

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

über die 64. - öffentliche - Sitzung

des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit

und Gleichstellung

am 12. Juni 2025

Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes (Helfergleichstellungsgesetz)**
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/3367](#)
Mitberatung 5
2. **Unterrichtung durch den Niedersächsischen Landesrechnungshof zu seinem Positionspapier „Transformationspfad konsequent beschreiten - Potenziale und Chancen der Krankenhausreform für Niedersachsen nutzen“**
Unterrichtung 7
Aussprache 10
3. **Vorstellung des Landespflegeberichts 2024** 14
Aussprache 28
4. **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](#)
Anhörung
- Prof. Dr. Nils Schneider und Dr. Vega Gödecke, Medizinische Hochschule Hannover 34
- Dr. Walter Weber, Facharzt für Innere Medizin, Hamburg 42

- Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen, Charité Universitätsmedizin Berlin.....	44
- Prof. Dr. Bernhard Schieffer, Universitätsklinikum Gießen/Marburg	49
- AOK Niedersachsen	55
- Präsidentin Dr. Martina Wenker, Ärztekammer Niedersachsen.....	61
- Lost Voices Stiftung, Hannover	67
- Post Vac Selbsthilfegruppe Osnabrück.....	74
 5. Für ein menschenwürdiges Leben - Strategien zur Bekämpfung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit in Niedersachsen	
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/6528	
Fortsetzung der Beratung.....	84
Beschluss.....	85
 6. Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Fall einer psychiatrischen „Drehtürpatientin“ und zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen	
Beschluss.....	86
Unterrichtung	86
Aussprache	90
 7. Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Personalausfall in der Seniorenresidenz der Alloheim-Kette in Bramsche	
Beschluss.....	94
 8. Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung über den Anstieg der gemeldeten Behandlungsfehler in Niedersachsen	
Beschluss.....	95

Anwesend:**Ausschussmitglieder:**

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD)
3. Abg. Marten Gäde (per Videokonferenztechnik zugeschaltet, ab 14:00 Uhr vertreten durch den Abg. Ulf Prange) (SPD)
4. Abg. Andrea Prell (SPD)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Laura Hopmann (CDU) (ab 14:00 Uhr per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Swantje Schendel (zu TOP 4 vertreten durch die Abg. Dr.in Tanja Meyer) (GRÜNE)
13. Abg. Eva Viehoff (GRÜNE)
14. Abg. Delia Klages (AfD)

Als ZuhörerIn oder Zuhörer (§ 94 GO LT):

Abg. Christoph Eilers (CDU) (bis 13:00 Uhr)

Abg. Vanessa Behrendt (AfD) (bis 13:00 Uhr)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialrat Dr. Miller (zu TOP 1).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10:15 Uhr bis 13:00 Uhr, 14:00 Uhr bis 17:18 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 63. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes (Helfergleichstellungsgesetz)

Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/3367](#)

erste Beratung: 31. Plenarsitzung am 07.02.2024

federführend: AfluS

mitberatend: AfRuV, AfSAGuG

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

Mitberatung

MR **Dr. Miller** (GBD) berichtet, der Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU sei im Februar 2024 vor dem Hintergrund des Weihnachtshochwassers 2023/2024 in den Landtag eingebracht worden. Der federführende Ausschuss für Inneres und Sport habe im Juni 2024 eine größere mündliche Anhörung zu dem Gesetzesentwurf durchgeführt und im Mai 2025 schließlich mit den Stimmen der Ausschussmitglieder der Fraktionen der SPD und der Grünen gegen die Stimmen der Ausschussmitglieder der Fraktion der CDU - bei Stimmenthaltung des Ausschussmitglieds der Fraktion der AfD - den Beschluss gefasst, dem Landtag die Ablehnung des Gesetzesentwurfs zu empfehlen. Der Vertreter der Fraktion der AfD habe sich dafür ausgesprochen, den Gesetzesentwurf noch weiter zu beraten. Die anderen Fraktionen hätten demgegenüber dafür plädiert, zu einem Abschluss zu kommen.

Der Gesetzesentwurf betreffe im Kern die Frage, wie die ehrenamtlichen Helfer im Katastrophenschutz zu behandeln seien. Dafür gebe es bislang unterschiedliche Rechtsgrundlagen. Vonseiten der Koalitionsfraktionen sei insbesondere auf das zwischenzeitliche Handeln beispielsweise bei der Ergänzung des Rettungsdienstgesetzes um eine Vorschrift über die Wasser- und Bergrettung hingewiesen worden, bei der es auch freiwillige Helferinnen und Helfer gebe, die nun, was Freistellungen und Entschädigungen angehe, auch dem Katastrophenschutzrecht unterfielen. Ferner hätten sie auf Informationsschreiben verwiesen, die vom Innenministerium im Sommer 2024 erarbeitet und verteilt worden seien, weil es insbesondere bei der Umsetzung der bisherigen Regelungen gehapert habe. Vonseiten der CDU-Fraktion sei hingegen weiterhin vorgeschlagen worden, ein die verschiedenen Regelungen zusammenfassendes Gesetz zu beschließen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) erklärt sich bereit, die Mitberatung des Gesetzesentwurfs in der heutigen Sitzung abzuschließen. Er hebt hervor, dass im Rahmen der Beratungen im federführenden Ausschuss für Inneres und Sport deutlich geworden sei, dass es bei der Ausführung der gesetzlichen Regelungen auch heute immer noch hapere und es durchaus sinnvoll wäre, eine gesonderte Regelung im Sinne des Gesetzesentwurfs der CDU-Fraktion zu treffen, um alle Mitglieder der Blaulicht-Familie bei den Entschädigungen ausreichend zu adressieren. Seitens der Mehrheitsfraktionen sei dies jedoch leider nicht gewollt.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) spricht sich ebenfalls dafür aus, die Mitberatung in der heutigen Sitzung abzuschließen. Sie plädiert dafür, sich dem Votum des federführenden Ausschusses an-

zuschließen. Die Gründe, die zu der Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses geführt hätten, den Gesetzentwurf abzulehnen, seien vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst hinreichend klargemacht worden.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) erklärt, dass sie sich dem Votum des federführenden Ausschusses anschließe. An die CDU-Fraktion richtet sie in diesem Zusammenhang die Empfehlung, eine Klärung dahin gehend herbeizuführen, wann bei Umsetzungsproblemen gesetzliche Regelungen notwendig seien und wann nicht. Zumindest den Abg. Thiele habe sie bei anderer Gelegenheit anders verstanden. Entscheidend sei aus ihrer Sicht, an der Umsetzung anzuknüpfen.

Beschluss

Der - mitberatende - **Ausschuss** schließt sich dem Votum des - federführenden - Ausschusses für Inneres und Sport an, dem Landtag die Ablehnung des Gesetzentwurfs zu empfehlen.

Zustimmung: SPD, GRÜNE

Ablehnung: CDU

Enthaltung: AfD

Tagesordnungspunkt 2:

Unterrichtung durch den Niedersächsischen Landesrechnungshof zu seinem Positionspapier „Transformationspfad konsequent beschreiten - Potenziale und Chancen der Krankenhausreform für Niedersachsen nutzen“

*Das Positionspapier des Landesrechnungshofs ist den Ausschussmitgliedern vorab per E-Mail vom 2. Juni 2025 zugeleitet worden und dieser Niederschrift als **Anlage 1** beigelegt.*

Unterrichtung

MDgt'in **Haack** (LRH): Vielen Dank, dass ich die Gelegenheit habe, dem Ausschuss das Positionspapier des Landesrechnungshofs „Transformationspfad konsequent beschreiten - Potenziale und Chancen der Krankenhausreform für Niedersachsen nutzen“ vorzustellen, hinter dem der gesamte Senat des Niedersächsischen Landesrechnungshofs steht. In meinen folgenden Ausführungen möchte ich die wichtigsten Erkenntnisse zusammenfassen.

Wir alle hier wissen, wie wichtig Krankenhäuser sind und wie überlebenswichtig sie mitunter sind, und wir alle hier nehmen diesen Stellenwert der stationären Krankenversorgung sehr ernst. Auf die Details und Einzelheiten sowie die Strukturen zur stationären Krankenversorgung gibt es aber durchaus verschiedene Perspektiven. Gesundheitspolitische Ziele, Qualität, Effizienz, Nachhaltigkeit, Partizipation und sozialer Frieden stehen in einem Zielkonflikt. Dieser Zielkonflikt spiegelt sich bei der Krankenhausgesetzgebung, der Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung auch bei uns in Niedersachsen wider. Auf Details unserer Krankenhauslandschaft blickt man landespolitisch anders, als es bundespolitisch möglich ist. Die Bürgermeisterin einer niedersächsischen Kleinstadt oder eine Landrätin blickt noch einmal anders auf „ihr“ Krankenhaus, als es die Pflicht für die Landesplanungsbehörde oder eine gesetzliche Krankenkasse ist. Deswegen braucht es den gesellschaftlichen und parlamentarischen Diskurs über Ziele, Werte, Prioritäten und deren Gewichtung. Es braucht ihn über alle betrauten politischen Ebenen, gerade in Bezug auf Krankenhäuser und erst recht bei einem so filigranen Finanzierungssystem wie demjenigen für unsere Krankenhäuser. Diesen Diskurs braucht es, und es gab ihn.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz hat schließlich eine seit Jahren auf Bundesebene diskutierte Krankenhausreform eingeleitet. Zusammen mit dem Krankenhaustransparenzgesetz ist das nun der abgesteckte Weg, der Transformationspfad hin zu einer auch künftig bedarfsgerechten Krankenhausstruktur - eine Transformation, die notwendig ist, um dauerhaft die flächendeckende Versorgung unserer Bevölkerung sicherzustellen. Denn Spitzenmedizin im Krankenhaus nebenan sofort, jederzeit, bezahlbar für alle, auch für künftige Generationen, das ist nicht mehr ohne Weiteres finanzierbar.

Die moderne Medizin erzielt kontinuierlich Fortschritte und macht immer mehr möglich. Sie stellt stetig neue personelle, medizinische, infrastrukturelle und informationstechnische Anforderungen. Stets sind das auch Kosten. Gleichzeitig fehlen uns dafür zusehends Finanzierungsmöglichkeiten und wirtschaftspolitische Handlungsspielräume.

Realität ist eine zudem demografisch gewandelte Gesellschaft mit wachsenden Investitions- und Veränderungsbedarfen. Wer unter diesen Rahmenbedingungen heute in einen bestimmten

Krankenhausstandort investieren will, wer Investitionsentscheidungen für Gebäude, Medizintechnik oder IT trifft, der braucht eine besondere Weitsicht. Denn wegen der langen Zeiträume, der Kapitalbindung, wegen hoher Investitionssummen und der Verkettungen zur Betriebskostenfinanzierung gilt für jeden Krankenhausstandort erst recht, was bei Investitionen immer gilt: Ist das Geld erst einmal falsch verausgabt, dann fehlt es für die Umsetzung anderer Maßnahmen. Falsche Anreiz- und Steuerungswirkungen sind die Folge.

In unserem System ist es bittere Realität, dass bestimmte mengenanfällige Behandlungen nicht ausschließlich aus medizinischen Gründen stattfinden, sondern zur Erlössteigerung. Noch immer gibt es heute onkologische Gelegenheitsversorgung, Krebspatienten, die mitversorgt werden. Sie wären woanders besser aufgehoben, aber man kann sie abrechnen.

Noch immer hinkt Deutschland bei der Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor hinterher. Noch immer halten Experten die stärkere sektorenübergreifende Versorgung für notwendig.

Die Probleme sind alle hinlänglich beschrieben. Gleichzeitig reicht schon heute das Fachpersonal in manchen ärztlichen und pflegerischen Bereichen nicht mehr aus - nicht allein, weil es knapp ist, sondern auch, weil es schlecht verteilt ist. Eine schlechte Ressourcensteuerung führt auch zu Wartezeiten für bestimmte Eingriffe oder eine bestimmte Diagnostik.

Wenn vor diesem Hintergrund heute neun von zehn Krankenhäusern defizitär sind, dann liegt das nicht daran, dass wir in den Kliniken und Fachabteilungen überall eine indikationsgerechte Versorgung mit hohen Auslastungsgraden hätten. Wir haben Überlastungen hier, aber auch Leerlauf dort.

Es liegt teils an Fehlanreizen und teils schlicht auch daran, dass wir die beabsichtigten Folgen des Wettbewerbs in unserem DRG-System spüren. Wir haben einen Punkt erreicht, an dem Dinge offensichtlich werden.

Nicht mehr zeitgemäße Strukturen werden zu lange aufrechterhalten. Der Ruf nach mehr Mitteln ist verständlich, löst jedoch das zugrunde liegende Strukturproblem nicht. Jetzt werden Handlungsbedarfe offensichtlich, auf die wir jetzt im Sinne unserer gesundheitspolitischen Ziele zu reagieren haben.

Wir sollten uns eingestehen, dass im überwiegenden Teil aller Krankenhausbehandlungen die räumliche Nähe zwischen Wohnort und Krankenhaus dem Grunde nach nicht zählt. Wirklich zählen medizinische Eignung, Spezialisierung, Kompetenz und Qualität. Und nur in einer zweckmäßigen Gesamtstruktur auf Basis einer verbindlichen Zielplanung sind begrenzte staatliche Fördermittel auch zukünftig effizient einsetzbar und Fehlinvestitionen vermeidbar.

Schon seit den 1980er-Jahren wird in der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen in diesem Zusammenhang zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Wertschöpfung unterschieden. Für den Patienten zählt letztlich die Wirkung einer Behandlung, die Ergebnisqualität. Dafür sind allerdings Prozessqualität und Strukturqualität bestimmend. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bedingen sich wechselseitig. Deshalb ist die Krankenhausplanung, also die ordnungspolitisch festgelegte Strukturqualität, immer auch Qualitätsmanagement.

Die aktuelle Krankenhausreform rückt mit dieser Strukturqualität verknüpfte Themen wieder in den Vordergrund, und zwar die Ambulantisierung, den Abbau von Überkapazitäten, notwendige Spezialisierungen und die Vernetzung in einer stärker auf Kooperation und Zusammenwirken ausgerichteten Medizin.

Das Land hat die gesundheitspolitische Gestaltungsmacht für enorm wichtige Grundzüge dieser Strukturqualität: die Krankenhausplanung. Mit ihr gilt es in der aktuellen Krankenhausreform vor allem, eine Strukturreform zu schaffen, aus welcher sich wichtige Anreiz- und Steuerungswirkungen entfalten können. Klar ist: Ohne hohe Strukturqualität können alle übrigen Akteure, die Selbstverwaltungspartner, die Verbände und Vereinigungen, die Kliniken, Ärzte und Pflegende, sie alle nicht im Sinne der gesundheitspolitischen Ziele wirken. Einschränkungen der Strukturqualität führen eben zu Einschränkungen in der Prozess- und demzufolge natürlich auch in der Ergebnisqualität.

Als Landesrechnungshof sehen wir in der aktuellen Krankenhausreform eine große Chance für Niedersachsen. Wir sehen die Möglichkeiten für bedarfsgerechte, moderne und leistungsfähige medizinische Versorgungsstrukturen, für eine bessere Strukturqualität.

Mit dem vorliegenden Positionspapier richten wir deshalb zwei zentrale Empfehlungen für den Transformationspfad an Sie:

Erstens: Einstieg in die Transformation mit aktueller Peilung für eine klare Standortbestimmung. Das ist selbstredend nur ein Sprachbild. Ihre zentrale Kennzahl zur Peilung bzw. zur Steuerung der Versorgungsstruktur ist die Planbettenzahl und deren Auslastung in Prozent. 100 Betten, davon 85 regelmäßig belegt - dann ist die Struktur nach langjährig etablierter Praxis ausreichend bedarfsgerecht. Werte unter 85 % zeigen Überkapazitäten an. Werte darüber deuten an, wo nachzusteuern ist. Diese Kennzahl ist gerade an der Schwelle zur neuen Planungslogik - also jetzt - für eine reibungslose Überleitung, und Vergleiche sind so elementar wie früher; denn sie spiegelt den tatsächlichen, längst stattgefundenen Bedarf. Noch in den 90er-Jahren lagen Patienten durchschnittlich 13 Tage im Krankenhaus. Heute hat sich die Verweildauer halbiert.

Wir blicken zurück auf tiefe Veränderungen im Versorgungsgeschehen. Auch die Pandemie hat durch verschiedene Wirkungen zusätzlich dazu geführt. Dementsprechend brauchen wir neue, angepasste und zukunftsgerichtete - eben die erwähnten - Versorgungsstrukturen. Schätzungen gehen aktuell davon aus, dass in Niedersachsen bis zu rund einem Drittel der heutigen stationären Versorgungsstrukturen gar nicht benötigt werden, also dass das Überkapazitäten sind. Ein Drittel!

Das zu beurteilen, ist nicht unmittelbare Aufgabe oder Zuständigkeit des Landesrechnungshofs. Wofür wir allerdings zuständig sind, ist, aufzuzeigen, dass uns erstaunlicherweise gerade in der aktuellen Phase aktuelle Auslastungsquoten fehlen oder - um in unserem Sprachbild zu bleiben - wir länger nicht mehr auf die Karte geschaut haben.

Gerade zum Einstieg in die Transformation fehlt so eine realistische und belastbare Beurteilungsmöglichkeit, wie viel Kapazität wir tatsächlich brauchen. Wir empfehlen deshalb, diese Kennzahlen mit der klassischen Methode noch vor dem Einstieg in die neue Planungslogik zügig nachzuholen.

Zweitens: Bitte behalten Sie die Ziele im Blick! Gehen Sie den Transformationspfad zielstrebig, ohne Umwege und Verzögerungen!

Wir haben als Landesrechnungshof in den vergangenen Jahren das Krankenhaussystem in Niedersachsen wiederkehrend und unter verschiedenen Gesichtspunkten geprüft. Unsere Prüfungsergebnisse und Handlungsempfehlungen liegen vor. Wir betrachten die medizinische Versorgungssicherheit als den alleinigen Maßstab für Entscheidungen in der Krankenhausplanung und -förderung. Alles andere ginge zulasten der Gesundheit und der Haushaltsführung.

Leider erkennen wir seit Jahren keine wesentlichen Fortschritte - stattdessen unterbliebene Zentralisierungen, unwirtschaftliche Doppelvorhaltungen, Überkapazitäten.

Wir müssen es als Land endlich schaffen, Förderungen nach einem Prinzip des „Sowohl als auch“ abzulegen. Nicht bedarfsgerechte, unwirtschaftliche Krankenhäuser dürfen nicht weiter gefördert werden. Klare und verbindliche Zielstrukturen für die Krankenhausplanung und -förderung sind nötig.

Mit den reformierten Planungswerkzeugen verfügt das Land bald über zusätzliche Instrumente, um diese Zielstrukturen zu entwerfen und zu gestalten. Identifizieren Sie die zukunftsfähigen Strukturen und Standorte, finanzieren Sie Maßnahmen dort und etablieren Sie eine Strukturqualität, die wichtige Anreiz- und Steuerungswirkungen maximiert! Ein so etablierter Leistungsrahmen gewährleistet hinreichende Voraussetzungen für Effektivität und Effizienz. Das beugt in der Verkettung zur Betriebskostenfinanzierung auch Kosten- und Beitragssteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, und das wiederum zahlt auf die Generationengerechtigkeit ein.

Der Landesrechnungshof ist sich bewusst, dass dieser Transformationspfad höchst anspruchsvoll ist. Es liegt jetzt an den Ländern, die Bundesreform konstruktiv umzusetzen. Wir sollten alle verfügbaren Instrumente sorgsam nutzen; denn ein „Weiter so!“ führt uns nicht ans Ziel.

Aussprache

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ich finde es gut, dass der Landesrechnungshof aufzeigt, wo die Gefahren liegen, wenn man jetzt einfach blind weiter vorgehen würde, ohne den Blick darauf zu richten, wie die Medizin in der Zukunft aussieht. Ich habe mir im Vorfeld schon Gedanken dazu gemacht. Das Positionspapier haben Sie uns ja dankenswerterweise überlassen, sodass wir schon einen Blick darauf werfen konnten, welche Stellen wir bereits betrachtet haben und welche noch nicht. Der Landtag hat ja in der vergangenen Legislaturperiode eine Enquetekommission zur medizinischen Versorgung in Niedersachsen eingesetzt. Das war sehr spannend, weil sie über alle Parteigrenzen hinweg, aber auch über die Grenzen von Institutionen hinweg, die im medizinischen Sektor tätig sind, der Frage nachgegangen ist, wie wir Niedersachsen zukunftssicher aufstellen können. Damit haben wir schon gute Vorarbeit geleistet. Es war dabei überhaupt nicht abzusehen, dass im Bund die längst überfällige Reform angegangen wird, die jetzt nun sozusagen on top kommt. Natürlich wollen wir alle Geld nicht überflüssig ausgeben. Wir haben aber natürlich auch immer im Blick - das haben Sie aber auch erwähnt -, dass die medizinische Versorgung für die Menschen in einem Flächenland wie Niedersachsen besonders gut gewährleistet ist.

Bei vielen Dingen stimme ich dem Landesrechnungshof zu, zum Beispiel bei der Frage: Wie gut muss die Versorgung sein? Ziehe ich das nächste Krankenhaus oder ein weiter entferntes Krankenhaus in Betracht? Das hängt aber auch vom Krankheitsbild und von der Frage Akutversorgung, geplante Versorgung usw. ab.

Da die Krankenhäuser seit Kurzem anmelden, in welchen Leistungsgruppen sie zukünftig tätig sein wollen, also wo sie ihre Schwerpunkte setzen wollen, schlage ich vor, dass wir aufgrund des Positionspapiers des Landesrechnungshofs das Ministerium um eine Einschätzung bitten, an welchen Stellen die Regierung schon arbeitet und an welchen Stellen man den Finger vielleicht noch ein bisschen mehr in die Wunde legen könnte. Das wäre meine Idee dazu. Vielen Dank für den Input an dieser Stelle!

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Sie haben ausgeführt, dass es Schätzungen gibt, nach denen ein Drittel Überkapazitäten bestehen, und auch darauf hingewiesen, dass aktuelle Zahlen fehlen. Können Sie die Quellen für diese Schätzungen benennen, damit wir das besser einordnen können?

MDgt'in **Haack** (LRH): Auf diese Frage wird einer meiner Kollegen eingehen. Ich habe mich mit Familienmitgliedern - das sind zum Teil Ärzte - unterhalten. Als ich von einem Drittel sprach, meinten sie, das sei doch viel zu wenig. Sie gingen von sehr viel höheren Überkapazitäten aus. Ein Drittel ist, glaube ich, niedrig geschätzt.

ORnR **Köther** (LRH): Der Schätzwert „ein Drittel Überkapazitäten“ ist unter anderem von der Regierungskommission auf Bundesebene wissenschaftlich belegt. Auch im MS gibt es Informationen, die dieses eine Drittel belegen. Ergebnisse vorhergehender Prüfungen zeigen ebenfalls diese Quote von einem Drittel.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Sie sprachen von 85 % Auslastung der Krankenhäuser sozusagen als Kennzahl. Meine Frage bezieht sich auf das Beispiel eines Krankenhauses mit 120 Betten, in dem aufgrund des Fachkräftemangels vielleicht nur noch 80 Betten ausgelastet werden können. Ist darin mit eingepreist, worin genau der Grund für die fehlende Auslastung liegt? Kann man, wenn beispielsweise Betten in Kinderkliniken zum Teil aufgrund fehlender Arbeits- und Fachkräfte nicht belegt werden können, trotzdem davon ausgehen, dass das die Kapazitätsgrenzen sind, also dass man mehr nicht benötigt, oder sind die Kapazitäten vielleicht auch deshalb geringer, weil es jetzt schon sehr an Arbeits- und Fachkräften mangelt?

MDgt'in **Haack** (LRH): Auf diese Frage wird ebenfalls einer meiner Kollegen eingehen. Ich gehe davon aus, dass wir durch den Fachkräftemangel stärkere Einschränkungen haben werden, also dass die entsprechenden Zahlen dann natürlich abzusinken sind.

ORnR **Gießler** (LRH): Der Grund für die derzeitige Unterauslastung vieler Betten lässt sich nicht monokausal irgendwo festmachen. Das ist ganz vielschichtig und variiert sehr stark. Aus der Zeit der Corona-Pandemie resultieren auch die Vorhaltung von Betten und die unterlassene Anpassung, weil man lange Zeit die Erwartung hatte, dass sich mit Auslaufen der Pandemie und in der Zeit danach das Auslastungsgeschehen wieder normalisieren würde. Das nimmt man jetzt nicht mehr in der Form an. Die Gründe dafür, warum im Einzelfall in bestimmten Fachrichtungen bzw. Fachabteilungen die Sollauslastungsgrade nicht erreicht werden, unterscheiden sich sehr stark. Der Personalmangel war schon zu Pandemiezeiten, aber ist auch jetzt dabei ein ganz erheblicher Faktor.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Ich möchte ebenfalls auf das eine Drittel Überkapazität eingehen. Sie sagten gerade, dass das gesicherte Zahlen aus den Beratungen bzw. Berechnungen des Bundes sind. Liegen Ihnen auch konkrete Zahlen für Niedersachsen vor?

ORnR **Gießler** (LRH): Die Zahlen, die die Regierungskommission auf Bundesebene ermittelt hat, sind nicht auf die einzelnen Bundesländer heruntergebrochen. Gleichwohl kennen wir aus unseren Prüfungen Einschätzungen unter anderem auch vom MS - das in diesem Jahr auch schon hier im Ausschuss zu dieser Thematik referiert hat -, nach denen, in der Breite betrachtet, dieser Wert von bis zu einem Drittel nicht ausgelasteter Betten nicht unrealistisch ist.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank, Frau Haack, für Ihre Ausführungen. Ich habe ebenfalls eine Nachfrage zu der Überkapazität. Dieser Wert von einem Drittel hat ja auch schon bei einigen Kollegen zu Nachfragen geführt. Wenn Niedersachsen keine Daten geliefert hat, die zu dieser Bewertung geführt haben, frage ich: Wird Niedersachsen eigene Daten erheben und diese nachliefern, damit wir wissen, wie die Auslastung in unserem Bundesland tatsächlich ist?

Ich wüsste auch ganz gerne, seit wann der Landesrechnungshof festgestellt hat, dass das DRG-System falsche Anreize schafft, die unnötig Geld kosten und zum Teil auch die Patienten unnötig belasten, weil Operationen durchgeführt werden, die eigentlich nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern lediglich aus wirtschaftlichen Gründen der Krankenhausträger erfolgen.

MDgt'in **Haack** (LRH): Die Kritik am DRG-System gibt es ja schon von vielen Seiten und auch schon länger. Darauf wird mein Kollege noch näher antworten.

ORnR **Köther** (LRH): Zu der zweiten Frage: Dass es Mengenanreize gibt, ist keine originäre Feststellung des Landesrechnungshofs, sondern wird unter anderem auch in der Einleitung des Referentenentwurfs für das Gesetz angeführt und ist durch verschiedenste wissenschaftliche Publikationen hinreichend belegt.

Zu der ersten Frage: Auf die Auslastungsquoten bezieht sich ja die erste Empfehlung des Landesrechnungshofs, weil wir keine aktuellen Auslastungszahlen haben. Ohne diese Auslastungszahlen kann man letztlich auch nicht die Überkapazitäten beziffern.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Ich hatte gefragt, wann dem Rechnungshof zuerst aufgefallen ist, dass das DRG-System Fehlanreize schafft. Die Antwort „schon seit Längerem“ hätte ich gerne ein bisschen konkreter.

ORnR **Gießler** (LRH): Die Erkenntnis, dass das DRG-System Fehlanreize setzt, ist keine originale Prüfungserkenntnis des Landesrechnungshofs, die sich in einer konkreten Prüfung in einer konkreten Fallkonstellation bewahrheitet hätte, sondern das ist eine in der wissenschaftlichen Diskussion unter den beteiligten Akteuren unbestrittene Erkenntnis.

Abg. **Eike Holsten** (CDU): Herzlichen Dank für die Ausführungen. Ich habe keine Frage, sondern möchte mich zunächst inhaltlich der Kollegin Schüßler anschließen. Ich danke dem Landesrechnungshof für die sehr richtigen Punkte, die in dem Positionspapier einmal mehr genannt sind. Vieles von dem, was der Landesrechnungshof adressiert hat, findet sich ja auch im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wieder. Ich begreife das mehr als einen Appell, diesen Weg jetzt konsequent weiter zu beschreiten, wie es ja auch in dem Positionspapier steht.

Ich nehme einmal das Beispiel des Appells an das Land hinsichtlich der Investitionskostenfinanzierung. Auch das hat ja der Landesrechnungshof bereits früher in anderen Papieren hinreichend an das Land adressiert. Wir alle, glaube ich, haben die Erwartung, dass die Leistungsgruppen jetzt tatsächlich vieles bis alles im Krankenhauswesen recht drastisch verändern werden. Die Marktbereinigung - die der Landesrechnungshof nicht direkt anspricht, aber die ja sozusagen gewollt ist - findet bereits heute in recht umfangreichem Maße statt. Meines Wissens haben in den vergangenen drei Jahren bundesweit 80 Kliniken bereits Insolvenz angemeldet. 80 % aller Krankenhäuser schreiben laut Deutscher Krankenhausgesellschaft rote Zahlen. Auch niedersächsische Krankenhäuser sind davon gleichermaßen betroffen. Ich weiß nicht, ob irgendjemand schon eine Klinik kennt, die nach dem Ausfüllen des Leistungskataloges tatsächlich schon auf „Senden“ gedrückt hat. Mir ist das bei den letzten drei Kliniken, in denen ich war, verneint worden. Man wartet dort immer noch darauf, was aus Berlin kommt.

Jetzt geht es im Wesentlichen darum, die Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Wer das in umfangreichem Maße macht, bekommt Geld und Patienten. Die Marschrichtung ist also ziemlich klar. Die Konkurrenzsituation ist da und wird mit der Reform ganz drastisch weiter verschärft.

Mein Eindruck ist: Viele Krankenhäuser haben vor allem das Problem, das Inkrafttreten der Reform zu erreichen. Das wird aber in diesem Positionspapier in der Form nicht adressiert.

Viele Planungsentscheidungen muss das Land jetzt sehr intensiv begleiten, weil wir alle vor Augen haben, dass vieles, was nachher vor Ort in den Krankenhäusern passiert, auch von Verwaltungsgerichten entschieden werden wird, weil man sich eben nicht einig darüber ist, wer was wie in der Nachbarschaft macht. Dafür ist dieses Positionspapier sicherlich auch gut als Handreichung für die Landesregierung, dort planend an der Seite zu stehen. Insofern noch einmal vielen Dank für die Ausführungen!

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Fragen gibt es nicht. Ich schlage vor, dass wir dieses Thema, wie vorgeschlagen, in einer der nächsten Sitzungen aufnehmen.

Tagesordnungspunkt 3:

Vorstellung des Landespflegeberichts 2024

Der Landespflegebericht ist den Ausschussmitgliedern vorab mit E-Mail vom 10. Juni 2025 zugeleitet worden.

Die Präsentation in Großformat ist dieser Niederschrift als **Anlage 2** beigelegt.



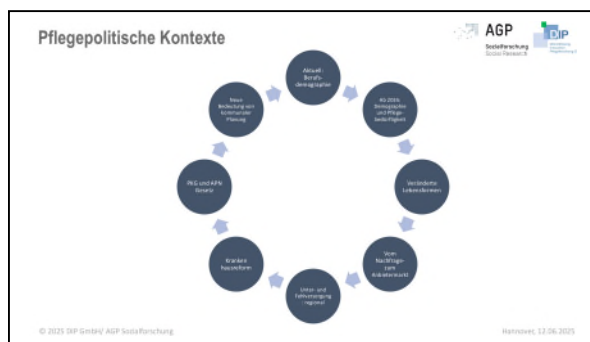
Prof. **Dr. Isfort**: Herzlichen Dank, dass ich dem Ausschuss den Landespflegebericht Niedersachsen 2024 vorstellen darf. Ein Hinweis vorab: Ich werde nicht zu jedem einzelnen Punkt des Berichts und der Präsentation Stellung beziehen können. Das ist ein sehr umfassender Bericht. Wir haben länger als ein Jahr mit einem Team von Forschenden daran gearbeitet, das Zahlenma-

terial zusammenzustellen, um einen bestmöglichen Überblick über die Situation im Land Niedersachsen zu bekommen.



Entsprechend der Leistungsbeschreibung haben wir den Landespflegebericht Niedersachsen 2024 erstellt. Der Auftrag beinhaltet auch, das überwiegend kartografisch abzutragen, um einen guten Überblick in den verschiedenen Regionen zu schaffen, damit auch erkennbar ist, wie sich die Situation jeweils vor Ort oder auch in den benachbarten Landkreisen und kreisfreien Städten darstellt. Wir haben mit dem Team von

Thomas Klie, mit dem ich seit vielen Jahren arbeite, alle vorliegenden örtlichen Pflegeberichte gesichtet. Wir haben den Versorgungsindex, den wir erstmals 2020 im Landespflegebericht eingeführt haben, weiterentwickelt und aktualisiert und präsentieren diesen Bericht mehrfach: hier in diesem Ausschuss, aber auch im Landespflegeausschuss und in Regionalkonferenzen, wo wir die Daten, die wir im Landespflegebericht beschrieben haben, auf die einzelnen kreisfreien Städte und Landkreise in den verschiedenen Regionen herunterbrechen. Die Konferenz zur Region Weser-Ems hat bereits stattgefunden. Die anderen werden noch bis zum Sommer folgen. Wir hoffen, dass wir damit einen bestmöglichen Überblick verschaffen können.



Die pflegerische Entwicklung steht nicht im kontextlosen Raum. Unter dem vorherigen Tagesordnungspunkt ging es um die Bedeutung der Krankenhausreform. Wir haben aktuell mit zentralen Themen zu tun.

Einer der zentralsten Bereiche ist aus meiner Sicht die Berufsdemografie. Die berufsdemografische Entwicklung wird uns sehr viel früher erreichen als die demografische

Entwicklung der Bevölkerung. Aus der Perspektive der pflegerischen Versorgung ist die demografische Entwicklung der Bevölkerung nachgelagert. Die Entwicklung der Berufsdemografie ist als Problematik vorgelagert.

Die Lebensformen haben sich verändert, und der Nachfragemarkt hat sich konsequent zu einem Anbietermarkt umgekehrt. Das heißt, wir haben die Restriktion, dass wir nicht mehr über die Form der Versorgung entscheiden können, sondern die Frage ist nur, ob es eine Versorgung gibt. Das ist eine Umkehr der sozialen Lage verbunden mit der Frage, ob man das an der Stelle so haben oder machen möchte.

Es gibt auch eine Unter- und Fehlversorgung. Zum Teil gehen wir auch von überversorgten Bereichen aus.

Die Krankenhausreform, um die es auch unter dem vorangegangenen Tagesordnungspunkt ging, wird sich zentral auch auf die pflegerische Versorgung auswirken. Bei der Krankenhausreform müssen unbedingt auch der Bereich der ambulanten und stationären Pflege sowie die Situation der Ausbildung in der Pflege mitgedacht werden. Ich plädiere ganz stark dafür, hier eine Folgenabschätzung vorzunehmen. Denn wenn Sie kleine Krankenhäuser schließen, in denen ausgebildet wird, nabeln Sie alle umliegenden ambulanten und stationären Einrichtungen vom Zugang zur Ausbildung ab. Das heißt, Sie produzieren dann eine Dynamik im Gesamtkontext der pflegerischen Versorgung, die eigentlich nicht kalkulierbar ist. Das sind ganz wesentliche Aspekte.

Das Pflegekompetenzgesetz und APN-Gesetz mit den Ansätzen für Advanced Nursing Practice sind Ausdruck von Professionalisierungstendenzen. Diese Gesetze werden in dieser Legislatur im Bundestag verabschiedet werden.

Die kommunale Versorgung und kommunale Planung haben auch eine neue Bedeutung.

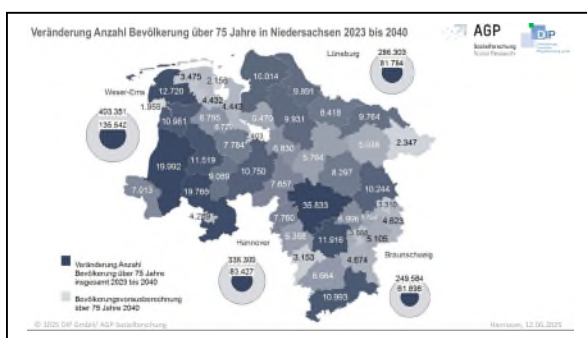


Bezüglich der Kennzahlen für die demografische Entwicklung der Bevölkerung ist aus meiner Sicht vor allem die Aussage wichtig, dass es nicht eine homogene Entität genannt „Niedersachsen“, sondern ganz unterschiedliche und sehr variable soziale Räume mit völlig unterschiedlichen demografischen Entwicklungslinien gibt. Die Struktur in Niedersachsen ist also nicht homogen, sondern weist in den unterschiedlichen Bereichen in hohem Maße Varianzen auf.

Der Anteil der älteren Bevölkerung über 75 Jahre hat sich in den statistischen Regionen eigentlich kaum nennenswert nach oben entwickelt. Er liegt immer zwischen 10 und 11,5 %. Die Altersgrenze von 75 Jahren haben wir deswegen gewählt, weil das Alter

von 65 Jahren in aller Regel noch keine große Bedeutung für die Pflege hat. Das heißt, für die Pflege relevant ist die demografische Entwicklung ab dem Alter von 75 Jahren, weil diese Altersgruppe die Hauptklientel für professionelle Versorgungsfragestellungen im Pflegekontext ist.

Die Spannweite beträgt zwischen 7,6 % in Cloppenburg und 14,3 % in Lichow-Dannenberg sowie Goslar. Es gibt also sehr unterschiedliche Räume. Das wird sich auch auf der Basis der Daten der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung weiterhin so darstellen, die wir zugrunde gelegt haben. Wir haben alle öffentlichen Datenbanken und Datenquellen in diesem Bericht verwendet. Wir haben Daten der Bundesagentur für Arbeit, Daten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, demografische Daten sowie Daten der Pflegestatistik und der Krankenhausstatistik mit einbezogen.



Auf dieser Karte ist der Zuwachs der Bevölkerung im Alter von über 75 Jahren dargestellt, der zwischen 2023 und 2040 in Niedersachsen zu erwarten sein wird. In den kommenden vier, fünf Jahren wird sich der Zuwachs noch nicht dramatisch darstellen. Die positive Botschaft lautet also: Wir haben Gestaltungszeit - wir müssen sie nur nutzen. Die demografische Entwicklung ist aber nicht auflösbar. Das wird so kommen.

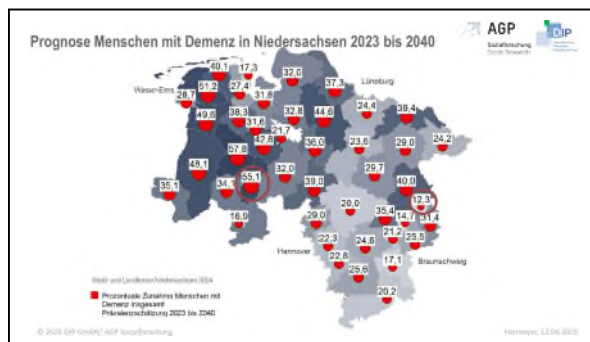
Darauf muss es eine Antwort geben. Das ist das ganz zentrale Element, mit dem wir uns zu beschäftigen haben.

Die Entwicklung wird regional sehr unterschiedlich dynamisch verlaufen. Wenn man die Kennzahlen beispielsweise von 3 310 in Wolfsburg und 3 400 in Wittmund betrachtet, mag man denken, dass das gut ist. In Wolfsburg sind jedoch eine andere Infrastruktur und eine andere Dynamik als im Kreis Wittmund vorhanden.



Auf diesem Schaubild sind die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2017 und 2023 sowie die Entwicklung der Bevölkerung über 75 Jahren dargestellt. Wir haben es hier in den letzten Jahren mit einem Entkopplungseffekt zu tun. Früher haben wir stärker die Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung berechnet. Das funktioniert nicht mehr. Wir haben die Entwicklung der

Pflegebedürftigkeit massiv unterschätzt. Auch das Statistische Bundesamt hat das massiv falsch berechnet. Ausgehend von Daten von 2021 ist die Anzahl der Pflegebedürftigen zigtausendfach unterschätzt worden. Zwischen dem Jahr 2017, ab dem das neue Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gilt und das einen fulminanten Einschnitt in das Sozialrecht markiert, und dem Jahr 2023 ist in 27 Landkreisen und kreisfreien Städten in Niedersachsen eine negative demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung festzustellen, also ein Absinken der Zahl der Personen über 75 Jahre. Es gab aber in keinem einzigen Landkreis und in keiner kreisfreien Stadt ein Absinken der Pflegebedürftigkeit. Sie ist von der demografischen Entwicklung komplett entkoppelt. Das ist ein sehr zentraler Befund, der deutlich macht, dass wir momentan bei der Kalkulation der zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit relativ im Dunkeln tappen. Wir haben an dieser Stelle noch eine enorme Blackbox. Das Verhalten der Bevölkerung gegenüber der Inanspruchnahme von Pflege und des Leistungsrechts hat sich verändert. Das ist ein ganz zentraler Hinweis, der uns auch bei der Fragestellung sehr beschäftigt, wie wir das besser abbilden und einfangen können.

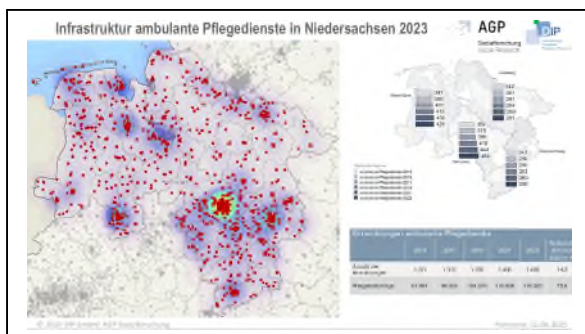


Wir haben uns auch mit Prävalenzdaten des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) für Demenz befasst. Wir haben die Altersprävalenzzahlen vor dem Hintergrund der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung betrachtet und können dadurch in etwa die prozentuale Zunahme in den kommenden 17 Jahren abschätzen. Das ist ein Zeitraum, in dem man gestalten kann. Man muss aber vor Au-

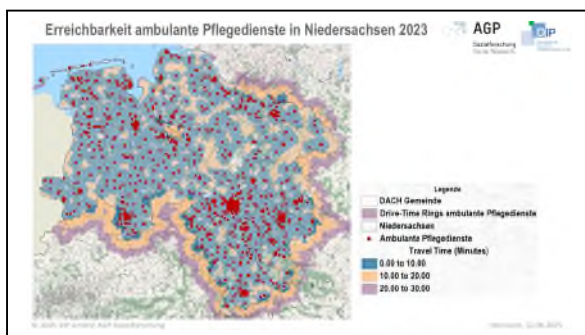
gen haben, dass man diesen Zeitraum nicht einfach verstreichen lässt. Das ist die wesentliche Botschaft. Deutlich wird auch hier die große Varianz: In Cloppenburg erwarten wir 57 % mehr Menschen mit Demenz gegenüber 2023. Im Vergleich dazu wird es in Wolfsburg kaum demografische Veränderungen geben, die aus unserer Sicht nicht bewältigt werden können. Wir haben hier also sehr andere soziale Strukturen und sehr andere Räumlichkeiten vor Augen. Darauf müssen wir reagieren.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Dazu habe ich eine Verständnisfrage: Ist für den hohen Anteil zu erwartender Demenzerkrankungen in Cloppenburg und für den geringen Anteil in Wolfsburg nur das Alter ausschlaggebend, oder haben Sie dieser Aussage auch andere Daten zugrunde gelegt?

Prof. **Dr. Isfort**: Demenz wirklich gut zu monitoren ist eine absolute Herkulesaufgabe. Das kann man eigentlich nicht ohne bildgebende Verfahrensweisen machen. In den stationären Altenhilfeeinrichtungen gibt es Schätzungen zur Anzahl der Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Dabei steht aber nicht immer eine manifeste Demenzdiagnostik im Vordergrund. Das ist jedoch jetzt die Entwicklungslinie. Auch hier zeigt sich die demografische Veränderung bzw. die demografische Variabilität in Niedersachsen. Das heißt, in diesem Bereich sind völlig unterschiedliche Entwicklungen zu erwarten. Wolfsburg hat hier eine andere Entwicklungslinie als zum Beispiel Vechta, Cloppenburg oder der Landkreis Aurich. Ausgehend von den Zahlen von 2023 51 % mehr Menschen mit einer demenziellen Erkrankung - damit muss man sich infrastrukturell auseinandersetzen. Warum? - Weil dies das Tor sein wird, das für die stationäre Altenhilfeversorgung noch offen ist. Stationäre Altenhilfeversorgung wird nicht mehr flächendeckend für alle zur Verfügung gestellt werden können. Sie wird zielgerichtet in bestimmte Bereiche hineingesteuert werden müssen. Dann muss man in den Blick nehmen, wer zur vulnerabelsten Gruppe gehört, die an der Stelle tatsächlich auch stärker die Bedarfe abbildet. Dabei wird Demenz ein zentraler Aspekt sein.



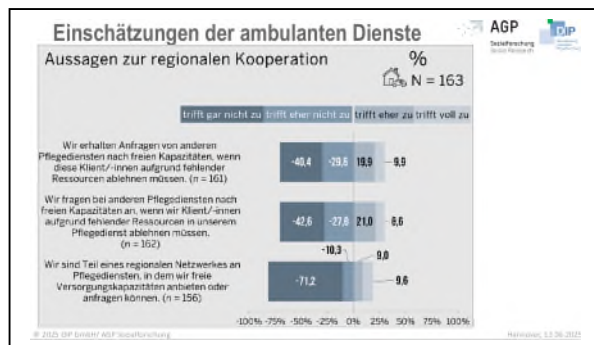
Wir haben uns intensiv mit der Pflegeinfrastruktur in Niedersachsen auseinandergesetzt. Als Datenquelle haben wir die Standortdaten des Pflegenavigators für ambulante Pflegedienste in Niedersachsen genutzt. Deutlich erkennbar ist, dass Hannover der Hotspot ist. Hinterlegt ist dabei eine Dichtemessung. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist seit 2013 leicht angestiegen. Vor allen Dingen zwischen 2021 und 2023 hat allerdings keine große Dynamik mehr stattgefunden. Der ambulante Sektor wächst momentan nicht mehr so stark hinsichtlich der Anzahl der Dienste, aber er wächst noch über die Anzahl der betreuten Personen.



Vor dem Hintergrund der Versorgungsabdeckung sind wir auch der Frage nachgegangen, was das für die Bevölkerung bezogen auf die Erreichbarkeit bedeutet und ob irgendwo in Niedersachsen blinde Flecken vorhanden sind, wo es überhaupt keinen Zugang zu ambulanter Versorgung gibt. Diese Frage können wir verneinen. Wir haben um die einzelnen Standorte sogenannte Drive-Time-Rings - bezogen auf die Erreichbarkeit über das Straßennetz innerhalb von 10, 20 oder 30 Minuten - gelegt. Blau eingefärbt sind in dieser Karte die Räume mit einer Erreichbarkeit innerhalb von 10 Minuten. „Erreichbarkeit“ heißt an dieser Stelle aber nicht Be-

nannte Drive-Time-Rings - bezogen auf die Erreichbarkeit über das Straßennetz innerhalb von 10, 20 oder 30 Minuten - gelegt. Blau eingefärbt sind in dieser Karte die Räume mit einer Erreichbarkeit innerhalb von 10 Minuten. „Erreichbarkeit“ heißt an dieser Stelle aber nicht Be-

darfsgerechtigkeit, sondern nur, dass ambulante Dienste vorhanden sind, die potenziell versorgen könnten. Ob sie tatsächlich versorgen können, ist dann die große Frage, weil es natürlich davon abhängt, ob die Einrichtungen über die Infrastruktur oder auch die personellen Ressourcen verfügen, um alle Anfragen der Klientinnen und Klienten tatsächlich beantworten zu können.



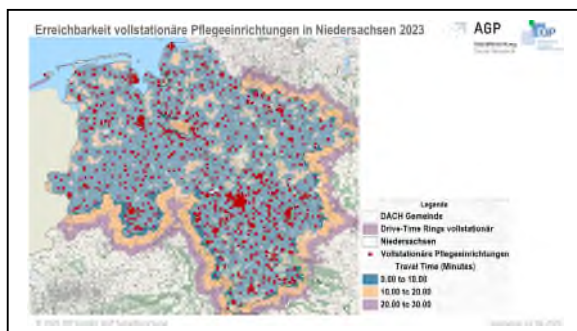
Wir haben auch ambulante Dienste, vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und auch Pflegeschulen im Land Niedersachsen befragt. Die Befragung hat ergeben, dass die Aussage „Wir erhalten Anfragen von anderen Pflegediensten nach freien Kapazitäten, wenn diese Klient/-innen aufgrund fehlender Ressourcen ablehnen müssen“ von ambulanten Diensten überwiegend verneint wurde

ebenso wie die Aussage „Wir fragen bei anderen Pflegediensten nach freien Kapazitäten an, wenn wir Klient/-innen aufgrund fehlender Ressourcen in unserem Pflegedienst ablehnen müssen“. Das heißt, wir haben momentan eine breite Versorgungsabdeckung an Diensten, die aber alle solitär funktionieren. Ich bin mir nicht sicher, ob wir uns das in Zukunft weiterhin so ohne Steuerung denken sollten, weil es natürlich eine Ressourcenverschwendung ist, wenn man sagt, es gibt dafür überhaupt keine Möglichkeiten. Die gibt es manchmal regional. Dort gibt es im Prinzip auch schon funktionierende Netzwerke, aber eben nicht überall. Dass die ambulanten Dienste untereinander stark kooperieren und Zuweisungen oder Neuordnungen bezogen auf Absprachen mit regionalen Abdeckungen vornehmen, sehen wir also momentan überwiegend noch nicht. Wir sehen überwiegend auch noch nicht Netzwerkarbeit in diesem Bereich. Das könnte aber eine Ressource sein, die erschlossen werden kann, ohne neue Ressourcen aufzubauen.

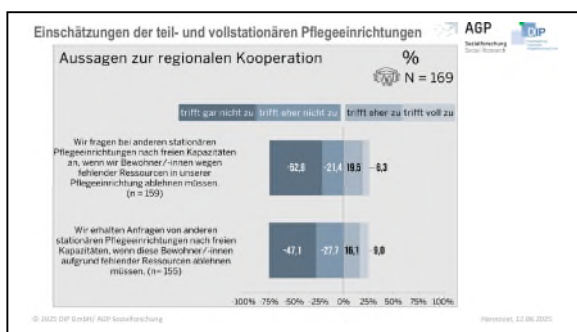


Bei der Infrastruktur für die vollstationäre Versorgung gibt es ein ähnliches Bild. Auch in diesem Bereich gab es keinen großen Zuwachs. Die Anzahl der Einrichtungen ist in dem Zeitraum von 2021 bis 2023 von 2 034 auf 2 049 gestiegen. Über die 10-Jahres-Achse gab es immerhin eine 15-prozentige Steigerung, aber nicht mehr in den letzten Jahren. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung ist eine Stagnation der Betreuungsleistungen im Bereich der vollstationären Versorgung festzustellen. Das heißt, das ist relativ stabil geblieben, ohne eine große Dynamik. Der Treiber der Pflegebedürftigkeit ist momentan eher die Frage, wie viele Personen im Bereich der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger betreut werden bzw. einen entsprechenden Leistungsanspruch haben.

Bei der Infrastruktur für die vollstationäre Versorgung gibt es ein ähnliches Bild. Auch in diesem Bereich gab es keinen großen Zuwachs. Die Anzahl der Einrichtungen ist in dem Zeitraum von 2021 bis 2023 von 2 034 auf 2 049 gestiegen. Über die 10-Jahres-Achse gab es immerhin eine 15-prozentige Steigerung, aber nicht mehr in den letzten Jahren. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung ist eine Stagnation der Betreuungsleistungen im Bereich der vollstationären Versorgung festzustellen. Das heißt, das ist relativ stabil geblieben, ohne eine große Dynamik. Der Treiber der Pflegebedürftigkeit ist momentan eher die Frage, wie viele Personen im Bereich der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger betreut werden bzw. einen entsprechenden Leistungsanspruch haben.



Auch bezüglich der vollstationären Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen haben wir eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt, die zu ähnlichen Ergebnissen wie bei den ambulanten Pflegediensten kommt. Niedersachsen ist mit vollstationären Pflegeeinrichtungen abgedeckt. Es gibt keine Räume ohne einen Zugang dazu.



Auch bei den stationären Einrichtungen ist kaum eine Netzwerkbildung vorhanden. Diese wäre jedoch für eine Patientensteuerung notwendig. Das heißt, diese grundsätzliche Steuerungsfunktion wird von den Diensten momentan nicht geleistet. Das ist der wesentliche Hinweis. Sie wird auch von niemand anderem geleistet. Das heißt, es gibt keine Steuerung von Bedarfen zu Leis-

tungserbringerinnen und -erbringern und keine Systematik in der Zuweisung. Das könnte zum Beispiel ein kommunales Case Management ändern.

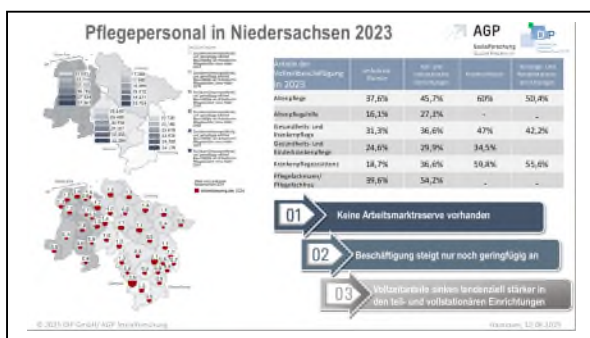


Im Zusammenhang mit der Infrastruktur der Krankenhäuser haben wir uns nicht mit der Krankenhausstrukturreform befasst. Das war nicht unser Auftrag. Wir haben allerdings die Standorte der Krankenhäuser unter anderem unter dem Aspekt analysiert, ob Krankenhäuser für Pflegebildungseinrichtungen erreichbar sind. Denn man muss wissen: Das Krankenhaus ist das Nadelöhr, durch das jeder in der Pflegeausbildung geht.

In meinem ersten Beruf bin ich Krankenpfleger gewesen. Natürlich muss man von der Pflegeschule irgendwie in ein Krankenhaus kommen. Dann stellt sich die Frage, wie gut erreichbar das Krankenhaus ist und in welchem Umkreis die Erreichbarkeit sichergestellt werden kann oder nicht. Deswegen bin ich „not convinced“ - so hätte dies ein ehemaliger Minister in Deutschland gesagt -, wenn es nur um die Kennzahl von 85 % Auslastung geht, sondern aus meiner Sicht brauchen wir erweiterte Fragestellungen, die etwas mit der Personalstruktur und auch mit diesem Thema zu tun haben. Wenn Sie Krankenhäuser umstrukturieren, dann zentralisieren Sie bitte nicht die Ausbildung! Anderenfalls werden Sie nicht kalkulierbare Risiken bei der ländlichen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich produzieren.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Warum wurden in der Nähe befindliche Krankenhäuser in anderen Bundesländern nicht in die Betrachtungen mit einbezogen? Ich wohne am Stadtrand von Bremerhaven. In 15 km Entfernung sind dort zwei Krankenhäuser mit vielen Betten, die man eigentlich mit einberechnen müsste.

Prof. **Dr. Isfort**: Es gibt dort auch Pflegeschulen. Entscheidend ist auch, welche Daten uns zur Verfügung stehen. Dann hätten wir mit dem für Statistik zuständigen Bereich und mit dem Bildungsministerium in Bremen zusätzlich Kontakt aufnehmen müssen. Es war aber nicht Gegenstand unseres Auftrags, Bremen mit zu monitoren. Sie haben aber vollkommen recht. Man könnte sicherlich zum Beispiel für Osnabrück auch den Bereich Steinfurt, Warendorf und Münster in die Überlegungen einbeziehen. Ich habe aber den Hintergrund genannt. Das hätte eine wesentliche Ausweitung auf Großräume über Niedersachsen hinaus bedeutet.



So düster, wie das Bild manchmal gezeichnet wird, stellt sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt und bei der Beschäftigung im Bereich der Pflege nicht dar. Das muss man an dieser Stelle festhalten. Es gab keine Berufsflucht in der Pandemie. Wir konnten die Situation in der Versorgung zwischen 2019 - also vor der Pandemie - und 2023 - nach der Pandemie - komplett monitoren. Es sind nicht mehrere Tausend Leute während der Pandemie aus diesem Beruf geflohen, wie dies vielfach beschrieben worden ist. Wir haben eine stabile Situation. Das heißt, die Pflegenden haben sich auch in den Sektoren als sehr robust gegenüber der Pandemie und gegenüber den Auswirkungen verhalten. Es gibt tendenziell eine leichte Zunahme der Zahl der

sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. In den Zahlen sind die Helferinnen und Helfer nicht erfasst, sondern nur die fachqualifizierten Pflegekräfte auf der Ebene Gesundheits- und Krankenpflegende, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Pflegefachmann/Pflegefachfrau, Altenpfleger/Altenpflegerin.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Können Sie eine Aussage dazu treffen, inwieweit sich die Zahlen seit der Generalisierung verschoben haben? Wir hören ja immer mehr aus Pflegeeinrichtungen, dass sich das Pflegefachpersonal eher in Richtung Krankenhaus orientiert. Haben Sie darüber Erkenntnisse?

Prof. **Dr. Isfort**: Ja. Wir haben fast alles erfasst, was wir erfassen können. Dieses Thema beschäftigt auch uns. Darauf werde ich gleich eingehen.

Es gibt eine leichte kontinuierliche Tendenz in Richtung Teilzeitquote. Diese Tendenz ist aber nicht neu, sondern über die Jahre abbildbar. Mittlerweile arbeiten nur noch 50 % der Pflegekräfte in Krankenhäusern in Vollzeit. Das ist aber nicht nur in Niedersachsen zu beobachten, sondern gleichermaßen in Nordrhein-Westfalen und auch in anderen großen Bundesländern.

Die Arbeitslosenquote ist zu vernachlässigen. Das ist ein Bereich mit Vollbeschäftigung. Alles, was unter 2 % ist, gilt als natürliche Arbeitslosigkeit. Diese 2 % sind in den letzten zehn Jahren in keinem Landkreis deutlich überschritten worden. In einem Landkreis, in dem ein Krankenhaus geschlossen worden ist, gab es eine temporäre Überschätzung der Arbeitslosenquote zu einem

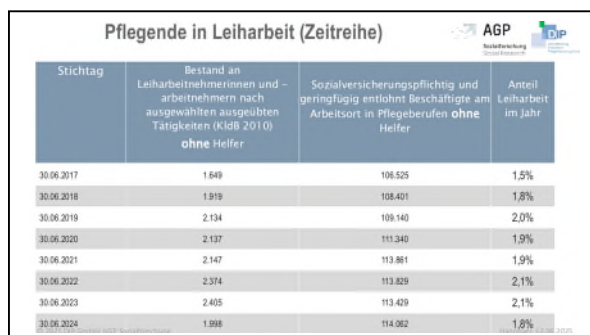
bestimmten Zeitpunkt. Das wird sich wieder nachregulieren. Es gibt aber keine Arbeitsmarktreserven. Also es kommt kein Bus von irgendwo. Man kann jetzt nicht sagen: Dann ziehen wir doch Personal von woanders her!



Wenn intern nicht so viele Pflegekräfte qualifiziert werden können, wie sie aus der Perspektive von stationären Einrichtungen, ambulanten Diensten und Krankenhäusern benötigt werden, dann liegt es ja nahe, über Zuzug nachzudenken. Das funktioniert. In diesem Bereich sehen wir einen deutlichen Anstieg der Zahlen und auch einen deutlichen Zulassungsanstieg. Aus-

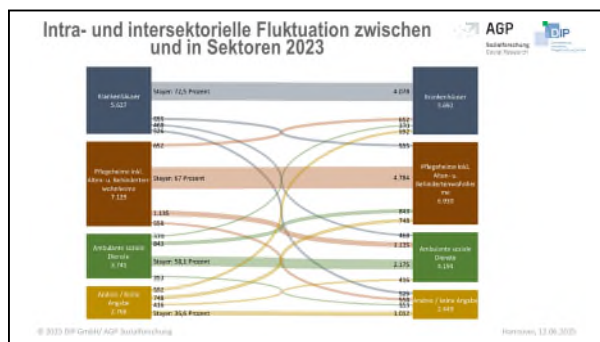
weilich der Daten der Anerkennungsstatistik sind es in den Jahrgängen 2013 bis 2016 noch deutlich unter 1 000. In den Folgejahren ist die Zahl auf ungefähr 2 500 gestiegen.

