



N i e d e r s c h r i f t
über die 149. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 2. Dezember 2021
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

- 1. Menschen mit chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) unterstützen**
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10173](#)
Unterrichtung durch die Landesregierung..... 3
Aussprache 6

- 2. Saisonale Influenza nicht unterschätzen - jetzt für die Grippeimpfung werben**
Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/10005](#)
Unterrichtung durch die Landesregierung..... 7
Aussprache 8
Beschluss..... 11

- 3. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Pflegegesetzes**
Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/8197](#)
Beratung..... 13
Beschluss..... 17

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Hanna Naber (SPD)
4. Abg. Annette Schütze (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
5. Abg. Uwe Schwarz (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (CDU)
8. Abg. Laura Hopmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Burkhard Jasper (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Marcel Scharrelmann (i. V. d. Abg. Petra Joumaah) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Volker Meyer (CDU)
12. Abg. Gudrun Pieper (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE)
14. Abg. Susanne Victoria Schütz (FDP)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialrätin Dr. Schröder,
Richterin am Arbeitsgericht Hengst.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 14.02 Uhr bis 16.38 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

Menschen mit chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) unterstützen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/10173](#)

erste Beratung: 121. Plenarsitzung am 10.11.2021
AfSGuG

zuletzt behandelt: 146. Sitzung am 18.11.2021

Unterrichtung durch die Landesregierung

MedOR **Piel** (MS): In der 117. Sitzung am 22. April 2021 ist der Ausschuss bereits allgemein über die Thematik ME/CFS unterrichtet worden. Zu den einzelnen Punkten des Antrags nehme ich wie folgt Stellung:

Zu Nr. 1: Beratungsinstanzen für Leistungsangebote im Sinne der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen sowie die Pflegestützpunkte. Zu ihren Aufgaben gehören

- die Gewährleistung der Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7c SGB XI,
- Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB XI,
- Auswahl und Inanspruchnahme der Sozialleistungen und Hilfsangebote,
- Koordinierung medizinischer/pflegerischer/sozialer Unterstützungsangebote,
- Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen, auch bei Konflikten mit den Kranken- und Pflegekassen,
- Abstimmung/Vernetzung pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Pflegestützpunkte und Pflegeberater der Pflegekassen erklären ausdrücklich nicht das Krankheitsbild selbst, seine Symptome, Erscheinungsformen, Ausprägungen und Folgen - dies bleibt die Aufgabe der Medizin -, können jedoch bei eintretendem Pflegebedarf zu symptombezogenen Unterstützungsmöglichkeiten der Pflegeversicherung beraten. Über diese Beratungsinstanzen ist eine flächendeckende Struktur zur Beratung im

Bereich der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung im Land vorhanden.

Pflegestützpunkte beraten zudem auch über die Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie die Arbeit der Selbsthilfegruppen; dazu können auch Selbsthilfegruppen in Bezug auf das Chronische Erschöpfungssyndrom, das Chronic Fatigue Syndrome (CFS), gehören.

Die Erteilung eines Pflegegrades sollte seit Einführung des Neuen Begutachtungsassessments auch ME/CFS-Betroffene angemessen berücksichtigen. Bezogen auf ME/CFS wird in der Regel von einem Pflegegrad 1 bis 3 auszugehen sein. Da Selbsthilfegruppen und Fachmedien einhellig berichten, dass die Erkrankung in medizinischen Kreisen noch zu wenig hinreichend behandelt ist, ist auch für die Beratungsinstanzen von einem Informations- und Weiterbildungsbedarf in dieser Frage auszugehen. In diesem Kontext würde so auch verhindert, dass ME/CFS-Betroffene als „lediglich erschöpft“ oder „psychiatrisch erkrankt“ abgetan werden.

Mit den Seniorenberatungsstellen in Niedersachsen, dem Selbsthilfebüro und den Selbsthilfekontaktstellen stehen landesweit und flächendeckend weitere Beratungsangebote zur Verfügung.

Seit Januar 2014 gibt es in Niedersachsen die Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN). Gemäß der Koalitionsvereinbarung für die 18. Wahlperiode werden diese Beratungseinrichtungen fortgeführt. Pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt kann ein SPN gefördert werden. Träger sind in der Regel Gebietskörperschaften; Ausnahmen in der Trägerschaft sind möglich. Die SPN führen allgemeine Seniorenberatung durch und nehmen die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben der Pflegeberatung wahr. Sie bauen darüber hinaus ein lokales Netzwerk von ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und professionellen Anbietern auf. Zudem fungieren sie als Impulsgeber für die Entwicklung innovativer Angebote für die Zielgruppen.

Bereits seit 1991 fördert die Niedersächsische Landesregierung die Selbsthilfe und die Selbsthilfeunterstützung durch Selbsthilfekontaktstellen und das Selbsthilfebüro Niedersachsen. Heute erstreckt sich ein fast flächendeckendes Netz der Informations- und Beratungsinfrastruktur über Niedersachsen.

Das Selbsthilfebüro Niedersachsen, welches 1991 als trägerübergreifende und landesweite Service-, Informations-, Vernetzungs- und Koordinierungsstelle für die Selbsthilfe in Niedersachsen eingerichtet wurde, steht auf Landesebene als zentrale fach-, themen- und trägerübergreifende Anlaufstelle für selbsthilfebezogene Fragen zur Verfügung. Von den rund 300 auf Bundesebene aktiven Selbsthilfekontaktstellen gibt es aktuell in Niedersachsen 44 Selbsthilfekontaktstellen, d. h. in jeder Kommune eine. Selbsthilfekontaktstellen arbeiten niedrigschwellig, problemlagenorientiert und institutionsübergreifend. Sie sind damit Vernetzungsstellen aller sozialen und gesundheitlichen Handlungsfelder in der Selbsthilfe und unterstützen und beraten die Selbsthilfefarbeit vor Ort.

Inwieweit in den Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen und den Selbsthilfekontaktstellen tatsächlich eine Beratung zum Chronischen Fatigue-Syndrom stattfindet, kann von hier nicht eingeschätzt werden. Zumindest können entsprechende Informationsmaterialien verteilt bzw. ausgelegt werden.

Zu Nr. 2 des Antrags zur Einrichtung einer ME/CFS-Ambulanz in Niedersachsen: Gesetzlich Versicherte mit ME/CFS haben - wie bei jeder anderen Erkrankung auch - Anspruch auf eine medizinisch notwendige Diagnostik und Krankheitsbehandlung zulasten der gesetzlichen Krankheitsversicherung. Aus dem Fehlen sowohl eines einheitlichen Krankheitsmodells als auch einer wissenschaftlich abgesicherten Standardbehandlung ergibt sich die Notwendigkeit, die Behandlung dem individuellen Hilfebedarf entsprechend anzupassen. Umfang und Inhalt der Behandlung können unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten variieren.

Erste Anlaufstelle ist grundsätzlich die Hausarztpraxis. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt führt erste Untersuchungen durch und klärt, ob weitere fachärztliche Untersuchungen sinnvoll sind. Dabei kommen je nach Symptomatik oder Befunden z. B. folgende Fachgebiete infrage: Schlafmedizin, Psychiatrie, Psychosomatik, Kardiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Neurologie, Arbeitsmedizin und Umweltmedizin.

