

10.04.2024

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Josef Neumann MdL

Einladung

50. Sitzung (öffentlich, Livestream)
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am Mittwoch, dem 17. April 2024,
15.30 Uhr, Raum E3 D01

Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

Gemäß § 53 Absatz 1 der Geschäftsordnung des Landtags berufe ich den Ausschuss ein und setze folgende Tagesordnung fest:

Tagesordnung

1. Gesetz zur Änderung des Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetzes

Gesetzentwurf der Landesregierung
Drucksache 18/7860

Abschließende Beratung und Abstimmung

2. Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen verbessern und Vergütung anheben!

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 18/5428
Ausschussprotokoll 18/419

Abschließende Beratung und Abstimmung

3. Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!

Antrag der Fraktion der SPD
Drucksache 18/6356
Ausschussprotokoll 18/496

4. Wohnungslosigkeit überwinden – Housing First in Nordrhein-Westfalen auf dem Weg zum 2030-Ziel

Antrag der Fraktion der CDU und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 18/8432

- 2 -

5. Verhältnismäßigkeit des Streikrechts wahren – Nordrhein-Westfalen setzt sich für gesetzliche Vorgaben für Arbeitskämpfe in der kritischen Infrastruktur ein!

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 18/8435

6. Ein politisches Update für die Pflege in Nordrhein-Westfalen

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 18/8441

7. Das Krankheitsbild Lipödem aus der gesellschaftlichen Tabuzone holen – Aufklärung, Versorgung und Forschung stärken.

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 18/8440

Entschließungsantrag der Fraktion der SPD
Drucksache 18/8547

8. Kostenfreie Meisterfortbildung in Nordrhein-Westfalen sicherstellen – Fachkräfte ausbilden, statt sie zu importieren!

Antrag der Fraktion der AfD
Drucksache 18/8426

9. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen – Fortschreibung des Krankenhausplans

Bericht der Landesregierung
Vorlage 18/2410

10. Einführung von Drogenqualitätskontrollen in Drogenkonsumräumen

Bericht der Landesregierung
Vorlage 18/2450

11. Landesausschuss Alter und Pflege

Bericht der Landesregierung
Vorlage 18/2431

12. Berücksichtigung der Berufskollegs im Rahmen des Startchancen-Programms

Bericht der Landesregierung
Vorlage 18/2433
Vorlage 18/2444

13. Verschiedenes

- 3 -

gez. Josef Neumann
- Vorsitzender -

F. d. R.

Susanne Stall
- Ausschussassistenz -

- TOP 1 -

Gesetz zur Änderung des Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetzes

25.01.2024

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Gesetz zur Änderung des Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetzes

A Problem

Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2018/958 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen in Nordrhein-Westfalen (Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetz – VHMPG NRW) vom 30. Juni 2020 (GV. NRW. S. 672) wurde die Richtlinie (EU) 2018/958 des Europäischen Parlaments und des Rates über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen (ABl. L 173 vom 9. Juli 2018, S. 25) umgesetzt. Damit wurde die Pflicht eingeführt, vor Erlass neuer und Änderung bestehender Berufsreglementierungen eine Verhältnismäßigkeitsprüfung in dem durch die Richtlinie (EU) 2018/958 (im Weiteren als Richtlinie bezeichnet) vorgegebenen inhaltlichen Rahmen durchzuführen.

Die Europäische Kommission erachtet die mit dem vorbezeichneten Gesetz in nationales Recht erfolgte Umsetzung von Artikel 3 der Richtlinie als nicht ausreichend und die Umsetzung von Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie als ungenau.

Gemäß Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie sind die Mitgliedsstaaten für die Zwecke von Artikel 7 Absatz 2 Unterabsatz 1 Buchstabe f der Richtlinie verpflichtet, die Auswirkung der neuen oder geänderten Vorschriften zu prüfen, wenn sie mit anderen Vorschriften kombiniert werden, die den Zugang zu reglementierten Berufen oder deren Ausübung beschränken. Eine nicht abschließende Liste derartiger potenziell vorliegender Anforderungen ist in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie aufgeführt.

Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie wird in § 4 Absatz 3 i. V. m. Anlage 3 VHMPG NRW umgesetzt. Aus Sicht der Kommission wird hieraus nicht deutlich, dass die Liste der Anforderungen, die im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung von kombinierten Vorschriften (dies betrifft neue, geänderte und/oder bereits bestehende Vorschriften) zu prüfen sind, nicht abschließend ist.

Ferner fehlt aus Sicht der Europäischen Kommission in dem VHMPK NRW die wörtliche Übernahme der Begriffsbestimmungen aus Artikel 3 der Richtlinie. Die entsprechende Umsetzung durch einen ausschließlich inhaltsbezogenen Verweis in § 2 VHMPG NRW führt nach Ansicht der EU Kommission zur Rechtsunsicherheit. Zudem bestehe die Gefahr, dass die Richtlinie nicht korrekt angewendet wird, da eine nicht korrekt erfolgte Umsetzung von Begriffsbestimmungen wie „reglementierter Beruf“, „geschützte Berufsbezeichnung“ und „vorbehaltene Tätigkeiten“ dazu führen könne, dass bestimmte Anforderungen, mit denen die Aufnahme oder Ausübung reglementierter Berufe beschränkt wird, irrtümlich nicht unter den Geltungsbereich

des VHMPG NRW gefasst werden. In der Folge würden auch die materiell-rechtlichen Bestimmungen der Richtlinie nicht auf diese Anforderungen angewendet werden.

Da die Europäische Kommission ihre Bedenken der nicht ausreichenden Richtlinienumsetzung im Wege eines Vertragsverletzungsverfahrens (INFR(2021)2212) verfolgt, dient der vorliegende Entwurf der ergänzenden Umsetzung der Richtlinie insbesondere dem Ziel, den Bedenken der Europäischen Kommission abzuwehren.

B Lösung

Mit der Neufassung des § 4 Absatz 3 im vorliegenden Gesetzentwurf soll klar zum Ausdruck gebracht werden, dass die Liste der zu prüfenden Anforderungen aus Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie in der Anlage 3 zu § 4 Absatz 3 VHMPG NRW nicht erschöpfend ist und sich die Prüfung der Auswirkung der neuen oder geänderten Vorschrift nicht nur auf etwaige Kombinationen mit den in Anlage 3 zu § 4 Absatz 3 VHMPG NRW aufgeführten Anforderungen erstreckt. Verdeutlicht werden soll dies durch eine stärkere Orientierung am Wortlaut von Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie.

Ferner sollen die Begriffsbestimmungen aus Artikel 3 der Richtlinie wörtlich in § 2 VHMPG NRW aufgenommen werden. Darüber hinaus sollen die beiden für die Verhältnismäßigkeitsprüfung relevanten Begriffsbestimmungen „reglementierter Beruf“ und „Berufsqualifikation“ des Artikel 3 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30. September 2005, S. 22), zuletzt geändert durch Artikel 15 des Abkommens zum Beschluss vom 5. Dezember 2011 (ABl. L 112 vom 24. April 2012, S. 6) explizit aufgenommen werden.

C Alternativen

Keine. Durch die Gesetzesänderung sollen die Bedenken der Europäischen Kommission im laufenden Vertragsverletzungsverfahren ausgeräumt werden, um eine Klageerhebung gegen die Bundesrepublik Deutschland und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden.

D Kosten

Keine. Durch die Änderungen entstehen keine unmittelbaren Haushaltsausgaben. Berufsreglementierungen müssen bereits jetzt schon nach geltendem Landes- und Europarecht den Anforderungen der Verhältnismäßigkeit genügen.

E Zuständigkeit

Zuständig ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Beteiligt sind alle übrigen Ressorts.

F Auswirkungen auf die Selbstverwaltung und die Finanzlage der Gemeinden und Gemeindeverbände

Keine.

G Finanzielle Auswirkungen auf die Unternehmen und die privaten Haushalte

Keine.

H Geschlechterdifferenzierte Betrachtung der Auswirkungen des Gesetzes

Keine.

I Auswirkungen auf die nachhaltige Entwicklung (im Sinne der Nachhaltigkeitsstrategie NRW)

Der Entwurf steht im Einklang mit den Leitgedanken der Landesregierung Nordrhein-Westfalens zur nachhaltigen Entwicklung im Sinne der NRW-Nachhaltigkeitsstrategie 2020. Die Regelungen sind insbesondere unter den Gesichtspunkten der menschenwürdigen Arbeit und des Wirtschaftswachstums (SDG 8) dauerhaft tragfähig. Betroffen ist insoweit der Indikator 8.5. a, b der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie (Erwerbstätigenquote). Es sollen unverhältnismäßige Beschränkungen des Zugangs zu reglementierten Berufen oder ihrer Ausübung vermieden werden. Damit soll ein Beitrag zu einem funktionsfähigen europäischen Binnenmarkt, insbesondere mit Blick auf einen ungehinderten Dienstleistungsverkehr, geleistet und gleichzeitig sichergestellt werden, dass Transparenz und ein hohes Verbraucherschutzniveau gewährleistet sind.

J Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen

Keine.

K Auswirkungen auf das E-Government und die Digitalisierung von Staat und Verwaltung (E-Government-Check)

Keine.

L Befristung

Eine Befristung des Gesetzes ist nicht angezeigt, da die Inhalte des Gesetzes durch die umzusetzende Richtlinie vorgegeben sind. Gemäß Artikel 12 Absatz 1 der Richtlinie legt die Europäische Kommission dem Europäischen Parlament und dem Rat bis zum 18. Januar 2024 und danach alle fünf Jahre einen Bericht über die Durchführung und Wirksamkeit der Richtlinie vor, der sich unter anderem auf ihren Geltungsbereich und ihre Effektivität erstreckt. Eine Evaluierung des durch europarechtliche Vorgaben geprägten Gesetzes sollte daher frühestens nach Vorlage des vorgenannten Berichts der Europäischen Kommission erfolgen.

G e g e n ü b e r s t e l l u n g

Gesetzentwurf der Landesregierung

Gesetz zur Änderung des Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetzes

Artikel 1

Das Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetz vom 30. Juni 2020 (GV. NRW. S. 672) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 werden die Wörter „2019/608 der Kommission (ABl. L 104 vom 15.4.2019, S.1)“ durch die Wörter „2023/2383 der Kommission (ABl. L, 2023/2383, 09.10.2023, ELI: http://data.europa.eu/eli/dec_del/2023/2383/oj)“ ersetzt.

Auszug aus den geltenden Gesetzesbestimmungen

Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2018/958 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen in Nordrhein-Westfalen (Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetz – VHMPG NRW)

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt für in den Geltungsbereich der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22; L 271 vom 16.10.2007, S. 18; L 93 vom 4.4.2008, S. 28; L 33 vom 3.2.2009, S. 49; L 305 vom 24.10.2014, S. 115; L 177 vom 8.7.2015, S. 60; L 268 vom 15.10.2015, S. 35; L 095 vom 9.4.2016, S. 20), die zuletzt durch Delegierten Beschluss (EU) 2019/608 der Kommission (ABl. L 104 vom 15.4.2019, S.1) geändert worden ist, fallende Vorschriften, die die Aufnahme oder Ausübung eines Berufs oder eine bestimmte Art seiner Ausübung beschränken, einschließlich des Führens einer Berufsbezeichnung und der im Rahmen dieser Berufsbezeichnung erlaubten beruflichen Tätigkeiten.

(2) Als Vorschriften im Sinne von Absatz 1 gelten Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften des Landes sowie Rechtsnormen, die von Kammern oder sonstigen juristischen Personen des öffentlichen Rechts, die aufgrund von Landesrecht über die Befugnis zur Rechtsetzung verfügen, erlassen werden.

(3) Die Anwendung ist ausgeschlossen, sofern Vorschriften der Umsetzung eines besonderen Rechtsakts der Europäischen

Union dienen, in dem spezifische Anforderungen an einen bestimmten Beruf festgelegt sind und dieser Rechtsakt den Mitgliedstaaten keine Wahl der genauen Art und Weise der Umsetzung dieser Anforderungen lässt.

2. § 2 wird wie folgt gefasst:

**„§ 2
Begriffsbestimmungen**

Im Sinne dieses Gesetzes ist:

1. ein „reglementierter Beruf“ eine berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme, die Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist; eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer geschützten Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über eine bestimmte Berufsqualifikation verfügen;
2. eine „Berufsqualifikation“ eine Qualifikation, die durch einen Ausbildungsnachweis, durch einen Befähigungsnachweis im Sinne des Artikels 11 Buchstabe a Ziffer i der Richtlinie 2005/36/EG oder durch Berufserfahrung nachgewiesen wird;
3. eine „geschützte Berufsbezeichnung“ eine Form der Reglementierung eines Berufs, bei der
 - a) die Verwendung einer Bezeichnung bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit oder einer Gruppe von beruflichen Tätigkeiten aufgrund von Rechts- oder Verwaltungsvorschriften unmittelbar oder mittelbar an den Besitz einer bestimmten Berufsqualifikation gebunden ist und

**§ 2
Begriffsbestimmungen**

(1) Für die Zwecke dieses Gesetzes gelten die Begriffsbestimmungen der Richtlinie 2005/36/EG.

(2) Ergänzend gelten die Begriffsbestimmungen des Artikels 3 Satz 2 der Richtlinie (EU) 2018/958 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Juni 2018 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen (ABl. L 173 vom 9.7.2018, S. 25).

- b) bei einer missbräuchlichen Verwendung der Bezeichnung Sanktionen verhängt werden und
4. eine „vorbehaltene Tätigkeit“ eine Form der Reglementierung eines Berufs, bei der der Zugang zu einer beruflichen Tätigkeit oder einer Gruppe von beruflichen Tätigkeiten aufgrund von Rechts- oder Verwaltungsvorschriften unmittelbar oder mittelbar Angehörigen eines reglementierten Berufs, die Inhaber einer bestimmten Berufsqualifikation sind, vorbehalten wird, und zwar auch dann, wenn diese Tätigkeit mit anderen reglementierten Berufen geteilt wird.“
3. § 4 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

§ 4 Durchführung der Verhältnismäßigkeitsprüfung

(1) Bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit sind sämtliche in Anlage 1 enthaltenen Punkte zu berücksichtigen.

(2) Darüber hinaus sind bei der Prüfung die in Anlage 2 enthaltenen Elemente zu berücksichtigen, wenn sie für die Art und den Inhalt der neu eingeführten oder geänderten Vorschrift relevant sind.

„(3) Für die Zwecke von Absatz 1 in Verbindung mit Anlage 1 Buchstabe f ist die Auswirkung der neuen oder geänderten Vorschrift zu prüfen, wenn sie mit einer oder mehreren Anforderungen kombiniert wird, wobei die Tatsache zu berücksichtigen ist, dass diese Auswirkungen sowohl positiv als auch negativ sein können. Hierbei sind insbesondere die in Anlage 3 benannten Anforderungen zu berücksichtigen.“

(3) Wird die neue oder geänderte Vorschrift mit einer oder mehreren der in Anlage 3 enthaltenen Anforderungen kombiniert, so ist die Auswirkung der neuen oder geänderten Vorschrift zu prüfen, insbesondere, wie die neue oder geänderte Vorschrift kombiniert mit anderen Anforderungen zum Erreichen desselben legitimen Zwecks beiträgt und ob sie hierfür notwendig ist.

(4) Zusätzlich ist sicherzustellen, dass der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit eingehalten wird, wenn spezifische Anforderungen im Zusammenhang mit der vorübergehenden oder gelegentlichen Erbringung von Dienstleistungen gemäß Titel II der Richtlinie 2005/36/EG, einschließlich der in Anlage 4 enthaltenen Anforderungen, neu eingeführt oder geändert werden. Diese Verpflichtung gilt nicht für Maßnahmen, durch die die Einhaltung geltender Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen gewährleistet werden soll, die im Einklang mit dem Recht der Europäischen Union angewendet werden.

(5) Bei Vorschriften, die die Reglementierung von Gesundheitsberufen betreffen und Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben, ist das Ziel der Sicherstellung eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes zu berücksichtigen.

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Erforderlichkeit der Regelungen

Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie (EU) 2018/985 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen in Nordrhein-Westfalen (Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetz – VHMPG NRW) wurde die Pflicht eingeführt, vor Erlass neuer und Änderung bestehender Berufsreglementierungen eine Verhältnismäßigkeitsprüfung in dem durch die Richtlinie vorgegebenen Rahmen durchzuführen. Die zentralen Inhalte der Verhältnismäßigkeitsprüfung sind in den Artikeln 5 bis 7 der Richtlinie festgelegt.

§ 4 VHMPG NRW (Durchführung der Verhältnismäßigkeitsprüfung) dient der Umsetzung des Artikel 7 der Richtlinie (Verhältnismäßigkeit). § 4 Absatz 3 setzt Artikel 7 Absatz 2 Unterabsatz 1 Buchstabe f sowie Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie um. Hierbei handelt es sich um die Prüfung der sogenannten „kombinierten Wirkung“. D. h., dass bei Neuregelungen im Bereich der Berufsreglementierung auch das für einen bestimmten Beruf schon bestehende Berufsrecht zu berücksichtigen ist. Damit soll einer Situation vorgebeugt werden, in der zwar nicht die Neuregelung für sich betrachtet unverhältnismäßig ist, aber die Neuregelung zusammen mit den schon existierenden Anforderungen das Maß verhältnismäßiger Regulierungen überschreitet. Konkreter Anknüpfungspunkt für die Prüfung der kombinierten Wirkung ist ein Katalog von Anforderungen, der die hauptsächlich und mithin nicht abschließenden Formen der Berufsreglementierung wiedergibt.

Mit dem vorliegenden Entwurf soll durch eine stärkere Orientierung am Wortlaut von Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie verdeutlicht werden, dass die dort aufgeführte Liste der zu prüfenden Anforderungen nicht erschöpfend ist und sich somit die Prüfung von neuen oder geänderten Vorschriften, wenn sie mit einer oder mehreren Anforderungen kombiniert wird, nicht nur auf etwaige Kombinationen mit den Anforderungen aus der Anlage 3 zu § 4 Absatz 3 VHMPG NRW erstrecken darf.

Ferner werden die in Artikel 3 der Richtlinie enthaltenen Begriffsbestimmungen explizit in § 2 VHMPG NRW aufgenommen. Darüber hinaus werden die, für die Verhältnismäßigkeitsprüfung relevanten, Begriffsbestimmungen „reglementierter Beruf“ und „Berufsqualifikation“ aus der Richtlinie 2005/36/EG eingefügt.

Die vorbenannten Änderungen sind erforderlich.

Die Europäische Kommission erachtet die mit dem VHMPG NRW erfolgte Umsetzung der Richtlinie (EU) 2018/958 als nicht ausreichend, soweit die durch das Gesetz geänderten Gesetze lediglich einen Verweis auf die Artikel 5 bis 7 der Richtlinie sowie die Vorgabe, dass die Verhältnismäßigkeit auf Grundlage der dort genannten Kriterien zu prüfen ist, enthalten. Zudem fehle in den geänderten Gesetzen die Übernahme der Begriffsbestimmungen aus Artikel 3 der Richtlinie. Da die Europäische Kommission ihre Bedenken der nicht ausreichenden Richtlinienumsetzung im Wege eines Vertragsverletzungsverfahrens (INFR(2021)2212) verfolgt, dient der vorliegende Entwurf der ergänzenden Umsetzung der Richtlinie mit dem Ziel, den Bedenken der Europäischen Kommission abzuwehren.

II. Alternativen

Keine. Durch die Gesetzesänderung sollen die Bedenken der Europäischen Kommission im laufenden Vertragsverletzungsverfahren ausgeräumt werden, um eine Klageerhebung gegen die Bundesrepublik Deutschland und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden.

III. Gesetzesfolgenabschätzung

Bei dem Gesetz handelt es sich um eine Änderung des Verhältnismäßigkeitsprüfungsgesetzes zur Umsetzung einer EU-Richtlinie, die reine Verfahrensvorgaben wie Prüf-, Informations- und Veröffentlichungspflichten enthält. Durch die Änderungen ansich entsteht grundsätzlich kein Mehraufwand.

Die Beauftragte der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten wurde beteiligt.

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen wurde beteiligt.

Die Clearingstelle Mittelstand wurde beteiligt.

B Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (Änderung des § 1 Absatz 1)

Die Änderung dient der Anpassung an die aktuelle Version der Richtlinie 2005/36/EG. Sie ist erforderlich, da die Richtlinie am 25. Mai 2023 (ABl. L, 2023/2383, 09.10.2023, ELI: http://data.europa.eu/eli/dec_del/2023/2383/oj) zuletzt geändert worden ist.

Zu Nummer 2 (Änderung des § 2)

Aus Sicht der Europäischen Kommission ist ein bloßer Verweis auf die Begriffe der Richtlinien nicht ausreichend, sodass die jeweiligen Begriffe in § 2 VHMPG aufgenommen werden. Die Kommission begründet ihre Ansicht damit, dass im Gegensatz zu Verordnungen Richtlinien in der innerstaatlichen Rechtsordnung der Mitgliedstaaten nicht unmittelbar anwendbar sind. Sie erhalten ihren vollen legislativen Status erst, nachdem sie in nationales Recht umgesetzt wurden. Die Bestimmungen einer Richtlinie müssten aber mit unbestreitbarer Verbindlichkeit und mit der Konkretheit, Bestimmtheit und Klarheit umgesetzt werden, die notwendig sind, um den Erfordernissen der Rechtssicherheit zu genügen. Aus diesem Grund sei ein Verweis in diesem Zusammenhang nicht ausreichend. Des Weiteren müssen die Europäische Kommission und der Europäische Gerichtshof eine Gesamtbetrachtung der Umsetzungen in sämtlichen Mitgliedstaaten vornehmen. Dass die in Deutschland praktizierte Gesetzgebungstechnik hier funktioniert, bedeutet nicht, dass dies in anderen Mitgliedstaaten ebenso der Fall ist. Aus Gleichbehandlungsgründen lehnt es die Europäische Kommission regelmäßig ab, gegen eine Vielzahl von Mitgliedstaaten erhobene gleichgelagerte Rügen gegenüber einzelnen Mitgliedstaaten fallen zu lassen. Dies betrifft die Begriffe („geschützte Berufsbezeichnung“ und „vorbehaltene Tätigkeit“) des Artikels 3 der Richtlinie (EU) 2018/958, sowie die beiden für das VHMPG NRW relevanten Begriffe („reglementierter Beruf“ und „Berufsqualifikation“) des Artikels 3 der Richtlinie 2005/36/EG.

Zu Nummer 3 (Änderung des § 4 Absatz 3)

Durch die Anpassung des § 4 Absatz 3 wird verdeutlicht, dass die Prüfung nicht nur bei einer Kombination mit den unter Anlage 3 benannten Anforderungen stattfinden soll und die Prüfung sich auch nicht nur auf diese Punkte beschränken soll, sondern diese vielmehr das Mindestmaß der Prüfung darstellen. Dies entspricht der Intention des Artikels 7 Absatz 3 der Richtlinie, der die dort nachfolgende Auflistung ebenfalls als nicht abschließend kennzeichnet („insbesondere“).

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung im Gesetzblatt. Das Gesetz soll in Anbetracht des laufenden Vertragsverletzungsverfahrens so zügig wie möglich in Kraft treten.

- TOP 2 -

Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen verbessern und Vergütung anheben!

15.08.2023

Antrag

der Fraktion der FDP

Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen verbessern und Vergütung anheben!

I. Ausgangslage

In den letzten fünf Jahren hat das Land Nordrhein-Westfalen einige Maßnahmen ergriffen, um mehr junge Menschen für die ärztliche Tätigkeit zu gewinnen und die Zahl der Medizinstudi- enplätze auszubauen. Das Praktische Jahr (PJ) nach § 3 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ist der letzte von insgesamt drei Teilen des Medizinstudiums. Das PJ folgt im Stu- dium auf zehn eher theoretisch orientierte Semester der vorklinischen und klinischen Ausbil- dung. Wenn das PJ absolviert wird, wurden die ersten zwei Abschnitte des ärztlichen Staats- examens bereits bestanden.

Das PJ dauert 48 Wochen, gliedert sich in drei Abschnitte (Innere Medizin, Chirurgie und All- gemeinmedizin oder ein anderes klinisches Fachgebiet) und wird in der Regel in den Univer- sitätskrankenhäusern oder in anderen Krankenhäusern durchgeführt, mit denen die Universi- tät eine Vereinbarung hierüber getroffen hat (Lehrkrankenhäuser). Im PJ sollen die erworbe- nen fachlichen Kenntnisse auf einzelne Krankheitsfälle angewandt werden und die Studieren- den so auf den praktischen Berufsalltag vorbereiten.

Die Bedingungen im PJ sind jedoch in einigen grundlegenden Punkten verbesserungswürdig. Dies betrifft insbesondere die unzureichende Anleitung und Betreuung der Studierenden, die geringe Aufwandsentschädigung und die fehlende Möglichkeit sich offiziell krankzumelden. Die Belastung von Studierenden während des PJs kann relativ häufig zu Burn-Out führen.¹ Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) hat deshalb am 7. Juli 2023 auf der Plattform „openPetition“ eine Online-Petition „Ausbildung statt Ausbeutung: Endlich ein #faresPJ im Medizinstudium!“ gestartet.²

Laut Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 1351 „Nordrhein-Westfalen liegt bei der PJ-Vergütung hinten – was unternimmt das Land, um attraktiver für angehende Ärztinnen und Ärzte zu werden?“ liegen ihr hingegen keine Informationen vor, die auf strukturelle Prob- leme in Bezug zur Ausgestaltung des Praktischen Jahres (PJ) in Nordrhein-Westfalen hinwei- sen.³ Somit scheinen die aufgeführten Punkte bisher keine Aufmerksamkeit bei der Landesre- gierung gefunden zu haben.

¹ <https://www.egms.de/static/en/meetings/gma2012/12gma195.shtml>

² <https://www.openpetition.de/petition/online/ausbildung-statt-ausbeutung-endlich-ein-fairespj-im-medi- zinstudium>

³ vgl. Drs. 18/3501

Angehende Ärztinnen und Ärzte benötigen angemessene Ausbildungsbedingungen und eine qualifizierte Lehre. Dazu zählen u.a. eine strukturierte Einführung der Studierenden in Stationsabläufe, die flächendeckende Etablierung eines Mentoring-Systems, regelmäßige Feedbackgespräche und Besprechungen der Ausbildungsziele sowie die kontinuierliche Betreuung eigener Patientinnen und Patienten unter Supervision. Die Approbationsordnung sieht dazu einen Ausbildungsplan in Form eines Logbuchs vor. In der Praxis des Klinikalltags kommt die Anleitung und Betreuung der Studierenden allerdings häufig zu kurz.

Die Aufwandsentschädigung für das PJ ist nach § 3 Absatz 4 Sätze 8 ff. ÄApprO an die Bedarfssätze des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) gekoppelt. Demnach gibt es keine Mindestvergütung, allerdings einen Maximalbetrag. Viele Kliniken bleiben mit ihrer Vergütung unter diesem Höchstbetrag. In die Aufwandsentschädigung werden häufig auch Sachleistungen wie kostenlose Verpflegung und Unterkunft einberechnet.

Kliniken aus Nordrhein-Westfalen sind in den Rankings der PJ-Vergütung nicht in der Spitzengruppe der höchsten Aufwandsentschädigungen vertreten. Bei den Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen liegt die Aufwandsentschädigung zwischen 229 Euro und etwas über 600 Euro (abhängig von der Zahl der Anwesenheitstage). Das Land argumentiert dabei mit der Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und einem nur geringfügigen Einfluss der Höhe der Aufwandsentschädigung auf die Auswahl der PJ-Stelle.⁴

Viele Studierende empfinden die gezahlten Aufwandsentschädigungen angesichts einer fordernden Vollzeittätigkeit als viel zu gering. Da während des PJs praktisch auch kaum zeitlicher Spielraum für Nebenjobs besteht, ist teilweise selbst der Lebensunterhalt in Frage gestellt. Laut dem PJ-Barometer des Marburger Bundes waren 77 Prozent nach eigenen Angaben auf familiäre Unterstützung angewiesen, um sich das praktische Jahr leisten zu können.⁵ Deshalb ist eine für die Grundbedürfnisse ausreichende Aufwandsentschädigung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes nötig.

Studierende können nach § 3 Absatz 3 ÄApprO im PJ insgesamt bis zu 30 Fehltage auf die Ausbildung anrechnen. Diese umfassen unter anderem Urlaubstage, Krankheitstage, Kind-Krank-Tage und Lerntage. Derzeit besteht keine Möglichkeit, sich krankzumelden, ohne dafür diese Fehltage zu verwenden. Die aktuellen Regelungen können daher dazu führen, dass Studierende krank im PJ erscheinen und dadurch ihre eigene Gesundheit, die ihrer Patientinnen und Patienten und die ihrer Kolleginnen und Kollegen potenziell gefährden. Lediglich während der COVID-19 Pandemie gab es eine Ausnahmeregelung für den Fall einer Infektion. Eine vergleichbare Regelung zur Gewährung einer begrenzten Anzahl gesonderter Krankheitstage für attestierte Krankmeldungen bzw. Arbeitsunfähigkeit wäre aber grundsätzlich sinnvoll.

Im Frühjahr 2023 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein neuer Zwischenstand des Referentenentwurfs zur Neuregelung der Ärztlichen Approbationsordnung vorgelegt. Diese soll zum 1. Oktober 2027 in Kraft treten. Ziel ist ein stärkerer Praxisbezug des Studiums. Auch die Regelungen für das PJ sollen neugestaltet und erweitert werden. Das PJ soll künftig in vier Abschnitte unterteilt werden, von denen mindestens ein Quartal verpflichtend in einer Praxis absolviert werden muss. Hinsichtlich der Aufwandsentschädigung und der Fehltage ist hingegen keine substantielle Änderung vorgesehen.

Da die Approbationsordnung im Bundesrat zustimmungspflichtig ist, haben die Länder einen erheblichen Einfluss auf die künftige Gestaltung. Dabei ist Nordrhein-Westfalen gefordert, sich

⁴ vgl. Drs. 18/3501

⁵ https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2023-05/4.%20PJ%20Barometer%202023_Ergebnisse_Pr%C3%A4sentation%20-%20FINAL%20-%20Kopie.pdf

entsprechend einzubringen. Zudem könnte das Land bereits vor einer neuen Approbationsordnung im Austausch mit den medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen auf eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und eine Erhöhung der Aufwandsentschädigungen hinwirken.

II. Beschlussfassung

Der Landtag beauftragt die Landesregierung,

- im Austausch mit den medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen die Anleitung und Betreuung der Studierenden während des PJs zu verbessern.
- sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, in der Approbationsordnung bei den Regelungen zur Aufwandsentschädigung für das PJ eine Mindestvergütung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes vorzugeben.
- bereits vor einer entsprechenden Änderung der Approbationsordnung im Austausch mit den medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen eine Erhöhung der Aufwandsentschädigungen zu erreichen.
- sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, in der Approbationsordnung bei den Regelungen zu Fehltagen eine gesonderte Regelung für Krankheitstage (attestierter Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankmeldung) einzuführen.

Henning Höne
Marcel Hafke
Susanne Schneider
Angela Freimuth

und Fraktion



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (38.) und Wissenschaftsausschuss (22.)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

22. November 2023

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:02 Uhr bis 12:03 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD) (AGS)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen verbessern und Vergütung anheben!

3

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/5428

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen verbessern und Vergütung anheben!

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/5428

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Josef Neumann: Guten Morgen, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist jetzt 10:02 Uhr, und wir wollen mit der Anhörung beginnen.

Ich darf Sie alle recht herzlich zur heutigen Anhörung begrüßen. Ich begrüße insbesondere den Vorsitzenden des Wissenschaftsausschusses, Herrn Professor Dr. Zerbin, alle Ausschussmitglieder des Wissenschaftsausschusses und des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich.

Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdocumentation, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die heute als Sachverständige den beiden Ausschüssen zur Verfügung stehen.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Die Einladung zur heutigen Tagesordnung ist Ihnen mit der Nummer E 18/560 bekannt gegeben worden.

Damit eröffne ich nun die Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP „Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen verbessern und Vergütung anheben!“, Drucksache 18/5428.

Der Antrag wurde vom Plenum zur Federführung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie zur Mitberatung an den Wissenschaftsausschuss überwiesen, der an dieser Anhörung beteiligt ist.

Die Sachverständigen begrüße ich sehr herzlich. Ich freue mich, dass Sie den Mitgliedern der Ausschüsse heute für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen.

Getränke stehen Ihnen hinter dieser wunderbaren NRW-Wand hinter mir zur Verfügung. Sehr können dort gerne Getränke zu sich nehmen; denn Speisen und Getränke sind hier im Plenarsaal am Platz nicht erlaubt.

Hinweisen möchte ich auf die vorab eingegangenen Stellungnahmen. Für diese möchte ich mich ausdrücklich im Namen der Ausschüsse bedanken.

Ich weise darauf hin, dass während der Anhörung Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zugelassen sind.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung gebe ich noch die folgenden Hinweise:

Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (38.)
Wissenschaftsausschuss (22.)
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

22.11.2023

Ich schlage vor, wir sammeln die Fragen der Fraktionen zunächst in einer ersten Runde. Die Abgeordneten bitte ich dabei, die jeweiligen Sachverständigen konkret zu benennen, an die sie ihre Fragen richten.

Damit eröffne ich die erste Fragerunde. – Ich sehe Wortmeldungen von Frau Schneider, Herrn Bakum, Herrn Schmitz, Herrn Dr. Vincentz und Frau Thoms.

Susanne Schneider (FDP): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Sachverständige, auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank, dass Sie heute hier bei uns sind und mit uns über dieses wichtige Thema sprechen. Danke auch für die Stellungnahmen, die Sie uns vorher zur Verfügung gestellt haben.

Meine erste Frage richtet sich an die Vertreter der Fachschaftsvertretung Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden. Ich bin selbst sehr, sehr viel in den sozialen Medien unterwegs, beispielsweise auf Instagram, und habe da auch Ihre Positionen gesehen, Berichte von Studierenden gelesen, was sie im PJ alles erleben. Das haben Sie auch in Ihrer Stellungnahme deutlich ausgeführt. Wie wirken sich denn aus Ihrer Sicht solche schlechten Erfahrungen im PJ auf unser gesamtes Gesundheitswesen aus? Was wären aus Ihrer Sicht konkrete Ansatzpunkte, um die Lehre und die Arbeitsatmosphäre im Praktischen Jahr zu verbessern?

Meine zweite Frage geht an die Bundesvertretung der Medizinstudierenden, an die Fachschaftsvertretung Medizin, an den Marburger Bund und an die Ärztekammern. Wie würden Sie die einzeln aufgeführten Punkte zur Verbesserung der Bedingungen im Praktischen Jahr, wie die Ausgestaltung der Lehre, die Aufwandsentschädigung und die Regelungen zu den Fehlzeiten, gewichten? Und wie groß ist aus Ihrer Sicht der Druck, aufgrund der Regelungen zu den Fehlzeiten krank im PJ den Dienst anzutreten und dadurch gegebenenfalls Infektionen zu verbreiten? – Vielen Dank.

Rodion Bakum (SPD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Auch ich bedanke mich im Namen der SPD-Fraktion für die Stellungnahmen. Ich danke der Expertenrunde und auch den Gästen, die sich offensichtlich sehr stark für das Thema interessieren.

Ich spreche zunächst die Studierendenvertreter an. Sie haben – das gilt insbesondere für die Bundesvertretung der Medizinstudierenden – viele Fallbeispiele aufgeführt. Wir – das gilt zumindest für die SPD-Fraktion – haben die auch aufmerksam gelesen. Wir unterstützen auch den Antrag der FDP-Fraktion vollumfänglich. Wenn ich jetzt meinen Kollegen hier im Landtag erzählen würde, wie schlimm mein PJ war, dann glauben sie mir das unter Umständen nicht, weil ich der falschen Fraktion angehöre. Deswegen möchte ich Sie bitten, vielleicht ganz persönlich zu erzählen, welcher Erfahrungen Sie im PJ bei all den Themen gemacht haben, die wir heute ein Stück weit besprechen, damit wir hier im Ausschuss Ihren persönlichen Eindruck erhalten.

Meine nächste Frage richtet sich an die Ärztekammern und den Marburger Bund. Das ist jetzt nicht unbedingt nur meine persönliche Erfahrung, sondern das hört man öfter.

Wir alle sind als Ärzte durchs PJ gegangen, und dann hat man den Eindruck, dass sich die Ausbildungsleiter oftmals freuen, dass sie sozusagen auf der anderen Seite stehen. Diese sind nicht unbedingt immer vorbildhaft, aber sehr viele sind vorbildhaft. Deswegen interessiert mich Folgendes: Es gibt zwar eine Evaluation der Studierenden, wie das PJ ist, auch später der Weiterbildungsassistenten, aber können Sie uns das aus Ihren Gremien schildern? Wie findet eine Rückmeldung der Evaluation der Ausbildungsleiter statt, und welche Rückmeldungen bekommen Sie eigentlich?

Meine dritte Frage richtet sich eigentlich an die Vertreter der Krankenhäuser oder der Krankenhausgesellschaft. Diese sind heute aber leider entschuldigt. Deswegen stelle ich die Frage – es ist eher eine rhetorische Frage – allen Sachverständigen, ob nicht eine ordentliche Vergütung und eine ordentliche Ausbildungssituation im PJ ein Stück weit auch ein Baustein zur Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitssystem sein könnten. Klammer auf: Die Krankenhäuser könnten sich ja auch bemühen, selber zu bezahlen, bevor sie nach einer Finanzierung durch den Gesetzgeber schreien. – Klammer zu.

Marco Schmitz (CDU): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Herzlichen Dank auch vonseiten der CDU-Fraktion für die Stellungnahmen, die im Vorfeld eingegangen sind, und auch für Ihre Bereitschaft, uns hier heute Rede und Antwort zu stehen.

Meine erste Frage richtet sich an die Studierendenvertreter. Wie hoch müsste die monatliche Vergütung im PJ sein, damit sie Ihrer Meinung nach angemessen ist?

Leider sind heute keine Klinikvertreter anwesend. Daher frage ich die Ärztevertreter: Was wäre die finanzielle Belastungsgrenze für die Einrichtung, also für die Kliniken und für die Krankenhäuser? Was könnten diese zahlen? Da interessiert mich sozusagen die Orientierung der Gegenseite, damit man sich einigen kann. Und woraus soll das refinanziert werden?

Dann interessiert mich sowohl die Meinung der Studierenden als auch die der Ärzteschaft, welche Vorbereitungszeit für das dritte Staatsexamen angemessen ist und wie viel man denn eigentlich am Ende braucht. Das wird natürlich bei jedem unterschiedlich sein, aber man muss ja einen Mittelwert festlegen, dass man sagt: Soundso viele Tage braucht man dafür. – Ich bin froh, dass meine Studienzeit schon länger vorbei ist und dass ich mich nicht mehr damit beschäftigen muss. Aber ich kann mich auch noch daran erinnern, unter Druck entstehen Diamanten und am Ende war es immer knapp. Da war es auch egal, wie viel Zeit man hatte. Wie viel Zeit sollte sozusagen aus medizinischer Sicht dafür eingeplant werden?

Dr. Martin Vincenz (AfD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Auch ich darf mich zunächst einmal für die eingegangenen Stellungnahmen und die Möglichkeit der Rückfrage bedanken.

Im Prinzip sind die wichtigsten Fragen schon gestellt worden. Daher kann ich es in Teilen nur paraphrasieren bzw. ein bisschen konkretisieren, und meine erste Frage geht an die Vertreter der Ärztekammern bzw. den Marburger Bund.

Zunächst einmal zum Komplex „Krankheitstage“. Da besteht ja ein Konflikt. Auf der einen Seite wäre es in einem Beschäftigungsverhältnis sicherlich ziemlich komisch, wenn man sich nicht krankmelden kann, wenn man schwer krank ist. Es ist ja bekannt, dass man sich gerade im ersten Jahr im Krankenhaus vielleicht den einen oder anderen Infekt zuzieht, bevor man dann ein wenig resilienter ist. Auf der anderen Seite ist es natürlich so – das ist ja auch völlig klar in einem Ausbildungsverhältnis –, dass man nicht beliebig lange krank sein kann, ohne die Voraussetzungen für Prüfungen hinterher auch zu erfüllen. Wie kann man diesen Konflikt zwischen dem Recht darauf, auch mal krank sein zu dürfen, und der gelebten Praxis der meisten Medizinstudenten, dass sie die Krankheitstage, Urlaubstage aufsparen, um hinterher vielleicht ein bisschen mehr Zeit fürs Hammerexamen bzw. für die Vorbereitung zu haben, lösen? Wie kann man das mit dem Aspekt der Lehre unter einen Hut bringen? Welche Regelung wäre da vorstellbar, ohne dass man Voraussetzungen dafür schafft, dass sich jemand zum Beispiel überbordend krank meldet und trotzdem hinterher zur Prüfung antritt?

Zweiter Aspekt: Qualität der Lehre. Auch das ist etwas, was wahrscheinlich schon zu Zeiten des AiP immer wieder diskutiert wurde, jetzt aber vielleicht besonders brisant im Hinblick auch auf die Fragestellung ist, dass kaum ein Bereich in der Gesellschaft so sehr vom Fachkräftemangel betroffen ist wie die Krankenhäuser. Wie kann man diesen Spagat zwischen sehr angespanntem Arbeitsverhältnis im Krankenhaus und Qualität der Lehre aus Sicht der Ärzteschaft bzw. des Marburger Bundes irgendwie hinbekommen? Wie kriegt man das unter einen Hut?

Meine dritte Frage hätte ich am liebsten der Krankenhausgesellschaft gestellt, aber nun richtet sie sich an den Marburger Bund und die Ärztekammern. Refinanzierung. Im besten Fall wäre es ja so, dass man eine sehr gute Lehre bekommt. In der Realität ist es oftmals so, dass man als Medizinstudent dort eher gewisse Hilfstätigkeiten ausführt. Die könnten dann zumindest gut bezahlt werden, wenn man das schon so will. Die Krankenhäuser beschwerten sich – zum Teil zu Recht – darüber, dass die Refinanzierung im Moment sehr angespannt ist. Wie kann eine vernünftige Entlohnung für die geleisteten Dienste gewährleistet werden? Wie müsste das in der Praxis refinanziert werden, ohne dass man die Krankenhäuser zusätzlich belastet?

Meral Thoms (GRÜNE): Auch vonseiten der grünen Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank an alle Sachverständigen für die Stellungnahmen. Auch ganz herzlichen Dank an die Studierendenvertreter und -vertreterinnen dafür, dass sie hier sind, und auch für diese Stellungnahmen mit den wirklich sehr eindrücklichen Fallbeispielen, die sie geschildert haben.

Meine erste Frage geht an die Studierendenvertreter*innen. Wir haben eben schon verschiedene Facetten gehört, an welchen Stellschrauben im PJ wir drehen müssten. Wie sähe aus Ihrer Sicht das PJ idealtypisch aus, wenn Sie an die Vergütung denken, aber auch an die Flexibilität in Bezug auf Urlaub, Krankheitstage? Ich denke auch an

verschiedene Zielgruppen, zum Beispiel Eltern. Wäre PJ in Teilzeit auch ein Thema für Sie?

Dann eine Frage, die sich an alle richtet. Wir haben verschiedene Punkte in den Stellungnahmen gelesen, die auf die Verbesserung der Lehre abzielen. Was sollte aus Ihrer Perspektive in der Lehre verbessert werden, um das PJ attraktiv zu machen? Das frage ich auch vor dem Hintergrund, dass wir da den dringend benötigten Fachkräftenachwuchs ausbilden und eine Kultur entsteht, wie wir in den Kliniken miteinander umgehen. Ich meine, in den Stellungnahmen auch herausgelesen zu haben, dass wir da eine Kultur haben, in der es an der einen oder anderen Stelle auch zu Diskriminierungen kommt. Deswegen die Frage: Muss sich da vielleicht auch etwas in der Kommunikationskultur in den Kliniken verändern, oder reicht es, wenn wir uns die Lehre anschauen?

Auch meine dritte Frage richtet sich an alle. Was können wir konkret tun, was kann Politik tun, was kann das Land tun zur Verbesserung der Bedingungen im PJ auch vor der Reform der Approbationsordnung? Wie können wir hier unterstützen?

Vorsitzender Josef Neumann: Weitere Wortmeldungen für die erste Fragerunde sehe ich nicht. Damit treten wir in die Antwortrunde ein, und wir beginnen mit den Vertretern der Ärztekammern. Bitte schön.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Herzlichen Dank, auch herzlichen Dank für die Fragen. Ich denke, in den Stellungnahmen beider Kammern ist relativ klar erkenntlich, dass ein großer Druck im Praktischen Jahr herrscht. Ich möchte als Erstes darauf hinweisen, dass Studierende praktisch ein Jahr vorher schon zwei Staatsexamina haben und analog zu anderen ähnlich aufgebauten Berufen einen Abschluss mitbringen und im PJ nicht ohne Abschluss landen. Sie dürfen also Tätigkeiten ausüben, die von Studierenden sonst nicht ausgeübt werden dürfen. Sie sind damit Teil der Versorgungsleistung, und parallel vertiefen sie im Rahmen dieser Versorgungsleistung weiter ihr Wissen, um dann mit der Approbation als Arzt zu starten. Das vielleicht vorweg.

Wir haben keine eigenen Umfragen zum PJ; das ist ja gefragt worden. Hier verweise ich auf den Marburger Bund, der große Umfragen dazu gemacht hat, und auch auf den bvmd; die Studierenden werden dazu sicherlich ausführlich berichten. Wir haben durchaus Kontakt mit den Studierenden aus den Hochschulen, wir haben einen Arbeitskreis Studierende und einen Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte in der Ärztekammer, an dem die Studierenden teilnehmen. Wir haben durchaus die Rückmeldung, dass der Druck im PJ sehr hoch geworden ist, auch aufgrund des Fachkräftemangels usw., und dass es deswegen für die Studierenden wirklich schwieriger geworden ist, das entsprechende Wissen zu erwerben.

Wir sehen es so, wie es auch in unserem Schreiben formuliert ist, dass dringend eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden muss. Denn anders als in der Zeit, als ich noch PJ-Studierender war und man nebenbei auch mal einen Nachtdienst gemacht hat, den man vergütet bekommen hat, ist eigentlich der Aufwand, den die Studierenden

heute haben, so groß, dass sie sich das nicht mehr leisten können. Viele gehen aber eine Nebentätigkeit nach und sind dann für die Lehre nicht mehr aufnahmefähig und -bereit. Das ist sicherlich ein großes Problem.

Das zweite Problem, das gerade auch in Corona zutage getreten ist, sind die Fehl- und der Krankentage. Da war es so, dass sich Studierende auch an mich persönlich gewandt haben, ob ich ihnen helfen kann. Wir sind dann auf einer Coronastation eingesetzt worden, waren dann selber infiziert, und diese Infektion hat dann die Zulassung zur Prüfung gefährdet. Ich denke, dazu haben wir klar Stellung genommen, dass wir zumindest zwischen Kranken- und Fehltagen unterscheiden müssen. Und die Frage, ob ein Studierender in dem Jahr – das PJ ist ja ein ganzes Jahr – auch mal das Recht auf ein paar Tage Urlaub hat, ist klar; denn das steht jedem Beschäftigten in Deutschland von Staats wegen zu

Zur Vorbereitungszeit auf das dritte Staatsexamen. In meiner Zeit war es noch so, dass man zwei Monate gelernt hat. Deswegen haben wir gesagt, es sollten mindestens vier Wochen sein, weil die Ansprüche an das Staatsexamen auch deutlich gewachsen sind. Es ist zwar nicht mehr das Hammerexamen wie früher – das ist jetzt ausgelaufen für viele –, aber trotzdem ist natürlich die Abfrage des Wissens viel vielfältiger, viel tiefer geworden und das Wissen natürlich auch mehr. Und damit ist natürlich auch die Möglichkeit größer, Fragen zu bekommen, die man eben nicht unbedingt einfach so beantworten kann, wenn man vorher nicht gelernt hat, sodass wir meinen, dass zumindest eine Vorbereitungszeit von vier Wochen möglich sein müsste.

Rudolf Henke (Ärztammer Nordrhein): Ich habe mir gemerkt, Frau Schneider, dass Sie als Erstes die Frage nach einer Gewichtung der einzelnen Positionen gestellt haben. Ich nehme an, damit sind die vier Spiegelstriche am Ende des FDP-Antrags gemeint: Der Landtag beauftragt die Landesregierung, im Austausch mit den medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen die Anleitung und Betreuung der Studierenden während des PJs zu verbessern.

Es gibt den Medizinischen Fakultätentag als ein Forum des Austauschs der Fakultäten untereinander. Den würde ich mal als Erstes adressieren und würde mir auch wünschen, dass der Medizinische Fakultätentag das Thema „PJ“ als ein auch von ihm mitzugestaltetes Thema betrachtet und dass er dazu im ständigen Dialog mit den Medizinstudierenden steht. Da es sich ja um eine bundesweite Approbationsordnung handelt, weiß ich nicht, ob jetzt jede Landesregierung in Deutschland – Sie wollen die Landesregierung beauftragen – gut beraten ist, einen eigenen Kreis des Austauschs zu organisieren. Das würde in Nordrhein-Westfalen angesichts der Anzahl der medizinischen Fakultäten gewiss Sinn machen. Aber wir haben viele Bundesländer, in denen es nur eine oder zwei medizinische Fakultäten gibt. Ich glaube, man müsste das schon auf der Bundesebene betreiben. Wir als Ärzteschaft stellen dafür sowohl auf der Bundesebene einen Ausschuss, der sich mit der Ausbildung befasst, als auch auf der Landesebene Ausschüsse bereit, die sich mit Ausbildung und Hochschule befassen, und wir führen einen regelmäßigen Dialog mit den Dekanen und Studiendekanen. Zweimal im Jahr treffen wir uns und diskutieren aktuelle Fragen und werben dort natürlich für

das, was wir auch in unseren Beschlüssen festhalten, und das geht in diese Richtung, die Anleitung und Betreuung zu verbessern.

Sich auf Bundesebene dafür einsetzen, in der Approbationsordnung Regelungen vorzugeben? Ja. Ich glaube, dass die Erwartung, dass es zu der angestrebten Approbationsordnung kommt, im Moment eher wieder sinkt. Und das hat etwas mit der Frage der Finanzierung und mit der Debatte darüber zu tun, wer dann für die Finanzierung zuständig ist. Formal betrachtet ist auch die Ausbildung im Praktischen Jahr ein Teil des Medizinstudiums. Insofern kann man sagen, da sind doch dann die Länder zuständig und müssen das aus ihren Wissenschaftsmitteln refinanzieren. Allerdings wissen wir natürlich auch aus der Krankenhausgesellschaft und aus den Häusern und auch von den Ländern, dass sie sich unisono – gar nicht mit Parteipolitik befrachtet – nicht vorstellen können, dass die Länder die notwendigen Verbesserungen der Qualität und Steigerung der Ausbildungsabsolventen refinanzieren, ohne dass der Bund dabei unterstützt. Da müssen wir zugeben, dass wir jetzt alle keine Antwort parat haben, wie das nach den Entwicklungen der letzten Woche jetzt passieren und weitergehen soll. Da werden wir sicher noch kreative Lösungen präsentiert bekommen, vielleicht sogar in den nächsten Tagen, die ganz allgemein gelten.

Inhaltlich, glaube ich, ist das sehr sinnvoll. Denn ohne eine solche Aufwandsentschädigung bleiben am Ende nur der Hinzuverdienst und die Finanzierung durch die Familien, und speziell der Hinzuverdienst ist neben der Arbeitsbelastung in diesem Teil des Studiums nicht realisierbar. Deswegen müssen die Studierenden dann auf Ersparnisse zurückgreifen oder Kredite aufnehmen oder in der Familie die Finanzierung regeln. Insofern wäre eine deutlich oberhalb des BAföG-Höchstsatzes zu platzierende Finanzierung zweckmäßig und sinnvoll. Es gibt einen Beschluss des Deutschen Ärztetages, mit dem die Mindestvergütung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes angemahnt wird.

Die dritte Forderung lautet, bereits vor einer entsprechenden Änderung der Approbationsordnung eine Erhöhung der Aufwandsentschädigung zu erreichen. Ja, dafür muss man das Problem der Refinanzierung lösen.

Und viertens fordern Sie, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, in der Approbationsordnung Fehltage von Krankheitstagen abzutrennen, also bei einer attestierten Arbeitsunfähigkeit. Das würde ich auch sehr befürworten, und das halten wir für nötig. Dazu gibt es auch einen entsprechenden Beschluss des Deutschen Ärztetages.

Herr Bakum, Sie fragten nach einer Evaluation der Ausbildungsleiter. Dafür haben wir ja keine eigene separate Struktur. Ich habe eben die Gremien genannt, innerhalb derer wir das gebündelt machen können, wenn wir dazu Rückmeldungen aus den Universitäten bekommen.

Thema „ordentliche Vergütung“ und „Bekämpfung Fachkräftemangel“. Ja, natürlich. Wir haben seinerzeit mal eine Situation gehabt, in der auch Verträge über Vergütungen zwischen einzelnen Häusern und Gruppen von Häusern und der Ärztegewerkschaft Marburger Bund abgeschlossen waren, und die haben seinerzeit bis zu 1.500 Euro gereicht. Das ist dann zunehmend auf Widerstand in den anderen Lehrkrankenhäusern und in den medizinischen Fakultäten gestoßen. Bedauerlicherweise, muss man

sagen, haben das die anderen nicht als ein Vorbild betrachtet, sondern sie haben es als einen Grund dafür betrachtet, dann denen, die eine solche Tarifvereinbarung getroffen hatten, zu sagen: Liebe Leute, wir nehmen euch die Aufgabe der Ausbildung wieder weg und lassen das nicht zu, dass ihr unter dieser Bedingung an der Ausbildung teilnehmt. Wir wollen das nicht, denn das setzt uns alle unter gewaltigem Druck und führt zu einer Präferenz für solche Häuser.

