung in der Altenpflege.

Frau Abg. Anklam-Trapp berichtet, sie habe in den letzten Wochen und Monaten sehr viele Berufsinformationsmessen besucht. In den vergangenen Jahren hätten Eltern ihren Kindern immer davon abgeraten, einen Pflegeberuf zu ergreifen oder gar in der Altenpflege zu arbeiten. In diesem Jahr sei ihr positiv aufgefallen, dass die Krankenhausträger mit der generalistischen Ausbildung geworben hätten und das Berufsbild modern und aufgeschlossen präsentiert hätten, das damit eine Aufwertung erfahre. Auch die Frage nach der Vergütung spiele dabei eine große Rolle. Ein junger Mensch, der in der Pflege arbeite, müsse sich die Frage stellen, ob er mit dem Geld, das er dort verdienen werde, auch leben könne und welche Möglichkeiten sich perspektivisch mit der Ausbildung für ihn ergäben.

Sie begrüße es ausdrücklich, wenn auf den Berufsinformationsmessen die Eltern ihre Kinder begleiten. Für das Landeskrankenhaus habe sie diese Entwicklung als ein Erfolg wahrgenommen.

20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 03.05.2018
– Öffentliche Sitzung –

Nach Ansicht des **Herrn Vors. Abg. Dr. Enders** werde es in ein paar Jahren nur noch die generalistische Ausbildung in der Pflege geben. Dies sei zunächst ein politischer Kompromiss gewesen, da man keinen Konsens habe erzielen können. Er begrüße es aber außerordentlich, wenn es irgendwann nur noch die Generalistik geben werde, da dies die Methode der Zukunft sei, auch wenn es sicherlich immer noch Unbelehrbare geben werde, die dies bestreiten wollten.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Vermeintliche ablehnende Haltung der GKV gegenüber medizinischem Cannabis

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der FDP

– Vorlage 17/3006 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler trägt vor, seit dem 10. März 2017 hätten schwerkranke Patientinnen und Patienten Anspruch auf eine Versorgung mit Cannabis, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung stehe oder im Einzelfall nach ärztlichem Ermessen nicht zur Anwendung komme. Außerdem müsse eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen.

Vor Beginn einer ersten Behandlung mit einem Cannabis-Arzneimittel habe die Patientin bzw. der Patient einen Antrag bei der eigenen Krankenkasse auf Genehmigung der Leistung zu stellen. Nach dem Gesetzeswortlaut sei eine Genehmigung der Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnen.

Bei der Antragstellung seien die Patienten auf die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Die Genehmigung müsse vor der Verschreibung vorliegen. Die Krankenkassen hätten sodann innerhalb von drei Wochen über den Antrag zu entscheiden. Sofern eine Krankenkasse Zweifel an der Wirkung des Cannabis für den Versicherten habe, könne sie innerhalb von insgesamt fünf Wochen ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einholen. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung verkürze sich die Bearbeitungszeit der Krankenkassen auf drei Tage.

Der Gesetzgeber habe darauf verzichtet, im Gesetz einzelne Indikationen oder bestimmte Personengruppen aufzuführen, die Anspruch auf eine Behandlung mit Cannabis-Arzneimitteln hätten. Vielmehr sei dies von individuellen medizinischen Voraussetzungen im Einzelfall abhängig, die keine Verallgemeinerung erlaubten. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes entfalle die überwiegende Zahl der Anträge auf das Therapiegebiet Schmerz.

Das Gesetz sehe die Durchführung einer bis zum 31. März 2022 laufenden Begleiterhebung zur Anwendung der Cannabis-Arzneimittel vor. Die Ergebnisse der Begleiterhebung sollten unter anderem Grundlage für den Gemeinsamen Bundesausschuss sein, um die zukünftige Übernahme der Behandlungskosten im Rahmen einer Therapie mit Cannabis-Arzneimitteln nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu regeln.

Nach Auskunft der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland sei das Patienteninteresse an Cannabis-Arzneimitteln deutlich spürbar. Seit Verabschiedung des Gesetzes im März 2017 habe die AOK ca. 500 Anträge erhalten. Dabei seien die Antragszahlen und die Anzahl der Antragsteller nicht zwangsläufig identisch. So bestehe beispielsweise die Möglichkeit, einen Antrag auch nach rechtskräftiger Ablehnung im Rahmen des Widerspruchsverfahrens beliebig oft erneut zu stellen.

Die Anträge würden von der AOK in jedem Einzelfall unter Beiziehung des Medizinischen Dienstes geprüft. Sofern der Medizinische Dienst zu dem Ergebnis komme, dass die gesetzlichen Kriterien erfüllt seien, erfolge eine Kostenübernahme durch die AOK. Im Durchschnitt könnten ca. die Hälfte der beantragten Leistungen genehmigt werden.

Viele Anträge entsprächen laut Auskunft der AOK nach wie vor nicht den gesetzlichen Vorgaben, z. B. dass bei den Anträgen auf Kostenerstattung oftmals die medizinische Begründung des behandelnden Arztes fehle. Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass abgelehnte Anträge im Rahmen des Widerspruchsverfahrens, beispielsweise durch Nachreichen fehlender Informationen zum Therapie- und Krankheitsverlauf, positiv beschieden werden könnten und dass dann eine Kostenübernahme erfolge.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz habe der Landesregierung mitgeteilt, dass seit dem 10. März 2017 insgesamt 1.035 personenbezogene Stellungnahmen zum Einsatz von Cannabis nach diesem Gesetz erstellt worden seien. Davon hätten 54,7 % nicht befürwortet werden

können. Im ersten Quartal 2018 seien 480 personenbezogene Stellungnahmen erstellt worden, davon seien 51,9 % nicht befürwortet worden.

Eine Begutachtungsanleitung „Sozialmedizinische Begutachtung von Cannabinoiden“ nach § 31 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regele nach Abstimmung zwischen der MDK-Gemeinschaft und dem GKV-Spitzenverband laut MDK seit Juli 2017 den Rahmen zur Beurteilung. Sie benenne Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten und gewährleiste damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien.

Bei der Diskussion um die Genehmigungsquoten der gesetzlichen Krankenkassen solle nicht unberücksichtigt bleiben, dass Arzneimittel auf Cannabis-Basis nicht den klassischen Weg eines Arzneimittels in der Versorgung vollzogen hätten. Vielmehr fehle es zur Beurteilung und Abschätzung des Stellenwertes cannabishaltiger Therapieregime in der medizinischen Versorgung einzelner Krankheitsbilder aktuell an evidenzbasierten Studien und verlässlichen wissenschaftlichen Untersuchungen. Die vom Gesetzgeber getroffenen Einschränkungen im Hinblick auf den Versorgungsanspruch seien somit aus gutem Grund getroffen worden und dürften in der Sachverhaltsdiskussion nicht verloren gehen.

Herr Abg. Wink legt dar, das Thema Cannabis erfahre in der letzten Zeit medial eine große Aufmerksamkeit und sei sehr umstritten. Heute gehe es um die medizinische Versorgung, die in der Öffentlichkeit zwischen Experten sehr kontrovers diskutiert werde. Wichtig sei, dass in diesem Bereich kein Kampf zwischen der GKV auf der einen und den Befürwortern auf der anderen Seite entstehe.

Der Gesetzgeber habe festgelegt, dass ein Antrag nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnen sei. Allerdings könne man bei einer Ablehnungsquote von über 50 % nicht mehr von begründeten Ausnahmefällen sprechen. Es werde damit argumentiert, dass die Wirkung von Cannabis-Arzneimitteln noch nicht hinreichend durch Studien belegt worden sei. Auf der anderen Seite werbe man aber mit homöopathischen Mitteln, deren Wirksamkeit bisher ebenso wenig nachgewiesen werden könne.

Mit der Kostenübernahme solle eine wissenschaftliche Begleiterhebung erfolgen, was in diesem Fall nicht geschehe, mit der untersucht werden solle, wo und wann Cannabis indiziert werde. Gerade in diesem Bereich sollte nach seiner Auffassung keine restriktive Haltung durch die Krankenkassen eingenommen werden. Er möchte wissen, ob es von politischer Seite Reaktionen gebe, insbesondere wenn es darum gehe, die wissenschaftlichen Daten und Erhebungen zu erhalten und auf diese Weise Ergebnisse herbeizuführen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler kommt auf die Anhörung zu diesem Thema aus dem Jahr 2008 zu sprechen, die sehr beeindruckend gewesen sei. Dort hätten schwerstkranke Patienten, die sozusagen austherapiert gewesen seien, darum gebeten, dass Cannabis als Arzneimittel zugelassen werde. Dies sei nun glücklicherweise erreicht worden.

Dennoch gehe es gar nicht darum, ob die Krankenkassen nun eine restriktive oder eine lasche Haltung zu Cannabis einnehmen, sondern es gebe klare Kriterien, die erfüllt sein müssten. Dazu gehöre auch, dass es sich beispielsweise um schwerkranke Menschen handeln müsse. Bei der Ablehnungsquote von über 50 % hätten sich auch Anträge von Patientinnen und Patienten mit Halsschmerzen befunden; und diese Diagnose entspreche ganz sicher nicht den Kriterien, um Cannabis als Arzneimittel zu verordnen. Darüber hinaus habe oftmals die medizinische Begründung vonseiten des Arztes gefehlt oder sei nicht ausreichend oder fehlerhaft gewesen, sodass es auch in diesen Fällen zu einer Ablehnung gekommen sei.

Um die Zahl der Ablehnungen weiter zu verringern, bedürfe es einer guten und detaillierten Aufklärung und Information über die Voraussetzungen, wann Cannabis als Medizin zugelassen sei und welche Patienten dafür infrage kämen. In dem Gesetz würden keine Krankheitsbilder aufgezählt, sondern die Kriterien. Daher könne man nur an die Ärztinnen und Ärzte appellieren, in den betreffenden Fällen die Anträge ausführlich zu begründen, um ihren Patienten eine entsprechende Behandlung mit Cannabis zu ermöglichen, ohne dass diese nach einer Ablehnung Widerspruch einlegen müssten. Weitere Möglichkeiten sehe sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Man müsse in der Bevölkerung ein Bewusstsein schaffen und die Begleiterhebung abwarten, um zu sehen, wie sich die Situation entwickelt habe.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders merkt an, Medikamente und Präparate, die nach dem Betäubungsmittelgesetz verschreibungspflichtig seien, seien hoch wirksam und könnten, wenn sie ärztlich indiziert und richtig dosiert seien, langfristig eingesetzt werden, ohne dass Abhängigkeits- oder Suchtprobleme entstünden. Cannabis nehme nur eine Lückenfunktion in einem sehr schmalen Segment ein, z. B. im Bereich der Palliativmedizin. Es dürfe nicht zu einer generalisierten Freigabe wie bei Halsschmerztabletten kommen, sondern es müsse eine Indikation vorliegen.