Zu der Forderung unter Nr. 3 des Antrags, zu prüfen, ob spezielle ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen benötigt werden: Zur Beantwortung der Frage, ob für diese Diagnose spezielle ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen

benötigt werden, wären zunächst statistische Daten erforderlich. Selbst wenn die Selbsthilfeorganisation Lost Voices Stiftung mit Sitz in Hannover für Niedersachsen von einer Zahl von rund 24 000 ME/CFS-Betroffenen ausgeht, wäre zu ermitteln, zu welchem Anteil in diesen Fällen auch Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Eine Nachfrage bei den Pflegekassen hat ergeben, dass Erkenntnisse zu Patientenzahlen oder speziellen ambulanten oder stationären Einrichtungen zur Versorgung von ME/CFS-Patienten dort nicht vorliegen. Auch der Landesregierung sind dazu keine Zahlen bekannt.

Unabhängig davon obliegt der Auftrag zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung den Pflegekassen, denen der Sicherstellungsauftrag obliegt. Es muss indes in Frage gestellt werden, ob derart spezialisierte Einrichtungen zum einen erforderlich sind und zum anderen, ob diese angesichts möglicher vorhandener Fallzahlen wirtschaftlich betrieben werden könnten.

Wenngleich im Leistungsspektrum klassischer Pflegeeinrichtungen auch die pflegerische Unterstützung bei Symptomen von ME/CFS abgebildet ist, ist zu berücksichtigen, dass von ME/CFS auch jüngere Menschen betroffen sind. Es ist davon auszugehen, dass diese Betroffenen eine ambulante Betreuung oder in schwereren Fällen alternativ den Aufenthalt in einer spezialisierten Pflege-WG sicher dem Aufenthalt in einem klassischen auf Seniorinnen und Senioren ausgerichteten Pflegeheim vorziehen würden.

Da sich ME/CFS vielfach auch an den Schnittstellen Erkrankung/Pflegebedürftigkeit/Berufsunfähigkeit/Behinderung abspielt, wären zur Versorgung dieses speziellen Personenkreises rechtskreisübergreifende Lösungen zu erwägen.

Analog zur wünschenswerten Sensibilisierung der Beratungsinstanzen ist anzunehmen, dass auch in der ambulanten und stationären Versorgung zum Thema ME/CFS Fortbildungsbedarf besteht. Pflegekräfte könnten hier durch geeignete Schulungen und Fortbildungen für die Wahrnehmung von ME/CFS bezogenen Symptomen sensibilisiert werden.

Zu Nr. 4 des Antrags betreffend Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte: Zu diesem Thema führt die Ärztekammer Niedersachsen bereits Fortbildungen durch. Die nächste Fortbildung findet voraussichtlich am 9. Februar 2022 zu dem Thema „Neue Therapieoption bei ME/CFS und

Long COVID? Ergebnisse systematischer Fallstudien“ statt.

Zu den Nrn. 7 und 9 des Antrags, die sich im Wesentlichen auf die Forschung beziehen: Das Bundesministerium für Gesundheit hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung folgende Maßnahmen ergriffen:

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde vom BMG beauftragt, den aktuellen Wissensstand zu ME/CFS systematisch aufzuarbeiten und zu bewerten. Die Ergebnisse sollen in Form eines wissenschaftlichen Berichts veröffentlicht und zusätzlich in eine Gesundheitsinformation zu ME/CFS münden, die auf der Webseite www.gesundheitsinformation.de veröffentlicht wird, um das relevante Wissen auch in laienverständlicher Weise zu vermitteln. Das Projekt ist am 1. März 2021 gestartet. Die Ergebnisse sollen bis zum 30. Juni 2023 vorgelegt werden. Die Ergebnisse dieses Projektes werden auch dazu beitragen, das Wissen zum Krankheitsbild ME/CFS in der Ärzteschaft zu verbessern.

Darüber hinaus beabsichtigt das BMG, im Rahmen der Ressortforschung ein Pilotprojekt an der Charité Berlin mit dem Titel „Aufbau eines multizentrischen, altersübergreifenden, klinischen ME/CFS-Registers (ME/CFS-R) sowie einer multizentrischen, altersübergreifenden ME/CFS-Biodatenbank (ME/CFS-Bio) mit Auswertung der epidemiologischen, klinischen und Versorgungsdaten aus dem MECFS-R“ zu fördern. Zielsetzung des Pilotprojektes ist es, eine translationale Basis für die Identifikation diagnostischer Marker, neuer Therapieansätze und präventiver Strategien beim Krankheitsbild ME/CFS zu schaffen.

Um die medizinische Versorgung von Menschen mit ME/CFS zu verbessern, wird seit dem 1. Juli 2021 das Projekt „CFS_CARE - Versorgungskonzept für Patienten mit Chronischem Fatigue Syndrom/Myalgischer Enzephalomyelitis (CFS)“ der Charité Berlin mit Mitteln in Höhe von bis zu 2,785 Millionen Euro aus dem beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelten Innovationsfonds gefördert. Ziel des Projekts ist die Erprobung eines multimodalen, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts u. a. mit verhaltenstherapeutischen, symptomorientierten medikamentösen und physikalischen Therapien.

Die vom BMBF am 8. Oktober 2020 veröffentlichte Richtlinie zur Förderung interdisziplinärer Ver-

bünde zur Erforschung von Pathomechanismen wurde vom BMBF in den sozialen Medien explizit auch für die Erforschung zum Themenfeld ME/CFS beworben. Daraufhin ist im Deutschen Bundestag - Drucksache 19/32038 - im Rahmen dieser Ausschreibung auch eine Projektskizze zur ME/CFS-Forschung eingegangen. Diese befindet sich derzeit noch in der Phase der Begutachtung.

Des Weiteren heißt es auf der Bundesebene im Koalitionsvertrag 2021-2025:

„Zur weiteren Erforschung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um die Langzeitfolgen von Covid19 sowie für das chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS) schaffen wir ein deutschlandweites Netzwerk von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen.“

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine von Betroffenen an den Bundestag gerichtete Petition „Versorgung, Forschung und politische Unterstützung für ME/CFS-Betroffene!“ Anfang November 2021 die erforderliche Anzahl an Unterschriften erhalten hat und somit im Petitionsausschuss des Bundestages behandelt wird.

Zu Nr. 8 des Antrags betreffend spezielle ambulante und stationäre RehaMaßnahmen: Aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es keiner speziellen ambulanten und stationären RehaMaßnahmen für an ME/CFS erkrankte Menschen. Das Angebot von geeigneten Kliniken für dieses Krankheitsbild ist im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung in ausreichendem Umfang vorhanden.

Bei Anträgen von Versicherten auf eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit der Erkrankung ME/CFS wird beispielsweise im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung die Einordnung der Krankheit wie folgt vorgenommen:

- ICD-10 G93.3: Erkrankung des Gehirns, tritt öfters in Verbindung nach einer Virusinfektion (Bsp. Covid-19) auf und sollte vorzugsweise in einer Neurologie behandelt werden, oder
- ICD-10 F48.0: psychische Störung (Erschöpfungssyndrom), ist in einer Psychosomatik zu behandeln.

Bei der ICD-10 Diagnose G93.3 wäre entsprechend eine Klinik mit einer anerkannten neurologischen Abteilung indiziert. Von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung werden hier z. B. das Mediclin Klinikum in Soltau, das Median Klinikzentrum Mühlengrund in Bad Wildungen und die Klinik am Osterbach in Bad Oeynhausen belegt. In Verbindung mit einer Post-COVID-Erkrankung werden vorzugsweise Kliniken ausgewählt, die ein entsprechendes Post-COVID-Konzept haben. Ein solches Konzept liegt zum Beispiel für das Dr. Becker Neurozentrum in Bad Essen und für die Dr. Ebel Fachklinik Carolinum vor.