Dann haben die Häuser das nach und nach eingestellt, weil sie natürlich am Ende den Auftrag der medizinischen Fakultät brauchen, um die Ausbildung im Praktischen Jahr leisten zu können. Wenn man das revidieren könnte und einsehen würde, dass man dort eine positive Entwicklung auslösen kann, wäre das richtig.

Zum Engagement der Häuser. Meiner Meinung nach ist die Frage extrem wichtig, wie sehr Medizinstudierende im Praktischen Jahr in die ärztlichen und nichtärztlichen Teams integriert werden. Da können die Häuser gewaltig was tun, indem sie eine bessere Integration in die Arbeit der Teams bewirken. Anhand der Befragung, die die Universität Trier gemacht und die der Bundesverband der Medizinstudierenden vorgelegt hat, kann man sehen, wie wichtig dieses Thema „Teambildung“ ist.

Zur Frage der Belastungsgrenze, Herr Abgeordneter Schmitz, was man zahlen kann. Im Moment nehmen wir große Anstrengungen Nordrhein-Westfalens zur Kenntnis, sich auch parteiübergreifend sehr dafür einzusetzen, die Finanzierungsbedingungen für die Krankenhäuser deutlich zu verbessern. Das ist natürlich auch eine Voraussetzung dafür, um hier Leistungen zu bezahlen. Am Ende ist das eine Frage, ob man das als Arbeitsleistung wertet oder ob man das als Ausbildung wertet. Wenn man es als Ausbildung wertet, muss man allerdings sagen, überall in der Wirtschaft wird die Finanzierung der Ausbildung auch im Preis der Produkte abgebildet. Das ist im Handwerk so, das ist in der Industrie so, und ich wüsste nicht, warum das bei einer Phase, die mit einer Vergütung oder einer Aufwandsentschädigung einhergeht, nicht so sein sollte.

Welche Vorbereitungszeit für das dritte Staatsexamen ist angemessen? Das hängt davon ab, wie man seine Prüfungsvorbereitung organisiert. Ich möchte mein eigenes Beispiel lieber nicht nennen, weil es schlecht war und gerade eben gereicht hat. Ansonsten lautet die Antwort: möglichst viel, möglichst lange.

Zur Frage nach der Zeit. Wenn man das als eine auch tariflich vereinbarte Vergütung betrachtet, könnte man sich am Umfang der Lohnfortzahlungsregelung orientieren. Dann hätte man in etwa eine Orientierung, die auch für andere Verhältnisse dieser Art gilt. Das wäre dann eine Situation, die definiert wäre. Ich sehe ein, dass man natürlich irgendwo auch eine Obergrenze braucht. Aber die Lohnfortzahlungsregelung scheint mir angemessen zu sein. Jetzt ist es so, dass es immer nur auf die Vorbereitungszeit geht, wenn man einen Tag krank ist.

Verbesserung der Lehre. Frau Thoms, ich glaube, eine Verbesserung der Lehre setzt voraus, dass man auch Kräfte für die Lehre freisetzt und sich der Aufgabe bewusst wird, die man da zu erfüllen hat. Uns erreichen Berichte, dass über 80 % der Studierenden im Praktischen Jahr sagen: Wir müssen nichtärztliche Arbeit leisten, beispielsweise Botengänge machen oder organisatorische Fragen in der Klinik klären, die gar

nichts mit der Medizin und mit der Anleitung zur Medizin zu tun haben. – Die Fachschaften haben dafür Beispiele in Hülle und Fülle vorgelegt, und das hat mit einer Ausbildung aus meiner Sicht wenig zu tun und steigert die Qualität der Ausbildung eben nicht. An der Ecke müssen wir alle allerdings erkennen, dass das eine Situation ist, in der man Löcher zulasten des Studiums stopft. Diese Situation ist schlecht für die künftigen Patienten, aber eine Reaktion auf die personell schwierige Situation der Universitätskliniken und der Krankenhäuser.

Dr. Sven Dreyer (Der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands): Erst einmal bitte ich, meine Verspätung zu entschuldigen. In der Tat ist es so, dass die Arbeitsbelastung – ich arbeite am Universitätsklinikum Düsseldorf – aufgrund der Personalknappheit so hoch ist, dass ich heute Morgen selber noch einen Notfall versorgen musste, weil sonst kein Arzt da gewesen wäre. Dank der Nähe der Universitätsklinik Düsseldorf konnte ich aber noch schnell hierher hüpfen. Die Personalknappheit ist also real. Wir haben auch in der Coronapandemie gesehen und gelernt, wie wichtig und wie essenziell nicht nur PJ-Studierende sind, sondern wie dringend wir in dieser Lage auch auf Medizinstudierende vor dem PJ angewiesen waren. Insofern können wir ihnen gar nicht genug dafür danken, dass sie uns so unter die Arme gegriffen haben.

Das Bild ist sehr, sehr heterogen. Als ich mich heute Morgen mit meinem PJ-Studenten auf der chirurgischen Intensivstation unterhalten habe, hat der gesagt: Ach, eigentlich geht es schon. Ich kriege jetzt an der Universitätsklinik in Düsseldorf im Monat 570 Euro. Wenn ich dann noch einen 520-Euro-Job nebenher mache, dann passt das schon irgendwie. – Klammer auf: Eigentlich sollte er den nicht machen müssen, denn er soll ja lernen. – Klammer zu.

Wenn ich dann unsere Medizinstudierende im Marburger Bund frage, die am Universitätsklinikum in Münster tätig ist, dann sagt sie mir, sie bekommt am Tag 22 Euro. Das ist ein bisschen knapp, würde ich mal sagen. Und da sieht man – jetzt hätte ich das beinahe so gesagt – ein Ost-West-Gefälle; das ist vielleicht ein bisschen übertrieben in diesem unseren schönen Land. Wenn wir es denn schafften – und alle Fakultäten gehören ja zum Land, und das Land hat da eine Fachaufsicht –, auf den Sozialpartner Marburger Bund zuzugehen und einen Tarifvertrag abzuschließen, also analog zu dem, was wir vor zwölf Jahren schon mit dem Helios-Konzern abgeschlossen haben, wären wir vielleicht schon mindestens so weit, dass wir innerhalb unseres Landes eine einheitliche Vergütung hätten und keine Konkurrenz unter den Fakultäten bestünde; denn das tut einer Fakultät auch nicht gut.

Dann kam die Frage nach der Kommunikation. Ich habe heute Morgen mit meinen PJ-Studenten kommuniziert. Das ist aber nicht alles. Kommunikation ist ein wichtiger und integraler Bestandteil und zum Glück auch ein zunehmender Bestandteil im Studium, in der Ausbildung zum Arzt, aber auch nach der Approbation ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung und der Fortbildung. Das muss so sein, das soll so sein, und das wird auch in Zukunft zu sein. Aber das kostet Zeit – Zeit, die man nebenher nicht immer hat. Die allermeisten Kolleginnen und Kollegen, die ich bei mir in der Klinik kenne,

haben einen Riesenspaß an der Lehre. Und das spiegelt sich auch – wir messen zum Glück inzwischen auch die Lehre durch die Evaluation derselben – in den unterschiedlichen Evaluationen wieder. Also, wenn ich ein Seminar halte – vorgestern „Polytrauma 1“ –, dann weiß ich danach direkt, wie der Student das fand, und kann gucken, ob ich mich dem Ziel noch nähern kann, das noch besser rüberzubringen. Oder ich freue mich darüber, dass da steht: Sehr, sehr angenehme Lernatmosphäre, endlich hat mal jemand Zeit.

Denn ich habe das Glück, dass ich in der Hyperbarmedizin bei uns tätig bin, wo ich, während der Patient stabil seinen Sauerstoff atmet, einfach Zeit für die Studierenden habe. Das ist aber bei Weitem nicht immer so und auf beiden Seiten nicht immer so. Denn die Studierenden hetzen über die Station, damit sie morgens das Blut abnehmen, um es rechtzeitig im Labor zu haben, damit rechtzeitig zur Visite die Werte vorliegen. Das heißt, die hetzen einmal über die Station und erledigen in dem Fall eine wichtige ärztliche Tätigkeit. Aber sie sind nicht nur Blutabnehmer. Sie sind dazu da, medizinische Tätigkeiten zu lernen. Sie sind aber auch dazu da, um ein Stück weit zu forschen. Viele Studierende schaffen das, im PJ noch ihre Promotion fertig zu kriegen. Auch das kostet Zeit und braucht Geld. Und was wir ja auf keinen Fall wollen, ist, dass das zu einem frühzeitigen Burnout unserer jungen Kolleginnen und Kollegen führt.

Damit komme ich zu den Fehltagen, die Rudolf Henke und Hans Gehle auch schon angesprochen haben. Was wir doch auch aus der Coronapandemie gelernt haben, ist, dass wir doch nicht wollen, dass Menschen krank andere Menschen therapieren. Ich habe heute Morgen mit der Kollegin im Klinikum Y gesprochen, und sie hat gesagt: Ja, ich habe da ein bisschen Husten, ich bin jetzt gerade auf der Krankenstation. Was mache ich denn jetzt? Nehme ich den Fehltag und gefährde meine Patienten nicht, oder nehme ich den nicht, weil ich den zum Forschen, Lehren und Lernen brauche? – Deshalb ist eine essenzielle Forderung, die immer wieder gestellt wird – nicht nur zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag, sondern auch auf der Bundesversammlung des Marburger Bundes –, dass Krankentage wirklich nicht zu den Fehltagen dazugerechnet werden.

Haben wir in unserem Land also auch Lösungsansätze, dass wir sagen: „Wir wollen nicht, dass Krankheit dazu führt, dass Krankheit weiter übertragen wird“? Wir haben einen starken Sozialpartner im Land, den Marburger Bund. Wir haben es ja gerade an den Universitätskliniken auch gemerkt, dass wir da als Land auch ausscheren und mit einem Tarifvertrag Entlastung in der Pflege schaffen können. Warum können wir nicht einen Tarifvertrag PJ mit dem Marburger Bund Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz schaffen, damit wir da ein bisschen Einheit haben?

Ferdinand Breuning (Universitätsklinikum Düsseldorf, Fachschaftsvertretung Medizin der Heinrich-Heine-Universität): Vielen Dank für die Möglichkeit, hier zu sein und zu berichten. – Es wurden hier mehrfach die Krankheitstage angesprochen, und um das vielleicht ein bisschen plastischer darzustellen, erzähle ich Ihnen ein Beispiel von meinem Kommilitonen, der mich am Montag angerufen hat. Am Montag hat die neue PJ-Rotation begonnen, und auf dem Weg in sein akademisches Lehrkrankenhaus

ist er mit dem Fahrrad gestürzt, hat sich den Mittelhandknochen gebrochen, die Hand ist jetzt eingegipst, und am Freitag wird sie operiert.

Wie fast alle Kommilitonen will auch er sich 20 Fehltage am Ende als Vorbereitungszeit bis M3 aufsparen. Das heißt, er hat jetzt noch zehn Tage für die restlichen zwei Tertiale. Also geht er jetzt mit eingegipster Hand ins PJ. Er ist gerade in seinem Chirurgie-Tertial. Da kann man mit der eingegipsten Hand so ziemlich gar nichts machen. Das heißt, er steht daneben und kann in seinem Praktischen Jahr keine praktischen Tätigkeiten machen. Am Freitag wird er operiert, wird sich am Wochenende erholen und am Montag mit frisch operierter Hand wieder ins Klinikum gehen. Kein Arzt würde das seinen Patienten empfehlen, aber unseren angehenden Ärztinnen und Ärzten muten wir das zu.

Das Beispiel zeigt aus unserer Perspektive, wie absurd diese aktuelle Regelung ist und zu was für absurden Situation sie führt. Und jetzt ist der Kommilitone nicht ansteckend. Das heißt, er ist keine Gefahr für Patientinnen und Patienten. Aber das gibt es natürlich auch. Denn wahnsinnig viele Studierende gehen mit einer Erkältung krank ins Klinikum, weil sie sich ihre Fehltage nicht nehmen können. Aus unserer Sicht ist das eine Regelung, die so nicht mehr haltbar und absolut reformbedürftig ist.

Dann wurde gefragt, welche Auswirkungen die schlechten Erfahrungen insgesamt auf das Gesundheitswesen haben. Da möchte ich vielleicht noch anbringen, aus unserer Perspektive ist eine ganz große Gefahr die Abwanderung der Ärztinnen und Ärzte, zum einen ins Ausland, zum anderen komplett raus aus dem Gesundheitswesen. Wir haben viele Rückmeldungen von Kommilitonen bekommen, die super motiviert ins PJ gestartet sind, und nach dem PJ waren sie so demotiviert, dass sie sich gefragt haben: Will ich das denn überhaupt noch machen, oder gehe ich direkt zu McKinsey? – Unter den aktuellen Bedingungen verlieren wir jedes Jahr Studierende, die motiviert starten, aber am Ende denken: Nein, nicht mit mir, ich gehe in die Privatwirtschaft.

Der andere Punkt: Wo man sieht, wie attraktiv Vergütungen im PJ sind, ist zum Beispiel die Schweiz. Die Schweiz ist nach wie vor wahnsinnig beliebt, um da sein PJ zu machen. Um da einen Platz zu bekommen, muss man sich drei Jahre vorher bewerben, und das liegt an mehreren Punkten. Zum einen bezahlt die Schweiz in der Regel 1.500 Franken pro Monat, zum anderen ist man fester Teil des Teams, es findet Lehre statt, und die Personalsituation ist eine andere. Insofern besteht die Gefahr, dass, wenn die Studierenden einmal im PJ in der Schweiz waren und es ihnen da gefallen hat, sie da ihren ersten Arbeitsvertrag unterschreiben. Auch das Gehalt der Assistenten ist in der Schweiz wesentlich höher als in Deutschland.

Man kann das natürlich auch andersherum sehen. Das PJ ist nämlich auch für die deutschen Kliniken eigentlich die Chance der Personalgewinnung. Wenn es den PJ-Studierenden in dem Haus gut gefallen hat und sie da gute Erfahrungen gemacht haben, ist die Chance hoch, dass sie da ihren ersten Arbeitsvertrag unterschreiben. Deswegen, denke ich, müsste es eigentlich auch ein intrinsisches Interesse der Kliniken geben, die Bedingungen zu verbessern.

Dann wurde mehrfach die Aufwandsentschädigung angesprochen. In Düsseldorf werden im Moment 573 Euro gezahlt, und dieser Betrag ist seit 2013 nicht verändert worden. 2013 lag der BAföG-Höchstsatz bei 670 Euro. Die war also mal ziemlich gut, aber inzwischen liegt der BAföG-Höchstsatz bei 934 Euro, und Düsseldorf bezahlt immer noch 573 Euro. Das reicht bei den Mietkosten und den gestiegenen Lebenshaltungskosten natürlich hinten und vorne nicht mehr. Manche Studierende haben dann noch einen Nebenjob. Aber zum Beispiel darf man in Düsseldorf nicht gleichzeitig an der Uni als studentische Hilfskraft arbeiten und PJ-Entschädigung beziehen. Wenn man also eine SHK-Stelle hat, dann bekommt man gar keine Aufwandsentschädigung.

Dann vielleicht mein letzter Punkt. Es wurde über die Kultur in den Kliniken gesprochen. Auch da haben uns viele Rückmeldungen von Studierenden erreicht. Es ist ein wahnsinnig hoher Stress. Die Arbeitsbelastung ist sehr hoch, und wir bekommen regelmäßig Rückmeldungen von Studierenden, die im OP angeschrien werden, die aus dem OP rausgeschmissen werden. Weibliche Studierende werden im OP sexistisch beleidigt. Dann fehlt es auch oft an der Meldestelle dafür, weil man vor allem in kleinen Fachfächern immer Angst haben muss, dass der Arzt, bei dem man sich beschwert, später in der M3-Prüfungskommission sitzt. Deswegen kommt die Meldung dann oft sehr spät oder auch gar nicht.

Anna Heusch (Universitätsklinikum Düsseldorf, Fachschaftsvertretung Medizin der Heinrich-Heine-Universität): Auch von mir herzlichen Dank für die Einladung. – Ich möchte den Aspekt der persönlichen Erfahrungsberichte ansprechen und auch auf die Vorbereitungszeit eingehen. Ich habe zu Beginn dieses Monats mein drittes Staatsexamen abgelegt, und ich hatte den allerersten Prüfungstermin. In meiner persönlichen Situation war es so, dass ich mich dafür entschieden habe, mein letztes Tertial im Praktischen Jahr zu splitten und eine Hälfte im Ausland zu verbringen. Mit dieser Splitting-Regelung ist verbunden, dass ich dann in einer Splitting-Hälfte nur noch fünf Fehltage nehmen kann. Das heißt, von meinen 20 Fehltagen sind am Ende des Praktischen Jahres nur noch fünf übrig geblieben. Zwischendrin war ich dann auch mal krank, sodass ich im Endeffekt eine Vorbereitungszeit zwischen dem letzten PJ-Tag und dem ersten Prüfungstermin von zehn Tagen hatte. Ich habe die Prüfung bestanden, ja, aber das war nicht schön. Das war auch während des Praktischen Jahres in den letzten Wochen nicht schön, weil ich, sobald ich meinen Prüfungstermin hatte und kannte, angefangen habe, damit zu jonglieren: Wie bekomme ich jetzt mein Praktisches Jahr plus die Lernzeit unter einen Hut?

Ich hatte die Möglichkeit, im Ausland zu sagen, ich fange etwas früher an, höre mittags dafür auf, fahre dann nach Hause und lerne den restlichen Tag. Das ist aber sicherlich keine angemessene Lösung, und es ist auch keine Möglichkeit, die allen Studierenden zur Verfügung steht, weil die Arbeitszeiten häufig fest vorgegeben sind und man dann nicht die Möglichkeit hat, zu sagen: Ich ziehe das alles jetzt eine, zwei Stunden nach vorne und lerne dafür den restlichen Tag.

Zur Vergütung neben dem PJ. Einigen Studierenden ist beispielsweise die Teilnahme an Nacht- oder Wochenenddiensten, die früher vergütet worden ist, heutzutage nicht

mehr möglich, weil viele Fakultäten verpflichtende Nacht- und Wochenenddienste in ihren PJ-Ordnungen vorschreiben. Das heißt zum einen, dass eine Nebenerwerbstätigkeit im Gesundheitssystem wegfällt, weil ich das, was ich vorher als Nacht- und Wochenenddienst bezahlt bekommen habe, jetzt umsonst machen muss. Zum anderen nimmt es auch die Möglichkeit, einem Nebenjob außerhalb des Gesundheitssystems nachzugehen. Die Möglichkeit entfällt dadurch, dass ich beispielsweise in den Nächten und am Wochenende in der Klinik arbeiten muss.

Es wurde auch häufiger der Punkt angesprochen: Wie ist das mit Evaluationen? Wie ist das mit Kliniken? Was gibt es da für Feedback? – Ich kann für die Düsseldorfer Universitätsklinik sagen, dass PJ-Evaluationen nicht öffentlich gemacht werden. Das ist in anderen Fakultäten in NRW anders. Eine Rückmeldung war dann häufig – ich war als Studentin Teil der Unterrichtskommission zum Praktischen Jahr bei uns an der Klinik –: Ja, dann gehen Sie doch nicht in die Kliniken, die so schlecht evaluiert sind. – Das sorgt aktiv dafür, dass Studierende sagen: Ich weiß, dass es dort nicht gut ist, ich gehe woanders hin. – Wenn es dann nicht genügend Plätze innerhalb der eigenen Universität bzw. in eigenen Lehrkrankenhäusern gibt, dann sorgt das dafür, dass Studierende im Zweifel ins Ausland gehen und sagen: Ich mache mir ein schönes Auslandsstertial. Dort bekomme ich Lehre, dort bekomme ich eine Vergütung, bin fester Teil eines Teams und habe konkrete Aufgaben, die mich auf meine ärztliche Tätigkeit vorbereiten.

Es ist auch gefragt worden, wie ein ideales PJ aussehen könnte oder was konkret geändert werden müsste. Wir sehen, dass in den Kliniken, die ein strukturiertes Ausbildungsprogramm haben, die PJ-Studierenden deutlich zufriedener sind. Strukturiert kann zum Beispiel aus meiner eigenen Erfahrung heißen: Ich habe einen Teil meines Praktischen Jahres in einer Klinik gemacht. Da war klar, dass es jeden Tag um 13:30 Uhr eine PJ-Fortbildung gab, und da musste nicht diskutiert werden, weil diese PJ-Fortbildung vielleicht nur einmal im Monat stattfindet und man die Dozenten noch fragen muss, ob und wo. Vielmehr war klar, montags ist Allgemeinchirurgie, mittwochs ist Innere Medizin, dienstags und donnerstags gibt es einen festen Rotationsplan für alle anderen Fächer im Haus. Es stand überhaupt nicht zur Debatte, ob man als PJ-Studierender dahin geht, weil es einfach ein fester Teil war. Allen war klar: Von 13 bis 15 Uhr stehen nirgends PJ-Studierende zur Verfügung.

Solche Kliniken gibt es, und solche Kliniken machen gute Lehre. Immer wieder kommt auch das Feedback, dass klinische Ausbildung da besonders gut ist, wo Studierende nicht Teil der Regelversorgung sind. Um vielleicht ein Beispiel zu nennen: Es gibt chirurgische Kliniken hier in Düsseldorf, die Studierende haben, die sich in der Woche zwischen Weihnachten und Neujahr freinehmen möchten. Und es gibt Kliniken, die sagen: Das geht nicht. Sie müssen sich absprechen. Eine Person von Ihnen muss am 27.12. hier stehen. – Natürlich kann man sagen: Nein, ich mache das nicht. Ich habe zwar kein Anrecht auf Urlaub, aber ich unterliege auch keiner Pflicht. Ich muss meinen Urlaub nicht absprechen. Ich kann mir den einfach nehmen, wann ich möchte. Es sind schließlich keine Krankheitstage, sondern Fehltage.

Dann wird tatsächlich in einigen Situationen – auch das hören wir von Studierenden – damit gedroht, dass die Tertial-Bescheinigung nicht unterschrieben wird, wenn sie sich diese Fehltage nehmen. Das ist ein total wichtiger Punkt, das ist ein wirklich riesiges Problem, weil es nicht möglich ist, solche Missstände zu melden, ohne die Angst zu haben, dass die Person, über die man sich beschwert, im Zweifel in der eigenen Prüfungskommission sitzt.

Das wäre es von meiner Seite aus. – Vielen Dank.

Giulia Ritter (Faires PJ, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland): Guten Tag! Auch wir bedanken uns recht herzlich dafür, dass wir heute hier sein können, und wir bedanken uns ganz besonders im Namen von über 108.000 Medizinstudierenden im Bundesgebiet.

Wir wurden als Erstes dazu befragt, welche Auswirkungen die schlechte Repräsentation des PJs in sozialen Medien wie beispielsweise Instagram, aber auch in Zeitungen usw. hat. Wir waren Anfang dieses Jahres ganz besonders schockiert von folgender Aussage von Herrn Laumann: Der Landesregierung liegen keine Informationen vor, die auf strukturelle Probleme im Bezug zur Ausgestaltung des Praktischen Jahres in Nordrhein-Westfalen hinweisen.

Wir haben auf Instagram und auf anderen Medien im Internet immer wieder darauf hingewiesen, wie die Umstände im PJ sind. Medizinstudierende teilen ihre Erfahrungsberichte auf Plattformen mit uns als Bundesvertretung der Medizinstudierenden, mit Reporter*innen der „Ärzte Zeitung“, des „Deutschen Ärzteblattes“ und auch aller anderen Medien. Wir waren mittlerweile als Verein bereits zweimal auf der Straße und haben im Jahre 2019 und auch in diesem Sommer mehrere Tausend Medizinstudierende für Demonstrationen für ein faires PJ versammelt. Wir haben bereits drei Petitionen mit über 100.000 Unterschriften gesammelt, die sich für ein faires PJ einsetzen. Die mediale Präsenz war in unseren Augen also sehr, sehr hoch in den letzten Jahren.

Gleichzeitig bekommen wir immer wieder solche Sachen vorgeworfen, Missstände seien nicht bekannt, wir würden uns alle nur beschweren, es sei doch alles gar nicht so schlimm.

Welche Auswirkungen hat das Ganze? Auf die Studierenden wirkt das sehr, sehr abschreckend. Leute sind sehr motiviert, ins PJ zu gehen, haben gleichzeitig Angst, was ihnen da passieren könnte, versuchen, mit besten Mitteln eine Klinik auszusuchen, die sie gut ausbilden wird, die sie nicht ausnutzen wird und die sie nicht mit einem Burnout in den Berufsstart entlassen wird.

Allerdings ist es manchmal sehr, sehr schwierig, so eine Klinik zu finden. Man sucht das Ganze natürlich nach mehreren Gesichtspunkten aus, und so versucht man, sich irgendwie bei Kommilitoninnen zu informieren, bei der Fachschaft zu informieren. All solche Erfahrungsberichte schrecken ab. Gleichzeitig haben wir keine Wahl. Dieses PJ ist ein Teil unseres Studiums, und wenn wir später einmal Ärzt*innen werden wollen, dann müssen wir da durch – für uns, für unsere Patient*innen und für unser gesamtes Gesundheitssystem.

Alexander Schmidt (Faires PJ, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland): Ich möchte dort weitermachen. Es ging nämlich auch um die Frage: Was wollen wir denn konkret in Bezug auf die Lehre im Praktischen Jahr? Was soll sich konkret verbessern? Wie kann das verbessert werden? – Da möchte ich noch mal betonen: Wir wollen keine Extrabehandlung. Wir sind bereits Medizinstudierende. Zum Beispiel haben sich weit über 58 % am Pandemiedienst beteiligt. Es gibt viele unglaublich motivierte Medizinstudierende, die in das Gesundheitssystem wollen. Wir wollen also keine Extrabehandlung, sondern Basisbedingungen, die auch in anderen Berufsgängen und -gäben sind.

Ich fange einfach mal damit an, dass es zum Beispiel klar benannte Personen gibt, die für die Betreuung verantwortlich sind. Das sollen nicht unbedingt nur Assistenzärzt*innen sein, die vielleicht selber gerade erst kürzlich angefangen haben und auf Station sind, sondern es soll regelmäßig eine Betreuung durch einen Oberarzt oder eine Oberärztin oder einen Facharzt oder eine Fachärztin erfolgen, der bzw. die auch fachlich oder inhaltlich beraten kann. Da hat zum Beispiel auch das PJ-Barometer des Marburger Bundes gezeigt, dass 40 % der Medizinstudierenden keine solchen Ansprechperson im Praktischen Jahr haben. Das ist aus meiner Sicht ein Versagen und wäre eigentlich recht einfach zu beheben.

Wichtig ist für die Lehre auch noch ein Mentoring, damit man für die eigene Karriereplanung, aber auch für den Verlauf des Praktischen Jahres, für die Fertigkeiten, die man noch erlernen möchte, an vorderster Front einen Mentor oder eine Mentorin zur Verfügung gestellt bekommt, so wie es in vielen Ausbildungsberufen und auch in vielen Studiengängen auch gelebt wird. Das heißt, bevor man eigenständig arbeitet, wird man unter Supervision angeleitet. Auch das ist im Praktischen Jahr bei vielen Medizinstudierenden kein Standard. Ich möchte hier auf einen Erfahrungsbericht verweisen. Es gibt eine Person, die hat gesagt: Ich habe in vier Monaten keinen Patienten untersucht, keine einzige Anamnese gemacht. Ich fühle mich damit nicht vorbereitet auf den späteren Job. – Würden Sie von so einem Arzt oder von so einer Ärztin nach dem Praktischen Jahr behandelt werden wollen? Ich nicht.

Das sind aus unserer Sicht die Mindeststandards für die Lehre, die auch nicht zu hoch gegriffen sind, sondern genau den Basisstandard liefern, um erstens Ärztinnen und Ärzte adäquat auszubilden und überhaupt auf ihren Beruf vorzubereiten. Denn nach dem Praktischen Jahr folgt das Berufsleben, und es gibt keine weitere Vorbereitung darauf.

Dann möchte ich auf die Frage der Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu sprechen kommen. Auf die Ärzte und auch auf die Behandlung von Patientinnen hat es erhebliche Auswirkungen, wenn Ärzt*innen nicht adäquat darauf vorbereitet werden oder sogar im Praktischen Jahr ohne Supervision Behandlungen durchführen, die sie eigentlich gar nicht durchführen können. Auch dazu gibt es einen Bericht, auf den ich verweisen möchte: Die Verbandwechsel musste ich meist allein ohne Aufsicht machen. Es handelt sich dabei um großflächige und tiefe Wunden, die einer fachmännischen Beurteilung bedürfen. Allerdings kann ich diese Wunde nicht beurteilen, weil es mir

nicht beigebracht wurde. In einem solchen Krankenhaus möchte ich nicht als Patient liegen.

Das ist aus meiner Sicht eine sehr erhebliche Auswirkung auf das Gesundheitswesen, die sehr einfach durch bessere Bedingungen in der Ausbildung, durch eine bessere Betreuung vermieden werden könnte.

Die zweite große Auswirkung auf das Gesundheitswesen ergibt sich aus meiner Sicht aus den fehlenden Krankheitstagen. Auch dazu haben wir jetzt schon ein paar Beispiele gehört. Auch dazu gibt es in unserer Stellungnahme sehr viele Fallbeispiele von Medizinstudierenden, die das belastet hat und dann krank im PJ erschienen sind. Das möchte ich jetzt nicht wiederholen, aber ich möchte Sie alle bitten, sich das mal zu Gemüte zu führen und die Frage zu stellen, ob Sie im Zweifel als Patient oder Patientin von so einem Medizinstudierenden behandelt werden wollen. Denn das passiert.

Daraus ergibt sich auch die Priorisierung unserer Forderungen, die angesprochen wurde. Für uns steht an vorderster Stelle unserer Ausbildung. Dann folgt, dass wir einfach das Recht haben, nicht krank ins PJ gehen zu müssen – Frau Ritter wird dazu auch noch etwas ausführen –, und dann folgt die Aufwandsentschädigung.

Dann wurde auch noch die Frage gestellt, ob ein faires Praktisches Jahr die Lösung für einen Fachkräftemangel darstellen könnte. Dazu möchte ich sagen, dass aus unserer Sicht, was die ärztlichen Fachkräfte angeht, ein vorwiegend relativer Ärztemangel besteht, das heißt vor allem ein Verteilungsproblem – deshalb sehen wir auch einen Landärzt*innenmangel –, und wir sehen das Problem der Überlastung durch Bürokratie, durch bürokratische Aufgaben der Ärzte. Im europäischen Vergleich haben wir nicht deutlich weniger Ärzte als andere Länder. Wir setzen sie nur anders ein. In anderen Ländern werden unglaublich viele pflegerische Aufgaben oder von Physician Assistants durchgeführte Aufgaben nicht durch Ärzt*innen ausgeführt. Das wäre also unsere primäre Lösung. Aber wenn wir uns den demografischen Wandel anschauen, sehen wir ja, dass die Belastung für das Gesundheitssystem noch weiter steigen wird. In dem Sinne ist für uns essenziell, dass die Studierenden auf diese größere Belastung auch adäquat vorbereitet werden, um dann mit Ende ihres Studiums eigenständig, ohne Supervision – denn diese haben sie schon vorher ein Jahr lang gehabt – idealerweise Patientinnen und Patienten behandeln zu können. Denn wenn das dann noch im Berufseinstieg erfolgen muss und die Belastung des Gesundheitswesens noch weiter steigt, dann glaube ich nicht, dass das noch stemmbar ist.

Giulia Ritter (Faires PJ, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland): Ich wurde von der SPD-Fraktion darum gebeten, über Erfahrungen im PJ zu erzählen. Dazu muss ich einmal ganz klar sagen: Ich bin noch nicht im PJ. Ich bin noch Studierende und stehe vor meinem zweiten Staatsexamen. Das bedeutet, ich habe noch etwas Zeit, bis dieser Abschnitt auf mich zukommt.

Ich möchte hier aber einen sehr, sehr wichtigen Punkt unterstreichen: Nicht nur ich bin noch nicht im PJ, sondern die meisten Studierenden, die Sie heute in diesem Raum sehen, sind noch nicht im PJ. Wir sind alle hier, weil das für uns ein wichtiges Thema

ist, und wir setzen uns für die zukünftigen Generationen ein. Es kann sein, dass wir alle von irgendwelchen Änderungen gar nicht mehr profitieren, dass unser PJ schon viel, viel früher anfängt und wir das Ganze genau so machen, wie es gerade gehandhabt wird. Aber wir hoffen, dass es irgendwann mal eine Generation gibt, die es besser hat – eine Generation von zukünftigen Ärzt*innen, die eben nicht mit einem Burnout ins Berufsleben starten.

Die Dinge, die wir mitbekommen, hören wir immer wieder von Kommilitonen. Es wird von Sexismus erzählt. Es gibt Leute, die erzählen, dass sie einen ZVK legen durften und als Dank für so eine praktische Lehre einen Kuchen gebacken haben. Die Kommilitonin durfte sich dann anhören, dass sie ja jetzt heiratsfähig sei. Sie hat gerade sechs Jahre Studium hinter sich und möchte eventuell in den Beruf starten. Heiraten ist da vielleicht nicht ihre höchste Priorität.

Wir haben immer wieder Leute, die sagen: Ich starte jetzt erst einmal mit einem Burnout ins Berufsleben. – Oder: Ich habe gerade mein PJ fertig und mein M3 hinter mich gebracht. Ich brauche jetzt erst mal Urlaub.

All das sind Dinge, die wir tagtäglich hören, die wir immer wieder mitbekommen und die die Leute auch immer wieder erzählen. Also, wenn wir hier alle sitzen, dann können wir nicht immer von eigenen Erfahrungen erzählen, weil wir diese vermutlich noch machen werden. Aber wir sitzen hier, weil wir hoffen, dass es irgendwann Leute gibt, die diese Erfahrungen nicht mehr machen und ein gutes und ein lehrreiches PJ haben.

Ansonsten haben wir noch über die Vergütung und darüber gesprochen, wie hoch die Vergütung sein sollte. Wir fordern den BAföG-Höchstsatz. Das sind für unter 25-Jährige aktuell 812 Euro pro Monat, für über 25-Jährige aktuell 934 Euro pro Monat.

Die Frage ging eigentlich an die Kliniken, ob so eine monatliche Vergütung von der Belastung her überhaupt möglich sei. Wir möchten hier eine Klinik beispielhaft nennen, und zwar die VAMED Klinik in Bad Berleburg hier bei uns in NRW, die diesen BAföG-Höchstsatz an ihre PJ-Studierenden zahlt. Diese Klinik existiert noch, sie lebt noch, und sie macht gute Lehre. Ich kenne mich in diesem gesundheitswirtschaftlichen Thema nicht perfekt aus und kann Ihnen jetzt nicht wie eine Klinikleitung genaueste Argumente bringen, aber es gibt Kliniken, die das schaffen. Und wenn es eine Klinik gibt, die das schafft, dann bin ich mir sicher, dass das auch andere Kliniken schaffen können. Und das Argument, das sei finanziell nicht tragbar, zählt einfach nicht, wenn Medizinstudierende Hilfstätigkeiten übernehmen und den Klinikablauf irgendwie mittragen und tatsächlich am Laufen halten. Das bedeutet, uns stehen solche Dinge zu, wenn wir in der Klinik aktiv Teil dieses Teams sind.

Dann wurden noch die Vorbereitungszeiten für das dritte Staatsexamen angesprochen. Wir haben gerade schon von einem kleinen Horrortrip vor diesem dritten Staatsexamen gehört, und das ist kein Einzelfall. Wir fordern deswegen einen Mindestabstand von vier Wochen. Viele Studierende versuchen wirklich, sich diese 30 Fehltage so gut es geht irgendwie für diesen letzten Abschnitt warmzuhalten und am Ende diese vier Wochen zu nehmen.

Gleichzeitig gibt es Kliniken, die vorher mit der Unterschrift unter dem Ausbildungsvertrag festlegen, dass ihre Studierenden nicht alle 30 Tage am Ende ihres Trials nehmen dürfen. Wieso? Weil sonst eventuell einfach alle PJ-Studierende eines Klinikums kurz vor dem M3 wegfallen. Das zeigt noch einmal ganz deutlich, wie essenziell und wie sehr die PJ-Studierenden im Arbeitsablauf der Klinik eingeplant sind, wie sehr sie diese PJ-Studierenden brauchen. Gleichzeitig ist es für die Studierenden eine super prekäre Situation, weil sie eventuell irgendwie versuchen, diese 30 Tage aufzuheben; denn man weiß nicht, wann man seinen dritten Prüfungstermin hat. Gleichzeitig ist es eventuell nicht möglich.

Ein weiteres Problem ist tatsächlich auch die Prüfungsladung. Es ist aktuell nicht festgelegt, wie der Abstand zwischen der Prüfungsladung und der Prüfung sind, ob alle Prüflinge einer Universität bzw. eines Klinikums ihre Ladung gleichzeitig bekommen. Jetzt kann es sein, dass eine Person vielleicht zwei Wochen vorher weiß, wann ihr Termin ist, aber die andere Person weiß das schon einen Monat vorher. Wir können hier nicht von Chancengleichheit reden, reden aber gleichzeitig von einem Staatsexamen. Eigentlich sollte dieses Examen sogar sehr chancengleich sein.

Alexander Schmidt (Faires PJ, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland): Dann wurde von den Grünen die Frage gestellt, wie wir uns das PJ insbesondere mit Blick auf Eltern oder Studierende mit Kind vorstellen. Zur Lehre habe ich schon relativ viel gesagt. Es gab auch die Frage, ob denn Teilzeit möglich ist. Ja, es ist möglich, das Praktische Jahr in Teilzeit zu absolvieren. Das bedeutet dann natürlich, dass es doppelt so lang ist, was aber per se kein Problem ist. Hier besteht aber das praktische Problem, dass Studierende, die in Teilzeit beginnen, oft nicht zurückwechseln können, wenn der Grund dafür wegfällt, dass sie in Teilzeit begonnen haben. Das ist ein praktischer Irrsinn, den man recht einfach beheben könnte, und Sache der Landesprüfungsämter. Darauf könnten Sie einwirken. Teilzeit ist also möglich.

Ein großer Punkt sind dann natürlich Betreuungsmöglichkeiten. Wenn PJ-Studierende mit Kind Dienste übernehmen müssen, die seitens der Klinik vorgeschrieben sind, dann muss garantiert sein, dass es zu diesen Dienstzeiten eine Kinderbetreuung gibt. Wenn es diese Kinderbetreuung nicht gibt, sind sie von diesem Dienst freizustellen.

Und jetzt zu dem aus meiner Sicht fast wichtigsten Punkt, wenn es um PJ-Studierende mit Kind geht: Für PJ-Studierende mit Kind sind die Krankheitstage essenziell. Denn bei den Krankheitstage geht es nicht nur um die eigene Krankheit. Was ist denn, wenn das eigene Kind krank ist?

Und ich möchte auch auf die Frage eingehen: Gefährdet das nicht das Ausbildungsziel? – Wir reden hier nicht davon, dass dann jemand drei Wochen krank zu Hause bleibt und gar nicht mehr am PJ teilnimmt, sondern uns geht es darum, dass Studierende, die entweder selber eine Erkältung, eine Grippe oder vielleicht Corona – aktuell ist das ja nicht mehr quarantänepflichtig – haben, dann die Möglichkeit haben, drei bis fünf Tage zu Hause zu bleiben, mit dem Wissen, das hat keine Konsequenz auf die Anerkennung des PJs. Ich glaube nicht, dass wir darüber diskutieren müssen, ob drei bis fünf Tage wirklich Auswirkungen auf das Ausbildungsziel haben. Ich denke, da sind

wir uns alle einig. Drei bis fünf Tage machen den Kohle auch nicht fett, und deshalb fordern wir, dass man, wenn man selbst krank ist oder das eigene Kind kurzzeitig krank ist, auch die Möglichkeit hat, zu Hause zu bleiben. Um diese Flexibilität zu gewährleisten, fordern wir, dass es acht Tage pro Tertial geben soll, also 10 % der Ausbildungszeit – über die genaue Höhe kann man sicherlich noch diskutieren, aber das ist unser Vorschlag –, wo mit Attest nachzuweisen ist, dass man krank war. Und dann halte ich das für keine Gefährdung der Ausbildung und würde auch ermutigen, das vielleicht einfach mal auszuprobieren. Wenn man merkt, die Studierenden kommen nicht mehr und fälschen ihre Atteste, muss man sicherlich andere Maßnahmen ergreifen. Aber aufgrund dieser Sorgen das nicht zu machen, halte ich für einen großen Fehler.

Dann zur Frage, was das Land tun kann. Da möchte ich dringend empfehlen, die genannten Punkte im Antrag der FDP zu unterstützen.

Ich möchte auch noch ein paar weiterführende konkrete Punkte nennen, die Sie als Bundesland Nordrhein-Westfalen angehen können. Zum Beispiel nenne ich die angesprochenen Landesprüfungsämter. Wenn hier Härtefallanträge gestellt werden, weil es aktuell noch keine Krankheitstage gibt, wäre es ja vielleicht denkbar, eine zumindest für Ihr Bundesland einheitliche Regelung zu erarbeiten, wie mit Härtefallanträgen zum Beispiel aufgrund kurzfristiger Krankheit umgegangen werden soll, damit man so eine Übergangsregelung erarbeitet, die greift, weil es diese Regelung noch nicht in der Approbationsordnung gibt, und den Studierenden die Sicherheit gibt: Okay, wenn ich diesen Antrag stelle, dann dauert das zwar unfassbar lang und ich weiß auch nicht, ob das klappt, aber es gibt vom Land Nordrhein-Westfalen eine Leitlinie oder eine Empfehlung für die Landesprüfungsämter, dass sie doch bitte Krankheitstage gewähren sollen.

Bezüglich der Lehre im Praktischen Jahr ist es aus unserer Sicht auch besonders wichtig, dass Sie als Land NRW jetzt schon die Initiative ergreifen und die Ausbildung im Praktischen Jahr voranbringen und mit den Unikliniken zusammen konkrete Verbesserungen für die Ausbildung voranbringen. Ich hatte schon genannt, was wir uns da konkret vorstellen. Das ist besonders wichtig. Denn obwohl der Masterplan Medizinstudium 2020 schon 2017 veröffentlicht wurde und seit 2013 in Arbeit ist, warten wir immer noch auf die Reform der Approbationsordnung. Tatsächlich muss man anerkennen, dass viele wichtige Reformen für die Lehre im Praktischen Jahr durchaus in dieser Reform der Approbationsordnung vorgesehen sind. Aber sie scheint eben nicht zu kommen. Aus meiner Sicht sind Sie deshalb jetzt am Zug, um diese Verbesserungen initiativ an Ihren Kliniken zu schaffen, auch für Ihre zukünftige Krankenversorgung.

Denn das war auch eine Frage: Inwieweit hat das vielleicht Auswirkungen oder führt zu Abwanderungen? – Dazu gibt es bereits Publikationen von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Das ist eine wissenschaftliche Gesellschaft, die sich mit der Ausbildung von Medizinstudierenden und Gesundheitsfachkräften befasst. Dort wurde herausgefunden – es überrascht kaum –, dass PJ-Studierende tendenziell am Ausbildungsplatz bleiben. Wenn Sie also gute Ärztinnen und Ärzte wollen, dann möchte ich Ihnen empfehlen, sie gut auszubilden und vielleicht auch PJ-Studierende anderer Universitäten mit Lehrversprechen und anderen Bedingungen vielleicht auch nach NRW

zu holen. Denn es konnte gezeigt werden, dass Studierende tendenziell am Ausbildungsplatz bleiben. Ich denke, ich muss Ihnen nicht sagen, dass sie, wenn Sie die Studierenden dort vergraulen, wahrscheinlich nicht bleiben werden.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank, Herr Schmidt und Frau Ritter. – Damit sind wir am Ende der ersten Fragerunde und kommen zur zweiten Fragerunde. Gibt es weitere Wortmeldungen? – Wir fangen mit Herrn Bakum an. Bitte schön.

Rodion Bakum (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Gestatten Sie mir zunächst eine persönliche Anmerkung an die anwesenden Studierenden. Ich nehme an, es ist für Sie nicht alltäglich, in so einer Anhörung im Landtag oder Bundestag oder wo auch immer zu sitzen. Dafür möchte ich einfach Ihnen meinen Respekt zollen, wie super Sie vorbereitet sind und wie engagiert Sie Ihre Forderungen vortragen. Das ist nicht unbedingt bei allen Experten so, die wir hören. Insofern können diejenigen, die Sie hier heute vertreten, sehr stolz darauf sein, dass Sie hier sind. Erlauben Sie mir diese Anmerkung.

(Vereinzelt Beifall)

Bei Ihrer Anmerkung, Herr Schmidt, musste ich gerade schmunzeln. Sie haben sehr genau gesagt, was wir tun sollen. Dazu werde ich gleich auch etwas fragen. Als Sie etwas zur ärztlichen Delegation ausführten, hätten Sie mal den Blutdruck der Ärztekammerpräsidenten hier vorne messen sollen. Engagieren Sie sich also weiter berufspolitisch. Dann kann sich an der Stelle auch etwas ändern.

Meine erste Frage geht in Richtung Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Frau Ritter hat anekdotisch etwas dazu berichtet, was erst mal witzig klingt, aber gar nicht witzig ist. Daher habe ich die Frage, was aus Sicht der Studierenden im Sinne von Vereinbarkeit von Familie und Beruf im PJ noch verbessern werden kann. Ich nenne mal als Stichwort den Anspruch auf einen Kitaplatz in der Ausbildungsstätte oder Ähnliches.

Meine zweite Frage richtet sich an alle Experten. Herr Schmidt hat jetzt ein paar Punkte vorgegriffen, aber ich möchte auch von den anderen ihre Erwartungen an die Landesregierung hören. Herr Henke hat auf die Zuständigkeit des Bundes bei der Approbationsordnung verwiesen; das ist sicherlich richtig und die Grundlage. Allerdings muss das alles auch in Hochschulordnungen übersetzt und an die Situation vor Ort angepasst werden. Meine Frage dazu ist – vielleicht auch über den Antrag der FDP hinaus, den wir unterstützen –, was eine Landesregierung, egal, in welcher Zusammensetzung, über die Schaffung von Medizinstudienplätzen und die Dinge, die wir heute zu besprechen haben, hinaus aktiv tun kann.

Die dritte Fragestellung geht wieder an die beiden Studierendenvertretungen, weil mir ihre Sicht darauf besonders wichtig ist. Herr Dr. Dreyer hat das Stichwort „Burnout“ herausgestellt. Das ist auch aufgeführt in der Stellungnahme der Bundesvertretung der Medizinstudierenden. Vielleicht dazu die Anmerkung: In der ICD-11 ist Burnout jetzt endlich auch als eigenes Diagnosekriterium aufgeführt. Aber hinter den 30 %, die Sie da erwähnen, stecken auch viele schwere depressive Episoden bis hin zum

präsuizidalen Syndrom, und deswegen ist es kein Wunder, dass Ärzte und Lehrer die höchste Suizidrate in der Gesellschaft haben. Daher die Frage an die Studierenden: Welche Beratungsmöglichkeiten, welche Ansprechpartner haben Sie heute, wenn es um Ihre seelische Gesundheit geht, oder müssen wir es so akzeptieren, weil es da so drinsteht? Dann hat eben ein Drittel seelische Erkrankungen, und dann ist das so.

Meral Thoms (GRÜNE): Auch ich möchte mich noch mal für die sehr eindrücklichen Schilderungen bedanken und sagen, dass ich den Umgang mit dem medizinischen Nachwuchs sehr besorgniserregend finde. Daher ist es wichtig, dass wir da nachhaken. Und ich kann mir auch gut vorstellen, warum hier niemand ist, der gerade im PJ ist. Dann würde ich mich fragen – der Gedanke ging mir durch den Kopf –, wie Sie Ihre heutige Anwesenheit hier mit dem PJ vereinbaren.

Ich habe eine Frage, die sich primär an Herrn Breuning richtet, aber vielleicht auch an andere, die dazu etwas sagen mögen. Herr Breuning hat Meldestellen angesprochen. Wenn es Missstände an einer Klinik gibt, wo würden Sie sich Meldestellen wünschen und was sollte nach so einer Meldung aus Ihrer Sicht idealtypisch passieren?

Dann eine Frage an die Ärzteschaft. Wir haben eben von Evaluationen gehört und davon, dass die Bewertung des PJs in der Landschaft der Lehrkrankenhäuser durchaus unterschiedlich ist. Alle haben schwierige Rahmenbedingungen, wir haben überall Personalmangel, die finanziellen Ressourcen fehlen. Aber es scheint ja so zu sein, dass es einige Kliniken gibt, die die PJer besser in den Klinikalltag integrieren, die täglich diese Lehreinheiten anbieten. Was könnte man tun, damit diese guten Standards Verbreitung finden in Nordrhein-Westfalen? Sehen Sie da Potenziale, vielleicht auch in der Vernetzung?

Dann eine dritte Frage. Ein Punkt, der mir Sorgen macht, ist die Finanzierung des PJ. Das hat auch etwas mit Chancengerechtigkeit zu tun. Ich habe Statistiken gelesen – ich habe sie jetzt nicht mehr im Kopf –, dass sehr viele Studierende der Medizin aus Elternhäusern mit einer gehobenen Bildung kommen, wo Eltern selber Ärztinnen und Ärzte sind. Aber was ist mit den anderen, die das nicht haben und die jetzt nicht arbeiten können? Ist das wirklich ein K.-o.-Kriterium? Was passiert mit denen? Wie können die sich finanzieren? Bekommen die Kredite, oder gibt es tatsächlich die Fälle, in denen Personen in dieser späten Phase des Studiums sagen: „Ich schaffe das nicht mehr, Burnout, es ist einfach zu viel auf einmal“? Wie groß ist da die Gefahr?

Und ein letzter Gedanke – vielleicht kann jemand etwas dazu sagen –: Es ist eigentlich das praktische Jahr. Aber in meinem Alltag arbeiten wir mittlerweile auch viel digital, und auch im Gesundheitswesen reden wir von Telemedizin, wir reden von digitalen Angeboten. Muss das PJ eigentlich 100 % im Klinikalltag stattfinden, oder könnte es auch ganz theoretisch und in die Zukunft gedacht mehr Flexibilität geben? Käme vielleicht auch eine digitale Mitarbeit infrage, zum Beispiel bei Tumorkonferenzen, an denen man teilnehmen kann?

Susanne Schneider (FDP): Von mir noch ein paar kurze Fragen, die man auch wirklich kurz beantworten kann. Meine erste Frage geht an den Marburger Bund. Sie haben

jetzt mehrfach Ihre Umfrage aus dem Jahr 2018 zitiert. Hat sich denn aus Ihrer Sicht inzwischen irgendetwas bezüglich der Vergütung, bezüglich der Rahmenbedingungen geändert? Hat sich vielleicht etwas verbessert? Wenn ja, wäre das meine Lieblingsantwort.

Die zweite Frage geht jetzt an die Medizinstudierenden, und zwar an die Bundesvertretung der Medizinstudierenden und auch an die Fachschaft aus Düsseldorf. Herr Breuning, Sie haben vorhin erwähnt, dass Studierende öfter mal sagen: Ach, da gehe doch in die Schweiz, da ist das PJ schick, da wird es ein bisschen netter vergütet. Mir geht es auch besser, und da bleibe ich dann auch. – Wie ist denn jetzt Ihre Erfahrung aufgrund dieser unterdurchschnittlichen Vergütung? Gibt es da eine Tendenz, dass Studierende sagen: „Nein, bei diesem Level, das NRW zahlt, gehe ich doch lieber nach Rheinland-Pfalz rüber und mache da mein PJ“? Ich denke jetzt mal ans Uniklinik Aachen. Da sind es ungefähr 180 Euro. Und wenn sie dann schon mal in Rheinland-Pfalz sind, dann bleiben sie auch dort, trotz aller Anstrengungen, die Nordrhein-Westfalen inzwischen unternimmt, um junge Menschen in den Medizinerberuf zu bekommen. Sehen Sie dieses Risiko, oder wissen Sie sogar davon, dass das tatsächlich geschieht?

Frau Ritter hat vorhin von diesem Klinikum in Bad Berleburg ausgeführt, das in NRW vorbildlich ist. Ja, warum ist es vorbildlich? Weil es ein Lehrkrankenhaus der Uni Marburg ist und somit eben nicht zu NRW gehört. Das Krankenhaus ist zwar hier, aber die Lehre nicht.

Dann muss ich noch mal zurückgehen, und das geht auch an die Studierenden. In der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft NRW steht ganz vorne, dass, obwohl so viele Punkte nicht so gut laufen, 88 % der Studierenden ihre Zukunft im stationären Bereich sehen. Das kommt mir aufgrund der Klagen sehr, sehr viel vor. Wie sind da Ihre Erfahrungen? Sehen Sie da auch 88 %, oder haben Sie ganz andere Infos? Oder möchten Ihre Kommilitonen eher in die Forschung zu McKinsey oder sonst wohin?

