

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie

36. Sitzung am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 10:02 Uhr
Ende der Sitzung: 13:08 Uhr

Tagesordnung:

1. ...tes Landesgesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes
Gesetzentwurf
Landesregierung
[– Drucksache 17/10288 –](#)
2. Budgetbericht der Landesregierung zum 30. Juni 2019
Bericht (Unterrichtung)
Landesregierung
[– Drucksache 17/10468 –](#)
3. Digitale Vorankündigung von Notfallpatienten – DIVONO
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
[– Vorlage 17/5512 –](#)
4. Junge Hausärzte in der Südwestpfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
[– Vorlage 17/5674 –](#)

Ergebnis:

Annahmempfehlung
(S. 3 – 10)

Kenntnisnahme
(S. 11)

Erledigt
(S. 12 – 14)

Erledigt
(S. 15 – 17)

Tagesordnung (Fortsetzung):**Ergebnis:**

- | | |
|--|---------------------------------|
| 5. Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/5830 – | Erledigt
(S. 18 – 21) |
| 6. Krankhafte Schlafstörungen bei erwerbstätigen rheinland-pfälzischen Bürgerinnen und Bürgern
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/5860 – | Erledigt
(S. 23 – 25) |
| 7. MDK-Reform schwächt Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/5861 – | Erledigt
(S. 26 – 30) |
| 8. Europäischer Drogenbericht 2019 – Erkenntnisse für Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der SPD
– Vorlage 17/5862 – | Schriftlich erledigt
(S. 22) |
| 9. Organspende – Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Herztransplantationen
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/5863 – | Schriftlich erledigt
(S. 22) |
| 10. Psychische Gesundheit bei Schulkindern – Kinder- und Jugendreport 2019 für Rheinland-Pfalz der DAK-Gesundheit
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/5893 – | Erledigt
(S. 31 – 34) |
| 11. Situation der Reha-Kliniken in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/5907 – | Erledigt
(S. 35 – 37) |
| 12. Verschiedenes | (S. 38) |

Vors. Abg. Hedi Thelen eröffnet die Sitzung und begrüßt alle Anwesenden.

Punkt 1 der Tagesordnung:

...tes Landesgesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes

Gesetzentwurf

Landesregierung

[– Drucksache 17/10288 –](#)

Vors. Abg. Hedi Thelen verweist auf die zu diesem Thema in der 47. Sitzung des federführenden Innenausschusses am 5. Dezember 2019 durchgeführte Anhörung, deren Auswertung der Innenausschuss in seiner 48. Sitzung am 22. Januar 2020 vornehmen werde.

Andreas Hitzges (Stellv. Abteilungsleiter im Ministerium des Innern und für Sport) berichtet, der Rettungsdienst stelle eine der wesentlichen Säulen in der medizinischen Versorgung dar. Die Landesregierung sei stolz darauf, in Rheinland-Pfalz über einen sehr leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen Rettungsdienst zu verfügen, der in den städtischen Ballungszentren die gleichen hohen Standards erfülle wie in den ländlichen Gebieten. Dies gelte sowohl für die Ausstattung der Fahrzeuge als auch für die hervorragende Ausbildung des Rettungsdienstpersonals.

Mit dem vorliegenden „Landesgesetz zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes“ werde der Rettungsdienst zukunftsfähig ausgerichtet. In diesen Gesetzentwurf, dem eine intensive Anhörungsphase zugrunde liege, seien viele wichtige Ideen und Anregungen eingeflossen.

So regle der vorliegende Gesetzentwurf etwa die zukünftige Besetzung von Fahrzeugen der Notfallrettung: Künftig werde in einem Team in der Notfallrettung mindestens ein Teammitglied über die Ausbildung zum Notfallsanitäter verfügen. Das weitere Teammitglied müsse mindestens Rettungssanitäter sein.

Mit dieser Regelung werde sichergestellt, dass hochqualifiziertes, nicht ärztliches Rettungsdienstpersonal in der Notfallrettung tätig sei. Gleichzeitig könnten aber nach wie vor Rettungssanitäter in der Notfallrettung als weiteres Teammitglied mitarbeiten und wichtige Erfahrungen sammeln. Dies betreffe insbesondere die ehrenamtlichen Rettungssanitäter, die im Katastrophenfall oder auch bei größeren Unfällen auf Fahrzeugen des Katastrophenschutzes eingesetzt würden und dort teilweise die alleinige Verantwortung beim Transport von Notfallpatienten tragen könnten.

Zudem sei eine Anpassung des Rettungsdienstgesetzes (RettdG) an das neue Vergaberecht vorgesehen. Die Hilfsorganisationen Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-Unfall-Hilfe, Arbeiter-Samariter-Bund und Malteser Hilfsdienst seien in diesem Zusammenhang äußerst kompetente und zuverlässige Partner. Sie stellten mit ihren haupt- und ehrenamtlichen Kräften eine der tragenden Säulen im Rettungsdienst und im Bevölkerungsschutz dar.

Die Bereichsausnahme, die nun im Gesetz verankert werde, stärke diese Hilfsorganisationen im Rettungsdienst noch einmal deutlich. Die Landesregierung habe sich immer aktiv für die privilegierte Übertragung des Rettungsdienstes an die Hilfsorganisationen und damit auch klar für das Verbundsystem von Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz eingesetzt. Rheinland-Pfalz habe diesbezüglich eine Vorreiterrolle übernommen.

So habe die Landesregierung bereits den im Jahr 2011 von der Europäischen Kommission vorgelegten Richtlinienentwurf zur Reform des europäischen Vergaberechts zum Anlass genommen, einen Bundesratsantrag mit dem Ziel, den Rettungsdienst aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie herauszunehmen, zu formulieren. Der Bundesrat habe diesem Antrag einstimmig entsprochen. Im Nachgang sei die Bereichsausnahme für den Rettungsdienst in die europäische Richtlinie und darauf folgend in das deutsche Vergaberecht eingefügt worden.

Nun liege es in der alleinigen Verantwortung der Länder, von den vergaberechtlich eröffneten Spielräumen Gebrauch zu machen. Dies geschehe insbesondere durch den neu formulierten § 5 des rheinland-

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –**

pfälzischen RettDG, nach dem auch künftig die privilegierte Übertragung des Rettungsdienstes an die Sanitätsorganisationen erfolgen solle. Damit werde die enge Verzahnung des Rettungsdienstes mit dem Bevölkerungsschutz gestärkt, die dazu beitrage, dass schnell und dynamisch auf die unterschiedlichsten medizinischen Lagen – vom normalen Rettungsdiensteinsatz bis zu einem größeren Massenansturm von Verletzten – reagiert werden könne.

An dieser Stelle danke er insbesondere den rheinland-pfälzischen Hilfsorganisationen und ihren ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr besonderes Engagement.

Der rheinland-pfälzische Rettungsdienst habe eine sehr hohe Qualität. Als eines der wenigen Bundesländer habe Rheinland-Pfalz bereits heute die Möglichkeit, wichtige Daten mithilfe eines Statistikprogramms landesweit zu erheben, wodurch den zuständigen Behörden ein hilfreiches Werkzeug an die Hand gegeben werde. Zur weiteren Optimierung dieser Auswertungsmöglichkeiten sei vorgesehen, eine gemeinsame Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung mit den Kostenträgern einzurichten.

Eine weitere wichtige Überarbeitung erfahre die Finanzierung der Notarztstandorte. Erstmals werde neben dem Notarztübertragungsvertrag eine weitere Finanzierungsvereinbarung normiert. Umfassende neue Schiedsstellenregelungen garantierten die Finanzierung und damit die Sicherstellung des Rettungsdienstes und insbesondere der Notarztversorgung.

Auch die Finanzierung des Rettungswachenbaus werde neu geregelt. Bisher hätten jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt ihren 75-prozentigen Kostenanteil allein getragen. Künftig sollten diese Kosten von allen kommunalen Aufgabenträgern innerhalb eines Rettungsdienstbereichs entsprechend ihrer Einwohnerzahl getragen werden. Hierdurch spielten künftig kommunale Grenzen bei der Planung keine Rolle mehr. Damit werde es möglich, die flächendeckende Notfallversorgung zu optimieren.

In den kommenden Jahren stünden die kommunalen Gebietskörperschaften bei der Wahrnehmung ihrer Pflichtaufgaben im Bereich des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes sowie des Rettungsdienstes vor großen Herausforderungen. Im Land seien Neubauten von Feuer- und Rettungswachen sowie von Integrierten Leitstellen mit erheblichem Investitionsvolumen gerade für die kommunalen Aufgabenträger erforderlich. Davon seien insbesondere die Feuerwachen in Trier, Koblenz und Worms betroffen.

Würden diese Baumaßnahmen aus Mitteln der Feuerschutzsteuer gefördert – was dem üblichen Verfahrensweg entspreche – wäre die jährliche Ausschüttung der Feuerschutzsteuer damit in den kommenden Jahren allein für diese Maßnahmen gebunden. Eine Förderung aller sonstigen kommunalen Maßnahmen für den Bau bzw. die Erneuerung von Feuerwehrhäusern und die Beschaffung neuer Feuerwehrfahrzeuge wäre nicht möglich.

Um die Durchführung dieser bedeutenden Einzelvorhaben zu gewährleisten, gleichzeitig aber nicht die jährliche Ausschüttung des Feuerschutzsteuermittelvolumens in Höhe von durchschnittlich 13,5 Millionen Euro zu gefährden, sollten künftig Zweckzuweisungen für diese Bereiche aus dem Landesfinanzausgleichsgesetz (LFAG) gewährt werden können. Die Änderungen in den §§ 18 und 19 LFAG ermöglichen es, künftig unter strengen Voraussetzungen Zweckzuweisungen aus dem LFAG als Finanzierungsinstrument im Brand- und Katastrophenschutz sowie im Bereich Rettungsdienst für bedeutende kommunale Einzelvorhaben zu nutzen. Kommunale Aufgaben sollten durch kommunale Finanzmittel umgesetzt werden.

Durch den erfreulichen Aufwuchs der Finanzausgleichsmasse vor dem Hintergrund der guten wirtschaftlichen Lage hätten sich auch die Zuweisungen erhöht. Hieraus resultierend erhielten die Kommunen eine höhere finanzielle Ausstattung. Den Kommunen werde also durch die Finanzierung der Feuer- und Rettungswachen aus Mitteln des kommunalen Finanzausgleichs (KFA) kein Geld entzogen. Es finde lediglich eine Umschichtung statt.

Die Änderung des § 18 Nummer 1 LFAG ermögliche es der Landesregierung, eine weitere Zweckzuweisung im LFAG zu eröffnen und durch den notwendigen Neubau der Feuerwachen die für die Innere Sicherheit unverzichtbaren auch öffentlichen Aufgaben zu gewährleisten. Dies geschehe zum Wohl der gesamten kommunalen Gemeinschaft im Land.

Durch diese geplante Änderung werde ausdrücklich keine Landesverpflichtung in die kommunale Zuständigkeit verschoben. Es gehe einzig und allein um die Sicherstellung hochrangiger und für die Innere Sicherheit unverzichtbarer kommunaler Aufgaben.

Zusammenfassend sei festzustellen, dieses Gesetz werde den Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz unterstützen und fördern und der Basis ein praxisnahes und zukunftsfähiges Gesetz an die Hand geben.

Abg. Dr. Christoph Gensch nimmt Bezug auf die Stellungnahme des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD) bei der Kreisverwaltung Mayen-Koblenz, Stefan Schaefer, im Rahmen der Anhörung zur Änderung des Rettungsdienstgesetzes und des Landesfinanzausgleichsgesetzes in der 47. Sitzung des Innenausschusses am 5. Dezember 2019.

Dieser spreche in Bezug auf § 1 Abs. 2 Nummer 2 RettDG, in dem festgelegt sei, das Gesetz finde bei innerklinischen Patiententransporten durch Kliniken innerhalb von Krankenhausverbänden keine Anwendung, von einer „Regelungslücke“ und empfehle, zusätzlich in das Gesetz aufzunehmen, dass Notfall- und Intensivtransporte davon ausgenommen seien. Vor dem Hintergrund vermehrt entstehender Krankenhausverbände werde das Problem des Transports zwischen den einzelnen Teilbereichen weiter zunehmen, und die Krankenhäuser müssten dies vermehrt zusätzlich leisten. Zu fragen sei, ob die Landesregierung dieser klaren Änderungsempfehlung folgen werde.

Außerdem gelte es vor dem Hintergrund der Äußerungen von Herrn Schaefer zu § 10 Abs. 1 Nummer 7 RettDG zu fragen, durch wen nach dem geänderten RettDG eine einheitliche pharmakologisch-medizintechnische Ausstattung der Rettungsmittel festgelegt werde. Während dies eigentlich eine originäre Aufgabe des ÄLRD sei, regle der neue Gesetzentwurf lediglich seine Mitwirkung an dieser Aufgabe.

Andreas Hitzges führt aus, die Landesregierung habe sich sehr intensiv mit der Frage der innerklinischen Transporte innerhalb von Klinikverbänden auseinandergesetzt und diese mit allen ÄLRD in Rheinland-Pfalz – insgesamt sieben Personalstellen und fünf Stellen – besprochen. Die an diesen Gesprächen Beteiligten hätten sich vor dem folgenden Hintergrund einvernehmlich auf den jetzt vom Ministerium des Innern und für Sport präferierten Weg verständigt.

Das RettDG sehe an einer anderen Stelle vor, im Fall eines Notfalltransports müsse immer das nächstgelegene, geeignete, aufnahmebereite Krankenhaus angefahren werden. Da diese gesetzliche Vorgabe auch für Verlegungsfahrten gelte, Krankenhäuser eines Verbunds aber nicht immer die zueinander nächstgelegenen seien, folge der Gesetzentwurf in diesem Punkt einer Empfehlung der Krankenhausgesellschaft.

Der vorherige Entwurf aus dem Jahr 2015, der vorgesehen habe – wie jetzt auch von Herrn Schaefer vorgeschlagen worden sei –, diese Transporte innerhalb des Rettungsdienstes stattfinden zu lassen, sei in diesem Punkt revidiert worden, da sich die Krankenhausgesellschaft vor dem Hintergrund, dass dadurch das Verbundsystem zerstört werde, mit Vehemenz dagegen gewehrt habe.

Dazu gebe es keine Alternative, da die Krankentransportrichtlinie ebenfalls die Vorgabe enthalte, den Patienten zum nächstgelegenen Ziel zu transportieren. Daher dürften die Krankenkassen normalerweise keine anderen Transporte bezahlen.

Auch die aktuellen Reformvorschläge des Bundesministers für Gesundheit, Jens Spahn, enthielten die Vorgabe, es sei immer das nächstgelegene, geeignete aufnahmebereite Krankenhaus anzufahren. Daher werde die Regelung, die bis dato in der Krankentransportrichtlinie enthalten sei, wahrscheinlich ins Bundesgesetz aufgenommen werden. Auch bei einer kritischen Sichtweise auf die Reformvorschläge insgesamt werde dieser Punkt von den Ländern voraussichtlich nicht mit großem Widerspruch bedacht werden, da diese Regelung aus ihrer Sicht sinnvoll sei. Wenn Transporte beliebig ausgeführt würden, könne die Planbarkeit irgendwann nicht mehr gewährleistet werden.

Nach bundesrichterlicher Rechtsprechung sei der Patientenwille im notfallmedizinischen Kontext nachrangig. Der Notfalltransport sei keine soziale Dienstleistung, sondern Teil der Gefahrenabwehr. Ein Wandel hin zu einer sozialen Dienstleistung würde außerdem zu einer Ausschreibungsproblematik führen.

Generell sei aber zu beachten, Notfalltransporte fielen nicht in den Bereich der innerklinischen Transporte, und somit greife auch § 1 RettDG in diesem Fall nicht, da es nach § 2 RettDG bei der Notfallrettung um ein akut auftretendes Ereignis gehe. Selbst wenn es in einem Haus der Grundversorgung zu einem solchen Ereignis käme und der Patient bzw. die Patientin von dort in ein Haus der Maximalversorgung verlegt werden müsste, handelte es sich dabei nicht um eine Verlegung, sondern um einen klassischen Notfalltransport. Demnach sei die Argumentation des Herrn Schaefer an dieser Stelle nicht nachvollziehbar, weshalb die Landesregierung nicht auf die Änderungsempfehlung eingehen werde.