Für die ICD-10 F48.0 sind grundsätzlich alle Kliniken mit einer anerkannten Abteilung für Psychosomatik geeignet. Hier steht in Niedersachsen eine Vielzahl von Kliniken zur Verfügung, die von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend belegt werden. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung stehen ebenfalls genügend Rehabilitationskliniken für diese Indikation zur Verfügung.

Aussprache

Bezug nehmend auf die Ausführungen des Vertreters des Ministeriums zu Nr. 2 des Antrags teilte Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) mit, dass die Fraktionen der SPD und der CDU für die Einrichtung einer ME/CFS-Ambulanz in Niedersachsen zumindest als Modellprojekt einträten, weil erst danach, abhängig von der Zahl der Patientinnen und Patienten, die sich in einem bestimmten Zeitraum an diese Ambulanz wenden würden, beurteilt werden könne, ob eine solche Ambulanz dauerhaft erforderlich sei, ob sie ausgebaut werden sollte oder in welcher Ausgestaltung eine solche Einrichtung sinnvollerweise weitergeführt werden könne.

Abschließend bat die Abgeordnete das Ministerium, dem Ausschuss eine tabellarische Aufstellung über die Forschungsprojekte und Versorgungsstrukturen zur Verfügung zu stellen. - MedOR **Piel** (MS) sagte dies zu.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) legte dar, Kern dieses Antrags sei die Einrichtung einer Spezialambulanz, an die sich betroffene Patientinnen und Patienten wenden könnten und mit der dann zunächst entsprechende Erfahrungen gesammelt werden könnten, um dann auch darüber entscheiden zu können, ob entsprechende Einrichtungen in allen vier Regionen des Flächen-

landes Niedersachsen geschaffen werden sollten. Long-COVID habe zumindest auch den positiven Nebeneffekt, dass jetzt Patienten, die an ME/CFS litten, mehr Beachtung fänden und dass die Forschungs- und Versorgungsstrukturen weiter ausgebaut würden.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) war der Auffassung, dass die bisher bestehenden Ambulanzen nicht im vollen Umfang die Behandlung von an ME/CFS erkrankten Menschen gewährleisten könnten und insofern spezielle Anlaufstellen erforderlich seien. Diese Situation führe ja auch zu der Überlastung der Charité in Berlin. Auch in München, wo ein Angebot vor allem für jüngere Patientinnen und Patienten vorhanden sei, seien keine großen Kapazitäten mehr verfügbar. Insofern stelle sich die Frage, ob in Niedersachsen nicht zumindest ein Angebot speziell für diese Krankheit geschaffen werden sollte.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) sprach sich dafür aus, die Beratung des Antrags in einer der nächsten Sitzungen fortzuführen, um zunächst die Stellungnahmen, die im Rahmen der schriftlichen Anhörung eingingen, auswerten zu können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) bat darum, nach Auswertung der schriftlichen Anhörung gegebenenfalls auch zu signalisieren, ob Änderungen am Entschließungstext gewünscht würden.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) erklärte ihre Bereitschaft zu einer von allen Fraktionen getragenen Entschließung.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Behandlung des Antrags zurück.

Tagesordnungspunkt 2:

Saisonale Influenza nicht unterschätzen - jetzt für die Grippeimpfung werben

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/10005](#)

*erste Beratung: 118. Plenarsitzung am
13.10.2021
AfSGuG*

zuletzt behandelt: 141. Sitzung am 28.10.2021

Unterrichtung durch die Landesregierung

Präs. **Dr. Feil** (NLGA): Gerne unterrichte ich den Ausschuss zu diesem Antrag, weil wir als Landesgesundheitsamt jedes Jahr die Impfkampagne durchführen. In diesem Jahr haben wir in die Impfkampagne zur Influenza mit dem Titel „Mit VOLLER Punktzahl“ auch die Corona-Impfung einbezogen, weil es dieses Mal nicht nur auf die Influenza ankommt.

Wir richten unseren Fokus mit dieser Kampagne vor allem auf Einrichtungen des Gesundheitswesens. Wir versorgen sowohl betriebsmedizinische Dienste als auch Kliniken, Reha-Einrichtungen und vor allem Altenheime jedes Jahr mit Informationsmaterialien zur Influenza-Impfung und dem dazugehörigen Poster. In diesem Jahr haben wir das wieder in einer Aktion des NLGA gemacht und haben über 1 700 Einrichtungen über die anstehende Influenza-Impfung informiert.

Diese Aktivitäten sind immer eingebettet in die Werbemaßnahmen insbesondere der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die mit ihrer Homepage „Impfen-Info“ und der Kampagne „Der Grippe zuvorkommen“ auch für die Influenza-Impfung wirbt und das auch in diesem Jahr getan hat. Es werden dabei auch die in dem Antrag angesprochenen sozialen Medien gespielt. Gleichzeitig haben wir das natürlich auch auf unserer Homepage. - So weit zu Nr. 1 des Antrags.

Zu Nr. 2 des Antrags zum Thema Arbeitskreis möchte ich darauf hinweisen, dass es bereits einen Arbeitskreis mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure gibt. Seit 2001 sind wir die Geschäftsstelle des Landes für das Niedersächsische Impfforum zur Aktivierung der Schutzimpfungen, kurz „NIAS“. Es wurde damals auf Initiative meines Vorgängers gegründet. In diesem

Forum sind alle Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und auch der Landesfrauenrat, die Medizinische Hochschule Hannover usw. vertreten. Wir haben dieses Impfforum speziell für Versorgungsfragen initiiert. Das läuft auch weiter. Die letzten Kampagnen bzw. die letzten Versuche, den Impfgedanken zu stärken, waren insbesondere auf die HPV-Impfung gerichtet. Ich glaube, es war durch diese Gespräche möglich, auch in diesem Bereich Verbesserungen in der Versorgung zu erreichen. Aber auch die Frage, wie wir die Influenza-Impfung sicherstellen können, spielte immer eine Rolle.

Damit komme ich zu Nr. 3 des Antrags: Es war auch immer ein Thema in dieser Gruppe, wie wir sicherstellen können, dass die Influenza-Impfstoffe in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Auch national gab es sehr große Anstrengungen, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu setzen, um eine ausreichende Versorgung mit Influenza-Impfstoffen sicherzustellen.

Es gibt jetzt auch ein zweites Gremium: ein sogenannter Impfgipfel der Selbstverwaltung. Dieses Gremium wird von der KV organisiert, weil sie nach § 132 i SGB V den gesetzlichen Auftrag hat. Entsprechend der KBV sollen von diesem Gremium auch die Bedarfe an Influenza-Impfstoffen eines jeden Jahres gemeldet werden. Dieser Impfgipfel mit Apothekerschaft, KV, den Ärztenvertretern und der GKV legt das jährliche Verfahren fest. Die KBV muss dem Bund gegenüber den Bedarf zum 15. Januar eines jeden Jahres melden. Das Paul-Ehrlich-Institut prüft dann diese Bedarfe und bestellt eine zusätzliche Reserve. In den Jahren 2020 und 2021 betrug diese Reserve 30 %. Das ist so im SGB V festgelegt, um wirklich sicher zu sein, dass man nicht in einen Versorgungsengpass kommt. Das Verfahren muss dann bis zum 15. März abgeschlossen sein, sodass die Firmen auch wissen, was sie produzieren können und welche Abnahmegarantien sie haben. Durch dieses Verfahren ist der Gesetzgeber sehr gut vorbereitet, und man hat, meine ich, seitdem auch nichts mehr von schlechter Versorgung gehört. Für die Herstellung von Impfstoff ist bekanntlich immer ein gewisser Vorlauf notwendig. Sie ist komplex und benötigt eine gewisse Zeit. Man kann das nicht kurzfristig nachjustieren, sondern man muss eben produzieren. Sie können sich vorstellen, dass die Pharmafirmen nicht zu viel produzieren wollen, zumal dann, wenn die Gewinnmargen nicht so hoch sind. Gleichzeitig kann man, wenn man zu wenig hat, auch nicht mehr

nachsteuern. Dieses Verfahren ist aber ganz gut gelungen.

