

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

über die 53. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 5. Dezember 2024

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -
[Drs. 19/5878](#)

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

Unterrichtung 5

Aussprache 5

2. Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren

Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5086](#)

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

Unterrichtung 9

Aussprache 11

3. Unterrichtung durch die Landesregierung zu den aktuellen Zuständen im AMEOS-Klinikum Osnabrück

Unterrichtung 21

Aussprache 23

4. a) **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](#)

b) **Kinderschutz neu denken - Sicherheit für unsere Kleinsten an erste Stelle setzen**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/5647](#)

Verfahrensfragen..... 35

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. René Kopka (bis 11.44 Uhr i. V. d. Abg. Julia Retzlaff) (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Katharina Jensen (ab 10.31 Uhr i. V. d. Abg. Sophie Ramdor) (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
11. Abg. Dr.in Tanja Meyer (zu TOP 3 vertreten durch den Abg. Nicolas Breer) (GRÜNE)
12. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
13. Abg. Delia Klages (AfD)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 12:12 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 52. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5878](#)

direkt überwiesen am 22.11.2024

federführend: AfsAGuG

mitberatend: AfRuV

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 52. Sitzung am 28.11.2024

Unterrichtung

stellv. RefL **von den Benken** (MS): Der Gesetzentwurf dient der ersten technischen Umsetzung, um die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, Leistungsgruppen und Fallzahlen nach dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, das zum 1. Januar 2025 in Kraft treten wird, anzupassen. Für die Umsetzung des KHVVG bedarf es Anpassungen des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes.

Die erste Änderung liegt dem Landtag aus Zeitgründen als Gesetzentwurf der Fraktionen vor. Mit diesem Gesetzentwurf sollen Leistungsgruppen und ein Antragstool eingeführt und die Verarbeitung personenbezogener Daten sowie der Datenaustausch mit dem Medizinischen Dienst geregelt werden.

Für die zweite Änderung, die als Referentenentwurf vorliegt, soll es ein reguläres Gesetzgebungsverfahren der Landesregierung geben. Es regelt weitere Anpassungen an die Leistungsgruppen und die Inhalte des Bescheides. Daher muss diese Gesetzesänderung bis Ende 2025 in Kraft treten, um die Bescheide letztendlich nach dem neuen KHVVG erteilen zu können.

Weitere erforderliche rechtliche Grundlagen bestehen in der Veröffentlichung von Bedarfsanalysen und Bedarfsprognosen im Frühjahr 2025 sowie in der Neufassung des Niedersächsischen Krankenhausplans. Dieser liegt im Entwurf vor und muss ebenfalls als Planungsgrundlage zur Mitte 2025 in Kraft treten.

Der Gesetzentwurf beinhaltet also im Grunde genommen erst einmal rein technische Änderungen, sodass die Krankenhäuser in der Lage sind, für die somatischen Leistungen ihre Leistungsgruppen und ihre Planfallzahlen überhaupt beantragen zu können, und zwar auf rein technischem Wege, sodass dann auch die rückwirkende Prüfung durch den MDK erfolgen kann.

Aussprache

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Die hellseherischen Fähigkeiten der Fraktionen der SPD und der Grünen habe ich ja bereits in der letzten Sitzung gelobt. Das ist ja bereits dokumentiert und brauche ich insofern nicht zu wiederholen.

Vielen Dank für die Unterrichtung zu dem Gesetzentwurf, der in der Tat erste technische Anpassungen vorsieht. Es kommen aber noch eine ganze Menge weitere Änderungen dazu, die wiederum voraussetzen, dass der Bund irgendwann tätig wird. Das Bundesgesundheitsministerium ist ja nun angehalten, diverse Rechtsverordnungen und untergesetzliche Regelungen zu schaffen. Mich würde sehr interessieren, ob Sie eine Idee haben, wie es um den Zeitplan auf Bundesebene bestellt ist. Denn die Frage von Leistungsgruppen, Qualitätskriterien, Kooperationen, Verbünden und Abweichungen von Qualitätskriterien interessiert uns natürlich brennend. Die Mindestplanzahlen und der Transformationsfonds sind noch nicht abschließend geregelt. Dafür ist eine Rechtsverordnung erforderlich. Auch geht es um die ärztliche Personalbemessung. Alles das steht noch in Rede und ist seitens des Bundes noch nicht geklärt. Solange das so ist, kann das Niedersächsische Krankenhausgesetz noch nicht angepasst werden. In den Krankenhäusern, die ich in diesen Tagen besuche, weiß keiner etwas. Vor diesem Hintergrund stellt sich allen natürlich die Frage, ob einzelne Kliniken geschlossen werden müssen und welche Leistungen sie erbringen können und vergütet bekommen. Die Reform ist da, aber die Rechtsverordnungen, die untergesetzlichen Regelungen fehlen. Gibt es einen Zeitplan? Sind Sie darüber seitens des Bundesgesundheitsministeriums ins Bild gesetzt geworden?

stellv. RefL **von den Benken** (MS): Da ich die Unterrichtung heute vertretungsweise vornehme, müssen wir die Fragen zum größten Teil mitnehmen und versuchen, sie detaillierter zu beantworten. Wir haben Ihnen die schriftliche Information gegeben, dass die Verordnung für den Transformationsfonds auf jeden Fall noch kommen soll. Dazu wird am morgigen Tag ein erstes Gespräch mit dem BMG stattfinden. Die weitere Rechtsverordnung über die Qualitätskriterien soll zum 1. April 2025 im Entwurf vorliegen. Die Rechtsverordnung über die Mindestvorhaltezahlen soll über das Jahr 2025 mit der Fachöffentlichkeit in den Ländern entwickelt werden. - An dieser Stelle ist viel von „soll“ die Rede. Hoffentlich wird es auch so kommen. Mehr kann ich im Moment nicht dazu sagen.

LMR **Holzapfel** (MS): Wir haben am Freitag eine Schalte auf Ministerebene und in der kommenden Woche auf der Abteilungsleiterenebene. Dabei will das BMG seine Pläne zu den Rechtsverordnungen mitteilen. Danach können wir seriös mehr sagen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für diesen kleinen Einblick in die Materie. Ich gehe davon aus, dass uns dieses Thema fortlaufend beschäftigen wird. Es gibt ein neues Gesetz. Die Verordnungen sind noch nicht fertig. Das liegt auch ein bisschen daran, dass die Beschlussfassung erst vor ein paar Tagen war. Das muss man der Fairness halber sagen. Wir alle haben natürlich Stress mit der Umsetzung. Ich glaube aber, dass wir in Niedersachsen relativ gut gerüstet sind, weil das Ministerium sich sehr ausführlich mit der Thematik beschäftigt hat und auch immer wieder eigene Verbesserungswünsche eingebracht hat, die auch umgesetzt wurden. Von daher glaube ich, dass wir ganz gut gerüstet sind.

Auch mich würde der erwähnte Referentenentwurf für die weiteren Änderungen brennend interessieren. Wir sollten uns dann auch intensiv damit befassen, welche Konsequenzen die Änderungen haben. Sie haben uns ja einen sehr engen Zeitplan für das Jahr 2025 mit zwei Änderungen vorgestellt, die noch erforderlich sind. Ich glaube, wir sind gut beraten, wenn diese Änderungen nicht einen solch geringen Umfang haben wie der kleine Gesetzentwurf, der uns jetzt zur Beratung vorliegt.

Zum weiteren Verfahren wäre ich dankbar, wenn wir in einer der nächsten Sitzungen, sobald dies möglich ist, die rechtliche Stellungnahme des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes erhalten würden.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe jetzt keine tiefen inhaltlichen Nachfragen; denn es geht jetzt zunächst um logische Folgen des beschlossenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes. Alles andere wurde schon gesagt.

Ich habe nur eine kleine Rückfrage im Hinblick auf die Aussage von Herrn Holsten, dass die Krankenhäuser verunsichert sind. Vielleicht können Sie schon etwas dazu sagen oder uns das gegebenenfalls noch nachreichen, welche Pläne das Ministerium für einen guten Kommunikationsfluss hat, damit die Häuser in diesem Prozess auch mitgenommen werden. Ich halte das für entscheidend, damit alle insgesamt weiter Vertrauen in dem Prozess haben können.

stellv. RefL **von den Benken** (MS): Wir haben seitens des Ministeriums die sogenannten Regionalgespräche veranlasst und durchgeführt. Morgen wird das letzte von acht Regionalgesprächen hier in Hannover stattfinden. Dort hat nicht nur der Minister, sondern haben auch die Beteiligten der Kassen, die Beteiligten der Krankenhausgesellschaft weitgehend in das KHVVG eingeführt und die Chancen, die Möglichkeiten, den Zeitablauf usw. vorgestellt. Es ist die bestmögliche Möglichkeit für alle Beteiligten, an diesen Veranstaltungen teilzunehmen. Ich war selber auf einer Veranstaltung. Selbstverständlich sind alle Kliniken und alle Player dabei. Es gibt hinterher auch eine Diskussion, zum Teil auch mit der Politik. Auf dieser Schiene haben wir weitestgehend über das KHVVG informiert.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank auch von mir für die Unterrichtung. Ich stelle aber fest, dass wir zum jetzigen Zeitpunkt noch viel zu wenig wissen und die eigentlichen Unterrichtungen, damit man mit den Informationen auch politisch arbeiten kann, erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Ist das richtig?

stellv. RefL **von den Benken** (MS): Das ist richtig.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Das gilt aber nicht für den vorliegenden Gesetzentwurf, der nur technische Änderungen vorsieht, sondern für das, was zu einem späteren Zeitpunkt folgt.

Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** nimmt in Aussicht, die rechtliche Stellungnahme des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes zu dem Gesetzentwurf in der Sitzung am 9. Januar 2025 entgegenzunehmen und die Beratung des Gesetzentwurfs in dieser Sitzung, spätestens jedoch in der Sitzung am 16. Januar 2025 abzuschließen, um die abschließende Beratung im Januar-Plenarsitzungsabschnitt zu ermöglichen.

Tagesordnungspunkt 2:

Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren

Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5086](#)

erste Beratung: 46. Plenarsitzung am 29.08.2024
AfSAGuG

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 41. Sitzung am 05.09.2024

Unterrichtung

LMR **Holzapfel** (MS): Die Landesregierung setzt sich fortwährend für eine passgenaue Versorgung von Menschen ein, die unter dem Fatigue-Syndrom und den Langzeitfolgen einer COVID-19-Infektion bzw. Schutzimpfung leiden. Dabei werden die Erkenntnisse der laufenden Forschung einbezogen.

Wie im Entschließungsantrag zutreffend ausgeführt wurde, sind nach wie vor weder die Ursachen der Erkrankungen noch die möglichen Therapieansätze abschließend erforscht.

Zu betonen ist, dass die Komplexität der Erkrankungen eine höchst professionell abgestimmte Versorgungsstruktur erfordert, die fortwährend an die medizinischen Forschungsergebnisse anzupassen ist.

Vor diesem Hintergrund hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 21. Dezember 2023 eine entsprechende Richtlinie beschlossen. Diese sieht eine stufenweise Aufgabenteilung zur Diagnostik und Behandlung in der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung sowie eine spezialisierte ambulante Versorgung vor. Ferner enthält die Richtlinie Vorgaben für einen Behandlungsplan und legt die Rahmenbedingungen für die erforderliche interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit fest.

Das Versorgungsangebot richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Long-COVID oder Long-COVID-ähnlichen Symptomen sowie Patientinnen und Patienten mit ME/CFS bzw. ME/CFS-Verdacht. Ziele sind eine verbesserte, bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Richtlinie soll nach drei Jahren evaluiert werden.

In Niedersachsen wurden auf Initiative des Gesundheits- und des Wissenschaftsministeriums im Mai 2024 Spezialambulanzen an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universitätsmedizin Göttingen geschaffen. Diese sind für Patientinnen und Patienten mit den o. a. Krankheiten eingerichtet worden. Sie sind interdisziplinär ausgerichtet und durch die Anbindung an die Universitätsklinik mit hochspezialisierter Fachexpertise ausgestattet. Nach einer einjährigen Modellphase werden die Erfahrungen evaluiert und wird eine Verstärkung bzw. Modifizierung des Angebots geprüft.

Zu den Forderungen des Antrags im Einzelnen:

„Darüber hinaus bittet der Landtag die Landesregierung,

1. die neu geschaffenen Angebote der Long-/Post-COVID-Ambulanzen an der MHH und UMG so weiterzuentwickeln, dass die Ambulanzen mittel- bis langfristig zu etablierten Anlaufstellen für Menschen werden, die unter dem Fatigue-Syndrom leiden, unabhängig davon, ob Long- COVID, das Post-Vakzine-Syndrom oder ME/CFS zugrunde liegen,“

Ziel der im Mai 2024 etablierten Ambulanzen ist es, Betroffenen von Long/Post-COVID und anderen Fatigue-Syndromen eine möglichst zeitnahe, strukturierte und interdisziplinäre Behandlung zu ermöglichen, die über die haus- und fachärztliche Versorgung hinausgeht. Im Anschluss an die einjährige Modellphase werden die Erfahrungen evaluiert und wird eine Verstärkung der Angebote geprüft.