Prof. Dr. Daniel Zerbin (AfD): Ich möchte mich erst einmal im Namen des Wissenschaftsausschusses bei den Gutachtern dafür bedanken, dass sie die Zeit gefunden haben, um hierherzukommen, und ich danke natürlich auch für ihre Stellungnahmen.

Meine erste Frage richtet sich an den Marburger Bund. Wir haben schon einiges dazu gehört, dass die Studierenden auch krank zur Arbeit gehen. Gibt es Erhebungen darüber, welche Schäden das verursacht, und zwar sowohl bei den Studenten als auch bei der Klinik?

Und dann eine Nachfrage: Wenn es dazu keine Forschungsergebnisse gibt, wäre es nicht ein gutes Thema für die Forschung?

Meine zweite Frage richtet sich an die Bundesvertretung der Medizinstudierenden und die Fachschaft Medizin der Heinrich-Heine-Universität. Frau Ritter, ich habe mir gerade aufgeschrieben, dass Sie gesagt haben: Da müssen wir durch. – Das ehrt Sie natürlich. Die Frage ist nur: Muss man da wirklich durch? Sie haben ja auch von Burnout gesprochen. Soll man mit einem Burnout ins Berufsleben starten?

Ich war zehn Jahre an einer Hochschule. Ich habe auch mit Studenten zu tun gehabt, die im Praktikum waren, ich habe auch einen Studiengang konzipiert, und ich stelle jetzt mal eine ketzerische Frage und bitte, meine Naivität schon im Vorfeld zu entschuldigen: Könnte man dieses Praktische Jahr nicht auch auf sechs oder neun Monate oder sogar so eindampfen, dass man es quasi in die Semesterferien legt und die Anlernphase dann später macht? Ich weiß, es ist vielleicht eine weltfremde Frage, aber ich würde mich freuen, wenn Sie sie beantworten.

Vorsitzender Josef Neumann: Vielen Dank. – Damit steigen wir in die Antwortrunde ein, und wir beginnen mit den Studierendenvertretungen. Bitte schön.

Giulia Ritter (Faires PJ, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland): Dann beginne ich mit der Frage bezüglich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Dieses Thema ist für immer mehr Studierende super, super wichtig, nicht nur für junge Ärzt*innen, sondern auch für Leute, die schon im PJ sind. Sehr, sehr viele von uns Medizinstudierenden haben vielleicht vorher schon eine Ausbildung abgeschlossen und starten nicht mit 18 Jahren in ihr Studium. Sie sind dann, wenn sie fünf Jahre ihres Studiums absolviert haben, eventuell schon in dem Alter, in dem sie ein oder mehrere Kinder und Familie haben. Das heißt, in solchen Momenten ist natürlich auch schon im PJ das Ganze super wichtig – wir haben gerade schon über die Teilzeit geredet –, aber auch später im Beruf.

Wir, die bvmd, erheben gemeinsam mit der KBV alle vier Jahre das sogenannte Berufsmonitoring und fragen Medizinstudierende, was ihnen wichtig ist für ihren späteren Beruf, wie sie sich das Ganze vorstellen. Da kommt immer wieder heraus, dass das Ganze super wichtig ist, nicht nur für weibliche Studierende, sondern auch für männliche Studierende. Familie, Freizeit und Beruf müssen mittlerweile immer mehr irgendwie zusammen existieren, und das eine kann das andere nicht aus dem Leben verdrängen. Hier also Strukturen zu schaffen im Sinne von Kinderbetreuung, flexibleren Arbeitszeiten, aber auch sicheren Arbeitszeiten, damit nicht Überstunden bis zum Umfallen anfallen, ist super, super wichtig. Denn sonst wandern die Leute ab und gehen eben nicht in die Kliniken, in die stationäre Versorgung, sondern in die ambulante Versorgung, weil das Ganze einfach planbarer für sie ist. Oder sie gehen ganz aus dem Gesundheitssystem, aus der medizinischen Versorgung raus und dann in die freie Wirtschaft oder in andere Bereiche, wo sie sich mit ihrem Studium auch immer noch gut aufgehoben fühlen.

Zur Frage, ob man das PJ eindampfen kann. Ich möchte das Ganze einmal so framen: Wir studieren sechs Jahre, davon sind aktuell fünf Jahre theoretisches Studium. Natürlich haben wir immer wieder mal ein paar Praktika, die wir meistens in unseren Semesterferien ablegen. Wir haben auch sogenannte Blockpraktika, die in dem Semester für uns praktische Lehre bringen sollen. Dieses Praktische Jahr ist am Ende so etwas wie eine kleine Impfung, die uns wirklich noch mal super viele Sachen mitgibt, wenn es darum geht, Ärztebriefe zu schreiben, wenn es darum geht, Versorgung aktiv am Patienten zu machen, Patienten selbst zu betreuen, diese aufzunehmen. Das sind Sachen, die wir in unserem Studium sonst nicht lernen. Und wenn wir das Ganze nicht in einem PJ

machen und dieses eindampfen, dann wird das ziemlich sicher dazu führen, dass wir das Ganze dann bei unseren Berufseinsteiger*innen machen, und dann stellt sich die Frage, ob es dann jemanden geben wird, der oder die Zeit hat, diese Leute zu betreuen. Vermutlich immer noch nicht. Das heißt, wir schieben das Ganze dann nur hinter das Studium. Wir verändern aber nichts an der Tatsache. Wir erlernen einen praktischen Beruf, einen Beruf, der am Patienten stattfindet. Und irgendwo müssen Zeit und auch die finanziellen Mittel geschaffen werden, um uns diese praktische Ausbildung mitzugeben. Ansonsten haben wir ein sehr, sehr schwaches Gesundheitssystem.

Alexander Schmidt (Faires PJ, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland): Zu der Frage nach den digitalen Möglichkeiten. Für uns ist es schon sehr wichtig, dass im Praktischen Jahr die praktische Ausbildung vorne steht. Allerdings sind Themen wie Telemedizin auch wichtig. Da sehen wir, dass das gerade überhaupt noch nicht flächendeckend gelehrt wird, obwohl es ja schon Teil der Gesundheitsversorgung ist. Da besteht also inhaltlicher Nachbesserungsbedarf. Nichtsdestotrotz schließe ich mich Frau Ritter an. Es sollte unbedingt ein praktisches Jahr bleiben.

Vielleicht hierzu nur kurz ein Beispiel, wie es andere Länder handhaben. Eine gute Freundin von mir hat ihr Praktisches Jahr in Frankreich gemacht, und dort war sie von 9 bis 13 Uhr im Praktischen Jahr, hatte ganz fest zugeteilte Patienten. Es gab feste Zeiten, die vereinbart waren, wann, nachdem sie ihre Patienten angeschaut hatte, das Therapieprozedere, ihre Untersuchung und ihre Befundung, die sie erhoben hat, besprochen wurden, und daraus wurden dann Ergebnisse erarbeitet, wie es mit den Patienten weitergehen sollte. Das war das Kernelement, und das ist eigentlich auch das, worauf es am Ende ankommt. Das heißt, wir fordern nicht unbedingt, dass das PJ jetzt gestrichen wird. Aber zumindest diese strukturellen Elemente sollten im PJ verankert werden, damit wir auch gut auf den Beruf vorbereitet werden.

Dann möchte ich noch schnell auf das Thema „Burnout“ und die Beratungsmöglichkeiten eingehen. Flächendeckend gibt es da keine Angebote. Oft gibt es auch nur Ansprechpersonen an den übergreifenden Fakultäten, gar nicht spezifisch für die Medizinstudierenden. Es gibt aber Modellprojekte. Beispielsweise in Essen ist mir ein Mentoring bekannt, das direkt durch die medizinische Fakultät initiiert wird, wenn ich richtig informiert bin, und wo Studierende bei mentaler Belastung die Möglichkeit haben, eine Ansprechperson zu finden, die sich auch mit ihrer Belastung auskennt.

Es ist auch besonders wichtig, in diesem Bereich etwas zu tun. Denn 2013 gab es eine Publikation. Danach erfüllen 20 % der Studierenden im Praktischen Jahr Burnout-Kriterien. 2017 gab es eine Publikation, wonach bei 42 % der Studierenden klinisch relevanter Stress nachgewiesen werden konnte und 35 % Burnout-Kriterien erfüllen. Auch da ist also dringend Handlungsbedarf geboten, damit wir unsere Studierenden, die wir ausbilden, auch behalten.

Dann zur Frage, wie sich Studierende ohne familiären Background finanzieren. Da gibt es diverse Umfragen. Etwa 70 % der Studierenden finanzieren sich aus dem familiären Background, etwa 30 %, manchmal 20 % – je nach Umfrage – finanzieren sich aus einem Nebenjob, wenige finanzieren sich aus einem Kredit oder aus eigenem Ersparten;

das sind etwa 10 %. Ich glaube, dass jemand dann das Medizinstudium abbricht, ist eher selten. Aber es wird zu einer enormen Mehrbelastung, die wiederum – ich möchte noch mal auf die Zahlen verweisen – erheblichen Stress auslöst, wenn man dann noch arbeiten oder andere Wege finden muss.

Dann war noch die Frage, ob eine Aufwandsentschädigung als Abwanderungskriterium infrage kommt. Dazu liegen uns aktuell keine festen Daten vor. Wir sind aber dabei, einen bundesweiten PJ-Vergleich aufzubauen und den aktiv zu betreiben, um genau solche Sachen zu erheben: Von welcher Uni kommen die Studierenden, und wo machen sie tendenziell ihr PJ? – Denn einzelne Universitäten beobachten schon, dass Studierende teilweise für alle PJ-Tertiale von der Uni abwandern. Aber konkrete Zahlen kann ich leider nicht liefern. Ich kann nur aus der Ärzte-Statistik sagen, dass die Abwanderung ins Ausland in 2021 um 15 % und in 2022 um 20 % zugenommen hat. Insofern ist ein solcher Trend durchaus erkennbar.

Dann noch zur Aussage in der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft NRW, dass 88 % ihre Zukunft im stationären Bereich sähen. Die 88 % würde ich unterstreichen und sogar noch nach oben korrigieren, einfach weil es für die Ausbildung notwendig ist. Ich glaube, daran führt initial kein Weg vorbei.

Der zweiten Zahl, die sich darauf bezieht, wie viele ihre Zukunft im ambulanten Bereich sehen – da werden nur 7 % angegeben –, möchte ich klar widersprechen. Denn aus dem besagten Berufsmonitoring, also der größten Umfrage unter Medizinstudenten, die es bundesweit gibt, hat sich gezeigt, dass 77 % eine Tätigkeit im ambulanten Bereich für wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich halten. Bei dieser Zahl ging es nur darum, wo man sich direkt nach dem PJ sieht. Aber da kann ich ja noch nicht in den ambulanten Bereich gehen. Das war also eine Falschdarstellung.

Weiter geht es noch darum, dass PJ-Studierende im PJ-Barometer gesagt hätten, sie erhalten eine hohe Wertschätzung. Wenn ich die Frage aus dem PJ-Barometer richtig im Kopf habe, ging es dabei lediglich darum, ob sie eine ausreichende Wertschätzung erhalten. Und da haben tatsächlich recht viele mit Ja geantwortet. Nichtsdestotrotz gibt es auch dazu Publikationen aus der Ausbildungsforschung, die genau diese Stressoren untersucht haben: Was führt zu Stress bei Medizinstudenten? – Mangelnde Wertschätzung ist da ein erheblicher Stressor. Insofern möchte ich auch zurückweisen, dass die Wertschätzung flächendeckend ausreichend ist. Natürlich gibt es sicherlich Kliniken und Kolleginnen und Kollegen, die sehr viel Wertschätzung entgegenbringen. Aber dass es hier kein Problem gibt, würde ich zurückweisen.

Anna Heusch (Universitätsklinikum Düsseldorf, Fachschaftsvertretung Medizin der Heinrich-Heine-Universität): Frau Thoms, zur Ihrer Frage, wie Meldestellen aktuell umgesetzt werden oder wie diese gewünscht wären. Es gibt dafür tatsächlich keine Vorgaben bisher, wie die Kliniken das individuell umsetzen. Es gibt eigentlich so gut wie in jeder Klinik, in jedem Klinikum eine Person, die für das Praktische Jahr, für die Ausbildung verantwortlich ist. Das ist dann im Zweifel auch die erste Person oder der Ansprechpartner/die Ansprechpartnerin, an die man sich mit Problemen wenden soll. Nichtsdestotrotz ist das nicht immer möglich, sei es, weil die Person, über die man sich

beschweren möchte, in dieser Rolle ist. Es bringt mir nichts, wenn ich jemanden habe, zu dem ich hingehen kann, aber das genau die Person ist, die mein Problem verursacht. Mir bringen auch nichts Strukturen, bei denen klar ist, dass das die Runde macht, wenn ich mich jetzt dort beschwere. Entweder habe ich die Person in meinem Prüfungsvorsitz sitzen, oder ich möchte vielleicht an dieser Klinik anfangen zu arbeiten und bin mir nicht sicher, dass mein Problem, das ich jetzt habe, vertraulich behandelt wird. Wünschenswert wäre tatsächlich eine Möglichkeit, Probleme an Leute melden zu können, die nicht unmittelbar in der klinischen Versorgung tätig sind. Denn das hätte den Vorteil, dass nicht die direkte klinische Zukunft der betroffenen Studierenden mit betroffen wäre. So weit zu den Meldestellen.

Dann hatten Sie auch angesprochen, ob das PJ in der Klinik in Präsenz erfolgen muss oder ob es auch digital sein kann. Ich habe einen großen Teil meines klinischen Studienabschnittes, also den zweiten Abschnitt der klinischen Ausbildung, während der COVID-Pandemie erlebt und kann sagen, ich hatte Praxisblocks digital. Diese können den Praxisblock oder das Blockpraktikum in der Klinik aber überhaupt nicht ersetzen. Ich möchte es einmal gesagt haben: Ich habe Reanimation und Intubation, also absolute Notfallmaßnahmen, ausschließlich digital erlernt, und ich möchte mir nicht vorstellen, wie viel schlechter meine praktischen Fähigkeiten jetzt wären, wenn ich nicht im Praktischen Jahr praktische Tätigkeiten hätte erlernen können. Natürlich kann man beispielsweise an Tumorkonferenzen teilnehmen. Das macht man auch. Zumindest ich hatte die Möglichkeit im Rahmen meines Praktischen Jahres, weil ich einfach mit den entsprechenden Assistenzärzt*innen, die an der Tumorkonferenz teilgenommen haben, mitgelaufen bin, dort teilgenommen und Patienten vorgestellt habe. Ich möchte aber betonen, dass der Anteil des Praktischen Jahres vor Ort auf gar keinen Fall zugunsten von digitalen Veranstaltungen beschnitten werden darf. Denn wenn wir ehrlich sind, ist die digitale Vernetzung an den meisten Kliniken in Nordrhein-Westfalen nicht so gut, dass eine praktisch relevante Ausbildung digital vermittelt werden kann. Die Infrastruktur ist an vielen Kliniken dafür nicht gegeben und wird hoffentlich in den nächsten Jahren wichtiger werden. Aber ich sehe im Praktischen Jahr definitiv die praktischen Fähigkeiten vor Ort als sehr, sehr relevant an.

Frau Schneider, Sie hatten gefragt, wie hoch das Risiko der Abwanderung ins Ausland oder in andere Bundesländer ist. Ich kann für meinen Freundeskreis sprechen. Ungefähr 80 bis 85 % meiner Freunde, die beispielsweise ein Tertial oder auch mehrere Tertiale im Ausland absolviert haben, haben sich dazu entschieden, dass sie im Ausland bleiben und erst einmal dort ihre erste Stelle antreten. Das ist sicherlich nicht repräsentativ. Das ist mein persönlicher Erfahrungsbericht. Aber es gibt durchaus einige Beispiele für Studierende, die sagen: Ich habe im Ausland eine so gute Lehre, ein so gutes Arbeitsumfeld erlebt, dass ich sage, ich bleibe dort.

Eine Sache, die ich noch anbringen möchte – ich weiß gar nicht, zu welcher Frage genau –, ist ein Problem, das auch mit dieser Frage, wie attraktiv eine Klinik im Praktischen Jahr ist, zusammenhängt. Eine sehr typische SHK-Tätigkeit im Medizinstudium sind Blutentnahmen. Wir erleben es immer wieder, dass Studierende während ihres Studiums als SHK Blut abnehmen. Dann kommen sie ins Praktische Jahr und sind auf einer Station, die dafür keine SHK anstellt. Das heißt, das, was ich vorher drei Jahre

lang bezahlt gemacht habe, jeden Tag drei bis vier Stunden Blutabnahmen, mache ich jetzt unbezahlt. Das beispielhaft, um noch mal die Absurdität des Ganzen zu verdeutlichen. Natürlich sind in Deutschland ärztliche Blutentnahmen und das Zugänge-Legen ärztliche Tätigkeiten, aber es sind delegierbare Tätigkeiten, die auch schon im Medizinstudium übernommen werden können. Im Praktischen Jahr wird das aber plötzlich nicht mehr bezahlt. Beispielsweise sehen wir in Kliniken, die fürs Blutabnehmen Personal einstellen, eine deutlich höhere Zufriedenheit der PJ-Studierenden. Denn natürlich fallen immer eine oder zwei Blutentnahmen an und man lernt trotzdem das Zugang-Legen, aber es ist plötzlich nicht mehr die Aufgabe, das von 8 bis 12 Uhr zu machen. Oder ich muss morgens vor der Visite einmal durch den ganzen Flur laufen, um alle Verbände aufzumachen, damit man sich während der Visite die Wunden anschauen kann. Und nach der Visite, wenn ich selber am letzten Zimmer angekommen bin und den ersten Verband quasi geöffnet habe, kann ich am ersten Zimmer wieder anfangen, alles neu zu verbinden. Dann bekomme ich aber von der Visite selber nichts mit. Wenn wir für solche Routinetätigkeiten Leute einstellen, wird plötzlich ganz viel Zeit frei, in der Studierende im Praktischen Jahr tatsächlich Lehre erleben können.

Ferdinand Breuning (Universitätsklinikum Düsseldorf, Fachschaftsvertretung Medizin der Heinrich-Heine-Universität): Vielleicht noch zur Beratungsmöglichkeit, wenn es um die seelische Gesundheit geht, die Sie angesprochen hatten. Die Unis bieten inzwischen einige Anlaufstellen an, muss man sagen. Das ändert sich natürlich ab dem Berufsstart, wenn man dann seinen Studierendenstatus verliert und dann auch nicht mehr zu diesen Stellen gehen kann. Solange man aber im PJ ist, gibt es Beratungsangebote.

Zur Frage der Finanzierung des PJ, wenn es die Eltern nicht bezahlen. Ja, die Kommilitonen, wie Herr Schmidt schon meinte, arbeiten dann entweder nach Dienstschluss oder am Wochenende oder nehmen Studienkredite auf, wobei die KfW-Studienkredite jetzt auch exorbitant teuer geworden sind. Das ist also auch ein Problem.

Noch zu dem Punkt der Abwanderung. Man muss sich vor Augen halten, dass viele Studierende aus anderen Bundesländern nach NRW kommen, aber viele machen ihre Praktika, also die Famulaturen, trotzdem daheim. Wenn die Bedingungen da besser sind, dann hat das Land NRW die Ausbildung bezahlt, aber die Studierenden fangen danach in einem anderen Bundesland ihre erste Stelle an. Da kann ich von mir berichten. Ich komme aus Baden-Württemberg und bin hier zum Studium. Ich habe viele Famulaturen in Baden-Württemberg gemacht. Die Oberschwabenkliniken bezahlen alle 850 Euro. In NRW habe ich noch nicht so viele Kliniken gefunden, die das bezahlen. Solche Sachen hat man natürlich im Hinterkopf, wenn man sich überlegt, wo man seine erste Stelle antritt.

Dr. Sven Dreyer (Der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands): Ich bin mir sicher und hoffe, dass Sie unseren jungen Kolleginnen und Kollegen gut zugehört haben. Denn insbesondere die PJler haben im Namen, dass sie ein praktisches Jahr machen. Nach dem Jahr stehen die

Ihnen für die Frage, wie es gewesen ist, noch kurze Zeit zur Verfügung. Dann sind es aber schon wieder die nächsten, die dran sind. Diese Leidensphase ist kurz, aber heftig. Und weil der Austausch so hoch ist, werden Sie immer wieder andere Gesichter sehen. Nehmen Sie die bitte alle ernst. Denn sie gehen eben nur dieses eine Jahr durch diese Öse, die tatsächlich den Übergang von der Theorie, die auch immer praktischer wird – das Studium wird patientennäher; das ist unbestritten –, zum approbierten Arzt darstellt.

Sie haben jetzt sicher Bilder vor Augen, wenn ich Ihnen sage, dass Studierende, studentische Hilfskräfte in der Tarifaueinandersetzung mit der TdL – gerade jetzt auch über den ärztlichen Sektor hinaus – für eine faire Vergütung sprechen. Ich kann Ihnen als Sozialpartner/Verhandlungspartner Marburger Bund nur noch mal das Angebot machen, dass Sie für die 30 % PJ-Studierende, die an Universitätskliniken tätig sind, auf uns zugehen können, auf dass wir da eine Lösung finden und einen Tarifvertrag zu dem Thema „PJ-Studierende/Medizinstudierende im Praktischen Jahr“ abschließen. Da brauchen Sie nicht darauf zu warten, dass sich die TdL für alle Möglichen in irgendeiner Form bewegt. Da haben Sie die Möglichkeit, direkt auf uns zuzugehen. Unsere Arme sind da weit offen, und ich glaube, da gibt es auch keinen großen Dissens. Da haben wir einen ganz konkreten Punkt, den wir in unserem Land für unsere Fakultäten konkret lösen und ein Stück weit Gleichheit ein Stück weit darstellen können.

Sie dürfen auch nicht vergessen, dass die Schere zwischen Ausbildern und Auszubildenden immer größer wird. Die Babyboomer gehen. Die Kolleginnen und Kollegen, die mit großer Berufserfahrung aktuell tätig sind und noch Zeit haben, Studierende auszubilden, werden weniger werden. Arztstellen werden zunehmend unbesetzt sein, so dass wir jetzt ganz perakut dieses Problem angehen müssen. Wir dürfen und können uns nicht mehr Zeit lassen, das an der Stelle einfach auszusitzen.

Den Kolleginnen und Kollegen Medizinstudierenden möchte ich als Meldestelle durchaus auch sagen: Sie können sich natürlich jederzeit an Ihre Vertreter in der Gewerkschaft wenden, Sie können sich beim Marburger Bund melden. Wir wollen ja, dass es eine Entkopplung gibt von der einzelnen Beschwerde über jemanden, bis das dann herangetragen wird. Das zeigt sich auch bei den Barometern, die wir zur Weiterbildung machen, dass natürlich gerade in kleinen Kliniken eine Messgröße „Wie war der Weiterbilder?“ bei einem Weiterzubildenden zu einer ängstlicheren Antwort führt, als wenn es eine Gruppe von über zehn Weiterzubildenden ist. Da hilft eine zeitliche Entkopplung, da hilft eine neutrale Stelle. Das kann neben dem Marburger Bund natürlich auch ein Personalrat sein. Wir haben zum Glück ein starkes Personalvertretungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Allerdings sind nur 30 % der Universitätskliniken diejenigen, die die PJ-Studierenden ausbilden. Aber da haben wir auch einen nichtwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Personalrat. Und an den Universitätskliniken ist der wissenschaftliche Personalrat zwangsläufig durch Kollegen, Ärzte besetzt.

Die Gefahr der Ungleichbehandlung aufgrund des sozialen Hintergrunds kriegen Sie durch eine ordentliche Entlohnung im PJ auch gleich mit in den Griff. Die Frage, einen Kredit aufzunehmen, darf sich eigentlich in einem immer noch so reichen und nur mit der Ressource Wissen versehenen Land nicht stellen. Wenn wir es schaffen, gemeinsam einen Vertrag abzuschließen, dann muss zumindest dieses letzte Jahr – und nur

davon reden wir ja – finanziell gesichert sein. Den Rest des Studiums haben die Studierenden schließlich die Möglichkeit, BAföG zu beziehen. Allerdings muss man hier auch sagen, dass das ein Teil der Sozialhilfe ist und auf Bedürftigkeit abzielt. Aber bedürftig ist eigentlich jeder. Jeder Studierende hat also die Möglichkeit, muss aber bedauerlicherweise eine Bedürftigkeit vorweisen, und nicht einmal das ist dem PJ-Studierenden möglich. Hier bitte ich also darum, wirklich zügig auf unser Angebot einzugehen.

Sie haben gefragt, ob es das PJ-Barometer weiterhin gibt.

(Der Redner hält eine Broschüre hoch.)

Das ist die Auswertung 2023. Die Frage: Hat sich da was getan? Nicht so wirklich. Das Bild ist natürlich weiter uneinheitlich. Aber die großen Stellgrößen haben sich weitgehend nicht verändert.

Dann haben Sie angesprochen, dass 80 % das Ziel haben, weiter in der Klinik tätig zu sein. Ich glaube, dass sich das in der näheren Zukunft ein Stück weit ändern wird. Denn nach der Ausbildung beginnt die Weiterbildung, und auch die Weiterbildung soll und wird zunehmend ambulant möglich sein. Das hilft uns aber nur ein Stück weit. Denn viele junge Kollegen und Kolleginnen, die jetzt schon ärztlich approbiert und tätig sind, können sich zwar vorstellen, niedergelassen tätig zu sein, aber dann trotzdem angestellt. Also, dass sich Menschen trauen, tatsächlich noch selbstständig als Ärztin oder Arzt tätig zu sein, nimmt massiv ab. Und das – ich werde auch nicht müde, das in allen Runden zur Approbationsordnung zu betonen – liegt auch daran, dass Wirtschaftlichkeit und Betriebsführung im Medizinstudium quasi nicht vorkommen. Sie werden das erste Mal nach dem PJ damit konfrontiert, dass das Ganze, was sie erarbeiten, auch irgendwie was wert sein muss. Also, erst werden sie entgeltlich nicht wertgeschätzt, und dann wird ihnen plötzlich vom Geschäftsführer vorgeworfen, dass sie in der Kette nicht wertschöpfend tätig sind und den Patienten mit seinen Erkrankungen in der Spanne zwischen unterer und mittlerer Grenzverweildauer nicht rechtzeitig vor die Tür setzen. Sie sind hingegen möglicherweise der Meinung, dass der Patient noch mehr Zeit braucht, und so kommen Sie immer mehr an die obere Grenzverweildauer. Ich weiß nicht, wie viele Studierende diese Worte schon gehört haben, was zum einen gut ist, zum anderen aber auch nicht hilft in der aktuellen Lage, in der wir im Gesundheitssystem sind.

Dann haben Sie die Frage gestellt, ob die Schäden für Studierende und Patienten ein Forschungsschwerpunkt oder -thema sind. Das ist mir nicht bekannt. Ich würde mich schon freuen, wenn ich wüsste, wie hoch denn die Schäden sind, die dadurch entstehen, dass Kolleginnen und Kollegen Ärztinnen und Ärzte, nachdem die Pandemie vorbei ist, jetzt genauso bescheuert wie vorher – ich muss mir da ja einen Spiegel vorhalten – hustend ihren Patienten gegenüberreten. Klar teste ich mich vorher, damit ich zumindest dieses Risiko abschätzen kann. Aber natürlich gibt es das, dass Ärzte ihre Patienten krank machen, genauso wie Patienten ihre Ärzte krank machen. Nur können die nichts dafür. Die müssen ja irgendwohin, und da müssen wir uns selber schützen. Aber dass wir uns in jedem Teil – und sei es in der Aus- oder Fortbildung – unseren

Patientinnen und Patienten verpflichtet fühlen und versuchen, möglichst großen Schutz darzustellen, ist das eine. Klar muss man das erforschen.

Aber der viel perfidere Teil ist ja, dass ich, wenn ich krank bin und sage: „Jetzt ist aber wirklich gut“, sozial aufgefangen bin und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bekomme und nicht, wie meine jungen Kolleginnen und Kollegen, dann auch noch bestraft werde, weil ich keine Zeit für die Vorbereitung auf das Staatsexamen habe. Auch das ist etwas, was über die Landesprüfungsämter relativ einfach zu regeln wäre – Frau Ritter hat es, glaube ich, gesagt –: Wenn Sie allen die gleichen Ladungsfristen geben, dann ergibt sich daraus ganz automatisch eine Lernzeit, die sie haben. Wenn wir irgendwann in einer optimalen Welt sind, weil ich als Oberarzt Zeit für Lehre habe und auch meine Oberarztkolleginnen und -kollegen und Facharztkolleginnen und -kollegen diese Zeit haben, dann reicht eine Zeit von vier Wochen hoffentlich aus. Solange das aber nicht der Fall ist, ist das doch wirklich das absolute Minimum an Fairness, dass ein Defizit in der wie auch immer gearteten Ausbildung – sei es auf der Seite des Studierenden oder sei es auf der Seite des Auszubildenden – Gerechtigkeit dadurch widerfährt, dass ... Ich meine, vier Wochen sind wirklich nicht viel; da sind wir uns wohl einig. Also, ich würde jetzt so ein M3 wahrscheinlich nicht mal eben so aus der Hand schütteln in vier Wochen. Ich glaube, ich bin ein guter Arzt in meiner Spezialisierung – völlig unbestritten –, aber bei so einem kompletten M3 würde mir schon ordentlich schwindelig werden.

Das ist also etwas, was wir als Land tatsächlich in der Hand haben, dass wir auf die Landesprüfungsämter zugehen und bitten, dass es diese Minimumfristen gibt. Sie können auf Ihre Sozialpartner, auf Ihren Sozialpartner zugehen und haben die Chance, zumindest an den Universitätsklinika eine einheitliche Bezahlung zu erwirken. Und ja – da seien Sie sicher –, alle, die im Gesundheitssystem tätig sind, haben wirklich Lust darauf. Und wir brauchen keine Angst davor zu haben, dass es einen Missbrauch gibt, dass man jetzt endlich krankfeiern kann, damit man endlich nicht mehr praktisch am Patienten tätig sein kann, obwohl man sich fünf Jahre seines Studiums darauf gefreut hat.

Dr. Johannes Albert Gehle (Ärztekammer Westfalen-Lippe): Vielleicht einmal kurz vorab: Was bedeutet die Approbation? Ich zitiere jetzt aus der Bundesärzteordnung, die sagt:

„Die Regelungen in der Rechtsverordnung sind auf eine Ausbildung auszurichten, welche die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs vermittelt.“

Und das ist mehrfach höchstrichterlich bestätigt worden. Jeder Mensch mit einer Approbation – das sind alle die, die diese nach dem PJ beantragen – kann und soll eigenverantwortlich Menschen versorgen, mit den Grenzen, die er kennengelernt hat.

Darauf basiert dann auch die Frage, die jetzt mehrfach gestellt worden ist: Wie viel könnte man im Praktischen Jahr anders gestalten? – Hier wurde sogar gefragt, ob man es nicht eindampfen könnte. Ich glaube, wenn ich ehrlich bin, nichts, weil das Praktische

Jahr genau der Weg zwischen dem zweiten und dem dritten Staatsexamen, so wie ich es früher noch hatte, ist, und danach kommen Menschen in meine Klinik, denen ich sage: Behandle bitte den Patienten. – Die können mich natürlich fragen. Ich supervidiere die auch in einem gewissen Rahmen. Aber im Prinzip muss ich davon ausgehen, dass ich jeden eigenverantwortlich an einen Patienten stellen kann und er ihn behandelt. Das muss das Ziel des Praktischen Jahrs sein, und deswegen müssen wir es, glaube ich, auch verbessern.

Was kann das Land tun? Da gibt es aus meiner Sicht eine ganze Menge. Wir gucken mal auf andere Berufsgruppen. Wir haben gerade einen kleinen Austausch gehabt. Wie ist es denn bei den Referendarjahren im Rechtsbereich? Die bekommen vom Land eine Unterstützung von 1.375 Euro und ein paar Cent. Wie ist es bei den Lehrern? Ja, auch da ist es so, dass die quasi auch tätig sind und diese praktischen Erfahrungen im Referendariat machen. Und damit muss man das PJ vergleichen aus meiner Sicht. Und da muss man unbedingt hin, weil es ein Beruf der Daseinsfürsorge und damit auch ein staatstragender Beruf ist.

Was kann man noch tun? Wir haben es gerade gehört: Wir sollten vielleicht auch mal ein bisschen über die Klinika hinweg gucken. Wo sind Vergleiche? Wo sind keine Vergleiche? Da könnte das Land leicht auf die Hochschulen, aber über die Hochschulen auch auf die akademischen Lehrkrankenhäuser zurückgreifen. Das ist der Punkt, also 30 % und 70 %. Es gibt – und das ist das Erstaunliche – unter den akademischen Lehrkrankenhäusern einen Wettbewerb um PJler. Es gibt sogenannte PJ-Messen, auf denen sich akademische Lehrkrankenhäuser vorstellen und sagen: Wir sind das tolle Lehrkrankenhaus. Wenn ihr zu uns kommt, kriegt ihr die allerbeste Ausbildung, die ihr euch nur denken könnt. Wir unterstützen euch bei allem, aber ihr bekommt kein Geld. – Das liegt daran, dass es verboten ist; das muss man ja ehrlicherweise sagen. Privatkliniken umgehen das zum Teil. Das sind die Kliniken, die mit dem Marburger Bund einen Vertrag haben. Die machen das jetzt irgendwie anders. Aber die Ausbildungsordnung ist ja auf Bundesebene so eingeschränkt worden, dass keine Möglichkeit bestand, das so zu tun. Deswegen ist, glaube ich, das Land zum Handeln aufgefordert.

Zu Ihrer Frage, Frau Thoms, warum die Ärzteschaft keine Evaluation des PJs macht. Da stellt sich natürlich die Frage, wofür ich als Kammerpräsident zuständig bin. Ich habe leider – und das bedaure ich außerordentlich – gar keine Zuständigkeit fürs Praktische Jahr. Da müsste man gegebenenfalls noch mal nach Rheinland-Pfalz gucken, weil da die PJler zumindest freiwillige Mitglieder der Kammern werden können. Natürlich versuchen wir, darauf einzuwirken, aber wenn ich jetzt auf die Hochschulen zugehe – das will ich mal ganz klar sagen –, dann ist es eher ein Bitten, was ich als Kammer tun muss, um mich da einmischen zu dürfen, als – ich sage es jetzt mal ganz krass – sie einbestellen zu können, wenn ich höre, es läuft nicht gut. Ich kann also versuchen, in den Austausch zu gehen, aber ich habe als Kammer keine Handhabe. Das halte ich für sehr schwierig. Das ist übrigens in anderen Berufen, glaube ich, zum Beispiel im Justizbereich, gänzlich anders, sodass da auch einiges zu tun ist.

Zur Frage „Mentoring“ und wie man das verankert. Da sind wir beim Krankenhausplan: Wie wird Weiterbildung, wie wird Ausbildung in einen Krankenhausplan mit aufge-

nommen? Wie werden im Krankenhausplan Stellen an den Kliniken vorgesehen, damit so etwas stattfinden kann? Wir kennen ja alle die Diskussion um die Organtransplantationsbeauftragten; da ist sogar Geld in die Hand genommen worden. Jetzt stellt sich die Frage: Machen die eigentlich das, was sie tun machen sollen, oder läuft das eigentlich nur nebenbei? – Ich denke, da könnte man vielleicht das eine oder andere zusammenführen, und natürlich könnte man da eventuell auch für das PJ einiges erreichen.

Rudolf Henke (Ärztchammer Nordrhein): Ich muss jetzt nichts wiederholen, was schon gesagt worden ist. Ich habe mir die Frage gemerkt, wie denn die Verbreitung guter Standards vorankommen kann. Frau Thoms, dafür muss man am Ende den sehr breit diskutierten, vorbereiteten und auch in einem sehr breiten Umfang konsentierten „Masterplan Medizinstudium 2020“ nehmen, und dafür brauchen wir die neue Approbationsordnung.

Kompetenzbasierte Ausrichtung des Medizinstudiums anhand des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin NKLM. Das hätte dann eine Stärkung ärztlicher Erfahrungen, Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Folge, insbesondere kommunikativer Kompetenzen, wissenschaftlicher Kompetenzen, interprofessioneller Kompetenzen. Und wir brauchen im Sinne einer praxisnahen Ausbildung die Stärkung der ambulanten Ausbildung, das heißt auch eine longitudinale Berücksichtigung der Allgemeinmedizin.

Wir brauchen mehr Zeit für die Anleitung und Betreuung der Studierenden. Und damit ist man natürlich bei der Frage, wie überhaupt die Personalbemessung in den Kliniken erfolgt. Wenn natürlich in den Kliniken darum gerungen wird, dass die Patientenversorgung gerade mal klappt, dann steht natürlich die Bereitschaft, sich zusätzlich um Studierende zu kümmern, in der Prioritätenskala der ärztlichen Ethik nicht an erster Stelle. Vielmehr steht an erster Stelle immer das, was den größten Magnetismus entfaltet. Deswegen, wenn ich das sagen darf, würde ich sehr empfehlen, die Überlegungen in der Bundesärztekammer zu unterstützen, ein verbindliches Bemessungssystem für die Personalausstattung der Krankenhäuser bei den Ärzten herzustellen. Wenn man das auf alle Krankenhäuser anwendet, ist es super hilfreich. Ich würde das in diese Krankenhausreform, die jetzt diskutiert wird, noch als zusätzliche Pflicht aufnehmen. Die Bundesärztekammer bietet in dem Sinne auch jetzt im Dezember noch mal allen Länderministerien für Gesundheit an, ihnen das noch mal in einer Onlineschle separat zu erläutern. Aber wenn uns das gelingt, dann hätte das zur Folge, dass auch in den acht Universitätskliniken und in den 180 Lehrkrankenhäusern in Nordrhein-Westfalen die personellen Voraussetzungen dafür viel besser sind, um dann die Anleitung und Betreuung der Studierenden auch wirklich so vorzunehmen, wie das in der Approbationsordnung und in der Bundesärzteordnung für die Ausbildung vorgesehen ist.

Digitale Angebote sind gut. Ich wäre ja froh, wenn in der ärztlichen Ausbildung die Bedeutung des Digitalen angemessen und entsprechend überhaupt die digitalen Inhalte der Medizin so thematisiert würden, dass man eine Vorstellung davon kriegt. Das wäre schon mal ein großer Schritt vorwärts. Und wenn man das schafft, dann muss man bitte nicht PJ-Studierende davon abhalten, im Krankenhaus anwesend zu sein,

indem man ihnen ein Onlineangebot macht. Das ist immer nur eine schlechtere Krücke, weil man am Ende nicht daran vorbeikommt, dass man die Ausübung der praktischen ärztlichen Tätigkeit dadurch lernt, dass man Erfahrungen in der praktischen ärztlichen Tätigkeit sammelt, und das unter Anleitung und das mit Leuten, die bei einem sind und die das begleiten können. Das ist, glaube ich, der zentrale Punkt, also die Erwartung an die Landesregierung, dazu beizutragen, dass die angesprochenen Punkte vorankommen.

Für den Inhalt des Medizinstudiums kann nur der Bund rechtlich zutreffend Vorschriften machen, weil nur der Bund übertragen bekommen hat, die Ausbildung in diesem normierten Beruf zu regeln. Die Länder können sich um die Berufsausübung kümmern. Da hat der Bund nichts zu sagen. Aber der Bund muss die Ausbildungsfrage regeln, weil die Länder nicht für die Ausbildung des genormten Berufes zuständig sind. Deswegen würde eine Landesregierung, die dort Ersatzvornahmen macht, natürlich auf den empörten Widerspruch der Wissenschaft stoßen, die dann sagt: Ey! Freiheit der Forschung und Lehre und Freiheit der Wissenschaft sind immer noch Grundrechte, in die man nur auf der Basis einer gesetzlichen Regelung eingreifen kann. – Da ist die Zuständigkeitsregelung des Grundgesetzes so, dass für die Ausbildung des ärztlichen Berufs der Bund zuständig ist, und da können die Länder dann viel mitwirken, weil sie auch im Bundesrat für die Approbationsordnung eine Zuständigkeit haben, und zwar eine größere als der Deutsche Bundestag. Der Deutsche Bundestag entscheidet nicht über die Approbationsordnung. Das macht der Bundesminister für Gesundheit, und ich kann nur hoffen, dass wir, wenn wir vielleicht in einem Jahr oder so Bilanz ziehen, was denn diese Sitzung jetzt herbeigeführt hat, dann auch wissen, wann die Approbationsordnung in Kraft tritt. – Schönen Dank.

Vorsitzender Josef Neumann: Herzlichen Dank. – Ja, das waren viele spannende Fragen, viele umfassende und gute Antworten. Trotzdem sind wir am Ende unserer Anhörung angelangt.

Ich danke Ihnen recht herzlich für Ihr Erscheinen und Ihre Stellungnahmen, sehr geehrte Sachverständige, und wünsche Ihnen einen sehr guten Nachhauseweg.

Das Protokoll der heutigen Sitzung ist nach der Fertigstellung auf der Internetseite der Ausschüsse einsehbar, und sicherlich wird sich das Parlament an der einen oder anderen Stelle auch noch mit diesem Thema beschäftigen.

Herzlichen Dank und einen wunderschönen Tag noch.

Die Sitzung ist geschlossen.

(Beifall)

gez. Josef Neumann
Vorsitzender

Anlage

27.11.2023/29.11.2023

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
und des Wissenschaftsausschusses

**Für ein faires Praktisches Jahr im Medizinstudium: Ausbildungsbedingungen
verbessern und Vergütung anheben!**

Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/5428

am Mittwoch, dem 22. November 2023

10.00 Uhr, Plenarsaal, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Ärztekammer Westfalen-Lippe Münster	Dr. Johannes Albert Gehle	18/1044
Ärztekammer Nordrhein Düsseldorf	Rudolf Henke	18/1041
Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Berlin	Rolf Lübke Dr. Sven Dreyer	<i>ist an- gekündigt</i>
Universitätsklinikum Düsseldorf Fachschaftsvertretung Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf	Ferdinand Breuning Anna Heusch	18/1035
Faires PJ Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. München	Alexander Schmidt Giulia Ritter	18/1039 (Neudruck)
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	<i>keine Teilnahme</i>	18/1028
Professor Dr. Dr. Schneider Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Düsseldorf Düsseldorf	<i>keine Teilnahme</i>	---

- TOP 3 -

Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!

16.10.2023

Antrag

der Fraktion der SPD

Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!

I. Ausgangslage

Die Weltgesundheitsorganisation definiert den Begriff Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Die seelische Gesundheit ist daher ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Gesundheitszustandes.

Fast jeder zweite Mensch in Deutschland entwickelt im Laufe seines Lebens eine behandlungsbedürftige, seelische Erkrankung. Alle anderen werden im Laufe des Lebens als Angehörige betroffen sein. Seelische Gesundheit geht uns alle an! Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und muskuloskelettalen Erkrankungen zählen seelische Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Das Schweigen und die damit verbundene Tabuisierung seelischer Erkrankung muss durch eine ganzheitliche Strategie nachhaltig überwunden werden.

Die Fakten verdeutlichen den Handlungsbedarf: Fast 18 Mio. Menschen leiden im Laufe eines Jahres an einer seelischen Erkrankung in Deutschland. Nur jede/r fünfte davon nimmt professionelle Hilfe in Anspruch. Die Auswirkungen sind jedoch verheerend: Menschen mit seelischen Erkrankungen haben eine bis zu zehn Jahre verkürzte Lebenserwartung.

Deswegen ist es notwendig, der seelischen Gesundheit die notwendige Aufmerksamkeit in unserer Gesellschaft zu geben, die Aufklärung zu unterstützen und Hilfs- sowie Behandlungsangebote zu kommunizieren. Die Aktionswoche Seelische Gesundheit (10. - 20. Oktober 2023) läuft dieses Jahr unter dem Motto: „Zusammen der Angst das Gewicht nehmen“. Diese muss Anlass sein, mehr für die seelische Gesundheit der Menschen in unserem Land zu tun.

Seelische Gesundheit wird durch die Gleichzeitigkeit mehrerer Krisen unter Stress gesetzt: Krieg, Klima, Keime. Die damit verbundenen wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen schaffen Verunsicherung und Angst in der Bevölkerung. Ein Krieg mitten in Europa und die Nachwirkungen der Corona-Pandemie treffen viele Menschen hart. Doch wir sind nicht ohnmächtig: Es gibt Lösungen. Statistiken über die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen liefern wichtige Erkenntnisse: Zu den häufigsten seelischen Erkrankungen zählen Angststörungen (15,4 %), gefolgt von affektiven Störungen (9,8 %, unipolare Depression allein 8,2 %) und

Datum des Originals: 16.10.2023/Ausgegeben: 16.10.2023

Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch (5,7 %). Die Forschung dazu muss verstärkt werden, um die Versorgung und Vorsorge deutlich zu verbessern.

Bestimmte Handlungsfelder müssen zügig angepackt werden, um die bessere Förderung der seelischen Gesundheit herbeizuführen. Dazu gehört der Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung, eine zukunftsgerechte Digitalisierungsstrategie, das passende Versorgungs- und Vorsorgeangebot auf eine höhere Nachfrage und die Kompetenzvermittlung bei uns allen für die seelischer Gesundheit von der Geburt bis zur Bahre.

In den kommenden Jahren stehen große gesundheitspolitische Herausforderungen vor unserem Land. Ein Großteil der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist älter als 50 Jahre. Die Nachfolge dieser Ärztinnen und Ärzte muss sichergestellt werden. Schon jetzt liegt die durchschnittliche Wartezeit bei 142 Tagen vom Erstgespräch bis zum Beginn einer leitliniengerechten Psychotherapie. Die ist ein Zustand, der sich verbessern muss und nicht verschärfen darf!

Die Landesregierung ist gefordert. Sie trägt Verantwortung und hat an den meisten Stellen Handlungskompetenzen. In Kooperation mit der Europäischen Union, dem Bund, den Kommunen, den Krankenkassen, den Leistungserbringern, Institutionen und der Selbsthilfe muss sie eine ganzheitliche Strategie erarbeiten – ein „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“.

Dabei braucht es eine Kraftanstrengung zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, bevor Behandlung notwendig wird. Ziel muss es sein, dass Menschen gar nicht erst krank oder ihre Erkrankungen zügig erkannt werden und ein Fortschreiten bzw. die Chronifizierung verhindert wird. In jedem Fall müssen Betroffene schnelle Hilfe erhalten. Am Beispiel der Arbeitsunfähigkeitstage durch seelische Erkrankungen wird dies deutlich: Im Jahr 2020 wurden 17 % der Arbeitsunfähigkeitstage durch eine seelische Erkrankung verursacht. Seelische Erkrankungen sind heute mit knapp 38 % auch der häufigste Grund für Frühberentungen.

Die Landesregierung enttäuscht aktuell bei der Förderung der seelischen Gesundheit: Die Handlungsempfehlungen aus dem geltenden Landespsychiatrieplan müssen vollumfänglich umgesetzt werden. Dass dies nicht geschehen ist, hat die Landesregierung selbst eingestanden (vgl. Vorlage 18/1122). Besonders im Bereich der seelischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat die Landesregierung versagt.

Die Landesregierung muss die seelische Gesundheit zur Priorität ihres Regierungshandelns erklären. Eine neuer Landespsychiatrieplan muss im Sinne des „Health in all policies“-Ansatz weiterentwickelt werden. Dieser soll unter Beteiligung aller Fachministerien zu einem ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“ fortgeschrieben werden.

II. Der Landtag stellt fest:

- Die seelische Gesundheit ist unzertrennlich mit dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden verbunden und muss in allen Politikbereichen mitgedacht werden – im Sinne des „Health in all policies“-Ansatzes.
- Seelische Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit.
- Jede zweite Frühberentung geht auf ein seelisches Leiden zurück.
- Die direkten und indirekten Kosten, die durch seelische Erkrankungen entstehen, betragen 5 % des Bruttoinlandsprodukts.

- Seelische Erkrankungen unterliegen immer noch einem starken Stigma in der Gesellschaft. Gemeinsam wollen wir das Schweigen brechen, offensiv und öffentlich über seelische Gesundheit aufklären.
- Die Selbsthilfe, Mitwirkung von Betroffenen und Peer-Beratungen sind wichtige integrale Bestandteile der Regelstrukturen zur Verbesserung der Versorgung seelisch Erkrankter und der Förderung der Aufklärung zur seelischen Gesundheit.
- Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die einer stärkeren und nachhaltigen finanziellen Ausstattung bedürfen.
- Seelische Erkrankungen können durch frühzeitige und gezielte Präventionsmaßnahmen erkannt, gemildert und verhindert werden.
- Die seelische Gesundheit hängt eng mit dem sozioökonomischen Status zusammen - sozial benachteiligte, armuts- und einsamkeitsbetroffene Menschen sind stärker von seelischen Erkrankungen betroffen.
- Menschen mit multiplen Hemmnissen wie hohem Alter, Immobilität, mangelnden Sprachkenntnissen, chronischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, Wohnungslosigkeit u.v.m. leiden besonders unter einer unzureichenden Präventions- und Behandlungsstruktur für die seelische Gesundheit.
- Soziale Medien beeinflussen unsere Sicht auf die seelische Gesundheit. Es gibt Erkrankungen, die durch Soziale Medien verstärkt oder ausgelöst werden. Gleichzeitig stellen Soziale Medien unter anderem eine Chance zur Gesundheitsaufklärung, Bekämpfung von Einsamkeit, Erlangen von Wissen und schnelle Vermittlung von Nachrichten dar.
- Die FOGS-Studie hat eine gemeinschaftliche Verantwortung und Finanzierung unter Mitwirkung von Kommunen, Krankenversicherung und Eingliederungshilfe empfohlen (MGEPA, 2017).
- Der öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen sozialpsychiatrischen Diensten ist ein wichtiger Akteur zur Förderung der seelischen Gesundheit und Prävention von seelischen Erkrankungen.
- Ein regionaler Steuerungsverbund kann Hilfeplanprozesse zwischen den Landschaftsverbänden und Kommunen laut FOGS-Studie deutlich verbessern.
- Sport und gesellschaftliches Engagement fördern die seelische Gesundheit.
- Die Klima- und Artenkrise sowie Russlands Angriffskrieg gegen die Ukraine haben unmittelbaren und mittelbaren Einfluss auf unsere seelische Gesundheit. Die Corona-Pandemie hat die seelische Belastung in der Bevölkerung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (s. COPSY-Studie), verstärkt.
- Kinder und Jugendliche profitieren von Investitionen in das soziale und emotionale Lernen und ihr institutionelles Zugehörigkeitsgefühl sowie ihre Resilienz gegen seelische Erkrankungen können erheblich gestärkt werden.

- Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Funktionalität des Bildungswesens einen erheblichen Einfluss auf die seelische und körperliche Gesundheit unserer Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien hat.
- Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit des Bildungswesens verschärfen Bildungsgerechtigkeiten und gefährden Bildungsabschlüsse.
- Es besteht dringender Handlungsbedarf in der geschlechtergerechten Versorgungssituation, insbesondere in Bezug auf Geschlechtsdysphorie und dem respektvollen Umgang mit Geschlechtsidentität und -orientierung in allen Sektoren und Beratungsstellen.
- Die medizinische Rehabilitation von seelisch erkrankten Menschen weist eine Unterversorgung auf, benötigt jedoch auch weitere Versorgungsforschung.
- Die Möglichkeiten des Bundesteilhabegesetzes müssen stärker genutzt und Assistenzleistungen passgenau abgerufen werden.
- Die Verbesserung der Prävention von Gewalttaten durch Menschen mit seelischen Erkrankungen ist als Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen.

III. Der Landtag fordert die Landesregierung auf,

einen ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“ mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens zu erarbeiten und umzusetzen. Dieser soll fachübergreifend entwickelt werden und folgende Punkte enthalten:

Die Selbsthilfe fördern: Gesundheitsförderung, -kompetenz und Prävention seelischer Erkrankungen stärken.

- Die Landesregierung wirkt darauf hin, dass das Selbsthilfefördervolumen stetig angehoben wird, dabei muss insbesondere eine nachhaltige Finanzierung der Gremienarbeit sowie unabhängiger Beschwerdemöglichkeit bei Behinderung der Gremientätigkeiten im Fokus stehen.
- Die Stärkung der Selbsthilfe und ihrer Strukturen, mit dem besonderen Auftrag zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen verstärkt beizutragen und Sichtbarkeit zu erzeugen, soll unterstützt werden.
- Es müssen Peer-Beratungsmöglichkeiten ausgebaut werden, insbesondere bei der Einbindung in kommunale Strukturen wie den sozialpsychiatrischen oder Ordnungsdienst, z.B. durch Psychiatrie-Erfahrene.
- Die Landesinitiative „Gesundheitsförderung und Prävention NRW“ soll mit dem Schwerpunkt Seelische Gesundheit durch das Landeszentrum Gesundheit als zentrales Präventions- und Aufklärungsportal ausgebaut und verstetigt werden.
- Es soll eine Informationskampagne in den analogen und Sozialen Medien zur Aufklärung und Prävention seelischer Erkrankungen mit niedrigschwelligem Zugang zu Info- und Hilfsportalen initiiert und mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung abgestimmt werden.

