



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

6. Sitzung (öffentlich)

30. November 2022

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:31 Uhr bis 17:14 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD)

Protokoll: Carolin Rosendahl

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

	Vor Eintritt in die Tagesordnung	5
1	Dringliche Frage gemäß § 59 GO LT NRW (<i>beantragt von Yvonne Gebauer [FDP] [s. Anlage 1]</i>)	6
2	Bericht der Landesregierung zum aktuellen Stand zur Ausbreitung des Coronavirus und in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen	19
	– mündlicher Bericht der Landesregierung	
	– Wortbeiträge	
3	Schwarz-Grün ist der Bremsklotz für bezahlbares Wohnen: Die Landesregierung muss endlich selbst handeln und für die Mieterinnen und Mieter Sicherheit schaffen	23
	Antrag der Fraktion der SPD Drucksache 18/630	

Schriftliche Anhörung
des Ausschusses für Bauen, Wohnen und Digitalisierung
Stellungnahme 18/21
Stellungnahme 18/25
Stellungnahme 18/26
Stellungnahme 18/27
Stellungnahme 18/30
Stellungnahme 18/33
Stellungnahme 18/34
Stellungnahme 18/36
Stellungnahme 18/38
Stellungnahme 18/40

– abschließende Beratung und Abstimmung (Votum)

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der SPD-Fraktion ab.

4 Eine respektvolle Pflege in NRW – Pflegenden Angehörige stärken! 25

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/1685

– Wortbeiträge

Der Ausschuss kommt überein, eine Anhörung durchzuführen.

5 Schutz von Kindern und Jugendlichen vor geschlechtsangleichenden medizinischen Eingriffen 26

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 18/1680

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Dr. Martin Vincentz (AfD), eine schriftliche Anhörung durchzuführen.

- 6 Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen – Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!** **27**
- Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/1686
- Wortbeiträge
- Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Christina Weng (SPD), eine Anhörung durchzuführen.
- 7 Entwurf einer Elften Verordnung zur Änderung der Zuständigkeitsverordnung Heilberufe** **28**
- Vorlage 18/520
Drucksache 18/1838
- keine Wortbeiträge
- Der Ausschuss ist angehört worden.
- 8 Lieferengpässe bei Medikamenten** (*Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 2]*) **29**
- Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/504
- Wortbeiträge
- 9 Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der Krankenhausplanung in NRW** (*Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 3]*) **30**
- Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/517
- Wortbeiträge
- 10 E-Rezept** (*Bericht beantragt von den Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 4]*) **32**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/505

– Wortbeiträge

- 11 Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens (PeBeM) in der stationären Altenpflege – wie soll der Übergang von der bisherigen Fachkraftquote zum PeBeM gestaltet werden?** *(Bericht beantragt von der FDP-Fraktion [s. Anlage 5])* **34**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/503

– Wortbeiträge

- 12 Verschiedenes** **35**

– keine Wortbeiträge

* * *

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzender Josef Neumann macht darauf aufmerksam, dass die heutige Sitzung per Livestream übertragen und aufgezeichnet werde.

1 Dringliche Frage gemäß § 59 GO LT NRW (beantragt von Yvonne Gebauer [FDP] [s. Anlage 1])

Vorsitzender Josef Neumann: Frau Kollegin Yvonne Gebauer hat die Landesregierung gefragt: „Was unternimmt die Landesregierung angesichts der Überlastung von Kinderkliniken aufgrund der starken Zunahme von RSV-Infektionen?“

Staatssekretär Matthias Heidmeier (MAGS): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Werte Abgeordnete! Das Thema bewegt uns natürlich sehr – auch wegen der jüngsten Berichterstattung. Es kommen mehrere Faktoren zusammen, die zu einer durchaus angespannten Situation führen.

Zwar haben wir keine Hinweise darauf, dass im intensivmedizinischen Bereich die Lage außer Kontrolle geraten ist, haben aber sehr wohl Hinweise darauf, dass der ambulante und stationäre Bereich massiv gefordert sind. Die Grippewelle ist früherer als sonst gestartet, das Immunsystem der Kinder ist nach den Schutzmaßnahmen während der Pandemie nicht mehr trainiert, und wir haben Personalausfälle in den Kliniken.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass diese Grippewelle auf ein gestresstes Gesundheitswesen trifft und dass das auch die Folgen einer Pandemie sind, die uns alle, aber besonders das Gesundheitssystem umfassend gefordert hat.

Wir als Gesundheitsressort beobachten die Lage sehr genau und stehen im regelmäßigen Austausch mit den Kliniken. Ich darf ankündigen, dass sich der Minister in der nächsten Woche, am 7. Dezember, mit den Fachverbänden der Kinder- und Jugendmedizin austauschen wird. Aus aktuellem Anlass werden wir versuchen, die Runde noch um Vertreter der Kliniken zu erweitern, um zu schauen, was wir landesseitig akut leisten können.

Ich würde auch sagen, dass wir im Management sicherlich noch ein paar Sachen tun können, die Lage aber nicht einfach lösbar ist.

Lieber Herr Watzlawik, daher würde ich darum bitten, dass Sie mit Blick auf die konkrete Situation weiter ausführen.

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS): Ich würde einfach mal versuchen, die möglichen Ansatzpunkte darzustellen. Herr Heidmeier hat schon gesagt: Eine einfache, schnelle Lösung für die Probleme in der Pädiatrie gibt es nicht. Es gibt verschiedene Ansatzpunkte. Diese werde ich kurz referieren.

Was wir gerade in den Kinderkliniken erleben, was Sie in der Zeitung lesen und was die Fachgesellschaften in Pressemitteilungen berichten, ist kein Spezifikum, keine besondere Lage, die sich in Nordrhein-Westfalen abspielt. Vielmehr spielt sie sich bundesweit, europaweit ab. Ich habe vorhin mit dem Kollegen aus Bayern telefoniert. Dort sind die Kinderkliniken ähnlich hoch belastet.

Grund dafür ist, dass die Grippewelle früher kommt als bisher, dass dieses RS-Virus, ein respiratorisches Virus, bei den Schulkindern gleichzeitig zur Influenza kommt, dass

die Kinder nach drei Jahren Pandemie vielleicht einen gewissen Nachholbedarf haben, dass das Immunsystem nicht mehr so richtig funktioniert. Und wir haben in den Kliniken insgesamt eine Situation mit hohen Personalausfällen. Das ärztliche und das pflegerische Personal ist sehr erschöpft. Die Situation, die wir jetzt den dritten Winter in Folge haben, trifft auf eine sehr überlastete Situation in den Kinderkliniken, in den Kliniken allgemein. Da tritt der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen allgemein noch einmal sehr deutlich in Erscheinung.

Zum Thema „Fachkräftemangel“. Wie Sie alle wissen, haben wir in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen einen sehr ausgeprägten Fachkräftemangel. Speziell in der Kinderkrankenpflege fehlen laut Landesberichterstattung 50 Fachkräfte. In Bezug auf die Gesundheitsberufe muss man gegensteuern. Das ist aber etwas, für das man nicht ganz schnell für diesen Winter eine Lösung finden wird. Alle Beteiligten, auch die Krankenhäuser, sind aber aufgerufen, an attraktiven Arbeitsbedingungen, Arbeitszeitmodellen und Tarifen zu arbeiten, um das Personal zu halten.

Wir als Landesregierung haben die generalistische Ausbildung eingeführt. Wir können sagen, dass es in den ersten beiden Jahrgängen sogar eine Steigerung der Ausbildungszahlen um etwa 10 % gab. Davon profitiert auch gerade der Bereich der Kinderkrankenpflege.

Wir haben Förderprogramme in Höhe von 350 Millionen Euro aufgelegt – unter anderem für den zusätzlichen Ausbau an Ausbildungsplätzen an Pflegeschulen. Sie alle wissen, dass die Landesregierung für die Schulgeldfreiheit der Gesundheitsberufe gesorgt hat. Allein im Jahr 2022 haben wir mehr als 48 Millionen Euro zur Verfügung gestellt, um die Schulgeldfreiheit dauerhaft zu garantieren.

Außerdem haben wir die Pflegefachassistentenausbildung mit rund 3.000 landesgeförderten Plätzen. Und wir unterstützen die Errichtung der Pflegekammer. – All das sind Ansatzpunkte, um mehr auszubilden. Wie gesagt, sind all das aber Initiativen, die mittel- und langfristig und nicht unbedingt diesen Winter helfen.

Ein Thema, das von den Fachverbänden, den Chefärzten, von Kinderkliniken immer aufgemacht wird, ist die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Es wird immer sehr schnell gefordert, dass wir die Pflegepersonaluntergrenzen möglichst bundesweit aussetzen. Das hat man auch in den ersten Jahren der Pandemie mal gemacht. Dazu sagen wir immer, dass das theoretisch eine Möglichkeit ist, die man ergreifen kann. Aus unserer Sicht wäre das aber ein eher falsches Signal, weil die Belastung in den Kinderkliniken, in den Krankenhäusern allgemein hoch ist. Wenn man das Signal sendet, dass Personaluntergrenzen in jeder schwierigen Situation sofort ausgesetzt werden, dann ist das eher das falsche Signal.

In der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung gibt es Ausnahmetatbestände. Wenn es also in Krankenhäusern kurzfristige, krankheitsbedingte Personalausfälle gibt, die im Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen oder wenn sich die Patientenzahlen sehr stark erhöhen, können Krankenhäuser mit den Krankenkassen sprechen und von den Pflegepersonaluntergrenzen abweichen. Das ist eine Möglichkeit, auf die wir im letzten Winter auch schriftlich alle Kliniken hingewiesen haben. Die Krankenkassen haben uns zugesichert, dass sie bei den Krankenhäusern einen erleichterten

Nachweis ermöglichen. Wir sind da auch in diesem Winter im Gespräch mit Fachgesellschaften und Krankenkassen. Man hat uns signalisiert, dass die Krankenhäuser, wenn eine schwierige Situation eintritt, diesen Nachweis relativ unbürokratisch führen und von der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung abweichen. Aus unserer Sicht sollte man aber nicht die Pflegepersonaluntergrenzen generell aussetzen. Wie gesagt, ist das das falsche Signal.