Momentan bestehe lediglich eine freiwillige Selbstverpflichtung der Hilfsorganisationen, einheitliche Fahrzeuge auszustatten. Da dies auf Dauer nicht mehr zeitgemäß sei, solle eine gesetzliche Regelung geschaffen werden. Aus diesem Grund werde es künftig neben der Anlage 1, die die Standorte, die Anzahl und den Zeitraum der Vorhaltung der Fahrzeuge regle, eine Anlage 2, die Vorgaben zum Fahrzeug und seiner Ausstattung enthalte, geben.

Nach den vorgeschlagenen Änderungen lege § 10 des RettDG Mitwirkungsmöglichkeiten des ÄLRD bei der pharmakologischen Ausstattung fest und enthalte die Aussage, dieser sei in medizinischen Fragen nicht weisungsgebunden. Behördenleiter sei aber der jeweilige Landrat, und nur diesem obliege es, durch das Unterzeichnen entsprechender Übertragungsverträge verbindliche Festlegungen zu treffen. Der ÄLRD sei ein Mitarbeiter der Behörde und insoweit innerhalb des Behördengefüges nachgeordnet, weshalb dies nicht seine Aufgabe sein könne.

Andreas Hitzges sagt auf Bitte der **Abg. Dr. Sylvia Groß** zu, dem Ausschuss seinen Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.

Abg. Dr. Sylvia Groß erkundigt sich, warum die Besetzung des Notfalltransports und des Arztbegleiteten Patiententransports in § 22 RettDG geregelt sei, die Besetzung des Intensivtransports aber nicht explizit aufgeführt werde.

Bei der Notarztvergütung würden Einzelverträge abgeschlossen, was zu einem Gefälle führe, welches wiederum mit der Abmeldequote der Notarztstandorte korreliere. Da die Abmeldequote allseits als zu hoch bewertet werde und dadurch auch die Sicherheit und die Versorgung gefährdet seien, gelte es zu fragen, ob dem Gefälle nicht mittels einer einheitlichen Vergütung entgegengewirkt werden könne, und warum in dieser Hinsicht bisher nichts habe erreicht werden können.

Andreas Hitzges bestätigt, § 22 RettDG regle explizit die Besetzung der Transportmittel beim Arztbegleiteten Patiententransport und der Sonderform mit Notarzt. Demnach würden bei Intensivtransportwagen (ITW) die Besetzung eines normalen Rettungswagens plus die Notarztbesetzung eingesetzt.

Die Landesregierung habe davon abgesehen, zusätzlich eine intensivmedizinische Ausbildung vorzusetzen, da Probleme dahin gehend zu erwarten seien, vor Ort auf diese speziellen Fahrzeuge ausgebildete Ärzte und Pfleger zu finden.

Zu einem späteren Zeitpunkt werde auch über diese Punkte nachzudenken sein. Ein solcher Aspekt würde aber eher im Landesrettungsdienstplan geregelt werden, wenn im Rahmen der Qualitätssicherung tatsächlich entsprechendes Änderungspotenzial festgestellt würde.

Momentan komme beim ITW aber landesweit – mit Ausnahme von Koblenz – noch ein Dual-Use-System zum Einsatz. Es handle sich also um etwas größere Rettungswagen, die normalerweise auch als Rettungswagen eingesetzt würden. Bei der Verwendung im ITW-Dienst würden diese mit einer Spezialtrage ausgestattet, die alle Funktionen eines ITW gewährleiste.

In diesem Bereich finde momentan eine Neukonzipierung statt. Mit den Notfallmedizinischen Zentren würden aktuell Gespräche darüber geführt, ob tatsächlich fünf Notfallmedizinische Zentren mit einem ITW ausgestattet werden müssten, und welche besondere Rolle der Einsatz der Luftrettung in diesem Zusammenhang spielen könne.

Rheinland-Pfalz könne diesbezüglich im bundesweiten Vergleich auf einen der größten Datenpools zugreifen und mit diesem arbeiten. Entwicklungen dieser Art bedeuteten aber immer einen größeren Aufwand, da es nur wenige Softwarefirmen gebe, die in diesem Bereich tätig seien. Das Land entwickle

36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –

zusammen mit dem Fraunhofer-Institut, der TU Kaiserslautern und kleineren Softwarefirmen, die sich stark spezialisiert hätten, vieles selbst.

Da eine solche Datenauswertung in Rheinland-Pfalz landesweit geschehe, acht Leitstellen daran beteiligt seien und es um 1 Million Fallzahlen pro Jahr gehe, bedeute dies beispielsweise einen größeren Aufwand als in Hessen, wo die Landkreise im Zuge der kommunalen Selbstverwaltung originär für den Rettungsdienst zuständig seien. Vor diesem Hintergrund erkläre sich auch die Notwendigkeit einer Qualitätssicherungsstelle.

Es mache zum jetzigen Zeitpunkt aber keinen Sinn, eine weitere Festschreibung vorzunehmen, da einerseits noch nicht bekannt sei, ob sie wirklich benötigt werde, und andererseits die aktuelle Besetzung – mit den Rettungsassistenten, zukünftig den Notfallsanitätern, und einem erfahrenen Notarzt aus einem Notfallmedizinischen Zentrum – bereits gut funktioniere. In Mainz würden beispielsweise in der Regel Intensivmediziner eingesetzt, die sich in dem Bereich gut auskennen würden.

Die Finanzierung gestalte sich mittlerweile in der Tat etwas schwierig. Momentan gebe es eine einheitliche Pauschale für ganz Rheinland-Pfalz, die nach § 23 Abs. 3 RettDG zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Kostenträgern des Rettungsdiensts verhandelt werde. Nach § 23 Abs. 1 Satz 1 RettDG hätten die Krankenhäuser aber das Recht und auch die Pflicht, Notärzte gegen Erstattung der ihnen daraus entstehenden Kosten zur Verfügung zu stellen.

Während große Häuser, zumindest in der Vergangenheit, immer die Möglichkeit gehabt hätten, den Arzt sowohl im Klinikbetrieb als auch in der Notarztversorgung einzusetzen, sei dies an den kleineren Standorten in der Regel nicht mehr möglich. Dies führe zu einem Gefälle. Eine einheitliche Pauschale für ganz Rheinland-Pfalz pro Einsatz bedeute für kleinere Standorte, die Freelancer für 24 Stunden engagieren müssten, ein Finanzierungsproblem, da die wenigen dort gefahrenen Einsätze in der Gesamtheit nicht mehr kostendeckend sein könnten.

Obwohl die Tarife in Rheinland-Pfalz bisher in allen Bereichen – Rettungswagen, Krankentransportwagen, ITW und Notarzt – einheitlich gewesen seien, gebe es nun eine neue gesetzliche Regelung, da das bisherige System in Bezug auf den Notarzt, im Gegensatz zum Rettungswagen, nicht funktioniere. Im Bereich des Rettungswagens gebe es mit dem DRK ein Unternehmen mit einem sehr großen Wirkungsbereich, das rund 90 % der gesamten Vorhaltestunden abdecke und einen internen Kostenausgleich durchführe.

Da es in der Krankenhauslandschaft aber keinen vergleichbaren Anbieter gebe, sei es in diesem Bereich gesetzlich so geregelt worden, dass jeder Standort seine Kosten berechne und auf die Einsatzpauschale übertrage. Dies werde dazu führen, dass sich künftig die Einsatzpauschalen von Krankenhaus zu Krankenhaus unterscheiden. Auch wenn dies für Rheinland-Pfalz unüblich sei, gebe es in Hessen oder Nordrhein-Westfalen bereits ähnliche Regelungen.

Diese Änderung werde nun im Notarztbereich umgesetzt, ergänzend werde aber die Möglichkeit festgelegt, Abrechnungsverbände zu bilden. So könne beispielsweise das Westpfalz-Klinikum einen Durchschnittswert für die Einsätze aller seiner Häuser ermitteln, an all seinen Standorten die gleiche Einsatzpauschale abrechnen und so trotzdem seine Gesamtkosten decken. Dies stelle leider die einzige Möglichkeit dar. Das Problem sei der Landesregierung bekannt und werde im Gesetzentwurf berücksichtigt.

Der Anmerkung der **Abg. Dr. Sylvia Groß**, dann müssten die Abmeldequoten wohl weiterhin in Kauf genommen werden, widerspricht **Andreas Hitzges** und erläutert, die Kostendeckung pro Standort sei nun gesetzlich normiert worden. Um sicherzustellen, dass diese Gesetzesregelung tatsächlich umgesetzt werde, sei zusätzlich eine spezielle Schiedsstellenregelung eingeführt worden, die beispielsweise Entscheidungen innerhalb einer bestimmten Frist und nach Aktenlage – ähnlich wie in einem Zivilgerichtsverfahren – vorsehe. Zusätzlich sei kein Widerspruch zugelassen, sondern die Klagemöglichkeit sei unmittelbar gegeben.

Er gehe zwar davon aus, dass es – wie bei jeder notwendigen Systemanpassung – zu anfänglichen Unsicherheiten kommen werde, die Umstellung aber spätestens nach eineinhalb Jahren vollzogen sei.

Abg. Dr. Christoph Gensch fragt, welche Auswirkungen die Neufassung des § 27 Abs. 2 RettDG zu „Leistungen des Luftrettungsdienstes“ auf das Geschäftsmodell der Johanniter Luftrettung bzw. allgemein auf die zukünftige Struktur der Luftrettung und der Genehmigungsverfahren haben werde.

Zu fragen sei, ob es einen Bestandsschutz für bereits bestehende Hubschrauberstandorte geben werde, bei denen etwa ein Genehmigungsverfahren wie in § 27 beschrieben nicht eingehalten worden sei.

Andreas Hitzges führt aus, das Geschäftsmodell der Johanniter Luftrettung habe in Kaiserslautern nicht funktioniert. Daher habe die Landesregierung dort, wie vom Bundesrechnungshof empfohlen, eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Diese sei anzuraten, um zu verhindern, dass immer mehr Luftrettungsstationen ohne eine entsprechende Beteiligung der Kostenträger genehmigt oder ausgeschrieben würden. Je nach Art und Größe des Rettungshubschraubermodells gehe es um jährliche Kosten zwischen 3 Millionen Euro und 4 Millionen Euro. Im Anschluss an die Bedarfsanalyse habe eine Ausschreibung stattgefunden. Es werde aber auch noch einmal eine langfristige Ausschreibung geben.

Die gesetzliche Regelung diene im Grunde ausschließlich der Klarstellung, da sie nur das vorschreibe, was – nach Auffassung des Ministeriums des Innern und für Sport – bereits heute gesetzmäßig vorgegeben sei. Spätestens seit Inkrafttreten der europäischen Vergaberichtlinie sei klar gewesen, jegliche Form der öffentlich-rechtlich übertragenen Luftrettung sei nur noch im Rahmen einer Ausschreibung möglich.

Diesbezüglich stelle sich die Situation in Rheinland-Pfalz relativ gut dar, da in der Vergangenheit tatsächlich alle bestehenden Stationen im Rahmen einer Ausschreibung die Übertragung erhalten hätten. Unsicherheit bestehe hingegen noch dahin gehend, ob es sich in Rheinland-Pfalz tatsächlich um rein genehmigte Stationen handle. Dies werde momentan vergaberechtlich überprüft. Beklagte Vergabeverfahren in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern zeigten, dass es sich hier um eine hochkomplexe Materie handle, auch weil es einen recht aggressiven Markt betreffe.

In Adenau gebe es nach wie vor einen Standort der Johanniter Luftrettung, der eine Vereinbarung mit der Marienhaus GmbH und der Nürburgring GmbH getroffen habe und sich nach § 1 RettDG auch als Betriebsrettungsdienst definiere. Nun könnte man natürlich sagen, der Hubschrauber werde nicht mehr regulär, sondern nur noch subsidiär in der Luftrettung eingesetzt, also nur, wenn es in dem Moment keine andere Möglichkeit gebe und er das nächstgelegene und schnellste zur Verfügung stehende Rettungsmittel wäre.

Dieser Hubschrauber sei nicht in der Lage, seine Grundkosten komplett zu decken. Die Erstattung durch die Kostenträger für die normalen Einsätze liege 1 Euro unter dem normalen Minutenpreis. Da dies bei der Zahl der Einsätze dieses Hubschraubers aber natürlich nicht kostendeckend sei, müsse er sich noch aus anderen Quellen finanzieren. Jeder Rettungshubschrauber, der im Rahmen eines innerklinischen Systems oder als Betriebssanitätsdienst eingesetzt werde, müsse sich über den normalen Aufgabenträger oder über den Träger der Einrichtung ein Stück weit refinanzieren. Dies vonseiten des Landes zu unterbinden, halte er für schwierig.

Da es sich bei diesem Hubschrauber nicht um ein reguläres Rettungsmittel handle, sei er im Einsatzleitsystem mit einer besonderen Zeitvorgabe versehen. Man gehe bei subsidiär einzusetzenden Luftrettungsmitteln von einem Zeitzuwachs von zehn Minuten aus, da die Alarmierung über mehrere Stellen unterschiedlicher Organisationen erfolgen müsse, bei den Johannitern beispielsweise über die Leitstelle und die Johanniter-Alarmzentrale für Sekundär- und Intensivtransporte (JASI) in Mainz, die für die Disposition des Hubschraubers im Rahmen des konkreten Einsatzes zuständig sei.

Eine Untersagung des Einsatzes subsidiärer Luftrettungsmittel würde zu einer zeitlichen Verzögerung in der Notfallversorgung führen und wäre den Menschen vor Ort daher nur schwer vermittelbar.

Der Notarztstandort in Adenau sei durch eine noch am Ende des Jahres 2019 getroffene Vereinbarung gesichert. Künftig werde das DRK dort definitiv 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche einen Standort betreiben, sodass dort keine Kompensation stattfinden werde.

Zusätzlich werde es noch im kommenden Jahr – auch vor dem Hintergrund der neuen Finanzierungsform der Rettungswachen – Gespräche für drei neue Rettungswachen geben, die sich unmittelbar in dem Gebiet des Hubschraubers – die Landkreise Cochem-Zell, Mayen-Koblenz und Ahrweiler – ansiedeln würden. Dadurch würden vermutlich auch die Einsatzzahlen zurückgehen.

Abg. Dr. Christoph Gensch wiederholt noch einmal seine Frage nach den Auswirkungen des neuen Gesetzentwurfs auf die bereits bestehenden Standorte.

Andreas Hitzges antwortet, die Rettungshubschrauber „Christoph 77“ und „Christoph 5“ seien seiner Kenntnis nach Teil einer Ausschreibung gewesen. In Bezug auf den Rettungshubschrauber „Christoph 10“ lägen ihm momentan keine entsprechenden Informationen vor, es finde aktuell aber zunächst einmal eine generelle Prüfung statt, ob sich aus der Änderung des RettDG überhaupt eine Verpflichtung zur Neuausschreibung ergebe.

Auswirkungen auf den Rettungshubschrauber „Christoph 23“ in Koblenz, dessen medizinisches Personal vom Bundeswehrzentral Krankenhaus (BWZK) gestellt werde, seien nicht zu erwarten. Gleiches gelte für den Rettungshubschrauber der Luxembourg Air Rescue (LAR), der im Rahmen einer Vereinbarung zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit vom Standort Luxemburg Findel aus im Grenzgebiet zu Rheinland-Pfalz tätig werde.

Abg. Marcus Klein nimmt Bezug auf die in der Stellungnahme des Gemeinde- und Städtebunds Rheinland-Pfalz geäußerten Bedenken hinsichtlich der Auswirkungen des neuen Gesetzentwurfs auf gewachsene Strukturen aktueller Leistungserbringer im Rettungsdienstbereich wie der Berufsfeuerwehr in Trier oder des BWZK in Koblenz. Es gelte zu fragen, ob diese Bedenken inzwischen ausgeräumt worden seien.

Des Weiteren würde er gerne wissen, ob im Rahmen des neuen Gesetzentwurfs auch Anforderungen an Fahrer der Einsatzfahrzeuge im Rettungsdienst definiert würden.

Andreas Hitzges stellt dar, im Gesetzentwurf seien Besitzstandsregelungen für drei Betreiber enthalten. Dabei handle es sich um die Berufsfeuerwehr Trier, die Bundeswehr in Koblenz und die Rettungsdienst Corneli GmbH, einen privaten Betreiber aus Münster-Sarmsheim, der fest in die Katastrophenschutzstrukturen des Landkreises Mainz-Bingen eingebunden sei. Für diese gelte eine Besitzstandswahrung, sie könnten sich aber nicht über den Bereich, in dem sie momentan tätig seien, hinaus ausdehnen. Nur wenn in diesem Bereich ein weiterer Bedarf entstehe, könnten sie ihr Angebot erweitern.