Ein weiterer Aspekt, der ganz spannend ist: In § 106 b SGB V ist jetzt geregelt, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht in einen Regress geraten, wenn sie zu viel bestellen. Es bestand ja immer die Sorge, dass man in Regress genommen wird, wenn man über den Bedarf hinaus bestellt hat und letztlich nicht alle Impfstoffdosen verimpft. Jetzt ist geregelt, dass das nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt. Insofern haben wir auch reellere Schätzungen der Ärzteschaft, ohne dass sie befürchten müssen, in Regress genommen zu werden, wenn sie am Ende der Saison nicht alles verimpft haben. Selbst dann, wenn sie nur 70 % des bestellten Impfstoffes verimpfen, liegt das noch im Rahmen der Wirtschaftlichkeit.

So weit meine Unterrichtung zu dem Antrag. Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Aussprache

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für diese Informationen. Ich habe dazu zwei Fragen. Sie haben zu der Bitte im Antrag, die Werbung auch auf die sozialen Medien auszuweiten, lediglich auf die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwiesen. Dazu interessiert mich, ob das Land seine Kampagne auch in diesem Bereich gestartet hat.

Der Antrag bezieht sich auch darauf, der Impfskepsis zu begegnen. Bezieht sich das erwähnte Begleitmaterial, das verteilt wird, auch darauf? Für mich ist nicht nachvollziehbar, an welcher Stelle dieses Thema angegangen wird.

In der Aufzählung der Akteure in dem Arbeitskreis, der auf Landesebene zum Thema Aktivierung der Schutzimpfung zusammentritt, habe ich die Kommunen bzw. den öffentlichen Gesundheitsdienst auf der Ebene der unteren Gesundheitsbehörden vermisst. Ist nur das Landesgesundheitsamt dabei, oder sind auch kommunale Vertreter dabei?

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe dazu eine Verständnisfrage. Für die Grippeimpfung zu werben, ist sehr wertvoll und sollte auf jeden Fall gemacht werden. Sie sind auch mit der Ärzteschaft im Gespräch. Mein Kenntnisstand ist bisher, dass gerade bei den Hausärzten sehr stark für die Grippeimpfung geworben wird. Ich sehe das z. B. bei

unserem Hausarzt - er hat ein großes Plakat aufgehängt -, beim örtlichen Kinderarzt und auch in den Apotheken. Meinen Sie nicht, dass die Bürger ein bisschen irritiert sind und sich fragen, wer was macht, wenn wir jetzt seitens des Landes werben und auch der Bund wirbt, und dass das nicht als überbordend empfunden wird? Wie schätzen Sie das ein?

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für den guten Überblick, die wir durch diese Unterrichtung bekommen haben. Wir haben schon im Rahmen der Beratung im Plenum vermutet, dass schon sehr viel und auch sehr koordiniert etwas zum Thema Grippe-Impfkampagne und Aufklärung darüber getan wird, dass es aber trotzdem gut und richtig ist, wenn wir auch im Landtag darüber öffentlich sprechen, um daran zu erinnern, sodass die Grippe neben den vielen Diskussionen um die Corona-Maßnahmen nicht zu sehr in den Hintergrund gerät. Insofern freue ich mich, dass sehr viel gemacht wird. Das bestätigt unsere Vermutung. Ich wünsche Ihnen weiter ein gutes Gelingen, das weiter voranzutreiben. Unsere Bitte um Unterrichtung ist jetzt erfüllt, und wir freuen uns, dass das so gut funktioniert.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Auch von mir herzlichen Dank für die Unterrichtung. Ich habe in diesem Zusammenhang eine ganz andere Frage. Täuscht mich das Gefühl, dass die Problematik und Notwendigkeit von Grippe-Schutzimpfungen durch die Corona-Debatte und durch die Corona-Problematik völlig überlagert werden und bei den Menschen sehr nachrangig ankommen, wenn überhaupt? Inwieweit nehmen Sie wahr, dass Befürchtungen bestehen, sich beide Impfungen verabreichen zu lassen?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe dazu eine Grundsatzfrage: Grippe-Schutzimpfungen für die Gruppe U60 konnte man ab September bekommen. Der Grippeimpfstoff für die Gruppe Ü60, der ja anders zusammengesetzt ist, hat dieses Jahr sehr lange auf sich warten lassen und stand erst Mitte November zur Verfügung. Können solche Verzögerungen perspektivisch vermieden werden? Das war jetzt gerade für die Gruppe Ü60 problematisch; denn über 60-Jährige werden ja nicht mit dem anderen Impfstoff geimpft. Mir selbst wurde zweimal der Impftermin abgesagt, weil kein Impfstoff vorhanden war. Ich habe aus vielen Praxen gehört, dass der Impfstoff erst Anfang/Mitte November geliefert wurde. Das ist natürlich nicht ganz sinnvoll.

Präs. **Dr. Feil** (NLGA): Zunächst zu der Frage zu den sozialen Medien: Wir haben die Kampagne nicht neu aufgelegt, sondern machen das nur in dem Rahmen, in dem wir die sozialen Medien auch bedienen. Wir überlegen im Landesgesundheitsamt auch, wie wir die sozialen Medien mehr nutzen können. Das haben wir aber noch nicht so aufgebaut, wie das vielleicht andere machen. Deswegen verweisen wir bei dem Thema soziale Medien in erster Linie auf die Aktivitäten des Bundes mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In dem Rahmen, in dem wir auch in den sozialen Medien präsent sind, machen wir das, in diesem Jahr aber noch nicht so sehr. Sie wissen ja auch, dass die Impfkampagne gegen COVID ganz neu aufgelegt wurde. Ich kann mir gut vorstellen, dass die Erkenntnisse, die wir daraus gewinnen, auch für künftige Kampagnen genutzt werden können.

Impfskepsis ist immer so eine Sache. Wir müssen natürlich immer mit guten Argumenten vorgehen. Das ist das Wichtige. Natürlich sehen wir, dass das nicht immer reicht. Das müssen wir leider aktuell erleben. Aber es nützt nichts, wir müssen die Leute davon überzeugen und immer wieder sagen, warum es sinnvoll ist, sich vor allem dann impfen zu lassen, wenn man im Gesundheitswesen tätig ist. Das ist ganz entscheidend. Das versuchen wir mit dem Infomaterial und z. B. auch mit unserer Kampagne „Mit VOLLER Punktzahl“.

Zum Thema NIAS: Ohne die kommunalen Spitzenverbände und Vertreter der Kommunen sind wir ja nichts. Insofern machen wir das im Impfforum auf jeden Fall mit dem ÖGD. Der erwähnte Impfgipfel, der im Rahmen der SGB-V-Gesetzgebung festgeschrieben wurde, findet allerdings ohne den öffentlichen Gesundheitsdienst statt.

