

Frau
Corinna Simmerkuß

per E-Mail: post@bi-gg-rl.de

Gute Gesundheitsversorgung im Raiffeisenland

Sehr geehrte Frau Simmerkuß,

vielen Dank für die Zusendung Ihres Fragenkataloges bezüglich der gesundheitlichen Versorgung im Raum Altenkirchen-Flammersfeld vor dem Hintergrund des bestehenden Insolvenzverfahrens der DRK-Kliniken im Westerwaldkreis.

Dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit und mir ist bewusst, welche Sorgen sich die Bürgerinnen und Bürger nach dem Bekanntwerden der Insolvenzanträge der betroffenen DRK-Krankenhäuser um die gesundheitliche Versorgung im Westerwaldkreis machen. Selbstverständlich nehmen wir diese Sorgen sehr ernst.

Bereits seit Bekanntwerden der Insolvenz der betroffenen DRK-Kliniken setzen der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister Clemens Hoch, MdL (SPD) und ich uns gemeinsam dafür ein, dass bei allen notwendigen und organisatorischen Maßnahmen, welche in einem Insolvenzverfahren zu absolvieren sind, die ärztliche Versorgung und deren nachhaltige Sicherung der betroffenen Regionen oberste Priorität hat. Des Weiteren war es uns von Beginn an wichtig, dass die Mitarbeitenden vollumfänglich und absolut transparent über alle Schritte des Insolvenzverfahrens und die Pläne der Verantwortlichen des Krankenhausträgers informiert wurden und auch in der Zukunft weiterhin werden. Gleiches gilt selbstverständlich auch für alle Bürgerinnen und Bürger.

Daher beantworte ich gerne Ihren Fragenkatalog, um zu einer transparenten Informationsstruktur beizutragen.

Krankenhaus

Laut Aussage der Kreisverwaltung Altenkirchen wäre Herr Minister Hoch mit einem Level-1i-plus-Krankenhaus in Altenkirchen zufrieden.

1. Was bedeutet das genau? Es gibt kein Level-1i-plus in irgendwelchen Plänen. Ja, es soll ein Modellprojekt werden, aber dafür müssen ja irgendwelche Vorstellungen vorhanden sein, die zumindest dem Ministerium vorliegen sollten.
2. Was bedeutet die Aussage: Zentrum der Grundversorgung?

Zu 1. und 2.

In der Tat ist der Begriff des „Level 1i-Krankenhauses“ nicht vollständig klar definiert. Zu Beginn der Krankenhausstrukturreform wurde dieser Begriff geprägt als ein Element für die Grundversorgung,

gerade auch im ländlichen Raum. Aus dem Begriff selbst kann man die Leistungen und den Beitrag zur medizinischen Versorgung damit nicht gänzlich ableiten. Die DRK-Trärgesellschaft hat jedoch hierfür die Planungen konkretisiert und wird in Altenkirchen nach eigener Aussage ein breites Spektrum internistischer und chirurgischer Leistungen anbieten. Von den Krankenhäusern wird in Zukunft ohnehin ein hoher Anteil ambulanter Leistungen verlangt, was für derartige Konzepte eine Chance darstellt.

3. Was bedeutet: „(..), dass auch das Angebot einer Chirurgie und der Psychiatrie erhalten bleiben soll.“ In welchem Umfang sollen denn Betten in der Chirurgie erhalten bleiben? Sind das die 20 Kurzliegerbetten?

Die DRK-Trärgesellschaft plant am Standort Altenkirchen nicht ausschließlich rein ambulante Leistungen anzubieten. Es wird parallel zum ambulanten Angebot auch ein stationäres Angebot geben, welches einen kurzen stationären Aufenthalt ermöglichen wird. Dieses stationäre Angebot soll insgesamt eine Zahl von 20 internistische und chirurgische Kurzliegerbetten gemeinsam umfassen. Dieses kurzstationäre Angebot wird das Leistungsangebot am Standort Altenkirchen vergrößern und damit die Grundversorgung absichern.

4. Was ist mit Übergangspflege gemeint?
5. Was ist mit der Urologie und den speziellen Prostata-OPs von Prof. Schultes?

Zu 4. und 5.

Nach Rücksprache mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit liegen hierzu keine offiziellen Informationen vor. In diesem Detailgrad kann aktuell nur die DRK-Trärgesellschaft Auskunft geben.

Sollte es sich bei der verwendeten Formulierung „Übergangspflege“ in Frage 4. auf den tatsächlich festgesetzten Begriff der „Übergangspflege“ drehen, kann ich Ihnen Folgendes dazu berichten:

Die „Übergangspflege“ stellt ein Angebot für Menschen dar, bei denen die eigentliche stationäre Behandlung oder ein medizinisch notwendiger Eingriff eigentlich abgeschlossen ist, die aber aufgrund ihres aktuellen Zustandes oder der jeweiligen Wohn- und Betreuungssituation noch nicht vollständig entlassen werden können. Dieses Angebot wurde 2021 im Zuge des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) nach § 39e SGB V als neue Leistung der GKV eingeführt. Demnach besteht Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können, wie oben bereits erwähnt. Auch dieses Angebot trägt zu einer guten medizinischen Versorgung vor Ort bei, insbesondere bei den Bürgerinnen und Bürgern, die Sie unter Gesundheitsversorgung allgemein 11. angesprochen haben, die für ein Seniorenheim noch zu jung und/oder zu fit sind oder sich aus finanziellen Gründen eine anderweitige Pflege nicht leisten können. Diese Maßnahme kann durchaus dazu beitragen, dass insbesondere Seniorinnen und Senioren länger in ihrer häuslichen Umgebung wohnen können.

6. Mit welchen Mitarbeitern soll ein Level-1i-plus umgesetzt werden? Nach unseren Informationen rechnet das Krankenhaus in Kirchen damit, dass die meisten Mitarbeiter dorthin wechseln und werden dort entsprechend Stellen freigehalten. Allerdings schaut sich ein Großteil der Mitarbeiter nach Stellen in anderen Krankenhäusern um, also nicht beim DRK als Träger. Und das ist nach den ganzen Aktionen, die sich das DRK erlaubt hat, auch nachvollziehbar.

Nach Rücksprache mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit soll in größtmöglichem Umfang das Personal in Altenkirchen verbleiben. Sollte dies in Einzelbereichen nicht gänzlich möglich sein, wird dem Personal selbstverständlich vorrangig ein Wechsel an andere Häuser der DRK-Trägersgesellschaft angeboten.

Gesundheitsversorgung allgemein

1. Was macht für Sie eine gute Gesundheitsversorgung aus?

Für mich persönlich, wie aber auch für die SPD-Landtagsfraktion Rheinland-Pfalz, geht der Begriff „gute Gesundheitsversorgung“ weit über die allgemeine hausärztliche oder die stationäre Versorgung in einem Krankenhaus hinaus und stellt hierbei ein Kernanliegen meiner und unserer Arbeit dar.

Für eine gute medizinische Versorgung bedarf es der Kombination von zahlreichen Maßnahmen und Akteuren vor Ort selbst, sowie aber auch von unterstützenden Maßnahmen mittels Unterstützung von höheren Ebenen, wie zum Beispiel die des Landes und die des Bundes. Dazu gehört, dass wir ein flächendeckendes und zuverlässiges ambulantes und stationäres Versorgungssystem haben, welches durch ein qualifiziertes Notfallsystem unterstützt wird und welches für alle Menschen leicht zugänglich und schnell erreichbar ist.