Auch die Krankenhausplanung ist ein Ansatzpunkt, mit dem man die Strukturen mittel- und langfristig neu gestalten kann. Es gab in der Presse ja auch den Hinweis, dass bundesweit Betten in den Kinderkliniken abgebaut worden sind. Unseren Zahlen zufolge ist das auch in NRW leicht der Fall. Deswegen haben wir beschlossen, dass wir die Kinder- und Jugendmedizin im neuen Krankenhausplan detaillierter als bisher planen werden. Es gibt eine Leistungsgruppe „allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“. Im neuen Krankenhausplan wird es dann auch spezielle Leistungsgruppen wie zum Beispiel die Kinderherzchirurgie geben. Gerade für diesen Bereich werden wir die Fallzahlen genau bedarfsgerecht berechnen und die Versorgungsaufträge zuweisen.

Zum Thema „Krankenhausfinanzierung“. Auch dieses Thema ist wichtig zu erwähnen. Sie wissen, dass wir ab dem nächsten Jahr die Pauschalkostenfinanzierung, von der auch die Kinder- und Jugendmedizin profitieren wird, auf dann 765 Millionen Euro erhöhen wollen. Wir haben 2,51 Milliarden Euro – wenn der Landtag es beschließt – für die Umsetzung des Krankenhausplans zur Verfügung. Auch da werden wir die Kinder- und Jugendmedizin sicher besonders in den Blick nehmen. Wir haben bereits 2018 und 2021 im Rahmen der Einzelförderung in diese Bereiche investiert. 2018 waren es die Onkologie und die Palliativmedizin im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin. 2021 hatten wir den Förderschwerpunkt „Stärkung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ mit 106 Millionen Euro. Da haben wir also in die Krankenhäuser investiert. Dazu muss man natürlich immer sagen, dass die Investitionsseite die eine ist. Man braucht immer auch das Personal, das diese Strukturen bespielt.

Ganz wichtig ist mit Sicherheit auch das Thema „Krankenhausfinanzierung, Betriebskostenfinanzierung“. Der Bund will da jetzt eine Reform des Vergütungssystems angehen. Man will eher in die Richtung von Vorhaltekostenfinanzierung gehen. Gerade für den Bereich „Pädiatrie, Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin“ wäre es mit Sicherheit sehr klug, wenn man das machte. Das ist nämlich ein sehr personalintensiver Bereich. Die kleinen Patienten müssen intensiver betreut werden. Man hat dort höhere Vorhaltekosten. Deswegen ist es gut, wenn der Bund das jetzt angeht. Im Bundestag gibt es momentan entsprechende Änderungsanträge zum Thema „Soforthilfe, Betriebskostenfinanzierung für die Pädiatrien“. 2023 und 2024 sollen da insgesamt 270 Millionen Euro zusätzlich für die Pädiatrien zur Verfügung stehen. Dieses Geld soll dann bundesweit verteilt werden nach der Zahl der nach DRG abgerechneten Fälle im Bereich „Kinder- und Jugendmedizin“. Das Ganze wird als Zuschlag gewährt. Das ist mit Sicherheit ein sehr wichtiger Schritt. Er ersetzt aber sicher nicht die grundlegende Reform der Fallpauschalensystematik.

Ein Aspekt, der kurzfristig Entlastung bringen kann, ist die Entlastung von Kliniken von Bürokratie. Auch dazu sind wir im Gespräch mit Kassen und Krankenhäusern. Die Kassen stimmen sich gerade mit Vertretern der Kinderkliniken zum Beispiel im Bereich

der Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst ab, weil da gerade diesen Winter vielleicht eine Entlastung geschaffen werden kann, indem man die Prüfungen im Bereich der Kinderkliniken nicht prioritär behandelt. Da könnte man im Bereich „Bürokratie“ eine kurzfristige Entlastung schaffen.

Im niedergelassenen Bereich haben wir eine vergleichbare Situation. Die Kinderarztpraxen und die kinderärztlichen Notfalldienste sind momentan sehr stark gefordert. Auch da stehen die Kollegen in sehr engem Austausch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Unser Ziel ist, uns diesen Winter hinsichtlich der Steuerung der Versorgungsstrukturen noch stärker zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Vereinigungen abzustimmen.

Das sind im Wesentlichen die Ansatzpunkte, an die man denken kann, also: mehr Ausbildung, bessere Finanzierung, Steuerung der Versorgung. Wie Sie sehen, gibt es aber nicht die Lösung, mit der die Politik eine schnelle und umfassende Abhilfe schaffen kann. Es gibt mittel- und langfristige Lösungen und die kurzfristige Lösung, die aber auch nicht unbedingt einfach ist.

Wir haben wöchentlich mit den Bezirksregierungen und der Krankenhausgesellschaft ein Jour fixe, wo wir nicht nur über das Thema „Corona“, sondern auch über solche Überlastungssituationen sprechen. Wenn wir da Einzelfälle oder besonders schwierige Situationen in Regionen mitbekommen, können die Bezirksregierungen über die Leiter des Rettungsdienstes regional, über die regionalen Krisenstäbe in Einzelfällen helfen. Das tun sie auch.

Noch eine abschließende Bemerkung. Es wird viel in der Zeitung geschrieben. Häufig gehen wir den Einzelfällen nach. Dann stellt sich oft heraus, dass es sich um einen Einzelfall handelte und nicht so schlimm war. Zum Beispiel wurde im Kölner Stadt-Anzeiger vor einigen Tagen berichtet, dass in Sankt Augustin katastrophenähnliche Zustände herrschten. Die Bezirksregierung hat sich dann der Sache angenommen. Die Chefarzte haben uns versichert, dass das Einzelfälle waren. Natürlich kommen momentan sehr viele Patienten auf einmal, es herrscht sehr viel Fluktuation in den Kliniken. Dass Kinder nächte- oder tagelang auf Fluren untergebracht werden, soll nicht der Fall sein. Oft antworten die Kliniken, alle seien sehr belastet, man befinde sich aber noch nicht in einer Krisensituation mit einer massiven Gefährdung des Patientenwohls.

Vorsitzender Josef Neumann: Gemäß unserer Geschäftsordnung darf die Fragestellerin drei Zusatzfragen stellen. Jedes weitere Ausschussmitglied darf bis zu zwei Zusatzfragen stellen.

Yvonne Gebauer (FDP): Herzlichen Dank an Herrn Staatssekretär Heidmeier und Herrn Watzlawik für die Ausführungen und die Inhalte, die Sie in diesem Zusammenhang transportiert haben.

Ich möchte die Lage nicht dramatisieren. Gleichwohl haben uns nicht nur Presseberichte auf diese Situation aufmerksam gemacht. Sie werden es sicher verfolgt haben.

Heute Morgen hat Professor Hoffmann berichtet, dass die Lage sehr ernst und es eine große Welle ist.

In diesem Zusammenhang meine Frage an die Landesregierung. Ich freue mich, dass ein regelmäßiger Austausch stattfindet und am 07.12. ein größeres Fachgespräch stattfinden soll. Sicherlich gibt es immer schlimmere Einzelfälle, als die Lage generell ist. Ich glaube zwar nicht, dass sie, wie auch Sie berechtigterweise gesagt haben, außer Kontrolle ist. Sie ist aber schon mehr als angespannt, weil die Situation coronabedingt für die Menschen vor Ort seit etlichen Monaten nicht einfach ist.

Nun zu der Frage. Es wurde auch davon gesprochen, dass Kliniken bereits Notfallpläne erstellt haben. Ist der Landesregierung im Rahmen der bisherigen Austausche bekannt, dass es solche Notfallpläne auch für Nordrhein-Westfalen an den Kliniken gibt?

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS): Ich gehe davon aus, dass sich die Kliniken im Sinne einer Notfallplanung darum kümmern, was passiert, wenn es vor Ort keine Kapazitäten mehr gibt. Sie entnehmen ja auch der Presse, dass es Verlegungen gibt. Ich höre, dass Patienten teilweise aus Nordrhein-Westfalen heraus verlegt und lange Fahrtzeiten in Kauf genommen werden. Ich denke, dass das die Notfallpläne sind, die Sie meinen.

Sonstige Notfallpläne. Wir haben ja im Rahmen der Pandemie den Single Point of Contact eingerichtet. Wir haben einen landesweiten Koordinator. Das ist Professor Lechleuthner in Köln. Er koordiniert den Rettungsdienst und die Bezirksregierungen. Bei jeder Bezirksregierung haben wir einen weiteren Single Point of Contact, einen sogenannten SPoC. Diese stehen in sehr engem Austausch mit den regionalen Krisenstäben und den örtlichen Leitern des Rettungsdienstes. Das ist im Prinzip unser Krisenmanagement bzw. unser Instrument, mit dem wir die Strukturen vor Ort unterstützen können und im Falle von Verlegungen, wenn Krankenhäuser keinen Platz fänden – ich verwende den Konjunktiv, weil ich keinen solchen Fall kenne –, die Krankenhäuser mit dem Rettungsdienst unterstützen könnten und Verlegungen anweisen könnten.

Marco Schmitz (CDU): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Auch vonseiten der CDU-Fraktion ein herzliches Dankeschön für den ausführlichen Bericht an den Staatssekretär und Helmut Watzlawik.

Sehr vieles, was dargestellt wurde, wird uns langfristig helfen. Das ist richtig und gut. Nichtsdestotrotz kann man die Eltern auch nachvollziehen. Gerade, wenn es um kleine Kinder geht – ich habe selber zwei –, ist damit eine hohe Emotionalität verbunden, gerade wenn es um eine Erkrankung geht, bei der Atemstillstände drohen und bei der die Atemwege betroffen sind. Gerade weil damit diese hohe Emotionalität verbunden ist, bin ich sehr dankbar, dass Sie, Herr Watzlawik, auf diese Fälle, wo Kinder, wie es sehr plakativ hieß, tagelang auf den Fluren gelegen hätten, eingegangen sind. Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass das so gemacht wird. Würden Sie in den zukünftigen Runden mit den Krankenhäusern bitte noch einmal darauf einwirken und signalisieren, dass es auch noch andere Abteilungen gibt, damit man danach noch einmal

schaut? Das Bild, dass Kinder auf dem Flur im Bett liegen müssen, weil sie keinen Platz mehr bekommen, ist natürlich dramatisch. Das können Sie gleich ja noch einmal bestätigen.

Die zweite Frage.

Vorsitzender Josef Neumann: Erst einmal nur eine Frage.

Marco Schmitz (CDU): Das war nur eine Verständnisfrage zu der Zahl, weil ich es eben nicht verstanden habe. Es geht nur darum, eine Zahl nachzufragen.

Vorsitzender Josef Neumann: Dann sollte man das so sagen, weil längere Ausführungen nach der Geschäftsordnung nicht vorgesehen sind.