- Die Landesregierung soll systematisch die Prävention und Vermittlung von Medienkompetenz, insbesondere in Bildungseinrichtungen, ausbauen.
- Die Forschung zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen soll mit eigenständigen Professuren ausgebaut werden.
- Das öffentliche Berichtswesen zur Prävention und Förderung seelischer Gesundheit soll trägerübergreifend ausgebaut werden.
- Geschlechtergerechte Aspekte in der Ausarbeitung und Förderung von Präventionsmaßnahmen und -projekten sollen berücksichtigt und stärker erforscht werden.
- In der Versorgungsplanung sollen geschlechtsbezogene Präventions- und Behandlungsbedarfe konsequent berücksichtigt werden.
- Regionale Netzwerke von Präventionsträgern sollen gefördert und die Koordinierung durch Gesundheitsämter stärker wahrgenommen werden.
- Früherkennungszentren für seelische Erkrankungen müssen flächendeckend etabliert werden.
- Inklusions- und Anti-Stigma-Projekte sollen mit Aktionstagen und -wochen gefördert werden.
- Es soll eine Diskriminierungsuntersuchung von Menschen mit seelischen Erkrankungen und Behinderungen zu Zugängen zum Gesundheitswesen, Behörden, dem öffentlichen Raum und soziale Teilhabe in Auftrag gegeben werden.
- Im Rahmen der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen muss vor allem auch ihre seelische Gesundheit in den Blick genommen werden. Niedrigschwellige Beratungsstrukturen und Präventionsangebote wie „MindMatters“ und „Verrückt? Na und!“ müssen hierzu an allen Schulen implementiert werden.

Ambulante Krisenhilfe, Notfallseelsorge und Suizidprävention ausweiten.

- Die Suizidprävention soll anhand des Konzeptes des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes, der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention und anderen Organisationen gesetzlich in Regelstrukturen verankert und mit der palliativmedizinischen Versorgung und Hospizdiensten verzahnt werden.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, eine landesweite Koordinierungsstelle bzw. Steuerungsgruppe zur Vernetzung von psychosozialen Hilfeangeboten und Suizidpräventionsprojekten in Kooperation mit dem Bund einzurichten. Diese ist mittelfristig zu einem landesweiten Suizidpräventionsdienst unter Berücksichtigung der Telefonseelsorge, internetbasierter Notfallhilfe, der sozialpsychiatrischen Dienste und projektfinitzierten Beratungsstellen auszubauen. Hierfür muss die Landesregierung eine nachhaltige Finanzierung bereitstellen. Strukturen und Projekte der ambulanten Krisenhilfe sollen eine pauschale bzw. Sockelfinanzierung erhalten.
- Die Landesregierung soll flächendeckend sicherstellen, dass die sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen durchgängig für Kriseninterventionen erreichbar und

entsprechend personell ausgestattet sind. Eine entsprechende Änderung im PsychKG NRW, so wie es in Berlin und Bayern gegeben ist, soll auf den Weg gebracht werden.

- Die Landesregierung soll die rechtlichen Grundlagen für eine landeseinheitliche Zulage für die Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitsdienst schaffen und die Refinanzierung gemeinsam mit den Kommunen abstimmen.
- Die Landesregierung soll die Suizidprävention im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz thematisieren und das Landeszentrum für Gesundheit befähigen, einen Fokus auf das Thema zu legen.
- Die Landesregierung stellt sicher, dass eine konsequente Unterbindung von geschäftsmäßiger Suizidassistenz in NRW erfolgt.
- Die Landesregierung soll mittelfristige notfallseelsorgerische Versorgungsstrukturen etablieren („Brückenseelsorge“). Vereine und Projekte, die psychotherapeutische und pädagogische Beratungsangebote bereitstellen, mit denen Betroffene die Wartezeiten auf einen Therapieplatz überbrücken können, nehmen eine wichtige Rolle in der Versorgung ein. Die Landesregierung muss entsprechende Projekte stärker fördern, bis der tatsächliche Engpass bei der psychotherapeutischen Versorgung behoben werden kann.
- Das psychosoziale Krisenmanagement wird in den Krisen- und Notfallstrukturen des Landes und der Kommunen flächendeckend etabliert.

Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Versorgung – Hilfeplanung und Steuerung muss optimiert werden.

- Im Zuge der Krankenhausplanung sowie Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist auf eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seelischen Erkrankungen hinzuwirken.
- Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote müssen verzahnt und in regionale Qualitäts- und Kooperationsstrukturen eingebettet werden. Leistungstragende und Leistungserbringende sollen dies als gemeinsame Aufgabe verstehen.
- Der Ausbau und die Flexibilisierung von tagesklinischen Angeboten ist zu unterstützen.
- Das Potential von Psychiatrischen Institutsambulanzen muss ausgeschöpft, enger mit den Sektoren verzahnt und das Behandlungsangebot ausgebaut werden.
- Der Ausbau der ambulanten Gruppenpsychotherapie-Angeboten ist gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu unterstützen.
- Schutzräume für Frauen und Traumafolgeerkrankte sollen in den Regelstrukturen etabliert und gefördert werden.
- Die Optimierung der Heilmittelversorgung soll als Auftrag an die Selbstverwaltung auf Bundesebene kommuniziert werden.
- Versorgungslücken und Umsetzungsfragen sollen stärker erforscht werden. Die Auswirkungen von PEPP und PsychVVG sollen berücksichtigt werden.

- Die Überarbeitung der Empfehlungen zum Versorgungs- und Entlassmanagement durch das 90a-Gremium soll zeitnah erfolgen.
- Die Stärkung und gesicherte Finanzierung von ambulanter Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Pflege soll durch die Landesregierung unterstützt werden.
- Das ICF-Konzept der medizinischen Rehabilitation soll im Bereich der seelischen Gesundheit eingeführt werden.
- Die Forschung zur sexuellen Gesundheit im Kontext der seelischen Gesundheit muss intensiviert werden. Die geschlechtssensible Ausrichtung und Behandlung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelstrukturen muss etabliert werden.
- Eine leistungs- und hilfeartübergreifende Gesamtplanung soll mit Kranken- und Pflegekassen, Leistungserbringenden, Kommunen, den Landschaftsverbänden und dem Land initiiert werden.
- Begleitend soll die Hilfeplan- und Versorgungsforschung ausgeweitet sowie anonymisierte, einheitliche Evaluationen durchgeführt werden.
- Öffentliche Fachkonferenzen sollen zum Fachaustausch und Sensibilisierung und Entstigmatisierung für Menschen mit seelischen Erkrankungen und Behinderungen organisiert werden.
- Gemeindepsychiatrische Verbände und Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen zunehmend als Steuerungsebenen genutzt werden.
- Die Landesregierung soll Kerndatensätze für seelische Erkrankungen, besonders Suchterkrankungen, anlegen und pflegen – unter Achtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen ausweiten.

- Das Modellprogramm des Bundes „Mental Health Coaches“, Trainer für seelische Gesundheit, soll mit Landesmitteln auf weitere Schulen ausgeweitet und die Anwendung in Kindertagesstätten und -pflegenestern geprüft werden.
- Das Programm „KIPS Prävention NRW“ soll in Kooperation mit den Krankenkassen zur Verbesserung der Versorgung und Präventivarbeit mit Kindern seelisch erkrankter Eltern landesweit ausgerollt und finanziell verstetigt werden. Die Verteilung der finanziellen Mittel sollen nach sozialen Faktoren gewichtet werden. Die Landesinitiative „Starke Seelen“ soll hierbei verstetigt und ihre Ergebnisse genutzt werden.
- Um den Übergang von der Kinder- und Jugendpsychotherapie in die Erwachsenenpsychotherapie zu erleichtern, sollen spezielle Angebote für Betroffene in der „Adoleszenten“-Phase in der teilstationären und stationären Psychotherapie gefördert und ausgebaut werden. Hierzu können die Einführung von Komplexleistungen und die Förderung fachübergreifender Versorgungskonzepte helfen.
- Im Rahmen des Kinderschutzgesetzes soll die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe verzahnt und ausgeweitet werden.

- Die Landesregierung wird aufgefordert, im Rahmen der Krankenhausplanung verstärkt Kind-Mutter- bzw. Kind-Eltern-Stationen zu fördern.
- Das psychotherapeutische Angebot für Kinder und Jugendliche in NRW muss insbesondere aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie ausgeweitet werden. Dabei muss die Unterversorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen gezielt berücksichtigt und die Facharztgruppe „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ eigenständig geplant werden.
- Die Landesregierung wirkt darauf hin, dass eine integrierte Behandlungs- und Hilfeplanung als gemeinsame Aufgabe der Leistungsträger und Leistungserbringer verstanden wird. Hierbei ist insbesondere eine Schnittstelle zur Kinder- und Jugendmedizin mit Unterstützung von E-Health-Strukturen aufzubauen.
- Die Landesregierung baut Kinder- und jugendpsychiatrische Verbände analog zu Gemeindep psychiatrische Verbänden auf und sorgt für eine nachhaltige Finanzierung.
- Regionale Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe sollen ausgebaut und gestärkt werden.
- Die Landesregierung wirbt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen für den Ausbau und Einbezug von weiteren Praxen in die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.
- Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische sowie -psychotherapeutische Versorgung ist im Rahmen des Krankenhausplans durch die Landesregierung zu verbessern.
- Um geflüchtete Kinder zu schützen, muss die Landesregierung sicherstellen, dass das Landesgewaltschutzkonzept in allen Einrichtungen des Landes systematisch und konsequent umgesetzt und eine schnelle Integration möglich gemacht wird. Darüber hinaus muss traumatisierten Kindern ein ausreichendes psychotherapeutisches Betreuungsangebot in NRW bereitgestellt werden.
- Die vom MSB am 22. September 2021 veröffentlichte „Richtlinie über die Förderung von Schulsozialarbeit in Nordrhein-Westfalen“ soll überarbeitet und eine langfristige finanzielle Sicherung sowie ein Ausbau der Schulsozialarbeit beschlossen werden.
- Der Einsatz von Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie Schulpsychologinnen und -psychologen soll mit einem festen Schlüssel an allen Schulen in Nordrhein-Westfalen ermöglicht sowie psychotherapeutische Angebote ausgeweitet und vor allem für Risikogruppen niedrigschwellig zugänglich gemacht werden.
- Passgenaue verpflichtende Fortbildungen für Lehrkräfte sollen entwickelt werden, um sie für seelische Bedürfnisse und Herausforderungen von Schülerinnen und Schülern zu sensibilisieren und sie im Umgang mit diesen zu stärken.
- Umfassende Präventions- und Heilungsstrategien, die auch kulturelle und sportliche Betätigung umfassen, sollen entwickelt werden.

- Kinder- und Jugendarbeit als wesentlicher Teil der Phasen Kindheit und Jugend müssen anerkannt und deshalb Maßnahmen entwickelt werden, damit Einrichtungen und Angebote für Kinder und Jugendliche in Krisenzeiten erreichbar bleiben und Kontakte ermöglicht werden.
- In einem gemeinsamen Prozess mit Pädagoginnen und Pädagogen sowie Sachverständigen soll ein Konzept entwickelt werden, um die Schulen bestmöglich auf möglichen Distanzunterricht vorzubereiten.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, sich beim Bund dafür einzusetzen, dass Kindertagesstätten, die allgemeinbildenden Schulen im Primar- und Sekundarbereich sowie die Förderschulen zu einer sogenannten „kritischen Infrastruktur“ erklärt werden und die entsprechenden Vorbereitungen in die Wege zu leiten.

Seelische Gesundheit älterer Menschen fördern.

- Regionale Demenznetzwerke sollen verstärkt gefördert und mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden verzahnt werden.
- Geriatriisch-gerontopsychiatrische Verbände sollen durch die Landesregierung aufgebaut werden.
- Eine landesweite Verbreitung des multiprofessionellen „Krefelder Modells“ mit medico-sozialen Teams bei denen soziotherapeutische, sozialarbeiterische, fachpflegerische und (fach-)ärztliche Kompetenzen gebündelt werden, ist anzustreben.
- Pflegeleistungen bei Menschen mit dementieller Entwicklung und anderen chronischen, seelischen Erkrankungen sollen derweil in der Leistungserbringung zukunftsfest ausgerichtet werden, dass Verantwortung und Koordination in der Leistungserbringung auf regionaler Ebene stattfindet.

Seelische Gesundheit von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, besonderen Problemen, Flucht- und Migrationsgeschichte in den Fokus rücken.

- Hilfs- und Behandlungsangebote für Menschen mit geistigen Behinderungen, Intelligenzminderung, Autismus-Spektrum-Störungen und anderen chronischen, seelischen Erkrankungen müssen niederschwellig und flächendeckend ausgebaut werden. Die Integration in die Regelversorgung soll gefördert werden.
- Systematische Fallbesprechungen sollen in Schulen, der Jugendhilfe sowie Einrichtungen der Eingliederhilfe etabliert werden.
- Eine barrierefreie Übersicht der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen soll durch die Landesregierung erstellt werden.
- Eine Untersuchung zu inklusiven, personenzentrierten Hilfen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen und seelischen Erkrankungen soll auf den Weg gebracht werden.
- Sprachmittlung muss organisiert und als freiwillige Leistung der Krankenkassen und Leistungstragenden flächendeckend etabliert werden. Das kultursensible Handeln und

Behandeln im Verbund ist eine Gemeinschaftsaufgabe von Regelversorgung, Selbstverwaltung, Bund, Land und Kommunen.

- Die Landesregierung prüft mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Sonderbedarfszulassungen an Fremdsprachenkenntnisse rechtssicher zu knüpfen.
- Die transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie soll in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in Lehr- und Ausbildungsplänen integriert werden.

Menschen mit Suchterkrankungen unterstützen und Prävention von Substanzmissbrauch ausbauen.

- Die Landesregierung wird aufgefordert, die Schaffung von Drogenkonsumräumen organisatorisch und finanziell zu unterstützen.
- Das Drug Checking sowie die Verbreitung von Naloxon-Nasensprays werden als Maßnahmen der Tertiärprävention landesweit ausgerollt und nachhaltig finanziert.
- Die Suchthilfe soll als Pflichtaufgabe in psychiatrischen Verbundstrukturen und in der Arbeitsmarktintegration aufgenommen werden.
- Rechtskreisübergreifende Hilfeplanstrukturen bei Menschen mit seelischen Erkrankungen und Mehrfachbeeinträchtigungen wie Wohnungslosigkeit, Straffälligkeit, Verarmung und Arbeitslosigkeit sollen etabliert werden.
- Eine Stärkung der Landeskoordinierungsstelle für berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW muss auch finanziell unterstützt werden.
- Präventionsangebote sollen nachhaltig finanziert werden, insbesondere im Zuge der Teillegalisierung von Cannabis. Cannabis-Modellkommunen sollen ermöglicht und unterstützt werden. Die Landesregierung unterstützt aktiv die wissenschaftliche Evaluation der Teillegalisierung und Entkriminalisierung von Cannabis.

Soziale Teilhabe, Arbeit und seelische Gesundheit sind miteinander verbunden.

- Die Landesregierung wird aufgefordert, die Peer-Beratung mit Ausbau der unabhängigen Teilhabeberatung stärker zu fördern und in die Fläche zu bringen.
- Die Teilhabeforschung mit Fokus auf Eingliederungshilfen und Sozialraumentwicklung muss intensiviert werden.
- Die Ausweitung der Förderung von betreuten Wohnformen sowie selbstständigen Wohnformen mit personenzentrierten Hilfeleistungen soll forciert werden.
- Die modellhafte Erprobung von offenen und fakultativ offenen Wohnformen mit Intensivbetreuung und begleitender Behandlung soll organisatorisch und finanziell unterstützt werden.
- Der Aktionsplan „Eine Gesellschaft für Alle - NRW inklusiv“ bedarf einer Aktualisierung nach neuesten empirischen Erkenntnissen und unter Berücksichtigung der multiplen Krisen und der daraus folgenden seelischen Belastungen.

- Die enge Verzahnung von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und Betrieben sowie öffentlichen Räumen soll ausgebaut und das Übergangsmanagement intensiviert werden.
- Die Teilhabe an Arbeit soll als zentraler Punkt in Hilfeplankonferenzen gesetzt werden.
- Fortbildungen zum Umgang mit seelischen Erkrankungen, insbesondere Suchterkrankungen, sollen in den Jobcentern integriert und in Kooperation mit den Trägern finanziert werden.

Klimakrise und seelische Gesundheit hängen zusammen.

- Die Auswirkungen und Anpassungen an die Klimakrise in Bezug auf die seelische Gesundheit muss verstärkt mit Forschungsvorhaben untersucht und die Ergebnisse niederschwellig kommuniziert werden.
- Die Landesregierung entwickelt eine Strategie zur Steigerung der Resilienz der seelischen Gesundheit im Kontext von Extremwetterereignissen, Hitzeperioden und anderen klimarelevanten Ereignissen gemäß des Sachstandsberichts Klimawandel und Gesundheit des Robert-Koch-Instituts mit besonderem Fokus auf vulnerable Gruppen.
- Die Landesregierung erarbeitet für die Kommunen einen Leitfaden zur gesundheits- und klimagerechten Stadtentwicklung, insbesondere zum Zusammenhang der seelischen Gesundheitsförderung und Städtebau und fördert die Umsetzung entsprechender Maßnahmen.
- Die Landesregierung etabliert das Querschnittsthema „Klimagesundheit“ im Sinne eines „Health in all policies“-Ansatz in ihren Strukturen.

Zwang und Gewalt reduzieren.

- Freiheitsentziehende Maßnahmen in stationären psychiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen der Wiedereingliederungshilfe und Pflegeeinrichtungen müssen reduziert und entsprechende deeskalierende Strategien und Baumaßnahmen gefördert werden.
- Die Erforschung und Förderung von Versorgungskonzepten der „offenen“ Unterbringung in psychiatrischen Kliniken soll intensiviert werden.
- In Zusammenarbeit mit den Ärztekammern sollen Fortbildungen gefördert werden, die zur Deeskalation und Zwangsreduktion beitragen sollen, beispielsweise Festhalten statt Fixieren.
- Weitere Zwangsreduktionsstrategien und -maßnahmen sollen wissenschaftlich entwickelt und entsprechende Baumaßnahmen gefördert werden, dabei liegt ein besonderer Fokus auf strukturellen Anforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Zwangsreduktionsmaßnahmen müssen auch auf somatischen Stationen evaluiert und etabliert werden.
- Milieutherapeutische Maßnahmen mit Recovery-Konzepten sollen stärker durch die Landesregierung gefördert werden.

- Eine landeseinheitliche Dokumentation bei Zwangsmaßnahmen soll entwickelt und flächendeckend etabliert werden.
- Die rechtlichen Befugnisse für Besuchskommissionen, u.a. bei BGB-Unterbringungen, müssen erweitert und sichergestellt werden.
- Adäquate, unabhängige und regionale Beschwerdemöglichkeiten müssen in allen Sektoren, die durch Umlagen von Leistungserbringenden und Leistungstragenden finanziert werden, sichergestellt werden.

Reform der psychotherapeutischen Versorgung.

- Die Landesregierung möge sich in die durch den Bundesgesundheitsminister angekündigte Reform der Psychotherapie-Bedarfsplanungsrichtlinie konstruktiv einbringen und sich dafür einsetzen, das Grundlagen-Gutachten aus dem Jahre 2018 zu aktualisieren, damit der reale psychotherapeutische Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung der Corona-Pandemie auf dem heutigen Stand erfasst ist.
- Die Landesregierung soll sich dafür einsetzen, dass die Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten in der Bedarfsplanungs-Richtlinie als eigenständige Planungsgruppe ausgewiesen werden.
- Die Landesregierung bemüht sich im Zuge der Reform der Psychotherapie-Bedarfsplanungsrichtlinie gemeinsam mit den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen um deutliche Verkürzungen von Wartezeiten auf probatorische Sitzungen sowie Leitlinien-(Einzel- und Gruppen-) Psychotherapie.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, die Möglichkeiten der Sonderbedarfszulassungen nach § 103 Abs. 2 SGB V, Fördermöglichkeiten nach § 105 SGB V sowie Möglichkeiten der kleinteiligeren Versorgung über den Landesausschuss der Kassenärztlichen Vereinigungen & Krankenkassen nach § 99 Abs.1 Satz 3 SGB V zu nutzen und zu erwirken.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, das Förderprogramm für die flächendeckende Etablierung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden fortsetzen und finanziell auskömmlich auszustatten.
- Telemedizinische Strukturen, Videosprechstunden und Fernbehandlungen sollen als integraler Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung – nach persönlicher Indikationsstellung und Anamnese – etabliert und gefördert werden.

Aktualisierung des Landespsychiatrieplans.

- Die Landesregierung wird aufgefordert, noch im Jahr 2023 den Entwurf des neuen Landespsychiatrieplans vorzulegen.
- Die Landesregierung erläutert die Umsetzung der Handlungsempfehlungen aus dem geltenden Landespsychiatrieplan aus dem Jahre 2017 in den Gremien des Landtags NRW.
- Die Landesregierung berücksichtigt bei der Erarbeitung des neuen Landespsychiatrieplans die sozialen und seelischen Auswirkungen der multiplen Krisen: Klima, Keime und Krieg.

- Die sektorenübergreifende Versorgung, u.a. mit Konzepten wie Hometreatment und stationsäquivalenten Leistungen, sollen in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ausgeweitet und unterstützt werden.
- Im Rahmen des Maßregelvollzugs sollen Modellprojekte zur intensivierten ambulanten Betreuung mit Ziel der Delinquenzprävention gefördert werden.
- Eine engere Verzahnung von Gemeinde-, Allgemein- und forensische Psychiatrie, z.B. in Fallkonferenzen, ist anzustreben.

Jochen Ott
Ina Blumenthal
Lisa-Kristin Kapteinat
Thorsten Klute
Lena Teschlade
Rodion Bakum
Dr. Dennis Maelzer
Dilek Engin
René Schneider
und Fraktion



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

45. Sitzung (öffentlich)

21. Februar 2024

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:03 Uhr bis 12:33 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Alexander Happ

Verhandlungspunkt:

**Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen
„NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!**

3

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/6356

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

* * *

Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen „NRW-Plan für Seelische Gesundheit“!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/6356

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Einen schönen Guten Morgen! Mit einem Gruß des Vorsitzenden begrüße ich als stellvertretender Vorsitzender alle Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales sehr herzlich zu der heutigen Anhörung von Sachverständigen.

Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, den Sitzungsdokumentarischen Dienst, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren, die wir als Sachverständige anhören werden.

Diese Anhörung wird live gestreamt und aufgezeichnet. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Ich begrüße die Sachverständigen im Saal und die zugeschaltete Deutsche Depressionsliga sehr herzlich. Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses dafür, dass Sie heute für die Beantwortung unserer Fragen zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für die vorab eingereichten Stellungnahmen.

Während der Anhörung sind Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zugelassen.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung. Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten. Wir sammeln die Fragen wie gewohnt in einer ersten Runde.

Rodion Bakum (SPD): Auch seitens der SPD-Fraktion vielen Dank an die Expertinnen und Experten, dass Sie der Einladung gefolgt sind und Ihre Stellungnahmen eingereicht haben. Der explizite Dank richtet sich auch an die Arbeitsgemeinschaft Gemeindepopsychiatrie Rheinland für die weitere Stellungnahme. Wir versuchen, soweit es geht auf alle Punkte einzugehen.

Wir haben aus den Stellungnahmen herausgelesen, dass es viele Punkte gibt, über die wir sprechen müssen. Hierüber sind sich wohl alle Expertinnen und Experten einig.

Explizit an Herrn Seibt gerichtet schicke ich voraus – wir haben uns schon einmal persönlich ausgetauscht –, dass der persönliche Kontakt gut ist, wir aber auch wissen, dass wir in grundlegenden Fragen auseinanderliegen. Uns eint aber, dass wir das Stigma, dem Menschen in dieser Situation oft ausgesetzt sind, reduzieren und am Ende auch eine Versorgung sicherstellen wollen. Wir alle sitzen heute hier, um darüber zu sprechen.

Dem Kundigen ist aufgefallen: Es ist ein sehr ausführlicher Antrag, und die Überschriften sind nicht zufällig gewählt. Sie stammen fast alle aus dem Landespsychiatrieplan 2017 bzw. sind daran angelehnt oder aus dem aktuell das MAGS durchlaufenden

Prozess. Hinzu kommen einige Punkte, die wir ergänzt haben. Insofern ist das alles kein Hexenwerk.

Meine Fragen richten sich jeweils an alle Sachverständigen.

Zunächst allgemein zum Landespsychiatrieplan. Welche Entwicklungen und neuen Schwerpunktsetzungen sind aus Ihrer Sicht in den vergangenen Jahren, insbesondere seit der Verabschiedung des vorangegangenen Plans im Jahr 2017, im Bereich der seelischen Gesundheit aufgetaucht oder erfordern in Zukunft möglicherweise einen stärkeren Fokus? Das geht in Richtung der Frage, die auch die Aktion Psychisch Kranke in ihrer Stellungnahme angeführt hat.

Ein zweiter Komplex sind die Krisenversorgung und die Krisenstrukturen. Welche Konzepte und Verbesserungspotenziale sehen Sie im Bereich der Krisenintervention und -versorgung, die künftig in Nordrhein-Westfalen mit dem Ziel umgesetzt werden könnten, Zwang und Gewalt zu reduzieren, aber auch, um die Versorgung und Patientenzufriedenheit zu verbessern? Die Stichpunkte lauten „Modellvorhaben“, „Regelstrukturen überprüfen“ oder „Förderprogramm für die ambulante Krisenhilfe“.

Die dritte Frage betrifft die sektorenübergreifende Versorgung. Welche Mechanismen und Konzepte sind aus Ihrer Sicht hilfreich, um die Planung der sektorenübergreifenden Versorgung letztendlich zu verbessern? Die Stichworte lauten „Krankenhausplan NRW“, „Bedarfsplanung im Bund“, „Gemeindepsychiatrische Verbände in Kommunen“, aber auch „Einbezug der Selbsthilfe“. Weitere in Stellungnahmen genannte Stichworte lauten „bürokratische Hürden“ und „Fachkräftemangel“ insbesondere im Verhältnis zum Patienten.

Susanne Schneider (FDP): Werte Sachverständige, auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie heute Morgen mit uns zusammensitzen, um uns schlauer zu machen.

Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Höhner, an Herrn Leuther und an Herrn Langer. Mit welchen Maßnahmen könnte man eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen fördern? Welche Ansätze lassen sich aus den praktischen Erfahrungen der Coronapandemie bezogen auf die Prävention psychischer Störungen gerade im Hinblick auf junge Menschen ableiten? Welche Angebote haben sich in dieser Hinsicht besonders bewährt?

Herr Höhner, könnten Sie bitte die Bedeutung einer Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung und insbesondere einer eigenen Bedarfsplanung der Facharztgruppe „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ darstellen?

Sebastian Haug (CDU): Ich bedanke mich für die CDU-Fraktion ebenfalls sehr herzlich bei den Sachverständigen für ihre teilweise sehr ausführlichen schriftlichen Stellungnahmen.

Meine ersten Fragen richten sich an Herrn Höhner, an Herrn Langer und an Herrn Seibt und beziehen sich auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen, die ich gerne stärker herausgearbeitet hätte. Wie beurteilen Sie

die derzeitige Situation? Welche Lösungsansätze und Vorschläge zu einer Verbesserung bestehen? Welche Ansätze der Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen sehen Sie?

Meine abschließenden Fragen richten sich an alle Sachverständigen. Durch welche Therapieansätze, Präventionsangebote und weitere Angebote – Herr Bakum hat es für die SPD-Fraktion eben schon etwas detaillierter angesprochen – ließe sich grundsätzlich eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen erreichen? Wie lauten Ihre Bitten oder Vorstellungen gegenüber dem Land?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrte Damen und Herren, auch ich bedanke mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen und vor allen Dingen für die Möglichkeit der Rückfrage.

Herr Höhner, die Gerontopsychiatrie bzw. die psychotherapeutische Versorgung von Menschen im höheren Alter ist eins der ausgeschriebenen Ziele der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen. Sie arbeiten in der Stellungnahme allerdings heraus, dass es durchaus Verbesserungspotenzial gebe, weil gerade ältere Menschen die Angebote unterproportional selten in Anspruch nähmen. Welche Strategien könnte die Politik anwenden, um möglicherweise mit einer größeren Niedrigschwelligkeit bzw. anderen Angebotsbereitstellungen bei einer Verbesserung zu helfen?

Meine nächste Frage richtet sich an die Herren Leuther, Rosemann und Höhner. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in aller Munde. Die Nutzung sogenannter DiGAs, also digitale Gesundheitsanwendungen, nimmt immer weiter zu; im europäischen und auch im internationalen Ausland wird damit schon ergänzend in der Therapie bzw. in der Prävention von leichten bis mittelschweren psychischen Störungen gearbeitet. Inwieweit kann das eine Möglichkeit sein, gegebenenfalls das Behandlungsangebot zu erweitern?

Arndt Klocke (GRÜNE): Danke auch von uns Grünen für die umfangreichen Stellungnahmen. In den schriftlichen Vorlagen ist viel enthalten bzw. werden viele Dinge angeführt, womit wir auch nach dieser Anhörung weiterarbeiten können.

Danke auch an die SPD-Fraktion. Wie bereits im Plenum gesagt, ist das ein interessanter und guter Aufschlag. Auch wenn wir nicht alle 105 Punkte direkt unterstützen, ist es ein umfangreicher, guter und substanzieller Antrag, mit dem man auf jeden Fall weiterarbeiten kann.

Herr Höhner, Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, dass ältere Menschen psychotherapeutische Angebote selten bzw. kaum wahrnehmen. Wie lauten Ihre Vorstellungen, um das zu verbessern? Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme über den durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen zu dem Thema „Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ organisierten Fachtag. Wie kann vonseiten des Landes diesbezüglich auf Verbesserungen hingewirkt werden?

Herr Rosemann, Sie haben eine umfangreiche Stellungnahme zu dem Thema „Selbsthilfe“ vorgelegt. Ich habe eine kurze Nachfrage zu der Verbesserung der Landesunterstützung bzw. der Landesförderung von Selbsthilfeeinrichtungen. Wir haben in

Nordrhein-Westfalen eine gute Selbsthilfe; jedenfalls ist sie in den vergangenen Jahrzehnten intensiv gewachsen. Was könnte das Land noch mehr tun, um dies weiter zu verbessern? Außerdem sprechen Sie in Ihrer Stellungnahme über die Patientenbudgets. Wie können Modellvorhaben besser genutzt werden, um Patientenbudgets zu entwickeln?

Frau Steffens, wie kann das Land eine verbesserte psychotherapeutische Versorgungsplanung aufstellen? Sie äußern sich zu sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen. Welche weiteren Maßnahmen des Landes können dabei helfen, diese Versorgungsstrukturen gemeindenah und flexibel zu gestalten?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer: Wir steigen in die erste Antwortrunde in der Reihenfolge des Tableaus ein.

Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Möglichkeit, mich per Video zuzuschalten.

Zu der Frage der SPD nach dem Landespsychiatrieplan. Schwerpunkte sind aus meiner Sicht der Ausbau des Home Treatments, die niedrigschwellige Behandlung durch verschiedenen Berufsgruppen zu Hause – das ist ein ganz wichtiges Thema – und der Ausbau von ambulanten Krisendiensten.

Daran schließt sich die Frage nach der Krisenintervention an. Die einheitliche Einführung einer Notrufnummer, zum Beispiel 113 oder ähnlich, sehen wir als sehr wichtig an. Bayern hat so einen ambulanten Krisendienst installiert, warum soll das nicht auch in Nordrhein-Westfalen möglich sein? Auch bezogen auf die Krisenintervention halte ich das Home Treatment für eine gute Gelegenheit, um die Dinge gewissermaßen zu deeskalieren.

Ich habe lange als Sozialarbeiter in der Sozialpsychiatrie gearbeitet. Das Thema „sektorenübergreifend“ verfolgt uns seit Jahrzehnten, und wenn man es genau betrachtet, tut sich da fast nichts. Das ist nicht nachvollziehbar. Der Mensch ist zwischen der Akutpsychiatrie und der Eingliederungshilfe diesen Sozialversicherungssystemen praktisch ausgeliefert. Es gibt bzw. gab schon tolle Modelle wie das Psychriatriebudget, und ich frage mich, warum das nicht weiter vorangetrieben oder endlich einmal richtig aufgegriffen wird.

Zu der Frage der FDP nach weiteren Möglichkeiten der Entstigmatisierung. Die Mental-Health-Projekte und die Aufklärungsarbeit in den Schulen sollte zu einem Regelangebot werden. Mit meiner Kollegin nehme ich selbst als Betroffener bei „Verrückt? Na und!“ teil. Ich arbeite hauptberuflich in einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche; meine Kollegin übernimmt den Profi-Part und ich den Betroffenen-Part. Wichtig ist natürlich eine Regelfinanzierung, die es leider nicht gibt. Auch die Schulsozialarbeit halte ich im Vorfeld zur Entstigmatisierung für ganz wichtig, und auch da fehlt eine gute Ausstattung.

Die Frage der CDU lautete, was grundsätzlich im Bereich „Therapieberatung“ getan werden könne. Der Zustand nach wie vor langer Wartezeiten für ambulante Psycho-

therapieplätze ist unhaltbar. Als Depressionsliga haben wir vor zwei Jahren die Kampagne „#22WochenWarten“ gestartet, aber es hat sich eigentlich fast nichts getan.

Wir sprechen über einen Masterplan „seelische Gesundheit“. Bei seelischer Gesundheit bzw. seelischer Krankheit handelt es sich nicht um schwarz und weiß, sondern um einen fließenden Übergang. Bei diesem fließenden Übergang brauchen wir viel mehr Vorfeldberatung. Die in NRW schon bestehenden Lebensberatungsstellen sind nicht ausreichend ausgestattet. Viele psychosoziale Fragestellungen, die im Vorfeld einer sich anbahnenden seelischen Erkrankung auftreten, könnten in so einer Lebensberatungsstelle niedrigschwellig thematisiert werden. Auch hier könnte das Land Nordrhein-Westfalen eine gesicherte Finanzierung und eine bessere Ausstattung ermöglichen.

Zu der Frage der AfD nach dem Digitalbereich. Grundsätzlich ist das eine gute Sache, aber es kann aus unserer Betroffenenperspektive nie ein Ersatz für die persönliche Beratung und Therapie sein.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank für die vielen Fragen, über die ich mich sehr freue. Ich versuche, nicht zu wiederholen, was Herr Leuther schon angesprochen hat, sondern will das Gesagte zu den Stichworten „Probleme der sektorenübergreifenden Versorgung“, „Wartezeiten“ und „Entstigmatisierung“ nur bestätigen.

In anderen Zusammenhängen haben wir bereits mehrfach gesagt, dass das Thema der sektorenübergreifenden Versorgung, das mich beruflich seit 40 Jahren immer wieder mit den gleichen Problemen beschäftigt, eigentlich eine Frage an die Rechtsgrundlagen der Versorgung ist. Beispiel „Jugendhilfe“: Die Jugendhilfe kann sehr viel mehr, als sie rechtlich darf. Letztendlich scheitert zum Beispiel das Schwerpunktthema „Prävention“, über das wir uns unbedingt austauschen müssen und wonach auch gefragt wurde, in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen an diesem Punkt. Die Kostenträger sind geübt in dem Hinweis darauf, dass die jeweils andere Seite des Tisches zuständig ist. Dieses Spiel kennen alle hier im Raum.

Ich erlebe durch die persönliche Arbeit mit dem Ministerium, dass in den vergangenen Jahren in Runden zu dem Thema „Landespsychiatrieplan“ erfreulicherweise sehr viel konkreter über Maßnahmen und Möglichkeiten diskutiert wird. Das ist ein Fortschritt. Die Politik muss natürlich immer Ergebnisse produzieren, was manchmal schwierig ist, weil es bestimmte Dinge gibt, die nicht innerhalb von vier Jahren machbar sind. Das aber nur als Hinweis – Sie wissen das besser als ich.

Ich habe mich sehr dafür eingesetzt – und ich sehe auch einen Fortschritt –, dass das Thema „psychische Gesundheit“ neben vielen anderen Gesundheitsthemen immer mehr an Rang gewonnen hat. Am Anfang war die psychische Gesundheit so etwas wie ein Anhängsel – körperliche Gesundheit und dann psychische Gesundheit. Wir alle wissen, dass das – Stichwort: Turnvater Jahn – nicht stimmt. In den vergangenen Jahren und mit zunehmender allgemeiner Belastung, die wir alle erleben, ist die Frage, wie fit wir sind und wie wir bei diesen Belastungen durchhalten können, auch eine Frage an die psychische Kondition und damit an die psychische Gesundheit.

Bezüglich der ersten Frage nach dem Landespsychiatrieplan freue ich mich, dass sich die Beteiligten in dieser großen Runde – das ist manchmal eine schwierige Diskussion – zunehmend mit dem Thema „psychische Gesundheit“ und der Frage, was wir machen können, außer am Ende der Problemkette Behandlungen anzubieten, auseinandersetzen. Das muss gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – damit komme ich zum zweiten Punkt – unbedingt geleistet werden. Wenn Prävention ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag ist und sich im Übrigen auch unsere wirtschaftlichen Kosten betreffend rentiert, dann gilt das natürlich auch für die jungen Leute.

Die mehr oder weniger kurzfristige Initiative bezüglich eines Angebots von Gruppen während der Coronazeit, das letztendlich in Kooperation der KVen und des Ministeriums umgesetzt wurde, ist ein sehr überzeugendes Beispiel dafür, was möglich ist, wenn man in dieser Situation – die Not hat es gerichtet – die Kosten beiseitelässt und einfach handelt. Die Gruppen waren innerhalb von 3 Stunden an diesem Mittwochvormittag, an dem sie freigeschaltet wurden, vollständig belegt. Ich will Sie jetzt nicht mit den Zahlen bombardieren; es bestand eine hohe Nachfrage.

Die fachliche Aufarbeitung dieses Themas kommt zu einem außerordentlich wichtigen Punkt: Es gibt ein hohes Eigeninteresse von Kindern und Jugendlichen und beileibe nicht nur den Fall, dass die Eltern, die Schulen oder wer auch immer die Kinder dahin schicken. Die gehen nicht dahin, wenn sie gesagt bekommen: Du sollst dahin gehen. – Erfahrungsgemäß sind immer wieder zum Beispiel mehrere Kinder aus einer Schulklasse oder auch mehrere Kinder aus einer Kindertagesstätte, also sehr junge Kinder, und übrigens auch die sehr viel schwieriger zu erreichende Gruppe der Jugendlichen in diese Gruppen gekommen. Das Thema bzw. Ziel in diesen Runden war nicht die Klärung der Frage: „Bist du psychisch krank oder nicht?“, sondern, sich über diese irritierende, belastende und bedrohliche Situation auszutauschen. Die fachliche Erfahrung lautet: Wenn man miteinander ins Reden kommt, geht es einem nachher besser, selbst wenn die Situation unverändert ist.

Zu dem Thema „Kinder und Jugendliche“ gibt es einen Schwerpunkt in der Versorgungsplanung. Bisher ist die psychotherapeutische Versorgung so organisiert, dass in einem Versorgungsgebiet wie beispielsweise Düsseldorf eine Quote von 20 % der dort zu besetzenden Plätze in der ambulanten Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt werden müssen. Eine weitere Differenzierung, sowohl was die Mengen, vor allem aber auch – das ist mir besonders wichtig – was die Qualität der Angebote betrifft, wird nicht vorgenommen.

Wir sind seit Jahren dabei, auf der Bundesebene – denn dahin gehört das – im Gemeinsamen Bundesausschuss eine eigene Planung in diesem Bereich zu initiieren. Es sieht immer wieder so aus, als stellten sich der Gemeinsame Bundesausschuss und auch das Bundesministerium für Gesundheit hinter diesen Plan, da das jedoch voraussehbar mit der Ausweitung der Plätze und der Kosten verbunden ist, sind die Beteiligten nicht sehr begeistert.

Der Hintergrund ist die Tatsache, dass insbesondere das Angebot für Kinder und Jugendliche über das, was bei Erwachsenen möglich und sinnvoll ist, hinausgehen muss. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen sehr viel Vernetzungsarbeit leisten, sonst ist ihre Arbeit nicht gut. Wenn also das kleine Fritzchen in die Therapie

kommt, weil es zu stottern anfängt, dann kann man mit dem Kind arbeiten, aber man muss auch mit den Familien und möglicherweise mit den Schulen arbeiten. Das heißt: Als Therapeut muss ich aus meiner guten Stube heraus.

Für all diese Maßnahmen, die im Übrigen gerade auch im Hintergrund der Zulassung zur Regelversorgung der systemischen Therapie indiziert sind, gibt es bisher keine Finanzierung. Ich bin mir sehr sicher: Könnten wir an dem Punkt die Tür aufmachen, hätten wir innerhalb kurzer Zeit eine deutliche Verbesserung, da es genügend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt, die sich niederlassen könnten. Was die Fachgruppe betrifft, besteht kein Angebotsproblem.

Eine kurze Vorbemerkung zu dem Thema „Versorgung bzw. Versorgungsplanung“. Wir haben in letzter Zeit zum Beispiel mit Vertretern der Krankenkassen mehrfach versucht, über die Grundlagen der Versorgungsplanung und damit über die Frage, wie man eigentlich Bedarfe ermittelt, zu sprechen. Es liegt eigentlich nahe und jeder würde sagen: Bei einer Versorgungsplanung müssen wir erst einmal wissen, was eigentlich gebraucht wird. – Tatsächlich aber gibt es einen solchen Algorithmus bzw. eine solche Planungsgrundlage nicht.

Ich möchte das jetzt nicht ausführen, aber seit Jahren, eigentlich seit Beginn der ambulanten Versorgung, wird draufgesattelt – zum Beispiel, wenn festgestellt wird, dass es in irgendeiner Region zu wenige Orthopäden gibt. So wird geplant. Wir haben also bis heute keine Verständigung darüber, wie wir eigentlich an die Mengen an Versorgungssitzen kommen können, die wir zu brauchen meinen. Wir können immer nur auf unsere riesige Warteliste verweisen. Das ist ein schlagendes Argument. Man kann nicht davon ausgehen, dass sich die Leute aus Langeweile bei uns melden, und die Wartezeiten sind in den letzten Jahren nicht geringer geworden. Wir haben die Anzahl der Niedergelassenen durchaus schrittweise ausweiten können, aber beileibe nicht so, wie wir es bräuchten.

Bezüglich der Digitalisierung sind wir gerade auch in der niedergelassenen Versorgung dabei, digitale Angebote zu unterstützen. Das bringt zwei Probleme mit sich. Das erste Problem ist schon von Herrn Leuther genannt worden. Im Rahmen der Corona-situation haben wir nach einer gewissen Zeit sehr schnell die Rückmeldung der Patientinnen und Patienten erhalten, dass sie eigentlich in die Praxis kommen wollen. Es leuchtet uns allen wohl ein, dass es für ein persönliches Gespräch keinen Ersatz gibt.

Wir machen die Erfahrung, dass eine Digitalisierung bei fortgeschrittenen Therapien zunehmend möglich ist. Außerdem gibt es Lebenssituationen bzw. Ausnahmen, in denen das gemacht wird, zum Beispiel falls jemand von Köln aus beruflich ganz woanders hinhuss. Eine Regelversorgung in diesem Bereich oder eine nennenswerte kontingenzielle Ausweitung erwarte ich ausdrücklich nicht.

Hinzu kommt ein zweites Problem, das in der Diskussion unterschätzt wird. Die Beteiligten, insbesondere die Patientinnen und Patienten selbst, legen höchsten Wert auf Vertraulichkeit und Sicherheit. Das würde uns allen wohl so gehen: Wenn Sie zum Arzt gehen, dann würden Sie sich sicherlich nicht darüber freuen, falls Sie morgen Ihre Diagnosen im Netz fänden. Das Problem ist in diesem Bereich nicht gelöst. Die Hinweise, dass es sich um ein technisches Problem handele, sind mir zu kurz gegriffen;

es ist auch ein Problem der Auffassung. Die damit beschäftigten Akteure und die bundesministerielle Agenda nehmen auf diesen Punkt nicht genug Rücksicht.

Zu dem Thema „intelligenzgeminderte Menschen“ haben wir eine große Veranstaltung durchgeführt. Wir haben das aus eigenem Antrieb getan, aber auch, weil in der öffentlichen Diskussion, zum Beispiel in einigen Sitzungen zu dem Landespsychiatrieplan, deutlich wurde, dass sich vor allem beteiligte Frauen gemeldet und gesagt haben, nicht versorgt zu werden und einem erheblichen Druck hinsichtlich der Ausnutzung der Intelligenzminderung zu unterliegen. Das Ministerium hat das unterstützt, und es war ein riesiger Erfolg.

Das Problem ist die Begrenzung der Leistungskataloge im Bereich der ambulanten Versorgung. Wir können mit intelligenzgeminderten Menschen nicht unbedingt alles standardmäßig machen. Für eine fünfzigminütige Standardsitzung in der ambulanten Therapie haben viele intelligenzgeminderte Menschen schlicht und ergreifend nicht die Kondition. Sie müssen dann nach einer halben Stunde Schluss machen, können das aber nicht abrechnen. Das ist Unsinn. Niemand verliert dadurch, dass man an dem Punkt die Spielregeln der Regelversorgung ändert.

Außerdem ist ganz wichtig – damit komme ich zu dem Thema „ältere Menschen“ –, dass wir bisher keine ausreichende Möglichkeit haben, in die Heime bzw. Einrichtungen zu gehen. Es gibt einen deutlichen Bedarf an fachlicher Qualifikation sowohl in den Einrichtungen zum Beispiel der Jugendhilfe als auch in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung. Es geht nicht alles nur – ohne das schmälern zu wollen – über den Pflegebereich. Wir brauchen in diesem Bereich deutlich mehr Fachkompetenz. Das ist auch das Stichwort bei unseren älteren Menschen. Ich vermute, dass wir alle in diesem Raum Erfahrungen mit älteren Menschen in Einrichtungen bzw. in Heimen haben, weshalb ich dazu nichts sagen muss. Der Fachkräftemangel ist dort ein Hauptthema.

Ich behaupte nicht, dass das Hineinbringen von Psychotherapeuten in die Einrichtungen der Heim- und stationären Pflege wirklich eine Verbesserung brächte; das hielte ich für eine große Anmaßung. Allerdings brauchen wir mehr wirklich kompetente Fachkräfte. Es fängt damit an, dass sie sich mit den alten Menschen überhaupt unterhalten können. Das ist trivial, muss aber einmal gesagt werden. Sie müssen aber auch die entsprechende fachliche Kompetenz haben und sich zum Beispiel in Notsituationen und Situationen mit altersspezifischen Störungen und Erkrankungen wie etwa demenziellen Erkrankungen überhaupt auskennen.

Außerdem brauchen wir eine Möglichkeit, die Alltagssituationen in diesen Einrichtungen so zu gestalten, dass sie nicht nur aus der Versorgung bestehen. Es gibt eine Menge sozialpädagogischer und in diesem Bereich auch fachlich sehr erfolgreicher Angebote für alte Menschen. Dazu braucht man Leute und natürlich Geld.

Wie die Bedarfe im Fachbereich bei dem Fachpersonal sind, muss ich nicht beschreiben. Dass wir in diesem Bereich eigentlich seit Jahren nicht vom Fleck kommen, hängt eher davon ab, ob sich die Politik bewegen will als davon, ob die Fachleute Vorschläge machen.

(Thorsten Klute [SPD]: Das stimmt!)

Frau Schneider, ich meine, etwas vergessen zu haben, das Sie angesprochen haben.

(Susanne Schneider [FDP]: Die Bedarfsplanung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten!)

– Das habe ich gesagt. Wir brauchen eine eigene Planung für die Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, weil es schlichtweg zu wenige sind und weil wir auch eine andere Leistungspalette benötigen. Wir befassen uns damit und hoffen, dass demnächst im Gemeinsamen Bundesausschuss die Entscheidung getroffen wird.

Andreas Langer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW): Zu der Selbsthilfe bzw. Prävention auch bei Kindern und Jugendlichen. Wir haben in unserer Stellungnahme beispielhaft die Maßnahmen „Verückt? Na und!“, „MindMatters“ und „Familie Löwenmut“ genannt. Das sind fantastische Beispiele mit bestehenden Curricula, sodass man mit ihnen praktisch in Schulen oder Kindergärten gehen kann, um alle Kinder und Jugendlichen zu erreichen und mit ihnen über emotionale Ausnahmezustände zu sprechen. Alle Kinder kennen das aus ihren Familien, weil wir alle Angehörige oder Betroffene sind.

In den vergangenen Jahren ist in unserer Gesellschaft viel passiert. Daher wissen wir, dass psychische Erkrankungen alltäglich sind. Das ist gut so. Das ist eine Realität, aber es muss tatsächlich noch weitergetragen werden. Dafür sind diese Maßnahmen in den Schulen und Kitas eine gute Möglichkeit.

Ich arbeite mit vielen Trägern zusammen, die Profis und Betroffene in Schulen schicken und hohe Nachfragen haben, die sie nicht bedienen können, weil die Ressourcen – sprich: Geld – nicht vorhanden sind. Zwar können für eine eintägige Maßnahme in der Schule für einen Jahrgang 9 oder 10 einige Spenden eingesetzt werden, die der Verein bekommt, oder es gibt Krankenkassenbeiträge, aber tatsächlich fehlt eine Regelfinanzierung. Das Land muss sich überlegen, wie so etwas verstetigt werden kann. Eine der etwa 105 Fragen aus dem Antrag lautet: Was kann das Land eigentlich tun? – Bei Kitas, Schulen und der Prävention für Kinder und Jugendliche handelt es sich um sehr gute Ansatzpunkte.

Hinsichtlich der Bedarfsplanung bezüglich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat Herr Höhner schon einiges gesagt. Es gibt in dem Bereich insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Herausforderungen wie einer geistigen Behinderung oder einer Autismus-Spektrum-Störung zunächst Wartezeiten bei der Diagnostik und dann bei der Bedarfsermittlung. Während der Wartezeiten für Kinder und Jugendliche, für die die Zeit doppelt und dreimal so schnell vorbeigeht, setzt keine Leistung ein.

Ich finde es unglaublich und es ist für mich einfach unbegreiflich, dass es nicht möglich ist, an dieser Stelle schneller zu agieren bzw. auch rückwirkend zu bewilligen, wie es in anderen Bereichen möglich ist. Kein Mensch hat präventiv oder aus Jux und Tollerei einen Bedarf an solchen Unterstützungen bzw. wird sie deshalb beantragen. Natürlich sind die Kostenträger gehalten, das zu prüfen, und natürlich kann nur bezahlt werden, was geprüft wird, aber es muss eigentlich zu dem Beantragungszeitpunkt Hilfe möglich

sein. Das sind Lösungen, die tatsächlich auf der kommunalen oder auf der Landesebene regelbar wären.

Der Landespsychiatrieplan war hervorragend; das war eine sehr gute Arbeit. Es ist bei der LAG Freie Wohlfahrtspflege sehr gut angekommen, dass diesbezüglich nach Jahren wieder etwas passiert ist. Darin stehen viele richtige Sachen. Der jetzt umgesetzte und bei uns in der Landschaft hervorragend ankommende Schwerpunkt umfasst die Förderungen für die Gemeindepsychiatrischen Verbände. An der Stelle geht es um sektorenübergreifendes Arbeiten, und es ist Geld in die Hand genommen worden, weil es genau das braucht, um diese Vernetzungsarbeit zu leisten.

Herr Höhner hat es gerade gesagt: Das kann man sich nicht einfach aus den Rippen schneiden. – Auch diese Zeit muss finanziert werden. Das kann durch die Gemeindepsychiatrischen Verbände geschehen, was auch passiert. Dabei setzen sich regional Menschen zusammen, kommen in den Austausch und wissen dann Bescheid, wer vor Ort was macht bzw. wo noch weiße Flecken und Bedarfe sind. Das bietet auch die Möglichkeit, Lösungen für Menschen mit herausforderndem Verhalten zu finden, bei denen man eigentlich sagen würde: In der Klinik geht nichts mehr, wo ist die Polizei?

„Psychische Erkrankung“ umfasst eine extreme Spannweite der Menschen, die psychisch krank werden. Jeder Dritte oder Vierte, auch hier im Raum, ist irgendwann persönlich betroffen und geht zum Arzt.

Es gibt aber auch Menschen, die hinter geschlossenen Türen verwahrt werden und deren Bedingungen natürlich zu verbessern sind. Auch da gibt es schwierige Probleme. Dazu hat sich der Expertenbericht des MAGS vor Kurzem geäußert; da ist eine Zuständigkeit des Landes gegeben. Es gibt ein hervorragendes Papier, an dem man sich orientieren und das man umsetzen muss. Die Freie Wohlfahrtspflege beteiligt sich zusammen mit den Landschaftsverbänden sehr gerne daran – das MAGS hat hierfür eine Arbeitsgruppe eingerichtet –; das darf nicht liegen bleiben. Man muss für die extremen Fälle unbedingt nach vorne schauen.

Besonders wichtig ist mir das Thema „Krisenhilfe“. Wir haben Kontakte nach Bayern aufgenommen, und es ist unglaublich toll, was die auch in diesem Jahr wieder aus dem Finanztopf herausgeleiert haben. Das fehlt bei uns natürlich. Das kann eine Telefonnummer 113 sein – das wäre fantastisch; hierbei kann uns auch das Digitale helfen, das ist richtig –, andererseits brauchen wir ganz niedrigschwellige Anlaufpunkte vor Ort. Die gibt es in Teilen, sie sind aber natürlich auszubauen, weil deren Finanzierung aus den 80er- oder 90er-Jahren zum Teil erstaunlich ist im Hinblick darauf, dass dort offene Türen bzw. Anlaufstellen bestehen und Menschen mit psychischen Behinderungen dort ihre Zeit verbringen können, sie Anknüpfungspunkte und Gesprächsmöglichkeiten haben und natürlich auch Nachbarn und Angehörige vorbeikommen können. Das kann man nicht individuell über eine Bedarfsermittlung feststellen, sondern das ist eine Vorhalteleistung wie die Feuerwehr. Die muss einfach da sein; falls sie nicht da ist, kann sie nicht helfen.