Ich muss auch darauf hingewiesen: Die Influenza-Impfung ist keine unentgeltliche Schutzimpfung, die im öffentlichen Gesundheitsdienst angeboten werden muss. Insofern ist das keine Dienstaufgabe. Aber tatsächlich ist der Bedarf des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht so groß, als dass er jetzt nicht durch diese neuen Regelungen abgepuffert werden könnte. Sie bestellen ohnehin für sich extra, wenn sie Impfangebote in puncto Influenza machen. Aber, wie gesagt, beim NIAS sind die kommunalen Spitzenverbänden beteiligt. Sie ziehen auch immer einzelne Vertreterinnen und Vertreter aus den Gesundheitsämtern mit hinzu.

In der Tat überlagert die Corona-Debatte das Thema Gripeschutzimpfung und besteht auch die Unsicherheit, ob beide Impfungen gleichzeitig verabreicht werden können. Die Ständige Impfkommission hat aber rechtzeitig erklärt, dass das möglich ist. Das hat meines Erachtens auch die niedergelassenen Ärzte entlastet und dazu beigetragen, dass sie beide Impfungen verabreichen können.

Zum Thema Werbung in den Hausarztpraxen: Frau Pieper, da bin ich ganz bei Ihnen. Deswegen habe ich vorhin auch auf die anderen Akteurinnen und Akteure, wie die BZGA, hingewiesen. Unser Schwerpunkt sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens. Denn dort kann man nach unserem Eindruck relativ effizient dafür werben. Wir haben nicht die Möglichkeiten wie die BZGA und andere Akteurinnen und Akteure, auch die Praxen mit Informationsmaterial zu beliefern, wie dies bereits andere machen.

Da bin ich ganz bei Ihnen. Die Hausärztinnen und Hausärzte wissen ob der Influenza-Impfung und sprechen die Patientinnen und Patienten auch an. In diesem Kontext möchte ich noch einmal sagen: Das Wichtigste bei allen Impfkampagnen, die wir haben, ist die persönliche Ansprache der Ärztin bzw. des Arztes. Das bringt am allermeisten. Das hat Frau Betsch, von der Sie vielleicht im Rahmen der Corona-Debatte gehört haben - ich kenne sie auch aus nationalen Gesprächen -, und auch die BZGA immer wieder ermittelt. Auf die Frage, warum man sich von einer Impfung hat überzeugen lassen, lautet die wichtigste Antwort: „Durch die Ärztin oder den Arzt!“ Genau deswegen haben wir diesen anderen Schwerpunkt gewählt. Ich halte es auch für gerechtfertigt, die Kräfte so einzuteilen.

Zu dem Impfstoff für über 60-Jährige, der in einer höheren Dosierung gegeben werden soll: Es besteht jedes Mal wieder das große Problem, die zeitliche Abfolge der Influenza, der STIKO-Empfehlung und der Impfkampagne zur Influenza-Impfung übereinzubekommen. Das war schon vor ein paar Jahren mit dem Vierfach-Impfstoff so, den wir jetzt auch verwenden und in dem immer vier Virustypen sind. Das kam im Januar, und dann wollten alle diesen Impfstoff. Aber die STIKO hat es extra so gemacht, damit der Impfstoff auch beim nächsten Mal bestellt wird. Ähnlich sehe ich es jetzt auch hier. Es kam jetzt ein bisschen früher. Die Ärztinnen und Ärzte müssen relativ früh ihre Bedarfe anmelden. Letztendlich

ist eine solche Empfehlung immer ein Vorgriff auf die übernächste Saison.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Ich möchte an die Ausführungen von Herrn Dr. Feil anknüpfen. Sie haben darauf hingewiesen, dass die persönliche Ansprache durch die Ärztinnen oder Ärzte wichtig ist. Ich möchte persönlich anmerken: Die Apotheker sind auch wichtig. Ich habe mich in diesem Jahr zum ersten Mal aufgrund der Ansprache eines Apothekers gegen die Grippe impfen lassen. Es gibt ja ein Pilotprojekt der Apotheken mit der AOK. Wir haben auch in der Vormittagssitzung darüber gesprochen. Die Apotheker können ebenfalls mit der Spritze umgehen. Ich möchte also noch einmal dafür werben, dass auch die Apotheker jetzt bei der Corona-Impfung mit einbezogen werden. Ich halte es für ein wichtiges niedrigschwelliges Angebot, auch die Apotheker dabei mit ins Blickfeld zu nehmen, die die Corona-Impfungen unterstützen können. Sie haben viele Kundenkontakte und können die Impfquote in allen Bereichen noch erhöhen.

Präs. Dr. **Feil** (NLGA): Richtig. Auch die Apotheker sind im NIAS und in dem anderen Impfgipfel vertreten.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für die Erläuterungen hinsichtlich des Zeitablaufs der Bestellungen des Impfstoffes und der Reserve von 30 %. Haben Sie einen Überblick darüber, ob der Impfstoff in diesem Jahr ausreicht? Sind die Mengen in diesem Jahr nach Ihrem Eindruck ungefähr richtig kalkuliert, oder kann man das noch nicht genau absehen?

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Weil Frau Janssen-Kucz das Thema angesprochen hat und Sie, Herr Dr. Feil, erwähnt haben, dass die Kampagne vom letzten Jahr von den Hausärzten schon genutzt wird: Ich weiß von unserem Hausarzt - ich glaube, das ist bei einigen Ärzten auch so angekommen -, dass sie ihre Impfmengen schon relativ früh bestellt haben, weil sie die Befürchtung hatten, dass sie, wie im letzten Jahr, eventuell nicht hinkommen werden oder länger warten müssen. Mir hat mein Hausarzt mitgeteilt, dass er sowohl rechtzeitig Impfstoff für die Gruppe der über 60-Jährigen bestellt hat - für sie konnte er die ersten Impfungen am 9. Oktober vornehmen - als auch eine normale Charge für die Gruppe der unter 60-Jährigen bestellt hat. Es gab also schon Impfstoff für alle Altersgruppen, aber natürlich noch nicht in dem Maße, dass man sagen kann, dass es flächendeckend ausgeschöpft ist. Haben Sie

andere Erkenntnisse oder ist meine Einschätzung richtig, dass die Ärzte zum größten Teil auf einem guten Weg sind?

Präs. Dr. **Feil** (NLGA): Das geht beides in die gleiche Richtung. Ich glaube, dass das neue System, das der Bund festgelegt hat, gut ist. Es war ja auch ein Bundesproblem oder Gesetzesproblem. Man wollte hier mit Rabattverträgen auch Spareffekte nutzen. Sie kennen das alles. Ich fand damals, dass das in Niedersachsen durch die gesetzlichen Krankenkassen sehr gut gelöst worden ist. Aber das hat nicht jedes Bundesland so hinbekommen. Mit der AOK, die das immer für alle GKV-Verbände hier in Niedersachsen organisiert, war das auch schon vorher wirklich eine gute Aktion. Das wird jetzt natürlich auch genutzt. Insofern waren wir dazu zunächst auch über das NIAS immer in einem engen Austausch und haben wir deswegen dabei viel gewonnen. Wahrscheinlich wird es jetzt so sein, dass gar nicht so viel hergestellt werden konnte.