Dieses System muss sicherstellen, dass die medizinische Grundversorgung aller Menschen gewährleistet ist, obgleich es sich dabei um die körperlich-physische oder die psychische Versorgung handelt. Zu einer allumfassenden Versorgung gehören hierbei alle wichtigen Bereiche, von hausärztlicher und auch kinderärztlicher Versorgung, über fachspezifische Versorgung, Vorsorgeuntersuchungen, Akutbehandlungen, Impfungen bis hin zu Rehabilitation, Pflege und vielen weiteren Versorgungsstrukturen.

Dies gilt es nicht nur für die Region Altenkirchen-Flammersfeld oder den Westerwaldkreis sicherstellen, sondern für ganz Rheinland-Pfalz. Hierzu gehört selbstverständlich eine auskömmliche Finanzierung, die Nutzung der voranschreitenden Digitalisierung, wie aber auch die Umsetzung dringender notwendiger Reformvorhaben, wie zum Beispiel die Krankenhausstrukturreform. Auch die Fachkräftesicherung, mit den unterschiedlichen Maßnahmen, welche im weiteren Verlauf der Beantwortung Ihrer Fragen erörtert werden, beeinflusst diesen Prozess.

2. Sehen Sie die Region Altenkirchen-Flammersfeld medizinisch gut versorgt?
3. Wissen Sie, wie knapp die hausärztliche Versorgung in und um Altenkirchen ist? Menschen, die heute nach Altenkirchen ziehen, kriegen oft schon keinen behandelnden Hausarzt mehr in der Nähe. Wie kann das sein?

4. Wissen Sie, wie knapp die fachärztliche Versorgung im Bereich Pädiatrie, Kardiologie, HNO, Lungenheilkunde und Orthopädie ist, wie weit die Patienten fahren müssen und wie lange sie auf einen Arzttermin warten? Von Psychologen ganz abgesehen!

Zu 2. bis 4.

Eine spezifische, valide Antwort wäre uns, auch nach Rücksprache mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit, zu diesen Fragestellungen nur möglich, wenn eine Gesamtanalyse der aktuellen Niederlassungen von Arztpraxen, Facharztpraxen und den sonstigen medizinischen Vorhaltestrukturen gegeben ist.

Im Zuge der Beantwortung haben wir uns hierzu um diese Informationen bemüht. Diese umfassenden Informationen und Zusammenstellungen liegen jedoch nur der Kassenärztlichen Vereinigung vor. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt eine selbstverwaltete Körperschaft dar, auf die wir keine Einflussmöglichkeiten haben. Daher bitten wir Sie sich direkt für detailliertere Informationen an diese zu wenden.

Einen generellen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation in Altenkirchen können wir Ihnen nach Rücksprache mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit jedoch wie folgt eingeben:

Im Planungsbereich Mittelbereich Altenkirchen, welcher deckungsgleich mit der Verbandsgemeinde Altenkirchen-Flammersfeld ist, beträgt der hausärztliche Versorgungsgrad: 94,81 %, es bestehen 3,5 Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrgrenze wegen Überversorgung.

Im Hinblick auf die allgemeine fachärztliche Versorgung bestehen im Planungsbereich Altenkirchen die folgenden Versorgungsgrade:

Arztgruppe	Versorgungsgrad
Augenärzte	105,3
Chirurgen und Orthopäden	110,72
Frauenärzte	108,33
Hautärzte	15,21
HNO-Ärzte	24,4
Kinder- und Jugendärzte	115,24
Nervenärzte	52,47
Psychotherapeuten	108,79
Urologen	149,7

Nach den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht bei einem Versorgungsgrad der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung über 110% rechnerische Überversorgung, das Vorliegen einer Unterversorgung oder in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung ist bei unter 50% anzunehmen.

Aus dieser Übersicht geht hervor, dass im Bereich Altenkirchen tatsächlich eine Unterversorgung an Hautärzten, Hals-Nasen-Ohrenärzten und Nervenärzten vorliegt.

Hier gilt es, dies im Blick zu haben und Gegenmaßnahmen in Angriff zu nehmen. Unterschiedlich mögliche Maßnahmen sind in der Beantwortung des Fragenkataloges ebenfalls erläutert.

5. Wie wollen Sie der sich zunehmenden Verschlechterung der ambulanten (und stationären) medizinischen Versorgung entgegenreten? Welche Konzepte gibt es?

Das Land Rheinland-Pfalz reagiert gemeinsam mit weiteren Akteuren aus dem Gesundheitsbereich, wie der Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, dem Hausärzterverband Rheinland-Pfalz, der Universitätsmedizin Mainz, wie aber auch mit weiteren strategischen Partnern, wie der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, dem Landkreistag Rheinland-Pfalz und dem Gemeinde- und Städtebund Rheinland-Pfalz bereits seit dem Jahr 2007 mit dem „Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz“ auf die demographischen Entwicklungen in Rheinland-Pfalz. Neben den demographischen Entwicklungen werden dabei auch die Altersstruktur der etablierten Ärzteschaft und die Erwartungen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mitbedacht.

Seit dem Jahr 2007 wird dieser Masterplan regelmäßig fortgeschrieben und ergänzende Maßnahmen hinzugefügt. Mittlerweile umfasst der Masterplan mehr als 30 Maßnahmen. Alle Maßnahmen sind hierbei unter den Akteuren abgestimmt und aufeinander abgestimmt, so dass die Maßnahmen ihren größtmöglichen Effekt entfalten können.

Die Maßnahmen des Masterplans erstrecken sich hierbei über kurz-, mittel- und langfristig wirksame Maßnahmen. Unter anderem betreffen diese Maßnahmen Handlungsfelder der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, die Fortbildung, die ärztliche Berufsausübung sowie regionale und kommunale Initiativen.

Gerne führe ich Ihnen hierzu einige wichtige Maßnahmen näher aus.

Landesförderung Hausärztliche Versorgung

Das Land fördert im hausärztlichen Bereich Niederlassungen, Praxisübernahmen, Anstellungen von Ärztinnen und Ärzten sowie die Einrichtung von Zweigpraxen in ausgewählten Förderregionen. Ab Januar 2024 gilt das Förderangebot auch für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. (siehe Frage 7)

Landesförderung PJ-Tertial Allgemeinmedizin

Mit der PJ-Förderung des Landes werden Studierende finanziell unterstützt, die sich während des praktischen Jahres für ein Tertial in der Allgemeinmedizin entscheiden. Hierbei können Studierende bis zu monatlich 600 Euro beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung beantragen. So können sich Studierende intensiv mit der Allgemeinmedizin befassen und sind mittels Evaluation positiv überrascht über das vielseitige und abwechslungsreiche Aufgabenspektrum. Dies wiederum führt dazu, dass mehr Absolventinnen und Absolventen eine Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin durchlaufen.

Landarztquote für Rheinland-Pfalz

Mit Hilfe des Landesgesetzes zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung in Rheinland-Pfalz ist eine bestimmte Anzahl an Studienplätzen, bei der Quote von 6,3% der Gesamtstudienplätze (entspricht etwa 27 Studienplätzen pro Jahr) für Studienbewerberinnen und -bewerber vorbehalten,

die sich in besonderem Maße für die Fachrichtungen Allgemeinmedizin und des öffentlichen Gesundheitswesens interessieren und sich hierbei verpflichten, in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen tätig zu werden. Dabei durchlaufen die Bewerberinnen und Bewerber ein mehrstufiges Auswahlverfahren, welches sich nicht nur alleine auf die Abiturnote bezieht, sondern auch insbesondere die persönliche Eignung berücksichtigt. Am Ende dieses Auswahlverfahrens verpflichten sich die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber vor Antritt des Medizinstudiums mittels eines öffentlich-rechtlichen Vertrages dazu, nach Abschluss des regulären Medizinstudiums im Anschluss daran eine allgemeinmedizinische Facharztausbildung zu wählen und zehn Jahre als Hausärztin oder Hausarzt in ländlicheren Regionen von Rheinland-Pfalz tätig zu sein. Sollte dieser Vertrag nicht eingehalten werden, werden Vertragsstrafen in einer Höhe von bis zu 250.000€ fällig.