Der letzte mir besonders wichtige Punkt betrifft die sektorenübergreifende Arbeit. Die Freie Wohlfahrtspflege hat in den vergangenen Jahren oder Jahrzehnten mit der Soziotherapie an einem dicken Brett gebohrt, und ich bin froh, dass es endlich durch ist.

Das ist etwas Sektorenübergreifendes, weil eine psychische Erkrankung 24 Stunden am Tag und vor allem im Privaten – natürlich auch im Öffentlichen, aber die Menschen sind in ihrer Familie – stattfindet. Sie gehen zu einem Arzt oder zu einem Therapeuten und sitzen dort eine Stunde lang, oder sie gehen für Tage oder Wochen in die Klinik, und kommen dann wieder nach Hause. Wie schaffen die Menschen diese Übertragung in ihr Privatleben? Da ist ein Ausbau notwendig. Die Soziotherapie kann unterstützen, weil sie aufsuchende soziale Arbeit als Begleitung für die Behandlung bietet.

Die Soziotherapie ist seit 2001 gesetzlich verankert. Bisher gab es in Nordrhein-Westfalen aufgrund sehr schwieriger Rahmenbedingungen nahezu kein Angebot. Wir haben es jetzt geschafft, einen Rahmenvertrag mit den Primärkassen zu erarbeiten, der die Bedingungen bietet, durch die inzwischen 100 Träger in Nordrhein-Westfalen anerkannt sind. Auch die vdek schließen sich diesem Angebot an.

Wir haben das Problem, dass es viele Anfragen gibt, obwohl die allermeisten Therapeuten in mehr als 20 Jahren des Nichtangebots vergessen haben, was die Soziotherapie eigentlich leisten kann. Wir versuchen, dieses Angebot aufzubauen, haben aber ein Personalproblem, weil wir hierfür Fachkräfte mit einer sozialpädagogischen oder sozialarbeiterischen Expertise benötigen, die delegiert von Ärzten oder Therapeuten die Behandlung aufsuchend begleiten. An dieser Stelle kann sehr gut eine Vernetzung stattfinden, und auch SGB-übergreifende Arbeit ist hier möglich. Ich hoffe, dass wir diesbezüglich weiterkommen, denn das war ein guter Schritt.

Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Ich gehe im Folgenden nicht besonders auf das Thema „psychotherapeutische Versorgung“ ein. Dazu hatten wir schon eine Anhörung, an der ich auch beteiligt war, und auf die man gerne zurückgreifen kann. Es besteht eine Reihe von Dissenspunkten, wobei ich nur auf einen eingehe, nämlich, inwieweit wir auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung telemedizinische und digitale Angebote brauchen.

Wir sind diesbezüglich mittlerweile ein paar Schritte weiter. Entgegen dem, was Herr Höhner gesagt hat, erleben wir bei unseren Versicherten den Wunsch nach einem breiten Angebot und einer breiten individuellen Wahlmöglichkeit von digitalen Angeboten und zum Teil auch telemedizinischen Therapiesitzungen. Es gibt aber auch Leute, die reale Möglichkeiten nutzen möchten, weswegen wir auf ein breites Angebot unterschiedlicher Möglichkeiten setzen. Es muss immer sehr stark von dem Menschen selbst ausgehen, ob er digital mit seinem Therapeuten Kontakt aufnehmen möchte oder nicht. Auch durch Corona gibt es eine sehr starke Weiterentwicklung, und viele Leute möchten ein Angebot niedrigschwellig, digital und sofort nutzen.

Verglichen mit anderen europäischen Ländern ist der Standard bezüglich der Datensicherheit und technischen Sicherheiten im Gesundheitssystem in Deutschland mehr als der Goldstandard. Wir setzen immer noch einen oben drauf, deswegen mache ich mir keine Sorgen um eine große Sicherheitslücke in dem Bereich.

Es ist super, dass der Psychiatrieplan weiterentwickelt werden soll, und es ist extrem wichtig, dass das wieder breit aufgestellt in Arbeitsgruppen passiert, die jetzt an den

Start gehen werden. Ein Psychiatrieplan kann nicht in einem Ministerium allein entstehen. Das war nie so, und das wird auch jetzt nicht so sein.

Wichtig ist, dass wir aus dem Blickwinkel der betroffenen Patienten und Patientinnen den bestmöglichen Versorgungsgrad erreichen. „Bestmöglich“ bedeutet in der psychiatrischen Versorgung: möglichst wenige dauerhafte stationäre Aufenthalte, ihre Durchführung nur bei Notwendigkeit, die Substitution stationärer Angebote und ihre Ergänzung durch neue und andere Angebote. Home Treatment ist sicherlich ein gutes und ausbaufähiges Beispiel, bei dem man aber die Hemmnisse beachten muss. Dass es nicht in dem Maße passiert, hat sehr viele Hintergründe. Das muss weiterentwickelt werden.

Auch bei StäB, den stationsäquivalenten Leistungen, sagen heute alle: Wir gucken uns an, was bei einer stationären Aufnahme auf der Station erbracht werden muss, und dasselbe muss in der Häuslichkeit passieren. – Das ist natürlich Quark. Der Ablauf in einem Krankenhaus muss nicht 1 zu 1 übertragen werden, vielmehr braucht es eine adäquate Übertragung. Was im Krankenhaus erbracht werden würde, muss vor dem Hintergrund des Ergebnisses, der Qualität und den Bedarfen in der Häuslichkeit übertragen werden. Wir brauchen also eine Weiterentwicklung der StäB, um solche Sachen auszubauen.

Der dritte mir ganz wichtige Punkt ist, die psychiatrischen Institutsambulanzen endlich anders mit in den Blick zu nehmen. In diesen Einrichtungen kommen die Menschen an und werden primär versorgt, außerdem kann abgeschätzt werden, ob ein stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Sie müssen anders und in der Breite aufgestellt werden. Unser Vorschlag ist, sie als Institutsambulanzen in den Krankenhausplan aufzunehmen und damit ein anderes Setting aufzubauen, in dem sie breiter aufgestellt und sichtbarer werden.

Die gerade angesprochenen gemeindenahen Trägerverbände sind wichtig. Es stellt sich die Frage, inwieweit man verbindliche Zusammenarbeiten zwischen den Krankenhäusern und den Trägerverbänden implementiert. Es ist schön, wenn es die Verbände gibt, falls sie aber neben dem Krankenhaus existieren, nicht miteinander kommunizieren und weder eine wirkliche Überleitung noch eine Rundumversorgung des Versicherten in allen Phasen – sozusagen aus einem Guss – besteht, entstehen Schnittstellen. Wir wissen: An allen Schnittstellen und Versorgungsbrüchen haben die Patienten und Patientinnen letztendlich Schwierigkeiten bzw. bekommen Probleme. Auch diesbezüglich braucht es also Veränderungen, genauso wie in den Vergütungssystemen, gerade auch in den Einzelleistungsvergütungen.

Es braucht an vielen Stellen Änderungen, die zwar nicht auf der Landesebene durchgeführt werden können, bei denen es aber wichtig ist, dass wir in Nordrhein-Westfalen auch im Rahmen des Psychiatrieplans überlegen, welche Änderungen wirklich notwendig sind, um dann gemeinsam auf der Bundesebene in den unterschiedlichen Rollen aktiv zu werden.

Wir als TK erstellen seit Jahren, früher in Kooperation mit dem Ministerium, und auch momentan relativ viele Modelle. Man kann eigentlich nur ausprobieren, um zu sehen, was am Ende wirklich funktioniert. Von den Modellen nach § 64b – das sind auch diese

Pauschalbudgets – gibt es in Nordrhein-Westfalen mehr als in allen anderen Bundesländern. Ich kann zu all unseren Modellen die Möglichkeit vermitteln, sich die Sachen vor Ort anzugucken. Wenn also der Wunsch besteht, in die Praxis hineinzuschauen, dann ist das überhaupt kein Thema. Ich finde es sehr spannend.

Es ist uns gelungen, dass sich alle Krankenkassen in NRW den §-64b-Modellen angeschlossen haben. So läuft es auch in anderen Bundesländern. Bei diesen Sachen haben die Evaluationen gezeigt, dass hierdurch eine Verbesserung für die Patienten sowie eine wirtschaftliche Verbesserung und damit Win-win-Effekte entstehen. Damit muss man in die Fläche hineinkommen.

Wir erstellen auch Modelle mit Home Treatment bei Anorexie und auch ein Modell, das den Bereich „Prävention“ betrifft. Wir alle wissen, dass es eine enorm hohe psychische Belastung ist, wenn Kinder und Jugendliche ein Elternteil verlieren. Deswegen gibt es das aus dem Innovationsfonds geförderte Modell „Familien-SCOUT“, mit dem wir in Aachen, Bonn und Düsseldorf in Familien gehen, in denen ein Elternteil onkologisch erkrankt ist.

Das ist im Übrigen ein Beispiel dafür, dass wir uns nicht sperren, zwischen den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zu agieren. Wir versuchen, mit den Jugendämtern zusammen Möglichkeiten zu finden, wie wir ein Setting aufbauen können, das von der Diagnose bis zu der Lebensphase des Lernens bzw. des Umgangs mit dem Tod eines Elternteils reicht. Es ist aus einem Guss, nachhaltig und ein Modell, in dem alle Akteure ineinandergreifen.

Solche als Innovationsfondsprojekte geförderten Modelle liegen beim G-BA. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird dann bewerten, ob es ein Modell ist, das in die Regelversorgung soll. Dabei werden Kriterien wie die Wirtschaftlichkeit und andere angelegt. Dass sie nachhaltig sind, und dass ein Kind mit 5, 6, 7, 8 Jahren oder auch als Jugendlicher ein Elternteil verliert, später eine hohe Belastung und Traumatisierung mit sich trägt, falls es keine frühe Hilfe erhält, ist eigentlich klar. Das sind aber nicht immer die ersten Kriterien, anhand derer solche Bewertungen stattfinden. Solche Projekte muss man am Ende so oder so in die Regelversorgung bekommen. Das sind Beispiele, um zu untersuchen, wo Traumatisierungen bzw. sehr einfach vermeidbare Belastungen entstehen. Das versuchen wir; auch dazu gibt es Modelle und Beispiele, die man sich gerne anschauen kann.

Über allem muss stehen, dass die Projekte bzw. Modelle ineinandergreifen, flächendeckend und sektorenübergreifend sind. Das ist im gesamten Psych-Bereich noch notwendiger als im somatischen Bereich. Wenn es nicht aus einer Hand oder aneinander anschließend ist, bestehen Mehrbelastungen, Fehlbelastungen und eine Fehlversorgung.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW): Vielen Dank für die Einladung und dafür, dass wir unsere Sicht der Dinge darlegen dürfen.

Ich male ein Bild. Es gibt eine Stadt mit fünf Brandstiftern, in der es ständig brennt. Sie kommen mir ein bisschen vor wie jemand, der sagt: Wir wollen ausschließlich über die

Feuerwehr und das Feuerlöschen sprechen, aber über die Brandstifter wollen wir kein Wort hören.

Wenn wirklich ein großer Teil dieser Gesellschaft psychisch krank ist, dann ist das eine vernichtende Bilanz unserer Lebensweise. Vielleicht ist Wirtschaftswachstum doch nicht so toll; vielleicht ist es doch nicht so lobenswert, eine Beschäftigungsquote zu haben, die so hoch ist wie noch nie.

Der erste Brandstifter ist die in den vergangenen Jahrzehnten erfolgte Zerstörung der Sozialstrukturen. Ich kenne die Sozialstrukturen in der Generation meiner Großeltern, in der Generation meiner Eltern und in meiner jetzigen Generation – ich bin 64 Jahre alt –, und dem zufolge, was mir jüngere Leute erzählen, ist es noch schlechter geworden.

Ein Treiber der Zerstörung der Sozialstrukturen ist die Mobilität, die wir angeblich brauchen. Dass Waren quer durch die Welt transportiert werden, dass es keinen Schuster mehr gibt, den man kennt und so weiter, ist nicht nur aus Umweltgründen, sondern auch aus sozialen Gründen eine sehr dumme Idee.

Zeit ist wesentlich, wenn ich verhindern will, dass es meinen Mitmenschen schlecht geht. Diese Zeit haben früher im Wesentlichen Frauen aufgebracht. Wir sind sehr stolz, dass sie alle jetzt auch arbeiten und Karriere machen können, dadurch ist aber natürlich der soziale Kitt weg, der das Ganze zusammengehalten hat. Jetzt versuchen wir, ihn durch professionelle Systeme wieder einzuführen und stellen fest, dass es nicht funktioniert und wir noch mehr dieser professionellen Systeme brauchen. Ich schlage Ihnen vor, darüber nachzudenken, was ein so vernichtendes Ergebnis erzielt und weniger darüber, wie man dieses vernichtende Ergebnis behelfsmäßig heilt.

Das war das Grundsätzliche. Jetzt versuche ich, auf einzelne der Fragen einzugehen.

Bezüglich der Krisenversorgung und der Krisenstrukturen schwang ein bisschen mit, dass wie dadurch weniger Gewalt hätten. Zu glauben, dass es weniger Gewalt gäbe, falls wir dem System mehr Ressourcen zur Verfügung stellten, ist eine Illusion. Denken Sie an Gewalt gegen Frauen und Kinder, die in der Regel von Männern ausgeübt wird: Wir sind auf dem richtigen Weg, aber nicht, indem wir den Männern mehr Ressourcen zur Verfügung stellen, sondern indem wir die geltenden Gesetze durchsetzen. Man darf nicht zuschlagen, und langsam wird das auch Männern in Machtpositionen wie Wetterfröschen oder Fußballspielern beigebracht.

Den gleichen Weg können Sie in der Psychiatrie gehen. Sie können dem Hilfesystem verbieten, Gewalt anzuwenden. Wir haben die Polizei und das Militär; diese zwei Gewaltinstanzen müssen ausreichen. Wenn wir in unseren Bochumer Krisenzimmern nicht mehr weiterkommen, dann rufen wir die 110 an und bitten darum, dass unser Hausrecht durchgesetzt wird. Das ist der zivilisierte Weg. Wenn man nicht mehr klar kommt, dann trennen sich die Wege, und dann wird man nicht gewalttätig gegeneinander.

Welche Krisenstrukturen wären sinnvoll? Häufig fehlt ein Platz, an dem ein Mensch übernachten kann, der in seinem bisherigen Umfeld nicht mehr klar kommt. Sich in die stationäre Psychiatrie zu begeben, ist ein ziemlicher Schritt, außerdem müssen Sie einen Platz finden. Im Moment erlebe ich, wie ein ziemlich psychotischer Mensch in

Bochum keinen Platz findet und auf der Warteliste steht. Dass es diese Übernachtungsgelegenheiten nicht mehr gibt, hängt mit der Zerstörung der Sozialstrukturen zusammen. Früher hatte man einen Onkel, eine Tante oder eine Oma, zu dem oder der man hingehen konnte – das ist alles weg zugunsten 2,5 t schwerer Autos. Die brauchen wir; das gibt uns irgendetwas.

Für Effizienz müssen Sie etwas anderes von diesem System abbauen. Wenn Sie einen guten Krisendienst haben möchten, dann müssen dafür soundso viele Betten in der stationären Psychiatrie wegfallen, ansonsten ist hinterher beides gut ausgelastet. Hier in der Anhörung sitzen Leute, die sagen: Das reicht alles nicht; wir brauchen noch mehr. – Das kann man machen, aber ich halte es für keinen guten Umgang mit dem Geld der Steuerzahler.

Zu der sektorenübergreifenden Versorgung. Wir Psychiatrie-Erfahrene erleben, dass jeder in dem Hilfesystem generell sagt: „Dafür bin ich nicht zuständig“, und den eigenen Bereich der Zuständigkeit sehr eng sieht. Das geht bis hin zur Verweigerung der Pflichtversorgung durch stationäre Psychiatrien. Man kann sich zwar beschweren, aber dabei kommt nichts heraus.

Mich stört besonders, was im betreuten Wohnen passiert. Es sind meistens ausgebildete Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, die sich weigern, den Leuten beim Ausfüllen von Anträgen zu helfen. Sie sagen: Das ist nicht meine Aufgabe; dazu brauchen Sie einen gesetzlichen Betreuer. – Das betreute Wohnen kostet 60 Euro pro Stunde. Die Person hat studiert, sie müsste also ein Formular für ihren Klienten ausfüllen können.

Stattdessen werden mit den Klienten im betreuten Wohnen häufig Sachen gemacht, die sie selbst erledigen können, wie die Wohnung zu putzen oder einkaufen zu gehen, damit man ihnen ihre Selbstständigkeit auch schön abtrainiert. Ein wesentlicher Effekt dieses Hilfesystems ist, dass die Leute unselbstständig und zu lebenslangen Klienten gemacht werden. Das erlebe ich wieder und wieder, und das ist nicht gut. Sie sollten hinschauen, ob unser Geld effizient ausgegeben wird oder ob ich gerade betrogen werde. An vielen Stellen werden die Politik, die Krankenkassen und die Steuerzahler von diesem Hilfesystem schlicht betrogen.

In der Psychotherapie erfolgt ein sehr effizientes Rosinenpicken. Leute, deren Probleme nicht wirklich massiv sind und bei denen es nicht allzu schlimm ist, erhalten sofort eine Psychotherapie. Stecken Sie hingegen in großen Schwierigkeiten, wird Ihnen beschieden: Sie sind dazu nicht in der Lage; das können wir nicht machen. – In meiner Wahrnehmung machen sehr viele Menschen eine Psychotherapie, die auch gut allein klarkämen. In diesen Fällen sollte die Allgemeinheit keine 80 Euro für eine Dreiviertelstunde ausgeben. Für sehr viele Leute, die wirklich in Schwierigkeiten sind, ist dieses Angebot überhaupt nicht vorgesehen.

Zu der Situation von Kindern und Jugendlichen. Die Lehrer zu meiner Schulzeit dürften heute keine Schüler mehr sein. Das waren richtige Originale mit Besonderheiten, die nicht immer nur nett waren. Wenn Sie heute als Schüler so ein Verhalten zeigen, dann landen Sie sofort in der Psychiatrie. Die Schulen sind nicht mehr der Meinung, dass es ihre Aufgabe sei, mit den unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen klarzukommen. Stattdessen wird das alles in das zuständige Hilfesystem weitergeschoben.

Die Gesellschaft ist im Hinblick auf Verhaltensabweichungen immer intoleranter geworden. Es gibt Bereiche mit gegenläufigen Entwicklung wie die sexuelle Diversität und die Rechte von Frauen, aber insgesamt ist alles immer glatter und gleichgeschalteter geworden. Die Menschen sind mit immer weniger umzugehen bereit.

Ein Beispiel: Ich habe 19 Jahre lang in einem Ausländerblock in Wanne-Eickel gelebt. Dort gab es einen Mann, der stundenlang schrecklich schrie. Einige haben versucht, ihn zu beruhigen, andere haben gesagt: „Halt die Schnauze“, aber niemand kam auf die Idee, es von sich wegzuschieben und dass es nicht unser Problem sein könne. Das war das Problem der dort wohnenden Leute. Es ist ein extremes Beispiel, aber Sie sehen, worum es geht.

Zu der Suizidprävention von Kindern und Jugendlichen. Es ist sehr schwierig, einen Menschen in dieser Welt zu halten, der sie aus irgendwelchen Gründen verlassen will. Wir erleben in unserer Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener sehr häufig Leute, die sagen, dass sie nicht mehr leben möchten. Dabei bestehen große Schwierigkeiten ohne Ende. Gute Sozialstrukturen – das ist auch die Ansicht der Wissenschaft zum Suizid – helfen sehr dabei, dass sich weniger Leute töten. Je weniger ich an anderen hänge, desto weniger hänge ich an dieser Welt.

Welche Angebote braucht es für Kinder und Jugendliche? Man könnte die Schulen besser ausstatten. Nach allem, was man hört, in den Zeitungen liest, aber auch im Gespräch mit Lehrern und Rektoren erfährt, ist es da materiell gesehen ganz grässlich. Ich habe es als Kind und Jugendlicher immer als angenehm empfunden, viel freie Zeit zu haben. Auch daran soll es inzwischen bei Kindern und Jugendlichen mangeln. Ich erinnere an das Sprichwort: Wer keine Zeit hat, ist ärmer als ein Bettler.

Eben wurde das Problem angesprochen, es gebe bei irgendwelchen Versorgungszentren zu wenige Plätze. Das liegt auch an dieser Rosinenpickerei. Wir haben in Bochum zwei Krisenzimmer und achten darauf, dass wir die Leute ohne Wohnung den Leuten mit Wohnung vorziehen. Wir achten auf den Schweregrad der Anfragenden und nehmen die Leute auf, die am übelsten dran sind. Im Versorgungssystem wird nicht so agiert, sondern es werden sehr häufig die pflegeleichtesten Leute versorgt. Das kann ich aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch völlig verstehen, aber als Kostenträger würde ich das nicht durchgehen lassen.

Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, Stellung zu nehmen.

Zu den Fragen der SPD-Fraktion. Sie fragten nach zu berücksichtigenden Entwicklungen seit dem Entstehen Ihres Landespsychiatrieplans 2017. Im Rückblick auf den Landespsychiatrieplan, die Fog-Studie oder ältere Dokumente erlebt man zum einen, dass schon vor 20 und vor 10 Jahren formulierte Positionen heute immer noch formuliert werden müssen, weil sich wenig getan hat, und zum anderen, dass bei kleinen Elementen ein deutlicher Fortschritt zu sehen ist. Ich sehe beides auch in der Entwicklung seit dem Landespsychiatrieplan. Seither ist eine Pandemie dazwischengekommen, mit dem Bundesteilhabegesetz wurde ein weitgehend nicht umgesetztes neues Gesetz

geschaffen und es wurde deutlich, dass bestimmte Personengruppen unter der Pandemie besonders gelitten haben. Wir sehen das bei den Kindern und Jugendlichen.

Mit den dramatischen Auswirkungen des Fachkräftemangels ist außerdem eine Entwicklung eingetreten, die wir wohl alle in den Jahren 2015 oder 2016, als diese Dokumente verfasst und erarbeitet wurden, so noch nicht vorhergesehen haben. Wir haben kein Geldproblem; das Problem ist, dass wir nicht genügend Fachkräfte haben.

Eine weitere bemerkenswerte Entwicklung ist, dass, obwohl seit vielen Jahren darüber gesprochen wird, Gewalt vermeiden oder wenigstens vermindern zu müssen, eher das Gegenteil zu beobachten ist. Die Gewaltsituation nimmt nicht ab, egal, wohin wir genauer gucken. Das ist besorgniserregend. Die Frage muss lauten: An welchen Stellen kann das Land mit einem Landespsychiatrieplan bzw. mit seinen Möglichkeiten und Mitteln tatsächlich ansetzen?

Es gibt ein paar Entwicklungen, die alle einen relativ klaren Charakter haben und darauf abzielen, dass man enger vernetzt miteinander arbeiten müsste. Deswegen fördern Sie in Nordrhein-Westfalen auch den Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Das war Bestandteil des Programms, und es ist eine ganz wesentliche Entwicklung, zu der es eine parallele Entwicklung in Sachsen-Anhalt gibt. Insofern ist etwas gemacht worden. Das zielt genau darauf ab bzw. es ist die richtige Strategie, nicht mehr Angebote zu schaffen, sondern vermehrt dafür Sorge zu tragen, dass die vorhandenen Angebote enger miteinander vernetzt arbeiten. Darauf muss der Schwerpunkt liegen.

Das von Herrn Seibt gerade Gesagte aufgreifend heißt das: Man muss aufhören, in den starren Grenzen der eigenen Zuständigkeit zu denken und den Blick auf die gemeinsame Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger, um die es geht, richten. Das Thema wird uns an mehreren Stellen bei den von Ihnen gestellten Fragen immer wieder begegnen.

Ein Beispiel: Der Gesetzgeber hat mit § 92 Abs. 6b im SGB V die KSVPsych-Richtlinie geschaffen, die der G-BA vor wenigen Jahren normiert hat. Es gibt zaghafte Entwicklungen, sie tatsächlich umzusetzen, was auch Frau Steffens schon angedeutet hat. Es geht ein bisschen in die Richtung, aber wir müssen aufpassen, dass jetzt keine Netze entstehen, die wiederum isoliert arbeiten und nicht mit dem sonstigen Versorgungssystem vernetzt sind.

Der Begriff der Sektorengrenze stammt eigentlich aus dem SGB V und bezeichnet die Sektoren „ambulante Versorgung“, „teilstationäre Versorgung“ und „vollstationäre Versorgung“. Diese Sektoren zu überwinden, ist schon schwierig genug. In der KSVPsych-Richtlinie werden Sie sehr viele Stellen entdecken, an denen es ganz schwierig war, allein in diesem Bereich die Sektoren ein bisschen zu überwinden. Die Einbindung der Kliniken in dieses Netzwerk ist ein ausgesprochen kompliziertes Geflecht geworden.

Wenn Sie in wenigen Monaten die KSVPsych-Richtlinie für Kinder und Jugendliche zu lesen bekommen und verstehen, zwischen den Zeilen zu lesen, dann werden Sie auch in diesem Fall erkennen, dass die Herstellung einer Vernetzung innerhalb des SGB-V-Systems sehr schwierig ist. Dies gilt erst recht – das hat Herr Höner angesprochen – für die Schaffung einer vernetzten Struktur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit dem Jugendhilfesystem der Schule und ähnlichem mehr. Wie viel Zeitaufwand Juristinnen und Juristen sowie andere Personen aufbringen, um das innerhalb der jeweiligen Grenzen der möglichen Sozialgesetzbücher zu beschreiben, hat schon fast absurde Züge.

Daraus folgt, dass wir in den Strategien, die auch ein neuer Landespsychiatrieplan festlegen müsste, vor allen Dingen auf die Vernetzung der vorhandenen Ressourcen und Strukturen setzen und den Grundgedanken einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtungen auf allen Ebenen im Hilfesystem stärken müssten. Man kann das in einem Landespsychiatrieplan tun; man müsste es in den Landesrahmenverträgen für die Eingliederungshilfe tun und könnte es auch im PsychKG untersetzen, um das noch einmal zu unterstreichen. Darauf kommt es im Kern an.

Auf der einen Seite gilt es, die verschiedenen Elemente des Versorgungssystems wirklich zusammenzubringen. Um mit den für alle knappen verfügbaren Ressourcen angemessen umgehen zu können, müssen auf der anderen Seite auch die jeweiligen Strukturen immer flexibler werden. Statt in starren Institutionen zu denken, muss die Finanzierungsstruktur so flexibel werden, dass die beteiligten Akteure tatsächlich aufeinander zugehen und jeweils dort kleine Netzwerke für einzelne Patienten bilden können, wo es vor allem notwendig ist.

Dieser Grundgedanke findet sich sowohl im GPV als auch angelegt im Bundesteilhabegesetz sowie in dem, was die KSVPsych-Richtlinie ausmacht, also in dem, was den SGB-V-Bereich, sozusagen die Krankenbehandlung, bewegt. Insofern ist das ein zentrales Element, das wir viel stärker als früher beachten müssen. Das war im alten Landespsychiatrieplan angelegt, müsste aber noch deutlicher herausgestellt werden.

Bei der Krisenversorgung geht es in der Tat nicht um die Frage, ob wir immer mehr brauchen, sondern darum, wie wir es schaffen, das Vorhandene so miteinander in Beziehung zueinander zu bringen und zu vernetzen, dass es die Menschen rechtzeitig erreicht. Der Begriff „niedrigschwellig“ ist schon sehr deutlich gefallen, und es wurde gesagt, es müsse eine Vorhalteleistung sein. Eine Krisenversorgung muss erreichbar und verfügbar sein. Wenn sie richtig funktioniert, dann kann sie die anderen Systeme, insbesondere die Rettungsstellen der Krankenhäuser und die Notfallversorgung, tatsächlich entlasten.

Vor diesem Hintergrund sollte das Land prüfen, wie eine regional ausgerichtete und verortete Förderung der Krisenversorgung, die wie in Bayern oder Berlin eine zentrale Nummer beinhalten kann, mit der noch in diesem Jahr zu erwartenden Reform der Rettungswesen und der Notfalldienste auf der Bundesebene zusammengebracht werden kann. Man muss das miteinander abstimmen; wir können uns keine Parallelstrukturen mehr leisten.

In Berlin haben bestimmte Krankenkassen mit der TK vornean einen integrierten Versorgungsvertrag mit einer rund um die Uhr verfügbaren Ansprechbarkeit für die eingeschriebenen Patientinnen und Patienten sowie einer eigenen Krisenpension, die auch nachts besetzt sein muss, gefordert. All das hätte parallel zum bestehenden Berliner Krisendienst vorgehalten werden müssen. Das ist Geschichte. Wir können uns das für die Zukunft nicht mehr erlauben, sondern müssen das jetzt zusammenbringen.

Die Verantwortung, für das Vorhandensein einer Krisenversorgung in jeder Region zu sorgen, liegt zwar teilweise beim Land und bei den Kommunen, aber es ist nicht allein ihre Aufgabe. Auch die GKV muss ihren Beitrag dazu leisten, einen niedrighschwelligem Krisendienst in den Regionen zu fördern. Eine Überlegung könnte lauten, die Krisenversorgung im Rahmen einer Weiterförderung des Programms der Vernetzung der Gemeindepsychiatrischen Verbände dort anzudocken.

Zu hilfreichen Konzepten, um Sektorengrenzen zu überwinden. Wenn der Sektorenbegriff nicht nur im SGB-V-System, sondern auf alle Bereiche ausgeweitet gedacht wird, dann müssen alle Seiten ihren Beitrag leisten. Es wäre schön, falls das Land Nordrhein-Westfalen entsprechende Initiativen auf der Ebene der GMK und der ASMK unterstützen würde.

Wir müssen diesen Vernetzungsgedanken in alle bestehenden Sozialgesetzbücher bringen, wie es im SGB IX für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe durch das BTHG tendenziell angelegt worden ist. Allerdings wurde die Vernetzung mit den Behandlungsbereichen noch nicht richtig mitgedacht; es gilt, das nachzuschärfen. Auch im SGB V müsste klar sein, dass die Zusammenarbeit der Behandelnden mit allen anderen Leistungserbringern ein Gebot der Stunde und kein Verbot ist.

Insofern brauchen wir Bundesentwicklungen, die auch das Land Nordrhein-Westfalen unterstützen könnte. Man muss aber nicht warten, sondern kann schon durch die Förderung bzw. durch die Entwicklung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden – das hat auch Herr Langer angesprochen – im Alltag und in der Praxis voranbringen, was dann in den Sozialleistungsbüchern noch nachgezogen werden muss. Da ist schon relativ viel möglich.

Vor allen Dingen muss man auch an dieser Stelle aufpassen, dass die Strukturen nicht parallel zueinander stehen. In Ihrem Antrag kommen die Begriffe „Kinder- und jugendpsychiatrischer Verbund“, „Geriatrisch-gerontopsychiatrischer Verbund“ und „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ vor; es gibt also viele Netzwerke. Wir dürfen nicht zu viele Ressourcen in Netzwerke stecken, die dann wiederum neue Schnittstellen produzieren, sondern müssen das integrativ denken. Wir brauchen eine Netzwerkstruktur, die die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen, von alten Menschen und von anderen Zielgruppen besonders berücksichtigt.

Die CDU hat gefragt, welche neue Angebote es geben sollte. Ich habe den Krisendienst bzw. die Krisenversorgung angesprochen. In dem Antrag ist sehr deutlich geworden, dass Anti-Stigma-Projekte tatsächlich einer Verstärkung bedürfen. Im Grundsatz wollte ich deutlich machen, dass wir die für neue Angebote immer benötigten Fachkräfte vermutlich nicht werden finden können. Auch in diesem Fall sollte der Akzent vielmehr darauf liegen, die vorhandenen Akteure miteinander zu vernetzen.

Der Fachkräftemangel hat zur Folge – das haben auch mehrere meiner Vorredner deutlich gemacht –, dass am ehesten die als „leicht zu versorgen“ geltenden Menschen auch versorgt werden. Diejenigen, die das gesamte Hilfesystem vor besondere Herausforderungen stellen, fallen am schnellsten aus der Versorgung heraus und bereiten am langfristigsten und am meisten Probleme, sei es im sozialen Umfeld, bei den

Hilfesystemen oder wo auch immer sie am Ende landen – im schlimmsten Fall auch im Maßregelvollzug.

Vernetzte Strukturen müssen so gestaltet sein, dass sie in der Lage sind, sich gegenseitig zu unterstützen und auch mit den Menschen, die uns vor besondere Herausforderungen stellen, in angemessener Weise umgehen zu können. Das ist ein solidarisches Miteinander über die Sektorgrenzen der Krankenversorgung, der Eingliederungshilfe, der Wohnungslosenhilfe oder der Jugendhilfe hinweg.

Herr Dr. Vincentz, wir müssen die Digitalisierung bei der Gestaltung des Zugangs der Hilfen für jüngere Menschen berücksichtigen. Jüngere Menschen gehen nicht mehr irgendwo hin, wie wir es noch getan haben, sondern gucken sehr viel schneller und intensiver im Netz. Es besteht eine große Verantwortung, diese Zugangsebene zu gestalten.

Wenn es um wirkliche Hilfe geht, dann sind wir auf den menschlichen Kontakt angewiesen. Eine digitale Gesundheitsanwendung kann den menschlichen Kontakt nicht ersetzen. Es gibt aber durchaus einige digitale Gesundheitsanwendungen, die das miteinander Erarbeitete unterstützen können. Das sollte man fördern, allerdings kann man hinter die Frage, ob die dafür zum Beispiel auf der Bundesebene angesetzten Kriterien immer die richtigen sind, ein paar Fragezeichen setzen.

Zu den Fragen der Grünen und der Förderung der Selbsthilfe. In der gegenwärtigen Situation müssen diejenigen, die Selbsthilfe organisieren und leisten, enorm viel eigenes Engagement aufbringen, um tätig zu werden. Es braucht zunächst eine grundsätzliche Förderung der Infrastruktur von Selbsthilfe, damit die Selbsthilfe nicht auch noch ständig damit beschäftigt ist bzw. Zeit darauf verwenden muss, bei der TK, bei der BARMER oder bei der AOK Anträge zu stellen, um im nächsten Jahr ihr Büro noch finanzieren zu können. Wir brauchen eine Grundfinanzierung der Förderung von Selbsthilfe. Das kann man mit der freiwilligen Feuerwehr vergleichen – der Vergleich stammt nicht von mir, sondern von einem nordrhein-westfälischen Kollegen –, bei der sich Bürgerinnen und Bürger engagieren, aber nicht auch noch dafür sorgen müssen, dass das Spritzenhaus, das Fahrzeug und Sonstiges zur Verfügung stehen.

Wir brauchen eine basale Infrastrukturförderung. Im SGB V ist eine Patientenvertretung angelegt. Nordrhein-Westfalen finanziert auf der Landesebene die Unterstützung der Patientenvertretung meines Wissens noch bis Ende des Jahres 2024, und dann ist fraglich, ob das weitergeht. Solche grundsätzlichen Förderungen brauchen wir an jeder Ecke, damit die Patientenvertretung, die Selbsthilfevertretung oder die Selbstbetroffenenvertretung systematisch und dauerhaft gefördert werden.

Das kann man auch auf den Bereich der Eingliederungshilfe übertragen. Im SGB IX hat der Bundesgesetzgeber durch das BTHG verankert, dass die Landesverbände bzw. die Interessenverbände der betroffenen Menschen mit Behinderung an allen Rahmenverträgen und an Verhandlungen von Vereinbarungen, der Vergütung sowie von besonderen Vereinbarungen auf Landesebene mitwirken sollen. Wenn sie das wirkungsvoll tun sollen, dann brauchen sie eine entsprechende Unterstützung, also nicht nur ein Büro, in dem sie sich treffen können, sondern auch die Infrastruktur, Expertinnen und Experten heranziehen zu können und sich sachkundig zu machen.

Ein Beispiel ist die Stabsstelle Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss, die eine wirkungsvolle Unterstützung für die Patientenvertretung bietet. So etwas müssen wir auf allen Ebenen des Versorgungssystems durchdeklinieren, wo es verankert ist. Dann kann das auch Wirkungen entfalten. Wenn das tatsächlich systematisch gefördert wird, dann verändern sich auch Strukturen. Wenn diejenigen, um die es geht, aktiv mitreden können, dann werden sich auch die Versorgungsstrukturen deutlich verändern. Insofern ist das ein wertvolles Element.

Das gilt auch für Beschwerdestellen bzw. Beschwerdemöglichkeiten. Diese auch unter Betroffenen-, Selbstvertretungs- bzw. Selbsthilfeperspektive – welchen Begriff Sie auch immer wählen wollen – systematisch zu verankern und systematisch auszuwerten, ist ein wesentliches Element zur Qualitätsverbesserung.

Zu dem Modellverbund bzw. den Patientenbudgets gibt es systematische Forschung unterschiedlicher Qualität. Unseres Wissens kommen alle Budgetmodelle, in denen die Beteiligten mit den Betroffenen, also mit denjenigen, um die es geht, aushandeln – das muss man in Anführungszeichen setzen, weil es nicht immer ein expliziter Aushandlungsprozess ist –, wer mit welcher Methode im Rahmen eines gedeckelten Budgets versorgt wird, zu viel flexibleren und passgenaueren Lösungen, als wenn man institutionelle Mechanismen finanziert. Insofern sollten die § 64b-Modelle, wenn sie sich auch in der Finanzierungsstruktur wirklich vom Bett lösen, regelhaft verankert werden. Die APK strebt an, dass das in der Bundespflegegesetzverordnung verankert wird.

Solche in einzelnen Regionen schon bestehenden Modellversuche zeigen, dass man sehr viel flexibler werden kann. Zwar ist der Übergang von diesen Modellen zu der vertragsärztlichen Versorgung bisher nicht gelöst – diesbezüglich muss man noch über einiges nachdenken –, aber man muss solche flexiblen Modelle ermöglichen.

Für das Land bedeutet das, sich bei der Investitionsförderung von Krankenhäusern von dem Gedanken zu lösen, nur Betten zu finanzieren. Flexible Budgetmodelle in der psychiatrischen Versorgung würden es grundsätzlich ermöglichen, immer mehr auf die ambulante und teilstationäre Schiene zu übertragen und diese wiederum flexibler auszugestalten. Wenn man nicht an jedem Tag der Woche in die Tagesklinik gehen müsste, sondern möglicherweise nur an zwei Tagen und auch ein Team nach Hause kommt, wenn „Behandlung“ nicht StäB und Hausbesuche an sieben Tagen in der Woche bedeuten würde, sondern vier Tage ausreichend wären, würden solche Elemente flexibilisiert, dann wäre es möglich, Menschen viel ziel- bzw. passgenauer zu erreichen und die Ressourcen besser einzusetzen. Wir bräuchten dann aber auch eine andere Investitionsförderung seitens des Landes, was die Krankenhäuser betrifft.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Wir kommen zur zweiten Fragerunde.

Rodion Bakum (SPD): Vielen Dank für die erste sehr intensive Runde, zu der wir noch einige Nachfragen haben.

Herr Rosemann, danke für Ihren letzten Beitrag. In meiner Heimatstadt Mülheim an der Ruhr wurden die Patientenvertreter und das Selbsthilfebüro über viele Jahre von

der lokalen Müllabfuhr finanziert. Das ist gut, aber auch irgendwie symbolisch. Das zum Thema „Finanzierung“.

Zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden haben Sie allgemein etwas gesagt und in den schriftlichen Stellungnahmen ein bisschen intensiver ausgeführt. Wir haben nachgeschaut: Der Haushaltsansatz beträgt 3 Millionen Euro, wobei wir nicht genau wissen, wie viel Geld in die Verbände fließt. Es war in den vergangenen Jahren auch nicht mehr dynamisch. Herr Langer und Herr Rosemann, wie könnte ein idealer Gemeindepsychiatrischer Verbund funktionieren, falls Geld keine Rolle spielte? Das Stichwort „AG Familiengesundheit“ kam in der Stellungnahme genauso vor wie die Beteiligung von Selbsthilfe und Peers.

Zu dem zweiten Aspekt der Kinder und Jugendlichen wurde auch im Hinblick auf konkrete Projekte einiges gesagt. Frau Steffens und Herr Langer, Sie haben in Ihren schriftlichen Stellungnahmen das KIPS-Netzwerk erwähnt. Darüber haben wir im Ausschuss bereits intensiver gesprochen. Einerseits fragen wir uns, wie die einzelnen Projekte wirken und welche tatsächlich nachhaltig sind – sicherlich ein Teil, andere aber nicht. Andererseits interessieren uns die Erreichbarkeit der Betroffenen und die ursächlichen Faktoren dafür, wer erreicht wird und wer nicht. Uns ist aufgefallen, dass überwiegend solche Städte Projekte nachhaltig finanzieren können, denen es finanziell ohnehin gut geht, und Städte des Ruhrgebiets, in denen es eigentlich notwendig wäre, das nicht können – Stichwort „Gerechtigkeitsaspekt“.

Drittens geht es mir mit Blick auf ältere Menschen nicht nur um die Gerontopsychiatrie – sprich: nicht nur die Behandlung –, sondern letztendlich auch um das Thema „Prävention“. Die Frage richtet sich an Frau Steffens, Herrn Höhner und Herrn Langer. Wie können wir Strukturen, Projekte oder Ähnliches schaffen, um gerade auch die ältere Generation noch zu erreichen?

Zwei Beispiele zur Verdeutlichung. Wir sprechen insbesondere bei dramatischen Fällen oder bei der Beteiligung junger Menschen viel über Suizide. Der Großteil der Suizide wird jedoch von hochaltrigen Menschen durchgeführt.

Das zweite Beispiel betrifft die Drogenpolitik, auch das ist oftmals Thema im Landtag. Bei Drogen meinen viele Menschen oft illegale Drogen und vergessen die legalen. Aktuell sprechen wir intensiv über Cannabis und damit über eine Droge, die aus medizinischer Sicht ein Abhängigkeitspotenzial auf dem Level von Koffein hat. Gleichzeitig sprechen wir aber nicht über Schlaftabletten und Alkohol, die insbesondere ältere Menschen betreffen und nicht als Suchtproblematik wahrgenommen werden. Können Sie darauf aus Ihrer Sicht eingehen?

Dennis Sonne (GRÜNE): Auch von meiner Seite vielen Dank für die schriftlichen Stellungnahmen und Ihr heutiges Erscheinen.

Herr Seibt, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme über die Ausweitung der unabhängigen Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten. Warum ist ihr weiterer Ausbau wichtig?

Meine nächsten Fragen richten sich an alle Sachverständigen. Es geht zum einen um den Informationsstand der Betroffenen bezüglich der Patientenrechte. Wir alle kennen das Problem, dass beispielsweise Gesetzestexte oft schwer verständlich sind. Das gilt

auch für Menschen, die in diesem Haus arbeiten, und wahrscheinlich auch für Sie. Für Patientinnen und Patienten ist es vermutlich noch schwieriger, sich damit auseinanderzusetzen. Wie ist der Informationsstand? Sehen Sie die Leichte Sprache als Bereicherung, um Menschen zu erreichen?

Als großer Fan von Leichter Sprache habe ich gerade beispielhaft auf der Internetseite der Techniker Krankenkasse nachgeschaut, und es ist wie immer: Zwar gibt es ein paar Informationen zu Fragen wie „Wer sind wir?“, „Wer ist der Vorstand?“, „Was machen wir?“ und so weiter, jedoch wäre die Verwendung Leichter Sprache insbesondere bei diese Personengruppen betreffenden Punkten ganz wichtig, um wirklich alle zu erreichen. Wie lauten Ihre Einschätzungen?

Welche präventiven Maßnahmen können wir als Gesellschaft ergreifen, um die seelische Gesundheit zu schützen und zu stärken?

Susanne Schneider (FDP): Herr Leuther, Sie haben mehrmals eine psychosoziale Notrufnummer angesprochen – sie könnte 113 lauten –, die es, wenn ich Sie richtig verstanden habe, in Bayern schon gibt. Wie ließe sich das konkret ausgestalten?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Wir steigen in die zweite Antwortrunde ein.

Andreas Langer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW): Zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden. Vorhin hat Herr Rosemann das wichtige Stichwort „Versorgungsverpflichtung“ genannt. Das ist eine hervorragende Grundlage der Zusammenarbeit vor Ort. Davon ausgehend, dass sich eine Region ausnahmslos den Menschen aus der Region widmen will, egal wie schwer oder leicht die psychische Erkrankung ist, kann man sich vor dem Hintergrund der Menge unterschiedlicher Zielgruppen wie Kindern, Jugendlichen und Älteren überlegen, wer alles an den Tisch muss. Das sind die Jugendhilfe, die Behindertenhilfe, die Schulen, die Agentur für Arbeit, die Hilfe für Langzeitarbeitslose und weitere.

Diese regionalen Austauschrunden sind zeitaufwendig und nicht einfach zu organisieren. Es braucht vor allem ein gemeinsames Commitment dem Thema gegenüber. Insofern muss man das aus den Spitzen der Gesellschaft und der Politik abholen, die entsprechenden Institutionen einladen und klarmachen, wie groß und bedeutsam das Thema ist.

Ich kann nur immer wiederholen: Jeder hier im Raum ist Angehöriger oder Betroffener. Öfter grüne Schleifen zu tragen, wie es Herr Klocke dankenswerterweise tut, würde ein Zeichen setzen. Das ist nicht aufwendig, führt aber zu vielen Gesprächen.

Die nächste Frage betraf die Projekte „Verrückt? Na und!“ oder „Familie Löwenmut“ und inwieweit Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sinnvoll sind. Dazu gibt es Evaluationen; die Seiten sind im Internet gut erreichbar. Das wurde wissenschaftlich begleitet – die Wirksamkeit ist belegt –, und die Projekte wurden zum Teil auch ausgezeichnet.

Es geht nicht nur darum, überall über das Thema zu sprechen, sondern auch darum, auch mit den entsprechenden Curricula Kinder und Jugendliche in den Schulen oder Kitas zu erreichen. Es hilft natürlich den Betroffenen, aber selbstverständlich auch denjenigen, die nicht direkt in der Familie eine psychisch kranke Mutter oder einen psychisch kranken Vater haben. Selbstverständlich sind diese Projekte alle auf Resilienz ausgelegt, und es hilft uns allen, Widerstandskraft gegen stürmische Zeiten zu entwickeln, wie wir sie gerade erleben.

Das Thema „Drogen“ finde ich sehr spannend. Rein statistisch betrachtet besteht eine viel größere Belastung durch Alkohol und Nikotin als durch Heroin oder andere harte Drogen. Trotz alledem sprechen wir über diese Themen, und dazu gehören selbstverständlich auch Medikamente und auch Psychopharmaka. Die müssen unbedingt in den Blick genommen werden. Das ist wohl eine neue Baustelle für den nächsten Ausschuss.

Wir vergessen oft die große Schnittmenge zwischen den Menschen, die psychisch stark belastet sind und gleichzeitig Drogen nehmen, oder denjenigen, die Drogen nehmen und gleichzeitig psychisch belastet sind. Das ist ein Problem, bei dem wir schnell in die verschiedenen Schubladen stolpern und dann nicht mehr zueinanderfinden. Es ist wichtig, diese Grenzen aufzuweichen und sich gegenseitig nicht durch Abgrenzung zu begegnen, sondern sich die Hand zu reichen.

Wir nehmen in den vergangenen Jahren einen massiven Aufbau von Bürokratie in Form von Absicherungs-, Dokumentations- und Konzeptarbeiten wahr, wodurch in der praktischen Arbeit viele Ressourcen sowie Man- und Womanpower verloren gehen. Die einzelnen Leistungsträger wollen sicherstellen, nicht irgendwelche Leistungen der anderen Leistungsträger zu finanzieren, wenn eigentlich die Krankenkassen, die Sozialhilfeträger oder das Jugendamt zuständig wären. Es wird in einem hohen Umfang gegenseitig aufeinander verwiesen und es entsteht ein enormer Arbeitsverlust, der auch Einfluss auf die Betroffenen hat.

Sollte ich bei einer etwaigen Revision in fünf oder zehn Jahren anwesend sein, würde ich mich freuen, wenn alle eine grüne Schleife trügen.

Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Patientenrechte in Leichter Sprache sind ein ganz wichtiger Bereich, in dem es sehr viel Nachholbedarf gibt. Man muss gerade auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen grundsätzlich einen Zugang zu diesen Systemen – seien es die psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung – bzw. überhaupt einen Überblick im Gesundheitssystem ermöglichen. Diesbezüglich liegt noch eine Menge Arbeit vor uns.

Zu dem Bereich „Kinder und Jugendliche“. Die von mir erwähnte Koordinierungsstelle des KIPS-Programms ist ein Beispiel dafür, wo etwas passiert und wo es genau diese Vernetzung und Koordination gibt. Auch klar ist aber, dass es auch in diesem Bereich viele kommunale Angebote in finanzstarken Kommunen gibt, während dort, wo weniger Geld vorhanden ist, weniger kommunale Angebote bestehen. Das ist wie mit allen anderen Sachen und in diesem Bereich nicht anders.

Wir müssen bestimmte grundlegende, präventive Maßnahmen und Angebote in der Schule implementieren. Das ist der Ort, an dem alle Kinder erreichbar sind. Es gab immer wieder Projekte und Modelle, die im Kindergartenbereich und in der Schule verankert wurden, wie zum Beispiel damals in Solingen, wo die psychische Stabilität bzw. die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Grundschulalter in der dritten Klasse über ein Achtsamkeitsprojekt in allen Schulen verankert worden ist.

Es ist zunehmend wichtig, dass die Schule ein Ort ist, an dem Kinder und Jugendliche eine gewisse Selbstwirksamkeit bzw. Selbstbewusstsein und Stabilität vermittelt und Instrumente an die Hand bekommen, sodass sie in einer so schnelllebigen und immer stärker digitalisierten Welt ihre innere Ruhe finden können. Das kann nicht im sozial-räumlichen Bereich geschehen, so gut alle Präventionsangebote, der Ansatz der Lebenswelten und alle Beispiele sind, die wir im Moment an den Start bringen. Aufgrund der großen Zunahme der Zahlen braucht es die Implementierung von etwas Regelmäßigem. Wir werden Gerechtigkeit erreichen, wenn wir neben den Lebenswelten und situativen Angeboten von persönlichen Betroffenheiten etwas Grundsätzliches in den Kindergarten, in die Schule und in die weiterführende Schule implementieren.

Bezüglich älter Menschen verweise ich auf die nordrhein-westfälische Enquetekommission zum Thema „Einsamkeit“. Die beste Prävention im Alter ist die Einsamkeitsprävention, weil Einsamkeit bei älteren Menschen das größte Risiko für eine Suizidgefährdung darstellt. Damit verbunden sind die Themen „Quartiersentwicklung“ und „Sozialräumliche Angebote und -strukturen“ für Menschen. Daneben müssen auch weiterführende Dinge beachtet werden.

Mit den älteren Menschen der Nachkriegsgeneration gibt es noch immer die Traumaübertragung bzw. die transgenerative Traumaübertragung. Dieses Thema muss man in der stationären Pflege genauso wie in der ambulanten Häuslichkeit ernst nehmen. Diese Menschen haben ihr Leben lang versucht, mit ihren Traumatisierungen zu leben, ohne sie zu bearbeiten. Irgendwann im Alter kommt es hoch, und in der Situation stehen sie plötzlich einem Regelsystem gegenüber, dessen einzige Antwort „Psychopharmaka“ lautet.

Gruppen- und Quartiersangebote – sie müssen nicht einmal direkt psychotherapeutisch sein – bzw. allein die sozialräumlichen Begegnungen würden schon viel helfen, damit Menschen für sich weiter den Sinn im Leben sehen, ihre Selbstwirksamkeit spüren und wissen, wofür es sich aus dem Haus zu gehen lohnt. Eine Menge Sachen müssen stattfinden; gerade auch von Pflegeheimen gibt es laufende Projekte. Die Idee lautete immer, dass sich die stationäre Pflege in das Quartier öffnen und Angebote machen muss, aber auch da ist noch Luft nach oben.

Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke): Wie funktioniert ein idealer Gemeindepopsychiatrischer Verbund? Sie haben das mit der Eigenschaft verbunden, dass Geld keine Rolle spielen würde. Damit ein GPV funktioniert, braucht man eigentlich kein Geld. Man braucht Geld, um ihn anzuschieben und möglicherweise Veranstaltungen durchzuführen, um die Beteiligten zusammenzubringen, aber der dauerhafte GPV braucht relativ geringe finanzielle Mittel, um zu funktionieren.