Bisher enthalte das RettDG die Vorgabe, der Fahrer eines Fahrzeugs der Notfallrettung sei dann fachlich geeignet, wenn er über die Ausbildung zum Rettungssanitäter verfüge, während der Beifahrer Rettungsassistent sein müsse. Diese Regelung sei im neuen Gesetzentwurf geändert worden, da es einer anlass- und einsatzbezogenen Handhabung bedürfe. Künftig sei festgelegt, das Team bestehe aus einem Notfallsanitäter und einem Rettungssanitäter. Der Notfallsanitäter sei der Teamleiter, der – basierend auf der Schwere der Verletzungen des Patienten – die Entscheidung treffe, wer das Fahrzeug fahre und wer die Transportbegleitung übernehme. Auch dem Rettungssanitäter die Möglichkeit zu geben, den Patienten während der Fahrt zu betreuen, sei wichtig, um das Berufsbild attraktiv zu halten.

Abg. Marcus Klein hakt nach, die soeben erläuterte Regelung schließe aber nicht aus, zu definieren, welche Zusatzqualifikationen eine Person erwerben müsse, um das Fahrzeug unter Einsatzbedingungen und mit Signalhorn fahren zu dürfen.

Andreas Hitzges legt dar, aufgrund der hohen Einsatzdichte im Rettungsdienstbereich sammeln die Fahrer der Rettungsmittel relativ schnell sehr viel Fahrpraxis. Fahrsicherheitstraining habe in der Vergangenheit vereinzelt – im Rahmen von Fortbildungen für den Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz oder durch die Hilfsorganisationen eigenständig für ihre Angestellten organisiert – stattgefunden. Momentan sei aber nicht geplant, dies gesetzlich vorzuschreiben, da kein konkreter Bedarf zu erkennen sei. Der Anteil der Unfälle von Rettungswagen bewege sich vor dem Hintergrund der Gesamtzahl an Einsätzen im Promillebereich, und vermutlich lasse sich auch nur ein Teil der Unfälle, die bei der stets risikobehafteten Fahrt mit Blaulicht geschähen, durch Fahrsicherheitstraining vermeiden.

Abg. Dr. Christoph Gensch bedankt sich zunächst bei Herrn Hitzges für seine ausführlichen, sachorientierten und verständlichen Erläuterungen, durch die einige Fragen seiner Fraktion bezüglich des Gesetzentwurfs zur Änderung des RettDG hätten ausgeräumt werden können. Nichtsdestotrotz gebe es noch zwei zentrale Punkte, hinsichtlich derer die CDU-Fraktion Bedenken habe bzw. eine andere Meinung als die regierungstragenden Fraktionen vertrete.

Dies betreffe zum einen die Einbeziehung der Feuerschutzsteuer bei der Finanzierungsfrage und zum anderen die Hilfeleistungsfrist. Zu fragen sei, ob die momentan in Rheinland-Pfalz vorherrschende Regelung und die zeitliche Ausdehnung der Hilfeleistungsfrist vor dem Hintergrund zunehmender Probleme im Bereich der flächendeckenden Krankenhausversorgung und der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum generell noch zeitgemäß seien und Rheinland-Pfalz diesbezüglich auch im Bundesvergleich genug unternehme.

Diese zwei zentralen Aspekte gäben den Ausschlag für das Abstimmungsverhalten seiner Fraktion in Bezug auf den vorliegenden Gesetzentwurf.

Abg. Michael Wäschenbach erkundigt sich, ob in einem – vor dem Hintergrund der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geplanten Reform der Notfallversorgung – entstehenden neuen Gesetz auf Bundesebene Vorgaben gemacht werden könnten, die auch erneut Veränderungen im Rettungsdienstgesetz des Landes Rheinland-Pfalz erforderlich machen würden.

Andreas Hitzges verweist darauf, bis Anfang Januar 2020 habe lediglich ein mit der Hausspitze nicht abgestimmter Arbeitsentwurf vorgelegen, der nicht als Grundlage für ein Rettungsdienstgesetz dienen könne. Nun gebe es tatsächlich den Referentenentwurf, der aber an der einen oder anderen Stelle sicherlich noch einer Überarbeitung bedürfe. Im Moment sehe er also keinen Grund, das Rettungsdienstgesetz anzupassen.

Es gebe viele Projekte, die in Rheinland-Pfalz bereits unter sehr großem Einsatz von Personal und finanziellen Mitteln erfolgreich umgesetzt würden. Dies gelte etwa für die Digitale Vorankündigung von Notfallpatienten (DIVONO), die landesweite Datenauswertung sowie die Vernetzung aller Leitstellen des Rettungsdienstes über ein zentrales System.

Im Rahmen der Umsetzung all dieser Projekte sei zu erkennen, mit wie vielen Herausforderungen man bereits auf der Ebene des Landes Rheinland-Pfalz, in dem nur 5 % der deutschen Gesamtbevölkerung lebten, zu kämpfen habe. Der Aufbau einheitlicher Systeme und Vorgehensweisen für ganz Deutschland stelle eine organisatorische, personelle und finanzielle Herausforderung einer ganz anderen Größenordnung dar und werde vermutlich einige Zeit in Anspruch nehmen. Daher liege der Fokus der Landesregierung momentan darauf, ihre Ideen, die im Gesetzentwurf festgehalten seien, konkret im Land voranzubringen und umzusetzen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler stimmt der Einschätzung von Herrn Hitzges zu, der aktuell vorliegende Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit werfe aus gesundheitspolitischer Sicht noch grundsätzliche Fragen und Bedenken auf. Es müssten auch auf Länderebene noch viele grundsätzliche Debatten geführt werden, bevor es in dieser Hinsicht zu einem Abschluss kommen könne.

Vors. Abg. Hedi Thelen weist darauf hin, da in diesem Fall der mitberatende Ausschuss vor dem federführenden Ausschuss beraten habe, sei nun eine Abstimmung über den Gesetzentwurf vorzunehmen.

Der Ausschuss empfiehlt die Annahme (SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Enthaltung CDU und AfD).

Punkt 2 der Tagesordnung:

Budgetbericht der Landesregierung zum 30. Juni 2019

Bericht (Unterrichtung)

Landesregierung

[– Drucksache 17/10468 –](#)

Vors. Abg. Hedi Thelen fragt, wie sich die Differenz zwischen dem „Ansatz“ und dem „Soll“ der im Budgetbericht der Landesregierung für das Jahr 2019 aufgeführten Beträge erklären lasse.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler antwortet, die Differenz beruhe auf vorhandenen Ausgaberesten.

Der Ausschuss nimmt Kenntnis.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Digitale Vorankündigung von Notfallpatienten – DIVONO

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

[– Vorlage 17/5512 –](#)

Abg. Sven Teuber bittet um einen Bericht über den aktuellen Sachstand bezüglich der „Digitalen Vorankündigung von Notfallpatienten“ (DIVONO) in Rheinland-Pfalz. Aus Dänemark sei beispielsweise bekannt, diese führe sowohl im Sinne des Patienten als auch der in den Krankenhäusern Agierenden tatsächlich zu einer schnelleren Abstimmung und wirke sich damit vorteilhaft auf die Gesundheit der Patienten aus.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, Rheinland-Pfalz nutze den Zentralen Landesweiten Behandlungskapazitätsnachweis (ZLB) seit dem Jahr 2012 als erstes Bundesland erfolgreich im Echtbetrieb. Die stetige Weiterentwicklung des ZLB sei ein wichtiges Anliegen der Landesregierung. Mit diesem Ziel sei der ZLB im Modellprojekt „Digitale Vorankündigung von Notfallpatienten (DIVONO)“ um ein Programmmodul erweitert worden, das der aufnahmebereiten Klinik die Notfallpatienten elektronisch ankündige. Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) habe dieses Modellprojekt mit Landesmitteln in Höhe von 137.101 Euro gefördert.

Die elektronische Übermittlung relevanter Patientendaten an die aufnahmebereite Klinik mittels DIVONO führe zu einer wesentlichen Prozessoptimierung, sodass sich das vom Rettungsdienst angeforderte Krankenhaus optimal auf die angekündigten Patienten vorbereiten könne.

Die an das Klinikum übermittelten Informationen seien allen im Funktionsbereich tätigen Mitarbeitern sofort und zeitgleich verfügbar und könnten von den unterschiedlichen Funktionsbereichen der Klinik gefiltert werden. Sie seien kontinuierlich verfügbar, womit ein Vergessen oder falsches Memorieren wichtiger Informationen ausgeschlossen sei. Außerdem würden sie laufend aktualisiert, wodurch innerklinische Abläufe dem tatsächlichen Geschehen angepasst werden könnten. Sollten Ärzte wegen des angekündigten Notfallpatienten aus dem Hintergrunddienst oder anderen Funktionsbereichen zum Beispiel in die Notaufnahme gerufen werden, könnten diese nach ihrem Eintreffen sofort alle relevanten Informationen einsehen.

Das Modul DIVONO sei mit der Rettungsleitstelle Mainz und der Zentralen Notaufnahme des Katholischen Klinikums Mainz im Realbetrieb in einer dreimonatigen Pilotphase getestet und in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) der Rettungsdienstbereiche Rheinhessen und Bad Kreuznach, dem Landesverband Rheinland-Pfalz des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und dem Fraunhofer-Institut für Experimentelles Softwareengineering (IESE) abschließend bewertet worden.

Als ein zentrales Ergebnis des Pilotvorhabens könne festgestellt werden, der übermittelte Notfalldatensatz, der insgesamt 18 Parameter – etwa die voraussichtliche Eintreffzeit in der Klinik, Alter, Geschlecht oder Zustand der Vitalfunktionen – beinhalte, habe sich bewährt. So hätten die mittels DIVONO übermittelten Angaben zum Vitalgefährdungsgrad in hohem Maß mit dem realen Patientenzustand übereinstimmt. Dies sei für die Bereitstellung der innerklinischen Ressourcen von großer Relevanz gewesen.

Auch durch die in DIVONO integrierte Routing-Funktionalität habe in der Pilotanwendung die Eintreffzeit bis auf ca. ein bis zwei Minuten genau angegeben werden können, was um ein Vielfaches genauer als die bisherige Verfahrensweise einer telefonisch übermittelten groben Einschätzung sei.

Der wahrgenommene Wert der Anwendung bei der Ärzteschaft sei als sehr hoch benannt worden. Das Modul DIVONO realisiere die Erfassung und Übertragung des medizinischen Notfalldatensatzes direkt aus dem Einsatzleitsystem Cobra 3. Im Rahmen einer Beauftragung durch das Ministerium des Innern und für Sport werde das bestehende vom MSAGD finanzierte Modul auf das aktuelle Einsatzleitsystem Cobra 4 angepasst.

Des Weiteren werde die Übertragung des medizinischen Notfalldatensatzes direkt vom mobilen Endgerät an das aufnahmebereite Krankenhaus über eine Softwareschnittstelle zum ZLB realisiert. Die

Schnittstellen würden in einem Rettungsdienstbereich getestet, der sowohl ländliche als auch größere städtische Bereiche aufweise.

Prinzipiell stünden die neuen Funktionalitäten allen Kliniken gleichermaßen zur Verfügung, weshalb sowohl Medizinische Zentren wie auch kleine Kliniken im ländlichen Raum von dieser digitalen Prozessoptimierung profitierten. Die landesweite Ausrollung von DIVONO solle bis Ende des Jahres 2020 realisiert werden.

Abg. Sven Teuber fragt nach, ob im Rahmen der landesweiten Ausrollung von DIVONO die unterschiedlichen Regionen nach und nach angebunden würden oder es den handelnden Akteuren vor Ort überlassen werden solle, wie sie das Angebot nutzen wollten.

Außerdem würde er gerne wissen, welche technischen Voraussetzungen für den Einsatz von DIVONO erfüllt sein müssten und ob auch die Netzbetreiber und die Bundesregierung gefragt seien, den Ausbau des Mobilfunk- und Internetnetzes so voranzutreiben, dass tatsächlich alle Regionen gleichermaßen von dem digitalen Projekt profitieren könnten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erläutert, das MSAGD habe zwar das dreimonatige Modellvorhaben angestoßen und finanziert, die Federführung für DIVONO und seine landesweite Ausrollung liege aber in den Händen des Ministeriums des Innern und für Sport, weshalb ein Vertreter dieses Hauses die gestellten Fragen im Detail beantworten werde.

Benjamin Zurek (Referent im Ministerium des Innern und für Sport) führt aus, in Bezug auf DIVONO habe sich die enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Bereichen bewährt. Die Zuständigkeit für die Leitstellenbewirtschaftung liege beim Ministerium des Innern und für Sport. Zentral sei in diesem Fall das Einsatzleitsystem, innerhalb dessen Schnittstellen entstehen und finanziert werden müssten.

Um dies zu ermöglichen, habe das Ministerium des Innern und für Sport das Modul DIVONO als Teil der Leitstellentechnik definiert, wodurch dieser Bereich unter § 11 Abs. 1 Satz 1 des Rettungsdienstgesetzes falle. Somit finanziere das Ministerium des Innern und für Sport den Betrieb des Systems mit. Es habe im Rahmen der Kooperation einen Anstoß in Bezug auf die investiven Kosten benötigt, sei momentan aber am Unterhalt beteiligt. Da die Partner im Rahmen der Vereinheitlichung der Leitstellen landesweit agierten, stehe das Modul jetzt in allen Regionen zur Verfügung.

Das Verfahren basiere tatsächlich auf dem Mobilfunk, allerdings nutze man das System rescuetrack der Firma Convexis GmbH im Bereich des Datenfunks. Dieses ermögliche eine Nutzung aller zur Verfügung stehenden Handynetze, sodass keine Bindung an einen Provider bestehe. Dies erhöhe die Sicherheit in diesem Bereich deutlich. Da der Datenfunk bereits problemlos für andere Anwendungen genutzt werde, sei man sehr zuversichtlich, dass dies ein praktikabler Weg sei.

Allerdings werde auch nur ein Teil der insgesamt 18 übermittelten Items – vor allem die medizinischen Daten – vor Ort über das mobile Netz eingespeist. Alle Daten, die aus dem Einsatzleitsystem über die Schnittstelle bereitgestellt würden, wie die Fahrdaten und die Zeitstempel, seien natürlich nicht vom Mobilfunk abhängig.

Zusammen mit Dr. Thomas Luiz vom IESE, der das Projekt steuere, und dem MSAGD werde das Ministerium des Innern und für Sport nun die weiteren Schritte in die Tat umsetzen. Dabei spiele es technisch kaum eine Rolle, ob das Programm schrittweise ausgerollt werde. Allerdings gelte es zu beachten, dass dabei auch die Krankenhaus-IT eine Rolle spiele. Die Technik funktioniere browserbasiert, allerdings beabsichtigten die Krankenhäuser in der Regel, beispielsweise ein Dashboard – also eine Anzeigetafel – an einer zentralen Stelle aufzuhängen. Während in dieser Hinsicht noch Maßnahmen offen seien, habe die große Herausforderung der Schnittstellen erfreulicherweise bereits gemeistert werden können.

Vors. Abg. Hedi Thelen legt dar, grundsätzlich seien alle Maßnahmen zu begrüßen, die dazu beitragen, die Zeit zwischen der Patientenaufnahme und der Einlieferung in das geeignete Krankenhaus zu reduzieren.

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –**

Zu fragen sei, wie sich momentan die durchschnittlichen Zeiten sowie die Minimal- und Maximalzeiten zwischen der Aufnahme und der Einlieferung des Patienten darstellten und welche Erkenntnisse der Landesregierung zu Fällen vorlägen, in denen zunächst ein völlig ungeeignetes Haus angefahren worden sei.

Benjamin Zurek antwortet, während in den vergangenen Jahren vor allem das Ausrück- und das Eintreffintervall im Fokus gestanden hätten, finde diesbezüglich in der Fachliteratur, den Fachgesellschaften und den medizinischen Richtlinien aktuell ein vehementer Wandel statt. Nun werde gemeinsam mit den ÄLRD, die maßgeblich zu beteiligen seien, versucht, Patienten mit den sogenannten Tracerdiagnosen – Schlaganfall, Herzinfarkt etc. – unmittelbar der definitiven Versorgung zuzuführen.

Während der Rettungsdienst noch vor 20 Jahren häufig die nächste Klinik der Grundversorgung, an der keine Intervention durchgeführt werden können, angefahren habe, habe sich das Ziel des Rettungsdienstes diesbezüglich – auch vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl von möglichen Interventionen in verschiedenen medizinischen Bereich – in den letzten 15 Jahren gewandelt.