Wir müssen aber gleichermaßen feststellen, dass wir es hier mit einem regionalisierten Bereich und mit Zentrumseffekten zu tun haben. Personen aus Drittstaaten gehen überwiegend dorthin oder können dort erfolgreich angeworben werden, wo sie eine Community haben, an die sie sich anschließen können. Das bildet sich dann in der Frage ab, wo Arbeitsmarktwirksamkeit besteht. Die Arbeitsmarktwirksamkeit zeigt sich im Raum Hannover mit 8,9 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Pflegeberufen im Jahr 2024. Das ist der Anteil der auf dem Arbeitsmarkt zugelassenen - aber nicht anerkannten - Personen. Die Arbeitsmarktrelevanz, die wir dort abbilden, können wir aber zum Beispiel in den ländlichen Regionen nicht abbilden. Dort sind die Zuzugs- bzw. Zulassungszahlen so gering, dass sie nicht arbeitsmarktwirksam sind. Das ist aus meiner Perspektive ein wichtiger Aspekt, aber zugleich ein Aufruf, über Konzepte nachzudenken, wie man das für die ländliche Versorgung mit nutzen kann.



Ein Teilbereich, über den in der Pflege sehr heftig diskutiert wurde, ist die Leiharbeit. Dieses Thema wird aber medial höher gekocht, als es in der Realität stattfindet. Der Anteil von Leiharbeiterinnen und -nehmern an den sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden beträgt 1,8 %. Es gibt also keine Berufsflucht aus der Pflege in die Leiharbeit hinein. Das mag

anekdotische Evidenz haben. In der Gesamtheit betrachtet ist es kein zentrales Problem. Die Verhinderung von Leiharbeit würde auch die Problematik des Fachkräftemangels nicht substantiell berühren können.



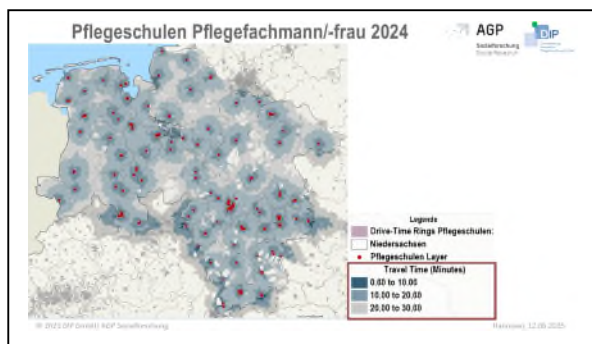
Nun komme ich zu der Frage von Frau Ramdor. In Bezug auf die Auszubildenden können wir das momentan noch nicht sagen. Zu hören ist, dass Auszubildende dann, wenn sie die Ausbildung in einer stationären Pflegeeinrichtung abgeschlossen haben, später vielleicht ins Krankenhaus wechseln. Auf dieser Grafik haben wir die Mover- und Stayerrate derer abgebildet,

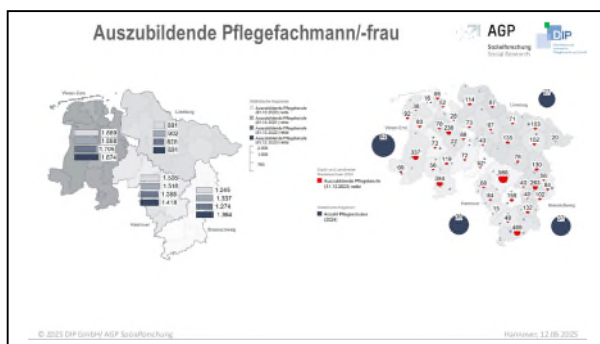
die im Jahr 2023 Sektorengrenzen überschritten bzw. nicht überschritten haben. Oben auf der linken Seite dieser Grafik sind diejenigen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Wirtschaftszweig Krankenhaus abgebildet, für die die Abmeldung durch den Arbeitgeber erfolgt ist. Auf der rechten Seite sind die Neuanmeldungen durch einen Arbeitgeber in dem jeweiligen Wirtschaftszweig abgebildet. Danach gibt es Abwanderungen aus Krankenhäusern auch in stationäre Altenpflegeeinrichtungen und in den Bereich der ambulanten Versorgung. Umgekehrt gibt es natürlich auch dort Wechselbewegungen. Deutlich ist aber auch, dass die Stayer-Anteile am höchsten sind. Wenn wir die Gesamtrate derer hinzunehmen, die hier ja gar nicht erfasst sind, weil sie gar nicht gewechselt haben - hier sind nur diejenigen erfasst, die zwischen den Wirtschaftssektoren gewechselt haben -, dann können wir sagen: Pflegekräfte sind enorm sektorentreu. Jemanden aus dem ambulanten Dienst mal eben kurz ins Krankenhaus zu migrieren, ist eine Aufgabe, die nicht einfach ist. Das gibt es zwar, aber nicht in einem übersteigenden Maße.

Für die Ausbildung können wir das momentan noch nicht sagen, weil es kein öffentliches Monitoringverfahren gibt, das uns datenbasiert eine Einschätzung erlaubt.

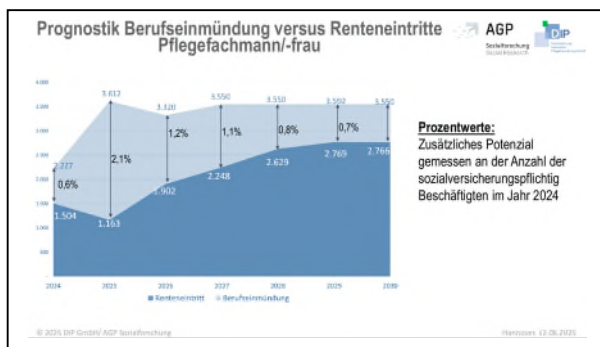


Wir haben auch die Berufsschulen, die Pflegeschulen, die Erreichbarkeitsräume und deren Entfernung von Krankenhäusern betrachtet und was es bedeutet, wenn man Pflegeschulen oder Krankenhäuser in irgendeiner Form an anderer Stelle denken würde. Im nördlichen Bereich von Niedersachsen werden ja drei Krankenhausstandorte durch eine Neugründung an einer zentralen Stelle zusammengelegt. Wir haben auch Detailanalysen vorgenommen, was das für die ambulanten Dienste bedeutet, ob sie dann überhaupt noch Zugang zu dem neuen Standort haben und wie weit man dann eigentlich reisen muss.





Die Anzahl der Auszubildenden ist über die Jahre zwischen 2020 und 2023 relativ stabil geblieben.



Vor dem Hintergrund der Ausbildungszahlen können wir in etwa einschätzen, wie viele Auszubildende in den Beruf einmünden werden. Es gibt hier zwei Reduktionsstufen. Die erste Reduktionsstufe besteht darin, dass nicht alle die Ausbildung für einen Pflegeberuf erfolgreich abschließen. Die zweite Reduktionsstufe besteht darin, dass nicht alle nach dem Erwerb der pflegeberuflichen Qualifikation in diesen Beruf gehen. Es gibt also eine Differenz zwischen den Ausgebildeten und den Berufseinmündenden. Das fließt in unser Modell mit ein. Die Daten, die wir für unsere Einschätzungen zugrunde legen, stammen allerdings

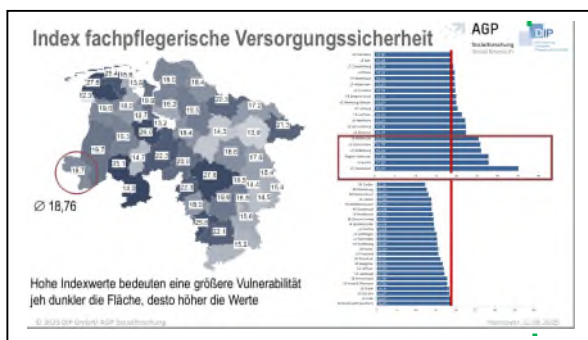
aus Nordrhein-Westfalen. Das ist aber alles im Detail beschrieben. Die Prognose, wie viele Pflegenden in Zukunft qualifiziert sein werden und in den Bereich der beruflichen Versorgung einmünden, können wir allerdings nur schätzen. Wir können demgegenüber sehr sicher sagen, wie viele Personen ausscheiden werden, weil sie das Renteneintrittsalter erreicht haben. Die diesbezüglichen Zahlen sind in dem dunkelblauen Feld aufgetragen. Deutlich wird, dass sich das Delta, also die Differenz zwischen denen, die in den Beruf hineingehen und aus ihm herausgehen, immer weiter verringert.

Die gute Nachricht für Niedersachsen, die aber nicht auch für alle anderen Bundesländer gilt, lautet: Sie werden die Berufsaustritte vollständig kompensieren. Nach unserer Einschätzung wird es nicht zu einem Abbau an Pflegepersonal kommen. Es wird zu einem minimalen Aufbau kommen, der allerdings keine strukturellen Änderungen erlaubt. Jeder, der in Niedersachsen in einer Region Altenpflegeeinrichtungen aufbauen will, muss sich Gedanken machen, woher das Personal dafür kommen soll. Sie können gebaut, aber nach unserer Einschätzung nicht betrieben werden. Insofern muss dieser Sektor viel genauer betrachtet werden. Deswegen darf er nicht riskiert werden. Auch muss versucht werden, die Erreichbarkeit der Pflegeschulen zu schützen. Hier liegt nämlich im Moment die Stärke im Land Niedersachsen; denn die Pflegeschulen sind sehr gut auf die verschiedenen Kommunen verteilt und sehr gut erreichbar. Man braucht nicht immer ein Krankenhaus, um eine Pflegeschule zu betreiben. Man kann ja auch hier und dort eine Außenstelle haben. Aber bitte verwechseln Sie nicht die Zentralisierung mit der Auflösung von Standorten! Denn das würde diese Architektur massiv gefährden.



Wir sind auch der Frage nachgegangen, weshalb die Quote der Ausbildungsabbrüche momentan so hoch ist. Dazu hat es ja auch eine Diskussion gegeben. Wie die Grafik zeigt, war die Differenz im Jahr 2024 sehr gering. Nur 0,6 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten konnten als Arbeitsmarktreserve erschlossen werden. Das hat etwas damit zu tun, dass im ersten

Jahrgang der Generalistik extrem wenige Personen zu verzeichnen waren, die innerhalb der Regelzeit fertig qualifiziert waren. Von denjenigen, die 2020 mit der Ausbildung begonnen haben, waren 2023 nur rund 50 % mit einem Examen auf dem Markt. Das ist eine extrem geringe Anzahl. Diesen Wert halten wir allerdings für nicht valide aussagekräftig, weil wir davon ausgehen, dass das noch sehr viel mit den Folgen der Pandemie zu tun hatte. Dabei ist ja viel passiert. Es wird noch ein paar Jahre dauern, bis sich das stabilisiert. Unser Hinweis an dieser Stelle lautet: Bitte nicht nervös werden! Darauf muss man nicht sofort zu aggressiv reagieren. Man muss aber im Blick behalten, ob das so bleibt. Denn das würde die minimalen Kapazitätsverschiebungen noch einmal verändern.



Wir haben auch alle Daten, die wir zur Verfügung haben, zu einem Gesamtindex der fachpflegerischen Versorgungssicherheit zusammengefasst. Einbezogen haben wir dabei die Demografie, die Ausbildungskapazitäten, die Krankenhäuser, die stationäre und ambulante Versorgung, die Zahl der Pflegebedürftigen, die dort versorgt werden, und die Kapazitäten des Personals, das

örtlich zur Verfügung steht und auch örtlich arbeitet. Wir haben auch Pendler-Analysen durchgeführt. Wir haben dann einen Gesamtindex gebildet und können aufzeigen, in welchen Bereichen wir größere Schwierigkeiten bei der Sicherstellung im Vergleich zu anderen Regionen sehen. Ein höherer Indexwert bedeutet eine höhere Vulnerabilität. Das heißt, wir gehen davon aus, dass es dort im Vergleich zu den Regionen mit niedrigeren Werten ungleich schwieriger ist, die pflegerische Versorgung in der nahen Zukunft aufrechtzuerhalten. Der höchste Werte findet sich im Landkreis Osnabrück. Dort gibt es allerdings eine statistische Unterschätzung der Ausbildung, weil die Ausbildung komplett in der Stadt Osnabrück stattfindet. Weitere hohe Werte finden sich in Aurich ebenso wie in der Region Hannover, weil dort durch die hohe Versorgungsdichte sehr viel Personal gebunden wird und die Ausbildungskapazität trotzdem nicht ausreicht. Hannover hängt sozusagen am Tropf der umliegenden Landkreise. Das heißt, dort gibt es ein hohes Maß an Personal, das immigriert. Das wird auch in der Pendleranalyse sichtbar. Aus sich selbst heraus könnte Hannover das momentan nicht stemmen. Hohe Werte finden sich ferner in den Landkreisen Oldenburg, Holzminden und Wittmund.

Kommunale Pflegeplanung - Analysen

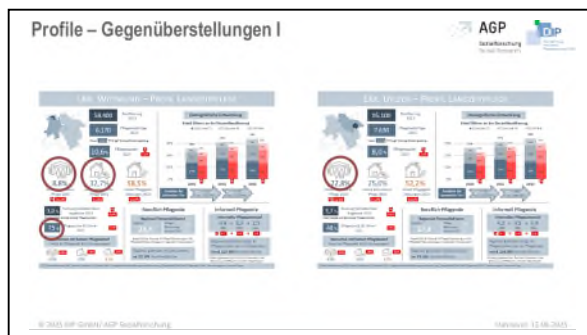
- KommCare zeigt Wirkungen und qualifiziert kommunale Pflegeplanungsaktivitäten
 - Vernetzung
 - Beratung und Unterstützung willkommen
- Trotzdem: höchst unterschiedliche Performance der Landkreise und kreisfreien Städte
 - Von sehr elaborierten Analysen, häufig verbunden mit der Absicht, wie beispielsweise in der Landeshauptstadt Hannover, bis zu eher defensiven Haltungen gegenüber den neuen Planungsverpflichtungen
- Land und Kommunen kaum Instrumente für verbindliche Vorgaben
 - Pflegeversicherung folgt dem Prinzip der Wettbewerbsneutralität und versteht den Dienstleistungssektor der Langzeitpflege als Markt
 - Zunehmend: Unter- und Fehlversorgungen
 - Vielstellige kommunalpolitische Aktivitäten im Bereich der Pflege machen deutlich: die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen, die Schnittstellen zwischen klinischer Versorgung und Langzeitpflege und die Datenerhebung häuslicher Pflegeleistungen lassen sich beeinflussen
- Pflege findet vor Ort statt
 - Lebensbedingungen vor Ort, die sozialen Netzwerke, der gesellschaftliche Zusammenhalt in Quartieren, die Verfügbarkeit von ambulanten Unterstützungsformen, sind entscheidend für die Frage, wie die An- und Herausforderungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit bewerkstelligt werden
- Die fachlich ambitionierten Zielsetzungen, die mit KommCare verbunden werden, schlagen sich noch nicht in den Planungsaktivitäten aller Landkreise und kreisfreien Städte nieder
 - Der beschrittene Weg ist der richtige
 - Eine verpflichtende kommunale Planung und Vernetzung im Thema Pflege mit entsprechenden fachlich-qualifizierenden flankierenden sollte konsequent weiterverfolgt werden

© 2020, 2021, 2022 AGP Sozialforschung | Hannover, 12.06.2025

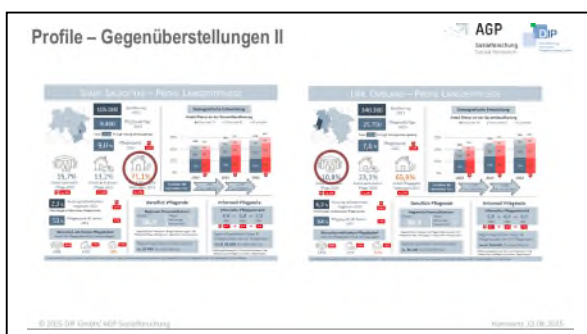
Wir haben auch kommunale Analysen durchgeführt. Dabei haben wir sehr unterschiedliche Ansätze gesehen, wie kommunale Pflegeplanung durchgeführt wird: von sehr elaborierten Ansätzen wie in der Landeshauptstadt Hannover bis hin zu einer defensiven Haltung gegenüber Landesplanungsverpflichtungen. Wir haben dabei auch gesehen, dass Pflege tatsächlich sehr

regional stattfindet. Die Pflegenden werden regional qualifiziert, arbeiten regional, bleiben regional und bleiben auch in den Sektoren; sie sind ortstreu, berufstreu und sektorentreu. Deswegen können sie nicht wie auf einem Schachbrett durch die Gegend geschoben werden und kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Pflegekräfte dann, wenn ein Krankenhaus geschlossen wird, auch 40 km weiter in einem anderen Krankenhaus arbeiten werden. Das ist eine komplette Märchenstunde ohne die soziale Realität von Pflegekräften. Das kann nur gedacht werden, wenn man den pflegerischen Kontext nicht kennt.

Wir haben auch gesehen, dass KommCare tatsächlich wirkt. Wir begrüßen es, dass diese Maßnahme jetzt verlängert wurde. Das ist eine wirksame Maßnahme. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben uns das auch zurückgemeldet. Aber es gibt sehr unterschiedliche Bereiche, in denen noch gearbeitet werden muss.



Wir haben auch Landkreisprofile erstellt. Darauf möchte ich jetzt aber nicht im Detail eingehen. Das hat vor allen Dingen mein Kollege Klie mit seinem Team gemacht. Dabei haben wir für jeden Landkreis in einer Info-Grafik die zentralen Kennwerte abgetragen, worin sich der eine Landkreis vom anderen unterscheidet. Beispielsweise im Landkreis Wittmund beträgt die Heimversorgungsquote, gemessen an allen Pflegebedürftigen, nur 8,8 %. Das ist extrem niedrig. Der Durchschnitt in Niedersachsen beträgt 16,4 %. Im Vergleich dazu besteht im Landkreis Uelzen mit 22 % eine unfassbar überproportionale Heimversorgung. Das zeigt die Varianzen auf. Deswegen soll das kommunal genutzt werden. Der Landespflegeplan ist ja keine Analyse zum Selbstzweck, sondern soll wirklich genutzt werden.



Dadurch wird deutlich, wo es höhere Bereiche gibt, wo höhere Personalfaktoren benötigt werden und wie sich auch das informelle Pflegepotenzial entwickelt.

Weiterentwicklung der Berichterstattung

- Verpflichtende Berichterstattung zu kommunalen Projekten, Aktivitäten, Verbünden
- Einbindung von Daten und Erfahrungen der Heimaufsicht
- Integrierte Sozialplanung - Bezüge und Schnittstellen nutzen und herstellen
- Netzwerke und partizipative Ansätze konsequent einbeziehen (z.B. über Pflegekonferenzen)
- Berücksichtigung der Gemeinde- bzw. Quartiersebene (Pflegestützpunkte dezentral, Pflegetische)
- KI gestützte Planung statt Excel Tabellen

© 2025 DPF Statistik AGP Sozialforschung Hannover, 12.06.2025

Vor diesem Hintergrund lautet unser Fazit: Bleiben Sie auf dem Weg, die Planungsverpflichtungen ernst zu nehmen! Das ist entscheidend. Bleiben Sie auf dem Weg, Dinge auch aus der Perspektive der ambulanten und stationären Versorgung mitzudenken! Das kann nicht vom Krankenhaus getrennt werden. Wenn ein Krankenhaus nicht da ist, gibt es ein Riesenproblem. Wenn ambulante Dienste nicht da sind, hat das Krankenhaus ein Riesenproblem. Da können Sie sich auf den Kopf stellen. Die Notfallambulanzen wären dann mit nicht versorgten oder unterversorgten älteren Menschen voll, weil es schlicht keine Versorgungsstruktur gäbe. Diese Menschen landen dann natürlich in der Notfallambulanz. Dann kann man dort triagieren, wie man will - das wird an dieser Stelle aber nicht von der Versorgungsnotwendigkeit ablenken.

Da können Sie sich auf den Kopf stellen. Die Notfallambulanzen wären dann mit nicht versorgten oder unterversorgten älteren Menschen voll, weil es schlicht keine Versorgungsstruktur gäbe. Diese Menschen landen dann natürlich in der Notfallambulanz. Dann kann man dort triagieren, wie man will - das wird an dieser Stelle aber nicht von der Versorgungsnotwendigkeit ablenken.

Fazit

- 1 Flächendeckende Versorgung/ flächendeckende Zugänge zur Versorgung bestehen aktuell (aber keine Bedarfsgerechtigkeit)
- 2 Pflegebedürftigkeit ist zwischen 2017 und 2023 „entkoppelt“ von der Altersdemografie (die Altersdemografie tritt erst ab 2035 deutlicher zutage)
- 3 Die Beschäftigung Pflegenden stagniert (Zunahme der Einrichtungen korrespondieren nicht mit einer Zunahme der Beschäftigung)
- 4 Die Berufsdemografie Pflegenden wird frühzeitig auf strukturelle Entwicklungen einwirken (geringe Überläufe erlauben keinen Ausbau bestehender Strukturen)
- 5 Regionale Ansätze (Care- und Casemanagement/ regionales Pflegekompetenzzentrum) haben eine große Bedeutung bei der Steuerung und Gestaltung der Pflege
- 6 Pflegeversorgung wird ohne familiäre, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement nicht realisierbar bleiben (sozialdemokratisch 470 als Thema erkannt)

© 2025 DPF Statistik AGP Sozialforschung Hannover, 12.06.2025

Positiv ist: Es gibt in Niedersachsen eine flächendeckende Versorgung. Die Pflegebedürftigkeit ist von der demografischen Entwicklung entkoppelt. Die Beschäftigung der Pflegenden stagniert momentan. Es gibt eine leichte, nur noch minimale Zunahme, was auch mit den Ausbildungsstrukturen in Verbindung steht. Die Berufsdemografie Pflegenden wird frühzeitig vor

der Altersdemografie im Land einen wesentlichen Punkt darstellen. Die regionalen Ansätze - Case und Care Management, regionale Pflegekompetenzzentren, das Steuern von Pflegebedürftigkeit und von Bedarfen der Bevölkerung - werden einen viel größeren Gestaltungsraum einnehmen. Die Pflegeversorgung wird nicht ohne familiäres, nachbarschaftliches und bürgerschaftliches Engagement realisierbar sein. Allein über Fachkräfte ist das nicht zu lösen. Hierfür gibt es Chancen im Modellprogramm. Ich hätte mir das Modellprogramm gerne in der zehnfachen Ausstattung gegenüber dem gewünscht, wie es jetzt realisiert wurde. Denn es geht um ein gesellschaftlich sehr zentrales Problem. Wenn es nicht gelöst wird, dann wird man tatsächlich große Fragen an die Politik stellen: Warum habt ihr das nicht gemacht? Warum habt ihr das nicht gesehen? - Vor diesem Hintergrund werden auf Bundesebene Modellprogramme mit einem Anspruch auf Bundeswirksamkeit und einer Ausstattung gestartet, mit der man regional mal ganz kleine Dinge auf den Weg bringen kann, mehr aber nicht. Trotzdem sollten wir diese Chancen nutzen.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden. Ich bin jederzeit erreichbar. Sie können Thomas Klie und sein Team und auch mich gerne anschreiben, wenn Sie Fragen zum Bericht haben. Dazu lade ich Sie ein. Ich darf mich auch für die Arbeit bedanken. Es ist hochspannend, sich mit Niedersachsen zu beschäftigen.

Aussprache

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Ihr Vortrag war sehr erhellend. Sie haben auch ausgeführt, dass eine flächendeckende stationäre Pflege nicht mehr möglich sein wird. Wie beurteilen Sie die weiteren Entfernungen, die damit verbunden sind, und die soziale Entkopplung der Pflegebedürftigen aus ihrem sozialen Umfeld?

Prof. **Dr. Isfort**: Wir können das momentan nicht quantifizieren, sondern nur die Einschätzung geben: Vor dem Hintergrund des jetzigen Ausbildungsniveaus werden Sie die Infrastruktur, die Sie jetzt in Niedersachsen haben, für die nächsten überblickbaren Zeiträume stabilisieren, für die wir Prognosen wagen. Das heißt, die jetzige Infrastruktur bietet noch eine ortsnahe Versorgung. Ab 2035 rechnen wir mit einer stärkeren demografischen Veränderung. Meine Hoffnung ist, dass wir in zehn Jahren nicht mehr über die gleichen Strukturen sprechen, sondern dass wir über Quartiersorientierung sprechen, dass wir über kommunales Care und Case Management sprechen, dass wir über kleinräumigere Bereiche sprechen, dass wir koordinativ arbeiten, dass also ambulante Dienste nicht mehr solitär vor sich hinwurschteln, sondern koordiniert ineinandergreifend Gesamtversorgungsstrukturen entwickelt haben. Deswegen würde ich das nicht so depressiv sehen, sondern ich sehe das als Entwicklungschance und glaube auch fest daran; sonst würde ich das nicht machen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Sie sprachen vorhin die hohe Teilzeitquote an. Wissen Sie, woran diese hohe Teilzeitquote liegt? Zum Teil an psychische Belastungen, an medizinischen Belastungen, zum Beispiel Rückenprobleme? Haben Sie dazu bereits Erhebungen durchgeführt, sodass man dann auch Überlegungen darüber anstellen kann, wie man diese Personen so weit entlasten kann, dass sie ihre Stundenzahl aufstocken?

Prof. **Dr. Isfort**: Das haben wir uns in Nordrhein-Westfalen angesehen. Dazu haben wir in Niedersachsen keine dezidierte Untersuchung durchgeführt. In Nordrhein-Westfalen haben wir mehrere Tausend Pflegekräfte dazu befragt und konnten wir das gruppieren. Es gibt erstens die Gruppe der unfreiwillig in Teilzeit Arbeitenden, die gerne mehr arbeiten würden, aber deren Arbeitgeber ihnen nicht die Möglichkeit dazu bietet. Das kommt zum Beispiel sehr viel in ambulanten Pflegediensten vor; denn in ambulanten Pflegediensten können schlicht aufgrund der Struktur nicht alle in Vollzeit beschäftigt werden, sonst wären sie sofort nicht mehr geschäftsfähig. Die zweite Gruppe sagt: Jeder Tag, den ich zusätzlich zur Erholung bekomme, ist für mich ein gesundheitsschützender Tag, und dadurch kann ich meinen Beruf länger ausüben. Das heißt, sie arbeiten im Prinzip freiwillig in Teilzeit. Die dritte Gruppe arbeitet unfreiwillig aufgrund von körperlichen Einschränkungen in Teilzeit; diese Beschäftigten würden einen Fulltime-Job nicht mehr durchstehen. Die DAK hat im letzten Jahr aufgezeigt, dass die Beschäftigten im Bereich der Altenpflegerischen Versorgung durchschnittlich an 50 Tagen im Jahr arbeitsunfähig sind. Wir sehen bestimmte Strömungen. Momentan gibt es den höchsten Stand bei den Ausfallzeiten durch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Dadurch wird das bestehende Personal stark belastet. Wir sehen, dass psychosoziale Störungsbilder im Vergleich zu den typischen Klassikern - den Muskel- und Skeletterkrankungen - zunehmen. Das heißt, die psychischen Belastungen nehmen zu. Wir beobachten auch, dass die deutlichen Gehaltszuwächse in der Pflege auch dafür verwendet werden, sich Teilzeitarbeit zu erlauben. Das kann man positiv oder negativ sehen. Die negative Lesart wäre: Mit jeder Gehaltssteigerung senken wir die Kapazität. Das Positive wäre: Mit jeder Gehaltssteigerung ermöglichen wir Beschäftigten in der Pflege, auch mit einer Dreiviertelstelle

langfristig einen Beruf auszuüben, der extrem herausfordernd ist. Ich hatte sieben Jahre lang Dreischichtdienste auf einer Intensivstation und weiß insofern, wovon ich rede.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Herzlichen Dank für Ihren ausführlichen Vortrag. Meine Frage bezieht sich auf die Teilzeitquote und darauf, inwieweit das ausscheidende Personal durch frisch ausgebildete Kräfte ersetzt werden kann. Sie haben berichtet, dass das Delta, also die Differenz zwischen denen, die in den Beruf hineingehen und aus ihm herausgehen, bis zum Jahr 2040 immer kleiner wird. Inwieweit kann es auch zu einer Unterversorgung kommen, weil die neu ausgebildeten Kräfte eher in Teilzeit als in Vollzeit arbeiten werden? Ich vermute, Sie haben das mit Vollzeitäquivalenten verglichen.

Prof. **Dr. Isfort**: Nein, wir haben mit Kopfzahlen gearbeitet. Wir wissen um die angespannte Arbeitsmarktsituation. Das zeigt sich ja seit vielen Jahren. Die Arbeitslosenquote in der Pflege ist null. Das müsste umgekehrt auch mal positiv dargestellt werden, dass die Beschäftigten in der Pflege einen sicheren Beruf haben. Wer in die Pflege geht, ist nicht von Arbeitslosigkeit bedroht, ist nicht von KI-Umwälzungen bedroht und nicht in der Gefahr, dass der Arbeitsplatz in irgendeiner Weise wegrationalisiert oder ins Ausland verlagert werden kann. Das ist etwas sehr Wichtiges, was wir mitteilen müssen. Momentan gehen wir davon aus, dass das gelingt. In der alten Logik würde man sagen: Wir brauchen viel mehr Altenpflegeeinrichtungen, wir müssten viel mehr Einrichtungen aufbauen, wir müssten viel mehr ambulante Dienste aufbauen. Dazu sagen wir: Das wird nicht gelingen. Übrigens: Auch die Instrumente zur Personalbemessung wie PeBeM in der Pflege oder PPR 2.0 im Krankenhaussektor können nicht dazu führen, dass man das realisiert, weil die Personalkapazitäten, die dabei für den Zuwachs gemessen werden und die man bräuchte, nicht herstellbar und auch nicht abbildbar sind. Ob es gelingt, den Zuwachs ausschließlich über einen Zuzug zu realisieren, wage ich zu bezweifeln. Dem stehen in der Pflege momentan auch restriktive Ideen zum Familiennachzug konsequent im Wege. Das torpediert die bisherigen Versuche oder Überlegungen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Zu Beginn Ihrer Analyse haben Sie sehr stark auf die Gruppe der über 75-Jährigen abgehoben. Pflege findet aber in vielfältiger Form auch in anderen Altersgruppen statt. Mir geht es jetzt insbesondere um die Pflege jüngerer Menschen und im Vorgriff auf die Anhörung unter dem folgenden Tagesordnungspunkt um diejenigen Menschen, die von postviralen Erkrankungen betroffen sind und intensiver Pflege bedürfen. Es gibt also vielfältige Herausforderungen für die Pflege. Wie stellt sich die Versorgung in diesem Bereich dar?

Ich bin sehr dankbar, dass hier im Ausschuss, aber auch darüber hinaus im Landtag in Bezug auf das Aegidius-Haus eine große Übereinkunft über die Fraktionsgrenzen hinweg besteht und dass Rot-Grün und die CDU gemeinsam diese Themen nach vorne tragen.

Also kurzgefasst: Wie stellt sich die Situation bei der Pflege für jüngere Menschen, bei der Intensivpflege und insbesondere bei der Pflege für postviral Erkrankte - Post-COVID, Post-Vac und ME/CFS - dar?

Prof. **Dr. Isfort**: Ich würde anraten, zu diesen Themen gesonderte Einzelanalysen bzw. Einzelgutachten in die Perspektive einzubringen. Ich habe auch die bislang größte Untersuchung zum Thema außerklinische Intensivversorgung geleitet - das Pflege-Thermometer 2022 -, in der wir

uns mit Menschen mit einem 24-Stunden-Bedarf an nicht-invasiver Beatmung, mit Trachealkanüle oder mit zerebralen Störungen mit einer häuslichen 24-Stunden-Betreuung befasst haben. Diese Fragestellungen sind so hoch spezialisiert, dass sie anders angegangen werden müssen und nicht in einem Landespflegebericht mit aufgenommen werden können, weil sie dort untergehen würden. Man sollte diese Fragestellungen nicht ignorieren. Wenn man sie in den Fokus nehmen will, muss man sie jedoch anders betrachten. Dann benötigt man auch qualitative Analysen.

Wir gehen aber auch nach unseren Erkenntnissen aus anderen Bundesländern davon aus, dass gerade in spezialisierten Bereichen eine Unterversorgung und kaum die Möglichkeit besteht, Menschen, die häuslich beatmet werden und in die Adoleszenzphase einmünden, Wohnraum zu bieten. Das ist alles bekannt, aber würde den Landespflegebericht sprengen. In Bezug auf die Pflegeinfrastruktur und die Perspektive der Pflegeausbildung haben wir uns allein schon 50 bis 60 Indikatoren angesehen. Wenn wir auch das noch aufnehmen würden, dann würde der Pflegebericht wieder so umfangreich werden, wie er früher mit rund 400 Seiten schon mal war.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Herzlichen Dank für Ihr Angebot, dass wir Ihnen im Nachgang noch Fragen stellen können. Darauf werden wir bestimmt noch zurückkommen, um den Zeitrahmen jetzt nicht zu sprengen.

Sie erwähnten, es gebe eine Sektorentreue in der Pflege, aber auch eine sehr große Treue zu dem jeweiligen Gebiet, und es sei eher ein Märchen, dass Pflegekräfte im Fall der Schließung eines Krankenhauses bereit seien, in einem 40 km entfernten Krankenhaus zu arbeiten. Daher meine Frage: Was ist größer - die Sektorentreue oder die Gebietstreue?

Gibt es überhaupt Zahlen, Daten und Fakten in Bezug auf Menschen, die gar nicht versorgt sind?

Ferner interessiert mich, ob es auch Gebiete bzw. Landkreise gibt, in denen die Steuerung von Leistungsempfängern und Leistungsanbietern herausragend gut ist und die insofern als Leuchttürme gelten können.

Prof. **Dr. Isfort**: Die letzte Frage kann ich beantworten: Einzelne Beispiele dazu finden Sie im Landespflegebericht. Dort haben mein Kollege Klie und sein Team auch vertiefte Interviews geführt. Im Landespflegebericht haben wir dazu auch Steuerungsmöglichkeiten beschrieben und herausgestellt.

Zu der ersten Frage, was überwiegt: Wir können das immer nur in der Relation angeben. Im Landespflegebericht finden Sie auch Angaben zu den Anteilen ortsgebundener Pflegekräfte. Das sind Pflegekräfte, deren Wohnort sich am Arbeitsort befindet. Dabei sehen wir entsprechend Unterschiede. In der Summe sind es 70 bis 80 % in sehr vielen Landkreisen und kreisfreien Städten. Es gibt auch Einpendlerbereiche, in denen es das Personal in andere benachbarte Städte zieht; dort ist die Ortsgebundenheit niedriger.

Zu der Sektorentreue im Jahr 2023 im Bereich der ambulanten Pflege: Ungefähr 92 % sind entweder von einem ambulanten Dienst in einen anderen migriert oder haben gar keine Veränderung vorgenommen. Im Krankenhausbereich waren es, glaube ich, 97 %. Die Riesenbewegungen, die manchmal beschrieben werden, finden wir in den Daten nicht. Das ist einfach anekdotische Evidenz und wird auch teilweise instrumentalisiert.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Sie haben abschließend so schön gesagt, dass es Spaß gemacht hat, sich mit Niedersachsen zu beschäftigen. Uns geht es im Übrigen auch so, und zwar jeden Tag aufs Neue.

Ich möchte zwei kurze Fragen stellen bzw. Anmerkungen machen. Sehr positiv finde ich, dass Sie nicht alles schwarzgemalt haben. Vielen Dank dafür! Es gibt gewisse Trends, denen wir sicherlich folgen müssen. Die To-do-Liste ist lang, aber wenn man fleißig die Punkte abarbeitet, dann ist da tatsächlich Licht am Ende des berühmten Tunnels.

Sie haben in dem Bericht Ausführungen zum Thema stationäre und ambulante Pflege gemacht. Wie stellt sich aber die Situation bei den Zwischenformen dar, insbesondere bei der stambulanten Pflege, die - im Gegensatz zu Niedersachsen - in vielen anderen Bundesländern schon etabliert und nicht ganz irrelevant ist? Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Prof. **Dr. Isfort**: Das wäre ein Punkt für unsere To-do-Liste für die Weiterentwicklung dieses Berichtswesens, wie man solche anderen Kennzahlen gewinnen kann. Für größere Städte wie beispielsweise Hannover reicht es aber nicht aus, die Zahlen von Hannover zu haben, sondern dann muss man die Geo-Shapes betrachten und kleinräumigere Analysen durchführen. Zu diesen Analysen würden aus unserer Sicht auch andere Wohnformen, andere Quartiersversorgungskonzepte und Pflegeberatungskonzepte gehören. Das müsste dann aber Teil einer Leistungsbeschreibung sein und müsste man dann auch mit der grundsätzlichen Zieldimension dieses Berichtes abgleichen. Als wir den Bericht erstmals vor vier Jahren erstellt haben, war die Zieldimension des Berichtes, ihn von den 400 Seiten mit jeder Spezialität, mit jedem Einzelprojekt und mit jeder Einzeldarstellungsform anders aufzustellen, sodass ein Überblick, eine Verbindungslinie und Kernaussagen vorhanden sind. Das müsste man sicherlich mit den Zielvorstellungen der Abteilung abgleichen.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Meine zweite Frage bezieht sich auf diejenigen Pflegebedürftigen, die nicht über 75 Jahre oder um 75 Jahre alt sind, sondern auf die breite Altersspanne darunter. Es ist völlig klar, dass man für sie einen separaten Bericht erstellen müsste. Können Sie schon eine Aussage zu dem prozentualen Verhältnis dieser Altersgruppen oder zumindest grobe Zahlen nennen? Mich würde interessieren, in welcher Spezialisierungstiefe in Niedersachsen Menschen, die jünger als 75 Jahre sind, in den einzelnen Landkreisen gepflegt und betreut werden. Diese Zahlen können gegebenenfalls auch nachgeliefert werden.

Prof. **Dr. Isfort**: Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist in der Pflegestatistik ablesbar. Man müsste dann die unterschiedlichen Altersgruppen betrachten. Diese Daten gibt es beim Landesamt für Statistik, sind also in einer öffentlichen Datenbank abrufbar. Ich habe diese Daten jetzt nicht vor Augen und kann deswegen keine Relation angeben. Aus meiner pflegerischen Perspektive würde ich dazu aber auch immer den Hinweis geben, dass man nicht auf der Basis der Kennzahl entscheiden darf, ob es relevant ist. Denn die Kennzahl wird sehr schnell aufzeigen, dass dieser Bereich sehr klein ist. In der häuslichen Intensivversorgung mit Beatmung sind rund 12 000 Personen. Das erscheint zunächst einmal sehr niedrig, ist aber in der Relevanz enorm. Diese Aspekte würde ich mit bewerten wollen. Insofern müssten wir uns diesem Thema einmal gezielt gesondert widmen.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Mich interessiert Ihre Einschätzung zu Pflegekräften aus Drittstaaten, die in Niedersachsen eine Anerkennung erhalten haben. Gehörte zum Monitoring auch dazu,

wie lange diese Pflegekräfte, die zum Teil eine völlig andere Ausbildung, nämlich ein Studium, abgeschlossen haben und nach Niedersachsen gekommen sind, bei uns im Land bleiben, bevor sie in andere Länder abwandern oder in ihr Heimatland zurückkehren?

Sie haben auch ausgeführt, dass die Pflegedienste im Moment keine eigene Steuerungsfunktion ausüben, dass aber für die Zukunft eine Steuerung notwendig sein wird. Wie müsste diese Steuerung aus Ihrer Sicht aussehen?

Prof. Dr. Isfort: Zu Ihrer ersten Frage: Es gibt keine Bleibestatistik zu den Pflegekräften, und zwar generell nicht. Wir sind immer nur mal in Einzelprojekten bei einzelnen Universitätskliniken der Frage nachgegangen, wie viel Personal wann aus welchen Bereichen angeworben worden ist und wie lange es geblieben ist. Wir haben Interviews mit Pflegekräften aus Spanien geführt, die zurückgegangen sind und uns dann gesagt haben, es lag am Wetter. Da konnten wir natürlich wenig machen. Das heißt, nicht aus jeder Analyse resultiert hinterher eine Möglichkeit. Solche systematischen Daten gibt es aber nicht. Sie werden bei der Bundesagentur für Arbeit nicht erhoben. Wir haben ja auch keine Tracker, mit denen wir die Leute nachverfolgen könnten. Wir wissen nur, in welchem Jahr von Pflegekräften aus welchen Ländern ein Antrag auf Zulassung zum Arbeitsmarkt gestellt worden ist. Dabei geht es aber nicht um die Anerkennung, sondern um die Zulassung zum Arbeitsmarkt. Das wissen wir. Dann können wir uns auch die Anerkennungsstatistik ansehen. Diese beiden Daten sind vorhanden, andere nicht. Das wäre tatsächlich einzeln in Frageform zu evaluieren. Wir können das momentan nicht einschätzen. Wir wissen aus den Projekten, die sich intensiv damit beschäftigt haben, dass es bestimmte Marker gibt: Man braucht ein gutes Integrationskonzept. Es reicht nicht aus, einen Arbeitsplatz zu haben, sondern man muss die Personen mit Integrationskräften, zusätzlichen Sprachangeboten und Wohnangeboten mitnehmen. In Großstädten hat das Thema Wohnen eine hohe Bedeutung, um das Anwerben von Pflegekräften zum Gelingen zu bringen.

Zu der Frage zur Steuerung: Wir gehen davon aus, dass wir mittelfristig eine weitere Konsolidierung oder Marktkonzentration bei den ambulanten Diensten erleben werden. Das zeichnet sich ja teilweise schon ab. Nicht jede Insolvenz, von der Sie lesen, ist eine Insolvenz im Sinne von Aufgabe, sondern teilweise geht es ja auch um Übernahmen von anderen Diensten, so wie das ja auch bei den stationären Einrichtungen geschieht. Diese Steuerung könnten natürlich bereits bestehende größere Trägerverbände ausüben. Ich habe gestern noch mit einem Träger in einer Großstadt in Nordrhein-Westfalen gesprochen, der gesagt hat: Ja, das haben wir längst zugeordnet! - Das heißt, dort fährt nicht mehr jeder aus jedem Stadtteil überall hin, sondern ist das anders strukturiert worden. Aus unserer Perspektive könnte das auch kommunal gesteuert werden. Dazu müsste man die Kommunen aber ermächtigen, und sie müssten auch die Möglichkeit haben, dieser Steuerungsfunktion nachzukommen. Auch da gibt es viel Bewegung, in diese Richtung zu denken. Das kann man mit künstlicher Intelligenz und digitalen Formaten unterstützen. Das ist digitalisierbar. Die Pflege selber ist aber nicht digitalisierbar, weil sie eine personenbezogene Dienstleistung ist, für die es keinen Algorithmus geben kann. Das ist ein Bereich, der bleiben wird.

Abg. Claudia Schübler (SPD): Ich bedanke mich ganz ausdrücklich für diesen Landespflegebericht und Ihren dynamischen Vortrag. Ich habe keine Frage mehr, nachdem bereits so viele Fragen gestellt worden sind. Sie haben ein paar Schwachstellen aufgezeigt, die für uns auch Handlungsoptionen und Hausaufgaben darstellen. Sie haben aber auch ein paar Lichtblicke vorge-

stellt. Ich fand es zum Beispiel interessant, dass sich die Anzahl der Beschäftigten nicht wesentlich reduzieren wird, also dass wir es schaffen werden, das auszugleichen. Das ist immerhin ein Zeichen dafür, dass die Entwicklung in einigen Bereichen in eine gute Richtung geht. Insofern war der Bericht sehr hilfreich. Spannend fand ich auch die Fragen der Kolleginnen und Kollegen nach weiteren Zahlen und danach, was man noch untersuchen könnte. Allerdings stellt sich die Frage, wie lange das letzten Endes dauert und welche Handlungen daraus resultieren könnten. Ich fand Ihre Ausführungen jedenfalls sehr gut und beglückwünsche Sie zu Ihrem Werk. Wir werden es bestimmt noch häufig in Augenschein nehmen, weil es viele interessante Fakten für uns sichtbar gemacht hat.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank, Herr Professor Dr. Isfort, für Ihren Vortrag und Ihre weiteren Ausführungen.

Tagesordnungspunkt 4:

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

zuletzt behandelt: 62. Sitzung am 24.04.2026

Anhörung

Medizinische Hochschule Hannover

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5

Anwesend:

- Prof. Dr. Nils Schneider
- Dr. Vega Gödecke

Dr. Vega Gödecke: Ich bin Oberärztin an der Medizinischen Hochschule, leite die Sprechstunde für Seltene Erkrankungen, die Post-COVID-Sprechstunde, die Fatigue-Sprechstunde und die Nephrologische Ambulanz, wo ich mich schwerpunktmäßig mit Autoimmunerkrankungen beschäftige.

Das Chronische Fatigue-Syndrom ist ein Erkrankungsbild, das wir in unserer Sprechstunde häufig sehen. Ich möchte zunächst anhand von Beispielen erläutern, dass wir uns vorwiegend nicht mit dem Symptom Fatigue beschäftigen. Fatigue kann ja im Rahmen von verschiedenen Erkrankungen auftreten. Es ist ein sehr schwerwiegendes Erkrankungsbild für die Betroffenen und stellt letztlich auch ein großes gesellschaftliches Problem mit allen Folgen dar. Wir sprechen jetzt nicht über eine Situation, dass jemand nach einer längeren Pause joggen geht und sich dann mehrere Stunden lang sehr abgeschlagen fühlt oder vielleicht Muskelkater hat. Eine Chronische Fatigue ist ein Erkrankungsbild, das sich zum Beispiel in einer geringen Belastung äußern kann: Man kocht zum Beispiel ein Abendessen und fühlt sich danach vielleicht sogar tagelang so abgeschlagen, dass man nicht mehr aus dem Bett aufstehen kann, oder man hatte einen grippalen Infekt und merkt, dass man über Monate hinweg überhaupt nicht mehr fit wird und zum Teil Minuten braucht, um eine Treppe hochzukommen. Das sind klinische Bilder, die wir tatsächlich bei uns sehen, die wir dann auch beschreiben und weiter abklären.

Es ist wichtig, auch einmal zu beschreiben, wie wir das Chronische Fatigue-Syndrom diagnostizieren. Wir wenden dabei klinische Kriterien an. Das Hauptkriterium ist die Verschlechterung der Symptomatik nach Überlastung. Die Überlastung kann individuell sehr unterschiedlich sein. Es kann auch eine leichte Belastung sein. Ein Beispiel habe ich eben schon genannt. Eine solche leichte Belastung kann aber auch das Duschen oder das Einkaufengehen sein. Es ist individuell

tatsächlich nur eine sehr leichte Belastung, die dann zu einer teilweise tagelang oder noch länger anhaltenden Verschlechterung führt.

Gleichzeitig ist es eine chronische Symptomatik, die über Monate anhält. Die Kriterien geben vor, dass es mindestens sechs Monate anhalten muss.

Gleichzeitig gibt es auch andere Symptome, die zu den Hauptkriterien gehören: Schlafstörungen, Schmerzen und - das ist ganz typisch - auch neurologische Symptome. Das sind für die Betroffenen sehr belastende Symptome: Gedächtnisstörungen, Wortfindungsstörungen, Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Das können wir häufig nicht gut objektivieren - manchmal schon ein bisschen -, aber häufig bleibt es sehr schwierig, das zu objektivieren.

Das ist das Krankheitsbild, das wir sehen und das wir auch bei uns in der Sprechstunde abklären. Die Folgen für die Betroffenen sind natürlich immens. Sie sind nicht nur persönlich eingeschränkt, können sich eventuell nicht um ihre Familie kümmern und können Hobbys nicht nachgehen, sondern sind auch bei der Arbeit eingeschränkt, müssen die Arbeitszeit reduzieren oder sogar aufhören zu arbeiten. Es kann bis hin zur Frühberentung oder auch bis hin zur Pflegebedürftigkeit gehen. Das ist also ein großes, letztlich auch ökonomisches Problem.

Diese Patienten sehen wir bei uns in der Post-COVID/Fatigue-Sprechstunde. Wir beschreiben dann erst mal die Symptomatik und führen auch Testungen durch, um die Begleitsymptome zu quantifizieren. Viele Patienten haben zum Beispiel eine sehr hohe Herzfrequenz, die sich verschlechtert, wenn sie sich aufrichten oder hinstellen. Wir haben auch Patienten zum Beispiel mit autonomen Funktionsstörungen. Das vegetative Nervensystem funktioniert nicht richtig. Die Muskelkraft ist eingeschränkt. Alles das quantifizieren wir. Wir führen Blutuntersuchungen durch. Wir befragen die Patienten sehr aufwendig. Wenn man das hört, dann weiß man: Das sind keine einfachen Patienten. Das sind hochkomplexe Patienten. Ich betreue auch eine andere Hochschulambulanz und kann das beurteilen: Diese Patienten sind komplexer als andere Patienten in der Hochschulambulanz und brauchen dementsprechend mehr Zeit, mehr Input und auch mehr interdisziplinäre Versorgung. Ganz häufig sind sehr viele Organsysteme betroffen. Wir involvieren andere Fachrichtungen, um diese Patienten zu versorgen. Es ist auch nicht mit einer Vorstellung getan. Die Versorgung muss dann ja auch weitergehen.

Wir haben in unserer Sprechstunde die Möglichkeit, die Patienten klinisch zu diagnostizieren und einen individuellen Therapieplan zu entwerfen. Wir haben auch die Möglichkeit, Komorbiditäten abzuklären. Dabei finden wir zum Teil auch andere Erkrankungen, die möglicherweise zuvor gar nicht bekannt waren und die wir dann kausal therapieren können.

Die Therapie ist aber im Wesentlichen eine symptomatische Therapie. In diesem Zusammenhang muss ich betonen: Wir haben keine zugelassene Therapie für das Chronische Fatigue-Syndrom. Es ist eine rein symptomatische Therapie, die die häufigen Symptome behandelt, wie beispielsweise Schlafstörungen oder andere Symptome.

In der Medizinischen Hochschule Hannover laufen auch Studien mit Chronischen-Fatigue-Patienten, bei denen wir nicht nur Diagnostik, sondern auch Therapieoptionen einsetzen können.

Ganz wichtig ist für uns die Kooperation mit den Hausärzten. Wir akzeptieren nur hausärztliche Zuweisungen. Die Zahl der hausärztlichen Zuweisungen ist sehr hoch, nämlich monatlich im

dreistelligen Bereich. Das ist im Vergleich zu anderen Hochschulambulanzen sehr viel. Dementsprechend sind die Wartezeiten bei uns sehr lang.

Beim Thema Hausarzt möchte ich zu meinem Kollegen, Herrn Schneider, überleiten. Ich danke erst einmal für die Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Nils Schneider: Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin und beschäftige mich viel mit Versorgungsforschung. Aus diesen Perspektiven heraus möchte ich zwei Aspekte noch ein bisschen fokussieren: Das eine ist die Rolle der Hausärzt*innen, und das andere ist die Perspektive der Patient*innen, so wie ich sie in der praktischen Erfahrung und auch in der Versorgungsforschung wahrnehme.

Zunächst zu den Hausärzt*innen: Sie sind in unserem Gesundheitswesen grundsätzlich die erste Anlaufstelle für alle möglichen Erkrankungen und Problemstellungen, so natürlich auch für Patient*innen mit Fatigue. Genau das ist ja auch gesundheitspolitisch die Intention, wenn das Primärarztsystem in Deutschland gestärkt werden soll. Das ist sehr zu begrüßen und kommt sicherlich auch Patient*innen mit Fatigue zugute. Allerdings stoßen wir, generell gesprochen, bei Patient*innen mit sehr komplexen, sehr speziellen und, epidemiologisch betrachtet, eher selteneren Fragestellungen auch an Grenzen. Denn wir müssen bedenken, dass es nicht *den* Hausarzt, *die* Hausärztin oder *die* Hausarztpraxis gibt. Die hausärztliche Versorgung ist enorm heterogen, enorm vielschichtig. Es gibt Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Versorgung, die sich sehr gut, sehr engagiert und sehr kompetent ihrer Lotsenrolle, ihrer ersten Anlaufsfunktion für diese Patient*innen annehmen und annehmen können. Aber es gibt auch Hausärzt*innen - das müssen wir ehrlicherweise sagen -, die mit dieser Rolle Schwierigkeiten haben, sei es aus fachlichen, zeitlichen, organisatorischen oder emotionalen Gründen. Das heißt, wir können es uns nicht so einfach machen, die Logik eines Primärarztsystems automatisch auch auf die sehr besondere Patientengruppe mit Fatigue anzuwenden, sondern wir müssen hier differenziert hinschauen.

Hausärzte können aber grundsätzlich von ihrer Qualifikation, von ihrer Haltung her sehr gut Problemstellungen in den bio-psychosozialen Kontext einbinden, das heißt biologische und medizinische Fragestellungen mit der familiären, beruflichen und sozialen Konstellation der Patient*innen übereinbringen und auch das Umfeld der Patient*innen, die An- und Zugehörigen, mit berücksichtigen. Das ist enorm wichtig; denn Patient*innen mit Fatigue haben ihre An- und Zugehörigen oft als Ressource, aber die An- und Zugehörigen sind selber oft sehr belastet und brauchen ebenfalls Hilfe. Dann kann der Hausarzt natürlich auch eine ganz große Rolle im Sinne der Familienmedizin spielen.

Was bedeutet das konkret, wenn wir über die zukünftige Gestaltung der Versorgung für Patient*innen mit Fatigue nachdenken? - Ich denke, wir brauchen ein ganz exzellentes Zusammenspiel der Versorgungsebenen von der hausärztlichen Primärversorgung über die Fachärzt*innen bis hin zu den Spezialzentren. Es ist immer leicht gesagt, dass man sektorenübergreifend gut kooperieren muss, aber das ist schwer; denn wir alle wissen ja, dass das eine Schwachstelle in Deutschland ist. Es ist eine Schwachstelle, die sektorenübergreifende Versorgung wirklich gut zu gestalten, vor allen Dingen dann, wenn es kompliziert wird. Wenn man beispielsweise einen Patienten mit einer Hüft-TEP versorgen will, dann ist das strukturierbar. Bei Fatigue-Patient*innen, bei denen sehr viele medizinische, soziale und auch psychologische Probleme zusammenkommen, ist das Zusammenspiel jedoch wichtig, aber auch unglaublich schwer zu realisieren.

Ich habe keine Patentlösung dafür, aber würde uns allen sehr raten: Wenn wir über neue Versorgungsstrukturen oder die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen nachdenken, dann lassen Sie uns ganz besonders auf das integrative Miteinander der Versorgungsebenen und das Zusammenspiel der einzelnen medizinischen Fachdisziplinen, aber auch der weiteren Disziplinen wie Sozialarbeit, therapeutische Berufe und Psychologie achten! Lassen Sie also das Integrative nicht nur auf dem Papier stehen, sondern lassen Sie alle Konzepte in diese Richtung konsequent denken, ausrichten und finanzieren!

Dabei könnten auch neue Berufsgruppen eine wichtige Rolle spielen, wenn wir etwa an die Lotsefunktion denken. Das muss ja nicht ein Arzt machen, weder ein Hausarzt noch eine Spezialistin wie Frau Gödecke. Man könnte auch überlegen, welche Rolle hier zum Beispiel Physician Assistants oder andere neue Berufsbilder spielen können. Ich denke, wir hätten hier auch eine Chance, ein bisschen die Eisbrecherfunktion auch für andere Patient*innen mit sehr komplexen Versorgungssituationen wahrzunehmen.

Abschließend möchte ich noch auf die Patient*innen und ihre An- und Zugehörigen eingehen. Denn sowohl in der Forschung als auch im Kontakt erleben wir, dass viele sich im Gesundheitssystem tatsächlich nicht gut aufgehoben fühlen. Sie fühlen sich oft nicht gut verstanden, oft auch nicht ernst genommen. Sie vermissen eine gewisse Empathie und Zugewandtheit in unserem Gesundheitssystem für ihre Anliegen. Das ist als Befund sehr ernst zu nehmen. Denn wir brauchen bei allen Akteuren - bei Hausärzt*innen und Fachspezialist*innen anderer Berufsgruppen - eine annehmende, akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung. Die Grundhaltung kann nur dann auch im direkten Kontakt zur Geltung kommen, wenn alle, die mit diesen Patient*innen zu tun haben, auch Zeit haben, sich entsprechend mit diesen Patienten zu beschäftigen. Das ist in dem „Hamsterrad“, das wir in den Kliniken und Praxen derzeit haben, nicht möglich. Die Patient*innen, von denen wir hier sprechen, benötigen wirklich ganz viel Zeit und Zuwendung. Also auch hier wieder mein Appell: Wenn Sie bzw. wir alle über neue Strukturen nachdenken, dann lassen Sie uns die Faktoren Zuwendung und Zeit explizit mitdenken, mit konzipieren und auch mitfinanzieren! Das hängt ja alles zusammen.

Mut macht mir an dieser Stelle ein Beispiel aus einem ganz anderen Indikationsbereich, nämlich aus der Palliativversorgung, mit der ich mich auch viel beschäftige. Denn dort haben wir es vergleichsweise gut hinbekommen, verschiedene ärztliche Disziplinen mit nicht ärztlichen Berufsgruppen - wie Psychologen, Sozialarbeitern, Therapieberufen - und auch mit der Ehrenamtlichkeit gut zu vernetzen. Wir haben es hinbekommen, die Hausärzteschaft recht gut mit Spezialanbietern zu vernetzen, zum Beispiel über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Wir haben es hinbekommen, dabei auch die Faktoren Zuwendung und Zeit konzeptionell gut mit reinzudenken. Das ist zwar ein anderes Indikationsgebiet; aber dass es uns dort gelungen ist, macht mir Mut, dass uns das auch bei dem Fatigue-Syndrom gelingen kann.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Zu dem von Ihnen genannten Beispiel der Palliativversorgung stellt sich mir die Frage, wie wir die Hausärzte noch weiter darin stärken können, sich mit diesem Krankheitsbild zu beschäftigen, gerade diejenigen, die darin aus fachlicher oder welcher Sicht auch immer eine eigene Überforderung sehen. Ich denke in diesem Zusammenhang an das Zeitkontingent, aber auch an die Frage, wie man Fortbildung gestalten kann, damit Hausärztinnen und Hausärzte gegebenenfalls auch selber anfangen, Netzwerke zu bilden, wie Sie sie vorge schlagen haben.

Prof. Dr. Nils Schneider: Nach meinen Informationen wird heute Nachmittag auch Frau Dr. Wenker von der Ärztekammer angehört. Sie ist Expertin für die ärztliche Fort- und Weiterbildung und kann dazu sicherlich etwas sagen. Ich kann dazu sagen, dass es tatsächlich schon viele Fortbildungsangebote für Hausarzt*innen auch im Bereich ME/CFS/Fatigue gibt. Für den einzelnen Hausarzt besteht das Problem natürlich in der Notwendigkeit, sich in einem unglaublich breiten Repertoire von allen möglichen Themengebieten fort- und weiterzubilden. In diesem Zusammenhang muss man bedenken, dass der einzelne Hausarzt oft nur sehr wenige Patient*innen mit ME/CFS oder Fatigue, welcher Art auch immer, betreut. Nach unseren explorativen Studien sind es zum Teil nur ein oder zwei Patient*innen pro Hausarzt. Dann geht natürlich dieses Phänomen in dem gesamten Rauschen von Fortbildungsanforderungen an den Hausarzt ein bisschen unter. Die Kolleg*innen, die besonders affin sind, bilden sich dann fort - sprich: diejenigen, die es vielleicht am wenigsten nötig hätten -, und andere, die es nötig hätten, bilden sich nicht entsprechend fort. Das ist ein Problem. Deshalb muss man, glaube ich, auch ein Stück weit akzeptieren, wenn sich ein Hausarzt vielleicht nicht so in diesen Themenkomplex hineinbegeben kann oder möchte. Dann muss man halt schauen, ob der Patient bzw. die Patientin oder der Angehörige einen anderen Hausarzt nehmen kann oder ob, wie erwähnt, andere Berufsgruppen die hausärztliche Versorgung ganz gezielt mit unterstützen können. Es wäre ja denkbar, dass zum Beispiel Physician Assistants oder Ähnliche als Fallmanager bei Spezialzentren angedockt sind und eine Brückenfunktion zur hausärztlichen Versorgung wahrnehmen. Solche Modelle wären ja denkbar, um den einzelnen Hausarzt zu entlasten.

Abg. Eva Viehoff (GRÜNE): Das ist richtig, aber bei der Palliativversorgung macht es ja auch nicht jeder Hausarzt. Gegebenenfalls bedarf es dafür auch Netzwerken. Haben Sie entsprechende Erkenntnisse?

