LANDTAG
NIEDERSACHSEN

N i e d e r s c h r i f t

über die 46. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 19. September 2024

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung: Seite:

1. **Stärkung deeskalierender Ansätze in der psychiatrischen Behandlung**

   Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5083

   hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

   Unterrichtung 5

   Aussprache 8

2. **Kinderschutz an erster Stelle! Von der Kinderschutzstrategie zum niedersächsischen Landeskinderschutzgesetz**

   Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/4584

   hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

   Unterrichtung 15

   Aussprache 22

3. **Kindermedizinische Versorgung sichern - Kinderkliniken zu Einrichtungen für ambulante und stationäre kindermedizinische Leistungen umbauen!**

   Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/4861

   hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

   Unterrichtung 27

   Aussprache 30

4. **Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen**

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/4569

Verfahrensfragen 35

5. **Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zu den aktuellen Zuständen im AMEOS-Klinikum in Osnabrück**

Beschluss 37

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Constantin Grosch (i. V. d. Abg. Andrea Prell) (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU)
8. Abg. Veronika Bode (i. V. d. Abg. Eike Holsten) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
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 (zu TOP 1 vertreten durch den per Videokonferenztechnik zugeschalteten Abg. Nicolas Breer) (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (zu TOP 2 vertreten durch die per Videokonferenztechnik zugeschaltete Abg. Vanessa Behrendt) (AfD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Als Zuhörerin (§ 94 GO LT):

Abg. Delia Klages (AfD) (zu TOP 2 per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.19 Uhr bis 12.18 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

Stärkung deeskalierender Ansätze in der psychiatrischen Behandlung

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5083

erste Beratung: 46. Plenarsitzung am 29.08.2024
AfSAGuG

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 41. Sitzung am 05.09.2024

Unterrichtung

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Der Antrag zur Stärkung deeskalierender Ansätze in der psychiatrischen Behandlung enthält fünf Forderungen, die auf die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krankenhäusern fokussieren. Die Landesregierung begrüßt den Antrag grundsätzlich sehr. Es ist sehr erfreulich und im Sinne der Betroffenen, aber auch aus einer demokratischen Sicht, dass das Thema der Reduktion von Zwangsmaßnahmen bzw. - juristisch ausgedrückt - der Reduktion von Grundrechtseingriffen, die ja nicht willkürlich erfolgen, sondern per Gesetz geregelt sind, in den Fokus der Debatte um die psychiatrische Versorgung rückt. Das ist nicht nur in Niedersachsen so, sondern auch bundesweit ein Trend. Dieser Trend ist zu begrüßen.

Das NPsychKG regelt auch jetzt schon nicht nur, wann und wie Grundrechtseingriffe stattfinden sollen, sondern es hat auch einen starken präventiven Ansatz, indem es Hilfen insbesondere durch die Sozialpsychiatrischen Dienste definiert, die vor einer Einweisung stattfinden bzw. verhindern sollen, dass das NPsychKG mit seinen Möglichkeiten zu Grundrechtseingriffen überhaupt benötigt wird. Denn tatsächlich fängt die Prävention von Grundrechtseingriffen schon lange vor der Einweisung in eine psychiatrische Klinik an. Die Prävention findet in den Kommunen vor Ort statt, wo die Menschen leben, und in der Versorgung und dem Kümmern um Menschen mit psychischen Erkrankungen oder dem Risiko für eine psychische Erkrankung. Es geht darum, diese Menschen frühzeitig in Kontakt mit dem psychiatrischen Hilfesystem zu bringen, aber auch mit dem Hilfesystem insgesamt von der Schuldnerberatung bis zur Suchthilfe, also allen Hilfen, deren Ziel es ist, Menschen vor psychischen Krisen zu bewahren. Es geht darum, Hürden und Ängste vor einer psychiatrischen Behandlung abzubauen. Insbesondere Menschen, die schon einmal Grundrechtseingriffe im Kontext der psychiatrischen Versorgung erlebt haben, haben häufig Hürden, sich wieder in stationäre Behandlung zu begeben. Eine der Errungenschaften des Versorgungssystems ist es, dass es eine stationsäquivalente Behandlung nach § 115 SGB V gibt, bei der das Krankenhaus mit seinem multiprofessionellen Team zu den Patientinnen und Patienten kommt, die zu Hause wohnen bleiben. Das hat auch den Vorteil, dass nicht nur mit den Patientinnen und Patienten gearbeitet werden kann, sondern auch intensiv mit dem Umfeld.

Unter Nr. 3 des Antrags wird gefordert, die stationsäquivalente Versorgung nach § 115 d SGB V im niedersächsischen Krankenhausplan auszuweisen. Im Zusammenhang mit der niedersächsischen Krankenhausreform soll der Krankenhausplan gänzlich neu aufgestellt werden. Das soll im Jahr 2025 erfolgen. Wir werden dabei auch das Thema der stationsäquivalenten Behandlung berücksichtigen.

Wenn die Hilfen vor Ort vor einer Einweisung in die Institution Krankenhaus nicht ausreichen und es zu einer krisenhaften Zuspitzung kommt, haben ganz viele Faktoren einen Einfluss darauf, ob eine Situation eskaliert oder deeskaliert werden kann. Das ist natürlich auch die Erkrankung der Menschen, aber nicht nur. Es kommt auch darauf an, wie vor Ort zum Beispiel die Polizei, Ordnungsbeamte, begutachtende Ärztinnen und Ärzte, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter mit den Menschen in der Krise umgehen und ihnen begegnen. Dieser Umgang bestimmt, ob sie die Situation der Einweisung als bedrohlich oder als ein Angebot zur Hilfe und zur Sicherheit empfinden.

Auch dann, wenn diese Menschen in der Unterbringungseinrichtung ankommen, sind Kontextfaktoren von großer Bedeutung: zum einen das Vorhandensein von Personal, aber zum anderen auch die Ausbildung des Personals und dessen Haltung.

Unter der Nr. 4 enthält der Antrag die Forderung, zu prüfen, wie die Implementierung von evidenzbasierten Konzepten zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen - zum Beispiel Safewards; das sind strukturierte Programme, wie mit Menschen in Krisen deeskalierend umgegangen werden kann - in psychiatrischen Kliniken durch das Land unterstützt und gefördert werden kann, und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Im Rahmen der Implementierung des Landespsychiatrieplans haben wir wiederholt Programme gefördert, die zur Reduktion von Grundrechtseingriffen führen sollen.

Im April 2018 fand eine auch bundesweit beachtete Tagung in Loccum mit 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung statt.

Wir haben auch wiederholt Konzepte zur Reduktion von Grundrechtseingriffen gefördert. 2021 hatten wir eine kompetitive Ausschreibung zur Förderung kleiner Projekte in Kliniken zur Reduktion von Grundrechtseingriffen. Gewinner war damals die Erwachsenen-Psychiatrie der Universität Göttingen mit einem Projekt zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen, in denen man mit Patientinnen und Patienten mit Risiko für Grundrechtseingriffe in der guten Zeit - also vor Grundrechtseingriffen - vereinbart, wie in Krisen mit ihnen umgegangen werden soll: welche Medikamente sie wollen, ob sie, wenn es denn sein muss, lieber fixiert oder isoliert werden wollen usw. Die Psychiatrische Klinik Lüneburg hatte ein Projekt, in dem sie Genesungsbegleiterinnen und -begleiter als Co-Trainer für das Deeskalationstraining implementiert hat. Zwar haben alle Erwachsenen-Psychiatrien und Kinder- und Jugendpsychiatrien in Niedersachsen ein Deeskalationstraining auf verschiedener Basis implementiert; in diesem Fall ging es aber darum, auch Menschen als Trainer hinzuzuziehen, die selber Erfahrungen mit psychiatrischer Versorgung haben. Die KJP im AMEOS Klinikum Hildesheim hatte ein Projekt zur Implementierung von Safewards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es dort ausweislich der Daten tatsächlich gelungen, die Grundrechtseingriffe massiv zu reduzieren. Gerade wurde auch ein Projekt zur Verhinderung der Überbelegung von geschlossenen Stationen beendet; denn die drangvolle Enge auf Intensivstationen in der Psychiatrie trägt nicht unbedingt zur

Deeskalation bei und ist in den Kliniken ein großes Problem. Wir warten noch auf den Abschlussbericht. Wir haben im Prinzip nach wie vor die Möglichkeit, Projekte im Landespsychiatrieplan zu fördern.

Außer dem Personal hat auch das bauliche Umfeld einen Einfluss darauf, ob eine Situation eskaliert, und kann es die deeskalierenden Bemühungen des Personals unterstützen. Nicht alle psychiatrischen Kliniken sind optimal ausgestattet bzw. können das optimale Umfeld dafür bieten. Das liegt zum Teil daran, dass Gebäude veraltet sind. Teilweise sind die Psychiatrien in Gebäuden als Nachnutzung untergebracht, die mal für etwas ganz anderes gebaut worden sind und dann für die Psychiatrie nachgenutzt werden. Teilweise wird aber auch bei Neubauten mal etwas versäumt, etwa eine Intensivstation zu groß gebaut. Dann sind nicht alle deeskalierenden Aspekte berücksichtigt. Aus diesem Grund hat die Landesregierung 2021 evidenzbasierte Planungshilfen für die bauliche Gestaltung psychiatrischer Intensivstationen herausgegeben. Diese Planungshilfen haben wir auch zusammen mit den Nutzern von Intensivstationen entwickelt, nämlich Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten und ganz besonders Patientinnen und Patienten sowie Vertreterinnen und Vertretern von Angehörigen. Es gibt also inzwischen Orientierungshilfen.

Zu der Forderung unter der Nr. 5 des Antrags, Bau- und Umbauvorhaben, die das Ziel haben, psychiatrische Kliniken, insbesondere Akutstationen, deeskalierender zu gestalten, in der baufachlichen Prüfung vorrangig zu berücksichtigen: Der Krankenhausplanungsausschuss berücksichtigt bei seiner Priorisierung generell besonders gute und zukunftsträchtige Konzeptionen. Dazu gehören auch Bau- und Umbaumaßnahmen, die baulich zur Deeskalation beitragen sollen.

Unter der Nr. 1 des Antrags wird gefordert, die Landespsychiatrieberichterstattung, die ja auch die Grundrechtseingriffe zum Thema hat, rechtlich im NPsychKG abzusichern. Seit 2020 hat Niedersachsen als eines der ersten Bundesländer auch eine Landespsychiatrieberichterstattung. Wir erheben halbjährlich die Daten zu Grundrechtseingriffen nach dem NPsychKG bei den Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und melden sie den Kliniken mit einem Benchmark zum Durchschnitt zurück. Wir erheben einmal im Jahr die Tätigkeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste zu ihren Aktivitäten im Rahmen des NPsychKG. Alle zwei Jahre aggregieren wir diese Daten zu einem öffentlich zugänglichen Landespsychiatriebericht. Der letzte Landespsychiatriebericht ist im vergangenen Jahr herausgekommen. Darin werden die Daten für die Öffentlichkeit aufbereitet. Wir sind gerade auch dabei, diese Berichterstattung auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie auszuweiten. Die erste Erhebung dazu wird in dieser Woche abgeschlossen. Aufgrund dieser guten Erfahrungen mit der Landespsychiatrieberichterstattung haben auch wir vor, sie im NPsychKG rechtlich abzusichern.

In der Landespsychiatrieberichterstattung wird allerdings nach unserer Einschätzung nur über die Hälfte der Grundrechtseingriffe berichtet; denn genau wissen wir das nicht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die meisten Fälle nach dem BGB untergebracht. In der Erwachsenenpsychiatrie ist nach unserer Einschätzung die Hälfte der Fälle nach dem BGB untergebracht.

Zu der Forderung unter Nr. 2 des Antrags, zu prüfen, wie eine rechtliche Grundlage geschaffen werden kann, nach der psychiatrische Kliniken Unterbringungen, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen nach §§ 1631 b und 1831 BGB melden müssen, und eine Berichterstattung wie diejenige zu den Unterbringungen nach dem NPsychKG zu implementieren: Der Knackpunkt dabei ist, dass die Unterbringungen nach dem BGB auf einem Bundesgesetz beruhen. In-

wieweit Kliniken durch die Landesgesetzgebung verpflichtet werden können, auch über Unterbringungen nach der Bundesgesetzgebung, nämlich nach dem BGB, Auskunft zu geben, werden wir im Rahmen der Novellierung des NPsychKG prüfen.

Unabhängig davon sind wir mit den Kliniken darüber im Gespräch, inwieweit sie freiwillig Angaben zu Unterbringungen nach dem BGB machen möchten. Bei den Kinder- und Jugendpsychiatrien ging das relativ glatt durch. Ich hoffe, dass sich das so fortsetzt. Letztendlich haben auch die Kliniken ein Interesse daran, dazu ein Feedback zu bekommen.