Aus diesem Grund rücke auch bei der Datenanalyse die Hilfsfrist etwas in den Hintergrund, und der echte Umlauf, also die Zeit, die vergehe, bis der Patient in der Klinik eintreffe, trete in den Vordergrund. Sowohl das System DIVONO als auch die bereits angesprochene Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung dienen dem Ziel, diesen Zeitraum so gering wie möglich zu halten.

Um feststellen zu können, ob ein Patient tatsächlich unmittelbar in die für seinen Notfall geeignete Klinik eingeliefert worden sei, müssten auch die Daten des Teams vor Ort vorliegen. Um beispielsweise einen Herzinfarkt verlässlich erkennen zu können, sei von den örtlich zuständigen Rettungsdienstbehörden in Rheinland-Pfalz durch eine Arbeitsanweisung das 12-Kanal-EKG als Standard festgelegt worden. Auch dies stelle einen Aspekt der Qualitätssicherung dar.

Die Herausforderung liege in diesem Bereich vor allem darin, detaillierte und standardisierte Daten zu erhalten. Genau daran werde aktuell, auch mithilfe von DIVONO, gearbeitet. Der Vorteil von Rheinland-Pfalz im Vergleich zu anderen Ländern liege bei solchen Themen darin, eine landesweite Herangehensweise realisieren zu können.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Junge Hausärzte in der Südwestpfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der FDP

[– Vorlage 17/5674 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie sowie sie persönlich begrüßten und unterstützten die Gründung und die Aktivitäten des Vereins „SüdpfalzDOCs – Netzwerk junger Hausärzte e. V.“.

Es sei ein wichtiges politisches Ziel der Landesregierung, eine hochwertige und flächendeckende gesundheitliche Versorgung der Menschen in Rheinland-Pfalz auch für die Zukunft zu sichern. Die Hausärztinnen und Hausärzte spielten in dieser gesundheitlichen Versorgung eine zentrale Rolle, weil sie idealerweise erste Anlaufstelle und Lotsen im Gesundheitssystem seien.

Angesichts großer Trends wie dem demografischen Wandel oder der Urbanisierung stünden die Beteiligten bei der hausärztlichen Versorgung aber insbesondere in den ländlichen Regionen bundesweit und auch in Rheinland-Pfalz vor großen Herausforderungen. Ein Drittel der Vertragsärzte in Rheinland-Pfalz sei älter als 60 Jahre, was bedeute, diese Ärzte schieden in absehbarer Zeit – zum Teil auch aktuell – aus der Versorgung aus.

In den ländlichen Regionen sei die Nachbesetzung schwierig, vor allem weil junge Ärztinnen und Ärzte sowie junge Menschen generell lieber in der Stadt als auf dem Land lebten. Die jungen Hausärztinnen und Hausärzte der SüdpfalzDOCs zeigten, dass es erfreulicherweise auch überzeugte Ausnahmen von diesem Trend gebe.

Es gelte zu betonen, für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung seien die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verantwortlich. Da die Ursachen für die Nachbesetzungsschwierigkeiten in den ländlichen Regionen aber vielfältig seien, brauche es sowohl eine Vielzahl von Maßnahmen, die kurzfristig, aber auch mittel- und langfristig wirkten, als auch eine Vielzahl von Akteuren. Neben der KV seien dies insbesondere auch die Kommunen, die gute Bedingungen für das Leben und Arbeiten schafften und für sich werben müssten.

Auch die Landesregierung habe die beschriebene Entwicklung seit vielen Jahren im Blick und ein ganzes Bündel an kurzfristig, aber auch mittel- und langfristig wirkenden Maßnahmen ergriffen. Im Jahr 2007 habe sie gemeinsam mit dem Hausärzterverband der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesärztekammer sowie der Universitätsmedizin Mainz den Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung auf den Weg gebracht und ständig aktualisiert. Damit würden zum Beispiel die Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ), Neuniederlassungen oder Praxisübernahmen von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Wiedereinstiegskurse für Ärztinnen und Ärzte gefördert. Ergänzend habe die Landesregierung die Landarztinitiative gestartet und werde unter anderem die Zahl der Medizinstudienplätze erhöhen.

Obwohl das Interesse erfreulicherweise steige, sei die Zahl der Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums, die sich für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin interessierten, noch immer zu niedrig. Zusätzlich arbeite nur ein kleiner Teil dieser Studenten der Allgemeinmedizin später im ländlichen Raum. An diesem Punkt setze die Landesregierung beispielsweise mit der Landarztquote an.

Dies sei ebenfalls der Ansatzpunkt für das Netzwerk der SüdpfalzDOCs und ihre Aktivitäten. Das im Jahr 2017 gegründete Netzwerk bestehe inzwischen aus über 60 jungen Hausärztinnen und Hausärzten aus der Südpfalz und angrenzenden Regionen. Es diene nicht nur dem Austausch untereinander und der gegenseitigen Unterstützung, sondern die SüdpfalzDOCs wollten auch dazu beitragen, weitere junge Hausärztinnen und Hausärzte für die Region zu gewinnen und so den Nachwuchs für die medizinische Versorgung zu sichern.

Zu ihren Maßnahmen zählten eine regionale Hausarzt-Stellenbörse, ein Mentoring-Programm, das SüdpfalzDOCs-Weiterbildungsnetzwerk sowie die Famulatur- und PJ-Initiative „Allgemeinmedizin zwischen Wein und Rhein“. Durch ihre Öffentlichkeitsarbeit wollten die Netzwerkmitglieder zudem zeigen, wie schön und erfüllend der Beruf als Hausarzt in einer ländlichen Region sei.

Die Landesregierung begrüße diese Initiativen und unterstütze das Netzwerk ideell und fachlich, denn sie sei davon überzeugt, niemand könne besser für die Tätigkeit als Landarzt werben als die überzeugten Ärztinnen und Ärzte selbst. Daher habe die Landesregierung das Symposium des Netzwerks am 25. September 2019 in Annweiler zum Thema „Ärzte vernetzen, Gesundheit fördern – Projekte der SüdpfalzDOCs“, an dem sie persönlich teilgenommen habe, auch finanziell unterstützt.

Abg. Steven Wink führt aus, von den jungen Ärztinnen und Ärzten der SüdpfalzDOCs sei angeregt worden, gerade im Bereich des Mentorings bei den Themen „Bürokratie“ und „Betriebswirtschaftliche Gestaltung einer Praxis“ anzusetzen. Zu fragen sei, ob das für Gesundheit zuständige Ministerium die Möglichkeit für eine ideelle Unterstützung sehe, durch die die Vielzahl der bereits bestehenden Maßnahmen sinnvoll ergänzt werden könnte.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler antwortet, der bereits erwähnte Masterplan werde mithilfe von Partnern wie der KV und unter Einbeziehung der Rückmeldungen aus der Praxis ständig weiterentwickelt. Das Thema „Bürokratie“ und der Wunsch nach Begleitung seien bei den jungen Ärztinnen und Ärzten vor Ort immer wieder präsent, weshalb sicherlich auch Maßnahmen dieser Art in den Plan aufgenommen würden.

Allerdings biete die KV inzwischen eine ganz gezielte Beratung in den Bereichen BWL, Praxisführung und Bürokratie für Ärztinnen und Ärzte, die sich für eine Niederlassung entschieden, an. Die KV sei durch ihre Veranstaltungen wie „KV initiativ“ vor Ort präsent und berate beim Thema „Niederlassung“ nicht nur die Kommunen in der Auswahl der geeigneten Modelle und der Schaffung eines attraktiven Angebots, sondern auch direkt die Ärztinnen und Ärzte.

Die SüdpfalzDOCs seien bereits sehr gut mit der KV vernetzt, weshalb auch einer ihrer Vertreter das Symposium in Annweiler besucht habe. Es gelte aber, vonseiten der KV noch stärker für ihr Begleitungs- und Unterstützungsangebot zu werben.

Abg. Dr. Sylvia Groß erkundigt sich, wie viele Hausärzte sich in diesem Netzwerk zusammengeschlossen hätten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erwidert, es handle sich um 60 Hausärztinnen und Hausärzte aus der Region Südpfalz.

Abg. Marcus Klein begrüßt diese private Initiative in der Südpfalz und bittet um Auskunft, ob diese auch bis in die Südwestpfalz hinein tätig werde. Zu fragen sei, ob und wie die überregionale Ausweitung der Tätigkeit der SüdpfalzDOCs gefördert werde und ob es Initiativen vonseiten des MSAGD gebe, die Bildung solcher Initiativen in anderen Regionen anzuregen bzw. zu fördern, um auch dort eine bessere Vernetzung zu erreichen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erläutert, die SüdpfalzDOCs seien nicht nur in den Landkreisen Germersheim und Südliche Weinstraße sowie der Stadt Landau, sondern auch in Teilen des Landkreises Südwestpfalz – insbesondere der Region um Dahn – aktiv. Das Ziel dabei sei nicht nur die Vernetzung unter jungen Hausärztinnen und Hausärzten, sondern auch die Einbindung erfahrener Kolleginnen und Kollegen, da beide Seiten von einem Austausch profitieren könnten.

Das für Gesundheit zuständige Ministerium begrüße es ausdrücklich, dass die SüdpfalzDOCs eine Leuchtturmfunktion für andere Regionen übernehmen wollten und daher beispielsweise auch den Kreis der Eingeladenen und Teilnehmer des Symposiums in Annweiler überregional gestaltet hätten. Inzwischen hätten bereits andere Regionen Interesse an der Initiative bekundet.

Die SüdpfalzDOCs hätten sich ein sehr gutes Netzwerk mit der Ärztekammer, der KV und den Kommunen aufgebaut und nutzten beispielsweise auch Veranstaltungen wie den Kongress „Gesundheit und Pflege auf Zukunftskurs – Ideen und Beispiele für die Versorgung“ am 26. August 2019 in Mainz, um

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –**

sich eine gute Reputation zu erwerben. Dies sei wichtig, da auch die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins in das gesamte Land ausstrahle. Die Landesregierung unterstütze den Verein gerne fachlich, ideell und auch finanziell dabei, für sein Modell zu werben und so Nachahmer in anderen Regionen zu finden.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der FDP

[– Vorlage 17/5830 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, Suchtberatungsstellen hätten innerhalb des Suchthilfesystems eine zentrale Bedeutung. Sie seien für viele suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen der erste Anlaufpunkt im Hilfesystem.

In Rheinland-Pfalz bestünden 43 Suchtberatungsstellen mit 16 Außenstellen, die abhängigen Menschen die Rückkehr in ein suchtfreies Leben ermöglichen und ihnen damit die Teilhabe an Arbeit und am Leben in der Gemeinschaft erhielten. Jährlich nähmen rund 16.000 bis 17.000 Betroffene und Angehörige die Suchtberatungsstellen mit zwei oder mehr Kontakten innerhalb eines Jahres in Anspruch. Einmalige Kontakte würden nicht erfasst.

Vertreten seien Menschen mit einer Alkoholproblematik genauso wie Menschen mit Drogenproblemen oder glücksspielsüchtigem Verhalten. Benachteiligungen, die mit einer Suchterkrankung einhergingen, wie gesundheitliche Beeinträchtigungen, gescheiterte Beziehungen, Führerscheilverlust, Arbeitslosigkeit und Überschuldung seien vielschichtig und beträfen nicht nur den suchtkranken Menschen, sondern auch seine Angehörigen. Um den vielfältigen Anforderungen und Problemlagen gerecht zu werden, hielten die Suchtberatungsstellen auch spezielle Angebote in der Suchtprävention, der niedrigschwelligen Arbeit oder für überschuldete Suchtkranke bereit.

Nach der Erhebung des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung hätten die Suchtberatungsstellen des Landes im Jahr 2017 – die Daten für das Jahr 2018 lägen noch nicht vor – insgesamt rund 16.700 Klientinnen und Klienten beraten und begleitet. Dies seien rund 5.200 Frauen und 11.500 Männer gewesen. Bei den Klientinnen sei die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen und bei den Klienten die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen am stärksten vertreten gewesen.

Im Jahr 2007 hätten noch rund 15.300 Klientinnen und Klienten die Suchtberatungsstellen in Anspruch genommen. Diese Steigerung um fast 10 % sei ein Beleg dafür, dass es weiterhin einen hohen Beratungsbedarf bei suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen gebe, die Angebote der Suchtberatung bei den Hilfesuchenden eine hohe Akzeptanz hätten und die Vorgaben des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch griffen, wonach Suchtberatung eine weitere Leistung zur Eingliederung in Arbeit darstelle.

Im Jahr 2017 hätten die meisten Ratsuchenden – insgesamt 7.147 Personen – die Suchtberatungsstellen aufgrund einer Drogenproblematik in Anspruch genommen. Es folge die Gruppe der Ratsuchenden mit einer Alkoholproblematik mit 5.948 Personen. 788 Personen hätten sich wegen einer Glücksspielproblematik beraten lassen. Außerdem hätten 2.287 Angehörige die Anlaufstellen genutzt.

Betrachte man die Altersverteilung nach Geschlecht bei den beiden am stärksten vertretenen Suchtmitteln Alkohol und Drogen ergebe sich folgendes Bild: Bei den Frauen, die die Suchtberatungsstellen aufgrund einer Alkoholproblematik in Anspruch genommen hätten, sei die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen mit 471 Frauen am stärksten vertreten. Aufgrund einer Drogenproblematik sei es die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 474 Frauen.

Bei den Männern mit einer Alkoholproblematik habe die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 1.215 Männern dominiert. Bei den Männern mit einer Drogenproblematik sei es ebenfalls die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen mit 1.667 Männern gewesen.

Auch sehr junge Menschen nähmen Suchtberatung in Anspruch. Bei den unter 18-Jährigen seien dies im Jahr 2017 insgesamt 619 Hilfesuchende gewesen. 23 weibliche Jugendliche hätten dies aufgrund einer Alkoholproblematik und 83 wegen einer Drogenproblematik getan. 38 männliche Jugendliche hätten wegen einer Alkoholproblematik und 322 aufgrund einer Drogenproblematik vorgesprochen. Allerdings werde nicht unterschieden, ob die Inanspruchnahme aufgrund von jugendspezifischen Problemlagen, Informationsbedarf oder einer Suchterkrankung geschehe. Es sei keinesfalls davon auszugehen, dass alle Jugendlichen eine Suchterkrankung aufwiesen.

Auch zur Art der Beendigung einer Suchtberatung würden Daten erhoben. Im Jahr 2017 hätten 1.515 Frauen und 3.504 Männer die Suchtberatung planmäßig abgeschlossen. Zu einem planmäßigen Abschluss gehörten auch die Weitervermittlung in eine Entzugsbehandlung, eine medizinische Rehabilitation und andere Angebote der Suchthilfe wie Wohnprojekte oder soziotherapeutische Einrichtungen.

Die Nutzung digitaler Medien sei zu einem integralen Bestandteil des Alltags geworden. Ratsuchende informierten sich immer häufiger im Internet über Angebote, kommunizierten über soziale Netzwerke und suchten online nach seriösen Informationsmöglichkeiten und kompetenter Beratung. In diesem Zuge wirke sich der digitale Wandel auch auf den Arbeitsbereich der Suchtberatung aus. Anpassungen seien notwendig, denn durch digitale Technologien wie beispielsweise Online-Beratungsangebote, Apps und Informationsportale könne das bisherige Dienstleistungsspektrum der Suchtberatung ergänzt und erweitert werden, und bei der Klientel könnten möglicherweise Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten abgebaut werden.

In den vergangenen Jahren seien etliche Aktivitäten entwickelt worden, um digitale Techniken für das Arbeitsfeld zu nutzen. Im Internet fänden sich strukturierte Programme, Apps, moderierte Online-Chats, suchtmittelbezogene Selbsttests, Erklärvideos und Selbsthilfemanuale. Informationsportale für unterschiedliche Zielgruppen gäben Menschen Orientierung und böten rund um die Uhr anonym und kostenfrei Hilfe. Im Jahr 2019 hätten sich verschiedene Fachveranstaltungen und Kongresse der Suchtfachverbände den zahlreichen Möglichkeiten und Herausforderungen der Digitalisierung gewidmet.

Auch das aktuelle Bundesmodellprojekt „Digitale Lotsen“, ein Qualifizierungsprogramm zur Förderung der Digitalkompetenz in der Suchthilfe, sei ein wichtiger Beitrag, die Suchtberatungsstellen auf ihrem Weg der Nutzung digitaler Möglichkeiten gut zu begleiten und die Motivation für den digitalen Wandel weiter zu stärken. Im Rahmen des Projekts würden auch rheinland-pfälzische Fachkräfte als digitale Lotsen qualifiziert. Sie sollten in den Suchtberatungsstellen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Thematik sensibilisieren, notwendiges Wissen bereitstellen und praktische Hilfe im Umgang mit den neuen Anwendungsfeldern geben. Die Landesregierung werde den Prozess der Digitalisierung weiterhin begleiten.