„2. auf die Bildung regionaler Netzwerke der Universitätskliniken mit Krankenhäusern und Praxen hinzuwirken, um die Versorgung möglichst vieler betroffener Personen zu erreichen,“

Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten, die am Fatigue-Syndrom leiden, ist essenziell. Eine Zusammenarbeit zwischen den genannten Ambulanzen und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist im Verfahren zur Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten bereits angelegt.

Die KVN informiert ihre Praxen über das Angebot in MHH und UMG, sodass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Gelegenheit haben, ihre Patientinnen und Patienten mit entsprechender Symptomatik an die Ambulanzen zu überweisen und/oder mit diesen zusammenzuarbeiten.

Weitere Netzwerke bilden sich sukzessiv mit den durch die o. a. Richtlinie geforderten interdisziplinären Versorgungspfaden.

„3. die Beschäftigten des Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie beim Umgang mit Anträgen zur Anerkennung von gesundheitlichen Schäden wegen einer COVID-19-Schutzimpfung durch Weiterbildungen zu unterstützen. Ziel soll es u. a. sein, eine kürzere Bearbeitungsdauer von Anträgen zu erreichen.“

Um eine kürzere Bearbeitungsdauer von Anträgen zu erreichen, wurde die Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter im LS von eins im Jahr 2019 auf nunmehr sechs erhöht. Diese verfügen über eine umfassende Expertise zur Bearbeitung von Anträgen nach dem Infektionsschutzgesetz. Die Anerkennung von gesundheitlichen Schäden muss zwingend auf der Grundlage der neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft erfolgen. Klassische Weiterbildungsangebote bestehen derzeit aufgrund der Dynamik der Forschungsergebnisse nicht.

Folglich wird zurzeit durch eine Ärztin des LS fortlaufend die Aufarbeitung der aktuellen Studienanalyse vorgenommen. Diese Aufarbeitung wird den Ärztinnen und Ärzten, die Fallgestaltungen nach dem Infektionsschutzgesetz bearbeiten, zur Verfügung gestellt. Dadurch ist gewährleistet, dass immer der neueste Stand der Wissenschaft bei der Bearbeitung zugrunde gelegt wird.

„4. gemeinsam mit den Zentren für seltene Erkrankungen und den gesetzlichen Krankenkassen ein auf am Fatigue-Syndrom erkrankte Kinder und Jugendliche zugeschnittenes Behandlungskonzept zu entwickeln,“

Die o. a. Richtlinie umfasst auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Es sind also Behandlungspläne in jeder Stufe des Versorgungspfades - Hausarzt, Facharzt, Ambulanz - zu erstellen.

Allerdings besteht bezüglich speziell ausgerichteter Behandlungskonzepte bundesweit noch Entwicklungs- und Forschungsbedarf.

Entsprechend fördert der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses aktuell ein Forschungsprojekt, um die Versorgungslage und -bedarfe junger Personen mit postviralen Symptomkomplexen inklusive ME/CFS zu erforschen und ein besonderes Versorgungskonzept zu entwickeln. Nach Abschluss des Projektes ist die Überführung in eine bundesweite Umsetzung in der Regelversorgung der GKV erklärtes Ziel.

„5. perspektivisch auch die European Medical School der Universität Oldenburg in die Versorgung von Betroffenen miteinzubeziehen, um ein landesweites Angebot über drei Standorte zu erreichen,“

Die Ausweitung des Angebots auch auf die European Medical School der Universität Oldenburg wird nach Abschluss der erwähnten Evaluation geprüft.

„6. mit den Verantwortlichen darauf hinzuwirken, dass die bei Long- bzw. Post-COVID-Betroffenen mögliche Off-Label-Medikation zur Behandlung der Symptome auch bei Post-Vakzine-Betroffenen und ME/CFS-Erkrankten ermöglicht wird.“

Als Off-Label Use wird die Verordnung eines Arzneimittels außerhalb des in der Zulassung festgelegten Indikationsbereiches bezeichnet. Im Rahmen der Therapiefreiheit der Ärztin oder des Arztes ist dies bereits möglich. Vor allem bei seltenen Erkrankungen stellt es sogar oftmals den Regelfall dar.

Zu beachten ist dabei allerdings, dass ein Off-Label-Use nicht ohne Risiken ist: Voraussetzung einer Zulassung eines Medikaments für eine bestimmte Indikation ist immer eine umfassende klinische Prüfung vorab. Dazu gehört vor allem, ob das Medikament bei der betreffenden Erkrankung überhaupt wirksam ist, welche Dosierung erforderlich ist usw. und auch, ob der Nutzen der Anwendung das Risiko unerwünschter Wirkungen hinreichend übersteigt.

Das ist beim Off-Label-Use nicht gegeben. Die korrekte Dosierung kann oft nur abgeschätzt werden, und Wirkungen und Nebenwirkungen sind unsicher. Gerade zur Fatigue-Behandlung gab es immer wieder die unterschiedlichsten Behandlungsvorschläge, teils hoch angepriesen in den Medien, allerdings nicht selten ohne jede Evidenzbasierung.

Aussprache

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Nach Ihren Ausführungen soll nach der einjährigen Modellphase eine Evaluation der derzeitigen Angebote und auch die Ausweitung des Angebots auf den Standort Oldenburg geprüft werden. Insofern stellen sich die

Fragen, was nach diesem Jahr sein wird, ob dort eine Lücke geschaffen wird, wie gewährleistet wird, dass es weiter bestehen bleibt, und ob dann, wenn die Prüfung zu dem Ergebnis führt, dass das nicht der richtige Weg ist, dies gestoppt wird oder ob dann Alternativen geprüft werden. Ziel muss es ja sein, dass wir eine Versorgungsstruktur schaffen. Ob es jetzt diese Versorgungsstruktur oder eine andere ist, sei an dieser Stelle völlig offengelassen. Wichtig ist, dass wir eine Versorgungsstruktur haben und dass sie auch sinnvoll ist. Jede Evaluation ist sehr sinnvoll.

Können Sie etwas dazu sagen, ob dieses Bewusstsein vorhanden ist und ob es das Bestreben ist, dass es auf jeden Fall nicht zu einer Lücke in der Versorgung für die Betroffenen kommt, und wie eine landesweite Versorgung im Flächenland Niedersachsen sichergestellt werden kann? Sollte man zum Beispiel feststellen, dass der Standort Oldenburg nicht dafür geeignet ist, dann müssen im Westen von Niedersachsen andere Lösungen gefunden werden. Denn wir wissen ja auch: Gerade bei diesen Krankheitsbildern ist es wichtig, dass die Wege nicht allzu weit sind, und wir wollen ja auch sicherstellen, dass wirklich alle erreicht werden.

Ich habe noch eine Nachfrage zu der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sie haben dazu ausgeführt, dass bundesweit noch Entwicklungsbedarf besteht. Wie ist es denn in Niedersachsen? Mich interessiert als Landespolitikerin vor allen Dingen der Zustand in Niedersachsen, obwohl wir natürlich auch wissen, dass es durchaus grenzüberschreitende Patient*innenströme gibt, gerade im Süden von Niedersachsen oder von Osnabrück aus. Für uns ist ja erst einmal wichtig, wie diese Richtlinie für uns umgesetzt wird und wie wir sicherstellen können, dass auch Kinder und Jugendliche angemessen versorgt sind.

Als sehr positiv möchte ich herausstellen, dass Sie schon die Anzahl der Gutachter*innen erhöht haben und dass Sie, weil keine strukturierten Weiterbildungen vorhanden sind, eigene Strukturen geschaffen haben, um den neuesten Stand der Wissenschaft abzubilden und Ihre Gutachter*innen auf einem guten Stand zu halten.

LMR **Holzapfel** (MS): Grundsätzlich zu der Frage, was nach der Evaluation und dann passiert, wenn dabei nicht das Angebot herauskommt, das wir uns vorstellen, und wie wir gedenken, eine flächendeckende Versorgung für das chronische Fatigue-Syndrom bzw. ME/CFS sicherzustellen: Das Ziel ist natürlich auch bei neuen Krankheitsbildern, eine Verstetigung der Versorgung in der Fläche zu erreichen. Dazu ist natürlich in allererster Linie die KVN im Boot. Wir haben mit diesen Spezialambulanzen auf ein Phänomen reagiert, das plötzlich sehr geballt aufgetreten ist und bei dem wir die Notwendigkeit gesehen haben, mit etwas Neuem in die Versorgungsstruktur einzusteigen. Aber ich glaube, das Ziel muss es sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern und Jugendlichen sein, eine flächendeckende Versorgung zu etablieren. Das erfordert aber natürlich mehr Erkenntnisse. Es handelt sich ja um Erkrankungen, die sehr viele Faktoren haben können. Sie können somatischer Natur oder psychischer Natur sein. Deswegen muss man überlegen, welche Strukturen es gibt, wie man fachlich weiterbilden - das ist auch eine Aufgabe der Weiterbildung, bei der die Ärztekammer im Boot ist - und das verstetigen kann.

RefL'in **Pund** (MS): Zum Thema Evaluation: Wie in der Unterrichtung zum Ausdruck gekommen ist, haben wir eine ganz wesentliche Erneuerung, nämlich die G-BA-Richtlinie, die umfassende Versorgungsstrukturen vorsieht. Diese Richtlinie greift im Prinzip die Forderungen der Wissenschaft und der Ärzte für den Versorgungsplan auf. Die Schwierigkeit besteht immer darin - darüber haben wir schon häufig hier im Ausschuss diskutiert -, neue Forschungsergebnisse in die Versorgungsstrukturen zu bringen. Wir sprechen hier natürlich nicht nur von Niedersachsen,

sondern von den Millionenbeträgen der Versicherten, die bekanntermaßen nur ausgegeben werden können, wenn etwas evaluiert und in der G-BA-Richtlinie etabliert ist. Diese Richtlinie sieht vor, dass wir diese Strukturen erst einmal umfassend etablieren müssen. Die Ambulanzen wie an der MHH sind Ausfluss dieser G-BA-Richtlinie. Das ist natürlich ein Weg von uns, aber sie steht explizit auch in der G-BA-Richtlinie drin. Jetzt müssen im Prinzip erst einmal all die Dinge, die in der G-BA-Richtlinie stehen, auch umgesetzt werden. Das heißt, dieser ganze Plan - wir bilden Ärzte fort, wir machen diese Strukturen, wir haben diese Institutsambulanzen, wir bilden die Netzwerke, also alles, was diese Richtlinie vorsieht; das ist ja wirklich ein großer Wurf - wird jetzt erst mal eingeführt. Dann muss man immer schauen, welche Stellschraube richtig ist. Das ist die Aufgabe des G-BA. Wir können nicht einfach irgendwelche Strukturen etablieren ohne die gesetzlichen Grundlagen. Natürlich können wir als Land, wenn wir spezielle Erkenntnisse haben, auch selber speziell fördern. Das ist möglich, aber immer nur punktuell und nicht umfassend. Deshalb: Um die Strukturen zu verändern, braucht es die Evaluation der G-BA-Richtlinie. Das geht dann bundesweit flächendeckend in die Versorgungsstrukturen und soll immer wieder die Schnittstelle Forschung/Versorgung sicherstellen.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Frau Dr.in Meyer hat im Wesentlichen bereits die Fragen gestellt, die auch mich interessieren, nämlich ob dort eine Versorgungslücke entsteht. Sie haben auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses hingewiesen. Das hatte ich auch gelesen, als damals die neuen Ambulanzen etabliert wurden. Ich bin aber davon ausgegangen, dass durch die Richtlinie auf jeden Fall ein Versorgungsangebot bestehen muss. So habe ich das immer verstanden. Unser Antrag, den wir hier gemeinsam entwickelt haben, zielt auch als Ausdruck des parlamentarischen Willens darauf ab, dass wir nicht möchten, dass jetzt sozusagen Wissen angesammelt wird, dann vielleicht ein Cut kommt und das dann wieder alles weg ist, sondern das soll ja fortlaufend sein. Das führt zu meiner Frage: Die Evaluation bedeutet nicht einen Stopp, sondern dient der Nachbesserung? Die Ambulanzen werden dann nicht abgeschafft bzw. vorläufig eingestellt?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die sechs Gutachter, die neu beim Landesamt sind. Welche Profession haben diese Gutachterinnen und Gutachter? Sind es Ärztinnen bzw. Ärzte, oder haben sie einen anderen beruflichen Hintergrund?