Marco Schmitz (CDU): Herr Vorsitzender, dann geben Sie bitte dem Nächsten das Wort. Gegebenenfalls melde ich mich noch einmal.

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS): Wir gehen allen Einzelfällen nach. Wenn wir so etwas hören, dann rufen wir bei der Klinik an. Das machen wir, das macht die Bezirksregierung. Wenn Sie Fälle haben, bei denen Sie der Meinung sind, dass das nicht sein könne, dann bitte ich Sie, uns diese Fälle zu berichten.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Auch ich bedanke mich zunächst für die Ausführungen.

Das Problem ist ja nicht ganz neu, auch wenn es zunächst in diesem Herbst mit einer gewissen Zuspitzung versehen ist. Der klassische Fall, dass man ein hinsichtlich der Sauerstoffversorgung sehr schlecht dastehendes Frühchen eher auf die Intensivstation nimmt und dafür andere Personen, die auf der Intensivstation liegen, verlegt, gibt es schon seit einigen Wintern.

Das ist übrigens eine klassische Triage-Situation. In der Zeit der Pandemie wurde das so dramatisiert. In Kliniken gibt es das schon seit Jahren – insbesondere in der Kinderintensivmedizin.

Ganz kurz dazu. Wenn sich eine Person länger auf dem Flur befindet, dann ist das zwar für das Krankenhaus und die Struktur dahinter nicht unbedingt ein gutes Zeichen, aber für die eigene Krankheitsprognose eher ein gutes, weil das medizinische Fachpersonal einen nicht so lange auf dem Flur belassen würde, wenn es sehr ernst um einen stehen würde.

Meine Frage. In den Ankündigungen hörte es sich sehr schön an. Man möchte sich mit der KGNW und der Ärztekammer Nordrhein bzw. Westfalen-Lippe insbesondere für die Steuerung der Versorgungsstruktur einsetzen. Das hört sich gut an. Was genau steckt dahinter?

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS): Das machen wir seit drei Jahren auch im Bereich „Corona“, dass wir uns die Belegungssituation auf den Intensivstationen in den Krankenhäusern, auf den Normalstationen sehr genau anschauen. Deswegen gibt es bei uns alle 14 Tage eine Telefonschalte mit den medizinischen Fachgesellschaften, mit denen Intensivmedizinern, den Bezirksregierungen. Wir haben wöchentlich eine Schalte mit den Bezirksregierungen. Wenn es vor Ort irgendwelche Überlastungssituationen gibt, dann kann die Bezirksregierung mit Krankenhäusern und Geschäftsführern reden. Es kann dann eine Verlagerung von Personaleinsatz geben. Man kann sagen: Nehmt bitte Patienten auf. – Das ist damit gemeint.

Wir weisen nicht seitens des Ministeriums an, dass ein Krankenhaus Kapazitäten freiziehen und 20 Kinder aufnehmen muss. Man bringt aber die Leute ins Gespräch. So, wie ich es momentan beurteile, funktioniert das auch. Alle, die Verantwortung für die Versorgung tragen, zusammenzubringen, ist mit „Steuerung“ gemeint.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Danke für den Bericht bis hierhin und insbesondere an Frau Gebauer für die gestellte Frage.

Gerade gab es den Hinweis – ich will das aber nicht überspitzen –, Einzelfälle wirkten vielleicht besonders dramatisch, die Situation sei alles in allem angespannt, aber nicht so schlimm.

Gestern hat das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT getitelt, die Pädiater seien am Limit, Eltern kranker Kinder fänden kaum noch Plätze für ihren Nachwuchs, Kinderkliniken weisten wegen Überbelegung ab und Praxen verhängten Aufnahmestopps. Die Kinder- und Jugendklinik bei mir in der Nähe hat vor einiger Zeit auch auf Social Media und in den Zeitungen versucht, explizit dafür zu sensibilisieren, dass man nicht in die Kinderklinik kommt, wenn es sich nicht um einen wirklichen Notfall handelt.

Axel Gerschläuer, der Kinderarzt, Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein-Westfalen und niedergelassener Arzt in Bonn ist, hat vor zwei Tagen in einem längeren Interview sehr drastische Worte gefunden und große Kritik an der Politik in Gänze geübt, indem er sagte: Wir warnen seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten davor. Die Situation in der Kinder- und Jugendmedizin wird immer dramatischer.

Er hat darauf hingewiesen, dass es vom Herbst bis zum Frühjahr meistens schwieriger ist als im Sommer. Das ist nichts Neues. Er sagte aber auch: Dass wir schon im Oktober und November so dramatische Zahlen haben, ...

Vorsitzender Josef Neumann: Die Frage bitte.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Ja.

... bereite ihm große Bedenken im Hinblick auf Januar und Februar.

Letzte Woche durften wir lesen, dass man vor der Kindernotfallambulanz in Köln nachts zweieinhalb Stunden bei 6 oder 7 Grad Außentemperatur warten musste.

Angesichts dessen, dass die Expertinnen und Experten davon ausgehen, dass sich die Situation in den nächsten Monaten, mindestens bis zum Frühjahr, noch zuspitzt, interessiert mich schon, was die konkreten Maßnahmen sind – und wenn es nur bauliche Maßnahmen wie Container vor den Kliniken sind, damit man im Warmen warten kann –, um zumindest bis zum Frühjahr zu kommen.

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS): Ich würde nichts ausschließen. Wenn man irgendwann in eine Situation kommt, in der man Container oder Zelte braucht, dann muss man das machen.

Zur momentanen Situation hatten wir aber ja gesagt, dass sie sehr angespannt ist und man jetzt wirklich alle an einen Tisch bringen muss. Man muss auch schauen, wie man den Rettungsdiensten vor Ort signalisieren kann, dass sie in Bezug auf die Kinderkliniken aufpassen sollen und es einer besseren Abstimmung zwischen Krankenhäusern und Kliniken bedarf. Wie kann man das hinbekommen?

Es geht auch um das, was Sie gesagt haben, nämlich darum, wie man Eltern dafür sensibilisieren kann, jetzt nicht sofort ins Krankenhaus oder in die Praxis zu gehen. Allerdings ist das schwierig, wenn man Sorgen um sein Kind hat.

(Lisa-Kristin Kapteinat [SPD]: Und wenn man gar keinen Kinderarzt mehr hat!)

Ich hatte Ihnen verschiedene Ansatzpunkte genannt. Es geht also auch um das, was Sie sagten, dass man über viele Jahre hinweg dem Bereich nicht die Bedeutung zugemessen hat, die er braucht. Da ändert sich jetzt einiges. Ich hatte gesagt, es sei sehr gut, dass man die Betriebskostenfinanzierung auf Bundesebene angehe. Das hilft uns aber für diesen Winter nicht. Die Krankenhausplanung wird besser und konkreter. Auch das hilft uns für diesen Winter nicht. All die Ausbildungs- und Investitionsanstrengungen, die wir als Landesregierung unternommen haben und unternommen werden, hatte ich ebenfalls dargestellt. Das sind schon sehr viele Maßnahmen, die auf Landes- und Bundesebene angepackt werden. Wir können uns jetzt konkret – in Führungszeichen – nur mit allen Akteuren im Gesundheitswesen – Rettungsdienst, Krankenhäuser, Krankenhausgesellschaft – abstimmen und schauen, wie da, wo es besondere Problemlagen gibt ...

Sie sagten, in Köln sei es besonders problematisch. Wir werden sicher nächste Woche mit den Kölnern Kontakt aufnehmen und das besprechen.

Daher ist zu kommunizieren und zu versuchen, die Probleme im Einzelfall zu lösen, das, was wir machen können.

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Frau Kapteinat, Sie haben auch die ambulante Versorgung und damit den Zugang in die Kliniken angesprochen.

2019 gab es eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Im Frühjahr 2019 hatten wir 1.229 Kinder- und Jugendärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Heute sind es 1.311. Man hat also etwas nachgebessert. Das sind etwa 80 Kinder- und Jugendärzte

und, wie ich schätzen würde, ungefähr 7 % mehr, sodass wir durchaus die Hoffnung haben, dass jede Person, alle Eltern tatsächlich einen Arzt finden.

Deswegen sind wir aber auch sehr intensiv mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort im Gespräch, weil wir auch prüfen wollen, an welchen Stellen wir unterstützen können, damit die Ärztinnen und Ärzte mehr Zeit für die Kinder haben.

Da sind auch Fragen zu klären wie die, ob es eine kurzfristige Entlastung beispielsweise durch Bürokratieabbau und Ähnliches geben kann. Das wird momentan diskutiert.

Wir hoffen also schon, dass wir darüber auch die ambulante Versorgung so im Griff behalten können, dass der Zustrom in die Kliniken geringer werden wird.

StS Matthias Heidmeier (MAGS): Sollte es eine Situation mit Containern oder Zelten geben, finden wir da auf jeden Fall eine Lösung. Wir gehen, wie wir gesagt haben, jedem Einzelfall nach. Wenn es solche Themen gibt, Sie davon erfahren und wir das wissen, dann finden wir eine Lösung.

Das ist auch der Grund dafür, dass der Minister sich nächste Woche mit den Verbänden aus diesem Bereich zusammensetzt.

Wenn solche Maßnahmen, wie Sie sie angesprochen haben, notwendig sind, dann können wir da etwas machen.

Rodion Bakum (SPD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine Frage passt wunderbar zu dem, was Herr Herrmann zum ambulanten Bereich ausgeführt hat.

Gibt es von Ihnen eine Initiative oder Gespräche mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den kinder- und jugendärztlichen Notdienst kurzfristig auszuweiten? Ich frage ganz bewusst danach. In Mülheim an der Ruhr, wo 2019 der kinderärztliche Notdienst abgeschafft und nach Oberhausen verlagert wurde, müssen die Menschen, wenn sie den Notdienst überhaupt noch aufsuchen, weite Strecken auf sich nehmen. Mülheim an der Ruhr ist nicht das einzige Beispiel dafür in NRW. Mit der Ausweitung des kinder- und jugendärztlichen Notdienstes könnte die Zielsetzung verfolgt werden, die Situation zu entzerren und möglicherweise die eine oder andere stationäre Aufnahme zu vermeiden.

ORR Felix Lüken (MAGS): Im Moment findet unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Umbau der Notdienststrukturen in NRW statt.