Neben der Landarztquote und der ÖGD-Quote von 1,5% der Gesamtstudienplätze (entspricht etwa 6 Studienplätzen pro Jahr) plant das Land Rheinland-Pfalz aktuell auch die Einführung einer Kinderarztquote. Ein Referentenentwurf ist laut Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit bereits in Bearbeitung.

Neben diesen Maßnahmen findet eine enge Koordination des Landes Rheinland-Pfalz mit der Kassenärztlichen Vereinigung statt. Beide Akteure finanzieren eine Beratungsstelle für Kommunen in Rheinland-Pfalz, die sich für die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung vor Ort einsetzen. Unter anderem unterstützen die Mitarbeitenden der Beratungsstelle die Kommunen hinsichtlich des Erstellens von Versorgungsanalysen, in der Bewertung von Versorgungsmodellen, bei zulassungsrechtlichen Fragestellungen, zu Kooperationsmodellen wie Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren und zu betriebswirtschaftlichen Fragen. Ebenso unterstützt sie die Kommunen bei Informationsveranstaltungen und Imagekampagnen.

Weiterführende Informationen zum Masterplan und seinen vielfältigen Maßnahmen finden Sie unter <https://mwg.rlp.de/themen/gesundheit/gesundheitsliche-versorgung/ambulante-aerztliche-versorgung> sowie unter <https://www.kv-rlp.de/>.

Eine weitere Attraktivierung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten allgemein, wie aber speziell auch im ländlichen Bereich, stellt die Möglichkeit der Entbudgetierung dar. Kinderärzte im ambulanten Bereich sind bereits entbudgetiert und werden nun für ihre tatsächliche Arbeit auch entsprechend entlohnt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) plant zudem auch eine Entbudgetierung der ambulant tätigen Hausärztinnen und Hausärzte. Einen entsprechenden Gesetzesentwurf hat er in Kürze angekündigt.

6. Warum ist es zulässig, dass Ärzte sich einen Kassensitz in Altenkirchen kaufen, aber nicht in Altenkirchen praktizieren? Warum wird dem nicht entgegengewirkt. Das hat nichts mit ärztlicher Selbstverwaltung zu tun, sondern kann durchaus gesetzlich geregelt werden.

Ein Vertragsarzt, der einen Kassensitz übernimmt, in dem von Ihnen angesprochenen Fall von einem Vorgänger kauft, kann diesen innerhalb des Planungsbereichs verlegen, sofern der zuständige Zulassungsausschuss der Verlegung zustimmt. Der Zulassungsausschuss bezieht in seine Entscheidung auch Versorgungsaspekte mit ein. Der Zulassungsausschuss ist eine gesetzlich

verankerte, unabhängige und regional zuständige Einrichtung. Der Zulassungsausschuss ist gemäß § 96 Abs. 2 S. 4 SGB V bei seinen Entscheidungen weisungsfrei.

Der jeweilige Planungsbereich ist bei Hausärzten der Mittelbereich, bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung die jeweilige Kreisregion, bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung die Raumordnungsregion und bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung ganz Rheinland-Pfalz.

Nach § 75 Abs. 1 SGB V ist die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Rheinland-Pfalz. Diese trägt dafür Sorge, dass in allen Landesteilen ausreichend Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Verfügung stehen und dass diese ihren Versorgungsauftrag erfüllen.

7. Wie wollen Sie ärztlichen Nachwuchs dazu bringen, sich in Altenkirchen und Umgebung ambulant niederzulassen?

Sowohl das Land Rheinland-Pfalz als auch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz haben darüber hinaus bereits seit mehreren Jahren Maßnahmen ergriffen, um die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten durch gezielte Förderprogramme attraktiver zu machen.

So fördert das Land Rheinland-Pfalz im hausärztlichen Bereich Niederlassungen, Praxisübernahmen, Anstellungen von Ärztinnen und Ärzten sowie die Einrichtung von Zweigpraxen in ausgewählten Förderregionen. Ab Januar 2024 schließt das Förderangebot ebenfalls Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit ein. Dieses Programm greift, außerhalb der KV-RLP-Förderregionen, dort, wo die Altersstruktur der Ärzteschaft auf Nachbesetzungsbedarf hinweist.

Unter nachfolgendem Link <https://mwg.rlp.de/themen/gesundheit/gesundheitsliche-versorgung/ambulante-aerztliche-versorgung/aerztliche-berufsausbildung/landes-foerderprogramm-hausaerztliche-versorgung> können Sie hierzu weitere Informationen zur Höhe der Fördersummen und den spezifischen Fördergebieten finden.

Unabhängig vom Land Rheinland-Pfalz hat die KV RLP zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung nach § 105 Absatz 1a, Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V), einen Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zu bilden. Hiermit wird eine langfristige Verbesserung der Versorgungssituation, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, gewährleistet.

Auch für diese Fördermaßnahme können Sie unter <https://www.kv-rlp.de/mitglieder/service/kv-normen/#c7712> die Höhen der Fördersummen und die spezifische Förderrichtlinien einsehen und unter der Rubrik „Arzt sucht Ort“ <https://www.kv-rlp.de/institution/engagement/ort-sucht-arzt/> ist sogar das jeweilige Fördergebiet pro Landkreis beziehungsweise das jeweilige Fachgebiet wähl- und einsehbar.

Darüber hinaus stellt die bei Frage 5 bereits angesprochene Entbudgetierung bestimmter Arztgruppen eine Attraktivierung dar. Die Entbudgetierung entlohnt nun die realen Arbeitsleistungen der Kinderärztinnen und -ärzte, so dass eine Ansiedlung auch in strukturschwachen Regionen attraktiv ist.

Darüber hinaus stehen zur Förderung von Niederlassungen und/oder Ansiedlungen in Altenkirchen und Umgebung bereits seit mehreren Jahren diverse Programme zur Verfügung, welche die Region in den Fokus für Niederlassungen stellen. Für die regionale Unterstützung ist zum einen die Kreisverwaltung Altenkirchen mit mehreren Maßnahmen aktiv geworden, beispielsweise mit der Website <https://www.landarzt-ak.de/>. Hier werden verschiedene Wege und Möglichkeiten für Interessierte aufgezeigt.

Die umliegenden Verbandsgemeinden, wie zum Beispiel Altenkirchen-Flammersfeld, haben darüber hinaus individuelle Ansätze entwickelt.

8. Wie stellen Sie sich vor, soll die Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal künftig in Altenkirchen und Umgebung stattfinden – es geht hier um dringend benötigte Berufe, die zukünftig weiter weg ausgebildet werden und im schlimmsten Fall nicht zurück nach Altenkirchen kommen – auch, weil sie hier keinerlei Perspektiven haben außerhalb der Seniorenpflege, die zudem noch deutlich schlechter vergütet wird.

Da das Krankenhaus in Altenkirchen, sowohl in der ambulanten, wie auch in der stationären Versorgung durch ein Level-1i-plus-Krankenhaus gesichert ist, wird die Aus-/Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, wie auch des Pflegepersonals, weiterhin am Standort Altenkirchen stattfinden.

