

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

über die 57. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 13. Februar 2025

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **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: Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung
Unterrichtung 5
Aussprache 8

2. **Selbstbestimmte Schwangerschaft - Beratungs- und Versorgungsstrukturen in Niedersachsen weiter verbessern**
 Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5324](#)
Beratung 22
Beschluss 23

3. **Schutz für Kinder in den sozialen Medien stärken - Gefahren des Influencer-Marketings entschlossen begegnen**
 Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/6282](#)
Beratung 24

4. Verlässliche Arzneimittelversorgung in Niedersachsen endlich herstellenAntrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/6276](#)*Beratung* 25**5. Notruf aus den Kliniken - Rettung statt Schließung**Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/6277](#)*Beratung* 26**6. Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zur Finanzierung und Umsetzung des Krankenhaustransformationsfonds***Beschluss* 27

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (bis 11:50 Uhr vertreten durch den Abg. Constantin Grosch) (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. Swantje Schendel (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Als ZuhörerIn oder Zuhörer (§ 94 GO LT):

Abg. Nicolas Breer (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 12:05 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 43. Sitzung.

*

Zu Beginn der Sitzung stellt sich MR'in **Stary** (MS) als neue Leiterin der Abteilung für Gesundheit und Prävention im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung vor.

*

Der **Ausschuss** kommt überein, die für den 20.02.2025 vorgesehene Sitzung sowie die Sitzung am 20.03.2025, an der mehrere Mitglieder des Ausschusses durch auswärtige Sitzungen werden nicht teilnehmen können, ausfallen zu lassen.

Tagesordnungspunkt 1:

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: Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 53. Sitzung am 05.12.2024

Unterrichtung

RD'in **Kühnel** (MS): Auf der Grundlage der Ausführungen der Landesregierung in der 53. Sitzung am 5. Dezember 2024 thematisiere ich in der heutigen Sitzung die Versorgung von Betroffenen mit dem Myalgischen Enzephalomyelitis/Chronischen Fatigue-Syndrom (ME/CFS) in Niedersachsen und nehme zu den folgenden Fragen im Einzelnen wie folgt Stellung:

1. Was ist der konkrete Auftrag der Landesregierung an die Universitätskliniken in Niedersachsen im Bereich ME/CFS, insbesondere in Bezug auf die Etablierung interdisziplinärer Versorgungsangebote?

Die Universitätsklinika MHH und UMG haben im April 2024 mit den Krankenkassen eine Vereinbarung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Long-COVID und ME/CFS abgeschlossen. Diese setzt die Vorgaben der Long-COVID-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) um. Mit der Vereinbarung wurden bereits vor dem Inkrafttreten der Long-COVID-Richtlinie die Voraussetzungen geschaffen, um ein Behandlungsangebot machen zu können. Niedersachsen war damit bundesweit führend.

Eine Inanspruchnahme der Ambulanzen ist nach gültiger Überweisung von Haus- bzw. Fachärzten möglich. Eine direkte Terminabstimmung von Patientinnen und Patienten mit der Ambulanz ist allerdings nicht möglich, da die Patientinnen und Patienten grundsätzlich von Hausärztinnen und Hausärzten betreut werden sollen. Liegen allerdings eine entsprechende Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung vor, soll eine Überweisung in die fachärztliche Versorgung vorgenommen werden. Dazu können die behandelnden Haus- und Fachärztinnen und -ärzte eine Anmeldung an der MHH oder der UMG vornehmen.

Die Laufzeit der Vereinbarungen der Universitätsklinika mit den gesetzlichen Krankenversicherungen endet formell zum 31. März 2025. Eine Verlängerung der Vereinbarung - auch mit Blick auf die ursprünglich vereinbarten Volumina von bis zu 500 Patientinnen und Patienten pro Standort - über dieses Datum hinaus ist geplant. Dies wird derzeit zwischen den Vertragsparteien abgestimmt. Eine Versorgung von Personen mit Long-COVID, Post-Vac oder ME/CFS bleibt daher auch nach diesem Datum entsprechend der G-BA-Richtlinie sichergestellt.

2. Was ist der aktuelle Stand der Umsetzung sowie die konkrete räumliche und technische Ausstattung der spezialisierten Ambulanzen, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen für Schwerstbetroffene?

Zunächst für die MHH: Die Long-/Post-COVID-Sprechstunde wurde aufgrund der fachlichen Expertise im Zentrum für Seltene Erkrankungen (ZSE) verortet. Für die Behandlung der Patientinnen und Patienten stehen sämtliche ambulanten und stationären Ressourcen der MHH zur Verfügung.

Die Anforderungen für schwerstbetroffene Patientinnen und Patienten können sehr unterschiedlich sein. In einzelnen Fällen stellt für diese Patientinnen und Patienten das Verlassen ihres eigenen häuslichen Bereichs bereits eine Hürde dar. Daher könnte für diese Patientengruppe das Angebot einer aufsuchenden Behandlung durch ein interprofessionelles Team eine sinnvolle Option sein.

In der Zeit von Mai bis Dezember 2024 wurden 226 Patientinnen und Patienten in der Long-/Post-COVID-Sprechstunde behandelt. Für diese Sprechstunde gingen bis dato vollständige Anfragen von 949 Patientinnen und Patienten ein.

Für die UMG: Die Implementierung der Long-/Post-COVID-Ambulanz an der UMG ist in den barrierefreien Räumlichkeiten der kassenärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis in der Regeldienstzeit erfolgt. Die Ambulanz ist über den Eingangsbereich leicht erreichbar und zugänglich. In dem Zeitraum April bis Dezember 2024 wurden 97 Fälle behandelt. Ab Januar 2025 erfolgt eine Erweiterung der Ambulanz mit ärztlichem und nichtärztlichem Personal aus Drittmitteln des COVID-19 Forschungsnetzwerks Niedersachsen COFONI. Die aktuelle Warteliste beträgt 187 Fälle.

Die Implementierung eines Dienstes für Hausbesuche bei schwerstbetroffenen Patientinnen und Patienten ist bis dato nicht erfolgt. Hier erfolgt nach wie vor eine Delegation an den hausärztlichen Dienst oder die stationäre Versorgung in den verschiedenen Kliniken der UMG.

3. Welche Forderungen und Inhalte umfasst der Forschungsantrag der Medizinischen Hochschule Hannover an das Bundesministerium für Gesundheit, und welche Schritte sind zur Verbesserung der Versorgungsstruktur geplant?

Die MHH konnte beim Bundesministerium für Gesundheit erfolgreich 1,9 Millionen Euro für die ACCESS-Studie einwerben. In dieser Studie werden Patientinnen und Patienten mit einer schweren Verlaufsform des Post-COVID-Syndroms bzw. einer ME/CFS untersucht, die aufgrund ihrer Erkrankung keine Post-COVID-Ambulanz aufsuchen können. Die Bundesmittel wurden für den Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2028 bewilligt. Mit der Studie soll eine wichtige Forschungslücke geschlossen werden, da dieser Personenkreis in statistischen Erfassungen seltener oder gar nicht erfasst wird.

Zu den zu erforschenden Fragestellungen gehören

- die Krankheitshäufigkeit von Long-COVID, ME/CFS und vergleichbarer Symptomatiken mit einem Bell-Skala-Wert von 0 bis 30. Die Bell-Skala findet Anwendung auf das chronische Erschöpfungssyndrom und umfasst einen Wert von 100 (symptomfrei) bis 0 (bettlägerig). Alternativ findet der Post-COVID-Funktionsstatus Grad 4 Anwendung,

- die Charakterisierung der klinischen Leitsymptome der schweren Fälle,
- die Identifizierung von Risikofaktoren für die Entwicklung von schweren Fällen,
- die Durchführbarkeit und Wirksamkeit von Hausbesuchen durch multiprofessionelle Teams zur Diagnose bzw. Differenzialdiagnose und zur Entwicklung bzw. Umsetzung von Behandlungsstrategien,
- die Auswirkungen einer einjährigen monatlichen Onlineberatung auf die physische und psychische Gesundheit der Patientinnen und Patienten,
- die Auswirkungen einer einjährigen monatlichen Onlineberatung auf die Belastung von Pflegekräften und
- die Ermittlung der (Zusatz-)Kosten für die Überführung des Modells in die medizinische Praxis.

4. Welche Maßnahmen zur Schulung und Fortbildung von medizinischem und pflegerischem Personal bestehen aktuell, und welche sind geplant?

Es gibt eine Vielzahl von regelmäßig angebotenen Informations- und Fortbildungsmöglichkeiten zu Long-COVID und ME/CFS für Ärztinnen und Ärzte:

Das allen in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzten kostenfrei zur Verfügung gestellte Deutsche Ärzteblatt publiziert im medizinisch-wissenschaftlichen Teil regelmäßig wissenschaftliche Übersichtsartikel zum Thema.

Weiterhin bieten das Charité Fatigue Zentrum und das Chronische Fatigue Centrum für junge Menschen auf ihrer Homepage regelmäßig Fortbildungen und Informationsmaterial zum Umgang mit der Erkrankung ME/CFS an.