In Bezug auf die jetzige Situation macht es aber keinen Sinn, neue Strukturen aufzubauen. Stattdessen werden aber – das ist aus meiner Sicht in der jetzigen Situation zielführender – die personellen Ressourcen in den bestehenden Notdienstambulanzen aufgestockt, um auch darüber eine Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen. Das betrifft sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal.

Thorsten Klute (SPD): Vielen Dank an Herrn Heidmeier, Herrn Watzlawik und an die vielen, die in der sehr schwierigen Situation vor Ort sind und dafür sorgen, dass der Laden noch irgendwie aufrechterhalten bleibt. Dafür großen Respekt!

Herr Watzlawik, Sie haben eben die generalistische Ausbildung angesprochen. Wenn ich es richtig in Erinnerung habe, sagten Sie, dass die Kinderkrankenpflege von der generalistischen Ausbildung, von der Umstellung besonders profitiere.

Bisher war ich davon ausgegangen, dass das Gegenteil der Fall ist, weil die Kinderkrankenpflege in der generalistischen Ausbildung so gut wie keine Rolle spielt und deswegen Interessierte zumindest nicht in die Kinderkrankenpflegende gedrängt werden, sondern eher in andere Bereiche der Pflege.

Daher lautet meine Frage an Sie: Gibt es Erkenntnisse dazu, dass es schon jetzt ein gesteigertes Interesse aus der generalistischen Ausbildung heraus für die Kinderkrankenpflegende gibt? Kann man das irgendwie messen?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Wir antworten in zwei Teilen. Ich nenne Ihnen die Zahlen in der generalistischen Ausbildung. Herr Professor Evers geht dann auf die Frage in Bezug auf die Pädiatrie ein.

2019 hatten wir rund 14.450 Pflegekräfte in der Ausbildung, im Neustart 2020 15.837 und 2021 17.413. Es gab also schon eine deutliche Steigerung der Ausbildungszahlen.

Die Antwort darauf, welche Auswirkungen das auf den Vertiefungseinsatz in der Pädiatrie hat, übernimmt Professor Evers.

LMR Prof. Dr. Thomas Evers (MAGS): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Die neue generalistische Pflegeausbildung ist 2020 gestartet. Jetzt, Anfang nächsten Jahres, gibt es die ersten Absolventen. Uns werden – das ist durch die Systematik der Erhebung bedingt – im März, spätestens im April ganz konkrete Zahlen vorliegen, und zwar dazu, wie viele der Auszubildenden einen Sonderabschluss Kinderkrankenpflegende gewählt haben. In der allgemeinen Diskussion wird aus meiner Perspektive etwas aus den Augen verloren, dass für die Auszubildenden auch die Möglichkeit besteht, einen Vertiefungsschwerpunkt im Bereich der Pädiatrie zu absolvieren. Dieser umfasst immerhin 1.300 der 2.500 Stunden Praxis.

Wie der G-BA in seiner letzten Richtlinie zur Sicherstellung pflegerischer Versorgung in Krankenhäusern festgestellt hat, sind die Qualifizierungswege, die im Rahmen der generalistischen und lebensphasenübergreifenden Ausbildung ausreichen, um die Bedarfe kranker Kinder angemessen aufgreifen zu können.

Die konkrete Zahl kann ich, wie gesagt, leider erst Anfang nächsten Jahres nennen.

Yvonne Gebauer (FDP): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Die Lage ist nicht nur in den Praxen und den Kliniken, sondern natürlich auch bei den Eltern angespannt. Wir wissen, dass es einen Medikamentenmangel auch bei Medikamenten für Kinder gibt. Die Apotheken sind aufgefordert, eigene Medikamente herzustellen. Fieber zu senken ist momentan sehr wichtig.

Daher meine Frage: Sind bei dem Austausch, der am 7. Dezember durchgeführt werden wird – Sie haben die Fachverbände für Kinder- und Jugendmedizin und die Kliniken genannt –, auch die Apotheken mit angedacht, um auch mit diesen darüber zu sprechen, wie man ganz gezielt Eltern ansprechen kann, um ihnen die Sorgen um die Kinder zu nehmen? Außerdem könnte im Rahmen dessen darauf hingewiesen werden, dass es, wenn das altbekannte Medikament nicht vorhanden ist, weil es einen Lieferengpass gibt, durch den Apotheker Ersatz gibt, um den Eltern die Sorge um die Kinder zu nehmen. Momentan kommt schließlich alles zusammen.

StS Matthias Heidmeier (MAGS): Frau Abgeordnete, das ist derzeit noch nicht vorgesehen. Zunächst wollen wir mit den Kinder- und Jugendärzten und den Kliniken sprechen. Wenn ein Gespräch mit den Apotheken im zweiten Schritt dazugehört, werden wir auch das tun.

Gleichwohl werden wir ja gleich noch über die Frage der aktuellen Engpässe, die Sie dargelegt haben, berichten.

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Eine Ergänzung. Ich war am Montag bei der Apothekerkammer Westfalen-Lippe bei Frau Overwiening und habe mir ihr diese Fragestellung besprochen.

Wie Sie bestätigt hat, verstehen die Apothekerinnen und Apotheker ihren Auftrag so, dass sie nicht nur entsprechende Arzneimittel herstellen, wenn sie es dürfen und können, sondern auch beraten, was alternative Medikamente sind, die zur Verfügung stehen und genutzt werden können.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Weil der Kopfaufwuchs eben erwähnt wurde: Das begegnet einem auch häufig im Gespräch mit Krankenkassen. Herr Herrmann, Sie haben das sehr schön ausgeführt.

Mich interessiert – ich weiß nicht, ob Ihnen das vorliegt, ansonsten können Sie es gerne nachreichen –, wie viele Vollzeitstellen-Äquivalente das ausmacht. Schließlich gibt es ja doch das Phänomen, dass mittlerweile sehr viele Menschen in Teilzeit arbeiten. Gibt es also tatsächlich einen Aufwuchs an Arbeitskraft oder nur mehr Personen, die weniger Stunden leisten?

In dem Zusammenhang interessiert mich auch, wie viele Intensivbetten, insbesondere Kinderintensivbetten, in Nordrhein-Westfalen betrieben werden können und wie die diesbezügliche Entwicklung aussieht.

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Zu Teil 1 kann ich nur sagen, dass es sich bei den erwähnten 1.311 Kinder- und Jugendärztinnen um Vollzeitäquivalente handelt.

Meral Thoms (GRÜNE): Herr Heidmeier, vielen Dank für die Ausführungen. Natürlich handelt es sich bei der in der Frage geschilderten Situation um eine, die man sehr ernst nehmen muss. Herzlichen Dank, dass Sie uns geschildert haben, dass Sie sich

in so engem Austausch mit den Kliniken und den Ärztinnen und Ärzten vor Ort befinden.

Eben haben wir die Gründe gehört, warum es momentan verstärkt zu Atemwegsinfektionen bei Kindern kommt. Das müssen wir beobachten. Gleichzeitig haben wir in den Fragerunden sehr düstere Prognosen gehört. Das Infektionsgeschehen könnte sich über den Winter noch verstärken.

Meine Frage an Sie, die Experten, bezieht sich auf Ihren Austausch mit den Kliniken und den Ärztinnen und Ärzten. Gibt es da Hinweise, dass das Infektionsgeschehen noch zunehmen wird? Wie schätzen Sie das ein?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Die Frage ist natürlich kaum zu beantworten. Wir haben dieses Jahr einen sehr frühzeitigen und deutlichen Anstieg der respiratorischen Erkrankungen. Wie bei keiner Welle, also ebenso wenig wie bei der Coronawelle, wissen wir, wie sich das auswirken wird, zu welchem Zeitpunkt die Welle bricht und gegebenenfalls wieder zurückgeht. Insofern ist das ein bisschen ein Blick in die Glaskugel. Wir hoffen aber natürlich, dass sie möglichst schnell zurückgeht. Ich würde sagen: innerhalb von einigen Wochen.

Rodion Bakum (SPD): Herr Watzlawik hat vorhin die Krankenhausplanung angesprochen. Deswegen stelle ich dazu eine Frage. Es stehen momentan ja die Verhandlungen in den Versorgungsgebieten an. Die Grundlage für den Krankenhausplan sind ja Bedarfsprognosen, die meines Wissens aus dem Jahr 2019 stammen. Planen Sie, diese Bedarfsprognosen an die aktuelle Entwicklung anzupassen und, falls ja, wie?

MDgt Helmut Watzlawik (MAGS): Wir haben die Bedarfe und Fallzahlen auf das Jahr 2024 hochgerechnet – ausgehend von den Zahlen aus 2019. Aktuelle Entwicklungen aus diesem Jahr sind nicht enthalten. Wir haben aber immer gesagt, dass der Krankenhausplan ein lernendes System sein wird. Spätestens 2024 wird man schauen, ob die Fallzahlen, die wir den Leistungsgruppen zugrunde gelegt haben, gepasst haben oder nicht. Wir werden das also mit Sicherheit in der Umsetzung berücksichtigen.

Christina Weng (SPD): Ich wende mich an Professor Evers, weil ich den Anteil der pädiatrischen Ausbildung in der Generalistik momentan ganz anders sehe, wobei ich mich auf die Befragung der Pflegeschulen dazu, was dort schwerpunktmäßig behandelt wird, beziehe.

Meine Frage lautet: Haben Sie Ideen oder eine Kampagne, wie diese Lücke schneller geschlossen werden kann? Wir brauchen schließlich die Leute, die die 1.300 oder 2.500 Stunden leisten wollen. Im Augenblick sehe ich das Potenzial durch den verschärften Zugang der Generalistik nicht.

LMR Prof. Dr. Thomas Evers (MAGS): Zum zweiten Teil der Frage. Nageln Sie mich bitte nicht darauf fest, wie wir das Ganze nennen. Wir wollen das nicht nur für die Kinderkrankenpflege, sondern auch für Pflege- und Gesundheitsfachberufe, in denen

Mangelsituationen existieren, machen. Den Mangel, der jetzt in der Kinderkrankenpflege Thema ist, gibt es auch an anderen Stellen im gesundheitlichen Versorgungssystem.

Die Kinderkrankenpflege wird dabei eine explizite Rolle spielen. Wir haben vor, die Akteure, bei denen die Menschen angestellt werden müssen – das sind Kliniken, aber auch andere Pflegeeinrichtungen –, an einen Tisch zu holen, um dann mit Unterstützung des Landes zu überlegen, wie erstens die guten Ideen, die viele Träger ja schon haben, um Menschen für die Berufe zu begeistern, breiter in die Fläche getragen werden können, und wie zweitens weitere Unterstützungsmöglichkeiten generiert werden können, weil – so ist meine Einschätzung – das Land Rahmenbedingungen schaffen kann, um für bestimmte Mangelberufe zu werben, und zwar mit der Attraktivität des jeweiligen Berufsfeldes.