Prof. Dr. Nils Schneider: Der Vergleich mit der Palliativversorgung, den ich ja selber angeführt habe, weil ich das für einen guten Vergleich halte, hinkt insofern, weil, rein epidemiologisch betrachtet, in der hausärztlichen Praxis viel mehr Patienten am Lebensende betreut werden, gerade wenn man auch die nicht onkologischen Patient*innen mit einbezieht, als Patient*innen mit Fatigue betreut werden. Insofern bleibt da eine Schieflage in den Fallzahlen bei dem einzelnen Hausarzt. Aber vielleicht kann Frau Gödecke dazu ein bisschen mehr Licht in unser Dunkel bringen.

Dr. Vega Gödecke: Zur Ergänzung: Wir gehen ja tatsächlich von einer Unterdiagnose aus. Das Krankheitsbild erfordert natürlich einen gewissen Zeitaufwand, es erst mal zu diagnostizieren, und dann auch in der Betreuung einen großen Zeitaufwand. Diesen Faktor Zeit möchte ich an dieser Stelle noch einmal betonen. Das sind Patienten, die mehr Zeit brauchen als die meisten anderen Patienten. Das kann letztlich nicht zulasten von anderen Patienten eines Hausarztes gehen. Wenn viel Zeit für diese Patienten investiert wird, dann muss sich das irgendwie auch widerspiegeln. Es gibt ja auch Disease-Management-Programme usw. für chronische Erkrankungen. Wenn man diese Erkrankung ebenfalls als chronische Erkrankung anerkennt, die einen erhöhten Versorgungsaufwand auch für die Primärversorger beinhaltet, dann wäre schon sehr viel gewonnen. Wir führen aktuell die ACCESS-Studie für Schwerstbetroffene durch, an der ich auch beteiligt bin. Auf Schwerstbetroffene bin ich gerade explizit nicht eingegangen. Ich möchte aber nur kurz erwähnen, dass die Schwerstbetroffenen bei uns im Moment eigentlich keine Versorgungsstruktur haben, weil sie häufig so schwer betroffen sind, dass sie zu Hause sind und aufgrund ihrer Symptomatik gar nicht in die Praxen oder in die Kliniken kommen können. Das heißt, hier besteht eine komplette Unterversorgung. Wir erfassen gerade im Rahmen dieser Studie,

die durch das BMG gefördert wird - Studienleiterin ist Frau Dr. Dirks aus der Neurologie der MHH -, die Prävalenz von ME/CFS über die Hausärzte, über die Primärärzte. Selbst das gestaltet sich schwierig. Dann müssen wir natürlich auch überlegen, wie wir diese Patienten bestmöglich versorgen.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Uns stellt sich ja die Frage, wie wir das aus parlamentarischer Sicht unterstützen können, wie das durch unseren Antrag unterstützt wird und ob er vielleicht noch weiterentwickelt werden muss, um zum Beispiel eine aufsuchende Versorgung oder auch eine Versorgung in irgendeiner Form im Flächenland zu gestalten.

Ich möchte in diesem Zusammenhang eine besondere Gruppe in den Blick nehmen, nämlich die Kinder und Jugendlichen: Welche Strukturen brauchen wir für sie?

Ich glaube, wir könnten noch sehr viel länger über diese Punkte reden. Leider ist die Zeit begrenzt. Mir stellt sich aber die Frage, ob es Versorgungsmodelle gibt, die wir fördern können, und was wir sonst noch parlamentarisch anstoßen können, was nicht bereits im Rahmen der Selbstverwaltung stattfindet.

Prof. Dr. Nils Schneider: Die von Frau Gödecke erwähnte ACCESS-Studie betrifft genau dieses aufsuchende Versorgungsangebot, das Sie ansprechen. Das ist wirklich enorm wichtig. Denn die einzige Berufsgruppe, die in unserem Gesundheitswesen regelhaft Hausbesuche durchführt, sind ja die Hausärzte. Genau aus den von uns erwähnten Gründen reicht das oft nicht aus, weil es um schwerstbetroffene Patient*innen geht. Insofern müssen auch hoch spezialisierte Krankenhausärzt*innen und Therapeut*innen in die Lage versetzt werden, zu Patienten nach Hause zu fahren. Das ist ja ein kompletter gedanklicher Shift. Das ist ja gar nicht üblich. Das wird im Rahmen dieser Studie, die vom BMG gefördert wird, erprobt. Wenn sich das bewährt - als Wissenschaftler müssen wir das natürlich immer noch evaluieren -, wäre dies aus meiner Sicht genau das, was später parlamentarisch dann auch in der Regelversorgung verankert werden sollte, also die Möglichkeit, dass Klinikspezialist*innen wirklich herausfahren und Hausbesuche machen und das auch finanziert bekommen. Das gibt es ja teilweise auch in der SAPV für Palliativpatienten, obwohl ja manche SAPV-Teams auch an Kliniken angebunden sind und dann auch nach Hause fahren können. Auch hier passt die Analogie also durchaus ein bisschen.

Dr. Vega Gödecke: Zur Ergänzung: Aus meiner Sicht ist diese Studie nur ein Anfang. Sie erlaubt ja keine - schon gar nicht eine nachhaltige - Versorgung dieser Patienten. Das ist eine interdisziplinäre aufsuchende Versorgung, bei der wir erstmalig mit Spezialisten aus einer Uniklinik zu den Patienten nach Hause fahren. Das ist aber keine Versorgungsstruktur, die nachhaltig ist oder sozusagen in die Regelversorgung übergehen wird. Wir haben also aktuell keine Regelversorgung für diese Patienten, brauchen aber eine solche. Wir brauchen eine intersektorale Regelversorgung insbesondere für schwerstbetroffene ME/CFS-Patienten. Sie wissen besser, in welcher Form das umgesetzt wird. Aber das ist das, was wir benötigen. Einschränkend möchte ich sagen: Auch diejenigen, die nicht schwer betroffen sind, sind nicht gut versorgt. Im Grunde genommen ist das also ein Versorgungsproblem, und zwar ein riesengroßes Versorgungsproblem. Dieses Versorgungsproblem geht aktuell zulasten der Player im Gesundheitswesen, die diese Patienten sehen und auch anbieten, sie zu behandeln. Warum kommen wir zu diesem Thema? - Weil wir in der Sprechstunde für unklare Diagnosen sehr viele Patienten haben, die nach einer Diagnose suchen und bei denen sich herausstellt, dass sie eine Chronische Fatigue-Symptomatik haben. Wir sind aber gar nicht als spezialisierte ME/CFS-Sprechstunde gestartet,

sondern haben einfach diese Patienten bekommen, weil sie ansonsten keiner gesehen hat. Diese Patienten brauchen, wenn man das gesellschaftlich möchte, eine Versorgung, und diese Versorgung haben sie aktuell nicht.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Birgt der Zugang zur ACCESS-Studie insbesondere über Hausärzte nicht die Gefahr, dass man einen großen Anteil der Schwerstbetroffenen gar nicht sieht, weil sie den Zugang über Hausärzte in ihrer Not nicht mehr gefunden haben, weil der Hausarzt das Thema vielleicht auch nicht so ernst genommen hat oder weil sie direkt in Ihrer Ambulanz auf die Warteliste gekommen sind, weil sie sich woanders nicht wiederfinden?

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Diagnostik. Sie haben gerade den Hilferuf vieler Betroffener angesprochen, auch mal Klarheit über eine Diagnose zu haben. Bekommen die Betroffenen in der Regel erst bei Ihnen eine Diagnose? Kommen sie schon mit Diagnosen, oder kommen sie mit vielfacher Symptomatik, ohne zu wissen, dass das in einem größeren Kontext steht? Gibt es mittlerweile schon Indikatoren, die das erfassen können?

Dr. Vega Gödecke: Zu Ihrer ersten Frage: Das ist eine sehr gute Frage. Wir haben sehr intensiv darüber diskutiert. Diese Gefahr sehen auch wir, dass es möglicherweise Patienten gibt, die gar keinen Hausarzt haben. Viele Hausarztpraxen nehmen ja keine neuen Patienten mehr an. Auch dort gibt es eine Versorgungsproblematik. Wir sehen im Übrigen auch, dass Facharzttermine für unsere Patienten sehr schwierig zu bekommen sind und dass diese auch mit langen Wartezeiten verbunden sind. Der Zugang zur Versorgung ist also vorhanden, aber auch schon auf dieser Ebene eingeschränkt. Wir haben den Hausarzt in dieser Studie als Pflichtplayer mit hineingenommen, weil wir ihn ganz dringend brauchen: als Koordinator für Untersuchungsergebnisse, auch als Ansprechpartner für akute Probleme, weil er den besten Überblick über den Patienten hat und den Patienten am besten kennt. Wir werden in unserer Prävalenzerhebung auch erfassen, wie viele Patienten möglicherweise keinen Zugang zu dieser Struktur haben.

Zu Ihrer Frage, inwiefern bereits eine Diagnose vorliegt, wenn die Patienten zu mir kommen: Häufig besteht schon die Verdachtsdiagnose. Viele Patienten stellen diese Verdachtsdiagnose auch selber. Das ist aus meiner Sicht nicht immer hilfreich, weil es manchmal auch den Blick für das Gesamtbild trübt. Denn wir sehen auch Patienten, die vorschnell mit dieser Diagnose vielleicht nicht die entsprechenden fachärztlichen Abklärungen erhalten, die sie eigentlich benötigen. Es ist aus meiner Sicht ein großes Problem, wenn man diese Diagnose vorschnell ohne eine adäquate differenzialdiagnostische Abklärung stellt. Ich will nicht sagen, dass es eine andere Ursache für die Symptomatik gibt. Aber es können vielleicht zwei oder sogar mehrere Probleme parallel existieren, die wir aber ganz unterschiedlich behandeln. Wir haben ja auch sonst Patienten mit mehreren Diagnosen, die wir jeweils unterschiedlich behandeln. Wenn ich eine Diagnose, die kausal behandelbar ist, übersehe, dann ist das aus medizinischer Sicht natürlich nicht gut.

Abg. Claudia Schüßler (SPD): Wir haben diesen Antrag auf Niedersachsen zugeschnitten und müssen natürlich überlegen, was wir im Rahmen unserer Möglichkeiten tun können. Deshalb ist es wichtig, dass es diese Ambulanzen gibt, die wir jetzt eingerichtet haben.

Sie haben erwähnt, dass es Wartezeiten gibt. Wie lang sind diese Wartezeiten?

In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie berichtet, dass Sie erforscht haben, wie Videokonferenzen mit Hausärzten mithilfe eines Videokonferenztools funktionieren. Herr Professor

Schneider war in der Projektleitung dabei. Dazu würde mich Ihre Erfahrungen interessieren. Unser Antrag bezieht sich ja auch auf den Aufbau eines Netzwerks. Könnte das auch dafür ein Instrument sein?

Dr. Vega Gödecke: Sie sprechen damit das Problem an, dass wir eine der ganz wenigen Spezialambulanzen für dieses Erkrankungsbild haben. Dementsprechend werden wir natürlich mit Anfragen überrannt. Ich habe bereits geschildert, dass wir monatlich eine dreistellige Anzahl von ärztlichen Anfragen bekommen. Die können wir natürlich nicht zeitnah bedienen. Insofern haben wir sehr lange Wartezeiten, die viele Monate betragen. Wir müssen dann immer schauen, wo sozusagen der Schwerpunkt bei den Patienten ist. Wir haben interdisziplinäre Fallkonferenzen, in denen wir die Fälle besprechen und gegebenenfalls auch eine fachärztliche Abklärung initiieren, bevor wir überhaupt eine Vorstellung bei uns in der Sprechstunde realisieren können. Man muss ganz klar sagen, dass die Kapazitäten für diese Patienten nicht ausreichen. Aus meiner Sicht sind flächendeckend Spezialambulanzen und die intersektorale Versorgung erforderlich, damit die Patienten nicht zu uns kommen und im Grunde genommen eigentlich noch nicht adäquat auf die Vorstellung bei uns vorbereitet sind. Und warum sind sie nicht adäquat vorbereitet? - Weil der Zugang zu entsprechender fachärztlicher Diagnostik teilweise schon schwierig ist. Die Wartezeiten betragen aktuell viele Monate.

Prof. Dr. Nils Schneider: Die Frage zur Telemedizin bezieht sich auf das Projekt ViCoReK, das wir durchgeführt haben. Das war ein Kooperationsprojekt der MHH, in dessen Rahmen wir Hausärzt*innen und Patient*innen telemedizinisch beraten haben. Die Erfahrungen sind durchmischt gewesen. Gelernt haben wir, dass Telemedizin ein Baustein im Rahmen eines Gesamtversorgungskonzepts sein kann. Im ViCoReK-Projekt war sie aber der einzige Baustein. Wir haben also ausschließlich telemedizinische Beratung angeboten. Das hat deutlich zu kurz gegriffen. Das heißt, wenn wir in Zukunft an Telemedizin denken, dann muss sie im Rahmen eines Versorgungskonzepts eine Rolle spielen, aber nicht als alleinige Lösung, sondern dann, wenn Patient*innen bereits bekannt sind, wenn wir sie zu Hause aufgesucht haben oder sie zu uns gekommen sind, können zum Beispiel Monitoring-Gespräche, Besuche und Ähnliches in der Folge durchaus telemedizinisch mit flankiert werden, aber nicht als einziges Versorgungs- oder Beratungsangebot.

Abg. Delia Klages (AfD): Ich wüsste gerne, wie hoch Sie die Budgetbelastungen der Primärarztversorgung einschätzen. Sie haben erwähnt, dass dann, wenn ein Arzt nicht in diese Versorgung einsteigen kann oder will, ein Hausarztwechsel vorzunehmen oder möglich wäre. Dann muss man sich ja auch überlegen, wie die Budgets der Hausarztpraxen dadurch belastet würden.

Prof. Dr. Nils Schneider: Zu der Budgetbelastung der Hausarztpraxen durch Patient*innen mit Fatigue kann ich keine Auskunft geben. Diese Frage könnte bestimmt eher Herr Barjenbruch von der Kassenärztlichen Vereinigung beantworten.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Frau Gödecke, Sie halten flächendeckend Spezialambulanzen für erforderlich. Welche Größenordnung stellen Sie sich in diesem Zusammenhang bezogen auf Niedersachsen vor?

Dr. Vega Gödecke: Ich möchte jetzt nicht zu stark auf die Prävalenz der Erkrankung eingehen. Darauf wird sicherlich sehr explizit in den weiteren Vorträgen im Rahmen dieser Anhörung eingegangen. Ich gehe davon aus, dass im Verlaufe des heutigen Nachmittags deutlich wird, dass

die Prävalenz und die aktuellen Versorgungsangebote in einem ganz klaren Missverhältnis zueinander stehen. Wenn man sich die Prävalenz anschaut, dann wird auch deutlich, dass wir eigentlich niederschwellige Versorgungsangebote auf Primärarzniveau brauchen.

Dr. Walter Weber

Facharzt für Innere Medizin, Hamburg

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 4

Dr. Walter Weber: Zunächst zu meiner Person: Ich bin niedergelassener Internist und war 30 Jahre lang in einer kassenärztlichen hämatologischen/onkologischen Schwerpunktpraxis tätig. Ich bin dann dort ausgeschieden und betreibe noch eine kleine internistische Praxis. Zu mir kommen viele Menschen mit besonderen Problemen, weil ich mir heutzutage natürlich deutlich mehr Zeit nehmen kann als jemand, der in einer Kassenpraxis tätig ist. Das ist ein breites Spektrum von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, psychosomatischen Leiden, aber in der neuesten Zeit auch mit Corona-Folgen, in welcher Form auch immer.

Wir haben gerade zu dem Chronic Fatigue Syndrome gehört, dass es eine Seltene Erkrankung ist. Dennoch ist es nicht ganz selten. Wir sprechen allein in Deutschland schätzungsweise von mehr als 650 000 Betroffenen, davon 50 000 Kinder. Ich denke, das ist nicht ganz wenig.

Die Symptome des Chronic Fatigue Syndrome - auch „Myalgische Enzephalomyelitis“ genannt - sind vielfältig. Die Ursache ist nicht richtig bekannt. Ich bin jetzt auf ein Erklärungsmodell gestoßen. Zur Erläuterung dieses Erklärungsmodells: Es gibt sekundäre Folgen nach irgendwelchen Krankheiten, und es gibt primäre Folgen, bei denen wir gar nicht wissen, wo das Ganze herkommt. Aber einer der pathophysiologischen Mechanismen scheint zu sein, dass es sich um eine Autoimmunerkrankung des Gehirns handelt - mir war das auch relativ neu -, also gegen Hirnstrukturen wie zum Beispiel Tubulin und Ähnliches. Aus diesem Grunde sind die Symptome vielfältig je nachdem, um welche Gehirnregionen es sich handelt. Ein Hauptsyndrom ist natürlich die chronische Müdigkeit, die länger als sechs Monate andauert und nicht durch Schlaf behebbar ist.

Es gibt auch noch eine Reihe von anderen Symptomen. Die Kanadier haben dazu ein sehr gutes Erfassungsbild gemacht. Es umfasst die Fatigue-Syndrome mit unterschiedlicher Ausprägung. Ganz wesentlich ist, dass sich die Betroffenen nach einer Belastung nicht erholen. Ich kenne das: Man geht joggen und fühlt sich hinterher zwar kurzfristig ein bisschen schwitzig und erschöpft, aber danach kommt ein wohliges Gefühl. Dieses Gefühl kommt bei diesen Menschen jedoch nicht. Bei diesen Menschen kommt es zu einem richtigen Abfall, der Stunden, Tage oder Wochen dauern kann.

Die Häufigkeit festzustellen, hapert an gewissen Dingen. CFS ist zum Beispiel nach Infektionen bekannt, also als Long-COVID, aber es tritt häufiger auch nach Impfungen häufiger. Wir haben Probleme, die Daten zu erfassen, weil häufig die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Daten nicht an das Paul-Ehrlich-Institut zur Auswertung geben. Das ist gesetzeswidrig, wird aber nicht geahndet. Da haben wir ein Problem bei der Datenerfassung.

Außerdem gibt es für die Erkrankung zwar die ICD-Ziffer G93 - Sonstige Krankheiten des Gehirns; darunter fällt auch das Chronic Fatigue Syndrome -, aber es gibt keine Abrechnungsziffer dazu.

Das heißt, 90 % der Patienten werden von Kassenärzten versorgt, aber sie haben keine Abrechnungsziffer. Sie können dann irgendetwas anderes schreiben - „Schmerzen“ oder etwas anderes -, aber sie haben, wenn sie den Verdacht auf diese Erkrankung haben, nicht eine Abrechnungsziffer, die dann natürlich auch eine Leistung nach sich ziehen würde. Insofern stochern wir so ein bisschen im Nebel herum.

Ich möchte noch auf einen ganz wichtigen Punkt eingehen. Die Kollegen hier haben ja schon gesagt: Wer erkennt das? Wer versorgt das? - Es muss interdisziplinär sein. Es kostet viel Zeit. Es kostet Empathie. Während viele Erkrankungen sich organisch manifestieren, aber letzten Endes psychosomatisch sind, ist es hier umgekehrt. Die Menschen mit Chronic Fatigue Syndrome erscheinen in dem psychosomatischen Spektrum und werden auch entsprechend behandelt. Es wird dann teilweise entweder nicht ernst genommen oder völlig falsch eingeschätzt, und die Menschen werden in eine bestimmte Ecke geschoben. Wir nennen das so: Sie werden psychiatrisiert. Jemand hat mal dem Patienten gesagt: Na ja, das ist eine junge Frau, sie hat eine Familie mit Kindern und hat viel Stress! - Die werden in diese Ecke abgeschoben, statt ernst genommen zu werden. Ich halte es für sehr wichtig, dass diese Menschen ernst genommen werden. Um sie ernst zu nehmen, muss auch eine Ausbildung da sein. Wir haben ja gehört: Hier ist ganz viel Bedarf an Ausbildung nicht geschehen. Wir brauchen Anlaufstellen und Menschen, die sich damit auskennen und die sich damit befassen können. In einer Hausarztpraxis mit einer Sieben-Minuten-Taktung ist das überhaupt nicht machbar. Dafür braucht es spezielle Strukturen.

Diese Anhörung dient ja auch dazu, dieses Problem bekannt zu machen. Ich finde es ganz toll, dass hier ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für Menschen angestrebt wird, denen es nicht gut geht, die in unserer Gesellschaft hinten runterfallen, die natürlich auch in schwere finanzielle Nöte kommen. Sie geben dann viel Geld aus - natürlich außerhalb. Sie merken, dass sie von dem üblichen System nicht aufgefangen werden, und geben dann Geld beim Heilpraktiker oder sonst wo aus. Viele Patienten kommen bei mir mit 30 000, 40 000 oder 50 000 Euro Schulden an, ohne dass ihnen geholfen werden konnte.

Der Punkt ist, dass diese Leute aufgefangen werden müssen und dass sie auch einen finanziellen Anspruch haben. Es ist zum Beispiel nicht bekannt, dass diese Menschen seit dem 1. Januar nach dem Neunten Sozialgesetzbuch einen Versorgungsanspruch haben, dass Sozialverbände und Vereine Hilfestellung bei den Anträgen leisten. Fakt ist aber, dass die Versorgungsanträge in der Regel von Landesversorgungsämtern abgelehnt werden, weil sich die Gutachter immer noch auf unzureichende Stellungnahmen stützen, die bisher gemacht worden sind. Die Betroffenen befinden sich daher oft nicht nur in einer gesundheitlich und sozial schwierigen Lage, sondern auch in einer finanziellen Notlage. Ich finde diese Initiative hier großartig und möchte mich dafür herzlich bedanken - auch dafür, dass ich eingeladen worden bin. Ich spreche aus der Praxis. Ich habe etliche Patientenkontakte. Ich kenne dieses Krankheitsbild von leichter Form bis zu kompletter Bettlägerigkeit. Wenn man das bei 19- oder 20-Jährigen sieht, dann berührt das einen schon.

So weit meine Stellungnahme. Für Fragen bin ich offen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben gesagt, Sie seien eingeladen worden. Zur Konkretisierung: Die einzelnen Fraktionen haben Vorschlagsrechte für anzuhörende Personen. Sie haben natürlich den großen Willen, Anzuhörende einzuladen, die uns in der Diskussion nach vorn bringen und uns wissenschaftliche Perspektiven und Perspektiven aus der Sicht von Betroffenen vortragen. In der Demokratie kann natürlich jede Fraktion einen Vorschlag machen, aber muss man

dann nicht hinter jedem Vorschlag zur Anhörung einer Person stehen und bildet man sich nach den Informationen, die wir bekommen, eine eigene Meinung sowohl im Hinblick auf die Vorgehensweise als auch über die Inhalte, die wir dann hören. Seitens der CDU-Fraktion möchte ich erklären, dass wir uns nicht nur mit Ihrer Stellungnahme, sondern insbesondere auch mit dem Vorgehen, welches Sie ansonsten - durchaus öffentlich bekannt - kennzeichnet, auseinandergesetzt haben. Für uns ist klar, dass wir die Verbreitung wissenschaftlich nicht fundierter Thesen, auch Vergleiche demokratisch legitimierter Schutzmaßnahmen mit Verbrechen aus der Vergangenheit, das Versenden von Drohbriefen sowie das Unterlaufen auch von ärztlichen Mindeststandards nicht teilen und nicht unterstützen. Das ist verantwortungslos und gefährdet letztendlich auch das Vertrauen in unser Gesundheitswesen als Ganzes. Für uns ist klar, dass wir Evidenz, Ethik und Haltung in der Medizin brauchen und nicht Ideologie, Einschüchterung und Desinformation. Daher haben wir keine Fragen.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank, Herr Dr. Weber, für Ihre Ausführungen. Ich wüsste von Ihnen ganz gerne, welche Empfehlungen Sie geben können, wie man die unterschiedlichen Erkrankungen, die unter dem Fatigue-Syndrom zusammengefasst sind - also Post-Vac und Post-COVID -, voneinander trennen kann.

Dr. Walter Weber: In erster Linie durch eine saubere Anamnese kann man das häufig genau auseinanderhalten. Inzwischen gibt es Laboruntersuchungen, bei denen man eine Post-Vac- und eine Post-Infektionssituation auseinanderhalten kann. Im Einzelfall kann es mal zu einer Gemengelage kommen; da bekommt man es nicht auseinander. Aber inzwischen gibt es Laboruntersuchungen, bei denen man einen Post-Infektionszustand und einen Post-Impfungszustand auseinanderhalten kann.

Prof. Dr. Carmen Scheibenbogen

Charité Universitätsmedizin Berlin

per Videokonferenztechnik zugeschaltet

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 9

*Präsentation: **Anlage 3***

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Bevor ich Frau Professorin Dr. Scheibenbogen von der Charité das Wort gebe, möchte ich eine besondere Information vorwegschicken: Frau Professorin Dr. Scheibenbogen ist am 5. Juni 2025 von *WELT*, *Politico* und *Business Insider* in die POWER LIST GERMANY'S TOP 50 gewählt worden. Geehrt wurden die 50 einflussreichsten Persönlichkeiten des Landes aus Wirtschaft, Politik, Sport, Wissenschaft und Gesellschaft. Vonseiten des Ausschusses herzlichen Glückwunsch zu dieser besonderen Auszeichnung und Ehre, die Ihnen zuteilgeworden ist!

Prof. **Dr. Carmen Scheibenbogen:** Herzlich Dank für die Einladung zu dieser Anhörung und für Ihre einleitenden Worte. Ich hoffe sehr, dass das auch heißt, dass ich Einfluss auf die Erkrankung ME/CFS haben werde, die mir sehr am Herzen liegt und mit der Sie sich auch heute beschäftigen.

Zu Beginn meiner Ausführungen möchte ich einen kurzen Überblick über die Erkrankung und die momentanen Probleme bei der Versorgung geben. Danach stehe ich gerne für Ihre Fragen zur Verfügung.

Stellungnahme zur Drucksache 19/5086 des Niedersächsischen Landtags
Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) etablieren
12.6.25

Carmen Scheibenbogen
Institut für Medizinische Immunologie, Charité, Berlin
Sektion Immundefekte und Postinfektiöse Erkrankungen



ME/CFS – eine schwere chronische Erkrankung

- ICD-10 G93.3, ICD-11 8E49 (neurologisch)
- präpandemisch 150T – 300T Erkrankte in D (1)
- Bis 2024 geschätzt verdoppelt
- 50% arbeitsunfähig,
- 25% ans Haus gebunden, ein Teil bettlägerig (4)
- die meisten Patienten ohne angemessene Versorgung (2,3)
- meist chronisch, keine ursächliche Therapie (4)

1. IQWiG: ME/CFS: Der aktuelle Kenntnisstand, 5. 2023
2. Derek Phibby et al. A Literature Review of GP Knowledge and Understanding of ME/CFS: A Report from the Socioeconomic Working Group of the European Network on ME/CFS (EUROMENE), Medicine 2020
3. Froehlich L, Hattiszahl DBR, Jansen LA, Scheibenbogen C, Behrendts U, Thoma M. Medical Care Situation of People with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in Germany, Medicina 2021
4. Nacul L, Authier J, Scheibenbogen C et al. EUROPEAN ME NETWORK (EUROMENE) Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision and Care of People with ME/CFS in Europe, Medicine 2021

Ich befasse mich schon lange an der Charité mit postinfektiösen Erkrankungen. Wir haben viele Patienten, insbesondere an ME/CFS erkrankte Patienten. Auch schon vor der Pandemie gab es viele Patienten, die infolge unterschiedlichster Infektionen schwer krank wurden. Seit 2021 versorgen wir auch viele Patienten im Post-COVID-Netzwerk.

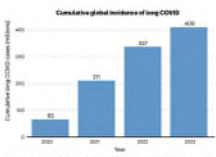
ME/CFS ist eine schwere chronische Erkrankung, die schon lange bekannt ist. In der ICD ist sie als neurologische Erkrankung eingeordnet. Wir hatten schon präpandemisch relativ hohe Zahlen. Ich habe beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) an einer Stellungnahme mitgearbeitet, bei der wir, basierend auf den weltweiten epidemiologischen Studien, von etwa 150 000 bis 300 000 Erkrankten in Deutschland ausgegangen sind. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahlen in der Pandemie verdoppelt haben. In

den USA sind sogar noch deutlich höhere Zahlen verfügbar. Mindestens die Hälfte dieser Menschen ist komplett arbeitsunfähig. Diejenigen, denen es besser geht, sind in der Regel nur noch teilzeitarbeitsfähig. Die ganz schwer Kranken sind an das Haus gebunden und sind zum Teil bettlägerig. Nach den Studien, die vor der Pandemie durchgeführt worden sind, sind die meisten Patienten ohne eine angemessene Versorgung. Dadurch, dass in der Pandemie viele zusätzlich erkrankt sind, ist die Situation bei der Versorgung weiterhin weit entfernt von gut. Das Schlimme ist: Es ist in den meisten Fällen eine chronische Erkrankung. Bis heute gibt es keine Therapie, die das Krankheitsbild wesentlich beeinflussen kann. Bislang können nur Symptome behandelt und gelindert werden.

Long-COVID and ME/CFS: Häufigkeit

nature medicine
Review article
Long COVID science, research and policy
Reviewed 16 April 2023
Accepted 2 April 2024

**Ende 2023
ca 400 Millionen LC
= 5% LC
= 0,5% ME/CFS***



Cumulative global incidence of Long COVID

Fig. 2. Estimated global cumulative incidence of Long COVID. We estimated the global incidence of Long COVID by the basis of meta-analytic estimates that pool together all the available evidence. Considering the best available health metrics and evaluation of national estimates of Long COVID prevalence and assessing the lower risk estimates of 20% for Long COVID prevalence after infection – a proportion very unlikely to occur among infectious diseases (ref. 1) – and considering the rate of Long COVID in 2022 and 2023 to account for the combination of the positive lower severity of the disease in earlier waves and the likely protective effect of vaccination*, the estimated cumulative global incidence of Long COVID was 1 million, 20 million, 107 million and 409 million in 2020, 2021, 2022 and 2023, respectively.

* Persistent symptoms and clinical findings in adults with prior acute infection of COVID-19 (Long COVID-19 syndrome) in the second year after acute infection: A population-based, nested case-control study
Lancet Infect Dis. 2023;23(10):1385-1395. doi:10.1016/j.laninf.2023.07.011

Es gibt große epidemiologische Studien, wie häufig Long-COVID ist. Die größte Studie stammt vom Institut for Health Metrics and Evaluation aus Seattle, in der die weltweiten Zahlen zusammengestellt worden sind. Ende 2023 wurde davon ausgegangen, dass etwa 5 % der Weltbevölkerung an Long-COVID leiden. Darunter sind natürlich auch viele, die nicht so schwer krank sind. Nach anderen Studien leiden etwa 10 % aller Long-COVID-Patienten unter der schweren

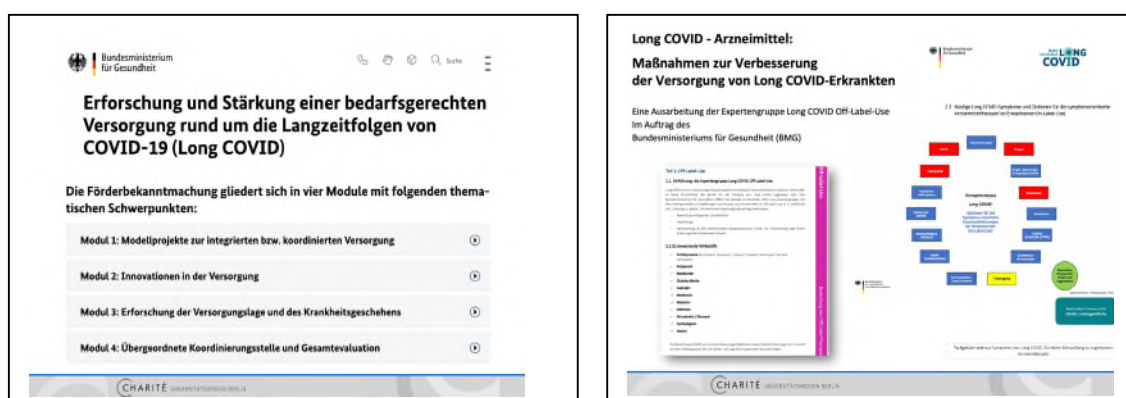
Form ME/CFS. Dies zeigt auch die EPILOC-Studie aus Süddeutschland.

Die Versorgungssituation ist schlecht. Darauf machen die Betroffenen immer wieder aufmerksam. Besonders schwierig ist die Situation bei der Versorgung der Schwerstkranken, die zum Teil als schwere Pflegefälle zu Hause liegen. Darauf ist auch auf Demonstrationen aufmerksam gemacht worden. Aktuell ist in dem Programm von ARTE eine Dokumentation zu der Situation von Schwerstbetroffenen zu sehen.

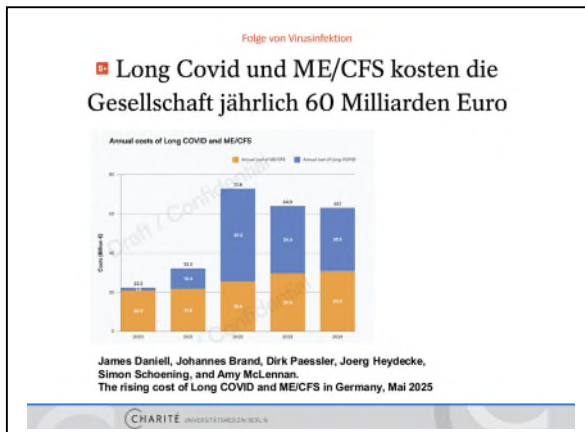


Karl Lauterbach hat als Bundesgesundheitsminister einiges für die Versorgung von Patienten mit Long-COVID und ME/CFS angestoßen.

In der Richtlinie des G-BA aus dem Jahr 2024 für die Versorgung steht nichts Neues, sondern nur, dass diese Patienten genauso versorgt werden sollen wie andere schwer chronisch kranke Menschen. Der Hausarzt fungiert als primärer Koordinator unter Einbindung von Fachärzten, Psychotherapeuten und Hochschulambulanzen. Seit diesem Jahr gibt es zusätzliche EBM-Ziffern insbesondere für die Hausärzte, aber auch für die Hochschulambulanzen. Wir haben aber insbesondere ein Defizit an Hochschulambulanzen. Bislang gibt es kaum Hochschulambulanzen für ME/CFS-Betroffene. Schon lange haben wir eine solche Hochschulambulanz an der Charité. An der Medizinischen Hochschule Hannover gibt es noch nicht so lange eine Anlaufstelle. Mir ist aber nicht bekannt, ob sie für alle Betroffenen offen ist.



Das BMG hat die Forschung zu Long-COVID und ME/CFS in großem Umfang gefördert, darunter ein Projekt an der Medizinischen Hochschule Hannover, das unter anderem von Dr. Meike Dirks betreut wird und insbesondere die Versorgung von schwerstbetroffenen haus- und bettegebundenen Patienten betrifft.



Zusammenfassung

ME/CFS

- ist eine häufige und schwere Erkrankung
- als Folge von Long Covid Zahlen etwa verdoppelt:
mind 0,5 Mill. Erkrankte alleine in Deutschland
- hohe soziale und ökonomische Folgen
- Krankheitsmechanismen ausreichend verstanden, um gezielte Therapien zu entwickeln

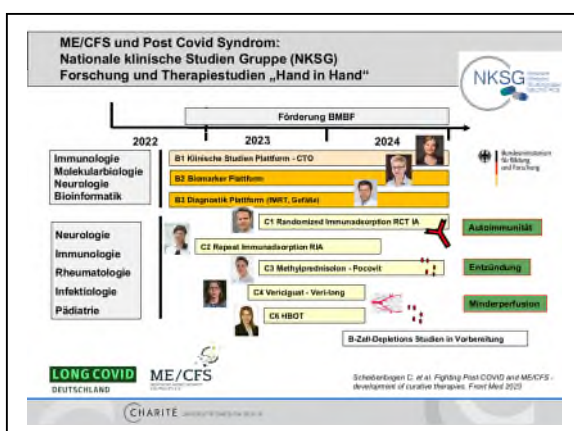
CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Nach einer aktuellen Studie aus Deutschland, die zusammen mit der Firma Risklayer durchgeführt worden ist, die Risikobewertungen vornimmt und Katastrophenzahlen berechnet, kosten Long-COVID und ME/CFS die Gesellschaft 60 Milliarden Euro jährlich. Insofern lautet mein Fazit: Das Teuerste ist es eigentlich, das so laufen zu lassen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ME/CFS eine häufige und schwere chronische Erkrankung ist. Wir gehen momentan davon aus, dass aktuell etwa eine halbe Million Erkrankte alleine in Deutschland zu versorgen sind. Es bedeutet natürlich hohe soziale und ökonomische Folgen, wenn diese Menschen krank und berufsunfähig bleiben.

Die gute Nachricht lautet aber: Wir haben die Krankheitsmechanismen auch infolge vermehrter Forschung in den letzten Jahren so gut verstanden, dass wir gezielte Therapien entwickeln können.

Die schlechte Nachricht lautet: Die pharmazeutische Industrie ist bislang nicht oder fast nicht daran interessiert, solche Medikamente in klinischen Studien zur Zulassung zu bringen. Ein möglicher Grund dafür sind die hohen Kosten, ein anderer auch die sehr konservativen Strukturen vieler Firmen. Es gäbe auch in Deutschland einige Firmen, die über bereits für andere Erkrankungen zugelassene, sehr vielversprechende Medikamente verfügen. Das ist ein Thema, über das ich mit der Ministerin Bär schon gesprochen habe und bei dem ich sehr auf Unterstützung hoffe.



Wir haben von der früheren Ministerin Stark-Watzinger im Jahr 2022 bereits eine Förderung bekommen und haben in der Charité eine Therapieplattform aufgebaut. Auch COFONI hat Therapiestudien gefördert, unter anderem eine Immunadsorptionsstudie.

Mit diesem letzten hoffnungsvollen Ausblick möchte ich mein Statement beenden.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Haben Sie Erkenntnisse über eine bestimmte Altersverteilung bei ME/CFS, oder ist diese Erkrankung über alle Alterskohorten gleich verteilt?

Insbesondere an ME/CFS erkrankte Kinder und Jugendliche sind besonders hart getroffen. Gibt es besondere Empfehlungen, wie man bei Betroffenen in dieser Altersgruppe vorgehen sollte?

Prof. **Dr. Carmen Scheibenbogen**: Das ist eine Erkrankung, die überwiegend Frauen betrifft, und zwar Frauen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Das hat damit zu tun, dass Frauen ein aktiveres Immunsystem haben, also grundsätzlich häufiger von immunologischen Erkrankungen betroffen sind. Wir behandeln auch Kinder und Jugendliche, die erkrankt sind. Es sind nicht sehr viele, aber auch unter ihnen gibt es wirklich Schwersterkrankte. Das ist für diese Kinder und die Eltern natürlich eine besondere Katastrophe. Sie können oft nicht mehr in die Schule gehen. Hier bedarf es wirklich einer frühen und guten Diagnostik und Unterstützung. Bei ihnen ist es auch komplizierter als bei Erwachsenen. Ich arbeite seit vielen Jahren schon eng mit Frau Prof. Dr. Uta Behrends zusammen, die in München modellhaft ein Zentrum für Kinder und junge Erwachsene mit ME/CFS aufgebaut hat. Sie hat dort gerade eine Station eröffnet. Ein sehr wichtiger Aspekt ist natürlich auch die weitere Beschulung. Auch dafür hat sie ein sehr schönes Modell mit Avataren, die es den Kindern ermöglichen, aus dem Bett heraus am Schulunterricht teilzunehmen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Sie haben in Ihrem Vortrag auf die EBM-Leistungen Bezug genommen, die jetzt auch eine Abrechnung ermöglichen. Gab es nach Ihrem Eindruck vor der Einstufung in die EBM-Leistungen unzureichend Anreize, postviralen Erkrankungen nachzugehen und sie zu diagnostizieren, weil das nicht in das Vergütungsschema passte? Wir haben heute Morgen von Ihrer Kollegin aus der MHH bereits gehört, dass die Anamnese viel Einsatz erfordert. Dafür sind jetzt nach meinen Informationen EBM-Leistungen, ich glaube, pauschal in Höhe von 20,33 Euro hinterlegt. Halten Sie die Hinterlegung dieser Leistung jetzt auch mit Vergütungen für ausreichend, um wirklich der möglichen Diagnose auf den Grund gehen zu können?

Prof. **Dr. Carmen Scheibenbogen**: Das ist eine wichtige Frage. Ich denke, wir brauchen mehrere Dinge, um die Versorgung dieser Erkrankung wirklich in der Breite und gut umzusetzen. Das eine ist der Mehraufwand, der durch den EBM jetzt zumindest teilweise abgegolten wird. Diese Ziffern können ja mehrfach berechnet werden. Es sind mehrere Ziffern. Insofern kann man als Hausarzt etwa 200 Euro im Jahr zusätzlich bekommen.

Das andere Problem war das oft unzureichende Wissen, wie man mit diesen Erkrankungen umgeht. Deutschland hat ja auch eine lange Tradition, in der diese Erkrankungen als funktionelle psychosomatische Störung eingeordnet wurden. Dafür bedarf es Fortbildung.

Der dritte Punkt: Bisher gibt es kaum Medikamente. Es gibt auch eine Initiative beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, um nach Möglichkeit Medikamente, die schon vorhanden sind, als Off-Label-Medikamente auch erstattungsfähig zu machen. Gleichzeitig haben wir einen Therapiekompass erstellt, in dem die Medikamente, die zur symptomatischen Behandlung schon verfügbar und sinnvoll sind, noch einmal aufgeführt sind.

Wir haben in Berlin jetzt das Versorgungsprojekt PAIS Care, in dem wir mit 100 Hausarztpraxen zusammenarbeiten. Dabei sehen wir, dass die Bereitschaft sehr groß ist, dass viele dieser Praxen solche Patienten haben und dass man dann, wenn man das so umsetzt, diese Patienten wahrscheinlich auch gut versorgen kann.

Eine ganz entscheidende Komponente ist, dass wir als Hochschulambulanz jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und die schwerer erkrankten Patienten dann auch begleitend bei uns sehen und mitbetreuen. Wenn man die Hausärzte alleine lässt, werden sie sich bei

solchen Erkrankungen nicht wohlfühlen. Das ist ein ganz zentrales Element, um auch die Versorgung über die Niedergelassenen zu verbessern, indem man auch Spezialambulanzen - idealerweise in Universitäten - schafft, die als Partner gemeinsam mit den Hausärzten diese Patienten versorgen.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für Ihren Vortrag. Unter der Nr. 6 unseres Antrags, den Sie ja auch kennen, fordern wir dazu auf, „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 oder ME/CFS-Erkrankten ermöglicht wird“. Dazu haben Sie eben schon etwas gesagt. Dazu meine Frage: Können wir diesen Antrag an dieser Stelle noch verbessern? Kann man das anders formulieren? Können Sie uns dazu konkretere Hinweise geben?

Prof. **Dr. Carmen Scheibenbogen**: In Deutschland sind wir quasi vom G-BA abhängig, ob er die Medikamente für eine Off-Label-Anwendung und Erstattung einordnet. Wir sind in der Arbeitsgruppe am BfArM seit anderthalb Jahren damit beschäftigt. Auch dort gibt es regulatorische Auflagen. Wir mussten in der Tiefe die Evidenzen noch einmal erarbeiten. - Das durften wir nicht selber machen. - Eine andere Möglichkeit wären noch direkte Verträge mit den Krankenkassen. Das wären dann aber immer Verträge mit unterschiedlichen Krankenkassen.

Das heißt aber auch nicht, dass wir momentan noch keine Medikamente zur Verfügung haben. Die Informationen, die wir in dem Therapiekompass zusammengetragen haben, ermöglichen es ja bereits, viele Symptome zu behandeln. Das heißt nicht, dass wir, solange diese Off-Label-Liste nicht vorliegt, nicht doch einiges tun können.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, uns heute in dieser Anhörung zu begleiten. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der weiteren Forschung unter anderem zu diesem wichtigen Thema. Wir bitten Sie, das, was wir in Niedersachsen machen, zu beobachten. Wenn es etwas gibt, was wir aus Ihrer Sicht machen können, dann lassen Sie uns das bitte wissen.

Professor Dr. Bernhard Schieffer

Universitätsklinikum Gießen/Marburg

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 10

Prof. **Dr. Bernhard Schieffer**: Wie der eine oder andere von Ihnen weiß, bin ich seit vielen Jahrzehnten in Hannover ansässig. Ich komme aus der MHH und bin als Kardiologe tätig. Zuerst bin ich in der MHH groß geworden, und jetzt bin ich in Marburg tätig. Vieles von dem, was ich Ihnen vorstellen wollte und was auch in meiner Präsentation steht, ergänzt sich im Prinzip mit dem oder baut direkt auf dem auf, was meine Kollegin Carmen Scheibenbogen Ihnen schon vorgetragen hat, mit der wir bei unterschiedlichen Punkten sehr eng kooperieren. Sie ist schon viel länger an diesem Thema dran als wir als kardiovaskuläre Mediziner. Wir sind über die Schiene der post-infektiösen Erkrankungen, zu denen hauptsächlich auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen - in der Akutphase mit Schlaganfall und Herzinfarkt, in der chronischen Phase mit Tachykardien, Herzschwäche und fehlender Belastbarkeit -, als Kardiologen gefragt.

Beim Thema Long-COVID, Post-COVID, Post-Vakzinierung-Syndrom und ME/CFS liegt mir wirklich am Herzen, dass es zentrale Stellen gibt. Wir sind in Hessen in einer Art Vorreiterrolle, gestützt durch unseren Gesundheitsminister und jetzt unsere Gesundheitsministerin, die uns diese Koordinierungsstelle finanziert, im Moment aber noch nur im Ansatz. Viel Finanzierung findet über das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesforschungsministerium statt. Wir sind insofern einen Schritt weiter gesprungen als die meisten bisher, indem wir Grundlagenforschung und klinische Forschung im Sinne eines postinfektiösen Zentrums gebündelt haben. Das Zentrum für postinfektiöse Erkrankungen dient auch zukünftigen Pandemien und dafür, transdisziplinäre Vorbereitungen zu treffen, damit uns solche Probleme, wie wir sie im Moment mit ME/CFS und Post-COVID haben, nicht mehr passieren sollen. Dazu sind wir mit dem Bundesgesundheitsministerium in einem sehr engen Austausch.

Was mir am Herzen liegt, sind zwei Nebensätze, die Carmen Scheibenbogen eben schon gesagt hat: Es gibt viele Kolleginnen und Kollegen, die in ihren Ambulanzen das Label „Post-COVID“ haben. Aber die wenigsten - wirklich die wenigsten - sind offen für Patienten und setzen sich mit den Patienten sehr differenziert auseinander, so wie Carmen Scheibenbogen es eben schon berichtet hat.

Was in Deutschland grundsätzlich fehlt und auch in Niedersachsen fehlt, sind zentralisierte, spezifische Kliniken für die Schwerstkranken. Dabei stehen besondere Gegebenheiten im Vordergrund: die häusliche bzw. ruhige, geräuscharme Ausstattung und der differenzierte Zugang zur Diagnostik. Das ist den Patienten, die häufig hausgebunden sind, verwehrt. Notwendig ist die flexibel abgestimmte, ressourcengestützte Kooperation mit allen beteiligten Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Gerade wurde aus dem Ausschuss die Frage gestellt: Was können wir besser machen? - Solche Institutionen fehlen, wo man wohnortnah oder zentral unter besonderen Gegebenheiten, die diese Patienten benötigen, eine High-End-Diagnostik betreiben kann, die tatsächlich auch unter einem bestimmten ICD-Code abgerechnet werden kann.

Bei der medikamentösen Therapie würde ich mir mehr Mut wünschen. Wenn uns diese Patienten vorgestellt werden, wird eine Off-Label-Therapie entsprechend eingesetzt, wie wir sie in unserer BfArM-Arbeitsgruppe im Moment schon etabliert haben.

Was effektiv fehlt, ist: Es gibt nur Schätzungen über die Zahl der ME/CFS-Patienten und der Post-Vakzinierung-Syndrome und darüber, ob es sich tatsächlich um diese handelt und welche Leistungen man daraus ableiten kann. ME/CFS mit klarer Schweregradeinteilung ist nicht erfasst. Eine Förderung dieser Spezialzentren findet nur ganz bedingt statt. Daher bezieht sich auch darauf eine klare Forderung von unserer Seite. Auch die telemedizinische Vernetzung findet effektiv nicht statt. Denken Sie nur daran, was für ein technisches Problem wir zwischen Marburg und Hannover für die Teilnahme an dieser Anhörung hatten!¹

So weit mein kleiner Gedankenanstoß zu dem sehr systematischen Vortrag meiner Vorrednerin. Ihnen liegt meine schriftliche Stellungnahme vor. Ich stehe Ihnen jetzt sehr gerne für Fragen zur Verfügung. Vielen Dank für das Redeangebot.

¹ Die Anhörung von Herrn Prof. Dr. Bernhard Schieffer in dieser Sitzung war für einen früheren Zeitpunkt vorgesehen, musste aber aufgrund von Verbindungsproblemen bei der Videokonferenztechnik auf den Nachmittag verschoben werden.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wir bedanken uns, dass Sie das Angebot angenommen und uns vorgetragen haben.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und uns für die Anhörung zur Verfügung stehen - und auch für Ihren großen Einsatz in den vergangenen Jahren, dass Sie die Symptomatik von Beginn an ernst genommen und weiterverfolgt haben.

Meine erste Frage bezieht sich auf die Differenzierung der Diagnosen. Post-Vac-Syndrom, Post-COVID und ME/CFS betreffen ja, wenn man die Zahlen zusammennimmt, eine riesige Zielgruppe. Innerhalb dieser Zielgruppe rufen die Erkrankungsbilder aber manchmal schon nach einer Differenzierung. Welche Abgrenzung ist aus Ihrer Sicht sinnvoll? Was ist für uns auch gesellschaftspolitisch wichtig, um die verschiedenen Krankheitsbilder gleichberechtigt ernst zu nehmen und wahrzunehmen?

Meine zweite Frage bezieht sich darauf, dass bei dieser großen Thematik ja auch vermehrt „gefühlte Experten“ unterwegs sind, zum Teil auch mit nicht evidenzbasierten Methoden und Einschätzungen, die Betroffene und auch die Politik durchaus verunsichern. Wie groß ist nach Ihrer Einschätzung die Relevanz solcher Personen, die teilweise anscheinend auch Geschäftsmodelle dahinter entwickelt haben und auch das Leid der Betroffenen auszunutzen drohen? Welche Einschätzung haben Sie dazu aus wissenschaftlicher Sicht und als jemand, der das System kennt?

Prof. **Dr. Bernhard Schieffer**: Zu Ihre letzten Frage: Es ist tatsächlich so, und ich darf mal das Wort „Scharlatanerie“ verwenden. Viele Patienten waren in der Frühphase der Pandemie aus irgendeinem Grund medizinisch betroffen und tatsächlich krank. Wir Ärzte wussten nicht, woher diese plötzliche Krankheitswelle kommt, warum sie kommt und wodurch das bedingt ist. Wir haben in den letzten Jahren sehr viel gelernt. Wir haben gelernt, dass jeder Patient - jetzt möchte ich dieses sehr emotionsbeladene Thema mal auf eine etwas rationalere Ebene herunterziehen - sein eigenes immunologisches Defizit oder seine eigene immunologische Kompetenz hat. Diese ist bei allen Menschen unterschiedlich. Wir haben ein neues, für unsere Biologie völlig unklares Antigen sowohl in Form eines Impfstoffes als auch in Form einer neuen Infektion, auf das alle Menschen unterschiedlich reagieren. Deshalb auch dieser bunte Blumenstrauß an Symptomen. Den muss man mal ganz offen und ehrlich äußern - und nicht alles, was man als Nagel identifiziert, gleich mit seinem eigenen Hammer bearbeiten, weil dies das einzige Werkzeug ist, das wir zur Verfügung haben. Das ist aber de facto passiert. Das sind diese teilweise recht schwierigen Geschäftsmodelle, die sich irgendwo entwickelt haben, weil die Patienten nach jedem Strohalm gegriffen haben und sich auch die Medizin mit Standardgedankengut und Standardvorgehensweisen dieser Erkrankungsentität gewidmet hat. Diese Erkrankungsentität ist aber eine völlig undifferenziert in Wellenform verlaufende, immer wieder mit unterschiedlichen Symptomen auftretende Erkrankung, die bis hin zu der kompletten Invalidisierung - das ist das Erkrankungsbild ME/CFS - führt.

Wenn man grundsätzlich diese Offenheit hat und der Erkrankung dieses grundsätzliche Verständnis gegenüberbringt, dann ergeben sich daraus sehr logische Konsequenzen, nämlich dass man erst mal vorsichtig versucht, Patienten zu beobachten. Das haben vor allem Kollegen getan, die sich mit dem Thema ME/CFS beschäftigt haben; denn dabei haben wir die schwerstkranken Patienten.

Meine Klinik und die Ambulanzen, die mir zugewiesen sind, überschauen mehr die Patienten mit Post-COVID-Symptomatik jedweder Ursache. „Post-COVID“ beschreibt hier nur einen Symptomkomplex. Darunter fallen auch Patienten mit dem Post-Vakzinierung-Syndrom. Über Künstliche-Intelligenz-Anwendungen haben wir über die letzten rund 4 000 Patienten aus allen Bereichen des deutschsprachigen Auslands und Inlands, die wir bei uns in den letzten Jahren über zwei oder teilweise drei Jahre verfolgt haben, versucht, Cluster zu finden. Eine klassische Einteilung dieser Patienten so, wie es unser bisher verstandenes Medizinverständnis ist, liegt nicht vor. Diese Befunde werden bestätigt durch Kollegen aus Yale und Untersuchungen von anderen Universitätskliniken. Es gibt nicht *den* Standardpatienten mit Post-COVID oder Post-Vac. Die Patienten tauchen mit unterschiedlichsten Symptomen teilweise im Wochenabstand auf. Diese Patienten gilt es trotzdem möglichst zeitnah einem standardisierten Verfahren zuzuführen; denn wir wollen eine progrediente Invalidisierung verhindern. Das kennen wir. Ungefähr 10 bis 15 % dieser Patienten driften uns über die Zeit ab und sind dann in einem immunologischen körperlichen Invalidisierungsgrad, dass wir sie praktisch nicht mehr mobilisieren können.

So ist im Moment der Blick der Klinik auf diese Patienten. Das pathophysiologische Verständnis beinhaltet Immunprozesse und beinhaltet Stoffwechselprozesse, worum wir uns in Marburg sehr intensiv kümmern, und beinhaltet vor allem auch neurokognitive Störungen, deren Ursache wir noch lange nicht kennen.

Wir befürchten wirklich das, was 1918 erstmals nach der Spanischen Grippe beschrieben wurde, nämlich einen Anstieg von neurokognitiven Erkrankungen - wie demenzielles Syndrom, Parkinson und ähnliche Erkrankungsentitäten -, wie wir sie nach der Spanischen Grippe bei bis zu 20 % der Betroffenen gesehen haben. Diese Welle gilt es zu verhindern und möglichst schnell daran zu arbeiten und zu verstehen, was wir hier machen.

In diesem Zusammenhang sind Scheinangebote an Patienten, irgendetwas vorzunehmen, was medizinisch nicht validiert ist, natürlich kontraproduktiv. Sie können sich trotzdem nicht dagegen wehren, dass ein Patient, der verzweifelt ist, der aus seinem Leben gerissen ist und womöglich als Erwachsener auch noch aus seinem Berufsleben herausgerissen ist, nach jedem Strohalm greift, den es gibt, und dadurch teilweise natürlich auch in ein finanzielles Fiasko gestürzt wird.

Was wir brauchen, ist die systematische Erfassung dieser Patienten, auch über die Zeit, und dezentrale Zentren, die bereit sind, etwas über den Tellerrand hinaus zu denken. Sie haben mit Ihrer neuen Präsidentin an der MHH ja eine der Vordenkerinnen. Schließlich war sie ja bis Ende letzten Jahres meine Dekanin in Marburg. Wir haben einen engsten Austausch zwischen den beiden Hochschulen, damit wir eine gemeinsame Strategie über die Standorte hinweg, was die medizinische Versorgung dieser Patienten betrifft, etablieren können.

Was wir brauchen, sind Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, sich in diesen Zentren auf eine neue Art von Medizin einzurichten. Ich möchte noch einmal in Erinnerung rufen: Das ist nichts Neues. Wir hatten das in den 50er-Jahren mit Polio, und wir haben es zu meiner Zeit, als ich in Freiburg studiert und in Hannover meine Medizinausbildung begonnen habe, mit HIV genauso gehabt. Auch da waren ansatzweise Mediziner unterwegs, die gemeint haben, sie können Patienten mit fragwürdigen Methoden heilen. Nichts hat geholfen.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Ausführungen, die sehr spannend sind. Ich glaube, wir könnten wieder ganz lange darüber diskutieren und viele Fragen stellen. Ich bemühe mich, nur einige wenige Fragen zu stellen, damit wir in der Zeit bleiben.

Sie kennen sich ja offensichtlich in den beiden Bundesländern Niedersachsen und Hessen ganz gut aus. Können Sie uns aus Ihren Erfahrungen Best Practice aus Hessen quasi nach Niedersachsen übertragen und an uns weitergeben? Ich habe jetzt mitgenommen, dass zum Beispiel die frühe Diagnostik eine der entscheidenden Faktoren ist ebenso wie die frühe Versorgung und Stabilisierung der Patient*innen. Was können wir dabei besser machen? Wie können wir auch das Zusammenspiel der verschiedenen Akteur*innen in der Gesundheitsversorgung - insbesondere der Hausärzt*innen, Fach*ärztinnen, Therapeut*innen, Pflegekräfte usw. - verbessern?

Daran möchte ich noch eine etwas anders geartete Frage anschließen. Wir haben jetzt schon häufiger gehört, dass der ICD-Code fehlt, wenn ich das richtig verstanden habe. Ich bin im Bereich der Abrechnungen völliger Laie. Insofern stellt sich mir die Frage, ob es nicht für solch sehr komplexe Erkrankungen wie ME/CFS, Post-Vac usw. oder gerade für solch neue bzw. unbekannte schwerstkomplexe Erkrankungen einen ICD-Code geben kann, der erst mal pauschal beinhaltet, dass das eine komplexe schwerste Erkrankung ist, die wir noch nicht komplett durchschauen?

Prof. **Dr. Bernhard Schieffer**: Es gibt seit zweieinhalb Jahren ICD-Codes für unerwünschte Nebenwirkungen von Impfstoffen. Es gibt die Post-COVID- und ME/CFS-ICDs. Das ist eine Frage der Anwendung. Mit mehr Öffentlichkeit kam es tatsächlich dazu, dass diese ICD-Codes vermehrt eingesetzt wurden. Es ist aber lange bzw. bisher immer noch nicht in den Standard-Hausarzt- und Facharztpraxen angekommen, dass es solche ICD-Codes gibt. Fragliche Regressansprüche nach Impfungen erschweren so etwas. Fragliche Einflüsse von Impfungen, fragliche psychologische bzw. psychiatrische Nebenerkrankungen, die teilweise viel weniger offensichtlich sind, werden vorgeschützt. Das ist etwas, das Sie nicht einfach von oben verordnen können. Man muss sich dieser Erkrankungsentität ganz offen zuwenden - so ähnlich, wie eben mein sehr emotionales Credo war. Wenn Sie jetzt bei Krankenkassen, in InEK-Datenbanken oder in Forschungsdatenbanken nachsehen würden, ob Sie Patienten finden, bei denen dieser ICD-Code angewendet wird - das ist eine der großen Diskussionen, die wir immer wieder mit dem Paul-Ehrlich-Institut hatten. Es gibt mehr von diesen Patienten. Aber es hilft nichts, wenn nur ein oder zwei Institutionen im Land diese ICD-Codes vergeben, während alle anderen Kollegen das nicht machen. Es gab kontroverse Diskussionen mit einzelnen Fachgesellschaften, die sich zurückgesetzt fühlen, die teilweise ihre Daseinsberechtigung infrage gestellt sehen. Da sind wir noch sehr klein-klein im Denken. Das muss sich ändern.

