

N i e d e r s c h r i f t
über die 15. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung
am 31. August 2023
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. a) **Notaufnahmen und Rettungsdienste entlasten - Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in die richtige Versorgungsstufe steuern!**
Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/528](#)
b) **Im Notfall richtig versorgt - Notfallversorgung in Niedersachsen nachhaltig entlasten und neuausrichten!**
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/1597](#)
(zurückgestellt) 5
2. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Bundesempfehlungen zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113 c SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen**
Unterrichtung 7
Aussprache 9
3. a) **Unterrichtung durch die Landesregierung zur Fortsetzung der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP.NI)**
b) **Personalsituation in der Pflege stärken - Situation für Patienten und Pflegekräfte verbessern**
Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/1586](#)
hier: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand

	<i>Unterrichtung</i>	11
	<i>Aussprache</i>	16
4.	Unterrichtung durch die Landesregierung zur Beratungshotline rund um Fragen zu Long-/Post-Covid sowie Post-Vac	
	<i>Unterrichtung</i>	25
	<i>Aussprache</i>	27
5.	Queerfeindlichkeit hat in Niedersachsen keinen Platz - Sicherheit, Sichtbarkeit und Akzeptanz für queere Menschen!	
	Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/1614	
	hier: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand	
	<i>Unterrichtung</i>	33
	<i>Aussprache</i>	35

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Volker Meyer (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Vanessa Behrendt (i. V. d. Abg. MUDr. PhDr. / Univ. Prag Jozef Rakicky) (AfD)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.16 Uhr bis 12.16 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 12. und 14. Sitzung.

*

Unterrichtungswunsch

Auf Vorschlag des Abg. **Volker Meyer** (CDU) bittet der **Ausschuss** die Landesregierung für die Mitberatung des Antrags der CDU-Fraktion in der [Drs. 19/1228](#) betr. „Flächendeckende medizinische Versorgung in Niedersachsen sicherstellen: Medizinstudienplätze konsequent ausbauen und Anreize für mehr hausärztliche Praxen setzen!“ um eine Unterrichtung über den aktuellen Sachstand beim „Masterplan Medizinstudium 2020“ sowie bei der Reform der Approbationsordnung.

Tagesordnungspunkt 1:

1. a) **Notaufnahmen und Rettungsdienste entlasten - Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in die richtige Versorgungsstufe steuern!**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/528](#)

hier: Fortsetzung der Beratung und ggf. Beschlussfassung

- b) **Im Notfall richtig versorgt - Notfallversorgung in Niedersachsen nachhaltig entlasten und neuausrichten!**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -
[Drs. 19/1597](#)

hier: Klärung von Verfahrensfragen ggf. Beratung und Beschlussfassung

zu a: erste Beratung: 9. Plenarsitzung am 22.02.2023

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfluS

zu b: erste Beratung: 15. Plenarsitzung am 20.06.2023

AfSAGuG

Beratung

Abg. **Volker Meyer** (CDU) bittet darum, die Beratung der Anträge zurückzustellen, um sich zunächst noch fraktionsintern mit dem Antrag der SPD-Fraktion befassen zu können.

Weiteres Verfahren

Im **Ausschuss** besteht Einvernehmen, die abschließende Beratung der Anträge zurückzustellen.

Tagesordnungspunkt 2:

Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung zu den Bundesempfehlungen zur Umsetzung der Personalbemessung nach § 113 c SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Unterrichtungswunsch: 12. Sitzung am 01.06.2023

*Die vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung zu diesem TOP zur Verfügung gestellte Übersicht über die Personalschlüssel im Niedersächsischen Rahmenvertrag für vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur alten Vereinbarung aus dem Jahr 2019 sowie ein Auszug aus dem neu verhandelten Rahmenvertrag sind dieser Niederschrift als **Anlagen 1 und 2** beigelegt.*

Unterrichtung

LMR **Kirchberg** (MS): Bei den beiden Dokumenten, die das Ministerium dem Ausschuss für die Unterrichtung unter diesem Tagesordnungspunkt zur Verfügung stellt, handelt es sich zum einen um eine Gegenüberstellung der bis zum 1. Juli auf der Basis des Rahmenvertrages aus dem Jahr 2019 vereinbarten Personalmindest- und -maximalmengen, bevor die Bundesregelung, über deren Umsetzung ich heute noch einmal ergänzend unterrichtete, umgesetzt wurde, in der linken Spalte und der Schlüssel in der Spalte rechts daneben, die sich als Maximalschlüssel aus § 113 c SGB XI ergeben, und - das eigentlich Interessante - der Mindestmengen, die sich nach der Neufassung des Rahmenvertrages ergeben (s. **Anlage 1**).

Das zweite Dokument (s. **Anlage 2**) enthält einen Auszug aus dem Rahmenvertrag, der insgesamt über 40 Seiten plus Anlagen umfasst. Dabei handelt es sich um die entscheidenden Regelungen, die neu verhandelt wurden, nämlich in § 21.

Zunächst kurz zu den Hintergründen bei diesem Thema, über die ich den Ausschuss auch in der 12. Sitzung am 1. Juni 2023 unterrichtet habe:

Parteien des Rahmenvertrages sind in Niedersachsen die Landesverbände der Pflegekassen, der Medizinische Dienst, der Verband der privaten Krankenversicherer und die Vereinigungen der stationären Pflegeeinrichtungen im Land sowie die Kommunen und das Land, vertreten durch das MS. Der Rahmenvertrag ist nach § 75 SGB XI für die Pflegekassen und auch die zugelassenen Pflegeeinrichtungsträger unmittelbar verbindlich. Er muss also nicht extra bestätigt werden, und es muss auch kein Beitrittsverfahren durchgeführt werden, sondern das, was die Parteien im Rahmenvertrag regeln, ist mit unmittelbarer Rechtswirkung ausgestattet auch für die Einzelvereinbarungen, für die Versorgungsverträge etc.

Über das Personalbemessungsverfahren in § 113 c SGB XI habe ich bereits in der 12. Sitzung berichtet. Es orientiert sich an der Bewohnerstruktur einer Pflegeeinrichtung, d. h. nach den dort vorhandenen Pflegegraden. Es gibt insgesamt fünf Pflegegrade. In der Gegenüberstellung ist pro Pflegegrad ein gesonderter Personalschlüssel dargestellt. Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist der Pflegebedarf. Je kleiner die Zahl in der rechten Spalte ist, desto besser ist der Schlüssel, und je größer die Zahl in der rechten Spalte ist, desto schlechter ist der Schlüssel.

Der neue § 113 c SGB XI differenziert im Absatz 1 bei den dort genannten Personalanhaltswerten nach drei Qualifikationen der in der Betreuung und Pflege tätigen Kräfte: erstens Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung, zweitens Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr - das sind die sogenannten Assistenzkräfte - und drittens die in der Regel dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte.

In Niedersachsen - wie auch in vielen anderen Ländern - ist der Einstieg in diese Systematik im Rahmenvertrag jetzt noch nicht umgesetzt worden. Der neue § 21 des Rahmenvertrages differenziert also weiterhin nach Fach- und Hilfskräften. Der Grund dahinter ist, dass wir die einjährige Assistenz Ausbildung einführen möchten, aber - wie auch viele andere Länder - noch nicht eingeführt haben. Dazu werde ich aber jetzt bei dieser Unterrichtung zunächst innehalten; denn unter dem nächsten Tagesordnungspunkt betreffend die KAP.Ni und die Unterrichtung zu dem Entschließungsantrag der CDU-Fraktion wird das mit ein zentrales Thema sein.

Wir können erst dann in eine dreistufige Differenzierung der Schlüssel einsteigen, wenn das Hilfskraftpersonal mit der landesrechtlich geregelten Helfer- oder Assistenz Ausbildung in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich zur Verfügung stehen wird. Das widerspricht nicht der Empfehlung, sondern entspricht sogar den Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der Trägervereinigungen der Pflegeeinrichtungsträger auf Bundesebene. Auch über diese Empfehlung hatte ich den Ausschuss in der 12. Sitzung kurz unterrichtet. Die kennen das Problem und haben das dort mit verarbeitet.

Der erwähnte § 21 ist zum 1. Juli 2023 in Kraft getreten, also auch pünktlich zum Inkrafttreten des § 113 c SGB XI. Bei einem Vergleich der Maximal- und Mindestschlüssel ist zu erkennen, dass der Maximalschlüssel des Bundes etwas höher ist als der bisher vereinbarte Maximalschlüssel in Niedersachsen. Das Gleiche gilt auch für den sogenannten Mindestschlüssel. Wir haben bei den Rahmenvertragsverhandlungen über die Frage, wie viel Einrichtung im Bereich Betreuung und Pflege mindestens vorgehalten werden muss, durchaus länger diskutiert; denn natürlich wünscht sich jeder, dass möglichst viel Personal in den Einrichtungen tätig ist. Aber das hat bekanntlich eine Kehrseite bzw. sogar mehrere Kehrseiten: Zum einen würden die theoretisch auf dem Papier vereinbarten hohen Fachkraftschlüssel derzeit auf die Situation treffen, dass nicht genügend Fachkräfte verfügbar sind. Zum anderen muss alles, was zusätzlich vereinbart wird und vorgehalten werden muss, derzeit noch von den Pflegebedürftigen oder ersatzweise vom Sozialhilfeträger bezahlt werden. In dieser Gemengelage ist eine Balance gefunden worden, mit der sich alle Parteien einverstanden erklären konnten. Diese führt zu einer geringen Anhebung der bisherigen Mindestschlüssel.

Die Regelung in § 113 c Abs. 5 SGB XI sieht vor, dass der Anteil der ausgebildeten Fachkräfte nun auch aus dem Rahmenvertrag hervorgehen muss. Dabei ist auch die Pflegesituation in der Nacht einzubeziehen. Um diesen beiden Aspekten gerecht zu werden, ist es erforderlich - wie in der 12. Sitzung schon kurz ausgeführt; ich will das aber noch einmal betonen -, dass wir uns von der bisherigen Fachkraftquote in Höhe von 50 % des vorhandenen Personals in der Einrichtung verabschieden. Zukünftig ist Bemessungsgrad für die 50-%-Quote - die wir nicht aufgeben, aber anders handhaben - nicht mehr das vorhandene Personal, sondern die Mindestmenge, die im Rahmenvertrag vereinbart ist. Das heißt, wenn ein Einrichtungsträger weiter Personal über diese Mindestmenge hinaus vorhält oder vereinbart, dann ist der Anteil der Fachkräfte, prozentual gesehen, geringer als 50 %. Also je mehr Personal vorhanden ist, desto geringer ist die Zahl der

Fachkräfte; deswegen sinkt der Prozentsatz. Aber die Zahl der Fachkräfte ist orientiert an der Mindestmenge. Das ist nach wie vor die Maßgabe und auch ordnungsrechtlich nach dem NuWG die Praxis, die von den Einrichtungsträgern eingehalten werden muss. Die Regelungen dazu finden Sie in § 21 Abs. 8 des Rahmenvertrages.

Für die Pflegesituation in der Nacht gilt § 21 Abs. 14: „Die Einrichtung hat eine angemessene personelle Ausstattung des Nachtdienstes sowie der Dienste an Wochenenden und Feiertagen vorzuhalten“ - auch dies war uns ein großes Bedürfnis -; „hierbei sind besondere Bedarfe wie Einrichtungsgröße und Raumsituation zu berücksichtigen. Mindestens eine Fachkraft muss ständig anwesend sein.“

So weit zunächst einmal meine Unterrichtung. Auf Fragen, wie sich das auch praktisch auf die Einrichtungen auswirkt, antworte ich gerne. Wenn es gewünscht ist, kann ich auch ein paar Rechenexempel vortragen.

Aussprache

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Die Vereinbarung trägt letztlich der Situation, in der wir uns alle befinden, Rechnung, dass es nicht genügend Fachkräfte gibt und dass wir uns gleichwohl bemühen, dass die Menschen gut versorgt werden, dann eben auch mit Hilfskräften. Von Ihrem Angebot, uns Rechenbeispiele vorzuführen, würde ich gerne Gebrauch machen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Zunächst zu meinem Verständnis: Wir haben ja immer auf eine Flexibilisierung der Fachkraftquote gedrungen, stärker orientiert an dem Pflegegrad. Das bildet sich ein Stück weit ab, wenn sich der Schlüssel künftig nicht mehr an dem vorhandenen Personal, sondern mehr an den Mindestmengen des Personalschlüssels und der Bewohnerstruktur orientiert. Gibt es Berechnungsbeispiele, wie sich das auf die Fachkraftquote bei einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung tatsächlich auswirkt? Das ist wahrscheinlich schwierig, und wahrscheinlich ist sie dann niedriger als heute.

LMR **Kirchberg** (MS): Das vermute ich, weil Einrichtungsträger heute vielfach höhere Personalmengen vereinbart haben als die bisherige auf Landesebene vereinbarte Mindestmenge in der linken Spalte der Übersicht. Es obliegt dem Einrichtungsträger, ob er trotzdem seine Fachkräfte weiter behält. Es gibt also keinen Cut bei den Pflegevergütungsverhandlungen in dem Sinne, dass etwa gesagt würde, dass eine Einrichtung über zu viele Fachkräfte verfügt, dass sie ihr abgezogen würden und dass sie sie entlassen muss. Anderenfalls wäre das natürlich fatal. Unter dem Strich ist aber die Vermutung berechtigt - auf den Punkt genau kann ich das nicht berechnen; über diese Daten verfüge ich nicht -, dass sich insgesamt, wenn man das anders verteilen würde, die Fachkraftkrise sozusagen etwas verringern würde. Aber das ist, glaube ich, nur ein rechnerischer Effekt. Wie es sich tatsächlich in der Praxis darstellt und ob es eine Umverteilung geben könnte, wird man dann sehen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die komplexe Unterrichtung. Ich habe nur eine Frage zu einem Nebensatz. Sie haben davon gesprochen, dass Sie die einjährige Pflegeassistentenausbildung ermöglichen wollen. Das hat mich ein bisschen irritiert. Ich bin bisher immer von einer Hilfskraftebene ausgegangen und davon, dass die Assistenzausbildung weiterhin zwei Jahre dauert. Dazu werden wir sicherlich gleich unter dem nächsten Tagesordnungspunkt im Zusammenhang mit der KAP.Ni noch etwas hören und uns dazu noch intensiver austauschen.

Das hat dann ja auch mit einem entsprechenden Fachkräfteniveau zu tun. Deswegen war ich darüber jetzt ein bisschen irritiert. Ich wäre dankbar, wenn Sie erläutern würden, wie Sie das gemeint haben.

LMR Kirchberg (MS): Zunächst zu der Frage von Frau Wernstedt: Neben der Annahme, die ich gerade getätigt habe, haben wir Zahlen von der AOK Niedersachsen. Es sind derzeit Verträge für insgesamt 1 544 stationäre Pflegeeinrichtungen zu schließen. Um die neue Mindestpersonalmenge zu erreichen, müsste nach den Daten der AOK rund ein Drittel - nämlich 543 Einrichtungen - zusätzliches Personal in einem Gesamtumfang von 225 Vollzeitäquivalenten einstellen. Das sind dann durchschnittlich 0,4 Vollzeitstellen pro Einrichtung. Das ist die Balance, die wir an dieser Stelle versucht haben. Es ist durchaus eine Verbesserung der Schlüssel, aber in der Annahme, dass dies nicht den Arbeitsmarkt überfordert und schon gar nicht die Einrichtungsträger und letztlich auch nicht die Finanzierbarkeit aufseiten der Pflegebedürftigen überfordert.

Die Frage zur einjährigen Assistenz Ausbildung würde ich, wenn Sie einverstanden sind, unter dem nächsten Tagesordnungspunkt ausführlicher beantworten. Derzeit unterscheiden wir nur, wie dargestellt, zwischen Fach- und Hilfskräften. Bei den Hilfskräften unterscheiden wir im stationären Bereich nicht zwischen ungelernten und zweijährigen Assistenzkräften. Diese Unterscheidung gibt es in der ambulanten Pflege, weil die Tätigkeiten, die zweijährig ausgebildete Nichtfachkräfte, aber Assistenzkräfte ausführen dürfen, einen breiteren Katalog der pflegerischen Leistungen darstellen als das, was ungelernte Kräfte in der ambulanten Pflege machen dürfen. Für den stationären Bereich betreten wir mit der neuen Stufe „Assistenzkraft“ Neuland. Das hat uns der Bund als Hausaufgabe mitgegeben. In dem § 113 c heißt es: „mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr“. Darüber werden wir wahrscheinlich unter dem nächsten Tagesordnungspunkt sprechen.