Das medizinische und pflegerische Personal der MHH und insbesondere der Long-/Post-COVID-Sprechstunde wird regelmäßig geschult. Eine Implementierung von Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen für ärztliches und nichtärztliches Personal zur Versorgung von Long-/Post-COVID- und ME/CFS-Patienten ist in Planung.

Die Ärztekammer Niedersachsen ÄKN plant im März 2025 ein Schwerpunktheft für alle 46 000 Ärztinnen und Ärzte zum Thema „Long-COVID/Post-COVID, PostVac, ME/CFS“ mit Perspektiven aus Wissenschaft, vertragsärztlicher Versorgung und Spezialambulanz.

Weiterhin stellt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen ein Onlinemodul zu Long-/Post-COVID und ME/CFS kostenfrei für alle in Niedersachsen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung.

Zur Fortbildung pflegerischen Personals: Da pflegerische Versorgung nicht ausschließlich krankheitsbezogen, sondern immer ganzheitlich den Menschen in seiner individuellen Lebenssituation mit seinen Bedürfnissen und krankheitsbedingten Einschränkungen betrachtet, ist es fachlich noch nicht angezeigt, für jedes einzelne Krankheitsbild spezielle Pflegeangebote vorzuhalten.

5. Welche Initiativen sind bei der Bereitstellung spezialisierter Beratungsangebote sowie aufsuchender medizinischer und telemedizinischer Angebote erkennbar, und welche sind geplant?

Im Rahmen der Förderung des COVID-19 Forschungsnetzwerks Niedersachsen untersuchen Forschende derzeit in 18 zum Teil interdisziplinären Teilprojekten die Langzeitfolgen der COVID-19-Pandemie unter anderem aus lebens-, daten- und sozialwissenschaftlicher Perspektive. Es ist zu erwarten, dass aus diesen bis zum 31. Dezember 2025 laufenden Projekten relevante Handlungsempfehlungen für die (tele-)medizinische Versorgung für ME/CFS resultieren.

Darüber hinaus weise ich nochmals auf die bereits angesprochene ACCESS-Studie der MHH hin, bei der schwerstbetroffene Personen betrachtet werden.

Zudem ist die MHH an einem Antrag zur postakuten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ME/CFS und verwandten Erkrankungen aus 2024 beteiligt, zu dem eine Auswahlentscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit derzeit noch aussteht.

Aussprache

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Wir hatten ja darum gebeten, die Unterrichtung, die wir in der 53. Sitzung am 5. Dezember 2024 entgegengenommen haben, noch zu vervollständigen, da die Perspektive insbesondere aus dem Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Wissenschaft und Kultur in Bezug auf die Universitätskliniken fehlte. Ich habe dazu mehrere Fragen.

Erstens. Sie haben mehrfach auf Studien hingewiesen, die zu Long-COVID und ME/CFS in Auftrag gegeben worden sind. Gibt es dabei auch eine Differenzierung? Werden dabei auch Patientinnen und Patienten mit einbezogen, die unter Impfschäden leiden? Sind diese Studien also auch auf Post-Vac-Patientinnen und -Patienten ausgerichtet?

Zweitens. Sie haben mehrere Zahlen und auch den aktuellen Stand der „Warteliste“ genannt. Zum einen haben Sie ausgeführt, dass zukünftig die Ressourcen so aufgebaut werden sollen, dass 500 Patientinnen und Patienten pro Standort - ich nehme an, das bezieht sich auf Göttingen und Hannover - behandelt werden können. Ich habe versucht, diese Zahl von 500 Patientinnen und Patienten in Relation zu den anderen Zahlen zu setzen, die Sie genannt haben, nämlich 226 behandelte Patientinnen und Patienten zwischen Mai und Dezember 2024 und 949 Anfragen von Patientinnen und Patienten. Das heißt, gut 700 Patientinnen und Patienten waren unterversorgt. Was ist da passiert? Auf der Warteliste sind aktuell 187 Patientinnen und Patienten. Es wäre schön, wenn Sie kurz noch einmal sortieren würden, wer gerade auf welcher Warteliste steht und unterversorgt ist, also noch auf Behandlung wartet.

Drittens. Sie haben schon die ACCESS-Studie angesprochen. Das ist, soweit ich das einordnen kann, ein sehr gutes Projekt, bei dem meines Wissens auch die Ärztekammer eingebunden ist. Dazu interessiert mich, ob der Personenkreis für diese Studie schon definiert ist und welche Vergleiche dort gezogen werden sollen. Sprich: Ambulante, häusliche oder telemedizinische Versorgung, was wird dort genau vorkommen?

Ich bitte Sie, uns im Nachgang auch noch den genauen Forschungsauftrag zukommen zu lassen.

Es ist super, dass die Ärztekammer jetzt auch in der Berichterstattung beteiligt ist. Sie haben für den März 2025 eine flächendeckende Sensibilisierung angekündigt. Das halte ich für sehr wichtig, um ME/CFS und alle damit verbundenen Themenbereiche bei den niedergelassenen Ärzten noch einmal ins Bewusstsein zu bringen, um auch Fehldiagnosen bzw. sicherlich aus Unwissenheit gestellten Diagnosen vorzubeugen.

Viertens. Gibt es auch Meldepflichten hinsichtlich dieser Erkrankungsbilder bzw. Symptomaten - vergleichbar zum klinischen Krebsregister -, um daraus auch Rückschlüsse ziehen zu können?

Fünftens. Inwiefern werden derzeit Off-Label-Medikationen bei der UMG und bei der MHH mit beobachtet und geprüft, um damit zur Linderung der Symptome und zur Therapie der Betroffenen beizutragen? Das gilt hoffentlich bald auch für den dritten Standort Oldenburg. Darauf bezieht sich ja auch der Entschließungsantrag.

RD'in **Kühnel** (MS): Zu der Zahl von 500 Patientinnen und Patienten jeweils an der MHH und UMG, die Bestandteil der Vereinbarung sind: An der MHH wurden bisher 226 Patientinnen und Patienten behandelt. Eingegangen waren aber Anfragen von 949 Patientinnen und Patienten. Dieses Delta von 723 Personen umfasst zum einen Personen, die noch auf der Warteliste stehen, und zum anderen Personen, für die Anträge eingegangen sind, die aber die Voraussetzungen zur Aufnahme an der MHH nicht erfüllen, die sozusagen schon wieder aus dem System heraus sind, und ferner auch Personen, die Anträge eingereicht haben, aber mittlerweile schon anderweitig versorgt werden konnten und deswegen nicht mehr auf der Warteliste stehen.

An der UMG in Göttingen wurden bis zum Oktober nur 97 Fälle behandelt. Das war dem Umstand geschuldet, dass man ursprünglich gedacht hat, dass es eine gute Idee ist, das in die barrierefreie Bereitschaftsdienstpraxis zu implementieren. Man hat dann aber in der praktischen Umsetzung festgestellt, dass man dort nicht so viele Patienten behandeln kann. Deswegen hat man jetzt auch die Ambulanz erweitert, räumlich anders aufgestellt und noch mit ärztlichem und nichtärztlichem Personal nachgesteuert, sodass nach den letzten Informationen, die wir haben, die UMG davon ausgeht, dass die aktuell bestehende Warteliste von 187 Fällen jetzt schnell abgearbeitet werden kann.

Meldepflichten bestehen nach meiner Kenntnis nicht. Deswegen haben wir dazu auch nicht aussagekräftige Zahlen.

Die Frage zum Einsatz von Off-Label-Medikationen nehme ich mit. Die Antwort darauf liefere ich nach.

stellv. RefL **May** (MWK): Bei den Zahlen ist auch zwischen Sichtungen und Behandlungen zu unterscheiden. Wie wir auch bei der Hotline sehen, die von AOK und MS für Ansprechpersonen betrieben wird, gibt es vielfach Personen, die vermuten, dass sie eine entsprechende Symptomatik haben, bei denen diese aber nicht vorliegt. Anzurechnen sind insofern die 226 Fälle. Tatsächlich bearbeitet wurden 949 Fälle. Dabei ist auch zu unterscheiden, dass die 226 Fälle abgerechnet werden können, die Sichtungsfälle jedoch nicht.

Mit Blick auf Göttingen ist darauf hinzuweisen, dass es ein Pilotverfahren ist, in dem natürlich einige Nachsteuerungsbedarfe identifiziert werden können. Da wir dank des COVID-19 Forschungsnetzwerks Niedersachsen dort auch sehr viele Synergien nutzen können, konnte dort in

Erkennung des Anpassungsbedarfs jetzt eine Umwidmung erfolgen, sodass die Leistungsfähigkeit des Standorts Göttingen nachhaltig verstärkt werden konnte und jetzt mit Nachdruck die Warteliste abgearbeitet werden kann und diese Personen zeitnah ein Beratungsangebot erhalten.