9. Ist Ihnen klar, was es bedeutet, wenn Ärzte und Pflegefachkräfte nach ihrer Ausbildung nicht nach AK/FF/Hamm zurückkommen? Dann werden in spätestens 10-15 Jahren kaum noch Pflegekräfte für die Seniorenzentren und für die ambulanten Pflegedienste zur Verfügung stehen. Wie wollen Sie dem entgegenwirken? Müssen die Menschen aus AK/FF/Hamm dann alle wegziehen, weil sie hier nicht mehr versorgt werden können?

Eine gute, flächendeckende pflegerische Versorgung sicherzustellen, ist und bleibt eine unserer zentralen Zielsetzungen. Die Aussage, dass Pflegekräfte wegbrechen würden, lässt sich durch die Zahlen des Statistischen Landesamts nicht bestätigen. Demnach sind 49.836 Pflegefachpersonen beruflich in Rheinland-Pfalz tätig (Stand: 31. Dezember 2021). Gegenüber dem Jahr 2013, in dem 42.811 Pflegefachpersonen in den Einrichtungen der Pflege tätig waren, bedeutet dies eine Steigerung um rund 16 Prozent.

Das Land unterstützt die Pflegeeinrichtungen insbesondere auch im Rahmen der Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege (siehe auch weiter unten). In diesem Zusammenhang wurden unter anderem bereits die Ausbildungskapazitäten erhöht, die Investitionskostenförderung aufgestockt, eine landesweite Koordinierungsstelle zur Umsetzung der neuen Ausbildung geschaffen sowie die Förderung von Weiterbildungen für Pflegefachkräfte ausgebaut.

10. Welche Pläne haben Sie, um Altenkirchen und Umgebung so attraktiv zu machen, dass sich hier noch Ärzte und Pflegefachkräfte niederlassen. Oder ist das womöglich gar nicht gewollt?

Zur Förderung von Niederlassungen und/oder Ansiedlungen in Altenkirchen und Umgebung gibt es bereits seit mehreren Jahren diverse Programme, welche die Region in den Fokus für Niederlassungen stellen. Für die regionale Unterstützung ist zum einen die Kreisverwaltung

Altenkirchen mit mehreren Maßnahmen aktiv geworden, beispielsweise mit der Website <https://www.landarzt-ak.de/>. Hier werden verschiedene Wege und Möglichkeiten für Interessierte aufgezeigt.

Die umliegenden Verbandsgemeinden, wie zum Beispiel Altenkirchen-Flammersfeld, haben darüber hinaus individuelle Ansätze entwickelt.

11. Wie sehen Sie die Zukunft für ältere Menschen, die für ein Seniorenheim noch zu jung und zu fit sind oder sich das aus finanziellen Gründen nicht leisten können, die aber dennoch regelmäßig ärztliche Versorgung benötigen und die keine Familie haben, die sie zum Arzt fahren können? In den hausärztlichen Praxen fehlt es ebenfalls zunehmend an Personal und die Ärzte können nicht so viele Hausbesuche machen, werden zudem ja auch älter. Welche Lösungen sind für diese Menschen geplant?

Für ältere Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, ist die „Gemeindeschwester plus“ in Rheinland-Pfalz ein enorm wichtiger Baustein. Dieses Landesprogramm wird kontinuierlich ausgebaut, aktuell sind landesweit 70 Fachkräfte angestellt, unter anderem im Westerwaldkreis. Diese bieten hochbetagten Menschen Unterstützung und Beratung in ihrem aktuellen Lebensabschnitt. Die Fachkraft besucht die Menschen nach deren vorheriger Zustimmung zu Hause und berät sie kostenlos und individuell.

12. Wie soll zukünftig der Rettungsdienst aufgestellt werden, um die längeren Laufzeiten bei Einsätzen auszugleichen? Ein Rettungsmittel, das von z. B. Mehren nach Hachenburg unterwegs ist, hat eine längere Einsatzzeit, als wäre es nach Altenkirchen unterwegs. In dieser Zeit steht es nicht für andere Einsätze zur Verfügung. Uns wurden diesbezüglich bereits erste Rückmeldungen gegeben, dass Fahrzeuge aus anderen Rettungswachen angefordert werden mussten. Für die Anzahl der Rettungsmittel und des Personals ist das Innenministerium zuständig. Ist dieses bereits involviert? Und woher soll das notwendige Personal kommen? Nach unseren Informationen ist der Markt leer und das DRK will die Rettungssanitäter nicht weiter auf Rettungswagen einsetzen, wenn diese nicht die Prüfung zum Notfallsanitäter gemacht haben. Obwohl es diesbezüglich die Möglichkeit der Ausnahmeregelungen gibt.

Entgegen Ihrer Darstellung sind für die rettungsdienstliche Vorhaltung die örtlichen Rettungsdienstbehörden zuständig. Sie nehmen diese Aufgabe gemäß § 4 Abs. 6 Rettungsdienstgesetz (RettdG) als Auftragsangelegenheit wahr. Gemäß § 4 RettdG wird das Land zur Durchführung des Rettungsdienstes in Rettungsdienstbereiche eingeteilt, die das Gebiet mehrerer Landkreise und kreisfreier Städte ganz oder teilweise umfassen können. Für jeden Rettungsdienstbereich wird durch Rechtsverordnung eine Kreisverwaltung oder eine Stadtverwaltung einer kreisfreien Stadt bestimmt, die für die Durchführung des Rettungsdienstes zuständig ist (zuständige Behörde). Nach § 5 Abs. 1 RettdG kann die zuständige Behörde die Durchführung des bodengebundenen Rettungsdienstes den Sanitätsorganisationen nach § 2 Abs. 1 Satz 3 des RettdG übertragen, soweit diese bereit und in der Lage sind, einen ständigen Rettungsdienst zu gewährleisten. Die innerbetrieblichen Aspekte der Umsetzung liegen beim Konzessionsmodell in der Verantwortung der leistungserbringenden Vertragspartner.

Der DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz e.V. gibt an, dass etwa 1.800 Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten an der Ergänzungsprüfung zur Notfallsanitäterin, beziehungsweise zum Notfallsanitäter teilgenommen haben. Der Wegfall von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten als Transportführer betrifft nach dem 1. Januar 2024 noch circa 120 Personen, von denen 20 Personen kurz vor dem Renteneintritt und über ein Drittel der Personen über 60 Jahre alt sind. Weiterhin haben seit Einführung des Berufsbildes der Notfallsanitäterin, beziehungsweise des Notfallsanitäters 516 Personen die Ausbildung an der Berufsfachschule des DRK-Landesverbandes erfolgreich abgeschlossen, zuletzt 107 im Jahr 2023. Im engen Austausch mit den Landesverbänden der Leistungserbringer mit den angegliederten Rettungsdienstschulen, sowie den Kostenträgern, wurde zudem die Zahl der Ausbildungsplätze und damit der Schülerinnen und Schüler für die Notfallsanitäterausbildung über die letzten Jahre erhöht.