Abg. Michael Wäschenbach erfragt einen aktuellen Sachstand bezüglich der Situation der Evangelischen Heimstiftung Pfalz. Diese habe Ende des Jahres 2019 angekündigt gehabt, im Jahr 2020 die „Fachstellen Sucht“ in Frankenthal, Landau und Neustadt zu schließen, da sich das jährliche Defizit auf 400.000 Euro belaufe. Aus diesem Grund werde ein Trägerwechsel angestrebt.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler führt aus, die beabsichtigte Trennung von der Suchtberatung sei eine alleinige Entscheidung des Trägers vor Ort, der den Eigenanteil zur Ausfinanzierung der Suchtberatungsstellen nicht mehr aufbringen könne. Der Träger habe angekündigt, im Jahr 2020 Gespräche mit Nachfolgern zu führen. Das für Gesundheit zuständige Ministerium habe noch keine Erkenntnisse bezüglich konkreter Nachfolgepläne, sei aber aktiv an den Träger herantreten und habe ihm Unterstützung bei den entsprechenden Gesprächen angeboten.

Abg. Steven Wink erkundigt sich nach der Verzahnung der Angebote der Suchthilfe mit der Familienversorgung, wenn Kinder involviert seien, sowie mit der neu eingerichteten Clearingstelle Krankenversicherung, wenn die Suchterkrankung mit Überschuldung und dem Verlust der Krankenversicherung einhergehe.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler antwortet, da eine Suchterkrankung oftmals mit Problemen in vielen weiteren Bereichen einhergehe, seien die Verzahnung und der Austausch der verschiedenen Hilfsangebote unabdingbar und die Akteure entsprechend sensibilisiert. Dies gelte sowohl für die Clearingstelle Krankenversicherung als auch für den Bereich der Schuldnerberatung. Hier gebe es sogar eine strukturierte Förderung in Form eines Fachkräfteprogramms, das die Bereiche der Sucht- und der Schuldnerberatung auf einzigartige Weise miteinander verbinde.

Abg. Dr. Sylvia Groß bittet um Auskunft bezüglich der Verzahnung der Angebote der Suchtberatung mit dem Präventionsprojekt „HaLT – Hart am Limit“.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erläutert, das bereits seit fast zwölf Jahren existierende, sehr erfolgreiche Projekt „HaLT“ bestehe aus einem reaktiven und einem proaktiven Teil.

Die erste Komponente sehe eine Erstintervention bei jungen Menschen, die mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert würden, vor. Die Evaluation des Projekts habe gezeigt, dass diese unmittelbare, direkte Intervention am Krankenbett zu einer Bewusstseinsänderung bei den jungen Menschen führen könne, sie sich öffneten und über ihre Probleme sprächen. Sollte sich dabei herausstellen, dass es sich nicht um einen einmaligen Vorfall gehandelt habe, erfolge eine Zuführung der Betroffenen zu geeigneten Angeboten der Suchtberatung.

Die zweite Komponente des Projekts „HaLT“ betreffe die Kommunen, die sich dazu verpflichteten, zusammen mit den Vereinen, den Institutionen und dem Einzelhandel vor Ort das Thema „Jugendschutz“ in den Fokus zu stellen und gemeinsam in besonderem Maße auf eine Einhaltung des Jugendschutzgesetzes zu achten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte des **Abg. Sven Teuber** zu, dem Ausschuss ihren Sprechervermerk zur Verfügung zu stellen.

Abg. Sven Teuber legt dar, gerade in einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz erhöhten digitale Angebote den Anteil der Bevölkerung, der entsprechende Hilfemöglichkeiten in Anspruch nehmen könne. Da sich die Beratungswilligen heutzutage oftmals unabhängig von Suchtberatungsstellen vorab im Internet informierten, sei es umso wichtiger, dort Quellen mit seriösen Inhalten zur Verfügung zu stellen.

Er würde gerne wissen, ob es auch im Bereich der Internetsucht zu einem Anstieg der Betroffenenzahlen gekommen sei.

Außerdem interessiere ihn, mit Mitteln in welcher Höhe das Land entsprechende Suchtberatungsstellen fördere und wie sich diese Förderung in den letzten Jahren entwickelt habe.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bestätigt, die Digitalisierung biete Chancen, das Angebot der Suchtberatung auszuweiten, Hürden abzubauen und insbesondere mehr junge Menschen für die Beratung zu erreichen. Deren Anteil in den Suchtberatungsstellen sei momentan noch gering, einerseits aufgrund des gerade bei Alkoholproblemen oftmals sehr langen Zeitraums, den Betroffene benötigten, bis sie Hilfe annähmen und suchten, andererseits aber auch aufgrund der für junge Menschen wenig ansprechenden Form der Hilfsangebote.

Digitale Angebote sprächen aber nicht nur junge Menschen an, sondern böten allen Betroffenen die Möglichkeit, sich zunächst einmal anonym zu informieren und mit dem Thema zu befassen. Aus diesem Grund sei es sehr wichtig, die in der Suchtberatung tätigen Fachkräfte gut auf den digitalen Wandel vorzubereiten und einzustellen.

Beim Thema „Internet“ gelte es immer abzuwägen, ob es sich um einen riskanten Konsum oder bereits um eine Sucht handle. In diesem Bereich sei eine Entwicklung spürbar, wenn auch die Zahl der Erkrankten nicht mit der Zahl der von anderen Suchtmitteln wie Alkohol Betroffenen vergleichbar sei. Bei jungen Männern nehme insbesondere der riskante Internetkonsum zu, während es bei jungen Frauen eher um die Nutzung von Social-Media-Angeboten gehe.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte des **Abg. Sven Teuber** zu, Zahlen über Internetsucht nachzureichen.

Die Landesregierung fördere auf der Grundlage der Verwaltungsvorschrift „Förderung sozialer Beratungsstellen“ einen Anteil in Höhe von bis zu 25 % der angemessenen und tatsächlich entstandenen Fachpersonalkosten. Neben dieser Regelförderung werde die Arbeit der Suchtberatungsstellen zusätzlich etwa durch die Fachkräfteprogramme „Suchtprävention“ und „Aufsuchende Sozialarbeit/ psychosoziale Begleitung Substituierter“ mit einer Förderquote von jeweils 70 %, sowie Fachstellen zur Glücksspielsuchtprävention und -beratung mit einer Förderquote von 90 % verstärkt.

So habe die Landesregierung im Jahr 2019 insgesamt rund 5 Millionen Euro an Landesmitteln für die Suchtberatung verausgabt. Hinzu kämen Mittel in Höhe von 144.000 Euro für die Schuldnerberatung in der Suchtkrankenhilfe, durch die eine bessere Verzahnung der Hilfeangebote erreicht werden solle.

Außerdem liege ein besonderer Fokus auf frauenspezifischen Angeboten der Suchtberatung, die durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz mit Mitteln in Höhe von 149.000 Euro gefördert würden. Selbst vor dem Hintergrund, dass zwei Drittel der Abhängigen Männer und nur ein Drittel Frauen seien, seien die Frauen in den Beratungsstellen unterrepräsentiert.

Frauen stünden bei der Entscheidung für einen Entzug bzw. eine Entwöhnungsbehandlung oftmals vor noch größeren Hemmnissen als Männer, da Faktoren wie Kinder – vor allem bei alleinerziehenden Frauen –, Familie und Angehörige eine größere Rolle spielten. Um auf diese Aspekte gezielt eingehen zu können, brauche es eine frauenspezifische Suchtberatung.

Abg. Sven Teuber begrüßt die Unterstützung frauenspezifischer Angebote, da der Anteil der Frauen auch im Bereich der Geringverdiener überproportional hoch sei und eine größere Abhängigkeit vom Partner wiederum dazu führen könne, dass Frauen gehemmter seien, eine Suchtberatung in Anspruch zu nehmen.

Vor dem Hintergrund des nun endlich durch die Große Koalition auf Bundesebene beschlossenen Tabakwerbeverbots stelle sich die Frage, ob die Zigarette bzw. die E-Zigarette in der präventiven Suchtberatung als Einstiegsdroge immer noch eine Rolle spiele.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bringt ihre Freude über die geplante Einführung des Tabakwerbeverbots zum Ausdruck. Dank einer jahrelangen intensiven Präventionsarbeit seien bereits jetzt ein gesellschaftlicher Wandel und eine positive Entwicklung beim Thema „Rauchen“ festzustellen. Die Zahl der Raucher insgesamt – aber auch unter jungen Menschen – nehme ab.

Auch wenn die Zigarette nicht direkt als Einstiegsdroge zu definieren sei, bestehe zumindest dahingehend ein Zusammenhang, dass der Tabakkonsum die Hemmschwelle, Cannabis zu rauchen, senke.

Auch vor diesem Hintergrund gelte es, das bestehende gesellschaftliche Klima zu nutzen und die Maßnahmen zur weiteren Reduzierung des Konsums von Tabak – insbesondere auch durch Frauen – voranzutreiben. Dahinter stehe nicht die Absicht, die persönliche Freiheit der Raucher einzuschränken, sondern die kurz- und langfristigen Gesundheitsfolgen des Rauchens einzudämmen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkte 8 und 9 der Tagesordnung:

8. Europäischer Drogenbericht 2019 – Erkenntnisse für Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

[– Vorlage 17/5862 –](#)

9. Organspende – Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Herztransplantationen

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

[– Vorlage 17/5863 –](#)

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

Punkt 6 der Tagesordnung:

Krankhafte Schlafstörungen bei erwerbstätigen rheinland-pfälzischen Bürgerinnen und Bürgern

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

[– Vorlage 17/5860 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler berichtet, bundesweit habe die BARMER in ihrem Gesundheitsreport Versichertendaten von insgesamt 3,9 Millionen sozialversicherungspflichtigen Erwerbspersonen der BARMER, damit 11 % der sozialversicherungspflichtigen Erwerbspersonen in Deutschland mit Schwerpunkt auf ausgewählte diagnostizierte Schlafstörungen analysiert. Die bundesweiten Versichertendaten der BARMER legten nahe, dass die Tendenz für diagnostizierte Ein- und durch Schlafstörungen seit 2005 bundesweit alters- und geschlechtsübergreifend steige. 2017 seien mehr als doppelt so viele bei der BARMER versicherte Erwerbspersonen von entsprechenden Diagnosen betroffen gewesen.

Die Daten legten nahe, dass bei den Menschen in Rheinland-Pfalz in 2017 geringfügig häufiger Ein- und Durchschlafstörungen diagnostiziert worden seien als im Bundesschnitt. Konkret seien im Bundesdurchschnitt bei ca. 3,8 % der Erwerbspersonen, die bei der BARMER versichert seien, Schlafstörungen in 2017 diagnostiziert worden. In Rheinland-Pfalz seien im gleichen Jahr bei ca. 4,2 % der Erwerbspersonen Ein- und Durchschlafstörungen diagnostiziert worden.

Grundsätzlich könnten Gesundheitsreports der Krankenkassen Hinweisgeber auf etwa vorliegende präventive oder auch gesundheitsfördernde Bedarfe sein. Dennoch müsse man diese Daten einzuordnen wissen, um ihre Aussagekraft besser zu verstehen. In diesem Fall bezögen sich die BARMER-Daten für den Vergleich zwischen Rheinland-Pfalz und dem Bund ausschließlich auf ausgewählte Daten des Jahres 2017. Sie spiegelten also ein punktuelles Bild wieder.

Um zu erfahren, ob bei den Menschen in Rheinland-Pfalz tatsächlich häufiger Ein- und Durchschlafstörungen als im Bundesdurchschnitt diagnostiziert würden, benötige man Langzeitdaten. Zudem bezögen sich diese auf Behandlungsprävalenzen, d.h., es würden ausschließlich Fälle einbezogen, die bei einem Arzt vorstellig gewesen seien, ihre Ein- und Durchschlafstörungen dort thematisiert hätten, diese durch den Arzt dokumentiert seien und somit in der Analyse der BARMER-Abrechnungsdaten hätten einbezogen werden können. Das führe zur Verzerrung der tatsächlichen Häufigkeit von Ein- und Durchschlafstörungen.

Die Ursachen für Schlafstörungen könnten zu dem vielfältig sein. Das Alter, das Geschlecht, der Wohnort, aber auch das Vorhandensein anderer Grunderkrankungen wie beispielsweise Depressionen, bei denen Schlafstörungen ein charakteristisches Symptom der Erkrankung darstellten, spielten eine Rolle. Dieses Wissen um die vielfältigen Ursachen von Schlafstörungen sei relevant, um Handlungsmöglichkeiten und Grenzen im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

Ein früher Ansatzpunkt könne grundsätzlich die Stärkung der psychischen Gesundheit und Resilienz sein, also die Stärkung der Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren. Unter anderem hätten sich diese Themen im Rahmen der Umsetzungsprozesse eines Präventionsgesetzes als erste Schwerpunktthemen herausgestellt und seien beispielsweise im Kontext „Gesund Leben und Arbeiten“ thematisiert worden.

So unterstütze das Ministerium das Netzwerk Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) Rheinland-Pfalz, welches sich insbesondere, aber nicht ausschließlich für Klein- und Kleinstunternehmen engagiere, von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) koordiniert und vom Ministerium gefördert werde. Das BGM-Netzwerk bestehe aktuell aus 35 Partnern und ziele darauf ab, die regionalen und kommunalen Netzwerke zum Thema BGM verstärkt auf Landesebene miteinander zu vernetzen. Kernpunkt sei der regelmäßige Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den einzelnen regionalen Netzwerken in Rheinland-Pfalz unter anderem im Rahmen von Fachtagen.

In 2019 seien durch das BGM-Netzwerk neue Konzepte initiiert worden, zum Beispiel die BGM-Telefonfortbildung mit den Schwerpunkten Resilienzstärkung, Förderung der psychischen Gesundheit und die Frage, wie man Strukturen im Betrieb gesund gestalten könne.

Aber auch eine ausreichende Bewegung könne beim Stressabbau helfen und diene nicht nur der Prävention von Adipositas und Diabetes. Genau hier setze die neue Landesinitiative „Rheinland-Pfalz – Land in Bewegung“ an, welche dieses Jahr starte. Mit sogenannten Bewegungsmanagern wolle man vor Ort Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Sport vernetzen und bei Bedarf neue Angebote unterbreiten. Insbesondere an diejenigen Menschen wolle man das adressieren, die sich bislang nur wenig für Bewegung und Sport begeisterten.

Vors. Abg. Hedi Thelen begrüßt die Berücksichtigung der Frage, welche Daten zugrunde lägen und welche Schlüsse daher aus den Angaben gezogen werden könnten.

Zu fragen sei, ob die Struktur der in der BARMER Versicherten vergleichbar mit der bundesweiten Gesellschaft sei.

Interesse bestehe zu erfahren, inwieweit bei dem Thema Schlafstörungen Lärmbelastigungen berücksichtigt würden; denn diese stellten eine eindeutige Ursache dar. Beispielsweise sei Fluglärm zu nennen. Insbesondere im unteren Mittelrheintal gebe es die Lärmquelle Bahn, bei der inzwischen eine Machbarkeitsstudie für eine alternative Strecke auf den Weg gebracht worden sei.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bestätigt, der Zusammenhang zwischen Lärm und Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Schlafstörungen sei bekannt. Jedoch könne dazu direkt keine Studie genannt werden. Bei den Themen Bahn- und Fluglärm sei nachgewiesen, welche Langzeitfolgen diese haben könnten. Das betreffe nicht nur Ein- und Durchschlafstörungen, aus denen Folgeerkrankungen resultierten. Die Lärmquellen gehörten in die Zuständigkeit eines anderen Ressorts.

Im Bereich Prävention beteiligten sich die anderen Ressorts in den Netzwerken. Das gelte insbesondere für das Umweltministerium. Jedoch lägen dem Ministerium keine Daten vor, die zahlenmäßig belegten, dass sich die Situation bei den Betroffenen verschärft habe.

Abg. Sven Teuber verweist mit Blick auf Schlafstörungen auf die Diskussion im Sozialpolitischen Ausschuss über die hohe Zahl an geleisteten Überstunden. Beschäftigt werde sich auch mit dem Rückgang der Tarifbindung in vielen Bereichen. Beispielsweise sei der Bereich der DEHOGA zu nennen, in dem es besondere Arbeitszeiten zugunsten der diese Angebote nutzenden Bevölkerung gebe. Zu fragen sei, inwieweit die Erwerbstätigkeit, der Rückgang der Tarifbindung und die erhöhten Belastungen durch Überstunden zu Schlafstörungen führten.