Zu der Frage zu den Studien und zur Differenzierung: Der Vorteil ist, dass es in den letzten Jahren gelungen ist, die unterschiedlichen Patientengruppen unter neuen Oberbegriffen näher zusammenzuführen. Wir haben zunächst immer beobachten müssen, dass gerade in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie die Betroffenen von Long- und Post-COVID und die bereits länger auf Behandlungsoptionen wartenden Betroffenen von ME/CFS in einer gewissen Konkurrenzsituation zueinander standen und diese die Bearbeitung dieses Themas erheblich erschwerte. Durch die Definition von zwei Symptomatiken - der sogenannten Post-Exertionellen Malaise und des Post-Acute Infection Syndromes - ist es gelungen, einen Oberbegriff zu finden, unter dem sich alle Betroffenen zu Hause finden, also sowohl Long-COVID als auch ME/CFS als auch Post-Vac. Da bei allen drei Krankheitsformen der verursachende Effekt noch unklar ist, die relevanten Biomarker unklar sind und die Diagnostik und Therapeutik unklar sind, ist ein gemeinsames Angehen dieser Themengebiete sehr relevant. Das sorgt auch dafür, dass, wenn eine Studie initial auf ein anderes Feld ausgerichtet ist, dies nicht bedeutet, dass die anderen Fälle nicht mit betrachtet werden.

Im Rahmen einer zunehmend personalisierten Medizin sind wir sehr stark in der Methodik und in der Technologie unterwegs, die sich in wesentlichen Fällen auch einer Übertragbarkeit anbieten. Wenn wir eine neue Methode im Bereich ME/CFS erproben, ist es also absolut naheliegend, dass das danach auf das sehr verwandte Long-COVID- oder Post-Vac-Syndrom Anwendung finden kann, sodass hier initial nicht davon auszugehen ist, dass Konkurrenzen zwischen den Studienparametern zu erwarten sind. Dazu erwarten wir aber auch aus dem COFONI-Netzwerk relevante Informationen. Wie Frau Kühnel bereits berichtet hat, richten sich 18 der 38 Projekte in COFONI auf das Thema Long-COVID und verwandte Syndrome sowohl in einer lebenswissenschaftlichen als auch in einer interdisziplinär-sozialwissenschaftlichen Perspektive, also beispielsweise auch die Frage der psychologischen Folgen, die natürlich eine hohe Relevanz haben. Zum Ende der Projekte - voraussichtlich Ende dieses Jahres - werden wir dazu sehr relevante Informationen erhalten.

Wir stellen auch fest, dass weiterhin neue Förderimpulse gesetzt werden, die dafür sorgen, dass wir auch Folgeprojekte nach Niedersachsen holen können. Die niedersächsischen Einrichtungen erweisen sich in diesen Ausschreibungen zum Beispiel des BMBF oder des BMG als sehr erfolgreich, wie insbesondere auch die ACCESS-Studie deutlich zeigt.

Hinsichtlich des Personenkreises bei ACCESS kann ich kurz aus dem Antrag zitieren: „Das Projekt wird in enger Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und Patienten, Pflegepersonen, Hausärztinnen und Hausärzten und Expertinnen und Experten aus Allgemeinmedizin, Innerer Medizin, Neurologie und Psychosomatik durchgeführt.“ Daran wird auch der Kreis der Betroffenen deutlich. Wir werden gerne noch einmal mit den Antragstellenden in Kontakt treten, inwieweit auch die Antragsdetails zur Verfügung gestellt werden können. Ich bitte um Verständnis, dass dem möglicherweise datenschutzrechtliche Aspekte entgegenstehen. Aber ich bin recht zuversichtlich, dass wir wenigstens eine kondensierte Fassung bereitstellen können, sodass der Arbeitsauftrag von ACCESS klar hervortritt und Ihre Fragen entsprechend beantwortet werden können.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung und die ergänzenden Ausführungen. Für uns ist es wichtig, dass möglichst viele Menschen eine qualifizierte Beratung und Behandlung bekommen können. Deshalb haben wir auch diesen Entschließungsantrag eingebracht. Wir haben neben den Behandlungsmöglichkeiten auch über ein Netzwerk nachgedacht. Ich freue mich, zu hören, dass das so gut funktioniert und dass sich so viele Betroffene dort melden können. Sie haben auch über die Fortbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte berichtet. Es ist ja wichtig, dass es mehr Menschen gibt, die qualifiziert sind. Insofern ist es auch gut, wenn über dieses Thema im Ärzteblatt publiziert wird, sodass sich die Ärztinnen und Ärzte damit beschäftigen können. Für uns wäre es auch wichtig, zu wissen, ob auch an diesem Netzwerk gearbeitet wird, um die Zahl der Betroffenen, die auch schon am Anfang eine qualifizierte Beratung bekommen, möglichst zu erhöhen.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Aussage, für manche Menschen sei eine aufsuchende Beratung gut. Inwieweit wird das jetzt schon durchgeführt? Wer kann davon schon profitieren? Oder ist das noch im Anfangsstadium?

Noch eine kurze Bemerkung: Ich finde es gut, dass Verhandlungen über eine Fortführung geführt werden. Ich bin aber immer davon ausgegangen, dass es deswegen, weil es die Richtlinie gibt, auch ein Behandlungsangebot geben muss. Wichtig ist aber für alle, die betroffen sind, dass es auf jeden Fall eine Möglichkeit zur Behandlung über das genannte Datum hinaus gibt.

RD'in **Kühnel** (MS): Zunächst zu der aufsuchenden Beratung: Das Pilotprojekt diente dazu, um in diesem einen Jahr zu sehen, wie das in der Praxis funktioniert. In Göttingen wurden ja die Erkenntnisse, die man dabei gewonnen hat, direkt umgesetzt. Man konnte dabei auch feststellen, dass es in größerem Umfang einen Bedarf gibt. Deswegen ist man jetzt dabei, wenn man die Sicherstellung, dass es weitergeht, geschafft hat, sich darüber Gedanken zu machen und das dann zu implementieren. Sowohl die UMG als auch die MHH sind jetzt bereits in Gesprächen, wie man das umsetzen kann.

stellv. RefL **May** (MWK): Zur Ergänzung: Die Abrechnungssätze unterscheiden sich sehr stark. In diesem Pilotvorhaben können pro Patientin bzw. Patient 800 Euro im Jahr angesetzt werden, weil auch ein relevanter Forschungsanteil darin enthalten ist. Die zum 1. Januar 2025 in Kraft getretene G-BA-Richtlinie hat aber Abrechnungsziffern, die sich im Volumen zwischen 15 und 25 Euro orientieren und dabei nur die Versorgungsseite abbilden, sodass ein Vergleich dieser beiden Formate eher herausfordernd ist. Die Informationen, die wir jetzt in dem verlängerten Pilotjahr sammeln, bringen sehr wesentliche Auskünfte für die langfristige Perspektive mit sich und werden damit die Einführung der G-BA-Grundlagen nachhaltig unterstützen.

Auch durch die ACCESS-Studie werden wir sehr wichtige Informationen bekommen, wie ein aufsuchendes Angebot aussehen kann, und zwar nicht nur aus der Perspektive der Betroffenen, sondern auch aus der Perspektive der Pflegekräfte. Zu erwarten ist, dass das den handelnden Personen gute Rückschlüsse gibt, wie ein solches Format gelingen kann, damit es auch den versorgerischen Bedarfen gebührend Rechnung tragen kann.

Zum Netzwerk möchte ich darauf verweisen, dass das MWK und das MS über wissenschaftliche Expertise im Rahmen des Long-COVID-Expertenrates bzw. des Long-COVID Round Table verfügen. Hierzu wurde ja auch schon im Dezember unterrichtet. Dort ist durch die Hinzuziehung von Kostenträgern, von Forschenden, aber auch von klinischen Vertretungen und von hausärztlichen

Vertretungen schon sehr stark ein Dialog im Gange. In dem Rahmen ist auch noch einmal zu prüfen, welche Modelle idealerweise für den stufenweisen Aufbau zwischen hausärztlicher Betreuung, fachärztlicher Betreuung und Maximalversorgung an den Standorten von MHH und UMG funktionieren. Dazu werden auch die COFONI-Projekte relevante Informationen bereitstellen. Deshalb mag es auch sinnvoll sein, diese Erkenntnisse in den Überlegungen zum Aufbau eines solchen Netzwerkes zu berücksichtigen, damit alle relevanten Akteurinnen und Akteure in geeigneter Art und Weise eingebunden werden, damit auch die Patientinnen und Patienten immer wissen, welche Ansprechpersonen ihnen zur Verfügung stehen und wie das funktioniert. Denn die Problematik ist ja, dass wir im Moment eher im Bereich der Erstberatung und der Diagnostik unterwegs sind, aber im Bereich der Therapieoptionen noch sehr begrenzte Möglichkeiten haben. Ich glaube, es ist im Rahmen von Netzwerken und der Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten auch von herausragender Bedeutung, dass wir am Ende nicht zu einer Situation kommen, wo es das Ziel ist, eine Beratung anzubieten. Das Ziel müssen eine verlässliche Diagnostik und ein funktionierendes therapeutisches Angebot sein.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Einige Fragen, die ich eigentlich stellen wollte, wurden mir schon vorweggenommen. Ein paar Fragen möchte ich aber noch stellen.