Das ist ein wichtiger Antrag, der Transparenz über Grundrechtseingriffe schafft und der die Strukturen schaffen soll, die Grundrechtseingriffe zu reduzieren. Wir halten ihn nicht nur im psychiatrischen Sinne, sondern natürlich auch unter dem demokratischen Aspekt für sehr wichtig.

Aussprache

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für diese wirklich gute Unterrichtung. Aus Ihren Darlegungen ist deutlich geworden, dass wir in Niedersachsen in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten insgesamt auf einem guten Weg sind. Meines Wissens ist Niedersachsen auch im Bereich der ambulanten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen Vorreiter gewesen und sind hier auch schon entsprechende Projekte durchgeführt worden, während in anderen Bundesländern die Psychiatrie nur stationär gedacht wurde.

Sie haben einige Hinweise gegeben, welche Konzepte bereits angewendet werden, und erwähnt, dass in Hildesheim das Konzept Safewards sehr erfolgreich war. Gibt es Planungen, dieses Konzept Safewards flächendeckend in Niedersachsen in den Kliniken anzuwenden? Sind schon Schulungen dazu geplant?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Tatsächlich hat auch schon eine Reihe der Erwachsenenpsychiatrien Safewards implementiert. Wie viele es genau sind, ist mir nicht bekannt, aber zum Beispiel die Karl-Jaspers-Klinik arbeitet auch mit Safewards. Das ist sozusagen das beliebteste Deeskalationsprogramm.

Wir machen den Kliniken keine Vorgaben, was sie implementieren sollen. Das obliegt ihrer fachlichen Entscheidung. Wir sagen zwar, was wir toll finden, aber gehen nicht darüber hinaus. Daran würde ich auch festhalten; denn jede Klinik muss auch prüfen, was für sie passt.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Die Besuchskommissionen sind ja auch eine ganz gute Institution zur Kontrolle der Kliniken bzw. um ein Feedback zu geben. Mir ist nicht ganz klar, ob die Besuchskommissionen auch Best-Practice-Anregungen geben können. Zum Beispiel in der Karl-Jaspers-Klinik wird das Safewards-Konzept ganz erfolgreich angewendet. Vielleicht könnte man es ja im Klinikum Wilhelmshaven in der Psychiatrie auch so anwenden.

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Ein schöner Vorschlag! Wir haben zwei Kontrollgremien, die sich die Situation vor Ort in den Kliniken ansehen: zum einen die Fachaufsicht des Ministeriums, die die Implementierung des NPsychKG überwacht, und zum anderen die Besuchskommissionen, also im übertragenen Sinne die Zivilgesellschaft, die sich ansieht, was in der Psychiatrie in den Kliniken hinter den Mauern passiert. Beide können Empfehlungen geben. Den Besuchskommissionen ist es freigestellt, was immer sie machen können. Sie sind auch noch einmal freier

als wir im Ministerium im Rahmen der Fachaufsicht. Ich würde es für übergriffig halten, zu sagen: „Wendet doch Safewards an!“ Wir können Anregungen geben und zum Beispiel auf die Karl-Jaspers-Klinik und die Anwendung des Safewards-Konzepts dort hinweisen, aber wir können nicht deutlicher werden oder Kliniken dazu verpflichten. Aber die Besuchskommissionen können wirklich erzählen, was sie möchten.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Herr Gäde meinte, wir seien überall auf einem guten Weg, und hat auch auf die Besuchskommissionen Bezug genommen, die durchaus Best Practices sehen und zurückmelden. Als Mitglieder im Landespsychiatrieausschuss bekommen wir auch mit, dass es auch Best Practices gibt. Das können Herr Breer und Herr Lottke sicherlich bestätigen. Die Besuchskommissionen melden an Einrichtungen und Krankenhäuser auch zurück, wenn ihnen etwas besonders Positives aufgefallen ist. Aber Sie haben gerade zugespitzt auch gesagt, die Besuchskommissionen können berichten, was sie wollen. Sie berichten auch von Zuständen, die mit - ich nenne nur Stichworte - unhaltbar, kaum noch zu leisten, heftige Konflikte und Auseinandersetzungen beschrieben werden. Das möchte ich jetzt aber nicht näher ausführen. Das deutet darauf hin, dass es eben nicht nur ein guter Weg ist, sondern es gibt manchmal Stillstand und auch Rückschritt in Bezug auf Zwangsmaßnahmen und auch in Bezug darauf, wie Eskalationen in Kliniken erfolgen.

Vor diesem Hintergrund meine Fragen an Sie: Welche Kliniken erfüllen die Ansprüche noch nicht, die Sie beispielsweise in Lüneburg erprobt haben? Welche baulichen Maßnahmen wurden auch gemäß den Planungshilfen aus dem Jahr 2021 schon umgesetzt? Wo wurden also schon Investitionen getätigt, um die Rahmenbedingungen merklich zu verbessern und dann auch den Ansprüchen der Planungshilfen gerecht zu werden? Welche Kliniken erfüllen diese Ansprüche schon? Gibt es wirklich auch Kliniken, die die Ansprüche, die Sie seit 2021 kommuniziert haben, jetzt vollumfänglich erfüllen? Sie haben eben erwähnt, jede Klinik muss prüfen, was passt. Aber ich glaube, dass diese Prüfung dann auch den Ansprüchen gerecht werden sollte, die das Land bzw. wir gemeinsam vorgegeben haben.

Wie stellt sich derzeit auch nach den vielen Pilotprojekten und Konzepten die Entwicklung von Zwangsmaßnahmen dar? Sind sie in den Kliniken merklich zurückgegangen? Wie hat sich die Zahl der Zwangsmaßnahmen entwickelt?

RefL’in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Zunächst zur baulichen Entwicklung: Es sind nicht zufällig nur Planungshilfen und keine Planungsvorgaben oder -verpflichtungen. Denn wenn es eine Verpflichtung wäre, müsste das Land auch die Kosten tragen. Diese Diskussion hat sich, glaube ich, im Hinblick auf den Haushalt erledigt. Aber tatsächlich sind ganz viele Sachen auch Trade-offs zwischen finanziellen, baulichen und geografischen Möglichkeiten. Nicht alles ist verpflichtend bzw. sozusagen ein Muss. Es gibt Gründe, eine geschlossene Station etwas größer oder etwas kleiner zu planen. Wir geben in diesen Planungshilfen auch Anhaltspunkte vor, wie groß zum Beispiel geschlossene Stationen sein sollen. Danach muss aber keine Klinik handeln. Wir erleben jedoch, dass, seitdem es diese Planungshilfen gibt, alle, die etwas Neues planen, sich erst einmal an das Psychiatriereferat im MS wenden und das mit uns durchsprechen, um von uns Ideen oder Vorschläge zu bekommen, etwa ob sie sich vorstellen könnten, etwas kleiner oder etwas größer zu planen. Wenn Kliniken davon abweichen, dann haben sie auch Gründe dafür. Das ist also nicht verpflichtend, sondern es sind nur Planungshilfen. Es wird zum Beispiel auch empfohlen, dass Zimmertüren auf geschlossenen Stationen abschließbar sein sollen, sodass zwar Pflegekräfte das Zimmer betreten können, aber nicht jeder verirrte Patient in ein anderes Zimmer gehen kann.

Das ist eine Sicherheitsfrage. Die Karl-Jaspers-Klinik hat das gerade bei ihrem Neubau nachgerüstet. Auch andere Kliniken denken darüber nach. Aber das kostet halt Geld. Es kommt immer darauf an, wie viel Geld der Träger bereit ist, dafür auszugeben.

Es sind viele kleine Details, die da zusammenkommen. Insofern kann man es nicht absolut besprechen. Diese Planungshilfen sind aber zumindest bei allen Neubauten angekommen. Es wird sich darin orientiert, und sie werden zu Rate gezogen. Darin ist auch der Vorschlag enthalten, die Baupläne auch mal mit Psychiatrieerfahrenen durchzusprechen. Das passiert nicht immer, weil das nicht so richtig in den Köpfen drin ist. Zum Beispiel in Hildesheim ist eine geschlossene Station neu gebaut worden. Dort ist das auch berücksichtigt worden. Dabei hat man sich auch viel mit diesen Planungshilfen auseinandergesetzt und hat man bei den Planungen auch Psychiatrieerfahrene darauf blicken lassen. Diese Station ist wirklich ganz gut geworden.

Zu der Frage, ob sich die Zahl der Grundrechtseingriffe reduziert hat, müsste ich die Daten heraussuchen. Der letzte Landespsychiatriebericht nimmt dazu Stellung. Es gab während der Corona-Pandemie eine gewisse Reduktion, vor allem auch weil die geschlossenen Stationen leerer waren. Wie sich das entwickelt hat, werde ich gerne nachliefern.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben deutlich gemacht, dass es sich um Planungshilfen handelt, die nicht verpflichtend sind, damit das Land nicht in finanzielle Verpflichtungen gerät. Für die Träger ist es insofern immer noch offen, auch alles außer Acht zu lassen, was Geld kostet. Sie haben gerade auch gesagt: Das kostet halt Geld. - Sie haben auch erwähnt, dass es bei den Kliniken auch immer Gründe für individuelle Planungen geben kann. Welche Gründe würden Sie dafür sehen, dass Menschen in 5- oder 6-Bett-Zimmern untergebracht sind, welche Gründe würden Sie dafür sehen, dass es in Zimmern keine eigenen Nasszellen gibt, und welche Gründe würden Sie dafür sehen, dass in Akutstationen drei, vier Patienten regelmäßig in Betten auf Fluren untergebracht sind und dass auf Fluren sogar Verhöre durch Polizisten stattfinden müssen?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Verhöre durch Polizisten sind eigentlich keine psychiatrische Intervention. Das wundert mich jetzt. Die Situation, die Sie schildern, findet nicht in Neubauten statt, sondern das sind alte Gebäude. 5- oder 6-Bett-Zimmer kenne ich nicht. Das Größte, was ich kenne, sind 4-Bett-Zimmer, die auch so belegt werden. Dabei handelt es sich um veraltete Gebäude. Es gibt aber auch Sicherheitsdiskussionen, ob das 2-Bett-Zimmer oder Einzelzimmer Sinn macht. Die Frage ist auch: Wie groß soll ein Zimmer sein? Es ist ganz klar, 4- oder 5-Bett-Zimmer sollen es nicht sein. In Bezug auf Einzelzimmer gibt es Diskussionen hinsichtlich der Sicherheit für Menschen, die suizidal sind. Es gibt auch Befragungen von Patientinnen und Patienten, nach denen sie am liebsten im 2-Bett-Zimmer untergebracht sein möchten. Auch dann kann es Risiken geben je nachdem, mit wem man in einem solchen Zimmer untergebracht wird. Mit der Zahl von bis zu drei Betten kann man verhandeln; es gibt verschiedene Argumente für das eine oder das andere. Am meisten gibt es auf den Stationen 1- und 2-Bett-Zimmer. Alle Neuplanungen, die ich kenne, beinhalten 1- und 2-Bett-Zimmer. 4-Bett-Zimmer gibt es, wie gesagt, in alten Gebäuden.

Sie sagten, dass Patientinnen und Patienten auf den Fluren liegen. Das ist etwas, was wir nicht sehen. Deswegen haben wir auch das Forschungsprojekt zur Reduktion von Überbelegungen von geschlossenen Stationen in Auftrag gegeben. Denn es ist ganz klar: Patientinnen und Patienten gehören nicht auf die Flure und ebenso nicht in ein Bett in einem Aufenthaltsraum oder Speisesaal usw.

Abg. **Nicolas Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung, die auch bestätigt, dass wir mit unserem Antrag auf dem richtigen Weg sind, an den richtigen Stellen anzusetzen.

Zunächst habe ich eine Frage zu den baulichen Veränderungen. Die Psychiatrien gehören ja zum Ressort des Sozialministeriums, aber der Neubau der MHH gehört zum Ressort des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur. Inwieweit ist man dort von diesen Plänen in Kenntnis gesetzt? Sind sie auch im Austausch mit Ihnen? Es handelt sich ja um ein anderes Ministerium. Inwieweit kann man darauf aufmerksam machen?

Zu der Frage von Herrn Uhlen, ob sich die Zahl der Grundrechtseingriffe reduziert hat: Meines Wissens kann man das gar nicht genau sagen. Unser Antrag beinhaltet ja auch, dass diese Daten erhoben werden sollen. Uns steht ja auch nur die Hälfte an Daten zur Verfügung. Insofern kann man keine Aussage dazu treffen, ob sich die Zahl reduziert hat oder nicht. Daher ist es auch wichtig, dass die Nr. 2 des Antrags so bestehen bleibt.