Schlussendlich handelt es sich aber um eine konzertierte Aktion mit den Ausbildungsträgern und den versorgenden Einrichtungen, um das notwendige Personal für sich gewinnen zu können.

Yvonne Gebauer (FDP): Die Landesregierung hat gesagt, es habe hier in Nordrhein-Westfalen wie auch anderswo einen Abbau von Betten gegeben. In dem Zusammenhang interessiert mich, wie sich die Zahlen in Bezug auf die verfügbaren Betten in der Pädiatrie seit 2019 entwickelt haben. Wenn Sie die Zahl heute nicht parat haben, wäre ich dankbar, wenn Sie sie nachliefern könnten.

Vorsitzender Josef Neumann: Die Landesregierung sagt, sie werde die Zahlen nachliefern.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Sie haben angesprochen, man werde darüber nachdenken, wie man die Ärzte in Bezug auf bürokratische Anforderungen entlasten könne, damit sie sich vermehrt um die kleinen Patientinnen und Patienten kümmern könnten. Eine konkrete Bitte, die die Ärzte dahin gehend geäußert hatten, lautete, dass sie dankbar wären, wenn von Schulen nicht mehr so viele Atteste gefordert würden oder zumindest eine Sensibilisierung dahin gehend erfolgte, dass Schulen begründen müssen, warum sie ein Attest fordern und eine Entschuldigung der Eltern nicht ausreicht. Gibt es darüber hinaus noch Überlegungen, wie man die Ärzteschaft bürokratisch entlasten kann?

ORR Felix Lüken (MAGS): Der Aspekt „ärztliche Atteste“ ist in der Tat ein ganz wichtiger, den wir aufgegriffen haben. Die Zuständigkeit dafür liegt allerdings im Schulministerium. Wir suchen da gerade den Austausch.

Darüber hinaus muss man sagen, dass wir als Land, das bürokratische Vorgaben macht, vermutlich keine wesentliche Entlastung schaffen können, weil es sich um bundesrechtliche Vorgaben handelt. Auch dazu sind wir aber in einem steten Dialog mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, um zu erörtern, welche weiteren Maßnahmen aktuell möglich sind, um die Arztpraxen zu entlasten.

2 Bericht der Landesregierung zum aktuellen Stand zur Ausbreitung des Coronavirus und in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen

StS Matthias Heidmeier (MAGS): Herr Vorsitzender! Werte Abgeordnete! Ich darf Ihnen berichten, dass die Coronalage insgesamt noch als entspannt bezeichnet werden kann. Wir haben bei den Inzidenzwerten eine Seitwärtsbewegung und leicht steigende Krankenhauszahlen.

Die Krankenhauszahlen im Einzelnen. Stationäre Patienten haben wir derzeit 3.292. Das ist ein Plus von 238 gegenüber der Vorwoche. Im intensivmedizinischen Bereich haben wir 255 Patientinnen und Patienten. Das ist ein Plus von 9 im Vergleich zur Vorwoche. Ziehen Sie einmal einen Vergleich mit dem Mai 2022. Damals hatten wir über 1.100 Intensivpatienten. Deswegen kommen wir zu dieser Gesamtbewertung.

Gleichzeitig sehen wir diese Seitwärtsbewegung. Das kann ein Indiz dafür sein, dass sich eine neue Welle aufbaut. Näheres lässt sich dazu allerdings noch nicht formulieren.

Insgesamt sehen wir uns im Kurs „Wachsamkeit und Vorsicht“ bestätigt. Dazu gehört, dass mit sehr maßvollen Maßnahmen versucht wird, auf die aktuelle Lage einzuwirken. Wir sollten wirklich abwarten, was die jetzt einsetzenden kalten Tage im Ergebnis bedeuten.

Wir haben die Verordnungen angepasst. Nordrhein-Westfalen bleibt bekanntlich bei der fünftägigen Isolation nach einem positiven Test. Die Freitestung haben wir als vorletztes Bundesland abgeschafft. Jetzt besteht nur noch in Berlin die Pflicht zur Freitestung. Somit sind wir im Konsens mit den allermeisten Bundesländern. Bekanntlich sind wir den Weg von vier bzw. jetzt fünf Bundesländern inklusive Rheinland-Pfalz nicht mitgegangen, weil wir aus unserer Sicht genau schauen müssen, wie sich die Lage jetzt entwickelt. Die Seitwärtsbewegung und auch die verschiedenen Indikatoren der Gesamtbetrachtung geben uns eigentlich Recht, Vorsicht walten zu lassen. Wir haben das in der letzten Woche veröffentlicht. Wir tun gut daran, unsere Indikatoren zu verbreitern.

Wir haben erstmals das Abwassermonitoring veröffentlicht. Man sieht, dass das Abwassermonitoring insgesamt erstaunlich synchron zu der Inzidenzwelle ist. Das zeigt, dass das Abwassermonitoring durchaus eine Aussagekraft über die Gesamtzeit hat. Wir haben in den letzten Tagen allerdings auch Ausschläge gesehen, die wir noch nicht zu 100 % einordnen können, die uns aber auch Anlass geben, zu sagen, dass Vorsicht und Wachsamkeit das richtige Mittel ist. – Damit darf ich schon schließen.

Meral Thoms (GRÜNE): Herr Staatssekretär, vielen Dank für die Einschätzung von unserer Seite. Bisher hatten wir sinkende Fallzahlen, jetzt haben wir eine stabile Lage. Ich denke, dass es ganz gut ist, dass wir, wie auch Sie sagten, weiterhin wachsam sind, bei dieser Strategie bleiben und das Infektionsgeschehen beobachten.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass wir mit dem Abwassermonitoring ein neues Frühwarnsystem haben. Sie haben erwähnt, dass es einen Ausschlag nach oben gibt, den

man natürlich genau beobachten muss. Sie werden mit den Expertinnen und Experten überlegen, wie man diesen einschätzt.

Alles in allem bestätige ich den Kurs der Wachsamkeit und unsere Entscheidung, bei der Isolationspflicht zu bleiben und so besonnen in den Winter zu gehen.

Rodion Bakum (SPD): Ich hatte vor zwei Wochen am Beispiel Mülheim und Herne nach der Diskrepanz zwischen den einzelnen Städten bei der zweiten Auffrischungsimpfung gefragt. Die Diskrepanz besteht weiterhin, und Sie hatten zugesagt, zu prüfen, woran dies liegt. Gibt es heute eine Antwort dazu?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Ich überlege, wie genau die Frage lautete. Zu der Diskrepanz bei den Impfungen haben wir ja verschiedene Erkenntnisse. Wir haben eine umfangreichere Auswertung dazu gemacht. Diese besagt im Wesentlichen, dass es in bestimmten sozial benachteiligten Teilen sowohl auf dem Land als auch in den Städten weniger Impfungen und damit eine niedrigere Impfquote gibt. Das steht statistisch nachweisbar aber auch in Verbindung damit, ob es sich um zugewanderte Personen oder nicht zugewanderte Personen handelt.

Die genauen Zahlen habe ich allerdings nicht im Kopf. Wir müssen schauen, inwieweit wir diese Auswertung nachweisen können.

Christina Weng (SPD): Ich würde gerne noch wissen, ob Nordrhein-Westfalen in engerem Kontakt mit weiteren Bundesländern steht. Durch das Monitoring haben wir schließlich mittlerweile auch Polioerreger gefunden. In Nordrhein-Westfalen ist die Größenordnung noch nicht nennenswert. Sind wir mit den anderen Bundesländern so verbunden, dass wir daraus für uns etwas herleiten können?

MR'in Dr. Sandra Dybowski (MAGS): Zu den Polioerregern im Wasser ist derzeit ein Pilotprojekt mit der Stadt Berlin auf dem Weg, das vom RKI durchgeführt wird. Wir warten auf die Ergebnisse. Das ist sehr kompliziert – zumal die Laborherausforderungen da sehr groß sind, weil Zellkulturen nötig sind. Wir beobachten das aber sehr genau und werden, wenn es positiv verlaufen sollte – wovon ich derzeit ausgehe –, mit dem RKI in den Dialog treten, wie man das vielleicht ausweiten könnte, wenn das RKI das als sinnvoll erachtet. Man muss schließlich immer schauen, wie man das aufstellen möchte, damit es für das ganze Land sinnvoll ist.

Bei Polio besteht ja immer die Problematik, dass unterschieden werden muss, ob es durch Impfung indizierte Viren sind oder der Naturtyp des Virus zirkuliert. Das ist also sehr komplex, aber wir beobachten es natürlich mit großem Interesse.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Ich habe eine Weile lang regelmäßig danach gefragt, dann ein bisschen pausiert, damit es nicht slapstickhaft wird, würde es nun aber gerne noch einmal aufgreifen. Was ist über die Haupt- bzw. Nebendiagnosen bei den 255 Personen, die sich aktuell auf den Intensivstationen befinden, bekannt? Was für ein Alter haben die Patienten? Was weiß man über den Immunstatus der Patienten?

Für die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit ist sicher auch interessant, wie sich die Infection-Fatality-Rate im Laufe der Zeit, insbesondere jetzt bei mehrfachen und Booster-Impfungen verändert. Inwieweit geht also immer noch eine ähnlich Gefahr von dem Virus aus wie vor zwei Jahren?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Diese Auswertung haben wir nicht dabei, und ich habe sie auch nicht im Kopf. Wir müssen das also nachliefern.

Ich kann aber sagen, dass die Zahlenlage bei den Diagnosen im Detail schwierig ist. Wir werden aber schauen, was wir dazu finden.

Marco Schmitz (CDU): Ich finde spannend, das man das jetzt am Abwassermonitoring sehen kann. Vor allem im Verlauf zeigt sich daran ja, dass sich die Inzidenzzahlen, die wir vom RKI bekommen, mit dem Abwassermonitoring überschritten haben.

Aktuell haben wir natürlich das Problem, dass gar nicht mehr getestet wird. Jemand, der einen positiven Schnelltest hat, muss nicht mehr zwangsläufig einen PCR-Test machen.