Abg. Andrea Prell (SPD): Im Zusammenhang mit dem Pflegeschlüssel für den Nachtdienst haben Sie davon gesprochen, dass die Einrichtung eine angemessene personelle Ausstattung des Nachtdienstes vorzuhalten hat. Gibt es eine Definition dafür, was „angemessen“ ist? Es gibt ja unterschiedliche Betrachtungsweisen, was „angemessen“ ist.

LMR Kirchberg (MS): Ich bitte um Verständnis, dass die Hintergründe der Ergebnisse, was im Rahmenvertrag vereinbarungsfähig war, vertraulich sind. Es gab unterschiedliche Positionen zu der Frage, ob man an dieser Stelle auch eine Bezifferung vornehmen kann oder nicht. Eine Einigung auf eine Bezifferung ist nicht gelungen. Das ist aber, denke ich, immer auch im Rahmen der Überprüfung der pflegerischen Situation durch die Ordnungsbehörden ein Punkt - auch der MDK schaut da nach -, dass nicht etwa nur eine Fachkraft für ein ganzes Haus zur Verfügung steht, sondern dass, abhängig von der Situation im Gebäude, pro Etage eine Fachkraft vorhanden sein muss. In einer großen Einrichtung mit z. B. 150 oder 300 Plätzen muss der Nachtdienst natürlich anders besetzt sein als in einer kleinen, familiär geführten Einrichtung mit 20 Plätzen. Das müssen sich die Ordnungsbehörden und die Vertragspartner Pflegekassen und darüber der MDK bei den Prüfungen, die sie ja vornehmen, genauer anschauen. Ich gehe davon aus, dass dieser unbestimmte Rechtsbegriff „angemessen“ in der Praxis konkretisiert werden wird.

Vors. Abg. Oliver Lottke (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es zu der Unterrichtung nicht. Ich gehe davon aus, dass zu diesem Thema unter dem TOP 3 noch weitere Fragen gestellt werden.

Tagesordnungspunkt 3:

- a) **Unterrichtung durch die Landesregierung zur Fortsetzung der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP.NI)**
- b) **Personalsituation in der Pflege stärken - Situation für Patienten und Pflegekräfte verbessern**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/1586](#)

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand

zu a: Unterrichtungswunsch: 14. Sitzung am 24.08.2023

zu b: erste Beratung: 18. Plenarsitzung am 23.06.2023

federführend: AfSAGuG

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i.V. m. §39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

Der 10-Punkte-Plan für die Konzentrierte Aktion Pflege Niedersachsen (KAP.Ni) ist dieser Niederschrift als **Anlage 3** beigelegt.

Unterrichtung

LMR **Kirchberg** (MS): Die demografische Entwicklung, verbunden mit einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen, sowie der Fachkräftemangel haben dazu geführt, dass die Stärkung der pflegerischen Versorgung bereits seit einigen Jahren ganz oben auf der Agenda der niedersächsischen Sozialpolitik steht.

Im Sommer 2019 wurde in Niedersachsen die „Konzentrierte Aktion Pflege Niedersachsen“ (KAP.Ni) initiiert, um sämtliche relevante Akteurinnen und Akteure der pflegerischen Versorgung in Niedersachsen zusammenzubringen. Seitdem arbeiten in der KAP.Ni das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, die niedersächsischen Wohlfahrtsverbände, die Verbände der privatgewerblichen Anbieter, die Pflegekassen, die kommunalen Spitzenverbände und die Gewerkschaften für Verbesserungen in der Pflege zusammen.

Im Zuge dessen wurde ein anspruchsvolles Maßnahmenpaket erarbeitet, das darauf abzielt, die pflegerische Versorgung in Niedersachsen zukunftsorientiert und innovativ zu gestalten, während eine kooperative Atmosphäre des Vertrauens gefördert wird. Dafür wurden 2019 die folgenden drei Maßnahmenswerpunkte festgelegt: erstens Entlohnungsbedingungen in der Pflege, zweitens Personalmanagement/Betriebliches Gesundheitsmanagement und drittens innovative Versorgungsansätze und Versorgungssteuerung.

Die unter diesen drei Maßnahmenswerpunkten festgelegten Ziele und Vorhaben konnten im vergangenen Jahr 2022 erfolgreich abgeschlossen werden. Zentral war dabei die Thematik der Entlohnungsbedingungen gerade in der ambulanten Pflege. Dazu gelang eine erfolgreiche Einigung zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern bezüglich der Entlohnungsbedingungen in der ambulanten Pflege. Es wurde auch ein sogenanntes vereinfachtes Verfahren zwischen den Kassen und den Verbänden der LAG FW und der LAG PPN ausgehandelt. Die individuellen Punktwerte, nach denen in der ambulanten Pflege abgerechnet wird, wurden so an-

gepasst, dass die tatsächlich entstandenen bzw. entstehenden Personalkosten angemessen berücksichtigt werden. Das war vorher nicht immer der Fall. Dieses vereinfachte Verfahren ist zudem flexibel ausgestaltet. Das heißt, Änderungen in der Struktur, weil z. B. Personalwechsel stattfinden, können durch Neuverhandlungen jeweils auch Berücksichtigung finden. Das alte System sah dies nicht zwingend vor.

Diese innovative Gestaltung erfüllt gleichzeitig zwei wesentliche Zwecke: Sie gewährleistet die zukunftsichere Umsetzung der Tariftreue Regelungen gemäß dem Niedersächsischen Pflegegesetz bei der Förderung der Investitionskosten sowie der Regelungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung SGB XI / Pflegereform Bund 2021.

Ich komme nun zur aktuellen Fortführung. Durch die Konzertierte Aktion Pflege konnte in Niedersachsen schon vieles auf den Weg gebracht werden. Nun wollen wir neue Schwerpunkte setzen.

Aus der Sicht der Landesregierung sind neben der weiteren Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor allem die Stärkung pflegender Angehöriger und Ehrenamtlicher, die Gewinnung von zusätzlichen Fach- und Assistenzkräften sowie die Digitalisierung der ambulanten Versorgung in den Blick zu nehmen und mit konkreten Maßnahmen zu hinterlegen.

Im letzten Jahr fand dafür vorbereitend ein entsprechender Workshop mit dem Titel „Handlungsempfehlungen für die Pflege in Niedersachsen“ statt, der im Zuge der Vorbereitungen für die Fortführung der KAP.Ni veranstaltet wurde. Dieses Treffen wurde vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung initiiert. Die Teilnehmerrunde umfasste Mitglieder des Landespflegeausschusses sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten verschiedener Verbände, die bereits in der Vergangenheit an der KAP.Ni mitgewirkt haben oder zukünftig daran beteiligt sein werden.

Der Fokus lag auf einer eingehenden Analyse des im Jahr 2021 veröffentlichten Landespflegeberichts, der insbesondere die Thematik der Fachkräftesicherung in den Blickpunkt rückt. Zudem wurden die bisher erzielten Ergebnisse der KAP.Ni-Initiative sowie die Empfehlungen der Enquetekommission für die gesundheitliche Versorgung in die Betrachtung einbezogen.

Die im Rahmen dieser Workshops gemeinsam erzielten Erkenntnisse und Ergebnisse bilden die Grundlage des nun vorliegenden 10-Punkte-Planes (s. **Anlage 3**). Dieser 10-Punkte-Plan wurde seit Herbst 2022 mit den entsprechenden Vertreterinnen und Vertretern der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen, der LAG FW und LAG PPN, also den Mitgliedern des sogenannten Steuerungskreises, erarbeitet und abgestimmt.

Das Maßnahmenpaket, das wir uns jetzt vorgenommen haben, umfasst drei Schwerpunktbereiche: erstens Gewinnung von Fachkräften, zweitens Unterstützung von pflegenden An- und Zugehörigen, drittens Förderung von Entbürokratisierung und Digitalisierung. Die zehn Maßnahmen sind in dem 10-Punkte-Plan im Einzelnen ausgeführt.

Noch in diesem Jahr sollen drei Initiativen umgesetzt werden - damit ist teilweise schon begonnen worden -: erstens die Stärkung der Kurzzeitpflege, zweitens die Schaffung attraktiverer Arbeitszeitmodelle und drittens der Abbau von Bürokratie.

Zur Stärkung der Kurzzeitpflege: Aufgrund einer Neuregelung in § 88 a SGB XI besteht die Möglichkeit, auf Landesebene nähere Regelungen zur Steigerung der Attraktivität der Kurzzeitpflege zu vereinbaren. Hierzu gab es bereits Gespräche zwischen den entsprechenden Parteien, insbesondere Kassen, Kommunen, Land und Anbieterseite. In Kürze wird eine Arbeitsgruppe der Pflegesatzkommission über die nähere Umsetzung beraten und hoffentlich noch in diesem Jahr ein geeintes Ergebnis erzielen.

Auch zur Schaffung attraktiverer Arbeitszeitmodelle existiert bereits eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Niedersächsischen Pflegerates und der Gewerkschaft ver.di Niedersachsen-Bremen. Weitere Beteiligte sind die AOK und die LAG-Wohlfahrtsverbände, vertreten durch die Diakonie und das DRK. Dort sind bereits verschiedene Arbeitszeitmodelle, wie u. a. die Vier-Tage-Woche, modellhaft erprobt worden. Entlang der dabei erzielten praktischen Erfahrungen will die Arbeitsgruppe Vorschläge für attraktivere Arbeitszeitmodelle machen.

In Bezug auf den Abbau von Bürokratie: Unter Federführung der AOK Niedersachsen und des VDEK ist auf Fachebene eine Steuerungsgruppe installiert worden, welche in Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern - der LAG FW und LAG PPN - Projektstrukturen etablieren wird, um entsprechende Digitalisierungsprojekte zum Bürokratieabbau zu implementieren. Auch hier wird das Ziel verfolgt, noch in diesem Jahr Ergebnisse vorzulegen.

So weit die Unterrichtung zur KAP.Ni.

Ich danke auch für die Gelegenheit, den Ausschuss zu dem Antrag der CDU-Fraktion betreffend „Personalsituation in der Pflege stärken - Situation für Patienten und Pflegekräfte verbessern“ über den aktuellen Sachstand zu unterrichten. Einige Informationen haben Sie bereits aus der Unterrichtung zur KAP.Ni entnehmen können. Ich möchte das noch weiter vertiefen, weil in dem Antrag auch andere Weichenstellungen angesprochen werden.

Zu der Forderung unter **Nr. 1** des Antrags, bis zur Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegehelferausbildung in Niedersachsen eine einjährige praxisorientierte Pflegehelferausbildung nach dem hessischen Modell mit der Zahlung einer Ausbildungsvergütung einzuführen und diese Ausbildung auch Menschen ohne Schulabschluss offenstehen zu lassen:

Die landesrechtlich geregelten Ausbildungen der Pflegehelfer- und Assistenzberufe sind in den Bundesländern sehr unterschiedlich strukturiert. Um dabei einen vergleichbaren Standard zu ermöglichen, richten sich die Ausbildungswege nach den von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkten für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“, die die zwischen den Ländern vereinbarte Mindestanforderungen an Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege darstellen. Diese Eckpunkte setzen u. a. den Hauptschulabschluss als Zugangsvoraussetzung fest und sind u. a. in § 113 c SGB XI auch als Mindestanforderungen aufgeführt.

Nach Auffassung der Landesregierung würde ein Wegfall des Hauptschulabschlusses als Zugangsvoraussetzung die Ausbildung entwerten, da diese dann nicht mehr den bundesrechtlichen Vorgaben entspräche. Zudem ist festzuhalten, dass aus ihrer Sicht eine hinreichende Allgemeinbildung zwingend erforderlich ist, um die fachliche Ausbildung erfolgreich zu absolvieren.

Aufgrund der in der Koalitionsvereinbarung beschriebenen Zielsetzung, eine einjährige Ausbildung in der Pflegeassistenten einzuführen, wird derzeit im MK eine entsprechende Konzeption für eine solche Schulform erarbeitet. Es geht insofern an dieser Stelle um eine schulische Ausbildung. Gemäß den Vorgaben in den genannten Eckpunkten wird aber auch hier mindestens der Hauptschulabschluss als Eingangsvoraussetzung erforderlich sein. Eine Einführung dieser neuen Schulform ist derzeit zum Schuljahr 2024/2025 geplant. Insofern wäre nach Auffassung der Landesregierung eine vorherige Einführung einer Pflegehelferausbildung nach hessischem Modell nicht zielführend.

Zum Stichwort „Ausbildungsvergütung“: Derzeit besteht durch den Status als Schülerin oder Schüler der Anspruch auf Leistungen der Berufsausbildungsbeihilfe (BAB). Mittelfristig ist eine Lösung analog dem Pflegeausbildungsfonds bei der generalistischen Ausbildung von Pflegefachkräften denkbar. Dabei erachten wir es als zielführend, die Harmonisierungsansätze des Bundes mit einzubeziehen und keine isolierte einzelne Lösung eines Landes zu treffen, um unnötige Systembrüche zu vermeiden, welche sowohl zu Unsicherheiten bei potenziellen Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern als auch zu umfangreichem Aufwand für alle schon jetzt belasteten Akteure in der Pflege führen würden.

Zu der Forderung unter der **Nr. 2** des Antrags, Auszubildende, die die Zwischenprüfung in der generalisierten Pflegeausbildung bestehen, automatisch als Pflegeassistentenkraft anzuerkennen: Bislang besteht nach Auskunft des MK in Niedersachsen keine Möglichkeit, durch die Zwischenprüfung in der Pflege automatisch die Anerkennung der Berufsbezeichnung „Staatlich anerkannte Pflegeassistentin“ oder „Staatlich anerkannter Pflegeassistent“ zu erlangen. Derzeit wird aber geprüft, ob diese Möglichkeit zukünftig eröffnet werden kann bzw. eröffnet werden soll. Wir haben dazu aktuell auch eine Länderumfrage durchgeführt, an der zwölf Bundesländer teilgenommen haben. Daraus ergibt sich, dass in keinem Bundesland mit der Zwischenprüfung ein landesrechtlicher Abschluss in der Pflegehilfe oder Pflegeassistenten erworben werden kann. Auch hier würden wir also Neuland betreten.

Zu der Forderung unter der **Nr. 3** des Antrags, Pflegehilfskräfte, die zehn Jahre in der Pflege tätig waren, formal als Pflegehelfer oder Pflegehelfer anzuerkennen, ohne zusätzliches Prüfungserfordernis: Nach aktuellem Stand ist eine Anerkennung auf Basis der Berufserfahrung bislang nicht möglich. Der Bundesgesetzgeber hat mit der Formulierung in § 113 c SGB XI „Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenz Ausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr“ deutlich gemacht, dass ein landesrechtlicher Abschluss erforderlich ist. Um dabei auch ein einheitliches und verlässliches Qualifikationsniveau zu ermöglichen, müssten sowohl die Zugangsvoraussetzungen für die reguläre Ausbildung erfüllt sein - also der Hauptschulabschluss - als auch die Inhalte der Ausbildung gesichert vermittelt werden. Dies dürfte auch bei längerer Praxiserfahrung nicht in jedem Fall gesichert sein.

Zudem sehen die genannten Eckpunkte vor, dass die Ausbildung mit einer Prüfung abschließt, die mindestens einen schriftlichen und einen praktischen Teil umfasst. Die erfolgreich abgeschlossene Prüfung führt zum Erlangen eines staatlich anerkannten oder staatlich geprüften Berufsabschlusses.

Bei einem Anerkennungsverfahren könnte außerdem nicht sichergestellt werden, dass die Qualifikation hinreichend vorhanden ist. Inhalte der Ausbildung, wie z. B. subkutane Injektionen, können nicht durch Berufserfahrung in einem unqualifizierten Helferbereich ersetzt werden.