RefL'in **Pund** (MS): Im Unterschied zu der Evaluation der G-BA-Richtlinie nach drei Jahren haben sich die MHH und die UMG selber eine einjährige Evaluation auferlegt. Sie wollen sich also ein bisschen engmaschiger immer wieder überprüfen. Der G-BA hat die dreijährige Evaluation vorgesehen, um sich einfach auch selber eine Richtlinie zu geben. Man muss sich immer vorstellen: Das ist eine Maschinerie, die dann losgeht. Eine Richtlinie ändert man nicht von heute auf morgen. Insofern kann ich Ihnen jetzt nicht 100-prozentig sagen, wie das vorgesehen ist. Es dauert ja schon, allein diese Richtlinie umzusetzen. Da sind wir ja noch gar nicht perfekt. Das muss man ganz klar sagen. Jede wissenschaftliche Erkenntnis fließt natürlich auch in die tägliche Arbeit von Ärztinnen und Ärzten ein. Die sitzen ja nicht da, machen Dienst nach Vorschrift, und dann kommt plötzlich die große medizinische Revolution und sie sitzen dann da und machen nichts. Das ist ja völlig klar. Um es aber auch über die GKV abrechnen zu können und um diese Strukturen breiter zu etablieren, brauchen wir immer die Grundlage des G-BA. Das geht mit einem gewissen Zeitablauf einher. Dafür sind diese drei Jahre eigentlich schon recht sportlich. Wenn jetzt aber ein besonderes Forschungsergebnis aufkommen sollte, das uns alle belehrt, dass wir bislang grundlegend falsch gearbeitet haben, dann wird das natürlich systemisch angepasst. Aber, wie gesagt,

die Verfahren sind jetzt erst einmal so: MMH und UMG ein Jahr, G-BA-Richtlinie drei Jahre, also noch zwei Jahre. Dann muss das sukzessive angepasst werden. Aber jeder Arzt bzw. jede Ärztin schaut natürlich durch Fortbildung immer, was möglich ist.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Die beiden Ambulanzen bei der MHH und UMG basieren ja auf einer Vereinbarung zwischen der AOK und dem Ministerium.

RefL'in **Pund** (MS): Ja, aber das ist auch über die G-BA-Richtlinie vorgesehen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Die G-BA-Richtlinie sieht ja einen Zeitraum von drei Jahren zur Erprobung vor. Was passiert denn nach dem Jahr? Wir haben ja diesen Antrag eingebracht, damit die Versorgung nicht stoppt. Daher noch einmal meine Frage: Was ist vorgesehen? Gibt es dazu jetzt Gespräche? Wie soll es weitergehen?

RefL'in **Pund** (MS): Nach einem Jahr wird im Prinzip ein Abgleich zu dem Versorgungsangebot durchgeführt. Dabei geht es manchmal auch um den Umfang und um die Frage, wie viele Leute wo im System sind. Nach diesem einen Jahr muss man sich noch einmal die Umsetzung anschauen. Die G-BA-Richtlinie gibt die Strukturen vor. Die MHH und UMG sind auch Ausfluss der G-BA-Richtlinie. Die MHH und UMG sind ja im operativen Geschäft. Das heißt, das ist viel kleinteiliger. Die G-BA-Richtlinie gibt die großen Parameter vor. Ich habe keine Erkenntnisse darüber, dass das abgeschafft werden soll. Das würde ja auch absolut der G-BA-Richtlinie widersprechen. Das wäre ja dann ein Verstoß gegen die G-BA-Richtlinie, sodass ich mir das im Moment relativ sicher nicht vorstellen kann. Das würde der Systematik nicht entsprechen.

Die Frage zum Landesamt kann ich nicht 100-prozentig beantworten, weil das im Zuständigkeitsbereich einer anderen Abteilung liegt. Ausweislich der Zulieferung aus dem Fachreferat bin ich relativ sicher, dass es Ärztinnen und Ärzte sind, die speziell ausgebildet sind. Wir können die genaue Antwort aber gerne noch nachreichen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Die Belastungstoleranz ist gerade bei Patienten mit chronischem Erschöpfungssyndrom sehr groß. Das heißt, der Weg zu einem Angebot dürfte, wie Frau Kollegin Meyer gerade angedeutet hat, nicht allzu weit sein. Der Weg bis Oldenburg, Göttingen oder Hannover ist natürlich für Patienten, die sich gar nicht mehr aus dem Bett bewegen können, immer noch fast nicht zu schaffen. Das bedeutet für die betroffenen Patientinnen und Patienten sehr große Probleme. Daher meine erste Frage: Was ist hinsichtlich ambulanter Angebote bis zum Wohnort der Patientinnen und Patienten angedacht? Sie haben die G-BA-Richtlinie angesprochen, die ambulante Versorgungspfade durchaus vorsieht und auch vorsieht, dass die Pfade mindestens bis zu den Hausärzten reichen sollen. Wie schafft man es aber, auch spezialisierte Angebote bis zu den Menschen zu bringen, wenn eine Transportfähigkeit nicht mehr gegeben ist?

Meine zweite Frage: Die G-BA-Richtlinie sieht auch vor, die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Grundlagen der Erkrankung - Post-Vac-Syndrom oder Long-COVID-Syndrom - aufzugeben, sodass die Möglichkeit besteht, alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen behandeln und aufnehmen zu können. Das ist ein großer Fortschritt, den wir natürlich sehr begrüßen und der ja erst die Grundlagen für das Weitere ermöglicht, was wir hier auf Landesebene geplant haben. Wie sehen Sie darüber hinaus die Kapazitätsgrenzen für die Behandlung von Menschen mit diesen Symptomen derzeit erreicht? Wie sind nach Ihren Informationen die Warteschlangen

in den jetzt verfügbaren Ansprechstellen? Die Strukturen müssen ja jetzt erst geschaffen werden, wie Sie gerade angedeutet haben. Aber wie ist derzeit die Belastungslage, was die Wartelisten betrifft? Wie viele Menschen warten darauf, endlich Hilfe zu bekommen?

RefL'in **Pund** (MS): Sie haben völlig recht, wir haben mit dem G-BA eine deutliche Erweiterung, weil es ganz klar heißt: Nicht nur Long-COVID, sondern auch Long-COVID-ähnlich oder Verdacht auf Long-COVID, auf ME/CFS. Das ist also ein ganz breites Spektrum an Symptomen, an Erkrankungen und Möglichkeiten, sodass wir meinen, dass wir dabei jeden mitnehmen.

Bei den Versorgungspfaden ist es wie geschildert. Wir haben vor Ort erst mal die Hausärztin bzw. den Hausarzt. Es gibt derzeit keinen Facharzt für diese Symptome. Vielleicht wird es solche Fachärzte mal in der Zukunft geben. Der Weg führt also einfach zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin, der bzw. die natürlich wie überall auch Hausbesuche durchführen kann.

Ich möchte hinzufügen: Nach Angaben der AOK haben diese Erkrankungen einen Anteil von null Komma etwas. Wir haben auch ganz viele Probleme in allen Bereichen. Das heißt, es ist nicht so, dass wir jetzt mit Long-COVID- oder ME/CFS-Patientinnen und -Patienten überflutet werden, wo sich, wie man annehmen mag, aufgrund dieser besonderen Behandlungspfade jetzt irgendwo Warteschlangen ergeben, sondern das reiht sich in die Notwendigkeit ein, eine gute hausärztliche und fachärztliche Versorgung flächendeckend für alle Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Es macht die Sache natürlich einigermaßen kompliziert, wenn man nicht immer das Gefühl hat, sehr gut helfen zu können, weil es hierbei um eine sehr spezielle Krankheit geht; das ist völlig richtig. Aber ansonsten ist die Problematik der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten hier in jeder Hinsicht wie in allen anderen Bereichen. Das ist, wie wir alle wissen, in ländlichen Bereichen mal gut und mal noch gut. Wir sind immer noch gut aufgestellt, aber das ist die Versorgungslage flächendeckend. Es gibt jetzt überhaupt keine Erkenntnisse, dass es in diesem Krankheitsbild zu besonderen Warteschleifen kommt oder besondere Problemen gibt.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Wir haben ja über die Mitarbeiter gesprochen, die sich mit den Anträgen beschäftigen. Deren Zahl wurde von eins auf sechs erhöht. Woraus schließen Sie, dass sich die Anträge versechsfachen? Gibt es dafür Anhaltspunkte, sodass Sie das Personal dementsprechend aufgestockt haben?

Mich interessiert auch, wie die Zusammenarbeit zwischen der Universitätsmedizin Göttingen und der MHH erfolgen soll. Gibt es dort auch noch einmal eine ärztliche Leitung? Gibt es dort eine wissenschaftliche Leitung? Wer hat denn dort sozusagen den Hut auf? Wir hören immer wieder, dass dieses Krankheitsbild so gut wie gar nicht erforscht ist und dass die auftretenden Beschwerden auch hinsichtlich des Ausmaßes sehr diffus sind. Wer begleitet das wissenschaftlich bzw. ärztlich?

Zu dem erwähnten Einsatz von Off-Label-Medikamenten interessiert mich, inwieweit hier auch neue Medikamente entwickelt werden sollen und ob die Pharmaindustrie mit einbezogen wird. Welche Pläne gibt es dafür?

RefL'in **Pund** (MS): Zunächst zu der Frage zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im LS: Es ist umgekehrt. Wir haben deren Zahl massiv aufgestockt, weil eine ganze Menge Anträge liegen geblieben sind - das war ja auch immer ein Kritikpunkt hier im Ausschuss - und die Anträge vielleicht auch noch besser begutachtet werden mussten, sodass es nötig war, dafür noch einmal

so richtig Ressourcen aufzuwenden, weil das ein Riesenthema war. Das ist einfach gemacht worden, um diesen Mangel zu beheben und auch fortwährend gut aufgestellt zu werden.

Die Frage, wie die Hochschulen sich wissenschaftlich aufstellen, kann ich Ihnen nicht beantworten. Das liegt in der Zuständigkeit des MWK. Das ist ja an den Instituten für Seltene Erkrankungen angesiedelt. Dazu können vielleicht auch die Mediziner*innen aus dem MS, die auch hier im Raum sind, noch besser etwas beitragen. Das ist natürlich eine hochwissenschaftliche medizinische Frage, die ich hier so nicht beantworten kann. Es würde mich aber wundern, wenn in unseren Hochschulen, die ja wissenschaftlich ausgerichtet sind, nicht so gearbeitet würde. Die genaue Antwort müsste aber nachgereicht werden.

Auch die Frage, wer den Hut aufhat, liegt in der Zuständigkeit des MWK.

Die Frage zur Entwicklung von neuen Medikamenten und Einbindung der Pharmaindustrie betrifft nicht die Zuständigkeiten in meinem Referat, aber ich möchte dazu allgemein sagen: Medikamente werden bekanntermaßen immer auf der Grundlage neuer Forschungen entwickelt. In der Forschung werden Medikamente natürlich immer anhand der Krankheiten entwickelt. Nach meinen Kenntnissen gibt es keine Vernetzung zwischen der MHH, der Pharmaindustrie und dem Ministerium. Das läuft ja in den klassischen Strängen, dass die Pharmaindustrie natürlich auf der Grundlage der Wissenschaft arbeitet bzw. dass in der Pharmaindustrie auch eigene Wissenschaftler*innen etwas entwickeln. Das ist ja in der Corona-Pandemie recht deutlich geworden. Das sind ja etablierte Strukturen. Daran ändert sich durch die in Rede stehenden Krankheiten nichts.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Ich habe dazu noch eine Frage. Sie bezieht sich auf die Arbeit der Mitarbeiter im Ministerium, deren Zahl von eins auf sechs erhöht worden ist. Sie haben ausgeführt, das wurde vorsorglich gemacht, um besser zu arbeiten. Wie ist da überhaupt der Stand? Wenn jetzt in diesen Fatigue-Ambulanzen sowohl Post-Vac-Patienten als auch Long-COVID-Patienten zusammengeführt werden, wie will man dann unterscheiden, wer aufgrund seines Impfschadens noch einen Anspruch auf Entschädigung hat?

RefL'in **Pund** (MS): Diese sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Landesamt für Soziales. Sie sind nicht bei uns im Ministerium. Sie sind ja ausschließlich dafür da, um Anträge auf Anerkennung von Impfschäden zu bearbeiten. Ich bitte Sie aber, Ihre Frage noch etwas zu erläutern.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Wie will man gewährleisten, dass dann, wenn im Rahmen von Fatigue-Ambulanzen unterschiedliche Ursachen zusammengeführt werden - sowohl Long-COVID- als auch Post-Vac-Patienten -, die einen von den anderen unterschieden werden können?