Kann man aus wissenschaftlicher Sicht wirklich sagen, dass das, was im Abwassermonitoring zu sehen ist, der Inzidenz entspricht? Der letzte Wert bedeutete einen relativ hohen Anstieg. Gleichzeitig gingen die RKI-Inzidenzwerte herunter. Ist die Datenreihe, die bis jetzt entstanden ist, so valide, dass, wenn zukünftig die Zahlen im Abwassermonitoring hochgehen, tatsächlich Infektionen vorhanden sind? Wie verhält es sich mit Leuten, die zwei- bis viermal geimpft worden sind? Bei ihnen ist die Virenlast im Körper ja geringer. Wirkt sich das auf das Abwassermonitoring aus? Sieht man es im Abwassermonitoring, wenn es eine geringere Virenlast gibt?

MR'in Dr. Sandra Dybowski (MAGS): Genau das ist das Problem. Wie wir in der Pressemitteilung geschrieben haben und wie Sie beim LZG.NRW nachlesen können, gibt es keine Extrapolation der Zahlen im Abwasser auf die Inzidenz. Die Abwassermessung ist nach wie vor eine wissenschaftliche Pilotierung, wie man ehrlicherweise sagen muss. Nach wie vor handelt es sich dabei um ein wissenschaftliches Projekt, das wir so gut wie möglich schon in der Pandemie nutzen. Deswegen ist es immer mit Vorsicht zu genießen.

Hier im Ausschuss hatten wir ja schon öfter berichtet, dass zum Beispiel in den letzten Wochen, aber auch schon davor der Regen die Zahlen beeinflusst hat.

Eine Eins-zu-eins-Extrapolation ist also nicht möglich. Wir verstehen es als einen weiteren Indikator, der immer zusammen mit allen anderen Indikatoren betrachtet werden muss und der uns dann einen Hinweis geben kann. Wenn es zum Beispiel steigende Fallzahlen in den Krankenhäusern gibt und die Inzidenzen steigen, können wir also auch noch auf das Abwassermonitoring schauen, ob es eine Trendumkehr gibt. Im Bereich steigender Zahlen ist das Abwasser vielleicht ein etwas früherer Indikator. Daran können wir den Trend also vielleicht schon etwas eher sehen, und er wird dann bestätigt. Es ist also ein Indikator, den wir aber nur zusammen mit den anderen interpretieren – immer mit Vorsicht, weil wir sonst in die falsche Richtung laufen.

Zur Frage nach der Viruslast im Körper und der Impfung. Leider gibt es sehr wenige Studien dazu, wie und wie lange die Ausscheidung der Viren passiert. Wir gehen davon aus, dass das Abwasser bei einem Anstieg etwas sensibler ist, beim Abstieg aber nicht, weil die Menschen das Virus länger ausscheiden. Wir wissen es aber nicht, weil es dazu so gut wie keine Studien gibt.

Vorsitzender Josef Neumann: Ich habe mir den Begriff „wissenschaftliche Pilotierung“ aufgeschrieben. Das ist etwas Neues, was ich jetzt gelernt habe.

3 **Schwarz-Grün ist der Bremsklotz für bezahlbares Wohnen: Die Landesregierung muss endlich selbst handeln und für die Mieterinnen und Mieter Sicherheit schaffen**

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/630

Schriftliche Anhörung
des Ausschusses für Bauen, Wohnen und Digitalisierung
Stellungnahme 18/21
Stellungnahme 18/25
Stellungnahme 18/26
Stellungnahme 18/27
Stellungnahme 18/30
Stellungnahme 18/33
Stellungnahme 18/34
Stellungnahme 18/36
Stellungnahme 18/38
Stellungnahme 18/40

– abschließende Beratung und Abstimmung (Votum)

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Bauen, Wohnen und Digitalisierung – federführend –, an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales, an den Ausschuss für Heimat und Kommunales sowie an den Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend am 31.08.2022)

Momentan verschärfe sich die Lage jeden Tag weiter, leitet **Lena Teschlade (SPD)** die Beratung ein. RheinEnergie etwa werde die Energiekosten Ende des Jahres um 90 % anheben. Dies verdeutlichte die Dringlichkeit des Antrags, denn steigende Energiekosten dürften nicht dazu führen, dass Menschen ihre Miete nicht mehr bezahlen könnten und deswegen ihren Wohnraum verlören.

Sowohl der DGB als auch der Mieterbund und das Bündnis für Wohnen befürworteten in ihren Stellungnahmen den Antrag der SPD. In Teilen gehe er ihnen sogar nicht weit genug.

Sie werbe um ein Vorgehen gegen soziale Härte und entsprechend ein positives Votum zu dem Antrag. Wohnen werde zukünftig immer weiter zur sozialen Frage. Weiterhin würden viel zu wenige sozial geförderte Wohnungen gebaut, und eine Trendumkehr sei nicht in Sicht.

Jule Wenzel (GRÜNE) dankt für den Antrag, wobei sie den ersten Punkt in Abschnitt II ausklammere. Die SPD setze mit dem Antrag nämlich den Bedarf nach bezahlbarem

Wohnen auf die Tagesordnung, den auch die Grünen bei vielen von Armut betroffenen oder bedrohten Menschen durch die gestiegenen Nebenkosten sähen.

Die Forderung, „zeitnah die Voraussetzungen“ für die Schaffung von bezahlbarem Wohnraum zu schaffen, verkenne die Lage. Es müsse sich nämlich erstens der Flächenverfügbarkeit gewidmet werden, wozu auch gehöre, den Kommunen die finanziellen Spielräume zur Nutzung ihrer Vorkaufsrechte und zur Erschließung von Flächen zu geben. Zweitens müsse gegen die Baukostensteigerung, die momentan bundesweit Neubauprojekte mit sozialem Wohnraum massiv erschwere, angekämpft werden. Dass sich die SPD-Bundesbauministerin von ihrem Ziel, 100.000 neue Sozialwohnungen zu bauen, habe verabschieden müssen, unterstreiche dies. Drittens gebe es auch in der Baubranche einen großen Fachkräftemangel. Auf all diese Probleme fänden sich im Antrag keine Antworten, er greife also zu kurz, weshalb ihre Fraktion ihn ablehnen werde.

Die SPD-Fraktion mache in jeder Wahlperiode die jeweilige Landesregierung als Bremsklotz für bezahlbares Wohnen aus, führt **Marco Schmitz (CDU)** an. Mit Ina Scharrenbach als Bauministerin werde sich jedoch in Absprache mit den Kommunen darum gekümmert, dass mit Belegungsrechtsankäufen die Möglichkeit zur Schaffung von sozialem Wohnraum gegeben werde und verschiedene andere Instrumente genutzt würden.

Schon in der Coronapandemie habe sich das von der SPD geforderte Kündigungsmoratorium als nicht nötig erwiesen, weil Mieterinnen und Mieter mit den Vermieterinnen und Vermietern – ein Großteil davon private und nicht große Unternehmen – zusammenarbeiteten, um Kündigungen zu vermeiden.

Das Ziel eine bei diesem wichtigen Thema, der befürwortete Weg unterscheide sich jedoch sehr, erklärt **Yvonne Gebauer (FDP)**. Die Sachverständigen erläuterten in ihren Stellungnahmen, dass sie den im Antrag vorgeschlagenen Weg nicht befürworteten. Die Experten von Haus & Grund sähen das Ziel, 25.000 mietpreisgebundene Wohnungen zu schaffen, als völlig illusorisch an. Den Ankauf von Wohnungsbeständen durch das Land lehnten nicht nur Vertreter der privaten Wohnungswirtschaft, sondern auch der Architektenkammer ab. Eines Kündigungsmoratoriums bedürfe es, wie von Marco Schmitz (CDU) erläutert, nicht.

Da seiner Fraktion viele der im Antrag formulierten Forderungen nicht realisierbar schienen, lehne sie ihn ab, äußert **Dr. Martin Vincentz (AfD)**.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der SPD-Fraktion ab.

4 Eine respektvolle Pflege in NRW – Pflegende Angehörige stärken!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/1685

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend – sowie an den Integrationsausschuss am 24.11.2022)

Thorsten Klute (SPD) dankt für die engagierte Debatte zu dem Antrag in der Plenarsitzung und führt an, laut dem aktuell veröffentlichten Digitalatlas Armut werde Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen zunehmend zu einem Armutsrisiko. Daher halte er eine umfangreiche Anhörung für sinnvoll, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Der Ausschuss kommt überein, eine Anhörung durchzuführen.

5 Schutz von Kindern und Jugendlichen vor geschlechtsangleichenden medizinischen Eingriffen

Antrag
der Fraktion der AfD
Drucksache 18/1680

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend –, an den Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend sowie an den Ausschuss für Gleichstellung und Frauen am 24.11.2022)

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Dr. Martin Vincentz (AfD), eine schriftliche Anhörung durchzuführen.

6 Die Gesundheitsversorgung von Familien sicherstellen – Kuren für Familien, Menschen in Erziehungs- und Pflegeverantwortung in NRW retten!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/1686

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend – sowie an den Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend am 23.11.2023)

Da Ministerin Dorothee Feller (MSB) in der letzten Woche in der Plenardebatte geäußert habe, dass sich Entlastungsmaßnahmen bereits in Planung befänden, erkundigt sich **Christina Weng (SPD)**, ob dazu schon Konkreteres gesagt werden könne.

Zum einen habe die Bundesregierung Entlastungen für Kureinrichtungen und Mutter-Kind-Kliniken auf den Weg gebracht, zum anderen prüfe die Landesregierung diese Entlastungen derzeit auf Lücken, um dann möglicherweise weitere Förderungen zu initiieren, erläutert **RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS)**. Ein abschließendes Ergebnis der Abstimmungen in der Landesregierung gebe es noch nicht.

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Christina Weng (SPD), eine Anhörung durchzuführen.

7 Entwurf einer Elften Verordnung zur Änderung der Zuständigkeitsverordnung Heilberufe

Vorlage 18/520

Drucksache 18/1838

(Zuleitung des Verordnungsentwurfs per Unterrichtung durch den Präsidenten des Landtags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 28.11.2023)

Der Ausschuss ist angehört worden.