Zu der Forderung unter **Nr. 4** des Antrags, Anerkennungsprozesse im Rahmen einheitlicher und bürokratiearmer Prüfverfahren für international erworbene Qualifikationen zugewanderter Pflegekräfte zu beschleunigen und die Refinanzierung der erforderlichen Anwerbekosten für die Einrichtungen zu übernehmen: Die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse bedingt entsprechend den bundesgesetzlichen Vorgaben immer eine Abwägung zwischen dem Interesse der Antragsteller an einem möglichst einfachen und schnellen Verfahren und dem Schutz der pflegebedürftigen Menschen. Um sicherzustellen, dass die im Ausland erworbenen Qualifikationen auch dem hiesigen Ausbildungsstand entsprechen, ist daher eine individuelle Prüfung der Anträge unumgänglich - im Unterschied zu anderen pauschalierten Verfahren - und überdies bundesrechtlich vorgesehen.

Das Sozialministerium hat seit 2021 speziell die Prozesse des Verfahrens zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in den jeweiligen Berufsgruppen geprüft und verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Prozesse zu optimieren und die Verfahrensdauer zu verkürzen. Wir haben im zuständigen Landesamt für Soziales die personellen Ressourcen verstärkt. Es gibt seitdem die Möglichkeit des freiwilligen Verzichts auf die detaillierten Gleichwertigkeitsprüfungen der Ausbildungen und damit die Möglichkeit zur direkten Zulassung zur Kenntnisprüfung. Im Mai dieses Jahres haben wir zudem klargestellt, dass auch die Vorlage des Sprachniveaus B2 als anerkannt gilt, sofern die erforderlichen Kenntnisprüfungen erfolgreich abgelegt und bestanden wurden. Somit entfällt das frühere Erfordernis, das Sprachzertifikat vorzulegen bzw. einen Fachsprachtest zu absolvieren.

Das Sozialministerium hat damit bereits Maßnahmen zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ergriffen, die teilweise seitens des Bundes jetzt mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz auch in das Bundesrecht überführt werden sollen. Dies führt dazu, dass die Verfahren in der Bundesrepublik insgesamt vereinheitlicht und vereinfacht werden.

Zum Stichwort „Anwerbekosten“: Die Anwerbekosten der Einrichtungen sind den Personalkosten zuzuordnen und müssten somit im angemessenen Rahmen als Teil der Pflegesätze mit den Kostenträgern der zuständigen Pflegekassen und Kommunen verhandelt werden. Dies ist auch möglich. Haushaltsmittel zur Finanzierung dieser Kosten durch den Landeshaushalt als freiwillige Leistung sind bisher nicht eingeplant.

Zu der Forderung unter der **Nr. 5** des Antrags an die Landesregierung, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass alle Pflegeausbildungsgänge in eine duale Ausbildung mit der Zahlung einer Ausbildungsvergütung umgestellt werden: Die Forderung nach einer dualen Ausbildung mit Ausbildungsvergütung für alle Pflegeausbildungsgänge wird seitens des Sozialministeriums und des Kultusministeriums unterstützt. Dabei ist neben anderen Themen aber auch die wichtige Frage der Finanzierung zu klären. Durch die Länderarbeitsgruppe zur Harmonisierung der Pflegehelfer- und Assistenzberufe wurde dem Bundesgesundheitsministerium bereits ein entsprechender Vorschlag vorgelegt, welcher die Zahlung einer Ausbildungsvergütung unter Refinanzierung über das KHG bei Krankenhäusern oder über einen Ausbildungsfonds in der Altenpflege vorsieht. Eine abschließende Rückmeldung wird hier zeitnah erwartet.

Zu der Forderung, die Ausbildungsvergütung möge über die Pflegekassen refinanziert werden: Auch dafür haben wir uns bereits eingesetzt. Bisher haben wir aber noch nicht erkennen können, dass der Bund dem nähertreten möchte.

Aussprache

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für diese sehr ausführliche Unterrichtung. Ich würde es begrüßen, wenn wir in Niedersachsen Neuland beschreiten und mit der Zwischenprüfung einen Abschluss als Pflegeassistent*in schaffen würden, weil wir damit die Durchlässigkeit im System verbessern und man eventuell zurückkehren kann, wenn man später die Ausbildung abbricht. Man hätte dann vorher einen Zwischenstand. Ich fände es gut, wenn wir diesen Weg gehen würden.

Ich habe noch eine Nachfrage. Sie sprachen gerade von der Relevanz, dass man auch die praktischen Tätigkeiten in der Pflege beherrscht und weiß, wie man z. B. einen Zugang legt, wie man subkutane Injektionen verabreicht usw. Da gibt es ja Unmengen. Ich bin keine Pflegefachkraft, aber schon Patientin gewesen. Dann wünscht man sich ja, bestens versorgt zu sein. Deswegen meine Nachfrage: Eine rein schulische Ausbildung, so wie sie hier gefordert ist, kann das ja nicht gewährleisten. Ich bitte um eine Erläuterung, wie diese praktisch relevanten Qualifikationen erreicht werden könnten.

MR'in **Buml** (MK): In den Eckpunkten ist auch vorgesehen, wie hoch der Theorieanteil, aber auch der Praxisanteil sein sollen. Sie haben völlig recht, eine rein schulische Ausbildung kann in diesem Bereich gar nicht zu einer umfassenden Qualifikation führen. Ich habe die genauen Zahlen nicht in Erinnerung, aber ich meine, es sind 700 Stunden schulischer Unterricht und 850 Stunden praktische Ausbildung für die mindestens einjährige Pflegeassistenten-Ausbildung vorgesehen. Daran sehen Sie, dass der praktische Anteil deutlich überwiegt. Das ist, glaube ich, ganz wesentlich, um qualifizierte Assistenzkräfte auszubilden.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank. Das beruhigt mich. Trotzdem noch eine Nachfrage: Der Niedersächsische Pflegerat hat eine zweijährige Pflegeassistenten-Ausbildung vorgeschlagen. Das sind ja Fachkräfte. Warum weichen wir hier davon ab?

MR'in **Buml** (MK): Zurzeit haben wir in Niedersachsen eine zweijährige Pflegeassistenten-Ausbildung. Die Landesregierung hat sich in der Koalitionsvereinbarung dafür ausgesprochen, sie in eine einjährige Ausbildung zu überführen, wie es in den allermeisten Bundesländern auch schon der Fall ist. Das erarbeiten wir gerade in einer Arbeitsgruppe, um verschiedene Vorschläge zu prüfen. Über die Umsetzung im Einzelnen müsste letzten Endes eine politische Entscheidung getroffen werden.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Mein erster Punkt betrifft das Thema KAP.Ni. Sie haben am Rande in einem anderen Zusammenhang gesagt, Papier ist geduldig. Im Hinblick auf die KAP.Ni-Punkte muss ich teilweise feststellen und ebenfalls sagen „Papier ist geduldig“, wenn jetzt erst damit begonnen wird, die einjährige Pflegehelferausbildung noch einmal in verschiedenen Arbeitskreisen zu thematisieren. Ich hätte mir ein schnelleres und etwas mehr zielgerichtetes Vorgehen der Landesregierung gewünscht.

Das passt auch ein bisschen zu dem zweiten Thema. Sie sprachen die Stärkung der Attraktivität der Kurzzeitpflege an. Wir haben ja noch zu Zeiten der Großen Koalition auch als Ausfluss der Novellierung des Niedersächsischen Pflegegesetzes das Thema Kurzzeitpflege speziell in den Fokus genommen und haben 2022 und 2023 auch extra Haushaltsmittel für die Schaffung zusätzlicher Plätze in der Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt. Ich weiß nicht, ob die dafür notwendige

Verordnung mittlerweile erlassen worden ist oder nicht. Aber dass das Ganze über zwei Jahre dauert, wird, meine ich, der Situation nicht gerecht, in der sich die Pflege heute zum Teil befindet. Da würde ich mir eine mehr zielgerichtete Planung und ein etwas schnelleres Vorgehen wünschen. Ich weiß, dass dabei sicherlich auch die Corona-Pandemie und vielleicht auch der Fachkräftemangel eine Rolle gespielt haben. Aber ich glaube, bei dieser Frage müssen irgendwann auch seitens der Hausleitung entsprechende Prioritäten gesetzt werden.

Nun zu einem Thema, das mir persönlich in dem gesamten Themenfeld KAP.Ni noch fehlt. Wir sprechen über die Fachkräftegewinnung. Wir alle wissen, dass Fachkräfte fehlen, aber wir wissen nicht, wie viele Fachkräfte wir eigentlich brauchen. Wir versuchen ja, die Pflegebedarfsplanung zum Teil über die Pflegeberichterstattung in den Kommunen zu erfassen. Diese erfolgt aber nicht überall nach den gleichen Maßstäben oder Kriterien. Ich würde mir wünschen, dass man das ein Stück weit stärker thematisiert. Denn es gibt Landkreise, die für sich intern durchaus eine Pflegebedarfsplanung betreiben, aber es gibt auch einige Landkreise, die das nicht machen. Ich glaube, es wäre sehr hilfreich, wenn wir in den nächsten Jahren einen landesweiten Überblick bekommen würden. Wir berechnen ja relativ einfach, wie viele pflegebedürftige Personen es in der Zukunft gibt. Das kann man ja anhand statistischer Daten zur demografischen Entwicklung relativ einfach machen. Aber die Zahl der Fachkräfte, die sich daraus ergibt, wird eigentlich nirgendwo so richtig abgebildet. Ich halte das für einen wichtigen Punkt, den man in die Überlegungen mit einbeziehen sollte.

Nun zu unserem Antrag. Darüber, ob Eckpunkte aus den Jahren 2012 und 2013 heute noch Maßstab sind, darf man sicherlich ein Stück weit streiten. Es ist ja auch immer die Frage, unter welchen Rahmenbedingungen solche Eckpunkte festgesetzt werden. Wir werden uns in unserem Arbeitskreis noch einmal mit der Stellungnahme des Ministeriums zu unserem Antrag befassen und darüber nachdenken, wie wir mit diesem Thema und dem Antrag insgesamt weiter umgehen werden. Ich würde mir aber wünschen - darüber können wir vielleicht auch noch im Kreis der AK-Sprecher reden -, dass wir als Ausschuss das Thema Pflege insgesamt noch einmal stärker in den Fokus nehmen und das vielleicht auch zum Anlass nehmen, eine umfassende Anhörung zu diesem Thema durchzuführen. Denn aus meiner Sicht würde es dem Parlament neben dem Handeln der Landesregierung gut zu Gesicht stehen, sich mit diesem Thema ein Stück weit stärker zu beschäftigen.

LMR **Kirchberg** (MS): Auch wenn ich keine direkte Frage herausgehört habe, möchte ich gerne die Gelegenheit nutzen, ein, zwei Sätze zu einzelnen Punkten zu sagen.

Auch wir sind weiterhin mit Hochdruck dabei, dass die von Ihnen angesprochene Verordnung zur Investitionsförderung und auch die Verordnung zur Ausgestaltung der Anreize über die Finanzierung nicht belegter, aber bereitgehaltener Kurzzeitpflegeplätze eine Regelung trifft. Ich habe vorhin nur unter fachlichen Aspekten angesprochen, dass es darüber hinaus um die Umsetzung des § 88 a SGB XI geht. Dabei geht es ganz konkret um geringe Auslastungsquoten und zusätzliche personelle Anreize. Selbst die bisher vom Land auch in verschiedenen Regierungskoalitionen geschaffenen Investitionskostenförderanreize für Kurzzeitpflege haben nicht zu dem gewünschten Ausbau geführt, weil die Kurzzeitpflege für die Anbieter wirtschaftlich ein kritischer Punkt ist. Jetzt wird ein erneuter Versuch unternommen, höhere Anreize zu schaffen. In Klammern: Der Effekt wird wieder sein, dass die Kurzzeitpflege noch teurer wird. Man muss sehen, wie sich das austariert.

Zur Pflegeplanung: Die Frage, wie viele Fachkräfte man in der Zukunft genau benötigt, hängt nicht nur davon ab, wie viele Menschen statistisch pflegebedürftig werden, sondern ist gerade in der stationären Pflege ganz massiv von der Struktur der Bewohnerschaft abhängig. Es ist natürlich sehr schwierig, vorauszusehen, welche Pflegegrade die Menschen in Zukunft mitbringen werden. Ich denke, das lässt sich nur schwierig auf den Punkt berechnen.

Die Eckpunkte sollten einfach nur noch einmal verdeutlichen, dass man sich auf Länderebene auch schon über eine bundeseinheitliche Umsetzung Gedanken gemacht hat. Dass dies nicht eins zu eins das sein wird, was wir heute machen, versteht sich eigentlich von selbst.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für diese ergänzenden Ausführungen. Grundsätzlich ist es sehr begrüßenswert, dass sich die genannten Player weiterhin in einem vertrauensvollen Rahmen mit der Weiterentwicklung verschiedener Punkte in der Pflege befassen. Das ist ja wirklich nicht immer einfach. Wir alle haben diese Diskussion verfolgt. Sie führen ja auch Verhandlungen miteinander. Dabei geht es beinhart zu. Dadurch wird teilweise auch die Gesprächsatmosphäre dauerhaft vergiftet. Es ist ja tatsächlich gelungen, über dieses Gesprächsformat wieder miteinander zu sprechen und verschiedene Aspekte der pflegerischen Versorgung auch sehr konstruktiv miteinander in den Blick zu nehmen. Insofern ist es zu begrüßen, dass es gelungen ist, das jenseits sozusagen der Oppositionsrolle und der Regierungsfraktionsrolle auch über die Jahre in die Zukunft zu tragen.

Wir sehen ja: Das Thema Pflege ist ein sehr komplexes Feld. Es gibt ein Bündel von einzelnen Handlungssträngen, die der vertieften Beschäftigung bedürfen. Mich interessiert, ob über das hinaus, was schriftlich fixiert worden ist, schon Ideen skizziert worden sind, wie über die Digitalisierung die Pflege erleichtert werden kann, insbesondere auf dem Land und in der ambulanten Pflege.

Mich interessiert ferner, was mit Entbürokratisierung konkret gemeint ist. Im Prinzip sind ja wir alle auf der einen Seite dafür, dass entbürokratisiert werden soll. Auf der anderen Seite wollen wir natürlich nicht, dass bestimmte Dokumentationspflichten, die vielleicht mal wichtig werden, damit Dinge auch eingeklagt werden können, zu sehr vernachlässigt werden oder dass im Sinne des Patienten- bzw. Klientenschutzes Dinge dann nicht mehr gemacht werden. Darüber muss man vertieft nachdenken. Dennoch können sicherlich viele Dinge einfacher gestaltet werden. Mich interessiert, ob es dazu in den Arbeitsgruppen Skizzen gegeben hat, um was man sich dabei im Einzelnen bemühen möchte.

LMR **Kirchberg** (MS): Zu der letzten Frage zuerst: Wir sitzen da bisher nicht mit drin. Es gibt zwei Stichworte, die ich aus den Diskussionen zur Erarbeitung der Punkte mitgenommen habe. Das sind zum einen in der ambulanten Pflege die Dokumentation, die Pflegeplanung und der Leistungsnachweis. Das sind die Dauerthemen, mit denen sich Pflegekräfte sozusagen herumschlagen. Welche digitalen Möglichkeiten zur Vereinfachung der Erfassung mit fortschreitender Technik bestehen, ist Gegenstand der Beratungen. Zum anderen geht es insbesondere im stationären Bereich für die Heime um die bessere Verzahnung der verschiedenen Prüfungen. Wir haben ja sowohl den Medizinischen Dienst, der dort Qualitätsprüfungen unternimmt, als auch die Nachschauprüfungen der Heimaufsichtsbehörden. Es muss vermieden werden, dass dabei schon terminlich etwas kollidiert und Doppelprüfungen stattfinden. Es geht also bei dem bürokratischen Aufwand nicht immer nur um Digitalisierung, sondern an dieser Stelle um Entbürokratisierung, indem die Prüfungsgegenstände usw. besser harmonisiert werden und auch der

Austausch der Ergebnisse besser gelingt. Das sind zwei Schwerpunkte, die ich hier schon mal ansprechen kann.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Auch ich danke für die Unterrichtung und möchte zu Beginn an das anknüpfen, was Frau Dr. Wernstedt gerade schon deutlich gemacht hat und die generelle Ausrichtung der KAP.Ni betrifft. Hier ist eine Kommunikationsplattform geschaffen worden, die wir sehr begrüßen. Sie ermöglicht es, dass außerhalb von Verhandlungssituationen Gespräche konstruktiv in die Zukunft hinein geführt werden. Ich stelle auch fest, dass mit der Zusammenarbeit in der KAP.Ni und der Einbeziehung der Landesregierung durchaus auch bei uns eine Erwartungshaltung erwachsen kann, die darüber hinauswächst, dass man regelmäßig antwortet „Das ist nicht unsere Angelegenheit, das wird zwischen den Verhandlungspartnern verhandelt, dazu können wir nichts sagen“, so wie es in Antworten beispielsweise auch auf eine kleine Anfrage von mir regelmäßig heißt. Dass es am Schluss eine Sache der Verhandlungspartner ist, das ist vollkommen klar. Beispielsweise die Kosten der Anwerbung von ausländischen Fachkräften, die Sie eben mit angesprochen haben, sind durchaus Gegenstand der Verhandlungen zwischen den verschiedenen Partnern. Wir wünschen uns dabei aber durchaus auch eine aktive Rolle der Landesregierung, darauf hinzuwirken, dass auch diese Kosten anerkannt werden, wie dies in anderen Bundesländern mittlerweile üblich ist.