Zu der Frage, ob es genügend Impfstoff gibt: Ich gehe davon aus, dass wir genügend Impfstoff haben. Ich habe es gerade noch einmal auf die Schnelle gesucht, aber leider nicht gefunden: Das Paul-Ehrlich-Institut veröffentlicht immer die zugelassenen Impfstoffdosen. Wenn Sie nachsehen, wie es letztes oder vorletztes Jahr war, als man dachte, dass der Impfstoff viel zu spät kommt - er wurde auch wirklich spät zugelassen -, und das mit diesem Jahr vergleichen, dann sehen Sie, dass die Zulassung in diesem Jahr viel schneller erfolgt ist und die Zahl der Impfstoff-Dosen viel höher ist. Vor allem am Anfang der Saison hört man immer, dass es nicht genügend Impfstoff gebe. Letzten Endes müssen die Krankenkassen für Impfstoff, der nicht verimpft wurde, zum Teil 10 Millionen Euro pro Jahr zahlen. Ich glaube, wir sind ganz gut aufgestellt. In diesem Jahr sind es noch einmal mehr Impfstoffe als im letzten Jahr.

Das System der frühen Bestellung, bei dem schon frühzeitig und jetzt auch nach Altersbedarf bestellt wird, hat sich meines Erachtens bewährt und wird sich jetzt noch mehr einschleifen, wenn man sicher sein kann, dass das so weiterläuft. Die Systeme haben sich in den letzten Jahren ständig geändert. Es ist immer ein bisschen schwierig; wenn man mit vielen Akteurinnen und Akteuren zu tun hat, bekommt es nicht unbedingt jeder mit. Insofern ist das jetzt ganz gut, und ich denke, das schleift sich ein und wird ganz gut laufen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Dann sage ich herzlichen Dank für die heutige Unterrichtung.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Nach unserer Auffassung können wir in der heutigen Sitzung über den Antrag abstimmen. Im Kern ist alles das, was in dem Antrag steht, erledigt. Das wird nämlich schon alles wunderbar gemacht, sogar noch darüber hinaus. Insofern ist das aus unserer Sicht heute abstimmungsreif.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das ist die allgemeine Meinung. Dann stimmen wir ab.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Antrag abzulehnen.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: GRÜNE, FDP

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 3:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Pflegegesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 18/8197](#)

direkt überwiesen am 17.12.2020

federführend: AfSGuG

mitberatend: AfRuV

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 GO LT: AfHuF

zuletzt beraten: 146. Sitzung am 18.11.2021

Beratungsgrundlage: Vorlage 25

Beratung

MR'in **Dr. Schröder** (GBD) und Ri'inArbG **Hengst** (GBD) trugen die vom Ausschuss zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs erbetenen weiteren Formulierungsvorschläge des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sowie die präzisierenden und klarstellenden ergänzenden Formulierungsvorschläge zu dem von den Fraktionen der SPD und der CDU in der Vorlage 23 vorgeschlagenen neuen § 10 a vor und erläuterten diese im Sinne der Erläuterungen in der **Vorlage 25**. Darauf wird verwiesen. Eine Aussprache ergab sich zu den nachfolgend aufgeführten Punkten des Gesetzentwurfs sowie zu dem von den Fraktionen der SPD und der CDU vorgeschlagenen neuen § 10 a.

Artikel 1 - Änderung des Niedersächsischen Pflegegesetzes

Nr. 2: § 1 a (neu) - Beschwerdestelle Pflege

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) erklärte sich mit den Formulierungsvorschlägen zu § 1 a in der Vorlage 25 einverstanden.

Nr. 4: § 4 - Örtliche Pflegekonferenzen

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) wies darauf hin, dass seinem Vorschlag in der 146. Sitzung, die Durchführung gemeinsamer örtlicher Pflegekonferenzen zu ermöglichen, im vollen Umfang mit dem Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes in den Anmerkun-

gen auf Seite 8 der Vorlage 25 Rechnung getragen werde:

„Die Bildung gemeinsamer Pflegekonferenzen von zwei oder mehreren angrenzenden Landkreisen oder kreisfreien Städten ist möglich.“

Der Abgeordnete sprach sich dafür aus, diesen Formulierungsvorschlag zu übernehmen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) schloss sich dem Vorschlag des Abg. Jasper an.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, den o. a. Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu übernehmen.

Nr. 5: § 5 - Bereitstellung

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) erklärte, dass die Bedenken des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes gegenüber einem Vorrang freigemeinnütziger Träger, den er, Schwarz, auch in der Beratung in der 146. Sitzung des Ausschusses aus dem in Artikel 20 GG verankerten Sozialstaatsprinzip abgeleitet habe, nachvollziehbar seien. Da das SGB XI hinsichtlich der Qualität und Quantität der Pflegedienstleistungen auf Wettbewerb setze und die Kommunen, wenn Chancengleichheit herrschen solle, hinsichtlich der Schaffung eigener Einrichtungen seiner Überzeugung nach nicht schlechter gestellt sein sollten, spreche er sich dafür aus, den **Absatz 2** des geltenden § 5, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, zu streichen, der bislang einen Nachrang kommunaler Körperschaften regle und diese an dieser Stelle vom Wettbewerb ausschließe.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) schloss aus den Darlegungen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass eine Regelung, nach der Kommunen eigene Einrichtungen nur dann schaffen sollten, soweit die notwendige pflegerische Versorgungsstruktur nicht durch Einrichtungen freigemeinnütziger Träger sichergestellt werden könne, sehr problematisch wäre. Wenn man davon ausgehe, dass das Subsidiaritätsprinzip durch andere gesetzliche Regelungen gewährleistet sei, könne der Absatz 2 in der Tat gestrichen werden.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) schloss sich den rechtlichen Bedenken des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes gegenüber einer Regelung, die freigemeinnützigen Trägern gegenüber anderen Einrichtungsträgern einen Vorrang ein-

räumen würde, an. Sie sprach sich dafür aus, entgegen dem Gesetzentwurf an dem geltenden Absatz 2 festzuhalten, um das Ziel der Schaffung von Trägervielfalt auch im Niedersächsischen Pflegegesetz weiterhin sichtbar zu halten, auch wenn dafür mittlerweile andere gesetzliche Grundlagen vorhanden seien.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schloss sich den Ausführungen des Abg. Schwarz und des Abg. Jasper an. Auf die Darlegungen der Abg. Janssen-Kucz Bezug nehmend, hielt er es für wenig sinnvoll, eine solche Regelung sichtbar zu halten, wenn damit rechtliche Probleme ausgelöst würden. Daher sei es am sinnvollsten, den geltenden Absatz 2 zu streichen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) bekräftigte, wenn der Absatz 2 beibehalten würde, hätte dies für die Kommunen zur Folge, dass sie bei der Schaffung eigener Einrichtungen für die pflegerische Versorgungsstruktur außen vor blieben, weil sie immer nur dann zum Zuge kommen könnten, solange nicht andere Träger die pflegerische Versorgungsstruktur sicherstellten. Dann käme es seines Erachtens jedoch zu einer größeren Wettbewerbsverzerrung, weil sie allein bei der Bezahlung des Personals durch die Bindung an den TVÖD, der höhere Entgelte als der Tarifvertrag der privaten Träger vorsehe, eine andere Ausgangslage hätten ebenso wie kirchliche Träger, die ebenfalls höhere Entgelte zahlten. Im Hinblick auf diese Wettbewerbsverzerrung, durch die Einrichtungen kommunaler und freigemeinnütziger Träger in der Regel teurer als Einrichtungen privater Träger seien, müsse das Tarifrecht auch auf Bundesebene geändert werden.