Frau Abg. Binz möchte wissen, ob dem Ministerium Zahlen vorlägen, wie viele Ablehnungen aus formalen Gründen – weil die medizinische Begründung gefehlt habe oder fehlerhaft gewesen sei – oder aus qualitativen Gründen erfolgt seien. Weiterhin fragt sie nach, ob sie es richtig verstanden habe, dass alle Anträge, die an die AOK gestellt würden, auch von einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung begleitet würden, auch solche, die von vornherein formale Mängel aufwiesen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler vermag keine Aussage zu treffen über das Verhältnis der abgelehnten Anträge aus formalen und aus qualitativen Gründen. Anträge an die AOK würden durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes begleitet, außer in den Fällen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dort seien die Fristen deutlich verkürzt; über diese Anträge müsse innerhalb von drei Tagen entschieden werden.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt einer Bitte der **Frau Abg. Binz** entsprechend zu, dem Ausschuss, wenn möglich, mitzuteilen, wie sich das Verhältnis der Ablehnung von Anträgen aus formalen und aus qualitativen Gründen darstellt.

Frau Abg. Dr. Groß bringt ihre Verwunderung über den Antrag der FDP zum Ausdruck, der ein wenig unscharf formuliert sei. Darin werde von einer vermeintlich ablehnenden Haltung der GKV gesprochen sowie von einer nicht unerheblichen Zahl von Anträgen, die abgelehnt würden. Allerdings werde keine Quelle zitiert, woher diese Zahlen stammten.

Sie habe einmal recherchiert und seriöse Quellen gefunden. Danach bewillige die DAK Anträge auf eine Behandlung mit Cannabis zu 66 %, die Barmer Ersatzkasse zu 62 % und die Techniker Krankenkasse zu 64 %. Bei diesen Genehmigungsquoten könne man keineswegs davon sprechen, dass eine erhebliche Zahl von Anträgen abschlägig beschieden werde.

In dem Online-Portal Leafly.de werde sehr aufreißerisch darüber berichtet, dass nicht genügend Cannabis verschrieben werde und dass es viel Ärger mit der Krankenkasse gebe. Aber allen sei auch bekannt, dass Online-Portale dieser Art in ihrer Grundhaltung letztendlich für eine Freigabe von Cannabis plädierten.

Sie fragt nach, ob dem Ministerium Zahlen über Ablehnungsquoten in anderen Bereichen vorlägen, beispielsweise in der Homöopathie, in der Naturheilkunde oder in anderen Sektoren, wo Anträge gestellt würden.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bedauert, keine Zahlen aus diesen Bereichen zitieren zu können, da sie dem Ministerium nicht vorlägen.

Des Weiteren könne sie an dieser Stelle nur ihr Verständnis für den Antrag der FDP zum Ausdruck bringen. Es gebe durchaus eine erhebliche Zahl von Ablehnungen; daher sei es wichtig, ein Bewusstsein zu schaffen und die Bevölkerung zu sensibilisieren. Die Bewilligungszahlen von über 60 % vonseiten der genannten Kassen könne sie nicht verifizieren, da sie dem Ministerium so nicht vorlägen. Die Krankenkassen seien dem Land nicht unterstellt.

Dem Ministerium lägen jedoch die Zahlen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vor, der wiederum für alle Krankenkassen zuständig sei. Danach würden 54,7 % der Anträge nicht befürwortet, also durchaus mehr als die Hälfte, wobei auch die genannten Krankenkassen mit einbezogen seien. Somit könne man feststellen, dass von den gestellten Anträgen die überwiegende Zahl abschlägig bewilligt werde, wobei man sich auch die Frage nach den Gründen dafür stellen müsse.

Herr Abg. Wink zeigt sich verwundert darüber, dass er sich plötzlich dafür rechtfertigen müsse, wann er welchen Antrag stelle. Als Quellen für seinen Antrag benennt er das ZDF-Politmagazin „Frontal 21“, die Ärztezeitung und das Ärzteblatt.

Laut Medienberichten werde eine erhebliche Zahl von Anträgen auf Kostenübernahme von medizinisch verordnetem Cannabis von der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt. Diese Aussage in dem Antrag stamme nicht von der FDP, daher werde auch von einer „vermeintlich ablehnenden Haltung“ der GKV gesprochen. Eine Ablehnungsquote von über 50 % sehe er zumindest in diesem Kontext als erheblich an. Bei anderen Themen seien von Parteien, Befürwortern oder Gegnern in der öffentlichen Diskussion bestimmte Dinge bewusst nicht erwähnt worden, und dies solle nun mit Fakten belegt werden. Daher habe man den Krankenkassen in dieser Angelegenheit nicht von vornherein eine komplett ablehnende Haltung vorwerfen wollen, sondern habe von einer vermeintlich ablehnenden Haltung gesprochen.

Frau Abg. Dr. Groß dankt ihrem Vorredner für seine Ausführungen. Sie habe jedoch überhaupt nicht bestimmt, wann und wie dieser einen Antrag zu stellen habe, sondern ihr gehe es um die Qualität. Sie hätte sich gewünscht, dass die genannten Quellenangaben sich auch in dem Antrag wiedergefunden hätten. Man hätte recherchieren können und sich vielleicht zusätzliche Fragen ersparen können.

Nach Auffassung der **Frau Abg. Anklam-Trapp** habe der Abgeordnete Wink umfänglich begründet, weshalb er den Antrag gestellt habe. Es gebe keine Veranlassung, sich governantenhaft sagen lassen zu müssen, wie man welche Anträge zu stellen habe. Die Diskussion, ob Formulierungen oder Zitate richtig oder falsch seien, könne man im Ausschuss oder im Plenum führen; dies sei aber gar nicht notwendig.

Als das medizinische Cannabis vor etwa einem Jahr eingeführt worden sei, hätten die Zeitungen mit großen Überschriften getitelt wie „Cannabis für alle“ oder „Cannabis auf Rezept“. Dieser Ausschuss habe lange auch mit Schülergruppen über eine Freigabe von Cannabis diskutiert. Im Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie habe immer die Auffassung bestanden, dass sich gerade im Bereich der Palliativversorgung dadurch Möglichkeiten eröffneten, die man den Menschen nicht verwehren dürfe.

Wenn man sich vergegenwärtige, dass nach einer rechtskräftigen Ablehnung beliebig oft neue Antragstellungen erfolgten, müsse man sich durchaus einmal die Frage stellen, wie viele neue Antragstellungen es gebe, zumal die Kosten letztlich von der Solidargemeinschaft der Beitragszahler getragen würden. Dies sei eine politische Frage, der man nachgehen müsse. Anträge von Palliativpatienten würden innerhalb einer Drei-Tages-Frist vom MDK beschieden. Daher erkundigt sie sich danach, wie viele Fälle ablehnend beschieden würden und ob Palliativmediziner, die Cannabis im Allgemeinen verordneten, möglicherweise weitaus vertrauter mit dieser Materie seien als andere Ärzte, die die normalen Fälle von Patienten bearbeiteten, die aus anderen Gründen eine Behandlung mit Cannabis für sich beantragten.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders führt aus, wenn man sich die Webseite des Deutschen Hanfverbandes ansehe, finde man eine Vielzahl von Indikationen, bei denen er durchaus seine Zweifel habe. Bei neuropathischen Schmerzen gerade bei Palliativpatienten oder teilweise auch bei MS seien die Indikationen sicherlich klar umrissen, und es bestehe wenig Dissens.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, wiederholte Antragstellungen seien vom Gesetz her möglich. Dies sei das Recht der Patientinnen und Patienten und werde im Einzelfall entschieden. Es könne sein, dass sich der Gesundheitszustand eines Menschen verschlechtere oder man doch eine andere Therapie ausprobieren.

Bei Anträgen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolge keine Begutachtung durch den MDK. Dies sei anders gar nicht leistbar.

Das Gesetz sei erst ein Jahr in Kraft. Es bestehe daher die Möglichkeit, dass der Ausschuss in einem Jahr erneut über dieses Thema diskutiere, um zu sehen, wie sich die Situation entwickelt habe. Dann lägen sicherlich auch andere Zahlen vor, und die Zahl der Ablehnungen sei möglicherweise bis dahin nicht mehr so hoch. Man habe es mit einem lernenden System zu tun. Am Anfang seien die Ablehnungen noch viel höher gewesen. Alle Beteiligten müssten erst lernen, wann es sinnvoll sei, einen Antrag

zu stellen, und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssten. Sicherlich werde man in einem Jahr von noch geringeren Ablehnungszahlen sprechen können, als dies derzeit der Fall sei.

Herr Abg. Dr. Gensch stimmt mit den Ausführungen der Ministerin überein. Die Sachverhaltsdarstellung sei vollkommen korrekt, genauso stelle sich die Lage momentan dar.

Auch ihn habe jedoch der Antrag der FDP ein wenig verwundert. Bei Cannabis spreche man von einem Nischenmedikament. Es gebe sehr hoch potente Schmerzmittel und Spasmolytika. Viele gute zugelassene Medikamente seien entweder betäubungsmittelpflichtig oder würden ganz normal auf Rezept verordnet und seien gegen viele Dinge wirksam, bei denen man vermeintlich Cannabis brauche.

Bei vielen Anwendungsgebieten, bei denen man glaube, mit Cannabis etwas erreichen zu können, fehlten die Studien zur Wirksamkeit. Im Regelfall seien aber diese Studien Grundlage für den Zulassungsprozess eines Medikaments. Erst wenn die Wirksamkeit nachgewiesen worden sei, könne ein Medikament auch zugelassen werden.

Da aber bekannt sei, dass Cannabis Effekte als Droge habe, habe man sich in einem gesonderten Prüfverfahren dazu entschieden, es doch zuzulassen. Dies sei in wenigen Anwendungsgebieten sinnvoll: in der Palliativversorgung, bei schwerer Spastik, bei MS-Patienten oder bei schwer tumorkranken Patienten. All dies seien Anwendungsgebiete, wo die Cannabis-Verordnung funktioniere.

In seiner Arztpraxis sei ein Patient mit einem metastasierten Kolonkarzinom im Endstadium während der letzten Monate auch mit Cannabinoiden behandelt worden, weil er davon einen erheblichen Nutzen gehabt habe. Aber er habe auch die Anfrage eines 22-jährigen Mannes mit einem chronischen Schmerzsyndrom erhalten, der der Ansicht gewesen sei, dass es nur noch mit Cannabis zu heilen sei. Anfragen dieser Art seien keine Seltenheit.