Weiterhin bestehe Interesse zu erfahren, ob es eine klare Definition von Schlafstörungen gebe; denn subjektiv gebe es starke Unterschiede.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt, Schlafstörungen bei Erwerbspersonen zeigten sich insbesondere bei Schicht- und Nachtarbeit. Je länger eine solche Tätigkeit ausgeübt werde, umso stärker steige das Risiko, an Schlafstörungen und deren Folgen zu erkranken. Auch wenn keine Daten darüber vorlägen, könne man dies bei der Arbeitsverdichtung feststellen. Darüber sei im Rahmen von Arbeitswelt 4.0, Digitalisierung und der Verdichtung von Arbeit gesprochen worden. Weiter werde auf die Diskussion über die Zunahme von psychischen Erkrankungen verwiesen. Das eine korreliere mit dem anderen. Eine Belastung der Menschen insbesondere im psychisch/seelischen Bereich könne sich manifestieren.

Weiterhin werde festgestellt, dass Erwerbslose unter Schlafstörungen aufgrund von anderen Bedingungen litten. Dazu gehörten der Druck durch die Ungewissheit, wie der Lebensunterhalt sichergestellt werden könne, Sorgen mit Blick auf die Familie usw. Das gelte insbesondere für Langzeitarbeitslose. Menschen in Armut verfügten vielfach über einen schlechteren Gesundheitszustand als Menschen in der Erwerbstätigkeit.

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –**

Bezüglich der Definition von Schlafstörungen werde auf die ICD-10-Kodierung verwiesen, in der festgelegt sei, was unter Schlafstörungen zu verstehen sei. Jedoch spiele die Diagnosepraxis der Ärzte mit hinein, sodass man das nicht immer eindeutig feststellen könne.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 7 der Tagesordnung:

MDK-Reform schwächt Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der SPD

[– Vorlage 17/5861 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler führt aus, stetig steigende Prüfquoten, die strittige Unabhängigkeit des MDK, häufig unterschiedliche Auffassungen von Leistungserbringern und Kostenträgern bezüglich einer wirtschaftlichen Leistungserbringung sowie eine regelkonforme Kodierung seien wesentliche Gründe für den Bundesgesetzgeber gewesen, das System um die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus zu reformieren. Diesem Bedarf solle mit dem Gesetz für bessere und unabhängiger Prüfungen, MDK-Reformgesetz, das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten sei, begegnet werden.

Eine wesentliche Neuregelung für die Krankenhäuser sei die Einführung von Aufschlagszahlungen, wenn nach der Beauftragung des MDK eine Rechnungskorrektur erfolge. Aufschlagszahlungen stellen objektiv betrachtet ein Novum im Geschäftsmodell der Abrechnungsprüfung dar. Hätten Erlöse von den Krankenkassen bisher nur über die Rechnungskürzungen, sprich ersparte Aufwendungen, generiert werden können, gebe der Gesetzgeber den Kostenträgern nunmehr eine Maßnahme an die Hand, mit der Umsätze erwirtschaftet werden könnten. Dabei sei es in letzter Sekunde des Gesetzgebungsverfahrens noch zu einer erheblichen Änderung des Gesetzentwurfs gekommen. Über einen vom Rechnungskürzungsbetrag prozentual abhängigen Aufschlag hinaus sei bei jeder erfolgten Rechnungskorrektur ein Mindestaufschlag in Höhe von 300 Euro an die Kasse zu zahlen. Das bedeute im Einzelnen, ab dem Jahr 2020 hätten die Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 % dieses Differenzbetrages, mindestens jedoch 300 Euro, an die Krankenkassen zu zahlen. Ab dem Jahr 2021 hätten die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Rechnungen unterhalb von 60 % neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen prozentualen Aufschlag auf diese Differenz zu zahlen.

Statt der ursprünglich vorgesehenen Deckelung der Kosten auf maximal 1.500 Euro werde jetzt eine Obergrenze von 10 % des geminderten Rechnungsbetrages gezogen. Der Mindestaufschlag in Höhe von 300 Euro müsse immer gezahlt werden, selbst wenn die Rechnung um weniger als 300 Euro korrigiert worden sei.

Hintergrund der durch Änderungsanträge von der Großen Koalition auf Bundesebene verabschiedeten Regelung sei es, Anreize für die Krankenhäuser zu regelkonformer Abrechnung zu setzen. Dieses Ziel sei grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings müsse man berücksichtigen, dass diese Strafzahlungen für die Krankenhauslandschaft ein erhebliches finanzielles Risiko darstellten und eine Atmosphäre des Misstrauens zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern schaffe. Dies stehe dem Ziel der Landesregierung, insbesondere die kleinen Krankenhäuser im ländlichen Raum eines Flächenlandes zu stärken, entgegen.

Die Krankenhäuser befänden sich bundesweit im Strukturwandel und müssten in der Finanzierung ihrer Betriebskosten gestärkt werden. Die nunmehr vorgesehenen verschärften Regelungen führten jedoch zu einer wirtschaftlichen Schwächung der Krankenhäuser. Ein solches Vorgehen gefährde die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten. Sie vertrete die Auffassung, dass die Sanktionen vor diesem Hintergrund zu mindestens in den Jahren 2020 und 2021 beschränkt bleiben müssten.

Gegen die Strafzahlung von 300 Euro habe sie sich daher öffentlich ausgesprochen und sie als kontraproduktiv abgelehnt. Zudem sei sie auf die Länderkolleginnen und -kollegen zugegangen und habe die Möglichkeiten des Vorgehens im Bundesrat erörtert. Da es sich bei dem MDK-Reformgesetz um ein nicht zustimmungspflichtiges Gesetz handle, habe vonseiten der Länder nur die Option bestanden, den Vermittlungsausschuss anzurufen, wofür es jedoch keine Mehrheit gegeben habe.

Daher habe sie im Bundesrat einen Entschließungsantrag zum Bundesratsverfahren zum MDK-Reformgesetz eingebracht, mit dem die vom Deutschen Bundestag aufgrund von Änderungsanträgen am 7. November 2019 beschlossene Einführung einer pauschalierten Strafzahlung bereits für das Jahr 2020 auch bei kleinsten Fehlern in der Abrechnung abgelehnt werde. Dieser Entschließungsantrag

habe eine Mehrheit gefunden. Der Bundesrat habe in seiner Sitzung am 29. November 2019 die Entschließung antragsgemäß gefasst.

Zudem habe die Landesregierung eine Protokollerklärung mit dem Inhalt abgegeben, dass die vom Deutschen Bundestag beschlossene Verschärfung der Sanktionen selbst bei kleinsten Abrechnungskorrekturen durch die Krankenkassen ein erhebliches Risiko insbesondere für kleinere Kliniken darstelle und vom Land Rheinland-Pfalz abgelehnt werde. Die Krankenhäuser befänden sich bundesweit in einem tiefgreifenden Strukturwandel und müssten insbesondere in der Finanzierung der Betriebskosten gestärkt werden.

Das Ministerium werde die finanzwirtschaftlichen Auswirkungen der beschlossenen Strafzahlungen für die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz beobachten. Nach den aktuellen Regelungen könnten sich Krankenkassen und Krankenhäuser im Vorfeld der Beauftragung des Medizinischen Dienstes im Rahmen eines Vorverfahrens oder Falldialoges einigen. Unter Umständen ließen sich auf diesem Weg liquiditätsmindernde Strafzahlungen vermeiden. Falls sich die finanzwirtschaftlichen Risiken durch die Strafzahlungen für die Krankenhäuser bestätigten, werde sie sich im Rahmen der den Ländern zur Verfügung stehenden Möglichkeiten weiter für eine Aufhebung bzw. Beschränkung der Sanktionen einsetzen.

Abg. Dr. Tanja Machalet verweist auf die Meinung von Krankenhäusern, dass diese Regelung nicht nachvollziehbar erscheine. Teilweise werde von Prüfquoten von über 50 % berichtet. Bei einer Hochrechnung könne man sich vorstellen, dass das bei einer vermutlich gegebenen Fehlerquote erhebliche Kosten für die kleineren Krankenhäuser mit sich bringe.

Aus den Darstellungen habe sich die grundsätzliche Motivation für die Verschärfung nicht ergeben. Interesse bestehe an belastbaren Zahlen, ob sich das anhand der bisher festgestellten Fehler rechtfertigen lasse und ob Erkenntnisse über das Zustandekommen dieser Strafregelung in Höhe von 300 Euro vorhanden seien. Auch in der Öffentlichkeit fehle das Verständnis für den Betrag von 300 Euro.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sieht es als sinnvoll an, sich die vom MDK festgestellten Beanstandungen genauer anzusehen. In der Öffentlichkeit werde durch diese Kommunikation der Eindruck erweckt, als würden die Krankenhäuser betrügen. Damit gehe eine Kultur des Misstrauens einher. Wenn man sich die tatsächlichen Fälle betrachte, stelle man fest, dass die Krankenhäuser Patientinnen und Patienten länger, beispielsweise ein bis zwei Tage, betreuten, weil die Weiterversorgung zu Hause noch nicht sichergestellt sei. Dahinter stehe die soziale Verantwortung der Krankenhäuser gegenüber den Patienten. Das erfolge vermutlich besonders im ländlichen Raum.

Nicht zum Ausdruck gebracht werden solle, dass man den Krankenhäusern sozusagen freie Hand lasse. Zu den Aufgaben des MDK gehöre die Prüfung. Falschabrechnungen zögen Konsequenzen nach sich. Bei dieser Regelung werde jedoch über das Ziel hinaus geschossen. Selbst bei einer Abrechnungskorrektur in Höhe von 5 Euro fielen diese 300 Euro Strafzahlung und die prozentualen Aufschläge an. Das werde als unverhältnismäßig bewertet.

Detaillierte Kenntnisse über das Zustandekommen des Wertes von 300 Euro lägen nicht vor. Eine Pauschalierung ohne Berücksichtigung des Einzelfalls, der in Rede stehenden Summe oder der Ursachenbewertung bewerte sie als überzogen an.

Carola Hollnack (Referatsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) ergänzt, die Höhe von 300 Euro entspreche der Höhe der Aufwandspauschale im Prüfsystem. Nicht ausgeschlossen werde, dass man sich bei der Festlegung der Höhe daran orientiert habe.

Rund 1,25 Millionenprüfungen würden bundesweit jährlich vorgenommen. Wenn man den Betrag von 300 Euro hochrechne, ergebe sich dadurch bundesweit eine Belastung von 380 Millionen Euro. Die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz habe einen Betrag von ca. 7 Million Euro für Rheinland-Pfalz genannt.

Abg. Dr. Sylvia Groß sieht die Möglichkeit, dass sich das weiter auf die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz auswirke. Festgestellt werden müsse, bei welchen Krankenhäusern relativ häufig Abrechnungsfehler zu verzeichnen seien, um anhand dieser Informationen Grenzen festzulegen, um bei

einer bestimmten Anzahl fehlerhaft eingereichter Abrechnungen eine Strafzahlung einzuführen. Kein Verständnis bestehe dafür, bereits bei der ersten fehlerhaften Abrechnung so etwas vorzusehen.

Mit Blick auf die Festlegung der 300 Euro stelle sich die Frage, wieso zusätzlich noch 10 % Aufschlag hinzukämen. Weiterhin sei zu fragen, wer das Geld von den Strafzahlungen erhalte.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erklärt, die 300 Euro seien unabhängig von der Differenz zu bezahlen. Hinzu kämen die 10 % vom Differenzbetrag.

Carola Hollnack bestätigt, der Mindestbetrag belaufe sich auf 300 Euro, auch wenn bei einem Betrag der Wert von 10 % unter den 300 Euro liege. 2020 gebe es eine Deckelung des Betrags auf 10 %. Es gebe DRG-Fälle, die über ein wesentlich höheres Volumen verfügten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler ergänzt, das Geld fließe zu den Krankenkassen.

Abg. Michael Wäschenbach geht auf Presseberichte vom November letzten Jahres ein, in denen von den Kliniken in St. Goar und Oberwesel berichtet worden sei, dass diese aufgrund der harten MDK-Prüfungen in eine finanzielle Schieflage geraten und bis zu 100 % der Rechnungen überprüft worden seien. Mittlerweile bestehe die Kenntnis, dass das nicht ganz den Tatsachen entspreche.

Aus der Antwort auf eine Kleine Anfrage – Drucksache 17/10662 – gehe hervor, dass der MDK über das Recht verfüge, 100 % der Rechnungen zu überprüfen.

Das MDK-Reformgesetz sei von der Großen Koalition verabschiedet worden. Kenntnis bestehe von den Bundestagsabgeordneten der CDU, dass der Vorschlag zur Erhöhung der Prozentzahl und der Aufschlagszahlung sehr kurzfristig in das Gesetz aufgenommen worden seien. Vorliegende Informationen besagten, das sei von Abgeordneten der SPD vorgeschlagen worden. Kenntnis bestehe nicht über die Namen.

Beim MDK-Reformgesetz stünden nicht die Strafmaßnahmen gegenüber den Krankenhäusern im Fokus, sondern die Stärkung der Unabhängigkeit des MDK. Wichtig sei es, die positiven Elemente des MDK-Reformgesetzes in den Mittelpunkt zu stellen. Mit dem neuen MDK-Reformgesetz werde der Medizinische Dienst künftig unabhängiger von den Krankenkassen, erhalte eine höhere Patientenorientierung und beinhalte ein Mitspracherecht der Patienten in den Gremien. Die Funktionäre von Krankenkassen verfügten in den Verwaltungsräten oder Geschäftsführung nicht mehr alleine über das Sagen.

Ab 2021 greife das Prüfquotensystem, mit dem Belohnungs- oder Anreizsysteme einhergingen, dass Krankenhäuser weniger geprüft würden, wenn die geprüften Abrechnungen in Ordnungen seien. Das Gesetz enthalte damit auch positive Elemente. Abrechnungen würden transparenter, weil ein Belohnungssystem einbezogen sei. Akzeptiert werde die von der Landesregierung auf den Weg gebrachte EntschlieÙung. Aber man dürfe nicht das MDK-Reformgesetz wegen der Krankenhausregelung schlechtreden.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erinnert an die Aussage, dass das Gesetz grundsätzlich zu begrüßen sei, sodass man es nicht schlechtreden wolle. Als positive Ansätze seien die genannte Berücksichtigung der Patienten und die Stärkung der Unabhängigkeit zu nennen. Auf die Anrufung des Vermittlungsausschusses sei verzichtet worden, um nicht das Gesetz insgesamt zu blockieren.

Aufgrund der als unverhältnismäßig bewerteten Höhe habe man den Weg der Protokollerklärung gewählt und angekündigt, die Angelegenheit weiterzuverfolgen. Das MDK-Reformgesetz solle nicht insgesamt schlechtgemacht werden. Im Blick bleiben müsse aus landespolitischer Sicht die Situation der Krankenhäuser im Land sowie die dazugehörige Struktur. Beobachtet würden die Auswirkungen der Regelungen auch in den anderen Bundesländern. Das MDK-Reformgesetz sei ein Beispiel dafür, dass durch bundesgesetzliche Regelungen einem ungeordneten Strukturwandel Vorschub geleistet werde, weil Situationen entstehen könnten, die die Situation für die kleinen Krankenhäuser vor Ort erschweren.

Abg. Michael Wäschenbach geht auf einen Erläuterungsvermerk aus dem Bundesgesundheitsministerium ein, aus dem hervorgehe, dass Schwierigkeiten für kleinere Krankenhäuser dadurch vermieden würden, dass bei Liquiditätsgpässen bei Krankenhäusern das Mittel der Aufrechnung, was der MDK

bisher genutzt habe, künftig verboten sei. Das bewerte er als eine Art Liquiditätsschutz, damit die Krankenhäuser keine Liquiditätsprobleme bekämen und zahlungsunfähig würden.

Die Krankenhäuser seien darüber zu informieren, dass die Pflegeentgelte herausgenommen worden seien. Die Pflegeentgelte würden somit nicht mehr geprüft. Das bewerte er als Bonus gegenüber den bisherigen Abrechnungsprüfungen.

Abg. Dr. Christoph Gensch bewertet die Strafzahlungen als problematisch. Ursprünglich habe die Prüfquote 10 % betragen, die auf 12,5 % geändert worden sei. Das stelle für viele Kliniken eine Erleichterung dar.

Bei den bereits erwähnten Kliniken im Bereich der Loreley gehe es um die konservative Orthopädie. Gesprochen werde nicht über Abrechnungsbetrug, sondern über längere Verweildauern von wenigen Tagen.