8 Lieferengpässe bei Medikamenten *(Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 2])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/504

Rodion Bakum (SPD) fasst zusammen, dass seitens der Landesregierung wohl rege Kontakte zu den Apothekerverbänden und der chemischen, sprich gegebenenfalls der pharmazeutischen Industrie bestünden. Versorgungs- und Lieferengpässe ließen sich auf unterschiedliche Gründe zurückführen. Laut Medienberichten hamsterten auch einige Menschen Medikamente. Außerdem würden Arzneimittel außerhalb der Europäischen Union produziert. Die Bundesregierung habe gestern angekündigt, nachjustieren zu wollen, um für die Zukunft gewappnet zu sein. Trotz der genannten Umstände frage er die Landesregierung, was sie in der aktuellen Situation unternehme und wie sie gegebenenfalls die Anstrengungen auf Bundesebene unterstütze.

Mit Stand letzter Woche lägen 308 Einträge zu Lieferengpässen vor. Laut dem Hausärzteverband gebe es mittlerweile Lieferengpässe bei über 1.000 Medikamenten. Da stelle sich natürlich die Frage, woher diese Diskrepanz stamme.

Ein Problem bei den Lieferketten führe zu den 308 registrierten Fällen von Lieferengpässen bei insgesamt etwa 100.000 Medikamenten, führt **StS Matthias Heidmeier (MAGS)** aus. Die Landesregierung schätze das Problem jedoch keinesfalls gering. Wegen der stark gestiegenen Energiekosten stünden Unternehmen, insbesondere auch solche in der Kunststoffindustrie, erheblich unter Druck. Das MAGS habe mit dem Wirtschaftsministerium die Durchführung eines Pharmadialogs über Möglichkeiten zur Stärkung der Produktion in Nordrhein-Westfalen vereinbart.

Die Initiative des Bundesgesundheitsministers, zu der dem Ministerium bislang nur Informationen aus den Medien vorlägen, halte er für überfällig. Nun müsse diesbezüglich Konkretes abgewartet werden, weil in erster Linie auf Bundesebene Handlungen nötig seien.

9 Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der Krankenhausplanung in NRW *(Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [s. Anlage 3])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/517

Rodion Bakum (SPD) erkundigt sich, ob der neue Krankenhausplan, der ja auch Rehakliniken umfasse, sich in dem Bereich nur auf die Neuro-Frühreha oder umfassend auf ganz Nordrhein-Westfalen beziehe.

Da sie im Bericht nicht beantwortet werde, greife er außerdem Frage 4 aus dem Berichtsantrag auf, die sich insbesondere auf die Finanzierung der Phase C+, mit der die Schaffung von neurologischen Frührehabilitationsplätzen bei Akutkrankenhäusern bezweckt werde, beziehe.

Vor dem Hintergrund seiner beruflichen Erfahrung sowohl in einer neurologischen Rehaklinik als auch in einer Frührehabilitation in einem Akutkrankenhaus frage er, wie die Landesregierung in ihrem Bericht zu dem Schluss komme, dass entsprechende Rehabilitationsplätze bevorzugt in Akutkrankenhäusern eingerichtet werden sollten.

Die Zuständigkeit des Landes umfasse lediglich die in den Akutkrankenhäusern stattfindende Frührehabilitation, erklärt **MDgt Helmut Watzlawik (MAGS)**. Somit werde nur diese geplant, und das Land zahle die entsprechenden Investitionskosten. Dem Bericht lasse sich eine umfassende Erläuterung der momentan bestehenden Defizite in dem Bereich entnehmen.

Diese Versorgungsstrukturen müssten mit den weitergehenden Rehaeinrichtungen abgestimmt sein. Dem werde man sich bei der Umsetzung des neuen Krankenhausplans im Rahmen der regionalen Planungskonferenzen widmen.

Thorsten Klute (SPD) schließt die Frage an, ob die nicht an ein Akutkrankenhaus angeschlossenen Rehaeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen in der aktuellen Phase der Krankenhausplanumsetzung nicht involviert würden.

Die Rehabilitationskliniken, die Nicht-Plankrankenhäuser seien in der Tat nicht Gegenstand des Krankenhausplans, antwortet **MDgt Helmut Watzlawik (MAGS)**.

MR'in Dr. Ursula Mayo (MAGS) ergänzt, dass etwa in Westfalen, wo teils eine Unterversorgung bestehe, Rehakliniken, soweit sie die Leistung erbringen könnten, einen Antrag für die Neuro-Frühreha stellen könnten, dann aber bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen müssten.

Den Vorrang der Akutkrankenhäuser gebe es, weil es im frühen Stadium für die Patienten, die dann häufig noch beatmet werden müssten, besser sei, noch im Akutkrankenhaus versorgt zu werden, ohne in eine Rehaeinrichtung verlegt werden zu müssen.

Dr. Martin Vincentz (AfD) bittet um Aufklärung, wo die immer mehr aufkommenden Komplexbehandlungen, die sowohl eine Frührehabilitation als auch eine allgemeine Versorgung umfassten, formal angesiedelt und abgerechnet würden.

Sie könne den Begriff „Komplexbehandlungen“ im krankenhausplanerischen Sinne nicht einordnen, erklärt **MR'in Dr. Ursula Mayo (MAGS)**. Es handele sich wohl eher um ein entgeltrechtliches Thema.

Rodion Bakum (SPD) äußert Verwunderung über die Antwort, dass Rehabilitationskliniken nicht Gegenstand des Krankenhausplans seien, da seiner Fraktion von solchen Kliniken andere Informationen vorlägen.

Des Weiteren werfe er die Frage auf, ob die Landesregierung an dem System etwas ändern wolle und dazu gegebenenfalls Gespräche mit der Bundesebene, vor allem mit der Deutschen Rentenversicherung usw. führen wolle.

Während der Coronapandemie seien Rehakliniken rege als Ersatzkrankenhäuser genutzt worden. Man brauche sie also, wenn es eng werde. Vielleicht biete auch dies Anlass zum Umdenken und dazu, diese Kliniken enger mit der Krankenhausplanung zu verknüpfen.

Er befürworte, dass Rodion Bakum (SPD) ambitionierte Maßstäbe anlege, erklärt **StS Matthias Heidmeier (MAGS)**. Nordrhein-Westfalen verfüge laut Einschätzung der gesamten Gesundheitslandschaft über die modernste Krankenhausplanung Deutschlands. Im zweiten Schritt könne man sich auch noch darum kümmern, die modernste Rehaklinikenplanung Deutschlands zu machen. Man könne nicht die Maßstäbe der Krankenhausplanung auf die Rehakliniken zu übertragen.

10 E-Rezept *(Bericht beantragt von den Fraktionen von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN [s. Anlage 4])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/505

Da es im Interesse aller liege, E-Health zu fördern, und man seit 20 Jahren an verschiedenen Projekten in dem Bereich arbeite, stelle der im ausführlichen Bericht dargelegte Sachstand nicht zufrieden, leitet **Marco Schmitz (CDU)** die Aussprache ein. Dass das Pilotprojekt zum E-Rezept habe gestoppt werden müssen und es deswegen nicht ausprobiert werden könne, halte er für ärgerlich.

Für Ärztinnen und Ärzte, die Abrechnungsstellen sowie die Apotheken hätte das E-Rezept eine Vereinfachung bedeutet, weshalb er an die Landesregierung die Frage richte, inwiefern sie Einfluss auf den Bundesdatenschutzbeauftragten nehmen könne, damit solche Projekte künftig umgesetzt würden.

Auch das Ministerium besorge diese Entwicklung und die Entscheidung, schließt **StS Matthias Heidmeier (MAGS)** an. Es hätte schon früher im Prozess ein Einvernehmen mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten hergestellt werden müssen. Zur technischen Ausstattung der Praxen seien erhebliche Investitionen vorgenommen worden. Auch deswegen frustriere diese Entwicklung.

Abgesehen davon fühle sich das Ministerium in seinen Akzentsetzungen in Bezug auf die Digitalisierung bestärkt. Dies gelte etwa für das Virtuelle Krankenhaus und Telearztmedizin. Das Scheitern des E-Rezepts bedeute also kein grundsätzliches Scheitern der Digitalisierung im Gesundheitssystem, vielmehr sollten die bisherigen Anstrengungen jetzt erst recht zu einer Digitalstrategie ausgeweitet werden.

Nach all den Fortschritten im Bereich der Digitalisierung in den letzten Jahren frustriere das Scheitern des E-Rezepts auch aus fachlicher Sicht, fügt **RD Stephan Pohlkamp (MAGS)** an. Zwar seien die datenschutzrechtlichen Bedenken länger bekannt gewesen. Sie könnten allerdings weder von der an der Rollout-Phase beteiligten Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe noch von der mit der Umsetzung beauftragten gematik gelöst werden. Auf Bundesebene müsse mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten ein Konzept erarbeitet werden, was sowohl laut BMG als auch laut gematik geschehen solle. Damit einhergehe allerdings ein Zeitverlust, sodass das E-Rezept wohl nicht wie geplant Anfang kommenden Jahres, sondern erst einige Monate später überall eingeführt werden könne.

Nordrhein-Westfalen werde den Schulterschluss mit den anderen Bundesländern suchen und das Thema sicherlich im Rahmen einer Gesundheitsministerkonferenz aufgreifen. Diese verfüge über die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Digitalisierung im Gesundheitswesen“, die sich auch dem E-Rezept widme. In dieser Arbeitsgruppe werde das Thema für die Gesundheitsministerkonferenz vorbereitet.

Auch **Serdar Yüksel (SPD)** bekundet Enttäuschung über das Scheitern des E-Rezepts.

Als Mitglied des Aufsichtsrats der ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH könne er über sehr intensive Diskussionen mit den verschiedenen Akteuren über die Einführung eines E-Rezepts in den letzten Jahren berichten.

Derzeit könnten über eine App schon elektronisch Rezepte eingelöst werden. Von den jährlich 500 Millionen ausgestellten Rezepten werde diese Möglichkeit jedoch für nur 0,1 % der Rezepte genutzt. Für alles andere als niedrigschwellig halte er den Vorschlag der gematik, man solle sich, wenn man diese App nutzen wolle, bei einem Termin bei der Krankenkasse vor Ort einen personalisierten Code aushändigen lassen müssen.

Europäische Staaten wie Estland, Schweden, Dänemark, Belgien und Portugal verfügten über eine nahezu 100%ig digitale Rezepteinlösung. Der Ausschuss könne sich auf seiner nächsten Ausschussreise anschauen, wie gut dies funktioniere. Bei dortigen Lösungen sei das E-Rezept etwa Teil der elektronischen Patientenakte und nach Einlösung des Rezepts erhalte der Arzt auch noch einen Report, sodass damit ein Controlling, dass das richtige Rezept eingelöst worden sei, einhergehe.