Er könne das restriktive Verhalten der Krankenkassen nur begrüßen, die sehr genau überprüften, bei wem medizinisches Cannabis vonnöten sei, ob die Unterlagen vollständig seien, ob die ärztliche Begründung ausreichend sei und man im Zweifelsfall ein MDK-Gutachten benötige, um diese Applikation zu rechtfertigen. Es diene dazu, die Patienten, die es wirklich benötigten, von denen zu trennen, die nur auf Mitnahmeeffekte hofften.

Er erlebe den Abgeordneten Wink plötzlich in seltener trauter Zweisamkeit mit seiner Kollegin Binz. Man könne fast den Eindruck gewinnen, dass die Parteien, die grundsätzlich für die Legalisierung des Cannabis seien, nun versuchten, es über die medizinische Anwendung durch die Hintertür einzuführen. Dies werde sicherlich nicht gelingen, und das sollte auch nicht der Sinn des Antrags der FDP gewesen sein.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Transformationales Führungsverhalten als Strategie zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege in Krankenhäusern

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

– Vorlage 17/3009 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler gibt zur Kenntnis, Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege seien ein wichtiges Instrument zur Fachkräftesicherung. Gute Führung sei dabei eine zentrale Stellschraube, um gute Arbeitsbedingungen zu schaffen. Dafür seien Konzepte und Führungskräfte notwendig, die die Pflegekräfte an das Unternehmen bänden und sie lange gesund und motiviert im Beruf verweilen ließen. Dass dies möglich sei, zeigten sogenannte Magnetkrankenhäuser, die einen exzellenten Ruf als Arbeitgeber hätten und geringe Fluktuationsraten aufwiesen.

Die Anforderungen, die zukünftig an Führungskräfte gestellt würden, entsprächen immer mehr der Rolle eines Visionärs, Beraters und Coach seiner Mitarbeiter. Klassische Führungsinstrumente der Anweisung und Kontrolle genügten diesen neuen Herausforderungen immer weniger. Um dieser neuen Rolle gerecht zu werden, seien Stations- und Pflegedienstleitungen in sieben rheinland-pfälzischen Krankenhäusern im Landesprojekt „Führung im Krankenhaus“ unterstützt worden. Es seien 55 Führungskräfte in transformationaler Führung fortgebildet worden. 28 Stations- und Pflegedienstleitungen hätten zusätzlich ein Einzelcoaching erhalten. Weitere 28 Leitungskräfte hätten die Kontrollgruppe gebildet. Das Projekt sei Anfang des Jahres 2016 gestartet, und die Abschlussveranstaltung habe mit rund 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmern am 10. April 2018 in Mainz stattgefunden.

Transformationalen Führungskräften gelinge es besonders, bei zunehmender Globalisierung und steigendem Wettbewerb ihre Pflegekräfte zu besonderen Leistungen und Engagement zu motivieren. Die Führungskräfte zeigten hierbei Verhaltensweisen, die den Dimensionen Charisma und Vorbildwirkung, Motivation durch eine inspirierende Zukunftsvision, Anregung von Eigenverantwortung und unabhängigen Denken sowie individuelle Berücksichtigung und Förderung entsprächen. In der Konsequenz erbrächten die transformational geführten Pflegekräfte besondere Leistungen und setzten sich verstärkt für die Ziele des Unternehmens ein. Zudem zeigten sie eine höhere Arbeitszufriedenheit und ein besseres psychisches Wohlbefinden.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung verdeutlichten, dass die Führungskräfte der Coaching-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen im Führungsverhalten aufwiesen. Zudem habe sich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern signifikant die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen erhöht, je höher der Wert für die transformationale Führung gewesen sei. Das Landesprojekt sei somit erfolgreich umgesetzt worden.

Gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern des Gesundheitswesens und der Pflege werde von der Landesregierung derzeit die Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 erarbeitet. Ein Handlungsfeld sei dabei wieder die Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen und Unternehmenskulturen sowie die Weiterentwicklung von Führungskompetenzen in der Pflege.

Nachdem im Landesprojekt „Führung im Krankenhaus“ empirisch die Wirksamkeit des transformationalen Führungskonzeptes und der Vermittlung durch Einzelcoaching nachgewiesen worden sei, gelte es nun, die anderen Einrichtungen der Pflege im Rahmen der Fachkräfteinitiative Pflege 2.0 von den Ergebnissen partizipieren zu lassen. Das Ziel der Landesregierung sei, gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft, der Pflegegesellschaft und ver.di die Ergebnisse in die Fläche zu tragen. Darüber hinaus sollten die Inhalte des Konzepts der transformationalen Führung auch in der Weiterbildung zur Stationsleitung berücksichtigt werden. Die Landespflegekammer erstelle diese im Rahmen der Weiterbildungsordnung.

Alle genannten Partnerinnen und Partner seien im begleitenden Expertenbeirat von Anfang an in das Landesprojekt eingebunden gewesen. Die Landesregierung unterstütze so die Einrichtungen der Pflege, die Führungskompetenzen ihrer Leitungskräfte zu optimieren und die Arbeitsbedingungen zu

verbessern. In der Folge steige die Chance, dass die hohe Teilzeitquote in der Pflege gesenkt und die Verweildauer der Pflegekräfte erhöht werde.

In Kombination mit der Steigerung der Ausbildungszahlen, der Verbesserung der Rahmenbedingungen durch mehr Personal und einen möglichst flächendeckenden Tariflohn sowie der Integration von ausländischen Pflegekräften und einer wirksamen Öffentlichkeitsarbeit könne die Landesregierung dadurch die bestehende Fachkräftelücke weiter reduzieren. Auch zukünftig werde somit eine qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Menschen in Rheinland-Pfalz sichergestellt.

Frau Abg. Dr. Groß legt dar, es bestehe kein Zweifel, dass es sowohl auf Seiten der Führungskräfte als auch auf Seiten der Arbeitnehmer zu sehr guten Ergebnissen gekommen sei. Sie möchte wissen, was darunter zu verstehen sei, dass die Landesregierung die anderen Krankenhäuser von diesen Ergebnissen partizipieren lassen wolle und diese Ergebnisse in die Fläche hineinragen wolle. Sie fragt, ob das Projekt auch auf andere Krankenhäuser ausgedehnt werden solle.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erläutert, an dem Projekt teilgenommen hätten das Katholische Klinikum Koblenz / Montabaur, das Klinikum Idar-Oberstein, die Universitätsmedizin Mainz, das Gesundheitszentrum Glantal Meisenheim, das DRK Krankenhaus Altenkirchen-Hachenburg, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier und das Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern. Schon mit diesen sieben Modellkrankenhäusern habe man eine gute Abdeckung in der Fläche erreichen können. Da aber die Ergebnisse so positiv gewesen seien, sollten auch andere Krankenhäuser daran partizipieren.

Man befinde sich derzeit im Gespräch mit der Pflegegesellschaft und der Landeskrankenhausesellschaft, mit ver.di und der Pflegekammer, um zu überlegen, wie man sich an Fortbildungen beteiligen könne, die in den Krankenhäusern stattfänden. Dabei habe der Schwerpunkt auf dem Thema Workshop und Einzelcoaching gelegen, mit dem man sehr gute Ergebnisse erzielt habe. Es bestehe die Absicht zu prüfen, wie solche Fortbildungsprogramme künftig gestaltet und gemeinsam mit den Kooperationspartnern konzipiert und verabschiedet werden könnten. Es sei angestrebt, zunächst 50 Altenhilfeeinrichtungen und 50 Krankenhäuser anzusprechen, um diesen Ansatz in die Fläche zu bringen.

Herr Abg. Wäschenbach wünscht zu erfahren, durch wen die Studie in Auftrag gegeben worden sei und wer sie finanziert habe. Weiterhin fragt er nach, ob Korrelationen festgestellt worden seien zwischen vorhandenen Rahmenbedingungen, beispielsweise zwischen der Managementaufstellung und dem Personalmangel, die das Ergebnis beeinflusst hätten.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, die Studie werde nach ihrer Veröffentlichung einsehbar sein und sei durch das Gesundheitsministerium komplett finanziert worden.

Herr Strohbach (Referent im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) legt dar, Korrelationen hätten insoweit bestanden, als in den Krankenhäusern mit zunehmendem Personalmangel die Umsetzung der Inhalte des im Coaching Gelernten behindert worden sei. Des Weiteren habe oftmals die Unterstützung der direkten Vorgesetzten durch die Stations- und Pflegedienstleitungen vorhanden sein müssen, damit das Gelernte auch umgesetzt und vermittelt werden könne.

Frau Abg. Anklam-Trapp bringt ihr Bedauern zum Ausdruck, an der Veranstaltung selbst nicht habe anwesend sein zu können. Frau Dr. Machalet habe für die SPD-Fraktion daran teilgenommen und habe im Arbeitskreis sehr begrüßt, dass alte Muster verlassen würden, um den Pflegefachkräften Kompetenzen der Mitarbeiterführung zu vermitteln, das Team zu stärken und damit eine hohe Arbeitszufriedenheit und fachliche Wertigkeit zu schaffen. Sie selbst sei schon lange davon überzeugt, dass der Verbleib im Beruf auch sehr stark mit den Arbeitsbedingungen und dem Führungsverhalten auf den Stationen zusammenhänge, dass aber auch die Rückkehrbereitschaft oder Wiederaufstockung nach der Familienzeit immer mit guten Erinnerungen an die Arbeit auf der Station verbunden sein sollte. Dies sei immer dann der Fall, wenn auch eine hohe Arbeitszufriedenheit mit der ausgeübten Tätigkeit herrsche.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte der **Abg. Frau Anklam-Trapp** zu, dem Ausschuss die Ergebnispräsentation der Abschlussveranstaltung des Landesprojekts „Führung im Krankenhaus“ am 10. April 2018 in Mainz zur Verfügung zu stellen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler stimmt mit den Ausführungen ihrer Vorrednerin überein. Durch gute Arbeitsbedingungen und ein verbessertes Führungsverhalten komme es auch zu einem besseren Arbeitsklima und einer verbesserten Arbeitsqualität, die sich wiederum positiv auf die Patientinnen und Patienten bzw. die Bewohnerinnen und Bewohner in den Altenpflegeeinrichtungen auswirke. Darüber hinaus sei das Thema Fachkräftesicherung in der Pflege ein wichtiges Handlungsfeld. Dabei gehe es beispielsweise um die Ausbildung, die Anerkennung von ausländischen Bewerbern sowie um die Öffentlichkeitsarbeit.