In Hessen haben wir einzelne Schwerpunktpraxen, die sogenannten Corona-Praxen, die sich bei uns etabliert haben. Wie der eine oder andere von Ihnen weiß, ist Hessen in Versorgungsregionen aufgeteilt. Jede Versorgungsregion hat ein Schwerpunktzentrum, in der Mitte eine Universitätsklinik oder einen Maximalversorger, der für die regionale Versorgung zuständig ist. Nehmen Sie Oldenburg und die umliegenden Lehrkrankenhäuser; so ähnlich ist das auch in Hessen. Wir haben über 250 Lehrpraxen rund um das Universitätsklinikum Marburg herum, die genossenschaftlich organisiert sind. Die haben wir in unser Forschungsprojekt „PROGRESS“, gefördert noch durch Minister Lauterbach, in unsere Struktur mit eingebunden. Wir haben aber auch die Genossenschaften in anderen Versorgungsregionen angeschrieben und uns dort den entsprechenden Facharztpraxen angeboten und angeschlossen, sodass wir ein horizontal und vertikal

funktionierendes System haben. Das hat dazu geführt, dass nicht mehr alle Patienten auf die eine Hochschulambulanz hinsteuern, sondern dass es dezentral vor Ort einzelne Schwerpunktpraxen gibt, die man identifizieren muss und die in Form eines Versorgungsnetzes das Land mitversorgen. So gibt es beispielsweise Kollegen in Lüneburg und Kollegen in Wildeshausen, mit denen ich exzellent zusammenarbeite. Wenn sie einen Patienten haben, dann schicken sie eine E-Mail. Sie wissen, was zu fragen ist. Die Patienten kommen zu uns und betreten so ein Netz der Versorgung. Das muss aber nicht zwingend sein, wenn beispielsweise die MHH, das Universitätsklinikum Göttingen und auch Oldenburg entsprechende Ambulanzen vorhalten würden.

Das ist tatsächlich mein Credo, dass dezentral an den einzelnen Universitätskliniken Schwerpunktambulanzen geschaffen werden, die für die Regionalversorgung zuständig sind. Sie werden das auch zukünftig im Sinne eines Pandemic-Preparedness-Konzeptes von EU-Seite aus gefördert sehen. Auch das wird kommen.

Medizinisch macht es sehr viel Sinn, eine Basisdiagnostik vor Ort zu tätigen und dann die Schwerpunktdiagnostik - auch gefördert durch Sie, durch die Regierungsstrukturen in Niedersachsen, so wie das auch in Hessen der Fall ist - entsprechend zu unterstützen. Das macht es für Sie viel einfacher, weil Sie dann eine Handvoll klar definierte Spezialambulanzen haben, die bestimmte Leistungen erbringen können. Das wäre unter anderem auch nach dem alten § 116 b SGB V möglich.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Wie sind in Hessen in dieser Struktur der Schwerpunktpraxen und Schwerpunktambulanzen die Wartezeiten, bis eine Patientin bzw. ein Patient einen Termin in einer Schwerpunktambulanz bekommt?

Prof. **Dr. Bernhard Schieffer**: Das ist relativ einfach zu beantworten. Ich habe 7 000 Patienten auf der Warteliste. Wenn Sie sich heute bewerben, bekommen Sie Ende 2026 einen Termin - Ende 2026! Für Kinder ist es noch katastrophaler. Für sie ist die Versorgungsstruktur auch in Hessen noch schlechter, weil es viel zu wenig Kinderärzte gibt, die sich mit dem Thema auseinandersetzen. Hier sind wir noch mehr auf überregionale Versorgungsstrukturen angewiesen. Sie können tags und nachts arbeiten, aber können diesen Zustand gar nicht so schnell lösen, wie wir mit jeder Welle neue Erkrankungsentitäten generieren. Das ist etwas, was ich Ihnen auch noch gerne mitgeben möchte. Jede neue Erkrankungswelle - auch wenn wir sie im Robert Koch-Institut nur noch schemenhaft dokumentieren - produziert 5 bis 7 % Post-COVID-Fälle und daraus wiederum 1 bis 5 % ME/CFS-Fälle.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Sie haben ausgeführt, dass Sie auch Kontakte nach Niedersachsen haben, speziell zur MHH. Aber Sie haben erwähnt, dass es auch eine Zusammenarbeit mit Wildeshausen gibt. Im gleichen Zuge sagen Sie, dass Sie eine sehr lange Warteliste haben. Wie sind also die Kapazitäten in Hessen? Wie wird auf diese Kapazitäten aus anderen Bundesländern zugegriffen, und in welchem Umfang können Sie sie gewähren?

Bei meiner zweiten Frage geht es um die Differenzierung zwischen Post-COVID im schicksalhaften Verlauf und Post-Vac. Wie kann das differenziert werden?

Prof. **Dr. Bernhard Schieffer**: Zunächst zu Ihrer zweiten Frage: Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt keine klare Differenzierung zwischen Post-COVID nach einer Impfung und Post-COVID nach einer Infektion. Es gibt verschiedene Ansätze. Rein auf dem Boden der Symptomatik kann man es nur

ganz schwerlich unterscheiden. Häufig macht der enge zeitliche Zusammenhang ein sogenanntes Post-Vakzinierung-Syndrom sehr wahrscheinlich. Es gibt bestimmte Laborkonstellationen, die implizieren - „suggestive“ ist dafür der englische Ausdruck -, dass ein Post-Vakzinierung-Syndrom vorliegt. Insgesamt ist es aber zum jetzigen Zeitpunkt tatsächlich immer noch eine Einzelfallentscheidung, die wir nicht zu 100 % klären können. Das muss man zum jetzigen Zeitpunkt leider sagen.

Zum Thema Kapazitäten: Wenn ein niedergelassener Kollege uns einen Patienten vorstellt - es sind beispielsweise zwei Schwerpunktpraxen, die sich mit diesem Thema sehr intensiv beschäftigen - und uns die Vorbefunde schickt, dann ziehen wir diesen Patienten rein. Bei vielen Patienten besteht der Wunsch, sich an bestimmten Universitäten vorzustellen. Mein Credo dazu ist: Wir müssen die Expertise breiter aufstellen, um diesen „Versorgungstourismus“ etwas einzudämmen, damit wir dezentral, wohnortnah in den Versorgungsregionen entsprechende Versorgung vorhalten. Da haben wir ein sehr großes Defizit. Wie meine Kollegin im Vorfeld schon gesagt hat: Es hilft nicht, solch eine Ambulanz nur auf die Webseite zu setzen, wenn sie hinterher nur einen Patienten pro Tag sieht. Bei uns laufen im Moment drei bis vier Patienten durch. Das ist ziemlich anstrengend, weil die Anamnese langwierig und auch die entsprechende Diagnostik intensiv ist. Das ist für solch eine Pandemie einfach nicht ausreichend, die immer noch vor sich hinläuft.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank, Herr Professor Schieffer, dass Sie sich die Zeit für uns genommen haben, und vielen Dank für Ihren guten Input, der noch einmal ganz neue Aspekte gebracht hat. Wir wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg bei Ihrer Arbeit. Auf bald, und beobachten Sie uns!

AOK Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3

Wiebke Böhne: Ich bin bei der AOK Niedersachsen seit 2021 für das Thema Post-COVID zuständig. Wir sind im Expertenrat des Wissenschaftsministeriums vertreten gewesen und haben auch dem Round Table angehört. Ferner sind wir an verschiedenen Forschungsprojekten beteiligt, unter anderem an der ACCESS-Studie, die heute schon mehrfach erwähnt wurde. Seit August 2023 bieten wir die Beratungshotline für Post-COVID- und Post-Vac-Betroffene im Auftrag der Landesregierung bzw. des Sozialministeriums an.

Vorab möchte ich betonen: Die Richtlinie für ein spezifisches Erkrankungsbild ist nicht selbstverständlich. Das heißt, wir bewegen uns bei der Post-COVID-Richtlinie in dem Versuch, ein strukturiertes Versorgungsangebot zu schaffen oder - andersherum gesagt - die Versorgung für die betroffenen Menschen zu strukturieren.

Kernaussage der Stellungnahme der AOK ist, dass wir diese Richtlinie nicht nur für Post-COVID-Patienten haben, sondern explizit auch für die Betroffenen von Post-Vac und auch für ME/CFS-Patienten unabhängig von der Ursache. Das möchte ich gerne betonen, weil wir das von Anfang an gleichwertig mitgedacht haben. Diese Angebote richten sich an diese Personengruppen, weil es auch eine sehr große Überschneidung in diesem Personenkreis gibt. Wir haben dafür unsere Abrechnungsdaten analysiert. Das sind die Daten, die wir von den niedergelassenen Arztpraxen

zur Verfügung gestellt bekommen. Sie haben heute schon mehrfach gehört, dass es dafür verschiedene ICD-Codes gibt. Zum einen gibt es einen ICD-Code für das Post-COVID-Syndrom und zum anderen einen separaten ICD-Code für ME/CFS. Letzteren gibt es schon deutlich länger.

Dafür habe ich Ihnen einige Daten mitgebracht. Wir haben mit dem Anstieg bzw. der Etablierung der Post-COVID-Diagnose seit 2021 auch einen starken Anstieg bei den ME/CFS-Diagnosen gesehen. Die höchsten Zahlen hatten wir für unsere Versicherten im Jahr 2022. In diesem Jahr bekamen 1,1 % unserer Versicherten die Diagnose „Post-COVID“ und 0,23 % unserer Versicherten die Diagnose „ME/CFS“. Im Jahr 2023 sanken die Zahlen für die Post-COVID-Patienten, während die Zahlen für die ME/CFS-Patienten relativ konstant blieben.

Auch in Bezug auf Post-Vac haben wir eine Diagnose, die die Nebenwirkungen der Impfung beschreibt. Hier muss man allerdings hinzufügen, dass das nicht eine kausale Definition des Post-Vac-Syndroms ist, sondern das ist in der Regel von den Ärzten verwendet worden, um akute Nebenwirkungen nach der Impfung zu dokumentieren. Wir haben das dahin gehend verifiziert, dass wir gesehen haben, dass die betroffenen Menschen 2,7 Tage krankgeschrieben waren. Das sind die berühmten zwei bis drei Tage, an denen es den meisten Menschen schlecht geht mit leichten Symptomen, die natürlich nicht mit dem tatsächlichen Post-Vac-Syndrom verwechselt werden dürfen. Insofern können wir unsere diesbezüglichen Daten nicht für die Fragestellung heranziehen, wie viele Menschen von einem Post-Vac-Syndrom betroffen sind.

Zurück zu ME/CFS und der Frage, über wie viele Menschen wir in diesem Zusammenhang sprechen. Wir haben uns einen Überblick über die Daten verschafft. In den Jahren 2023 und 2024 haben wir für rund 9 500 unserer AOK-Versicherten die Diagnose „ME/CFS“ in den Daten gefunden. Knapp die Hälfte dieser Patienten leidet allerdings an einer anderen Grunderkrankung. Dazu gehören zum Beispiel onkologische Erkrankungen, MS-Erkrankungen, Dialysepflicht und Ähnliches, von denen bekannt ist, dass mit ihnen ein Fatigue-Syndrom einhergehen kann. Aber umgekehrt verbleiben gut 5 000 Patienten, bei denen „ME/CFS“ sozusagen die Kerndiagnose darstellt. Diese Patienten sind durchschnittlich 47 Jahre alt. Aber wir haben auch 125 Kinder, die die Diagnose „ME/CFS“ über einen längeren Zeitraum hatten oder aktuell haben. Zwei Drittel der Patienten sind weiblich. 10 % dieser 5 000 Versicherten haben einen Pflegegrad. Das heißt, sie sind aufgrund ihrer ME/CFS-Erkrankung so schwer erkrankt, dass sie einen Pflegegrad erhalten haben.

Zusammenfassend stellen wir anhand unserer Daten fest, dass Post-COVID im Jahr 2022 einen Höhepunkt hatte, dass ME/CFS aber weiterhin auf dem Niveau geblieben ist und dass wir tatsächlich wenig Patienten sehen, die neu an Post-COVID erkrankt sind, aber dass sich aus dem Post-COVID-Syndrom heraus ME/CFS-Erkrankungen entwickelt haben.

Wir sehen, dass eine kleine Gruppe von Patienten schwer und sehr schwer betroffen ist - ich hatte den Aspekt des Pflegegrades erwähnt - und dass sie aufgrund dieser Erkrankung sehr starke Einschränkungen haben. Diese Personengruppe verdient sowohl bei den Behandlungen - wie wir heute auch gehört haben - als auch bei den Versorgungsangeboten einen starken Fokus.

In unserer schriftlichen Stellungnahme haben wir die Versorgungsstufen in der G-BA-Richtlinie beschrieben und sind wir auch auf die modellhafte Vereinbarung mit der MHH und der UMG

eingegangen, wo wir zentrale Anlaufstellen geschaffen haben. Dazu möchte ich Ihnen den aktuellen Stand darstellen; denn in der Stellungnahme hatte ich noch geschrieben, dass es innerhalb der GKV keinen Konsens gegeben hat, diese Vereinbarung bis zum Jahresende zu verlängern. Zwischenzeitlich wurden Gespräche mit der MHH und der UMG geführt. Festzuhalten ist, dass die Versorgung gemäß G-BA-Richtlinie und gemäß der Vereinbarung zu den Hochschulambulanzen weiterhin mit der entsprechenden Vergütung durch die GKV stattfindet. Das bedeutet, dass die Patienten und Patientinnen in gleicher Art und Weise in den Hochschulambulanzen versorgt werden wie auch Patienten anderer Erkrankungsgruppen. Inwieweit jetzt noch Sonderregelungen für diesen besonderen Personenkreis vereinbart werden können, befindet sich derzeit noch in der Abstimmung.

Zusammenfassend möchte ich betonen, dass die AOK Niedersachsen sich wie auch in den vergangenen Jahren weiterhin für die Verbesserung der Versorgung der Patienten und Patientinnen mit ME/CFS und Post-COVID einsetzen wird. Wir setzen natürlich darauf, dass die Therapiestudien, von denen einige heute erwähnt wurden, Erfolge bringen und dass es dann auch Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen geben wird.

Hinsichtlich der Finanzierungsverantwortung der GKV muss noch einmal betont werden, dass wir natürlich für die Versorgung zuständig und verantwortlich sind, aber Forschungsfragen nicht in den Versorgungs- oder Finanzierungscontext der GKV gehören.

Im Übrigen verweise ich auf die schriftliche Stellungnahme. Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank an die AOK, dass sie sich dafür eingesetzt hat, dass die beiden zentralen Anlaufstellen relativ zügig geschaffen worden sind.

Ich habe noch zwei Fragen zu Ihrer schriftlichen Stellungnahme. Darin ist von einer GKV-weiten Versorgung die Rede. Es gibt aber auch Patient*innen in Niedersachsen, die in kleineren Krankenversicherungen versichert sind, die aufgrund der Verträge zumindest an der MHH nicht angenommen werden. Warum ist das so? Was steht eigentlich rechtlich dahinter, sodass es nicht möglich ist, wirklich ein flächendeckendes Angebot vorzuhalten unabhängig davon, in welcher Krankenversicherung jemand versichert ist?

Ferner ist in Ihrer schriftlichen Stellungnahme davon die Rede, dass die AOK dem Standort Oldenburg positiv gegenübersteht, aber dass dort bisher keine spezielle Expertise vorhanden ist. Insofern stellt sich die Frage, wie diese Expertise aufgebaut werden kann. Ich glaube, wir können nicht darauf warten, dass sie von alleine kommt. Wir wollen das ja auch mit unserem Antrag anstoßen. Wie können wir das gegebenenfalls noch weiter unterstützen? Müsste das gegebenenfalls in unserem Antrag noch näher spezifiziert werden?

Abschließend noch eine kurze Verständnisfrage. Habe ich Ihre Ausführungen richtig verstanden, dass zwar erst mal durch die G-BA-Richtlinie abgesichert ist, dass die Ambulanzen, wie sie an der MHH und UMG bestehen, weiterbetrieben werden, aber dass ungewiss ist, wie die Vergütung gerade für diese besondere komplexe Behandlung gewährleistet werden kann, die ja notwendig ist? Das haben wir ja zu Beginn dieser Anhörung von Frau Dr. Gödecke und Herrn Professor Schneider gehört.

Wiebke Böhne: Zu der letzten Frage: Die Vereinbarung für die Hochschulambulanzen gilt unabhängig von Diagnosen für alle Erkrankungsbilder. Diese Vereinbarung für die Hochschulambulanzen gilt jetzt erst mal auch für die Patienten mit ME/CFS und Post-COVID. Um eine Größenordnung zu nennen: Im vergangenen Jahr hatte die MHH GKV-weit ungefähr 125 000 Hochschulambulanzfälle. Darin sind die knapp 400 Post-COVID-Fälle mit enthalten gewesen. Dafür, inwieweit wir tatsächlich noch zu einem Konsens kommen, den zusätzlichen Aufwand anderweitig noch mit einer Sondervereinbarung zu lösen, müssen wir zunächst die weiteren Verhandlungen abwarten.

Zu Ihrer Frage zur Reichweite dieser Vereinbarung: Sie sagten, das gilt nicht für kleinere Krankenkassen. Ich kann mir eigentlich nur vorstellen, dass es um private Krankenversicherungen geht. Denn es ist per Gesetz vorgesehen, dass die Hochschulambulanz-Vereinbarung gemeinsam und einheitlich zwischen allen Krankenkassenverbänden abgeschlossen wird. Darin sind alle niedersächsischen Verbände enthalten.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Diese Information habe ich von einer Versicherten - das habe ich gerade auch verifizieren lassen -, die bei einer Krankenkasse aus Schleswig-Holstein versichert ist, aber in Niedersachsen wohnt. Dafür gibt es historische Gründe. Die Option, dass sie die Krankenkasse wechselt, besteht nicht, weil es sehr schwierig war, andere Leistungen für diese Erkrankung zu bekommen. Das setzt man ja auch nicht aufs Spiel.

Wiebke Böhne: Das wäre tatsächlich die einzige Einschränkung, dass es eine Krankenkasse ist, die nicht den niedersächsischen GKV-Verbänden angehört.

Zu Ihrer Frage, inwieweit Oldenburg unterstützt werden kann, diese Expertise aufzubauen: Da würde ich eher an die anderen Hochschulen in Niedersachsen schauen, inwieweit es dort auch einen interdisziplinären Austausch zwischen den Standorten geben kann. Denn seitens der GKV haben wir natürlich wenig Einfluss auf das Angebotsspektrum und auf die dort verfügbare Expertise. Oldenburg war auch am Round Table vertreten und hat sich damals auch sehr interessiert gezeigt, dort die Expertise mit aufzubauen. Insofern gibt das jetzt vielleicht noch einmal einen Anstoß.

Abg. Claudia Schüßler (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Als wir diesen Antrag formuliert haben, war das ja noch ganz frisch. Ich weiß, dass es sogar ein bisschen Irritationen über den Hinweis gegeben hat, dass das weiter fortgeführt werden soll. Wir alle wissen, dass in der Politik die Mühlen immer langsam mahlen, bis solch ein Antrag beschlossen ist. Umso spannender ist, dass das jetzt gerade wieder ansteht.

Ich bin immer davon ausgegangen, dass dann, wenn es eine Richtlinie des G-BA gibt, nach der bei einem Verdacht auf Long-COVID oder auf eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung eine koordinierte Versorgung stattfinden soll, dies dann auch umgesetzt werden muss. Die Frage ist dann, wie man das umsetzt. Sie haben gesagt, grundsätzlich bleibt das bestehen, nur bestimmte Fälle sind ausgeklammert. Welche würden denn ausgeklammert werden, wenn man sich nicht einigt? Habe ich Sie da richtig verstanden? Und woran macht man das fest? - Ich würde das gerne nachvollziehen können.

Ich finde es immer schwierig, dass es dann, wenn man ein Angebot etabliert und sich das herumspricht, lange Wartelisten gibt, von denen wir schon gehört haben, und wenn es dann am Ende nicht trägt. Wir müssen also darüber sprechen, wie das weitergehen kann.

Wiebke Böhne: Grundsätzlich ist es so, wie Sie gesagt haben: Mit der Richtlinie besteht für alle Beteiligten, die in der Richtlinie als Akteure benannt sind, die Verpflichtung, die Versorgung anzubieten und sicherzustellen. Die Hochschulambulanzen sind ja darin als sogenannte dritte Versorgungsebene erwähnt. Sie stützen sich in der Finanzierungsverantwortung auf die Vereinbarung, die die GKV mit den Hochschulambulanzen abgeschlossen hat. Da gibt es keine Differenzierung nach Erkrankungsgruppen, sondern die Definition für die Behandlung in der Hochschulambulanz lautet: wenn die Erkrankung nach Art, Schwere und Komplexität eine Versorgung in der Hochschulambulanz vorsieht. Dafür gibt es eine Vergütungsvereinbarung, die wir mit der MHH, mit der UMG und natürlich auch mit Oldenburg geschlossen haben. Die Vergütungssystematik gilt für alle Erkrankungsgruppen, also völlig losgelöst von der Richtlinie. Also jeder, der mit einer Erkrankung in die Hochschulambulanz überwiesen wird, unterliegt dieser Finanzierungssystematik. Wir haben im vergangenen Jahr für den Aufbau dieser Post-COVID-Ambulanzen im Prinzip einerseits diesen Aufbau der Expertise, aber andererseits auch initial, überhaupt für den Aufbau der Strukturen, einen höheren Aufwand gesehen. Deswegen haben wir zusätzlich zu dieser üblichen Hochschulambulanz-Vereinbarung eine gesonderte Vereinbarung für diesen besonderen Personenkreis geschlossen. Nur dieser Vereinbarungsbestandteil steht jetzt gerade zur Diskussion und befindet sich in der Abstimmung.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): In der Richtlinie ist auch davon die Rede, dass es für besonders schwer Erkrankte Spezialambulanzen geben soll. Das ist hier schon mehrfach ein Thema gewesen. Gibt es schon Beispiele dafür? Gibt es schon Möglichkeiten in anderen Bundesländern? In welche Richtung könnten wir da denken?

Wiebke Böhne: Für Niedersachsen sind diese Spezialambulanzen tatsächlich unsere Hochschulambulanzen in der UMG und MHH, die ja jetzt auch schon praktizieren. Das ist, glaube ich, auch sachgerecht, weil dort entsprechend auch die Expertise gebündelt wird. Wenn Oldenburg hinzukäme, wäre das dann der dritte Standort.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie bei der Versorgung und Genehmigung der Therapien keinen Unterschied zwischen ME/CFS und Post-COVID machen?

Sie haben auch ausgeführt, dass es für diesen Bereich einen ICD-Schlüssel gibt. Ich habe aber nicht wahrgenommen, dass es für Post-Vac einen ICD-Schlüssel gibt, dass man das differenzieren kann. Habe ich das richtig verstanden? Gibt es diesen ICD-Schlüssel tatsächlich nicht und, wenn ja, warum nicht?

Eine weitere Frage: Immer dann, wenn es zu einem Schaden gekommen ist, zum Beispiel bei einem Verkehrsunfall, lautet die erste Frage, wer schuld ist. Die Krankenversicherung versucht dann ja auch, gegenüber einem eventuellen Verschulder Regressansprüche geltend zu machen. Deshalb meine Frage: Beabsichtigt die Krankenkasse - in Ihrem Fall die AOK -, im Fall derjenigen, die aufgrund der Impfung in diese Situation gekommen sind und dieses Krankheitsbild durchleben müssen, eventuell Regressansprüche geltend zu machen?

Wiebke Böhne: Zu Ihrer ersten Frage: Es gibt, wie gesagt, einen ICD-Code, der die Nebenwirkung der Corona-Impfung dokumentiert. Diesen Code haben wir aber hauptsächlich im unmittelbaren Zusammenhang mit der Impfung gesehen - wie erwähnt: zwei bis drei Tage Krankschreibung.

Das ist aber nicht eine Definition des Post-Vac-Syndroms. Das heißt, da haben wir keine Differenzierung. Wir können anhand unserer Daten tatsächlich auch kaum verifizieren, ob es, wenn jemand erkrankt ist, einen ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung gibt.

Zu der Frage, ob wir Regressansprüche stellen: Wir als Krankenkasse sind ja erst mal an dieser Stelle nicht in der Prüfung. Wir wissen natürlich über die Prüfungen im Landessozialamt, was die Ansprüche von Geschädigten zu der Frage angeht, ob Impfschäden oder Ähnliches vorliegen. Bisher haben wir aber so wenig Quoten von dort zurückgemeldet bekommen, dass da bisher keine Pläne seitens der Kassen bestehen.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Wenn es aber nicht mal einen ICD-Schlüssel gibt, um diese Patientenklientel zu differenzieren, wie sollen dann überhaupt Ansprüche geltend gemacht werden?

Wiebke Böhne: Dafür dient die Dokumentation der ärztlichen Leistung einfach nicht. Das ist ja eine Antragstellung, die ärztlich gestützt oder mit Gutachten gestützt ist. Aber das sind ja keine Informationen, die wir bei uns in den Krankenkassendaten erhalten.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich hoffe, die erste Frage nach einem Verkehrsunfall ist, wie es den Betroffenen geht, und nicht, wer schuld ist.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Genau diese Frage, wie es den Betroffenen geht, treibt uns ja gemeinsam um. Ich bin sehr dankbar, dass die AOK gemeinsam mit weiteren Akteuren im COFONI-Netzwerk von Anfang an den Blick geweitet hat - auch mit der Rentenversicherung; das haben wir in einer Unterrichtung vorher erfahren, was auch Reha-Angebote betrifft.

Frau Professorin Scheibenbogen hat vorhin erwähnt: Nach der Risklayer-Studie beläuft sich der volkswirtschaftliche Schaden auf 60 Milliarden Euro jährlich. Diese Dimension muss ja uns alle aufschrecken lassen, selbst wenn wir nicht direkt einen Draht zu Betroffenen haben, weil die volkswirtschaftliche Dimension so groß ist. Was bedeuten solche Zahlen gerade für Sie? Welche Bestrebungen gibt es, Reha-Angebote auch mit der Deutschen Rentenversicherung nach vorne zu treiben? Wie weit sind Sie dabei mittlerweile gekommen?

Wiebke Böhne: Sie sprechen die Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung an. Nach unseren Daten ist ein Großteil der Beschäftigten, die durch Krankmeldungen längere Ausfallzeiten hatten, tatsächlich zuvor in einer Reha gewesen. Das heißt, an dieser Stelle hat die Schnittstelle gut funktioniert. Wir haben aber auch einen Teil gesehen, die bei uns im Krankengeldbezug gewesen sind und tatsächlich schon relativ jung, auch unter 60 Jahren, in Rente gegangen sind. Nach unseren Analysen kann ich berichten, dass zwei Drittel der Patienten, die wegen Long-COVID krankgeschrieben waren, wieder in einer Beschäftigung sind - wobei wir nicht einschätzen können, ob sie zum Teil vielleicht auch in eine Teilzeitbeschäftigung zurückgekehrt sind. Ein Drittel ist aber aktuell tatsächlich nicht arbeitsfähig bzw. steht aktuell nicht in einem Beschäftigtenverhältnis.

Ärztammer Niedersachsen*Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 7*

Dr. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen: Ich habe an dieser Anhörung von Beginn an teilgenommen und werde auch bis zu ihrem Ende bleiben; denn ich bin Internistin, Lungenfachärztin, arbeite als Oberärztin in einer großen Lungenfachklinik, bin in einem großen Schlaf- und Beatmungszentrum tätig und bin in der Pandemie von Anfang an mit unendlich vielen Patientinnen und Patienten mit diesem Krankheitsbild befasst gewesen und auch weiterhin befasst. Mit Atemwegserkrankungen, schlafbezogenen Atmungsstörungen, Tagesmüdigkeit usw. bin ich jeden Tag beschäftigt. Auch als Präsidentin der Ärztekammer interessiert mich dieses Thema berufspolitisch außerordentlich. Ich habe auch viel mit Betroffenen zu tun und sehe bei ihnen ein großes Leid, zum Teil auch Verzweiflung mit der Perspektive, wie es wohl weitergehen wird und wann es endlich ein Medikament geben wird, das ihnen hilft. Des Weiteren befasse ich mich mit diesem Thema auch deshalb, weil ich von Anfang an von dem damaligen Minister Thümler in den COFONI-Expertenbeirat berufen worden bin. Bei dem Thema Corona-Forschung in Niedersachsen bin ich gerade auch aufgrund meiner beruflichen Expertise sehr engagiert. Insofern ist es für mich sehr wertvoll, heute den ganzen Tag hier bei Ihnen sein zu dürfen. Ich habe schon eine Menge gelernt.

Meine schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen vor. Insofern will ich nicht alles daraus wiederholen. Ich habe mir drei Punkte aufgeschrieben, die mir wichtig sind: Forschung, Netzwerke und Off-Label-Use.

Zum Thema Forschung: Mein Auftrag bei COFONI war nach meinem Eindruck, auch immer darauf hinzuweisen: Wir brauchen ohne Ende Forschung! Ohne eine saubere Diagnostik, ohne eine klare Falldefinition und ohne spezifische therapeutische Verfahren stehen wir nach wie vor relativ hilflos einem neuen Krankheitsbild bzw. einem ganzen Symptomkomplex gegenüber. Wir brauchen Grundlagenforschung. Ich betone aber auch immer wieder bei COFONI: Wir brauchen klinische Forschung, wir brauchen translationale Forschung - das heißt, wie man Forschungsergebnisse möglichst schnell in Patientenversorgung ummünzen kann -, und wir brauchen Versorgungsforschung. Man muss also Forschung wirklich sehr breit denken. Dafür halte ich COFONI für ein ausgezeichnetes Projekt, weil es nicht nur medizinische, sondern auch gesellschaftspolitische Themen mit adressiert. Mit Professor Vogel in Göttingen und Frau Professorin Falk haben wir natürlich ganz herausragende Protagonisten hier in Niedersachsen.

Inwieweit man auch die Universitätsmedizin Oldenburg mit einem Forschungsschwerpunkt integriert - das rekurriert auf eine Ihrer Fragen -, würde ich davon abhängig machen, welche Expertise die Universitätsmedizin Oldenburg an dieser Stelle einbringen kann. Wenn das in die Versorgungslandschaft und in die Forschungslandschaft passt, wäre das extrem gut und wichtig. Es gibt aber bundesweite Forschungsprojekte, die koordiniert werden. Niedersachsen koordiniert. Da möchte ich nur dazu aufrufen: wirklich koordinierte Forschungsprojekte, unterschiedliche Settings, aber auch mit verschiedenen Schwerpunkten: Was gibt es Neues in der Diagnose und in der Therapie, wie weit sind wir in der Grundlagenforschung? - Wenn es sinnvoll ist, sollte auf jeden Fall auch Oldenburg in die Forschungslandschaft integriert werden. Aber zunächst sollte man erst mal wissen: Mit welchen Inhalten?

Zum Thema Versorgung gab es bereits ganz spannende Fragen. Sie haben völlig recht: Wie bekommen wir alles das, was wir jetzt schon wissen, dann auch in die Versorgung hinein? - Die

G-BA-Richtlinie ist ausgezeichnet. Ich möchte mich Frau Böhne anschließen: Die G-BA-Richtlinie muss jetzt aber auch mit Leben gefüllt werden. Sie ist ja noch relativ frisch. Es gibt jetzt eine EBM-Ziffer, die sehr klar durchstrukturiert hat, wer wann was zu tun hat, wer wofür zuständig ist. Primär ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner für die Kinder, Kinder- und Jugendärzte. Sie müssen dann natürlich auch entsprechend fortgebildet sein. Ich habe gerade vor acht Wochen ein *Niedersächsisches Ärzteblatt* als Themenschwerpunkt herausgegeben, in dem ich alles das noch einmal gebündelt habe.

Wir können natürlich nur das fortbilden, was auch gesichert ist. Ich kann erst dann eine Fortbildungsserie auflegen, wenn ich weiß: Das ist die Krankheit, so kann ich sie diagnostizieren, so kann ich sie behandeln. - Aber natürlich gibt es Symptomkomplexe. Hausärztinnen und Hausärzte behandeln Beschwerdebilder. Sie brauchen nicht erst die fertige Diagnose. Wenn man mit typischen Beschwerden zum Arzt kommt, dann ist nun mal der Hausarzt bzw. die Hausärztin der erste Ansprechpartner, um das einzuordnen. Dazu gehört auch immer - dafür werbe ich immer wieder - eine saubere Differenzialdiagnose. Das wurde heute Morgen schon von der MHH zum Ausdruck gebracht. Die anderen Krankheiten haben zwischendurch keine Pause gemacht. Man muss immer ein komplettes Bild über den Patienten haben, welche Begleiterkrankungen oder Vorerkrankungen er hat, welche Medikamente er zusätzlich einnimmt.

Ein ganz typisches Beispiel aus meinem Alltagsleben: Ich leite ein großes Schlaflabor und habe viele Patienten mit Schlafapnoe. Die sind alle immer müde. Fast jede Woche, wenn ich einen Patienten mit einer Schlafapnoe behandelt habe, schauen die mich plötzlich hinterher an und sagen: Das ist jetzt toll! So gut habe ich mich ja eigentlich seit Jahren nicht mehr gefühlt! - Das heißt, die hatten vorher auch schon eine unbehandelte, aber schwere schlafbezogene Atmungsstörung. In dem Moment, wenn ich sage, dass ich eine Idee habe, wie man das behandeln kann, geht es ihnen gut. Dann ist manchmal das, weswegen man zu kommen meint, weg. Genauso ist es bei Atemwegserkrankungen. Asthma und Bronchitis gibt es häufig. Man muss Patientinnen und Patienten immer wieder sagen: Lasst uns das Umfeld angucken! Welche Vorerkrankungen gab es? Ist das abgeklärt? Lass uns hier Therapieversuche machen! - Gerade bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen gibt es Therapeutika - wie eine topische Steroidtherapie für vier Wochen -, mit denen man ganz gut helfen kann. Natürlich bleibt dann aber eine ganze Reihe von Patientinnen und Patienten übrig, bei denen man merkt, dass es doch nicht diese häufigste und vielleicht typische Differenzialdiagnose war. Diese Abklärung muss aber geleistet werden und kann von den Hausärztinnen und Hausärzten auch geleistet werden. Das ist nichts Neues. Das können sie. Deswegen ist es auch gut, dass die G-BA-Richtlinie sie an die erste Stelle setzt.

Ob es dann schlussendlich Oldenburg wird - da wage ich mal, das aufzugreifen, was ich vorhin gehört habe. Ich fand das so sehr schön: die dezentralen Zentren, nämlich zu überlegen, ob wir in Niedersachsen nicht etwas tun. Das überlasse ich jetzt so ein bisschen Minister Philippi. Darum beneide ich ihn nicht. Wir stehen ja am Anfang einer großen Krankenhausreform. Die Krankenhäuser werden ja jetzt in Level eingeteilt. Es wird acht Versorgungsregionen geben. Es wäre ja vielleicht auch eine Idee, in jeder Versorgungsregion ein dezentrales Zentrum zu implementieren. Dafür braucht man dann natürlich auch wieder Leute, die das beherrschen. Aber es wäre ideal, im Rahmen der Leistungsgruppenplanung zu formulieren: Das ist keine eigene Leistungsgruppe, aber das muss gleich mitgedacht werden. Denn es hilft Patientinnen und Patienten im Raum Stade nicht so viel, wenn wir jetzt noch Oldenburg mitnehmen, sondern dann sollten wir das wirklich über das gesamte Land erstrecken. - Ich sehe sehr viel Nicken. Insofern bin ich froh, dass ich einen Gedanken habe, den Sie auch schon hatten.

Abschließend zum Thema Off-Label-Use, das in dieser Anhörung auch schon ein Thema war. Das würde ich als Patientin oder Patient machen: einfach irgendein Medikament ausprobieren, von dem man die Hoffnung hat, dass es helfen wird. Es gibt ja jetzt eine Expertengruppe im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - das hat Minister Lauterbach wirklich toll gemacht -, die gerade wieder getagt hat. Dort sind gerade fünf Medikamente in der Prüfung, darunter zwei Antidepressiva, ein Cardiacum - ein Herzmedikament, das den Herzrhythmus verlangsamt - und ein Opioid. Eine Forderung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes, der ich mich heute ausdrücklich anschließen möchte, lautet: Sobald Off-Label-Use den Hinweis gibt, dass es helfen könnte, dann sind Betroffene auch darauf angewiesen, dass die Kosten übernommen werden; denn das kann sehr schnell wirklich ins Geld gehen. Darin würde ja eine hohe Ungerechtigkeit liegen. Ich würde den G-BA, der ja manchmal nicht der Allerschnellste ist, sogar ermuntern, bei diesem Krankheitsbild eine Fast-Track-Prüfung für Off-Label durchzuführen. Das muss dann aber auch mit einer Kostenerstattung verbunden sein.

Das habe ich jetzt bewusst ein bisschen pointiert formuliert, weil ich mir das jetzt wünschen würde: die Forschung wirklich breit aufstellen, möglichst schnell in die klinische Versorgungsforschung hinein, gerne dann aber auch alle acht Versorgungsregionen einbinden, die Netzwerke müssen jetzt zum Laufen gebracht werden - das nehme ich zur KVN mit, die mich gebeten hat, heute für sie mit zu sprechen - und für Off-Label die Kostenübernahme. Das sind die Impulse, die ich hier noch setzen kann. - Jetzt freue ich mich auf Ihre Fragen.

Abg. Eva Viehoff (GRÜNE): Ihren Gedanken zu den Versorgungsregionen sollten wir auf alle Fälle weiterverfolgen. Deshalb habe ich mich aber nicht gemeldet. Wir haben vorhin in dem Vortrag von Herrn Professor Schieffer und von Herrn Uhlen gehört, dass Menschen jetzt verzweifelt nach Hilfe suchen und von einem Arzt zum nächsten gehen in der Hoffnung, dort Hilfe zu bekommen. Deshalb möchte ich an die Ärztekammer die Frage richten - wahrscheinlich wäre das auch eine Frage an die KVN, die heute nicht vertreten ist -, in welchem Rahmen es auch in der Diagnostik helfen kann, dass jetzt die elektronische Patientenakte eingeführt wird, aus der zumindest der Hausarzt gegebenenfalls, wenn die Zustimmung erfolgt ist, Behandlungen, die gar nicht bei ihm durchgeführt worden sind, und Konsultationen ablesen kann. Würde die Diagnostik dadurch vereinfacht? Ich habe ja beim Durchlesen all der Texte gelernt, dass dieses komplexe Krankheitsbild auch eine komplexe und sehr multifaktorielle Diagnostik braucht.

Dr. Martina Wenker: Ich bin ein glühender Verfechter der elektronischen Patientenakte. Ich arbeite in einem großen Klinikkonzern. Dort habe ich über meine Patienten einen kompletten Überblick über alles, was jemals in der Biografie war. Das ist ungeheuer wichtig. Die elektronische Patientenakte muss natürlich gut, aber auch sicher sein. Sie muss vor allem auch vollständig sein. Das ist im Moment sicherlich noch das Problem. Da sind wir noch in einem Aufbauprozess. Das soll uns aber nicht hindern, das zu machen. In der elektronischen Patientenakte muss natürlich wirklich alles vollständig stehen. Darauf bezieht sich im Moment die Sorge vieler Kolleginnen und Kollegen, die ich verstehen kann. Solange elektiv Dinge darin stehen können oder Patientinnen und Patienten auch etwas schwärzen können - was ich als Patientin auch gut finde -, die aus ihrer Sicht den Arzt nichts angehen, könnte aber vielleicht genau das Mosaiksteinchen fehlen, das sonst vielleicht zur Diagnostik beiträgt. Man muss sich aber auf diesen Weg machen, möglichst viel darin einzubinden, sodass möglichst viele Vorbefunde bekannt sind. Das kann nur der richtige Weg sein. Wir sollten jetzt nicht überlegen, woran es bei der elektronischen Patientenakte insgesamt scheitern könnte, sondern auf diesen Weg sollten wir uns insgesamt für alle Krankheiten begeben.

Abg. **Andrea Prell** (SPD): Ich war in der vergangenen Woche auf einem Bundeskongress für geschlechtersensible Gesundheit und habe gelernt, dass alle Männer der Welt zu 99,9 % dieselbe DNA haben - alle Frauen auch -, dass aber zwischen Menschen und Bonobo-Affen nur eine DNA-Gemeinsamkeit von 98,7 % besteht. Weshalb sage ich das? - Weil es zwischen Männern und Frauen ebenfalls 98,7 % sind.

Das vorweg, bezieht sich meine Frage auf die Medikamente in der Prüfung. Wir haben ja gelernt: Frauen haben ein anderes Immunsystem, und Frauen sind dreimal so häufig betroffen. Wird auch in der Forschung geschlechtersensibel geforscht, oder gibt es nach wie vor keinen Unterschied in der Forschung, die ja bislang eher männlich geprägt ist?

Dr. Martina Wenker: Ich komme auch mehr und mehr zum Thema Gendermedizin; denn das ist ein Problem. Ich habe aber gelernt - ich diskutiere das ja auch immer gerne auf Podien durch -: Medikamentenforschung bei Frauen ist schwieriger, weil Frauen regelhaft immer wieder einem vierwöchigen Hormonzyklus unterliegen, insgesamt auch in ihren Lebensphasen unterschiedlichen Hormonzyklen unterliegen, auch mal schwanger sein und in die Phase des Stillens kommen können. Das ist für jemanden, der für die Forschung einen standardisierten Menschen braucht - einen 70 kg schweren Mann, dann ist alles gut -, eine riesige Herausforderung. Deswegen ist Medikamentenforschung tatsächlich überwiegend keine Forschung von Medikamenten bei Frauen. Es muss aber so werden.

Zu der Erkenntnis gerade am Anfang von ME/CFS, als es hieß, dass typischerweise Frauen daran erkranken: Bei Frauen gibt es halt einfach einen überdurchschnittlich höheren Anteil von Autoimmunerkrankungen. Frau Prof. Scheibenbogen hat das erwähnt. In der Anfangsphase der Pandemie war es spannend, dass bei der akuten Erkrankung gerade junge Männer schwer krank waren. Bei den Folgeerkrankungen sind es jetzt mehr die Frauen. Das heißt, wenn ich Gendermedizin sage, dann meine ich das in beide Richtungen. Das ist ja eigentlich die Chance auch für die Forschung: Warum? Welcher Unterschied macht es aus, dass die eine Gruppe zwar erst mehr krank wird, wenn das Virus kommt, aber die andere Gruppe dann mehr Folgeerkrankungen bekommt? Erst daraus kann man beginnen abzuleiten. Erst dann, wenn man ein Therapieprinzip hat - medikamentös in der Akutphase, in der prolongierten Phase oder auch hinterher -, kann man ja auch sagen, wo bzw. bei welcher Patientenklientel man mit der Medikamentenforschung ansetzt. Dann wäre es sinnvoll, vielleicht eher eine Klientel mit mehr Frauen oder mehr Männern zu nehmen. Aber das ist völlig richtig und wird noch viel zu wenig beachtet. Insofern sollte man dieses Krankheitsbild tatsächlich zum Anlass nehmen, und zwar jetzt gerade besonders; denn hier gibt es ja diese deutliche Geschlechterdifferenz.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Genau, diese gibt es. Sie sagten: zwei Drittel. Ich habe auch schon andere Zahlen gehört, die sogar noch ein bisschen höher lagen. Das ist aber gleichgültig. Auf jeden Fall leiden mehr Frauen an Autoimmunerkrankungen als Männer.

Vielen Dank auch an Frau Prell für diesen Hinweis. Auch ich glaube, das ist schwierig. Das haben Sie deutlich gemacht. Deshalb ist ja auch die Therapie bei Frauen so schwierig. Wir brauchen die patient*innenzentrierte Therapie, damit sie letzten Endes wirkt und damit es möglichst wenig Nebenwirkungen gibt, die nachher nicht noch mehr Schaden anrichten. Deswegen kann ich das nur unterstützen.

Ich kann hier direkt die Brücke zu einer weiteren Gruppe schlagen, die meines Erachtens auch nicht ausreichend erforscht und auch noch nicht ausreichend versorgt wird, nämlich die Kinder und Jugendlichen. Vielleicht können Sie uns noch ein paar Hinweise aus Ihrer Perspektive mitgeben. Wir haben ja schon mal über die Kaskade geredet, dass wir erst Hausärzt*innen in die Versorgung mit einbinden müssen. Das müssen wir dann wahrscheinlich auch für die Kinderärzt*innen in gleicher Art und Weise machen. Vielleicht können Sie uns in diesem Zusammenhang noch Ihre Gedanken über die Versorgungsstrukturen äußern, mit denen wahrscheinlich nicht leicht alle Versorgungsregionen abgedeckt werden können, weil es ohnehin schon Probleme bei der pädiatrischen Versorgung in den Versorgungsregionen gibt, was das ganze Problem nicht besser macht.

Dr. Martina Wenker: Herzlichen Dank für diese Frage. Wenn ich von Hausärztinnen und Hausärzten spreche, dann meine ich alle an der hausärztlichen Versorgung nach SGB V Teilnehmenden, und zwar automatisch natürlich auch die Kinder- und Jugendärzte sowie auch die hausärztlich tätigen Internisten. Zu den Kinder- und Jugendärzten bzw. zu der Kinder- und Jugendmedizin: Wir haben ja einige ausgewiesene große Kinderkliniken. Ich würde eher überlegen, wo die top acht, zehn oder zwölf Kinderkliniken sind, und würde dort dann die Zentren vielleicht nicht unbedingt zwanghaft in irgendeine Versorgungsregion quetschen, sondern überlegen, wo es dort ein Zentrum geben muss, welches über die Expertise verfügt. In Zeiten von Telemedizin, Telekonsultationen usw. dürfte das alles kein Problem sein. Für einen Hausarzt ist es ja relativ gleichgültig, wohin er eine Videoschalt macht. Er möchte nur möglichst schnell im Rahmen eines Konsils jemanden fragen können, wie er in einer komplizierten Situation oder in einem völlig neuen Fall weiterkommen kann. Dann muss man ja nicht unbedingt physisch in ein Zentrum fahren, sondern viel kann über dieses Tool gestaltet werden. In diesem Bereich gibt es noch große Gestaltungsmöglichkeiten. In der Klinik führen wir regelhaft Tumorkonferenzen für alle möglichen Formen von Karzinomerkrankungen durch. Wir haben für jede Karzinomerkrankung unterschiedliche Player in der Videokonferenz. Das ließe sich großartig für dieses Krankheitsbild organisieren - da hätte ich ganz viel Fantasie -, sodass man dann etwa einmal in der Woche eine Fallbesprechung durchführt, für die man auch Fälle einreichen kann. Am anderen Ende muss dann natürlich jemand sitzen, der drei Stunden Zeit hat, sich das alles anzusehen und zu bearbeiten. Dafür gibt diese Richtlinie jetzt sehr gute Strukturen bzw. ein sehr gutes Gerüst, an dem wir jetzt aufbauen können.

Abg. Claudia Schübler (SPD): Vielen Dank für diese positive Betrachtung des Ganzen. Wir nehmen das gerne mit, was die Behandlung von Kindern angeht, weil das ja auch Bestandteil des Antrages ist. Die Frauenmedizin haben wir jetzt Gott sei Dank auch beleuchtet. Das ist noch nicht explizit in diesem Antrag enthalten.

Sie haben eben im Zusammenhang mit der Richtlinie beiläufig gesagt, dass Sie den Hinweis auf die Vernetzungsstrukturen mitnehmen. Die haben wir heute Morgen ja auch angesprochen. Auch heute ist deutlich geworden, dass an der MHH ganz viel Arbeit zu leisten ist. Die Frage ist: Von wem kann auch die Vernetzungsstruktur ausgehen? Wenn Sie noch Input dazu haben, wie der Austausch mit Hausärztinnen und Hausärzten über das Wissen, das jetzt schon an der MHH vorhanden ist, besser funktionieren kann, sodass wir dadurch schon mehr Anlaufstationen um das Zentrum herum bekommen, wäre ich dafür sehr dankbar.

Dr. Martina Wenker: Ich habe heute Morgen schon überlegt, ob ich so mutig bin, das anzubieten: Wir haben ja auch elf Bezirksstellen in der Ärztekammer, die über das Land verteilt sind.

Aber seien Sie sicher: Ein Thema, das ich für mich wirklich als Chefsache erkannt habe, gebe ich jetzt natürlich auch in die Bezirksstellen hinein. Wir konstituieren gerade die neuen Vorstände. Ich würde mir eigentlich wünschen, dass in jedem Bezirksstellenvorstand zumindest einer der sieben Kollegen sagt: Das ist mein Thema! - Das wäre eleganterweise eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt. Ich würde es allen elf Bezirksstellen - auch wenn ich ihnen das nicht so richtig aufoktroyieren kann, aber doch mit mildem Druck - anwünschen, dass sich in jeder Bezirksstelle einer dafür zuständig fühlt. Das ist ja die Stärke unserer Bezirksstellen. Wir kennen unsere Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Wir wissen, welcher Kinder- und Jugendarzt auch noch Expertise hat. Ich bin da völlig bei Ihnen: Als Ärztekammer müssen wir jetzt auch mithelfen, diese Netzwerke aufzubauen. Das werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung und Herrn Barjenbruch heute Nachmittag, wenn ich mit ihm telefoniere, übermitteln. Das könnte er dann ja auch bei sich machen. Dann können wir auch unseren Teil beitragen.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Herzlichen Dank auch für die, wie immer, pragmatischen Vorschläge und Ihre Energie, das mit anzustoßen. Bei manchen Ärzten besteht ja, wie heute schon in anderen Vorträgen deutlich geworden ist, auch eine Hilflosigkeit. Deswegen ist es sehr zu begrüßen, dass das *Niedersächsische Ärzteblatt* über diesen gesamten Themenkomplex schon breit informiert hat, da auch Unsicherheit besteht. Ärzte möchten manchmal auch einfach eine Diagnose stellen, weil Patienten danach gieren und manchmal Körper und Geist eng zusammengehören. Von vielen Betroffenen bekommen wir zurückgespiegelt, dass manchmal auch psychische Erkrankungsbilder diagnostiziert werden, aber dass sie sicher sind, dass es eigentlich etwas anderes ist. Das gibt es sicherlich auch bei anderen Beschwerden, beispielsweise wenn die Knochenschmerzen und irgendein Arzt sagt: „Das ist in deinem Kopf!“ Können Sie uns einen Hinweis geben, ob das Ausdruck von Hilflosigkeit ist, oder hat das auch mit Anreizen zu tun, manche Diagnosen zu stellen, weil Abrechnungsziffern dahinterstehen? Oder wie kommt man zu solchen Diagnosen?

Dr. Martina Wenker: Das ist, glaube ich, überwiegend Hilflosigkeit. Denn es ist ja für eine Ärztin oder einen Arzt genauso unbefriedigend, wenn ihnen ein Patient gegenüber sitzt, der Beschwerden hat, und sie auch nicht wissen, was der Patient hat und wie man ihm helfen kann. Deswegen brauchen wir wirklich Diagnosekriterien. Der ICD-Code hat ja schon geholfen. Da kann man nachsehen, an was man denken kann. Diese Situation von Hilflosigkeit muss jetzt aber besser werden. Ich habe diesbezüglich wirklich große Hoffnungen in die G-BA-Richtlinie. Darin steht ja, was man als Erstes macht. Darin ist ganz nüchtern durchdekliniert: saubere Anamnese, Indikation, Differenzialdiagnosen stellen und woran man am häufigsten noch denken muss. Es wäre gut, wenn das alle Kolleginnen und Kollegen erst mal tun würden. Ich blicke hier auch zu den Betroffenen. Mir ist klar, dass es Ärzte gibt, die dabei sehr engagiert sind, aber dass es auch Ärzte gibt, die sagen: Ach Gott, die Anamnese dauert mindestens eine Stunde! - Herr Professor Schieffer aus Hessen hat das ja auch erwähnt. Das ist nicht solch eine Diagnose auf Anhieb wie bei mir, dass ich vor ein paar Tagen eine Erkältung hatte und jetzt noch huste. In einem solchen Fall steht die Diagnose nach einer Minute und ist in anderthalb Minuten das Rezept raus. In diesen anderen Fällen ist es halt sehr schwierig. Wenn man mehrere solcher Fälle in der Praxis hat, dann killen sie jedes Zeitmanagement. Gleichwohl ist das keine Entschuldigung. Das darf so nicht gelten. Wenn wir den Ärztinnen und Ärzten jetzt ein Instrument an die Hand geben: „Nimm erst mal diesen standardisierten Anamnesebogen, blicke in die Patientenakte, führe jetzt erst mal die Differenzialdiagnose durch!“, dann holen wir sie ja auch ein Stück weit aus dieser Hilflosigkeit heraus.

Das Thema Psychiatisierung wurde heute Morgen schon angesprochen. Das ist dann falsch. Das darf auch nicht sein. Aber das ist dann vielleicht auch nur Ausdruck der Hilflosigkeit. Und natürlich haben Sie völlig recht: Wenn es jetzt auch noch eine Abrechnungsziffer gibt, dann könnte dies das Ganze auch beschleunigen oder befördern. Es schadet dem Ganzen sicherlich nicht.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Noch einmal zur Off-Label-Medikation: Liegt aus Ihrer medizinischen Sicht in der gerade hier in Hannover voranschreitenden Forschung zu personalisierter Medizin auch für die von ME/CFS Betroffenen eine Hoffnung?

Dr. Martina Wenker: Da bin ich fachlich überfragt. Das wäre aber natürlich der Idealzustand. Im Moment gehört ja zu der Off-Label-Medikation zum Beispiel Naloxon. Das kenne ich schon aus meiner Studienzeit. Das heißt, dabei werden jetzt Medikamente aus der Mottenkiste herausgeholt nach dem Motto: „Wollen wir das nicht auch noch probieren?“ Das ist natürlich alles andere als eine personalisierte Medizin. Das nimmt ja auch ein Stückchen den Gender-Aspekt auf. Man schüttet einfach ein Medikament aus und hofft, dass es schon allen helfen wird. Man muss vielmehr zielgruppenbezogen überlegen, für wen welches Medikament am besten wirken kann. Der Idealzustand - wie wir dies in der Onkologie inzwischen bei vielen Erkrankungen haben - ist natürlich die personalisierte Medizin, weil sie die wenigsten Nebenwirkungen hat. Aber das ist eine Zukunftshoffnung. Die muss jetzt aber mitformuliert sein, auch schon in den Zielsetzungen.

Lost Voices Stiftung (Hannover)

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 8

Anwesend:

- Nicole Krüger
- Dr. Elisabeth Schieffer
- Jörg Heydecke (ME/CFS Research Foundation) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Nicole Krüger: Ich danke Ihnen für die Einladung und die Möglichkeit, heute im Namen der Lost Voices Stiftung zu sprechen. Tagtäglich erreichen die Lost Voices Stiftung Hilferufe von Erkrankten, die dringend medizinische Unterstützung benötigen. Ihre Schicksale ähneln sich erschreckend. Es sind Menschen wie die junge Familie, deren E-Mail unserer schriftlichen Stellungnahme beigelegt ist. Viele sind vollständig bettlägerig, können kaum noch sprechen oder Nahrung zu sich nehmen. Ohne spezialisierte Versorgung droht ihnen eine unaufhaltsame Verschlechterung. Passende Angebote existieren jedoch kaum, wie dies heute in dieser Anhörung auch schon zur Sprache gekommen ist.

Ich bin heute hier als Vertreterin der Lost Voices Stiftung, einer gemeinnützigen Organisation, die sich seit 2012 unermüdlich für Menschen mit postakuten Infektionssyndromen (PAIS) engagiert. Dazu gehören Erkrankungen wie ME/CFS, Long- bzw. Post-COVID, PoTS und Post-Vac. Frau Dr. Elisabeth Schieffer leitet unsere virtuelle Sprechstunde für schwersterkrankte Menschen mit ME/CFS und Long-COVID. Für Fragen zu den ökonomischen Folgen ist Jörg Heydecke von der ME/CFS Research Foundation dazugeschaltet.

Wir sind heute hier, um die Realität zu besprechen, die in unserer Gesellschaft noch immer zu oft übersehen wird: die Realität von über 1,5 Millionen Menschen in Deutschland, die an Long-

COVID und ME/CFS leiden. Ende 2024 waren es rund 871 000 Menschen mit Long-COVID und rund 650 000 Menschen mit ME/CFS, darunter zusammen etwa 150 000 in Niedersachsen. Sie alle eint eine Erkrankung nach Infektion oder Impfung, die ihr Leben dauerhaft und oft existenziell verändert hat. Sie sind unsichtbar, aber nicht, weil es sie nicht gibt, sondern weil unsere Strukturen sie bislang nicht sehen können.

Diese Erkrankungen sind keine Seltenheit, wie wir vorhin schon gehört haben. Sie sind eine gesellschaftliche und wirtschaftliche Belastung, die wir nicht länger ignorieren dürfen. Die ME/CFS Research Foundation und Risklayer haben in einer aktuellen Studie belegt, dass Long-COVID und ME/CFS in Deutschland zwischen 2020 und 2024 Kosten in Höhe von mehr als 250 Milliarden Euro verursacht haben, davon alleine 63,1 Milliarden Euro im Jahr 2024. Das entspricht 1,5 % unseres Bruttoinlandproduktes. Für Niedersachsen bedeutet das eine geschätzte jährliche Belastung von etwa 6,1 Milliarden Euro.

Diese Zahlen sind erschreckend und zeigen, wie dringend wir handeln müssen, um die Erkrankten zu unterstützen und unser Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen. Trotz dieser enormen Belastung stehen der Forschung nur 15 bis 20 Millionen Euro jährlich zur Verfügung, was in keinem Verhältnis zu den wirtschaftlichen und sozialen Schäden steht. Es gibt zwar mittlerweile zwei Post-COVID-Ambulanzen in Niedersachsen an der MHH und in Göttingen. Doch die Realität ist: Sie können dem tatsächlichen Bedarf nicht im Ansatz gerecht werden. Die Wartezeiten sind blank, die Angebote personell und strukturell überfordert, und vor allem erreichen sie nicht die Schwererkrankten, also diejenigen, die ihr Zuhause oder gar ihr Bett nicht mehr verlassen können, die dauerhaft auf Pflege angewiesen sind, aber nirgendwo unterkommen, wie wir es heute schon oft gehört haben.

Die Lost Voices Stiftung hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme konkrete Kernforderungen formuliert, die wir Ihnen heute nur kurz näherbringen möchten. Es geht uns darum, Menschen mit postakuten Infektionssyndromen, einschließlich Post-Vac, eine umfassende, koordinierte und interdisziplinäre Versorgung zu ermöglichen.

Erstens: interdisziplinäre stationäre Betten. Wir brauchen den vorgeschlagenen weiteren Ambulanzstandort Oldenburg und spezialisierte stationäre Betten in Akut- oder Rehabilitationskliniken. Der Austausch mit Betroffenen und den Teams der Post-COVID-Ambulanz der MHH zeigt, dass die bestehenden Strukturen dem Bedarf nicht gerecht werden. Der reguläre Krankenhausbetrieb ist jedoch häufig nicht darauf ausgelegt, PAIS-Patienten mit ihren speziellen Bedürfnissen angemessen zu versorgen. Eine neue Versorgungsform mit stationärer Betreuung würde die Belastung für bestehende medizinische Einrichtungen reduzieren und eine effektive Behandlung ermöglichen. Frühzeitige Diagnostik und personalisierte Therapie sind entscheidend, um ein Fortschreiten der Erkrankung möglichst zu verhindern. Hier müssten auch die Transportlogistik und die oft gravierenden Ernährungsprobleme schwer Erkrankter berücksichtigt werden.

Zweitens: ambulante koordinierte interdisziplinäre Versorgung. Für Menschen mit hohem Schweregrad fordern wir den Aufbau eines ambulanten Kooperationsnetzwerks, ähnlich dem PAIS-Netzwerk Berlin. Dieses Netzwerk soll unter Einbindung von Fach- und Hausärzten, spezialisierten Palliativdiensten sowie außerklinischer Intensivpflege eine wohnortnahe Betreuung sicherstellen. Dabei sehen wir großes Potenzial in telemedizinischen Angeboten und Wearables,

um auch immobilen Erkrankten Zugang zu ärztlicher Betreuung zu ermöglichen. Es ist dabei essenziell, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Umgang mit schwersterkrankten PAIS-Patienten besonders geschult wird.

Drittens: pädiatrische Strukturen. Kinder und Jugendliche mit PAIS haben bundesweit kaum Zugang zu spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten. Niedersachsen muss gezielt pädiatrische Strukturen ausbauen. Wir fordern daher im Einklang mit dem Bundesmodell PEDNET Long-COVID die Einrichtung eines spezialisierten Zentrums auch in Niedersachsen. Das Münchner Pain and Fatigue Center for Young People könnte künftig ein Vorbild für ein erstes pädiatrisch-stationäres Angebot sein. Davon haben wir vorhin auch kurz gehört.

Viertens: Fachpersonal fortbilden, Strukturen in der Fläche schaffen. Unsere Erfahrung zeigt: Viele Ärzte wollen helfen, aber sie wissen nicht wie. Davon haben wir gerade auch gehört. Die neue Long-COVID-Richtlinie ist ein wichtiger Schritt. Doch ohne konkrete Schulungsangebote, ohne Abrechnungsfähigkeit und ohne regionale Multiplikatoren bleiben diese Regelungen auf dem Papier. Niedersachsen muss gemeinsam mit Kammern, Kassenärztlicher Vereinigung und Hochschulen umfassende Fortbildungsangebote schaffen. Aus- und Fortbildungsangebote zur neuen Long-COVID-Richtlinie und zu den Gebührenordnungspositionen sind wichtige Faktoren für die Akzeptanz bei niedergelassenen Ärzten und sollten forciert werden. Maximale Transparenz in der Fortbildung und klare Qualitätsstandards sind essenziell, um Fehler der Vergangenheit zu vermeiden.