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Über die Planung des Neubaus der MHH bin ich nicht in Kenntnis gesetzt worden. Dazu kann ich nichts sagen. Es war auch noch niemand bei uns.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Sie haben erwähnt, dass der Planungsausschuss auch innovative und deeskalierende Konzepte bei den Neubauten berücksichtigt, wenn das möglich ist. Ich finde, das ist ein wichtiger Hinweis. Denn wir alle wissen, dass das Geld knapp ist und dass man jetzt nicht einfach alle neuen Erkenntnisse, die man in den letzten 20 Jahren in der Psychiatrie gewonnen hat, auf einmal umsetzen kann. Das würde auch aus anderen Gründen nicht funktionieren. Ich glaube, das weiß jeder. Deshalb finde ich es sehr gut, dass man, wenn man neu plant, das berücksichtigt und dabei einen vernünftigen Weg geht.

Die Behauptung von Herrn Uhlen, dass alles außer Acht gelassen wird, was Geld kostet, möchte ich so nicht stehen lassen. Denn wir haben uns im letzten Jahr darauf verständigt, sehr hohe Mittel gerade für Investitionen zur Verfügung zu stellen. Ich finde diese Debatte auch immer schwierig, weil wir wissen, dass in all den Jahren auch immer mehr Geld in den Krankenhausbereich hätte fließen können. Das ist unabhängig von Fraktionen und Regierungen. Wenn wir uns da jetzt auf den Weg machen, finde ich es immer gut, eine vernünftige Lösung zu finden, bei der möglichst auch die neuen Erkenntnisse berücksichtigt werden. Menschen, die in der Psychiatrie waren, haben einen hohen Leidensdruck. Das weiß jeder, der das im beruflichen Kontext erlebt hat. Das ist schwierig genug, gerade auch in dieser Akutsituation. Ich würde mir sehr wünschen, wenn solche Stationen den neuesten Ansprüchen genügen würden. Ich habe den Ausführungen entnommen, dass das zumindest berücksichtigt wird. Ich fände es auch gut, wenn es wirklich gelingt, auch Menschen mit Psychiatrieerfahrungen in solche Planungen einzubinden. Das ist sicher ein guter und wichtiger Schritt.

Ich begrüße es, dass der Landespsychiatriebericht künftig auch auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgedehnt werden soll. Auch das halte ich für ein gutes Zeichen. Denn wenn es auch Bereitschaft gibt, sich mit seiner Arbeit auseinanderzusetzen und Lehren daraus zu ziehen, dann ist das immer sehr positiv.

Zu Ihrem Hinweis, dass Unterbringungen nach dem BGB auf einem Bundesgesetz beruhen und dass im Rahmen der Novellierung des NPsychKG geprüft werden soll, inwieweit Kliniken durch die Landesgesetzgebung verpflichtet werden können, auch darüber Auskunft zu geben, aber

dass mit den Kliniken auch Gespräche dazu geführt werden, freiwillig Angaben zu Unterbringungen nach dem BGB zu machen: Wann können wir mit der Novellierung des NPsychKG rechnen?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): In Kürze werden wir den Entwurf in die hausinterne Abstimmung geben, sodass der Gesetzentwurf möglicherweise Anfang 2025 in den Landtag eingebracht werden könnte.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Sie haben den Einsatz von Genesungsbegleitern in der Psychiatrie in Lüneburg erwähnt. Ich bitte um nähere Informationen dazu, welche Qualifikationen diese Genesungsbegleiter haben und wie sich ihr Aufgabenfeld darstellt.

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Die Voraussetzung, als Genesungsbegleiter tätig zu sein, ist, selber psychisch erkrankt gewesen zu sein. Es gibt eine Ex-In-Ausbildung für Genesungsbegleiterinnen und -begleiter, in der sie für ihre Aufgabe geschult werden. Tatsächlich ist der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern ganz weit gefasst. Das ist nicht konkret spezifiziert. Es ist ganz spannend: In der PPP-RL des GB-A, der Richtlinie für die Personalausstattung in der Psychiatrie, sind die Genesungsbegleiterinnen und -begleiter auch unter dem Personal berücksichtigt. Je nach Klinik und je nachdem, wie diese Menschen sozusagen drauf sind, können sie auch auf Stationen eingesetzt werden. Es gibt Kliniken, in denen sie auch auf der geschlossenen Station im Team mitarbeiten. Es gibt aber auch die Möglichkeit, in Sozialpsychiatrischen Diensten Genesungsbegleiter einzusetzen. Auch in der Psycho-Edukation von Patientinnen und Patienten wird mit Genesungsbegleitern gearbeitet. In Lüneburg werden die Genesungsbegleiterinnen auch im Deeskalationstraining mit eingesetzt. Es ist den Kliniken freigestellt, wie sie es machen. Es ist immer ein bisschen die Schwierigkeit, wie ihr Einsatz abgerechnet wird. Wie gesagt, in der PPP-RL sind sie aufgeführt.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Worin besteht die Schwierigkeit bei der Abrechnung?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Das ist von Klinik zu Klinik unterschiedlich. Ich glaube, das handeln die Kliniken einzeln mit den Kassen aus. Bei manchen läuft das über Zusatzspenden und bei manchen über Hilfskräfte.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Sie haben mehrfach den Landespsychiatrieplan erwähnt. Der Landespsychiatrieplan ist ja 2016 veröffentlicht worden und eigentlich auf zehn Jahre angelegt. Gibt es seitens des MS oder Ihres Referates irgendwelche Überlegungen zum jetzigen Zeitpunkt, wann mit einer Evaluation bzw. Novellierung dieses Landespsychiatrieplans begonnen werden soll?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Der Landespsychiatrieplan läuft spätestens in zwei Jahren aus. Dann sollte er fortgeschrieben oder novelliert sein. Seit geraumer Zeit ist der Posten des Referenten für den Landespsychiatrieplan nicht besetzt. Aufgrund der anderen Aufgaben fokussieren wir uns auf unsere gesetzlichen Aufgaben, nämlich die Umsetzung des NPsychKG und auch die Novellierung des NPsychKG. Insofern ruhen die Aktivitäten zum Landespsychiatrieplan, bis das Personal da ist. Wir vergeben gerade auch keine weiteren Projekte.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Dazu eine Nachfrage, weil die Fortschreibung stark von der Personalbesetzung abhängt: Ist die Stelle für diesen Bereich mittlerweile ausgeschrieben worden?

RefL’in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Nein.

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

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kommt überein, den Antrag für eine der nächsten Sitzungen wieder auf die Tagesordnung zu setzen.

***

Tagesordnungspunkt 2:

Kinderschutz an erster Stelle! Von der Kinderschutzstrategie zum niedersächsischen Landeskinderschutzgesetz

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/4584

erste Beratung: 44. Plenarsitzung am 19.06.2024
AfSAGuG

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 39. Sitzung am 08.08.2024

Unterrichtung

Frau **Steege** (MS): Im Rahmen der Unterrichtung zu dem Entschließungsantrag der Fraktionen der SPD und der Grünen möchte ich zunächst auf den aktuellen Bearbeitungsstand eingehen.

Das Themenfeld Kinderschutz ist innerhalb der Landesregierung eine Querschnittsaufgabe. MS, MK, MJ, MI und MWK arbeiten dazu im IMAK Kinderschutz interdisziplinär zusammen. Im Rahmen des Auftrags zur Entwicklung einer Kinderschutzstrategie hat der IMAK ein Gesamtkonzept mit gesetzlichen und nichtgesetzlichen Maßnahmen entwickelt. Das Gesamtkonzept befindet sich derzeit in der Feinabstimmung im IMAK und soll im Anschluss dem Kabinett vorgelegt werden.

Die in dem Gesamtkonzept enthaltenen Maßnahmen beziehen sich zunächst ausschließlich auf die dem Land obliegenden Aufgaben. Dieser Leitgedanke zielt darauf ab, in einem ersten Schritt als Land die Verantwortung für den Kinderschutz vorzuleben und mit gutem Beispiel voranzugehen.

Die Kinderschutzstrategie insgesamt versteht sich nicht als abgeschlossener Prozess, sondern als Einstieg in einen Prozess, in dessen weiteren Verlauf die Ausweitung in weitere Handlungsfelder notwendig ist. Kinderschutz ist eine Querschnittsaufgabe auf verschiedenen Ebenen, die etwas zum Gelingen des präventiven Kinderschutzes beizutragen haben.

Um tragfähige Strukturen aufzubauen und abgestimmte Prozesse zu initiieren, braucht es Zeit für den Dialog über wirksame Beteiligungsformate sowie umfangreiche personelle und finanzielle Ressourcen.

Einige der Empfehlungen dieses Entschließungsantrages haben wir bereits in die Erarbeitung des ersten Gesamtkonzepts Kinderschutz einfließen lassen. Ich beschränke mich aufgrund des umfangreichen Entschließungsantrags im Weiteren auf die Punkte des Antrags, die nicht oder noch nicht Bestandteil des Gesamtkonzeptes sind.

„Vor diesem Hintergrund bittet der Landtag die Landesregierung,
… 6. sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass Kinderrechte im Sinne der Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention im Grundgesetz verankert werden“

Die Verankerung der Kinderrechte im Grundgesetz wurde in der Vergangenheit von der Landesregierung stets wohlwollend begleitet. Wir werden uns auch weiterhin für die Umsetzung einsetzen.

„… 8. die Einrichtung eines Landesbeirats Kinderschutz vorzunehmen, in dem insbesondere unter Beteiligung der Landesregierung, der kommunalen Spitzenverbände und der Wissenschaft sowie mit Akteurinnen und Akteuren aus der Praxis und Betroffenen abgestimmte Präventionsstrategien entwickelt werden sollen“

Die Einrichtung eines Landesbeirats ist im Gesamtkonzept vorgesehen. Er soll die ressortübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie sie mit dem IMAK begonnen hat, fortsetzen.

Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren wurde auch zur Gesamtstrategie sichergestellt. Am 7. Mai 2024 wurde im Rahmen des IMAK Kinderschutz das Eckpunktepapier der Kinderschutzstrategie mit namenhaften Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Niedersachsen diskutiert. Ein weiterer Aufschlag folgte mit den Verbänden am 5. August 2024. Diese punktuelle Einbindung der Expertinnen und Experten hat sich durchaus bewährt.

Zur Gewährleistung der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sollte der Kreis des Landesbeirats allerdings möglichst klein bleiben. Details werden noch zu klären sein. Geplant ist, dass der Beirat grundsätzlich aus den Ressorts, die dem IMAK angehören, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und den kommunalen Spitzenverbänden besteht. Eine interdisziplinäre Zusammensetzung und Vertretung unterschiedlicher Interessen ist in dieser Zusammensetzung bereits sichergestellt.

Um zusätzlich die Interessen der jeweiligen Verbände und anderer Akteure zu berücksichtigen, ist es sinnvoll, diese zu den jeweils ihnen obliegenden inhaltlichen Zuständigkeiten - gegebenenfalls auch über einen längeren Zeitraum; das muss nicht nur einmalig sein - einzubinden.

„… 10. als landesweites Präventionsangebot auch die Förderung von kommunalen Koordinierungsstrukturen zur kinder- und jugendbezogenen Gewaltprävention durch den Landespräventionsrat Niedersachsen weiterzuführen und auszubauen“

Gewaltprävention für Kinder und Jugendliche muss vor Ort stattfinden. Eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende örtliche Präventionsarbeit ist die Zusammenarbeit aller in der Kommune zuständigen staatlichen und nichtstaatlichen Stellen, Institutionen und Organisationen. Idealerweise knüpfen Kooperationsstrukturen zur kinder- und jugendbezogenen Gewaltprävention an bestehende Strukturen, wie zum Beispiel kommunale Präventionsräte, an. Die 200 kommunalen Präventionsgremien in Niedersachsen stellen insofern eine wichtige Ressource dar. In diesen Gremien können sich Kinder- und Jugendhilfe, Schulen, Polizei, Justiz, Zivilgesellschaft und Verbände untereinander abstimmen und vernetzen. Mit dem Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) und seiner Geschäftsstelle im Niedersächsischen Justizministerium gibt es dafür einen zentralen Ansprechpartner auf Landesebene. Die LPR-Geschäftsstelle bietet Kommunen und kommunalen Präventionsgremien neben Fort- und Weiterbildungen, Fachtagungen und Vor-Ort-Beratungen verschiedene Instrumente für eine passgenaue Präventionsarbeit an.

Das Netz der kommunalen Präventionsgremien in Niedersachsen ist zwar groß, aber nicht lückenlos. In etlichen Landkreisen und Gemeinden bestehen keine Gremien, oder die Arbeit der

Gremien ruht. Der Handlungsdruck ist überall groß. Oft sind jedoch keine oder kaum Ressourcen für die Koordination und Vernetzung der Präventionsaktivitäten vorhanden. Der LPR sieht es als wichtige Aufgabe an, die kommunalen Präventionsgremien trotz herausfordernder örtlicher Rahmenbedingungen weiterhin bestmöglich zu unterstützen und zu beraten, zum Beispiel durch die Beförderung einer kommunenübergreifenden bzw. regionalen Zusammenarbeit, durch den Ausbau der Fort- und Weiterbildungsangebote oder durch das Angebot des ressortübergreifenden Fachverbunds „WIRkt!“ zur Stärkung der kommunalen Prävention. Ziel ist es, flächendeckend kommunale Präventionsstrukturen einzurichten und zu verstetigen.