Was sind die Kernelemente eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds? In einigen Regionen Nordrhein-Westfalens bestehen geradezu mustergültige GPVs. Man braucht erst einmal die wesentlichen Akteure aus allen Bereichen. Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund ist kein Eingliederungshilfeverbund, wie manchmal kolportiert wird. Vielmehr gehören alle Bereiche dazu, also die Beratung, die Behandlung – damit meine ich die ambulante, teilstationäre und vollstationäre; das ist nicht immer alles in einer Hand – und, wenn es irgendwie geht, auch die Perspektive der Niedergelassenen, was das größte Problem dabei ist. Außerdem gehört alles, was mit Rehabilitation und Teilhabe und – das ist wiederum ein großes Problem – alles, was mit der Pflege zu tun hat, dazu. Alle Leistungen der Pflegeversicherung sind als Markt ausgerichtet und funktionieren nicht unbedingt sozialräumlich.

Die Akteure müssen auf ein bestimmtes Einzugsgebiet, für das sie sich verantwortlich fühlen, bezogen sein. Das ist idealerweise die kreisfreie Stadt oder der Landkreis; bei Köln als riesiger Stadt ist es ein bisschen komplizierter. Die mitwirkenden Beteiligten müssen bereit sein, gemeinsam die Versorgungsverpflichtung zu übernehmen. Auch das ist ein wesentliches Element: Nicht eine Organisation trägt eine Verpflichtung, wie es tendenziell im SGB IX angelegt ist, sondern man übernimmt gemeinsam die Verantwortung. „Gemeinsame Verantwortung“ heißt, auch tatsächlich in all diesen Bereichen sicherzustellen, dass die Menschen die Behandlung ebenso wie die Rehabilitation und Teilhabeleistungen bekommen, die sie individuell möglicherweise benötigen.

Die zwei Elemente sind die gemeinsame Versorgungsverpflichtung bzw. die gemeinsame Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger eines Einzugsgebiets und die individuell möglichst passgenauen Hilfen.

Früher hätte ich an dieser Stelle gesagt, dass man Hilfen für die einzelne Person maßschneidern muss. Das ist eigentlich der Kern des Ganzen. Heute muss angesichts der abnehmenden personellen Ressourcen sichergestellt werden, dass jeder wenigstens ein Mindestmaß an Leistungen erhält. Von den individuell absolut perfekt bedarfsdeckenden Leistungen in allen Bereichen wird man bei dem heutigen Fachkräftemangel nicht mehr sprechen können.

Das macht die gemeinsame Aufgabe schwieriger und erhöht die Anforderungen an die Vernetzungsstruktur. Man muss sich miteinander verständigen – das braucht ein bisschen Zeit –, wie man es schafft, dass jeder Mensch wenigstens die minimal notwendige Hilfe bekommt, wenn schon nicht das Ideale bzw. Beste angestrebt werden kann, was natürlich immer das Ziel sein sollte, und dass kein Mensch durch den Rost fällt. Das ist der Kern. Dazu muss man sich begegnen und prüfen – das ist lokal unterschiedlich –, welche Konferenzstrukturen man braucht, um das zu beraten, damit kein Mensch ohne Angebot bleibt.

In einem idealen Gemeindepsychiatrischen Verbund – das ist in Nordrhein-Westfalen sehr unterschiedlich – sind alle Bereiche inkludiert. In vielen Regionen und tendenziell auch in NRW ist das Suchthilfesystem komplett abgespalten, sodass Gemeindepsychiatrie die Psychiatrie ohne Sucht ist. Genauso sind die Drogenhilfe und die Hilfe für Alkohol Kranke in NRW noch relativ getrennte Systeme. Das müsste man zusammenführen und in die Psychiatrie integrieren.

Es gibt Beispiele, in denen das funktioniert, wodurch große Synergieeffekte auch bezüglich des Zusammenwirkens bei den von Herrn Langer angesprochenen Menschen mit mehreren Problemen entstehen. Das kommt nicht selten vor; es ist nicht mehr getrennt wie in früheren Jahren, als ich noch jung war, dass die Drogenabhängigen und die Alkoholkranken nichts miteinander zu tun haben. Früher bestanden nicht zwischen den Klienten, sondern vor allen Dingen auch zwischen Helfenden Kulturunterschiede. Das ist Geschichte. Sehr viele Menschen werfen alles Mögliche ein, was ihnen in die Finger kommt. Es gibt neue Drogen, mit denen wir uns ganz intensiv auseinandersetzen müssen. Wir können uns diese Schnittstelle zwischen den Hilfesystemen kaum noch erlauben. Vielmehr müssen wir daraus Nahtstellen machen und eng miteinander zusammenarbeiten.

Ein Kernmerkmal eines idealen Gemeindepsychiatrischen Verbunds wäre die Integration der Hilfe für suchtkranke Menschen, für Kinder und Jugendliche und selbstverständlich auch für psychisch kranke alte Menschen. Das wären die Grundelemente.

Sie können eine wirkliche Verantwortungsgemeinschaft nicht erzwingen, selbst wenn Sie noch so schöne Gesetze schreiben. Wenn die Leute nicht mitmachen, dann machen sie nicht mit. Sie können aber versuchen, es zu fördern – hierbei gibt es verschiedene Elemente –, zum Beispiel, indem man anschiebt, wie Sie es momentan tun. Das ist ein wichtiger Aspekt, den Sie verstetigen sollten. Sie sollten das auf der Landesebene auswerten und prüfen, was mit den ausgegebenen Mitteln geschieht, und den Prozess auch ein bisschen steuern.

Sie könnten auf anderen Ebenen dafür sorgen, dass die sich beteiligenden Leistungserbringer eine andere finanzielle Struktur haben als diejenigen, die sich nicht beteiligen. Es kann einem Leistungserbringer unbenommen bleiben, sich seine Klienten auszusuchen, allerdings sollte er dann nicht die gleiche Vergütung für diese Leistung erhalten wie die Leistungserbringer, die sich tatsächlich beteiligen.

Insofern haben Sie nicht nur als Land Steuerungsstrukturen, sondern auch auf der Ebene der Rahmenverträge. Sie können zum Beispiel im Rahmen der Eingliederungshilfe oder die Pflege und Ähnlichem steuern und versuchen, überall solche Elemente einzubauen, durch die an einer gemeinsamen Verantwortung Beteiligte besonders oder mehr gefördert werden als diejenigen, die das nicht tun.

Zu dem Informationsstand bezüglich der Betroffenenrechte. Ich leite viele Fortbildungen auch über Berlin hinaus, zum Beispiel gestern für den Öffentlichen Gesundheitsdienst deutschlandweit, zum Thema „Bundesteilhabegesetz“. Jedes Mal frage ich nach Teilnehmern, die die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung nicht kennen, und erschütternderweise melden sich immer welche. Wir sind im Jahr 7 nach der Beschlussfassung des BTHG, und die vom Gesetzgeber geschaffenen Strukturen, um die Betroffenen über ihre Rechte und Möglichkeiten aufzuklären, sind noch immer nicht bekannt. Das ist keine Frage von Leichter Sprache; die Frage lautet vielmehr: Wie machen wir diese niedrigschwelligen Beratungsangebote, zu denen auch sozialpsychiatrische Dienste wie Beratungsstellen, GPZs und die sozialpsychiatrischen Zentren gehören, flächendeckend so bekannt, dass sich Bürgerinnen und Bürger dahin wenden?

Bei jüngeren Menschen müssen wir vermehrt in den digitalen Raum hineindenken. Die gucken nicht mehr im Telefonbuch, wo es etwas gibt – gibt es überhaupt noch Telefonbücher? –, sondern im Netz. Dort müssen die Zugänglichkeitsstrukturen noch besser entwickelt werden.

Wir müssen Wege finden, wie die Betroffenen über ihre Rechte umfassend aufgeklärt und informiert werden. Natürlich sind dabei auch entsprechende Angebote in Leichter Sprache dringend notwendig; das soll damit nicht in Abrede gestellt werden. Wir müssen aber auch das, was es schon gibt, erst einmal bekannt machen. Das ist ein langer Weg.

Was kann die Gesellschaft im Sinne der Prävention bewirken? Meine gesamte berufliche Erfahrung verdeutlicht: Es wirkt dann, wenn sich die Menschen begegnen. Ich habe das am Eindrücklichsten in meiner Zeit als Geschäftsführer einer Organisation erlebt, die nicht nur Hilfe für psychisch Kranke, sondern auch für Menschen mit geistiger Behinderung anbietet. Als wir mit einer Gruppe von schwer geistig behinderten Menschen mitten in den Stadtteil gezogen sind, ist Integration in der Nachbarschaft entstanden. Eine Kneipe hat den Erlös eines Skatturniers zusammengetragen und dieser Wohngruppe gegeben, damit sie eine Reise machen kann, es fanden Begegnungen im Haus statt und die Nachbarin, die mit den Menschen groß geworden ist, hat ihren 18. Geburtstag auf der Dachterrasse gefeiert. Begegnung ist die beste Prävention.

All die schon genannten Projekte wie „Verrückt? Na und!“ vom Verein Irrsinnig Menschlich, in denen die Betroffenen selbst ihre Situation schildern, haben den größten präventiven Wert für die Gesellschaft. Das muss man fördern, weiterentwickeln und vielleicht auch in den digitalen Raum hineindenken.

Ein weiteres wesentliches Element, wie die Gesellschaft dafür Sorge tragen kann, besteht in dem Angebot sehr niedrigschwelliger Zugänge zu den Hilfeleistungen und Beratungen. Außerdem braucht es möglichst breitflächige Angebote ohne die Voraussetzung, zunächst einen Antrag stellen oder eine Versichertenkarte vorweisen zu müssen, sondern man muss dort einfach hingehen und eine Frage stellen können. Wir müssen in der Zukunft kreativer denken, wie wir die Menschen erreichen und diesbezüglich noch mehr Potenzial entwickeln, gerade auch, indem man es mit den Menschen, die man erreichen will, gemeinsam denkt. An der Begegnung der Menschen führt allerdings nichts vorbei; das ist das zentrale Element.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW): Zur Leichten Sprache:

„Was nicht auf einer [...] Manuskriptseite zusammengefasst werden kann, ist weder durchdacht noch entscheidungsreif.“

Das hat Dwight D. Eisenhower gesagt. Wenn ich google, dann sehe ich immer eine unglaubliche Geschwätzigkeit. Das ist das Zeichen, dass man den Kern einer Sache nicht erfasst hat. Ich bin also sehr für die Leichte Sprache und für kurze Darstellungen von Sachzusammenhängen. Das hilft auch Menschen, die nicht geistig beeinträchtigt sind. Oft bin ich auf einer Internetseite und denke: Das will ich alles gar nicht wissen. – Das ist ein ganz wichtiges Thema. Sogar wir schaffen es gelegentlich, einen Text in Leichter Sprache zu formulieren.

Zu unabhängigen Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten. „Man kennt sich und man hilft sich“ ist ein wunderbares, bestens funktionierendes Prinzip, das Sie aber nicht mehr anwenden dürfen, wenn Sie über einen Missstand informiert werden möchten. Dann müssen Sie etwas mit den Rechnungsprüfungsämtern bei den Städten oder dem Landes- und Bundesrechnungshof Vergleichbares schaffen. Es müssen Leute sein, die von vornherein nach den faulen Stellen suchen. Wirklich unabhängige oder besser noch unparteiische Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten sind sehr wünschenswert.

Gleichzeitig muss dann aber auch in anderen Instanzen der Wille vorhanden sein, einer Sache nachzugehen, wenn diese Instanz etwas zutage fördert. Ich erinnere an den Haasburg-Skandal. Das waren Kinder- und Jugendheime, in denen schreckliche Sachen passiert sind. Bis heute stand niemand von den Leuten, die das gemacht haben, vor Gericht, und das ist Jahre her. Es ist ein verheerendes Signal, wenn so ein Skandal aufgedeckt und der Gesellschaft rückgemeldet wird: Ihr dürft das machen; das hat keine Konsequenzen. – Sie brauchen keine unabhängige Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten, falls daraus nichts folgt.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Zu dem, was Herr Rosemann bezüglich der Gemeindepsychiatrischen Verbände gesagt hat, gibt es nichts hinzuzufügen.

Zu Patientenrechten in Leichter Sprache. Die Aufklärung sowohl über die ambulante als auch stationäre Behandlung muss auch deshalb immer persönlich erfolgen, damit die Beteiligten sicherstellen können, sich gegenseitig zu verstehen. Die Festlegung bzw. Darstellung von Patientenrechten auf dem Papier sind immer missverständlich. Das liegt nicht in erster Linie an der leichten oder schweren Sprache, sondern an der Tatsache, dass man die Dinge einfach unterschiedlich versteht. Das kennen wir alle aus dem Alltag.

Die Aufklärung über die Behandlung dient zum Beispiel der Sicherstellung, dass die Patienten über ihre Rechte wie etwa den Einblick in die Behandlungsdokumentation oder ihre Beschwerdemöglichkeiten Bescheid wissen. Ein Ziel dieser Aufklärung ist nicht nur die rechtliche Absicherung, sondern auch die informierte Teilnahme der Patienten. Das ist ein Teil der Behandlungsphilosophie.

Im Grunde genommen geht es bei jeder psychotherapeutischen Behandlung darum, die vorhandenen Selbstwirksamkeitskräfte zu unterstützen und weiterzuentwickeln. Falls eine Psychotherapie das nicht tut, verfehlt sie ihr Ziel. Insofern ist die Aufklärung in dieser oder jener Sprache immer wieder sehr umfangreicher Gegenstand der entsprechenden Fortbildungen und auch der entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen in Einrichtungen.

Herr Bakum hat nach unserer Sicht bezüglich Medikamenten gefragt. Sie haben dabei das Stichwort „Drogen“ benutzt, das ich aufgreife. Sowohl die illegalen als auch die legalen Drogen sind so attraktiv, weil sie uns versprechen, Probleme zu lösen. Allerdings halten sie dieses Versprechen nicht.

Drogen sind sowohl ein Teil der Konsumphilosophie im Alltag als auch in der Versorgungsphilosophie zum Beispiel in den Alteneinrichtungen. Die dort vorhandenen Hilfsmöglichkeiten sind so begrenzt, dass diejenigen, die dort Hilfe leisten müssen, gemeinsam häufig tatsächlich auf eine deutliche Übermedikalisierung der Bewohnerinnen und Bewohner kommen. Die medikamentöse Versorgung in den Alteneinrichtungen ist in der Regel viel zu umfangreich. Das ist nicht meine Erfindung, sondern eine empirisch durchaus gesicherte Grundlage. Es werden vor allen Dingen auch Medikamente verschrieben, die zur Ruhigstellung der Menschen beitragen und zu nichts sonst.

Das ist zum einen eine Frage unserer allgemeinen Problemlösephilosophie und hängt zum anderen natürlich damit zusammen, dass es – das wurde vorhin schon mehrfach angesprochen – nicht genug Fachkräfte gibt. Auch in diesem Bereich tätige Psychiater gibt es schlicht zu wenige. Ich wüsste nicht, wie ich es anders machen sollte, falls ich in eine Einrichtung käme und 120 Menschen an einem halben Tag – ich will das Wort „versorgen“ nicht verwenden – ... und irgendwie die Dinge regeln sollte. Das ist die Realität und ein Beispiel dafür, wie Medikamente – übrigens auch in der stationären Psychiatrie – lediglich dazu dienen, vorhandene Probleme handhabbar zu machen. Das ist in der Regel für alle Beteiligten, auch für die Patienten, hilfreich, aber eben nicht ausschließlich.

Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga [per Video zugeschaltet]): Die Frage nach den Patientenrechten reicht weiter. Viele Betroffene wissen gar nicht, was für ein Behandlungsspektrum es gibt.

Ich bin als Patient Vertreter in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Diese Leitlinie ist so ausführlich und differenziert, dass auch ich nicht immer Lust habe, das alles von vorn bis hinten zu lesen, obwohl ich im Profibereich gearbeitet habe. Selbst die zusammenfassenden Patientenleitlinien sind noch zu umfangreich und müssten weiter vereinfacht werden, wofür ich mich bei meiner weiteren Mitarbeit einsetze.

Auch die präventiven Maßnahmen der seelischen Gesundheit müssten weitergefasst werden. Nach der Salutogenese von Antonovsky setzt sich seelische Gesundheit aus drei Komponenten zusammen bzw. kommt durch sie zustande: das Gefühl, Zusammenhänge zu verstehen, das Vertrauen darauf und die Überzeugung, das eigene Leben zu gestalten und bewältigen zu können, sowie die Überzeugung, dass das Leben einen Sinn hat.

Bezogen auf die vielen in den Schulen und in der Gesellschaft stattfindenden psychologischen Maßnahmen – die ich gutheiße – schließe ich an das von Herrn Seibt Gesagte an.

In dem Antrag wird von einem ganzheitlicher Masterplan gesprochen. Dafür braucht es die ganze große Breite. Viele in unserer Gesellschaft stattfindenden Dinge machen die Menschen ohnmächtig. Ich erlebe das in der Familienberatungsstelle mit jungen Familien: Beide Eltern sind berufstätig, die Kitas haben teilweise wegen Fachkräftemangels die Zeiten eingeschränkt, die Preise steigen und so weiter. Ich will das nicht weiter ausführen; Sie wissen, worauf ich hinauswill.

Es ist natürlich nicht einfach, das mit irgendwelchen strategischen Maßnahmen zu ändern, aber ich fände es auch nicht okay, es nur auf der psychologischen, sozialarbeiterischen und psychiatrischen Seite zu versuchen. Wir müssen die soziologischen Zusammenhänge bedenken. Nach meiner Erfahrung fühlen sich immer mehr Menschen verloren, weshalb man sich nicht wundern muss, dass auch die Depression eine riesige Volkskrankheit geworden ist.

Zu der Frage der FDP. Ich war eineinhalb Jahre in einer schweren Depression; das ist zum Glück viele Jahre her. Wann immer ich mich in meine Wohnung zurückgezogen habe, habe ich die Telefonseelsorge angerufen. Das war eigentlich die einzige Möglichkeit, mich an jemanden zu wenden, der mit mir spricht. Ich schätze die Arbeit der ehrenamtlichen Kollegen sehr, aber es kann auf Dauer nicht sein, dass nur sie das tragen. In der Tagesschau oder in irgendwelchen Berichten über Depressionen oder Suizid steht unten immer: Falls Sie entsprechende Gedanken haben, rufen Sie die Telefonseelsorge an. – Das ist auch völlig okay, aber das reicht nicht.

Ich hatte noch keine Zeit, mir anzuschauen, wie die Bayern das konkret machen.

Ich bin in einer Doppelrolle, da ich selbst in der ambulanten Sozialpsychiatrie gearbeitet und auch Krisenintervention betrieben habe. Das war alles immer nur rudimentär und viel zu wenig ausgestattet.

Dürfte ich mir unabhängig von dem Problem des bestehenden Fachkräftemangels – das ist natürlich nicht geringzuschätzen, dennoch muss man darüber nachdenken – wünschen, wie es mit ausreichend Fachkräften und Geld aussehen müsste, bräuchte es auf jeden Fall eine kurze und prägnante Nummer, zum Beispiel 113. Wenn es brennt, dann rufe ich die Feuerwehr an, und wenn ich die Polizei brauche, dann rufe ich die an; die Nummer ist jeweils allseits bekannt. Sie müsste 24/7, also wirklich rund um die Uhr, Tag und Nacht, auch samstags und sonntags verfügbar sein, weil sich eine psychische Krise nicht an irgendwelche Geschäfts- und Bürozeiten hält. Manchmal ist es auch nachts um zwei dringend notwendig.

Psychische Krisen sind mit sozialen Krisen verbunden. Das kann man nicht immer trennen. Deswegen braucht es ein Team von verschiedenen Berufen wie Psychologen, Sozialarbeitern, Psychiatern und auch Betroffenen, also eine Peerberatung, und das ganze Programm in einer riesigen Bandbreite.

Neben dem Telefon braucht es auch Blended Counseling. Ich arbeite auch in der Online-Jugendberatung: Mal schreiben die Jugendlichen, mal chatten sie, mal machen sie ein Video und dann kommen sie in die Beratungsstelle. Auch dabei müsste das ganze Spektrum bis hin zu Hausbesuchen bei einer Krise nachts um zwei angeboten werden. Ein Gespräch ermöglicht eine Beruhigung und verhindert möglicherweise den Gang in die geschlossene Psychiatrie, der immer der letzte Hilfeschrei und Ausweg ist, weil es nicht genügend Ressourcen und Unterstützung gibt. Allerdings entstehen dabei viel größere stationäre Kosten für die Allgemeinheit.

Man sollte eine Mischfinanzierung anstreben. Ich habe in unserer Stellungnahme geschrieben, dass NRW das genauso stemmen sollte wie Bayern, allerdings sind im Prinzip viele Sozialversicherungssysteme betroffen, darunter auch die Krankenversicherung. Sie sollte ebenfalls beteiligt werden.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich eröffne die dritte Fragerunde.

Rodion Bakum (SPD): Wir können keine Anhörung zu dem Thema „seelische Gesundheit“ durchführen, ohne über Zwang und Gewalt zu sprechen. Das Thema ist mit dem Garbrecht-Bericht zum Wittekindshof relativ aktuell.

Herr Langer, Frau Steffens und Herr Rosemann, mit welchen Konzepten, dazu notwendigen Mitteln und auch Modellvorhaben – das haben wir gehört – können wir Zwang und Gewalt weiter effektiv reduzieren? Herr Langer hat in seiner schriftlichen Stellungnahme beispielsweise das „Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW“ genannt.

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Langer und Herrn Rosemann. Nachdem wir über Menschen mit Intelligenzminderung gesprochen haben, weite ich es auf Behinderungen allgemein aus. Wie können wir die Versorgung verbessern? Ich komme aus Mülheim an der Ruhr und würde fast behaupten, bei dem Thema dank der Theodor Fliedner Stiftung in einem Paradies zu leben. Im Fliednerdorf leben Menschen mit und ohne Behinderung zusammen, außerdem gibt es Wohngruppen und direkt nebenan in Ratingen das Krankenhaus. Ist das ein Modell, wie Versorgung ideal funktionieren kann oder gibt es andere Aspekte?

Meine letzte Frage richtet sich an alle Sachverständigen. Welchen Einfluss hat die Klimakrise aus Ihrer Sicht schon zum jetzigen Zeitpunkt auf die seelische Gesundheit gezeigt und welche Entwicklungen erwarten Sie mit zunehmender Klimabelastung?

Arndt Klocke (GRÜNE): Ich habe keine Frage, sondern möchte die Anregung von Herrn Langer ermöglichen. Die Geschäftsführerin der Eckhard Busch Stiftung in Köln, Frau Busch, hat die grüne Schleife aus den USA nach Köln gebracht, in Eigenregie produziert und mich gebeten, bei passender Gelegenheit welche zu verteilen. Ich lege einige auf einen Tisch; jede und jeder kann sich eine nehmen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Wir kommen zur dritten Antwortrunde.

Jürgen Leuther (Deutsche Depressionsliga [per Video zugeschaltet]): Die Klimakrise spielt sicherlich eine Rolle. Es spielen aber auch Krieg, Armut und Wirtschaftskrise sowie politische Verzweiflung in diesem Land eine Rolle. Wenn ich die Nachrichten einschalte, dann trägt das nicht zur Stimmungsaufhellung bei. Die Bürger wissen, dass eine Menge im Argen liegt, sie aber selbst gucken müssen, wie sie leben können. Dass das zusammenhängt, muss man mit dem gesunden Menschenverstand erkennen. Dafür braucht man nicht unbedingt Studien, obwohl es die auch gibt.

Andreas Langer (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW): Zu dem Expertenbericht zum Gewaltschutz. Dieses Thema bearbeite ich seit Jahren. Wir haben im LWL das Thema 2015 und damit deutlich vor dem Fall „Wittekindshof“ bearbeitet und dazu Papiere besprochen, die dann leider stecken geblieben sind. Inzwischen liegt ein Expertenbericht vor, der seit einem

Jahr im MAGS bearbeitet wird. Es geht voran. Mein dort tätiger Kollege sagt immer: Der Fortschritt ist eine Schnecke.

Wir haben im Sinne von Klaus Dörner, einer Ikone für die Gemeindepsychiatrie aus Nordrhein-Westfalen, die Aufgabe, mit dem Schwierigsten anzufangen. Das ist die geschlossene Unterbringung. Das ist sehr schwierig, weil das Menschen betrifft, die in ihrer Verfassung sehr schwierig sind. Dabei spreche ich auch von Menschen mit einer Intelligenzminderung. Das ist hoch aufwendig und braucht unbedingt Fokus, Mittel und vor allem Passion sowie die Bereitschaft, die knappen Ressourcen im Zweifelsfall in einen Bereich zu geben, der medial nicht unbedingt super zu verkaufen ist. Diese Menschen wollen von Teilen der Bevölkerung am liebsten nicht gesehen werden.

An diesen Stellen würde eine stärkerer Beteiligung von Betroffenen helfen. Insgesamt sind meine Erfahrungen mit der Beteiligung der Selbsthilfe, dass wir kaum bessere Fürsprecher für das Gesundwerden finden können als Menschen, die schon durch die Krisen gegangen sind. Das sind die Keeper of Hope, die Bewahrer der Hoffnung, für Menschen in der Erkrankung. Wenn wir es schafften, sie stärker in den Behandlungs- und Lebensalltag einzubinden, dann wäre viel gewonnen. Es darf sich dabei nicht um eine Beteiligung auf ehrenamtlicher Basis handeln, sondern die dort involvierte Erfahrung muss finanziert werden.

Um diese Strukturen aufzubauen, brauchen wir eine stärkere Stützung der Selbsthilfe. Das wäre auch in dem Bereich „Gewaltschutz“ ein Baustein. In dem Expertenbericht werden unglaubliche Vorhaben wie Viererapartments mit Gartenzugang skizziert. Es ist schwer vorstellbar, wie wir das in den kommenden Jahren oder Jahrzehnten bauen oder bezahlen wollen, geschweige denn, dass wir an der Rheinschiene wohnortnahe Grundstücke dafür finden. Trotz alledem müssen wir uns auch angesichts des mehrfach von Herrn Rosemann dankenswerterweise erwähnten Personal- und Arbeitskräftemangels – ich spreche nicht nur von einem Fachkräftemangel – überlegen, wie wir diese schwierigen Bereiche und natürlich auch die anderen in den Fokus nehmen und die Verlagerung in die Fläche bewerkstelligen können.

Es gelingt dadurch – ich kann mir nichts anders vorstellen –, dass wir bestehende Strukturen wie zum Beispiel Schulen ausstatten, emanzipieren und verbessern. Ich kann mir nicht vorstellen, dass wir jottwede neue Standorte bauen. Das macht keinen Sinn, auch wenn es die Standorte vor Ort benötigt.

Herr Seibt, danke, dass Sie immer wieder dagegenhalten. Ich will auf alle Fälle den Eindruck vermeiden, wir bräuchten überall geschlossene Unterbringungen. Das ist auf keinen Fall so. Mit Gemeindepsychiatrischen Verbänden werden wir vor Ort passgenaue Lösungen finden, aber wir müssen genau hinschauen. Die Zeit lohnt sich. Wir müssen mit dem Schwierigen anfangen, und dann wird es Strahlkraft in die weiteren, nicht so schwierigen Bereiche entwickeln.

Damit ist auch das Thema der intelligenzgeminderten Personen mit Therapiebedarf verbunden. Es ist ein großes Problem – Herr Höhner hat es vorhin angeschnitten –: Auch da braucht es natürlich eine bessere Ausstattung oder eine bessere Struktur. Es gibt durchaus Therapeut*innen, die bereit sind, sich auch um Menschen zu kümmern, mit denen man 1 oder 2 Minuten an einem Satz formulieren muss. Das ist schwierig,

und es braucht vor allem zeitliche und möglicherweise auch finanzielle Ressourcen, vielleicht auch Übersetzer – vieles, vor allem wahrscheinlich auch familienorientierte Therapien.

Die Klimakrise ist vor allem auch eine soziale Krise. Die Niederlande sind reich und werden irgendwann einen Damm bauen. Arme Länder werden untergehen; Bangladesch wird es nicht schaffen, einen Damm zu bauen. So ist es auch mit den einzelnen Menschen. Viele Menschen haben nicht das Geld und überlegen sich nicht, Photovoltaikanlagen auf das Dach zu montieren und auch noch Subventionen dafür zu erhalten. Es ist richtig und gut, dass das passiert.

Über das Vorhandensein der Klimakrise muss man nicht diskutieren; die Klimakrise kommt. Wir müssen uns und die Gesellschaft darauf vorbereiten, und wir müssen die Gesellschaft insbesondere auf Menschen vorbereiten, die aufgrund einer ungedämmten Wohnung darunter leiden werden. Wir müssen aufpassen, dass es uns nicht sozial zerreißt, weil ganz viele Leute das nicht aus eigener Kraft werden finanzieren können. Im Osten haben viele Hausbesitzer nicht das Geld, um ihr Haus zu renovieren. Das sind offene Flanken für politische Gruppen, bei denen ich sage: Wir finden andere Lösungen. – Um die Demokratie zu stärken, muss man die Bedrohung sozial auffangen.

Barbara Steffens (Techniker Krankenkasse Landesvertretung Nordrhein-Westfalen): Um Zwang und Gewalt zu reduzieren ist das Wichtige, in NRW die Aufarbeitung konsequent zu Ende zu bringen. Sie ist durch das MAGS initiiert, und es sitzen Beteiligte aus allen Bereichen mit am Tisch.

Wenn man zukünftig den Blick weitert und sich wirklich den gesamten Psychatriebereich ansieht, dann muss man zwei Aspekte beachten: erstens die Schaffung von Transparenz und zweitens die Kontrolle. Man muss genau prüfen, wo die Besuchskommissionen nach PsychKG implementiert sind und wo nicht. Es gibt breite Bereiche, in denen aus Sicht der Betroffenen Zwang und Gewalt – in Anführungsstrichen –, jedoch keine Kontrollen stattfinden. Gerade auch vor dem Hintergrund eines zunehmenden Personal Mangels werden wir da hinschauen müssen. Dieses System, das die Fragen „Wo findet Kontrolle statt?“, „Wie ist die Transparenz?“ und „Wie ist die Patientenpartizipation?“ – Stichwort: Patientenvereinbarung – umfasst, muss man sich sehr genau anschauen, gerade wenn man nicht nur die Heime, sondern auch die Psychiatrie in den Blick nimmt.

Zu der Klimakrise und dem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. Wenn Menschen das Gefühl haben, dass die Krisen zu groß werden und sie nichts tun können, wenn die Selbstwirksamkeit verloren geht, dann haben wir ein Problem. Es muss immer wieder geprüft werden, ob auch in den zahlreichen bestehenden Krisen gerade bei Jugendlichen bzw. jungen Menschen, aber auch in allen anderen Generationen das Gefühl der Selbstwirksamkeit und nicht das Gefühl der Hilflosigkeit überhandnimmt.

Wie ich eben bereits gesagt habe, müssen wir mit Kindern und Jugendlichen anfangen, damit sie Instrumente für den Umgang mit einer Fernsehberichterstattung und mit wissenschaftlichen Beiträgen erhalten, angesichts derer sie sich hilflos und überfordert fühlen, mit denen sie ihre eigene Stabilität trotzdem erhalten und achtsam mit sich umgehen können. Wenn wir das nicht von Anfang an lernen, dann werden wir gerade

in der Generation der Kinder und Jugendlichen, die momentan in diesen zahlreichen Krisen heranwachsen, entweder massenhafte Überforderungssituationen oder ein absolutes Abstumpfen und Abschalten erleben, die auch nicht zu psychischer Gesundheit führen. Man muss das sehr ernst nehmen.

Auch hinsichtlich der Auswirkungen der Krisen auf die sozialen Strukturen und auf das gesellschaftliche Miteinander kann man an das eben Gesagte anknüpfen: In sozial-räumlichen Strukturen, in Quartieren und Stadtteilen bzw. bei der gemeinsamen Bewältigung vorhandener Probleme vor Ort bestehen andere Strategiemöglichkeiten, als wenn jeder isoliert in seiner ungedämmten Wohnung säße. Auch die in manchen Ländern diskutierten Kühlräume als Gemeinschaftsräume im Sommer oder ähnliche Überlegungen sind etwas ganz anderes, als die Menschen allein zu lassen. Es gilt, Selbstwirksamkeit, Gemeinsamkeit, Solidarität und soziale Strukturen zu schaffen.

Matthias Seibt (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW): Die momentane Klimakrise ist ein laues Lüftchen am Ende eines schönen Sommertags. Wir werden einen mehrwöchigen Tropensturm erleben, falls die Extrapolationen aus der Physik und aus der Geowissenschaft zutreffen, woran ich nicht zweifle. Dann wird es für große Teile der Menschheit um das Überleben gehen und die Frage nach seelischer Gesundheit Luxus. Das hat sich dann erledigt.

Eine Hoffnung ist die Staatskunst der Chinesen, die in Bezug auf das Gegenwirken im industriellen Maßstab führend sind. Man kann nur hoffen, dass sich andere Länder auf diesem Planeten ein Beispiel daran nehmen.

Um den Bogen zum Thema „psychische Gesundheit“ zu schlagen: Ein klimafreundliches, weniger arbeitsames, weniger produktives Leben ist auch für die seelische Gesundheit sehr gut.

Die Aufgabe besteht in der Vermittlung, dass ein Angehen gegen dieses globale Problem sinnvoll ist. Diesbezüglich haben wir in Deutschland noch sehr viel Arbeit vor uns. Wenn ich mir Leserbriefspalten in den großen Medien anschau, dann ist der Wille der Bevölkerung, das Problem ernst zu nehmen, nicht groß. Dieser mangelnde Wille spiegelt sich auch im Willen der Politik wider. Dafür können Sie nichts; Sie sind eben nur die Vertreter des Volkswillens.

Matthias Rosemann (Aktion Psychisch Kranke): Wir müssen uns intensiv mit dem wichtigen Thema „Zwang und Gewalt“ auseinandersetzen. Selbstkritisch muss man für die psychiatrische Versorgung sagen, dass es ein paar Anstöße aus dem Rechtssystem in Form von Urteilen des Bundesverfassungsgerichts und des BGH gebraucht hat, um die Thematik wieder anzutreiben, weil der Psychiatrie selbst dazu kaum in der Lage war. Das ist bedauerlich; das müssen wir ändern.

Das Problem beginnt damit, dass wir nicht wissen, was es überhaupt an Gewalt bzw. Gewaltmaßnahmen und Zwangsmaßnahmen gibt. Es bestehen fundamentale Kenntnislücken auf allen Ebenen. Nordrhein-Westfalen zählt zu den Ländern in der Republik, die im PsychKG verankert haben, auf der Grundlage des PsychKG Daten zu erheben, was in psychiatrischen Kliniken passiert. Wir wissen sehr wenig darüber, was auf der

Grundlage des Bürgerlichen Gesetzbuchs passiert. Das ist das andere Rechtssystem, das Gewalt oder Zwang ermöglicht.

Kein Bundesland in der Republik erhebt systematisch Daten außerhalb von Krankenhäusern. Es finden aber auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege sehr viele Zwanganwendungen statt. Insofern müssen wir zunächst so etwas wie ein deutschlandweites Zwangsregister etablieren. Sie können einen anderen Begriff dafür verwenden – ich würde lieber von „Gesundheitsberichterstattung“ zu dem Thema sprechen –, aber der Begriff „Zwangsregister“ hat sich schon relativ verbreitet.

Es ist kein Zufall, dass die Bundesrepublik im Staatenprüfungsverfahren zu der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention schon mehrfach aufgefordert wurde, an dieser Stelle tätig zu werden. Das steht auf mehreren Ebenen an. Wir müssen wissen, was deutschlandweit passiert. Deswegen braucht es ein Bundesregister. Gleichzeitig müssen wir wissen, was auf der Landesebene und auf der lokalen Ebene passiert. Dort wird gehandelt bzw. dort findet die tatsächliche Arbeit statt.

Es hilft nicht, Daten nur zu aggregieren, sondern es muss mit den Daten gearbeitet werden. Wenn wir wissen, welche Zwangsmaßnahmen stattfinden, dann können wir nach den Punkten gucken, an denen wir ansetzen können. Deswegen braucht es ein lokales bzw. regionales Zwangsmonitoring. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände hat dafür ein Muster vorgelegt, das man sicherlich weiterentwickeln kann. Es gibt zumindest schon Grundlagen, mit denen man arbeiten kann, nicht im Sinne von „Wir wissen jetzt, was läuft“, sondern „Anhand dessen, was wir wissen, können wir gucken, was und an welcher Stellschraube wir tatsächlich ändern können.“

Zwangsmaßnahmen fallen nicht vom Himmel. Jede Institution kann sich überlegen, wie sie selbst versucht, Zwang möglichst zu vermeiden. Hierfür hat die DGPPN mit der S2- oder S3-Leitlinie Konzepte vorgelegt. Außerdem gibt es in der Literatur verschiedene Konzepte, die jetzt auch umgesetzt und immer mehr implementiert werden, sowie die Gewaltschutzvorgabe im SGB IX für die Eingliederungshilfe. Man muss also an vielen Stellen institutionell arbeiten.

Wenn in einer Institution Zwang angewandt wird, dann ist immer schon vorher etwas passiert. Auf dieses Vorher muss man einen Blick werfen. Deswegen braucht es so etwas wie ein idealerweise bei den Gemeindepsychiatrischen Verbänden angesiedeltes regionales Zwangsmonitoring. Sie müssen sich Gedanken machen, was sie an welcher Stelle tun können, um die Unterbringung nach PsychKG, freiheitsentziehende Maßnahmen nach BGB oder Ähnliches zu vermeiden oder wenigstens zu vermindern. Das Ziel sollte immer die Vermeidung sein. Hier kann man ansetzen.

Es wäre schön, wenn das Land Nordrhein-Westfalen – das ist Ihre Handlungsebene – sich für ein deutschlandweites Monitoring einsetzen würde, das gleichzeitig ein abgestimmtes Konzept ist, damit alle Länder auf die gleiche Weise Daten erheben. Dann kann man es zusammenführen und die Informationen in die Regionen zurückgeben, damit dort Handlungsoptionen entwickelt werden können.

Diese Datenlücke betrifft nicht nur alle Fragen bezüglich der Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen, sondern ebenso den Bereich der Zwangsbehandlung.

Um das zu evaluieren, hat das Bundesministerium der Justiz ein Projekt aufgelegt – das war ein gesetzlicher Auftrag –, und auch dabei wird deutlich, dass wir eigentlich viel zu wenig wissen. Wir müssen dafür Sorge tragen, dass wir die Informationsgrundlagen bekommen, anhand derer man regional ansetzen und regionale Maßnahmen entwickeln kann. Hierfür gibt es auch in Nordrhein-Westfalen erprobte und im Bericht der BAG GPV nachzulesende Beispiele.

Bezüglich Menschen mit Intelligenzminderung oder geistiger Behinderung – es werden viele Begriffe verwendet – hat insbesondere der Expertenbericht viele Gestaltungshinweise gegeben. Herr Langer hat es gerade ein bisschen skeptisch ausgedrückt nach dem Motto: Woher soll man kleine Wohneinheiten nehmen?

In der Tat steht im Neunten Buch Sozialgesetzbuch mit dem Bundesteilhabegesetz, dass Menschen nicht mehr aufgrund ihrer Behinderung gezwungen werden sollten, in besonderen Wohnformen zu leben. Das steht auch in Art. 19 UN-Behindertenrechtskonvention. Gerade diese Zielgruppe wird jedoch nach wie vor relativ oft in Wohngruppen von Heimen begleitet und unterstützt, obwohl sie sich diese Lebensform möglicherweise nicht ausgesucht hätten. Insofern müssen wir konsequent danach fragen, wie die Menschen eigentlich leben möchten und wie es uns gelingt, diese Lebensform so ambulant und so wenig besonders wie nur irgendwie möglich zu gestalten.

Das ist aufwendig, aber es geht; auch dafür gibt es historische Beispiele. Man kann das machen. Wir müssen den Willen haben – das ist die den Landschaftsverbänden obliegende Aufgabe –, bei der individuellen Bedarfsermittlung für diese Menschen zu prüfen, wie die tatsächlich gewünschte Lebensform ermöglicht werden kann. Es ist unmöglich – um das ganz vorsichtig zu sagen –, dass man nur aufgrund einer Intelligenzminderung oder geistigen Behinderung oder Minderbegabungen – wie auch immer Sie es nennen wollen – mehr oder minder gezwungen wird, in Heimen zu leben. Das kann nicht das Ziel sein. Es muss einen Entwicklungsschritt geben, mit dem auch diese Menschen selbstbestimmt leben können und die notwendige Assistenz bzw. Unterstützung dafür bekommen. Es gilt, die im SGB IX mit dem BTHG geschaffene rechtliche Grundlage wirklich umzusetzen. Auch wenn die baulichen Gegebenheiten ein riesiges Hindernis sind – diesbezüglich kommen wir wieder Jahre zu spät –, darf uns das nicht daran hindern, an dem Ziel festzuhalten.

Zu dem Thema „Klimakrise“. Bemerkenswerterweise zeigt ein Blick in die sozialen Institutionen, dass die Sorge darum, wie es mit dem Klimaschutz weitergeht, vor allen Dingen die Arbeitsebene betrifft. Arbeitsschutzvorschriften bringen uns dazu, an die Beschäftigten zu denken. Es gibt aber keine Vorschriften, die uns dazu bringen, an die Bewohnerinnen und Bewohner, an die Klientinnen und Klienten zu denken. Insofern fehlt noch das Bewusstsein dafür, dass es nicht nur um die Beschäftigten in den Einrichtungen geht, sondern auch um ihre Klientinnen und Patientinnen und Bewohnerinnen und Bewohner. Da ist einiges zu tun. Das betrifft sicherlich auch die strukturelle Förderung, damit die Objekte entsprechend gestaltet werden. Das ist alles schon gesagt worden.

Wir müssen uns klarmachen, dass gerade die Zahl der hitzebedingt sehr viel früher sterbenden psychisch kranken alten Menschen deutlich zunimmt. Hierzu gibt es eindeutige Studien. Wir müssen dem etwas entgegensetzen und das auf zwei Ebenen

mitbedenken. Das eine ist die individuelle Behandlungsplanung. Menschen zu befähigen, mit der gegenwärtigen Situation umzugehen und entsprechende Schutzmechanismen zu entwickeln, muss auch Gegenstand von Behandlungen sein.

Das andere ist die individuelle Bedarfsermittlung im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe. Wir müssen mit den Menschen auch darüber sprechen und daran arbeiten, was sie für sich tun können, aber auch, was die Umgebung für sie tun kann. Es geht um das Beseitigen von Barrieren bei der Teilhabe. Da kann man wesentlich mehr tun, und man muss es zum Thema machen. Wir haben es noch nicht in das Bewusstsein integriert, dass auch das Gegenstand von psychiatrischer und sozialer Arbeit ist. Da ist noch einiges zu tun.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen): Zu intelligenzgeminderten Menschen. Falls Sprache nicht so wirksam ist, muss man anders miteinander umgehen. Eine ausgesprochen gute therapeutische Kompetenz drückt sich im gemeinsamen Handeln aus. Das leuchtet jedem ein, der im Umgang mit Kindern tätig ist. Auch da kann man nicht andauernd reden, sondern muss im Gegenteil etwas miteinander machen. Es gibt eine relativ und auch verfügbare differenzierte Methodik; nicht nur Exoten irgendwo in der Ferne verfügen über diese Kompetenzen.

Problematisch sind allerdings – das habe ich vorhin schon gesagt – die Rahmenbedingungen dieser Methoden. Es braucht in den Settings Räume, in denen man miteinander arbeitet, und so weiter. Das ist aber kein Grundproblem. Bei dieser Veranstaltung Ende des Jahres 2022 mit über 500 niedergelassenen Psychotherapeuten gab es erstaunlicherweise eine ausgesprochen große Interessentengruppe. Wir haben dann bei den Kollegen nachgefragt: Zwar sind sehr viele Kollegen diesem Bereich tätig, sie können sich aufgrund der Rahmenbedingungen bzw. fehlender Refinanzierungsmöglichkeiten jedoch leider nur auf relativ vereinzelte Behandlungsfälle beschränken. Das ist aber keine Frage der Methodik oder der Machbarkeit, im Gegenteil.

Das Thema „Klimakrise“ lässt sich mit den mehrfach gefallenen Stichwörtern „Befähigung“ und „Ohnmachtserleben“ verbinden. Zwischen dem Therapiegeschehen und unserer allgemeinen öffentlichen Situation besteht ein Zusammenhang. Es geht bei den Therapien – das habe ich vorhin schon gesagt – immer um die Fähigkeit, aus dem, was man hat, was man kann und was man entwickeln kann, eine eigene Handlungskompetenz abzuleiten. Das ist die Philosophie der psychotherapeutischen Behandlung. Dazu gehören Herausforderungen wie die Klimasituation, die uns alle total überfordern. Niemand hier im Raum kann sagen: Ich habe die Dinge im Griff.

Diese Ohnmachtssituation ist in den Therapien häufig ein Element des Verrückt-Werdens. „Verrückt werden“ heißt, dass man sich auf Lösungen und Ideen kapriziert, die erkennbar unsinnig sind. Das ist die Parallele zu unserer gesellschaftlichen Diskussion. Sehr viele Diskussionen in diesem Bereich schlittern mittlerweile am Rande des Wahnsinns entlang. Das ist ein Ausdruck der totalen Überforderung, in der sich die Menschen befinden. Das Thema „Überforderung“ und wie man damit umgeht ist auch eine Aufgabe in der öffentlichen Kommunikation.

Zu dem Thema „Klimakrise und Psychotherapie“ haben wir intern eine umfangreiche Fortbildung aufgelegt, um die Therapeuten fit zu machen. Auch als Therapeuten sind sie nicht in allem fit, wie wir wissen.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer: Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich bedanke mich bei den Sachverständigen für die Beantwortung unserer Fragen. Ich wünsche Ihnen eine gute Heimreise und schließe die Anhörung.

gez. Daniel Hagemeyer
stellv. Vorsitzender

Anlage

07.03.2024/08.03.2024

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Seelische Gesundheit geht uns alle an: Wir brauchen einen ganzheitlichen
"NRW-Plan für Seelische Gesundheit"!**

Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/6356

am Mittwoch, dem 21. Februar 2024
10.00 bis (max.) 13.00 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Deutsche Depressionsliga e.V. Bonn	Jürgen Leuther <i>(per Videozuschaltung)</i>	18/1265
Gerd Höhner Präsident Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Gerd Höhner	18/1256
Hartmut Krabs-Höhler Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW c/o Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e.V. Düsseldorf	Andreas Langer	18/1263
Barbara Steffens Leiterin TK-Landesvertretung NRW Techniker Krankenkasse Düsseldorf	Barbara Steffens	18/1264
Matthias Seibt Landesverband Psychiatrie-Erfahrene NRW Bochum	Matthias Seibt	18/1268
Jörg Holke Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke e.V. Bonn	Matthias Rosemann	18/1269

weitere Stellungnahme:

AGpR e. V.

Stellungnahme 18/1267

- TOP 4 -

Wohnungslosigkeit überwinden – Housing First in Nordrhein-Westfalen auf dem Weg zum
2030-Ziel

12.03.2024

Antrag

der Fraktion der CDU und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Wohnungslosigkeit überwinden – Housing First in Nordrhein-Westfalen auf dem Weg zum 2030-Ziel

I. Ausgangslage

Wohnen ist ein Menschenrecht und die Grundvoraussetzung für gesellschaftliche und politische Teilhabe. Wohnungslosigkeit ist eine extrem prekäre Form von Armut, deren Überwindung für uns als schwarz-grüne Koalition von hoher Priorität ist. Im Koalitionsvertrag hat die Landesregierung das Ziel, bis 2030 Wohnungslosigkeit zu überwinden, fest verankert. In Nordrhein-Westfalen leben rund 5.300 Menschen auf der Straße (GISS Studie im Auftrag des MAGS aus 2021). Die Landesregierung in NRW setzt sich aktiv für Menschen in Obdach- und Wohnungslosigkeit ein und erhöhte die finanziellen Mittel für die erfolgreiche Landesinitiative „Endlich ein Zuhause“ erst kürzlich.

Trotzdem wird Wohnungs- und Obdachlosigkeit weiterhin maßgeblich durch zunehmende Armut sowie dem Mangel an bezahlbarem Wohnraum, insbesondere in Ballungsgebieten begünstigt. Die Steigerung der Mietpreise in zahlreichen Kommunen mit einem angespannten Wohnungsmarkt, sowie das geringe Angebot an preiswertem Wohnraum wird bundesweit durch Baukostensteigerung und fehlender Neubauaktivitäten verschärft. Das Land Nordrhein-Westfalen weitete daher das Förderprogramm zum Ankauf von Belegungsrechten auf 67 Kommunen aus, um mietpreisgebundenen Wohnraum zu sichern.

Wohnungs- und Obdachlosigkeit manifestieren sich aber nicht als isolierte Randphänomene und dürfen auch nicht ausschließlich im wohnungspolitischen Kontext betrachtet werden, sondern müssen vielmehr als Querschnittsthema angesehen werden: Für Betroffene entstehen Härten in Gesundheitsversorgung, Mobilität, Ernährung oder dem Arbeitsmarktzugang. Um dem ambitionierte Ziel der Bekämpfung von Wohnungslosigkeit bis 2030 gerecht zu werden, bedarf es umfassender Anstrengung auf Bundes-, Landes-, und der kommunalen Ebene. Neben dem Landesprogramm „Endlich ein Zuhause“ und bestehenden Maßnahmen der Wohnungslosenhilfe ist seit einigen Jahren der „Housing-First“-Ansatz in Nordrhein-Westfalen erprobt und von Vielen als Paradigmenwechsel für Teile der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe angesehen.

Mit der Landesinitiative „Endlich ein Zuhause“ ergreift die Landesregierung bereits konkrete Maßnahmen, um die Angebote der Wohnungsnotfallhilfe weiterzuentwickeln. Mit den „Kümmerer“-Projekten ist Nordrhein-Westfalen bundesweit beispielgebend. Die „Kümmerer“

vermitteln erfolgreich Menschen in Wohnungen und beraten zur Verhinderung von Wohnungsverlust. „Kümmerer“ bilden eine Brücke zwischen der Wohnungswirtschaft und den Betroffenen und unterstützen bei Problemen im Mietverhältnis. Erst durch die Etablierung der „Kümmerer“ kam es landesweit zu einer organisierten Zusammenarbeit zwischen den Wohnungsnotfallhilfen und der Wohnungswirtschaft. Seit 2019 wurden rund 9.500 wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in eine eigene Wohnung vermittelt – darunter rund 474 Menschen, die zuvor ohne Obdach auf der Straße gelebt haben. Gleichzeitig konnten rund 7.000 Menschen vor Wohnungslosigkeit bewahrt werden. Hauptzielgruppe der „Kümmerer“ sind „Wohnungslose“, die durch die Kommunen untergebracht sind, die jedoch eine eigene Wohnung mit Mietvertrag brauchen.

Housing First stellt einen Grundansatz dar, der sich auf die möglichst zügige Integration von Wohnungs- oder Obdachlosen mit komplexen Problemlagen in abgeschlossene, stabile und dauerhafte Individualwohnräume mit wohnbegleitenden Hilfsmaßnahmen konzentriert. Das Wohnen in einem normalen Mietverhältnis ist bei diesem Ansatz der Ausgangspunkt und nicht das endgültige Ziel. „Housing First“ steht für ein Hilfeangebot, bei dem Betroffenen mit multiplen Wohnungsvermittlungshindernissen ohne Vorbedingungen an Therapieteilnahme oder Abstinenz normaler Wohnraum in einem dauerhaften und sicheren Mietverhältnis vermittelt wird.

Housing First schafft ein Maß an Stabilität und Sicherheit, sowie Vertrauen. Verschiedene Evaluierungen zeigen bei Rückbezug auf den Ansatz positive Auswirkungen auf die soziale Inklusion sowie auf Gesundheit und Wohlbefinden (ehemals) wohnungs- oder obdachloser Menschen auf. Erfolge werden insbesondere bei Personen sichtbar, die in der bisherigen Wohnungslosenhilfe als „Drehtür-Klientinnen und -Klienten“ klassifiziert wurden, da die Verknüpfung von Sanktionsmöglichkeiten und Mietverhältnis dazu führten, dass sie sich vom Hilfesystem abwenden. Housing First stellt eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Angeboten dar.

Die Verbreitung des Ansatzes in der landesweiten Helfelandschaft ist in verschiedenen Städten unterschiedlich vorangeschritten, aus den Ursprüngen des Housing-First-Fonds ergaben sich beständige Strukturen in Städten mit ehemaligen Modellprojekten. Gleichzeitig wird im Austausch mit weiteren Kommunen deutlich, dass Unsicherheit sowohl bezüglich des gesamten Ansatzes als auch seiner Finanzierungsmöglichkeiten bestehen. Unabhängig von strukturellen Wohnungsmangel ist es von Bedeutung den landesweiten Austausch relevanter Akteure zu erleichtern, um diese Unsicherheiten einzudämmen.

Ein überregionaler Austausch relevanter Akteure im Bereich der Hilfsangebote bestehend aus Kommunen, Landschaftsverbänden, Sozialverbänden, Wohlfahrtsverbänden, Vertretung von wohnungslosen Menschen, Projektträgern des Housing-First Ansatzes und der Kommunalen Wohnungsgesellschaften kann dazu beitragen, bisherige Barrieren in der Umsetzung des Ansatzes abzubauen. Potentiale auf dem Wohnungsmarkt können sowohl durch Kooperationsvereinbarungen beispielsweise mit öffentlichen Wohnungsbaugesellschaften, aber auch durch die vermehrte Nutzung von Wohnungsbestand in Privateigentum, Konzeptvergaben und zusätzlicher Bereitstellung von Informationen, Öffentlichkeitsarbeit und Best-Practice Beispielen erschlossen werden.