Ich habe mehrere Fragen, die durchaus in die Richtung zielen, die Frau Dr. Meyer schon angesprochen hat, nämlich auch mit einer Offenheit zu Neuland. Sie haben eben angesprochen, was für uns Neuland ist. Ich glaube, das ist durchaus eine Problematik, die es in der KAP.Ni geben kann mit vielen Akteuren, die dann im Zweifelsfall eben doch alle sozusagen im eigenen Saft schmoren und Neuland, das wir vielleicht gerade in dieser Branche brauchen, nicht so im Blick haben. Beispielsweise die Auslastung des jetzigen Personals: Im Landkreis Osnabrück arbeiten rund 70 % des Pflegepersonals im Vollzeitäquivalent. Das heißt, 30 % Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege könnten theoretisch eingebracht werden, wenn es dafür auch geeignete Instrumente gäbe, beispielsweise trägerübergreifende Pools. Sie haben vorhin, glaube ich, das Stichwort „Springerpools“ angesprochen, oder das steht zumindest in der schriftlichen Antwort. Dazu meine Frage: Wo sind bei Springerpools derzeit noch Hindernisse auch gegenüber trägerübergreifenden Modellen? Gibt es hier eine Vergütungsmöglichkeit, die gezogen werden kann?

Mögliche zusätzliche Ressourcen liegen sicherlich in den Fahrzeiten, die gerade bei ambulanten Diensten im Auto verbracht werden und die sozusagen keine produktive Zeit am Menschen sind. Dazu die Frage: Ist die Schaffung von Schwerpunktpflegediensten mit regionalen Zuständigkeiten auch im Rahmen der KAP.Ni diskutiert worden, oder ist hier unter den Wettbewerbern, die gemeinsam am Tisch sitzen, keine Übereinkunft möglich?

Sie haben im Rahmen der Unterrichtung ausgeführt, eine hinreichende Allgemeinbildung sei für die fachliche Ausbildung unbedingt erforderlich. Dazu meine Nachfrage: Ist die Auswahl der Fächer, insbesondere der allgemeinbildenden Fächer, in denen in der Pflegeausbildung unterrichtet wird, gleich wie in Niedersachsen, oder werden in anderen Bundesländern allgemeinbildende Fächer nicht in diesem Umfang als für die Praxis relevant angesehen und somit auch nicht unterrichtet, und stellen sie somit auch keine potenziellen Stolpersteine für Menschen dar, die gerne in Pflege arbeiten wollen, aber in allgemeinbildenden Fächern nicht gut abschneiden?

Meine letzte Frage: Sie haben ausgeführt, das Sprachniveau B2 wird bei den Kenntnisprüfungen anerkannt statt Sprachzertifikaten oder Fachsprachtesten. Worauf bezieht sich konkret die Notwendigkeit für das Sprachniveau B2 in der Pflege? Der Hintergrund dieser Frage ist, dass wir auch Gespräche in Pflegeschulen geführt haben und dort auf Nachfrage gesagt wurde, dass die Dokumentation das Sprachniveau B2 erfordert. Im Hinblick auf die fortschreitenden digitalen Möglichkeiten stellt sich ja durchaus die Frage, ob dieses Argument in den nächsten Jahren immer noch als Argument für die Notwendigkeit des Sprachniveaus B2 Bestand haben wird.

MR'in **Buml** (MK): Ich würde gerne etwas zu der Frage der allgemeinbildenden Fächer sagen. Sie meinten damit die generalistische Pflegeausbildung?

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Ja.

MR'in **Buml** (MK): Herr Kirchberg hat eben ausgeführt, dass eine hinreichende Allgemeinbildung für die Ausbildung erforderlich ist. Dabei bezog er sich aber auf die Pflegeassistenten-Ausbildung und die Frage der Einstiegsvoraussetzungen mit dem Hauptschulabschluss. Deswegen habe ich nachgefragt. Sie meinten aber jetzt die dreijährige Pflegeausbildung. In der Tat gibt es außer Niedersachsen noch zwei weitere Bundesländer, die einen allgemeinbildenden Unterricht in der dreijährigen Pflegeausbildung vorsehen. Vom Pflegeberufegesetz her ist das grundsätzlich nicht vorgesehen. Niedersachsen hat sich damals bei der Einführung - seit 2020 gibt es ja diese Ausbildung - dafür entschieden, den allgemeinbildenden Unterricht zusätzlich anzubieten, damit man die Möglichkeit hat, verschiedene Kompetenzen im allgemeinbildenden Bereich zu verstärken und einen bestimmten Schulabschluss zu erwerben, der vielleicht noch nicht vorlag. Das kann aber auch genutzt werden - je nachdem, welche Auszubildenden in der Pflegeausbildung sind; es gibt ja einige Auszubildende, die bereits über die Fachhochschulreife verfügen -, um z. B. Fachenglisch usw. anzubieten. Die allgemeinbildenden Fächer werden von den Schulen sehr unterschiedlich genutzt, um die beruflichen Kompetenzen zu verstärken.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Welches sind die beiden anderen Bundesländer?

MR'in **Buml** (MK): Ich meine, es sind Bremen und Hamburg, bin mir aber nicht 100-prozentig sicher. Das kann ich gerne nachliefern.

LMR **Kirchberg** (MS): Ich versuche, in der gebotenen zeitlichen Konzentration auf alle Fragen ganz kurz ein Schlaglicht zu werfen. Ich muss vielleicht noch einmal deutlich machen: Die KAP.Ni ist nicht solitär zu sehen. Das ist nicht die einzige Gesprächsrunde, die es gibt. Es gibt die Verabredung - das stammt auch aus dem Workshop vom letzten Jahr -, dass alle Themen - wie z. B. die Frage, was vergütungsrelevant sein kann und was nicht - weiterhin in den Gremien besprochen werden, die dafür zuständig sind. Wir haben eine Rahmenvertrags-Verhandlungsgruppe, wir haben eine Pflegesatzkommission - das ist ganz wichtig -, und wir haben eine Vergütungskommission für den ambulanten Pflegebereich. Diese bestehen ja weiterhin. Alle die Themen, die dort zu verhandeln sind, sind keine Themen für die KAP.Ni. Es macht wenig Sinn, in der anderen Zusammensetzung der KAP.Ni diese Themen zu besprechen. Das heißt, dass zum Beispiel die Frage, welche Rolle die Landesregierung einnimmt, massiv dadurch geprägt ist, dass wir gleichzeitig überörtlicher Träger der Sozialhilfe sind. Wir sitzen also in den Rahmenvertragsverhandlungen, wir sitzen in der Vergütungskommission und auch in der Pflegesatzkommission. Diese aktive Rolle wird dort wahrgenommen.

Die Erhöhung der Teilzeitanteile ist eine Ressource, die in der Vorbereitung der KAP.Ni von allen Parteien ebenfalls schon so gesehen wurde. Es gibt aber Gründe dafür, dass sich viele Pflegekräfte bewusst dafür entscheiden und entscheiden müssen, nur Teilzeit zu arbeiten. Im Schwerpunkt rekrutiert sich diese Berufsgruppe ja aus Frauen. Es gibt individuell verschiedenste Gründe für diese Entscheidung. Ich denke, das muss ich nicht ausbreiten; das ist jedem klar. Gerade in der ambulanten Pflege stehen sie z. B. vor der Herausforderung, dass sie geteilte Dienste mit einem Pflegeschwerpunkt morgens und einem Pflegeschwerpunkt nachmittags und abends haben. Dazwischen haben sie keinen Pflegeschwerpunkt. Die Arbeitsgruppe „Arbeitszeitmodelle“ will sich genau diesem Thema stellen, um attraktivere Bedingungen auch für Teilzeitkräfte zu schaffen mit dem Ziel, dass sie eventuell aufstocken. Das ist einer der Hauptaspekte, warum diese Arbeitsgruppe über die KAP.Ni jetzt an diesem Thema arbeitet.

Das Thema Fahrzeiten und Berücksichtigung von Schwerpunktpflegediensten wird, denke ich, in den Verhandlungsgruppen zum ambulanten Dienst noch einmal aufgerufen werden können. Das ist deswegen nicht automatisch ein geborenes Thema für die KAP.Ni.

Zur Anerkennung der Gleichwertigkeit einer Fachkraftausbildung: Wir reden hier über Fachkräfte, die bei uns dreijährig ausgebildet werden. Dabei spielt nach unserer Überzeugung im Sinne des Patientenschutzes und des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner in der Pflege durchaus ein gewisses Sprachniveau eine große Rolle. Insofern sind wir davon überzeugt, dass es richtig ist, dass dieses Sprachniveau B2 in der Fachkraftpflege weiterhin erbracht werden muss.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Ich habe eine konkrete Frage zu dem Antrag der CDU-Fraktion. Sie haben ausgeführt, dass Sie prüfen, ob künftig mit der Zwischenprüfung automatisch die Anerkennung der Berufsbezeichnung „Staatlich anerkannte Pflegeassistentin“ oder „Staatlich anerkannter Pflegeassistent“ erlangt wird. Gilt das nur für diejenigen, die die dreijährige Ausbildung abbrechen, oder für alle? Denn die Sorge der Pflegeverbände besteht darin, dass diejenigen, die die Ausbildung nicht abbrechen, im letzten Ausbildungsjahr auf den Stationen quasi als Assistenten eingesetzt werden und dann nicht mehr den Status eines Schülers bzw. einer Schülerin haben.

MR'in **Buml** (MK): Wir prüfen das gerade. Aber die anderen Bundesländer haben zurückgemeldet, dass sie das auch nicht bevorzugen. Das liegt einfach daran: Auch bei der Pflegeassistenz handelt es sich ja um eine staatliche Prüfung. So ohne Weiteres möglich ist das nicht.

Bei der Prüfung, die wir gerade durchführen, geht es tatsächlich um diejenigen, die abbrechen. Sonst wäre das ja quasi eine doppelte Berufsvergabe. Das auf gar keinen Fall. Ich bin mir auch nicht sicher, ob das tatsächlich ohne Weiteres so durchzuführen wäre. Aber wir prüfen das noch.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Meine Frage bezieht sich ebenfalls auf die KAP.Ni. Wie Sie dargestellt haben, ist einer der Schwerpunkte die Situation von pflegenden Angehörigen. Das ist, finde ich, eine sehr wichtige Schwerpunktsetzung; denn die Pflege findet in über 80 % der Fälle durch pflegende Angehörige statt. Meine Frage in Bezug auf KAP.Ni: Es gibt eine besondere Personengruppe von zu Pflegenden, nämlich pflegebedürftige Kinder. Wird im Rahmen der KAP.Ni auch auf die besondere Situation von pflegenden Eltern ein Fokus gesetzt?

LMR **Kirchberg** (MS): Das kann ich jetzt noch nicht abschließend beantworten. Das wird sich erst im Zuge der weiteren Beratungen ergeben. Die Fragen „Was müssen wir für Angehörige tun, die demenzkranke Menschen betreuen?“ und „Was müssen wir für Eltern tun, die schwerkranke Kinder haben?“ - dabei spielt ja nicht nur die Pflege nach dem Pflegeversicherungsrecht, sondern auch nach dem Krankenversicherungsrecht eine massive Rolle, sogar schwerpunktmäßig; denn meistens sind dort nicht normale Pflegedienste, sondern spezialisierte Krankenpflegedienste unterstützend tätig; das ist eine besondere Situation - thematisieren wir an anderer Stelle im Hause, aber beispielsweise auch immer wieder durch den Runden Tisch „Schwerstkranke Kinder“. In der KAP.Ni ist das aber nicht differenziert worden. Das wird sich weiter ausdifferenzieren, wenn wir an dem Thema dranbleiben.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen. Aktuell ist es ja möglich, an einem Beruflichen Gymnasium nach dem Abitur den Schulsozialassistenten zu erhalten. Es gibt dort z. B. Pädagogik und Psychologie als Leistungskurse. Inwieweit sehen Sie einen Unterschied zu der generalisierten Ausbildung? Sie haben gerade ausgeführt, dass Sie es eher kritisch sehen, dass man dann automatisch die Anerkennung als Pflegeassistent erhält. Wie beurteilen Sie den Unterschied zum Abschluss Schulsozialassistent, der dort ja automatisch nach dem Abitur erworben werden kann? Wo machen Sie da die Unterschiede fest?

MR'in **Buml** (MK): „Automatisch“ ist so gemeint, dass keine Prüfung mehr für den bestimmten Beruf abgelegt wird. Hier sind es ja zwei unterschiedliche Bedingungen. Die Pflegeausbildung ist eine bundeseinheitliche Ausbildung mit den entsprechenden bundeseinheitlichen Vorgaben. Bei der Erzieherausbildung und bei den Sozialpädagogischen Assistentinnen und Assistenten handelt es sich um landesrechtliche Regelungen, sodass man dabei auch einen größeren Einfluss auf die Ausgestaltung der Bedingungen hat. In der Pflege gibt es also immer die bundesrechtlichen Regelungen. Das ist darin zurzeit nicht vorgesehen. Hierin liegt aus meiner Sicht der Unterschied.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Sie haben eben darauf hingewiesen, dass die Prüfung gerade läuft. Ich bitte, auch zu prüfen, ob es wirklich zielführend ist, wenn nur drei Bundesländer diesen hohen Anteil an allgemeinbildenden Fächern vorgeben. Denn uns wird vielfach rückgekoppelt, dass die Auszubildenden viel zu wenig in der Stammeinrichtung sind, alleine schon dadurch bedingt, dass sie durch die verschiedenen Blöcke, die sie in der Praxis absolvieren müssen, vielfach in unterschiedlichen Einrichtungen tätig sind. Dann würde sich vielleicht die Möglichkeit ergeben, sich stärker in die Stammeinrichtung einzubringen, die ja auch für die Ausbildung verantwortlich ist, und dort im Teambuilding tätig zu sein.

Wir sind auch an einem Vergleich interessiert, in welchen allgemeinbildenden Fächern in den Ländern mit welchen Stundenanteilen unterrichtet wird.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Das wird im Nachgang nachgeliefert.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Mir ist auch berichtet worden, dass die Abbrecherquote in der Generalistik gerade im Pflegebereich hoch ist. Insofern sollte geprüft werden, ob das eventuell an den Noten in den allgemeinbildenden Fächern liegt. Vielleicht können Sie dazu auch schon etwas sagen.

LMR **Kirchberg** (MS): Mir liegen darüber keine Erkenntnisse vor.

Abg. **Karin Emken** (SPD): Vielleicht können Sie dem ja nachgehen, ob es daran liegen kann. Es wurde gesagt, es gibt Gewinner und Verlierer. Gerade im Bereich Pflege in der Generalistik ist die Abbrecherquote sehr hoch. Insofern sollte man der Frage nachgehen, woran das liegt. Wenn es daran liegt, wäre das vielleicht ein Ansatzpunkt für eine Änderung.

Ich habe noch eine inhaltliche Nachfrage zur Kenntnisprüfung. Hinsichtlich der Sprache erschließt es sich mir. Sie sagten, es wird auch eine Kenntnisprüfung in Bezug auf die Anerkennung von Berufsabschlüssen geben. Ist das eher eine praktische, theoretische oder kombinierte Prüfung? Wie kann ich mir das vorstellen?