Meine erste Frage bezieht sich auf die aufsuchende Beratung, die, wie ich die Ausführungen verstanden habe, im Rahmen eines Forschungsprojektes untersucht wird. Die Umsetzung in der Fläche ist zwar im Blick, aber sie ist noch in der Stufe davor in der Erprobung, um sie danach hoffentlich direkt in die Praxis zu überführen, wie dies auch schon an anderen Stellen gelungen ist. Habe ich das so richtig verstanden?

Wir reden wir ja sehr viel über die MHH und auch über die UMG. Niedersachsen ist aber ein Flächenland, in dem der Nordwesten bisher relativ schlecht abgedeckt ist, wo wir aber mit der European Medical School die Voraussetzungen dafür haben, das Angebot auszuweiten, um auch dort die Wege sowohl für die Ärzt*innen als auch für Pflegekräfte und die Betroffenen ebenso wie die Wartezeiten zu verkürzen und eine bessere Verteilung im Land zu erreichen. Gibt es diesbezüglich schon jenseits dieses Antrags Überlegungen im Ministerium?

Eine weitere Frage vor dem Hintergrund der Perspektive der Betroffenen: Nach meinen Informationen ist in der Richtlinie des G-BA auch hinterlegt, dass es auch für Kinder und junge Menschen ein spezielles Angebot gibt. Wenn diese Information nicht zutrifft, bitte ich, das richtigzustellen. Wir reden ja jetzt immer nur von den Betroffenen, wissen aber, dass Kinder und junge Menschen eine besondere Perspektive haben und auch die Einbindung der Pädiater*innen vor Ort notwendig ist. Dazu interessiert mich der aktuelle Stand.

Ich finde es sehr gut, dass Sie betont haben, dass es um ein ganzheitliches Krankheitsbild geht und dass wir gerade eigentlich an einem anderen Stand sind - noch gar nicht so sehr im therapeutischen Bereich, sondern eher bei der Diagnostik und auf der Forschungsebene, aber natürlich mit dem Ziel der bestmöglichen Therapie für alle Betroffenen, in welcher Form auch immer, inklusive aller Angebote: aufsuchende Beratung, pflegerische Beratung, ärztliche Beratung über alle medizinischen Stufen hinweg. Das finde ich sehr gut. Das gilt auch für die schnelle Brücke von der Forschung in die Praxis in der Form, wie jetzt das Forschungsnetzwerk aufgestellt ist. Trotzdem stellt sich mir die Frage, wie wir erreichen können, dass es bei den Betroffenen ankommt, dass hier viel passiert. Denn sie haben immer wieder die Sorge, dass sie nicht gesehen

bzw. wahrgenommen werden, wenn sie auf einer Warteliste stehen und vielleicht nicht die Perspektive haben, wie lange es noch dauert, bis sie eine Behandlung bekommen. Wie können wir also erreichen, dass das noch etwas besser transportiert wird?

Ich habe auch noch eine Frage zu der Therapie. Sie sprachen schon von einem ganzheitlichen Krankheitsbild und davon, dass sich die Therapie an den verschiedenen Symptomatiken orientiert. Wie erfolgreich schätzen Sie es bisher ein, dass es dadurch schon zu einer Entlastung für die Betroffenen kommt, obwohl mitunter die Ursache nicht bekannt ist?

Meine Fragen waren relativ komplex. Ich erwarte nicht, dass Sie alle Fragen bereits beantworten können. Sie können die Antworten gegebenenfalls gerne nachreichen oder die Fragen einfach auch als Impulse mitnehmen.

stellv. RefL **May** (MWK): Zu der letzten Frage: Ich glaube, wir müssen bei den Erwartungshaltungen vorsichtig sein. Denn wie Sie richtig ausgeführt haben, haben die Betroffenen das Gefühl, dass sie nicht gesehen werden, dass ihre Symptomatik nicht anerkannt wird und dass sie keine Perspektive haben. Die drei Krankheitsbilder sind so komplex, dass sich gegenwärtig meines Erachtens noch keine belastbaren Einschätzungen anbieten, sowohl hinsichtlich der zeitlichen Perspektive als auch der Wirksamkeit von Therapieangeboten eine Aussage zu treffen. Pacing ist im Moment im Wesentlichen das therapeutische Angebot - mit sehr überschaubarer Begeisterung auch der Betroffenen hinsichtlich dieses therapeutischen Angebotes. Deshalb werbe ich um Verständnis dafür, dass das Erwartungsmanagement hier so niedrig wie möglich gehalten wird, um dann, sobald etwas vorliegt, wirklich kommunizieren zu können, dass etwas Belastbares und zur Linderung Beitragendes entwickelt worden ist, das nach und nach ausgerollt werden kann.

Auch die Kommunikation ist selbstverständlich eine zentrale Herausforderung. Daher ist es auch bedeutend, dass die Erstansprache über die Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt, sodass keine Unklarheit über Ansprechpersonen besteht. Das Ziel dieses Pilotprojektes ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die drei Ebenen hausärztliche, fachärztliche und Maximalversorgung so aufeinander abgestimmt werden können, dass keine Brüche erfolgen, dass auch die zeitliche Perspektive besser planbar wird und die Betroffenen wissen, dass sie nach einem Zeitraum X zumindest Zugang zu einem Angebot entweder jetzt im Rahmen des Pilotjahres oder im Rahmen der Abrechnungsmodalitäten der G-BA-Richtlinie bekommen.

Die aufsuchende Beratung ist im Moment ein noch zu klärender Aspekt. Frau Kühnel hat ja zur MHH ausgeführt, dass das durchaus als Option betrachtet wird. In Göttingen wird das aber etwas skeptischer betrachtet und ist eher noch die hausärztliche Versorgung im Prä. Ich halte es für vorstellbar, dass es auch ein Ergebnis des Pilotjahres sein wird, dass wir hier zu einer Bewertung kommen. Das ist auch wichtig, weil die ACCESS-Studie zwar ein großer Erfolg ist, aber mit der Durchführungsperspektive bis Ende 2028 zu erwarten ist, dass da auch ein gewisser Zeitverzug ist, bis Zwischenergebnisse aus diesem Projekt in die Entscheidungsfindung sowohl der Landesregierung als auch der Kostenträger hineinwirken können.

Zu Oldenburg: Es ist es natürlich immer eine Option, dass Angebote erweitert werden. Das MWK hat durchgängig über alle Indikationen ein großes Interesse daran, dass die medizinischen Fakultäten in Oldenburg, Hannover und Göttingen möglichst viele gemeinsame Initiativen starten und gemeinsam zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen. Auch hier ist zu erwarten, dass aus dem Pilotjahr ganz relevante Erkenntnisse erwachsen. Denn im Bereich der

aufsuchenden Hilfe, also bei den Schwerstbetroffenen, die ihr eigenes wohnliches Umfeld nicht verlassen können, wird die Relevanz der Abstände von 10 oder 100 km möglicherweise nicht so entscheidend sein, weil auch der kürzere Weg gegenwärtig nur bedingt darstellbar ist.

Spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche haben natürlich eine gewisse Relevanz. Wir haben aber bewusst die beiden Angebote in Hannover und Göttingen für alle Altersgruppen geöffnet. Im Vorlauf hatte das MWK aus eigenen Mitteln ein Forschungsprojekt zur Begleitung von Betreuungsangeboten für Kinder und Jugendliche gefördert. Das ist ausgelaufen. Die Ergebnisse liegen aber noch nicht abschließend vor.

Zusätzlich ist darauf zu verweisen, dass seit Mai letzten Jahres Göttingen der Sprecherstandort des Deutschen Zentrums für Kinder und Jugendgesundheit ist, in dem das Thema Seltene Erkrankungen eine relevante Rolle spielt. Es ist zu erwarten, dass im Wechselspiel zwischen COFONI, dem Deutschen Zentrum für Kinder und Jugendgesundheit und anderen Personenkreisen in diesem Handlungsfeld durchaus neue Erkenntnisse entstehen werden und dass ein sehr niedrigschwelliger Austausch durchgängig gewährleistet werden kann. Sollte noch eine zusätzliche Einbindung von Pädaterinnen und Pädatern erforderlich sein, wird das in diesem Rahmen sicherlich auch erkennbar sein und die Grundlage für etwaige Nachsteuerungsbedarfe ermitteln.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank auch von mir für die Ausführungen. Vielleicht haben Sie die Frage schon beantwortet und es ist nur bei mir untergegangen: Herr Uhlen von der CDU-Fraktion hatte Sie zu der Differenzierung zwischen Long- und Post-COVID und Post-Vac befragt. Ich bitte Sie, noch einmal darauf einzugehen, wie in diesem Forschungsprojekt diese drei Gruppen dargestellt werden.

Meine nächste Frage: Wir gehen ja von etwa 250 000 ME/CFS-Betroffenen in Deutschland aus. Sie haben erwähnt, dass es bei der MHH 949 Anfragen und bei der Universitätsmedizin Göttingen 187 Anfragen gegeben hat. Mit welcher Gesamtzahl muss man nach Ihrer Einschätzung in Niedersachsen rechnen?

Ich wüsste auch gerne, wie sich die Zahlen zwischen Erwachsenen und Kindern aufteilen.