Für die Versorgung des Notfallpatienten ergibt sich ein relevanter Unterschied, ob er von einer Notfallsanitäterin beziehungsweise einem Notfallsanitäter oder einer Rettungsassistentin beziehungsweise einem Rettungsassistenten versorgt wird. Dies gilt umso mehr seitdem Erstgenannte durch die Einführung des § 2a des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) in bestimmten notfallmedizinischen Situationen ausdrücklich die Erlaubnis zur eigenverantwortlichen Durchführung heilkundlicher Maßnahmen, also solcher Maßnahmen, die eigentlich unter Arztvorbehalt stehen, erteilt wurde. Außerdem wurde am 7. Juli 2023 durch den Bundesrat ein Gesetz gebilligt, wonach Notfallsanitäter zukünftig Schmerzmittel, die dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegen, verabreichen dürfen, wenn dieses zur Abwendung von Gefahren für die Gesundheit oder zur Beseitigung oder Linderung erheblicher Beschwerden erforderlich ist. In Rheinland-Pfalz wurden zur Umsetzung der durch den neuen § 2a NotSanG geschaffenen Möglichkeiten spezielle Ausbildungsalgorithmen geschaffen, die den Notfallsanitäter dazu befähigen, das hohe notfallmedizinische Kompetenzniveau, das er sich in seiner Ausbildung angeeignet, auch im Einsatz umsetzen zu dürfen.

Die im NotSanG als Bundesgesetz definierten Übergangsvorschriften lassen die Qualifikation von Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten durch eine staatliche Ergänzungsprüfung nach 2023 nicht zu. Während der zurückliegenden zehnjährigen Übergangsfrist hatten die Leistungserbringer vielfältige innerbetriebliche Maßnahmen zur Weiterqualifikation angeboten.

DRK

1. Finden Sie es nicht problematisch, dass ein Anbieter (wenn auch über unterschiedliche Unterorganisationen) quasi ein Monopol auf alle wichtigen Gesundheitsstrukturen hat?
 - a. Krankenhaus DRK-Trägergesellschaft (84% Landesverband)
 - b. Rettungsdienst DRK-Kreisverband (Mitglied im Landesverband)
 - c. Seniorenzentrum DRK-Landesverband (100%)
 - d. Betreutes Wohnen DRK-Landesverband (100%)
 - e. Ambulante Pflege DRK-Kreisverband (Mitglied im Landesverband)
 - f. Sanitätsdienste DRK-Kreisverband (Mitglied im Landesverband)
 - g. Schnelle-Einsatz-Gruppe DRK-Kreisverband (Mitglied im Landesverband)
 - h. Erste Hilfe DRK-Kreisverband (Mitglied im Landesverband)
 - i. Essen auf Rädern vermutlich DRK GastroServ Catering GmbH (100% Landesverband)

- | | |
|----------------------|--|
| j. DRK-Ärztehaus | DRK-Trägersgesellschaft (s. o.) |
| k. Hausnotruf-System | DRK-Kreisverband (Mitglied im Landesverband) |

2. Finden Sie nicht, dass die Kommune durch einen solchen Monopolisten erpressbar ist?

Zu 1. und 2.

Die Stärke des Deutschen Roten Kreuzes besteht eben genau in der Vielfalt des breit aufgestellten Leistungsangebotes, welches sowohl Dienste am und für das Gemeinwohl, wie aber auch durch das Angebot von ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsleistungen beinhaltet. Insbesondere die ambulanten und stationären medizinischen Versorgungsleistungen tragen in erheblichem Maße zur Sicherung der medizinischen Versorgung bei. Ebenso unterstützen diese Leistungen auch Seniorinnen und Senioren, welche noch zu fit für ein Seniorenheim sind, dabei, so wie Sie es bereits angesprochen haben, so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben zu können.

Es wird der Tatsache sicherlich nicht gerecht, das Deutsche Rote Kreuz mit seinem Engagement als erpresserischen Monopolisten darzustellen.

Wir alle können dankbar sein, dass sich das DRK, neben anderen Organisationen, wie zum Beispiel dem ASB, dem Maltester Hilfsdienst, den Johannitern etc. in allen Teilen des Landes Rheinland-Pfalz, wie aber auch bundesweit, in so vielfältiger Art und Weise für das Gemeinwohl und die medizinische Versorgung unserer Bürgerinnen und Bürger einsetzt.

Dass im Westerwald ein großer Teil der stationären Versorgung mit dem Verbundkrankenhaus Altenkirchen/Hachenburg und dem Krankenhaus Kirchen durch einen Träger abgedeckt wird, mag vor dem Hintergrund der Insolvenz wohl den Eindruck einer Abhängigkeit suggerieren. Bei unterschiedlichen Trägern ist die gleichzeitige Insolvenz zwar weniger wahrscheinlich – angesichts der strukturellen Herausforderungen für Krankenhäuser liegt es aber nahe, dass der Handlungsbedarf auch bei unterschiedlichen Trägern groß wäre. Trägerübergreifend Konzepte für die Zukunftssicherung zu entwickeln ist dann erheblich schwieriger.

Mindestens genauso wichtig bei diesen Überlegungen ist jedoch auch die Tatsache, dass eine Trägersgesellschaft mit mehreren Häusern die Möglichkeit besitzt zwischen verschiedenen Standorten auch einmal Personal oder Leistungen auszutauschen und so den Betrieb aufrechterhalten erhalten kann. Dies wäre unter der Betrachtung von Einrichtungen von verschiedenen Trägern nicht möglich.

Kommunalwahlprogramm der SPD – „HAUPTSACHE GESUND!“

- Im ländlichen Raum richten wir mit **medizinischen Versorgungszentren** eine Ergänzung zu den bestehenden Arztpraxen ein, **damit alle einen Termin bekommen** und Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung immer gegeben ist.
1. Wer ist denn der Betreiber dieser medizinischen Versorgungszentren? Wie wird sichergestellt, dass diese nicht insolvent gehen? Wäre ja nicht das erste MVZ in RLP, das insolvent geht.

Per Definition können Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen

nach § 126 Abs. 3 SGB V oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie Kommunen gegründet werden.

Die Leitung eines MVZ obliegt einer Ärztin oder einem Arzt, welche/welcher selbst in dem MVZ tätig ist und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist. MVZ können sowohl als fachübergreifende als auch als arztgruppengleiche Einrichtungen betrieben werden.

Eine Garantie, dass ein MVZ nicht insolvent gehen, kann aus den vorgegangenen Erläuterungen nicht gegeben werden.

- Wir schaffen eine neue **Brücke zwischen der klassischen Arztpraxis und den Krankenhäusern**, so wie es die Planungen der Bundesregierung vorsehen.

1. Ach, und das Krankenhaus in Altenkirchen ist deswegen dann das Modellprojekt? Wer wird denn an der „Ausarbeitung des Modells“ mitwirken dürfen? Planer am runden Tisch, die wenig Ahnung haben? Oder auch Menschen aus der Praxis, die wissen, worauf es ankommt? Bisher sind die Erfahrungen mit Planungen am runden Tisch ja eher schlecht.

Hier verweise ich gerne auf die Beantwortung der Frage 2 / Krankenhaus zu Beginn des Fragenkataloges. Hierbei handelt es sich um das Level 1i-Plus-Krankenhaus. Beteiligt an der Ausarbeitung dieses Modellprojektes sind die DRK-Trägersgesellschaft, die Landesregierung und die Bundesregierung.

- Dort, wo Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand wechseln und noch keine Nachfolge gefunden ist, schaffen wir mit den „**mobilen Arztpraxen**“ Abhilfe.

1. Wie viele mobile Arztpraxen gibt es bisher bei der KV in Mainz? Zwei? Warum sorgt ihr nicht lieber per Gesetzgebung dafür, dass Ärzte sich nicht einfach einen Praxissitz kaufen, dann aber ganz woanders praktizieren können? Die Praxissitze müssen an den Ort gebunden sein und das verpflichtend. Dann gäbe es nämlich auch keine 100% Versorgung auf dem Papier für den Landkreis Altenkirchen und Gebiete könnten nicht einfach so für die Niederlassung neuer Ärzte gesperrt werden!