RefL'in **Pund** (MS): Das sind völlig unterschiedliche Stränge. Das kann man nicht so zusammenführen. Auf der einen Seite werden in den Ambulanzen die verschiedenen Patient*innen behandelt. Im Landesamt für Soziales werden die Anträge auf Entschädigung oder auch auf Gewährung eines Behindertengrades bearbeitet. Dort gibt es überhaupt keine Zusammenhänge. Ein Geschädigter bzw. eine Geschädigte stellt einen Antrag beim Landesamt für Soziales, der dann bearbeitet wird. Dann stellt sich ja immer das große Problem der Herleitung der Kausalität, mit dem wir in der Vergangenheit große Schwierigkeiten hatten: Ist die Krankheit ursächlich für den Schaden, der entstanden ist, und kann man deswegen einen Schaden feststellen? Das ist das Problem, das im Landesamt behandelt wird. Das hat so weit überhaupt nichts mit den Behandlungspfaden

der MHH zu tun. Interessant wird es allenfalls dann, wenn wir mehr über die Krankheit wissen. Das ist dann für die Behandlungspfade interessant. Das kann dann auch interessant sein, um die Kausalität zwischen den Symptomen der Krankheit und dem Schaden herzustellen. Aber das ist wirklich die Ausnahme bei besonderen Forschungsergebnissen. Ansonsten hat das einfach überhaupt nichts miteinander zu tun.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): In der Richtlinie des G-BA ist ja auch eine flächendeckende Versorgung speziell für Kinder und Jugendliche vorgesehen. Die Unterrichtung enthielt auch die Aussage, dass in diesem Bereich auf Bundesebene noch Entwicklungsbedarf besteht. Können Sie etwas dazu sagen, wie der aktuelle Stand in Niedersachsen ist? Ich weiß, dass das sicherlich noch nicht optimal sein kann. Ich würde nur gerne wissen, wie die Situation ist.

RefL'in **Pund** (MS): Das ist tatsächlich ein sehr wichtiges Thema. Wir haben im G-BA festgelegt, dass die Strukturen natürlich auch für Kinder gelten sollen. Das galt es noch einmal zu betonen. Das ist aber, wie auch in der Unterrichtung deutlich geworden ist, nicht ganz einfach. Ein Kind ist bekanntermaßen kein kleiner Erwachsener. Deswegen stellt sich auch die Frage: Können wir die Strukturen auch auf Kinderärztinnen und -ärzte umsetzen? Es gibt den Eindruck, dass hier noch speziellere Ideen notwendig sind. Deswegen gibt es jetzt auch ein Forschungsprojekt des Innovationsfonds, mit dem dieser Frage noch einmal ganz genau nachgegangen werden soll. Das kann nicht der Kinderarzt bzw. die Kinderärztin vor Ort, sondern das soll darüber noch einmal verbessert werden. Ansonsten gibt es jetzt keine Erkenntnisse darüber, dass wir bei der Kinderärztlichen Versorgung speziell zu diesem Problem besondere Probleme hätten. Wir würden aber gerne durch dieses Projekt noch besser werden.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Gerade in der Forschung - schwerpunktmäßig in der Medizin; das ist auch wichtig; wir freuen uns ja auch sehr, dass hier jetzt Fortschritte gemacht werden - werden viele Millionen in die Hand genommen werden, um Wissen zu generieren. Wir neigen aber manchmal dazu, andere Bereiche und Disziplinen außer Acht zu lassen. Anknüpfend an die Ausführungen zu Kindern und Jugendlichen möchte ich fragen: Inwiefern sind auch bei Ihnen in den Netzwerken jetzt auch schon die Experten im Kultusministerium mit eingebunden, was zum Beispiel schulische Versorgungsangebote betrifft? Werden Kinder dort spezifisch beschult? Welche Rahmenbedingungen müssen dort herrschen? Wir werden auch von Betroffenen kontaktiert, die Kinder mit solchen Symptomatiken haben. Im letzten Landtagsplenum war auch eine Person dabei, deren Tochter schwer erkrankt ist. Betroffene Kinder werden häufig von Teilhabemöglichkeiten in Bildung ausgeschlossen, weil es für die Betroffenen einfach nicht mehr möglich ist, zum Beispiel an Prüfungen teilzunehmen.

Sind im Pflegebereich schon Maßnahmen beispielsweise hinsichtlich räumlicher Notwendigkeiten auch in Spezialambulanzen - schallisolierte Räume, verdunkelte Räume - für ME/CFS-Patienten umgesetzt worden, um dort eine Behandlung entsprechend der Symptomatik der Patientinnen und Patienten entwickeln zu können, und gibt es darüber hinaus auch Pflegeangebote speziell für Menschen, die sich in dieser Situation befinden und zum Teil ganz besondere räumliche Voraussetzungen benötigen?

RefL'in **Pund** (MS): Den Hinweis auf die Schule finde ich ausgesprochen wichtig. Ich glaube, dass wir zunehmend dazu kommen müssen, auch im Bildungsangebot mehr über Krankheiten aufzuklären und die Bereiche dort in den Unterricht mit einzubringen. Wie das zurzeit genau ist, kann ich schlicht nicht beantworten. Das kann ich gerne mitnehmen. Mir war auch nicht bekannt, dass

das ein Problem ist, wie Sie es gerade geschildert haben. Wir nehmen das aber gerne mit und werden die Frage an das Kultusministerium adressieren.

Das gilt gleichermaßen für die Pflege. Die MHH und die UMG liegen in der Zuständigkeit des MWK. Deswegen kann ich auch auf die Frage zu dem speziellen Versorgungsangebot dieser beiden Hochschulen - wie die Räumlichkeiten sind, wie die Schallisolation ist, wie die speziellen Maßnahmen vor Ort sind - aus unserer fachlichen Perspektive keine Antwort geben. Aus der Sicht des MS ist es wichtig, dass das nach dem besten Forschungsstand eingerichtet wurde und umgesetzt wird. Die Details können wir gerne nachreichen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Frau Klages hat eben gesagt, wir wollten mit dem Antrag bestimmte Krankheitsbilder zusammenführen. Deswegen möchte ich klarstellen: Das wollen wir nicht. Wir möchten gerne Menschen, die eine ähnliche Symptomatik haben, bei der man noch nicht genau weiß, welche Behandlung erforderlich ist, um die Krankheit zu bekämpfen, eine Symptomlinderung auf einem hohen Niveau anbieten. Das ist der Sinn des Antrages. Das wollte ich zur Klarstellung hier feststellen.

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

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Zum weiteren Verfahren: Ich bin sehr dankbar, dass wir die Planung zu diesem Antrag von Anfang an gemeinsam zwischen den drei Fraktionen betrieben haben. Wir haben auch vereinbart, dass eine Anhörung von Expertinnen und Experten sowie von Betroffenen-Vertretern sinnvoll und zielführend wäre. Wir würden gerne im nächsten Schritt die Planung dieser öffentlichen Anhörung angehen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich möchte nur ergänzend feststellen, dass es so ist.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Wir haben in der Aussprache mehrfach gehört, dass das Ministerium für Wissenschaft und Kultur für den Bereich der Universitätsmedizin zuständig ist. Deshalb fände ich es gut, wenn auch aus diesem Bereich dazu unterrichtet würde.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Dann wäre eine weitere Unterrichtung vorgeschaltet. - Von Herrn Uhlen und Frau Schüßler nehme ich wahr, dass sie einer weiteren Unterrichtung zustimmen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Der Unterrichtungswunsch richtet sich ja immer an die Landesregierung. Insofern stellt sich die Frage, wie die Unterrichtung dann vonstattengeht. Wichtig wäre, dass wir dann neue Erkenntnisse bekommen. Anderenfalls wäre das eine Schleife zu viel.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wir werden das mit der Landesregierung abstimmen, in einer der nächsten Sitzungen eine weitere Unterrichtung auf die Tagesordnung setzen und uns erst dann im weiteren Verfahren mit der Anhörung befassen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine weitere Unterrichtung mit einem Fokus auf diejenigen Aspekte des Antrags, die in den Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur fallen. Er kommt überein, im weiteren Verfahren eine mündliche Anhörung zu dem Antrag durchzuführen.

Tagesordnungspunkt 3:

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

In der 46. Sitzung am 19.09.2024 hatte der Ausschuss entsprechend dem Antrag der CDU-Fraktion vom 13. September 2024 (s. Anlage zur Tagesordnung) beschlossen, sich von der Landesregierung über die aktuellen Zustände im AMEOS-Klinikum Osnabrück unterrichten zu lassen.

Unterrichtung

Refl'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld (MS)**: Gerne unterrichte ich den Ausschuss entsprechend dem Antrag der CDU-Fraktion zu den aktuellen Zuständen im AMEOS-Klinikum Osnabrück.

Zunächst zum Hintergrund: Das Ministerium führt die Fachaufsicht über die nach dem NPsychKG beliehenen Kliniken, also die psychiatrischen Kliniken, die nach dem Landesrecht Menschen gegen deren Willen unterbringen können.

Wir haben am 20. März 2024 eine fachaufsichtliche Weisung gegen das AMEOS-Klinikum aufgrund von Mängeln erlassen. Dabei handelt es sich um Mängel in den Bereichen Belegung der Stationen, Pflegepersonalausstattung, räumliche Bedingungen und Hygiene sowie Patientensicherheit. Am 15. Juli 2024 haben wir, nachdem wir das Klinikum erneut begangen hatten, die Weisung noch einmal um spezifische Aspekte erweitert, die die Gerontopsychiatrie betreffen.

Seitdem berichtet das AMEOS-Klinikum regelmäßig über den Fortgang der Inhalte der Weisung. Eigentlich berichtet das AMEOS-Klinikum schon seit Anfang dieses Jahres. Es teilt uns monatlich die Belegungszahlen der geschlossenen Stationen und die Personalausstattung für jede einzelne Station taggenau mit. Wir haben das Klinikum mehrfach besucht: im Juni, im September, im Oktober, und in der nächsten Woche - ich glaube, am Dienstag - fahren wir wieder dorthin.

Dies vorangestellt, beantworte ich die Fragen der CDU-Landtagsfraktion wie folgt:

„1. Wie ist die Raum- und Bettenbelegung im Maßregelvollzug, insbesondere hinsichtlich der Nutzung von Kriseninterventionsräumen?“

Das AMEOS-Klinikum hat sowohl allgemeinspsychiatrische Betten für die Erwachsenen als auch forensische Betten. Die Forensische Abteilung des AMEOS-Klinikums verfügt über insgesamt 85 Planbetten. Gegenwärtig sind dort 87 Personen untergebracht. Von ihnen sind 81 Personen stationär untergebracht, und 6 Patienten befinden sich im Probewohnen, sind also gar nicht im Klinikum. Es sind drei Kriseninterventionszimmer vorhanden, die aktuell alle belegt sind.

Zur Raumsituation: Es gibt Ein- und Zweibettzimmer, aktuell auch noch fünf Dreibettzimmer. Es ist geplant, das zu verändern. Ein Rückbau ist geplant, ist aber vom Träger noch nicht umgesetzt worden. Es schwankt abhängig von der Situation, mit wie vielen Menschen die Betten bzw. die Plätze belegt sind.

„2. Wie erfolgt die Unterbringung gerontopsychiatrischer Patienten in der allgemeinen Psychiatrie nach dem NPsychKG, und wie wird unter diesen Bedingungen eine angemessene Therapie sichergestellt?“

Diese Frage betrifft den allgemeinen psychiatrischen Teil des AMEOS-Klinikums. Wie bereits ausgeführt, haben wir unsere Weisung am 15. Juli 2024 ergänzt. Vom 15. Juli bis zum 3. September 2024 war das AMEOS-Klinikum angewiesen, keine Menschen mehr nach dem NPsychKG auf ihren geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen unterzubringen. Hintergrund waren die baulichen, personellen, hygienischen und sicherheitsrelevanten Verhältnisse auf diesen Stationen, die wir bei der Begehung gesehen hatten. Die Patientinnen und Patienten gab es ja trotzdem. Sie wurden in dieser Zeit auf den anderen geschlossenen Stationen - das Klinikum verfügt noch über drei weitere geschlossene Stationen, davon zwei allgemeinspsychiatrische und eine suchtspezifische Station - untergebracht, oder die Rechtsgrundlage der Unterbringung wurde vom NPsychKG in BGB umgewandelt, und dann wurden sie wieder auf den Stationen untergebracht. Das war dann weisungskonform.

Am 3. September konnten wir uns davon überzeugen, dass sich die Verhältnisse auf den gerontopsychiatrischen geschlossenen Stationen erheblich verbessert hatten. Der hygienische Zustand war gut, das Personal war verstärkt worden, Spezialtherapeuten wurden eingestellt. Die Umstände, die zum Belegungsverbot geführt hatten, bestanden nicht mehr. Daher haben wir es aufgehoben, und aktuell besteht auch kein Belegungsverbot.

„3. Wie ist der Fortschritt der Sanierungsarbeiten in der Gerontopsychiatrie, und welche Auswirkungen hat dies auf die Einhaltung vorgegebener Maßnahmen?“

Die Stationen wurden, sobald die Weisung verschickt war, einer Grundreinigung unterzogen. Der Reinigungsplan wurde geändert. Ich glaube, die Reinigungsfirma wurde auch gewechselt. Reparaturarbeiten wurden angefangen und werden auch weiterhin durchgeführt. Es wurde begonnen, die Räume zu streichen. Zwischenwände wurden eingezogen bzw. Glastüren eingesetzt. Weitere Baumaßnahmen bzw. Sanierungsmaßnahmen sind geplant. Wir haben von Anfang an ein schriftliches Konzept mit Zeitplan angefordert. Das wurde uns Anfang dieser Woche gestellt. Da gibt es noch Konkretisierungsbedarf. Es ist noch nicht so, wie wir es uns vorstellen. Aber es gibt eben Pläne, etwas zu ändern.