Um den Gesetzauftrag gemäß §§ 67 ff. des Sozialgesetzbuchs Zwölftes Buch (SGB XII) effektiv umzusetzen und Prinzipientreue mit der bedarfsorientierten Hilfestellung des Housing First Ansatzes zu ermöglichen, besteht Bedarf für eine Flexibilisierung der Finanzierungsmodalitäten der wohnbegleitenden Hilfen. Die Landesregierung ist für die Begleitung der Verhandlungen zum Landesrahmenvertrag und die Unterstützung der Träger bei der flexiblen Abrechnung von Leistungen gemäß den §§ 67 ff. SGB XII verantwortlich.

Housing First sollte in ein kommunales Gesamtsystem zur Überwindung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit und Gewährleistung der Rechtsansprüche nach §§ 67 ff. SGB XII integriert werden. Bund, Länder und Kommunen sollten den Housing-First Ansatz konzeptionell, finanziell und strukturell unterstützen. Dies erfordert eine zweigleisige Strategie: Bereitstellung von Wohnraum und Finanzierung sozialer Betreuung, um Housing First langfristig als effektiven Baustein in der Wohnungslosenhilfe in NRW zu etablieren.

In Hinblick auf die Bereitstellung von Wohnraum ist zu berücksichtigen, dass angesichts der insgesamt sehr angespannten Situation gerade im Bereich des sozialen Wohnungsbaus Ungleichbehandlungen verschiedener Personengruppen, die Wohnraum suchen bzw. Angst vor Wohnungsverlust haben, vermieden werden müssen. Da es bei den Housing-First Angeboten immer nur um kleine Fallzahlen geht, steht dies einer aktiven Unterstützung nicht entgegen. Für eine erfolgreiche Umsetzung von Housing First bedarf es darüber hinaus der Unterstützung von Wohnungsunternehmen und privater Vermieterinnen und Vermieter. Diese gilt es zu anzuwerben und zu motivieren.

Die Erfahrungen aus den bisherigen Projekten haben gezeigt, dass die Finanzierung der sozialen Betreuung zur Etablierung entsprechender Projekte für die Kommunen häufig eine Hürde darstellt. Housing-First Angebote können sich aber für die Kommunen langfristig - auch mit Blick auf die Kosten der sozialen Begleitung - wirtschaftlich selbst tragen, weil die Wohnraumfinanzierung über die Regelfinanzierungen erfolgt und für die Kommunen damit erhebliche Kosten im Bereich der ordnungsrechtlichen Unterbringung wohnungsloser Menschen eingespart werden können. Zudem können bei einer erfolgreichen nachhaltigen Integration in feste Wohnverhältnisse erhebliche Kosten etwa im Bereich Ordnungs- und Rettungsdienste entfallen. Zur landesweiten Verbreitung der Angebote wäre es daher wünschenswert, wenn sich Land, Kommunen und andere mögliche Finanzierungspartner auf ein Konzept zur Ermöglichung von Anschubfinanzierung und landesweiter Koordination verständigen könnten.

Housing First kann dann Teil einer umfassenden Strategie zur Überwindung von Wohnungslosigkeit und ein Schlüssel zur Erreichung des 2030er-Ziels, neben verstärkten Präventionsmaßnahmen sein.

II. Beschlussfassung

Der Landtag stellt fest,

- dass es großer Anstrengung und Unterstützung der Struktur der Hilfelandschaft bedarf, um dem ambitionierten Ziel der Bekämpfung von Wohnungslosigkeit bis 2030 gerecht zu werden und um Betroffenen ein dauerhaft angelegtes Wohnverhältnis zu eröffnen, wodurch das Grundrecht auf Wohnen realisiert wird.
- die Landesinitiative „Endlich ein Zuhause“ verzeichnet große Erfolge. Die im Juli angesetzte Aufstockung der Mittel um 1,66 Millionen durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist zu begrüßen. Insbesondere der Baustein der sogenannten „Kümmerer“-Projekte ist dabei ein bedeutsamer Schritt in der Weiterentwicklung der kommunalen Wohnungslosenhilfe.
- Housing First stellt für eine besondere Zielgruppe eine sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden Angeboten der Wohnungslosenhilfe dar. Der Ansatz vermittelt wohnungs- und obdachlose Menschen mit komplexen Problemlagen ohne Vorbedingungen in normalen Wohnraum und ein dauerhaftes und sicheres Mietverhältnis mit wohnbegleitender Hilfe.

- landesweit besteht eine wachsende Struktur aus Trägern, Initiativen und Projekten, die diesen Ansatz anwenden. Gleichmaßen gibt es noch Hürden in der landesweiten Umsetzung, die es zu minimieren gilt. Dabei sollte ein besonderer Fokus auf der Minimierung von Hemmnissen an der Schnittstelle von Wohnungswirtschaft und Sozialarbeit liegen.

Der Landtag beauftragt die Landesregierung aus vorhandenen Mitteln,

- einen landesweiten Austausch relevanter Akteure im Bereich der Wohnungslosenhilfe, bestehend aus Kommunen, Landschaftsverbänden, Sozialverbänden, Wohlfahrtsverbänden, Vertretung von wohnungs- und obdachlosen Menschen, Projektträgern des Housing-First Ansatzes und der Kommunalen Wohnungsgesellschaften zu unterstützen,
- unter Beteiligung von Trägern erfolgreicher Housing-First Projekte und mit wissenschaftlicher Begleitung ein Muster-Umsetzungskonzept für weitere Projektstandorte zu entwickeln. Bei der Gewinnung neuer Träger und der Implementierung neuer Projektstandorte nach diesem Konzept soll auf die Expertise der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zurückgegriffen werden, die dabei vom Land gezielt unterstützt werden sollen.
- den Dialog zwischen den Landschaftsverbänden insbesondere bei der Ausgestaltung der Landesrahmenvertragsverhandlungen zu begleiten, um Träger bei dem Wunsch zu unterstützen, Beratungsleistungen flexibler über die Leistungen der §§ 67 ff. SGB XII abzurechnen,
- mit den kommunalen Akteuren, der freien Wohlfahrtspflege und möglichen anderen Finanzgebern ein Konzept für Anschubfinanzierungen für eine Ausweitung des Konzeptansatzes auf weitere Kommunen in Nordrhein-Westfalen zu erarbeiten,
- die Verbände der Wohnungswirtschaft einzubeziehen, um die Potenziale besser zu nutzen und private und gewerbliche Vermieterinnen und Vermieter zur Bereitstellung von Wohnraum zu motivieren,
- Fort- und Weiterbildungsangeboten für eine prinzipientreue Anwendung des Housing-First-Ansatzes zu unterstützen und eine verbesserte Zugänglichkeit zum bereits entwickelten Curriculum im Studium der Sozialen Arbeit zu ermöglichen,
- Diskriminierung und Stigmatisierung gegenüber wohnungs- und obdachlosen Menschen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu bekämpfen, um nicht nur einen gesellschaftlich angemessenen Umgang zu fördern, sondern auch Hemmungen von Vermieterinnen und Vermietern abzubauen, die Bereitschaft zeigen Wohnraum für Housing-First Projekte bereitzustellen,
- sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, Maßnahmen im Bereich der Prävention von Wohnungsverlust zu verbessern und einen Fokus auf die Eindämmung von Mietverhältnisabbrüchen zu legen. Dazu gehört insbesondere die Überprüfung von datenschutzrechtlichen Vorgaben, um eine frühzeitige Beratung im Falle von Mietschulden und Mietkonflikten für die Betroffenen zu ermöglichen.

Thorsten Schick
Matthias Kerkhoff
Bianca Winkelmann
Marco Schmitz
Daniel Hagemeier

und Fraktion

Wibke Brems
Verena Schäffer
Mehrdad Mostofizadeh
Gönül Eğlence
Jule Wenzel

und Fraktion

- TOP 5 -

Verhältnismäßigkeit des Streikrechts wahren – Nordrhein-Westfalen setzt sich für gesetzliche Vorgaben für Arbeitskämpfe in der kritischen Infrastruktur ein!

12.03.2024

Antrag

der Fraktion der FDP

Verhältnismäßigkeit des Streikrechts wahren – Nordrhein-Westfalen setzt sich für gesetzliche Vorgaben für Arbeitskämpfe in der kritischen Infrastruktur ein!

I. Ausgangslage

Tarifautonomie und Koalitionsfreiheit sind verfassungsrechtlich geschützte Grundrechte. Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz sagt: „Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet. Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig...“

Arbeitskämpfe sind dabei ein legitimes Instrument, um Interessen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Tarifverhandlungen durchzusetzen und für höhere Vergütungen und bessere Arbeitsbedingungen einzutreten. Das Bundesarbeitsgericht hat dazu festgestellt: „Tarifautonomie ohne Streikrecht ist nichts anderes als ‚kollektives Betteln‘“ (BAG Urteil vom 10.06.1980 – 1 AZR 168/79). Das Ziel einer wirtschaftlichen Schädigung des Arbeitgebers ist Teil dieses Zwangsmittels des Streiks.

Dennoch ist auch bei Arbeitskämpfen die Verhältnismäßigkeit zu wahren. Bisher gibt es aber keine gesetzliche Regelung hinsichtlich zulässiger Maßnahmen bei Arbeitskämpfen. Das Arbeitskampfrecht ist weitgehend durch die Rechtsprechung in Einzelfallentscheidungen geprägt. Ein Kernelement ist dabei das Ultima-Ratio-Prinzip, das vom Bundesarbeitsgericht in mehreren Urteilen definiert wurde (u. a. BAG Urteil vom 21.06.1988 – 1 AZR 651/86). Aus dem Ultima-Ratio-Prinzip folgt, dass Arbeitskampfmaßnahmen erst dann ergriffen werden dürfen, wenn ohne sie ein Tarifabschluss im Wege von Verhandlungen nicht zu erreichen ist.

Dies bedeutet, dass grundsätzlich vor einem Streik Forderungen über den Inhalt des abzuschließenden Tarifvertrags erhoben und in der Regel auch erfolglos Verhandlungen darüber geführt sein müssen. Das Ultima-Ratio-Prinzip verlangt jedoch nicht, dass die Tarifverhandlungen förmlich für gescheitert erklärt werden. In der Einleitung von Arbeitskampfmaßnahmen liegt vielmehr die freie und nicht nachprüfbare Entscheidung der Tarifvertragspartei, dass sie die Verhandlungsmöglichkeiten ohne begleitende Arbeitskampfmaßnahmen als ausgeschöpft ansieht.

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gilt auch für die Art und Weise, wie ein Streik durchgeführt wird: Die Mittel des Streiks und die einzelnen Maßnahmen im Rahmen eines Streiks dürfen ihrer Art nach nicht über das hinausgehen, was zur Durchsetzung des erstrebten Zieles erforderlich ist. Der Arbeitskampf muss sich deshalb auch zumindest an Grundgebote der

Datum des Originals: 12.03.2024/Ausgegeben: 13.03.2024

Fairness halten. Unverhältnismäßig ist ein Arbeitskampfmittel auch, wenn es sich als unangemessene Beeinträchtigung gegenläufiger, ebenfalls verfassungsrechtlich geschützter Rechtspositionen darstellt (BAG Urteil vom 19.06.2007 – 1 AZR 396/06).

Bei Streiks in der kritischen Infrastruktur wie Transport- und Verkehrsgewerbe, Telekommunikation, Energieversorgung, Abfallentsorgung, Lebensmittelhandel, Gesundheitswesen und Finanzwesen sind neben dem Arbeitgeber aber vor allem auch Dritte betroffen. Menschen können nicht arbeiten, wenn z. B. die Verkehrsverbindungen zum Arbeitsplatz wegfallen. Unternehmen haben Produktionsausfälle, wenn Anlieferungen nicht erfolgen können. Zwar muss es möglich sein, auch im Bereich der kritischen Infrastruktur wirkungsmächtig zu streiken. Dieses Grundrecht könnte allerdings durch gesetzliche Vorgaben so gestaltet werden, dass die Beeinträchtigung der Öffentlichkeit möglichst gering bleibt und eine verlässliche Infrastruktur zur Verfügung gestellt wird.

Tarifverhandlungen in Deutschland werden aber nach Aussage von Hagen Lesch, Tarifexperte des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW), mittlerweile härter als früher geführt. Ein Grund ist die hohe Inflation der vergangenen Jahre. Die Gewerkschaften gingen nun in die Offensive, um wieder Kaufkraftgewinne zu erzielen, sagt Lesch. Ein weiterer Grund ist die schwache Konjunktur. Diese mindere auf Arbeitgeberseite die Bereitschaft für Zugeständnisse. Hinzu komme, dass bestimmte Gewerkschaften durch aktive Tarifbewegungen Mitglieder gewinnen wollten und damit teilweise auch schon erfolgreich gewesen seien.¹

Etliche andere europäische Staaten haben Vorgaben zur Ankündigung von Arbeitskampfmaßnahmen, zu Schlichtungsversuchen und zur Sicherung notwendiger öffentlicher Dienste. In Frankreich besteht seit 2007 eine gesetzliche Regelung über die Vermeidung von Konflikten und Mindestdienstleistungen im öffentlichen Verkehr. In Italien müssen in grundlegenden Dienstleistungsbereichen Schlichtungsverfahren eingehalten werden, zudem ist eine Vorankündigungsfrist von zehn Tagen einzuhalten und die Grundversorgung während des Streiks zu gewährleisten (Gesetz Nr. 146 von 1990).

Wird zum Beispiel die italienische Staatsbahn bestreikt, muss sie immer ein Mindestangebot an Verbindungen für die Reisenden garantieren. Streiks dürfen sich auch nicht über mehrere Tage wie in Deutschland erstrecken, sondern immer nur über einen Tag. An Feiertagen sind sie überhaupt nicht erlaubt. Der Staat hat zudem starke Rechte, um die Streiks zu begrenzen. In Spanien entscheiden nationale oder regionale Behörden von Fall zu Fall darüber, welche Mindestversorgung angeboten werden muss. Als etwa im vergangenen Jahr in der autonomen Region Madrid die Mitarbeiter der Zuggesellschaft Renfe streikten, legte die Madrider Regionalregierung fest, dass in der Rushhour 75 Prozent der Nahverkehrszüge als Mindestservice fahren mussten und in den übrigen Zeiten die Hälfte aller Züge.²

Angesichts der aktuellen Arbeitskampfmaßnahmen im Bahnverkehr und an Flughäfen, die teilweise ohne Vorankündigung stattfinden, hat sich die politische Diskussion intensiviert. Die NRW-Vorsitzende der Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) der CDU Angela Erwin kritisiert dem WDR gegenüber: „Wir erleben, dass bei den Streiks Maß und Mitte verloren gegangen sind. Wir brauchen gerade in der Daseinsvorsorge einen funktionierenden Staat auf den die Menschen sich verlassen können.“ Deshalb fordert sie ein „Arbeitskampfgesetz“.³ Der

¹ <https://www.spiegel.de/wirtschaft/streikwelle-tarifverhandlungen-so-konflikttraechtigh-wie-zuletzt-2010-a-a0b751af-8f1f-42c8-8101-251cc4a8b09c>

² <https://www.handelsblatt.com/politik/international/tarifkonflikt-so-schraenken-andere-laender-in-europa-das-streikrecht-ein/100021747.html>

³ <https://www.tagesschau.de/inland/regional/nordrheinwestfalen/wdr-wirtschaftsunion-der-nrw-cdu-will-streikrecht-beschaenken-100.html>

Tourismuskoodinator der Bundesregierung, Dieter Janecek (Grüne) sieht im Vorgehen der GDL eine „neue Form des entgrenzten Streiks“. Das sei „nicht nur eine Zumutung für Millionen Bahnfahrer, sondern geht mittlerweile an die Substanz unserer Volkswirtschaft“, sagte Janecek dem Handelsblatt.⁴

Nach Ansicht des Präsidenten des Groß- und Außenhandelsverbands, Dirk Jandura, zeige der völlig unverhältnismäßige Streik der Lokführergewerkschaft GDL eindrücklich, wie notwendig eine gesetzliche Regelung zum Streikrecht sei. Ihm gehe es nicht um die Abschaffung des grundgesetzlich geschützten Streikrechts, sondern um „klare Leitplanken zum Schutz aller“. Das Mindeste sei hierbei vor allem Arbeitskämpfe in der kritischen Infrastruktur und Daseinsvorsorge in den Blick zu nehmen. „Denn von deren Funktionieren hängt unsere gesamte Gesellschaft und Wirtschaft ab,“ sagte Jandura.⁵

In dieser Hinsicht sollten auch in Deutschland anderen europäischen Staaten vergleichbare Vorgaben für Arbeitskämpfe in der kritischen Infrastruktur erfolgen. Dies betrifft insbesondere Ankündigungsfristen vor Arbeitskampfmaßnahmen, die Sicherstellung eines Grundangebots der Versorgung und Schlichtungsversuche vor der Einleitung von Arbeitskampfmaßnahmen.

II. Beschlussfassung

Der Landtag beauftragt die Landesregierung, sich auf Bundesebene insbesondere in Form einer Bundesratsinitiative für gesetzliche Vorgaben für Arbeitskämpfe in der kritischen Infrastruktur einzusetzen. Dazu zählen insbesondere folgende Punkte:

- eine Ankündigungsfrist von mindestens 48 Stunden vor Arbeitskampfmaßnahmen,
- die Sicherstellung eines Grundangebots der Versorgung, z. B. bei Verkehrsunternehmen von mindestens einem Viertel des regulären Angebots,
- ein gescheiterter Schlichtungsversuch vor der Einleitung von Arbeitskampfmaßnahmen, die über zeitlich und im Gesamtumfang beschränkte Warnstreiks hinausgehen.

Henning Höne
Marcel Hafke
Susanne Schneider
Dietmar Brockes
Christof Rasche

und Fraktion

⁴ <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/streik-fdp-will-das-streikrecht-fuer-mini-gewerkschaften-einschraenken/100021251.html>

⁵ Handelsblatt Nr. 49 vom 8. März 2024

- TOP 6 -

Ein politisches Update für die Pflege in Nordrhein-Westfalen

12.03.2024

Antrag

der Fraktion der FDP

Ein politisches Update für die Pflege in Nordrhein-Westfalen

I. Ausgangslage

Der demografische Wandel stellt die Pflege vor große Herausforderungen. Die Zahl der Menschen in Deutschland, die auf pflegerische Versorgung angewiesen sind, wird in den kommenden Jahren deutlich zunehmen. Die steigende Lebenserwartung führt zu einer Überalterung der Gesellschaft, während der Arbeitskräftemangel im Pflegebereich bereits jetzt spürbar ist. Das bestätigen auch die Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes. Während im Jahr 2021 in Nordrhein-Westfalen knapp 1,2 Millionen Menschen pflegebedürftig waren, werden es bis 2055 knapp 1,6 Millionen Menschen sein, ein Anstieg um 33 Prozent.¹

Der demografische Wandel betrifft auch die Pflegenden: 2019 waren rund 40 Prozent der Pflegekräfte über 50 Jahre alt, viele von ihnen werden in den nächsten Jahren in Rente gehen. Laut dem Pflegereport der Barmer gehen zudem von 1.000 Altenpflegefachkräften durchschnittlich 3,9 Prozent pro Jahr in Frührente. Das sind 27 Prozent mehr als im Durchschnitt anderer Berufe.² Der Mangel an ausgebildetem Personal führt zu einer erhöhten Belastung der vorhandenen Pflegekräfte. Das Berufsbild Pflegekraft muss daher wieder an Attraktivität gewinnen.

Die Pflege in Deutschland wird zudem durch Bürokratie, Auflagen und Verordnungen belastet. Es braucht dringend einen spürbaren Bürokratieabbau. Ebenfalls eine große Rolle spielt die Finanzierung der Pflege. Dies betrifft einerseits die generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung, andererseits die Belastung der pflegebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen durch immer höhere Eigenanteile an den Pflegekosten. Im Durchschnitt liegt die Summe aus der Kenngröße des „Einrichtungseinheitlichen Eigenanteils“ (EEE), den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten zum Jahresbeginn 2024 in Nordrhein-Westfalen bei 3.088,00 Euro.³ Für die Pflegeanbieter und Einrichtungen stellen der Fachkräftemangel, die steigenden Energiepreise und Sachkosten sowie unzureichende Entgelte der Pflegekassen eine enorme finanzielle Belastung dar.

Es ist also Zeit für einen politischen Ruck in der Pflege in Nordrhein-Westfalen. Dazu gehören folgende wesentliche Elemente:

¹ https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html

² <https://www.barmer.de/resource/blob/1025982/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/barmer-pfle-gereport-2020-band-26-bifg-data.pdf>

³ [https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html#:~:text=Durchschnittlich%20be-trug%20die%20Summe%20aus,\(Vorjahr%3A%202.179%20Euro\).](https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html#:~:text=Durchschnittlich%20be-trug%20die%20Summe%20aus,(Vorjahr%3A%202.179%20Euro).)

Datum des Originals: 12.03.2024/Ausgegeben: 12.03.2024

Impuls für die Gewinnung von in- und ausländischen Pflegeassistenten- und Pflegefachkräften

Eine gute Ausbildung ist der Grundstein für den erfolgreichen Einstieg in den Beruf. Die generalistische Pflegeausbildung hat die bisherigen Ausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege verbunden. Daneben ist die einjährige Pflegefachassistentenausbildung in Nordrhein-Westfalen durchaus attraktiv (kurz, einfach, gute Aufstiegs- und Verdienstmöglichkeiten). Mit der Umsetzung des seit dem 1. Juli 2023 eingeführten neuen Personalbemessungsverfahrens wird sich ein deutlicher personeller Mehrbedarf bei Pflegeassistentenkräften ergeben. Damit besteht auch ein Bedarf, die Ausbildungskapazitäten in der Pflegefachassistentenausbildung auszuweiten.

Dringend umzusetzen ist die Ausgestaltung der generalistischen Pflegeausbildung auch in Teilzeitform. Die Vereinbarkeit von Familienaufgaben wie Kinderbetreuung oder Pflege naher Angehöriger mit der Berufsausbildung erfordert ein hohes Maß an Flexibilität. Allerdings wurde aufgrund der Komplexität der neuen Pflegeausbildung und des damit einhergehenden erhöhten organisatorischen Aufwands von der rechtlichen Möglichkeit einer Teilzeitausbildung bislang wenig Gebrauch gemacht. Dabei ist entscheidend, eine Teilzeitausbildung zu etablieren, die im Einklang zum Pflegeberufegesetz steht, den besonderen Bedarfen der Auszubildenden gerecht wird und gleichzeitig die arbeitsorganisatorischen Bedingungen der Träger der praktischen Ausbildung berücksichtigt.

Die Pflegeschulen sind für die Ausbildung von Pflegekräften elementar. Die Politik muss alles tun, um sie von bürokratischen Hürden zu befreien. Wir stellen bereits jetzt einen Mangel an Lehrkräften in Pflegeschulen fest, der sich mit der Anforderung eines Masterabschlusses zusätzlich verschärft wird. Interessierte Auszubildende aus dem Ausland können an Pflegeschulen nicht zugelassen werden, wenn die Anerkennung vorheriger Abschlüsse nicht vorliegt oder der Aufenthalt nicht rechtzeitig bestätigt wird.

Die Dauer der Anerkennungsverfahren für ausländische Abschlüsse ist für viele Pflegeanbieter eine zu hohe Hürde. 2019 hatte die damals von FDP und CDU getragene Landesregierung entschieden, dass sämtliche Berufsanerkenntungsverfahren im Gesundheitsbereich nicht mehr dezentral bei allen fünf Bezirksregierungen erfolgen sollten. Als zentrale Stelle sollte die Bezirksregierung Münster diesen Aufgabenbereich übernehmen. 2021 konnte diese Neuordnung der Behördenstruktur mit der „Zentralen Anerkennungsstelle für die Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen“ (ZAG) umgesetzt werden. Dennoch sind weitere Verbesserungen erforderlich. Hierbei kann auch der Einsatz von KI und die Digitalisierung der Verfahren helfen. Zudem sind Verbesserungen bei der Bearbeitung und Erteilung von Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen nötig.

Digitalisierung, Alters-Assistenzsysteme und Pflege-Innovationen

Im Bereich der Pflege gibt es inzwischen hervorragende Entwicklungen im Bereich der Digitalisierung, der Alters-Assistenzsysteme und von Pflege-Innovationen. Bei der Anwendung hinken wir anderen Ländern wie beispielsweise Finnland jedoch noch weit hinterher. Im ambulanten Bereich ist beispielsweise die Abrechnung mit den Kranken- und Pflegekassen noch nicht vollständig digital, sondern zum Teil noch per Fax organisiert. Das muss sich ändern! Die Datensicherheit ist selbstverständlich sicherzustellen.

Die Herausforderungen der Pflege werden wir nur lösen, wenn wir eine Digitalisierungs- und Innovationsinitiative in der Pflege starten. Dabei geht es nicht nur um unmittelbare Unterstützung im Pflegebereich. Es geht auch um Vereinfachungen und Bürokratieabbau. Neben den Arbeitsbedingungen sind dabei Prävention, Gesundheitsförderung, Hilfsmittel und technische

Innovationen wichtige Elemente, um die berufliche Situation von Pflegekräften zu verbessern und gesundheitliche Belastungen zu reduzieren. Hierfür müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Aktuelle Kostenentwicklung in der Pflege und Bürokratieabbau

Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste berichten über extreme Steigerungen in allen Kostenbereichen. Die mit den Pflegekassen vereinbarten Entgelte sind inzwischen bei weitem nicht mehr kostendeckend. Hinzu kommt, dass gemäß Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) seit dem 1. September 2022 eine Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen zur tariflichen Entlohnung für Pflege- und Betreuungskräfte gilt. Außerdem ist in vielen Einrichtungen die Belegungsquote aufgrund des Personalmangels erheblich gesunken.

Eine hohe Priorität muss auch dem Bürokratieabbau eingeräumt werden. Mit einem Verzicht auf unnötige Bürokratie würde den in der Pflege tätigen Unternehmen und Pflegekräften das erforderliche Vertrauen entgegengebracht, welches für die Motivation, in der Pflege tätig zu bleiben, unabdingbar ist. Gleichzeitig könnten die knappen Ressourcen unmittelbar für die Dienste am Menschen eingesetzt werden.

Die Heimaufsicht im Rahmen des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) und der Medizinische Dienst (MDK) haben im Bereich des Ordnungs- und des Leistungsrechts unterschiedliche Aufträge. Es besteht ein enormer bürokratischer Aufwand für die Pflege durch doppelte Prüfungen des Medizinischen Dienstes und der kommunalen WTG-Behörden. Rund zwei Drittel der Prüfungen sind identisch. Allerdings ist die nach § 117 SGB XI geforderte Abstimmung zwischen Qualitätsprüfungen des MDK und ordnungsrechtlichen Prüfungen der WTG-Behörden zur Vermeidung von Doppelprüfungen in der Praxis immer noch nicht erreicht. Die Prüfungen binden erhebliche zeitliche Ressourcen des Pflegepersonals. Hier besteht großes Potenzial zum Bürokratieabbau.

Stärkung der häuslichen Pflege

In Deutschland wurden 2021 rund 84 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Davon wurden 63 Prozent überwiegend durch Angehörige gepflegt.⁴ Dies ist eine herausragende Leistung, die für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen sehr wichtig ist. Den Angehörigen gehört nicht nur eine große Wertschätzung, sie benötigen auch die Unterstützung der Politik. Ziel muss es deshalb sein, die älter werdende Bevölkerung bei ihrem Leben im Alltag so zu unterstützen, dass diese möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben, soziale Kontakte aufrechterhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen können.

Dazu bedarf es auch der Bündelung verschiedener Versorgungsformen in einem Pflegenetzwerk – mit ambulanten Pflegediensten, mit Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, mit Betreuungskräften aus dem Ausland und mit Angehörigen. Niedrigschwellige Nachbarschaftshilfen und ausgebaute Netzwerke vor Ort tragen dazu bei, stationäre Einrichtungen und die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Dazu brauchen wir einen einfachen und niedrigschwelligen Zugang zur Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags.

⁴ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html#:~:text=4%2C17%20Millionen%20Pflegebed%3%BCrftige%20beziehungsweise,Pflegebed%3%BCrftige%20%3%BCberwiegend%20durch%20Angeh%3%B6rige%20gepflegt.>

Die Organisation von Pflegearrangements hat sich in den letzten Jahren verändert, heute wünschen sich viele Betroffene und ihre Pflegepersonen flexible Versorgungsmöglichkeiten entlang der Sektorengrenzen. Eine Neujustierung des Leistungs- und Vertragsrechts in der Pflege könnte daher unter anderem mittels der Einführung eines sektorenübergreifenden Pflegebudgets verwirklicht werden. Pflegebedürftige bekommen damit abhängig vom individuellen Pflegegrad die Möglichkeit, die ihnen zustehenden Geldleistungen als flexibles Budget zu nutzen. Dieses Budget ist unabhängig von der Versorgungsform zu gewähren. Die pflegebedürftige Person kann damit pflegerische und hauswirtschaftliche Dienstleistungen frei in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus braucht es Anreize für faire und bezahlbare Live-in-Pflege in Deutschland. Eine erhebliche Anzahl von Pflegebedürftigen wird von rund 600.000 Betreuungskräften aus dem Ausland zu Hause versorgt. Da die aktuelle Bemessung des Pflegegeldes für die Finanzierung der Live-in-Pflege in der Regel nicht ausreicht, weichen sehr viele Pflegebedürftige auf den Schwarzmarkt oder unqualifizierte Anbieter aus. Die Folgen sind mangelhafte Versorgung und unfaire bzw. missbräuchliche Arbeitsverhältnisse. Eine stärkere finanzielle Förderung der ambulanten Versorgung würde den Pflegebedürftigen den Verbleib in ihren eigenen vier Wänden ermöglichen. Durch eine Koppelung der Förderung an die Zertifizierung der Anbieter, z.B. nach DIN SPEC 33454 (Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen durch im Haushalt wohnende Betreuungskräfte aus dem Ausland - Anforderungen an Vermittler, Dienstleistungserbringer und Betreuungskräfte) könnte sichergestellt werden, dass die Versorgung aktuellen Qualitätsstandards entspricht.

II. Beschlussfassung

Der Landtag beauftragt die Landesregierung,

- die Ausbildungskapazitäten in der einjährigen Pflegefachassistentenausbildung deutlich zu erhöhen.
- die einjährige Pflegefachassistentenausbildung verstärkt zu bewerben.
- Rahmenkriterien und Vorschläge zur Umsetzung verschiedener Teilzeitmodelle für die Pflegeausbildung zu erstellen, die sich an den besonderen Bedarfen der Auszubildenden orientieren.
- Vorgaben für Pflegeschulen zu flexibilisieren, insbesondere hinsichtlich der Übergangsregelungen für die Anforderungen an Lehrkräfte.
- den Ausbildungszugang und die Zulassung an Pflegeschulen für interessierte Pflege-Auszubildende aus dem Ausland zu vereinfachen.
- zu prüfen, wie für Pflege-Auszubildende aus Drittstaaten eine für den Zeitraum der Ausbildung vorbehaltlose Eintragung in den Aufenthaltstitel durch die zuständigen Behörden ermöglicht werden kann, die auch einen Arbeitsplatzwechsel mit sofortiger Arbeitsaufnahme ermöglicht.
- die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse weiter zu vereinfachen, zu beschleunigen und zu digitalisieren.
- das Angebot von Schulfremdenprüfungen (Externenprüfungen) in Verbindung mit qualifizierten Vorbereitungslehrgängen auszubauen und verstärkt Sprachqualifizierungskurse angehenden ausländischen Beschäftigten in der Pflege zur Verfügung zu stellen.
- die Bearbeitung und Erteilung von Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen für Menschen aus Drittstaaten bei Arbeitsplatz- und/oder Wohnortwechsel zu beschleunigen.
- eine Digitalisierungs- und Innovationsinitiative Pflege zu entwickeln.
- landesrechtliche Normen auf Anpassungsmöglichkeiten zur Vereinfachung und Digitalisierung zu überprüfen.
- die Vermittlung digitaler Kompetenzen stärker in der Ausbildung abzubilden.

- darauf hinzuwirken, dass die Kostenentwicklung und in Folge des Fachkräftemangels geringere Belegungsquoten bei den Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen angemessen berücksichtigt werden.
- eine Task-Force mit Wissenschaft, Verbänden und Unternehmen zum Bürokratieabbau in der Pflege einzurichten.
- Prüfungen des Medizinischen Dienstes und der kommunalen WTG-Behörden besser zu harmonisieren und die Vorgaben zur Vermeidung von Doppelprüfungen umzusetzen.
- eine Förderung innovativer Projekte in der häuslichen Pflege zu entwickeln.
- die niedrighschwellige Regelungen der Anerkennungs- und Förderungsverordnung (An-FöVO) im Hinblick auf die Voraussetzungen zur Nutzung des Entlastungsbetrages bei der Nachbarschaftshilfe fortzuführen.
- eine strukturelle Regelförderung für Kurzzeit-, Nacht- und Tagespflegeplätze einzuführen, die den besonderen Aufwand dieser Versorgungsformen berücksichtigt.
- sich auf Bundesebene für die Einführung eines sektorenübergreifenden Pflegebudgets einzusetzen, um die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege zu harmonisieren.
- sich auf Bundesebene für eine geregelte Finanzierung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Live-in-Pflege durch zertifizierte Anbieter einzusetzen.

Henning Höne
Marcel Hafke
Susanne Schneider

und Fraktion

- TOP 7 -

Das Krankheitsbild Lipödem aus der gesellschaftlichen Tabuzone holen – Aufklärung,
Versorgung und Forschung stärken.

12.03.2024

Antrag

der Fraktion der FDP

Das Krankheitsbild Lipödem aus der gesellschaftlichen Tabuzone holen – Aufklärung, Versorgung und Forschung stärken.

I. Ausgangslage

Das Krankheitsbild Lipödem ist eine chronische und progrediente Erkrankung, die nahezu ausschließlich bei Frauen auftritt. Gekennzeichnet ist es durch eine Störung der Fettverteilung, bei der es zu einer unkontrollierten Vermehrung der Fettzellen im Fettgewebe der Unterhaut, vor allem an Beinen, Hüfte, Gesäß und in einigen Fällen auch an den Armen kommt. Zwischen den Fettzellen kommt es zu Wassereinlagerungen, sog. Ödemen. Diese drücken auf das umliegende Gewebe, so dass es insbesondere abends, nach längerem Stehen und/oder bei warmen Temperaturen zu Spannungs- und Schweregefühlen in den betroffenen Stellen kommt. Die betroffenen Stellen sind dabei zudem sehr berührungs- und druckempfindlich, hinzu kommen ständige Schmerzen durch Wasserablagerungen zwischen den Fettschichten. Es liegt dabei eine deutliche Disproportion zwischen Körperstamm und Extremitäten vor. Typisch für das Krankheitsbild ist also ein unproportionales Verhältnis der Körperteile zueinander.

Die mit dem Lipödem einhergehenden Beschwerden reichen von Berührungs- und Druckschmerz und einer Neigung zu Blutergüssen über Spannungs- und Schweregefühl der Arme und Beine bis zur Einschränkung der Bewegung. Ebenso können Begleiterkrankungen wie Depressionen oder Essstörungen auftreten.¹ Diese Beschwerden führen dazu, dass Betroffene erheblich in ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt werden. Die Fettverteilungsstörung sorgt zudem dafür, dass neben der körperlichen Symptomatik auch eine ästhetische Komponente hinzukommt: Betroffenen werden als zu dick stigmatisiert, ihnen wird zum Abnehmen geraten.²

Dies verdeutlicht, dass es eine mangelnde Fachkenntnis unter Ärztinnen und Ärzten zu diesem Krankheitsbild gibt. Häufig wird es mit einem Lymphödem oder Adipositas verwechselt. Es besteht dabei nicht nur eine Unkenntnis über den medizinischen Sachverhalt, ebenso auch über das komplexe Versorgungssystem der Krankheit. Ähnlich wie bei anderen frauenspezifischen Krankheiten wie z. B. Endometriose, vergeht vom Auftreten erster Symptome bis zur Diagnose und adäquater Behandlung wertvolle Zeit – Zeit, die eine Therapieverzögerung bedeutet, in der das Lipödem sich ausweitet.

Ebenso gibt es eine unzureichende Datenlage in Bezug auf eine angemessene Behandlung. Lipödeme lassen sich bislang nicht ursächlich behandeln. Auch bei den operativen Methoden,

¹ <https://lipoedem-gesellschaft.de/das-lipoedem/>, aufgerufen 05.02.2024

² <https://www.diakonie-sw.de/details/wenn-die-krankheit-zum-stigma-wird/>, aufgerufen 05.02.2024

den unterschiedlichen Techniken der sog. Liposuktion, existieren bislang keine Daten im Vergleich zu einer alleinigen konservativen, symptomorientierten Behandlung. Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten einer Liposuktion erst im III. Stadium der Krankheit übernehmen, unabhängig davon wie der Erfolg- und Kostenfaktor im Vergleich zu Behandlungen mit z. B. Kompressionsstrümpfen und Lymphdrainagen aussieht.

Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2019 eine Erprobungsstudie gestartet hat, die sogenannte LIPLEG-Studie. In dieser sollen die offenen Fragen des Nutzens einer Liposuktion bei Lipödem geklärt werden. Weiter sollen auch Erkenntnisse zu den Risiken und möglichen Komplikationen gewonnen werden. Die wissenschaftliche Begleitung der Studie erfolgt u. a. durch das Zentrum für klinische Studien (ZKS) der Universität zu Köln. Eine Zwischenauswertung steht 2024 an.³

Für weitere Erkenntnisse über die Pathogenese der Krankheit braucht es aber noch mehr Forschung in Form von Langzeitstudien. Bis dahin bleiben Betroffene massiv in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Dies kann bis zum Eingriff in die Berufsfähigkeit und Erwerbstätigkeit gehen. Es muss daher Aufklärung, Sensibilisierung und Öffentlichkeit geschaffen werden. Dadurch können Netzwerke entstehen, die Selbsthilfe im Umgang mit der Krankheit aktivieren.

Auch bei dem Krankheitsbild Lipödem gilt es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die Betroffenen möglichst schnell einen adäquaten Zugang zu Diagnostik und Therapie ermöglichen. Ebenso braucht es einen offeneren Umgang mit diesem Krankheitsbild, damit Betroffene nicht stigmatisiert werden.

II. Beschlussfassung

Der Landtag stellt fest:

- Ärztinnen und Ärzte müssen für das Krankheitsbild Lipödem sensibilisiert und entsprechend aus- und weitergebildet werden.
- Auch in der Gesellschaft muss ein Bewusstsein für das Krankheitsbild Lipödem geschaffen werden.

Der Landtag beauftragt die Landesregierung,

- die Strukturen der Lipödem-Selbsthilfe zu stärken, indem Öffentlichkeit für die Vereine und Gruppen geschaffen wird,
- zu prüfen, welche Folgestudien über die LIPLEG-Studie hinaus sinnvoll für die weitere Erforschung des Krankheitsbildes Lipödem sind,
- bei Hochschulen und Universitätskliniken unter Beachtung der Hochschulautonomie dafür zu werben, dass sie sich um Mittel aus der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Bereich Frauengesundheit bewerben,
- Hochschulen und Universitätskliniken darüber hinaus zu unterstützen, um die Erforschung der Ursachen durch neue Diagnoseverfahren zu ermöglichen und somit bessere Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten., Dabei soll vor allem auf einen interdisziplinären Forschungsansatz geachtet werden,

³ <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/795/>, aufgerufen 04.03.2024

- geschlechtergerechte Gesundheit auf die Agenda der Gesundheitsministerkonferenz zu setzen und mit den beteiligten Akteuren konkrete Maßnahmen zur Verbesserung von Aufklärung, Versorgung und Forschung zu vereinbaren,
- gemeinsam mit den zuständigen Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zu erörtern, inwieweit das Thema Lipödem - entsprechend dem aktuellen Stand der Forschung - in Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie weiteres medizinisches Fachpersonal angeboten wird und dieses Angebot gegebenenfalls (weiter) zu entwickeln,
- sich dafür einzusetzen, geschlechtersensible Medizin und gesundheitliche Vorsorge in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie weiteres medizinisches Fachpersonal künftig stärker zu berücksichtigen,
- in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Trägern ein Pilotprojekt zu initiieren, in dem weitere interdisziplinäre Behandlungsbedarfe und -möglichkeiten für Lipödem-Betroffene (z. B. psychosoziale Beratung, ambulante multimodale Schmerztherapie, begleitende Psychotherapie und Physiotherapie) adressiert werden.

Henning Höne
Marcel Hafke
Susanne Schneider
Franziska Müller-Rech

und Fraktion

19.03.2024

Entschließungsantrag

der Fraktion der SPD

Lipödem-Betroffene gezielt unterstützen: Konkrete Handlungsempfehlungen für das Land NRW.

zu dem Antrag „Das Krankheitsbild Lipödem aus der gesellschaftlichen Tabuzone holen – Aufklärung, Versorgung und Forschung stärken.“

Antrag der Fraktion der FDP
Drucksache 18/8440

I. Ausgangslage

Bundesweit leiden knapp drei Millionen Frauen unter einer krankhaften Fettverteilungsstörung (Lipödem). Das Krankheitsbild betrifft fast ausschließlich Frauen und beeinträchtigt das Leben der Betroffenen oft enorm. Die Ursache der Erkrankung ist unbekannt. Es ist bereits empirisch belegt, dass Frauen im Bereich der medizinischen Versorgung strukturell benachteiligt sind. Krankheitsbilder, die zum größten Teil oder ausschließlich Frauen betreffen, sind schlechter erforscht und daraus erschließt sich eine mangelnde pharmakologische und ärztliche Versorgung von Frauen.

Für Betroffene folgt hieraus ein oft langer Leidensweg ohne dezidierte Diagnose oder spezifische medizinische Behandlung. Fehldiagnosen sind aufgrund unzureichender Aus- und Weiterbildung zu konstatieren. Erforderlich für die beschriebene Problematik ist, das Thema Lipödem stärker im Medizinstudium zu verankern – mit mehr als den aktuell vorgeschriebenen 30 Minuten. Dies würde die Missdeutung von Krankheitsanzeichen vermeiden, beispielsweise bei einer Adipositas oder bei einem Lymphödem – die mit einem Lipödem einhergehen können – aber eine andere Behandlung zu erfahren haben. Insbesondere Frauen – und extrem wenige Männer – die von der Erkrankung betroffen sind, werden systematisch benachteiligt und in ihrem Alltag unterschiedlich beeinträchtigt. Sie leiden unter Berührungs- und/oder Druckschmerz, Neigung zu Hämatomen, Spannungs- und Schweregefühl der Arme und Beine sowie Bewegungseinschränkungen. Auch Folgeerkrankungen wie Depressionen, Essstörungen oder Schilddrüsenerkrankungen treten auf.¹

Neben der bislang überhäufig konservativen Behandlung wird von Fachärztinnen und Fachärzten die Liposuktion bereits zu einem früheren Stadium als zum Stadium drei dringend

¹ <https://www.g-ba.de/studien/erprobung/lipleg-studie/>

empfohlen. Derzeit ist die Finanzierung seitens der Krankenkassen lediglich zum Stadium drei geklärt. Betroffenen kann damit der lange Leidensweg über Schmerzen, Mobilitätseinbußen bis hin zur Isolation erspart werden und insbesondere das Risiko einer Schwerbehinderung vermieden werden.

II. Der Landtag stellt fest, dass

- Medizinstudierende unzureichend auf das Krankheitsbild im Studium vorbereitet werden und damit die fehlende Spezialisierung bei Fachärztinnen und Fachärzten begünstigt wird.
- Ärztinnen und Ärzte für das Krankheitsbild Lipödem sensibilisiert und entsprechend aus- und weitergebildet werden müssen.
- in der Gesellschaft ein Bewusstsein für das Krankheitsbild Lipödem geschaffen werden muss.
- Betroffene konkrete Aufklärung und Unterstützung bei der Antragsstellung des Grades der Behinderung benötigen.

III. Der Landtag fordert die Landesregierung auf,

- geschlechtergerechte Gesundheit auf die Agenda der Gesundheitsministerkonferenz zu setzen und mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren konkrete Maßnahmen zur Verbesserung von Aufklärung, Versorgung und Forschung zu vereinbaren,
- sich dafür einzusetzen, geschlechtersensible Medizin und gesundheitliche Vorsorge in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie weiteres medizinisches Fachpersonal künftig stärker zu berücksichtigen,
- bei Hochschulen und Universitätskliniken unter Beachtung der Hochschulautonomie dafür zu werben, dass sie sich um Mittel aus der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Bereich Frauengesundheit bewerben,
- in Zusammenarbeit mit den einschlägigen Akteurinnen und Akteuren Lösungsvorschläge zu erarbeiten, um die Finanzierung der Behandlungsmaßnahmen durch die Krankenkassen – wie die Liposuktion – deutlich vor Stadium drei sicherzustellen.
- in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Trägern ein Pilotprojekt zu initiieren, in dem weitere interdisziplinäre Behandlungsbedarfe und -möglichkeiten für Lipödem-Betroffene (z. B. psychosoziale Beratung, ambulante multimodale Schmerztherapie, begleitende Psychotherapie und Physiotherapie) adressiert werden.
- Beschlüsse des Sozialgerichts Karlsruhe in Bezug auf den Grad der Behinderung von 50-70 bei entsprechender Symptomatik zu berücksichtigen, sodass Patientinnen die Entlastung erfahren, die ihnen zusteht.
- die Strukturen der Lipödem-Selbsthilfe zu stärken, indem Öffentlichkeit für die Vereine und Gruppen geschaffen wird,
- zu prüfen, welche Folgestudien über die LIPLEG-Studie hinaus sinnvoll für die weitere Erforschung des Krankheitsbildes Lipödem sind,

- Hochschulen und Universitätskliniken darüber hinaus zu unterstützen, um die Erforschung der Ursachen durch neue Diagnoseverfahren zu ermöglichen und somit bessere Behandlungsmöglichkeiten zu gewährleisten. Dabei soll vor allem auf einen interdisziplinären Forschungsansatz geachtet werden.
- gemeinsam mit den zuständigen Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zu erörtern, inwieweit das Thema Lipödem - entsprechend dem aktuellen Stand der Forschung - in Fort- und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie weiteres medizinisches Fachpersonal angeboten wird und dieses Angebot gegebenenfalls (weiter) zu entwickeln.

Jochen Ott
Ina Blumenthal
Lisa-Kristin Kapteinat
Anja Butschkau
Thorsten Klute
Lena Teschlade
Christina Weng

und Fraktion

- TOP 8 -

Kostenfreie Meisterfortbildung in Nordrhein-Westfalen sicherstellen – Fachkräfte ausbilden,
statt sie zu importieren!

12.03.2024

Antrag

der Fraktion der AfD

Kostenfreie Meisterfortbildung in Nordrhein-Westfalen sicherstellen – Fachkräfte ausbilden, statt sie zu importieren!

I. Ausgangslage

Die demografische Entwicklung macht auch vor den Betriebsinhabern im Handwerk nicht halt. Der Anteil der Inhaber, die in wenigen Jahren das Ruhestandsalter erreichen werden, nimmt immer weiter zu. Damit wächst auch die Bedeutung von Betriebsübergaben für die Zukunft des Handwerks.¹

Viele Betriebsinhaber wollen ihre Meisterbetriebe in jüngere Hände geben, doch sie finden nur sehr schwer Nachfolger. In den vergangenen 20 Jahren haben in Nordrhein-Westfalen immer weniger junge Handwerker einen Meisterabschluss gemacht. „Im Jahr 2002 wurden laut der Statistik des Westdeutschen Handwerkskammertags in Nordrhein-Westfalen noch 4.706 Meisterprüfungen erfolgreich abgeschlossen, 2022 waren es nur noch 3.760 Prüfungen.“²

„Mit der Einführung der Meisterprämien in verschiedenen Bundesländern seit 2013, die einen finanziellen Anreiz für eine abgeschlossene Meisterausbildung darstellen, wurde beabsichtigt, die Ungleichstellung zwischen universitärer und beruflicher Ausbildung im deutschen Bildungssystem abzubauen.“³ Wissenschaftler des Volkswirtschaftlichen Instituts für Mittelstand und Handwerk an der Universität Göttingen (ifh) haben die Wirksamkeit von Meisterprämien im Handwerk untersucht. Im Ergebnis leisten diese zwar einen Beitrag zur gewünschten Gleichwertigkeit mit einer akademischen Ausbildung, jedoch haben sie nicht zu einem Anstieg der Meisterprüfungen geführt. Die Wissenschaftler vermuten, dass die Prämien zu niedrig sind. Es seien deutlich höhere finanzielle Anreize erforderlich.⁴

¹ Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) (2021). Betriebsnachfolge im Handwerk, Ergebnisse einer Befragung unter Handwerksbetrieben im dritten Quartal 2020, Berlin

² <https://www.land.nrw/pressemitteilung/meisterpraemie-startet-nordrhein-westfalen>

³ <https://ifh.wiwi.uni-goettingen.de/veroeffentlichungen/evaluation-der-wirksamkeit-von-meisterpraemien-im-handwerk/>

⁴ Petrik Runst (2021). Evaluation der Wirksamkeit von Meisterprämien im Handwerk. Göttinger Beiträge zur Handwerksforschung (Heft 51). Göttingen

Seit dem 1. Juli 2023 kann jeder neue Handwerksmeister in Nordrhein-Westfalen ebenfalls erstmals eine Meisterprämie beantragen: „Wer [...] eine Aufstiegsfortbildung im Handwerk erfolgreich abschließt“, erhält eine „finanzielle Anerkennung in Höhe von 2.500 Euro [...]. Mit der Meisterprämie soll dem bestehenden Fachkräftemangel im Handwerk entgegengewirkt werden.“⁵

In diese Richtung zielt auch die Entschließung des Bundesrats „Für eine kostenfreie Meisterfortbildung“. Auf Initiative Bayerns hat der Bundesrat Anfang März 2023 den Weg für eine kostenfreie Meisterfortbildung frei gemacht. In der Begründung der Entschließung heißt es: „Die Kostenfreiheit der Meisterfortbildung ist unerlässlich, um Zugangsbarrieren zur beruflichen Fortbildung abzubauen und die Versorgung unserer Betriebe mit hochqualifizierten Fachkräften sicherzustellen, um so die Wettbewerbsfähigkeit unseres Wirtschaftsstandorts auf der Fachkräfteseite nachhaltig abzusichern.“ Ferner ist der Entschließung zu entnehmen, dass der Bundesrat die Pläne der Bundesregierung begrüßt, die Kosten der Meisterausbildung für die Teilnehmer deutlich zu senken. Außerdem fordert der Bundesrat, dass am Ende der Reform die Kostenfreiheit für die Teilnehmer der Weiterbildung zum Meister sowie zu gleichgestellten Weiterbildungen stehen soll.⁶

Bayern kündigte als erstes Bundesland an, die Meisterausbildung bereits ab 2024 kostenlos anbieten zu wollen, um mehr Gesellen zu der Weiterbildung zu motivieren.⁷

In Hessen gibt es nun Pläne nachzuziehen. Medienberichten zufolge gab es dazu bereits eine Einigung im Wirtschaftsausschuss des Landtages.⁸ Bayern und Hessen warten nicht ab, bis die Bundesregierung aktiv wird und die anfallenden Kosten vollständig vom Bund getragen werden.

Angesichts des akuten und allgegenwärtigen Fachkräftemangels, welcher auch in Nordrhein-Westfalen nicht unerhebliche Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt hat, sollte sich auch hierzu-lande mit den Möglichkeiten einer kostenfreien Meisterfortbildung auseinandergesetzt und Möglichkeiten zur Umsetzung geschaffen werden.

II. Der Landtag fordert die Landesregierung auf:

1. die im Jahr 2023 eingeführte Meistergründungsprämie, welche ein erster Schritt in die richtige Richtung darstellt, konsequenterweise zu einer kostenfreien Meisterfortbildung weiterzuentwickeln;
2. die Entscheidung zum Erwerb des Meistertitels nicht vom Geldbeutel abhängig sein zu lassen. Daher ist grundsätzlich eine Kostenfreiheit der Meisterfortbildung anzustreben. Dies ist auch von hohem volkswirtschaftlichem Interesse, da ein Mangel an qualifizierten Handwerksbetrieben die nordrhein-westfälische Wirtschaft erheblich schwächt;
3. dem bayerischen und hessischen Vorbild zu folgen und schnellstmöglich eine kostenfreie Meisterfortbildung in Nordrhein-Westfalen anzubieten.

⁵ <https://www.land.nrw/pressemitteilung/meisterpraemie-startet-nordrhein-westfalen>

⁶ https://www.bundesrat.de/SharedDocs/beratungsvorgaenge/2022/0601-0700/0675-22.html?nn=4732016&cms_topNr=675%2F22#top-675/22

⁷ <https://www.deutsche-handwerks-zeitung.de/meisterbonus-co-hier-gibt-es-praemien-fuer-meisterschueler-145931/#:~:text=Ebenfalls%20keinen%20Meisterbonus%20gibt%20es,f%C3%BCr%20Mitte%20diesen%20Jahres%20geplant>

⁸ <https://www.faz.net/aktuell/rhein-main/meisterbrief-soll-in-hessen-nichts-mehr-kosten-19215116.html>

4. zu prüfen, inwieweit es möglich ist, Bewerber, die eine kostenfreie Meisterfortbildung erhalten, für einen gewissen Zeitraum an das Land Nordrhein-Westfalen zu binden. Sollte dies realisierbar sein, wird die Landesregierung dazu aufgefordert, eine entsprechende Regelung in den Förderbedingungen aufzunehmen.