Aktuell gibt es zwei Mobile Arztpraxen, welche bei der medizinischen Versorgung in Rheinland-Pfalz unterstützend tätig sind. Diese Mobilen Arztpraxen werden künftig dort eingesetzt, wo ein kurzfristiger Bedarf entstanden ist. Ein kurzfristiger Bedarf kann zum Beispiel dort entstehen, wo eine Hausarztpraxis ohne eine Nachfolgeregelung schließt und somit ein größerer Patientenkreis kurzfristig nicht ausreichend versorgt werden kann. Dieses Angebot ist jedoch kein Dauerangebot, sondern kann nur ein zeitlich begrenztes Angebot darstellen. Abhängig ist dieses Angebot von der Zahl der jeweils gleichzeitig notwendigen Einsätze. Spezifische Sprechzeiten werden hierbei je nach Bedarf individuell festgelegt.

Voraussetzung zum Einsatz der Mobilen Arztpraxis ist, dass neben dem Bestehen eines nicht auffangbaren Versorgungseinganges weitere Kriterien erfüllt sein müssen. Für den Einsatz wird die Zustimmung der jeweiligen Verbandsgemeinde beziehungsweise Stadt benötigt, mit der die KV RLP daraufhin eine entsprechende Kooperationsvereinbarung schließt. Darüber hinaus muss eine enge Abstimmung mit der Ärzteschaft vor Ort bestehen, damit die bestmögliche Versorgung

für die Bürgerinnen und Bürger gegeben ist und schnellstmöglich eine dauerhafte Lösung für den Versorgungsengpass etabliert werden kann.

Sowohl das Land Rheinland-Pfalz wie auch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und die IKK Südwest unterstützen das Projekt der Mobilen Arztpraxen.

Auch diese Maßnahme trägt zur Sicherung der medizinischen Versorgung in ganz Rheinland-Pfalz bei.

Bezüglich der Kassensitze verweise ich hier gerne auf die Beantwortung und die darin enthaltenen Hinweise bei Gesundheitsversorgung allgemein Frage 6.

2. Und was ist mit älteren Patienten, die nicht (mehr) mobil sind und die dringend einen Arzt brauchen? Die werden dann künftig öfter vom Rettungsdienst in weit entfernte Krankenhäuser gebracht, denn das in Altenkirchen gibt es ja dann nicht mehr. Für Patientinnen und Angehörige eine zusätzliche enorme Belastung.

Wie bereits in den vorderen Abschnitten erläutert, bleibt die medizinische Versorgung durch das Krankenhaus in Altenkirchen, sowohl in der ambulanten, wie auch in der stationären Versorgung durch ein Level-1i-plus-Krankenhaus gesichert.

Für ältere Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, ist die „Gemeindeschwester plus“ in Rheinland-Pfalz ein enorm wichtiger Baustein. Dieses Landesprogramm wird kontinuierlich ausgebaut, aktuell sind landesweit 70 Fachkräfte angestellt, unter anderem im Westerwaldkreis. Diese bieten hochbetagten Menschen Unterstützung und Beratung in ihrem aktuellen Lebensabschnitt. Die Fachkraft besucht die Menschen nach deren vorheriger Zustimmung zu Hause und berät sie kostenlos und individuell. (siehe Frage 11.)

- **Hausärztinnen und Hausärzte in Wohnortnähe sind uns wichtig** – für jedes Alter. Daher führen wir nach der Landarztquote auch eine Landkinderarztquote ein.

1. Wie soll diese Quote denn erfüllt werden? Ihr könnt ja niemanden zwingen, sich auf dem Land niederzulassen. Und es gibt ohnehin schon viel zu wenige Ärzte, die die Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde machen. Um diese wird in den Kliniken gebuhlt. Warum sollten die sich dann niederlassen und so einen Stress mitmachen wie z.B. in der Vulkaneifel, wo die KV die Leistungen eines Kinderarztes nicht vergüten will, weil der „zu viel“ Kinder behandelt und dadurch deutlich über dem Durchschnitt abrechnet? Ihr solltet euch bewusst machen, dass die KV eins der größten Probleme bei der Niederlassung von Ärzten ist! Das System ist antiquiert.

Wie bereits bei Frage 5. und den Erläuterungen zum Verfahren der Landarztquote dargestellt, wird sich nach diesem Prinzip auch die Landkinderarztquote darstellen.

Ein mehrstufiges Auswahlverfahren, welches nicht nur die Abiturnote betrachtet, wird zu Bewerberinnen und Bewerber führen, die sich vor Antritt ihres Medizinstudiums mittels eines öffentlich-rechtlichen Vertrages dazu verpflichten, nach Abschluss des regulären Medizinstudiums im Anschluss daran eine kinder- und jugendmedizinische Facharztausbildung zu wählen und auf eine noch nicht aktuell kommunizierte Anzahl an Jahren als Kinderärztin oder

Kinderarzt in ländlicheren Regionen von Rheinland-Pfalz tätig zu sein. Sollte dieser Vertrag nicht eingehalten werden, werden auch hier Vertragsstrafen fällig. Ein Referentenentwurf ist laut Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit bereits in Bearbeitung.

- **Wir stärken die Ausbildung in Pflege- und Gesundheitsfachberufen** und setzen auf eine zügige Anerkennung der Ausbildungen von Fachkräften, die aus dem Ausland zu uns kommen.
 1. Wie stärkt ihr diese denn? Bei den Pflegefachkräften zum Beispiel durch eine generalisierte Ausbildung, die für Jugendliche mit Hauptschulabschluss inzwischen quasi nicht mehr zu schaffen ist? Und vor allem: was bringt diese umfangreiche und anspruchsvolle Ausbildung, wenn die jungen Menschen auch weiterhin als Hinternabputzer betrachtet werden und keinerlei Verantwortung übernehmen dürfen wie z. B. in anderen Ländern. Um Verantwortung zu übernehmen, bedarf es keines Pflegestudiums, wo man vorwiegend Theorie lernt. Die duale Ausbildung von Pflegefachkräften ist extrem anspruchsvoll und intensiv und entspricht locker 6 Semestern Pflegestudium. Trotzdem dürfen die Pflegefachkräfte am Ende viel weniger als Pflegefachkräfte in anderen Ländern. Erklärt doch mal, warum junge Menschen mit wenig Aussichten und einem körperlich hochanspruchsvollen Job diesen überhaupt noch erlernen sollten, wenn sie von Arbeitgebern ausgenutzt und ausgebeutet werden und die Arbeitsbedingungen oft so miserabel sind, dass entsprechende Sicherheitsanzeigen an den Arbeitgeber geschrieben werden müssen?
 2. Und das ist bei anderen Gesundheitsfachberufen ähnlich. Diese werden dringend gebraucht, aber oft schlecht bezahlt und nicht wertgeschätzt. Viel wichtiger wäre, wenn ihr nicht nur Lippenbekenntnisse abgeben würdet, sondern wirklich was dafür tätet, dass dies Berufe mindestens so gut angesehen werden wie Autobauer, Investmentbanker oder Anwälte.

Zu 1. und 2.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Ausbildungszahlen in den vergangenen Jahren in Rheinland-Pfalz gesteigert werden, sodass das Ziel der Fachkräfteinitiative Pflege 2.1, dass bis zum Schuljahr 2024/2025 die Zahl der Auszubildenden in den generalistisch ausgebildeten Pflegeberufen um insgesamt 16 Prozent gegenüber dem Schuljahr 2016/2017 anwächst, realistisch erscheint.