MR **Dr. Steinwede** (MS): Die Ausgestaltung der Kenntnisprüfung ist bundesrechtlich geregelt. Das ist im Pflegeberufegesetz genau verankert.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Aber auch das kann im Nachgang noch näher erläutert werden.

LMR **Kirchberg** (MS): Das liefern wir nach.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank für die Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 4:

Unterrichtung durch die Landesregierung zur Beratungshotline rund um Fragen zu Long-/Post-Covid sowie Post-Vac

Unterrichtungswunsch: 14. Sitzung am 24.08.2023

*Im Nachgang zu der Unterrichtung ist den Mitgliedern des Ausschusses von der Landtagsverwaltung das als **Anlage 4** beigefügte Schreiben weitergeleitet worden.*

*Das Schreiben des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung an den Ausschuss vom 01.09.2023 im Nachgang zu der Unterrichtung ist dieser Niederschrift als **Anlage 5** beigefügt.*

Unterrichtung

Refl'in **Pund** (MS): Die Pandemie ist glücklicherweise für beendet erklärt worden. Das bedeutet für die allgemeine Bevölkerung wieder ein normales Leben. Aber leider gibt es eine Gruppe von Menschen, für die Corona noch sehr präsent ist, weil sie massiv unter den Folgen zu leiden haben, nämlich an Long-COVID, Post-COVID oder Post-Vac. Mit diesen drei Erscheinungsformen haben sich infolge der Corona-Pandemie neue Erkrankungen entwickelt, die allerdings noch nicht abschließend erforscht sind, aber Betroffene vor sehr große Herausforderungen stellen.

Die Anzahl der Betroffenen ist schwer zu erfassen. Studien weisen hier eine relativ große Bandbreite von 5 bis 10 % der Infizierten aus. Anhaltspunkte bieten die Zahlen der AOK Niedersachsen. Im Zeitraum von Januar 2021 bis Juni 2023 wurden von 1,3 Millionen krankengeldberechtigten Mitgliedern 13 477 aufgrund der Diagnose Long-COVID krankgeschrieben.

Ausweislich der Zahlen scheint sich der Krankheitsverlauf etwas abzuschwächen. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug median 57 Tage im Jahr 2021, im Jahr 2022 nur noch 18 Tage und im Jahr 2023 15 Tage. Gleichwohl weisen die Daten der AOK noch 700 schwere Fälle aus. Die weitere Entwicklung des Krankheitsverlaufs ist noch nicht bekannt. Es ist aber klar: Für diese Gruppe der Bevölkerung müssen passgenaue Angebote entwickelt werden.

Die Landesregierung hat sich dem Thema Long-COVID bzw. Post-COVID auch schon im Jahr 2021 angenommen und im Expertenrat Long-COVID, der vom MWK eingerichtet wurde und in dem viele Forschungsgruppen und Versorger vertreten sind, sukzessive dafür gesorgt, dass die ambulanten und stationären Versorgungsangebote ausgeweitet wurden und die Forschung intensiviert wird.

Auch der Bund hat aktuell ein großes Programm mit einem Volumen von 40 Millionen Euro für Forschung und Beratung aufgelegt. Die Werbung dafür ist an vielen Stellen in der Stadt zu sehen. Es ist auch eine hervorragende Website erstellt worden. Auch unsere Website ist sehr gut.

Trotz unserer breiten Anstrengungen und der vielfältigen Versorgungsangebote und Beratungsstellen, die wir initiiert haben, gibt es immer noch einen sehr großen Beratungsbedarf bei den Betroffenen. Sie fühlen sich häufig nicht richtig ernst genommen und finden sich in dem komplexen Beratungs- und Versorgungsangebot nicht gut zurecht. Vor diesem Hintergrund und mit

Blick auf die sehr guten Erfahrungen mit der Corona-Hotline der Landesregierung entstand die Idee, gemeinsam mit der AOK und der MHH eine Beratungshotline zu initiieren.

Diese Hotline ist an den Start gegangen. Dieses Angebot richtet sich unabhängig von der jeweiligen Krankenversicherung an alle Bürgerinnen und Bürger, die Beratungsbedarf haben, sei es als Betroffene, Angehörige oder auch Arbeitgeber oder Arbeitgeberin; auch Letztere müssen sich manchmal intensiv mit dem Thema befassen.

Die Beratung umfasst folgende Inhalte:

- Informationen über das Erkrankungsbild sowie die mögliche Dauer bis zu einer Genesung,
- Möglichkeiten des Selbstmanagements beispielsweise über Videoangebote und die WHO-Broschüre,
- Vermittlung von Ansprechpartner*innen sowie von relevanten Adressen und Kontakten,
- Verweis auf die Rufnummer 116 117 für Termine bei Haus- und Fachärztinnen und -ärzten,
- Verweis auf Ansprechpartner*innen der Selbsthilfe in Niedersachsen.

Insbesondere aus der Sicht der AOK und der MHH war es sehr wichtig, auf den dreistufigen Versorgungsaufbau hinzuweisen. Die Beratung weist erst einmal auf die Hausärztin oder den Hausarzt als Lotsen im Versorgungssystem hin. Abhängig von der Symptomatik kann auch auf einen Facharzt oder eine Fachärztin verwiesen werden, z. B. auf eine lungenfachärztliche oder psychologische Beratung. Im Fall einer schweren Symptomatik muss natürlich auf Spezialambulanzen verwiesen werden, die es mittlerweile auch gibt.

Die Beratung kann allerdings keine medizinische Diagnose per Telefon oder therapeutische Beratung beinhalten. Ausgeschlossen ist auch eine direkte Terminvermittlung zu Haus- oder Fachärzten. Nicht umfasst sind auch Beratungen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen hinsichtlich Krankengeldanspruch, Rehabilitation und Rentenantragstellung. Die Mitarbeitenden der Hotline können aber die richtigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie Kontaktdaten nennen.

Die Mitarbeitenden der Hotline sind in der Gesprächsführung und Beratung besonders qualifiziert. Häufig kommt es darauf an, sozusagen ein Ohr zu haben, also hinzuhören und zu zeigen, dass das Anliegen sehr ernst genommen wird. Bei ihnen handelt es sich überwiegend um Psycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen. Die fachspezifische Schulung wurde von einem ärztlichen Team aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt. Insgesamt werden zurzeit 16 Mitarbeitende für diese Aufgabe eingesetzt. Wir planen für das Projekt zurzeit eine Laufzeit von ungefähr einem Jahr.

Von Anfang an war es uns wichtig, dass dieses Projekt fortwährend evaluiert wird, um in Erfahrung zu bringen, wo wir in Niedersachsen noch nicht gut aufgestellt sind und welche Versorgungsangebote wir benötigen. Von den Kassen und auch von der KVN hören wir immer, dass wir gut aufgestellt sind. Zu dem Thema, wie gut wir Bescheid wissen, haben wir eigentlich alle Versorgungsstrukturen da. Aber trotzdem gibt es großen Bedarf an weiterer Beratung. Im Rahmen der Evaluierung wollen wir in Erfahrung bringen, wo wir doch noch sehr schnell etwas machen

müssen. Deshalb wird immer gefragt: Was ist der Anlass? Warum rufen Sie an? Und wie sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden? Wir haben uns auch zu einem regelmäßigen Jour fixe zwischen den Mitarbeitenden, dem Geschäftsbereich der AOK, der MHH und unserem Haus verabredet.

Mit Stand vom 25. August 2023 sind mittlerweile 2 600 Anrufe eingegangen. Anfangs gab es rund 70 Anrufe pro Tag. Jetzt gibt es noch ungefähr 10 Anrufe pro Tag. Die Zahl der Anrufe geht also ein bisschen zurück. Ungefähr 33 % der Anrufer*innen waren Angehörige oder Arbeitgeber*innen. Knapp ein Drittel der Anrufer*innen hatte Fragen rund um Post-Vac. Rund 5 % der Anrufer*innen waren nicht aus Niedersachsen.

Eine gute Nachricht zum Schluss: Die Quote derer, die zwar vielleicht nicht mit allem, was ihnen gesagt wurde, aber mit der Beratung zufrieden war, lag bei 87 %.

Aussprache

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für diese sehr umfassende und sehr verständliche Darstellung. Wir haben uns im Sozialausschuss ja schon sehr frühzeitig Gedanken auch um Long-COVID gemacht. Als die ersten Zahlen kamen, dass Long-COVID unter Umständen 10 % aller Infizierten betreffen könnte, haben wir sehr schnell aufgemerkt, weil es dann ja um riesige Zahlen geht, die auch volkswirtschaftlich von Belang sind - einmal von dem persönlichen Leid so vieler Menschen abgesehen, das ja auch erheblich ist. Inzwischen regulieren sich die Zahlen Gott sei Dank eher etwas nach unten. Wir haben auch ein paar mehr Erfahrungen über den Verlauf.

Im Zusammenhang mit einem Entschließungsantrag haben wir auch schon sehr frühzeitig eine ausführliche Diskussion über eine bessere rehabilitative Versorgung geführt. Wir haben damals - das mag jetzt zwei Jahre her sein - erste Hinweise bekommen, dass im Prinzip alle Menschen an COVID-19 erkranken können. Viele hatten bereits vor einer Corona-Infektion chronische Vorerkrankungen. Das kann von einer Depression bis hin zu anderen körperlichen Erkrankungen gehen. Man muss sehr genau differenzieren, was bei einer anhaltenden Symptomatik nach einer Corona-Infektion eventuell auch durch eine Vorerkrankung bedingt ist und möglicherweise eine solche Symptomatik noch erschwert. Man muss dabei wirklich sehr genau hinschauen, dass man nicht alles unter einem neuen Begriff wie „Long-/Post-COVID“ subsumiert, was vorher zum Beispiel „Depression“ hieß. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen und gibt es dazu inzwischen noch genauere Erfahrungen.

Ich bin nicht sicher, ob ich es vorhin richtig verstanden habe. Sie sprachen davon, dass 700 Fälle mit schweren Verläufen erfasst worden sind, die wahrscheinlich in Richtung einer schweren Erkrankung an ME/CFS gehen. Es sind aber insgesamt 13 000 Erkrankungsfälle gemeldet worden. Am Ende waren es dann „nur“ 700 Fälle, in denen es wirklich richtig schwierig geworden ist, damit klarzukommen. Ich möchte nur sichergehen, dass ich das richtig verstanden habe. In allen anderen Fällen haben sich die Symptome im Verlauf von zwei, drei Monaten dann doch in Richtung Arbeitsfähigkeit und Alltagsfähigkeit zurückentwickelt? Ich wäre dankbar, wenn Sie das etwas genauer ausführen könnten.

RefL'in **Pund** (MS): Vielen Dank für diese Frage. Das ist in der Tat ganz interessant und genau das Problem, vor dem wir stehen. Wir wissen wohl, dass es häufig bei den schweren Verläufen eine Vorerkrankung gegeben hat und dass es deshalb schwierig ist, das gut einzuordnen. Das ist nach wie vor der Grund dafür, dass Reha-Institutionen sagen - salopp ausgedrückt -: „Es ist uns ein

bisschen egal, wie die Krankheit heißt; wir müssen schauen, wie die Symptomatik ist und welches das geeignete Modul dafür ist!“ Wir können auch feststellen, das ist ein bisschen wie bei einem Burn-out. Dabei stellt sich auch die Frage, ob es eine Depression ist. Aber man sagt lieber „Burn-out“. So hat man auch das Gefühl, dass es für die Betroffenen besser eingeordnet wird, wenn man von Long-COVID spricht.

Interessant ist auch der Zusammenhang mit ME/CFS. Auch da haben wir eigentlich lange gesagt: Das hat mit unserer Aufgabe als Land für Long-COVID und Post-Vac, für die wir uns ja sehr verantwortlich fühlen, nicht so viel zu tun. Aber auch da ist man mittlerweile weiter und sagt: Auch aus einer Long-COVID-Erkrankung kann genau diese Symptomatik herrühren. Dann wird es endgültig kompliziert. Dann sprechen wir wieder über neue Zahlen. Diese Vermischung macht es uns schwer zu sagen: Das ist gut, das machen wir jetzt!

Zu den Zahlen: Das ist richtig. Wir haben diesen Verlauf. Von den 14 000 Fällen haben wir „nur“ noch 700 sehr schwere Fälle. Wir bei uns im Haus - wir haben ja nun mal die AOK als große Versicherung - sprechen immer von einem Faktor 3 bis 4, weil ungefähr 30 % der Niedersächsinen und Niedersachsen bei der AOK versichert sind. Der Faktor 3 bis 4 ist für uns ein Anhaltswert. Es scheint tatsächlich so zu sein, dass es besser wird. Aber unser Bundesminister hat vor Kurzem gesagt, er möchte gar keine Prognose abgeben; wir haben eine Art leichte Corona-Welle; dazu, was dann kommt, wenn sich darüber eine neue Corona-Erkrankung drauflegt, sollte man bitte zurückhaltend sein. - Wir vertreten nach wie vor die Auffassung, dass es nicht ganz einfach ist. Uns liegt aktuell eine neue Studie vor, die uns doch eher noch einmal zu mehr Aufmerksamkeit bringt. Wir werden sie noch auswerten.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Vor dem Hintergrund, den Sie geschildert haben, ist diese Beratungshotline ein sehr gutes Angebot. Nach dem, was mir immer wieder begegnet, sind die Angebote offensichtlich nicht überall bekannt oder kommen die Personen mit ihren Anforderungen nicht an das richtige Angebot. Dazu würde mich noch interessieren, welche Wartezeiten die betroffenen Personen auf diese Angebote in Kauf nehmen müssen. Sie sprachen gerade auch die Spezialambulanzen an. Lange Zeit musste man ja mehrere Monate bis zu einem halben Jahr warten, bis bestimmte Gruppen überhaupt Zugang zu diesen Spezialambulanzen bekommen haben.

Ich habe auch noch eine Nachfrage zu Post-Vac. Nach meinen Informationen ist die Spezialambulanz an der MHH mittlerweile auch für Menschen mit Post-Vac-Symptomatik geöffnet. Ich glaube, es ist ein entscheidender Schritt, diese Brücke zu schlagen. Dafür finde ich dieses Angebot sehr gut. Ich glaube, es ist nicht möglich, es durch eine therapeutische oder ärztliche Beratung zu ersetzen.

Noch eine weitere Anmerkung: Ich glaube, dass bei Personen mit einer Langzeiterkrankung insbesondere die sozialversicherungsrechtlichen Fragen eine große Rolle spielen. Wird auch das in irgendeiner Form evaluiert? Kann überhaupt evaluiert werden, ob die Beratung letzten Endes zu einer Verbesserung der Situation der Personen führt, die dort beraten wurden? Können Sie also auch überprüfen, ob Sie dabei nachjustieren müssen?

Refl'in **Pund** (MS): Vielen Dank für die Frage. Ich habe Herrn Professor Schneider direkt gebeten, Post-Vac mit aufzunehmen. Er hat das zugesagt. Das war mir ganz wichtig; denn es macht wenig Sinn, wenn wir hier verschiedene große Bereiche machen. Wir verweisen ja auch immer wieder

auf die MHH. Das wird dort evaluiert. Deshalb freue ich mich, dass wir das in einem Topf aufnehmen.

Uns war es auch wichtig, dass wir unser Augenmerk darauf richten, wie die Versorgungslage ist. In dem Abfrage-Tool haben wir aber nicht die Frage, wie gut die sozialversicherungsrechtliche Beratung ist. Wir können dort vor Ort zwar gut weiterverweisen und zum Teil, wenn es sich um eine bei der AOK krankenversicherte Person handelt, auch gleich die Durchwahl nennen, aber diese Beratung kann nicht geleistet werden. Für Mitte September haben wir noch einmal einen Austausch vorgesehen. Ich habe ja eingangs darauf hingewiesen, dass mir die Evaluation so wichtig ist. Denn daran können wir ansetzen. Bei der Forschung können wir nichts machen. Aber wenn tatsächlich herauskommt, dass sie nicht gut beraten sind, dass sie nicht genau wissen, wo sie einen Rentenanspruch stellen können usw., dann könnten wir gut daran ansetzen. Deshalb ist es eine gute Idee, die ich gerne mitnehme, dass auch diese Punkte evaluiert werden sollten, wie häufig diese Fragestellung vorkommt und ob man sich dort gut beraten fühlt.