„… 12. geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die bestehenden Strukturen und Möglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte beim Umgang mit (Verdachts-)Fällen von Kindeswohlgefährdung bekannter zu machen, besser zu vermitteln und dabei insbesondere die Vernetzung mit der forensischen Kinderschutzambulanz zu stärken. Dies kann beispielsweise durch die Bereitstellung von unterstützenden Materialien, Informationshilfen oder durch eine stärkere Integration des Themas in die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten geschehen.“

Im Gesamtkonzept Kinderschutz ist der Ausbau der Kinderschutzambulanz an der MHH zu einem Kompetenzzentrum Kinderschutz vorgesehen. Wesentliche Kernelemente dieser Aufgabe umfassen:

- Online-Bereitstellung und Erweiterung der forensisch-kinderschutzmedizinischen Expertise.

An der Schnittstelle Kinder- und Jugendhilfe:

- Angebot eines Online-Telekonsildienstes: Jugendämter können telekonsiliarisch Lichtbildaufnahmen von Verletzungen verschlüsselt und anonymisiert an das Kompetenzzentrum übersenden und erhalten zeitnah eine Rückmeldung und Einschätzung.

- Qualifizierte Beratung und bei Bedarf Weitervermittlung bei der Einschätzung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung sowie gegebenenfalls den daraus resultierenden Handlungserfordernissen aus medizinischer und sozialarbeiterischer Sicht bei Verdachtsfällen körperlicher und sexueller Gewalt.

- Hilfestellung bei der Einschätzung von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung und den daraus folgenden Handlungserfordernissen aus sozialpädagogischer Sicht.

Des Weiteren ist der Ausbau von medizinischer Kinderschutzexpertise in Niedersachsen geplant:

- Erarbeitung von Kooperationsvereinbarungen zur Zusammenarbeit sowie Sicherung von Qualitätsstandards für kooperierende Kinderschutzambulanzen. Hier haben wir zurzeit zwei Modelle.

- Verpflichtende Kooperationen gegebenenfalls weiterer niedersächsischer Kinderschutzambulanzen mit dem Kompetenzzentrum als Fördervoraussetzung.

- Online-Schulungen durch das Kompetenzzentrum.

Geplant ist auch eine fachliche Unterstützung von Kinderschutzgruppen in niedersächsischen Kinderkliniken sowie eine Form von Ringvorlesungen im Kinderschutz.

„… 13. bestehende Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote für potenzielle und tatsächliche Täterinnen und Täter zu listen, zu evaluieren und zu überprüfen, inwieweit diese ausgebaut oder angepasst werden müssen“

Hierzu hat es am 28. August 2024 unter Beteiligung des Männerbüros Hannover e. V. einen ersten Austausch gemeinsam mit unterschiedlichen Referaten des MS und MJ gegeben. Im Rahmen dieses Austausches wurden die bereits vorhandenen Angebote in Niedersachsen zusammengetragen. Es bedarf hier aber noch weiterer Gespräche, um den Handlungsbedarf abschätzen zu können.

„… 14. gemeinsam mit den Kommunen die Fach- und Führungskräfteentwicklung in den Jugendämtern weiter voranzutreiben und regelmäßige Supervision und Coachings zu ermöglichen“

Das Land bietet eine Reihe von Fort- und Weiterbildungen sowie Kongressen, wie Austauschforen für Fachkräfte im Kinderschutz, an, die von Beschäftigten der Kinder- und Jugendhilfe kostengünstig genutzt werden können. Führungskräfteentwicklung, Coaching und Supervision für kommunale Beschäftigte sind ureigenste Bestandteile der kommunalen Selbstverwaltung.

„… 17. zu prüfen, inwiefern für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ausreichend Studien- und Ausbildungskapazitäten zur Deckung des Fachkräftebedarfs bestehen, um insbesondere auch in ländlichen Gebieten die freien Stellen in der öffentlichen sowie auch der freien Jugendhilfe besetzen zu können. Zu diesem Zwecke ist eine Fachkräfteinitiative in Kooperation mit den kommunalen und freien Trägern der Jugendhilfe zu initiieren.“

Die Prüfung, ob ausreichend Studien- und Ausbildungskapazitäten bestehen, findet bereits statt. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass ein Ausbau an Studienplatzkapazitäten nur dann sinnvoll ist, wenn die Studienplätze auch durch Studienanfängerinnen und -anfänger besetzt werden können. Schließlich steht die Einführung von zusätzlichen Studienplätzen grundsätzlich unter Haushaltsvorbehalt.

Zu den Ausbildungskapazitäten zur Deckung des Fachkräftebedarfs konkret in der Jugendhilfe: Mit dem Niedersachsenplan „Mehr Fachkräfte für die Kita!“ wurden bereits seit 2019 zahlreiche Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung und zur Steigerung der Ausbildungszahlen in der sozialpädagogischen Aus- und Weiterbildung erfolgreich umgesetzt. Im Schuljahr 2023/2024 befinden sich mehr als 19 000 Personen in sozialpädagogischen Ausbildungen - dies sind nahezu 4 000 mehr als im Schuljahr 2018/2019 -, davon insgesamt ca. 7 000 Menschen in der Weiterbildung zur Staatlich anerkannten Erzieherin bzw. zum Staatlich anerkannten Erzieher. Die Schulplätze an den Berufsbildenden Schulen werden flexibel an die Bewerberzahlen angepasst.

Die aktuellen und geplanten Maßnahmen zur Fachkräftegewinnung und -bindung für sozialpädagogische Einrichtungen sind Teil der Fachkräfteinitiative des Landes Niedersachsen und werden im Niedersachsenplan 2.0 zusammengefasst. Zu diesen Maßnahmen zählen unter anderem

- die weitere Ausweitung der Kapazitäten in den dualisierten Teilzeitausbildungen durch Stärkung von Kooperationen der Ausbildungsakteure mit Unterstützung der Regionalen Landesschulbehörde,

- die Steigerung der Attraktivität der berufsbegleitenden Weiterbildung zur Erzieherin bzw. zum Erzieher in Teilzeit durch innovative Ansätze in der Fachschulausbildung: durch Flexibilisierung,

durch erhöhte Anteile digitalen Lernens, Entlastung durch Verzicht auf Erwerb der Fachhochschulreife,

- Informations- und Vernetzungsveranstaltungen in den Regionen Niedersachsens zur Ausbildungsstruktur, insbesondere im Bereich der dualisierten Teilzeitausbildungen, und zu Möglichkeiten der finanziellen Förderung für Einrichtungsträger,

- die Kooperation mit der Bundesagentur für Arbeit zur weiteren Gewinnung von ausländischen Fachkräften und Weiterqualifizierung über Anpassungsfortbildungen,

- die Initiierung einer Werbekampagne für die sozialpädagogischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Erzieherin bzw. zum Erzieher.

- Weitere Maßnahmen und Vorhaben sind unter anderem die Schaffung weiterer Quereinstiegsmöglichkeiten sowie Programme zur Qualifizierung, Gewinnung und Rückgewinnung sowie Bindung pädagogischer Fachkräfte besonders für den Bereich der frühkindlichen Bildung und Betreuung.

Für die Fachkräftesicherung in den Erziehungsberufen soll der Niedersachsenplan 2.0 günstige Rahmenbedingungen schaffen. Eine Entfaltung des Potenzials dieser Rahmenbedingungen kann jedoch nur durch gemeinsame Kraftanstrengungen aller beteiligten Akteurinnen und Akteure - zum Beispiel Schulen, öffentliche und freie Träger - gelingen.

Im Bereich der mittelfristigen Lösungsansätze werden aktuell die Aktivitäten auf die Gewinnung und Qualifizierung von Quereinsteigenden fokussiert. Wir haben zur Fachkräftegewinnung mit Vertretungen des Niedersächsischen Landesjugendhilfeausschusses und der niedersächsischen Hochschulen ein Konzept zur Weiterqualifizierung von Nichtfachkräften bzw. Quereinsteigenden in Form von Modulkursen erarbeitet. In diesen Kursen, die an verschiedenen Standorten stattfinden, soll für Personen mit fachnahen Studien- oder Berufsabschlüssen und pädagogischen Vorkenntnissen die Möglichkeit eröffnet werden, schon ab Beginn der Tätigkeit berufsbegleitend weiterqualifiziert zu werden. In Bearbeitung befindet sich nun noch die Qualifizierung von Quereinsteigenden in den Hilfen zur Erziehung auf dem Fachschulniveau. Um belastbare Aussagen und Datenbestände zur konkreten Entwicklung der Fachkräftesituation in der Kinder- und Jugendhilfe zu generieren, wird im Zeitraum vom 4. Quartal 2024 bis Ende 2025 ein vom Land beauftragter Schwerpunktbericht zur „Fachkräftegewinnung und -bindung im Spannungsfeld von Qualitätsanforderungen im Bereich der Hilfen zur Erziehung“ umgesetzt. Aus diesem sollen konkrete Handlungsempfehlungen zur Fachkräftesicherung in der Kinder- und Jugendhilfe abgeleitet werden. Die Durchführung einer Fachtagung im Dezember 2025 wird in diesem Zusammenhang geplant.

Das Land hat einen wiederkehrenden Arbeitskreis zwischen MS, Landesjugendamt und der AG der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens, Jugendämtern und freien Trägern etabliert, in dem die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft sowie neue Wege diskutiert und pragmatische Lösungen erarbeitet werden. Das ist der Runde Tisch „Fachkräftemangel in den Hilfen zur Erziehung und Inobhutnahmen“.

„… 19. die Förderung von Schutzkonzepten gegen sexualisierte Gewalt in Sportvereinen in Kooperation mit dem Landessportbund (LSB) weiterzuführen und auszubauen sowie zu prüfen, wie

die Stelle für Schutz vor sexualisierter Gewalt bei der Sportjugend im LSB mit einer Erweiterung der Kompetenzen im Bereich physische und psychische Gewalt gestärkt werden kann“

Seit mehr als 20 Jahren befassen sich der Landessportbund und seine Sportjugend mit der strategischen Ausrichtung und Umsetzung von Maßnahmen, um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bestmöglich vor jeder Gewalt innerhalb sportlicher Strukturen und Angebote zu schützen. Der organisierte Sport hat in den vergangenen Jahren seine Anstrengungen und Aktivitäten erheblich gesteigert und zusätzliche Ressourcen eingesetzt, um den Kinderschutz zu verbessern. Das Land Niedersachsen gewährt dem LSB eine jährliche Finanzhilfe in Höhe von mindestens 35,2 Millionen Euro. Von dieser Finanzhilfe verwendet der LSB in 2024 rund 150 000 Euro für das Projekt „Schutz vor sexualisierter, psychischer und physischer Gewalt im Sport“. Darüber hinaus finanziert der LSB eine für diesen Bereich zuständige Referentin der Sportjugend Niedersachsen.

Das Land Niedersachsen ist des Weiteren Gründungsmitglied des Safe Sport e. V. - Unabhängige Ansprechstelle für Betroffene sexualisierter, psychischer und physischer Gewalt im Sport. Das Land Niedersachsen fördert die Ansprechstelle in 2024 mit 14 093 Euro.

Das Bundesministerium des Inneren und für Heimat (BMI) plant überdies ein Zentrum für Safe Sport (ZfSS) einzurichten. Nach aktuellen Planungen soll das ZfSS auf Basis eines noch zu erarbeitenden Safe Sport Codes in erster Linie über Untersuchungs- und Sanktionskompetenzen verfügen. Unklar ist bisher, wie die bestehende Ansprechstelle in ein ZfSS integriert werden soll. Das BMI hat einen Aufbaustab eingesetzt, um den Betrieb des ZfSS ab 2025 zu starten. Hierfür hat das BMI im Jahr 2024 1,25 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Das BMI wünscht sich eine finanzielle Beteiligung der Länder am Betrieb des ZfSS im Jahr 2025. Die konkreten Modalitäten stehen derzeit noch nicht fest. Sowohl die Einrichtung eines ZfSS als auch die Etablierung eines bundesweit gültigen Safe Sport Codes würden sich auf die in den Ländern bestehenden Strukturen zum Schutz vor sexualisierter Gewalt in Sportvereinen in bislang nicht bekannter Weise auswirken.