Gleichwohl haben wir es noch immer mit einer – unterschiedlich großen – Fachkräftelücke zu tun, die unter anderem zu einer Arbeitsverdichtung für das vorhandene Personal führt. Das Land Rheinland-Pfalz setzt daher gemeinsam mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens und der Pflege die vielfältigen Anstrengungen zur Steigerung der Ausbildungszahlen sowie der Zahl an Absolventinnen und Absolventen in den Pflegeberufen in der „Fachkräfteinitiative Pflege 2.1“ fort.

Um attraktive Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu schaffen und weiterzuentwickeln, werden vom Land entsprechende Unternehmenskulturen und Führungskompetenzen weiter gestärkt und gefördert. So wurden seit dem Jahr 2015 rund 300 Führungskräfte in den rheinland-pfälzischen Krankenhäusern, Altenheimen und ambulanten Pflegediensten mit Mitteln des Landes im Bereich Führung fortgebildet und gecoach. Voraussetzung für gute Arbeitsbedingungen, ist wie bereits erwähnt, eine ausreichende personelle Besetzung der Pflegearbeitsplätze. Im Rahmen

der Fachkräfteinitiative werden daher die Ausbildungszahlen kontinuierlich gesteigert. Unternehmerische Gesamtstrategien unter Einbezug innovativer Konzepte sowie der zukünftige Einsatz von fachschulisch wie akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen sollen die Attraktivität des Beschäftigungsfeldes Pflege erhöhen.

Hinsichtlich der Ausführungen zu den Gesundheitsfachberufen ist anzumerken, dass Rheinland-Pfalz mit der Einführung der Schulgeldfreiheit einen enorm wichtigen Schritt bereits gegangen ist. Die Anzahl der Auszubildenden an privaten Gesundheitsfachschulen ist seither um 20 Prozent gestiegen. Zum 1. Oktober 2023 wurde die Schulgeldpauschale zudem nochmal erhöht, da steigende Auszubildendenzahlen auch zu steigenden Kosten für Räumlichkeiten und Personal führen.

- Stipendien für junge Ärztinnen und Ärzte, die im ländlichen Raum arbeiten wollen, begrüßen wir.
 1. Aha, und wer soll die bezahlen? Werden die aus dem Landeshaushalt gezahlt? Oder sollen die Kommunen dafür aufkommen?

Es gibt verschiedene Modelle und verschiedene Träger von Stipendien für junge Ärztinnen und Ärzte. Diese Stipendien können sowohl über Stiftungen von Privat- oder Geschäftsleuten vergeben werden, von Vereinen, von Kliniken, von den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst, wie aber auch von den einzelnen Bundesländern oder über Kommunen. Es versteht sich hierbei von selbst, dass Stipendien aus privaten oder geschäftlichen Stiftungen, wie aber auch von Vereinen nicht aus dem Landeshaushalt finanziert werden, sondern aus dem jeweiligen Privat- oder Geschäftsvermögen, wie aber auch durch Spenden.

Als Beispiel seien hier die Bittmann-Stiftung aus Meisenheim oder der Verein "Ärzte für die Westpfalz" genannt.

Weiterführende Informationen zu Stipendien jeglicher Art finden Sie unter anderem unter <https://www.mystipendium.de/stipendien/stipendium-medizin> oder unter <https://www.aerzte-fuer-die-westpfalz.de/>.

- **Hebammenzentralen und Kreißsäle**, die von Hebammen geleitet werden, sind wichtige Einrichtungen, um in Rheinland-Pfalz das Licht der Welt zu erblicken.
 1. Wie stellt ihr euch das vor bei den Versicherungsprämien, die Hebammen bezahlen müssen, wenn sie Geburten außerhalb von Krankenhäusern betreuen? Das ist völlig utopisch.
 2. Außerdem müssen solche Einrichtungen in der Nähe von Krankenhäusern mit Entbindungsstationen sein, damit im Notfall ein Kaiserschnitt gemacht werden und Kinder notfallmäßig versorgt werden können. Sorry, das ist Augenwischerei.

Zu 1. und 2.

Dem Land Rheinland-Pfalz und auch die SPD-Landtagsfraktion ist insbesondere die geburtshilfliche Versorgung ein großes Anliegen. Dazu zählt nicht nur die stationäre Versorgung, sondern auch die ambulante Versorgung von Schwangeren und deren ungeborenen Kindern, den Neugeborenen und natürlich auch den jungen Eltern.

Im Ambulanten Bereich stärken die Hebammenzentralen die Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Insgesamt gibt es in Rheinland-Pfalz vier Hebammenzentralen. Drei dieser Zentralen werden maßgeblich durch das Land Rheinland-Pfalz finanziert. Die Hebammenzentralen unterstützen Schwangere, die noch keine betreuende Hebamme gefunden haben, bei der Suche und der Vermittlung einer selbstständigen Hebamme. Darüber hinaus können die Zentralen auch selbst Versorgungsleistungen in der Vor- und Nachsorge anbieten und darüber hinaus auch Geburtsvor- und nachbereitende Kurse anbieten. Eine Geburt ist in den Hebammenzentralen jedoch nicht möglich.

Die SPD-Landtagsfraktion setzt sich dafür ein, dass die Förderung für Hebammenzentralen verstetigt und darüber hinaus ausgebaut wird, damit eine gute geburtshilfliche Versorgung vor Ort gewährleistet und gesichert wird.

Die Etablierung von hebammengeleiteten Kreißsälen in Rheinland-Pfalz stellen, neben dem ärztlich geleiteten Kreißsaal, ein weiteres Angebot in der geburtshilflichen Versorgung dar. Dieses Angebot unterstützt Frauen, die eine Geburt unter natürlichen, interventionsarmen Bedingungen durchführen möchten. Hierbei finden die Geburten in den gleichen Räumlichkeiten des Krankenhauses statt, jedoch liegt hier der gesamte Geburtsverlauf, von den Wehen bis zur Geburt und Erstuntersuchung des Neugeborenen, in der Verantwortung der jeweils betreuenden Hebamme. Sollten unter der Geburt Komplikationen auftreten oder doch der Wunsch nach einem Arzt oder einer Ärztin auftreten, können diese selbstverständlich hinzugezogen werden. Im Vorfeld der Etablierung dieser hebammengeleiteten Kreißsäle wurden hierfür selbstverständlich verbindliche Regelungen getroffen. Die dort eingesetzten Hebammen sind bereits bei den jeweiligen Krankenhäusern beschäftigt und daher auch versichert. Nach Rücksprache mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit, liegen keine Informationen dazu vor, dass es im Rahmen der Etablierung der Hebammenkreißsäle zu einer erhöhten Versicherungsprämie gekommen ist.