Fünftens: ländliche Versorgung. Der Zugang zur spezialisierten medizinischen Versorgung ist in ländlichen Regionen besonders eingeschränkt. Gerade im ländlichen Raum sind innovative Konzepte gefragt: mobile Teams, aufsuchende Dienste und Palliativangebote.

Sechstens - nicht zu vergessen! -: Angehörige entlasten, Suizidprävention stärken. Eine schwere Erkrankung trifft nie nur den Einzelnen. Sie trifft ganze Familien. Die pflegenden Angehörigen sind erschöpft, oft am Rande ihrer Kräfte - finanziell, emotional und sozial. Wir brauchen gezielte Entlastungskonzepte, psychosoziale Begleitung und eine Suizidprävention, die die Realität dieser Erkrankung nicht länger ausblendet.

Zu den Off-Label-Use-Medikamenten haben wir eben schon genug gehört. Wir unterstützen, dass ME/CFS und Post-Vac dabei mit aufgenommen werden.

Wir schlagen zusätzlich vor: Die Stigmatisierung ist nicht nur ein soziales Problem; sie ist ein Versorgungshemmnis. Wir brauchen einen Paradigmenwechsel weg von Schuldzuweisung und Bagatellisierung hin zu gesellschaftlicher Verantwortung. Eine landesweite Aufklärungskampagne kann genau das bewirken.

Die Situation ist ernst, doch wir sind überzeugt, dass wir gemeinsam eine Wende herbeiführen können. Mit den von uns vorgeschlagenen Maßnahmen können wir Leid mindern, Kosten senken und Forschung vorantreiben.

Wir möchten betonen, dass das charakteristische Leitsymptom bei ME/CFS die Post-Exertionelle Malaise (PEM) ist. Dies ist eine belastungsinduzierte Symptomverschlechterung, die in allen etablierten klinischen Kriterien die Voraussetzung für eine ME/CFS-Diagnose ist. Das Verständnis von PEM ist unabdingbar für jegliche Interaktion mit Patient*innen.

Die Lost Voices Stiftung steht Ihnen und der Landesregierung jederzeit für weitere Gespräche zur Verfügung. Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass die unsichtbaren Stimmen von PAIS-Betroffenen gehört werden und wir eine Zukunft schaffen, in der niemand mit diesen schweren Erkrankungen alleingelassen wird! Denn am Ende geht es nicht nur um Versorgung - es geht um Würde, um Teilhabe und um die Menschen, die wir länger übersehen haben.

Dr. Elisabeth Schieffer: Vielen Dank für die Möglichkeit, dass wir in dieser Anhörung auch für die Schwerstbetroffenen sprechen können. Wir haben heute zwar einiges über sie gehört. Aber ich konnte mir vor ein paar Jahren als Ärztin noch gar nicht vorstellen, dass es Patienten gibt, die zu Hause liegen und die wir im Gesundheitssystem überhaupt nicht sehen. Das sind die schwerstbetroffenen Patienten, die ich in meinem medizinischen Leben gesehen habe. Sie bekommen auch keine Perspektive, weil sie keine ärztliche Versorgung haben.

Aus der Post-COVID-Welle und dem Problem ME/CFS, das auf uns zukam, und dem Austausch mit der Lost Voices Stiftung, die dann zustande kam, haben wir vor zwei Jahren dank eines privaten Sponsors die Sprechstunde beginnen können, der sie uns eine ganze Zeit lang mitfinanziert hat. Die Patienten haben bei der Stiftung angerufen und gefragt, wie sie irgendwo Hilfe bekommen können. Es waren nicht Universitätskliniken und nicht Ärzte, sondern es ist eine Stiftung, die mit ihrer Expertise den Patienten über Jahre mehr Informationen geben konnte, als sie woanders Informationen erhalten haben.

In dieser Online-Sprechstunde sehe ich mitunter kurz die Patienten. Die sind nicht mal in der Lage, ein Gespräch zu führen. Sie haben eine Reizüberflutung, eine Fatigue, die es ihnen nicht ermöglicht, über längere Zeit ein Gespräch zu führen. Diese Gespräche müssen insofern mitunter mit den pflegenden Angehörigen geführt werden. Das alles dauert natürlich sehr lange: die Vorbefunde zu sichten - sofern es sie gibt -, auf die Fragen und auf die vielen belastenden Momente einzugehen, die diese Patienten oder die Angehörigen haben. Das sind mitunter wirklich schwierige Gespräche. Leider führe ich diese Gespräche inzwischen seit zwei Jahren, und die Patienten, die ich vor zwei Jahren hatte, fragen bei jedem Gespräch: Haben Sie etwas Neues? Haben Sie Medikamente? Was können wir machen? - Es geht voran. Wir haben auch das eine oder andere, das jetzt immer noch dazukommt und Hoffnung macht, aber das ist zu langsam und mühsam. Für die Schicksale, mit denen wir zu tun haben, brauchen wir etwas Schnelleres.

Wir brauchen auch eine stationäre Versorgung. Darauf hat Frau Krüger gerade auch hingewiesen. Diese Patienten sind mitunter nicht komplett diagnostiziert, man kann sie aber auch nicht mehr zum Facharzt schicken. Sie haben möglicherweise Unverträglichkeiten gegen Medikamente, gegen Nahrungsmittel. Ein Teil dieser Patienten ist nicht mehr in der Lage, ausreichend Nahrung zu sich zu nehmen. Die niedergelassenen Hausärzte verstehen das Problem nicht. Die kleinen Krankenhäuser verstehen das noch weniger und sind nicht bereit, diese Patienten aufzunehmen. Wenn wir versuchen, eine parenterale Ernährung für die Patienten zu organisieren, stoßen wir bis jetzt auf große Widerstände. Insofern brauchen wir für diese schwerstbetroffenen Patienten stationäre Betten. Dort müssen Expertenteams aufgebaut werden, die dann sowohl die Diagnostik als auch die Intervention und erste therapeutische Versuche - wir haben kein komplettes Konzept, aber bestimmte Dinge, die wir ausprobieren können - einleiten. Das können die Hausärzte nicht. Sie sind darauf angewiesen, dass es Ärzte gibt, die sich mit diesem Krankheitsbild auskennen, die eine gewisse Vertrautheit damit haben und sagen: Das ist die Diagnose! Wir machen das schriftlich; da haben sie den Brief! - so wie auch bei jeder anderen Erkrankung: Man geht zum Facharzt, der stellt eine Diagnose, gibt ein Therapieschema vor, und

der Hausarzt weiß, wie er das umsetzen kann. So etwas Ähnliches brauchen wir auch für ME/CFS, und zwar in Teilen in einer stationären Versorgung auch für diejenigen, die schwer betroffen sind.

Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE): Vielen Dank auch für die eindringlichen Worte, mit denen Sie die Situation schildern. Ich bedanke mich auch dafür, dass Sie diese weitere Perspektive auf die stationäre spezialisierte Versorgung eingebracht haben. Das finde ich ganz wichtig. Als Laie habe ich auch schon von diesem Ernährungsproblem gehört, dass Menschen tatsächlich drohen zu verhungern, weil sie keine Nahrung mehr aufnehmen können. Das kann man sich eigentlich gar nicht vorstellen. Deswegen danke ich Ihnen für diesen Aspekt, dass in diesem Bereich breiter gedacht werden muss. Wir sind ja in der Regel keine Ärzt*innen, sondern haben eine parlamentarische Perspektive darauf. Diese Anregung finde ich auf jeden Fall sehr wichtig.

Ich habe noch eine Frage zu der Sprechstunde. Sie erwähnten, dass es diese Sprechstunde seit etwa zwei Jahren gibt. In dieser Zeit sind die beiden Ambulanzen aufgebaut worden. Haben Sie gemerkt, dass sich dadurch in der Sprechstunde etwas verändert hat bzw. merken Sie in der Sprechstunde ganz konkret, dass es diese Ambulanzen gibt?

Dr. Elisabeth Schieffer: Nein; denn diese Sprechstunden in Hannover und Göttingen sehen ja nur die Patienten, die vor Ort hinkommen können. Unsere Sprechstunde kümmert sich im Grunde genommen überwiegend um die Patienten, die zu Hause im Bett liegen. Sie wenden sich gezielt an die Stiftung. Die Patienten sind ja heutzutage über Social Media wirklich toll vernetzt. Darüber ist ein Austausch auch für sie von zu Hause aus möglich. Die Weitergabe der Information über diese Sprechstunde lief nur über diese internen Kreise. Wir haben sie nicht auf Social Media gestellt und auch nicht irgendwo beworben. Inzwischen haben wir das etwas erweitert. Aber dann kommt man natürlich immer gleich an einen Punkt, dass sich ganz viele melden. Das ist aber eine Stiftung. Wir sind ein kleiner Bereich. Das ist für mich nur ein Nebenjob. Wir werden dort teilweise ein bisschen überrannt, aber wir machen das so gut, wie wir können. In der Stiftung sind ja Ehrenamtliche tätig. Sie übernehmen auch viel von der ganzen Koordination und führen die Gespräche. Frau Krüger ist seit Jahren dabei und kümmert sich intensiv und liebevoll darum. Wir wissen manchmal gar nicht zu schätzen, wie viel Wissen und Initiative aus diesen Gruppen auch für uns Mediziner mit eingebracht wurden.

Nicole Krüger: Ich möchte nur kurz ergänzen: Das Ganze wird aus Spenden finanziert. Das heißt, wir können das nur so lange anbieten, wie wir genügend Spendeneinnahmen haben. Wir sind eine kleine Organisation. Dabei stoßen wir natürlich immer wieder an unsere Grenzen.

Abg. Thomas Uhlen (CDU): Herzlichen Dank Ihnen beiden und auch Herrn Heydecke, der zugeschaltet ist. An der Konstellation bei diesem Punkt der Anhörung wird ja schon deutlich, wie übergreifend und mit welchem Engagement Sie dabei sind, insbesondere auch ehrenamtlich. Herr Professor Schieffer hat heute Vormittag auf die Historie bei anderen Erkrankungen verwiesen, die für die Menschen erst schwer begreiflich waren, und darauf, welche Strukturen dann daraus erwachsen sind. Ich rufe in Erinnerung, dass wir seit gut 50 Jahren die Deutsche Krebshilfe und seit rund 40 Jahren die Deutsche Aidshilfe haben, die auch mit ähnlichen Anforderungen gestartet sind, nämlich tabuisierte Krankheitsbilder und der Bedarf, Hilfe zu leisten und auch etwas in die Gesellschaft reinzuholen, zu informieren, zu forschen und eben auch zu helfen. Vor diesem Hintergrund meine Frage an Sie drei: Braucht es nicht auch in ähnlicher Konstellation

eine Deutsche ME/CFS-Hilfe oder darüber hinaus ein Angebot, welches das zusammenführt, damit wir nicht mehr mit Scheuklappen unterwegs sind, sondern gemeinsam Hilfe leisten können? Vielleicht kann Herr Heydecke auch noch aus wissenschaftlicher Sicht etwas dazu sagen, was notwendig ist.

Dr. Elisabeth Schieffer: Vielleicht darf ich zunächst kurz darauf antworten, weil ich schon seit 30 Jahren im Medizinwesen und auch in Fachgesellschaften tätig bin. Diese Erkrankung ist fachübergreifend. Das ist eine der Herausforderungen. Wenn Sie ein Herzproblem haben, gehen Sie zum Kardiologen. Dort gibt es Kataloge und eine Standard Procedure. Das läuft. Es gibt Fachärzte. Assistenten können sich zu einem Facharzt weiterentwickeln. Wo sollen wir aber dieses Bild eines postinfektiösen Syndroms mit diesen vielen unterschiedlichen Facetten - neurologisch, kardiologisch, endokrinologisch - zuordnen? Das ist ein Riesenproblem. Deswegen tun wir uns, glaube ich, auch von ärztlicher Seite so schwer, dass wir nicht *den* einen Facharzt für dieses Krankheitsbild haben. Wir müssen da noch etwas entwickeln. Wer sollte alles dazukommen? Welche Facharztqualifikation gehört in diesen Formenkreis hinein? Mit wie viel Input müssen sie hineinkommen? Wie sieht dann die Qualifizierung aus? Denn jeder Arzt, der im Moment tätig ist, überlegt sich ja: Was soll ich mit diesem Krankheitsbild machen? Ich kann meine Facharztexpertise nicht einbringen oder damit nicht Facharzt werden. - Da müssen wir schnell nachziehen. Denn eines unserer Probleme ist, dass wir im Moment relativ alleine dastehen. Nicht viele Ärzte interessieren sich für dieses Krankheitsbild und möchten dabei mitmachen. Diese Hürde gilt es anzugehen und zu überwinden - vielleicht auch mit Physician Assistants, also Assistenzpersonal. Ich glaube, da müssen wir neue Wege gehen, und zwar schnell, damit wir diese Versorgungsstrukturen, wie wir sie auch für HIV gemacht haben, zügig an den Start bekommen.

Jörg Heydecke: Ich möchte das gerne kurz ergänzen, aber möchte mich zunächst kurz vorstellen. Ich habe die ME/CFS Research Foundation gegründet. Wir sind, wie die Lost Voices Stiftung, eine gemeinnützige Stiftung, aber haben den Schwerpunkt Forschungsförderung und unterstützen einige Projekte in München und in Berlin. Zuletzt haben wir auch die große internationale ME/CFS-Konferenz in Berlin zusammen mit der Charité ausgerichtet.

Wir haben zusammen mit der Firma Risklayer eine Studie angefertigt, in der wir zunächst die Prävalenz, also die Häufigkeit der Erkrankungen Long-COVID und ME/CFS - die Zahlen hat Nicole Krüger gerade genannt -, und auch die Kosten abgeschätzt haben, die diese Krankheiten veranlassen.

Ich bin dankbar für die Frage von Herrn Uhlen nach dieser Fachgesellschaft. Ich glaube, Frau Dr. Schieffer hat sie schon umfassend beantwortet. Viel dringender, als jetzt strukturell etwas zu ändern, sind aus meiner Sicht erst einmal Anstrengungen, die Forschungsgelder nach vorne zu bringen. Die Deutsche Aidshilfe wurde schon erwähnt. Die Krankheit ME/CFS ist älter und schon länger als Aids bekannt. Die ersten Aidsfälle sind in den 1980er-Jahren aufgetaucht. ME/CFS ist 1969 von der WHO klassifiziert worden, aber ist bis heute nur zu einem Bruchteil, was Forschung anbelangt, finanziert. Neben dem Bundesforschungsministerium und dem Bundesgesundheitsministerium wenden überhaupt nur vier oder vielleicht fünf Bundesländer in Deutschland in irgendeiner Form Forschungsgelder für diese Erkrankung auf. Es ist also viel mehr auch politisches Engagement für öffentliche Forschungsgelder erforderlich; anderenfalls wird man in diesem Bereich keine Fortschritte machen. - Das beantwortet nicht direkt Ihre Frage nach

der Fachgesellschaft, Herr Uhlen, aber zeigt ein bisschen, dass das Problem aus meiner Sicht woanders liegt.

Wenn man dann zusätzlich noch die Strukturen in der Versorgung optimieren würde, wie Nicole Krüger das ausführlich dargestellt hat, dann wäre das natürlich sehr gut. Vor allen Dingen müsste man jetzt aber ernsthaft Anstrengungen unternehmen, um das Problem kleiner zu machen, sprich: die bekannten oder potenziellen medikamentösen Ansätze, die es gibt, durchzuerforschen, Start-ups zu fördern, die dafür Medikamente entwickelt haben, und beizeiten dahin zu kommen, dass man den Betroffenen neben der Versorgung tatsächlich auch etwas Therapeutisches anbieten kann. Da sind wir nämlich heute überhaupt noch nicht.

Nicole Krüger: Ich möchte trotzdem noch einmal ganz kurz auf die Fachgesellschaft zu sprechen kommen. Wir haben ja mit der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS eine Organisation, die sich zu einer Fachgesellschaft entwickelt. Ich habe große Hoffnungen, dass wir da gar nichts Neues brauchen, sondern dass es bei ihr in diesem Bereich vorangeht.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich schließe mich den Dankesworten dafür ausdrücklich an, dass Sie ja auch den Betroffenen ganz unmittelbar sozusagen eine Stimme geben und die Situation schildern. Sie haben darauf hingewiesen, dass Sie das zum Teil ehrenamtlich leisten und auch noch anderweitig tätig sind. Auch wir haben das Problem, dass wir sehr viele Politikfelder haben. Kaum dass wir ein Politikfeld bearbeiten, kommt schon das nächste und übernächste. Das macht es so schwierig. Wenn man das so konzentriert hört wie heute, dann würde ich mir schon wünschen - das geht jedenfalls mir so -, dass es eine schnelle Lösung für alle diese Probleme gibt.

Ich habe mir jetzt schon viele Fragen notiert, möchte aber noch einmal konkret fragen: Wie viele Fälle von schwersterkrankten Erwachsenen und auch von Kindern gibt es in Niedersachsen?

Dr. Elisabeth Schieffer: Letztendlich haben wir keine verlässlichen Zahlen, sondern nur Schätzungen. Wenn wir aber von 8 Millionen Niedersachsen und davon ausgehen, dass 0,5 % der Bevölkerung an ME/CFS leiden, dann wären es 40 000 ME/CFS-Betroffene.

Wie schwer die Ausprägung ist und wie viele bettlägerig sind, wissen wir nicht. Wir haben das nicht systematisch erfasst. Wir müssen uns aber dringend überlegen, wie wir solche Daten schnell generieren können.

Jörg Heydecke: Wir haben in unserer Studie hergeleitet, dass es in Deutschland sehr wahrscheinlich 650 000 ME/CFS-Betroffene gibt. Umgerechnet auf Niedersachsen wären es eher 63 000 bis 64 000 Betroffene, also mehr als die Zahl von 40 000 Betroffenen, die Frau Dr. Schieffer gerade genannt hat. Wir wissen aus diversen internationalen und auch deutschen Studien, dass etwa ein Viertel von allen schwerstbetroffenen ist. Das wären, auf Niedersachsen bezogen, 16 000 Menschen. Wir wissen auch, dass von allen Betroffenen - also in Niedersachsen 64 000 - etwa zwei Drittel bis drei Viertel nicht mehr arbeitsfähig oder nicht mehr in der Lage sind, der Ausbildung oder ihrer Schulausbildung nachzugehen. In Deutschland wären es etwa 45 000 Menschen. Das sind in etwa die Zahlen, die man heute plausibel abschätzen kann. Es gibt aber leider keine vernünftige Primärerhebung, sodass man das besser fundieren könnte. Aber das sind sozusagen die besten Schätzungen, die es im Moment gibt.

Nicole Krüger: Zu der Frage nach der Zahl der Kinder: Auch deren Zahl ist nicht erfasst. Bevor die Erhebung der ME/CFS Research Foundation herauskam, haben wir mit etwa 80 000 Kindern

und Jugendlichen in ganz Deutschland gerechnet. Aber das sind alles Schätzungen. Das ist genau das, was wir auch brauchen. Wir brauchen auch eine Prävalenzerhebung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Es ist toll, wie Sie die Zahlen präsent haben. Ich habe zu Beginn vernommen, dass Sie mit einer Firma zusammenarbeiten, aber ich habe nicht verstanden, mit welcher. Können Sie das vielleicht noch näher ausführen?

Jörg Heydecke: Das ist die Firma Risklayer. Das ist ein Risikomodellierungsinstitut am Standort Karlsruhe in Deutschland und in Adelaide in Australien. Risklayer hat direkt am Anfang der Pandemie alternative Datenquellen genutzt, um die Häufigkeit von akut COVID-Erkrankten abzuschätzen, und hat damit damals auch eine Diskussion mit dem RKI angestoßen, deren erste Zahlen etwas unterschätzt waren, und ist somit in diesen Kreisen auch bekannt. Wir haben jetzt für dieses Projekt zusammengearbeitet. Risklayer erstellt hauptberuflich Risiko- und Kostenabschätzungen für Naturkatastrophen für große Versicherungen und Regierungen - also beispielsweise in Bezug auf Folgekosten von Erdbeben in irgendwelchen Ländern - und hat mit der gleichen Methodik jetzt auch die Kosten für ME/CFS und Long-COVID abgeschätzt, weil wir ein ganzheitliches Kostenbild erstellen wollten, das nicht nur die ökonomischen Kosten berücksichtigt, sondern auch die medizinischen und die sozialen Kosten, die dabei entstehen. Diese über 63 Milliarden Euro im letzten Jahr beziehen sich auf ganz Deutschland und beinhalten sowohl ökonomische als auch medizinische und soziale Effekte, die dabei jedes Jahr entstehen und die in dieser Form nirgendwo wirklich erhoben oder getrackt werden. Das alles finden Sie auf unserer Webseite. Dort ist auch offengelegt, wer das ist und woher die Zahlen, das Modell usw. kommen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank, dass Sie in unserer Anhörung Stellung genommen haben, und vielen Dank auch für Ihre sehr wertvolle und wichtige ehrenamtliche Arbeit, mit der Sie etwas geschaffen haben, wo es schlicht und ergreifend nichts gegeben hat. Deshalb waren Ihre Ausführungen für uns sehr wichtig, weil sie eine ganz andere wichtige Perspektive aus der Sicht der Schwerstbetroffenen deutlich gemacht haben, die nicht versorgt sind.

Post Vac Selbsthilfegruppe Osnabrück

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6

Sonja Tschirch: Auch von mir ein herzliches Dankeschön, dass ich in dieser Anhörung die Post-Vac-Betroffenen vertreten darf. Ich möchte mich bei allen ganz herzlich bedanken, die hierhergekommen und sich auf verschiedenen Wegen beteiligt haben, um unserer Situation als Betroffene Gehör zu schenken und um sich für eine weitere Bearbeitung der Thematik einzusetzen.

Ergänzend zu meiner schriftlichen Stellungnahme möchte ich Sie heute gerne etwas auf meinen persönlichen Weg mit der Erkrankung mitnehmen, damit Sie auch ein bisschen eine Idee bzw. ein Gesicht zu dieser Erkrankung und zu den Umständen bekommen, mit denen wir tagtäglich leben müssen.

Mein Name ist Sonja Tschirch. Ich bin 35 Jahre alt und wurde als Sozialarbeiterin im Jugendamt beruflich priorisiert und als systemrelevante Fachkraft dreimal geimpft - zweimal mit Impfstoff von BioNTech und einmal von Moderna. Bis zu diesen Impfungen war ich als Leistungssportlerin zunächst im Kampfsport und später im Kraftsport aktiv. Seitdem ich geimpft wurde, habe ich

vielfältige Symptome, über die wir jetzt schon ganz viel gehört haben, insbesondere die Belastungsintoleranz, die es nahezu unmöglich macht, einen normalen Alltag zu führen. Als ich gesund war, konnte ich bei einem Körpergewicht von 52 kg 170 kg beim Kreuzheben recht problemlos vom Boden heben. Nach meinen Impfungen konnte ich plötzlich weder eine Zahnbürste noch eine Kaffeetasse festhalten.

Inzwischen habe ich mehr als 120 Arzttermine hinter mich gebracht, mehr als 45 000 Euro privat investiert, um an meinem Gesundheitszustand zu arbeiten, und über 21 000 km durch ganz Deutschland auf mich genommen. Fakt ist: Ich bin immer noch krank.

Von Ärzten, die mich für psychisch krank erklärt haben, die über mich und meine Symptome gelacht haben, bis hin zu Ärzten, die mit ganz bescheidenen Möglichkeiten mit wenig strukturellen und finanziellen Mitteln irgendwie arbeiten mussten, aber mit viel Engagement für mich da gewesen sind, habe ich alles erlebt.

Inzwischen bin ich vor allen Dingen mit den folgenden Diagnosen diagnostiziert - das ist nicht alles, aber das, was immer wiederkehrend ist -: das Post-Vac-Syndrom, ein postakutes COVID19-Impfsyndrom, das Chronische Fatigue-Syndrom, eine ME/CFS-Erkrankung, leichte kognitive Beeinträchtigungen - die auch unter dem Stichwort „Brainfog“ bekannt sind -, der Post-COVID-Zustand im Zusammenhang mit der Impfung ist diagnostiziert worden, eine Histaminintoleranz, Mastzellaktivierungssyndrom und POTS.

Neben meinen ganzen Symptomen und der Erkrankung beschäftigen mich diverse rechtliche bzw. sozialrechtliche Verfahren. Ich habe einen Antrag nach dem Infektionsschutzgesetz gestellt. Dieser Antrag ist seit dem März 2022 in Bearbeitung. Inzwischen habe ich mich von dem Gedanken verabschiedet, dort immer wieder nachzufragen; denn alle, die nachfragen und eine Entscheidung mit allen Mitteln irgendwie erwirken wollen, bekommen nur eine Ablehnung, weil die gesetzliche Lage einfach so bescheiden ist. Deswegen lasse ich ihn da, schicke immer wieder einen neuen Befund hin, wenn ich wieder einen neuen Befund habe, aber es gibt eben keine Entscheidung und leider auch keine Aussicht darauf, dass solch ein Antrag bewilligt wird, auch wenn einem die Unikliniken, die man aufgesucht hat, diesen kausalen und zeitlichen Zusammenhang durchaus bestätigen.

Da ich diverse Einschränkungen habe, habe ich einen Antrag auf Anerkennung einer Behinderung gestellt. Mein Antrag und Widerspruch sind abgelehnt worden. Das Landessozialamt bestätigt mir, dass ich „in einem altersentsprechenden Zustand“ sei.

Weil ich über die Arbeit die Impfungen erhalten habe, habe ich mich an die zuständige Berufsgenossenschaft gewendet. Die Unfallkasse sieht, dass Schäden nach der Impfung entstanden sind, beschreibt aber die „Impfung als privates Lebensrisiko“. Von der Systemrelevanz und der Notwendigkeit, diese Impfung zu haben, um meiner Tätigkeit weiter nachzukommen, ist plötzlich keine Rede mehr.

Dazu haben wir die Schwierigkeit, dass es keine Medikamente gibt, dass Diagnostikkosten nicht übernommen werden, dass Off-Label-Medikamente und auch die Medikamente, die Professor Schieffer in Marburg verschreibt, von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Das ist also meine nächste Baustelle. Ich beantrage jedes Medikament bei der Krankenkasse, bekomme wieder eine Ablehnung, schreibe einen Widerspruch mit der begrenzten Energie, die ich ohnehin nur zur Verfügung habe, und kann mir dann irgendwann überlegen, ob ich meine Krankenkasse

verklagen möchte. In einzelnen Fällen habe ich mich tatsächlich auch zu diesem Schritt entschieden. Man muss da immer gut abwägen; denn letztendlich bedeuten Bürokratie und Rechtsstreitigkeiten wieder zusätzliche Belastungen und eine Wegnahme von Energie, die wir eigentlich nicht zur Verfügung haben.

Im April 2023 habe ich die Post-Vac-Selbsthilfegruppe in Osnabrück gegründet, weil man mir damals vom Gesundheitsamt den Zugang zu den Post-COVID-Gruppen verwehrt hat. Man hat damals gesagt, ich hätte eine andere Erkrankung, das sei nicht möglich. Auch wenn ich das erst mal als schräg empfunden habe, war ich doch ganz dankbar; denn zumindest von dort aus erhalte ich die gleiche Unterstützung, wie sie auch alle anderen Selbsthilfegruppen von der Selbsthilfe-Kontaktstelle bekommen. Insofern haben wir uns da in den letzten zwei Jahren tatsächlich gut etwas aufgebaut und sind froh, dass wir uns jetzt mit den Post-COVID- und ME/CFS-Gruppen zwar vernetzen, aber doch auch auf unsere eigenen Themen und Bedarfe aufmerksam machen können.

Wir sind mit 11 Mitgliedern gestartet. Inzwischen sind es 35 Mitglieder - leider mit steigender Tendenz. Denn ähnlich, wie es auch die Vorrednerinnen beschrieben haben, gibt es keine Anlaufstellen. Bei mir melden sich immer wieder verzweifelte Betroffene oder Angehörige auf verschiedensten Wegen und erhoffen sich von mir die Lösung, die sie in der Medizin noch nicht gefunden haben.

Wir tauschen uns natürlich über unsere Situation aus, unterstützen uns gegenseitig, kümmern uns auch um Vernetzung mit anderen Gruppen und verschiedenen dritten Institutionen und nehmen auch an Veranstaltungen wie an dieser Anhörung teil, um die Interessen der Betroffenen zu vertreten.

Insofern können wir den Antrag, der heute zur Diskussion steht, nur in allen Punkten befürworten. Eine Gleichbehandlung der Erkrankungen Post-COVID, Post-Vac und ME/CFS, unabhängig von den Ursachen, halte ich für essenziell; denn letztlich hat sich niemand von uns ausgesucht, wie er zu seinen Symptomen gekommen ist. Insofern sollten wir alle die gleiche Möglichkeit haben, behandelt zu werden.

In der Praxis ist das leider anders. Wenn ich in die Unikliniken in die Post-COVID-Ambulanzen möchte und sage, dass meine Symptome für mich im Zusammenhang mit der Impfung stehen, dann ist in den meisten Kliniken die Tür zu; denn das ist ja eine Post-COVID-Ambulanz und keine Post-Vac-Ambulanz. Damit möchte niemand so richtig arbeiten. Ich habe ein bisschen das Gefühl, dass Post-Vac dort das „Schmuddelkind“ ist, weil sich niemand mit diesen ganzen Dingen auseinandersetzen möchte und dann wieder Berichte schreiben will, die die Behörden sehen wollen. Sobald ich sage, ich habe diese Symptome nach der Impfung, oder gar das Wort „Post-Vac“ in den Mund nehme, ist insofern die Tür zu. Deswegen sind wir dankbar, dass es in Hannover und Göttingen die Anlaufstellen gibt, zu denen wir zumindest hingehen können. Das ist ein guter erster Schritt. Aber wir haben heute Morgen und auch heute Nachmittag gehört, dass die Wartezeiten dort sehr lang sind. Bei den Unikliniken, die ich besucht habe, waren es in Glücksfällen 6 Monate bis im Regelfall 15 bis 20 Monate. Man wartet also ewig und kommt dann zu einem Termin, wenn man immer wieder nachfragt. Es ist aber nicht so, dass man dann dorthin geht und wer weiß wie behandelt oder versorgt wird. In der Regel gibt es einen Termin zur Diagnostik. Man lässt viel Blut da, man wird sehr ausführlich befragt - das ist super; die Leute geben sich dort viel Mühe, obwohl das sehr zeitintensiv und arbeitsintensiv ist -, aber man geht

dann nicht mit einer Liste von Medikamenten hinaus und darf auch keine regelmäßige Versorgung und Wiedervorstellung erwarten. Es ist maximal dieser eine Diagnostiktermin - und mehr passiert erst mal nicht.

Die Bildung regionaler Netzwerke halten wir für sehr sinnvoll; denn wir haben es gehört: Betroffene kommen ja erst mal bei den Haus- und Fachärzten an, können dort in der Regel nur aufgefangen und vielleicht weitervermittelt werden. Es ist aber ein klarer Rahmen notwendig, wann überwiesen wird, wohin eigentlich überwiesen werden kann und ob manches auch telemedizinisch erfolgen kann, damit die weiten Fahrten entfallen. Denn weite Wege in die Ambulanzen sind wieder mit Zustandsverschlechterungen verbunden, und es gibt auch Schwerstbetroffene, die nicht in die Praxen oder Ambulanzen kommen können. Gerade für Bettlägerige ist die Versorgung zu regeln; für sie gibt es bisher kein adäquates Angebot.

Im Hinblick auf die Vernetzung möchte ich noch einmal einen Schwenk in meinen beruflichen Bereich vornehmen. Vielleicht ist einigen von Ihnen der Bereich der Frühen Hilfen bekannt. Dort gibt es auch eine interdisziplinäre Vernetzung. Vielleicht wäre das ein Bereich, wo man noch ein wenig von der sozialen Arbeit lernen oder sich manches anschauen kann, was sich dort in den letzten Jahren schon etabliert hat.

Die Weiterbildung der Fachkräfte im Landessozialamt ist grundsätzlich sinnvoll. Ich glaube, es reicht nicht aus, dass dort nur schnell gearbeitet wird und dass es einfach eine Entscheidung gibt, sondern es muss auch wohlwollend geprüft werden. Wir kennen es aus dem Strafrecht: Im Zweifel für den Angeklagten. - Ich würde mir wünschen: im Zweifel für den Betroffenen. Wenn ich meine Wege gegangen bin, wenn ich sauber belegen kann, dass die Unikliniken mir einen Zusammenhang bescheinigen, dass die Fachärzte diverse andere Erkrankungen ausschließen, aber meine Symptome immer noch da sind, dann würde ich mir eine Anerkennung wünschen. Denn jedes Mal, wenn ich wieder höre, es wird nicht anerkannt, dann muss ich mich wieder rechtfertigen. Das kostet wieder Energie. Ich möchte, dass mir einfach geglaubt wird, genauso, wie jemandem, der sich ein Bein bricht, geglaubt wird, dass er Schmerzen hat und behandelt werden muss. Insofern darf es dort nicht nur eine schnelle Bearbeitung geben, sondern es muss auch eine wohlwollende Prüfung erfolgen, und es muss irgendwo eine Anerkennung für diese neuen Krankheitsbilder her, die da jetzt aufgetaucht sind.

Für Kinder und Jugendliche brauchen wir spezialisierte Angebote. Sie sind mehr als kleine Erwachsene. Auch pädagogische und psychosoziale Aspekte müssen bei ihnen berücksichtigt werden. Ich spreche insbesondere von speziellen Formen der Beschulung, aber auch von Möglichkeiten, eine Ausbildung oder ein Studium zu absolvieren, gegebenenfalls auf besondere Nachteilsausgleiche zurückzugreifen, nämlich mit dem Ziel, Perspektiven zu schaffen. Denn diese jungen Leute stehen noch ganz am Anfang ihres Lebens und werden, wenn sie gesünder werden, noch lange der Gesellschaft im Arbeitsleben zur Verfügung stehen. Dafür müssen wir Perspektiven schaffen.

Die Beteiligung der Universität Oldenburg an der Versorgung finde ich grundsätzlich gut. Ich glaube, wenn es einfach nur noch eine Klinik mehr gibt, die das Gleiche macht wie vorher, dann wird uns damit nicht so richtig geholfen. Das haben wir gerade auch schon gehört. Wir brauchen sowohl die umfassende Diagnostik, aber auch neue Impulse in der Behandlung. Es muss eine Vernetzung mit der Uniklinik in Göttingen und mit der MHH geben, die ja jetzt schon erste Erfahrungen gemacht haben, die sehr engagiert und sehr bemüht sind, da auch Dinge auf den Weg

zu bringen. Es braucht vor allen Dingen eine umfassende personelle und strukturelle Ausstattung, damit das Engagement, welches vorhanden ist, auch entsprechend geleistet werden kann. Ich habe einen Arzt in der MHH gefragt, wie viele Stunden er für diesen Bereich zur Verfügung hat. Darauf hat er geantwortet: Ich habe 20 Stunden für die Seltenen Erkrankungen in der Woche. Die anderen 20 Stunden habe ich für die Reha- und Sportmedizin. Dann muss ich mich entscheiden: Sehe ich noch mehr Patienten, oder schreibe ich Ihnen einen Bericht? - Für mich als Betroffene ist beides wichtig. Ich muss den Arzt sehen, damit er sich meine Geschichte anhören kann, damit er diagnostizieren kann. Ich bin aber gegenüber den Behörden immer in der Beweis-pflicht. Ich muss immer wieder die Berichte beibringen. Wenn sie schlecht geschrieben und voller Fehler sind - auch das habe ich erlebt - oder wenn sie gar nicht geschrieben werden, dann stehe ich vor ganz großen Problemen und ist der Termin für mich letzten Endes doch nicht so wertvoll, wie ich mir erhofft hatte, weil ich mit den Ergebnissen dann nichts weitermachen kann.

Zu den Off-Label-Medikamenten haben wir gerade auch schon etwas gehört. Hier ist es mir wichtig, dass es eine Gleichbehandlung aller Krankheitsbilder gibt. Unabhängig vom Einkommen müssen diese Medikamente über die Krankenkassen finanziert werden; denn anderenfalls hängt die Gesundheit schlicht vom Einkommen ab. Die meisten sind bettlägerig und haben kein Einkommen mehr. Da darf meiner Meinung nach nicht unterschieden werden.

Gleichermaßen ist es wichtig, dass da die Schulmedizin etwas tut; denn es gibt immer wieder - auch das kam schon zur Sprache - Heilsversprechen von fadenscheinigen unwissenschaftlichen Angeboten. Etwas Fundiertes ist notwendig, auf das man sich verlassen kann. Ich glaube, wir Patienten haben es einfach verdient, dass etwas Sicheres für uns geschaffen wird und wir unsere Gesundheit nicht weiterhin durch solche Angebote riskieren müssen.

Über den Antrag hinaus erachte ich noch weitere Aspekte für wichtig. Über die Forschung sowohl zu den Ursachen als auch zur Versorgung auf Landes- und Bundesebene haben wir, glaube ich, in dieser Anhörung schon ausreichend gehört. Ich wünsche mir, dass sich das Land Niedersachsen gemeinsam mit anderen dafür einsetzt, dass auch Post-Vac als Erkrankung anerkannt wird. Wir haben bisher keine Diagnose und keine klaren Diagnosekriterien. Das wäre wahrscheinlich eher ein Auftrag für die zuständigen Fachgesellschaften. Das Landessozialamt hat uns jedoch letztes Jahr im Herbst ganz eindeutig gesagt: Sie haben Symptome, das ist rechtlich gesehen keine anerkannte Erkrankung, damit werden die Anträge leider weiterhin abgelehnt. - Insofern gibt es da Nachholbedarf.

Es kostet uns auch viel Geld, dass wir eine Diagnose bekommen, dass wir zu irgendwelchen Ärzten gehen und auf eigene Rechnung Blutwerte in Auftrag geben. In Nordrhein-Westfalen hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Mai 2024 einen Erlass herausgegeben, wonach sie zumindest prüfen, ob Kosten für die Diagnostik anteilig erstattet werden können, wenn sie dazu dienen, dem Antrag nach dem Infektionsschutzgesetz nachzukommen. Insofern würde ich mir eine vergleichbare Regelung auch für Niedersachsen wünschen.

Es müsste die Möglichkeit geben, neue Therapieansätze zumindest im Rahmen von Studien über die Krankenkasse zu finanzieren. In diesem Zusammenhang denke ich beispielsweise an Blutwäschen oder Ozon-Hochdosistherapien, die mit hohen Kosten verbunden sind und bei denen es bedingt Aussicht auf Erfolg gibt. Die meisten Betroffenen haben jedoch aufgrund ihrer finanziellen Situation überhaupt keine Chance mehr, so etwas auszuprobieren.

Die Landschaft der sozialrechtlichen Leistungen ist für Menschen, die sich zuvor nicht damit beschäftigen mussten, sehr unübersichtlich. Jemand müsste koordinieren und informieren, was mir eigentlich zusteht und wo ich das beantragen kann. Es müsste auch jemand dabei helfen, komplexe Antragsunterlagen zu bearbeiten. Diese Anträge sind häufig mit viel Arbeit, mit langen Wartezeiten und letztlich mit einer Ablehnung verbunden, was wieder zu der schon angesprochenen Mehrbelastung führt.

Notwendig ist auch eine Anerkennung von Post-COVID, Post-Vac und ME/CFS als Arbeitsunfall bzw. Berufserkrankung, wenn Infektionen oder Impfungen im beruflichen Kontext erfolgten. In der Pandemie wurde immer über „priorisiert“ und „systemrelevant“ gesprochen. Ich wünsche mir, dass das in diesem Zusammenhang nicht plötzlich unter den Tisch fällt.

Interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Gutachter finde ich wichtig. Es muss ein realistisches Bild der Erkrankung geschaffen werden. Es bringt mir wenig, wenn ich zwar 120 Ärzte aufgesucht habe, mir alle sagen, dass ich ein Post-Vac-Syndrom und ME/CFS habe, aber dass ein Gutachter ausreicht, der irgendwann Neurologe geworden ist, von der Krankheit keine Ahnung hat und am Ende sagt: „Das haben Sie nicht, deswegen gibt es keinen Zusammenhang“ - Antrag abgelehnt! Auch das haben die Mitglieder unserer Selbsthilfegruppe zuhauf erlebt und kann so nicht richtig sein.

Wir brauchen soziale Unterstützung für Familien, aber auch für Alleinstehende, wenn die Familie im Background ist. Das ist belastend, aber es ist zumindest jemand da, der sich kümmert. Das ist längst nicht bei allen Betroffenen so. Es gibt bei uns Vereinsamung und Menschen, die ihren Haushalt nicht bewältigen können. Insofern wünsche ich mir Besuchsdienste, Elternassistenz oder auch Haushaltshilfen, die an diesen Punkten ansetzen und die Betroffenen entsprechend unterstützen.

Zusammenfassend: Das ist ein gesamtgesellschaftliches Problem. Für uns ist die Pandemie nicht vorbei, auch wenn das in der Politik immer wieder so geäußert wird. Wir brauchen weiterhin die oft beschworene Solidarität und die Unterstützung der gesunden Gesamtgesellschaft, damit es auch für uns vorangehen kann.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank auch für die Offenheit, hier über Ihre persönliche Situation zu sprechen, was nicht nur mich, sondern, wie ich beobachten kann, auch alle anderen ziemlich betroffen macht. Das ist schon etwas anderes, wenn man von Ihnen hört, was alles daran hängt. Sie haben sehr gut und sehr nachvollziehbar dargestellt, welche Schwierigkeiten und Hürden Sie zusätzlich zu der Krankheit haben. Deswegen meinen großen Respekt, dass Sie diese Selbsthilfegruppe gegründet haben, dass Sie uns das so nahebringen und dass Sie auch Lösungsvorschläge aufgezeigt haben, die uns an dieser Stelle auch weiterhelfen! Vielen Dank auch dafür, dass Sie heute in dieser Anhörung Stellung genommen haben.

Abg. **Delia Klages** (AfD): Vielen Dank für die Darstellung Ihrer gesamten Situation. Das hat mich schwer bewegt. Ich bin da tief betroffen. Deshalb noch einmal herzlichen Dank, dass Sie heute hier sind.

Sie haben berichtet, dass dann, wenn Sie gesagt haben, dass Sie Post-Vac-Patientin sind, die Türen sozusagen eher zugehen. Wie ist Ihre Einschätzung im Rahmen der Tätigkeit in Ihrer Selbsthilfegruppe? Gibt es viele, die eigentlich Post-Vac-Patienten sind, aber aufgrund der

schwierigen Situation vielleicht doch lieber die Diagnose Post-COVID voranstellen, damit die Behandlung bzw. die Therapie vorangeht? Ich sage schon mal vielen Dank für Ihre Antwort.

Sonja Tschirch: Auch für Post-COVID gibt es ja keine Behandlung. Insofern schießt man nicht unbedingt ein Tor, sondern eher ein Eigentor, wenn man das weiterverfolgt. Für alle diejenigen, die einen Antrag nach dem Infektionsschutzgesetz gestellt und gesagt haben, dass sie einen Impfschaden haben, ist der Weg, den Sie gerade skizziert haben, eher von Nachteil. Es gibt ja auch die Möglichkeit, zum Beispiel über die Post-COVID-Diagnose Langzeitverordnungen für Ergotherapie oder Physiotherapie zu bekommen. Das ist der Punkt, an dem sich viele fragen, ob sie diese Diagnose nehmen oder nicht. Letztendlich haben sich bei uns alle dagegen entschieden, die Long-COVID-Diagnose zu nehmen, und wir vertreten auch nach außen, dass wir die Schäden nach der Impfung haben. Insofern kann das sicherlich vereinzelt vorkommen; das ist aber nicht das, was ich in unserer Region erlebt habe.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Vielen Dank auch von mir und vor allen Dingen auch dafür, dass Sie unseren Blick geweitet haben. Auch wir arbeiten ja in einem bestimmten Arbeitsbereich. Wir befassen uns ja jetzt mit der gesundheitlichen Versorgungsstruktur. Sie haben sehr deutlich gemacht, dass es weit darüber hinausgeht, dass auch die sozialen Strukturen eine Rolle spielen, die ebenfalls in unseren Bereich fallen, aber die wir nicht immer direkt mit im Blick haben, gerade der Blick auf Einsamkeit und Alleinstehende. Sie haben auch die Brücke zu den Frühen Hilfen geschlagen. Das finde ich sehr wertvoll. Davon können wir auf jeden Fall lernen. Das zeigt die Notwendigkeit, dass wir nicht nur fachlich interdisziplinär, sondern auch transdisziplinär in andere Bereiche blicken und die Behandlung und Versorgung als Ganzes auf vielfältige Art und Weise anders denken müssen. Sie haben auch Brücken in die anderen Ressortbereiche geschlagen, wie Nachteilsausgleich, Beschulung usw., die nicht in unserem Zuständigkeitsbereich liegen. Aber wir haben ja Kolleg*innen hier, die auch für andere Ressorts zuständig sind und das sicherlich mitnehmen, und wir werden das auch weitergeben.

Ich habe auch mitgenommen und würde mir das gerne noch einmal bestätigen lassen, dass Sie es sehr begrüßen, wie die Ambulanzen hier in Niedersachsen ausgerichtet sind, dass Sie dort nicht das Zugangsproblem haben und dass es dort eine Diagnostik gibt, aber dass es dann nicht weiterhilft, wenn man anschließend keine Behandlung bekommt und weiterhin in der Schleife hängt. Das wird ja genauso auch für alle anderen Patient*innen in diesem Bereich gelten.

Ich habe auch mitgenommen, wie groß die Notwendigkeit guter Berichte ist. Das kann ich gut nachvollziehen. Mein erster Gedanke war dann: Dafür ist ja die elektronische Patientenakte super, vielleicht kann man das alles darin schön bündeln. - Aber dann würden da ja auch die Berichte von Mediziner*innen hineinkommen, die, wie Sie ausgeführt haben, sagen: „Das funktioniert nicht, das haben Sie ja gar nicht!“ Insofern muss man dann auf eine entsprechend individualisierte Gestaltung der elektronischen Patientenakte achten. Auch das würde ich jetzt so mitnehmen, wenn Sie das so bestätigen.

Sonja Tschirch: Ich glaube, es würde zu weit führen, jetzt noch weiter auf die Ambulanzen zu schauen. In Göttingen war ich nicht, weil Osnabrück Hannover zugeordnet ist. Ich hatte es vorher über meine Hausärztin über zwei Jahre lang versucht, aber hatte keine Chance, mich vorzustellen. Insofern bin ich dankbar, dass das jetzt über diesen Antrag und die Möglichkeit, diese beiden Ambulanzen neu zu eröffnen, endlich geklappt hat. Wir sind längst nicht immer zufrieden mit der Ambulanz. Das, was wir als Selbsthilfegruppe gesammelt haben, habe ich der AOK schon

mal zur Verfügung gestellt. Vielleicht ist das auch für Sie nützlich - natürlich in anonymisierter Form. Wir sind da längst nicht immer zufrieden, aber es würde den Rahmen sprengen, das hier auszubreiten. Ich glaube, es ist gut, dass wir Ambulanzen haben. Damit sind wir weiter als andere Bundesländer. Aber es ist auch da leider nicht alles Gold, was glänzt. Dort gibt es mit Sicherheit ein paar Schrauben, an denen man drehen sollte.

Zu Ihrer zweiten Frage, wie man diese Berichte gut bündeln kann, aber auch die Freiheit darüber behält, zu entscheiden, was auch den anderen Ärzten zugänglich ist: Ich bin dabei sozusagen schwer auf die Nase gefallen. Mein Vertrauen in das Gesundheitssystem ist völlig zerrüttet. Meine Familie arbeitet zum Teil im Gesundheitssystem mit großem Vertrauen und viel Wohlwollen. Ich habe mich gut versorgt gefühlt. Durch diese Situation ist das schwer erschüttert worden. Es hat sich einfach grundlegend verändert. Insofern bin ich der elektronischen Patientenakte gegenüber skeptisch. Ich habe widersprochen und möchte erst mal, dass dabei zum einen der Datenschutz sichergestellt ist. Ich stelle infrage, dass er im Moment vernünftig gewährleistet ist. Zum anderen habe ich Sorgen, wenn solche Dinge in meiner Patientenakte sind, wie dass mir jemand eine psychische Störung attestiert, die ich nachweislich nicht habe, oder mich auslacht und sagt: „Sie haben kein kardiologisches Problem!“, während meine Uhr einen Puls von 200 anzeigt, und sich die Frage stellt, wie jemand dazu kommt, zu sagen, dass das normal ist. Deswegen kommt die elektronische Patientenakte für mich persönlich im Moment nicht infrage.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Ganz herzlichen Dank auch für den beherzten Einsatz für viele weitere Betroffene und dafür, dass sie denen auch eine Stimme geben! Es ist ja etwas Urdemokratisches, dass man anfängt, sich auch für weitere Personen zu engagieren, denen manchmal die Kraft fehlt oder die Möglichkeiten fehlen, ihre Stimme zu erheben. Professor Schieffer hat heute erwähnt, gerade bei neuen Erkrankungen bzw. neuen Nägeln ist man manchmal bestrebt, mit dem alten Hammer darauf zu hauen. Das wird aber oftmals dem Nagel nicht gerecht.

Im Hinblick auf die Vertretung Betroffener, die Selbsthilfe und auch gerade bei diesem Krankheitsbild würde mich interessieren - wenn Sie das ein bisschen offenlegen möchten -, wie sehr die Selbsthilfe und auch Betroffene demokratisch immer noch zwischen die Fronten geraten können, wie auf sie oder vielleicht auch auf weitere Betroffene durch Personen eingewirkt wird, die das vielleicht auch politisch für sich nutzen möchten und nicht die schnelle Hilfe versprechen, sondern eher dem Staat, der Impfung usw. die Schuld geben. Sie haben berichtet, dass Sie sich haben dreifach impfen lassen. Insofern unterstelle ich eine Grundoffenheit für Impfungen. Aber es gibt ja auch viele, die daraus und aus Spaltung politisch Profit schlagen wollen. Wie sehen Sie das gerade aus der Sicht der Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen?

Sonja Tschirch: Ich glaube, dass wir ein fundiertes Angebot, eine breite Akzeptanz in der Gesellschaft brauchen. Dafür kann Politik einen Beitrag leisten. Es wird immer politische Extreme geben, und die werden immer versuchen, Themen für sich zu nutzen und Menschen irgendwie zu instrumentalisieren. Auch ich habe das erlebt. Auch auf mich sind radikale Gruppen zugekommen und haben versucht, mich dazu zu bewegen, mit ihnen Gespräche zu führen und irgendwo in Erscheinung zu treten. Ich habe für mich die Haltung: Ich spreche mit demokratischen Parteien und sonst mit niemandem. Ich distanzieren mich auch von den Medien, die es mit der Demokratie nicht so ernst nehmen. Aber ja, das ist ein Thema. Wer sich mit den Pandemie-Jahren länger beschäftigt hat, der kann sich an die Querdenker-Demos und an allerlei Debatten erinnern. Damit möchte ich nichts zu tun haben. Ich wünsche mir eine solide demokratische Aufarbeitung

durch die Mehrheitsgesellschaft und durch die Politik. Dann haben radikalisierende Stimmen keine Chance.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank auch von meiner Seite. Das ist immer so schwierig. Wenn alle schon etwas gesagt haben, kann ich mich dem Dank nur anschließen. Ich möchte Sie aus meiner eigenen Erfahrung bestärken, weil ich mal in einer Selbsthilfegruppe war. Ich finde, dann hat man darin nicht nur einen Austausch, sondern das heilt auch ein bisschen die Wunden, die man durch Fehldiagnosen oder Ähnliches bekommt. Man kann sehen, dass andere in einer ähnlichen Situation sind. Das finde ich sehr wertvoll. Wir haben eben gelernt, dass dieser Austausch auch dazu führt, dass man diese Expertise weitergeben kann, also dass Ihre Befunde auch gehört werden und dass das auch für die zukünftige Forschung eine Rolle spielen kann. Deshalb finde ich das super. Wir müssen überlegen, wie wir das einordnen. Ich bin aber sehr froh, dass wir mit unserem Antrag wenigstens diese Gleichstellung hinbekommen haben; denn das ist für uns wichtig. Es ging uns darum, dass alle die gleichen Symptome haben und auch eine Behandlung brauchen. Wir werden auch darüber nachdenken, welche der Maßnahmen, die Sie über die medizinischen Maßnahmen hinaus vorgeschlagen haben, möglicherweise auch noch in anderen Ausschüssen eine Rolle spielen können.

Sonja Tschirch: Ich halte es für wichtig, noch einmal zu betonen: Selbsthilfe kann einen Beitrag leisten, aber kann nicht das auffangen, was gesamtgesellschaftlich und medizinisch nicht passiert. Ich nehme den Auftrag an und freue mich, dass Leute kommen, mit denen wir uns austauschen können, aber ich habe Grenzen. Ich kann keine therapeutische Versorgung herzaubern. Ich kann keine Medikamente herzaubern. Es ist mir wichtig, da auch eine Grenze zu ziehen. Das übersteigt meine Kompetenz. Ich bin Betroffene so wie alle anderen, die hier sitzen und die draußen in den Betten liegen. Das hat Grenzen. Wir können ein bisschen Unterstützung leisten, wir können vernetzen und können in andere Richtungen vermitteln. Aber wir können die Dinge, die an anderer Stelle nicht geleistet werden, nicht übernehmen.

Ansonsten ist es wichtig, dass Sie auf uns zukommen. Ich meine, wenn diese Erkrankung irgendeinen Sinn hat, dann den, dass sie vielleicht anderen Menschen weiterhilft. Beziehen Sie uns als Betroffene ein! Wir sind jetzt seit vier Jahren krank. Diejenigen, die ME/CFS schon vorpandemisch hatten, sind noch viel länger krank. Nutzen Sie das Wissen, das vorhanden ist, und nehmen Sie uns ernst in dem, was wir beisteuern können!

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Ich möchte gerne das ergänzen, was Frau Schüßler gesagt hat; ich glaube, so war es auch gemeint. Dadurch, dass Sie ihnen auch eine Stimme geben, haben Sie genau diese Bedeutung auch für uns, auch jetzt heute hier, Sie und auch Lost Voices. Ihre Selbsthilfearbeit bleibt nicht nur in dieser Gruppe, sondern kommt in diesem Fall durch Sie auch zu uns. Dafür vielen Dank.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Wir sind jetzt am Ende der Anhörung angelangt. Von meiner Seite noch einmal vielen Dank für Ihren Beitrag und auch für Ihre Haltung. Das war für mich sehr, sehr eindrücklich. Die gesamte Anhörung ist sehr umfangreich und sehr intensiv gewesen. Ich merke das auch daran, dass viele Anzuhörende noch weiter hiergeblieben sind. Wir haben heute eine ganze Menge gelernt und werden darüber in der weiteren Bearbeitung des Antrags diskutieren. Gegebenenfalls kommen wir auf den einen oder die andere noch einmal zurück. Ich möchte mich auch bei allen Zuschauerinnen und Zuschauern ganz herzlich bedanken, die aus unterschiedlichen Zusammenhängen hier sind, aber besonders auch bei den betroffenen Menschen,

für die es sicherlich auch körperlich anstrengend war, das so lange auszuhalten. Auch dafür noch einmal meinen Dank und Respekt an dieser Stelle!

Tagesordnungspunkt 5:

Für ein menschenwürdiges Leben - Strategien zur Bekämpfung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit in Niedersachsen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/6528](#)

erste Beratung: 61. Plenarsitzung am 27.02.2025
AfSAGuG

zuletzt behandelt: 62. Sitzung am 24.04.2025

Fortsetzung der Beratung

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE) ruft in Erinnerung, dass der Ausschuss in der 62. Sitzung am 24. April 2025 eine umfassende Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Antrag entgegengenommen und zahlreiche Fragen dazu beantwortet bekommen habe. Die Fraktion der Grünen sei nach wie vor davon überzeugt, dass die Maßnahmen, die in diesem Antrag aufgeführt seien, gut und richtig seien. Damit sie jetzt zügig in die Praxis umgesetzt werden könnten, beantrage sie, die Beratung des Antrags in der heutigen Ausschusssitzung abzuschließen.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU) merkt an, auch die CDU-Fraktion habe sich intensiv mit diesem Antrag befasst und über die Unterrichtung und schriftliche Beantwortung von Fragen hinaus auch über Kleine Anfragen versucht, die Strategie der Landesregierung und der sie tragenden Fraktionen zu ergründen, die sich hinter diesem Antrag verberge. Allerdings müsse festgestellt werden, dass weiterhin unklar bleibe, auf welcher Basis valider Erkenntnisse die Landesregierung ihre Politik im Bereich der Obdach- und Wohnungslosigkeit mit dem angekündigten Landesprogramm grundsätzlich ausrichten wolle und welche Zielgruppe erreicht werden solle. Unklar bleibe auch, welche Wirkungen die bereits laufenden Maßnahmen erzielten und welche dieser Maßnahmen zukünftig in einem Landesprogramm fortgesetzt werden sollten. Vor diesem Hintergrund lehne die CDU-Fraktion den Antrag in der vorliegenden Fassung ab. Sie sei aber damit einverstanden, die Beratung in der heutigen Sitzung abzuschließen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) entgegnet, im Rahmen der Unterrichtung durch die Landesregierung sei sehr deutlich geworden, in welche Richtung die Maßnahmen des Antrags zielten und dass sie genau in die Zielrichtung der Landesregierung passten. Daher halte die SPD-Fraktion weiterhin an diesem Antrag fest und begrüße sie es, dass die Beratung nun abgeschlossen werden könne und die Maßnahmen des Antrags folglich zur Umsetzung gebracht werden könnten.

Abg. **Delia Klages** (AfD) schließt sich dem Verfahrensvorschlag an, über den Antrag in der heutigen Sitzung abzustimmen. Die Abgeordnete erklärt, dass mit dem Antrag der Regierungsfractionen aus der Sicht der AfD-Fraktion nur Symbolpolitik betrieben werden solle, obwohl die Obdachlosigkeit ein wichtiges und reales Problem darstelle, das angegangen werden müsse. Aus diesem Grund werde die AfD-Fraktion den Antrag der Regierungsfractionen ablehnen.

Beschluss

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

Zustimmung: SPD, GRÜNE

Ablehnung: CDU, AfD

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 6:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Fall einer Psychiatrischen „Drehtürpatientin“ und zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen

Beschluss

Der **Ausschuss** kommt überein, die Unterrichtung durch die Landesregierung, die von der CDU-Fraktion mit Datum vom 27.05.2025 beantragt worden war, in der heutigen Ausschusssitzung entgegenzunehmen.

Unterrichtung

AL'in **Dr. Schirrmacher** (MS): Ich danke für die Möglichkeit, heute über die psychiatrische Versorgung in Niedersachsen berichten zu können. Auch ohne die Bitte der CDU-Fraktion um Unterrichtung hätten wir dem Ausschuss in Anbetracht der aktuellen Situation für heute einen Bericht angeboten. Wir haben den Landtag außerdem unmittelbar nach der Tat in Hamburg zweimal schriftlich unterrichtet.

Meine ersten Gedanken gehen aber zu den Opfern des Messerangriffs im Hamburger Hauptbahnhof, die Gott sei Dank alle außer Lebensgefahr sind.

Angriffe mit Messern kommen in der letzten Zeit verstärkt vor. Ich erinnere nur an den Angriff in München am letzten Samstag, bei dem die Angreiferin von der Polizei angeschossen wurde und dann ihren Verletzungen erlag, und an den Angriff in Aschaffenburg im Januar, bei dem ein Mann und ein Kleinkind verstarben und weitere Menschen verletzt wurden.

Die Übergriffe haben unterschiedlichste Hintergründe. Einige dieser Gewalttaten wurden von Menschen verübt, bei denen nach aller Wahrscheinlichkeit eine psychische Erkrankung vorliegt. Ich möchte aber betonen, dass dies nicht in allen Fällen der Fall ist. Auch nicht in allen Fällen, in denen eine psychische Erkrankung vorliegt, besteht zwischen der Gewalttat und der psychischen Erkrankung ein kausaler Zusammenhang. Man muss das also sehr differenziert betrachten.

Bei der Täterin am Hamburger Hauptbahnhof ist allerdings mittlerweile bekannt, dass sie psychisch krank ist; denn die Täterin wurde einen Tag vor der Tat aus einer niedersächsischen psychiatrischen Klinik entlassen. Das Strafverfahren wird zeigen, inwieweit diese Erkrankung ursächlich für die Tat war. Das muss abgewartet werden.