„4. Wie hoch ist der aktuelle Bedarf an Plätzen in der Gerontopsychiatrie und allgemeinen Psychiatrie regional und landesweit?“

Der Bedarf an gerontopsychiatrischen oder allgemeinspsychiatrischen Betten ist immer volatil zu betrachten. Er hängt nicht nur von der Prävalenz einer Erkrankung ab, sondern vor allem von der ambulanten und teilstationären Versorgungssituation in einer Region. Inwieweit Kliniken überbelegt sind oder nicht, hängt auch vom Belegungsmanagement der Kliniken ab: wie schnell sie aufnehmen, wie schnell sie entlassen, wie sie das managen. Insofern ist die Vollbelegung einer Klinik nicht unbedingt ein Zeichen dafür, dass es zu wenig Betten gibt.

Grundsätzlich ist die Unterbringung von Patientinnen und Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen auf allgemeinspsychiatrischen Akutstationen nicht so günstig. Diese Patienten sind häufig sehr fragil. Auf Akutstationen mit einem hohen Umsatz von sehr akut kranken Menschen und auch auf großen Stationen gehen diese Patienten leicht unter oder können auch Opfer von

Aggressionen werden. Aber auch hier kann man nicht alles über einen Kamm scheren. Es hängt auch ein bisschen von der Station, von der Größe und auch davon ab, wie sie räumlich usw. aufgestellt ist.

Die Anzahl der gerontopsychiatrischen Betten ist im Krankenhausplan nicht ausgewiesen. Ich kann Ihnen insofern keine Zahl nennen, wie viele es im Land Niedersachsen gibt. Aber es ist davon auszugehen, dass jede Klinik mit mehr als 200 Betten auch eine spezifische gerontopsychiatrische Station - meistens offen - führt und dass noch größere Kliniken auch eine gerontopsychiatrische Station geschlossen führen. Kleinere Kliniken haben eher nur eine geschlossene Station, in der sie alle, die geschlossen untergebracht werden müssen, behandeln.

Insgesamt verfügt das Land Niedersachsen über rund 5 000 Betten in der Allgemeinpsychiatrie für Erwachsene inklusive Gerontopsychiatrie und Suchtpsychiatrie. Das sind durchschnittlich 5,5 Betten pro 10 000 Einwohner. Die Bettenmessziffer des AMEOS-Klinikums beträgt 8,5 Betten pro 10 000 Einwohner, liegt also deutlich darüber. Die anderen beiden Kliniken, die für die Region relevant sind, sind das Klinikum in Haselünne - es hat eine Bettenmessziffer von 3,4 pro 10 000 Einwohner - und das Klinikum in Bassum mit einer Bettenmessziffer von 5 Betten pro 10 000 Einwohner. Die Bettenmessziffer beim Klinikum Bassum liegt also fast am Durchschnitt. In der Region teilen sie es sich ein bisschen auf. Es gibt noch aus den Zeiten des Landeskrankenhauses, als die neuen Abteilungen in Bassum und in Haselünne gegründet wurden, Kooperationsvereinbarungen, sodass die Kliniken, die ihre Patientenzahl nicht schaffen, mit dem AMEOS-Klinikum kooperieren können. Davon wird mal mehr und mal weniger Gebrauch gemacht.

Aussprache

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung, die Sie ja in zwei Teile geteilt haben. Sie haben am Beginn etwas zum Maßregelvollzug gesagt und haben dann mehr den Bereich der Gerontopsychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie in den Fokus genommen. Sie wissen, dass wir uns bereits auf verschiedenen Ebenen mit dem Thema befasst haben und gerade die Weisung natürlich zu Folgen geführt hat, die ich gerne gleich genauer von Ihnen erörtert haben würde.

Zunächst ganz kurz zum Maßregelvollzug. Sie haben ausgeführt, die Kriseninterventionsräume sind zurzeit voll belegt. Ich bitte Sie, deutlich zu machen, was das auch für Neuaufnahmen und auch für Konflikte bedeutet, die sich gegebenenfalls im Maßregelvollzug ergeben können, wenn es keine Möglichkeit gibt, auf die Kriseninterventionsräume auszuweichen, um Konflikte zu entschärfen. Ist das den Patientinnen und Patienten dort bekannt? Ist es nicht eine große Gefahr für Konflikte, dass es schon im Bewusstsein der Patienten ist, dass eine Sanktionierung oder eine Deeskalation durch Kriseninterventionsräume gar nicht erfolgen kann?

Auch meine zweite Frage bezieht sich auf den Maßregelvollzug: Wird die Belegung bzw. Bereitstellung der Planbetten in Einbett-, Zweibett- oder Dreibettzimmern ermöglicht, oder werden dort auch weitere Zimmer, wie beispielsweise Gemeinschaftsräume oder Therapieräume, genutzt, um darin Patientinnen und Patienten unterzubringen? Wie sehen überhaupt die Therapieformen im Maßregelvollzug zurzeit aus? Werden die wahrgenommen, und gibt es dafür auch die vorgesehenen Räumlichkeiten?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Auf diese Fragen wird Herr Holzapfel eingehen. Ich möchte nur vorwegschicken, dass das Aggressions- und Gewaltpotenzial in der Forensik deutlich niedriger ist als auf einer akutpsychiatrischen Station. Dort geht es deutlich ruhiger zu.

LMR **Holzapfel** (MS): Wir haben bekanntermaßen im ganzen Land eine Problematik, was die Belegung angeht. Die Problematik resultiert ganz überwiegend aus dem Umstand, dass wir nicht steuerbare Zuweisungen über den § 126 a StPO haben. Diese Entwicklung hält schon einige Zeit an. Zum Thema Kapazitätserweiterung habe ich deswegen hier auch schon Ausführungen gemacht. Den Umstand, dass wir Zimmer mit drei Personen belegen, halte ich für schwer aushaltbar. Das ist aber im Moment noch alternativlos. Wir bemühen uns derzeit intensiv, diese Situation abzustellen. Wir haben jetzt zum Beispiel in der Karl-Jaspers-Klinik ein Angebot für Probewohnen in Außen-WGs, das zu einer Entlastung führen wird. Wir werden diese Kapazitäten nicht dafür nutzen, noch mehr Leute in das System zu stecken, sondern um diese Dreibettzimmer-Situation abzubauen. Ganz konkret verfolgen wir in Osnabrück zusammen mit dem Träger Pläne, den derzeitigen Verwaltungsbereich, der früher mal eine Station war, wieder zu Unterkunftszimmern umzubauen und umzuwidmen - was mit verhältnismäßig geringem Aufwand funktionieren kann - und die Büros der Mitarbeitenden in der Leitung in ein Gebäude außerhalb der Station zu bringen, was auch aus meiner Sicht unproblematisch möglich ist, weil es relativ kurze Wege sind.

Solange das noch nicht so ist, haben wir die Situation, dass dann, wenn Kriseninterventionsräume belegt sind, das passiert, was auch in der Notaufnahme passiert, wenn alle Intensivbetten belegt sind, und das passiert, wenn in der Psychiatrie solche Betten belegt sind - das ist so in den zehn Jahren passiert, in denen ich aktiv im Justizvollzug tätig war -: Man muss dann entscheiden, wer weniger akut ist. Das lässt sich nicht vermeiden. Kann jemand, der jetzt im Kriseninterventionsraum ist, mit anderen Mitteln gesichert werden, oder ist eine Deeskalation auf anderem Wege möglich? Das ist eine Entscheidung, die vor Ort durch den verantwortlichen Arzt bzw. die verantwortliche Ärztin getroffen werden muss und die tagtäglich getroffen wird - nicht nur in Osnabrück und auch nicht nur in der Forensik. Das ist das Tagesgeschäft, hier eine Priorisierung vorzunehmen. Das war schon so, als ich 2006 im Justizkrankenhaus des Landes Hessen gearbeitet habe. Da stand schon die Psychiaterin vor mir und sagte: „Herr Holzapfel, wir haben einen Zugang, wir müssen einen aus der Kameraüberwachung herausnehmen!“ Ich will damit sagen: Das ist ein Zustand, der nicht unbedingt optimal ist, aber letztlich muss eine Entscheidung getroffen werden. Bisher führt diese Situation auch nicht unbedingt zu besonderen Vorkommnissen. Es ist ja in allererster Linie wesentlich, dass es nicht zu vermehrten Übergriffen von Unterbrachten untereinander oder auf das Personal führt.

Zu der Frage, ob wir Räume, die für andere Zwecke gewidmet sind, für die Belegung mit Unterbrachten nutzen: Das tun wir in Ausnahmefällen, wenn wir Ad-hoc-Unterbringungen nach § 126 a StPO realisieren müssen. Das kommt über einen wie das Wetter. Dann kommt ein Anruf eines Gerichts: „Wir haben hier einen Unterbringungsbefehl, der muss innerhalb der nächsten Stunden vollstreckt werden, wir brauchen ein Bett!“ Dann rattern die Telefone und wird die nächstgelegene Klinik im Zweifel verpflichtet, die betreffende Person aufzunehmen, bis wir Regelungen treffen können, die zur Entlastung dieses Hauses führen. Aus dieser Verpflichtung kann und soll sich Osnabrück nicht herausnehmen, weil das eine Gemeinschaftsaufgabe für alle zehn Häuser des Landes ist und die zentrale Belegungssteuerung da aus meiner Sicht einen sehr guten Job macht in Verbindung und in Kommunikation mit den Vollzugsleitungen vor Ort.

Ob und in welcher Form Therapieangebote gemacht werden, hängt natürlich in erster Linie wesentlich davon ab, ob das Personal dafür zur Verfügung steht. Das unterliegt natürlich auch krankheitsbedingten Ausfällen. Ich denke nicht, dass es daran scheitert, dass es in Ausnahmefällen mal eine Belegung eines Therapieraums mit Patientinnen und Patienten gibt, weil man dann Auswege finden wird, um auszuweichen. Da ist man mittlerweile, glaube ich, relativ kreativ. Nichtsdestotrotz sind das Lösungen, die nur einen Übergang darstellen können. Wir müssen beim Thema Erweiterung weiter vorangehen. Ich habe ja in der letzten Unterrichtung des Ausschusses berichtet, welche Schwierigkeiten sich dabei stellen. Zum Beispiel die Erweiterung im Bestand in Osnabrück ist jetzt eine relativ schmerzlose Lösung, weil sie sich sowohl vom finanziellen Aufwand als auch von den zu erwartenden Widerständen her, die an einem existierenden Standort eher gegen null gehen, hoffentlich zeitnah realisieren lässt.

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass die Zusammenarbeit mit dem einen oder anderen Träger kein Selbstläufer ist. Das ist ja bekannt. Nichtsdestotrotz hat sich da einiges verbessert. Es gab nun leider wieder einen Wechsel in der Krankenhausdirektion am Standort. Herr Mersinli ist nun nicht mehr dort, sondern ein Herr Oertel. Aber wir begleiten diesen Prozess weiter sehr engmaschig. Ich habe regelmäßige Jour-fixe-Termine mit der Krankenhausdirektion. Von daher sind wir da auf jeden Fall am Ball.

Abg. **Nicolas Breer** (GRÜNE): Vielen Dank für die Ausführungen. Zu dem geplanten Rückbau der Dreibettzimmer interessiert mich der aktuelle Zeitplan. Sie haben ausgeführt, dass es Pläne dafür gibt. Was ist dafür der zeitliche Horizont?

Ich habe noch eine Frage an Frau Dr. Bramesfeld zu der Personalausstattung. Ich habe Ihre Ausführungen so verstanden, dass regelmäßig Rückmeldungen aus dem AMEOS-Klinikum zu der aktuellen Personalausstattung kommen. Nach meinen Informationen war die Personalausstattung im ersten Halbjahr unter 90 %. Wie ist die Personalausstattung jetzt im zweiten Halbjahr? Haben Sie Zahlen dafür?

LMR **Holzapfel** (MS): Die erste Frage bezog sich auf den Zeitpunkt der Umsetzung der Umbaumaßnahmen. Konkret haben wir den Träger aufgefordert, für die verschiedenen Gewerke Angebote vorzulegen, um zu prüfen, in welchen Teilen das Land in die Mitfinanzierung gehen kann. Das wird derzeit vorgenommen. Das ist natürlich auch bei so etwas nichts anderes, als wenn Sie zu Hause einen Handwerker suchen. Mir liegen jetzt noch keine konkreten Angebote vor. Wir haben eine Grobkostenschätzung. Wir können also etwa sehr gewiss schon sagen, dass wir den Landesanteil auch aus dem bestehenden Budget werden tragen können. Meine Zielsetzung kollidiert aber leider regelmäßig mit der Realität. Wir erleben das bei der Erweiterung in Wunstorf. Wir unterstützen dort jetzt zum Beispiel konkret mit Sanitärgewerk aus dem Maßregelvollzugszentrum das KRH, weil sie keine Handwerker gefunden haben, die dort den Ausbau weiterbetreiben. Wir sind da also durchaus zu unorthodoxen Lösungen bereit. Ich habe nächste Woche wieder einen Jour-fixe-Termin mit Herrn Oertel. Ich würde dann vielleicht einen konkreteren Zeitplan nachliefern; denn im Moment ist das in der Phase der Angebotserstellung.