Zu den Wartezeiten habe ich die Rückmeldung bekommen, dass sie sich deutlich verbessert haben. Ich habe jetzt keine Anhaltspunkte dafür, dass wir dem deutlich nachgehen müssten.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Das, was Sie zum Beispiel über die gute Gesprächsführung und auch die große Zufriedenheit mit der Hotline gesagt haben, kann ich von vielen Rückmeldungen bestätigen, nach denen man sich dort sehr freundlich und positiv aufgenommen gefühlt hat - allerdings in der Gesprächsführung; das muss ich jetzt einschränkend hinzufügen. Denn zur Weiterleitung, ob den Anrufern wirklich bei ihren Themen geholfen wurde, habe ich viele Rückmeldungen bekommen, dass es doch noch nicht so war, weil manchmal sogar auch die Beraterinnen noch nicht über alle Kenntnisse über die Angebotsvielfalt verfügen und die einzelnen Beraterinnen gerade das Thema Post-Vac bisher gar nicht so im Fokus haben. Aber es freut mich sehr, dass Sie das vor allem offen sehen, aufnehmen und gerade auch berichtet haben, dass die Ambulanz bei Professor Schneider in der MHH jetzt auch für von Post-Vac Betroffene offensteht. Das war ja bisher ein großes Hemmnis. Nach den Rückmeldungen von den Anrufern bei der Hotline, die ich bekommen habe, war bisher keine Weiterleitung von Post-Vac-Betroffenen an die MHH möglich. Dass das jetzt möglich ist, finde ich sehr gut. Es wäre schön, wenn die Betroffenen mit dieser neuen Information versorgt würden. Denn der einzige andere Experte im Post-Vac-Bereich, Herr Professor Schieffer vom Universitätsklinikum Marburg, wohnt zwar in Hannover, aber pendelt immer zu seiner Ambulanz nach Marburg.

Sie haben deutlich gemacht, dass die verschiedenen Krankheitsbilder nach einer Corona-Erkrankung sehr komplex sind und verschiedene Vorerkrankungen vielleicht durch eine Corona-Erkrankung angetriggert werden können und dass dann sicherlich auch eine komplexere Anamnese notwendig ist. Ich nehme an, die 2 600 Anrufer bei der Hotline - abzüglich der Arbeitgeber, die sich mit ihren Fragen an die Hotline gewandt haben - hatten sicherlich auch schon die Idee, mit ihrer Problematik ihren Hausarzt aufzusuchen, bevor sie bei der Hotline angerufen haben. Eine ausführliche Anamnese kann letzten Endes aber nur durch qualifiziertes Personal durchgeführt werden. Frau Schröder hat vor einigen Sitzungen davon gesprochen, dass in Zusammenarbeit zwischen Ärzten, der Krankenversicherung und, ich glaube, damals auch schon der MHH die Behandlungspfade erarbeitet werden. Inwiefern ist das jetzt sozusagen finalisiert worden? Gibt es das jetzt regelhaft? Haben mittlerweile die Fortbildungsangebote auch für Hausärzte stattgefunden? Sie haben erwähnt, es gebe nach Aussage der KVN und auch der Kassen eine gute Versorgungsstruktur. Ist diese mittlerweile wirklich vorhanden?

Noch einmal konkret zur Hotline: Welche Erkenntnisse werden aus den Rückmeldungen der Betroffenen gezogen?

Was passiert auch bei der Nachverfolgung der Betroffenen? Gibt es, wenn nicht sofort eine Antwort gegeben werden kann, noch einmal eine Rückmeldung? Werden die Anrufer zurückgerufen, nachdem man recherchiert hat? Wie funktioniert sozusagen der Second oder Third Level Support nach dem ersten, wie Sie berichtet haben, höchstwahrscheinlich sehr guten Gespräch mit der Hotline?

RefL'in **Pund** (MS): Vielen Dank für diese Fragen. Wir sind da sozusagen sehr ins kalte Wasser gesprungen. Es geht genau darum, der Frage nachzugehen, was man aus den Fragestellungen der Betroffenen noch besser für das herleiten kann, was wir tun müssen. Wir haben am 1. August angefangen. Der Monat ist noch nicht zu Ende. Es geht genau darum, dass wir uns zusammensetzen und der Frage nachgehen wollen: Welche Erkenntnisse generieren wir daraus für die Versorgung? Das Team ist da erst einmal heraus. Dann kommen die MHH, die GKV und unser Haus ins Spiel, die sich das anschauen und der Frage nachgehen, wo wir besser werden können.

Zu den Anrufen haben wir tatsächlich auch die Rückmeldung bekommen, dass man mit der Gesprächsführung sehr zufrieden ist, aber nicht immer mit der Idee, wie es weitergehen kann. Aber dazu muss ich auch sagen: Das ist auch wirklich nicht so leicht! Wenn sich eine Person mit einem multimorbiden Krankheitsverlauf meldet und sagt, dass ihr Hausarzt gesagt habe, dass sie jetzt noch ein bisschen abwarten müsse, und sie damit nicht einverstanden ist, dann kann auch solch eine Beratung immer nur zu mehr Geduld anleiten. Wenn man vielleicht auch sehr geschützt sagt, dass vielleicht auch ein psychotherapeutisches Angebot notwendig wäre, um mit der Krankheit gut umgehen zu können, und das auch nicht gut verfolgt wird, dann wird es halt schwierig.

Ich will damit sagen: Diese Krankheit ist so komplex und vielfältig, dass ich davon ausgehe, dass es auch ein bisschen in der Natur der Sache liegt, dass es nicht die Eins-zu-eins-Antwort gibt. Es gibt halt nicht den Knopf, auf den man dann drückt und sagt: „Damit ist dir morgen geholfen!“ Nicht umsonst ruft ja jemand an, der vielleicht, wie Sie zu Recht gesagt haben, schon einmal im Versorgungssystem nachgefragt hat.

Die Nachverfolgung kann ich auch noch abfragen. Ich gehe davon aus, dass die Beratung dort so weit erfolgt, wie es erforderlich ist, und dass dann, wenn es offene Fragen gibt, zurückgerufen wird. Ich werde dazu gerne nachfragen. Das ist natürlich interessant.

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Vielen Dank für die ausführliche Unterrichtung. Ich habe zunächst eine Frage. Vielleicht erübrigt sich nach der Antwort meine nächste Frage.

Liegen bei den Anrufen zu Post-Vac tatsächlich anerkannte Impfschäden vor, oder sind es diejenigen, die sich haben impfen lassen und der Meinung sind, dass sie nach der Impfung Beschwerden oder einen Schaden haben?

RefL'in **Pund** (MS): Ich glaube, es würde für uns schwierig, das zu evaluieren. Das soll ja eine sehr empathische Beratung sein. Ich glaube, es würde schwierig, wenn man dann fragen würde: „Sind Sie überhaupt geimpft worden?“ oder „Ist Ihr Impfschaden überhaupt anerkannt?“ Wir versuchen zwar, mit der Beratungshotline auch zu evaluieren. Aber die Beratungshotline dient nicht dazu, genau solche Fragen zu klären. Das ist einfach schwierig. Deshalb würde ich sagen, dass

wir das weder erheben noch genau wissen.

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Dann zu meiner zweiten Frage: Wie genau differenzieren Sie zwischen Long-COVID und Post-Vac? Denn viele sind ja geimpft worden und haben dann Beschwerden, die von der Impfung, aber auch von Corona herrühren könnten: Abgeschlagenheit, plötzlich entwickelte Allergien usw. Daher stellt sich mir die Frage, wie man auf die Zahlen kommt, wie viele wegen Long-COVID oder wegen eines Post-Vac-Syndroms nachgefragt haben.

RefL'in **Pund** (MS): Heute geht es ja sehr um die Beratungshotline. Für die Beratenden ist es im ersten Schritt vielleicht nicht ganz wichtig, ob die Person, die anruft, tatsächlich Long-COVID oder vielleicht Post-Vac oder vielleicht sogar ME/CFS hat. Für uns ist es erst einmal wichtig, dass jemand angenommen, gut beraten und im System gut geführt wird. Dann nehmen wir natürlich für die Statistik eine grobe Einordnung vor. Aber ich habe ja schon eingangs gesagt - Frau Dr. Wernstedt hat das natürlich noch viel besser dargestellt -: Dadurch, dass sich die Symptome bzw. Krankheitsverläufe überlappen, ist eine Ferndiagnose per Telefon, die darauf fokussiert ist zu beraten und nicht zu diagnostizieren - dort sind ja keine Ärzte -, in der Trennschärfe, wie Sie jetzt von Ihnen hier angeregt wird, nicht angedacht. Wir führen ja nicht eine bundesweite Studie durch, die sich mit dieser Fragestellung auseinandersetzt, sondern für uns ist es wichtig, zu beraten und zu schauen: Wo sind Versorgungslücken, und wo müssen wir als Land vielleicht noch ein bisschen hinterher sein?

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Das sehe ich genauso, dass das im Vordergrund stehen sollte. Ich finde es aber kritisch, wenn man Zahlen veröffentlicht, dass so und so viel Prozent Long-COVID-Betroffene und so und so viel Prozent Post-Vac-Betroffene anrufen.

RefL'in **Pund** (MS): Die Zahlen sind ja nicht veröffentlicht worden.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Ich habe noch eine kurze Nachfrage. Sie haben eben auch die sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen angesprochen, die durchaus auch schon in den Gesprächen auftauchen. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass diese Fragen jetzt vielfach auch aufgrund der Zeitlichkeit wirklich anstehen. Ich war in einer Selbsthilfegruppe von Post-Vac-Betroffenen in Osnabrück, bei denen ein anerkannter Impfschaden jetzt in 200 Euro Rente gemündet ist. Dann wird das Leben mit Kind und Co. natürlich relativ schwierig. Ich glaube, es wäre wichtig, dass diese Fragestellungen - Beantragung einer Rente, Fragen der Anerkennung einer Berufsunfähigkeit und am Schluss dann auch Fragestellungen generell zu Sozialleistungen - in die Beratung mit aufgenommen werden.

RefL'in **Pund** (MS): Das ist ganz schwierig. Wir hatten eine dreijährige Diskussion zu der Frage: Was ist ein Versicherungsamt? Der Bund hat gesagt: Es wäre doch schön, wenn in den Versicherungsämtern der Kommunen Sozialhilfe, Rentenversicherung und Krankenversicherung einheitlich beantwortet werden könnten. Ich weiß nicht, ob Sie sich schon mal diese Themenvielfalt angeschaut haben. Ich habe sowohl im Bereich SGB II/SGB XII als auch im Bereich SGB V gearbeitet und würde mich, ehrlich gesagt, nicht in der Lage sehen, irgendjemanden in dieser Themenbreite gut zu informieren. Meine Meinung ist letztendlich vom Bund aufgegriffen worden, dass bei dieser Themenbreite niemand verlässlich informieren kann. Deshalb haben wir gesagt: Bei der Beratungshotline sind Psychologinnen und Sozialtherapeutinnen, weil wir die Menschen auffangen wollen, weil es diese spezielle Richtung ist. Wir wollen ihnen aber schnell sagen kön-

nen, an welche Telefonnummer sie sich in Bezug auf einen Rentenanspruch oder die Krankenversicherung wenden sollten. - Das haben wir aufgenommen. Eine weitergehende Beratung würde aber die Mitarbeiterinnen, die beraten sollen, sehr fordern; denn niemand möchte eine falsche Auskunft geben. Deshalb halte ich den Weg, den wir gewählt haben, bestimmte Telefonnummern zu vermitteln, die angerufen werden sollten, für richtig. Aber ich nehme die Frage, wie häufig diese Frage gestellt wird, wie kompetent geantwortet werden kann und ob wirklich alle Telefonnummern bekannt sind, sehr gerne in dieses Gespräch mit, weil ich das auch für sehr wichtig halte. Dann können wir immer noch schauen, ob wir vielleicht noch irgendetwas besser machen können.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Fragen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 5:

Queerfeindlichkeit hat in Niedersachsen keinen Platz - Sicherheit, Sichtbarkeit und Akzeptanz für queere Menschen!

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/1614](#)

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand

erste Beratung: 17. Plenarsitzung am 22.06.2023

AfSAGuG

Unterrichtung

Ref'in **Lunk** (MS): Im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode haben die Regierungsfractionen beschlossen, dass die Erstellung eines queeren Aktionsplans umgesetzt werden soll.

Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans*, inter* und nichtbinäre Personen sind Teil unserer vielfältigen Gesellschaft. Menschen, die sich jenseits von heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Lebensweisen verorten, werden im Folgenden unter dem Begriff „queer“ zusammengefasst.

Bereits seit 2014 wurde von der jeweiligen Landesregierung die „Kampagne für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt* in Niedersachsen“ zunächst erstellt und in den Folgejahren weiterverfolgt. Das Ziel war immer, einen Abbau von Vorurteilen zu erreichen und gleichzeitig die Akzeptanz und Toleranz gegenüber queeren Lebensweisen zu stärken.

Nun soll erstmals ein offizieller queerer Aktionsplan für Niedersachsen nach dem Vorbild der genannten Kampagne erarbeitet werden. Damit die Politik, die Verwaltung und auch die Community die Umsetzung etwaiger Vorhaben gleichermaßen unterstützen und vorantreiben, soll dieser Aktionsplan sehr communitynah erstellt werden. Die Federführung für diesen Prozess hat das Sozialministerium inne.

Die damalige Kampagne hat sich auf sechs Schwerpunktthemen fokussiert: Arbeitswelt, Gesundheit, Bildung, Sichtbarkeit, Schutz vor Gewalt und (Wahl-)Familie.

Das zuständige Fachreferat des MS hat sich mit dem Queeren Netzwerk Niedersachsen e. V (QNN) als Interessenvertretung der queeren Community in Niedersachsen zusammengesetzt und die Themenfelder der Kampagne diskutiert. Dabei wurden diese dahin gehend überprüft, ob sie noch aktuell sind, ob es neue Belange und Bedarfe gibt und zu welchen der Themenfelder in den vergangenen Haushaltsjahren vermehrt Projekte in Niedersachsen durchgeführt wurden. Als Ergebnis wurden folgende potenzielle Themenfelder für den queeren Aktionsplan identifiziert:

- Bildung / Schule
- Pflege & Alter / Gesundheit
- Gewalt / Polizei / Justiz
- Forschung / Gedenken / Geschichte
- Beratung / Selbsthilfe

- Sport / Kultur / Freizeit
- Akzeptanz / Sichtbarkeit / Gleichstellung / Migration
- Kinder / Jugend / Familie

Bei allen Themenfeldern gilt stets eine intersektionale Perspektive als Basis.

Die Ermittlung und vorläufige Festlegung der Themenfelder dienen als Grundbaustein für die nun folgende communitynahe Erstellung des ersten queeren Aktionsplans für Niedersachsen.

Es wurde bewusst die Entscheidung für ein Bottom-up-Verfahren getroffen. Als Einstieg in die Arbeitsphase wurde vom Sozialministerium gemeinsam mit dem QNN zu einem ersten gemeinsamen Workshop eingeladen. Bei diesem Workshop wurden Mitarbeitende der Verwaltung aus den Bereichen Migration, Jugend, Schule und Sicherheit eingeladen. Um auch die Seite der Community abzudecken, waren auch Mitarbeitende der Queeren Zentren in Niedersachsen sowie landesweit tätige Vereine, die sich auf bestimmte queere Themen spezialisiert haben, anwesend. Insgesamt haben rund 30 Personen an dem Workshop teilgenommen. Dabei wurden zunächst viele Ideen zu den potenziellen Themenfeldern gesammelt.

In einem nächsten Schritt wird jetzt vom QNN die Community-Beteiligung eingeleitet. Das bedeutet, im September werden jeweils zwei Themenfelder pro Termin besprochen. Die Termine finden meistens abends und an verschiedenen Wochentagen statt, damit möglichst viele Menschen erreicht werden und teilnehmen können. Die Veranstaltungen sind sowohl für Einzelpersonen als auch für ehrenamtlich tätige Mitglieder und Mitarbeitende von Vereinen offen. Auch die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme ist möglich, wenn jemand keine Zeit hat, daran teilzunehmen. Das heißt, wir gestalten hier einen sehr partizipativen Prozess.