Dr. Martin Vincentz
Prof. Dr. Daniel Zerbin
Christian Loose
Andreas Keith

und Fraktion

- TOP 9 -

Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen – Fortschreibung des Krankenhausplans

Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 21. März 2024

Seite 1 von 1

An den
Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

VORLAGE
18/2410

A01

Aktenzeichen 2024-
bei Antwort bitte angeben

Dr. Anne Kolenbrander
Telefon 0211 855-4126
Telefax 0211 855-3683
Anne.Kolenbrander@mags.nrw
.de

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Bericht: „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen –
Fortschreibung des Krankenhausplans“**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

gemäß § 13 Absatz 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes
Nordrhein-Westfalen ist der zuständige Landtagsausschuss bei
Fortschreibung der krankenhauserplanerischen Rahmenvorgaben zu
hören.

Ich wäre Ihnen daher dankbar, wenn Sie den beigefügten Bericht nebst
Anlagen für die Ausweisung von Zentren zur Einleitung des
Anhörungsverfahrens an die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit und Soziales weiterleiten würden.

Mit freundlichen Grüßen

Karl-Josef Laumann MdL

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

Anlage

Bericht

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen

„Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen – Fortschreibung des Krankenhausplans“

Hintergrund zur krankenhauserplanerischen Ausweisung von Zentren

Krankenhäuser können für besondere Aufgaben, die sie wahrnehmen, von den Ländern als Zentrum krankenhauserplanerisch ausgewiesen werden. Ein Zentrum stellt dabei eine Konzentration hoch qualitativer medizinischer Versorgungsangebote dar, die spezialisierte Fachkenntnisse und eine besondere Vorhaltung erfordert.

Mit der Ausweisung als Zentrum haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, Zentrumszuschläge nach dem Krankenhausentgeltgesetz zu erhalten, die sie mit den Kostenträgern vereinbaren. Den Krankenhäusern werden damit die Kosten für die besondere Aufgabenwahrnehmung refinanziert.

Zentrums-Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Erstfassung der Zentrums-Regelungen des G-BA ist zum 01.01.2020 in Kraft getreten. Damit hat der G-BA bundeseinheitliche Kriterien geschaffen, auf deren Basis die Bundesländer die Zentren der Spitzenmedizin ausweisen können. Die Zentrums-Regelungen sind zuletzt mit Wirkung vom 24.01.2024 angepasst worden. Diese Änderung passt die Vorgaben zu Herz- und Lungenzentren an und führt mit den Zentren für Intensivmedizin eine neue Zentrumsart ein.

Zentrumszuschläge

Der G-BA führt in seinem Beschluss aus, dass die besonderen Aufgaben von Zentren in seinen Regelungen abschließend konkretisiert sind. Dabei macht er deutlich, dass die Zuweisung von besonderen Aufgaben durch die Länder davon unberührt bleibt, ihr aber keine Entgeltrelevanz zukommt.

Nur die G-BA Zentren können damit zu einer Refinanzierung (Zentrumszuschlag) führen.

Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans

Damit die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen die Möglichkeit haben, Zentrumszuschläge vereinbaren zu können, müssen die G-BA Vorgaben zu Zentren in den Krankenhausplan übernommen werden. Deshalb soll noch jetzt der aktuelle Krankenhausplan um die G-BA Vorgaben fortgeschrieben werden.

Mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung wurde bereits ein Einvernehmen zur Übernahme der G-BA Vorgaben erzielt.

Gemäß § 13 Absatz 3 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen ist der zuständige Landtagsausschuss bei Fortschreibung der krankenhauserischen Rahmenvorgaben zu hören.

Fortschreibung des Krankenhausplans 2022

Entsprechend der letzten Fortschreibung des Krankenhausplans zu dieser Thematik wird der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 gemäß der neuen G-BA Vorgaben zu Zentren für Intensivmedizin sowie der Aktualisierungen der Zentrenvorgaben zu Herz- und Lungenzentren angepasst werden.

- Die „Anlage 5 – Anforderungen zu Herzzentren“ der Regelungen des G-BA ersetzt die Anforderungen im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 unter „10.4.8 Herzzentren“
- Die „Anlage 7 – Lungenzentren“ der Regelungen des G-BA ersetzt die Anforderungen im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 unter „10.4.10 Lungenzentren“
- Die „Anlage 11 – Zentren für Intensivmedizin“ soll neu in den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 aufgenommen werden.

Die krankenhauplanerische Ausweisung sowie die Aufführung besonderer Aufgaben haben dabei nur eine Indizwirkung für das Entgeltrecht. Die planerische Ausweisung hat jedoch keine präjudizierende Wirkung bei Budgetverhandlungen. Die Bestimmung der besonderen Aufgaben, insbesondere das Ausmaß der jeweiligen Erfüllung und Finanzierung, bleiben diesen Verhandlungen vorbehalten. So sind dort im Besonderen mögliche Doppelfinanzierungen zu prüfen.

**Informationsblatt
zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2022**

Folgende Änderungen werden im Krankenhausplan 2022 vorgenommen:

- Die G-BA Vorgaben zu Herzzentren ersetzen die Anforderungen unter „10.4.8 Herzzentrum“.
- Die G-BA Vorgaben zu Lungenzentren ersetzen die Anforderungen unter „10.4.10 Lungenzentrum“.
- Die G-BA Vorgaben zu Zentren für Intensivmedizin werden unter „10.4.11 Zentren für Intensivmedizin“ neu aufgenommen.

10.4.8 Herzzentren

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Allgemeine strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

- a) Vorhaltung der Fachabteilungen Herzchirurgie und Kardiologie,
- b) Vorhaltung eines Elektrophysiologielabors, Möglichkeit zur Ablation von komplexen ventrikulären Tachykardien und Vorhaltung eines Hybrid OPs,
- c) Vorhaltung einer überregionalen Heart Failure Unit (HFU) gemäß den gemeinsamen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (Stand 13.07.2016) unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Kardiologie und Intensivmedizin oder Herzchirurgie und Intensivmedizin bzw. interdisziplinäre Leitung durch eine Kardiologin oder einen Kardiologen und einer Herzchirurgin oder einen Herzchirurgen (jeweils mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin),
- d) Vorhaltung einer Chest Pain Unit unter Leitung einer Kardiologin oder eines Kardiologen gemäß § 28 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V,
- e) die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (MHI-RL) sind zu erfüllen.

(2) Anforderungen an die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzunterstützungssystemen

1. Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (Left ventricular assist device - LVAD, right ventricular assist device - RVAD und biventricular assist device - BiVAD),
2. Expertise in der Implantation und Nachsorge von Herzunterstützungssystemen und Kunstherzen (total artificial heart - TAH), Vorhaltung von Ventricular-Assist-Device-Koordinatoren mit Expertise in der Nachsorge mit 24/7-Rufbereitschaft für Patientinnen und Patienten und andere stationäre Leistungserbringer und

3. 24/7-Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit venoarterieller extrakorporaler Membranoxygenierung (VA-ECMO) für Patientinnen und Patienten im kardiogenen Schock, bestehend aus mindestens einer Fachärztin oder einem Facharzt für Herzchirurgie oder Kardiologie oder Anästhesiologie sowie einer Kardiotechnikerin oder einem Kardiotechniker mit jeweils Erfahrung in der Implantation von VA-ECMO-Systemen.

(3) Spezialisierung (mindestens eine)

1. Besondere Expertise in der Kinderherzmedizin:

- a) Vorhaltung der Fachabteilung Kinderkardiologie,
- b) Vorhaltung einer Behandlungseinheit für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten), welche die folgenden Anforderungen erfüllt:

- Für die Behandlung angeborener Herzfehler steht eine Kardiochirurgin oder ein Kardiochirurg mit spezieller Erfahrung in der Betreuung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH-Patientinnen und -Patienten) zur Verfügung.
- Eine Fachärztin oder ein Facharzt (Kinderkardiologie oder Innere Medizin und Kardiologie) mit der Zusatzqualifikation EMAH-Kardiologe ist jederzeit verfügbar

und

- c) Die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (KiHe-RL) sind zu erfüllen.

oder

2. Besondere Expertise in der Herztransplantationsmedizin:

- a) Vorhaltung einer Transplantationseinheit für Herz- und Herz-Lungentransplantationen und
- b) Durchführung von jährlich mindestens 20 Herz- oder Herz-Lungentransplantationen.

(4) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren
oder
2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Herzmedizin
oder
3. Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa

(5) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus, sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(6) Mindestfallzahlen

Jährliche Durchführung von mindestens 1.500 Fällen mit mindestens einem der folgenden herzchirurgischen Eingriffe: aortokoronare Bypass-Operation mit oder ohne HLM, isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation, Chirurgie angeborener Herzfehler, Shuntoperationen zwischen großem und kleinem Kreislauf, Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien und Aorta thoracica (d.h. Fälle mit mindestens einem der folgenden OPS-Kodes: 5-35, 5-36, 5-37, 5-384.0**, 5-384.1**, 5-384.3** oder 5-390).

(7) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Leistungen nach § 2 Nummer 7 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:

1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020 und
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre kardiologische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser und spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Herzmedizin dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Herzzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die

Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse in der Herzmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Herzzentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Herzchirurgie, Kinderherzchirurgie, Kardiologie und Kinderkardiologie,
 - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
 - d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
 - e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
 - f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Herzzentren,
 - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,
 - h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Herzmedizin und
 - i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser und spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
6. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose

SARS-CoV-2 (U07.1!), wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

10.4.10 Lungenzentrum

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Vorhaltung einer Fachabteilung für Pneumologie am Standort,
2. mindestens eine Ärztin oder ein Arzt des Zentrums verfügt über eine gültige Prüfarztqualifikation gemäß Arzneimittelgesetz (AMG),
3. das Zentrum verfügt über eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten zur Organisation des Erstkontaktes mit geregelten festen Sprechzeiten unter Nennung konkreter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und
4. Vorhaltung einer Weaning-Einheit mit den folgenden Mindestanforderungen:
 - a) Vorhaltung einer Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit,
 - b) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung,
 - c) Vorhandensein von zwei Atmungstherapeuten am Standort,
 - d) die Weaning-Einheit behandelt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 50 Weaning-Patientinnen und Patienten der Gruppe 3 nach der internationalen Weaning-Klassifikation (Prolongiertes Weaning) stationär (OPS 8-718.8),
 - e) die Weaningeinheit stellt eine adäquate Schulung für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sicher,
 - f) die Mitglieder des Behandlungsteams erörtern regelmäßig Aspekte der Entscheidungen am Lebensende in einem Forum und
 - g) die Weaningeinheit nimmt am Weaning-Register teil und trägt ab dem 01.01.2021 jährlich mindestens 40 und ab dem 01.01.2022 jährlich mindestens 50 Patientinnen und Patienten mit prolongiertem Weaning vollständig (d.h. mindestens die Pflichtfelder werden ausgefüllt) in das Register ein.
5. Für die Versorgung von Notfällen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist sicherzustellen, dass ein Kinder- und Jugendarzt mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugendpneumologie jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Zentrum verfügbar ist, dies ist auch im Rahmen einer Kooperation möglich. Weiterhin

muss das Zentrum – sofern es nicht für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgestattet ist – über ein Konzept zur Verlegung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in die nächstgelegene qualifizierte Einrichtung verfügen.

(2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung
Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Lungenzentrums darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(3) Forschungstätigkeit und Vernetzung

1.

- a) Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
- b) mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Lungenheilkunde oder
- c) Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa,

2. Das Zentrum nimmt an einem anerkannten nationalen oder internationalen krankheitsspezifischen Register teil und

3. Das Lungenzentrum ist Kooperationspartner in einem wissenschaftlich-fachlichen Netzwerk eines Zentrums für seltene Erkrankungen (Typ A Zentrum).

4. Das Lungenzentrum ist Teil eines onkologischen Zentrums gemäß Anlage 2 am Standort oder weist eine schriftlich vereinbarte Kooperation mit einem onkologischen Zentrum gemäß Anlage 2 nach.

(4) Mindestfallzahlen

- a) Es werden jährlich mindestens 1.300 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt
oder

b) Sofern das Lungenzentrum

- 1. mindestens 200 Primärfälle mit der Erstdiagnose (C34) pro Jahr behandelt

und

2. über eine Fachabteilung für Thoraxchirurgie oder einen besonderen Nachweis über eine Kooperation mit einer Fachabteilung für Thoraxchirurgie, die die Patientinnen und Patienten des Lungenzentrums bei entsprechender Indikation operiert, verfügt,

können alle Fälle mit der Hauptdiagnose C34 für das Erreichen der Mindestfallzahlen herangezogen werden. In diesem Fall müssen jährlich mindestens 1.500 stationäre Fälle mit einer der folgenden Hauptdiagnosen: A15.-, A16.-, A19.-, C34.- J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47, J60-J70, J82 oder J84.- behandelt werden.

(5) Spezialisierungen am Standort

Es ist mindestens eine der drei folgenden Spezialisierungen am Standort vorhanden:

1. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (einschließlich Lungenemphysem), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:

- a) Vorhaltung einer Station mit mindestens 8 Beatmungsbetten für nicht-invasive Beatmung (können identisch zu § 1 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe b sein),
- b) Behandlung von jährlich mindestens 1.200 stationären Fällen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47 sowie J96.- mit Nebendiagnose J40-J47),
- c) Board für spezifische interventionelle und pharmakologische COPD- und Emphysemtherapie, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Thoraxchirurgie. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Therapieentscheidung getroffen wird (z. B. Indikationsstellung zu α 1-Antitrypsintherapie). Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden, und

- d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen

oder

2. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für interstitielle Lungenkrankheiten (Lungengerüsterkrankungen), welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
- a) Board für interstitielle Lungenerkrankungen mit mindestens zweiwöchentlichen interdisziplinären protokollierten Fachkonferenzen, bestehend aus mindestens je einem Facharzt oder einer Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Radiologie und Pathologie. Bei Bedarf nimmt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie an der Fachkonferenz teil. Das Gremium führt mindestens zweiwöchentlich interdisziplinäre protokollierte Fachkonferenzen durch, in denen jährlich mindestens 50 Fälle vorgestellt werden und für die eine dokumentierte Diagnose und Therapieentscheidung getroffen wird. Die Fachkonferenzen können auch telemedizinisch durchgeführt werden
 - b) jährliche Behandlung von mindestens 300 stationären Fällen mit der Hauptdiagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung (J84.-),
 - c) technische Voraussetzungen und umfassende Erfahrungen in der Indikationsstellung, Durchführung und dem Komplikationsmanagement der bronchoalveolären Lavage und der Kryobiopsie und
 - d) Möglichkeit zur Durchführung von Rechtsherzkatheter-Untersuchungen
- oder
3. Vorhaltung einer Behandlungseinheit für seltene Infektionskrankheiten der Atmungsorgane einschließlich Tuberkulose (TB) und andere Mykobakteriosen, welche die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
- a) Jährliche Behandlung von mindestens 150 stationären Fällen seltener Infektionskrankheiten der Lunge einschließlich Tuberkulose und atypischen Mykobakteriosen (A15.-, A16.-, A19.-, A21.2, A22.1, A31.0, A48.1, B25.0, B37.1, B44.0, B44.1, J12-14),
 - b) Möglichkeit zur Speziesbestimmung und zur phänotypischen Resistenzbestimmung, auch in Kooperation möglich. Möglichkeit zur genotypischen Resistenzbestimmung gegen Rifampicin und Isoniazid innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang, auch in Kooperation möglich,
 - c) eine getrennte Infektionsstation zur Behandlung von ansteckungsfähigen Tuberkulosen einschließlich multi-drug resistant TB (MDR-TB) ist vorhanden,

- d) Möglichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit ansteckungsfähiger Tuberkulose auf einer Intensivstation,
- e) Vorhaltung eines multidisziplinären Antibiotic Stewardship (ABS) - Teams (gemäß S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaaanwendung im Krankenhaus“ Stand: 31.01.2019), bestehend aus mindestens vier Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern:
 - Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit Verantwortung für die Krankenhaushygiene und
 - Fachärztin oder Facharzt entweder mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
 - Apothekerin oder Apotheker mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder Fortbildung in ABS und
 - Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit Zuständigkeit für mikrobiologische Diagnostik.

Hausinterne Leitlinien zur Behandlung von infektiologischen Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. CAP) müssen verfügbar sein.

- f) Möglichkeiten zur Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer HIV/AIDS-Erkrankung sowie von Patientinnen und Patienten mit einer immunsupprimierenden Erkrankung bestehen und
- g) Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Tuberkulose

(6) Sofern intensivmedizinische telemedizinische Leistungen nach § 2 Nummer 9 als besondere Aufgabe übernommen werden sollen, müssen zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt sein:

1. Intensivmedizinische Behandlung von mehr als 50 vollstationären Fällen mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!) im Jahr 2020 und
2. eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist jederzeit innerhalb von 30 Minuten nach Eingang der Anfrage im Zentrum für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können unter Beachtung von § 4 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen eine oder mehrere der folgenden besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, wenn diese zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind: Durchführung von fachspezifischen Kolloquien, Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, ggf. unter Beteiligung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser oder spezialisierten Reha-Einrichtungen, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Registererstellung oder – sofern vorhanden – Führung und Auswertung eines nationalen oder internationalen Registers unter Einhaltung anerkannter Standards, die den institutionsübergreifenden Datenaustausch sicherstellen.
3. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser oder spezialisierter Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der Pneumologie dienen. Diese Veranstaltungen sollten möglichst in Zusammenarbeit mit der Patientenselbsthilfe konzipiert und durchgeführt werden.
4. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
5. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Lungenzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und

diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus) soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOPs) für spezifische Versorgungsprozesse. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Lungenzentrums und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Anzahl der im Zentrum tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
 - c) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
 - d) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der erstellten SOPs und Behandlungskonzepte),
 - e) Anzahl und Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
 - f) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Lungenzentren und
 - g) Nennung der Leitlinien und Konsensuspapiere, an denen das Zentrum mitarbeitet,
 - h) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Lungenmedizin und
 - i) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
6. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser oder spezialisierte Reha-Einrichtungen, an denen auch spezialisierte Vertrags-ärztinnen und Vertragsärzte teilnehmen können, wenn diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

7. Durchführung von Informationsveranstaltungen für Betroffene und Patientenorganisationen zu den speziellen Angeboten des Zentrums (maximal eine Veranstaltung je Quartal).
8. Sofern Kinder im Zentrum behandelt werden: Implementierung eines Transitionskonzepts zum geplanten Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung von Entwicklungszustand, Krankheitslast und Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten.
9. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser mit der Nebendiagnose SARS-CoV-2 (U07.1!), wenn diese Leistungen zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

10.4.11 Zentren für Intensivmedizin

§ 1 Qualitätsanforderungen

(1) Strukturelle, personelle und fachliche Anforderungen:

1. Vorhaltung einer überregionalen intensivmedizinischen Schwerpunktversorgung mit einer intensivmedizinischen, interdisziplinären Kapazität von mindestens 30 High-Care-Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung und Organersatztherapie am Standort des Intensivmedizinischen Zentrums.
2. Die ärztliche Leitung des Zentrums verfügt über die Befugnis für die jeweilige Facharztweiterbildung und für die Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“.
3. Die personelle Ausstattung der Intensivstationen des Zentrums mit Ärztinnen und Ärzten und ihre Qualifikationen entsprechen den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 02.11.2022 (Abschnitt D1, Unterüberschrift „Qualifikation und Präsenz“).
4. Als apparative Ausstattung wird Folgendes vorgehalten: Röntgen, Sonografie, Transthorakale Echokardiographie (TTE), Point-of-care-Labor, Bronchoskopie, Endoskopie, Transösophageale Echokardiographie (TEE).
5. Jederzeitige (24/7) Aufnahmebereitschaft für akut intensivmedizinische Fälle.
6. Die infektiologische oder mikrobiologische Kompetenz für Beratung oder telematische Visiten ist gewährleistet.
7. Es ist eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung „Palliativmedizin“ verfügbar.
8. Mindestens 10 der folgenden Fachdisziplinen sind jederzeit mindestens in Rufbereitschaft mit Facharztstatus verfügbar:
 - a) Kardiologie,
 - b) Gastroenterologie,
 - c) Neurologie,
 - d) Hämatonkologie/ Onkologie,
 - e) Nephrologie,
 - f) Pulmonologie,
 - g) Anästhesiologie,

- h) Pädiatrie,
- i) Viszeralchirurgie,
- j) Transplantationschirurgie,
- k) Orthopädie/Unfallchirurgie,
- l) Gefäßchirurgie,
- m) Herzchirurgie,
- n) Thoraxchirurgie,
- o) Neurochirurgie,
- p) Neuroradiologie,
- q) Psychiatrie/Psychosomatik,
- r) HNO oder MKG,
- s) Plastische Chirurgie,
- t) Radiologie,
- u) Gynäkologie,
- v) Urologie.

9. Jederzeitige (24/7) Vorhaltung eines Abholdienstes für Patientinnen und Patienten mit der Indikation zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO).
10. Jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit interventioneller schnittbildgebender radiologischer Verfahren (CT und MRT).
11. Werktägliche Verfügbarkeit einer psychologischen Betreuung und Krisenintervention für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende.
12. Das Zentrum veröffentlicht eine Kontaktmöglichkeit unter der eine intensivmedizinische Beratung angefragt werden kann auf seinen Internetseiten oder denen einer intensivmedizinischen Fachgesellschaft.

(2) Forschungstätigkeit

1. Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder
2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich der Intensivmedizin oder
3. Beteiligung an multizentrischen klinischen Studien im Bereich der Intensivmedizin.

(3) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.

(4) Kooperationen

Das Zentrum kooperiert strukturiert und regelhaft mit anderen Krankenhäusern mit intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeit. Die Aufgaben Nummer 1, 3 sowie 5 bis 7 können nur

1. für Krankenhäuser, die mindestens die Anforderungen an die Basisnotfallstufe oder das Modul Schwerverletztenversorgung nach den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen, oder
2. für Fachkrankenhäuser, die über ein ihrem Behandlungsangebot entsprechendes intensivmedizinisches Ausstattung und Kompetenz verfügen, erbracht werden.

(5) Mindestfallzahlen

1. Stationäre Behandlung von jährlich mindestens 1.900 Fällen mit aufwändiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung (OPS 8-98f.-) und
2. jährlich mindestens 25 Fälle mit mindestens einem der folgenden OPS-Kodes: 8-852.01 bis 8-852.09, 8-852.0b, 8-852.0c, 8-852.0d, 8-852.0e (Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung, Dauer ≥ 48 Stunden).

(6) Anforderung an die Telemedizinereinheit

1. Die Vorgaben gemäß § 3 Absatz 9 des Allgemeinen Teils der Zentrums-Regelungen sind anzuwenden.
2. Sofern mindestens eine der Aufgaben nach § 2 Nummer 5 oder 7 als besondere Aufgabe übernommen werden soll, muss eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin jederzeit innerhalb von 30 Minuten für eine telemedizinische Visite für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein.

3. Sofern die Aufgabe nach § 2 Nummer 6 übernommen werden soll, muss für diese telemedizinischen Pflegevisiten eine Pflegefachkraft mit der Fachweiterbildung „Intensiv- und Anästhesiepflege“ werktags zwischen 8 und 16 Uhr verfügbar sein.

§ 2 Besondere Aufgaben

Einrichtungen, die die Qualitätsanforderungen des § 1 erfüllen, können folgende besonderen Aufgaben übernehmen:

1. Interdisziplinäre intensivmedizinische Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser bei komplexen, intensivmedizinischen Behandlungsfällen, inklusive einer Beratung zum Erfordernis einer Sekundärverlegung, wenn diese Fallkonferenzen zwischen den Beteiligten schriftlich vereinbart sind. Durchführung von fachspezifischen Kolloquien oder Durchführung von interdisziplinären Fallkonferenzen mit anderen Krankenhäusern oder Beratung von Ärztinnen und Ärzten anderer Krankenhäuser, sofern diese Leistungen nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind; diese Leistungen können auch telemedizinisch erbracht werden.
2. Regelmäßige, strukturierte, zentrumsbezogene Fort- oder Weiterbildungsveranstaltungen (kostenloses Angebot, nicht fremdfinanziert) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Krankenhäuser, sofern diese der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der intensivmedizinischen Versorgung dienen.
3. Unterstützung anderer Leistungserbringer im stationären Bereich durch Bereitstellung gebündelter interdisziplinärer Fachexpertise in Form von Prüfung und Bewertung von Patientenakten anderer Leistungserbringer und Abgabe von Behandlungsempfehlungen.
4. Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen durch Implementierung eines Zyklus, der die Ergebnisse des Intensivzentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und diese umsetzt (Umsetzung PDCA-Zyklus), soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen. Dazu gehört auch die Erarbeitung fachübergreifender Behandlungskonzepte und Behandlungspfade oder die Erstellung von Standard Operating Procedures (SOP) für spezifische

Versorgungsprozesse in der Intensivmedizin. Diese Maßnahmen und Ergebnisse sind in einem jährlichen, öffentlich zugänglichen Bericht darzustellen, der mindestens beinhaltet:

- a) Darstellung des Zentrums für Intensivmedizin und seiner Netzwerkpartner,
 - b) Art und Anzahl der pro Jahr erbrachten besonderen Aufgaben (z.B. Anzahl der Fallkonferenzen für stationäre Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser),
 - c) Darstellung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung der besonderen Aufgabenwahrnehmung (inklusive der SOPs und Behandlungskonzepte),
 - d) Anzahl/Beschreibung der durchgeführten Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,
 - e) Darstellung der Maßnahmen zum strukturierten Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge mit anderen Zentren der Intensivmedizin,
 - f) Nennung der wissenschaftlichen Publikationen (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) des Zentrums im Bereich Intensivmedizin,
 - g) Nennung der klinischen Studien, an denen das Zentrum teilnimmt.
5. Erbringung zentrumsspezifischer telemedizinischer Leistungen für andere Krankenhäuser, wenn zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
 6. Erbringung intensivpflegerischer Beratungsleistungen für andere Krankenhäuser, sofern diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.
 7. Erbringung intensivmedizinischer telemedizinischer Visiten für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser, sofern diese zwischen den Leistungserbringern schriftlich vereinbart sind und nicht bereits als Konsiliarleistung abrechenbar sind.

- TOP 10 -

Einführung von Drogenqualitätskontrollen in Drogenkonsumräumen

Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 12. April 2024

Seite 1 von 1

An den
Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

VORLAGE
18/2450

A01

Aktenzeichen 93.02.10-000037
bei Antwort bitte angeben

RB Simon Barthelmess
Telefon 0211 855-4485
Telefax 0211 855-3683
simon.barthelmess@mags.nrw.
de

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Bericht: "Einführung von Drogenqualitätskontrollen in
Drogenkonsumräumen"**

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales,
Herr Josef Neumann MdL, hat mich auf Grundlage eines Schreibens der
Fraktion der SPD für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit
und Soziales am 17. April 2024 um einen schriftlichen Bericht zum o.g.
Thema gebeten.

Dieser Bitte komme ich gerne nach und übersende Ihnen den erbetenen
Bericht mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses.

Mit freundlichen Grüßen

Karl-Josef Laumann MdL

Anlage

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

Bericht

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen

**„Einführung von Drogenqualitätskontrollen in
Drogenkonsumräumen“**

Mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (BGBl. 2023 I Nr. 197), das am 27.07.2023 in Kraft getreten ist, wurde u. a. das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geändert. Dort wurde der neue § 10b BtMG eingefügt, nach dem Modellvorhaben zur qualitativen und quantitativen chemischen Analyse von Betäubungsmitteln möglich sind, wenn gemäß § 10b Absatz 1 BtMG mit der Analyse eine Risikobewertung und gesundheitliche Aufklärung über die Folgen des Konsums verbunden ist. Die Landesregierungen bestimmen dabei durch Rechtsverordnung die Erlaubnisbehörde und legen Anforderungen an die Durchführung nach § 10b Absatz 2 BtMG fest.

Nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit ist diese Regelung als eine Verpflichtung der Länder zum Erlass einer solchen Rechtsverordnung zu verstehen. Erst auf Grund dieser Vorgaben kann die Landesregierung Drug-Checking ermöglichen. Zuvor fehlte eine Rechtsgrundlage für ein gesetzeskonformes Drug-Checking-Angebot.

Mit der bereits im Jahre 2000 verkündeten Drogenkonsumraumverordnung nach § 10a Absatz 2 BtMG hat die Landesregierung frühzeitig den rechtlichen Rahmen für die Inbetriebnahme von Drogenkonsumräumen geschaffen. Mittlerweile besteht in Nordrhein-Westfalen mit einem mobilen und zwölf stationären Drogenkonsumräumen das bundesweit größte Angebot an diesen Einrichtungen.

Seit dem Jahre 2002 werden die Drogenkonsumräume durch eine von der Landesregierung beauftragte Stelle eng begleitet. Diese Aufgabe wird seit 2013 durch die Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW (ehemals Landesstelle Sucht) als landesweite, fachliche Koordinierungs- und Bündelungsstelle wahrgenommen. Sie unterrichtet das für Gesundheit zuständige Ministerium über aktuelle Entwicklungen in den Drogenkonsumräumen und verfasst einen jährlichen Bericht über die Arbeit der Drogenkonsumräume. Die hieraus gewonnenen Erkenntnisse dienen der Landesregierung für die Weiterentwicklung des gesetzlichen Rahmens, um den Drogenkonsumräumen die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots zu ermöglichen, das die aktuellen Konsumgewohnheiten der Klientel berücksichtigt (z. B. durch die Novellierung der Drogenkonsumraumverordnung zur Ermöglichung des inhalativen Drogenkonsums in den Drogenkonsumräumen).

Gleichfalls ist die Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW Ansprechpartnerin für die Kommunen und bietet mit einem umfangreichen Fragen- und Antwortkatalog auf ihrer Webseite eine umfassende, niedrighschwellige Orientierung für an der Einrichtung eines Drogenkonsumraums interessierte Kommunen an. Ebenso blickt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Erlaubnisbehörde auf eine gedeihliche Zusammenarbeit mit den Bezirksregierungen als Überwachungsbehörden und den jeweiligen Kommunen.

Grundsätzlich ist die Suchthilfe eine kommunale Aufgabe; Drogenkonsumräume können zudem durch Träger der freien Wohlfahrtspflege betrieben werden. Die Kommunen entscheiden selbstständig anhand der örtlichen Gegebenheiten, ob ein Bedarf nach der Errichtung eines Drogenkonsumraums besteht. Gleichfalls können wichtige Entscheidungen wie die Standortwahl oder die Partizipation von Bürgerinnen und Bürgern nur auf der kommunalen Ebene, auch unter Einbindung der örtlich zuständigen Kreispolizeibehörden (städtebauliche Kriminalprävention), sinnvoll getroffen werden.

Gemäß § 29 Landeshaushaltsgesetz fördert die Landesregierung seit 2014 durchgehend die kommunalen Maßnahmen zur Suchtprävention und -hilfe mittels der fachbezogenen Pauschale in Höhe von 9.369.800 Euro jährlich. Die Kommunen können über diese Mittel zum Zwecke der Suchthilfe und -beratung ohne

Verwendungsnachweis verfügen. Es ist ihnen freigestellt, die durch die Landesregierung bereitgestellten Mittel auch zur Finanzierung von Drogenkonsumräumen aufzuwenden.

Drug-Checking-Modellvorhaben in Drogenkonsumräumen könnten aus suchtfachlicher Sicht dazu beitragen, Leben zu retten, indem Beimengungen, die zu tödlichen Überdosierungen führen können, identifiziert werden. Sie könnten das Spektrum der niedrighschwelliger Angebote für eine schwerstabhängige Klientel ergänzen, bei der ein besonderer Bedarf nach weiteren Möglichkeiten der Schadensminimierung besteht. Auch der Bundesgesetzgeber hebt in seiner Begründung zur Einführung des § 10b BtMG die Drogenkonsumräume als geeignete Orte für Drug-Checking-Modellvorhaben hervor.

Dafür braucht es entsprechend verlässliche Tests, die ein schnelles Ergebnis produzieren. Vor der Erstellung einer Verordnung für Drug-Checking-Modellvorhaben ist es daher notwendig, die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Testverfahren wie etwa Dauer bis zum Testergebnis, notwendige Testapparaturen, Sicherheit des Testergebnisses (Falsch-Positiv-/Negativ-Rate) oder Aussagekraft (Detektion der Substanz vs. Quantifizierung der Substanz), der informative Nutzen der jeweiligen Testergebnisse für die Konsumierenden und deren Nutzen im Hinblick auf einen „sicheren Gebrauch“ sowie die praktische Umsetzbarkeit vor Ort zu prüfen.

Ergebnisse des Berliner Modellvorhabens zeigen beispielsweise, dass eine Analyse der eingereichten Substanz bis zur Ergebnismitteilung an die Konsumentin bzw. den Konsumenten in der Regel mehrere Tage in Anspruch nimmt. Darüber hinaus handelt es sich bei der angewandten Analyseverfahren um eine solche, bei der die zu testende Substanz vernichtet wird. Insbesondere für besonders vulnerable Konsumentengruppen, wie zum Beispiel schwerst suchterkrankte Langzeitkonsumentinnen und -konsumenten mit dringlichem Konsumzwang, wäre das Angebot einer solchen Testung daher unattraktiv.

Prüfungen der Landesregierung zur Schaffung einer nordrhein-westfälischen Rechtsverordnung zu Drug-Checking-Modellvorhaben erfolgen mit Blick auf das oben Dargestellte ganzheitlich. Neben der Bewertung möglicher positiver Auswirkungen,

insbesondere im Bereich der Suchthilfe und -prävention, erfolgt auch eine umfassende Analyse eventueller Risiken und negativer Konsequenzen, etwa im Bereich der polizeilichen Kriminalprävention.

Das Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen weist in diesem Zusammenhang unter anderem auf folgende kriminalfachliche Aspekte hin:

- 38 Prozent aller kriminellen Aktivitäten in der Europäischen Union stehen – auf Grundlage eines Berichts des Europäischen Rats aus dem Jahr 2023 – im Zusammenhang mit dem illegalen Drogenhandel. Er verursacht – neben den immanenten Konsequenzen – weitere schwerwiegende Sicherheitsbedrohungen durch deliktsbezogene Gewalt, Geldwäsche und Korruption. Der illegale Betäubungsmittelhandel ist eine der Haupteinnahmequellen für Gruppierungen der Organisierten Kriminalität. Die vielzähligen negativen Auswirkungen Organisierter Kriminalität auf die Gesellschaft reichen von Gewalt und Einschüchterung über die Schädigung der Wirtschaft bis zur Unterwanderung staatlicher Institutionen und damit einer nachhaltigen Schwächung des Rechtsstaats. Insofern ist eine kritische kriminalpolitische Prüfung, die Schwelle der Nutzung von Betäubungsmitteln durch das Bereitstellen von Informationen über einen vermeintlich „sicheren Gebrauch“ zu erleichtern, geboten.
- Im Falle der Feststellung von lebensgefährlichen Substanzen im Rahmen der Wirkstoffanalyse muss der Staat handlungsfähig sein. Durch die Gewährleistung der Anonymität der Nutzerinnen und Nutzer der Untersuchungsangebote können erhebliche Gesundheitsgefahren nicht effektiv abgewehrt werden.

Die zuständigen Ressorts der Landesregierung stehen daher untereinander wie auch mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren sowie Expertinnen und Experten im Austausch bzgl. einer möglichen Verordnung zur Einrichtung von Drug-Checking-Modellvorhaben in Drogenkonsumräumen.

- TOP 11 -

Landesausschuss Alter und Pflege

Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Datum: 11. April 2024
Seite 1 von 1

An den
Präsidenten
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

VORLAGE
18/2431

A01

Aktenzeichen
bei Antwort bitte angeben

Fabian Schalt
Telefon 0211 855-3192
Telefax 0211 855-3683
fabian.schalt@mags.nrw.de

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Bericht: „Landesausschuss Alter und Pflege“

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

der Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Herr Josef Neumann MdL, hat mich auf Grundlage eines Schreibens der Fraktion der SPD für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17. April 2024 um einen schriftlichen Bericht zum o.g. Thema gebeten.

Dieser Bitte komme ich gerne nach und übersende Ihnen den erbetenen Bericht mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitglieder des Ausschusses.

Mit freundlichen Grüßen

Karl-Josef Laumann MdL

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

Anlage

Bericht

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landtags Nordrhein-Westfalen

„Landesausschuss Alter und Pflege“

Der Landesausschuss Alter und Pflege (LAP) ist gemäß § 3 Abs. 2 Alten- und Pflegegesetz NRW ein fachliches Beratungsgremium zur Alten- und Pflegepolitik in Nordrhein-Westfalen, in dem Akteurinnen und Akteure aus diesem Bereich vertreten sind. Der LAP hat am 13. November 2023 in Präsenz getagt und sich neu aufgestellt, es war die erste Sitzung des LAP in der dritten Amtsperiode. Die nächste Sitzung des LAP wird am 19. Juni 2024 stattfinden, ebenfalls in Präsenz. Im Rahmen der zweiten Amtsperiode (2019 bis 2023) haben fünf LAP-Sitzungen stattgefunden, vier davon in Präsenz, eine – pandemiebedingt – digital.

Protokolle werden von allen LAP-Sitzungen durch die LAP-Geschäftsstelle erstellt, die im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen angesiedelt ist. Vor dem Hintergrund, dass der LAP eine eigenständige Institution auf Grundlage von landes- und bundesgesetzlichen Bestimmungen ist, obliegt dem LAP auch die Entscheidung darüber, wie mit den Protokollen zu verfahren ist. Dies betrifft insbesondere auch eine mögliche Veröffentlichung bzw. Weitergabe. Hierzu wurde Kontakt mit dem Vorsitzenden des LAP, Herrn Dr. Michael Ziemons, aufgenommen. Um der Entscheidungshoheit des LAP gerecht zu werden, soll nach Entscheidung des Vorsitzenden der Ausschuss selbst bzw. seine Mitglieder über den Umgang mit den Protokollen und Beschlüssen entscheiden. Beschlussfassungen erfolgen in Sitzungen. Die Tagesordnung der kommenden LAP-Sitzung soll entsprechend erweitert werden, um das dafür notwendige Meinungsbild des LAP einzuholen. Dies gilt auch in Bezug auf die Veröffentlichung bzw. Weitergabe der Beschlüsse bzw.

Handlungsempfehlungen des LAP, die Protokoll-Bestandteile sind. Ein ergänzender Bericht an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales erfolgt durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales als Geschäftsstelle des LAP nach Beschlussfassung.

Für die Landesregierung ist der LAP auf Fachebene eine zentrale Austausch- und Kommunikationsplattform, um einerseits die LAP-Mitglieder über bestimmte pflege- und seniorenpolitische Entwicklungen auf Landesebene zu informieren – und andererseits, um die Fachexpertise der LAP-Mitglieder und ihrer Institutionen / Verbände zu pflege- und seniorenpolitischen Themen im Rahmen ihres im LAP zum Ausdruck kommenden Beratungsauftrags zu nutzen und in die fachliche Arbeit des Landes einfließen zu lassen. Insofern erfüllt der LAP auch die Intention des § 8 SGB XI im Sinne der pflegerischen Versorgung als gemeinschaftliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

In einem regelmäßigen Informationsaustausch, insbesondere auch außerhalb der Sitzungen des LAP, wurde beispielsweise die Einführung der Personalbemessung nach § 113c SGB XI eng begleitet. Darüber hinaus ist die Landesregierung zur Fachkräftesicherung in der Pflege bereits in den zurückliegenden Jahren vielfältig tätig geworden; so z. B. bei der erfolgreichen Umsetzung der im Jahr 2020 gestarteten, generalistischen Pflegeausbildung, der Einführung einer neuen, niedrighschwelligen Ausbildung in der Pflegefachassistenz oder bei den sehr umfassenden Sonderinvestitionsprogrammen zur Modernisierung bestehender und Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten. Mit diesen Maßnahmen wurden u. a. auch Empfehlungen und Beiträge aus dem LAP aufgegriffen. Ebenso sind Empfehlungen des LAP in die Ausgestaltung des Landesförderplans Alter und Pflege eingeflossen.

Durch die gesetzliche Verankerung der Aufgaben des LAP sind Kontinuität und Stärke des Gremiums sichergestellt.

- TOP 12 -

Berücksichtigung der Berufskollegs im Rahmen des Startchancen-Programms



Ministerium für Schule und Bildung NRW, 40190 Düsseldorf

An den
Präsidenten des Landtags
Herrn André Kuper MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

11. April 2024
Seite 1 von 3

Aktenzeichen:
43
bei Antwort bitte angeben

Dorothee Feller

**Bericht zum Thema: „Berücksichtigung der Berufskollegs im
Rahmen des Startchancen-Programms“**

Bitte der Fraktion der SPD um einen schriftlichen Bericht für die Sitzung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 17. April 2024

Auskunft erteilt:
Herr Verhoeven
Telefon 0211 5867-3575
Telefax 0211 5867-3220
benjamin.verhoeven@msb.nrw.de

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

beigefügt übersende ich den erbetenen Bericht zum Thema
„Berücksichtigung der Berufskollegs im Rahmen des Startchancen-
Programms“ für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und
Soziales am 17. April 2024.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie diesen den Mitgliedern des Aus-
schusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Information zuleiten
würden.

Mit freundlichen Grüßen

Dorothee Feller

Anschrift:
Völklinger Straße 49
40221 Düsseldorf
Telefon 0211 5867-40
Telefax 0211 5867-3220
poststelle@msb.nrw.de
www.schulministerium.nrw

Postanschrift:
Ministerium für
Schule und Bildung NRW
40190 Düsseldorf

**Bericht des Ministeriums für Schule und Bildung
des Landes Nordrhein-Westfalen**

**„Berücksichtigung der Berufskollegs im Rahmen des
Startchancen-Programms“**

**Bitte der Fraktion der SPD um einen schriftlichen Bericht der
Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit,
Gesundheit und Soziales am 17. April 2024**

Die Auswahl der Startchancen-Schulen in Nordrhein-Westfalen ist in zwei Tranchen vorgesehen: eine erste Kohorte von bis zu 400 Schulen soll zum Schuljahr 2024/2025 in das Programm starten. Die landesseitige Auswahl der Schulen für die erste Kohorte ist dem Bund bis zum 1. Juni 2024 zu melden. Die weitere Kohorte mit rund 500 Schulen soll zum Schuljahr 2025/2026 in das Startchancen-Programm integriert werden. Die Schulen der zweiten Kohorte sind dem Bund bis zum 1. Juni 2025 zu melden.

Gemäß Kapitel A. III. 6. der Bund-Länder-Vereinbarung ist die Auswahlentscheidung auf der Grundlage geeigneter, wissenschaftsgeleiteter Kriterien zu treffen. Als Mindestanforderung sind die Benachteiligungsdimensionen „Armut“ und „Migration“ anzulegen. Länder, die bereits eigene Sozialindizes entwickelt haben, sollen diese nutzen können. Diesen Vorgaben entsprechend, soll zur Identifikation der teilnehmenden Schulen in Nordrhein-Westfalen prioritär der Schulsozialindex NRW herangezogen werden. Für die Schulformen, für die kein Schulsozialindex existiert (Förderschulen, Berufskollegs), sollen entsprechend den Vorgaben auf Bundesebene eng an die Sozialindikatoren angelehnte geeignete Kriterien für die Schulauswahl angewendet werden, die im Wesentlichen auf den Amtlichen Schuldaten basieren.

Gemäß den Vorgaben der Bundesregierung sollen von der Förderung im Rahmen des Startchancen-Programms ausdrücklich auch berufliche Schulen profitieren; hier vereinbarungsgemäß ausschließlich Bildungsgänge der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung.

Entsprechend dem Anteil der Berufskollegs mit vollzeitschulischer Ausbildungsvorbereitung an der Gesamtzahl der Schulen in Nordrhein-Westfalen (rund 5 Prozent) ist beabsichtigt, insgesamt 46 Berufskollegs (inklusive Förder-Berufskollegs) zu Startchancen-Schulen zu machen. Für die Schulform „Berufskolleg“ sind für die Auswahl der teilnehmenden Berufskollegs mit dem Bildungsgang der vollzeitschulischen

Ausbildungsvorbereitung eigene Kriterien definiert worden, die die in der Bund-Länder-Vereinbarung festgelegten Indikatoren „Armut“ und „Migration“ abbilden. Dieses Auswahlverfahren soll in gleicher Weise auch auf die 15 Berufskollegs, die am Schulversuch Talentschulen teilnehmen, angewendet werden.

Für die Festlegung einer Reihenfolge, nach der die Berufskollegs ausgewählt werden können, empfehlen sich die nachfolgenden programmgemäßen Kriterien: Entsprechend der Ausrichtung des Startchancen-Programms sollen vor allem Berufskollegs mit einer hohen Anzahl und einem hohen Anteil an Schülerinnen und Schülern in den Bildungsgängen der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung für die Teilnahme am Startchancen-Programm vorgesehen werden.

Darüber hinaus soll bei der trägerneutralen Entscheidung über die Einbeziehung eines Berufskollegs in das Startchancen-Programm berücksichtigt werden, wie hoch im oben genannten Betrachtungszeitraum die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einem Migrationshintergrund ist. Für die Ermittlung des Migrationshintergrunds sollen die auch für die Konstruktion des Schulsozialindexes einschlägigen Indikatoren zur Zuwanderungsgeschichte (Schülerinnen und Schüler mit eigenem Zuzug aus dem Ausland und mit nicht-deutscher Verkehrssprache in der Familie) bezogen auf die Schülerinnen und Schüler in der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung maßgeblich sein.

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
18. WAHLPERIODE

VORLAGE
18/2444

A15, A01

**Ministerium für
Schule und Bildung
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Die Ministerin

Ministerium für Schule und Bildung NRW, 40190 Düsseldorf

An den Vorsitzenden des
Ausschusses für Schule und Bildung
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn Florian Braun MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

12. April 2024

Seite 1 von 4

Aktenzeichen:

43

bei Antwort bitte angeben

Dorothee Feller

**Bericht zum Thema: „Berücksichtigung der Berufskollegs und
Förderschulen im Rahmen des Startchancen-Programms“**

Bitte der Fraktion der SPD um einen schriftlichen Bericht für die Sitzung
des Ausschusses für Schule und Bildung am 17. April 2024

Auskunft erteilt:

Herr Verhoeven

Telefon 0211 5867-3575

Telefax 0211 5867-3220

benjamin.verhoeven@msb.nrw.de

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

beigefügt übersende ich den erbetenen Bericht zum Thema
„Berücksichtigung der Berufskollegs und Förderschulen im Rahmen des
Startchancen-Programms“ für die Sitzung des Ausschusses für Schule
und Bildung am 17. April 2024.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie diesen den Mitgliedern des Aus-
schusses für Schule und Bildung vorab zur Information zuleiten würden.

Mit freundlichen Grüßen


Dorothee Feller

Anschrift:

Völklinger Straße 49

40221 Düsseldorf

Telefon 0211 5867-40

Telefax 0211 5867-3220

poststelle@msb.nrw.de

www.schulministerium.nrw

Postanschrift:

Ministerium für

Schule und Bildung NRW

40190 Düsseldorf

**Bericht des Ministeriums für Schule und Bildung
des Landes Nordrhein-Westfalen**

**„Berücksichtigung der Berufskollegs und Förderschulen
im Rahmen des Startchancen-Programms“**

**Bitte der Fraktion der SPD um einen schriftlichen Bericht der
Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Schule und
Bildung am 17. April 2024**

Die Auswahl der Startchancen-Schulen in Nordrhein-Westfalen ist in zwei Tranchen vorgesehen: eine erste Kohorte von bis zu 400 Schulen soll zum Schuljahr 2024/2025 in das Programm starten. Die landesseitige Auswahl der Schulen für die erste Kohorte ist dem Bund bis zum 1. Juni 2024 zu melden. Die weitere Kohorte mit rund 500 Schulen soll zum Schuljahr 2025/2026 in das Startchancen-Programm integriert werden. Die Schulen der zweiten Kohorte sind dem Bund bis zum 1. Juni 2025 zu melden.

Gemäß Kapitel A. III. 6. der Bund-Länder-Vereinbarung ist die Auswahlentscheidung auf der Grundlage geeigneter, wissenschaftsgeleiteter Kriterien zu treffen. Als Mindestanforderung sind die Benachteiligungsdimensionen „Armut“ und „Migration“ anzulegen. Länder, die bereits eigene Sozialindizes entwickelt haben, sollen diese nutzen können. Diesen Vorgaben entsprechend, soll zur Identifikation der teilnehmenden Schulen in Nordrhein-Westfalen prioritär der Schulsozialindex NRW herangezogen werden. Für die Schulformen, für die kein Schulsozialindex existiert (Förderschulen, Berufskollegs), sollen entsprechend den Vorgaben auf Bundesebene eng an die Sozialindikatoren angelehnte geeignete Kriterien für die Schulauswahl angewendet werden, die im Wesentlichen auf den Amtlichen Schuldaten (ASD) basieren.

Vollzeitschulische Ausbildungsvorbereitung an Berufskollegs

Gemäß den Vorgaben der Bundesregierung sollen von der Förderung im Rahmen des Startchancen-Programms ausdrücklich auch berufliche Schulen profitieren, hier vereinbarungsgemäß ausschließlich Bildungsgänge der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung.

Entsprechend dem Anteil der Berufskollegs mit vollzeitschulischer Ausbildungsvorbereitung an der Gesamtzahl der Schulen in Nordrhein-Westfalen (rund 5 Prozent) ist beabsichtigt, insgesamt 46 Berufskollegs (inklusive Berufskollegs als Förderschule) zu Startchancen-Schulen zu

machen. Für die Schulform „Berufskolleg“ sind für die Auswahl der teilnehmenden Berufskollegs mit dem Bildungsgang der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung eigene Kriterien definiert worden, die die in der Bund-Länder-Vereinbarung festgelegten Indikatoren „Armut“ und „Migration“ abbilden. Dieses Auswahlverfahren soll in gleicher Weise auch auf die 15 Berufskollegs, die am Schulversuch Talentschulen teilnehmen, angewendet werden.

Für die Festlegung einer Reihenfolge, nach der die Berufskollegs ausgewählt werden können, empfehlen sich die nachfolgenden programmgemäßen Kriterien: Entsprechend der Ausrichtung des Startchancen-Programms sollen vor allem Berufskollegs mit einer hohen Anzahl und einem hohen Anteil an Schülerinnen und Schülern in den Bildungsgängen der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung für die Teilnahme am Startchancen-Programm vorgesehen werden.

Darüber hinaus soll bei der trägerneutralen Entscheidung über die Einbeziehung eines Berufskollegs in das Startchancen-Programm berücksichtigt werden, wie hoch im oben genannten Betrachtungszeitraum die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit einem Migrationshintergrund ist. Für die Ermittlung des Migrationshintergrunds sollen die auch für die Konstruktion des Schulsozialindex einschlägigen Indikatoren zur Zuwanderungsgeschichte (Schülerinnen und Schüler mit eigenem Zuzug aus dem Ausland und mit nicht-deutscher Verkehrssprache in der Familie) bezogen auf die Schülerinnen und Schüler in der vollzeitschulischen Ausbildungsvorbereitung maßgeblich sein.

Förderschulen

Die Schulform „Förderschule“ soll grundsätzlich am Startchancen-Programm partizipieren. Die Auswahl der Schulen soll auf die Förderschwerpunkte Lernen sowie Emotionale und soziale Entwicklung ausgerichtet werden. Es ist beabsichtigt, Förderschulen mit Primar- und Sekundarstufe I auf die Schulauswahl im Primarbereich anzurechnen. Ein großer Teil der Förderschulen mit diesen Förderschwerpunkten wird als schulstufenübergreifender Verbund der Förderschwerpunkte der Lern- und Entwicklungsstörungen geführt (Förderschwerpunkte Lernen, Emotionale und soziale Entwicklung sowie Sprache). Es ist beabsichtigt, diese ebenfalls einzubinden. In diesen Förderschulen im Verbund sollen daher dann auch Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt Sprache am Programm teilnehmen.

Für die Schulform „Förderschule“ sind entsprechend den Vorgaben des Bundes alternative geeignete datengestützte Kriterien zu identifizieren, die sich an der Zielsetzung des Startchancen-Programms ausrichten. Als Mindestanforderung sind hier die Benachteiligungsdimensionen Armut und Migration anzulegen.

Der Anteil der 217 Förderschulen mit den o. g. Förderschwerpunkten an der Gesamtanzahl der rund 5.400 Schulen in Nordrhein-Westfalen beträgt rund 4 Prozent. Folglich sollen insgesamt 37 Förderschulen für eine Teilnahme am Startchancen-Programm berücksichtigt werden. Dies entspricht einem Anteil von vier Prozent an den 920 Startchancen-Schulen.

Die Auswahl einer entsprechenden Anzahl von Förderschulen soll trägerneutral durch die obere Schulaufsicht vor allem auf der Grundlage der Kriterien „Migration“ und „Armutgefährdung“ erfolgen.

Die Verteilung der 37 Schulen auf die fünf Regierungsbezirke wird derzeit noch geprüft. Aufgrund des komplexeren Auswahlverfahrens ist beabsichtigt, die Förderschulen insgesamt für die 2. Kohorte des Startchancen-Programms vorzusehen.

- TOP 13 -
Verschiedenes