Refl'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Zur Personalausstattung im AMEOS-Klinikum. Es gibt zwei Anhaltspunkte für die Personalausstattung: Wir verlangen als Fachaufsicht, dass bei einer geschlossenen Station mit 23 Betten drei examinierte Personen im Frühdienst, drei examinierte Personen im Spätdienst und zwei in der Nacht sind. Dann gibt es noch die Personalvorgaben der

PPP-RL, also auf der Bundesebene, nach denen anders gerechnet wird und auch noch der Intensivstatus und verschiedene andere Aspekte eingerechnet werden. Als Landesaufsichtsbehörde bekommen wir alle Vierteljahre von den Kliniken, die die PPP-RL nicht erfüllen, eine Meldung, die wir gegebenenfalls auch als Information hinzuziehen. Das, was wir als Fachaufsicht verlangen, nämlich 3-3-2, liegt unter dem, was der G-BA verlangt. Aber wir sind nicht der G-BA, und die PPP-RL ist eine relativ komplexe Sache. Wir schauen immer, an wie vielen Tagen im Monat eine Unterbesetzung bestand, also die Vorgabe 3-3-2 pro 23 Patienten nicht erfüllt war. Das kann man mit dem kleinen Dreisatz umrechnen. Diese Tage haben sich deutlich verringert. Als wir angefangen haben, waren es auf allen Stationen immer zweistellige Zahlen. Wir sind jetzt auf einstellig herunter: ein Tag, zwei Tage, teilweise gar keine Tage, bis auf eine der fünf geschlossenen Stationen, die immer noch im hohen zweistelligen Bereich ist. Aber das ist schon mal sehr viel besser. Die letzte PPP-RL-Meldung habe ich mir jetzt nicht angesehen. Das kann ich nicht sagen. Wir haben ja nur den Fokus auf die geschlossenen Stationen, also die Stationen, wo routinemäßig Menschen nach dem NPsychKG untergebracht sind. Das ist unser Schwerpunkt. Die PPP-RL betrachtet das ganze Krankenhaus. Es kann auch gut sein, dass es im Krankenhaus Verschiebungen gibt, dass sie, weil wir denen so auf die Pelle rücken, mehr Personal auf geschlossenen Stationen und weniger Personal auf offenen Stationen einsetzen. Darüber habe ich keinen Einblick.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für diese Informationen. Ich wollte eigentlich auch eine Frage zu den Möglichkeiten der Fachaufsicht stellen. Das hat Herr Holzapfel aber schon ein Stück weit beantwortet. Ich wollte wissen, welche Möglichkeiten bestehen, wenn solche Zustände herrschen, dass man sogar sagen muss, dass jetzt gestrichen werden muss und ein anderer Reinigungsdienst eingesetzt werden muss. Das ist ja wirklich eklatant. Sie haben aber berichtet, dass es auch eine enge Abstimmung gibt und Fristen gesetzt werden, innerhalb deren für Abhilfe gesorgt werden muss. Das scheitert aber auch an praktischen Dingen, wie Sie jetzt ausgeführt haben. Dennoch: Wie engmaschig kann man eigentlich begleiten? Was kann man sozusagen verlangen? Wie ist die Erwartungshaltung? Das ist ja ansonsten nicht nur für Patientinnen und Patienten eine Gefahr, wenn das alles so ungeregelt ist und nicht gut funktioniert, sondern es hat ja sicherlich auch für die Mitarbeitenden Konsequenzen, wenn man dort nicht gerne arbeitet usw. Wie weit geht also die Fachaufsicht?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Das Putzen ist ein Basic und ist auch nicht verhandelbar. Als Fachaufsicht haben wir im Grunde zwei bzw. drei Möglichkeiten: Wir können freundlich darauf hinweisen und hoffen, dass es sich ändert. Wir können eine Weisung erstellen, der sie eigentlich nachkommen sollen. Und wir können natürlich auch die Beleihung entziehen. Die Frage ist nur: Wer macht es dann? Wir haben gesehen, dass sich das AMEOS-Klinikum mit der Weisung schon auch bewegt. Putzen geht schnell. Das haben die dann auch wirklich relativ zackig gemacht. Es war irre, was das bringt! Auch mit dem Streichen haben sie begonnen. Andere Maßnahmen brauchen länger. Und je teurer es wird, desto länger braucht es. Ich kann Ihnen aber noch nicht sagen, wie die Geschichte ausgehen wird, wie weit die gehen werden. Das ist noch ungewiss. Als Fachaufsicht ist es wichtig dranzubleiben. Sie hatten auch schon mal eine Weisung gegen andere Kliniken. Sie sind drangeblieben. Die haben es dann gebessert und haben es auch nachhaltig geschafft, auf einem besseren Level zu bleiben.

LMR **Holzapfel** (MS): Ich kann dazu ergänzen, dass wir in einem Fall mal eine Ersatzvornahme angedroht haben. In erster Linie sind wir natürlich Vertragspartner. Wir haben ja Beleihungsverträge mit den beliebigen Trägern. Darin gibt es Sanktionierungsmöglichkeiten, die allerdings nicht sehr ausgeprägt sind. Kein Mensch würde diese Verträge heute mehr so schließen. Aber es gibt ja immer noch das Verwaltungsrecht. Wir haben damit mal gedroht - und siehe da, auch da bewegte sich dann etwas schneller. Im Zweifel würden wir Pflegesatzzahlungen kürzen. AMEOS ist dann immer relativ schnell dabei, dass das nicht passiert.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Dieses Mittel funktioniert vielseitig.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben dargestellt, die Situation habe sich verbessert, bis dann der Krankenhausdirektor gegangen ist. Es ist ja auch in der Vergangenheit häufiger vorgekommen: Wenn sich etwas bewegt, dann wird - so könnte man meinen - an der Spitze ein Personalwechsel vorgenommen. Sie haben eben erwähnt, dass die Büros der Leitung demnächst wieder mit Patientinnen und Patienten belegt werden sollen, nachdem dort die notwendigen Umbaumaßnahmen bzw. Erweiterungen im Bestand - wie Sie dies genannt haben - durchgeführt worden sind. Dazu meine Nachfrage: Wie sieht die ärztliche Versorgung und Leitungsversorgung derzeit aus? Sind alle Chefarztposten besetzt? Das kann Frau Bramesfeld vielleicht noch ergänzen. Anscheinend sind dort derzeit einige Büros ohnehin frei, weil sich das notwendige medizinische Personal gar nicht im Einsatz befindet.

Sie haben auch erwähnt, dass solche Umbaumaßnahmen manchmal aufgrund der Verfügbarkeit von Handwerkern ebenso wie auch private Umbaumaßnahmen zu Hause schwierig umsetzbar sind. Wir haben mitbekommen, dass insbesondere auch die Zahlungsmoral hinsichtlich Handwerker und Dienstleister so schwierig sei, dass Umbaumaßnahmen und notwendige Sanierungsmaßnahmen teilweise monatelang gedauert haben. Können Sie auch noch etwas dazu sagen, ob das wirklich mit dem vergleichbar ist, wie man zu Hause Umbaumaßnahmen vornimmt, oder ob AMEOS als Kunde von Handwerkern und Dienstleistern mittlerweile doch nicht mehr die beste Bewertung genießt?

Zu den Instandsetzungskosten, die eine Klinik bzw. ein Träger wie AMEOS selbst zu tragen hat: Lässt es sich notwendigerweise auch abgrenzen, dass die Instandsetzungsmittel für die Forensik, für den Maßregelvollzug dafür verwendet worden sind? Können Sie sicherstellen, dass die Mittel, die originär dafür vorgesehen sind, in der Forensik eingesetzt zu werden, nur dort eingesetzt worden sind und nur dort eingesetzt werden, also dass die Mittel nicht woandershin abfließen, etwa in die Overhead-Kosten, die die gesamte Klinik bzw. der Konzern trägt, sondern dass die Mittel wirklich nur für den Bereich verwandt werden, für den sie auch sachgerecht vom Land erstattet worden sind?

Sie haben auch erwähnt, dass man manchmal bei der Nutzung von Räumen kreativ sein müsse. Soweit mir bekannt ist, wurden Gruppenräume bzw. der einzige verfügbare, noch benutzbare Gruppenraum bzw. Nichtraucherraum auch für Beratungsgespräche, Behandlungsgespräche, Therapiesitzungen und als allgemeiner Gruppenraum genutzt. Ist dort auch noch eine Ausweichmöglichkeit gegeben, oder finden mittlerweile offensichtlich alle Maßnahmen in diesem zuletzt noch nutzbaren Raum statt? Ist auch eine Privatsphäre möglich, um Therapiegespräche abgeschlossen zu führen, oder werden alle diese Gespräche im Gruppenraum geführt?

LMR **Holzapfel** (MS): Ich beginne mit Ihren letzten Fragen: Die Details kenne ich nicht. Ich bin nicht jeden Tag in Osnabrück. Wir müssen nachfragen, wie das konkret ausgestaltet wird, wie die Tagesplanung ist, welche Therapiegespräche, welche Therapiegruppensitzungen wann und wo durchgeführt werden. Dazu kann ich konkret nichts zu sagen.

Die Zahlungsmoral von AMEOS, speziell in Osnabrück, habe ich mit dem damals noch amtierenden Krankenhausdirektor thematisiert, der sich nach meinem Kenntnisstand - so hat er sich zumindest mir gegenüber erklärt - selbst woandershin beworben hat, weil er aus Hamburg kommt und auch wieder in Hamburg arbeiten möchte. Das ist also kein Wechsel, den AMEOS initiiert hat. Aber ich bin auch nicht AMEOS. Das ist nur das, was er mir gesagt hat. Diese Thematik wurde unter dem schönen Begriff „Liquiditätsmanagement“ erklärt. Man hat mir versichert, dass das der Vergangenheit angehöre. Ich habe seitdem zumindest nichts mehr aktiv darüber gehört.

Zum Thema generelle Verfügbarkeit habe ich ja gerade gesagt, dass uns das auch beim KRH in Wunstorf umtreibt, wo solch ein Liquiditätsmanagement mir jedenfalls bisher nicht bekannt ist. Das scheint also nicht einzig und allein auf die Zahlungsmoral zurückzuführen zu sein, wenngleich ich die gleichen Dinge gehört habe, die Sie auch gehört haben, dass einzelne Betriebe wohl abgelehnt haben, dort weiterzuarbeiten. Ob das noch so ist - das ist einige Monate her -, kann ich nicht sagen. Wir befinden uns zwar in einem regelmäßigen Austausch, aber wir haben natürlich die Aufgabe im Wege der Beleihung übertragen und sehen uns im Rahmen der Aufsicht an, ob das ordentlich läuft oder nicht. Deswegen bin ich zu den Geschäftsbeziehungen zwischen AMEOS und irgendwelchen Handwerksbetrieben natürlich nur bedingt sprechfähig.

Zum Thema Räume: Das ist ein Vorschlag, der von der Vollzugsleitung ausdrücklich mitgetragen wird. Wir haben alle Leitungsstellen besetzt. Wir haben, auf die Forensik bezogen, aktuelle Personalquoten bei einer vertraglich geschuldeten Quote von 100 %, aber einer nur unter 90 % sanktionierbaren Quote - auch das habe ich mir nicht ausgedacht; die Verträge sind 2006 geschlossen worden -: 96 % Ärzte und Psychologinnen und Psychologen werden von AMEOS gestellt, 93 % im Krankenpflege- und Erziehungsdienst, in der Ergotherapie sind es 102 %, wo auch immer diese 2 Prozentpunkte herkommen. Die Stellen für Sicherheitsbeauftragte sind vollständig besetzt. Die schlechteste Quote ist im Moment beim Sozialdienst und in der Bewegungstherapie, nämlich 78 %. Die Räume sind tatsächlich als Büros genutzt. Es gibt aber eine Villa auf dem Gelände von AMEOS in Osnabrück, die sich gut eignen würde, sie für Büroräume zu nutzen, um dann die jetzigen Büroräume einfach zu Patientenzimmern umzubauen.