Zum konkreten Fall kann ich aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht der Medizinerinnen und Mediziner in Kliniken und bei den Sozialpsychiatrischen Diensten sowie aufgrund des Datenschutzes leider keine weiteren Informationen geben. Ich möchte aber aufzeigen, wie wir aufgrund entsprechender Fälle in Niedersachsen zukünftig vorgehen wollen.

Nicht erst aufgrund der Tat am Hamburger Hauptbahnhof, sondern schon nach den Taten in Magdeburg und Aschaffenburg haben wir uns die Frage gestellt, wie wir das System der psychiatrischen Versorgung noch weiter verbessern können. Da wir zurzeit ohnehin an der Novelle des

NPsychKG arbeiten, haben wir diese Vorarbeiten genutzt, um zeitnah Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Der Referentenentwurf befindet sich im Moment in der Ressortabstimmung. Sobald diese abgeschlossen ist, kann der Entwurf über die Verbandsanhörung in einer breiteren Fachöffentlichkeit diskutiert werden. Da die Ressortabstimmung noch nicht abgeschlossen ist, ist noch nicht alles sozusagen in Stein gemeißelt. Ich kann nur sagen, in welcher Richtung wir denken.

In einem ersten Schritt haben wir eine Arbeitsgruppe initiiert, in der wir mit dem Innenministerium und mit Menschen aus der Praxis - Polizei, Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrie-Erfahrene - gemeinsam die Prozesse der Unterbringung und der Entlassung durchgehen, um festzustellen, wo es Optionen für Verbesserungen gibt.

Wir planen zurzeit, an drei Punkten anzusetzen:

Erstens geht es um die Frage der Kriterien für die Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Wie Sie möglicherweise der Presse entnommen haben, haben die kommunalen Spitzenverbände eine Anpassung des Begriffs der Gefahr ins Gespräch gebracht, der auch bei einer Dauer-gefahr eine Unterbringung ermöglichen soll. Nach unseren Vorüberlegungen können wir diesen Vorschlag aufgreifen.

Bei einer Unterbringung spielt auch das Zusammenwirken von Polizei, Kommunen, Ärztinnen und Ärzten sowie der Kliniken eine wichtige Rolle. Hier wollen wir die Zusammenarbeit verbessern, indem wir eine verbesserte Krisenkoordination erreichen: Psychische Krisen mit Unterbringung zur Abend- und Nachtzeit - also außerhalb der Geschäftszeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste - sollen nach unseren Vorstellungen zukünftig besser gemanagt werden. Wir können uns vorstellen, dass es in diesen Konstellationen hilfreich ist, wenn eine die Krisen koordinierende Person beim Sozialpsychiatrischen Dienst außerhalb der Geschäftszeiten erreichbar ist. Die Idee ist angelehnt an den Krisendienst der Jugendhilfe, der rund um die Uhr zur Verfügung steht. Ebenso wie in der somatischen Notfallhilfe sind auch im Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung eine Erreichbarkeit und Koordination von Hilfen außerhalb der regulären Geschäftszeiten ganz wesentlich. Hierdurch sollen Krisen rechtzeitig deeskaliert und die betroffenen Menschen in Behandlung gebracht werden. Denn letztlich geht es darum, dass Menschen psychisch krank sind und Hilfe benötigen. Das darf man bei dem ganzen Verfahren nicht vergessen.

Zweitens geht es um die Situation der Entlassung aus einer Unterbringung. Diese ist zu beenden, wenn keine Selbst- oder Fremdgefährdung mehr vorliegt. Das ist ja die gesetzliche Voraussetzung; nur dann, wenn jemand selbstgefährdend oder fremdgefährdend ist, darf er überhaupt untergebracht werden. Wenn diese Gefahr nicht mehr besteht, sind diese Personen aus der Unterbringung zu entlassen. Dies ist auch im Fall der Attentäterin aus Hamburg jedenfalls nach Einschätzung der Klinik der Fall gewesen. Die Unterbringungszeit war beendet, und die junge Frau zeigte nach der Beurteilung der Klinik keine der erforderlichen Anzeichen für Selbst- oder Fremdgefährdung; denn sonst wäre sie ja nicht entlassen worden.

Hier müsste nach unseren Vorstellungen noch besser sichergestellt werden, dass die entlassenen Patientinnen und Patienten anschließend nicht „durch das Versorgungsraster fallen“. Ansatzpunkte sind hier - wie schon jetzt im NPsychKG vorgesehen -, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste am Wohnort der Patientinnen und Patienten über die Entlassung informiert werden. Darüber hinaus können wir uns auch gut vorstellen, dass mit einem verpflichtenden „Follow-up“

durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sichergestellt wird, dass bei jeder Entlassung eine Folgebehandlung konkret angeboten wird, damit die Menschen eben nicht verlorengehen.

Der Fall der Hamburger Attentäterin zeigt aber auch, dass wir noch für eine weitere Variante eine Lösung finden müssen - das hatten wir bis jetzt noch nicht mitgedacht -: Wer kümmert sich um wohnungslose Menschen, wenn diese aus einer Unterbringung entlassen werden? Diese Fragestellung werden wir in die morgen erneut tagende Arbeitsgruppe mit dem Innenministerium mitnehmen, an der auch die kommunalen Spitzenverbände, das Justizministerium und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen teilnehmen werden. Ich hoffe, dass wir mit diesem geballten Sachverstand auch für diese Variante eine gute, gangbare Lösung finden werden, damit uns auch diese Menschen nicht verlorengehen.

Wichtig erscheinen uns darüber hinaus eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation der an einem Unterbringungsverfahren nach dem NPsychKG Beteiligten. Dies kann eine effektive Zusammenarbeit zwischen psychiatrischer Versorgung und Sicherheitsbehörden stärken. Wir planen hier verpflichtende halbjährliche Treffen zwischen psychiatrischer Klinik, Sozialpsychiatrischem Dienst und Polizei. Dabei kann man konkrete Abläufe absprechen. Das ist aber auch eine vertrauensbildende Maßnahme. Dadurch werden dann auch die Kommunikationswege vereinfacht und verkürzt. Beispielsweise die Region Hannover hat solche Treffen bereits erfolgreich implementiert.

Der dritte Ansatzpunkt sind Menschen, bei denen sich ein besonderes Gefährdungspotenzial zeigt. Hier können wir uns vorstellen, dass, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind, auch die Polizei über die Entlassung informiert wird, damit auch von polizeilicher Seite - wie auch bei anderen Gefährdern - die erforderlichen präventiven Maßnahmen ergriffen werden können. Um hier die erforderlichen Kriterien aus den bekannt gewordenen Fällen herauszufiltern, ist Expertise notwendig. Daran arbeitet zum einen die Landesarbeitsgruppe Früherkennung und Bedrohungsmanagement unter Leitung des Landeskriminalamtes. Zum anderen gibt es im Rahmen der Innenministerkonferenz einen Arbeitskreis, an dem auch die Gesundheitsministerien und das Bundeskriminalamt beteiligt sind. Alle diese Arbeitsgruppen haben das Ziel, ein Risikoprofil zu erstellen, das dann sowohl in der polizeilichen als auch der psychiatrischen Praxis genutzt werden kann.

Es geht uns also nicht darum, alle psychisch erkrankten Menschen oder alle Menschen mit einer bestimmten Diagnose in einem Register zu erfassen, sondern darum, sehr sorgfältig zu prüfen, ob von einem konkreten Menschen eine Gefahr ausgeht.

Wichtig ist mir an dieser Stelle aber auch der Hinweis, dass es trotz aller Maßnahmen eine absolute Sicherheit niemals wird geben können. Wir werden nie in der Lage sein, in alle Köpfe hineinzublicken. Aber wir können eine engmaschigere Begleitung da, wo sie erforderlich ist, nutzen, um das Risiko zu minimieren.

In der Bitte der CDU-Fraktion um Unterrichtung ist auch der Begriff der „Drehtürpatientin“ bzw. des „Drehtürpatienten“ genannt worden. Dieser Begriff bezeichnet Patientinnen und Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt wiederholt und in kurzen Abständen wieder aufgenommen werden müssen. Das ist ein Phänomen, das nicht nur in der Psychiatrie bekannt ist, sondern auch in der Somatik. In beiden Fällen handelt es sich zumeist um schwer und mehrfach chronisch kranke Menschen, bei denen die in Anspruch genommene ambulante medizinische oder rehabilitative Versorgung entweder nicht ausreicht oder nicht vorhanden ist.

Drehtürpatientinnen und -patienten sind somit kein rein psychiatrisches Phänomen. Es gibt sie auch in der Somatik. Beispielsweise vor der Einführung der Diabetesschulungen in den 1990er-Jahren waren Diabetikerinnen und Diabetiker klassische „Drehtürpatienten“.

Bei der stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist das Thema der Drehtürpatientinnen und -patienten ein wiederkehrendes, und zwar nicht nur in Deutschland, sondern international. Deshalb gibt es zu diesem Thema auch eine Vielzahl von Studien.

Dass das Thema in der psychiatrischen Versorgung so wichtig ist, liegt unter anderem daran, dass es diesen Menschen krankheitsbedingt häufig schwerer fällt, mit Therapien compliant zu sein und ambulante Termine einzuhalten. Das heißt, Therapieabbrüche und Wiederaufnahmen in die stationäre psychiatrische Versorgung sind bis zu einem gewissen Grad normal und gehören zum Krankheitsverlauf dazu.

Nichtsdestotrotz gibt es Faktoren, die die Rate der Wiederaufnahmen in die psychiatrische stationäre Versorgung beeinflussen können.

Dazu gehören patientenseitige Faktoren: Zum Beispiel ein jüngeres Alter, eine geringere Krankheitsdauer, Arbeitslosigkeit, eine psychotische Erkrankung, insbesondere eine Schizophrenie sowie Substanzmissbrauch gehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für häufige Wiederaufnahmen einher.

Protektive Faktoren sind eine sichere Wohnsituation, eine Partnerschaft sowie ein Arbeitsplatz.

Darüber hinaus gibt es versorgungsseitige Faktoren, für die es Hinweise gibt, dass sie die Wiederaufnahmerate von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in stationäre Versorgung senken können. Dazu gehören letztendlich alle Versorgungsformen, die mit Case Management und aufsuchender, vor allem aufsuchender multiprofessioneller Versorgung arbeiten.

Des Weiteren wurde dem Ministerium die Frage nach der psychiatrischen Versorgungsstruktur insgesamt gestellt. Das möchte ich im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit nicht in aller Breite ausführen, sondern an dieser Stelle nur darauf hinweisen, dass die psychiatrische Versorgungsstruktur durch Vorgaben auf der Bundesebene, aber auch durch Vorgaben auf der Landesebene und in den Kommunen determiniert wird. Die Bundesebene ist in diesem Kontext sicherlich die relevanteste Ebene; denn dort werden die Bedingungen für die psychiatrische Versorgung weitgehend in der Selbstverwaltung festgelegt. Beispiele hierfür sind die Dichte der im KV-System tätigen Fachärztinnen und Fachärzte oder der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die Vorgaben über die Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken, aber auch die Zulassung bestimmter Leistungsangebote zur Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, wie stationsäquivalente Behandlung.

Ich möchte Ihnen jetzt ersparen, was wir auf der Landesebene machen und was auf kommunaler Ebene gemacht werden kann. Darauf können wir bei anderer Gelegenheit, vielleicht auch im Rahmen der Beratungen zum NPsychKG, noch einmal eingehen.

Zur konkreten Frage zur Gefahrenabwehr habe ich eingangs ja schon einiges ausgeführt. Hierzu möchte ich nur noch auf einen weiteren Ansatz hinweisen, den wir verfolgen:

Es gibt erste Planungen für das Modell einer Präventionsambulanz in Niedersachsen. Dort sollen Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und/oder schweren Persönlichkeitsstörungen behandelt werden, bei denen im Falle eines strafrechtlich relevanten Verhaltens die Voraussetzungen für eine Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB wahrscheinlich erfüllt wären.

Es handelt sich also um ein Modell, bei dem durch intensive Betreuung erreicht werden soll, dass eine Unterbringung im Maßregelvollzug gar nicht erst erforderlich wird, sozusagen präventiv vor dem Maßregelvollzug mit Menschen, die sonst wahrscheinlich die Kriterien für den Maßregelvollzug erfüllen würden. Dies hilft den Patientinnen und Patienten und kann zur Sicherheit der Bevölkerung beitragen. Wir sind hier bei den ersten Vorbereitungen und hoffen sehr, dass das Modell der Präventionsambulanz tatsächlich starten kann, weil das ein weiterer Baustein neben den Regelungen des NPsychKG ist.

Aussprache

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Vielen Dank für Ihren bisherigen Bericht. Ich habe eine Frage zu den entlassenen Patienten, von denen Sie gerade sprachen, die dann an ihrem Wohnort ein besseres Netz erhalten sollen. Ich habe von der Problematik gehört - die es vor allem auch in Lüneburg geben soll -, dass viele Patientinnen und Patienten, obwohl sie einen Wohnort haben, leider nicht dort ankommen, wo sie wohnen, sondern in der Stadt verbleiben. Gibt es schon Überlegungen, wie diese Personen dann wirklich in ihrem Wohnort ankommen, um dort die Hilfen zu erhalten - anderenfalls kommen sie ja in dem Netz gar nicht an -, oder wird vor Ort an den Standorten von Kliniken ein anderes Netz aufgebaut, damit diese Personen intensiver betreut werden und vielleicht von dort aus zu ihrem Wohnort kommen oder jedenfalls erst mal aufgefangen werden? Aktuell werden sie ja ein bisschen alleingelassen, weil sie es gar nicht nach Hause schaffen.

AL'in **Dr. Schirmmacher** (MS): In Niedersachsen haben wir insofern einen Vorteil gegenüber anderen Ländern, weil wir schon seit Jahrzehnten sozialpsychiatrische Verbünde vor Ort haben, in denen die Menschen, die mit der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen jeweils vor Ort zu tun haben - Fachärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, aber auch darüber hinausgehende Angebote -, zusammenarbeiten. Andere Länder - zum Beispiel Hamburg - fangen gerade erst an, so etwas zu gründen. Auf dieser Basis hat ein Sozialpsychiatrischer Dienst eigentlich ein gutes Netzwerk, um auch solche Patienten zu finden, die ja in der Regel oder jedenfalls zum Teil stadtbekannt sind, und ihnen konkrete Hilfe anzubieten.

Ich halte es auch für wichtig, dass man dann, wenn solche Menschen auffallen, natürlich auch als Bürgerin oder Bürger beim Sozialpsychiatrischen Dienst anrufen kann, wenn man eine Person sieht, die etwa einen hilflosen oder verwirrten Eindruck macht, damit er dann nachschauen kann, wer das ist. Wenn der Sozialpsychiatrische Dienst von der Klinik darüber informiert worden ist, dass diese Person in diesen Ort entlassen worden ist, dann ist ja bekannt, dass sie gerade vorher in der Klinik war, und dann kann man an dieser Stelle ansetzen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Ich glaube, das Schreiben der kommunalen Spitzenverbände zur Anpassung des Begriffs der Gefahr lag schon vor, bevor es zu diesem Fall gekommen ist. Darüber müssen wir auf jeden Fall noch einmal diskutieren. Ad hoc kann ich jetzt noch nichts zu dieser Definition sagen, ob wir sie gut oder schlecht finden. Ich bin Ihnen aber dafür dankbar, dass Sie

schon mal die Überlegungen beim Ministerium dargestellt haben, sodass wir uns auch schon mal darüber Gedanken machen können.

Überrascht hat mich etwas, dass die Situation psychisch erkrankter Menschen im Zusammenhang mit Obdachlosigkeit nicht schon viel früher zum Thema geworden ist; denn diesen Zusammenhang gibt es ja sehr häufig. In Häusern, in denen „Normalos“ leben, fallen psychisch schwer erkrankte Menschen ja oft auf, manchmal auch sehr unangenehm und auch so, dass es für die gesamte Wohngemeinschaft störend ist. Dann sind sie sehr häufig auf einmal wohnungslos, können nicht zahlen oder verweigern die Zahlung usw. Beispielsweise in Barsinghausen gibt es ein Wohnprojekt einer Kirchengemeinde, in der psychisch Erkrankte in Wohnungen untergebracht und betreut werden. Das funktioniert seit vielen Jahren ganz gut. Ich habe mir das länger nicht mehr angesehen, weil das eigentlich immer „geräuschlos“ ist, aber werde das jetzt noch einmal zum Anlass nehmen. Es gibt offensichtlich schon solche guten Beispiele. Vielleicht kann man da noch einmal hingucken und daraus Schlüsse ziehen.

AL'in **Dr. Schirmmacher** (MS): Ich wollte jetzt noch nicht im Detail die Diskussion über die Regelung des NPsychKG beginnen, sondern nur signalisieren, dass wir die Anregungen durchaus ernst nehmen und auch diskutieren und dass wir auch durchaus bereit sind, das aufzugreifen, was uns als gut erscheint. Die Ressortabstimmung ist, wie dargestellt, noch nicht zu Ende. Das ist keine Formulierung, die wir uns selber erdacht haben oder die die kommunalen Spitzenverbände erdacht haben, sondern die schon in dem jeweiligen PsychKG anderer Bundesländer enthalten ist. Von daher ist das sozusagen schon erprobte Praxis. Darüber können wir aber, wie gesagt, an einer anderen Stelle diskutieren. Und danke für den Hinweis auf das Projekt!

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Aus meiner beruflichen Erfahrung kann ich hinzufügen: Zur Wahrheit gehört auch, dass gerade solche anstrengenden Patienten in solchen Einrichtungen irgendwann hinausbegleitet werden, weil sie gegen die Hausordnung verstoßen oder weil gerade diejenigen, die gewaltbereit sind, oft nicht tragbar sind. Dann landen sie oftmals wieder in Wohnungsloseneinrichtungen. Also gerade die Schwerstkranken haben es in solchen Spezialeinrichtungen besonders schwer. Das gehört auch dazu.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender, für diese Anmerkung und auch vielen Dank für die Unterrichtung, Frau Dr. Schirmmacher. Wenn man das nebeneinanderlegt, was wir auch in der Unterrichtung in der 62. Sitzung von Frau Rennspieß gehört haben, die auch mit vielen Fragen von uns untermauert war, sind die Zusammenhänge zwischen Obdachlosigkeit, psychischen Erkrankungen und Fragestellungen darüber hinaus wie beispielsweise Sucht und Kriminalität viel stärker unter den Tisch gefallen, als ich das heute aus dieser Unterrichtung und auch eben gerade aus dem kleinen Bericht des Vorsitzenden aus der Praxis herausgehört habe.

Ich habe noch eine konkrete Nachfrage. Sie haben von der vertrauensbildenden Maßnahme gesprochen, die in Hannover schon erprobt wird. Mich würde interessieren, wo vorher kein Vertrauen bestanden hat und wo das Vertrauensproblem zwischen den verschiedenen Institutionen besonders augenscheinlich ist.

AL'in **Dr. Schirmmacher** (MS): Ich will nicht sagen, dass es das Vertrauen nicht gibt. Jede interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dadurch gekennzeichnet, dass man aus unterschiedlichen Perspektiven auf dasselbe Phänomen blickt und dass man dann, wenn man

darüber gemeinsam gesprochen hat, die andere Sichtweise viel besser versteht. Das führt in der Regel nach den praktischen Erfahrungen zu einer besseren Kooperation und dann zu kürzeren Kommunikationswegen und zu einer besseren Zusammenarbeit. Das war mein Punkt.

Abg. **Swantje Schendel** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Über das hinaus, was wir schon schriftlich bekommen haben, ist es gut zu wissen, dass Sie bereits die Novelle des NPsychKG vorbereiten und zwischen den Interessen der Patient*innen, die nach dem NPsychKG untergebracht werden, und dem Bevölkerungsschutz abwägen. Ich begrüße, dass in diese Abwägung die verschiedenen Perspektiven eingebracht werden.

Ich finde es auch gut, dass Sie sich auch über Anschlusshilfen für wohnungslose Menschen und darüber Gedanken machen, wer eigentlich Ansprechperson sein kann; denn das ist wichtig. Wir sind ja auch schon grundsätzlich mit Fragen der Gesundheitsversorgung von wohnungslosen Menschen und der Prävention befasst. Mein Wunsch ist, dass das mit bedacht wird, und zwar nicht nur dann, wenn die Menschen entlassen werden, sondern vielleicht kann man auch in der Wohnungslosenhilfe im Bereich der Prävention von psychischen Erkrankungen früher ansetzen. Diesen Gedanken möchte ich jetzt gerne auch noch mit einbringen. Auch ich finde das Beispiel in Barsinghausen interessant.

AL'in **Dr. Schirmmacher** (MS): Wir nehmen das natürlich mit. Es ist ja ein Vorteil, dass das Psychiatrie-Referat nicht mehr in der Abteilung für Gesundheit, sondern in der Abteilung für Soziales, also in meiner Abteilung, angesiedelt ist und wir insofern viel enger zusammenarbeiten, als das möglicherweise von Abteilung zu Abteilung der Fall ist. Von daher können wir diesen Punkt gerne mit aufgreifen.

Abg. **Sophie Ramdor** (CDU): Ergänzend zu dem, was ich vorhin ausgeführt habe, habe ich noch eine Bitte, weil Sie erwähnt haben, dass Sie auch noch mit den Verbänden in einem Abstimmungsprozess sind. Nach meinen Informationen über die Situation vor Ort melden die Bürgerinnen und Bürger das durchaus, aber reichen die Plätze vor Ort nicht aus. An den Standorten der Kliniken gibt es aktuell Probleme, die Menschen unterzubringen, und auch die Betreuung ist dort nicht gesichert. Die Oberbürgermeisterin in Lüneburg hat ja gerade auch eine Pressemitteilung in dieser Richtung herausgegeben und bemüht sich dort um einen Austausch bzw. wünscht einen solchen Austausch. Ich weiß nicht, wie weit das schon ist. Das Thema scheint aber vor Ort noch nicht ganz geklärt zu sein. Von daher muss man vielleicht noch einmal überlegen, wie man das etwas besser hinkommt, damit letzten Endes alle zufrieden sind.

Abschließend noch eine Frage: Sie werden uns natürlich noch nicht den Monat nennen können, aber können Sie schon eine Aussage dazu treffen, wann der Gesetzentwurf zur Änderung des NPsychKG in den Landtag eingebracht wird? Können wir damit noch in diesem Jahr oder erst im nächsten Jahr rechnen?

AL'in **Dr. Schirmmacher** (MS): Man weiß im Vorhinein ja immer nicht ganz genau, wie lange Prozesse dauern. Wir beabsichtigen aber, die Ressortabstimmung jetzt einigermaßen schnell zu beenden. Dann muss im Kabinett beschlossen werden. Für die Verbandsanhörung werden wir sicherlich etwas großzügiger Zeit einplanen, weil es wichtig ist, dass der Landespsychiatriebeirat und Fachleute sich damit befassen und dazu Anregungen geben können. Ich gehe davon aus, dass der Gesetzentwurf noch in diesem Jahr in den Landtag eingebracht wird. Das ist jedenfalls mein großes Ziel.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Wir haben bei der Vorstellung des Landespsychiatrieberichts auch den Wunsch signalisiert bekommen, dass der Psychiatrieausschuss gerne schon im Vorfeld gut eingebunden werden möchte. Das möchte ich gerne noch einmal bestärken.

Noch eine Nachfrage: Frau Schendel hat gerade davon gesprochen, dass schon eine schriftliche Information zur Verfügung gestellt worden ist. Wurden wir gerade schon schriftlich vorab informiert, oder habe ich das in den Vorlagen nur nicht gesehen? Auch wir hätten das natürlich gerne.

AL'in **Dr. Schirrmacher** (MS): Wir haben über das Attentat in Hamburg im Rahmen der Eilmeldung informiert, mit denen der Ausschuss üblicherweise informiert wird.

Zu dem ersten Punkt: Wir haben den Prozess ja schon vor längerer Zeit begonnen, unabhängig von den Vorfällen in der letzten Zeit. Der erste Schritt für die Novelle des NPsychKG ist eine Evaluation gewesen, in deren Rahmen wir die gesamte Fachpraxis sowohl der psychiatrischen Kliniken als auch der Sozialpsychiatrischen Dienste und auch die Psychiatrieerfahrenen angehört und gefragt haben, wo aus ihrer Sicht Verbesserungsbedarf oder Veränderungsbedarf besteht. Wir haben uns das alles also nicht alleine ausgedacht, sondern das ist bereits auf der Basis dessen entwickelt worden, was die Praxis an uns herangetragen hat. Der nächste Schritt ist, dass in der Verbandsanhörung die Rückkopplung dazu kommt, was wir davon aufgegriffen haben, was wir nicht aufgegriffen haben und welche Gründe es dafür gegeben hat.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung und für die konstruktive Ausschussarbeit am heutigen Tag.

Tagesordnungspunkt 7:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung zum Personalausfall in der Seniorenresidenz der Alloheim-Kette in Bramsche

Entsprechend dem Antrag der CDU-Fraktion vom 3. Juni 2025 bittet der **Ausschuss** die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zum Personalausfall in der Seniorenresidenz der Alloheim-Kette in Bramsche.

Tagesordnungspunkt 8:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung über den Anstieg der gemeldeten Behandlungsfehler in Niedersachsen

Entsprechend dem Antrag der CDU-Fraktion vom 5. Juni 2025 bittet der **Ausschuss** die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung über den Anstieg der gemeldeten Behandlungsfehler in Niedersachsen.

Positionspapier zur aktuellen Krankenhausreform

„Transformationspfad konsequent beschreiten – Potenziale und Chancen der Krankenhausreform für Niedersachsen nutzen“

Stand: 08.05.2025

Mit der Verkündung des sogenannten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes im Dezember 2024 und dem Beschluss eines Transformationsfonds im März 2025 nimmt die seit Jahren diskutierte Krankenhausreform Gestalt an. Die Umsetzung der Reform obliegt jedoch in ganz wesentlichen Teilen den Bundesländern im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und die Investitionsförderung der Krankenhäuser.

Mit diesem Papier unterstreicht der LRH die Notwendigkeit, die Potenziale dieser Krankenhausreform für Niedersachsen zu nutzen. Ziel muss es hierbei sein, mit einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Der LRH als externe Finanzkontrolle des Landes rückt dabei die langfristigen Auswirkungen von Planungs- und Förderentscheidungen in den Vordergrund. Die über den Transformationsfonds bereitgestellten Mittel sind daher in den kommenden Jahren mit Bedacht einzusetzen.

Der LRH hält zwei Schritte für unumgänglich, die im Positionspapier ausführlich dargestellt sind.

Erstens gelingt der Einstieg in die Transformation nur mit einer aktuellen Peilung und einer klaren Standortbestimmung. Hierzu bedarf es zunächst einer Fortschreibung des Krankenhausplans auf Grundlage aktueller Auslastungsquoten, um maximale Transparenz und Übersicht zu schaffen. Zweitens bedingt es die Reform, Überkapazitäten zu reduzieren. Nur in einer zweckmäßigen Gesamtstruktur auf Basis einer verbindlichen Zielplanung sind begrenzte Fördermittel effizient einsetzbar und Fehlinvestitionen vermeidbar.

Die verfassungsmäßige Zuständigkeit und Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt auf Länderebene - auf dieser Ebene sind nun konsequente und richtungsweisende Planungs- und Förderentscheidungen angezeigt.

Die neue Krankenhausreform bietet eine große Chance für Niedersachsen. Sie zielt darauf ab, die Gesundheitsversorgung zukunftsfest zu gestalten und die Versorgungsstrukturen nachhaltig auszurichten. Im Fokus stehen die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten und die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung.

Neue Finanzierungskonzepte, wie die Einführung von Leistungsgruppen und daran bemessene Vorhaltepauschalen, schaffen eine grundsätzliche Neuausrichtung für die Betriebskostenfinanzierung von Krankenhäusern. Hiermit sollen Fehlanreize in der Leistungsvergütung mit DRG-Fallpauschalen behoben werden, um schädliche und teure Über- und Fehlversorgungen zu vermeiden.

Der Bund unterstützt die Länder mit Finanzmitteln aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In einem Transformationsfonds stehen bundesweit 25 Mrd. € zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben bereit. Diese Querfinanzierung aus dem Bereich der GKV ist außergewöhnlich und das Volumen erhöht sich um Ko-Finanzierungsmittel aus den Landeshaushalten auf bis zu 50 Mrd. €. Das eröffnet auch für Niedersachsen Handlungsspielräume.

Zentrale Akteure bei der Umsetzung der Reform bleiben die Länder: Sie legen den Versorgungsauftrag im stationären Krankenhausbereich fest. Sie bestimmen für Krankenhäuser den grundlegenden Leistungsrahmen. Sie tragen hohe Verantwortung dafür, dass die bereitgestellten Mittel ihre wichtige Anreiz- und Steuerungswirkung entfalten können. Im Mittelpunkt von Förderentscheidungen stehen daher die langfristigen Effekte und Auswirkungen. Konsequente Planungs- und Förderentscheidungen sind unbedingt geboten, um eine bedarfsgerechte, hochwertige Krankenversorgung und damit gleichwertige Lebensverhältnisse in ganz Niedersachsen auch zukünftig sicherstellen zu können.

Dazu müssen allerdings die Reformmittel des Bundes und die zusätzlichen Ko-Finanzierungsmittel aus dem Landeshaushalt zweckmäßig und zielgerichtet in das Krankenhaus-system fließen.

Empfehlung 1: Einstieg in die Transformation mit aktueller Peilung und klarer Standortbestimmung – Fortschreibung des Krankenhausplans auf Grundlage aktueller Auslastungsquoten

Krankenhausplanbetten (Planbetten) bleiben zunächst ein zentraler Maßstab der dualen Krankenhausfinanzierung. Sie dienen seit langem als Planungsinstrument und Kapazitätsmaß. Für die Investitionskostenfinanzierung sind sie die zentrale Größe, um Investitions- und Fördermittel¹ sachgerecht zu bemessen. Für die Betriebskostenfinanzierung setzen sie für Budget- und Entgeltverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen den Leistungsrahmen. Die Auslastungsquoten der Planbetten sind ein wichtiges Indiz für die Bedarfsgerechtigkeit im Versorgungssystem.

Bis zum Beginn der Coronapandemie passte das niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MS) die Planbettenzahl der Krankenhäuser regelmäßig auf Basis der tatsächlichen Auslastung an. Eine mehrjährige Unterschreitung des fachrichtungsabhängigen Sollauslastungsgrades um mindestens 5 %-Punkte war hierbei Anlass für die Reduzierung der Bettenanzahl. Mit Beginn der Pandemie sanken die Belegungszahlen jedoch aus unterschiedlichen Gründen bundesweit erheblich ab und waren damit nicht mehr repräsentativ. Daher verzichtete das MS ab dem Jahr 2021 auf Bettenreduzierungen auf Basis unterschrittener Sollauslastungsgrade und monitorierte die Auslastungsquoten nicht mehr flächendeckend. Auslastungsbedingte Erhöhungen der Planbettenzahl nahm das MS während dieser Zeit auf Antrag einzelner Krankenhäuser gleichwohl vor. Diese Verfahrensweise begründete das MS damit, dass die Krankenhäuser ansonsten die erbrachten Leistungen nicht in vollem Umfang vergütet bekommen hätten. Inzwischen ist die Pandemie-Notlage überwunden und das Versorgungsgeschehen hat sich nachhaltig geändert. Trotzdem kündigte das Ministerium in diesem Jahr an, weiterhin auf eine Anpassung der Bettenkapazitäten an die tatsächliche Auslastung verzichten zu wollen.

Dagegen halten wir es gerade jetzt für zweckmäßig, mit aussagekräftigen und aktuellen Ist-Daten in die anstehende Transformation zu starten. Die kommenden Jahre sind eine Übergangsphase zwischen zwei grundverschiedenen Planungslogiken. Ohne eine Aktualisierung der Planbettenzahl auf Basis von aktuellen Auslastungsquoten läuft Niedersachsen in diese tiefgreifende Veränderung ohne aktuelle Einordnung / Bestimmung seiner gegenwärtigen Position. Unbestreitbar spiegeln veraltete Daten die gegenwärtige Versorgungslage nicht verlässlich. Blieben derzeitige Überkapazitäten unentdeckt, erschweren sie den Erfolg des Reformprozesses als „Zusatzlast“ unnötig.

¹ Vgl. Ziele aus § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bzw. § 2 Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG).

Es ist wichtig zu unterstreichen, dass die hier propagierte Aktualisierung nicht zu Leistungseinschränkungen führt. Es handelt sich vielmehr um die administrative Nachzeichnung der im Plan abgebildeten Kapazitäten entsprechend der real längst stattgefundenen Veränderung der Versorgungslage. Diese Verwaltungsaufgabe ist kontinuierlich angezeigt. Rechtliche Bedenken, die ein weiteres Aufschieben rechtfertigen, erkennen wir nicht.

Ohne eine solche Fortschreibung befürchten wir negative Effekte und Folgewirkungen:

Ordnungspolitische Steuerungseffekte

1. Zentrales Thema der Krankenhausreform ist der Abbau ineffizienter Bettenkapazitäten.. Ohne aktuelle Krankenhausplanung kann Niedersachsen keine sachgerechten Bezugs- und Referenzgrößen für die Erfolgskontrolle bzw. Wirkungsanalyse der Transformation beisteuern. Aussagekräftige Daten werden nach unserer Auffassung in der Zukunft essentiell sein, um Reformen zu planen und zu überwachen.
2. Niedersachsen bleibt in der Pflicht für die Investitionskostenfinanzierung. In dem Zusammenspiel verschiedener Politik- und Verwaltungsebenen, teils mit voneinander abweichenden Interessen, bleiben zunächst Planbetten nachweislich eine Plangröße. Gerade in Anbetracht gesellschaftlicher Veränderungen mit regional schwankenden Bevölkerungszahlen sind sie eine wichtige zusätzliche Kennzahl. Ein Rückblick auf die Geschichte der bundesweiten Krankenhausplanung belegt, dass Planbetten geeignet sind, Versorgungsbedarfe zu regionalisieren und einzelnen Landesbereichen zuzuordnen. Auch unter diesen Gesichtspunkten rücken Datenqualität und die Aktualität von Planbetten in den Mittelpunkt.
3. Das Land bemisst die Höhe der Pauschalförderung bislang nach der Planbettenzahl.² Auch die Förderungen bei Schließungen bzw. Umstellungen von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen bemisst sich zurzeit auf dieser Grundlage.³ Daraus folgt: der im Landeshaushalt für diesen Zweck etatisierte Planansatz wird auf die Bezugsgröße Planbetten heruntergebrochen. Sie sind die Kalkulationsgrundlage. Eine überhöhte Gesamtzahl führt zu einer fehlerbehafteten Verteilung.

² Grundpauschale (Krankenhausförderung) nach § 9 Absatz 3 KHG & § 11 Absatz 2 Nummer 1 NKHG i. V. m. § 2 NKHG-FörderVO.

³ § 9 Absatz 2 Nummer 5 und 6 KHG sowie § 12 NKHG i. V. m. § 5 NKHVO.

4. Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) nimmt im Zuge des Abbaus von Bettenüberkapazitäten⁴ ausdrücklich Bezug auf Planbetten. Planbetten sind auch hier die zentrale Bemessungsgröße für die Verteilung knapper öffentlicher Mittel, um akutstationäre Versorgungskapazitäten zu konzentrieren, bestehende Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umzustrukturieren, telemedizinische Netzwerkstrukturen zu bilden und integrierte Notfallstrukturen zu schaffen.
5. Zukünftig wird das MS den Krankenhäusern auf deren Antrag hin Leistungsgruppen und – aufbauend – leistungsgruppenbezogene Planfallzahlen zuweisen. Seine Auswahlentscheidung trifft das MS dann nach dem Versorgungsbedarf. Erfahrungswerte aus anderen Ländern zeigen bereits, dass Konflikte und Rechtsstreitigkeiten drohen (z. B. bei Ablehnung von Anträgen). Denn die Planungsentscheidungen bestimmen u. a. das leistungsgruppenbezogene Vorhaltevolumen und tangieren maßgeblich die Finanzierung der Krankenhäuser. Der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst (GBD) des Landtags wies diesbezüglich bereits darauf hin, dass Leistungsgruppen und Planfallzahlen für die Krankenhausfinanzierung maßgeblich sind. Gleichzeitig gebe es für die Vorgabe der Planfallzahlen jedoch noch „keine gesetzlichen Regelungen darüber (...), wie zu verfahren und zu entscheiden sein soll, wenn eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern notwendig wird. (...). Das MS hat dazu erklärt, die Vorgabe von Planfallzahlen solle nach Ermessen erfolgen. Dazu werde man sich Ermessensrichtlinien geben, auf deren gleichmäßige Anwendung die Krankenhäuser dann aufgrund der Selbstbindung der Verwaltung einen Anspruch hätten.“

Bei diesem Dreh- und Angelpunkt ist im Einzelnen also noch gar nicht absehbar, welche zusätzlichen Elemente, Maße, Kennzahlen oder Informationen notwendig sind, um die Planung rechtssicher durchzuführen. Weder mit Blick auf die Systemgesamtgestaltung, noch für die Bewertung von Einzelfallentscheidungen. Sicher ist allein, dass die Planbettenzahl über Jahrzehnte hinweg das bestimmende Kapazitätsmaß im Versorgungssystem war. Sie bildet allein deswegen eine wichtige Hilfs- und Vergleichsgröße. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die bisherigen Versorgungsaufträge (Planbetten) als Indizien für zukünftige Kapazitäten herangezogen werden müssen, um Auswahlentscheidungen zu begründen oder zu rechtfertigen. Um allerdings für diese Reformphase rechtssicher gewappnet zu sein, sind aktuelle Daten notwendig.

⁴ § 12 Absatz 1 KHSFV, § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 KHSFV sowie in § 22 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 KHSFV.

Ausgabeeffekte

6. Das Land zahlt Pauschalmittel zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie für kleine bauliche Maßnahmen⁵ (vgl. Ziffer 3 oben). Bei einer zu hohen Planbettenzahl würde das Land im Vergleich potenziell nicht angemessene, weil zu hohe Pauschalfördermittel an ein einzelnes Krankenhaus auszahlen. Denn die Grundpauschale dieser Pauschalmittel richtet sich stufenweise „nach der Zahl der Planbetten“. Im Sinne der Wirtschaftlichkeit gemäß § 7 Landeshaushaltsordnung gilt, mit den vorhandenen und im Haushalt etatisierten Mitteln einen größtmöglichen Erfolg zu erreichen. Bereits eine zu hohe Anzahl Planbetten in nur wenigen Krankenhäusern sorgt folglich unmittelbar für eine – insgesamt – nicht mehr zweckmäßige Verteilung der Finanzmittel.
7. Das Land zahlt Ausgleichszahlungen als Pauschale im Zuge der Schließungs- bzw. Umwandlungsförderung.⁶ Bei einer zu hohen Planbettenzahl zahlt das Land allerdings überhöhte Ausgleichszahlungen in der Schließungs- oder Umwandlungsförderung. Denn die Anzahl der Planbetten wird mit dem festgelegten Wert von 25.000 Euro je Planbett multipliziert⁷, um das sich die Zahl der Planbetten durch die Schließung oder Umwandlung vermindert. Als Folge profitieren insbesondere die aus dem System scheidenden Krankenhäuser unverhältnismäßig, welche zum Zeitpunkt des Ausscheidens mit einer überhöhten Planbettenzahl abgebildet sind. Dieser Negativeffekt durchzöge sich über die zehnjährige Dauer der Transformationsfonds-Finanzierung.

Empfehlung 2: Ziele im Blick behalten, Umwege stoppen und Verzögerungen vermeiden – Transformationspfad zielstrebig gehen

Versorgungsbedarfe sind naturgemäß nicht konstant. Durch demographische Entwicklungen und medizinischen Fortschritt unterliegen sie Veränderungen. Moderne Medizin verfügt über andere Behandlungsmethoden als früher. Sie setzt andere Diagnostik ein und andere Bildgebung. Ebenso benötigt sie eine andere Form der Heilbehandlung und Zusammenarbeit. Medizinische Therapien sind heute optimalerweise qualitäts- bzw. evidenzbasiert und in Zentren zusammengefasst. Erfolgreiche Spezialisierungen und Kooperationen bündeln dazu Erfahrung und Routine (u. a. Mindestmengen, Vermeidung fehleranfälliger Gelegenheitsversorgung in unspezialisierten Krankenhäusern). Neuerungen in der

⁵ § 9 Absatz 3 KHG i. V. m. § 11 Absatz 2 Nummer 1 NKHG.

⁶ § 12 Absatz 4 NKHG.

⁷ § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 NKHG i. V. m. § 5 Satz 1 NKHVO.

Medizin führen zu fortwährend veränderten personellen, medizinischen, infrastrukturellen und informationstechnischen Anforderungen. Ein wirtschaftliches Verhältnis aus Nutzen und Kosten ist nur in zeitgemäßen Versorgungsstrukturen zu erreichen. Moderne Gebäudestrukturen und richtige Betriebsgrößen sind hierfür Bedingung.

Der LRH prüfte das Krankenhausssystem in Niedersachsen in den vergangenen Jahren wiederkehrend und unter verschiedenen Gesichtspunkten. Prüfungsergebnisse und Handlungsempfehlungen sind u. a. in den folgenden Jahresberichten als Beitrag publiziert:

- „Schwachstellen der Krankenhausplanung für das südliche Niedersachsen“ (2013),
- „Mangelnde Entscheidungsfreude bei der Krankenhausplanung und -förderung im westlichen Niedersachsen“ (2014),
- „Förderung nicht erforderlicher Krankenhausbetten im westlichen Niedersachsen“ (2014),
- „Notwendige Neuregelung der Schließungsförderung von Krankenhäusern“ (2016),
- „Krankenhausplanung im Bremer Umland - viel Lärm um nichts?“ (2018),
- „Finanzierungslücken beim Neubau der Hochschulkliniken“ (2019),
- „Krankenhauslandschaft: Versorgungssicherheit statt Standortbewahrung“ (2023),
- „Unzureichende Investitionsförderung und notwendiger Strukturwandel im Krankenhausbereich“ (2024),
- „Medizinische Hochschulen: Mehr Investitionen erforderlich“ (2024)

Darin wiesen wir nicht nur fortlaufend auf die Notwendigkeit einer an den tatsächlichen Bedarfen und einer dahingehenden Zielplanung ausgerichteten Krankenhausplanung hin. Wir monierten auch fehlende Vorausschau bei Förderentscheidungen und forderten angesichts der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mit steigendem Versorgungsbedarf bei sich gleichzeitig verschärfendem Fachkräftemangel, die medizinische Versorgungssicherheit zum alleinigen Maßstab von Entscheidungen in der Krankenhausplanung und -förderung zu machen (vgl. insbesondere Jahresbericht 2023).

Dennoch erkennen wir seit Jahren keine wesentlichen Fortschritte. Die vom LRH mehrfach geforderte Zielplanung erfolgte nicht und eine wirkliche Steuerung unterblieb. Die Neuausrichtung im Krankenhausbereich steht weiterhin aus. In den vergangenen Jahren haben

wir immer wieder auf verzögerte und unzureichende Zentralisierungen mit der Folge unwirtschaftlicher Doppelvorhaltungen konkret hingewiesen.

Die Reduzierung von Überkapazitäten bleibt notwendig, um begrenzte Fördermittel effizient einsetzen zu können und um Fehlinvestitionen zu vermeiden. Fehlförderungen bedeuten unnötige Ausgaben und führen zu vermeidbaren organisatorischen Aufwänden. Oft sind regionale Befindlichkeiten das Argument für Förderungen nach einem Prinzip des „sowohl als auch“. Nicht bedarfsgerechte, unwirtschaftliche Krankenhäuser dürfen nicht gefördert werden. Denn das verausgabte Geld fehlt für die Umsetzung bedarfsgerechter Investitionen. Außerdem sorgen sie für falsche Anreiz- und Steuerungswirkungen, die zu vermeidbaren Folgekosten in der Betriebskostenfinanzierung führen. Zudem verhindern sie den effizienten Einsatz des schon heute nicht mehr ausreichend vorhandenen Fachpersonals in ärztlichen und pflegerischen Bereichen. Gleichzeitig sinken die Finanzierungsmöglichkeiten durch weitere gesellschafts- und wirtschaftspolitische Herausforderungen drastisch. Deshalb sind jetzt klare und verbindliche Zielstrukturen für die Krankenhausplanung und -förderung nötig.

Für zukunftsfähige Zielstrukturen ist die medizinische Versorgungssicherheit der Entscheidungsmaßstab. Mit den reformierten Planungswerkzeugen verfügt das Land nunmehr über Instrumente, diese Zielstrukturen zu entwerfen und zu gestalten. Das bedeutet, in der Investitionsförderung fortan ausschließlich zukunftsfähige Strukturen und Standorte zu berücksichtigen, damit alle Finanzmittel ihre wichtige Anreiz- und Steuerungswirkung maximieren können. Nur ein so etablierter Leistungsrahmen gewährleistet hinreichende Voraussetzungen für Effektivität und Effizienz. Das beugt in der Verkettung zur Betriebskostenfinanzierung auch Kosten- und Beitragssteigerungen in der GKV vor. Der Transformationsfonds ist dahingehend ein äußerst wertvolles Instrument und sorgsam zu nutzen. Neben konsequenten und richtungsweisenden Planungs- und Förderentscheidungen erscheint zugleich auch eine deutlichere politische Kommunikation wichtig: Erforderlich ist die Verbreitung der Erkenntnis, dass nicht das räumlich nächste Krankenhaus für die eigene Gesundheit entscheidend ist – sondern das nahegelegene und medizinisch geeignete Krankenhaus, das qualitativ leistungsfähig ist. Ein „weiter so“ führt nicht ans Ziel.

Dr. v o n K l a e d e n

S c h r ö d e r - E h l e r s

Dr. L a n t z

H a a c k

Dr. L i n d n e r

B r e u s i n g

Landespflegegeberbericht Niedersachsen



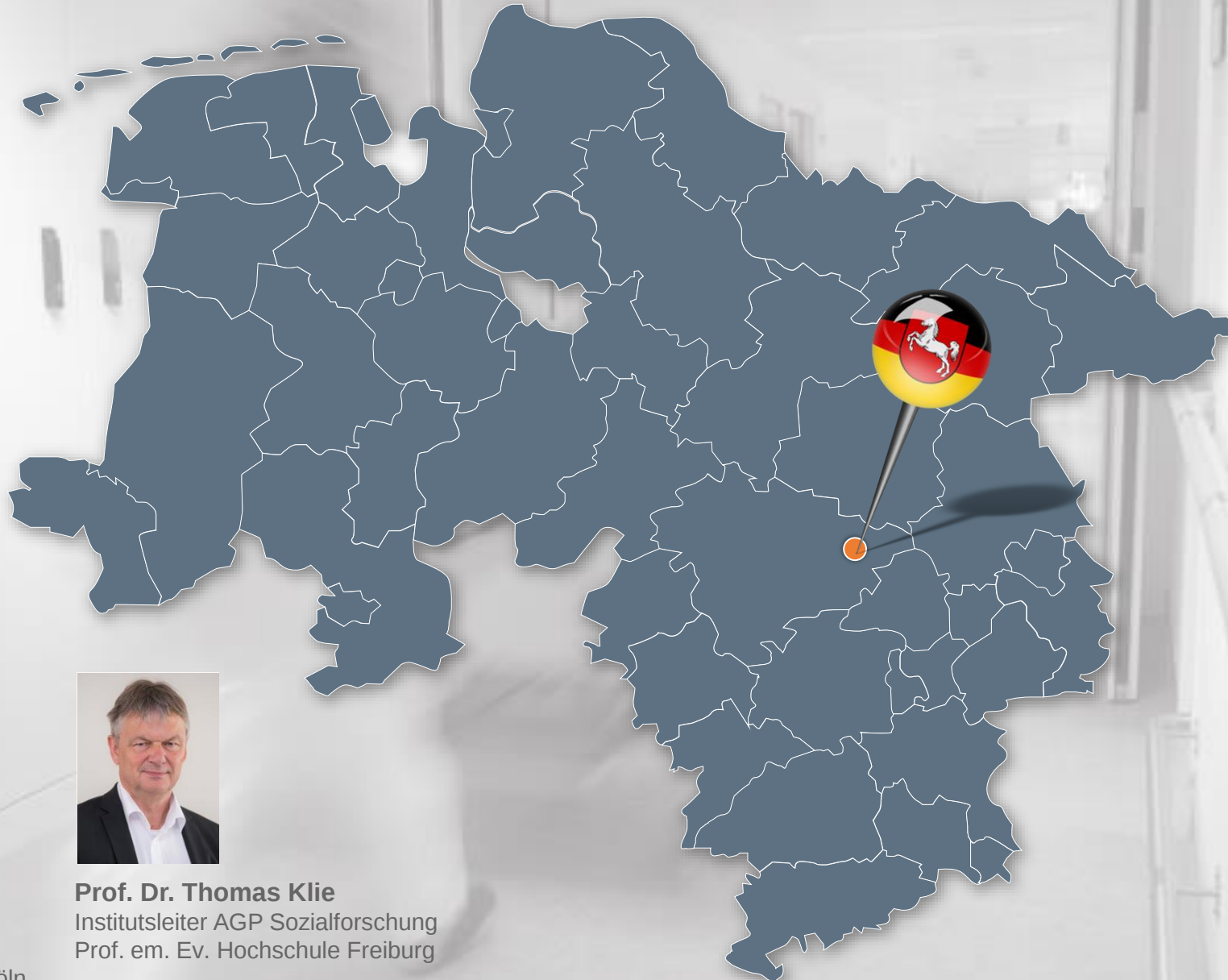
AGP

Sozialforschung
Social Research

Anlage 2

DIP

Dienstleistung
Innovation
Pflegeforschung GmbH



Prof. Dr. Michael Isfort

Vorstand DIP e.V., Köln
Geschäftsführer DIP GmbH
Katholische Hochschule NRW, Köln



Prof. Dr. Thomas Klie

Institutsleiter AGP Sozialforschung
Prof. em. Ev. Hochschule Freiburg



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

Methodik des Landespflegeberichts NS 2024



AGP
Sozialforschung
Social Research



Leistungs- Beschreibung Vergabeverfahren AZ: 0088-DLG/2023-03.218	ANFORDERUNG	Durchführung	ERGEBNIS
	Stand der Entwicklung der pflegerischen Versorgung	Auswertung statistischer Grunddaten Befragung der Einrichtungen Vertiefungsstudien (drei Regionen)	Berichtswesen mit Analyse von rund 50 Indikatoren/ Stakeholderanalysen
	Räumliche Gliederung	Analyse und Abbildung der Daten in Kartografie	Datendeskription (Landkarten) Erreichbarkeitsanalysen Reg. Kreisprofile (Langzeitpflege)
	Analyse der örtlichen Pflegeberichte	Abgleich Kann-Sollbestimmung (43 von 45 Landkreise/kreisfreie Städte)	Berichtsteil
	Index der fachpflegerischen Versorgungssicherung	Analyse von sechs Indikatoren und drei Teilindizes zum Gesamtindex	Berichtsteil
	Präsentation des Berichts	Landespflegeausschuss Sozialausschuss des Landtags	Zwei Präsentationen vor Ort mit Diskussionen
	VERBREITUNG Regionalkonferenzen	Erstellung von Regionalprofilen und regionalen Präsentationen	Vier Regionalkonferenzen

Pflegepolitische Kontexte



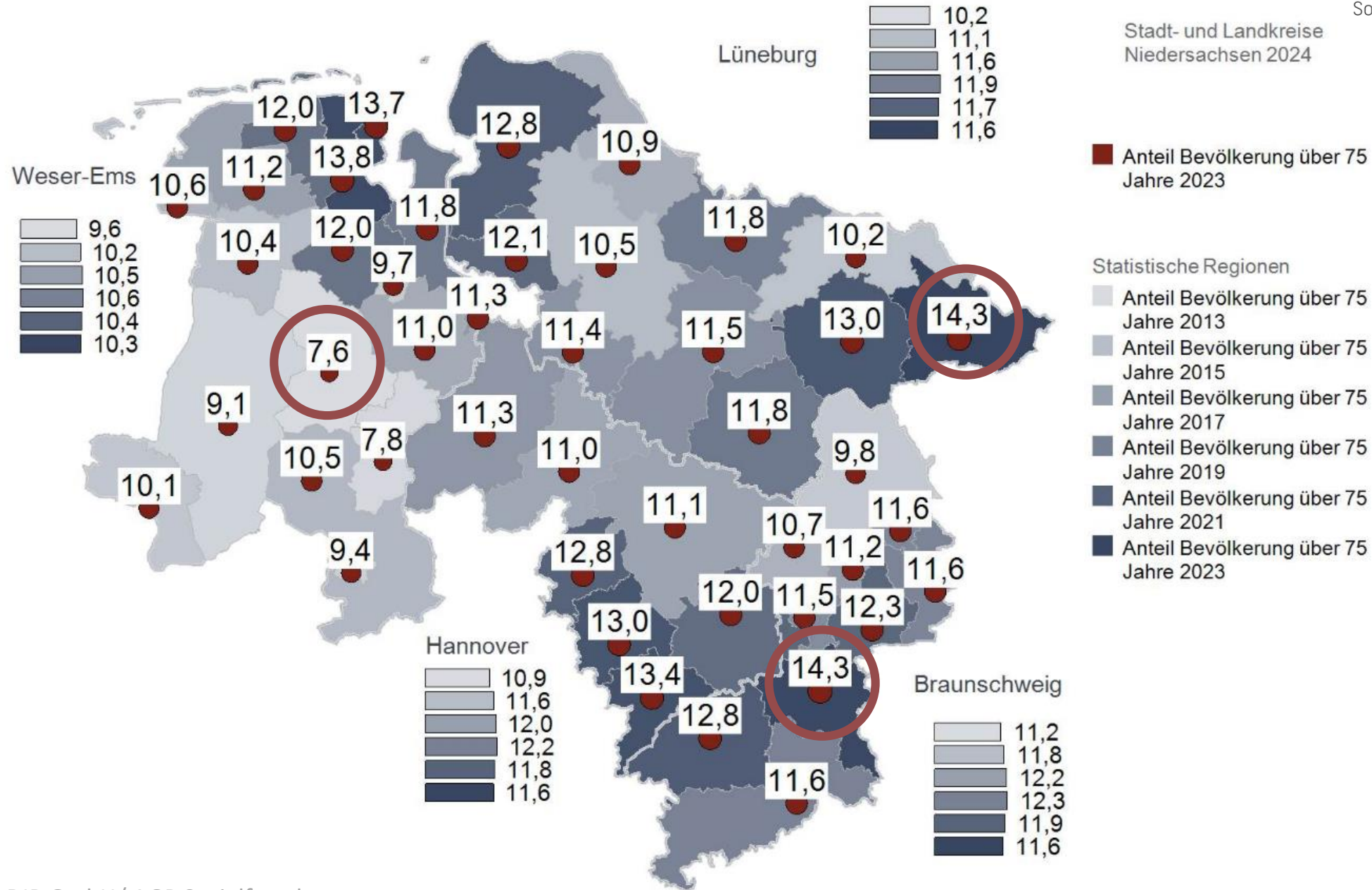
Demografie und Pflegebedürftigkeit

Bevölkerung über 75 Jahre in Niedersachsen



AGP

Sozialforschung
Social Research

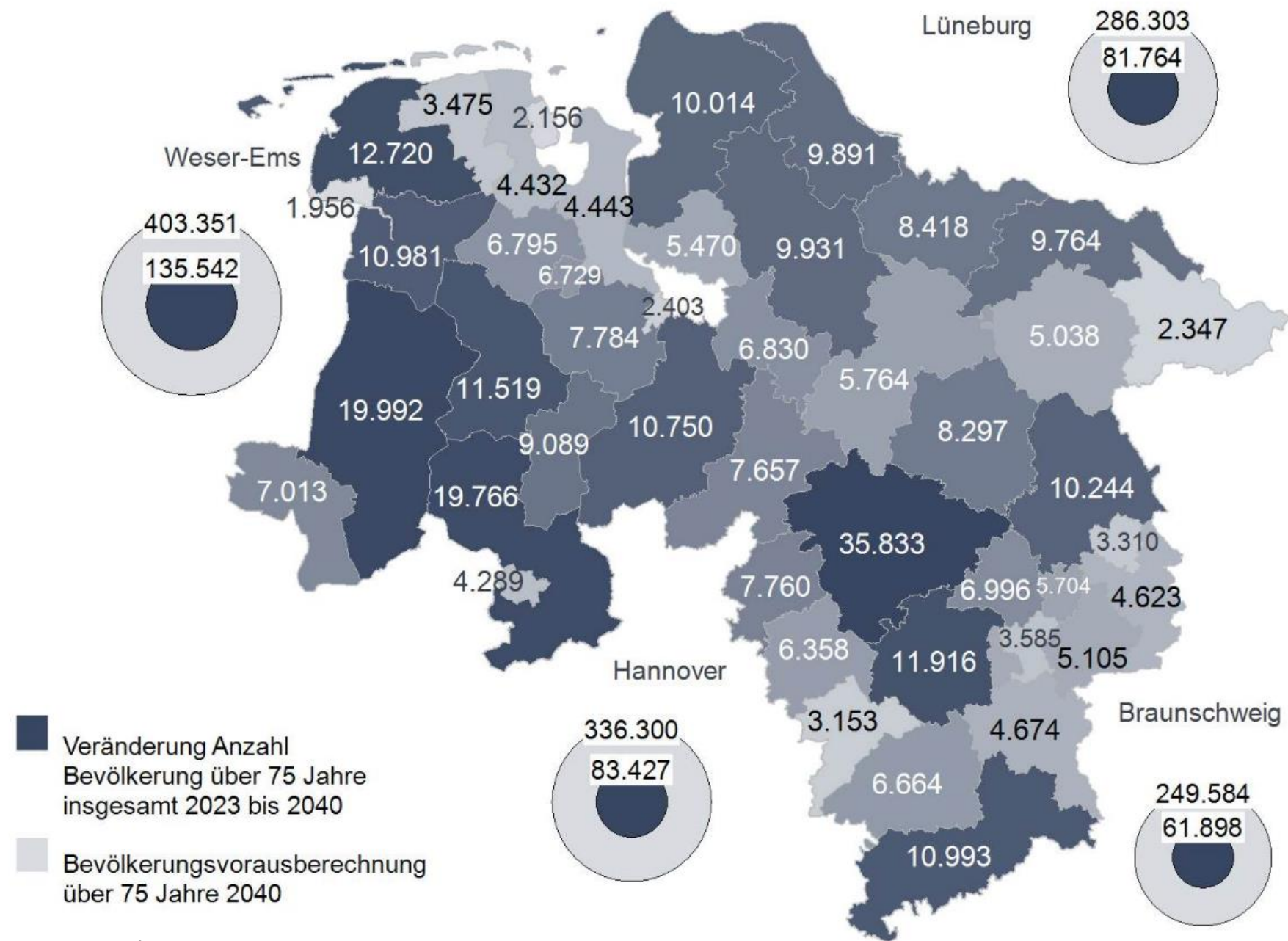


Veränderung Anzahl Bevölkerung über 75 Jahre in Niedersachsen 2023 bis 2040



AGP

Sozialforschung
Social Research



Pflegebedürftigkeit in Niedersachsen 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research



623.071 Leistungsempfänger insgesamt

Zuhause versorgt:
529.393 Personen (85%) (inkl. Pflegegrad 1)

In vollstationärer Pflege:
93.678 Personen (15%)

Pflegegeldempfänger*innen
(ausschließlich Pflegegeld
ohne Sachleistungen und
landesrechtliche Leistungen)
344.914 Pflegebedürftige
(ohne Pflegegrad 1)

68.459 Pflegebedürftige mit
Pflegegrad 1

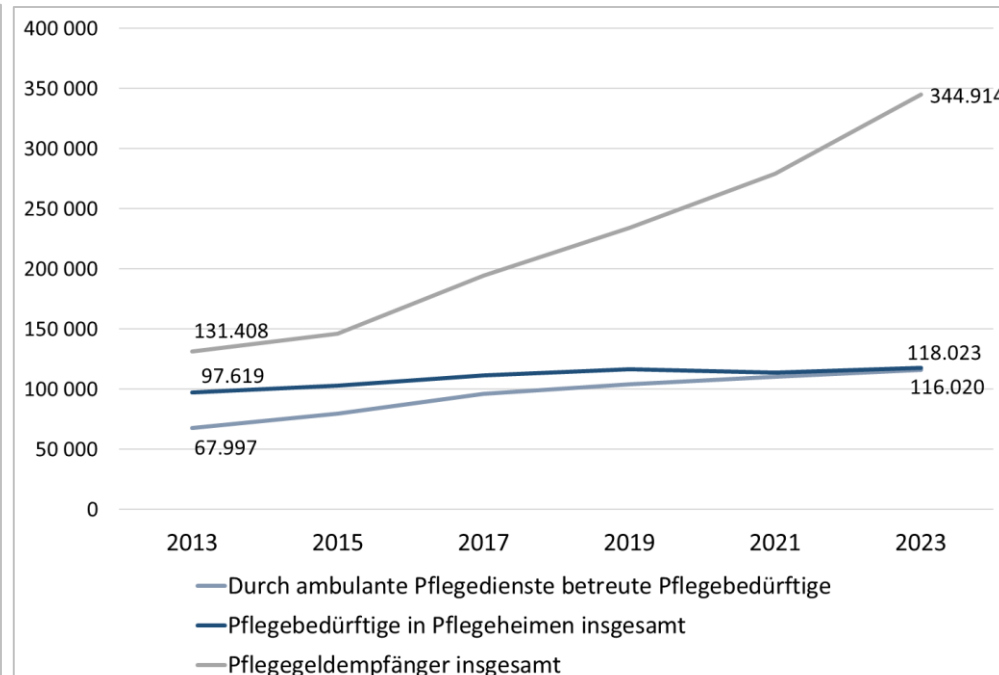
Durch ambulante Pflegedienste
betreute Pflegebedürftige:
116.020 Pflegebedürftige