Interesse bestehe zu erfahren, wie bei Krankenhäusern, bei denen es 50 % oder 70 % Prüfungen gegeben habe und diese aufgrund der konservativen Orthopädie über eine deutlich längere Verweildauer verfügten, in Zukunft vorgegangen werde. Bei der konservativen Orthopädie rechneten verschiedene Krankenhäuser unterschiedliche Schemata und Prozeduren über die gleiche DRG ab. Dadurch falle eine Klinik mit konservativer Orthopädie aus der Regel heraus. Wenn eine Deckelung bei 12,5 % bestehe, stelle sich die Frage, ob das einmalig sei. Da stelle dann eine Erleichterung für die Kliniken dar. Damit eröffne sich in diesem Bereich die Möglichkeit eines eventuellen Missbrauchs; denn ab der Überschreitung der Quote gebe es einer Art rechtsfreien Raum. Um Erläuterung der Regelungen werde gebeten.

Vors. Abg. Hedi Thelen sieht die Möglichkeit von grundsätzlichen Dissensen zwischen einem medizinischen Angebot einer Klinik und dem, was dafür nach den Berechnungen als Entgelt benötigt werde, um es wirtschaftlich darstellen zu können. Auf der anderen Seite gebe es die Krankenkassen, die aufgrund von DRGs diese Fälle verglichen, bei denen zunächst eine OP durchgeführt und anschließend etwas konservative Orthopädie angewandt werde, sodass diese Vergleiche als nicht gleichwertig anzusehen seien. Es werde gefragt, wie man ein gemeinsam abgestimmtes Vorgehen erreichen könne. Es habe Prüfungen im Bereich von bis zu 80 % gegeben. Es stelle sich die Frage, wie bei den Fällen, bei denen grundsätzlich ein Dissens zu erwarten sei, beispielsweise durch Verhandlungen oder Gespräche eine Lösung gefunden werden könne; denn andernfalls könnten Krankenhäuser in große Schwierigkeiten geraten und müssten, um eine Insolvenz zu vermeiden, die Reißleine ziehen. Das stelle dann nicht die geordnete Strukturveränderung dar, die in der Krankenhauslandschaft angestrebt werde.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler macht geltend, nicht davon auszugehen sei, dass die gesetzliche Vorschrift einfach durchgezogen werde, sondern es bestehe für die Krankenhäuser die Möglichkeit, mit den Krankenkassen in einen Falldialog zu treten, um Einzelfälle zu erläutern und abzumildern.

Darüber hinaus beinhalte das Gesetz unterschiedliche rechtliche Auslegungsmöglichkeiten, die noch zu definieren seien. Es zeichne sich die Möglichkeit ab, dass die Krankenkassen über die Prüfquote hinausgehen könnten. Die Auslegungen seien abzuwarten, um eine einheitliche Anwendung zu ermöglichen.

Bereits bei der Gesundheitsministerkonferenz 2018 sei die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zum Thema DRG-System und dessen Überarbeitung angestoßen worden. Zu den Hintergründen gehöre das Ansinnen, nicht alles über einen Kamm zu scheren, sondern vor Ort die Notwendigkeiten abzuklären. Das Benötigte müsse refinanziert werden. Wenn beispielsweise die konservative Orthopädie über die Anerkennung und Erfolge verfügen, dann müsse sich das in den Abrechnungen widerspiegeln. Wenn dies nicht erfolge, müsse man mit dem Abwandern der Patienten und eventuell mit einem nicht Gesundwerden der Betroffenen rechnen. Mit Blick auf die Gesundheitskosten könnten sich daraus weitere Kosten ergeben.

Bei der Überarbeitung des DRG-Systems dürfe man diesen Aspekt und die Vorhaltekosten von kleinen Krankenhäuser nicht außer Acht lassen. Für die kleinen Krankenhäuser gestalte es sich schwierig, die Personal- und Vorhaltekosten außer über dieses DRG-System zu finanzieren, wenn gleichzeitig vom

36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie am 16.01.2020
– Öffentliche Sitzung –

Bundesgesetzgeber attestiert werde, dass es sich um einen unverzichtbaren Standort handele. Langfristig müsse man eine Sicherung und eine Planbarkeit für die Krankenhäuser anstreben. Erst dann bestehe die Möglichkeit, einen geordneten Strukturwandel vorzusehen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Psychische Gesundheit bei Schulkindern – Kinder- und Jugendreport 2019 für Rheinland-Pfalz der DAK-Gesundheit

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

[– Vorlage 17/5893 –](#)

Abg. Katharina Binz merkt an, aus Anlass des Gesundheitsreports wolle man sich erneut mit dem bereits im letzten Jahr zur Diskussion gestanden Thema befassen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler legt dar, die gesetzliche Krankenkasse DAK-Gesundheit habe eine Untersuchung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz, den Kinder- und Jugendreport 2019 Rheinland-Pfalz, veröffentlicht.

Die Untersuchung sei im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendreports 2019 durchgeführt worden, die im Auftrag der DAK-Gesundheit durch den Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld erstellt worden sei. Der Kinder- und Jugendreport sei erstmals im Jahr 2018 erschienen und solle jährlich erscheinen.

Der diesjährige Report lege einen Schwerpunkt auf psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie auf die Ursachen von Depressionen und Angststörungen. Die wichtigsten Ergebnisse aus dem rheinland-pfälzischen Bericht stelle sie vor, erläutere zunächst jedoch einiges zu der Methodik des Berichts.

Grundlage für die Studie sei eine Auswertung der Versichertendaten der DAK-Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und zum Teil deren Eltern aus den Jahren 2016 und 2017. Für das Jahr 2017 hätten Daten von 48.000 rheinland-pfälzischen Kindern und Jugendlichen von null bis 17 Jahren ausgewertet werden können. Das entspreche 7,4 % aller in Rheinland-Pfalz lebenden Kindern und Jugendlichen. Bei den Daten handele es sich um Abrechnungsdaten von Krankenhäusern, Ärzten, Arznei- und Hilfsmittelverordnungen sowie weiterer Routinedaten.

Zu beachten sei, dass es sich um eine Stichprobe bei den DAK-Versicherten handele und mit Versorgungsdaten gearbeitet werde. Es würden diejenigen Daten abgebildet, die zur Abrechnung von Leistungen abgegeben worden seien und damit nur solche Kinder und Jugendliche erfassten, die Leistungen in Anspruch genommen hätten.

Psychische Erkrankungen zählten mit knapp 30 % bei Kindern und Jugendlichen zu den fünf häufigsten Diagnosen im Jahr 2017. Häufiger seien Atemwegserkrankungen, Infektionskrankheiten und Augenkrankheiten diagnostiziert worden. Hauterkrankungen seien ähnlich häufig festgestellt worden wie psychische Erkrankungen. Die Häufigkeit festgestellter psychischer Erkrankungen steige bis in das Einschulalter an und sinke dann wieder. Die höchste Prävalenz gebe es bei der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen mit 38 %. Bis ins späte Jugendalter ab 15 Jahren seien für Jungen häufiger psychische Erkrankungen festgestellt worden, später für Mädchen.

Der Bericht lege dar, welche Diagnosen innerhalb der Gruppe der psychischen Erkrankungen häufig gestellt würden. Mit Abstand am häufigsten seien das Entwicklungsstörungen mit 18 %. Dazu zählten zum Beispiel Sprech- und Sprachstörungen, die unter allen Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen am häufigsten dokumentiert würden. An zweiter Stelle stünden Verhaltens- und emotionale Störungen mit 12 %. Zu diesen zählten hyperkinetische Störungen wie ADHS. Die Gruppe der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen sei 2017 bei 6 % der Kinder und Jugendlichen diagnostiziert worden, beispielsweise Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Angsterkrankungen.

Die diagnostizierten psychischen Erkrankungen der meisten Kinder und Jugendlichen seien vorübergehend und ließen sich gut behandeln, je nach Störung etwa mit Logopädie, Ergotherapie und Psycho-

therapie. Für knapp 10 % der Kinder und Jugendlichen sei jedoch eine psychische Erkrankung diagnostiziert worden, die einen chronischen Verlauf nehmen könne. Hier seien ein frühes Erkennen und schnelle Hilfe sehr wichtig, um eine Chronifizierung zu vermeiden.

Ein besonderes Augenmerk lege der Bericht der DAK-Gesundheit auf Depressionen und Angststörungen, die erst im Jugendalter gehäuft aufträten. Hier werde daher nur die Altersgruppe der Zehn- bis 17-Jährigen betrachtet. In dieser Altersgruppe seien 2,1 % der rheinland-pfälzischen Jugendlichen wegen Depressionen behandelt worden. Mädchen seien häufiger betroffen als Jungen. In den meisten Fällen handele es sich um eine zeitlich begrenzte depressive Episode. Betroffene gingen im Durchschnitt vier- bis fünfmal häufiger im Jahr zum Arzt. 7 % seien im Krankenhaus behandelt worden.

Wegen Angststörungen seien 2,3 % der Zehn- bis 17-Jährigen im Jahr 2017 in Behandlung gewesen. Auch hier seien Mädchen häufiger betroffen als Jungen. Zu beachten sei, dass Depressionen und Angststörungen häufig parallel aufträten. 24 % aller Mädchen und 17 % aller Jungen mit diagnostizierter Depression litten zugleich an einer Angststörung.

Als weitere Risikofaktoren insbesondere für das Auftreten von Depressionen, aber auch von Angststörungen zeige der Bericht der DAK-Gesundheit bestehende chronische Erkrankungen und Adipositas auf. Auch Diabetes und Schmerzerfahrungen könnten mit einer erhöhten Prävalenz von Depressionen und Angststörungen einhergehen.

Neben diesen gesundheitlichen Einflussfaktoren, die im betroffenen Kind oder Jugendlichen lägen, spiele die Familie eine große Rolle. So gingen psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und chronische Erkrankungen eines Elternteils ebenfalls mit einem erhöhten Risiko einher, ebenso ein niedriger oder mittlerer Bildungsstand der Eltern.

Der Kinder- und Jugendbericht der DAK-Gesundheit lenke die Aufmerksamkeit einmal mehr auf das wichtige Thema der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land. Die Ergebnisse passten zu den bisherigen Erkenntnissen. Der Bericht bestätige, dass ein großer Anteil von ihnen Hilfebedarfe zeige, die bereits auf ein differenziertes, aber vernetztes und erreichbares Versorgungssystem träfen. Eine ausführliche Darstellung aller Unterstützungsangebote enthalte die Broschüre über Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in Rheinland-Pfalz.

Als Landesregierung sehe man sich in der Pflicht, dieses Versorgungs- und Unterstützungssystem gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern kontinuierlich zu verbessern. Der Bericht zeige, dass man die Bemühungen um Aufklärung und Prävention fortsetzen müsse. Dies gelte gerade für eher leise Störungen der Depression und Angst, die trotz des oft stillen Leidens der Betroffenen frühzeitig erkannt und behandelt werden sollten. Beispielhaft seien die Präventionsprogramme „MindMatters“ und „Verückt? Na und!“ zu nennen, die beide von der Landesregierung unterstützt würden.

Abg. Katharina Binz geht auf das geschilderte und bereits in der Diskussion befindliche definierte Bild der psychischen Erkrankungen ein. Psychische Erkrankungen dürfe man nicht kleinreden. Wenn von psychischen Störungen gesprochen werde, gingen die meisten Menschen von Depressionen und weniger von Sprach- und Sprechstörungen aus, die gerade bei Kindern diagnostiziert würden.

Mit Blick auf die Diagnose ADHS sei zu fragen, wie sich die Zahlen in den letzten Jahren entwickelt hätten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erwidert, derzeit gebe es bezüglich ADHS 5,4 % Betroffene in Rheinland-Pfalz gemäß dem DAK-Report, deutschlandweit 3,9 %.

Ulrike Zier (Referentin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) ergänzt, die DAK habe den Bericht zum zweiten Mal herausgegeben, sodass eine Vergleichbarkeit nicht sehr groß sei. Gegenüber 2017 habe der Anteil an ADHS geringfügig abgenommen. Bei diesen Fallzahlen und den kleinen Strichproben bewerte man den Vergleich als nicht belastbar.

Abg. Sven Teuber verweist auf eine Tagung in Trier zum Thema psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen, bei der die Notwendigkeit eines differenzierten Vorgehens bestätigt worden sei.

Bei Kindern werde anfangs eine solch Erkrankung vermutet. Von einer Erkrankung könne man jedoch erst nach einem längeren Zeitraum sprechen. Vielfach werde die Diagnose, evtl. einhergehend mit einer Überweisung, vom Kinderarzt gestellt. Daher bestehe Interesse an Informationen, wie sich nach der Erstdiagnose der Verlauf der Erkrankung darstelle. Er gehe davon aus, dass eine zunächst gestellte Diagnose einer psychischen Erkrankung auch die Möglichkeit des Agierens des Arztes unterstütze, aber sich nicht immer bestätige, sodass sich im Verlauf der Behandlung bei vielen herausstelle, die Diagnose treffe nicht zu, sondern es handele sich um eine Krise und nicht um eine psychische Erkrankung.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler bestätigt, in 80 % bis 90 % erfolge die Diagnose durch den Kinderarzt, der, da es sich nicht um sein Fachgebiet handele, vielfach eine Überweisung an einen anderen Arzt vornehme. Jedoch lägen keine Vergleichszahlen über die Weiterentwicklung bei dieser Diagnose vor. Es gebe lediglich Daten, dass 10 % der Erkrankungen chronisch verliefen. Keine Erkenntnisse lägen über die verbleibenden 90 % vor. Bei diesen rechne sie auch damit, dass trotz einer Überweisung in manchen Fällen die Diagnose nicht zutrefe. Trotzdem erachte sie es als wichtig, frühzeitig zu agieren, damit die Möglichkeit des frühen Ansatzes nicht verpasst werde.

Abg. Dr. Sylvia Groß bewertet die Zahlen als erschreckend. Der BARMER-Report habe für 2018 die Gruppe der 18- bis 20-Jährigen untersucht. Festgestellt worden sei, dass 26 % dieser Gruppe von psychischen Erkrankungen oder Hinweise darauf betroffen sei. Der DAK-Jugendreport befasse sich mit dem Alter unter 17 Jahren und habe 38 % der Fünf- bis Neunjährigen erfasst. Sie bewerte diese Zahlen als katastrophal.

Begrüßt werde das Vorhandensein von Anlaufstellen, an die sich Eltern mit Kindern wenden könnten. Als wichtiger sehe sie es an, die Gründe herauszufinden und nicht den Fokus auf die Einrichtung weiterer Anlaufstellen und anderer Hilfsangebote zu richten.

Überlegt worden sei, beispielsweise einen Runden Tisch zu diesem Thema einzurichten, an dem sich Kinderpsychologen, Psychiater, Psychotherapeuten und andere Fachleute beteiligten, um anhand der bestehenden unterschiedlichen Eindrücke und jahrelangen Praxiserfahrungen aus Besuchen von Eltern und Kindern den Ursachen auf den Grund gehen zu können. Kenntnis bestehe, dass es vielfältige Ursachen geben könne. Aber sicherlich gebe es Gegebenheiten, die verstärkend wirkten. Daher sei zu fragen, ob über die Klärung der Ursachen nachgedacht worden sei.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erläutert, in dem Alter seien Entwicklungsschritte zu berücksichtigen. Bei kleinen Kindern stünden Sprach- und Entwicklungsproblematiken im Vordergrund. Vieles werde bei den Schuleingangsuntersuchungen festgestellt, sodass die Möglichkeit bestehe, früh mit Logopädie und anderen Angeboten dem entgegenzuwirken, damit für die Kinder die Möglichkeit bestehe, in der Schule mitzukommen und ihre schulische Laufbahn ohne chronische Erkrankungen oder anderen Problemen zu absolvieren.

Nicht davon ausgegangen werden dürfe, dass 38 % der Kinder an Depressionen oder Angststörungen litten. Vielmehr müssten die Bereiche Sprache und Entwicklung Berücksichtigung finden. Positiv zu bewerten seien die vielfältigen Angebote. Für den Bereich der Depressionen und Angststörungen benötige man keinen runden Tisch. Verwiesen werde auf den bestehenden Landespsychiatriebeirat, in dem Praxis und Wissenschaft zusammenarbeiteten. Dort könne man über diese Problematik, weitere Entwicklungen, Verbesserungen und Lösungsansätze diskutieren.

Abg. Dr. Sylvia Groß sagt, zu den Ursachen von Angststörungen gehörten vielfach Sprach- und Entwicklungsstörungen.