Zu den Instandsetzungskosten: Es ist grundsätzlich vertraglich so geregelt, dass die Sanierung und Instandsetzung Aufgabe des Trägers sind. Ab einem bestimmten Kostenvolumen pro Haushaltsjahr hat der Träger die Möglichkeit, einen Antrag auf teilweise Erstattung an das Land zu stellen. Das ist in der Vergangenheit in Hildesheim mal der Fall gewesen. Bei einer Sanierung einer Station, einer Komplettsanierung in Osnabrück ist mir das in den zurückliegenden Jahren nicht bekannt. Alle Maßnahmen, die zu einer Erhöhung des Sicherheitsstandards beitragen, sind grundsätzlich vom Land zu tragen. Wenn wir also meinen, dass Fenster eine höhere Widerstandsklasse haben müssen oder dass die Mauer erhöht werden müsste, dann trägt das Land diese Kosten. Bei dem Umbau der Verwaltungsräume werden wir uns jetzt also über Kosten von Türen und Fenstern unterhalten, die das Land mindestens teilweise übernehmen wird, und zum Beispiel über Videoüberwachung und solche Dinge, also alles das, was den Sicherheitsstandard gegenüber dem Status erhöht, zu dem AMEOS diese Einrichtung übernommen hat.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Sie haben deutlich gemacht, dass das Land nach Bekanntwerden der Mängel, die auf das AMEOS-Klinikum zurückzuführen sind, umgehend gehandelt, eine Weisung erteilt und regelmäßige Kontrollen durchgeführt hat. Dazu habe ich noch eine Nachfrage. Sie haben dargestellt, wie engmaschig die Kontrollen sind. In der nächsten Woche ist der nächste Termin. Das ist sehr gut. Wird die Engmaschigkeit dieser Kontrollen vor Ort so lange andauern, bis sämtliche Mängel beseitigt sind?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Ich stelle mir das so vor.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Das ist sehr gut.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Aus den Ausführungen seitens des Ministeriums schließe ich, dass Sie Ihrer fachaufsichtlichen Pflicht nachgekommen sind und in diesem Fall eine Weisung erteilt haben. Jeder, der pubertierende Kinder hat, die ein eigenes Zimmer im Haus bewohnen, weiß, dass sich der Hygienezustand in solch einem Zimmer nicht schlagartig verändert, sondern dass das ein schleichender Prozess ist. Ich vermute mal, dass die Missstände im AMEOS-Klinikum nicht von heute auf morgen entstanden sind, sondern dass auch das ein schleichender Prozess war. Deshalb würde mich interessieren, in welchem Intervall es dort fachaufsichtliche Begehungen gegeben hat, bevor dieser Vorfall, der Sie jetzt zu der Weisung veranlasst hat, entstanden ist, und in welcher Qualität diese vorherigen Begehungen waren. Das wäre mal ganz wichtig zu erfahren.

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Wir begehen das AMEOS-Klinikum im Schnitt alle zwei Jahre. Durch die Corona-Pandemie haben wir im Prinzip keine fachaufsichtlichen Begehungen mehr gemacht. Wir waren angewiesen, das zu unterlassen, außer in ganz, ganz strengen Ausnahmen. Aber wir haben dort kurz vor der Corona-Pandemie begangen. Das genaue Datum habe ich aber nicht in Erinnerung. Im letzten November waren wir dann da. Das war der Anlass, dass wir an eine Weisung gedacht hatten. Dann kamen noch ein paar andere Sachen hinzu, und dann haben wir diese Weisung ausgesprochen. Das ist also im Schnitt alle zwei Jahre. Es war auch mit ein Grund für die Weisung, dass wir auch in den vorherigen Begehungen, in den Protokollen immer darauf hingewiesen haben, dass das Haus renovierungsbedürftig ist, dass wenig Personal da ist usw. und dass sich nichts getan hatte. Dann kamen noch ein paar Sachen on top, und dann haben wir eine Weisung gemacht.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Können Sie das konkretisieren? Wie häufig gab es Hinweise im Vorfeld?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Die gab es bei jeder Begehung.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Wie viele?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Ich müsste mir noch einmal die Unterlagen ansehen, wie viele es genau sind. Im Schnitt ist es alle zwei Jahre. Ich bin seit 2017 dabei. Über die Zeit davor kann ich nichts sagen.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Seit 2017 gab es also jeweils Hinweise auf Mängel?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Ja. Die haben aber noch nicht für eine Weisung ausgereicht.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Die Weisung, die dann, wie gerade ausgeführt wurde, prompt gekommen ist, hat, wie gerade deutlich wurde, durchaus schon eine Vorgeschichte, wie man auch in den rund 80 Bewertungen allein in den letzten zwei Jahren auf www.klinikbewertungen.de lesen kann. Sie werden von AMEOS auch regelmäßig beantwortet; vonseiten des Krankenhaus-trägers wird dort also offensichtlich geschrieben. Auch die letzten Bewertungen in diesem Jahr, in dem die Weisung gültig war und in dem Sie dort waren, sind immer noch relativ deutlich. Ich zitiere: die reinste Ruine, überall ist es dreckig, marode, von den Sanitäreinrichtungen ganz zu schweigen, das Therapieprogramm fällt massenweise aus, die Räumlichkeiten sind heruntergekommen, aus den Wasserhähnen kommt kein Trinkwasser, sondern nach Ei stinkende gelbe Suppe. - Abgesehen vom hygienischen Zustand werden auch die Therapieangebote sehr deutlich beschrieben. Das kann man so zusammenfassen: Die Patienten, die dort eingeliefert worden sind, kommen kranker heraus, als sie dort eingeliefert worden sind. Dort findet man sehr häufig das Wort „katastrophal“. Auch dass außerhalb und innerhalb der Gebäude Drogen konsumiert werden, wird in diesen Erfahrungsberichten regelmäßig sehr deutlich und meines Erachtens sehr authentisch und plausibel beschrieben. In allen Berichten wird immer wieder deutlich, dass das AMEOS-Klinikum das nicht ernst nimmt, nicht handelt und nicht die entsprechenden Maßnahmen veranlasst. Das wird nicht nur in den Bewertungen deutlich, sondern das deckt sich ja auch mit dem, was die Besuchskommission und auch Sie eben beschrieben haben. Insofern hat man mittlerweile wirklich das Gefühl, dass dort über ein bisschen Putzen, was „basic“ ist - so haben Sie es eben bezeichnet -, was aber nach Aussage der dort tätigen Pfleger mit einer Grundreinigung auch mal zehn Jahre dauern kann, Zustände erreicht sind, bei denen sich mir die Frage stellt, auf welcher Grundlage das Land dort überhaupt noch eine Belegung vornehmen kann.

Sie haben ausgeführt, dass am 3. September die Weisung von Ihnen als erfüllt angesehen worden ist. Sie haben aber nur deutlich gemacht, dass eine Grundreinigung erfolgt sei und dass etwas gestrichen worden sei. Wie sind denn jetzt die räumlichen Umstände? Wie erfolgt jetzt die Belegung? Wird jetzt insbesondere die Gerontopsychiatrie wieder raumtechnisch genutzt? Mit wie vielen Patienten pro Zimmer erfolgt das?

Bitte erklären Sie uns auch noch ein bisschen genauer, was zwischen dem 15. Juli und 3. September passiert ist. Sie haben eben beschrieben, dass es eine nicht so günstige Situation sei, wenn Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Hintergründen zusammenkommen. In der Akutpsychiatrie im geschlossenen Bereich waren also Menschen nach dem NPsychKG und aus der Gerontopsychiatrie mit untergebracht. Wie hat sich das vollzogen? Wurden dann spezialisierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diese Bereiche entsandt, um eine weitere Betreuung dieser sehr sensiblen Patienten sicherzustellen, oder wurden die einfach in der Station abgegeben und mit den anderen Patientinnen und Patienten zusammengebracht, die - Sie haben es eben deutlich gemacht - zum Teil auch ein hohes Gewaltpotenzial haben? Man hat also in diese Station, in der es das höchste Gewaltpotenzial gibt, das sensibelste Klientel von Menschen aus der Gerontopsychiatrie überführt. Wie ist das vonstattengegangen? Hat man sie dort dann besonders geschützt, oder wo wurden sie dann untergebracht und auch wie versorgt?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Mir ist es wichtig, dass hier nicht der Eindruck aufkommt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Psychiatrie an sich gewalttätig sind. Wie bereits ausgeführt, ist die Stimmung in der Forensik deutlich ruhiger - denn dort sind Patienten, die kennt man alle; die meisten sind dort schon seit Jahren - als in der Allgemeinpsychiatrie. Akutstationen sind keine Horte der Gewalt. Aber es kommen natürlich immer wieder hochakute

Menschen, die sich in ihrer Psychose getrieben fühlen, die Angst haben und sich ihres Lebens wehren. Das passiert immer wieder. Insofern ist es dort deutlich unruhiger als auf einer offenen Station oder eben auch in einer gut etablierten forensischen Station, wo sich jeder kennt.

Die komplette Weisung ist noch nicht erfüllt - das war eben missverständlich -, sondern der Teil der Weisung, in dem wir angewiesen haben: Auf diese Station legt ihr uns keine NPsychKG-Patienten mehr! - Die Situation auf der Gerontopsychiatrie ist nicht so, dass man es als Land jetzt nicht mehr verantworten kann, Patientinnen und Patienten dorthin zu schicken. Die Sanierungsarbeiten gehen weiter voran. Wir haben auch schon den Plan von AMEOS bekommen, dass die Böden ausgetauscht und weitere Streicharbeiten durchgeführt werden sollen. Es gibt Überlegungen - aber ich weiß nicht, inwieweit sie sich tatsächlich auch manifestieren werden -, ob man auch einen Zugang zum Außenbereich schaffen kann. Es gibt Überlegungen, mehr Tageslicht in den Raum zu bringen, wo sich die Patientinnen und Patienten meistens aufhalten. Auf der Station sind auf beiden Seiten Zimmer. Das ist quasi ein Rundlauf wie ein Donut. In der Mitte ist ein Aufenthaltsraum bzw. eine Aufenthaltsfläche. Da ist kein Tageslicht oder kaum Tageslicht. Dort werden Baumaßnahmen durchgeführt, damit mehr Tageslicht dorthin kommt und auch noch andere Räume als Aufenthaltsraum genutzt werden, wo Patienten - die Gründe kenne ich nicht - sich auch gerne in der Nähe des Schwesternzimmers aufhalten. Insofern ist dieser große Raum gar nicht schlecht, weil er in der Nähe des Schwesternzimmers ist. Dort trifft man sich, aber es fehlt eben Tageslicht. Da geht es also noch weiter.

Ich gehe davon aus, dass das AMEOS-Klinikum in der Lage war, für ausreichende Sicherheit zu sorgen. Wir haben keine besonderen Vorfälle gemeldet bekommen in der Zeit, in der die gerontopsychiatrischen Stationen nicht mit Patienten nach dem NPsychKG belegt werden konnten. Das Klinikum hat mir aber geschildert, dass das anstrengend war. Das war eine große Herausforderung für das Team, für die Ärztinnen und Ärzte, für die Pflegerinnen und Pfleger, aber sie haben es gemeistert. Aber es war auch so: Wir schreiben ja immer Berichte, wenn wir etwas sehen. Wir können aber nicht solch einen Bericht schreiben und sagen: „Jetzt schickt doch weiterhin die NPsychKG-Patienten dorthin!“ Das ging einfach nicht. Wir sind als Land darauf angewiesen - das ist so ein bisschen das Dilemma -, dass Menschen nach Landesrecht untergebracht werden; denn der Bedarf tritt immer mal wieder auf. Aber wir brauchen auch Einrichtungen, die das können. Wenn Einrichtungen das nicht so erfüllen, wie wir uns als Land dies vorstellen, dann ist das eine Zwickmühle: Was wird noch akzeptiert, und wann ist Schluss? Was sind die Alternativen bei einem Schluss? - Ich bin froh, dass diese drei Wochen gut vorbeigegangen sind und dass sie das AMEOS-Klinikum tatsächlich motiviert haben, schnell Maßnahmen zu ergreifen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Zunächst einmal gibt es zwischen dem 15. Juli und dem 3. September mehr als drei Wochen, die nach der Weisung so überbrückt werden sollten. Sie haben gerade gesagt, AMEOS habe das gemeistert. Die Rückmeldungen, die wir direkt auf der Akutstation von dem dort zuständigen Pflegedienstleiter bekommen haben, waren eigentlich eher: „unhaltbare Zustände“, „katastrophal“, aber nicht: „Wir haben das gemeistert“. Sie fühlten sich eigentlich alleingelassen mit einer Situation, die herbeigeführt werden musste, weil es an anderen Punkten innerhalb des Klinikums noch desaströser aussieht. Dass Patientinnen und Patienten auf einer Station untergebracht werden, die bisher überhaupt nicht mit über 65-Jährigen in Verbindung gekommen ist, ist für mich nicht mehr vorstellbar. Sie haben gerade selber gesagt, wir müssen uns als Gesetzgeber fragen, was wir uns noch vorstellen können und was nicht.

Sie haben die Zustände eben so beschrieben, dass in dieser Zeit nichts Schlimmes passiert sei, dass es keine Rückmeldung gegeben habe. Daher meine Frage an Sie: Inwiefern sind die Patientinnen und Patienten, die nach dem NPsychKG in der Gerontopsychiatrie untergebracht sind, in der Lage, sich zu Missständen zu äußern, die sie dort erfahren, oder sind diese Menschen gar nicht in der Lage, sich zu artikulieren und Beschwerden einzulegen, die Ihnen Rückschlüsse ermöglichen, die wir jetzt aufgreifen könnten?