Hinsichtlich der Stärkung der Stelle für Schutz vor sexualisierter Gewalt bei der Sportjugend im LSB mit einer Erweiterung der Kompetenzen im Bereich physische und psychische Gewalt kann mitgeteilt werden, dass es grundsätzlich dem autonomen Sport obliegt, über die Ausgestaltung seiner Stellen zu befinden.

„… 20. zu prüfen, inwieweit in weiteren Institutionen und Vereinen, die Angebote für Kinder und Jugendliche bereitstellen, ähnliche Schutzkonzepte und Maßnahmen entwickelt werden müssen“

Für die Anerkennung als freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe soll darauf hingewirkt werden, dass Schutzkonzepte erarbeitet werden sollen.

Noch zu prüfen ist, inwieweit bei anderen Anbietern vergleichbare Vorkehrungen erreicht werden können. Für den Bereich der kommerziellen Anbieter, wie zum Beispiel von Ferienfreizeiten, hat die Kinderschutzkommission des Landtags NRW Anfang des Jahres die Ausschreibung eines Gutachtens zum Thema „Kinderschutz im kommerziellen Raum“ beschlossen. Die Erkenntnisse bleiben abzuwarten.

„… 21. Vereine, Verbände, Kirchen und weitere Religionsgemeinschaften bei ihrer Arbeit im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit fachlich (beispielsweise durch Leitfäden) und bei der Qualifizierung ihrer Ehrenamtlichen im Sinne des Kinderschutzes zu unterstützen“

Die Angebote des Landes, wie zum Beispiel die Veranstaltungen und Informationsmaterialien, stehen allen Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, zur Verfügung. Zur Qualifizierung von Ehrenamtlichen ist das Vorhalten eines eLearning-Angebots vorgesehen. Dies wird auch von Kirchen und Religionsgemeinschaften genutzt werden können. Darüber hinaus unterliegt die Sicherstellung des Kinderschutzes dem Recht der Kirchen zur selbstständigen Ordnung und Verwaltung ihrer Angelegenheiten.

„… 24. die schulischen Curricula in Bezug auf Kinderrechte, Gewaltprävention und sexuelle Bildung zu überprüfen und gegebenenfalls mit dem Ziel zu überarbeiten, Aufklärung und Präventionsangebote in allen Altersstufen verbindlich zu integrieren“

Das Niedersächsische Kultusministerium misst den curricularen Vorgaben für die Schulen maßgebliche Bedeutung zu, damit die Bildungsarbeit für Kinder und Jugendliche in Schulen gut gelingen kann. Vor dem Hintergrund dieser Vorgaben entwickeln die Schulen schuleigene Curricula, die im Rahmen der Eigenverantwortlichkeit die Bedarfe vor Ort und das aufgestellte Schulprogramm berücksichtigen.

Die curricularen Vorgaben des Niedersächsischen Kultusministeriums werden regelmäßig evaluiert und in diesem Prozess wissenschaftlich begleitet. Es erfolgt in diesem Zuge stets eine Anpassung an die gesellschaftliche Entwicklung und damit gekoppelte Veränderungsnotwendigkeiten. Die Themenbereiche Kinderrechte, Gewaltprävention und sexuelle Bildung sind als Querschnittsthemen für den Schulalltag einzuordnen. Sie wirken vielfältig in den Schulalltag hinein und bestimmen unter anderem auch die Schulatmosphäre und damit das jeweilige Lernklima der Einrichtung für die Schülerinnen und Schüler.

Vor diesem Hintergrund enthalten zum Beispiel die curricularen Vorgaben für Biologie, Werte und Normen, Deutsch, Fremdsprachen, Religion, Sachkunde usw. Inhalte der Querschnittsthemen.

Für den Bereich der Gewaltprävention ergeben sich aufgrund der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen - Vorfälle, höhere Anzeigebereitschaft, erhöhter Präventionsbedarf - neue Bedarfe. Für die ganzheitliche Bildungsarbeit ist es erforderlich, dass verbindlich und finanziell auskömmlich ausgestattete Präventionsketten installiert werden. Diese sollen im frühkindlichen Bereich - Krippe/Kita - beginnen und durchgängig bis zum Abschluss der Schullaufbahn Anwendung finden. Hierzu ist zum Beispiel durch den IMAK Kinderschutz geplant, dass durch die Errichtung des niedersächsischen Kinderschutzgesetzes entsprechende verbindliche Vorgaben erfolgen, die mit ausreichender finanzieller Ausstattung kurz- und mittelfristig in allen Einrichtungen umgesetzt werden sollen.

„… 27. die Datenlage und Forschung zum Kinderschutz zu verbessern, um die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen zu evaluieren, den Wissensaustausch zu fördern und die Qualitätsentwicklung zu unterstützen“

Die Beteiligung der Wissenschaft am Beirat Kinderschutz leistet einen wichtigen Beitrag zur Eruierung der Datenlage und zur Identifizierung von Wissenslücken. Dabei ist nicht nur die Einspeisung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse essenziell für das Kinderschutzsystem; umgekehrt profitiert auch die Forschung von fundierten fachpraktischen Hinweisen zu Problemstellungen, die als Forschungsgegenstand aufgegriffen werden oder in bestehenden und künftigen Vorhaben Berücksichtigung finden können. Denkbar wäre ebenso die Unterstützung durch niedersächsische Hochschulen bei der Entwicklung von Fachstandards ebenso wie beim Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Fachpraxis oder dem Abschluss von Kooperationen zwischen beiden Bereichen.

„… 28. in Kooperation auch mit anderen Akteurinnen und Akteuren öffentlichkeitswirksame Maßnahmen und Kampagnen durchzuführen, um die Gesellschaft verstärkt für das Thema Kinderschutz zu sensibilisieren und mit Blick auf die Lebenswelt junger Menschen dabei auch bestehende Online-Präsenzen (Internet, soziale Medien) zu Hilfsangeboten auszubauen und zu optimieren“

Die Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Kinderschutz betrachten wir seit Jahren als Daueraufgabe und nutzen die verschiedenen Kanäle, wie beispielsweis Printmedien, Give Aways, Social Media und Kinospots.

In den Jahren 2022 bis 2023 wurde über 14 Monate mit der Kampagne #EineTrachtLiebe eine umfangreiche Social-Media-Kampagne in Niedersachsen durchgeführt.

Darüber hinaus ist die Sensibilisierungsoffensive „Kinderschutz geht alle an!“ mit den kostenlosen Öffentlichkeitsmaterialien mittlerweile bis über die Landes- und Berufsgrenzen hinaus bekannt und angefragt. Von der Polizei, der Arztpraxis über die KiTa bis hin zur Eisdiele erreichen uns täglich Anfragen aus den unterschiedlichsten Bereichen. Das Kampagnenmaterial wird ständig angepasst und erweitert. Es erfreut sich höchster Beliebtheit.

Zusätzlich fördern wir die Kampagne der Kinderschutz-Zentren #hilfefürdich, mit der junge Menschen in den von ihnen präferierten Social-Media-Kanälen erreicht werden sollen.

Aussprache

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für die bisherigen Ausführungen. Meine ersten beiden Fragen beziehen sich auf die Nr. 4, und zwar auf die Landeskoordinierungsstelle Kinderschutz. In Niedersachsen gibt es ja regionale Kinderschutzzentren, die regional auch beratend tätig sind und regionale Netzwerke haben. Inwieweit halten Sie noch eine weitere Koordinierungsstelle auf Landesebene für sinnvoll? Denn in den Regionen gibt es ja schon die Beratungsstellen. Darüber gibt es ja auch bereits die Landesstelle Jugendschutz. Dann würde also noch eine zusätzliche Stelle eingeführt, obwohl in der Fläche bereits Beratungsstellen vorhanden sind. Die Kitas haben ja auch schon Schutzkonzepte eingeführt. Die Jugendämter und auch die Regionalen Landesämter für Schule und Bildung bieten Beratung für die Kinderschutzkonzepte an. Inwieweit halten Sie vor diesem Hintergrund eine Landeskoordinierungsstelle als weitere Behörde, die auch wieder Geld kostet, Personal erfordert usw., wirklich für sinnvoll?

In der Nr. 12 geht es auch um geeignete Maßnahmen, um Informationsmaterial und unterstützende Materialien für Ärzte. Inwieweit sind Sie der Ansicht, dass aktuell bei den Ärzten noch zu

wenig vorliegt? Inwieweit sind Sie in Bezug auf die Aus- und Weiterbildungen im Austausch mit der Ärztekammer? Was fehlt an dieser Stelle für die Ärzteschaft? Sie haben auch erwähnt, dass es jetzt Online-Schulungen geben soll, aber ich glaube, nicht in Bezug auf die Ärzteschaft.

Frau **Steege** (MS): Die Landeskoordinierungsstelle Kinderschutz soll bei der Landesstelle Jugendschutz angesiedelt sein. Wir wollen also die vorhandenen Strukturen nutzen und erweitern. In der Tat haben wir schon viel in der Fläche. Wir bekommen aber, wenn wir die Schutzkonzepte in Schulen verbindlich vorschreiben, noch einmal mehrere Tausend Institutionen hinzu, die beraten werden wollen. Von daher werden die Ressourcen, die es im Moment gibt, nicht ausreichen. Wir müssten ohnehin an irgendeiner Stelle ausweiten. Wir haben entschieden, das zentral bei der Landesstelle Jugendschutz zu machen. Die hat in den letzten vier Jahren das Projekt „Gemeinsam gegen sexuellen Missbrauch“ insbesondere für pädagogische Fachkräfte durchgeführt und ist dadurch sehr stark mit Schulen in Kontakt. Sie war ja auch schon vorher über das Thema Medien intensiv mit Schulen im Kontakt. Den Schwung durch diese gute Zusammenarbeit gerade im Bereich Pädagogik wollen wir nutzen und dort die Kompetenz noch einmal erweitern.

Zu der zweiten Frage zur Werbung und auch zu Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte: Es gibt Kontakte zur Ärztekammer. Wir fangen dabei gerade an. Es sind sozusagen noch zarte Pflänzchen. Vor Kurzem war ich bei einer Veranstaltung der Ärztekammer zum Thema Kinderschutz. Da sind wir sozusagen dran. Wir wollen ja insgesamt auch die interdisziplinäre Fortbildung ausbauen. Dabei wird dann sicherlich auch der medizinische Kinderschutz eine größere Rolle spielen, damit auch Ärztinnen und Ärzte zum Beispiel wissen, was sie bei einem Verdachtsfall machen können oder vielleicht auch machen müssen. Sie sollen dann nicht sozusagen nur in ihrem eigenen Saft kochen, sondern auch mit anderen Systemen in Kontakt zu kommen. Wir hatten erste Veranstaltungen, bei denen zum Beispiel die Polizei mit der Kinder- und Jugendhilfe und dem Medizinbereich in Kontakt gekommen ist. Das waren immer sehr fruchtbare Veranstaltungen. Solche ressortübergreifenden Fortbildungen wollen wir weiter ausbauen. Die forensische Kinderschutzambulanz soll ja auch noch weiter ausgebaut werden. Frau Prof. Dr. Anette Debertin ist ja sehr gut in Kontakt mit der Ärzteschaft und auch mit der Ärztekammer. Die Ringvorlesungen sind auch ein Vorschlag von ihr. Daran werden wir weiterarbeiten, um noch mehr anbieten zu können. Das eLearning-Angebot bezieht sich in der Tat vor allem auf Ehrenamtliche.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für die umfangreiche Unterrichtung. Das ist ja auch ein sehr umfangreicher Antrag, der viele verschiedene Bereiche betrifft und insofern auch eine solch umfangreiche Unterrichtung erfordert.

Ein besonderer Schwerpunkt, den ich besonders unterstreichen möchte, ist die Konzentration auf die Präventionsketten, die im zukünftigen Kinderschutzgesetz verankert werden sollen. Das ist ein wichtiger und ganz guter Ansatz. Können Sie etwas zum Zeitplan sagen, wann das Kinderschutzgesetz vorgestellt werden soll?

Frau **Steege** (MS): Wir wollen jetzt mit diesem Eckpunktepapier ins Kabinett. Ich hoffe, dass uns das in den nächsten Wochen gelingt und dass wir dabei zu einer Entscheidung kommen. Dann wird der Gesetzentwurf erarbeitet. Wir streben ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2026. Dabei haben wir ein bisschen Sicherheitsmarge eingeplant. Ich hoffe insofern, dass wir im ersten Quartal 2025 den Gesetzentwurf vorstellen können.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank auch meinerseits für die Unterrichtung. Es ist erfreulich, dass viele Punkte des Antrags bereits im IMAK besprochen werden, also dass wir in vielen Punkten in die gleiche Richtung gehen. Ich entnehme der Unterrichtung zu den anderen Punkten des Antrags, dass auch viel, was wir eingebracht haben, schon mit angedacht wird und dass das zum Teil schon fortgeschritten ist. Mit den Details, was Sie im Rahmen der Unterrichtung vorgestellt haben, müssen wir uns im Nachgang noch eingehend befassen.