- Den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bekämpfen wir langfristig dadurch, dass wir die Zahl an Studienplätzen für Medizinerinnen und Mediziner ab dem Wintersemester 2024/2025 von 450 auf 500 erhöhen. Neben der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz und dem Medizincampus in Trier schaffen wir den neuen Medizincampus in Koblenz.
 1. Wow, dann haben wir ja in 7 Jahren auf einen Schlag noch 50 Ärzte mehr für 4 Mio. Rheinland-Pfälzer. Wenn die Ärzte denn dann auch überhaupt in RLP tätig werden.
 2. Wie wäre es denn damit, den NC abzuschaffen und deutlich mehr Menschen zum Studium zuzulassen, die vielleicht nur ein 2er-Abi haben, aber dafür ausreichend Empathie? Denn die geht immer mehr Ärzten ab und darunter leiden die Patienten.
 3. Oder mehr Menschen zuzulassen, die vorher schon eine Pflegeausbildung gemacht haben, aber (warum auch immer) kein Abitur haben und die Pflegeausbildung als Anerkennung zum Studium zu akzeptieren.
 4. Oder ein Pflichtjahr in einer Klinik als Zulassungsvoraussetzung zu machen, damit die jungen Menschen auch wissen, was sie erwartet und damit diejenigen einen Studienplatz bekommen, die wirklich als behandelnde Ärzte tätig werden wollen und nicht nur als Radiologen oder in die Wirtschaft zu wechseln oder weil die Eltern das so wollen.
Das wären mal Maßnahmen, die helfen würden, dass es wieder gute Ärzte gibt.

Zu Frage 1. - 4.

Bereits jetzt schon ist es in Rheinland-Pfalz möglich, ohne eine NC-fähige Abiturnote ein Medizinstudium aufzunehmen. Hierfür bedarf es natürlich anderer Voraussetzungen. Ein Beispiel ist die bereits mehrfach erläuterte Landarztquote und die ÖGD-Quote, welche unabhängig eines Einser-Abiturs über ein mehrstufiges Auswahlverfahren eine bestimmte Anzahl an Bewerberinnen und Bewerber für ein Medizinstudium zulässt. Darüber hinaus werden Kriterien, wie Sie sie erwähnt haben, wie bereits erfolgte Berufsqualifikationen, anderweitige erworbene Fähigkeiten oder Spezifikationen bei der Zulassung zu einem Medizinstudium berücksichtigt.

Tatsächlich stehen in jedem Jahr weniger Medizinstudienplätze als Bewerberinnen und Bewerber zur Verfügung. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die Zahl der verfügbaren Medizinstudienplätze in Deutschland unter anderem an den für den jeweiligen Standort vorhandenen Krankenhausbetten orientiert. Gleichzeitig gilt aber die grundgesetzlich garantierte Berufswahlfreiheit. Aus diesem Spannungsfeld ergibt sich als Konsequenz, dass nicht jeder Bewerberin oder jedem Bewerber ein Medizinstudienplatz angeboten werden kann. Denn aus dem Grundgesetz ergibt sich lediglich ein Anspruch auf gleichheitsgerechte Teilhabe an der Vergabe der vorhandenen Medizinstudienplätze.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Rechtsprechung festgelegt, dass die Vergabe der Medizinstudienplätze im Wesentlichen anhand von eignungsbezogenen Kriterien zu erfolgen hat. Die berücksichtigten Auswahlkriterien müssen also eine Prognose über den voraussichtlichen Erfolg im Studium zulassen. Diese Voraussetzung erfüllen nach wissenschaftlichen Untersuchungen bisher nur die Abiturdurchschnittsnote und die sogenannten fachspezifischen Studieneignungstests. Weitere Auswahlkriterien können zwar ebenfalls berücksichtigt werden, ihnen darf jedoch kein wesentliches Gewicht zukommen. Ein erfolgreiches Ergebnis im Test für medizinische Studiengänge (TMS) ist unter Verwendung der kostenfrei zugänglichen Informationsbroschüre und der für einen geringen Preis im Buchhandel erhältlichen Originalversionen erzielbar. Zudem ist innerhalb eines Jahres eine erneute Anmeldung und Teilnahme möglich. Beim TMS ist es wie in jeder Prüfungssituation erforderlich, eine punktuelle Leistung zu erbringen. Dies stellt aber keine Besonderheit bei der Zulassung zum Medizinstudium dar.

Die für die Auswahl berücksichtigungsfähigen Kriterien werden durch den Staatsvertrag über die Hochschulzulassung vorgegeben und eröffnen durch ihre Vielzahl ein ausgewogenes Chancenverhältnis. Fachspezifische Berufsausbildungen werden danach chancenverbessernd berücksichtigt, wenn sie eine Mindestdauer von zwei Jahren voraussetzen. Auf diese Weise wird der erforderliche Eignungsbezug gewährleistet. Dienste wie das Freiwillige Soziale Jahr setzen ebenfalls eine Mindestdauer voraus und können im Verhältnis zu fachspezifischen Berufsausbildungen nur mit geringerem Gewicht bei der Auswahl berücksichtigt werden.

Bei der Vergabe der Medizinstudienplätze an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz werden verschiedene Auswahlkriterien berücksichtigt. Zudem erfolgt die Vergabe in unterschiedlichen Quoten. In der Abiturbestenquote wird ausschließlich das Ergebnis der Hochschulzulassungsberechtigung berücksichtigt. In der zusätzlichen Eignungsquote werden als Auswahlkriterien das Ergebnis eines Studieneignungstests, abgeschlossene

fachspezifische Berufsausbildungen und fachspezifische Berufstätigkeiten sowie Preise (zum Beispiel Jugend forscht) berücksichtigt.

Im Auswahlverfahren der Hochschulen werden das Ergebnis der Hochschulzugangsberechtigung, das Ergebnis eines Studieneignungstests, abgeschlossene fachspezifische Berufsausbildungen und fachspezifische Berufstätigkeiten sowie Preise berücksichtigt. Welche Berufsausbildungen und Berufstätigkeiten im Rahmen der Auswahl berücksichtigt werden, ist der Anlage 5 der Satzung der Johannes Gutenberg-Universität Mainz über das Auswahlverfahren in zulassungsbeschränkten Studiengängen (Auswahlsatzung) zu entnehmen. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Auswahlkriterien eröffnet einer großen Zahl von Bewerberinnen und Bewerbern eine Zulassungschance.

Des Weiteren besteht aufgrund der "Landesverordnung über die unmittelbare Hochschulzugangsberechtigung beruflich qualifizierter Personen" in Rheinland-Pfalz eine verbesserte Möglichkeit für beruflich qualifizierte Personen eine Hochschulzugangsberechtigung zu erhalten. Sofern Abiturientinnen und Abiturienten eine Berufsausbildung abgeschlossen haben und diese von der Hochschule, an der das Studium aufgenommen werden soll, als Hochschulzugangsberechtigung anerkannt wird, kann die Bewerbung auch auf diese Hochschulzugangsberechtigung gestützt werden.

Damit werden Abiturientinnen und Abiturienten in Rheinland-Pfalz folgende Möglichkeiten eröffnet, ihre Zulassungschancen für den Studiengang Medizin zu verbessern:

- Verbesserung der Abiturdurchschnittsnote aufgrund des Ergebnisses eines Tests für medizinische Studiengänge (TMS);
- Erwerb einer weiteren, neben dem Abitur gültigen Hochschulzugangsberechtigung aufgrund beruflicher Qualifikation (mit einer möglicherweise besseren Durchschnittsnote).

Ich hoffe, dass ich Ihnen, mit der Beantwortung Ihrer Fragen, die von Ihnen erbetenen Informationen rund um die medizinische Versorgung im Westerwaldkreis in ausreichender Weise zur Verfügung stellen konnte.

Seien Sie sich versichert, dass ich mich weiterhin persönlich für die Sicherung der medizinischen Versorgung vor Ort im Rahmen des Insolvenzverfahrens und darüber hinaus für eine langfristige und zukunftsstabile Lösung in der Region einsetze.

Mit freundlichen Grüßen



Sabine Bätzing-Lichtenthäler, MdL