Die Ergebnisse aus dem ersten Workshop dienen bei den Veranstaltungen des QNN zur Beteiligung der Community immer als Einstieg. Im Rahmen der Community-Beteiligung können sich die Themenfelder aber auch noch verschieben oder neue Themen generiert werden.

Die Ergebnisse aus der Community-Beteiligung werden dann in einem zweiten Workshop mit den gleichen Teilnehmenden wie beim ersten Workshop noch einmal angeschaut und konkretisiert.

Diese vielschichtige Bedarfserhebung dient als Grundlage für die Verschriftlichung des ersten queeren niedersächsischen Aktionsplans. Welche konkreten Inhalte und Schwerpunkte dieser haben wird, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht absehbar, da die Bedarfserhebung noch nicht abgeschlossen ist.

Aufgrund der aktuellen Situation und des spürbaren Anstiegs an queerfeindlichen Übergriffen vor allem rund um Christopher Street Days wird das Themenfeld Gewalt besonders sensibel, sorgfältig und tiefgründig bearbeitet. Nach dem aktuellen Stand betreffen die Bedarfe eher die Unterstützung der betroffenen Zivilgesellschaft. Gleichzeitig geht es auch um die Sensibilisierung von Gruppen, die beispielsweise im Rahmen einer Strafanzeige mit Opfern queerfeindlicher Gewalt in Kontakt gekommen sind.

Aussprache

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für diese Ausführungen. Sie haben den Prozess ausführlich dargestellt. Dafür bedanke ich mich sehr herzlich. Gibt es auch einen Zeitplan, bis wann die Ergebnisse vorliegen sollen, d. h. bis wann alle Workshops getagt haben?

In dem Antrag geht es auch um die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden sowie zum Beispiel mit der Polizei und der Staatsanwaltschaft. Inwieweit sind sie von Anfang an mit einbezogen?

Ref'in **Lunk** (MS): Wir haben am 15. Juni mit dem ersten Workshop gestartet. Die Community-Beteiligung wird vom 21. bis, ich glaube, 28. September stattfinden. Am 19. Oktober wird der finale Workshop stattfinden. Abhängig von den Ergebnissen wird sich dann auch zeigen, wie es weitergeht, ob noch ein Workshop eingezogen werden muss, ob noch ein weiterer Themenschwerpunkt näher betrachtet werden muss usw.

Bei unserem Workshop war selbstverständlich auch Leon Dietrich als Landeskoordinator für die Ansprechpersonen LSBTIQ bei der Polizei dabei. Ferner wird eine Kollegin aus dem MI beim zweiten Workshop dabei sein, die an dem ersten Workshop leider nicht teilnehmen konnte. Von daher sind wir queer aufgestellt. Auch aus dem MJ, aus dem MI, aus dem MK und aus dem MS waren Menschen vor Ort. Der Kreis ist also vielfältig.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Durch diese Ausführungen hat sich meine Fragen bereits erledigt. Vielen Dank nicht nur für die ausführliche Unterrichtung, sondern auch für das, was Sie dargestellt haben! Ein solches Bottom-up-Verfahren ist bei den Prozessen der Landesregierung bzw. der Landesverwaltung nicht selbstverständlich, zumal es sehr aufwendig ist. Dafür bedanke ich mich; denn dieses Verfahren wird dem Thema und der Community sehr gerecht, die ja in der Politik usw. nicht widerspiegelt ist. Von daher ist das sehr wichtig, um auch bedarfsgerecht handeln zu können.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für die wirklich gute Unterrichtung. Ich schließe mich Frau Schendel an. Ich halte es für wichtig, dass hier ein communitynaher Prozess initiiert wurde. Auch ich bin regelmäßig mit der Community im Gespräch. Das wird vonseiten der Community auch sehr geschätzt. Wir sind da, glaube ich, auf einem guten Weg. Die Schwerpunktsetzungen haben Sie gerade ausgeführt. Wie dargestellt, können sich auch noch weitere Schwerpunkte ergeben. Ein Schwerpunkt ist insbesondere auch die Queerfeindlichkeit, auf die sich ja der Antrag bezieht. Im Rahmen der weiteren Beratungen sollten wir zwischen den Fraktionen auch klären, wie wir weiter mit dem Antrag umgehen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Meine weiteren Fragen können Sie aktuell noch nicht beantworten, weil wir ja erst einmal den Prozess abwarten müssen. Deshalb bitte ich darum, den Ausschuss Mitte oder Ende Oktober - der genaue Termin müsste noch abgestimmt werden - darüber zu unterrichten, welche Erfahrungen Sie bis dahin gesammelt haben werden und welche Schwerpunktsetzungen sich ergeben haben. Dann sollten wir uns auch mit den weiteren Punkten befassen; denn aktuell ist ja noch alles sehr neu und frisch.

Ref'in **Lunk** (MS): Das mache ich sehr gerne.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Dann bitte ich Sie, proaktiv auf den Ausschuss zuzukommen, wenn die entsprechenden Erkenntnisse vorliegen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung, den Ausschuss zu gegebener Zeit über den weiteren Prozess zur Erstellung eines queeren Aktionsplans für Niedersachsen zu unterrichten.

* * *

**Übersicht der Personalschlüssel im Nds. Rahmenvertrag
für vollstationäre Pflegeeinrichtungen
im Vergleich zur alten Vereinbarung (2019)**

§ 21 Abs. 3 Mindestmenge:

	Alt (2019)	Neu
Pflegegrad 1	1 zu 6,50	1 zu 6,26
Pflegegrad 2	1 zu 4,29	1 zu 4,21
Pflegegrad 3	1 zu 3,00	1 zu 2,95
Pflegegrad 4	1 zu 2,27	1 zu 2,23
Pflegegrad 5	1 zu 2,05	1 zu 2,01

§ 21 Abs.4 Maximalmenge:

	Alt (2019)	Neu
Pflegegrad 1	1 zu 4,60	1 zu 4,533
Pflegegrad 2	1 zu 3,70	1 zu 3,432
Pflegegrad 3	1 zu 2,59	1 zu 2,454
Pflegegrad 4	1 zu 1,96	1 zu 1,817
Pflegegrad 5	1 zu 1,76	1 zu 1,492

37 SGB I sowie §§ 67 - 85 SGB X bleiben unberührt. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sind zu beachten.

Abschnitt III

Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen - gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI

§ 21⁵

- Personelle Ausstattung und Qualifikation des Personals -

- (1) Die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung, die Bereitstellung und die fachliche Qualifikation des Personals müssen unbeschadet aufsichtsrechtlicher Regelungen eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen gewährleisten. Grundlage sind die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ in der jeweils gültigen Fassung, sowie die jeweils geltende Pflegesatzvereinbarung. Der Träger der Pflegeeinrichtung regelt im Rahmen seiner Organisationsgewalt die Verantwortungsbereiche und sorgt für eine sachgerechte Aufbau- und Ablauforganisation.
- (2) Die in Abs. 3 und 4 genannten Personalschlüssel bilden einen Korridor, innerhalb dessen die Gesamtpersonalmenge im Bereich Pflege und Betreuung im Sinne von § 75 Abs. 3 SGB XI einer Pflegeeinrichtung liegen muss.
- (3) Folgende Personalschlüssel dienen der Ermittlung der Mindestmenge an Personal im Bereich Pflege und Betreuung⁶ einer Pflegeeinrichtung:
 - Pflegegrad 1: 1 zu 6,26
 - Pflegegrad 2: 1 zu 4,21
 - Pflegegrad 3: 1 zu 2,95
 - Pflegegrad 4: 1 zu 2,23
 - Pflegegrad 5: 1 zu 2,01

⁵ Den Rahmenvertragspartnern ist daran gelegen, eine personelle Ausstattung über die bestehenden vertraglichen Regelungen hinaus zu vereinbaren. Dies ist jedoch angesichts wesentlicher Einflussfaktoren, die nicht allein im Gestaltungsbereich der Rahmenvertragspartner liegen, kaum möglich. Auf das politische Forderungspapier zur Gemeinsamen Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI i. V. m. § 113c Absatz 5 SGB XI in der vollstationären Pflege wird verwiesen.

⁶ Die personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal umfasst Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung, Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr und Fachkraftpersonal (Ausbildungsberuf oder Studium).

- (4) Folgende Personalschlüssel⁷ dienen der Ermittlung der Maximalmenge an Personal im Bereich Pflege und Betreuung einer Pflegeeinrichtung:
- Pflegegrad 1: 1 zu 4,533
 - Pflegegrad 2: 1 zu 3,432
 - Pflegegrad 3: 1 zu 2,454
 - Pflegegrad 4: 1 zu 1,817
 - Pflegegrad 5: 1 zu 1,492
- (5) Für Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf, wie z. B. im Sinne des § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (Pflegebedürftige mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems), zu deren vollstationärer Versorgung sich die Pflegeeinrichtung im Rahmen des Pflegeeinrichtungskonzeptes und der Leistungs- und Qualitätsmerkmale (LQM) verpflichtet hat, kann eine höhere Personalmenge als sich nach Abs. 4 ergibt, vereinbart werden. Bestehende Vereinbarungen mit höheren Personalmengen haben Bestandsschutz, sofern die höhere Personalmenge auch tatsächlich vorgehalten wird. Eine Wiederbesetzung der Stellen ist im Rahmen der bestehenden Vereinbarung jederzeit möglich.
- (6) Die sich aus den Abs. 3 bis 5 ergebende Gesamtpersonalmenge wird anhand der jeweils gültigen Kalkulationsschemata der Pflegesatzkommission im Rahmen der Pflegesatzverhandlung in einrichtungsindividuelle pflegegradbezogene Personalschlüssel überführt und in den jeweiligen LQM für den Vereinbarungszeitraum festgeschrieben⁸.
- (7) Die Personalschlüssel zur Ermittlung der Mindestmenge nach Abs. 3 unterliegen einer Umsetzungsfrist bis spätestens zum 01.01.2026 im Rahmen einer Pflegesatzvereinbarung.
- (8) Im Bereich der Pflege und Betreuung beträgt der stets vorzuhaltende Anteil an Fachkräften⁹ 50% der Personalmenge, die sich aus den Mindestschlüsseln gemäß Abs. 3 ergibt¹⁰. Für die Begriffsdefinition Fachkraft gelten die heimrechtlichen Vorschriften.
- (9) Ist die Gesamtpersonalmenge, die sich aus der Kumulation der Personalmengen der einzelnen Pflegegrade unter Anwendung der einrichtungsindividuellen Personalschlüssel ergibt, höher als die Gesamtpersonalmenge, die sich aus den Mindestschlüsseln gemäß Abs. 3 ergibt, kann eine Personalmehrung nach Wahl der Pflegeeinrichtung bis zur Maximalmenge gemäß Abs. 4 in allen Qualifikationsgruppen erfolgen¹¹.
- (10) Zum Erhalt und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements soll im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung ein dafür notwendiger Bedarf im Umfang des Wertes eines Stellenschlüssels von bis zu 1:110 vereinbart werden, bezogen auf die durchschnittlichen einrichtungsbezogenen Personalkosten einer Pflegefachkraft, soweit nicht höhere Personalkosten im Ein-

⁷ Die dargestellten Personalschlüssel ergeben sich aus der Addition der Personalanhaltswerte gemäß § 113c Abs. 1 SGB XI für die einzelnen Qualifikationsniveaus bezogen auf die jeweiligen Pflegegrade.

⁸ Näheres bestimmt die Pflegesatzkommission gem. § 86 SGB XI im Lande Niedersachsen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

⁹ Fachkräfte sind alle Kräfte mit einem einschlägigen abgeschlossenen Ausbildungsberuf oder Studium.

¹⁰ Dies gilt erst nach Umsetzung der Mindestmenge nach Abs. 3 im Rahmen der Umsetzungsfrist nach Abs. 7. Bis zur Umsetzung gelten die bisherigen Mindestschlüssel gemäß § 21 Abs. 3 des Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Dauerpflege in der bis zum 30.06.2023 gültigen Fassung.

¹¹ Im Hinblick auf die in § 113c SGB XI festgelegten Personalanhaltswerte sollte gleichwohl ein entsprechender Personalmix der einzelnen Qualifikationsgruppen angestrebt werden.

zelfall nachgewiesen werden. Die sich daraus ergebende Personalmenge ist in den Personalschlüsseln gemäß der Absätze 3 bis 5 nicht enthalten. Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, die Umsetzung der „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“ in der jeweils gültigen Fassung sicherzustellen.

- (11) Je Pflegeeinrichtung ist eine Vollzeitkraft für die Pflegedienstleitung zu berücksichtigen. Die sich daraus ergebende Personalmenge ist in den Personalschlüsseln gemäß der Absätze 3 bis 5 nicht enthalten.
- (12) Die Einrichtung beschäftigt zusätzliches Personal, das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen gemäß § 43b i. V. m. §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI erbringt, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Diese Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen sollen das Wohlbefinden, den physischen Zustand sowie das psychische Befinden der betreuten Menschen positiv beeinflussen. Der Stellen Schlüssel beträgt über alle Pflegegrade den festgelegten Schlüssel von derzeit 1:20.
- (13) Ein dauerndes einrichtungsbezogenes Monitoring wird die Entwicklung der personellen Ausstattung von Pflege- und Betreuungspersonal der einzelnen Qualifikationsgruppen bezogen auf die in den jeweiligen Pflegegraden betreuten Bewohner dokumentieren. Einzelheiten legt die Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI fest. Die Ergebnisse sind den Rahmenvertragspartnern und der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI jährlich zur Verfügung zu stellen. Die aus dem Monitoring gewonnenen Erkenntnisse sollen insbesondere dazu dienen, die Möglichkeit einer Erhöhung der Mindestschlüssel zu prüfen und perspektivisch zu einer differenzierten Darstellung der Qualifikationsgruppen bezogen auf die Mindestschlüssel führen.
- (14) Die Einrichtung hat eine angemessene personelle Ausstattung des Nachtdienstes sowie der Dienste an Wochenenden und Feiertagen vorzuhalten; hierbei sind besondere Bedarfe wie Einrichtungsgröße und Raumsituation zu berücksichtigen. Mindestens eine Fachkraft muss ständig anwesend sein.

§ 22

- Beteiligung von weiteren Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger -

- (1) Die Vertragsparteien unterstützen die Einbindung von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlicher Pflegepersonen und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen bei der ergänzenden Betreuung Pflegebedürftiger.
- (2) Bei der Einbeziehung der in Abs. 1 genannten Personen und Organisationen ist sicherzustellen, dass diese zusätzliche Betreuungsaufgaben übernehmen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 84 ff. SGB XI - bis auf die Aufwendungen nach § 82b SGB XI - nicht berücksichtigt sind.
- (3) Die Pflegeeinrichtung hat sicherzustellen, dass die in Abs. 1 genannten Personen und Organisationen begleitet und in die Pflegeeinrichtungsabläufe einbezogen werden. Die in Abs. 1 genannten Personen und Organisationen sollten möglichst eine feste Ansprechpartnerin/einen festen Ansprechpartner in der Pflegeeinrichtung haben. Zur Refinanzierung sollen die Möglichkeiten des § 82b SGB XI genutzt werden.

Hannover, 22. August 2023

10-Punkte-Plan für die Konzertierte Aktion Pflege Niedersachsen, KAP.Ni

Schwerpunkt Fachkräftegewinnung

1. Niedersächsische Fachkräfteinitiative und eine neue Fachkräftestrategie

Ein besonderer Schwerpunkt der Niedersächsischen Fachkräfteinitiative und der neuen Fachkräftestrategie der Landesregierung für die aktuelle Legislaturperiode wird auf die Gewinnung von Fachkräften für die Pflege- und Gesundheitsberufe gelegt. Dieses Ziel wird unter Beteiligung der für die Gewinnung von Fachkräften in den Pflege- und Gesundheitsberufen zuständigen Ressorts und zusammen mit den KAP.Ni-Partnerinnen und -Partnern mit Nachdruck verfolgt.

Hierbei bekennen sich die Partnerinnen und Partner der Konzertierten Aktion Pflege zu der mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz und dem Niedersächsischen Pflegegesetz eingeführten Tariftreueregelung für die Beschäftigten in der ambulanten sowie stationären Pflege.