Die Institutionen gehen davon aus, dass etwa 60 % der betroffenen Erwachsenen durch diese Erkrankung arbeitsunfähig sind. Wird in der Studie auch berücksichtigt, wer vor der Erkrankung in einem Arbeitsverhältnis war oder auch schon vor der Erkrankung nicht im Arbeitsprozess war?

So weit meine ersten Fragen. Später möchte ich noch weitere Fragen stellen.

stellv. RefL **May** (MWK): Zu der Differenzierung der drei Symptome: Wie ich ausgeführt habe, sorgt die Bündelung unter den Stichworten „Post-Exertionelle Malaise“ und „Post-Acute Infection Syndrome“ dafür, dass eine gewisse Gleichbehandlung der verschiedenen Symptomatiken möglich ist, weil sie vermutlich so ähnlich sind, dass bei den diagnostischen und später bei den therapeutischen Ansätzen ein ähnliches Vorgehen erfolgversprechend erscheint. Indem alle drei Symptome gleichzeitig bzw. austauschend berücksichtigt werden, wird genau dem vorgebeugt, was in der Anfangsphase der Pandemie als Risiko betrachtet wurde, nämlich dass die gesellschaftlichen Gruppen und die Betroffenengruppen gegeneinander ausgespielt werden, weil das Gefühl herrscht, dass für das eine Syndrom eine Forschungsperspektive existiert, für die andere jedoch nicht. Durch die personalisierte Medizin besteht jetzt auch die Chance, durch innovative

therapeutische, technologische und methodische Ansätze Konzeptentwicklungen voranzutreiben, die sich einer Übertragung auf andere Krankheitsbilder anbieten, sodass Fortschritte in einer der drei Symptomatiken durchaus auch eine Verkürzung der diagnostischen Forschungen am anderen Syndrom erwartbar machen.

Eine Schätzung der Zahl der Betroffenen ist äußerst herausfordernd. Dabei ist auch zu beachten, wo es Vermutungen der Betroffenheit gibt und wo es verlässliche Vordiagnostiken gibt. Das sehen wir auch an den Zahlen an der MHH: 949 Sichtungen und 226 Behandlungen. Daher ist gegenwärtig aus der Sicht des MWK noch keine abschließende Schätzung des mittel- und langfristigen Betroffenenbedarfs möglich. Es ist aber fortwährend das Ziel, diese Zahlen auch im Kontext des COVID-19-Forschungsnetzwerkes zu konkretisieren, um der versorgerischen Praxis und dem MS entsprechende Signale zu senden, damit dort die Planungsprozesse entsprechend gestaltet werden können. Denn für viele Prozesse sind einfach Vorläufe erforderlich. Je früher belastbare Zahlen verfügbar sind, desto besser ist es. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf die sehr schwankenden Zahlen von vermuteten Langzeitfolgen von COVID, die sich zwischen 2 und 10 % der Betroffenen bewegen. Allein diese Bandbreite zeigt, dass hier noch ein sehr erhebliches Maß an Unsicherheit besteht, das eine Langfristplanung erschwert.

Die AOK Niedersachsen hat unter anderem im Rahmen von COFONI und des Long-COVID Round Tables Daten erhoben und präsentiert, die genau das von Ihnen adressierte Thema berücksichtigen, nämlich die Frage, wo Arbeitsunfähigkeitserklärungen Indikatoren für schwere Verläufe bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind, inwieweit wir es nach der Erkrankung mit Personen aus dem Arbeitsfeld zu tun haben, wo diese Personen nach der Erkrankung möglicherweise aus dem Arbeitsleben ausscheiden, oder ob sie in das Arbeitsleben zurückkehren können. Das ist eine fortlaufende Statistik, die aber aufgrund ihrer Anlage über die Arbeitsunfähigkeitserklärungen relevante Bevölkerungsgruppen - gerade die von Ihnen angesprochenen Kinder und Jugendlichen, aber auch die Seniorinnen und Senioren - außerhalb des Erwerbslebens nicht abbildet und insofern mit einer gewissen Dunkelziffer verbunden ist.

Die Frage, wie bei den Behandlungsangeboten an MHH und UMG eine Differenzierung zwischen Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen möglich ist, nehmen wir gerne mit. Die Antwort liefern wir nach. Hier könnte es aber sinnvoll sein, erst einmal das Pilotjahr abzuwarten, um eine abschließende Feststellung vorzunehmen. Denn aufgrund der sehr unterschiedlichen Zahlen - 226 in Hannover, 97 in Göttingen - sind auch gewisse Verschiebungen zu erwarten und ist es möglicherweise nicht zielführend, wenn man von Zwischenzahlen Erwartungen ableitet, die sich in der Endbetrachtung als unzutreffend erweisen.

Abg. Delia Klages (AfD): Vielen Dank für diese ausführlichen Erläuterungen. Mir ist aber immer noch nicht klar, wie in diesem Forschungsprojekt zwischen Post-Vac, Long-COVID und Post-COVID unterschieden wird. Ist es überhaupt gewünscht, dass man diese drei Gruppen unterscheiden kann, ja oder nein?

stellv. RefL May (MWK): Ausdrücklich ja. Wir haben in den Prozessen klar festgestellt, dass es drei Gruppen sind, die erkennbare Behandlungsbedarfe haben und bei denen ein nicht adressierter klinischer Bedarf besteht. Betroffene von ME/CFS warten bereits eine wesentlich längere Zeit auf diagnostische und therapeutische Angebote. Ihnen hat sich einerseits durch die höhere Aufmerksamkeit durch die COVID-19-Pandemie, aber andererseits auch über die neuen Chancen, die die personalisierte Medizin bietet, eine Tür geöffnet, um dort Fortschritte zu erzielen.

Bei Long-COVID ist ein wesentliches Element, das sowohl den von Post-Vac als auch den von ME/CFS Betroffenen fehlt, die tagesgenaue Identifizierung des Auslösers. Bei Post-COVID können wir definieren, wann die COVID-Erkrankung gewesen ist, wann die COVID-Erkrankung beendet gewesen ist und dass es Folgeeffekte im Sinne von Long-COVID in den ersten zwölf Wochen nach der Erkrankung und auch Long-COVID darüber hinaus gibt. Bei ME/CFS wissen wir vielfach nicht, welche Infektionen ausschlaggebend für die Symptomatiken gewesen sind. Bei Post-Vac wissen wir auch nicht, wie lange nach der beanstandeten Impfung die Symptome aufgetreten sind. Dadurch wird es erschwert, zu identifizieren, welche diagnostischen und therapeutischen Biomarker für die Entwicklung von Therapieangeboten relevant sind. Das bedeutet, dass aufgrund der verfügbaren Daten die Wege zu einem diagnostischen und therapeutischen Angebot bei ME/CFS und teilweise bei Post-Vac länger sind als bei Long- und Post-COVID. Aber alle vom MWK initiierten Projekte behandeln diese drei Symptomatiken gleich, weil sie alle relevant sind und in allen drei Symptomatiken Patientinnen und Patienten bekannt sind, die unter erheblichen Beschwerden leiden und dringend auf Behandlungsangebote und therapeutische Angebote warten.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Gerade für die letzte Klarstellung bin ich sehr dankbar. Mit dem gemeinsamen Antrag der Fraktionen der CDU, der SPD und der Grünen, der der heutigen Unterrichtung zugrunde liegt, haben wir auch einen Grundkonsens in unserem Ziel, den Betroffenen unabhängig davon, aus welchem Hintergrund sie betroffen sind, gemeinsam ein Hilfeangebot zu machen und uns nicht darin zu verkämpfen, zu schauen, wer schuld daran ist, dass die Menschen betroffen worden sind. Das ist ganz zentral und auch die Intention, weshalb wir uns mit diesem Antrag gemeinsam interfraktionell auf den Weg gemacht haben. Es unterscheidet uns von denen, die an diesem Antrag nicht mitarbeiten, dass wir diese Schuldfrage ausklammern und gemeinsam schauen, wie wir den Menschen Hilfe zukommen lassen können.

In diesem Kontext habe ich noch eine Nachfrage. Die Wartelisten bis zu einer ersten Diagnostik oder Behandlung sind das eine. Das Zweite, was vielen Betroffenen Schwierigkeiten bereitet, ist die Wartezeit, bis irgendwann die Berichte eingehen, die man an den verschiedensten Stellen benötigt, um weitergehende Hilfen auch finanzieller Art bekommen zu können. Wie kann man diese Wartezeiten bis zu den endgültigen Berichten verkürzen? Von Betroffenen wird uns regelmäßig geschildert, dass manchmal verschiedenste Abteilungen innerhalb der Universitätskliniken die Berichte nicht transparent über Schnittstellen kommunizieren und dass manchmal anscheinend die eine Hand nicht genau weiß, was die andere tut, wodurch auch Berichte verzögert werden. Wie kann man das zusätzlich optimieren?