In stationärer (Dauer)pflge:
90.281 Pflegebedürftige
in teilstationärer Pflege zusammen
24.345 Pflegebedürftige

1.409 Pflegedienste
46.262 Personal
insgesamt

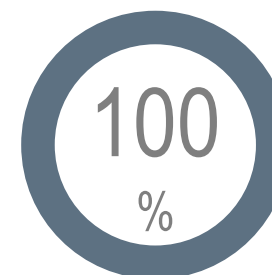
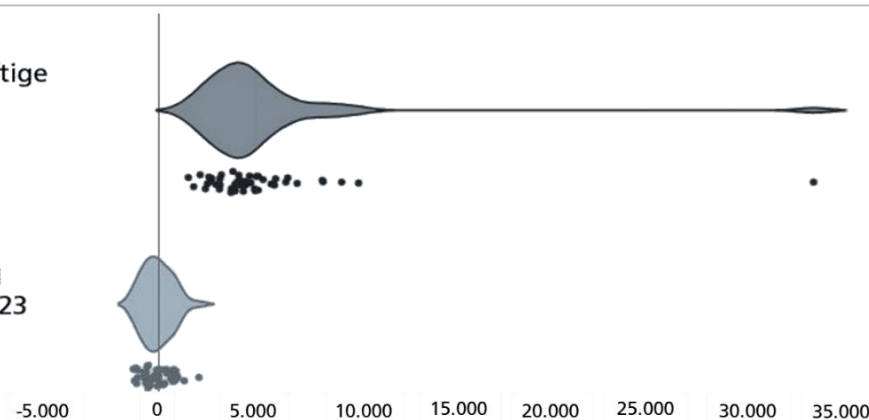
2.049 Pflegeheime
99.094 Personal
insgesamt

Quelle: Pflegestatistik NS 2023

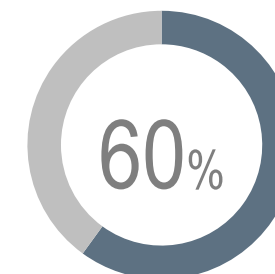


Entwicklung Pflegebedürftige
2017 bis 2023

Entwicklung Bevölkerung
über 75 Jahre 2017 bis 2023



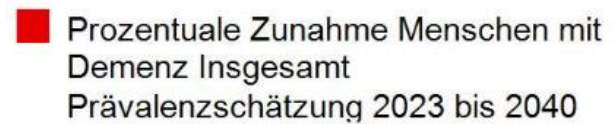
In allen Landkreisen und
kreisfreien Städten stieg die
Anzahl der Pflegebedürftigen
zwischen 2017 und 2023



In 27 von 45 Landkreisen und
kreisfreien Städten sank die
Anzahl der Personen über 75 Jahre
zwischen 2017 und 2023

AGP
Sozialforschung
 Social Research

DIP
 Dienstleistung
 Innovation
 Pflegeforschung GmbH



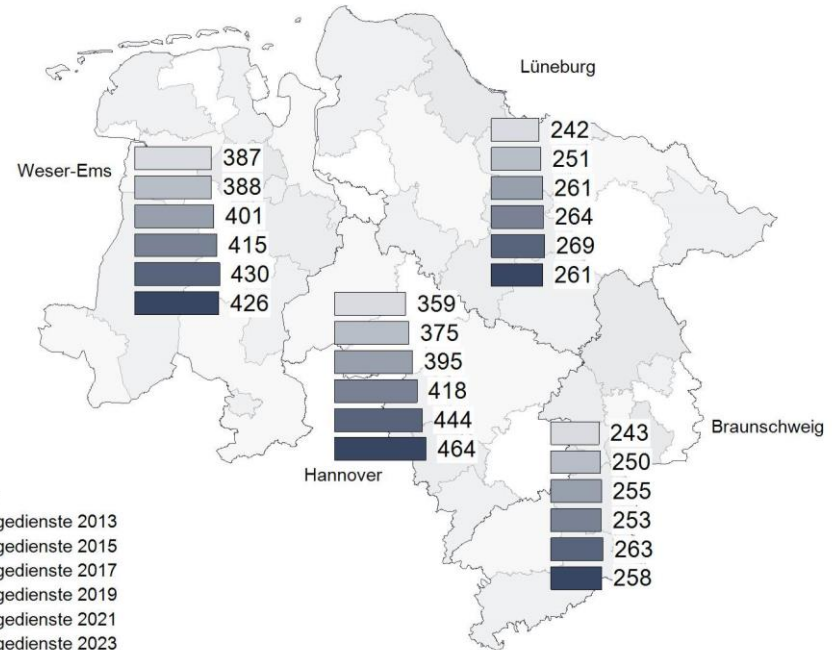
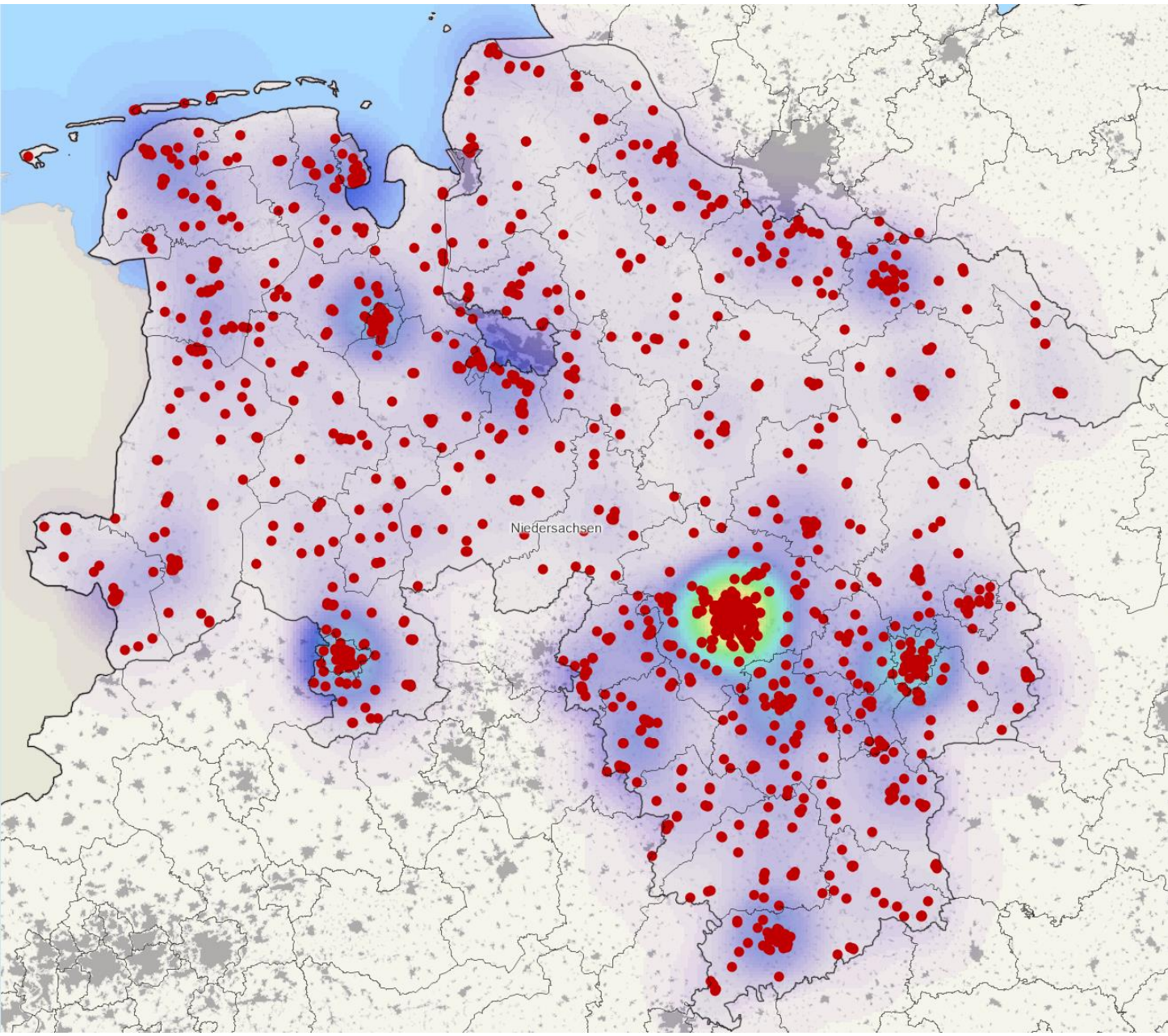
Pflegeinfrastruktur in Niedersachsen

Infrastruktur ambulante Pflegedienste in Niedersachsen 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research



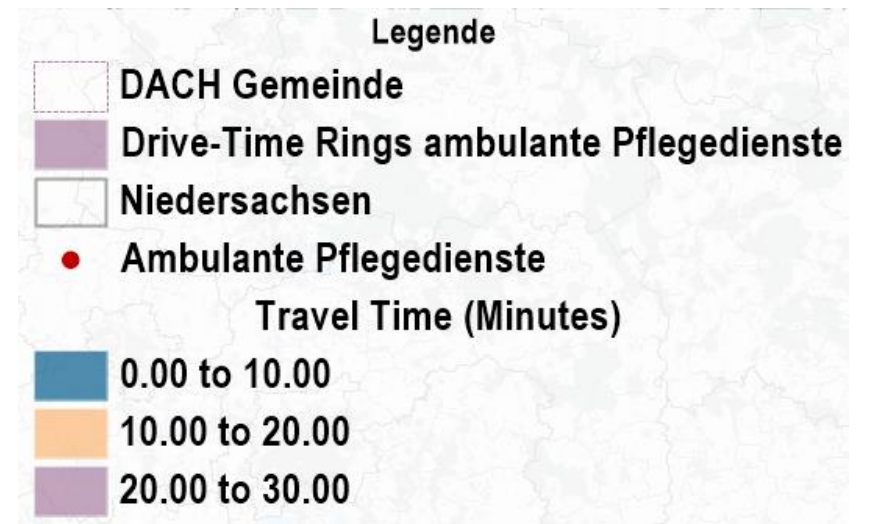
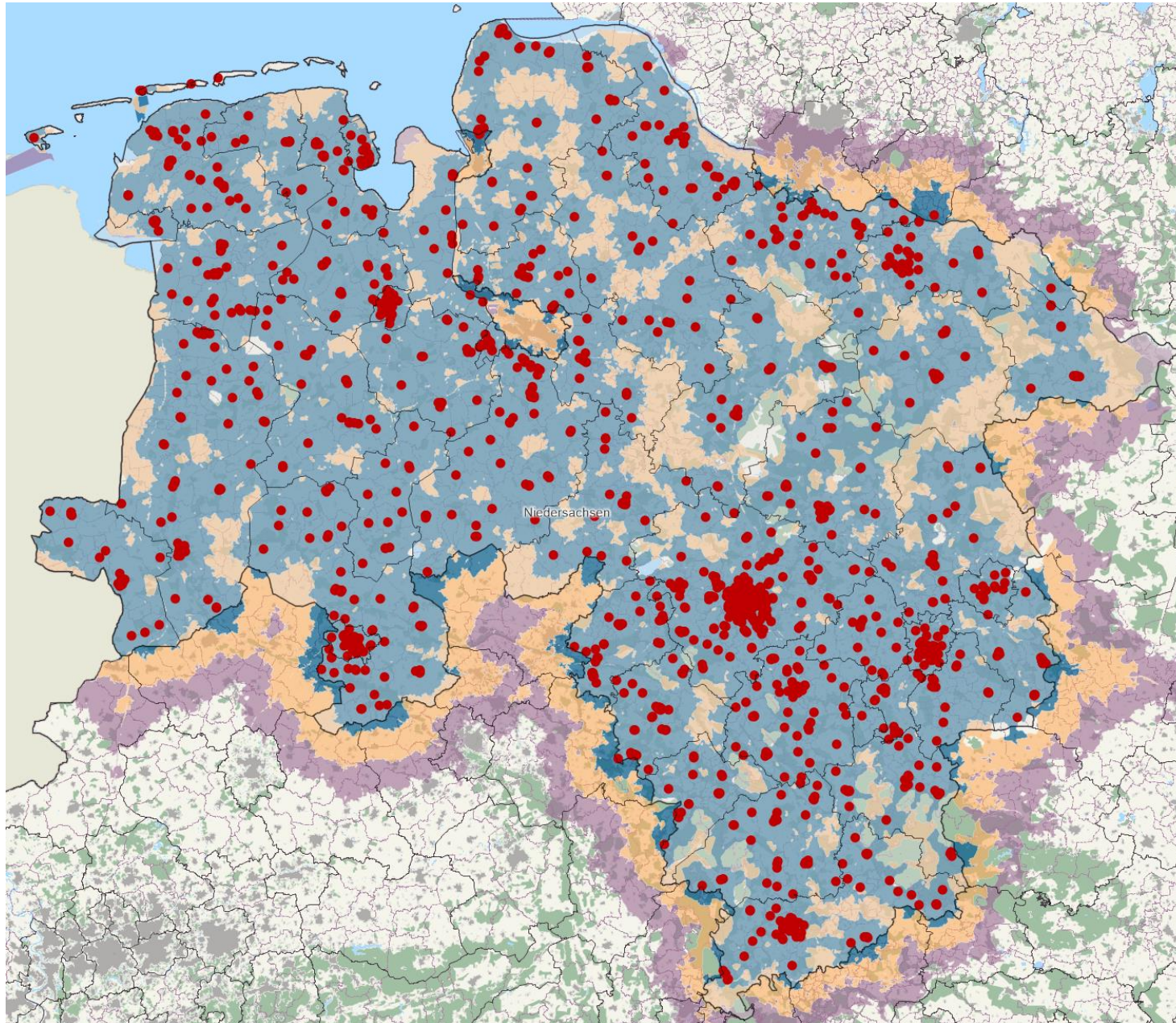
Entwicklungen ambulante Pflegedienste						
	2013	2017	2019	2021	2023	Änderung 2013 bis 2023 in %
Anzahl der Einrichtungen	1.231	1.312	1.350	1.406	1.409	14,5
Pflegebedürftige	67.997	96.524	104.279	110.608	116.020	70,6

Erreichbarkeit ambulante Pflegedienste in Niedersachsen 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research



Einschätzungen der ambulanten Dienste



AGP

Sozialforschung
Social Research



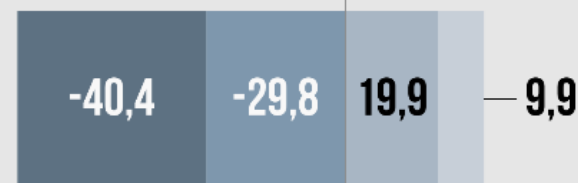
DIP
Dienstleistung
Innovation
Pflegeforschung GmbH

Aussagen zur regionalen Kooperation

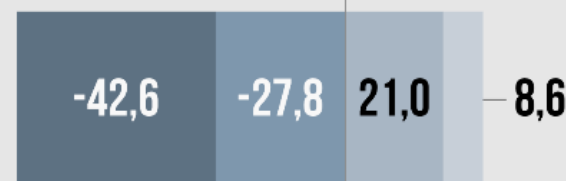
%
N = 163

trifft gar nicht zu trifft eher nicht zu trifft eher zu trifft voll zu

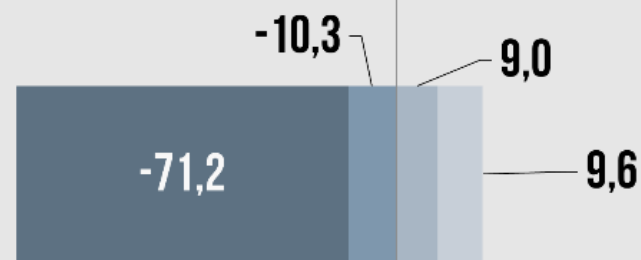
Wir erhalten Anfragen von anderen Pflegediensten nach freien Kapazitäten, wenn diese Klient/-innen aufgrund fehlender Ressourcen ablehnen müssen. (n = 161)



Wir fragen bei anderen Pflegediensten nach freien Kapazitäten an, wenn wir Klient/-innen aufgrund fehlender Ressourcen in unserem Pflegedienst ablehnen müssen. (n = 162)



Wir sind Teil eines regionalen Netzwerkes an Pflegediensten, in dem wir freie Versorgungskapazitäten anbieten oder anfragen können. (n = 156)



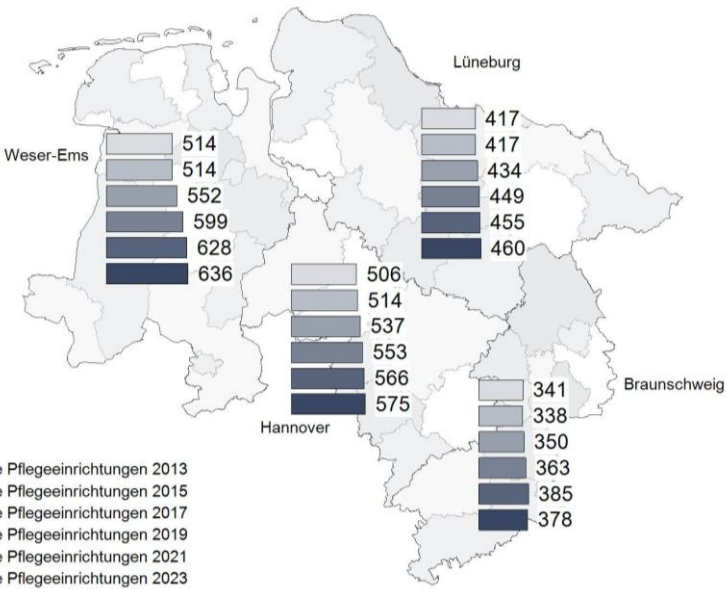
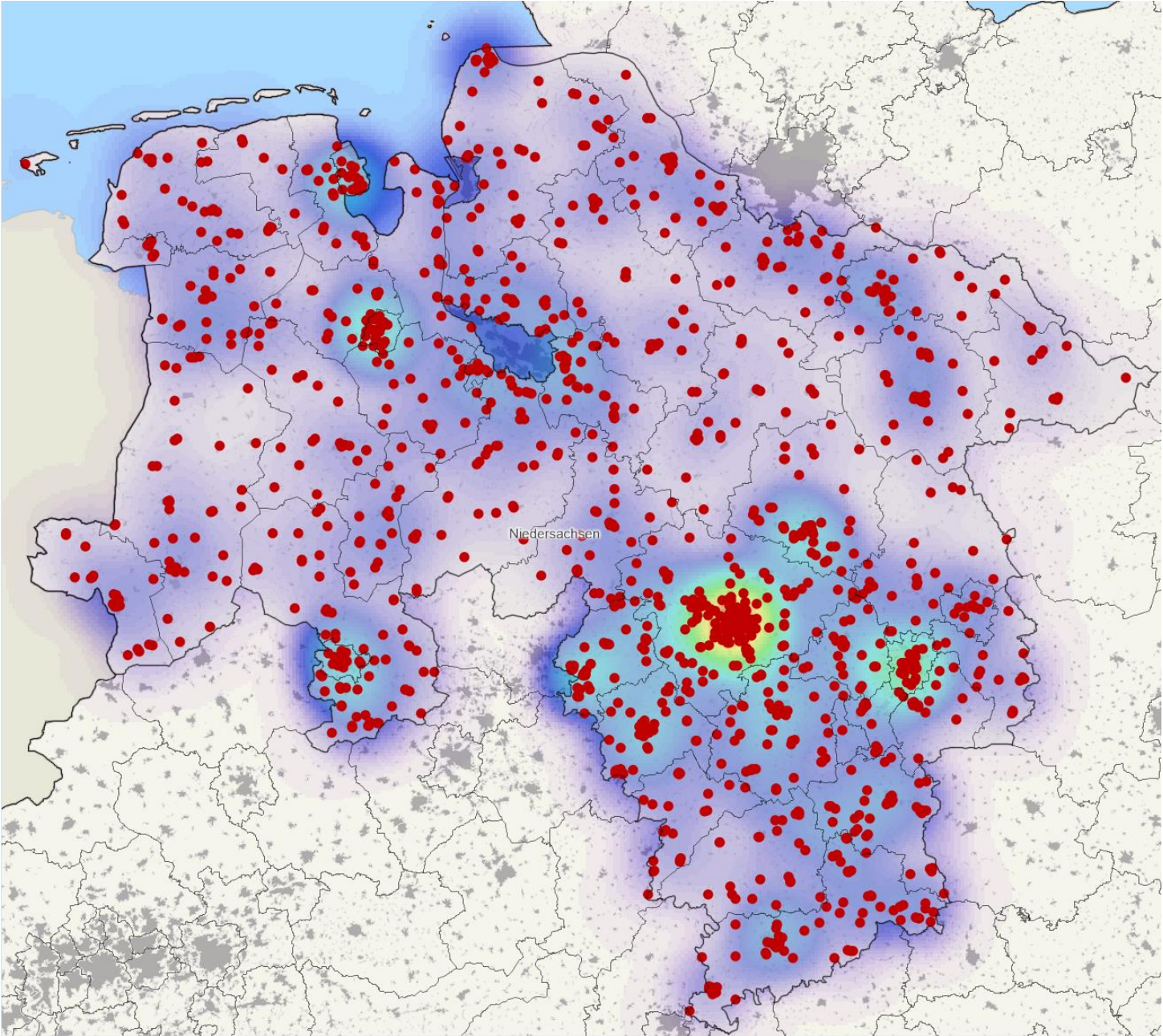
-100% -75% -50% -25% 0% 25% 50% 75% 100%

Infrastruktur vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research



Entwicklungen teil- und vollstationärer Einrichtungen

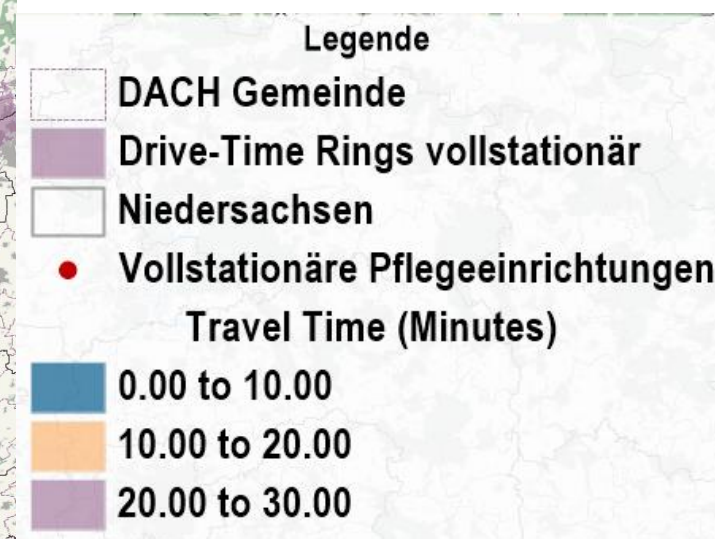
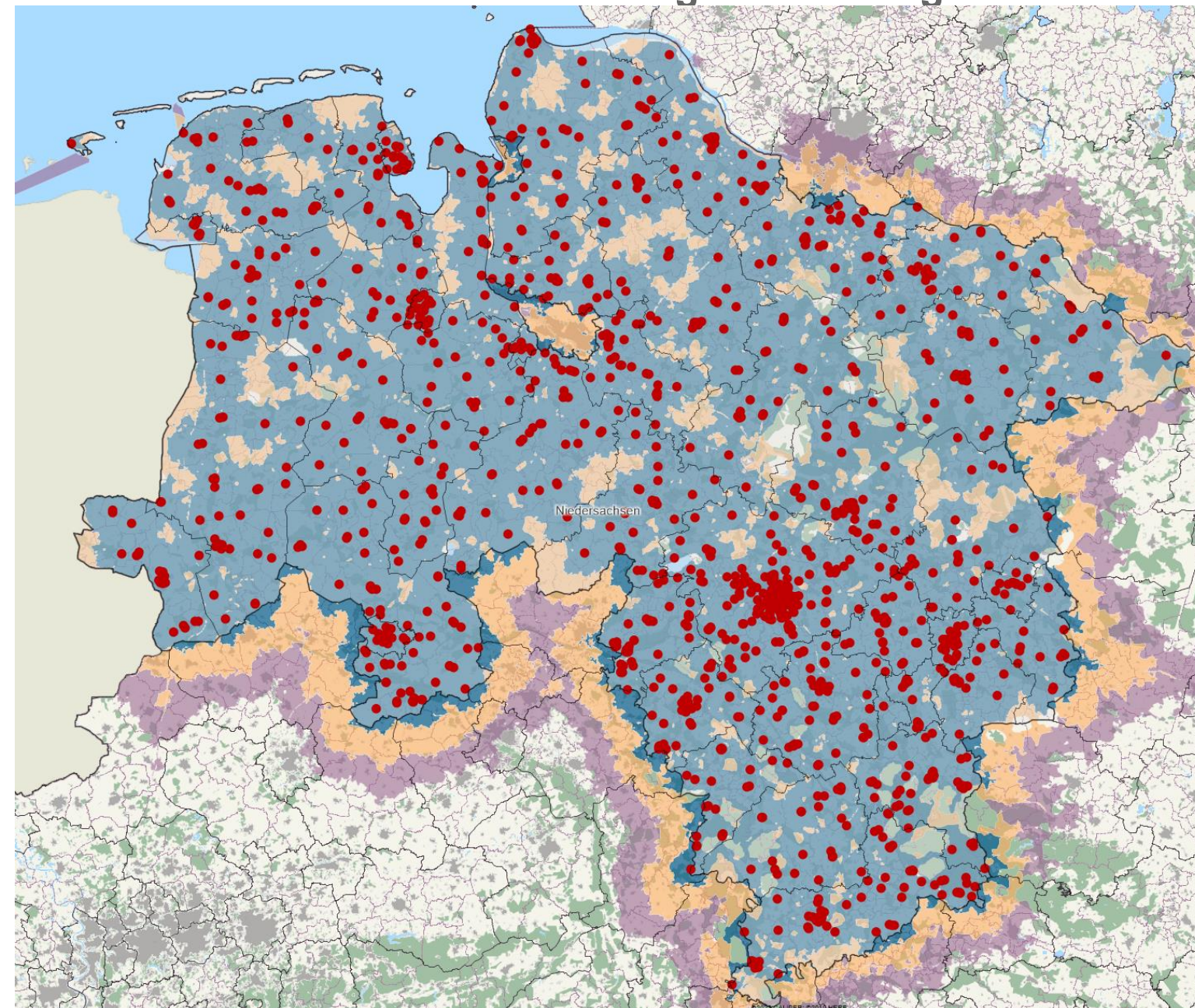
	2013	2017	2019	2021	2023	Änderung 2013 bis 2023 in %
Anzahl der Einrichtungen	1.778	1.873	1.964	2.034	2.049	15,2
Pflegebedürftige mit vollstationärer Dauerpflege	85.945	92.285	93.364	90.734	90.281	5,0
Verfügbare Plätze insgesamt	107.618	113.492	116.626	119.891	120.050	11,6
Pflegebedürftige gesamt (teil- und vollstationär)	97.619	111.849	116.709	113.948	118.023	20,9
Pflegebedürftige mit teilstationärer Pflege	8.728	15.859	19.968	20.036	24.345	178,9

Erreichbarkeit vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research

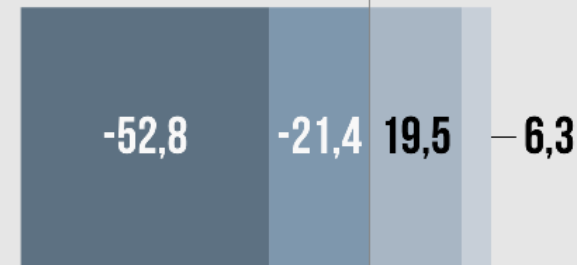


Aussagen zur regionalen Kooperation

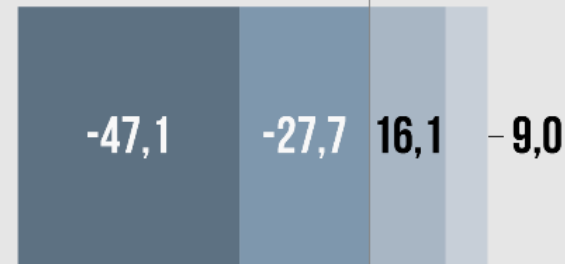
%
N = 169


trifft gar nicht zu trifft eher nicht zu trifft eher zu trifft voll zu

Wir fragen bei anderen stationären Pflegeeinrichtungen nach freien Kapazitäten an, wenn wir Bewohner/-innen wegen fehlender Ressourcen in unserer Pflegeeinrichtung ablehnen müssen. (n = 159)

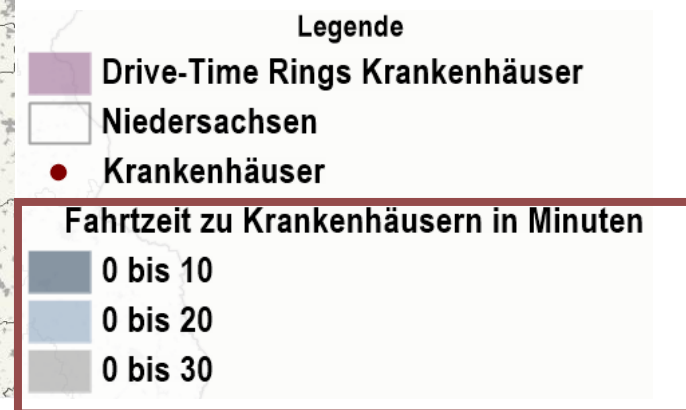
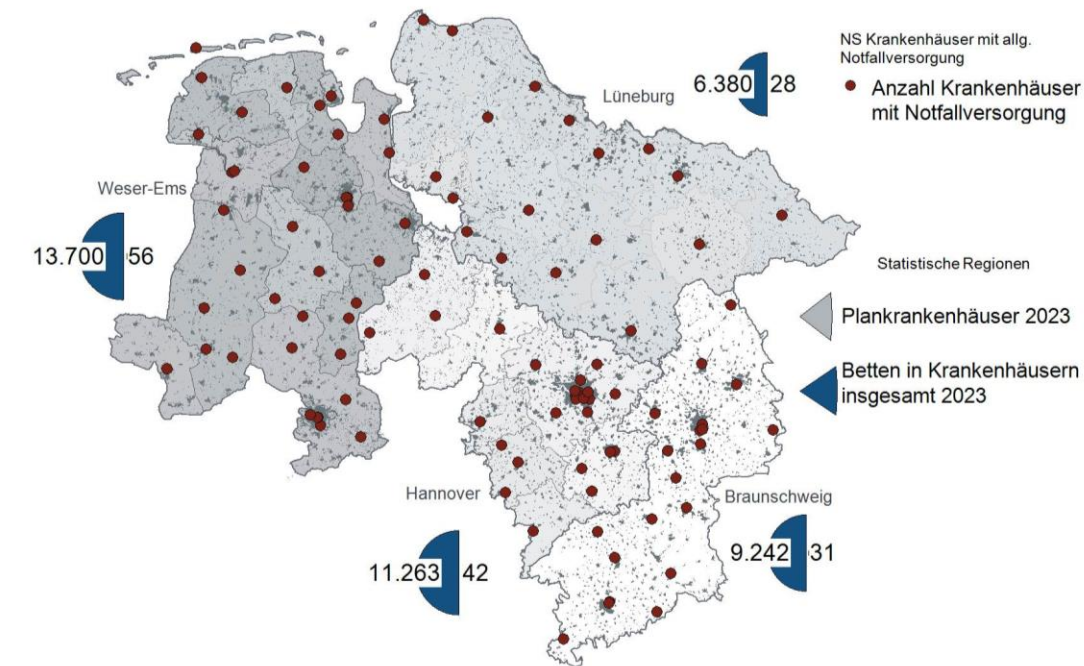
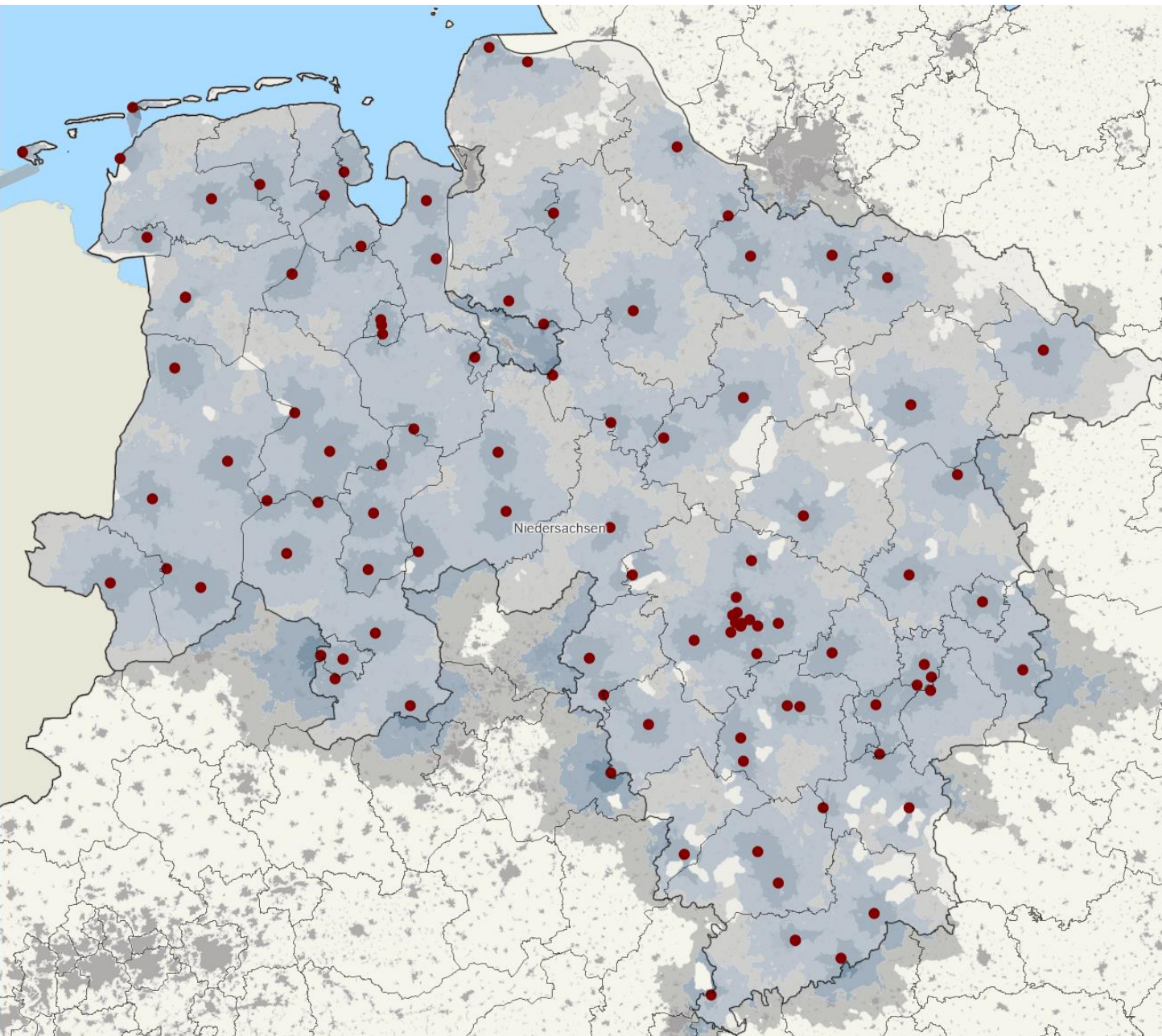


Wir erhalten Anfragen von anderen stationären Pflegeeinrichtungen nach freien Kapazitäten, wenn diese Bewohner/-innen aufgrund fehlender Ressourcen ablehnen müssen. (n= 155)



-100% -75% -50% -25% 0% 25% 50% 75% 100%

Infrastruktur Krankenhäuser in Niedersachsen 2023



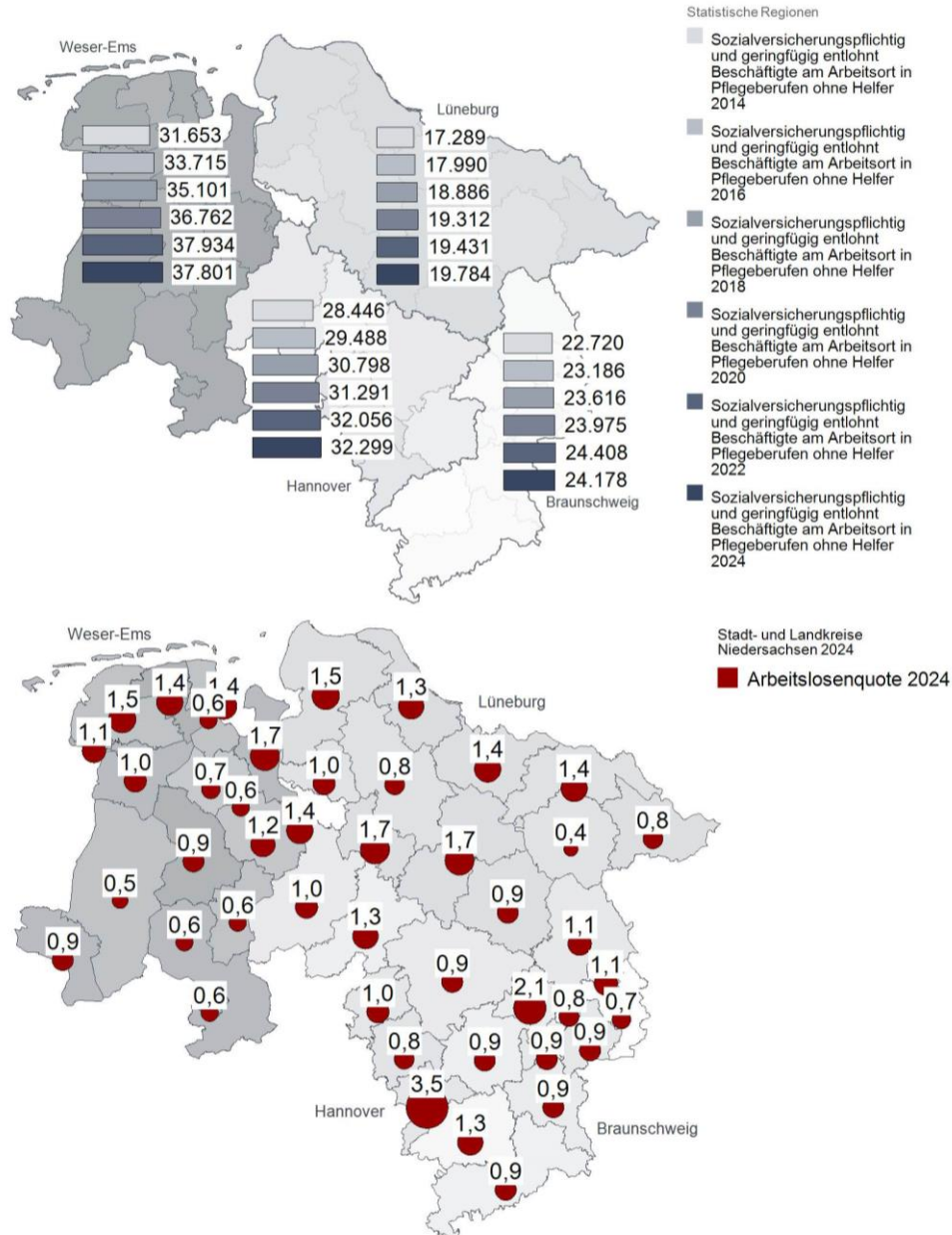
Arbeitsmarkt und Beschäftigung Pflege

Pflegepersonal in Niedersachsen 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research



Anteile der Vollzeitbeschäftigung in 2023	ambulante Dienste	teil- und vollstationäre Einrichtungen	Krankenhäuser	Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen
Altenpflege	37,6%	45,7%	60%	50,4%
Altenpflegehilfe	16,1%	27,2%	-	-
Gesundheits- und Krankenpflege	31,3%	36,6%	47%	42,2%
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	24,6%	29,9%	34,5%	
Krankenpflegeassistenten	18,7%	36,6%	59,8%	55,6%
Pflegefachmann/-Pflegerfachfrau	39,6%	54,2%	-	-

01

Keine Arbeitsmarktreserve vorhanden

02

Beschäftigung steigt nur noch geringfügig an

03

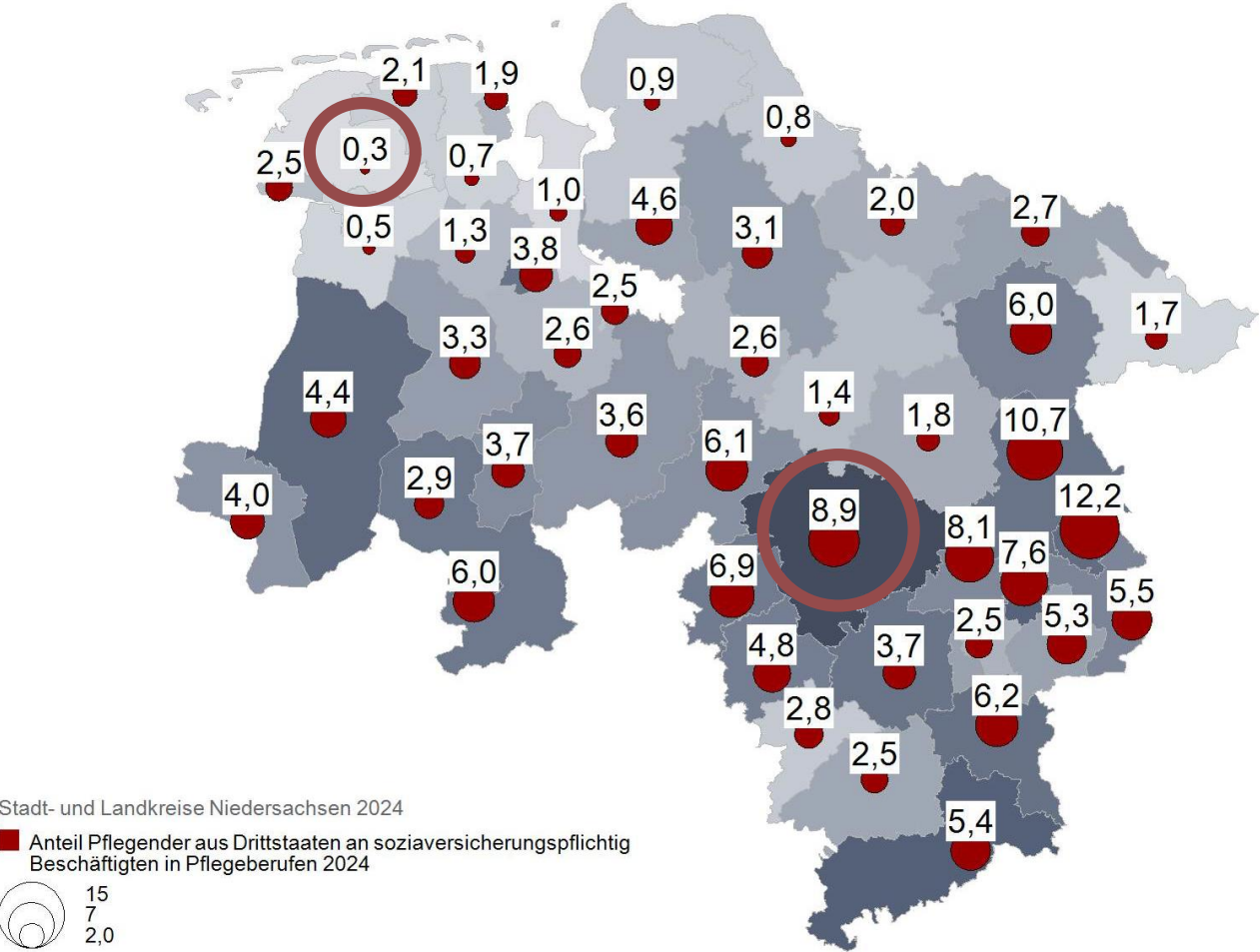
Vollzeitanteile sinken tendenziell stärker in den teil- und vollstationären Einrichtungen

Pflegende aus Drittstaaten am Arbeitsmarkt 2024



AGP

Sozialforschung
Social Research



Anzahl der Zulassungen Pflegender in den Arbeitsbereich im Jahr 2024/
Anzahl sozialvers. Beschäftigter Pflege in 2024

CAVE:
Zulassungen ggf. Mehrfachnennung in einem Jahr/ Zulassungen entsprechen nicht der Anerkennung oder der Anzahl der zugereisten im konkreten Jahr

Anerkennungsstatistik

Sichttag	Neuanträge im Berichtsjahr	Positiv beschiedene Anträge ohne Auflagen und Ausgleichsmaßnahmen	Auflagen einer Angleichungsmaßnahme
2023	1.932	1.386	1.857
2022	2.583	1.077	2.358
2020	2.619	1.074	1.173
2019	2.391	1.011	1.422
2018	2.082	777	1.131
2017	1.197	579	360
2016	705	432	198
2015	564	339	183
2014	384	147	117
2013	249	84	54

Pflegende in Leiharbeit (Zeitreihe)

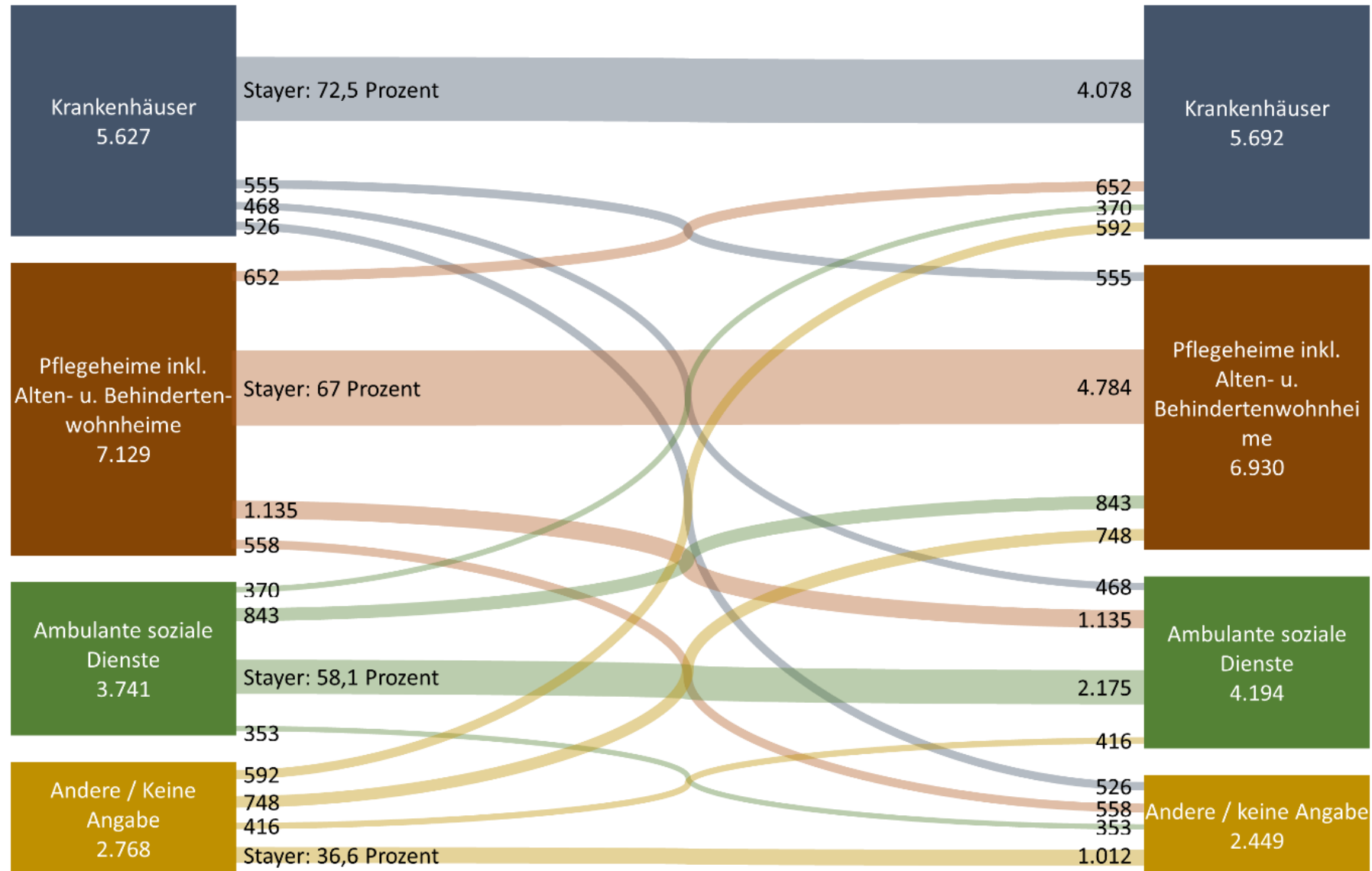
Stichtag	Bestand an Leiharbeiterinnen und – arbeitnehmern nach ausgewählten ausgeübten Tätigkeiten (KldB 2010) ohne Helfer	Sozialversicherungspflichtig und geringfügig entlohnt Beschäftigte am Arbeitsort in Pflegeberufen ohne Helfer	Anteil Leiharbeit im Jahr
30.06.2017	1.649	106.525	1,5%
30.06.2018	1.919	108.401	1,8%
30.06.2019	2.134	109.140	2,0%
30.06.2020	2.137	111.340	1,9%
30.06.2021	2.147	113.861	1,9%
30.06.2022	2.374	113.829	2,1%
30.06.2023	2.405	113.429	2,1%
30.06.2024	1.998	114.062	1,8%

Intra- und intersektorielle Fluktuation zwischen und in Sektoren 2023



AGP

Sozialforschung
Social Research



Aussagen zur Einrichtung

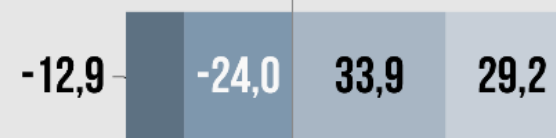
N = 370 %



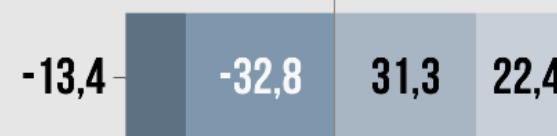
Im Jahr 2024...

trifft gar nicht zu trifft eher nicht zu trifft eher zu trifft voll zu

haben wir spürbare Schwierigkeiten, die Personalausstattung stabil zu halten.
(n = 363)



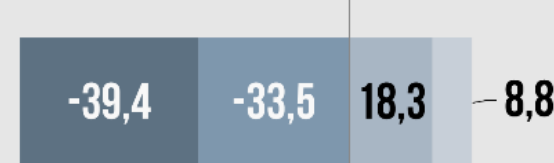
Wir stellen fest, dass andere Einrichtungen / Dienste versuchen, unser Pflegepersonal abzuwerben. (n = 335)



konnten wir alle Personalstellen, die aufgrund der Personalfuktuation im Pflegebereich offen waren, problemlos besetzen. (n = 352)



hat die Anzahl an qualifizierten Bewerbungen für die Ausbildung nach PflBG die gewünschte Besetzung von Ausbildungsplätzen ermöglicht. (n = 284)



-100% -75% -50% -25% 0% 25% 50% 75% 100%

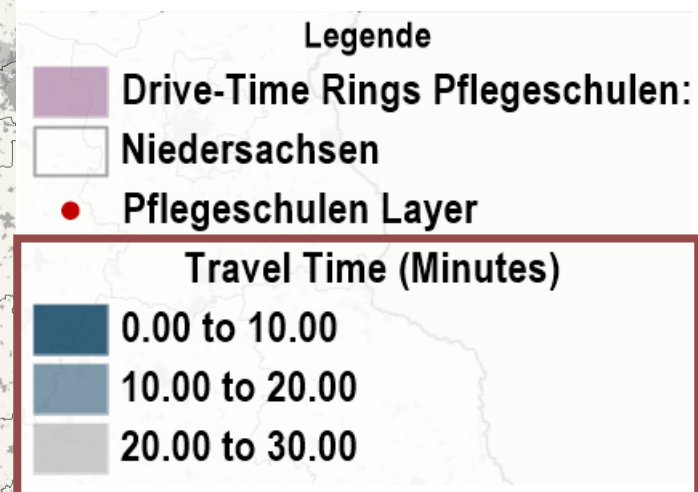
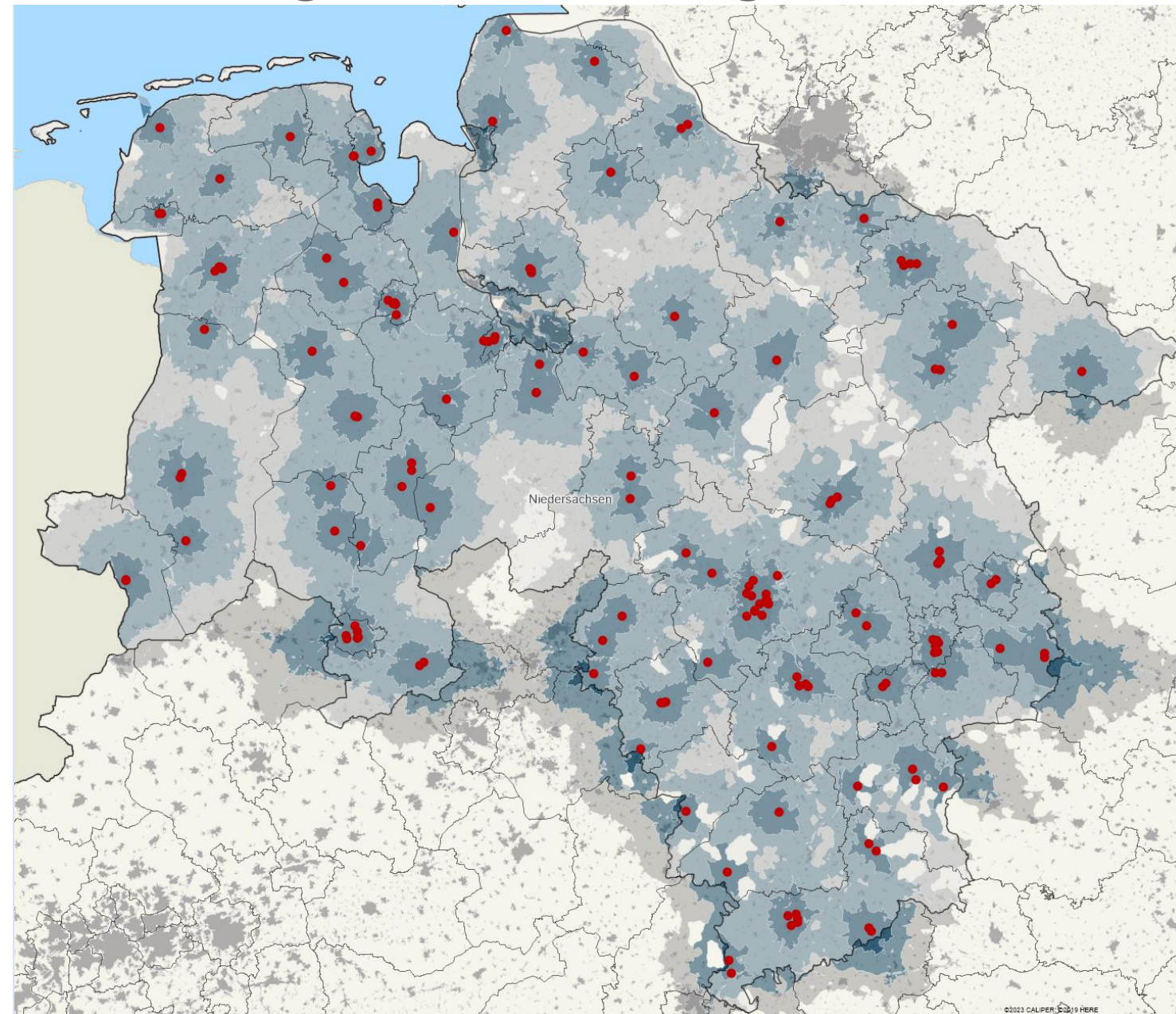
Ausbildung und Qualifizierung