Sie haben eben auch dargestellt, dass die Unterbesetzung dort nur noch in einer Station eine zweistellige Zahl von Tagen pro Monat beträgt. Sie haben sogar gesagt: im hohen zweistelligen Bereich. Vielleicht können Sie auch noch direkter ausführen, was diese Unterbesetzung bedeutet. Ich habe in den Klinikbewertungen auch gelesen, dass Stationen teilweise nachts über gar keinen Pfleger verfügt haben und dann auf der Station „Halligalli“ geherrscht habe. Das war im Suchtbereich zugegebenermaßen eine offene Station, wo man dann nachts auf die geschlossene Station gehen musste, wenn man ein Anliegen hatte. Kommt es häufiger vor, dass eine Unterbesetzung auch bis auf null heruntergeht? Wie kann man dann dort noch sicherstellen, dass es nicht zu dem kommt, was wir eigentlich gar nicht wollen?

Refl'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Unser Fokus oder unser Mandat ist lediglich für die Menschen, die nach dem Landesrecht untergebracht sind. Das heißt, da, was auf den offenen Stationen läuft, haben wir keine Aktien drin.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Wenn ich nachfragen darf: Machen Sie da die Augen zu, oder schauen Sie da trotzdem hin?

Refl'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Wir schauen da nicht hin, weil wir schlicht und ergreifend nicht überall hingucken können. Und wir haben auch kein Mandat. Die Menschen auf offenen Stationen sind dort alle freiwillig, und sie können gehen. Auf geschlossenen Stationen ist es anders: Die Menschen sind dort nicht freiwillig, sondern sozusagen aufgrund unseres Tickets, und darum sind wir für sie zuständig. Das ist lediglich das Mandat, das wir als Land haben.

Ich kann Ihre Kritik sehr gut verstehen, aber das ist letztendlich etwas, was zwischen Krankenkassen und Krankenhausträger ausgehandelt wird; denn die zahlen dafür. Ich kann Sie aber auch gleich sozusagen ernüchtern: Wir sind mit unseren Weisungen eine der wenigen Stellen, die bei mangelnder Qualität in der psychiatrischen Versorgung überhaupt Konsequenzen ziehen können. Die Krankenkassen zahlen auch dann, wenn es eine schlechte Qualität ist. Das ist sozusagen ein ganz anderer Teil. Wir sind das schärfste Schwert, das für Qualität eintreten kann, haben aber nur den Fokus auf geschlossene Stationen. Bei den anderen haben wir nichts zu sagen.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Natürlich sind es dramatische Zustände, wenn es so ist, wie hier geschildert wurde - das unterstelle ich mal -, und natürlich muss es eine besondere Fürsorge für die Menschen geben, die untergebracht sind, speziell in der Gerontopsychiatrie, weil dort auch nach den Erfahrungen, die ich in meinem Berufsleben gemacht habe, viele Menschen sind - Herr Uhlen weiß das auch; ich habe diese Frage auch mehr als rhetorische Frage empfunden -, die das nicht äußern können, die häufig schon aufgrund der Situation mit einer neuen Umgebung usw. völlig überfordert sind. Was würde denn im schlimmsten Fall passieren, wenn man diesem Krankenhaus den Status des Beliehenen entziehen würde? Was wäre dann die Konsequenz? Die Unterbringung muss ja gewährleistet werden. Wie würde solch ein Verfahren aussehen?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Das AMEOS-Klinikum in Osnabrück versorgt im Jahr im Durchschnitt 600 Patientinnen und Patienten - es können auch doppelt so viele sein; ich habe die Zahl gerade nicht in Erinnerung; wir erheben das immer halbjährlich -, also jedenfalls sehr viele Menschen nach dem NPsychKG. Für sie gibt es im Grunde genommen keine Alternative. It's too big to fail. Es übernimmt zusätzlich auch noch NPsychKG-Patientinnen und -Patienten aus den angrenzend kleineren Kliniken - und auch das in nicht unerheblicher Anzahl.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Wenn das Klinikum erklären würde, dass es unter den Bedingungen keine Patienten mehr aufnehmen wird, müsste dann der Landkreis als Träger einspringen? Irgendjemand muss das ja gewährleisten, wenn kein privater Anbieter zur Verfügung stünde. Irgendjemand muss ja die Versorgung sicherstellen.

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Wenn man dem AMEOS-Klinikum die Versorgung entziehen würde, dann bräuchten wir zum einen Betten, die genehmigt werden - und zwar nicht zu wenige; das stelle ich mir gerade lustig vor im Krankenhausplanungsausschuss -, und zum anderen müsste er bereit sein, beliehen zu werden.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Nicht in allen Landkreisen gibt es psychiatrische Krankenhäuser.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben gerade gesagt: „too big to fail“. Das versetzt das AMEOS-Klinikum ja in die komfortable Position, sich anscheinend fast alles erlauben zu können. Sie haben eben schon über die Sicherheitslage gesprochen. Nach Aussage der Vertreter von AMEOS gibt es pro Jahr rund 2 000 Übergriffe auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Menschen, die dort betreut werden. Die Polizeieinsätze häufen sich täglich, nicht nur um Patienten dorthin zu bringen, was häufig ja auch nicht immer ganz NPsychKG-konform ist. Nichtsdestotrotz nimmt das AMEOS-Klinikum diese Lage wahr und stellt offensichtlich lieber noch einmal zwei Betten in den Flur, als irgendjemanden abzulehnen und nicht mit aufzunehmen. Sie haben gerade schon Wege gekennzeichnet, wie man aus dieser Lage kommen könnte, das „too big to fail“ auszuschließen und mehr Betten zu schaffen. Würden Sie sagen, dass der Krankenhausplanungsausschuss in dieser Konsequenz versagt, oder wie ist Ihre Einschätzung dazu?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Es gibt ja gar keinen Antrag aus der Region, über die wir sprechen. Uns nützen ja nicht Betten, die man sonst irgendwo aufbaut. Es gibt überhaupt keinen Antrag, Betten aufzubauen. Insofern steht das auch nicht zur Debatte.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Daran möchte ich gerne anknüpfen. Zuletzt lag ein Antrag des Trägers für den Krankenhausplanungsausschuss aus dem Jahr 2011 auf Erweiterung bzw. Neubau auch der Gerontopsychiatrie vor. Nach meiner Kenntnis wurden dann nie weitere planungsreife Unterlagen vorgelegt. Das AMEOS-Klinikum selber macht uns gegenüber regelmäßig deutlich, dass man ja gerne bauen würde, wenn es Kostenzusagen hätte. Woran sind aus Ihrer Sicht Investitionsentscheidungen an diesem Standort gescheitert: am Land, am Träger oder an weiteren Faktoren?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Ich glaube, wir müssen hier zweierlei trennen. Das eine sind Anträge auf Mittel für Neubauten, und das andere sind Anträge zum Bettenaufbau. Ein Antrag auf Erweiterung der Bettenanzahl im Krankenhausplan liegt nicht vor. 2011 hat das AMEOS-Klinikum einen Antrag für einen Neubau der Gerontopsychiatrie gestellt. Normalerweise reicht

aber nicht ein Antrag. Dann müssen Unterlagen nachgereicht werden, es müssen Gespräche geführt werden, der Bedarf muss abgeschätzt werden, und weitere Planungsschritte müssen zusammen mit dem Krankenhausreferat unternommen werden. Das hat nicht stattgefunden. Das lag nicht am Referat, das dafür zuständig war, sondern AMEOS hat außer diesem initialen Antrag keine weiteren Schritte unternommen. Der Antrag ist immer noch da und ist eigentlich auf der Liste der prioritär zu behandelnden Anträge, aber es braucht dazu Zuarbeitung.

Abg. **Marten Gäde** (SPD): Wenn das AMEOS-Klinikum die Antragsunterlagen vervollständigen und mitarbeiten würde, dann würde das Land auch im Krankenhausplanungsausschuss diesen Antrag prioritär behandeln? Habe ich Ihre Ausführungen gerade so richtig verstanden?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Genau.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Nur kurz, um ein paar Daten einordnen zu können: Zwischen dem 15. Juli und dem 3. September hat man dort interveniert und danach wieder „aufgemacht“, weil es so weit in Ordnung war, dass die Belegung wieder erfolgen konnte. Am 13. September haben wir unseren Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung im Ausschuss gestellt. Das ist drei Monate her. Für uns in diesem Ausschuss ist es absolut unüblich, dass die Landesregierung mit der Unterrichtung so lange auf sich warten lässt. Warum? Wer oder was hat Sie gehindert, den Ausschuss früher zu den dortigen Zuständen zu unterrichten? Was ist in der Zwischenzeit passiert, was man uns nach dem 13. September nicht hätte unmittelbar mitteilen können? Was bringt die Landesregierung in eine derartige Abwehrhaltung, hier vorstellig zu werden, und dazu, dass sie erst auf nochmalige Nachfrage jetzt diesem Unterrichtungswunsch nachkommt?

RefL'in apl. Prof. **Dr. Bramesfeld** (MS): Ich habe von diesem Unterrichtungswunsch erst in der vorletzten Woche gehört und vor wenigen Tagen erst Ihre Anfrage gesehen. Mehr kann ich dazu nicht sagen.

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

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Ich bitte, dass wir von der Landesregierung im Nachgang noch darüber informiert werden, was in der Zwischenzeit, seit dem 13. September, mit unserem Unterrichtungswunsch passiert ist.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Diese Frage an die Landesregierung nehmen wir auf und steht im Protokoll.

Tagesordnungspunkt 4:

a) **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](#)

b) **Kinderschutz neu denken - Sicherheit für unsere Kleinsten an erste Stelle setzen**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/5647](#)

zu a: erste Beratung: 44. Plenarsitzung am 19.06.2024

Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

zu b: erste Beratung: 51. Plenarsitzung am 07.11.2024

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfluS

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

Verfahrensfragen

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) ruft in Erinnerung, dass der Ausschuss in der 46. Sitzung am 19. September 2024 übereingekommen sei, zu den beiden Anträgen eine mündliche Anhörung durchzuführen und den Kreis der Anzuhörenden nach dem Schlüssel 4:2:4:2 festzulegen. Die Benennung der Anzuhörenden seitens der Fraktionen sei vereinbarungsgemäß bis zum Ende November erfolgt. Da von der Fraktion der AfD nur ein Anzuhörender benannt worden sei, würden einschließlich der kommunalen Spitzenverbände insgesamt zwölf Anzuhörende eingeladen.

Der Vorsitzende schlägt vor, die Anhörung am 6. Februar 2025 in einer ganztägigen Sitzung durchzuführen und für jeden Anzuhörenden 20 Minuten für die Stellungnahme und die Aussprache einzuplanen. Wenn die Anzuhörenden sich darauf beschränkten, die wesentlichen Punkte aus ihrer schriftlichen Stellungnahme vorzutragen, die sie dem Ausschuss zuvor schriftlich zugeleitet hätten, und seitens des Ausschusses klare, präzise auf den Punkt formulierte Fragen dazu gestellt würden, bleibe mehr Zeit für die wichtige Aussprache, müssten 20 Minuten pro Anzuhörendem eigentlich ausreichen und müsste es möglich sein, die Anhörung bis um 16 Uhr abzuschließen, etwas zeitlichen Puffer zwischen den einzelnen Anzuhörenden und eine Mittagspause einberechnet. Er beabsichtige, den Anzuhörenden auch einen entsprechenden Hinweis zu geben, aber appelliere auch an die Mitglieder des Ausschusses, bei dieser Anhörung zu dem wichtigen Thema Kinderschutz die nötige Disziplin an den Tag zu legen, damit die Anhörung nicht zeitlich ausufere und auch die Anzuhörenden, die erst am Ende des Zeitplans aufgerufen würden, die nötige Aufmerksamkeit erführen und nicht in zeitliche Bedrängnis gerieten.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) erklärt sich mit dem Verfahrensvorschlag des Vorsitzenden einverstanden. Im Hinblick darauf, dass nicht nur die Anzuhörenden viel Wichtiges zu sagen hätten und dafür wohl länger bräuchten, sondern auch seitens des Ausschusses sicherlich viele Nachfragen gestellt würden, geht er davon aus, dass 20 Minuten pro Anzuhörendem wohl nicht ausreichen würden, und regt an, von vornherein eine längere Sitzung bis 17 Uhr einzuplanen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) schließt sich dem Verfahrensvorschlag des Vorsitzenden an und hält es auch für sinnvoll, in der Anhörung die Bitte an die Anzuhörenden zu richten, nur die wesentlichen Punkte ihrer schriftlichen Stellungnahme vorzutragen, damit genügend Zeit für Nachfragen übrig bleibe und auch den letzten Anzuhörenden die ihnen gebührende Aufmerksamkeit zuteilwerden könne.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kommt entsprechend dem Vorschlag des Vorsitzenden überein, die Anhörung zu den beiden Anträgen am 6. Februar 2025 in einer ganztägigen Sitzung durchzuführen und pro Anzuhörenden 20 Minuten für die Stellungnahme und Aussprache einzuplanen.