Sie haben auch darauf hingewiesen, dass es in der Versorgung immer wieder neue Erkenntnisse gibt. Deswegen gibt es diese Forschungsnetzwerke und Forschungsprojekte. Wie werden diese Erkenntnisse dann auch transportiert und in die Strukturen zum Beispiel auch innerhalb des Landessozialamtes implementiert? Wie schafft man es, dort dann auch neue Erkenntnisse über Diagnostiken beispielsweise in Verfahren zur Anerkennung von Impfschäden zu implementieren? Dort gibt es ja zurzeit auch Ablehnungen, die darauf begründet sind, dass es zurzeit keinen wissenschaftlich anerkannten kausalen Zusammenhang gebe. Diese Ablehnungen müssten ja im Hinblick auf zukünftige wissenschaftliche Erkenntnisse revidiert werden. Wie schafft man es, diese Erkenntnisse dann auch im Landessozialamt zu implementieren?

Sie haben auch Ausführungen über Kinder gemacht. Es gab ja die Spezialambulanz. Aus diesem Projekt sollte, wie Sie angedeutet haben, auch ein standardisiertes Diagnostikprogramm konkret

für betroffene Kinder und Jugendlichen und auch ein individualisiertes Therapieangebot hervor-
gehen. Hat sich das dadurch erledigt, dass Sie die Ambulanzen für alle Jahrgänge bzw. für alle
Altersgruppen geöffnet haben und nicht mehr die Altersgruppe 0 bis 18 Jahre spezifisch heraus-
greifen, oder gibt es innerhalb der Ambulanzen auch weiterhin ein besonderes Angebot für be-
troffene Kinder und Jugendliche?

Meine letzte Frage in dieser Runde: Wie ist die Zusammenarbeit auch mit Anbietern von Reha-
Angeboten? Es spielt ja gerade auch bei der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit eine große
Rolle, spezifische Reha-Angebote zu unterbreiten. Wie werden wissenschaftliche Erkenntnisse
aus den Universitätskliniken und Projekten in praktische Reha-Angebote auch in Niedersachsen
implementiert?

stellv. RefL **May** (MWK): Zu der letzten Frage: Im Bereich Reha-Medizin haben wir einen Riesen-
vorteil; denn der Sprecher des Long-COVID Round Table, Professor Dr. Bassler, ist gleichzeitig
Präsident der Wissenschaftlich-Medizinischen Allianz für Rehabilitation und damit auch Initiator
dieses Prozesses gewesen, sodass wir hier die Rehabilitationsmedizin von Beginn an sehr aktiv
mitgedacht haben. Ein wesentliches Ergebnis des Round Table war auch ein Ende 2022 zwischen
der AOK Niedersachsen und der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover vereinbartes Re-
habilitationsangebot, das genau diese Frage adressiert: Wie bekomme ich einen verlässlich di-
agnostizierten Fall in eine Reha-Betreuung? Dieses Vorbild aus Niedersachsen war so geeignet,
dass es im Nachgang auch in bundesweite Debatten integriert wurde, sodass ich glaube, fest-
stellen zu können, dass im Bereich Rehabilitationsmedizin und Anbindung alles geleistet werden
konnte, was hier naheliegend gewesen ist, und dass wir auch über die entsprechenden An-
sprechpersonen verfügen, wenn sich zum Beispiel aus COFONI neue Bedarfe ergeben sollten.
Dann könnten wir sehr niedrigschwellig Kontakte herstellen und nachschärfen. Das ist auch der
Natur geschuldet, dass am Long-COVID Round Table und im Leitungsgremium von COFONI teil-
weise Personenidentitäten vorliegen, sodass die Informationsflüsse zwischen beiden Institutio-
nen sehr gut funktionieren und gewährleistet ist, dass dort kein Zeitverzug eintritt.

Zum Thema Long-COVID Kids möchte ich noch einmal konkretisieren: Das war kein gesondertes
Versorgungsangebot, sondern die Begleitung eines existierenden Versorgungsangebotes mit ei-
nem speziellen Fokus auf Kinder und Jugendliche. Deshalb ist es erforderlich, dass man das
durchaus separiert. Die Versorgungsangebote an der MHH waren unabhängig davon, was aus
diesem Begleitforschungsprojekt erfolgt ist. Durch die anderen Maßnahmen, die im Nachgang
institutionalisiert wurden, inklusive Projekten von COFONI, wird auch vieles davon aufgefangen,
was dort initial angegangen wurde. Aufgrund des Volumens dieser ersten Studie und der sehr
kurzen Anlaufzeit des Antrages war die Aussagekraft überschaubar und ermöglichte in der nach-
folgenden und strukturierteren Ausschreibung eine umfassende, ganzheitlichere Betreuung,
wenn man bedenkt, dass wir jetzt bei den Langzeitprojekten zweieinhalb oder dreieinhalb Jahre
für die Betrachtung haben. Das liegt deutlich oberhalb dessen, was bei Long-COVID Kids möglich
gewesen ist. Das ist am Ende auch ein gewisser Lernprozess, wie wir in der Betrachtung dieser
Krankheitsbilder vorgehen können, weil wir ja auch zum Beispiel unter dem Stichwort „Gesund-
heitsdatennutzungsgesetz“ bei der Zusammenführung von lebens- und datenwissenschaftlichen
Expertisen und Quellen im Moment noch in einem Einführungs- und Entwicklungsprozess sind.
Auch aus diesem Prozess heraus gibt es für uns neue Impulse, wie wir hier nachschärfen und
weiterentwickeln müssen, um ein bestmögliches Versorgungsangebot und die Verbindung zwi-
schen Klinik und Forschung zu gewährleisten. Daher ist es auch von großer Bedeutung, dass in

Niedersachsen zum Beispiel Angebote der sogenannten Clinical Scientists immer stärker ausgerollt werden, die im Wesentlichen dadurch geprägt sind, dass diese Personen zu 49 % in der Forschung und zu 51 % in der Klinik tätig sind und dadurch auch ihre persönlichen Erkenntnisse sehr niedrigschwellig in die klinische Anwendung überführen können, ob es nun die stationäre oder die sektorübergreifende Versorgung ist.

RD'in **Kühnel** (MS): Die Antwort auf die Frage zu der Wartezeit bezüglich der Berichte werde ich nachreichen. Ich weiß nicht genau, wie der Ablauf ist und wo Optimierungspotenzial bestehen könnte. Das werde ich in Erfahrung bringen.

Zu der Frage bezüglich der Anerkennung von Impfschäden: Niedersachsen hat sich dazu entschieden, die Anträge auf Entschädigung wegen eines Impfschadens ruhendzustellen vor dem Hintergrund, dass wir noch abwarten wollen, wie sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterentwickeln, und weil nicht ausgeschlossen werden kann, dass im späteren Verlauf doch noch zugunsten der Betroffenen entschieden wird. Das Ruhendstellen wird angeboten; der Antragsteller ist aber nicht verpflichtet, das auch mitzumachen. Es gibt auch keinen Rechtsanspruch darauf. So sind wir bisher verfahren. Das hat uns das Landessozialamt dazu mitgeteilt.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Heißt das, dass auch bereits abgelehnte Anträge in diesen Ruhend-Zustand überführt werden können, auch Anträge, bei denen Widersprüche bereits abgelehnt worden sind?

RD'in **Kühnel** (MS): Nach meinem Kenntnisstand wird demjenigen, der den Antrag stellt, angeboten, zu entscheiden, ob er eine ablehnende Entscheidung haben möchte oder ob der Antrag ruhendgestellt werden soll. Mir ist nicht bekannt, ob das von Anfang an so gewesen ist. Wenn Sie das auch wissen möchten, werde ich gerne noch nach dem Zeitpunkt nachfragen.

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

Abg. **Constantin Grosch** (SPD): Vielen Dank für die Aufklärung, wie mit Daten bezüglich einer vorherigen Arbeitstätigkeit umgegangen wird. Ich glaube, es ist ganz wichtig, dass man damit sparsam umgeht, weil es schon eine sehr ernste Sache ist, gerade bei dem Thema ME/CFS Daten zusammenzuführen, zumal es ja leider immer noch Menschen gibt, die in der Öffentlichkeit in Zweifel ziehen, ob das eine real existierende Erkrankung ist. Insofern ist es, glaube ich, ganz wichtig, damit sehr vorsichtig umzugehen.

Ich habe eine konkrete Nachfrage zu der Situation von Patientinnen und Patienten mit ME/CFS, die auf Wartelisten stehen. Die Erkrankung hat ja nun mal zur Folge, dass das eine sehr schwierige Situation für die Betroffenen ist. Inwiefern wird diesen Personen auch psychologische Unterstützung angeboten? Wir wissen ja, dass leider auch die Suizidrate bei solchen Patientinnen und Patienten sehr hoch ist. Sie haben auch gesagt, dass sämtliche Angebote der MHH zur Verfügung stehen. Ich gehe insofern davon aus, dass konkludent auch psychologische Unterstützung gemeint ist. Ich bitte Sie, dazu noch ergänzend auszuführen.

stellv. RefL **May** (MWK): Zu Ihrer letzten Frage: Meiner Kenntnis nach umfasst das auch die psychologischen Betrachtungen. Das gilt insbesondere für Göttingen, wo bereits initial die psychotherapeutische Begleitung mit verankert gewesen ist. Das ist auch etwas, was zum Beispiel im COFONI-Forschungsnetzwerk von Beginn an mit berücksichtigt wurde. Im Long-COVID-Kontext

haben wir zwei Projekte, die sich bewusst auch den psychologischen und psychotherapeutischen Auswirkungen widmen und wichtige Erkenntnisse dazu bereitstellen. Zur Stunde sind in Göttingen gerade die sozialwissenschaftlichen Projekte von COFONI im Rahmen eines Workshops zusammengetroffen, um die Sachstände zu betrachten und einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Erkenntnisse niedrigschwellig in alle möglichen Akteurskreise translatiert werden können - sowohl in den klinischen Kontext als auch in die Entscheidungsfindungen der Kostenträger oder der Betroffenen-Organisationen. Auch das Thema Wissenschaftskommunikation spielt hier eine relevante Rolle. So hat beispielsweise Berthold Vogel vom Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut SOFI in Göttingen am Göttinger Literaturherbst teilgenommen und dabei eine COVID-spezifische Publikation präsentiert, sodass auch in diesem Rahmen bereits intensive Austausche erfolgen.