Ich möchte zu der Nr. 17 des Antrags und Ihren Ausführungen dazu noch eine Anmerkung machen. Ich freue mich sehr, dass es den Bericht zu den Fachkräften im Bereich Hilfen zur Erziehung und auch den Runden Tisch geben wird. Denn der Fokus liegt mehr auf den Erziehungsberufen. Ich halte es für sehr wichtig, im Bereich Frühe Hilfen und Inobhutnahmen genau hinzuschauen, also speziell im Bereich Kinder- und Jugendschutz. Ich bin auf diesen Bericht sehr gespannt. Mich interessiert in diesem Zusammenhang, ob Sie etwas zu der bisherigen Auslastung der Studienplätze sagen können; denn Sie haben ja erwähnt, dass die Frage, ob man überhaupt mehr braucht, auch davon abhängt, wie viele jetzt besetzt sind. Gegebenenfalls können Sie das auch nachliefern.

Frau **Steege** (MS): Konkrete Zahlen kann ich Ihnen ad hoc nicht nennen. Ich müsste im MWK nachfragen, ob es über konkrete Zahlen verfügt. Aber ich weiß, dass immer geprüft wird, ob die Studienplätze, die vorgehalten werden, ausreichen, ob es irgendwo gerade einen großen Run gibt oder ob auch irgendetwas abebbt. Um welche Studiengänge geht es Ihnen ganz genau? Können Sie sie benennen, oder soll ich bei meiner Nachfrage einfach mal einen kleinen Rundumschlag machen?

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Genau. Fachlich kann ich nicht genau beurteilen, welche Absolventen mit welcher fachlichen Qualifikation letzten Endes bei den Jugendämtern tätig werden. Uns geht es speziell um die Professionen derjenigen, die in den Jugendämtern arbeiten, weil wir ja öfter mit den Jugendämtern darüber im Gespräch sind. Auch wäre eine Information hilfreich, ob dort vornehmlich Absolventen eines Studiums oder Absolventen einer Ausbildung tätig werden.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Meine weitere Frage bezieht sich auf die Nr. 24 des Antrags, die schulischen Curricula. Sie haben ausgeführt, dass in den Fachcurricula aktuell schon Aspekte enthalten sind und dass die Schulen auch ihre eigenen schulinternen Curricula haben, in denen das auch schon enthalten ist. Insofern ist dieser Punkt meines Erachtens schon abgehandelt - abgesehen davon, dass die Präventionsangebote, die es aktuell schon gibt, natürlich immer auch evaluiert werden sollen. Habe ich es richtig verstanden, dass die Nr. 24 in Bezug auf die schulischen Curricula eigentlich nicht ganz so notwendig wäre?

Das gilt auch für die Nr. 29. Aktuell ist es ja schon möglich, dass Unternehmen verschiedenen Kinderschutzorganisationen Spenden zukommen lassen können. Mich würde Ihre Einschätzung zu der Nr. 29 interessieren, warum an dieser Stelle eine Verbesserung notwendig ist.

Zu der Nr. 28 des Antrags würde mich der aktuelle Stand bei den Online-Präsenzen interessieren. Aktuell gibt es ja schon zum Beispiel „SCHAU HIN!“ und „clicksafe“. Das sind Angebote, bei denen man auch Meldungen vornehmen kann, wo man sich als Kind oder Jugendlicher auch

informieren kann. Mich interessiert, wie Sie aktuell den Bedarf einschätzen, das weiter auszubauen. Im Antrag steht ja, dass die Hilfsangebote generell ausgebaut werden sollen. Dazu würde mich der Stand interessieren und wie Sie das einschätzen.

Frau **Steege** (MS): Zu den Schulcurricula muss ich jetzt passen. Dazu werde ich beim Kultusministerium nachfragen, ob dort noch Handlungsbedarf gesehen wird, und das nachreichen.

Zu der Frage zur Wirtschaft: Schon seit vielen Jahren gibt es im Innenministerium die sogenannte Kinderschutzallianz. Dabei sind verschiedene Firmen vertreten. Das ist ja mal aus „White IT“ entstanden. Es gibt sozusagen aus der sozialen Verantwortung der Firmen heraus ein Bedürfnis, sich mit dem Thema Kinderschutz zu befassen. Daraus ist die Idee geboren, diese Allianz in eine Stiftung umzuwandeln, die das Ziel hat, die Firmen beispielsweise gut mit den Projekten zusammenzubringen. Momentan läuft das noch suboptimal. Einen vertieften Einblick darin habe ich aber nicht. Die Kinderschutzallianz ist auf uns mit der Idee zugekommen, eine Stiftung einzurichten. Über die Historie weiß ich jetzt nicht ganz viel. Die Idee ist aber im Prinzip, dass man gemeinsam Ideen für den Kinderschutz mit Geld aus der Wirtschaft zusammenbringen und vielleicht auch größere konzertierte Aktionen mit Kampagnen oder Ähnlichem durchführen kann. Das ist eine Idealvorstellung aus dieser Stiftung heraus.

Die Frage zu der Nr. 28 des Antrags ist nicht einfach zu beantworten. Mir wird auch immer wieder der Eindruck gespiegelt, dass es schon so viel gibt. Die Leute wissen aber manchmal gar nicht, was es alles gibt, wo es das gibt und wie es ihnen nützt. Wir wissen manchmal auch gar nicht so genau, wo es noch Lücken gibt. Wir wissen aber, dass die niedersächsische Beratungslandschaft offensichtlich zum Teil zu wenig bekannt ist. Wenn wir auf Veranstaltungen sind - zum Beispiel auf dem „Tag der Niedersachsen“ usw. -, sind viele erstaunt. Das gilt zum Beispiel auch für die „Nummer gegen Kummer“. Wenn wir mit jungen Menschen sprechen, sind sie oft überrascht, dass es dieses Angebot gibt und dass sie dort mit all ihren Anliegen anrufen können. Es geht insofern darum, mehr Transparenz herzustellen und dafür vor allem Online-Systeme oder vielleicht auch Kinospots zu nutzen, um sehr niedrigschwellig und sehr übersichtlich die Informationen zu verbreiten, damit man schnell an die Stellen kommt, die für einen selber gerade wichtig sind.

Abg. **Vanessa Behrendt** (AfD): Vielen Dank für die ausführliche Unterrichtung. Ich würde gerne wissen, inwieweit der Abschlussbericht der Lügde-Kommission aus dem Jahr 2020 mit eingeflossen ist bzw. Berücksichtigung gefunden hat.

Frau **Steege** (MS): Wir haben sowohl den Bericht der Lügde-Kommission als auch den Bericht der Enquetekommission intensiv durchgearbeitet. Momentan schwebt mir noch vor - ich hoffe, dass es uns gelingt -, als Teil des Gesamtkonzeptes auch eine Übersicht über die Maßnahmen aus der Enquetekommission beizufügen, die tatsächlich schon umgesetzt wurden oder bereits in Umsetzung befindlich sind, aber auch darüber, welche wir nicht umsetzen wollen, weil dies zum Beispiel nicht unsere Zuständigkeit ist. Es passiert da ganz viel, und wir arbeiten wirklich auf der Basis dieser Berichte. Ich kann es Ihnen jetzt nicht in Zahlen sagen, aber ich glaube, die Maßnahmen aus dem Bericht der Lügde-Kommission sind in weiten Teilen umgesetzt.

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

Verfahrensfragen

Abg. **Marten Gäde** (SPD) stellt den Antrag, zu dem Antrag der Fraktionen der SPD und der CDU eine mündliche Anhörung durchzuführen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) teilt mit, dass die CDU-Fraktion beabsichtige, bis zum November-Plenarsitzungsabschnitt einen eigenen Antrag zum Thema Kinderschutz in den Landtag einzubringen, und spricht sich dafür aus, diesen Antrag in die Anhörung und weitere Beratung mit einzubeziehen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) erklärt sich mit dem Verfahrensvorschlag des Abg. Meyer einverstanden.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) ist ebenfalls mit diesem Verfahrensvorschlag einverstanden unter der Voraussetzung, dass der Antrag der CDU-Fraktion tatsächlich zum November-Plenarsitzungsabschnitt in den Landtag eingebracht werde. Anderenfalls sollte die Anhörung nicht noch weiter hinausgeschoben werden.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) wirft die Frage auf, wann die Anhörung durchgeführt werden sollte.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) regt an, die Anhörung im Januar 2025 durchzuführen, um der Landesregierung Gelegenheit zu geben, zunächst im Rahmen einer Unterrichtung zu dem Antrag der CDU-Fraktion Stellung zu nehmen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kommt überein, im Januar 2025 auch unter Einbeziehung eines für den November-Plenarsitzungsabschnitt angekündigten Antrages der CDU-Fraktion eine mündliche Anhörung durchzuführen. Der Kreis der Anzuhörenden soll nach dem Schlüssel 4:2:4:2 festgelegt und der Landtagsverwaltung bis Ende November 2024 mitgeteilt werden.

***

Tagesordnungspunkt 3:

Kindermedizinische Versorgung sichern - Kinderkliniken zu Einrichtungen für ambulante und stationäre kindermedizinische Leistungen umbauen!

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/4861

direkt überwiesen am 15.07.2024
AfSAGuG

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 39. Sitzung am 08.08.2024

Unterrichtung

RefL'in **Pund** (MS): Gerne unterrichte ich den Ausschuss zu dem Entschließungsantrag „Kindermedizinische Versorgung sichern - Kinderkliniken zu Einrichtungen für ambulante und stationäre kindermedizinische Leistungen umbauen". Eingangs möchte ich festhalten, dass die bedarfsgerechte und zukunftssichere kindermedizinische Versorgung ein erklärtes Ziel der Landesregierung ist.

Zunächst zur ambulanten Versorgung: Für den ambulanten Bereich obliegt bekanntlich der Kassenärztlichen Vereinigung der Sicherstellungsauftrag unter der Rechtsaufsicht des MS. Die Frage, wie die Versorgung gestaltet wird, das heißt wie viele Kinderärztinnen und Kinderärzte vor Ort in einem Bereich zugelassen werden, richtet sich nach der Bedarfsplanung im Sinne der gesetzlichen Vorgaben in den §§ 99 ff. SGB V. Der Versorgungsgrad je Arztgruppe wird in einem Planungsbereich anhand einer Verhältniszahl - Einwohner je Ärztin oder Arzt - sowie von Morbiditätsfaktoren berechnet. Bei Versorgungsgraden über 110 % wird von einer Überversorgung gesprochen. Im fachärztlichen Bereich, zu dem auch die kinderärztliche Versorgung zählt, wird bei Versorgungsgraden unter 50 % und im hausärztlichen Bereich bei Versorgungsgraden von unter 75 % eine Unterversorgung festgestellt. Eine Unterversorgung in diesem Sinne besteht im Land Niedersachsen nicht.

Allerdings ist die Versorgungslage in Niedersachsen recht heterogen: Von 43 Planungsbereichen sind aktuell 26 aufgrund von Überversorgung gesperrt, da der Versorgungsgrad von 110 % überschritten wird. In 10 Planungsbereichen liegen die Versorgungsgrade zwischen 100 und 110 %. Geringere Versorgungsgrade zeigen sich vorrangig in strukturschwächeren bzw. großstadtferneren Gebieten, wie zum Beispiel in Holzminden, Cuxhaven und Cloppenburg. Aktuell weist aber kein Planungsbereich einen Versorgungsgrad unter 75 % auf. Also auch in diesen strukturschwächeren Bereichen besteht keine Unterversorgung.

Die Anzahl der offenen Stellen hat sich mittlerweile auf 20, mithin um 9 Stellen reduziert. Dabei handelt es sich um Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung von Planungsbereichen wegen einer Überversorgung. Das lässt allerdings keine Aussage über eine mangelnde Versorgung zu. Das ist einfach ein anderes Denkmodell. Konkret bedeutet dies, dass nach der aktuellen Fort-

schreibung zur Bedarfsplanung momentan 569 Kinderarztsitze besetzt sind. Vor fünf Jahren waren dagegen lediglich 501 Kinderarztsitze besetzt. Das zeigt, dass in Niedersachsen noch nie so viele Kinderärztinnen und Kinderärzte im vertragsärztlichen Bereich tätig waren wie heute. Gleichzeitig ist allerdings die Bevölkerung in Niedersachsen bei den unter 18-Jährigen von 2019 bis 2024 um 62 500 Einwohnerinnen und Einwohner auf aktuell rund 1,4 Millionen Personen gewachsen. Allein durch diesen Zuwachs der minderjährigen Bevölkerung in Niedersachsen seit 2019 sind nach der Bedarfsplanung ungefähr 22 zusätzliche Kinderarztsitze zu besetzen gewesen.