Aber man müsse sich auch verstärkt um diejenigen kümmern, die schon jetzt im Pflegeberuf tätig seien, um sie gesund im Beruf zu halten. Wenn Fachkräfte nach sechs oder sieben Jahren aus dem Pflegeberuf ausschieden, weil dort zu schlechte Arbeitsbedingungen herrschten, wirke sich dies negativ auf das gesamte System aus. Daher sei es wichtig, dass Pflegekräfte gesund im Beruf verbleiben könnten. Das Renteneintrittsalter in der Pflege liege derzeit bei 61 Jahren, und es bestehe eine sehr hohe Teilzeitquote von 60 %. Wenn es gelinge, die Teilzeitquote zu reduzieren, könne damit auch dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden. Einige Teilzeitmodelle seien ganz bewusst und sicherlich gewollt ausgewählt worden aufgrund der eigenen Lebenssituation, aber es gebe auch einige Pflegekräfte, die in Teilzeit arbeiteten, weil die Arbeitsbedingungen so schlecht seien.

Frau Abg. Anklam-Trapp berichtet, sie selbst habe im Jahr 1986 die Krankenpflegefachausbildung absolviert. Damals habe noch ein anderer Zugang zur Ausbildung bestanden, es seien 320 Bewerberinnen und Bewerber gewesen. Von den damaligen zwölf Auszubildenden sei heute nur noch eine Mitarbeiterin in der Pflege aktiv tätig.

Aktuell gebe es laut Pflegekammer 43.000 Pflegefachkräfte im Land, und man könne von einem Verbleib im Beruf von gerade einmal zwölf Jahren ausgehen. Aktuell sei die Rede von einem Mangel an Pflegepersonal, wengleich sehr viele Menschen in der Fachpflege in den vergangenen Jahren ausgebildet worden seien. An dieser Stelle wolle sie eine Lanze brechen für ihre Kolleginnen und Kollegen, die hoch motiviert seien und zumeist mit dem Abitur oder der mittleren Reife als Abschluss der Sekundarstufe II in den Pflegeberuf eingetreten seien. Sie arbeiteten im Früh-, Spät- und im Nachtdienst an 365 Tagen. Wenn diese Menschen irgendwann einmal frustriert seien, weil sie ihre Wertevorstellungen im Pflegeberuf nicht verwirklichen könnten und weil ihre Leistungen nicht angemessen honoriert würden, könnten sie stattdessen auch andere Tätigkeiten in einem anderen Beruf ausüben. Pfleger seien Allrounder und seien empathisch und engagiert.

Wenn heute zahlreiche Aktionen konzipiert und durchgeführt würden, um Medizinerinnen und Mediziner für den Arztberuf zu begeistern oder vielleicht nach einer langen Klinikphase als Hausarzt zu gewinnen, dann sei jede Maßnahme ausdrücklich zu begrüßen, um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern und dort Patientinnen und Patienten in Einrichtungen, in der ambulanten Pflege oder im Krankenhaus zu versorgen. Dies halte sie für eine gute und wichtige Maßnahme.

Frau Abg. Dr. Groß betont, allen sei das positive Ergebnis des Projekts bekannt, das jetzt abgeschlossen sei. Menschliches Verhalten könne man jedoch nur dauerhaft ändern, wenn die Menschen auch dauerhaft eine Unterstützung erhielten und entsprechend motiviert würden.

Nach sechs Monaten sei das positive Ergebnis nun nicht mehr so positiv gewesen, und dies habe ihre Auffassung bestätigt. Sie hätte sich gewünscht, dass das Projekt verlängert worden wäre, weil die Pflegefachkräfte eine dauerhafte Unterstützung benötigten. Sie hätte es sehr begrüßt, wenn die Landesregierung den Pflegefachkräften genau diese Unterstützung in Form eines Workshops oder eines Coachings zur Verfügung gestellt hätte, die zu diesem positiven Ergebnis geführt hätten.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler habe des Weiteren von der Fachkräftesicherung und einer Erhöhung der Verweildauer im Beruf gesprochen. Man müsse sich einmal die Frage stellen, ob es nicht sinnvoll sei, das Projekt dauerhaft – in welchen zeitlichen Zyklen auch immer – einzurichten und fortzuführen, um dadurch dem aktuellen Pflegenotstand zu begegnen, die Fluktuation zu senken bzw. die Verweildauer im Beruf zu erhöhen und allgemein eine höhere Zufriedenheit zu bekommen, die wiederum zu besseren Arbeitsergebnissen führe.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler entgegnet, das Projekt sei mit sieben Krankenhäusern gestartet worden. Allerdings sei es keineswegs so, als solle das Coaching nur einmalig durchgeführt

**20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 03.05.2018
– Öffentliche Sitzung –**

werden und als müssten die Häuser danach zusehen, wie sie zurechtkämen. Vielmehr werde der neue Ansatz Bestandteil der Fachkräfteinitiative Pflege 2.0 werden, in die alle Partner mit eingebunden würden. Es sei das Ziel, das Projekt auf alle Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen in der Fläche auszuweiten.

Zunächst solle mit 50 Krankenhäusern und 50 Altenpflegeeinrichtungen begonnen werden und Geld dafür investiert werden. Es bestehe keinerlei Dissens, diese Workshops und Unterstützungsmaßnahmen auch zukünftig zu verstetigen und nachhaltig zu betreiben. Auch neues Personal müsse damit erreicht werden. Sie sei froh darüber, dass die Zusammenarbeit mit den anderen Beteiligten so gut funktioniere. Insbesondere der Bereich der Weiterbildung obliege der Landespflegekammer, die aktuell ihre Weiterbildungsordnung erarbeite, in der auch das Coaching und das transformationale Führungsverhalten ein zentraler Bestandteil sein werde. Dieser Ansatz werde verstetigt, indem er in den Fortbildungen vor Ort in den Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen Anwendung finde. Das Projekt sei also nicht abgeschlossen, sondern werde auch weiterhin finanziell und in enger Zusammenarbeit mit der Landespflegekammer fortgeführt.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Wartezeiten auf psychotherapeutische Behandlung in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

– Vorlage 17/3015 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler legt dar, eine bedarfsgerechte und flächendeckende psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau sei der Landesregierung ein wichtiges Anliegen. Im Bereich der ambulanten Versorgung obliege die Bedarfsplanung jedoch nicht dem Land. Der Bundesgesetzgeber habe diese wichtige Aufgabe in die Verantwortung der Partner der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens gegeben.

Grundlage der ambulanten Bedarfsplanung sei die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der Gemeinsame Bundesausschuss sei ein Gremium der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Arzt-Einwohner-Verhältniszahl entsprächen nicht dem tatsächlichen Versorgungsbedarf an psychotherapeutischen Leistungen. Dieser sei in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen, nicht zuletzt aufgrund einer erfreulichen Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

Die Landesregierung habe sich dabei auf Bundesebene wiederholt für gesetzliche Änderungen eingesetzt. Beispielhaft erwähne sie die Einführung der Mindestquote von 20 % für psychotherapeutische Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelten. In den letzten fünf Jahren seien nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz rund 100 Psychotherapeuten-sitze hinzugekommen, sodass in Rheinland-Pfalz aktuell rund 900 Versorgungsaufträge zur Verfügung stünden.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung sei der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt worden, seine Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde habe ein niedrigschwelliger flexibler Zugang für die Abklärung psychischer Erkrankungen geschaffen werden können. In der psychotherapeutischen Sprechstunde könnten die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jetzt jeden kurzfristig beraten, der sich bei psychischen Beschwerden selbst nicht mehr zu helfen wisse. Die ebenfalls neu eingeführte psychotherapeutische Akutbehandlung mit bis zu 24 Sitzungen ermögliche im Anschluss eine zeitnahe Intervention bei einer akuten psychischen Symptomatik.

Die Studie der Bundespsychotherapeutenkammer bestätige, dass die neue Sprechstunde sehr gut angenommen werde. Die Wartezeiten auf ein erstes Gespräch seien bundesweit von 12,5 Wochen auf 5,7 Wochen verkürzt worden. 70% der Psychotherapeuten hätten das Erstgespräch innerhalb von vier Wochen geführt. Für Rheinland-Pfalz weise die Studie eine Wartezeit bis zum Erstgespräch von 6,8 Wochen aus. Ein Erstgespräch innerhalb von weniger als vier Wochen sei in 61,7 % der Fälle möglich gewesen. Die Sprechstunde werde laut Bundespsychotherapeutenkammer auch von sozial benachteiligten Patienten sehr gut angenommen.

Patientinnen und Patienten in psychischen Krisen erhielten nach der Veröffentlichung bundesweit innerhalb von ca. drei Wochen eine Akutbehandlung. Zwei Drittel aller Psychotherapeuten könnten die Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen anbieten. Damit sei es laut Bundespsychotherapeutenkammer gelungen, für die meisten Patienten, die nicht auf eine Richtlinienpsychotherapie warten könnten, ein rasches Hilfsangebot zu schaffen.

Was viele Patientinnen und Patienten nicht wüssten: Seit dem 1. April 2017 vermittele die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung auch Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde. Für die psychotherapeutische Sprechstunde sei keine Überweisung erforderlich, sodass ein niedrigschwelliger Zugang sichergestellt sei. Für beide Leistungen hätten die Versicherten erstmals einen Anspruch auf einen Termin innerhalb von vier Wochen.

Nach einer Entscheidung des Bundesschiedsamtes sollten die Terminservicestellen künftig auch Termine für probatorische Sitzungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie vermitteln, sofern die Patientinnen und Patienten zuvor eine psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht hätten und dort die

Dringlichkeit der Behandlung bestätigt worden sei. Leider werde diese Entscheidung von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht umgesetzt, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes Klage erhoben habe. Sie halte hier eine rasche gesetzliche Klärung im Sinne der Patienten für notwendig.

Die langen Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie seien immer noch ein großes Problem. Hier bestehe weiter Handlungsbedarf zunächst auf Bundesebene. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz habe der G-BA bereits im Sommer 2015 den Auftrag erhalten, bis zum 1. Januar 2017 die Bedarfsplanung insgesamt zu überprüfen und insbesondere für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten notwendige Anpassungen vorzunehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz gehe davon aus, dass die Änderungen Ende dieses Jahres, Anfang des kommenden Jahres vorgelegt werden könnten.

Die Rechtsaufsicht über den G-BA obliege dem Bundesministerium für Gesundheit. Es sei Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit, dafür Sorge zu tragen, dass der G-BA seinen gesetzlichen Verpflichtungen innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen Fristen nachkomme. Das Bundesministerium hätte hier schon vor Monaten handeln müssen.