2. Programm zur Gewinnung von Pflege-Assistenzkräften

Mehr ungelernte Hilfskräfte in der Pflege sollen künftig den Abschluss zur Pflegeassistentkraft erwerben können. Um dieses Ziel zu erreichen, arbeiten das Nds. Kultusministerium, das Nds. Sozialministerium, die Bundesagentur für Arbeit, die Verbände der Einrichtungsbetreiber und die Pflegeschulen eng zusammen. Zusätzlich werden Modelle geprüft, wie ein einjähriges Ausbildungsangebot in der Pflegeassistent in Niedersachsen ausgestaltet werden kann. Außerdem sollen auch für Abbrecherinnen und Abbrecher in der Fachkraftausbildung Wege aufgezeigt werden, einen Abschluss im Bereich der staatlich geprüften Pflegeassistent abzulegen, um diesen eine qualifizierte Tätigkeit im Bereich der Pflege zu ermöglichen.

3. Schaffung von Studienplätzen

Die Kapazitäten für ein Studium der Pflegepädagogik an niedersächsischen Hochschulen wurden bereits deutlich ausgebaut. So wird der Pflegeberuf generell attraktiver, weil er Perspektiven der beruflichen Weiterentwicklung bietet. Zudem wird so dem Mangel von Lehrkräften an Pflegeschulen entgegengewirkt und somit ein Engpass bei den Ausbildungskapazitäten beseitigt: Mehr junge Menschen können in Zukunft die Ausbildung zur Pflegefachkraft beginnen.

Darüber hinaus wird geprüft, ob mittelfristig auch zusätzliche Studienplätze in akademisch-primärqualifizierenden Studiengängen der Pflege an den Hochschulen angeboten werden können.

4. Attraktivitätssteigerung des Berufs

Damit junge Menschen niedrigschwellig die Chance haben, den Beruf kennenzulernen, wird neben den gut nachgefragten Plätzen für ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ), die auch in Pflegeeinrichtungen angeboten werden, das bislang als Modellprojekt gelaufene „Soziale Jahr Pflege“ in Niedersachsen verstetigt.

Die KAP.Ni-Partner widmen sich zudem der Problematik der Zunahme von Leiharbeit. Sie prüfen, ob über die aktuell durch den Bundesgesetzgeber auf den Weg gebrachten Regelungen zur Eindämmung der Leiharbeit hinaus weitere Maßnahmen sinnvoll sind. Auch die Schaffung von neuen Arbeitszeitmodellen, die eine verlässliche Flexibilität für die Beschäftigten ermöglichen, können zur Attraktivität des Berufes beitragen.

Die von der Stiftung Zukunft der Altenpflegeausbildung zusammen mit dem Nds. Sozialministerium, dem Nds. Kultusministerium und der Bundesagentur für Arbeit aufgesetzte Kampagne „Meine Zukunft Pflege“ wird fortgesetzt mit dem Ziel, Menschen auf die Vorzüge des Pflegeberufs aufmerksam zu machen. Die strategische Nachwuchskräftegewinnung im Pflegeberuf wird u.a. durch die Bildung von regionalen Projekt-Netzwerken zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege unterstützt, die Entstehung von Ausbildungsnetzwerken wird gefördert.

Schwerpunkt Pflegende An- und Zugehörige

5. Verbesserung der Versorgungssituation vor Ort

82 Prozent der Pflegebedürftigen in Niedersachsen werden in Ihrer eigenen Häuslichkeit versorgt, davon mehr als die Hälfte ausschließlich von Angehörigen. Diese sind oftmals einer enormen physischen und psychischen Belastung ausgesetzt. Die Akteurinnen und Akteure in der Pflege sowie die Politik sind auf allen Ebenen – Bund, Länder und Kommunen – aufgerufen, den pflegenden Angehörigen für dieses gesellschaftlich so wertvolle Engagement Unterstützung zukommen zu lassen.

Im Rahmen der mit der neuen Anerkennungsverordnung geschaffenen Möglichkeit der Einzelanerkennung von Helferinnen und Helfern im Rahmen der Angebote zur Unterstützung im Alltag (AZUA) soll eine große Zahl zusätzlicher Angebote gewonnen werden: Die zusätzlichen Helferinnen und Helfer können Aufgaben übernehmen, die ansonsten die pflegenden Angehörigen erledigen würden – so können diese nachhaltig entlastet werden.

Außerdem kann eine bessere Versorgungssituation vor Ort – beispielsweise in Form eines ausreichenden Angebots ambulanter Dienste – dafür sorgen, dass Aufgaben durch Pflegekräfte übernommen werden können und Angehörige entlastet werden. Damit sich die Versorgungslandschaft entsprechend der Bedarfe entwickelt, soll die Rolle der Kommunen in der Versorgungsplanung gestärkt werden. Denn dort kennt man die Situation vor Ort am besten. Mit der im Dezember 2021 in Kraft getretenen Novelle des NPflegeG hat das Land dafür erste Voraussetzungen geschaffen, mit dem vom Land finanzierten Programm Komm.Care werden die Kommunen beim Aufbau entsprechender Strukturen auch in Zukunft unterstützt.

Zudem setzen sich die KAP.Ni-Partner dafür ein, dass mehr Kurzzeitpflegeplätze entstehen.

6. Modellprojekte für eine bessere Unterstützung pflegender Angehöriger

Mit neuen Modellprojekten wie zum Beispiel den „Pflegenachbarn“ werden Konzepte in die Umsetzung gebracht, bei denen der Sozialraum, die Nachbarschaft und Ehrenamtliche enger in die Pflege und Betreuung von Menschen eingebunden werden. Weitgehend selbstbestimmt arbeitende Pflegekräfte können die Versorgung passgenau auf die Bedürfnisse vor Ort abstimmen. Mit solchen Ansätzen werden pflegende Angehörige nachhaltig entlastet.

Für das Förderprogramm „Wohnen und Pflege im Alter“ werden ab 2023 neue Förderschwerpunkte festgelegt, um wichtige gesellschaftliche Bereiche in den Fokus von Modellprojekten zu rücken. Der Einbezug pflegender Angehöriger steht bei diesen neuen Schwerpunkten mit an erster Stelle.

7. Fokus auf Situation Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger

In Niedersachsen sollen unter Federführung der Pflegekassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst sowie mit wissenschaftlicher Begleitung Modellprojekte zur „subjektorientierten Qualitätssicherung“ starten, als Modellregionen sind die Landkreise Emsland und Grafschaft Bentheim sowie die Stadt Braunschweig vorgesehen. Ziel ist es, dass der Medizinische Dienst – anders als bisher – die Qualität der Pflege anhand des Erlebens und der Bedürfnisse des Pflegebedürftigen bewertet. Auch die Situation und die Rückmeldungen der pflegenden Angehörigen werden einbezogen. Die Qualität der Pflege in der eigenen Häuslichkeit kann so zum Nutzen aller Beteiligten gehoben werden.

Schwerpunkt Entbürokratisierung und Digitalisierung

8. Bildung einer Projektstruktur Entbürokratisierung

Die Verbände der Einrichtungsbetreiber und die Pflegekassen bilden eine Projektstruktur Entbürokratisierung.

Diese soll in einer Region mit ausgewählten Einrichtungen unnötigen bürokratischen Aufwand identifizieren, modellhaft Alternativen entwickeln und im gesetzlichen Rahmen ausprobieren, die sich später möglichst flächendeckend ausrollen lassen und so Pflegekräfte und Einrichtungsbetreiber in Niedersachsen von bürokratischem Aufwand befreien.

9. Weniger Aufwand durch Synchronisierung der Pflegeheim-Kontrollen

Die Vereinbarung zur Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Heimaufsichtsbehörden des Landes Niedersachsen vom 31.03.2014 soll an die aktuellen Prüfkataloge und Erfordernisse angepasst werden. In einer vom Niedersächsischen Sozialministerium moderierten Arbeitsgruppe wollen sich die Kommunen, der Medizinische Dienst und die Pflegekassen dieser Überarbeitung widmen und eine neue Vereinbarung vorbereiten. Ziel ist es, dass der mit den Kontrollen verbundene Aufwand für die Beschäftigten in den Einrichtungen und die Einrichtungsbetreiber minimiert wird.

10. Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung für die Pflege

Um eine effektive Digitalisierung in der Pflegebranche voranzutreiben, müssen vor allem Pflegeunternehmen an der Basis befähigt werden, entsprechende Kompetenzen aufzubauen. Oft mangelt es vor allem Klein- und Kleinstunternehmen am technischen Know-How, um ein komplexes IT-Projekt wie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur selbst zu bewältigen. Daher werden über das Förderprogramm „Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum“ Projekte zur ganzheitlichen digitalen Transformation in Pflegediensten mit einem Anteil von 90 % finanziert. Bei der Neuauflage der Richtlinie wird der Förderbereich Digitalisierung um wichtige Zukunftstechnologien wie KI und Robotik ergänzt, um einen Anreiz für die Erprobung fortschrittlicher Versorgungsformen zu schaffen. Mit den geförderten Modellprojekten werden im besten Fall neue Ansätze entwickelt, die sich flächendeckend in Niedersachsen einsetzen lassen.

Anlage 4

Janine Sittartz, 28790 Schwanewede
Stefane von Wietersheim, freie Journalistin, 38704 Liebenburg
Sonja Tschirch, Aspeloh 13, 49152 Bad Essen, Sozialpädagogin/-arbeiterin, Gründerin der Post Vac Selbsthilfegruppe Osnabrück, postvac-os@web.de

Ausschuss für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Gleichstellung
Herrn Vorsitzenden Oliver Lottke MdL
Niedersächsischer Landtag
Hannah-Arendt-Platz 1
30159 Hannover

Bad Essen, 27.08.2023

Sehr geehrter Herr Lottke,
sehr geehrte Damen und Herren im Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung,

bezugnehmend auf Unterrichtung durch die Landesregierung im Sozialausschuss am 24.08.2023 möchten wir Ihnen im Folgenden stellvertretend für weitere Post Vac Betroffene unsere bisherigen Erfahrungen mit der AOK Hotline für Long Covid und Post Vac Betroffene schildern. Wir bitten Sie darum, diese Informationen dem Ausschuss zur Kenntnis und zur weiteren Diskussion zur Verfügung zu stellen.

Die hier zusammengefassten Erkenntnisse beruhen sowohl auf Einzelberatungen als auch auf wiederholten Anrufen, die so mit den Berater/innen abgestimmt wurden, um potentielle Lösungsvorschläge umzusetzen und sie auf ihren tatsächlichen Nutzen zu überprüfen.

Bislang wird die Hotline sowohl von den Berater/innen als auch durch die Bandansage(wenn alle Leitungen belegt sind) nur als Long/Post Covid Hotline betitelt, obwohl in der Presse ausdrücklich Impfschäden mit genannt wurden. Dies ist irreführend und verunsichert sowohl Betroffene als auch deren Angehörige. Weiterhin ist es für teils schwer erkrankte Menschen sehr mühsam, immer wieder anrufen zu müssen, weil die Hotline bislang nicht über eine Warteschleife verfügt.

Kommt man mit den Berater/innen ins Gespräch, sind diese freundlich und bemüht, aber in der Regel auch überfordert mit der Thematik. Es fehlen nach wie vor Therapiestudien, biomedizinische Forschungen sowie tatsächliche Behandlungsmöglichkeiten. Für bestimmte Regionen in Niedersachsen (exemplarisch Osnabrück) konnten weder beim ersten Anruf noch beim vereinbarten Rückruf nach einer Woche (das "Back Office" sollte dazu gezielt recherchieren) eine Anlaufstelle benannt werden. Der Vorschlag, eine Long Covid Reha, z.B. in Bad Lauterberg, zu machen("Damit Sie mal zur Ruhe kommen und keinen Haushalt machen müssen.") erscheint in Anbetracht der Gesamtsituation nicht geeignet.

Entgegen der Darstellungen der Berater/innen ist auch die MHH weiterhin keine Anlaufstelle für Post Vac Betroffene. So wurde beispielsweise mitgeteilt, dass in der post covid 19 Rehasprechstunde der MHH keine Post Vac Patienten aufgenommen werden könnten, weil diese "anders behandelt werden müssten. Da sei etwas anderes im Immunsystem passiert und da man nicht wisse was das sei, könne man nicht behandeln." Inwiefern dann Post Vac Patient/innen von der ab 01.09.2023 angedachten

Janine Sittartz, 28790 Schwanewede

Stefane von Wietersheim, freie Journalistin, 38704 Liebenburg

Sonja Tschirch, Aspeloh 13, 49152 Bad Essen, Sozialpädagogin/-arbeiterin, Gründerin der Post Vac Selbsthilfegruppe Osnabrück, postvac-os@web.de

telemedizinischen Sprechstunde der MHH profitieren sollten, bleibt fraglich- sowohl wegen der Aussagen der MHH als auch wegen der oft zurückhaltenden Haltung der Hausärzte, sich mit dem Thema Post Vac auseinanderzusetzen. Dabei wäre ein gemeinsames, bedarfsgerechtes Behandlungskonzept, das über die Unikliniken an Fach- und Hausärzte vermittelt wird, eine gute Möglichkeit, flächendeckende Behandlung bei gleichzeitiger Einsparung von finanziellen und uniklinischen Ressourcen zu erreichen.

Auch weitere Versuche, über andere Abteilungen der MHH verlaufen für Post Vac Patient/innen nach wie vor erfolglos. "Die LC/PV Ambulanz an der MHH führt ins Leere. Man landet bei den Pneumologen und die verweisen an Seltene Krankheiten. Es gibt keine Ambulanz."

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Hotline zum jetzigen Zeitpunkt mehr Kosten als Nutzen erzielt:

"Ich habe auch getestet: keine meiner konkreten Fragen konnte beantwortet werden.

Ich hoffe, die vielen Aspekte zu Post Vac werden dort gesammelt und an relevante Stellen weitergeleitet und Lösungen entwickelt statt zu reden...Generell werden die Berater/innen als freundlich und hilfsbereit, aber auch völlig überfordert bis hin zu erschrocken über die Post Vac Thematik beschrieben. Bei den meisten Fragen haben Sie noch keine Antworten und verweisen auf "das Back Office". Mein zweiter Anruf, um zu prüfen, ob sie die zugesagten Dinge wirklich recherchieren, wird diese Woche folgen."

Für weiteren konstruktiven Austausch in der Sache- gern auch in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen und den Mitgliederndes Ausschusses- stehen wir zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Janine Sittartz
Stefanie von Wietersheim
Sonja Tschirch

J. V. S. Tschirch



**Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung**

Nds. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
Postfach 141, 30001 Hannover

**Präsidentin
des Niedersächsischen Landtages
- Landtagsverwaltung -
Hannah-Arendt-Platz 1
30159 Hannover**

Bearbeitet von: Herr Kehe

E-Mail:
Lantagsangelegenheiten@ms.niedersachsen.de

Fax: (05 11) 1 20-4157

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)

Durchwahl (0511) 120-

Hannover,
01.09.2023

15. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (AfSGuG) am 31.08.2023

Top Nr. 4: Unterrichtung durch die Landesregierung zur Beratungshotline rund um Fragen zu Long-/Post-Covid sowie Post-Vac

Im Rahmen der o.g. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung erfolgte eine mündliche Unterrichtung seitens MS zur Beratungshotline rund um Fragen zu Long-/Post-Covid sowie Post-Vac.

Seitens MS möchten wir die Information ergänzen, dass die MHH eine virtuelle Reha-Klinik in Form des ViCoReK-Projekts eingerichtet hat, was mit seinen symptomatisch ausgerichteten Angeboten auch bei Post-Vac in Anspruch genommen werden kann. Die Spezialambulanz für Long-/Post-Covid kann derzeit noch keine Post-Vac Patientinnen und Patienten aufnehmen. Aktuell wird erst geprüft, ob zukünftig auch Post-Vac Patientinnen und Patienten in diese Spezialambulanz mit aufgenommen werden können. Über das Ergebnis wird der Ausschuss zeitnah unterrichtet.

In Vertretung

**Dr. Arbogast
Staatssekretärin**

Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung finden Sie hier:
<https://www.ms.niedersachsen.de/dsg/vo-175384.html>



Dienstgebäude
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover



Behinderten-
parkplatz
am Eingang

Telefon
(05 11) 120-0

Telefax
(05 11) 120-4296

E-Mail
Poststelle@ms.niedersachsen.de

Bankverbindung
Nord/LB (BLZ 250 500 00) Konto 106 021 322
IBAN DE52250500000106021322
BIC NOLADE2HXXX