Ich komme nun zum stationären Bereich. In der akutstationären Versorgung wurde in den letzten Jahren die Zahl der Betten trotz steigender Fallzahlen um 15 % reduziert. Der Abbau ist durch die sinkenden Liegezeiten begründet und stellt keinen Abbau notwendiger Versorgungskapazitäten dar. Er wird damit begründet, dass die Verweildauer der Kinder in Krankenhäusern auf das unbedingt notwendige Maß reduziert wurde.

Eine gestiegene Anzahl an Behandlungen bei verhaltensauffälligen Kindern - wie im Entschließungsantrag dargestellt - lässt sich aus den angeforderten Abrechnungsdaten der AOK, die wir als repräsentative Kasse danach gefragt haben, nicht nachvollziehen. Die einschlägige Gebührenordnungs-Ziffer für eine „Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung“ lässt seit 2013 keine signifikanten Auffälligkeiten bezüglich einer gestiegenen Inanspruchnahme feststellen. Im Verhältnis zur Versichertenzahl wird diese Leistung von den Versicherten in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 22,6 und 24,7 % der Versicherten in Anspruch genommen. Bei einem Marktanteil der AOK von über 40 % ist davon auszugehen, dass diese Zahlen für die Fragestellung als aussagekräftiger Referenzwert herangezogen werden können.

Anhand der Untersuchungen und der Daten der AOK ist folglich nicht erkennbar, dass der Versorgungsaufwand insgesamt größer oder intensiver geworden ist. Hier müsste geprüft werden, ob sich die Erwartungshaltungen der Versicherten in Bezug auf eine intensivere Betreuung und Abklärung verändert haben, durch eine Prüfung der zeitlichen Inanspruchnahme in den Praxen.

Soweit eine Unterfinanzierung der Kinderkliniken beanstandet wird, muss festgehalten werden, dass die Betriebskostenfinanzierung über DRGs im Bereich der Pädiatrie tatsächlich häufig nicht auskömmlich ist. Deshalb erhalten Kinderkrankenhäuser bereits heute eine gezielte finanzielle Förderung, welche durch das geplante Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz nun verstetigt werden soll.

Ich komme nun zur Notaufnahme. Richtig ist, dass Patientinnen und Patienten häufig fälschlicherweise Notaufnahmen von Krankenhäusern aufsuchen. Dies liegt überwiegend an der mangelnden Kenntnis der Bevölkerung über die Aufgabe und Versorgungstruktur der Notaufnahmen. Wissenschaftliche Studien haben darüber hinaus ergeben, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Patientinnen und Patienten die Notaufnahmen von Krankenhäusern auch zu den regulären Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aufsucht.

Die Steuerung von Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsstufe ist Ziel des gerade vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung. Hier wird explizit auch die kinderärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten geregelt.

Darüber hinaus bestehen an vielen Krankenhäusern in Niedersachsen, die über eine kinderärztliche Hauptabteilung verfügen, bereits jetzt kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxen - nämlich in Lingen, Osnabrück, Oldenburg, Stade, Lüneburg, Hannover, Wolfsburg, Braunschweig, Salzgitter, Hildesheim und Göttingen -, in denen zu festgelegten Bereitschaftsdienstzeiten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte weniger schwere Fälle schon heute behandeln.

Ich komme nun den Forderungen des Antrags im Einzelnen.

„Vor diesem Hintergrund fordern wir die Landesregierung auf, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass

1. durch eine Veränderung der Bedarfsplanung eine ausreichende Zahl an Kinderarztsitzen durch die Kassenärztliche Vereinigung zugelassen wird“

Die Bedarfsplanung wird dem Grunde nach bundesgesetzlich geregelt und wird auf Landesebene durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die regionalen Besonderheiten modifiziert. Wünschenswert wäre natürlich eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung - das fordert Niedersachsen schon lange -, um Kinderkliniken und Kinderarztsitze gut miteinander abstimmen zu können. Das konnte bislang aber noch nicht umgesetzt werden.

Nach Auffassung der Landesregierung liegt das Problem nicht in einer grundlegend fehlerhaften Bedarfsplanung, sondern in dem sich abzeichnenden Ärztinnen- und Ärztemangel in allen Bereichen und bundesweit. Das muss in der Tat angegangen werden. Diesem Problem begegnen wir - das hier nur in aller Kürze - mit den vielen Strukturreformen, die wir gerade auf den Weg bringen, wie die Krankenhausreform mit der schon erwähnten Notfallreform, die Konzepte zum Bürokratieabbau, die Delegationsmöglichkeiten, die sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle, die Digitalisierung, die Stärkung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen und insbesondere auch die Stärkung der Generalistenausbildung.

„… 2. es Kinderkrankenhäusern umfangreicher als bisher ermöglicht wird, als spezialisierte Einrichtung für ambulante und stationäre Behandlungen zur Verfügung zu stehen, um die Patienten mit der gesamten Bandbreite medizinischer Leistungen versorgen zu können, z. B. dadurch, dass die Ambulanz und nicht der einzelne Arzt die Ermächtigung für ambulante Behandlungen erhält“

Aus Versorgungssicht ist es sachgerecht, Krankenhäuser sowohl für die stationäre als auch ambulante Behandlung zu ermächtigen. Bisher ist die ambulante Behandlung im Krankenhaus über eine Ermächtigung personenbezogen und in der Regel auf bestimmte Indikationen begrenzt. Die Zulassung von Krankenhäusern als Institutionen für die Erbringung ambulanter Behandlungen wird begrüßt. Dies ist bundesgesetzlich zu regeln. Die Landesregierung prüft derzeit eine Vielzahl von neuen Versorgungsmodellen und wird sich mit Vorschlägen entsprechend auch auf Bundesebene einbringen.

„… 3. die über die Kassenärztliche Vereinigung für die Behandlung der ambulanten Fälle eingerichtete Kinderarztpraxis mit deutlich erweiterten Öffnungszeiten betrieben wird, damit die ambulante Schiene gerade zu den Stoßzeiten parallel zur Notaufnahme besteht“

Wie bereits ausgeführt, gibt es bereits eine Vielzahl von Bereitschaftsdienstpraxen, in denen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten behandelt wird. Ich verweise auch auf die Notfallreform, bei der explizit neben einer verbesserten Patientensteuerung auch die Einrichtung integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) geplant ist.

„… 4. die Regelungskompetenz für diese Bereiche auf das Land übertragen wird."

Die Zuständigkeit für den Bereich der Sozialversicherung liegt gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG beim Bund. Es ist allerdings relativ kompliziert, das Grundgesetz zu ändern. Der Versuch einer Änderung des Grundgesetzes wird als wenig erfolgversprechend angesehen. Insofern ist ernsthaft zu bezweifeln, dass das gelingen kann.

Aussprache

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die ausführlichen Informationen. Sie haben erwähnt, dass es zu wenig Fachkräfte gibt und dass es gerade in strukturschwachen Regionen das Problem gibt, dass nach der Definition zwar nicht eine Unterversorgung, aber eine geringere Versorgung besteht. Nach meiner Wahrnehmung liegt das auch daran, dass vor Ort mitunter die Plätze nicht besetzt werden können, weil in den strukturschwachen Regionen das Fachpersonal fehlt. Dazu interessiert mich Ihre Einschätzung und bitte ich Sie, mir das entweder zu bestätigen oder mir zu widersprechen und gegebenenfalls auch darauf einzugehen, ob die Landesregierung schon diesbezügliche Überlegungen anstellt und, wenn ja, wie sie dieser Situation begegnen will.

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, besteht eine Unterversorgung erst unterhalb eines Versorgungsgrades von 50 %. Das ist ja schon ein krasser Wert. Das möchte ich an dieser Stelle einfach mal zur Disposition stellen und fragen: Wann wird darüber neu verhandelt? Wer definiert das? Wie können wir auch darauf hinwirken, hier noch einmal nachzuschärfen? Denn nach meiner Wahrnehmung bekommen viele Familien noch nicht mal Termine für die U-Untersuchungen, also für die ganz klassischen Vorsorgeuntersuchungen, in einem Umkreis unterhalb von 100 km. Das ist teilweise wirklich sehr schwierig. Das kenne ich selbst aus dem ländlichen Bereich Cloppenburg, aber auch aus Oldenburg.

Sie haben auch betont, dass die Entwicklung hin zur sektorenübergreifenden Versorgung sehr gut ist. Ich möchte in diesem Zusammenhang an dem kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in Kombination mit Ambulanzen anknüpfen, also den Gedanken der Notfallreform weiterdenken. Sehen Sie eine Lösung auch darin, dass man den kinderärztlichen Bereitschaftsdienst direkt an Kliniken ausbauen kann? Sie haben in diesem Zusammenhang eine Reihe von Städten aufgezählt. Im ländlichen Raum ist das aber noch nicht so verbreitet. Können wir im Rahmen der Notfallreform und der Krankenhausreform auch Reformen anstoßen, das weiterzudenken, und das, was uns quasi seitens des Bundes fehlt, strukturell durch eigene Landesreformen ein Stück weit umsetzen?

RefL'in **Pund** (MS): Zunächst zu Ihren Fragen zur Bedarfsplanung und zum Fachkräftemangel: Ich bin noch nicht seit 20 Jahren im Gesundheitswesen tätig. Vielleicht trifft das aber für den einen oder anderen von Ihnen zu. Es gibt das Mantra: Wir haben eine Unter-, Über- und Fehlversorgung. - Das wird, glaube ich, in jedem wissenschaftlichen Gutachten immer wieder deklariert. Man hat es über 20 Jahre aber nicht hinbekommen, die sogenannte Bedarfsplanung auch mal

als solche legal zu definieren. Die Bedarfsplanung war eigentlich eher eine Steuerung von Ressourcen, als wir noch eine Ärzteschwämme hatten; deshalb gibt es die gesetzlichen Vorgaben. Wie der Bedarf definiert werden mag, das hat bisher noch niemand ernsthaft herausbekommen. An die gesetzlichen Vorgaben sind wir aber erst mal gebunden. Ich bin völlig bei Ihnen: Es erscheint schon einigermaßen ambitioniert, dass wir irgendwo einen Versorgungsgrad von 110 % und irgendwo einen Versorgungsgrad von 50 % haben. Gott sei Dank haben wir aber in Niedersachsen nirgendwo einen Versorgungsgrad von 50 %. Wir sind also, glaube ich, noch gut aufgestellt. Wir müssen aber dieses Problem anschauen. Genau dasselbe gilt, wenn Sie sich die Bezirke mal richtig ansehen. Dabei können Sie sehen, dass irgendwo drei, vier oder fünf sind, aber dass es woanders ein Delta gibt. Das ist nicht ganz einfach. Wir müssen uns das Ganze noch einmal genau ansehen. Auch das Thema sektorenübergreifende Bedarfsplanung gibt es wahrscheinlich schon seit 25 Jahren, weil ja alle feststellen, dass man hier und da auch Schnittmengen hat. Genau dasselbe gilt für die höhere Frage: Wo muss man wirklich ins Krankenhaus, oder wo kann man ambulant operieren? Auch das ist ein ganz großes Thema. Wir wollen gerade mal schauen, ob wir beim Thema Hybrid-DRG besser herankommen. Das heißt, ich bin völlig bei Ihnen, dass irgendwo vor Ort auch ein wie auch immer zu definierender, nicht im Sinne der Eltern und Kinder vorliegender Bedarf besteht. Es ist allerdings einigermaßen kompliziert, als Gesetzgeber oder Landesregierung da hinzugucken. Wir können da immer nur schauen und dann mit der Kassenärztlichen Vereinigung sprechen. Wir bekommen ja die Eingaben auf den Tisch. Eine Zeit lang ging es immer um einen bestimmten Ort, weil es dort auch keine Busverbindung gab. Dann kennt man den Ort schon. Dann kann man da mal sprechen und schauen, was geht. Insgesamt sind wir aber, wie ausgeführt, noch ganz gut aufgestellt. Wir müssen uns das aber weiter ansehen und in die Richtung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle gehen. Unser Klassiker ist das Regionale Gesundheitszentrum. Das ist zwar nicht gerade kinderspezifisch, aber das sind die ersten Dinge, die gut laufen.

Insgesamt ist das Thema Fachkräfte ein riesengroßes Thema, auch wenn wir noch keine Unterversorgung haben. Auch nachdem ich jetzt fünf Jahre in diesem Bereich tätig bin, bin ich immer einigermaßen überrascht, wenn es um Themen wie Delegation - ich mag gar nicht „Substitution“ sagen - geht. Es gibt ganz viele Gründe, warum das alles nicht möglich ist. Wir sind massiv an diesem Thema dran. Wir haben gerade noch einmal ein großes Projekt gemeinsam mit der MHH, dem MWK, der Ärztekammer, der KVN und den Kassen, um zu schauen, was geht. Dabei hat sich sogar der Ministerpräsident eingeschaltet. Wir hatten dazu kürzlich ein großes Symposium. Dabei ist zu erkennen, dass die Kassen, die KVN und die Ärztekammer jetzt mehr an einen Tisch gehen. Insofern machen wir bei Themen wie Delegation weiter. Im Bereich der Digitalisierung hat der Bund zwei gute Gesetze auf den Weg gebracht. Wir kommen in die Richtung Telemedizin. Ich glaube, dass wir uns mit unseren Projekten und der Regelung der gesetzlichen Grundlagen diesen Problemen zunehmend besser widmen.