Doch auch nach der derzeitigen Rechtslage habe die Selbstverwaltung die Möglichkeit, kurzfristig die Versorgung zu verbessern. In Planungsbereichen, in denen es nachweisliche Versorgungsengpässe gebe, könnten im Rahmen von Sonderbedarfszulassungen kurzfristig weitere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zugelassen werden. Die Entscheidung hierüber treffe der paritätisch mit Vertretern der Psychotherapeuten und der Krankenkassen besetzte Zulassungsausschuss.

Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien bei der Prüfung die Wartezeiten und der Umfang der von den Kassen genehmigten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen. In Regionen mit überlangen Wartezeiten hätten niederlassungswillige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten somit gute Chancen auf eine Sonderbedarfszulassung.

Frau Abg. Binz bedankt sich zunächst für den gegebenen Bericht. Das Grundproblem der langen Wartezeiten sei die Bedarfsplanung, die inzwischen veraltet sei und deren Anpassung leider noch immer auf sich warten lasse. Diese Situation sei sehr unbefriedigend, vor allen Dingen wenn man bedenke, auf welchen Maßgaben die Bedarfsplanung teilweise noch beruhe. Es würden unterschiedliche Bedarfe angelegt für städtische Regionen und für ländliche Regionen, was insbesondere für ein Flächenland wie Rheinland-Pfalz noch zusätzlich eine Schwierigkeit darstelle. Auch wenn das Land selbst nicht viel ausrichten könne, sei es ihr ein großes Anliegen, das Thema immer wieder aufzugreifen, um auf den Handlungsbedarf aufmerksam zu machen.

Durch die neue Richtlinie und die neuen Behandlungsformate könne nun vielen Menschen wesentlich schneller geholfen werden als früher. Aber natürlich werde dadurch das Gesamtvolumen an vorhandenen Therapiestunden nicht größer, weil die Zulassungen sehr schwierig seien. Das Paradoxe an der Situation sei, dass es durchaus genügend niederlassungswillige Therapeutinnen und Therapeuten gebe. Daher stelle sich die Frage, welche Möglichkeiten es gebe, um den Druck gegenüber dem Bund aufrechtzuerhalten bzw. weiter zu erhöhen.

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen habe in den letzten Jahren glücklicherweise zugenommen. Aber trotz allem gebe es noch immer große Stigmata in der Gesellschaft, und es gebe viele Menschen, die sich davor scheuten, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie Angst hätten vor den sozialen Folgen. Sie frage, was getan werden könne, um Stigmata in der Gesellschaft weiter abzubauen.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler verweist eingangs auf den Sozialpolitischen Ausschuss, der in seiner letzten Sitzung das Thema „Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Erkrankungen“ und deren Zunahme behandelt habe. Auch dort seien die Zahlen sehr erschreckend gewesen und hätten den Bedarf an Psychotherapiebehandlungen aufgezeigt. Man habe darüber gesprochen, dass insbesondere die Zahl junger Menschen zugenommen habe, die einer Behandlung bedürften. Daher bereiteten ihr die Wartezeiten noch immer große Sorge. Zwar sei bereits eine Verbesserung der Situation eingetreten, aber man dürfe sich trotzdem nicht zurücklehnen, wenn man sich den Bedarf vor Augen führe, der noch auf die Gesellschaft zukommen werde.

Die Sonderbedarfszulassung stelle eine kurzfristige Möglichkeit dar, auch in einem überversorgten Planungsbereich noch weitere Psychotherapeuten zu bekommen, wenn ein lokaler oder auch qualifikationsbezogener Bedarf bestehe. Der Zulassungsausschuss, der darüber entscheide, sei paritätisch mit Psychotherapeuten und Krankenkassenvertretern besetzt.

Zu der Situation der Stigmatisierung in der Gesellschaft habe es in der Vergangenheit schon Veränderungen gegeben. Das Thema sei nicht mehr so stark tabuisiert, weshalb auch die Nachfrage nach psychotherapeutischen Behandlungen gestiegen sei. Die Menschen stünden verstärkt dazu, dass sie Hilfe und Unterstützung benötigten. Aber trotz alledem gebe es noch immer eine hohe Dunkelziffer an Stigmatisierungen, bei denen man nur durch Prävention und Awareness-Kampagnen weiterkomme, die möglichst früh ansetzen müssten.

Diese Punkte seien auch im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes in der Landesrahmenvereinbarung enthalten, und sie sei sehr froh, dass auch die Landespsychotherapeutenkammer an der Umsetzung beteiligt sei. Dabei gehe es um die Themenbereiche „Gesund aufwachsen“ sowie „Gesund arbeiten“, wo man einerseits gegen eine Stigmatisierung arbeite, aber andererseits auch frühzeitig Erkrankungen erkennen könne, damit sie sich nicht erst chronifizierten.

Das Gesundheitsministerium habe gemeinsam mit dem Bildungsministerium, der Unfallkasse Rheinland-Pfalz und der Barmer Ersatzkasse das Projekt MindMatters in den Schulen auf den Weg gebracht. Bei diesem Projekt gehe es um psychische Erkrankungen. Es verfolge das Ziel, das Thema zu enttabuisieren und den Eltern, den Kollegen, aber auch den Schülerinnen und Schülern die Angst davor zu nehmen und ihnen Instrumente an die Hand zu geben, wie sie besser damit umgehen könnten. Sie sei sehr dankbar und froh über die gute Zusammenarbeit mit der Landespsychotherapeutenkammer und den anderen Partnerinnen und Partnern im Bereich Prävention und Awareness.

Frau Abg. Anklam-Trapp betont, die psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz sei für die SPD-Fraktion schon seit vielen Jahren ein wichtiges Anliegen. Sie sei sehr froh, dass sich heute mehr Menschen einer psychotherapeutischen Behandlung öffneten. 100 Psychotherapeutensitze mehr in Rheinland-Pfalz sei ein wichtiger Bestandteil in der Versorgung. Zu begrüßen sei auch, dass in 70 % der Fälle zeitnah ein Erstgespräch möglich werde.

Die Terminservicestelle der KV biete auf ihrer Webseite erste Erläuterungen an, was eine Therapie eigentlich bedeute und wie eine Terminvereinbarung funktioniere. Dadurch würden Scheu und Ängste genommen, und es schaffe eine Klarstellung für den hilfeschuchenden Patienten. Die Terminservicestelle sei telefonisch unter der Nummer 06131 / 885 44 55 zu erreichen. Innerhalb von vier Wochen werde dann dem Patienten ein Termin vermittelt. Dies sei ein großer Fortschritt.

Sie würde sich wünschen, dass der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Initiative von Rheinland-Pfalz unterstütze und dass endlich eine Rahmenvereinbarung verabschiedet werde, dass 20 % der psychotherapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stünden. Diese Forderung sei an dieser Stelle ganz deutlich zu unterstreichen.

Kurzfristige Sonderbedarfszulassungen halte sie für den richtigen Weg. Darüber hinaus teile sie die Forderung, dass Rheinland-Pfalz im Gemeinsamen Bundesausschuss mit Sitz und aktivem Stimmrecht vertreten sein solle, also die anderen Länder vertreten könne. Dies betreffe die Psychotherapeuten ebenso wie viele andere Bereiche im Gesundheitswesen. Sie bittet in diesem Zusammenhang noch einmal um eine Darstellung der Position von Rheinland-Pfalz im zuständigen Ausschuss.

Mit der Diagnose einer Anpassungsstörung könnten junge Menschen noch gut ins Leben starten. Auch wenn immer von einer Entstigmatisierung die Rede sei, bedeute eine psychische Erkrankung für alle Menschen immer eine Veränderung ihres Lebensweges. Daher sei auf diesem Gebiet noch viel Arbeit zu leisten.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler verweist auf den Koalitionsvertrag der Großen Koalition auf Bundesebene. Darin sei festgelegt, dass die Länder künftig ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten sollten. Dies sei zwar kein Stimmrecht, aber immerhin bestehe die Absicht, den Ländern in den Zulassungsausschüssen der KV mehr Rechte einzuräumen. Diesen Punkt begrüße sie für Rheinland-Pfalz ganz ausdrücklich.

Herr Abg. Wäschenbach nimmt Bezug auf die Pressemitteilung der KV, die eine erschreckende Darstellung der aktuellen Situation und des Gesundheitssystems beinhalte. Danach hätten nur 2,2 % der Patienten bisher die Terminservicestelle in Anspruch genommen.

Bereits in den Kindertagesstätten gebe es verstärkt Betreuungsmehrbedarfe durch Verhaltensauffälligkeiten. In den Schulen werde zu wenig Schulsozialarbeit geleistet. Vor einigen Jahren seien zahlreiche Experten zu ADHS angehört worden, und auch bei den Jugendlichen habe sich die Situation nicht verbessert.

Er sei sehr dankbar für den Antrag; allerdings bringe es auch nichts, die Verantwortung hin- und herzuschieben. Es sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, psychische Probleme bereits durch Prävention in den Griff zu bekommen. Dazu müsse in der Familienpolitik ein deutlicher Schwerpunkt gesetzt werden. Die beste Prävention seien ein intaktes Elternhaus und eine intakte Familie, um einer gesellschaftlichen Vereinsamung vorzubeugen. Man könne nicht jedem Menschen einen Psychiater zur Seite stellen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders berichtet aus seiner langjährigen ärztlichen Tätigkeit, dass der Faktor psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen zunehmend eine Rolle spiele. Insbesondere im hausärztlichen Bereich sei die Hälfte der Erkrankungen nicht mehr nur rein organisch bedingt. Der Mensch sei eben mehr als nur ein Körper.

Nach Auffassung der **Frau Abg. Binz** gerate die Diskussion über den Antrag verstärkt in eine Schiefelage. Es gebe keinen Zusammenhang zwischen einem intakten Elternhaus und einer abnehmenden Zahl an psychischen Erkrankungen. Man werde nicht automatisch psychisch krank, nur weil das Elternhaus nicht intakt sei. Dies trage eher dazu bei, dass sich diese Menschen weniger Hilfe suchten oder vielleicht sogar die Schuld bei sich selbst suchten.

Herr Abg. Dr. Gensch vermag den Worten seiner Vorrednerin nur in Teilen zuzustimmen. Es sei bekannt, dass die Familie und intakte Beziehungen für die Entwicklung von Kindern von hoher Relevanz und Bedeutung sei. Im Zusammenhang mit der Homoehe sei auch über die Frage diskutiert worden, welche Faktoren eine eheliche Beziehung für die Entwicklung eines Kindes ausmachten.