Zu Ihrer einführenden Bemerkung zur Arbeitswelt: Genau das ist die Fragestellung, die wir hier betrachten müssen, wie wir es hinbekommen, sowohl die Auswirkungen auf die Arbeitswelt abzubilden als auch dazu beizutragen, dass es keine weiteren Belastungen für die Betroffenen gibt, weil ihre Symptomatik nicht anerkannt wird und sie mit Anwürfen zu tun haben müssen. Deshalb ist auch eines der COFONI-Projekte darauf ausgerichtet, wie die Betriebsmedizin im Rahmen von Long-COVID zu betrachten ist und welche Handlungsempfehlungen hier abzuleiten sind. Wir haben zusätzlich im Long-COVID Round Table auch die Betriebsmedizin aus unternehmerischer Sicht mit abgebildet, sodass auch da die Kommunikationswege so kurz wie irgend möglich bestehen. Es gibt natürlich auch eine weitere Offenheit, zu prüfen, wo das möglicherweise noch erweitert werden kann, wenn zusätzliche Erkenntnisse entweder aus Forschungssicht entstehen oder aus Betroffenen-Expertise Hinweise an die Forschung gerichtet werden, dass ein Bedarf noch nicht hinreichend adressiert wurde.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Im englischsprachigen Raum wird ja seit mehr als 30 Jahren zu diesen Krankheitsbildern geforscht. Die von Ihnen mehrfach angesprochenen Biomarker hat man immer noch nicht gefunden. Was unterscheidet die niedersächsische Forschung von den Forschungsergebnissen, die bereits seit 30 Jahren bestehen?

Zweitens. Wenn ich im Internet das Netzwerk COFONI aufrufe, dann sind dort keine englischsprachigen Bereiche vorgesehen. Die Frage ist: Warum nicht? Ist das dort nur nicht aufgeführt? Gibt es doch Netzwerkarbeit in diesem Bereich?

stellv. RefL **May** (MWK): Wir haben, wie auch initial ausgeführt, durch die Entwicklung der zunehmend personalisierten Medizin einfach neue Handlungsoptionen, die uns noch vor zehn Jahren nicht bereitstanden. Hinzu kommen ganz erhebliche Weiterentwicklungen im Bereich der medizinischen Bildgebung. In diesem Zusammenhang kann aus niedersächsischer Sicht auch auf unseren Nobelpreisträger Stefan Hell verwiesen werden, der gerade auch in diesem Bereich hochaktiv und erfolgreich gewesen ist. Zudem haben wir in Göttingen mit Multiscale Bioimaging ein Exzellenzcluster, das gerade in der Bildgebung und Mikroskopie weitere Fortschritte erzielt, um noch tiefer in die Zelle hineinschauen und kleinere Zellelemente identifizieren zu können. In den Forschungen in den letzten Jahrzehnten ist vielfach der Frage nachgegangen worden: Wie viel kann man erkennen? Wie viel kann man nachvollziehen? Wie kann man auch verschiedene Zelltypen differenzieren, um die nötigen Ergebnisse zu erzielen? Das ist kein abgeschlossener Prozess. Die Verfeinerungen werden auch weiter fortschreiten. Deshalb werden die Fragestellungen, die in den letzten Jahrzehnten adressiert wurden, jetzt noch einmal neu aufgerufen werden können, um zu untersuchen, ob mit den neuen Methoden und neuen Technologien neue

oder andere Erkenntnisse erzielt werden können. Deshalb habe ich zuvor auch darauf verwiesen, dass sich durch die Übertragbarkeit von Indikationen neue Türen eröffnen können. Wenn man nämlich bei einer Infektionskrankheit feststellt, dass ein neuer technischer Ansatz neue vertiefte Ergebnisse bringt, dann ist der Weg zur Anwendung auf eine andere Indikation - auch die hier heute in Rede stehenden - wesentlich leichter. Denn das, was uns ja auch bei der Impfstoffentwicklung zu COVID-19 geholfen hat, waren die sehr tiefgreifenden Vorarbeiten sowohl in Deutschland als auch in Niedersachsen, die den Weg der Translation von der Grundlagenforschung in die anwendungsorientierte Forschung und die klinische Anwendung verkürzt haben.

Der internationale Austausch findet kontinuierlich statt. Da das COVID-19 Forschungsnetzwerk Niedersachsen aus niedersächsischen Steuergeldern finanziert wurde, besteht selbstverständlich ein hohes Interesse, dass dort überwiegend niedersächsische Forschende eingebunden und angebunden sind. Das begrenzt aber auf keinen Fall den internationalen Austausch. Gerade der Long-COVID Round Table wurde intensiv genutzt, um auch die internationale Forschungslandschaft zu sichten, sich daraus ergebende Rückschlüsse zu diskutieren und zur Fokussierung von neuen Forschungsaufträgen heranzuziehen. Das hat zum Beispiel dazu beigetragen, dass die im Februar 2023 veröffentlichte und bereits im Juni 2023 entschiedene Liste der Long-COVID-Projekte, der interdisziplinär zu betrachtenden Projekte sehr stark von den Beratungen im Long-COVID Round Table unter massiver Berücksichtigung der internationalen Forschungsergebnisse profitiert hat. Dazu trägt auch die Veränderung des Publizierens bei - Stichwort „Open Access“ -, weil damit einfach die Zeiten zwischen Ergebnissicherung und Publikation verkürzt worden sind, weil die eigentlich in der Wissenschaft üblichen Review-Prozesse im Rahmen der Pandemie verkürzt wurden, um gerade die Translation der Ergebnisse in die klinische Praxis zu verkürzen. Nach Überwindung der Pandemie sind diese Prozesse wieder auf das Vorniveau zurückgeführt worden. Aber in der Pandemie, vor allem in den Jahren 2020 bis 2023, ist es gelungen, solche Ergebnisse sehr schnell auch international zu teilen. Das musste natürlich auch dazu beitragen, dass die in der Pandemie nicht stattfindenden internationalen Kongresse kompensiert werden konnten. Denn die Wissenschaft lebt ja insbesondere vom Austausch. Wenn drei Jahre lang wissenschaftliche Kongresse nicht stattfinden können, sind natürlich sowohl der Austausch über Ergebnisse als auch die Anbahnung neuer Projekte herausfordernd. Hierzu hat aber einerseits die Einführung von Videokonferenztechnik und anderer Formate beigetragen, aber auch die massive Vereinfachung von Publikationen.

Wenn man sich die Publikationen auch des COVID-19 Forschungsnetzwerkes anschaut, sieht man, dass sehr viele international renommierte Publikationen erfolgt sind, sodass nicht nur eine Rezeption internationaler Forschung durch Niedersachsen erfolgte, sondern vieles, was Niedersachsen nach außen getragen hat, hat dort die Prozesse intensiv beeinflusst. Gleichzeitig haben wir auch das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM), koordiniert von der Charité, das alle Universitätsmedizinen Deutschlands im Jahr 2020 zusammengeführt und das Thema Pandemie-Prävention in den ersten beiden Förderphasen zentral in den Vordergrund gerückt hat. Auch in dem Austausch zwischen dem NUM und COFONI sind genau diese internationalen Perspektiven intensiv eingebunden worden.

Am Ende gilt auch, dass Forschung international ist. Ein großer Teil von Forschenden, die zum Beispiel am Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig, an der MHH oder an der UMG tätig sind, hat einen internationalen Forschungshintergrund. Sie bringen damit auch vielfältige Expertisen nach Niedersachsen bzw. bringen Expertisen aus Niedersachsen in die

Welt, sodass die Vernetzung dort bestmöglich funktioniert und in vielen Bereichen schlicht und greifend vorbildlich für andere Indikationen sein könnte, in denen die Vernetzung sowohl transdisziplinär als auch international vorangetrieben werden soll, damit wir auch den Transfer von der Forschung in die Klinik und in die Wirkstoffentwicklung so kurz wie irgend möglich gestalten können, damit die Patientinnen und Patienten krankheitsunabhängig so schnell wie möglich eine belastbare diagnostische, aber auch therapeutische Option erhalten.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die umfangreiche Unterrichtung, die es jetzt von den Fraktionen auszuwerten gilt.