Zum Thema Notfallversorgung: Ich hatte kurz erwähnt, dass auch die Einrichtung Integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche geplant ist. Die Integrierten Notfallzentren sagen: Wir haben hier die Schnittstelle. Da ist jemand mit telemedizinischer Betreuung, der den Anrufenden empfiehlt, sich an das Krankenhaus oder an den Bereitschaftsdienst zu wenden oder zunächst einen Wadenwickel zu machen und erst am nächsten Tag zum Arzt zu gehen. Das soll explizit auch für Kinder eingerichtet werden; denn Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte zunächst zwei, drei generelle Anmerkungen zu dem Antrag machen und auch auf den zeitlichen Kontext hinweisen, in dem er formuliert worden ist. Wir hatten ja Ende 2022, Anfang 2023 eine relativ hohe Infektionswelle, in der es gerade in den ermächtigten Ambulanzen zu erheblichen Behandlungsengpässen gekommen ist und Kinderarztpraxen überlaufen waren und dem Ansturm nicht standhalten konnten, während die Ambulanzen in den kindermedizinischen Kliniken eigentlich noch Behandlungskapazitäten hatten, diese aber nicht nutzen konnten. Daher begrüße ich, dass die Nr. 2 des Antrags der CDU-Fraktion, die eigentlich den Kern des gesamten Antrags darstellt, auch von der Landesregierung begrüßt wird. Insofern biete ich an, dass wir vielleicht noch einmal gemeinsam den Versuch unternehmen, diesen Punkt in eine gemeinsam getragene Beschlussempfehlung zu übernehmen, sei es über einen Änderungsantrag oder auf anderem Wege. Sie haben ja die Zahlen dargestellt - die ich gar nicht anzweifeln will -, die im Normalbetrieb erforderlich sind.

Wie erwähnt, resultiert der Antrag aus der Krisensituation Ende 2022, Anfang 2023. Es gibt jetzt etwas zeitlichen Verzug. Von daher würden wir auch beim Thema Notfallreform, bei dem ja auch laufend neue Dinge kommen, vielleicht auch noch eine Anpassung vornehmen können, um vielleicht auch einen gemeinsamen Weg finden zu können.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Es ist ja tatsächlich immer ein virulentes Thema, wenn Kinder nicht behandelt werden. Von daher kann ich das Anliegen verstehen. Wenn man solche Rückmeldungen bekommt, ist das immer ein bisschen schwierig.

Ich habe dazu noch zwei Nachfragen. Eine Frage geht etwas über die Unterrichtung hinaus. Vielleicht kann ich sie trotzdem stellen, wenn wir uns dem Thema noch einmal von anderer Seite annähern wollen.

Erstens. Sie haben die Zahlen genannt: ein Zuwachs um 62 000 Jugendliche und insgesamt ca. 1,4 Millionen Personen. Um die Zahlen besser einschätzen und in Verhältnis setzen zu können, interessiert mich, ob das Verhältnis in etwa gleichgeblieben ist und ob auch neue Aufgaben für die Ärzte hinzugekommen sind.

Zweitens. Sie erwähnten, dass es schon Kinderarztpraxen mit deutlich erweiterten Öffnungszeiten gibt. Haben Sie ein Feedback, ob sie auch angenommen werden und ob das bekannt ist?

Drittens. Ich habe vor längerer Zeit in einem anderen Zusammenhang aus der Region Hannover gehört, dass es Finanzinvestorenmodelle gibt, also Betreiber von Praxen, die Arztsitze aufkaufen und die Kinderärzte anstellen. Dazu war mir damals ein negatives Feedback vonseiten von Eltern gegeben worden, die sich dort nicht gut aufgehoben gefühlt haben. Haben Sie einen Überblick darüber, ob das der Trend ist oder ob das ein Einzelfall war? Wie schätzen Sie das aus Ihrer Sicht ein?

RefL'in **Pund** (MS): Die Krise im Jahr 2022 hat ja auch dazu geführt, dass Kinderärzte entbudgetiert sind. Insofern ist es auch immer gut, ein bisschen Alarm zu machen, weil sich dann bundesgesetzliche Regelungen ändern. Das führt natürlich auch sofort zu einer Ausweitung von Öffnungszeiten. Das ist einfach so. Soweit ich weiß, werden sie gut angenommen. Die Kassenärztliche Vereinigung tut natürlich auch alles, das gut darzustellen. Niemand will ja immer diese Eingaben. Die Eingaben gehen nämlich zur Kassenärztlichen Vereinigung, und wir wollen eine Stellungnahme dazu. Ich denke also, da sind wir gut dabei.

Von Investoren getragene Medizinische Versorgungszentren sind ein Thema, das uns schon seit vielen Tagen beschäftigt. Dazu gibt es im Prinzip verschiedene Gutachten je nachdem, wer sie erstellt. Aus der Sicht des Verbandes der von Investoren getragenen Medizinischen Versorgungszentren läuft alles gut. Man muss anerkennen, dass sie wirtschaftlicher laufen. Es gibt eine Studie aus Bayern, nach der die Behandlungen dort schlechter sind, weil sie profitorientiert erfolgen. Der Bund versucht schon seit einer geraumen Zeit, dafür Regelungen etwa für eine zahlenmäßige Begrenzung einzuführen. Ich habe das einmal bei der Kassenärztlichen Vereinigung abgefragt. Danach ist das in Niedersachsen kein flächendeckendes Problem. Gerade bei den Kinderärzten ist das kein lukrativer Markt. Das ist eher bei Augenärzten oder Zahnärzten der Fall. Von Investoren getragene Medizinische Versorgungszentren gibt es eher in Ballungsgebieten, wo es sich richtig lohnt. Ich habe gerade keine Zahl bei mir, aber habe das mal für die Bundesinitiativen abgefragt. Danach sind die „Heuschrecken“ noch nicht bei uns im Land. Ob sie wirklich so viel schlechter sind, kann ich Ihnen nicht sagen. Es gibt ein paar Studien dazu, nach denen das so ein bisschen der Fall ist. Demgegenüber muss man aber auch sagen: Wenn es sonst keiner machen will, muss man sich auch fragen, ob das nur Nachteile hat.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Zu dem Stichwort „Heuschrecken“ habe ich eine Frage, die Sie aber nicht sofort beantworten müssen; Sie können die Antwort auch im Nachgang nachreichen. Ist Ihnen bekannt, ob es bei den Kinderärzten auch die berühmten Bauunternehmen oder andere Unternehmen gibt, die dort als Investoren mit einsteigen, oder betreiben im Bereich der Kinderärzte tatsächlich auch Ärzte diese Investorenmodelle?

RefL’in **Pund** (MS): Ein Medizinisches Versorgungszentrum kann natürlich nur von einem Arzt oder von einer Ärztin geleitet werden. Wer als Finanzgeber dahintersteht, weiß man häufig gar nicht. Ich habe, wie erwähnt, vor Kurzem bei der Kassenärztlichen Vereinigung nachgefragt, ob das ein grundlegendes Problem in Niedersachsen ist. Man hat mir daraufhin gesagt, das ist keines. Ich kann aktuell noch einmal nachfragen, wenn Sie dies möchten.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Ja, gerne. Bei den Zahnärzten und bei den Augenärzten - Sie haben das eben völlig richtig angesprochen - wird sogar relativ offensiv damit geworben, wer dort investiert. Das sind ja nicht immer Ärzte, sondern die Investoren stammen auch aus fremden Branchen. Wir würden uns aber freuen, wenn Sie noch einmal nachfragen würden.

RefL’in **Pund** (MS): Ich frage gerne nach.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Wir haben ja über die ambulante Unter-, Gering- und Überversorgung gesprochen. Es gibt aber nach meiner Wahrnehmung bestimmte Regionen, in denen durchaus auch die stationäre kinderärztliche Versorgung zumindest zeitweise nicht ausreichend besetzt war, etwa im Bereich Celle bzw. nordöstlich von Hannover. Gibt es auch für diesen Bereich Zahlen und prozentuale Messgrößen?

RefL’in **Pund** (MS): Eine Bedarfsplanung in dem Sinne gibt es für den stationären Bereich nicht. Für die Krankenhausplanung sind die Kassen und das Land gemeinsam im Krankenhausplanungsausschuss vertreten. Bei der ambulanten Versorgung gibt es aber, wie vorhin erwähnt, keine Bedarfsplanung, sondern eine Ressourcensteuerung. Deshalb ist es schwierig, zu sagen, ob es irgendwo einen Fehlbedarf gibt. Ich hatte vorhin auf die 15 % weniger Liegezeiten hingewiesen. Das liegt aber zum Teil einfach daran, dass die Eltern die Kinder früher mit nach Hause nehmen. Dadurch konnten wir noch keinen Versorgungsmangel feststellen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Sie haben dargestellt, ab wann die Unterversorgung beginnt. Abgesehen davon, dass es aus meiner Sicht unverständlich ist, warum im Bereich der Allgemeinmedizin andere Parameter als in der Kindermedizin gelten, würde mich aber schon interessieren, wie viele Bereiche es gibt, in denen der Versorgungsgrad zwischen 50 und 75 % liegt.

RefL'in **Pund** (MS): Es sind überall über 75 %.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Sie haben erwähnt, dass 2019 501 Kinderarztsitze besetzt waren und dass es jetzt 569 Kinderarztsitze sind, also 68 mehr. Wie groß sind in diesem Bereich die Sprechstundenzeiten? Denn sie sind ja der entscheidende Faktor auch im Vergleich zur Steigerung der Bevölkerungszahl.

RefL'in **Pund** (MS): Mir ist bekannt, dass sich die Sprechstundenzeiten deutlich ausgeweitet haben. Das hatten wir abgefragt. Ich weiß aber nicht ganz genau, ob es darüber eine Übersicht gibt. Das müsste ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung abfragen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Die Frage ist, ob die 68 zusätzlichen Ärzte Praxiszeiten von 25 Stunden oder nur von 10 oder 15 Stunden anbieten. Ich glaube aber, 25 Stunden müssen sie mindestens anbieten.

RefL'in **Pund** (MS): Genau.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Mich interessiert, wie viel sie darüber hinaus anbieten.

RefL'in **Pund** (MS): Für einen vollen Arztsitz müssen sie nicht 40 Stunden am Tag arbeiten. Das Problem ist, dass man in diesem Bereich nicht mit der Stechuhr arbeitet, wie dies in anderen Bereichen der Fall ist. Deshalb ist es schwierig, zu bemessen, wo wirklich mehr Ärzte dabei sind. Es war aber gut, die Kinderärzte zu entbudgetieren. Das heißt, alle, die trotz voller Stelle vielleicht weniger Stunden gearbeitet haben, sind eher motiviert, diesen Bereich auszuweiten. Aber ich glaube, es ist sehr schwer, das zu ermitteln und genau abzugleichen.

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

***

Tagesordnungspunkt 4:

Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen

Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/4569

direkt überwiesen am 12.06.2024
AfSAGuG

zuletzt behandelt: 41. Sitzung am 05.09.2024

Verfahrensfragen

Abg. **Jan Bauer** (CDU) ruft in Erinnerung, dass er in der 41. Sitzung am 5. September 2024 den Antrag gestellt habe, zu dem Antrag der CDU-Fraktion eine schriftliche Anhörung durchzuführen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) teilt mit, dass die Fraktionen der SPD und der Grünen nicht abgeneigt seien, zu dem Antrag eine Anhörung durchzuführen, aber ihre Meinungsbildung über den Kreis der Anzuhörenden noch nicht abgeschlossen hätten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellt die Entscheidung über die Durchführung einer schriftlichen Anhörung bis zur nächsten Sitzung des Ausschusses zurück.

***

Tagesordnungspunkt 5:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zu den aktuellen Zuständen im AMEOS-Klinikum in Osnabrück

Mit der Einladung zu der Sitzung war den Ausschussmitgliedern der Antrag der CDU-Fraktion vom 13. September 2024 auf Unterrichtung zu den aktuellen Zuständen im AMEOS-Klinikum in Osnabrück zugeleitet worden.

Beschluss

Der **Ausschuss** nimmt den Antrag der CDU-Fraktion einvernehmlich an und bittet die Landesregierung, die Unterrichtung in einer der nächsten Sitzungen vorzunehmen.

***