Im Rahmen der Debatte über das Adoptionsrecht auch für homosexuelle Paare sei eine entscheidende Frage gewesen, was für das Kindeswohl und die Entwicklung eines Kindes das Wichtigste sei. Nach konservativen Ansichten sei dies die klassische Beziehung zwischen Mann und Frau, was eine homosexuelle Partnerschaft nicht erfüllen könnte. Dies habe sich aber – zumindest für das Kindeswohl und die Entwicklung eines Kindes – nicht bestätigt.

Allerdings lägen sehr wohl Hinweise darüber vor, dass die Bindungsstabilität der elterlichen Beziehung für das Kindeswohl über die Jahre ein ganz entscheidender Faktor sei. Insofern könne er in dieser Frage den Kollegen Wäschenbach nur unterstützen, dass stabile familiäre Beziehungen – in welcher Form auch immer – für die Kindesentwicklung von entscheidender Bedeutung seien und das Kindeswohl beeinflussen könnten. Insofern sei es natürlich ein Ansatz, darüber zu sprechen und ein intaktes Elternhaus im Großkontext zu thematisieren, wenn so viele Kinder und Jugendliche schon mit psychischen Problemen belastet seien.

Frau Abg. Dr. Groß stimmt den Abgeordneten Wäschenbach und Dr. Gensch ausdrücklich zu. Die Bindungsstabilität intakter Familien sei das Fundament für das spätere Leben. Im Zuge dieser Entwicklung korreliere die Anzahl psychischer Erkrankungen unmittelbar mit der Anzahl dissoziierter Familien. Das bedeute, die zunehmende Dissoziation von Familien führe vermehrt zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Frau Abg. Anklam-Trapp stellt fest, auch wenn dies als eine Tatsache dargestellt worden sei, lägen ihr keine empirischen Zahlen darüber vor. Es sei fraglich, ob Anpassungsstörungen oder seelische Erkrankungen nur mit der frühkindlichen Bildung, der Stillzeit, der Mutter-Kind-Beziehung oder mit wirtschaftlichen Grundvoraussetzungen in der Familie zu erklären seien, ob beispielsweise ein Kind in einer prekären Familie aufwachse oder in einer sehr wohlhabenden Familie. In der Debatte über das Adoptionsrecht homosexueller Paare hätten auch diese Punkte eine Rolle gespielt.

20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 03.05.2018
– Öffentliche Sitzung –

Das Gleiche gelte auch für konservative Familien. Niemand könne in die Familien hineinschauen. Niemand wisse genau, woher die Krankheiten kämen. Anpassungsstörungen müssten im Allgemeinen als Krankheit betrachtet werden und dürften nicht in eine bestimmte Gesellschaftsschicht hineingeschoben werden. Damit tue man der Psychotherapie und auch den erkrankten Menschen keinen Gefallen, sondern es führe im Gegenteil zu einer Stigmatisierung.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 13 der Tagesordnung:

Kinderkrankenpflege in der ambulanten Versorgung

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/3038 –

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler gibt zur Kenntnis, bereits im letzten Ausschuss habe sie ausgeführt, dass die ambulante Kinderkrankenpflege der Landesregierung sehr am Herzen liege. Zur Unterstützung von Familien mit schwer kranken Kindern sei zum 1. April 2006 in Rheinland-Pfalz die „Fachberatungsstelle für Fragen rund um die Pflege und Betreuung schwerstkranker und chronisch kranker Kinder in Rheinland-Pfalz“ eingerichtet worden, die für Fragen den Pflegestützpunkten, ambulanten Pflegediensten, aber auch Eltern kranker Kinder unmittelbar zur Verfügung stehe.

Zur Situation der ambulanten Kinderkrankenpflegedienste könne sie wie folgt berichten: Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen schlossen zwecks Versorgung von Menschen mit Bedarf an Behandlungspflegerischer Versorgung bzw. von pflegebedürftigen Menschen Verträge gemäß § 132 a Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Auf dieser Grundlage sei auch die Versorgung von kranken Kindern durch einen der in Rheinland-Pfalz zugelassenen ca. 550 Pflegedienste möglich. Auch wenn diese Pflegedienste nach außen hin nicht ausdrücklich als Kinderkrankenpflegedienste in Erscheinung träten, könnten diese bei Einhaltung der entsprechenden Qualität auf Grundlage von kassenindividuellen Ergänzungsvereinbarungen die Aufgabe wahrnehmen.

Um ländliche Regionen zu stärken, hätten gesetzliche Krankenkassen darüber hinaus einen besonderen Kinderkrankenpflegevertrag über die Versorgung im Bedarfsfall, beispielsweise für die Landkreise Trier-Saarburg, Bernkastel-Wittlich, Vulkaneifel, Eifelkreis, Bitburg-Prüm und der kreisfreien Stadt Trier geschlossen, der seit einigen Jahren bestehe und seither fortgeschrieben worden sei.

Bereits Anfang der 2000er-Jahre habe sich die Landesregierung für ambulante Kinderkrankenpflege eingesetzt. Dies zeigte sich unter anderem im Zustandekommen der „Vereinbarung über die Erbringung häuslicher Kinderkrankenpflege bei besonders aufwändigen Versorgung“. Diese Vereinbarung umfasse Versorgung mit einem Zeitaufwand von bis zu vier Stunden pro Tag. Sie trage den spezifischen Erfordernissen bei aufwändigen Kinderversorgungen Rechnung und habe sich insgesamt positiv auf die Entwicklung des eigenen Bereichs „ambulante Kinderkrankenpflege“ in Rheinland-Pfalz ausgewirkt.

Um den erbetenen Bericht zur Situation der ambulanten Kinderkrankenpflegedienste in Rheinland-Pfalz zu erstellen, habe die Landesregierung alle Krankenkassenverbände in Rheinland-Pfalz um Auskunft gebeten: Die eben genannte Vereinbarung sei laut Auskunft der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in jüngster Vergangenheit stets einvernehmlich angepasst und fortgeschrieben worden. Laut AOK werde dem besonderen Versorgungsbedarf von schwerstkranken Kindern über diese gesonderte Vereinbarung Rechnung getragen, die mit vier großen Wohlfahrtsverbänden geschlossen worden sei und innerhalb deren Geltungsbereich insgesamt sieben Kinderkrankenpflegedienste landkreisübergreifend tätig seien.

Darüber hinaus schlossen die Krankenkassen Einzelvereinbarungen, um die Versorgung von intensivpflegebedürftigen Kindern in der außerklinischen Versorgung zu gewährleisten. Gegenwärtig könne die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland auf 44 Leistungserbringer, teilweise auch mit Sitz außerhalb von Rheinland-Pfalz, zurückgreifen.

Die IKK Südwest verfüge seit vielen Jahren über kassenindividuelle Ergänzungsvereinbarungen zur außerklinischen pädiatrischen Intensivversorgung mit 25 Anbietern, die ihren Sitz auch teilweise außerhalb von Rheinland-Pfalz hätten. Auch bei den Ersatzkassen und den Betriebskrankenkassen seien insbesondere für Intensivpflegefälle zusätzliche Einzelverträge geschlossen worden.

Bei Kindern überwiege die Eins-zu-Eins-Versorgung in der eigenen Häuslichkeit bzw. der Häuslichkeit der Eltern. Alternative Wohnformen speziell für Kinder unterlägen gegenüber der Kranken- bzw. Pflegekasse keiner gesonderten Meldepflicht. Insofern könnten die Krankenkassen zu den alternativen Wohnformen keine Zahlen nennen.

Die Anzahl von Kindern, die in stationären Einrichtungen behandelt würden, sei den Krankenkassen nicht bekannt, was zumeist am nachvollziehbaren Wunsch der Eltern liegen dürfte, die Versorgung des Kindes zu Hause sicherzustellen. Die Landesregierung werde demnächst zu einem Fachgespräch „Ambulante Intensivpflege“ einladen, in dem auch das Thema ambulante Kinderkrankenpflege behandelt werde.

Frau Abg. Anklam-Trapp führt aus, die Kinderkrankenpflege in der ambulanten Versorgung und die pädiatrische Intensivversorgung insbesondere der kleinsten Kinder liege der SPD-Fraktion sehr am Herzen. Die Vereinbarung dazu stamme aus dem Jahr 2003 und sei immer wieder fortgeschrieben worden. Daher müssten auch die Einzelvereinbarungen, die mit den Pflegediensten abgeschlossen würden, immer wieder überarbeitet werden. Es sei eine Herausforderung für die Pflegedienste, eine Vereinbarung über die Eins-zu-Eins-Betreuung eines Kindes zu treffen.

Sie sei dankbar für das anberaumte Fachgespräch mit den sieben Kinderkrankenpflegediensten. Wenn die Kinder in einem Krankenhaus behandelt werden müssten, seien sie stationär untergebracht, und die ambulanten Intensivpflegekräfte seien davon zunächst nicht erfasst.

Es sei ein hohes Ziel, den Wunsch der Kinder und ihrer Eltern zu erfüllen, die Kinder aus dem Krankenhaus in ihre vertraute häusliche Umgebung zu bringen. In Rheinland-Pfalz gebe es immerhin 44 Anbieter, die Einzelvereinbarungen in der Intensivkrankenpflege erbringen könnten. Auf ihre Frage, wie diese Einzelvereinbarungen im Detail aussähen, erwidert **Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler**, zu den Einzelvereinbarungen könne sie keine weiterführenden Informationen geben, weil das Land nicht Vertragspartner sei. Aber es sei wichtig, dass das Ministerium die Pflegedienste in diesem Jahr erneut zu einem Fachgespräch einlade.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihres Hauses besuchten auch einmal jährlich den Verein Nestwärme als Träger der landesweiten Fachberatungsstelle in Trier, um sich über die ambulanten Kinderkrankenpflegedienste auf den aktuellen Stand zu bringen. In Zusammenarbeit mit Nestwärme und ihrem Ministerium finde einmal jährlich ein Treffen speziell zu diesem Anliegen statt. Das diesjährige Treffen stehe noch aus, und es bestehe das Ziel, das Fachgespräch damit zu verbinden und sich speziell mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Den Beteiligten solle dabei die Gelegenheit eingeräumt werden, ihre Situation zu schildern und zu berichten, wo es Veränderungen gegeben habe und wo sie nach ihrer Ansicht noch Anpassungsbedarfe sähen und wo ggf. auch das Land noch Unterstützung anbieten könne.