Tagesordnungspunkt 2:

Selbstbestimmte Schwangerschaft - Beratungs- und Versorgungsstrukturen in Niedersachsen weiter verbessern

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5324](#)

erste Beratung: 49. Sitzung am 27.09.2024
AfSAGuG

zuletzt behandelt: 52. Sitzung am 28.11.2024

Beratung

Abg. **Karin Emken** (SPD) ruft in Erinnerung, dass die Fraktionen bereits in der 49. Sitzung des Landtags am 27. September 2024 ihre Standpunkte eingehend dargelegt hätten. Im Folgenden habe auch eine breite Diskussion in den Medien stattgefunden. Die SPD-Fraktion habe in diesem Zusammenhang auch Gespräche mit mehreren Organisationen geführt, unter anderem mit pro familia, dem Hebammenverband Niedersachsen und dem Landesfrauenrat. Die Rückmeldungen von ihnen seien ausschließlich positiv gewesen.

Die umfassende Unterrichtung des Ausschusses durch die Landesregierung in der 52. Sitzung am 28. November habe deutlich gemacht, dass es kein Erkenntnisdefizit gebe, sondern dass jetzt die Zeit zum Handeln sei. Dabei sei auch bestätigt worden, dass es gut sei, die Aufklärung und Beratung zur Pränataldiagnostik zu verbessern, die ambulante Hebammenversorgung zu unterstützen und vor Ort passgenaue Angebote mit den Hebammenzentren oder hebammengeleiteten Institutionen weiterzuentwickeln. Fortschritte sollten auch dahin gehend erzielt werden, Kinderwunschbehandlungen bis zum Alter von 45 Jahren diskriminierungsfrei zu gestalten. Wichtig sei aus der SPD-Fraktion auch, baldmöglichst die Schwangerschaftskonfliktberatung online mit Ausstellung des Beratungsscheins zuzulassen. Des Weiteren ziele der Antrag darauf, die wohnortnahe und medizinische Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch zu verbessern. Dazu gehöre aus der Sicht der SPD-Fraktion zwingend die Streichung des § 218 StGB. Dies sei in der noch laufenden Legislaturperiode des Deutschen Bundestages nicht gelungen. Sie halte aber an der Forderung gegenüber der Landesregierung fest, sich auch gegenüber der neuen Bundesregierung dafür einzusetzen, weil dies eine wichtige Grundlage dafür sei, die Versorgung zu verbessern.

Die Abgeordnete spricht sich dafür aus, die Beratung des Antrags in der heutigen Ausschusssitzung abzuschließen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE) schließt sich den Ausführungen und dem Verfahrensvorschlag der Abg. Emken an. Die Abgeordnete verweist in diesem Zusammenhang auch auf aktuelle Berichte in den Medien, nach denen Schwangere Schwierigkeiten hätten, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden, die oder der Schwangerschaftsabbrüche durchführe, und dass in diesem Bereich regional große Unterschiede beständen. Vor diesem Hintergrund sollten die im Antrag aufgeführten Maßnahmen nun in die Umsetzung gebracht werden.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU) führt an, dass aus der Sicht der CDU-Fraktion in einigen Bereichen noch Informations- und Beratungsbedarf bestehe. Sie würde einigen Punkten in dem Antrag der Fraktionen der SPD und der Grünen gerne noch differenzierter nachgehen, beispielsweise hinsichtlich der medizinischen Versorgung, und sich im Ausschuss auch gerne noch mit Expertinnen und Experten austauschen, um noch weitere Informationen unter anderem aus der Ärzteschaft zu gewinnen. Noch nicht hinreichend geklärt sei beispielsweise die Frage, ob im niedersächsischen Landesrecht überhaupt die Möglichkeit bestehe, Änderungen zu erreichen, oder ob dies der Selbstverwaltung der Ärzteschaft obliege. Ein solch umfassendes Bild böte den Vorteil, dass die Versorgungslage in Niedersachsen tatsächlich verbessert werden könnte, anstelle lediglich einer Absichtserklärung, irgendwie Verbesserungen erreichen zu wollen. Vor diesem Hintergrund werde sich die CDU-Fraktion bei der Abstimmung über den Antrag der Stimme enthalten.

Abg. **Delia Klages** (AfD) stimmt der Kritik der Abg. Hopmann zu und erklärt, dass auch aus der Sicht der AfD-Fraktion noch Beratungsbedarf bestehe, sodass sie konsequenterweise den Antrag der Fraktionen der SPD und der Grünen ablehnen werde.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfiehlt dem Landtag, den Antrag in unveränderter Fassung anzunehmen.

Zustimmung: SPD, GRÜNE

Ablehnung: AfD

Enthaltung: CDU

Tagesordnungspunkt 3:

Schutz für Kinder in den sozialen Medien stärken - Gefahren des Influencer-Marketings entschlossen begegnen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/6282](#)

erste Beratung: 59. Sitzung am 31.01.2025

federführend: AfSAGuG

mitberatend: UVerbrSch

Beratung

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) regt an, die Landesregierung zunächst um eine Unterrichtung zu den im Antrag geforderten Maßnahmen zu bitten.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU) schlägt vor, dass sich die Unterrichtung durch die Landesregierung nicht lediglich auf die im Antrag vorgeschlagenen Änderungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes beschränken, sondern darüber hinaus auch auf die Gesundheitsgefahren beziehen sollte, die von sozialen Medien für Kinder und Jugendliche ausgingen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) hält es für sinnvoll, sich mit diesen Gefahren zu befassen, die auch in der Debatte im Plenum zum Ausdruck gekommen seien. Da dieses Thema jedoch sehr umfangreich sei, sollte die CDU-Fraktion ihre Fragen dazu präzisieren.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) verweist darauf, dass diese Gefahren auch in der Nr. 4 des Antrags und in der schriftlichen Begründung des Antrags thematisiert würden. Wenn sich die Unterrichtung durch die Landesregierung darüber hinaus auf weitere Aspekte erstrecken sollte, sollte die CDU-Fraktion ihre Fragen konkretisieren.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zu dem Antrag.

Tagesordnungspunkt 4:

Verlässliche Arzneimittelversorgung in Niedersachsen endlich herstellen

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/6276](#)

Erste Beratung: 59. Sitzung am 31.01.2025

federführend: AfSAGuG

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

Beratung

Abg. **Delia Klages** (AfD) spricht sich dafür aus, zunächst die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag der Fraktion der AfD zu bitten. In diesem Zusammenhang hebt die Abgeordnete hervor, dass die Landesregierung im vergangenen Jahr eine Verordnung erlassen habe, um den Markt für Medikamente zu öffnen, die eigentlich nicht für den deutschen Markt hergestellt und zugelassen worden seien.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zu dem Antrag.

Tagesordnungspunkt 5:

Notruf aus den Kliniken - Rettung statt Schließung

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/6277](#)

Beratung: 59. Sitzung am 31.01.2025

federführend: AfSAGuG

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

Beratung

Abg. **Eike Holsten** (CDU) schlägt vor, zunächst die Landesregierung um eine zeitnahe Unterrichtung zu diesem Antrag zu bitten. Unter Hinweis auf die Notrufe seitens der Kliniken wegen ihrer angespannten finanziellen Situation, die ein Signal dafür seien, dass Gefahr im Verzug sei, gibt der Abgeordnete zu überlegen, unmittelbar mit einer Anhörung zu dem Antrag zu beginnen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) spricht sich dafür aus, zunächst das Ergebnis der Unterrichtung durch die Landesregierung abzuwarten und noch nicht über eine Anhörung zu beschließen. In diesem Zusammenhang bringt die Abgeordnete zum Ausdruck, dass das Ministerium nach ihrem Eindruck gut aufgestellt sei und immer dann, wenn es zu einer akuten Notsituation gekommen sei, einen intensiven Austausch mit den betreffenden Kliniken geführt habe, um zu vermeiden, dass es zu Klinikschließungen und zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung komme.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) schließt aus den Ausführungen der Abg. Schüßler, dass das Ministerium wohl regelmäßig Gespräche mit von einer Insolvenz bedrohten Kliniken führe. - Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) legt Wert auf die Feststellung, dass diese Schlussfolgerung nicht zutreffe. In den Fällen, in denen sie von finanziellen Problemen einer Klinik erfahren habe, sei das Ministerium in einen intensiven Austausch eingetreten. Ob es viele Fälle seien, sei ihr nicht bekannt.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zu dem Antrag.

Tagesordnungspunkt 6:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zur Finanzierung und Umsetzung des Krankenhaustransformationsfonds

Die Tagesordnung für die heutige Sitzung war kurzfristig um den Antrag der CDU-Fraktion vom 12.02.2025 erweitert worden, „dass die Landesregierung den Ausschuss in einer seiner nächsten Sitzungen über die Finanzierung und Umsetzung des Krankenhaustransformationsfonds unterrichtet, da demnächst im Bundesrat über die Rechtsverordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich entschieden werden soll“.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) bittet darum, die Unterrichtung durch die Landesregierung zeitnah auf die Tagesordnung zu setzen.

Beschluss

Der **Ausschuss** nimmt den Antrag der CDU-Fraktion auf Unterrichtung durch die Landesregierung in einer der nächsten Sitzungen einvernehmlich an.