Interesse bestehe zu erfahren, ob sich das erwähnte Gremium mit den Ursachen beschäftigte und welche Themen zu dem Aufgabenfeld gehörten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler erklärt, der Landespsychiatriebeirat habe Leitlinien für die Arbeit entwickelt.

Dr. Julia Schwaben (Referatsleiterin im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie) macht deutlich, der Landespsychiatriebeirat sei im Landesgesetz für psychisch kranke Menschen verankert und werde durch die Ministerin oder ihre Vertretung geleitet. In diesem seien sämtliche

Partnerinnen und Partner für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung im Land vertreten. Zu den Beteiligten gehörten der Landesverband der Angehörigen, der Betroffenen, die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, der Arbeitskreis der Chefärzte der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie usw. Die große Runde der Expertinnen und Experten berate zu vielfältigen Themen, beispielsweise habe der Landespsychiatriebeirat zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen Empfehlungen erarbeitet, die in Richtung Ursachenforschung gingen und nicht nur die Verbesserung der Versorgung in den Blick nehmen. Themen des Beirates seien alle Versorgungsfragen, die nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch die Erwachsenen bezüglich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung betreffen.

***Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** sagt auf Bitte von **Vors. Abg. Hedi Thelen** zu, ihren Sprechvermerk zur Verfügung zu stellen.*

Abg. Michael Wäschenbach ergänzt, im kommunalen Bereich gebe es die Psychiatriebeiräte, die wertvolle Arbeit leisteten. Es handele sich um eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung und um Herausforderungen, die sich wenig eignen, ideologisch bearbeitet zu werden. Unaufgeregt und zum Schutz der Betroffenen müsse man versuchen, den Menschen zu helfen. Angeregt werde, im Bereich der Lehrerfortbildung diese Problematik zu berücksichtigen; denn er habe beobachten können, dass nicht jeder Lehrer im Rahmen der Früherkennung erste Hilfe bei Kindern leisten könne, die man früher als „Zappelphilipp“ bezeichnet habe. Im Rahmen der Lehrerfortbildung könne eventuell dafür ein Schwerpunkt gesetzt werden, um mit diesen Kindern besser umgehen zu können.

Hervorzuheben sei eine 2014 durchgeführte Anhörung zum Thema ADHS, bei dem man sich mit dem Thema sehr ernsthaft befasst und es keinen parteipolitischen Streit gegeben habe. Vergleichbares gelte für den Themenbereich der Organspende, bei dem man sich ernsthaft, wie bei den psychischen Problemen der Kinder und Jugendlichen mit der Thematik befasst habe. Dieses wirke bis heute.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt, die Anregung werde aufgenommen; es bestehe eine gute Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium. Gemeinsam mit diesem gebe es die bereits erwähnten Angebote, z. B. „MindMatters“, bei dem Lehrer für die Thematik sensibilisiert und im Umgang geschult würden. Darüber hinaus gebe es das Programm „Verrückt? Na und!“, das gemeinsam mit dem Bildungsministerium durchgeführt werde. Das Pädagogische Landesinstitut biete gezielte Fortbildungen an und sei bei diesen Programmen eingebunden. Großes Interesse bestehe bei den Schulen an diesen Programmen. Festgestellt werde, dass die Lehrer nicht immer auf die im Unterricht bestehende Situation vorbereitet seien, sodass solche Angebote dankbar angenommen würden.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 11 der Tagesordnung:

Situation der Reha-Kliniken in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der CDU

[– Vorlage 17/5907 –](#)

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler legt dar, die medizinische Rehabilitation sei neben der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärzte und der Akutversorgung im Krankenhaus integraler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Ihre übergeordneten Ziele seien die Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit zur Verhinderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sowie der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Je nach individueller Ausgangssituation der Rehabilitanden und Zielen der Rehabilitationsmaßnahmen zeichneten sich unterschiedliche Träger verantwortlich. Die Hauptträger der medizinischen Rehabilitation seien die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung könne die Zielsetzung vereinfacht mit dem Leitsatz, Reha vor Pflege, beschrieben werden. Die Krankenkassen dürften diese Leistungen nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 bzw. § 111 a SGB V bestehe.

Anders als im Bereich der Krankenhausversorgung erfolge im Bereich der Vorsorge oder der Rehabilitationskliniken keine Planung der bedarfsgerechten Versorgung durch die Länder. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sei lediglich das Einvernehmen über den Abschluss und die Kündigung von Versorgungsverträgen anzustreben.

Der Rehabilitationsmarkt sei und werde bis heute wesentlich durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Kostendämpfungsgesetze der 1990er-Jahre geprägt, im Rahmen derer die Regeldauer für Rehabilitationsmaßnahmen auf drei Wochen begrenzt und die Zuzahlungsbeträge für Patienten mehr als verdoppelt worden seien. Ein weiterer Einflussfaktor seien die Steuerungsmöglichkeiten der Kostenträger im Rahmen von Vergütungsverhandlungen und der Belegung von Kliniken.

Wenn die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt seien, dann bestimme die Krankenkasse nach den Erfordernissen des Einzelfalles Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die durchführende Rehabilitationseinrichtung nach Ermessen. Hierbei seien lediglich die individuellen Verhältnisse des Rehabilitanden sowie das Wunsch- und Wahlrecht zu beachten, nachdem der Rehabilitand unter bestimmten Voraussetzungen eine Einrichtung zur Leistungserbringung wählen könne. Dies eröffne der GKV Spielraum zur Steuerung der Fallzahlen in günstige und/oder leistungsstarke Rehabilitationseinrichtungen.

Aber auch die Versorgungsform, ambulant oder stationär, potentieller Rehabilitanden und somit die Höhe der Fallzahlen in der stationären Rehabilitation insgesamt könnten von der GKV in gewissen Grenzen beeinflusst werden.

Im Rahmen von Strukturveränderungen und Konzentrationsprozessen seien auch in Rheinland-Pfalz in den Jahren 2008 bis 2019 insgesamt zehn Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V geschlossen, in andere Einrichtungen überführt bzw. in einem Fall in ein Altenheim umgewandelt worden. Aktuell gebe es insgesamt 54 Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, die den Bedarf an stationärer medizinischer Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz abdecken.

Die Vergütung für Rehabilitationsmaßnahmen erfolge einrichtungsindividuell und weitgehend auf Basis indikationsspezifischer Tagessätze bzw. Fallpauschalen. Ein wesentliches Merkmal der Vergütung von Rehabilitationsleistungen sei die undifferenzierte Pauschalvergütung von laufenden Betriebskosten sowie Aufwendungen aus der Finanzierung der Investitionen in die Immobilie und Geschäftsausstattung. Es bestehe somit keine Transparenz über den Entgeltbestandteil, der zur Refinanzierung der Gesteuerungskosten bzw. Pacht herangezogen werden könne. Da Betreiber von Rehabilitationseinrichtungen zudem gewöhnlich keine Fördermittel erhielten, wie dies zum Beispiel im Krankenhaussektor der Fall

sei, seien sie im Rahmen ihrer Investitionen in der Regel auf Finanzierungsmittel wie Bankdarlehen angewiesen.

Im Bereich der GKV schlossen die Einrichtungsträger mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Vergütungsvereinbarung über Tagessätze ab. Darüber hinaus bestehe für jede Krankenkasse die Möglichkeit, individuelle Vergütungsvereinbarungen mit Rehabilitationseinrichtungen zu schließen. Insgesamt sei festzustellen, dass die Vergütungssatzsteigerungen der letzten Jahre unterhalb der Kostensteigerungsrate der Rehabilitationseinrichtungen geblieben seien und somit ein Kostenanpassungsdruck bestehe.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung lasse sich der gesetzliche Auftrag vereinfacht mit der Zielsetzung, Reha vor Rente, beschreiben. Ein weiterer Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungen bestehe darin, dass die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 15 SGB VI stärker durch die Rentenversicherung selbst geleistet würden. Darüber hinaus würden Rehabilitationsleistungen durch Einrichtungen Dritter, mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX bestehe, erbracht.

Die strukturellen Anforderungen an Rehabilitationskliniken seien in weiten Teilen vergleichbar. Oftmals würden daher stationäre Rehabilitationseinrichtungen sowohl von der GKV als auch der gesetzlichen Rentenversicherung belegt.

Medizinische Rehabilitation sichere Wachstum und Beschäftigung. Der zunehmende Fachkräftemangel in Verbindung mit der demographischen Entwicklung der Bevölkerung, der Anhebung des Rentenalters sowie dem Anstieg chronischer Erkrankungen werde die volkswirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation in Zukunft weiter erhöhen. Gemäß § 36 Abs. 1 SGB IX hätten die Rehabilitationsträger gemeinsam mit Bundes- und Landesregierung darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stünden. In diesem Kontext beobachte die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz aufmerksam die Entwicklung der Marktstrukturen in Rheinland-Pfalz darüber hinaus. Grundsätzlich könne festgestellt werden, dass das bestehende Leistungsangebot als insgesamt auskömmlich angesehen werden könne und eine Unterversorgung allenfalls in Bezug auf spezielle Segmente und Indikationen bestehe.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung verhandle grundsätzlich jeder Rentenversicherungsträger die Vergütungssätze mit den von ihnen federgeführten Rehabilitationseinrichtungen. Dabei legten die Rentenversicherungsträger einen Richtwert zugrunde, der vom Fachausschuss für Rehabilitation für das entsprechende Jahr festgelegt werde. Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz halte sich an den festgelegten Richtwert. Einrichtungsspezifische Besonderheiten könnten nach einer eingehenden Prüfung zusätzlich berücksichtigt werden. Der verhandelte Vergütungssatz werde von allen Rentenversicherungsträgern mitgetragen.

Die Deutsche Rentenversicherung entwickle derzeit mit einer Projektgruppe ein neues, transparentes und nachvollziehbares Vergütungssystem. Die Arbeit der Projektgruppe sei noch nicht abgeschlossen.

Der Rückgang der Anzahl der Einrichtungen könne nicht nur auf eine unzureichende Vergütung der Einrichtungen zurückgeführt werden, sondern erkläre sich auch durch Bedarfsveränderungen, regionale Verschiebungen in der Nachfrage und Veränderungen in der Trägerstruktur. Aktuell liege die Bewilligungsquote der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz bei 73,9 %. Diese liege im Vergleich mit den anderen Rentenversicherungsträgern im oberen Bereich. Außerdem sei bei den durchgeführten Maßnahmen in rheinland-pfälzischen Einrichtungen ein Zuwachs um 7,8 % erkennbar.

In den letzten Jahren habe die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz bundesweit verstärkt Verträge mit Rehabilitationseinrichtungen geschlossen, die bislang nicht belegt worden seien, und komme damit der steigenden Nachfrage zur Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten nach. Ein großer Anteil der durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz erbrachten medizinischen Leistungen werde allerdings weiterhin in rheinland-pfälzischen Einrichtungen durchgeführt.

Rehabilitationskliniken konkurrierten mit Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen um eine ausreichende Zahl von Pflegekräften. Diese Konkurrenzsituation führe dazu, dass Rehabilitationskliniken per-

sonell geschwächt würden. Deshalb habe sich Rheinland-Pfalz im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz gemeinsam mit anderen Ländern für eine wirkungsgleiche Übertragung der Verbesserungen für die Krankenpflege in den Krankenhäusern auf die Pflege im Rehabilitationsbereich eingesetzt. Der Bundesgesetzgeber habe zugesagt, diese Vorschläge zu prüfen und habe im überarbeiteten Entwurf eines Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes wichtige Regelungen zur Stärkung der Rehabilitationskliniken vorgesehen. So sollten auch Reha-Einrichtungen künftig ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Tariflöhne zahlen können, ohne dass dies von den Krankenkassen beanstanden könnten. Dafür werde der Grundsatz der Grundlohnsummenbindung aufgehoben. Das mache den Weg frei für Verbesserungen bei den Vergütungsverhandlungen und werde die Personalsituation in Reha-Einrichtungen stärken.

Als Ministerin für Gesundheit und Demographie begrüße sie zudem, dass der Grundsatz Reha vor Pflege durch den Gesetzentwurf gestärkt werde. Bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme werde das Antragsverfahren vereinfacht, in dem die Krankenkasse nicht mehr überprüfe, ob die Rehabilitation medizinisch erforderlich sei. Die bisherige Höchstdauer von 20 Tagen bei ambulanter und drei Wochen bei stationärer Behandlung werde nun bei einer geriatrischen Rehabilitation als Regeldauer festgelegt. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen könne die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme zukünftig nur noch auf der Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK in Zweifel ziehen.

Die Behandlungsdauer in den Krankenhäusern verkürzte sich seit Jahren immer mehr. Den Reha-Kliniken komme daher eine wachsende Bedeutung bei der weiteren Behandlung insbesondere im Bereich neurologischer und onkologischer Erkrankungen zu. Sie werde sich daher weiterhin für eine Stärkung der medizinischen Rehabilitation und der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten einsetzen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte von **Abg. Michael Wäschenbach** zu, ihren Sprechvermerk und Vergleichszahlen der Bewilligungsquoten zur Verfügung zu stellen.

Abg. Christoph Spies begrüßt die Zahlung von Tariflohn und möchte wissen, ob eine Anpassung der Vergütungsvereinbarungen vorgesehen sei, wenn auf der Bundesebene Grundregeln erarbeitet würden.

Abg. Dr. Christoph Gensch möchte wissen, wie sich die Beschäftigtenzahlen in den Rehakliniken entwickelt hätten.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sagt auf Bitte von **Abg. Christoph Spies** zu, Informationen zu verschiedenen bundesgesetzlichen Regelungen zur Verfügung zu stellen:

- Thema „Tariflohn“: Wird die Vergütungsvereinbarung angepasst?;
- Thema „Sektorübergreifende Versorgung“: Beabsichtigt das BMG eine Klarstellung (analog Tagespflege) bezüglich der vom Bundesverwaltungsgericht herausgenommenen Fahrtkosten?;
- Thema „Geriatrische Versorgung“: Wie sieht es mit der Stichprobenbildung für die anderen Fälle beim MDK aus?

Darüber hinaus sagt **Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler** auf Bitte von **Abg. Dr. Christoph Gensch** zu, Informationen über die Beschäftigtenzahlen in den Reha-Kliniken zur Verfügung zu stellen.

Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler merkt an, berücksichtigt werden müsse im Bereich der Pflegekräfte die mit Krankenhäusern oder der Altenhilfe bestehende Konkurrenz. Gehofft werde, dass sich durch die Verhandlungen der Arbeitsplatz wieder etwas attraktiver und die Konkurrenzsituation anderes darstellten. Damit könne eine Änderung der Situation auf dem Markt der Fachkräfte einhergehen.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 12 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Vors. Abg. Hedi Thelen informiert, die Firma Novartis GmbH habe angeboten, wunschgemäß über die Themen Impfen, Verfügbarkeit der Impfstoffe und Innovationen in der Versorgung onkologischer Patienten zu informieren. Novartis habe angeboten, entweder in Form eines Abgeordnetenfrühstücks oder eines Mittagstalks darüber zu informieren. Der frühestmögliche Termin im Rahmen einer Ausschusssitzung sei der 2. April am Vormittag. Jedoch liege für diesen Tag bereits eine Einladung der LPK (LandesPsychotherapeutenKammer) zum gesundheitspolitischen Dialog „LPK trifft Gesundheitspolitik“, Digitalisierung in der Psychotherapie, vor.

Angeregt werde, die Information am 7. Mai 2020 vorzusehen, weil an diesem Tag die Termine nicht so dicht gedrängt seien. Vormittags stehe der Sozialpolitische Ausschuss an, nachmittags der Ausschuss für Gesundheit, Pflege und Demografie, sodass man Novartis zwischen 12:30 Uhr und 13:30 Uhr die Möglichkeit zur Information anbieten könne.

Der Ausschuss kommt überein, der Firma Novartis GmbH zur Durchführung einer Informationsveranstaltung über die Themen Impfen und Innovationen in der Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten als Termin den 7. Mai 2020 zwischen 12:30 Uhr 13:30 Uhr vorzuschlagen.

Mit dem Dank für die Mitarbeit schließt die Vorsitzende die Sitzung.

gez. Dr. Voßen
Protokollführerin

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Machalet, Dr. Tanja	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Simon, Anke	SPD
Spies, Christoph	SPD
Teuber, Sven	SPD
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Klein, Marcus	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
Hitzges, Andreas	Stellv. Abteilungsleiter im Ministerium des Innern und für Sport

Landtagsverwaltung:

Schlenz, Christian	Amtsrat
Belz, Angela	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)
Voßen, Dr. Julia	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)