Nach Aussage der **Frau Abg. Anklam-Trapp** leiste Nestwärme in Trier eine hervorragende Arbeit, wenn es um die Vorbereitung, Qualifizierung und Stärkung der Eltern gehe. Sie fragt nach, wie hoch die Förderung seitens des Landes sei und welche weiteren Institutionen außerhalb von Trier gefördert würden.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erläutert, zur Stärkung der ambulanten Kinderkrankenpflege sei zum 1. April 2006 eine Fachberatungsstelle für Fragen rund um die Pflege und Betreuung schwerstkranker und chronisch kranker Kinder in Rheinland-Pfalz eingerichtet worden. Träger dieser Fachberatungsstelle sei der Verein Nestwärme e.V. in Trier.

Nestwärme übernehme die Aufgabe, bei Fragen rund um die Versorgung kranker Kinder den Pflegestützpunkten, den Pflegediensten sowie auch unmittelbar den Eltern Informationen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus verfolge Nestwärme mit großem Engagement das Ziel, immer wieder dazu beizutragen, neue Angebote zur Versorgung der Kinder und zur Entlastung der Eltern einzuführen.

Nestwärme versuche, den Familien ganz konkrete Alltagsunterstützung an die Hand zu geben, um zum einen den Kindern zu ermöglichen, in ihrem häuslichen Umfeld zu leben, aber zum anderen auch den Eltern eine gewisse Entlastung zuteil werden zu lassen, damit sie das Leben und die Arbeit mit einem schwerstkranken oder chronisch kranken Kind in der Familie gesund aushalten könnten.

**20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 03.05.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte von **Frau Abg. Anklam-Trapp** zu, dem Ausschuss ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 14 der Tagesordnung:

Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Antrag nach § 76 Abs. 4 GOLT

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

– Vorlage 17/3044 –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders gibt vorab zur Kenntnis, der Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie habe sich bereits in seiner letzten Sitzung im Rahmen eines Berichtsantrags der Fraktion der CDU mit diesem Thema befasst. Zwischenzeitlich habe der Gemeinsame Bundesausschuss getagt.

Alle seien sehr entsetzt darüber gewesen, in der Presse zu lesen, dass, wie von der Krankenhausesellschaft problematisiert, nach den Plänen des Gemeinsamen Bundesausschusses 67 von 94 Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz zukünftig nicht mehr an der Notfallversorgung teilnehmen dürften. Diese Situation sei Gott sei Dank nicht eingetreten, da die Gesundheitsminister unisono bundesweit tätig geworden seien, ohne jedoch selber darüber entscheiden zu können. Aktuell sei es zu einer deutlichen Reduktion dieses zahlenmäßigen Missverhältnisses gekommen, wenngleich noch immer zahlreiche Krankenhäuser sozusagen unter der roten Linie lägen.

Es bestehe Einigkeit darüber, dass ein Krankenhaus auf jeden Fall über eine Innere Medizin und eine Chirurgie verfügen müsse, um als Notfallkrankenhaus anerkannt zu werden. Auch sei unbestritten, dass ein Facharzt innerhalb von 30 Minuten im Krankenhaus vor Ort sein müsse. Dies sei in seinen Augen Grundstandard in Deutschland und zeichne den fachärztlichen Hintergrunddienst expressis verbis aus.

Dissens habe es allerdings über das Erfordernis von fünf Intensivbeatmungsbetten gegeben, eine Zahl, die man kritisch hinterfragen müsse. Zu klären sei nun die Frage, welche Krankenhäuser betroffen seien und an welchen Stellen – wie von der Ministerin erfreulicherweise bereits in der Presse angekündigt – Ausnahmeentscheidungen getroffen würden.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erläutert, als das Thema in der letzten Ausschusssitzung am 12. April beraten worden sei, habe der Beschluss zur Regelung der Notfallversorgung in den Krankenhäusern noch als Entwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgelegen. Sie habe seinerzeit darauf hingewiesen, dass in dieser nun vorletzten Version bereits deutliche Entschärfungen bei den vorzuhaltenden personellen und infrastrukturellen Ressourcen eingearbeitet worden seien und dass dies insbesondere auf Initiative der Ländervertreter erfolgt sei.

Wichtig erscheine ihr an dieser Stelle auch noch einmal der Hinweis auf den Hintergrund der Regelung, nämlich dass vom G-BA gefordert worden sei, ein Kriterien- und Strukturenkatalog festzulegen, anhand dessen die Krankenhäuser einer von drei Stufen der Notfallversorgung zugeordnet werden könnten. Nach dem expliziten Gesetzestext in § 136 c SGB V solle die Regelung auch eine Einstufung der Nichtteilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung ermöglichen. Diese Formulierung sei offensichtlich missverständlich aufgenommen worden, und sie betone daher noch einmal, dass es bei dem Beschluss aber eben nicht darum gehe, welches Krankenhaus noch Notfalleleistungen erbringen dürfe, sondern welches Krankenhaus bei Erfüllung welcher Kriterien einen Vergütungszuschlag erhalten könne bzw. einen Abschlag zu zahlen habe, weil es die Kriterien des G-BA für die Stufe der Notfallbasisversorgung nicht erfülle.

Es handele sich also dem Sinne des Krankenhausstrukturgesetzes folgend um ein entgeltrechtliches Instrument, welches geeignet sei, die bislang einheitliche Vergütung von Krankenhausleistungen mit qualitätsorientierten Bestandteilen aufzuwerten. Krankenhäuser, die die Ressourcen der untersten Basisstufe nicht vorhielten, könnten und sollten weiterhin Patientinnen und Patienten im Notfall versorgen und würden die einheitlichen Vergütungssätze für ihre Leistungen auch weiterhin erhalten.

Der Beschluss sei nun am 19. April im Plenum des G-BA gefasst worden. Mit der Pressemitteilung am gleichen Tag habe der Ausschuss selbst eine Liste häufig gestellter inhaltlicher Fragen veröffentlicht, die sie den Ausschussmitgliedern als Tischvorlage verteilt habe.

Aber auch diese Folgenabschätzung könne zunächst nur ein Modell sein, welches unter dem Vorbehalt des Nichteintretens oder Eintretens mehrerer entscheidender Annahmen stehen müsse. Gemeint sei

hier die konkrete Ausgestaltung der Rahmenregelung und des Prüfverfahrens auf der Ebene der Vertragsparteien. Als Beispiel nenne sie die Vorgabe, dass innerhalb von 30 Minuten ein Facharzt am Patient zur Verfügung stehen müsse. Wie die genaue Umsetzung, der Nachweis und die Prüfung dieses Kriteriums zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden solle, lasse der Beschluss offen.

Mit Blick auf ein wesentliches Kriterium, nämlich die Vorhaltung von sechs Intensivbetten, von denen drei eine invasive Beatmung ermöglichen, sei bedauerlicherweise festzustellen, dass sich hier die Länder nicht hätten durchsetzen können. Man habe bis zuletzt mit Blick auf eine realistische Behandlung kleinerer Krankenhäuser in ländlichen Regionen darauf gedrängt, auf eine quantitative Festlegung der Intensivbetten und deren genau Ausstattung gänzlich zu verzichten. Die meisten Länder wiesen diese Kapazitäten überhaupt nicht gesondert aus. Dort, wo – wie in Rheinland-Pfalz – hierüber Buch geführt werde, habe man festgestellt, dass sechs Intensivbetten, die nach dem Willen des GKV-Spitzenverbandes und der Patientenvertreter sogar alle zur Beatmung hätten aufgerüstet sein müssen, in den Häusern der Grundversorgung überhaupt nicht bedarfsgerecht wären.

Zum weiteren Fortgang sei anzumerken, das Inkrafttreten der neuen Regelung hänge zunächst von ihrer rechtlichen Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium ab. Sie gehe davon aus, dass parallel hierzu die ersten konkreten Ausgestaltungsverhandlungen der Vertragsparteien beginnen sollten. Die Vertragsparteien hätten insbesondere auch die Höhe der Abschläge zu vereinbaren, aus denen sich die gestuften Zuschläge refinanzieren müssten. Das MSAGD werde hierzu eingehende Informationen fortlaufend auf ihre Auswirkungen prüfen.

Eine Abschätzung zum Einfluss der Regelung auf die stationäre Versorgung sei auch bereits im Rahmen der Aufstellung des neuen Landeskrankenhausplans als eigenständiges Arbeitspaket in den Auftrag für das vorbereitende Gutachten für den neuen Landeskrankenhausplan aufgenommen worden. Das Gutachten, das durch das IGES-Institut, welches auch mit der Auswertung zu diesem Thema durch den G-BA betraut gewesen sei, erstellt werde, werde Ende Mai vorgelegt werden.

Sei die Regelung bis dahin in Kraft oder auch noch nicht – das Land Rheinland-Pfalz werde sich gemeinsam mit den betroffenen Trägern in den Planungsgesprächen, die im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans ohnehin anstünden, auch insbesondere damit auseinandersetzen, wo sich Anpassungsnotwendigkeiten und Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhäuser an die Vorgaben zur Notfallversorgung ergäben und wie sich diese realisieren lassen könnten. Mancherorts könnte die Problematik hierzu bereits entschärft werden, wenn dezentral vorhandene Überwachungsbetten mitgezählt werden dürften. In wenigen Häusern könnte sich wiederum, je nach konkreter Ausgestaltung, zum Nachweis eine notwendige Anpassung dahin gehend ergeben, dass eine Computertomografie rund um die Uhr im Notfall möglich sein müsse.

Unklar sei hierbei derzeit, ob die freiberuflichen radiologischen Praxen diesen Passus in einer Kooperationsvereinbarung festschreiben müssten bzw. und inwieweit sie dazu bereit seien oder bereit sein könnten.

Abschließend versichere sie erneut, dass das selbstverständliche Ziel des Landes die Sicherung einer bedarfsgerechten Notfallversorgung in der Fläche sei. Wo dazu die Inanspruchnahme der in dem Beschluss des G-BA verankerten Ausnahmeregelungen nach § 26 Abs. 3 der Regelung möglich und erforderlich sei, werde sie zur Anwendung kommen. Zunächst aber sei die mit den Trägern durchzuführende gemeinsame Prüfung vorrangig, wie man sich an die geforderten Strukturregelungen anpassen könne.

Frau Abg. Anklam-Trapp legt dar, bundesweit seien 5 % der insgesamt ca. 1.700 Krankenhäuser in der Notfallversorgung betroffen. Sie fragt nach den Verhältnissen in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz. Die Krankenhäuser leisteten dort eine sehr wichtige Arbeit. Die nächste Befassung des G-BA erfolge Ende Mai. Daher bitte sie schon jetzt um eine erneute Beratung in diesem Ausschuss über dieses Thema, sobald das Gutachten vorgelegt werde. Sicherlich werde sich der Ausschuss auch in Zukunft kontinuierlich mit der Frage der Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz beschäftigen müssen.