Vor diesem Hintergrund würde die Beibehaltung des Absatzes 2 automatisch dazu führen, dass private Träger indirekt einen Wettbewerbsvorteil hätten. Wenn reiner Wettbewerb herrschen solle, müsse insofern der Absatz 2 gestrichen werden. Dann würden sich die drei großen Anbietergruppen auf Augenhöhe begegnen und könnten sich die Kommunen ebenso wie freigemeinnützige Träger auf Augenhöhe in die Schaffung der pflegerischen Versorgungsstruktur mit einbringen.

Abg. **Hanna Naber** (SPD) fügte hinzu, auch dadurch, dass privat-gewerbliche Anbieter mit ihrer Gewinnerzielungsabsicht auch im ambulanten Bereich nur dort tätig würden, wo sich dies wirtschaftlich lohne, und dort, wo die Situation schwieriger sei, dann kommunale oder freigemeinnützige Träger aktiv werden müssten, kom-

me es zu einer Wettbewerbsverzerrung. Das Problem für diese Situation liege im SGB XI und könne durch das Niedersächsische Pflegegesetz nicht gelöst werden; allerdings könne es zum Teil zumindest durch Tarifbindungen gelöst werden.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) merkte noch an, Ziel müsse es sein, dass in den Kommunen die Vorhaltung entsprechender Pflegeeinrichtungen sichergestellt werde. Dieses Ziel werde nach seinem Eindruck wohl am besten erreicht, wenn der Absatz 2 gestrichen werde.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) stellte fest, dass im **Ausschuss** eine breite Mehrheit für die im Gesetzentwurf vorgesehene Streichung des Absatzes 2 bestehe.

Nr. 7: § 7 - Allgemeine Fördervoraussetzungen

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD), Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) und Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) sprachen sich dafür aus, den Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu **Absatz 1** auf der Seite 13 der Vorlage 25 zu übernehmen.

Im **Ausschuss** gab es ferner keinen Widerspruch dagegen, in **Satz 1** im Hinblick auf die beabsichtigte Einfügung eines neuen § 10 a die Verweisung „§§ 9 und 10“ durch „§§ 9 bis 10 a“ zu ersetzen und in **Absatz 2** hinter dem Wort „Förderung“ die Worte „nach den §§ 9 und 10“ einzufügen.

§ 10 a (neu) - Förderung von vollstationären Pflegeeinrichtungen für Kurzzeitpflegeplätze

MR'in **Dr. Schröder** (GBD) teilte ergänzend mit, dass das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gegenüber dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst erklärt habe, dass die Haushaltsmittel, die für die von den Fraktionen der SPD und der CDU beantragte neue Förderung von vollstationären Pflegeeinrichtungen für Kurzzeitpflegeplätze erforderlich seien, für den Doppelhaushalt 2022/2023 im Wege der politischen Liste sichergestellt werden sollten.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) legte dar, die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze sei in der Vergangenheit massiv zurückgegangen, weil es für die eingestreuete Kurzzeitpflege keine Investitionsförderung mehr gebe. Insofern könnten die Betten- und Personalkapazitäten, die dafür vorgehalten wer-

den müssten, aber nur zum Teil genutzt würden, nicht refinanziert werden und hielten die Einrichtungen diese Kurzzeitpflegeplätze nicht mehr vor. Insofern sei es das Ziel des Änderungsvorschlags der Fraktionen der SPD und CDU auf Einfügung eines neuen § 10 a, diese Vorhaltekosten mit abzubilden.

Ziel sei es auch - wie es offenbar auch das Ministerium gegenüber dem Gesetzgebungs- und Beratungsdienst erklärt habe -, zu erreichen, dass neue Kurzzeitpflegeplätze geschaffen würden; anderenfalls würden die verlorengegangenen Kurzzeitpflegeplätze nicht wieder geschaffen. Auch aufseiten des Bundesgesetzgebers gebe es Bestrebungen, das Kurzzeitpflegeangebot auszuweiten. Insofern stelle sich die Frage, ob dieses Ziel in der Regelung hinreichend präzise zum Ausdruck komme.

Der Abgeordnete gab abschließend zu überlegen, die Regelung in **Satz 3** des Formulierungsvorschlags des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, dass nur Pflegeplätze gefördert würden, die nach dem 31. März 2022 verlässlich bereitgestellt würden, in die Inkrafttretensregelung in **Artikel 3** zu verlagern. Auf keinen Fall dürfe der neue § 10 a jedoch dazu führen, dass bereits vorhandene Kurzzeitpflegeplätze abgeschafft würden, um sie nach dem Stichtag 1. April 2022 dann mit einer Förderung wieder neu einzurichten. Vielmehr gehe es darum, die vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze zu erhalten und zusätzliche Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen.

Von dem Abgeordneten um eine Stellungnahme gebeten, führte Ref. **Schmitt** (MS) aus, Ziel der in Rede stehenden Regelung sei es in der Tat, die Zahl der verlässlich vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze in Niedersachsen zu erhöhen. Das Problem sei, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen inzwischen oftmals stärker ausgelastet seien und aufgrund der Refinanzierung von Kurzzeitpflegeplätzen diese oftmals nicht mehr anböten.

Ausweislich der Landespflegestatistik und von Umfragen seien aber noch gewisse Kapazitäten in vollstationären Pflegeeinrichtungen ungenutzt. Diese sollten aus der Sicht des Ministeriums für die Kurzzeitpflege genutzt werden. Um diese Kapazitäten verfügbar zu machen, solle den Einrichtungen eine Einnahmeausfallförderung angeboten werden.

Bislang bezögen sich die Rahmenverträge für die vollstationäre Pflege nur auf Dauerpflegeplätze.

Feste Kurzzeitpflegeplätze würden darin nicht genannt, sondern nur die Zahl der Dauerpflegeplätze. Voraussetzung für die beabsichtigte Förderung sei, dass sich der Einrichtungsträger bzw. die Einrichtung verpflichte, eine bestimmte Zahl von Plätzen nur für Kurzzeitpflege bereitzustellen. Insofern diene das Datum „nach dem 31. März 2022“ nur dazu, dem Ministerium genügend Zeit einzuräumen, die Förderbestimmungen in der Verordnung zu verankern.

In dem ursprünglichen Referentenentwurf sei vorgesehen gewesen, dieses Datum in den Artikel 3 bei den Inkrafttretensregelungen aufzunehmen. Die Arbeitsgruppe Rechtsvereinfachung habe jedoch vorgeschlagen, dieses Datum in § 10 a aufzuführen. Dieses Datum sei für Pflegeeinrichtungen keineswegs nachteilhaft, weil sie ja bisher nicht über verlässliche, fixierte Kurzzeitpflegeplätze verfügten. Insofern könne eine Einrichtung, die z. B. über 100 Plätze verfüge und ab dem 1. April 2022 5 Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stelle, die nicht anderweitig belegt würden, eine entsprechende Förderung erhalten. Wenn sie die Plätze bereits zuvor für Kurzzeitpflegegäste genutzt habe, sei dies für die Förderung nicht schädlich. Hauptsache sei, dass sich die Einrichtung verpflichte, diese Plätze ab dem 1. April 2022 für drei Jahre nur noch für die Kurzzeitpflege zu nutzen, auch wenn ein Dauerpflegegast anfrage und zu diesem Zeitpunkt ein solcher Kurzzeitpflegeplatz frei sein sollte.