Pflegeschulen Pflegefachmann/-frau 2024



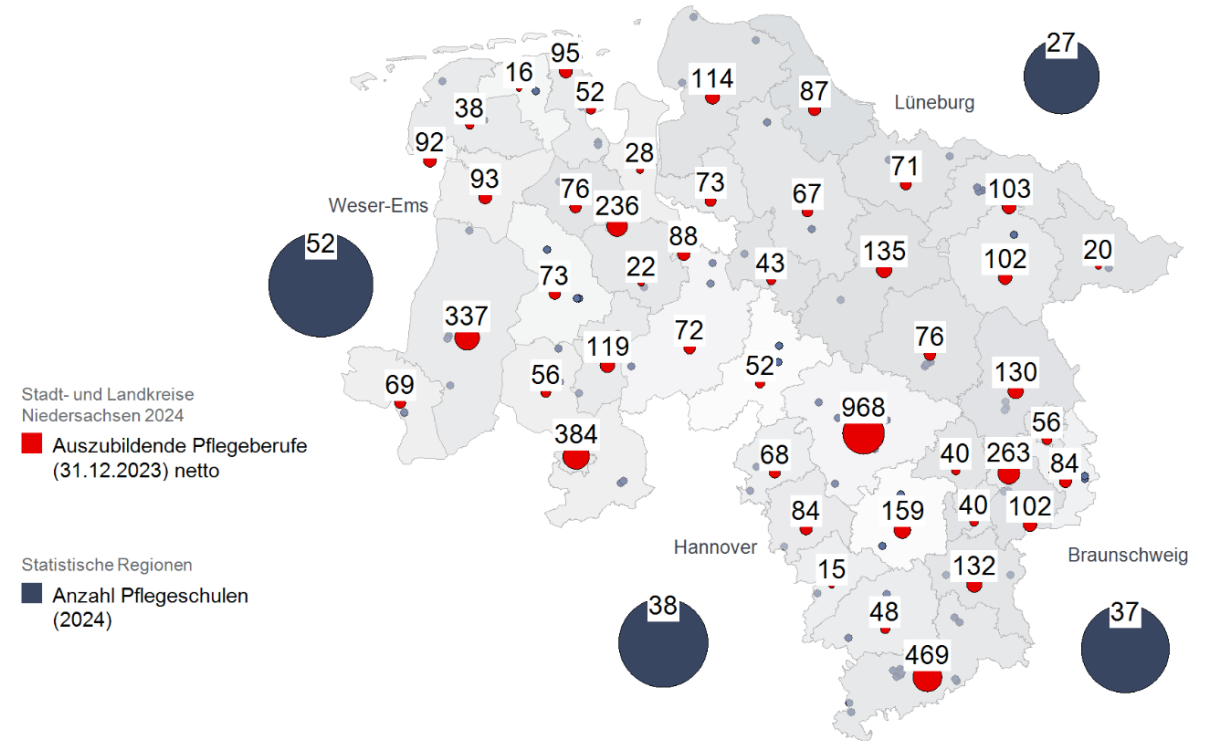
AGP

Sozialforschung
Social Research

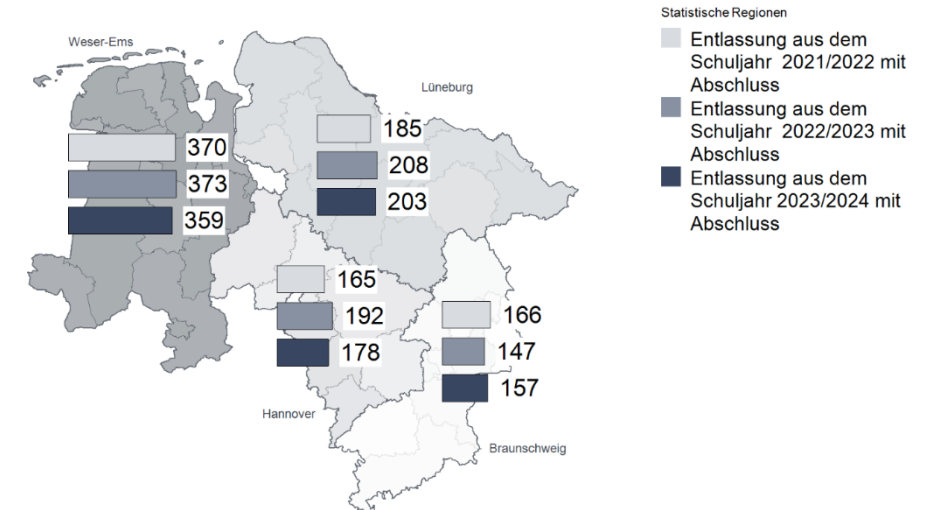
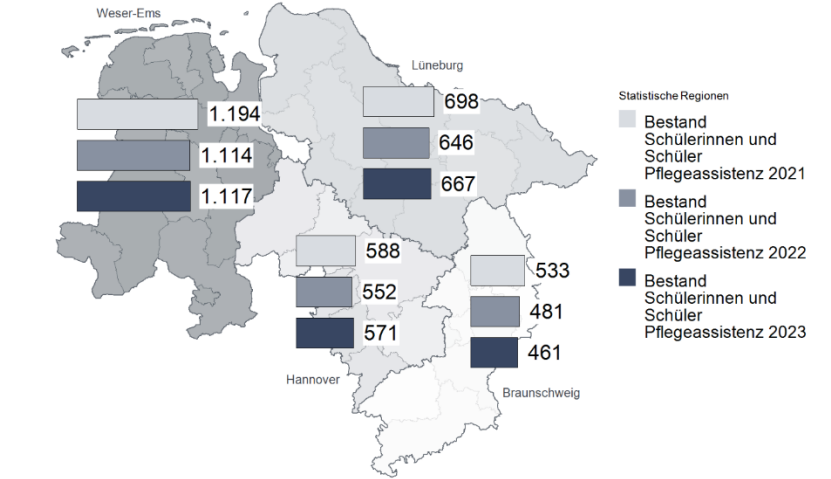
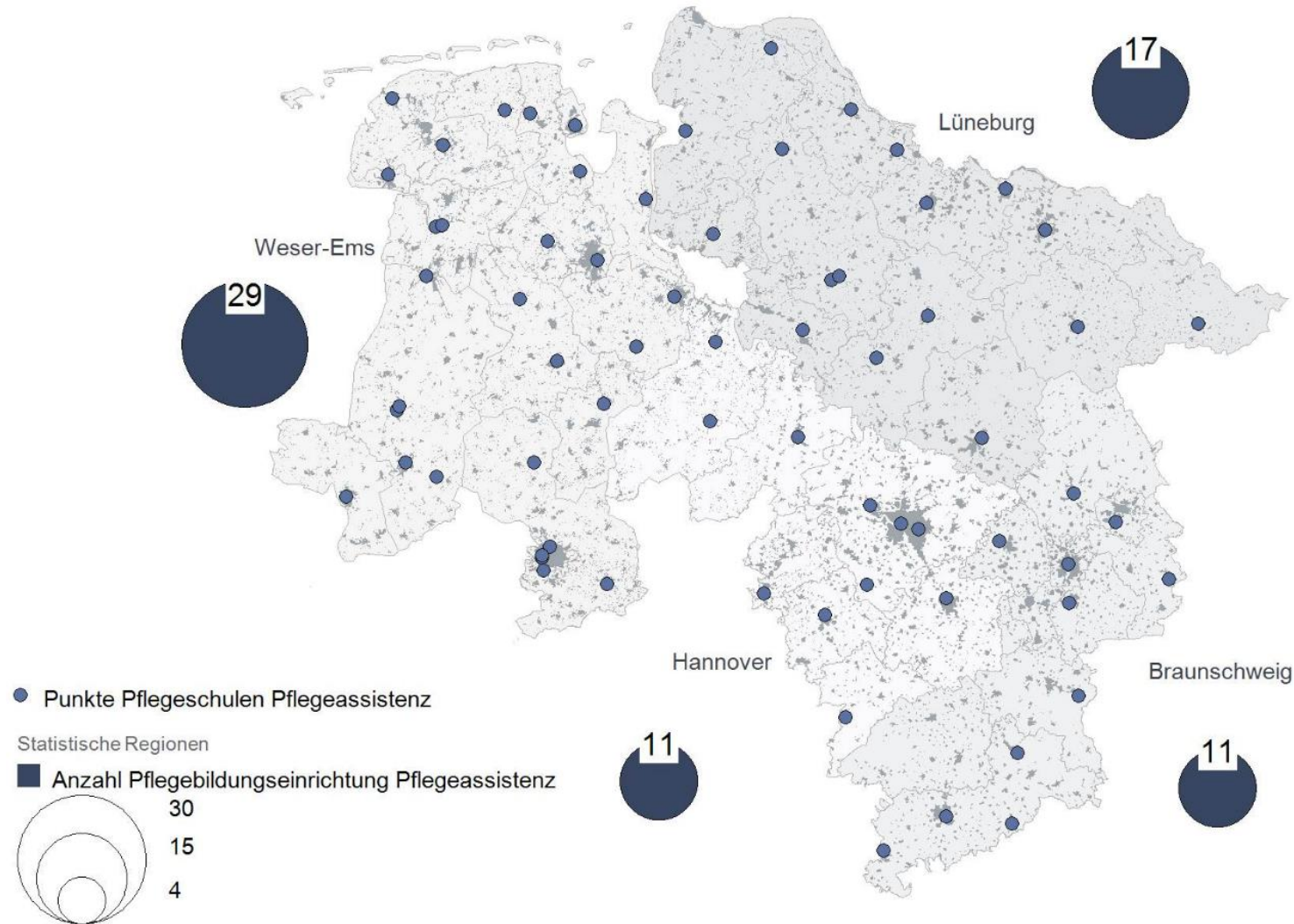


AGP
Sozialforschung
 Social Research

DIP
 Dienstleistung
 Innovation
 Pflegeforschung GmbH



Auszubildende Pflegeassistenten



Aussagen zur Region

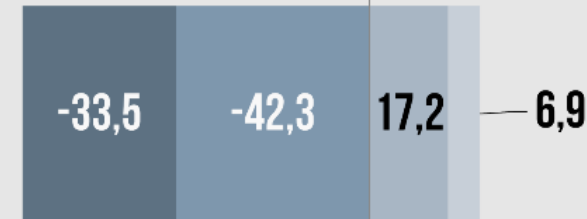
N = 370 %



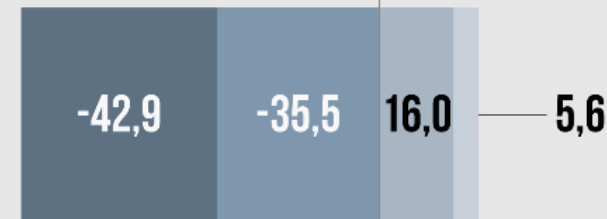
Bezogen auf die Einrichtungen / Dienste in unserer Region habe ich aktuell den Eindruck...

trifft gar nicht zu trifft eher nicht zu trifft eher zu trifft voll zu

dass die Ausbildungskapazität an
Pflegefachpersonal für die Bedarfsabdeckung
ausreichend ist. (n = 319)

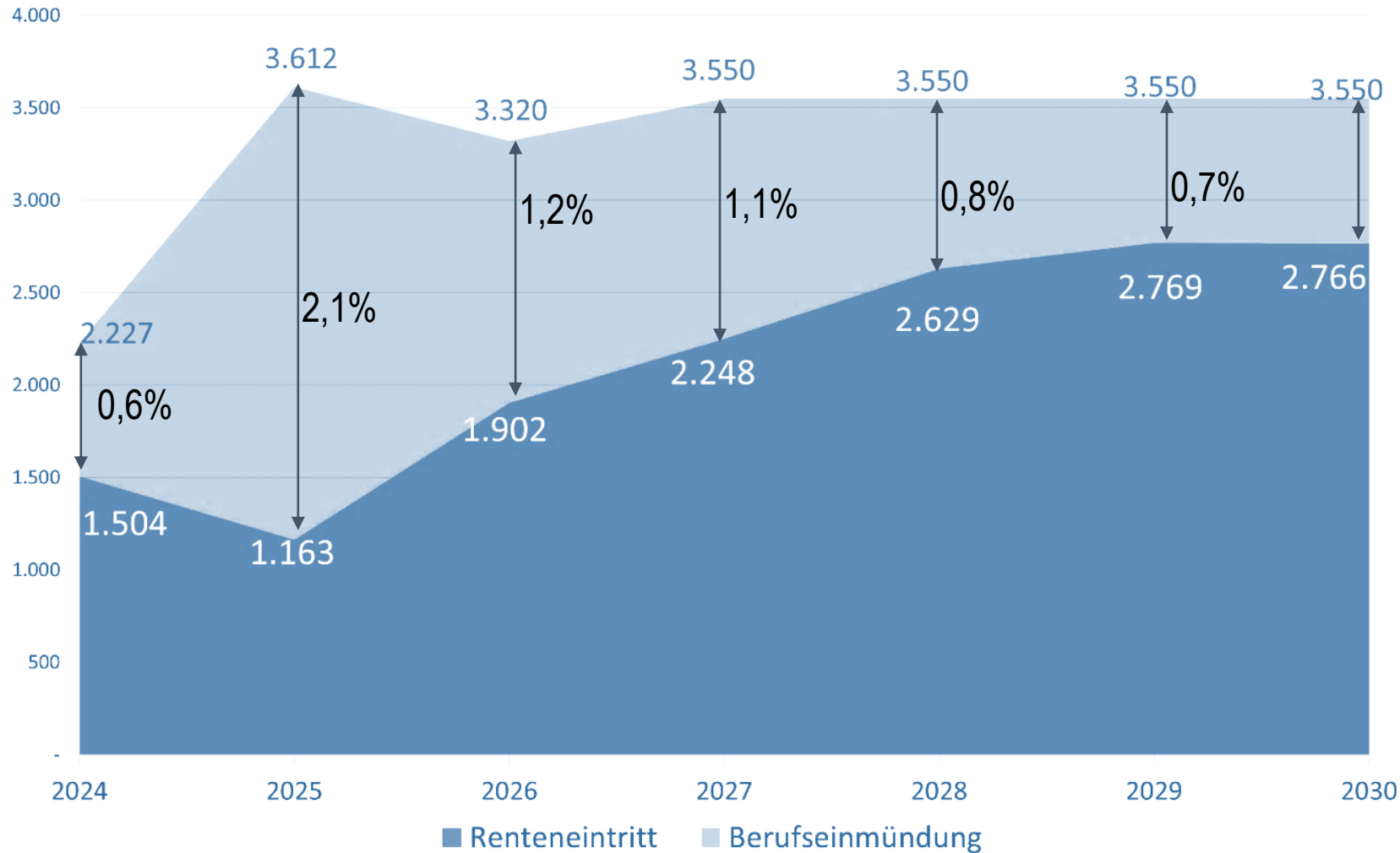


dass die Ausbildungskapazität an
Pflegeassistentpersonal für die
Bedarfsabdeckung ausreichend ist. (n = 287)



-100% -75% -50% -25% 0% 25% 50% 75% 100%

Prognostik Berufseinmündung versus Renteneintritte Pflegefachmann/-frau



Prozentwerte:

Zusätzliches Potenzial
gemessen an der Anzahl der
sozialversicherungspflichtig
Beschäftigten im Jahr 2024

Einschätzungen der Pflegeschulen zu Gründen von Ausbildungsabbrüchen



AGP

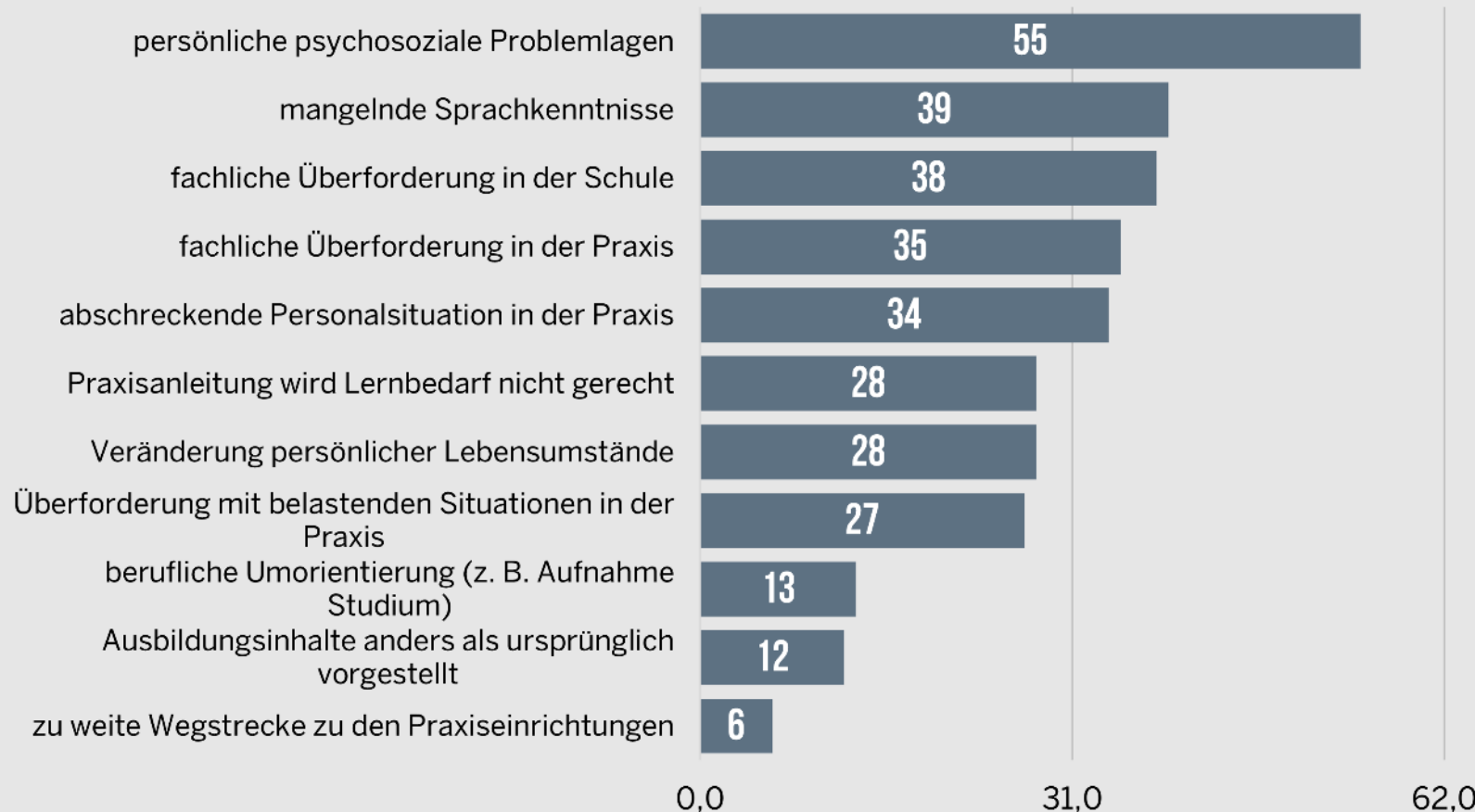
Sozialforschung
Social Research



Hauptgründe für vorzeitige Ausbildungs- lösungen im ersten Jahr

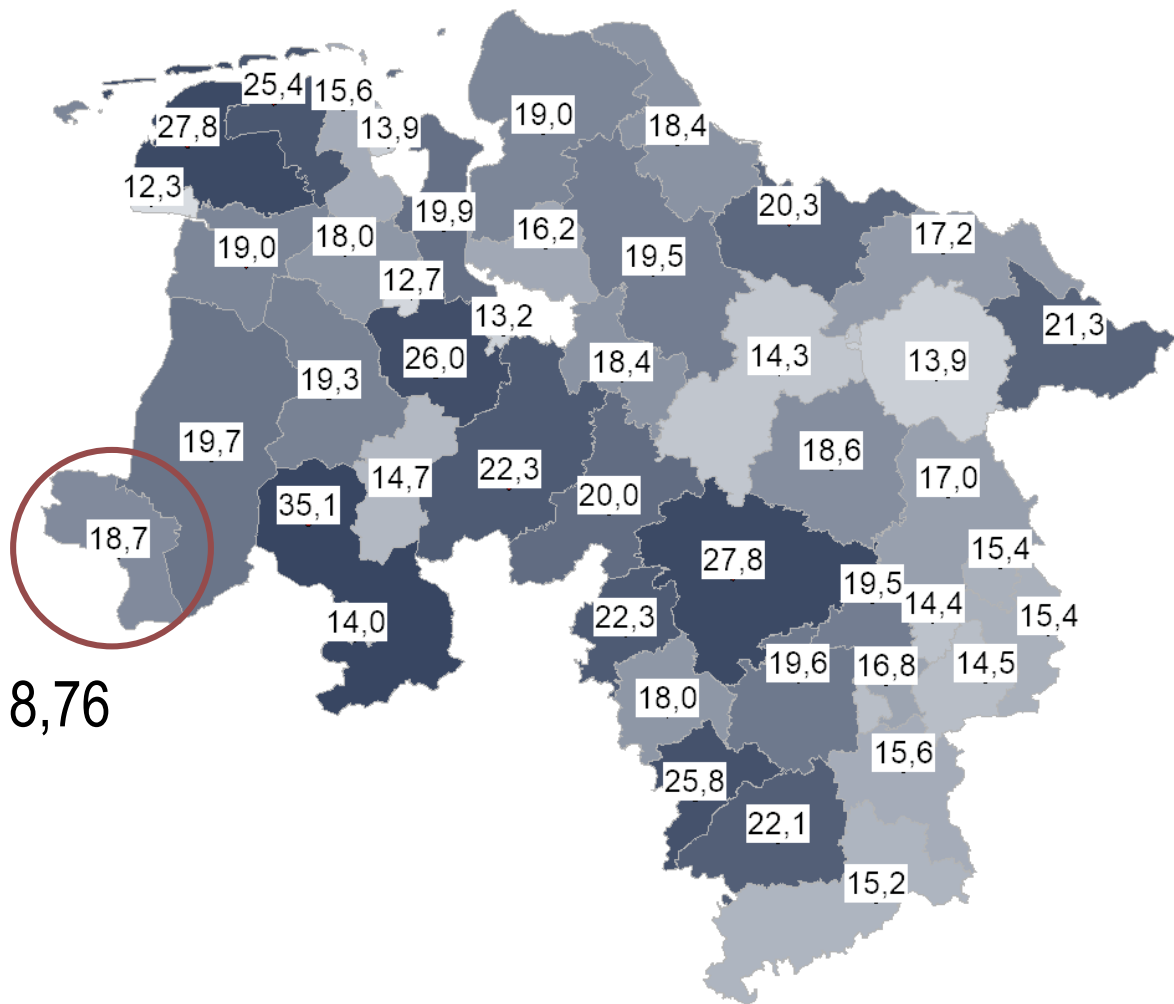
abs.
n = 62

Mehrfachnennung



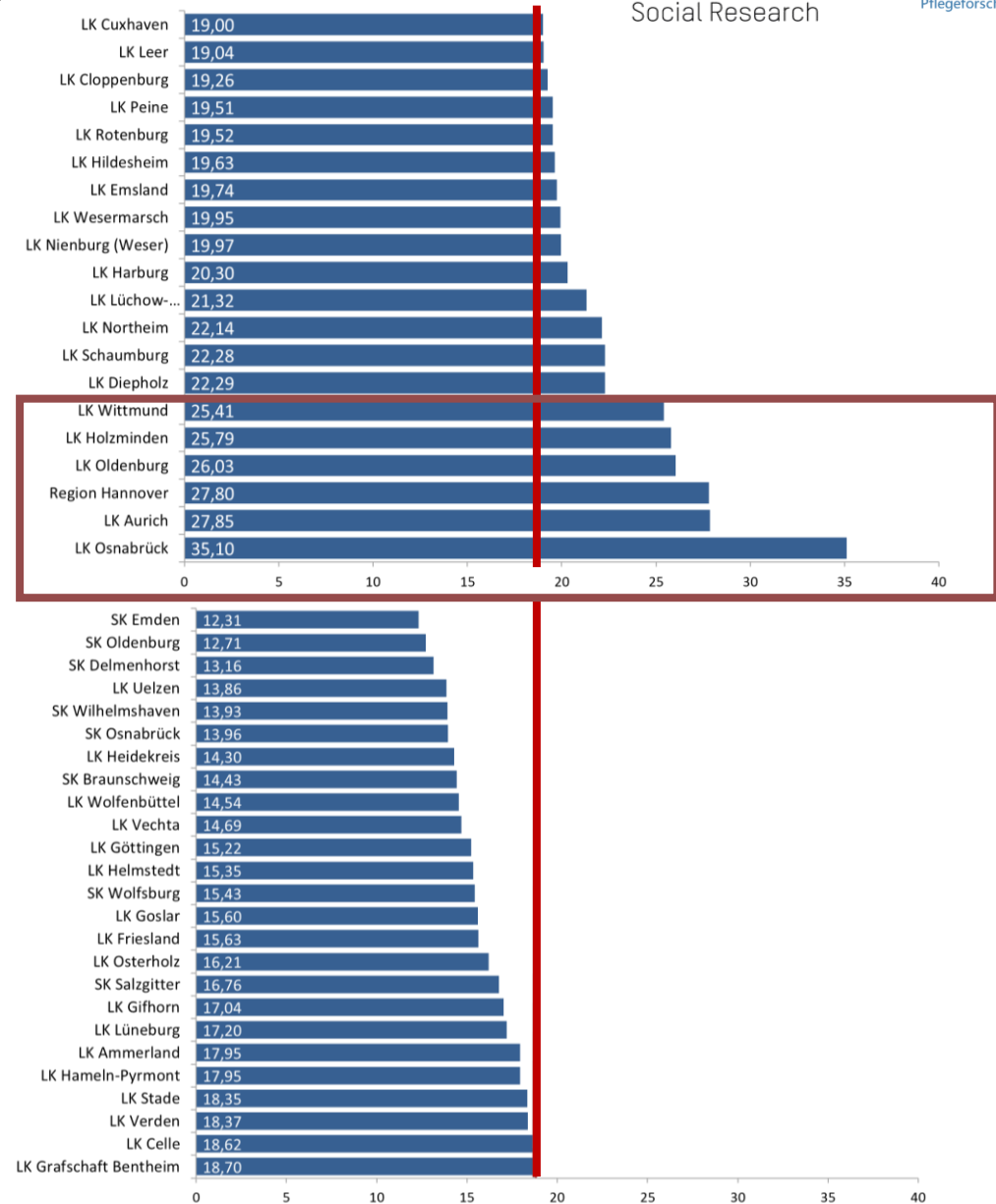
Index pflegerischer Versorgungssicherheit

Index fachpflegerische Versorgungssicherheit



Ø 18,76

Hohe Indexwerte bedeuten eine größere Vulnerabilität
je dunkler die Fläche, desto höher die Werte



Kommunale Pflegeplanung und KommCare

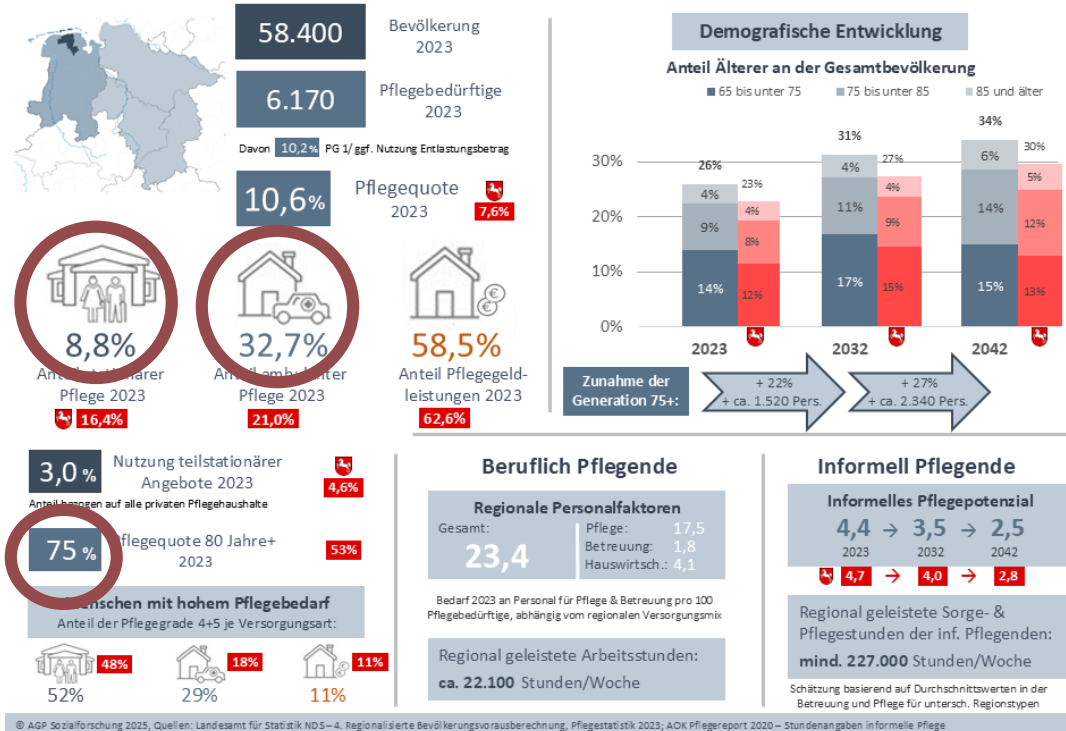


- KommCare zeigt Wirkungen und qualifiziert kommunale Pflegeplanungsaktivitäten
 - Vereinheitlichung
 - Beratung und Unterstützung willkommen
- Trotzdem: höchst unterschiedliche Performance der Landkreise und kreisfreien Städte
 - Von sehr elaborierten Ansätzen, häufig verbunden mit der Altenhilfe, wie beispielsweise in der Landeshauptstadt Hannover,
 - bis zu eher defensiven Haltungen gegenüber den neuen Planungsverpflichtungen.
- Land und Kommunen kaum Instrumente für verbindliche Vorgaben
 - Pflegeversicherung folgt dem Prinzip der Wettbewerbsneutralität und versteht den Dienstleistungssektor der Langzeitpflege als Markt.
 - Zunehmend: Unter- und Fehlversorgungen
 - vielfältige kommunalpolitische Aktivitäten im Bereich der Pflege machen deutlich: die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen, die Schnittstellen zwischen klinischer Versorgung und Langzeitpflege und die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements lassen sich beeinflussen
- Pflege findet vor Ort statt
 - Lebensbedingungen vor Ort, die sozialen Netzwerke, der gesellschaftliche Zusammenhalt in Quartieren, die Verfügbarkeit von ambulanten Unterstützungsformen, sind entscheidend für die Frage, wie die An- und Herausforderungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit beantwortet werden.
- Die fachlich ambitionierten Zielsetzungen, die mit Komm.Care verbunden werden, schlagen sich noch nicht in den Planungsaktivitäten aller Landkreise und kreisfreien Städte nieder.
 - Der beschrittene Weg ist der richtige.
 - Eine verpflichtende kommunale Planung und Vernetzung im Thema Pflege mit entsprechenden fachlich-qualifizierenden Flankierungen sollte konsequent weiterverfolgt werden

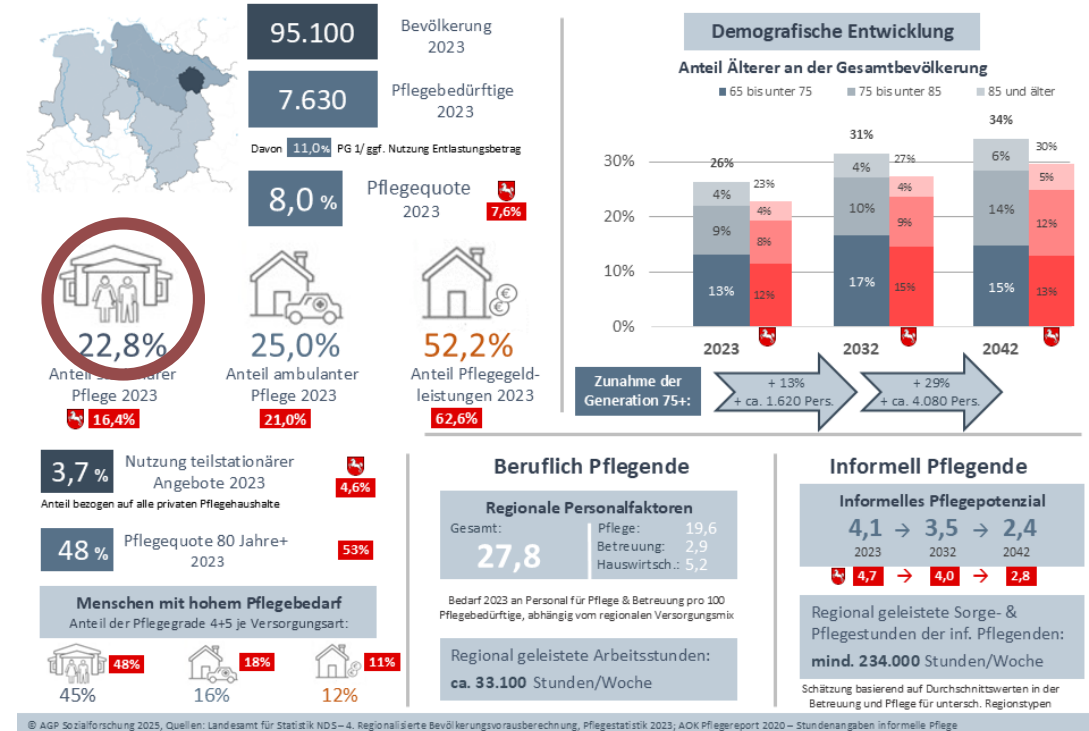
Regionalprofile der Langzeitpflege

Profile – Gegenüberstellungen I

LKR. WITTMUND – PROFIL LANGZEITPFLEGE



LKR. UELZEN – PROFIL LANGZEITPFLEGE





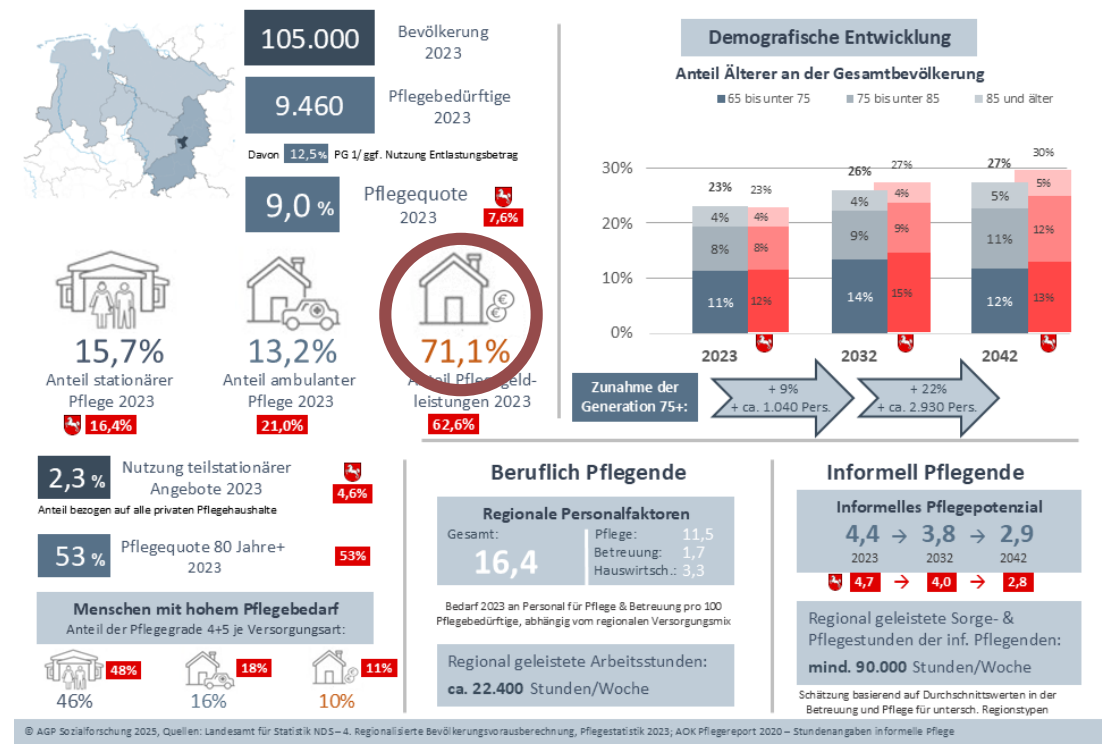
AGP

Sozialforschung
Social Research

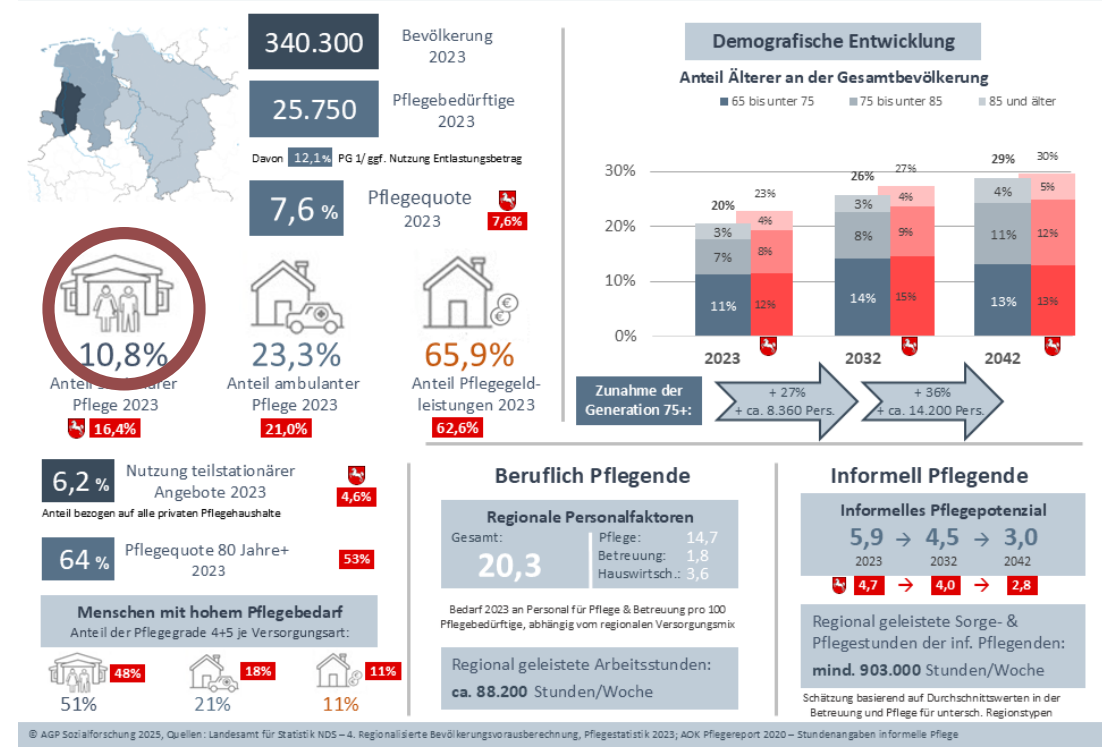


Profile – Gegenüberstellungen II

STADT SALZGITTER – PROFIL LANGZEITPFLEGE



LKR. EMSLAND – PROFIL LANGZEITPFLEGE



Vertiefende Analysen

(Salzgitter, Grafschaft Bentheim, Oldenburg Land)

- Die Landkreise weisen ein sehr unterschiedliches demografisches Profil auf, das einige, aber längst nicht alle Unterschiede erklärt.
- Landkreise haben eigene Traditionen und Angebotsstrukturen, siedlungsgeographische Besonderheiten, jeweils spezifische Bevölkerungszusammensetzungen und jeweils eigene Beispiele guter Praxis, die die durchaus unterschiedlichen Angebotsstrukturen in der Pflege und deren Inanspruchnahme erklären helfen.
- Die zur Verfügung stehenden Planungsinstrumente werden sehr unterschiedlich genutzt. Deutlich wird in allen Vertiefungsstudien: Das Projekt Komm.Care wird als Unterstützungsangebot für die kommunale Planung durchweg positiv bewertet.
- Die drei Vertiefungsbeispiele zeigen, wie wichtig es ist, sich vor Ort mit den Herausforderungen der Pflege einschließlich des Personalbedarfs in der Pflege auseinanderzusetzen.
 - Pflege wird zunehmend zu einem kommunalpolitischen Thema mit aktivem Steuerungsbedarf und zu einer Aufgabe, die als Teil der Daseinsvorsorge verstanden wird.
 - Darüber hinaus wird deutlich, wie die kreisfreien Städte und Landkreise in Niedersachsen voneinander profitieren können, wenn es um Impulse, Anregungen und Beispiele guter Praxis geht.
 - Komm.Care dient als Austauschplattform für die zukünftigen Herausforderungen.
 - Es gilt das Problembewusstsein bei allen Akteuren in allen Regionen zu schärfen: Das Thema Langzeitpflege wird zunehmend zu einem „Schicksalsthema“ für Familien, für Betroffene, und zum Standortfaktor für Städte und Gemeinden.

- *Verpflichtende Berichterstattung zu kommunalen Projekten, Aktivitäten, Verbünden*
- *Einbindung von Daten und Erfahrungen der Heimaufsicht*
- *Integrierte Sozialplanung - Bezüge und Schnittstellen nutzen und herstellen*
- *Netzwerke und partizipative Ansätze konsequent einbeziehen (z.B. über Pflegekonferenzen)*
- *Berücksichtigung der Gemeinde- bzw. Quartiersebene (Pflegestützpunkte dezentral, Pflegetische)*
- *KI gestützte Planung statt Excel Tabellen*



Take Home

1

Flächendeckende Versorgung/ flächendeckende Zugänge zur Versorgung bestehen aktuell (aber keine Bedarfsgerechtigkeit)

2

Pflegebedürftigkeit ist zwischen 2017 und 2023 „entkoppelt“ von der Altersdemografie (die Altersdemografie tritt erst ab 2035 deutlicher zutage)

3

Die Beschäftigung Pflegender stagniert (Zunahme der Einrichtungen korrespondieren nicht mit einer Zunahme der Beschäftigung)

4

Die Berufsdemografie Pflegender wird frühzeitig auf strukturelle Entwicklungen einwirken (geringe Überhänge erlauben keinen Ausbau bestehender Strukturen)

5

Regionale Ansätze (Care- und Casemanagement/ regionales Pflegekompetenzzentrum) haben eine große Bedeutung bei der Steuerung und Gestaltung der Pflege

6

Pflegeversorgung wird ohne familiäre, nachbarschaftliche Hilfe und bürgerschaftliches Engagement nicht realisierbar bleiben (Modellprogramm nach § 123 als Chance nutzen)

TAK DANK U WEL XIÈXIE

KÖSZÖNÖM CHOKRANE СПАСИБО

TERIMA KASIH

Vielen Dank

Thank you

GRAZIE

MERCI

TESEKKUR EDERIM

DZIĘKUJĘ

ARIGATÔ

ขอบคุณครับ

TÄNAN

HVALA



Prof. Dr. Michael Isfort
Vorstand DIP e.V., Köln
Geschäftsführer DIP GmbH
Katholische Hochschule NRW, Köln



Prof. Dr. Thomas Klie
Institutsleiter AGP Sozialforschung
Prof. em. Ev. Hochschule Freiburg

Stellungnahme zur Drucksache 19/5086 des Niedersächsischen Landtags

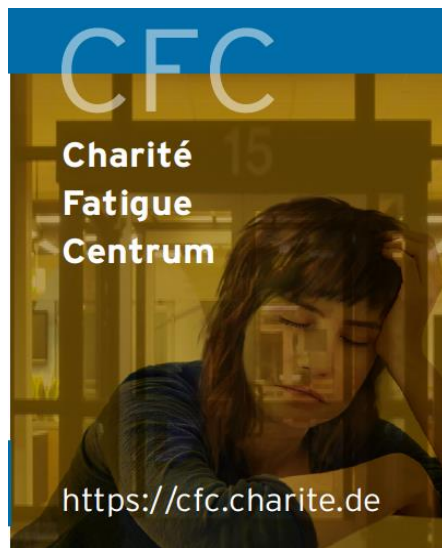
Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS) etablieren

12.6.25

Carmen Scheibenbogen

Institut für Medizinische Immunologie, Charité, Berlin

Sektion Immundefekte und Postinfektiöse Erkrankungen



ME/CFS – eine schwere chronische Erkrankung

- ICD-10 G93.3, ICD-11 8E49 (neurologisch)
- präpandemisch 150T – 300T Erkrankte in D (1)
- Bis 2024 geschätzt verdoppelt
- 50% arbeitsunfähig,
25% ans Haus gebunden, ein Teil bettlägrig (4)
- die meisten Patienten ohne angemessene Versorgung (2,3)
- meist chronisch, keine ursächliche Therapie (4)



1. IQWiG: ME/CFS: Der aktuelle Kenntnisstand, 5, 2023
2. Derek Pheby et al. A Literature Review of GP Knowledge and Understanding of ME/CFS: A Report from the Socioeconomic Working Group of the European Network on ME/CFS (EUROMENE). Medicina 2020
3. Froehlich L, Hattesohl DBR, Jason LA, Scheibenbogen C, Behrends U, Thoma M. Medical Care Situation of People with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in Germany. Medicina 2021
4. Nacul L, Authier J, Scheibenbogen C et al. EUROPEAN ME NETWORK (EUROMENE) Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision and Care of People with ME/CFS in Europe. Medicina 2021

Long COVID science, research and policy

Received: 16 April 2024

Accepted: 2 July 2024

Ziyad Al-Aly^{1,2}✉, Hannah Davis³, Lisa McCorkell³, Leticia Soares³,
Sarah Wulf-Hanson⁴, Akiko Iwasaki^{5,6} & Eric J. Topol⁷

Ende 2023
ca 400 Millionen LC
= 5% LC
= 0,5% ME/CFS*

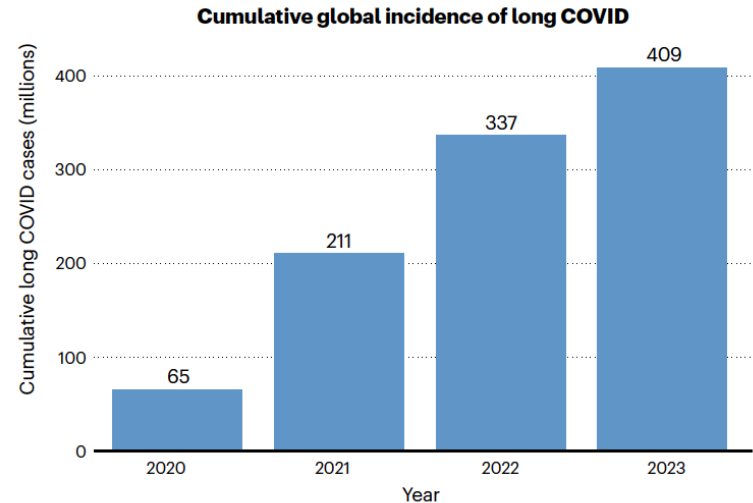


Fig. 2 | Estimated global cumulative incidence of long COVID. We estimated the global incidence of long COVID on the basis of meta-regression estimates that pool together all the available evidence. Considering the Institute for Health Metrics and Evaluation's annual estimates of SARS-CoV-2 infections^{31,55–59} and assuming the lower risk estimate of 6.2% for long COVID at 3 months after infection³¹, a proportion symptomatic cases among infections of 65% (ref. 31), and a reduction in the risk of long COVID for 2022 and 2023 (to account for the combination of the putative lower severity of the Omicron variant and the mildly protective effect of vaccination)⁶⁰, the estimated cumulative global incidence of long COVID was 65 million, 211 million, 337 million and 409 million in 2020, 2021, 2022 and 2023, respectively.

* Persistent symptoms and clinical findings in adults with post-acute sequelae of COVID-19/post-COVID-19 syndrome in the second year after acute infection: A population-based, nested case-control study

Raphael S. Peter¹, Alexandra Nieters², Siri Göpel, Uta Merle, Jürgen M. Steinacker, Peter Deibert, Birgit Friedmann-Bette, Andreas Nieß, Barbara Müller, Claudia Schilling, Gunnar Erz, Roland Giesen, Veronika Götz, [...], on behalf of the EPILOC Phase 2 Study Group¹ [view all]

Published: January 23, 2025 • <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004511>



Demonstration zur Bundestagdebatte zur Situation von ME/CFS am 19.1.23

Chronisch krank, chronisch ignoriert

92 Min. | Verfügbar bis zum 26/03/2025 | 

[Wissenschaft](#) | [Gesundheit und Medizin](#) | [Dokus und Reportagen](#)



Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) ist eine Multisystemerkrankung mit verheerenden Folgen. Seit Jahrzehnten wird sie immer noch missverstanden, sie ist kaum erforscht und vom Gesundheitssystem kaum anerkannt. Der Dokumentarfilm erklärt die Erkrankung und schildert den Leidensweg von Betroffenen.

Obwohl die Myalgische Enzephalomyelitis, das Chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS), seit Jahrzehnten als neurologische Erkrankung anerkannt ist, wird sie dennoch von weiten Teilen der Ärzteschaft nach wie vor missverstanden. Zudem wird sie von der Pharmaindustrie kaum erforscht und vom Gesundheitssystem größtenteils ignoriert. Mit Long-Covid und den Folgen der Covid-Impfung kommen Millionen Erkrankte hinzu. Es besteht der Verdacht, dass das Coronavirus die Krankheit auslösen kann.

Der Dokumentarfilm beleuchtet das Thema aus der Perspektive von Betroffenen und stellt Auffassungen aus Politik, Medizin, Wissenschaft und Pharmaindustrie vor. Dabei verbindet der Film historische Analyse mit aktueller Bestandsaufnahme und persönlichen Erfahrungsberichten.

Eine von ihnen ist die Regisseurin Sibylle Dahrendorf, die seit Jahren an der Verkettung multisystemischer Krankheiten leidet – darunter auch an den Folgen der Medikamentenschädigung durch Fluorchinolone, die zur Gruppe der Breitbandantibiotika zählt.

Ohne Behandlung und ans Bett gefesselt, bleiben Dahrendorf vor allem die Sozialen Medien für den Austausch mit der Außenwelt und mit Wissenschaftlern. Regisseurin Daniela Schmidt-Langels folgt den Spuren der gemeinsamen Recherche, führt Interviews mit Experten auf der ganzen Welt und versucht, Verantwortliche in Politik und Gesundheitswesen mit der Situation zu konfrontieren.

„Chronisch krank, chronisch ignoriert“ deckt die gravierende Ignoranz im Umgang mit ME/CFS und anderen multisystemischen Erkrankungen auf und ist zugleich ein eindringliches Plädoyer für ein notwendiges Umdenken in Politik, Gesellschaft und Wissenschaft.



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und
strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf
Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache
oder Krankheitsausprägung aufweisen

(Long-COVID-Richtlinie/LongCOV-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2023
veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 08.05.2024 B1)
in Kraft getreten am 9. Mai 2024

Hausärzte

Fachärzte/Psychotherapeuten

Hochschulambulanzen



PRAXISNACHRICHTEN

HINTERHER
IST MAN IMMER
SCHLAUER



Neue EBM-Leistungen für Patienten mit Verdacht auf Long COVID

12.12.2024 – Für die Versorgung von Patienten mit Long COVID oder einem Verdacht auf Long COVID werden zum 1. Januar mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben am Mittwoch im Bewertungsausschuss einen entsprechenden Beschluss gefasst und die Vergütung festgelegt.



Erforschung und Stärkung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um die Langzeitfolgen von COVID-19 (Long COVID)

Die Förderbekanntmachung gliedert sich in vier Module mit folgenden thematischen Schwerpunkten:

Modul 1: Modellprojekte zur integrierten bzw. koordinierten Versorgung



Modul 2: Innovationen in der Versorgung



Modul 3: Erforschung der Versorgungslage und des Krankheitsgeschehens



Modul 4: Übergeordnete Koordinierungsstelle und Gesamtevaluation



Long COVID - Arzneimittel:

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Long COVID-Erkrankten

Eine Ausarbeitung der Expertengruppe Long COVID Off-Label-Use
Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

2.2 Häufige Long COVID-Symptome und Optionen für die symptomorientierte Arzneimitteltherapie bei Erwachsenen (In-Label-Use)

Teil 1: Off-Label-Use

1.1. Einführung: die Expertengruppe Long COVID Off-Label-Use

Long COVID ist ein vielschichtiges Krankheitsbild mit individuell unterschiedlichen Verläufen. Bisher gibt es keine Arzneimittel, die gezielt für die Therapie von Long COVID zugelassen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat deshalb im Dezember 2023 eine Expertengruppe mit dem Auftrag etabliert, Empfehlungen zum Einsatz von Arzneimitteln im Off-Label-Use, d. h. außerhalb der Zulassung, zu geben. Die Arbeit der Expertengruppe erfolgt stufenweise:

- Bewertung vorliegender Studiendaten
- Empfehlung
- Weiterleitung an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Entscheidung über einen zulassungsüberschreitenden Einsatz

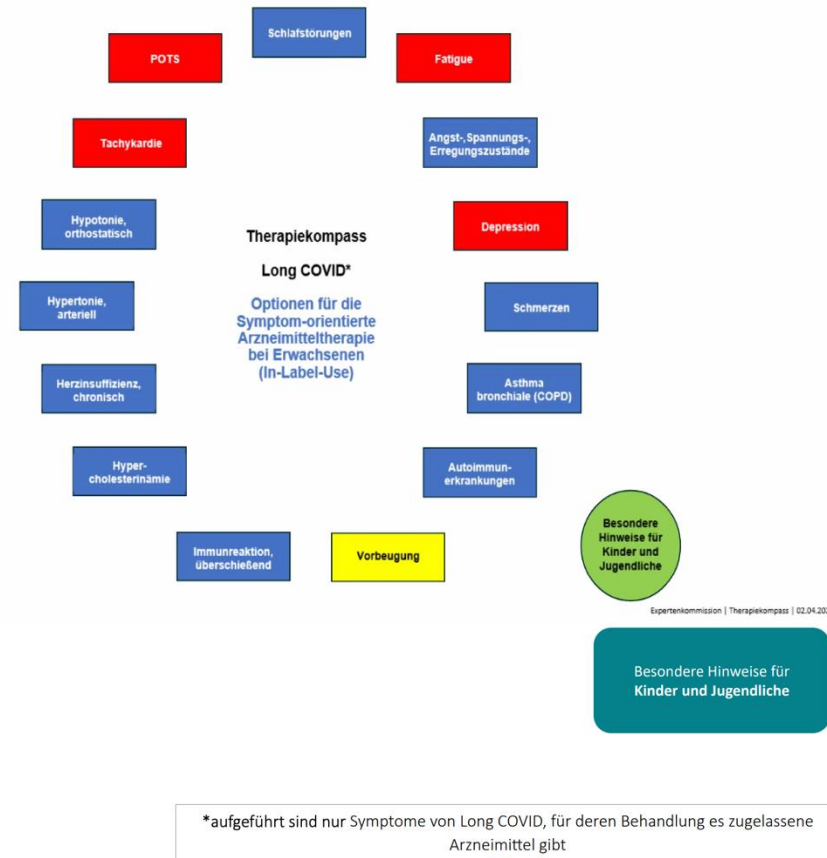
1.2 Zu bewertende Wirkstoffe

- **Antidepressiva** (Amitriptylin, Bupropion, Doxepin, Duloxetin, Mirtazapin, Sertralin, Vortioxetin)
- **Aripiprazol**
- **Betablocker**
- **Glukokortikoide**
- **Ivabradin**
- **Metformin**
- **Midodrin**
- **Naltrexon**
- **Nirmatrelvir / Ritonavir**
- **Pyridostigmin**
- **Statine**

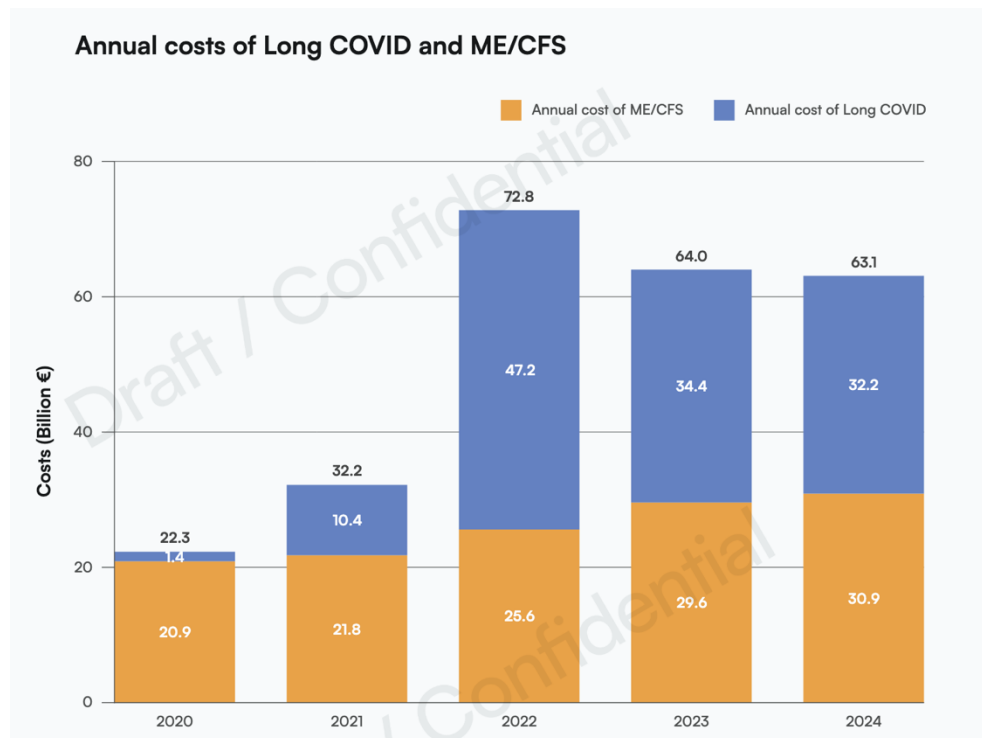
Die Bewertung schließt auch von den Zulassungsindikationen abweichende Dosierungen ein. Sie wird einzelne Altersgruppen wie z.B. Kinder und Jugendliche gesondert berücksichtigen.

Off-Label-Use

Bewertung von Off-Label-Therapie



S+ Long Covid und ME/CFS kosten die Gesellschaft jährlich 60 Milliarden Euro



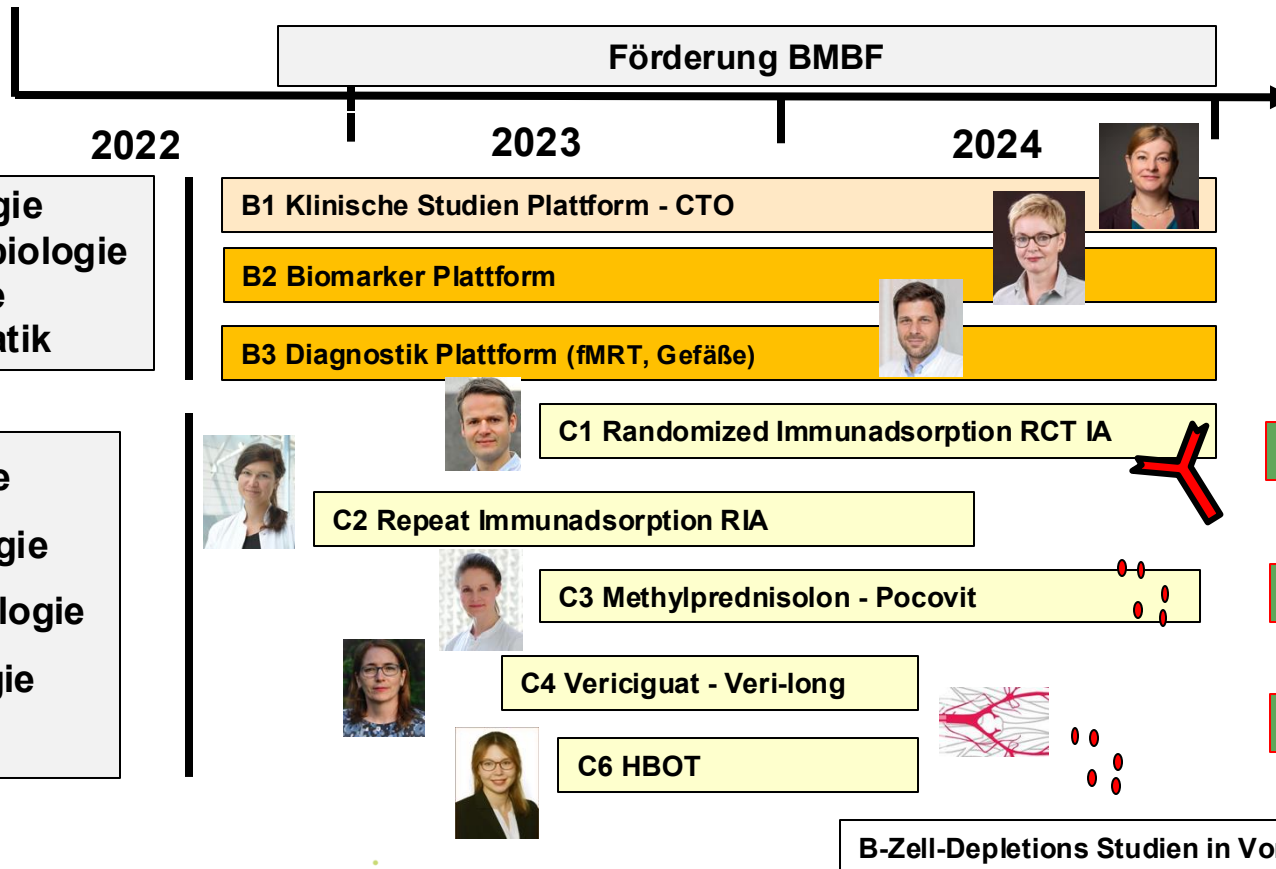
**James Daniell, Johannes Brand, Dirk Paessler, Joerg Heydecke,
Simon Schoening, and Amy McLennan.**
The rising cost of Long COVID and ME/CFS in Germany, Mai 2025

ME/CFS

- ist eine häufige und schwere Erkrankung
- als Folge von Long Covid Zahlen etwa verdoppelt:
mind 0,5 Mill. Erkrankte alleine in Deutschland
- hohe soziale und ökonomische Folgen
- Krankheitsmechanismen ausreichend verstanden, um
gezielte Therapien zu entwickeln



ME/CFS und Post Covid Syndrom: Nationale klinische Studien Gruppe (NKSG) Forschung und Therapiestudien „Hand in Hand“



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

LONG COVID
DEUTSCHLAND

ME/CFS
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ME/CFS E.V.

Scheibenbogen C, et al. Fighting Post-COVID and ME/CFS - development of curative therapies. Front Med 2023



Klinische Studien

Klinische Studien

Weiterbildung

Für Patienten

Information und Fortbildung

Für Ärzte

Forschung

Forschung

Studium & Lehre

Karriere

Über das Centrum

Durchsuchen Sie diese Website

fatigue-centrum@charite.de

Zum Charité-Portal

chirmfoto

Das Fatigue Centrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Fatigue ist ein häufiges Symptom in der Bevölkerung und ärztlichen Praxis. Fatigue tritt bei unterschiedlichen Erkrankungen auf und kann so stark ausgeprägt sein, dass Patienten schwer krank sind. Die Ursachen von Fatigue sind vielfältig und nicht gut verstanden und oft nicht einfach zu klären. Fatigue, die im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen auftritt, bessert sich oft durch die Behandlung der Erkrankung selbst.

Die Myalgische Enzephalomyelitis/Chronische Fatigue Syndrom (ME/CFS) ist davon abzugrenzen als eine eigenständige komplexe Erkrankung. Typischerweise kommt es bei ME/CFS nach einem Infekt zu schwerer Erschöpfung die stets mit ausgeprägten körperlichen und kognitiven Symptomen einhergeht. Charakteristisch für ME/CFS ist die oft erst am Folgetag einer Anstrengung auftretende Verschlechterung, die sog. postexertionelle Fatigue oder Malaise, die tage- oder sogar wochenlang anhalten kann.

Als Zusammenschluss von Ärzten und Wissenschaftlern, die sich mit Fatigue beschäftigen, haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, Patienten und Ärzten Hilfestellung bei der Diagnostik und Therapie zu geben. Für Ärzte bieten wir Fortbildungsveranstaltungen an und stellen Informationsmaterial für Ärzte und Patienten zur Verfügung.