Zu klären sei die Frage der Übergangsfristen, also bis wann die Regelungen umgesetzt sein müssten. Irgendwann werde man sich auch mit der Erreichbarkeit und der Rettungskette zu beschäftigen haben

und dass ein Facharzt innerhalb einer Frist von 30 Minuten vor Ort sein müsse. Es gehe um die Sicherung einer bedarfsgerechten Notfallversorgung in Rheinland-Pfalz in der Fläche.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders führt aus, in der Pressemeldung des G-BA vom 19. April sei festgestellt worden, dass 36 % der Krankenhäuser – diejenigen, die nach der beschlossenen Regelung keinen Zuschlag erhielten – Krankenhäuser seien, die auch in der Vergangenheit überwiegend nicht an der Notfallversorgung teilgenommen hätten. 36 % der gesamten Krankenhäuser hätten nur 5 % der Notfälle behandelt. Er möchte wissen, ob bei der Definition der Krankenhäuser im Sinne des G-BA auch Fachkrankenhäuser und Kurkliniken umfasst würden. Dies würde vieles erklären. Wenn man das im Vorfeld kommuniziert hätte, hätte man sich vielleicht viele Diskussionen in der Vergangenheit ersparen können.

Natürlich sei völlig klar, dass eine psychiatrische Fachklinik und eine Kurklinik keine Notfälle behandeln könnten bzw. nur im Ausnahmefall, wenn sich ein Unfall direkt vor ihrer Haustür ereigne.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler bestätigt die Vermutung des Ausschussvorsitzenden, dass auch Fachkliniken und Kurkrankenhäuser in der Definition des G-BA enthalten seien, und dies führe verständlicherweise zu Irritationen.

Die Länder hätten die Möglichkeit, Ausnahmen zuzulassen, wenn ansonsten vor Ort keine anderweitige Versorgung sichergestellt werden könne und es Versorgungsnotwendigkeiten gebe. In diesen Fällen nähmen die Krankenhäuser, für die eine Ausnahmeregelung getroffen werden müsse, budgetneutral weiterhin an der Notfallversorgung teil. Darüber hinaus würden Krankenhäuser, die jetzt schon Sicherungszuschläge erhielten, nicht aus der Notfallversorgung herausgenommen, sondern könnten weiterhin daran teilnehmen, da sie versorgungsnotwendig seien.

Sie sei froh, dass es nicht zu einem radikalen Kahlschlag in der Notfallversorgung gekommen sei und dass sich der Worst Case, der skizziert worden sei, nicht bestätigt habe. Darüber hinaus freue sie sich, dass es gelungen sei, die Länderinteressen parteiübergreifend zu formulieren und darauf hinzuwirken, dass an vielen Stellen darauf eingegangen worden sei.

Zunächst bestehe das Ziel, mit den Trägern in Gespräche einzutreten, bevor von der Ausnahmeregelung Gebrauch gemacht werden solle. In den Gesprächen sei zu erörtern, wo Anpassungen gewünscht oder notwendig seien und wo das Land Unterstützung leisten könne. Es sei das Ziel, Strukturen so anzupassen und zu verändern, dass sie den Qualitätskriterien des G-BA entsprächen. Die Balance zwischen einer guten Qualität und einer bedarfsgerechten Notfallversorgung solle in Rheinland-Pfalz auch weiterhin sichergestellt werden.

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

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte des **Herrn Vors. Abg. Dr. Enders** und der **Frau Abg. Anklam-Trapp** des Weiteren zu, dem Ausschuss weitere Informationen zuzuleiten, sobald das entsprechende Gutachten Ende Mai, Anfang Juni vorliegt.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders spricht die Telemedizin an. Ein Radiologe könne ein CT auch nachts von zu Hause von seinem Laptop aus begutachten und müsse dazu nicht ins Krankenhaus kommen und müsse auch nicht dem gleichen Krankenhaus angehören. Es gebe durchaus Krankenhausverbünde, wo das größere Haus die kleineren Krankenhäuser unterstütze. Dieses Problem könne man flächendeckend lösen.

Herr Abg. Dr. Gensch legt dar, in der Anlage zur Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. April befänden sich zwei Karten. Die eine Karte sei überschrieben mit den Worten: „Alle Krankenhäuser, die bundesweit als Teilnehmer an der stationären Notfallversorgung eingestuft werden“. In dieser Karte würden Erwachsenen- und Kindernotfallversorger, Traumazentren und andere Einrichtungen dargestellt.

In einer zweiten Karte sei die Unterscheidung getroffen zwischen Krankenhäusern, die nach den neuen weiterhin als Notfallversorger eingestuft würden, und solchen Krankenhäusern, die nicht als Notfallversorger eingestuft würden. In den beiden Anlagen allerdings werde überhaupt nicht davon gesprochen, dass diese 36 %, die bislang überwiegend nicht an der Notfallversorgung teilgenommen hätten, Kurkliniken und andere spezialisierte Fachkrankenhäuser seien. Stattdessen sei diesen Karten klar zu entnehmen, dass dies alles Krankenhäuser seien, die bisher an der stationären Notfallversorgung teilgenommen hätten und nunmehr im Bereich dieser Krankenhäuser unterschieden werden solle nach den entsprechenden Versorgungsstufen. Für eine Klarstellung dazu wäre er dankbar.

Auch werde in den Anlagen schon sehr klar unterschieden zwischen den Krankenhäusern, die die Kriterien des G-BA erfüllten, und denjenigen, die die Kriterien nicht erfüllten. Er bitte um Mitteilung, welche Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz dazu zählten.

Es gehe um Zuschläge oder Abschläge, die den Krankenhäusern zugestanden würden bzw. die sie zu befürchten hätten, je nachdem, ob sie die Kriterien erfüllten oder nicht. Er wünscht zu erfahren, ob es auch eine neutrale Position gebe, dass Krankenhäuser also weder Abschläge noch bezahlen müssten noch Zuschläge erhielten.

Frau Staatsministerin Bätzing-Lichtenthäler erläutert, es gebe Zuschläge und Abschläge, und es gebe auch die budgetneutrale Teilnahme an der Notfallversorgung. Ein Krankenhaus nehme budgetneutral an der Notfallversorgung teil, wenn das Land von seiner Ausnahmeregelung Gebrauch mache und das Krankenhaus beispielsweise in einer Strukturschwachen Region versorgungsnotwendig sei.

Was die Standorte der Krankenhäuser anbelange, so gebe es noch keine Festlegung, und sie werde auch davon absehen, heute schon konkrete Standorte zu benennen. Der gesamte Prozess sei noch nicht abgeschlossen. Es sei noch unklar, wie die Kriterien ausgestaltet sein sollten. Gleiches gelte für die Fachärzte und die Kooperationsvereinbarungen für CTs. Zunächst müsse es vom Bundesministerium für Gesundheit noch geprüft und genehmigt werden, und danach müsse es in der Praxis umgesetzt werden. Diese Zeit werde das Ministerium nutzen, um mit den Trägern in Gespräche einzutreten und zu sehen, welche Kriterien noch nicht erfüllt seien und wo noch Anpassungs- und Veränderungsbedarf gegeben sei.

Vom G-BA sei ein Anpassungszeitraum für bestimmte Auflagen von fünf Jahren gewährt worden, zum einen für das Personal und zum anderen für die räumliche Ausstattung. In dieser Zeit könne nachgebessert werden.

Herr Dr. Schäfer (Referent im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) weist ergänzend darauf hin, wenn die Karte in Farbe ausgedruckt worden wäre, wäre sie deutlich übersichtlicher geworden, insbesondere was das Kriterium der Erreichbarkeit anbelange. Auf der Karte sei eigentlich in roter Farbe zu markieren, wenn ein Krankenhaus der nächsten Basisstufe mehr als 30 Minuten entfernt sei. Dies sei leider auf der Karte schlecht zu erkennen.

Zur Erstellung der Karte sei ein statistisches Programm angewendet worden, die Kreuze symbolisierten viele Krankenhäuser, die auch Fachkrankenhäuser seien, und zwar nicht nur psychiatrische Krankenhäuser, sondern auch geriatrische Fachkliniken und mehrere Venenkliniken in Bad Neuenahr-Ahrweiler. All diese Krankenhäuser seien in der Karte eingezeichnet worden.

Von den 98 Krankenhäusern, die die Landeskrankengesellschaft Rheinland-Pfalz berechnet habe, hätten auch schon jetzt über 20 kaum an der Notfallversorgung teilgenommen, es sei denn, dass sie als Spezialversorger ausgewiesen würden. Das bedeute, sie nähmen im Rahmen der 24-7-Regelung – 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche – an der Versorgung teil, zum Beispiel bei akuten Venenthrombosen oder arteriell-peripheren Verschlüssen. Wenn Krankenhäuser als Spezialversorger weiterhin an der Notfallversorgung teilnähmen, würden sie abschlagsfrei gestellt und würden budgetneutral behandelt.

Weiterhin gebe es psychiatrische Fachkliniken. Wenn man diese Krankenhäuser herausrechne, ergäben sich die Zahlen, die in der Pressemitteilung vom GKV-Spitzenverband veröffentlicht worden seien. Somit könne man festhalten, dass all die Krankenhäuser, die bisher an der Notfallversorgung teilge-

20. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 03.05.2018
– Öffentliche Sitzung –

nommen hätten, 95 % der Leistungen erbracht hätten. Bei den anderen Fachkliniken und Spezialversorgern, die nur 5 % erbracht hätten, werde man im Einzelfall zu überprüfen haben, ob sie bedarfsnotwendig seien. Ein Krankenhaus in der Eifel an der belgischen Grenze werde einen Sicherstellungszuschlag bekommen und als Basisnotfallversorgungs Krankenhaus eingestuft werden, auch wenn es nicht die entsprechenden Kriterien erfülle. Dies sei bereits im Beschluss des G-BA auf Druck der Länder entsprechend berücksichtigt, damit es nicht zu einer flächenunterdeckenden Versorgung komme.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 15 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Herr Vors. Abg. Dr. Enders unterrichtet den Ausschuss über den aktuellen Stand der Informationsfahrt nach Dänemark, die im zweiten Halbjahr 2019 stattfinden solle. Eine Konkretisierung des Programms werde im Frühjahr nächsten Jahres erfolgen.

Mit einem Dank an alle Anwesenden für ihre Mitarbeit schließt er die Sitzung.

gez. Anja Geißler

Protokollführerin

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

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

Für die Landesregierung:

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

Landtagsverwaltung:

Schlenz, Christian	Regierungsamtmann
Geißler, Anja	Regierungsrätin im Sten. Dienst des Landtags (Protokollführerin)