MR'in **Dr. Schröder** (GBD) wies darauf hin, dass im Ergebnis kein Unterschied bestünde, wenn die Regelung des Satzes 3 „Gefördert werden nur Pflegeplätze, die nach dem 31. März 2022 verlässlich bereitgestellt werden“ in § 10 a belassen und nicht - in Form einer gesonderten Inkrafttretensregelung - inhaltlich in Artikel 3 verlagert würde, wenn derzeit, wie vom Ministerium dargelegt, im Versorgungsvertrag keine Pflegeplätze für Kurzzeitpflegeplätze festgeschrieben seien.

Frau Dr. Schröder fuhr fort, das Problem derjenigen Einrichtungen, die einen Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung stellten, bevor sie eine Förderzusage hätten, bleibe jedoch bestehen, weil die Zahl der förderbaren Plätze nach **Absatz 2 Satz 2** des Änderungsvorschlags begrenzt sei: „Die Förderung ist je Landkreis und kreisfreie Stadt auf einen Platz je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner begrenzt.“ Insofern müsse jede Einrichtung erst über eine Förderzusage verfügen, bevor sie sicher sein könne, dass sie für die Förderung ausgesucht worden sei. Denn es könne immer

sein, dass Förderanträge für mehr Kurzzeitpflegeplätze gestellt würden, als nach der Kappungsgrenze für das Gebiet des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt vorgesehen seien.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP) regte an, das Wort „nur“ in Absatz 1 Satz 2 zu streichen, um Irritationen zu vermeiden.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) sprach sich ebenfalls dafür aus, das Wort „nur“ zu streichen, um den Eindruck zu vermeiden, dass alle Kurzzeitpflegeplätze, die möglicherweise bereits vor dem 1. April 2022 existierten, außen vor blieben. Dies sei aber gerade nicht beabsichtigt, wie auch aus der Stellungnahme seitens des Ministeriums deutlich geworden sei.

Der Abgeordnete regte an, die Regelung wie folgt umzuformulieren:

„Gefördert werden Pflegeplätze, die ab dem 1. April 2022 verlässlich bereitgestellt werden.“

Im **Ausschuss** bestand über diese modifizierte Formulierung des Satzes 3 Einvernehmen.

Zu Absatz 2 **Satz 1** erklärte sich Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) mit den Formulierungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes einverstanden.

Eine erneute Anhörung der kommunalen Spitzenverbände hielt der Vertreter der SPD-Fraktion nicht für erforderlich, zumal sie auch im Rahmen der mündlichen Anhörung im Ausschuss Stellung genommen hätten und ihre Einwände bezüglich der Kurzzeitpflege ebenso wie diejenigen der Wohlfahrtsverbände im Gesetzentwurf berücksichtigt würden. Die Regelung in Absatz 2 Satz 1 sei lediglich eine Folge dessen. Insofern sollte jetzt keine erneute Anhörung durchgeführt werden, um auch eine zeitnahe Verabschiedung des Gesetzentwurfs und ein Inkrafttreten des Gesetzes Anfang 2022 zu ermöglichen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) merkte an, auch sie sei an einem Inkrafttreten des Gesetzes Anfang 2022 interessiert. Notwendig sei allerdings auch Rechtssicherheit. Insofern sei es sicherlich auch möglich, den kommunalen Spitzenverbänden innerhalb einer kurzen Frist noch die Möglichkeit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu dem modifizierten § 10 a zu geben. Eine Verabschiedung im Dezember-Plenarsitzungsabschnitt wäre dann wohl kaum noch möglich. Der Gesetzentwurf könnte dann aber im Januar-

Plenarsitzungsabschnitt beschlossen und rückwirkend zum 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt werden.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) stimmte dem Abg. Schwarz darin zu, dass eine erneute Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände nicht erforderlich sei, zumal sie nach seiner Überzeugung nur zu einer weiteren Verzögerung, aber nicht zu neuen inhaltlichen Darstellungen führen würde.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) stellte fest, dass der **Ausschuss** mehrheitlich eine erneute Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände zu dem neuen § 10 a in der modifizierten Fassung nicht für erforderlich halte.

Zu **Satz 2** erkundigte sich Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) danach, ob die Regelung „Die Förderung ist je Landkreis und kreisfreie Stadt auf einen Platz je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner begrenzt“ auch die Region Hannover einschlieÙe. - MR **Eckermann** (MS) verwies hierzu auf § 3 Abs. 3 NKomVG:

„Die für Landkreise geltenden Regelungen anderer Rechtsvorschriften sind auf die Region Hannover entsprechend anzuwenden, soweit nichts anderes bestimmt ist.“

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) warf ferner die Frage auf, nach welchem Verfahren die restlichen Fördermittel, die in Landkreisen oder kreisfreien Städten nicht verbraucht würden, auf andere Landkreise oder kreisfreie Städte verteilt würden und ob dafür nicht auch eine Stichtagsregelung erforderlich sei, nach der die z. B. innerhalb eines Jahres oder innerhalb von sechs Monaten nicht abgerufenen Fördermittel anderweitig verteilt werden könnten.

Ref. **Schmitt** (MS) gab zur Antwort, in der Tat sei dafür eine Frist erforderlich. Der Grundgedanke bzw. die Hoffnung sei, dass in jeder Kommune eine ausreichend hohe Zahl von Anträgen gestellt werde, um je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner einen Kurzzeitpflegeplatz fördern zu können. Die ursprüngliche Entwurfsfassung, in der noch die Kommunen als Förderbehörden vorgesehen gewesen seien, habe eine Regelung erhalten, nach der die Kommunen sich hätten untereinander abstimmen und per Vertrag hätten übertragen können. Dies sei nach der nunmehr in Rede stehenden Fassung nicht möglich, weil das Förderverfahren nicht mehr bei den Kommunen,

sondern bei einer Landesbehörde angesiedelt werden solle. Die Meinungsbildung aufseiten der Landesregierung, nach welchem internen Verfahren die Plätze und gegebenenfalls übrigbleibende Fördermittel vergeben würden, sei aber noch nicht abgeschlossen. Eine Idee dafür sei, in der Verordnung eine Frist festzulegen, sodass dann, wenn z. B. nach dem 30. September noch Haushaltsmittel zur Verfügung ständen, diese an andere Kommunen nach einem bestimmten Verfahren vergeben werden könnten, etwa nach dem sogenannten Windhundverfahren, welches zumindest einfacher zu handhaben wäre, als Qualitätskriterien festzulegen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) plädierte dafür, den etwas schlankeren Formulierungsvorschlag des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu Satz 2 auf der Seite 24 der Vorlage 25 zu übernehmen. - Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) sprach sich ebenfalls dafür aus.

Im **Ausschuss** bestand Einvernehmen, diesen Formulierungsvorschlag zu übernehmen. - Auf Vorschlag des Abg. **Volker Meyer** (CDU) kam der **Ausschuss** noch überein, in diesem Satz 2 das Wort „und“ zwischen „Landkreis“ und „kreisfreie Stadt“ durch das Wort „oder“ zu ersetzen.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Gesetzentwurf in der Fassung der Vorlage 25 mit den Formulierungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes und den in der heutigen Sitzung vereinbarten Änderungen anzunehmen.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: -

Enthaltung: GRÜNE, FDP

Die Beschlussempfehlung erging unter dem Vorbehalt der Zustimmung der mitberatenden Ausschüsse.

Als Berichterstatter wurde der Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) benannt.