Der Bundesdatenschutzbeauftragte spreche von einem bedenklichen Einlöseweg. E-Health scheitere oft an datenschutzrechtlichen Bedenken. Er weise auf die seit dem 01.01.2022 geltende rechtliche Verpflichtung in § 360 SGB V hin, Verordnungen auf elektronischem Weg auszustellen, die so nicht mit Leben gefüllt werden könne.

Es müsse ein niedrigschwelliges Angebot geschaffen und ein Weg gefunden werden, um den Zeitverlust auszugleichen.

Dass das E-Rezept bislang keine Erfolgsgeschichte sei, enttäusche auch, weil zwar der Datenschutz immer Berücksichtigung finden müsse, die Digitalisierung aber sehr viel Potenziale für das Gesundheitssystem biete, bemerkt **Meral Thoms (GRÜNE)**. Für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, ein gutes Monitoring und einen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten müsse vorangekommen werden. Solche Projekte dürften auf keinen Fall zusätzliche Hürden für die Leistungserbringer bedeuten.

Zusätzlich müsse auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Digitalisierung bezweckt werden. Bei dem Token, der habe ausgedruckt werden müssen, habe es Bedenken gegeben, weil eine Zuordnung von Rezept zu Patientin oder Patient in der Praxis und somit eine zusätzliche Kontrolle dabei wohl nicht mehr möglich gewesen sei.

11 Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens (PeBeM) in der stationären Altenpflege – wie soll der Übergang von der bisherigen Fachkraftquote zum PeBeM gestaltet werden? *(Bericht beantragt von der FDP-Fraktion [s. Anlage 5])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/503

Yvonne Gebauer (FDP) greift die Information aus dem Bericht, dass die Empfehlungen der Parteien der Selbstverwaltung für die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens noch nicht vorlägen, auf. Zunächst erkundige sie sich, ob sich seit der Erstellung des Berichts daran etwas geändert habe.

Außerdem werde über Anpassungen in Bezug auf die Landesrahmenverträge berichtet. Diesbezüglich stelle sich die Frage, ob all dies realistisch noch bis Mitte 2023 zu leisten sei.

Das Ministerium schreibe weiter, das WTG stehe der Einstellung zusätzlicher Beschäftigter mit Assistenz- oder Helferausbildung grundsätzlich nicht entgegen. Sie bitte um Auskunft, ob es Handlungsempfehlungen des Landes dazu, wie die kommunalen WTG-Behörden dabei von der Facharztquote abweichen könnten, gebe.

Wegen der Angabe, dass die Stellenkontingente für die Assistenzkräfte von den Einrichtungen bislang nicht ausgeschöpft würden, hinterfrage sie, ob überhaupt entsprechend viele Assistenzbildungen absolviert würden.

Die Selbstverwaltung berate sich noch immer, es gebe also keinen neuen Stand, führt **MDgt Udo Diel (MAGS)** aus. Damit werde das Ziel, die Frist 01.07.2023 zu halten, immer ambitionierter, da viele Umstellungsprozesse in den Einrichtungen nötig seien.

Das WTG gebe eine Fachkraftquote von 50 % vor – für den Fall, dass es einen solchen Personalschlüssel, wie er ab dem 01.07.2023 gelte, nicht gebe. Momentan handhabten die WTG-Behörden die Fachkraftquote flexibel. Anderes wäre mit den zusätzlichen zur Verfügung stehenden Stellen auch nicht vereinbar.

Laut Auskunft der Einrichtungen würden die Stellenkontingente eher nicht wegen fehlendem entsprechend qualifizierten Personal, sondern weil viele Einrichtungen in den letzten zweieinhalb am Limit gearbeitet und damit keine Kapazitäten für Personalgewinnung gehabt hätten, nicht ausgeschöpft.

12 Verschiedenes

– keine Wortbeiträge

gez. Josef Neumann
Vorsitzender

5 Anlagen

13.04.2023/14.04.2023



An den Vorsitzenden des
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Josef Neumann MdL

Montag, 28. November 2022

Dringliche Frage

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

Presseberichte der letzten Tage mit Schlagzeilen wie „Alarm in der Kinderklinik“¹ weisen auf eine Überlastung von Kinderkliniken insbesondere in Folge der starken Zunahme von Infektionen mit Respiratorischen Synzytial-Viren (RSV) hin. In den letzten Wochen haben Atemwegsinfektionen deutlich zugenommen. Dabei machen bei Kindern derzeit RSV-Infektionen den größten Anteil aus. Corona-Infektionen spielen hingegen eine untergeordnete Rolle. RSV-Infektionen können gerade bei Kleinkindern zu schweren Erkrankungen führen, die eine Krankenhauseinweisung erfordern.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) Prof. Dr. Jörg Dötsch spricht² daher von einer sehr stark angespannten Belegungssituation in den Kinder- und Jugendkliniken. Eltern müssten sich auf lange Wartezeiten, Verlegungen oder Absagen von verschiebbaren Behandlungen einstellen. Ein Grund für die hohen Infektionszahlen sei laut Dötsch ein „Aufholeffekt“ bei den RSV-Infektionen nach den Corona-Schutzmaßnahmen.

Der Generalsekretär der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) Prof. Dr. Florian Hoffmann spricht³ von einem „dramatischen epidemischen Geschehen“ und „Katastrophenzuständen.“ Familien mit kranken Kindern müssten teils in der Notaufnahme auf einer Pritsche schlafen. Viele betroffene Kinder seien schwer krank und müssten beatmet werden. Betroffen seien nun viele Kinder mit ein oder zwei Jahren, die auch angesichts der Corona-Pandemie und den dagegen getroffenen Maßnahmen bisher keinerlei Kontakt zum RSV hatten. Zum Trend bei Kleinkindern sagte Hoffmann: „Es ist keine Kurve mehr, sondern die Werte gehen senkrecht nach oben.“ Er warnt: „Wir werden diesen Winter nicht mehr alle versorgen können.“

¹ Westdeutsche Zeitung vom 26.11.2022

² <https://www.swr.de/swr2/wissen/deutlicher-anstieg-bei-atemwegserkrankungen-mit-rs-virus-bei-kindern-100.html>

³ <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/aus-aktuellem-anlass-viele-kinderkliniken-wegen-atemwegsinfektionen-am-limit>

Vor diesem Hintergrund bitte ich für die nächste Sitzung des Ausschusses am 30. November um Zulassung und Beantwortung folgender Dringlichen Frage gemäß § 59 der Geschäftsordnung des Landtags:

Was unternimmt die Landesregierung angesichts der Überlastung von Kinderkliniken aufgrund der starken Zunahme von RSV-Infektionen?

Die Dringlichkeit ergibt sich aus den Warnungen vor einer Überlastung der Kinderkliniken, die in den genannten Berichten aus den letzten Tagen verdeutlicht wurde. Es liegt im Interesse des Ausschusses und der Öffentlichkeit sich hier kurzfristig ein Bild zu verschaffen und Informationen der Landesregierung über die aktuelle Lage zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen



Yvonne Gebauer MdL



SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An den Vorsitzenden
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Herrn Josef Neumann MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

THORSTEN KLUTE MdL
Sprecher für Gesundheit und Pflege

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

T 0211.884-2644
Thorsten.klute@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion-nrw.de

17.11.2022

**Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am
30. November 2022**

Thema: Lieferengpässe bei Medikamenten

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ausweislich der Medienberichterstattung des WDRs vom 15.11.2022 haben Apotheken mit Lieferengpässen bei Medikamenten zu kämpfen. Berichtet wird über mehrere Hundert nicht lieferbare Medikamente, bei denen besonders Cholesterin- und Blutdrucksenker, Fiebersäfte für Kinder und Penicilin betroffen sind¹.

Diese Probleme sind leider nicht neu. In der Vergangenheit wurde das Thema von Lieferengpässen bei Medikamenten über eine Kleine Anfrage der Abgeordneten Lisa-Kristin Kapteinat zur eingeschränkten Verfügbarkeit von Fiebersäften für Kinder an die Landesregierung herangetragen. In der Antwort

¹ <https://www1.wdr.de/nachrichten/ruhrgebiet/lieferengpass-medikamente-insulin-100.html> [17.11.2022]

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.



auf die Kleine Anfrage (DS 18/819) erklärt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales: „Derzeit liegen dem MAGS keine Hinweise auf einen generellen Medikamentenengpass im Herbst und Winter vor“. Die aktuelle Situation zeigt deutlich, dass es diese Medikamentenengpässe nun gibt. Viele Apotheken müssen Eltern auf andere Apotheken verweisen und viele Medikamente können bereits jetzt nicht mehr selbst hergestellt werden. Dies ist besonders bei Cholesterinsenkern ein Problem, da man bei diesem Medikament nicht einfach wechseln könne. Grund dafür seien ausgelagerte Produktionsstandorte und eine Verschärfung der Situation durch den russischen Angriffskrieg auf die Ukraine. Der Vorsitzende des Apothekerverbands Nordrhein fordert daher, dass für eine sichere Produktion von Arzneimitteln in Deutschland gesorgt werden soll.²

Aufgrund der Bedeutung des Themas bittet die SPD-Fraktion die Landesregierung daher um einen aktuellen schriftlichen Bericht zum Sachstand der Lieferengpässe bei Medikamenten zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 30 November 2022. Der Bericht soll dabei u.a. folgende Fragen beantworten:

1. Welche Medikamente sind in Nordrhein-Westfalen von Lieferengpässen bei der Arzneimittelversorgung betroffen? Wie stark sind die einzelnen Medikamente betroffen?
2. Wie stellt die Landesregierung sicher, dass in Nordrhein-Westfalen keine Versorgungsknappheit mit Arzneimitteln entsteht?

² <https://www1.wdr.de/nachrichten/ruhrgebiet/lieferengpass-medikamente-insulin-100.html> [17.11.2022]



3. Bei einigen Medikamenten ist ein Wechsel des Medikamentes nur schwer möglich. Wie stellt die Landesregierung sicher, dass es bei diesen Medikamenten eine ausreichende Arzneimittelversorgung gibt?
4. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung ergriffen, um auf die Lieferengpässe im Herbst und Winter vorbereitet zu sein?
5. Wurden Gespräche mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems geführt, nachdem bekannt wurde, dass es eine verschärfte Situation bei der Arzneimittelversorgung durch Lieferengpässe bei Medikamente gibt? Wenn ja, welches Ergebnis haben diese Gespräche erzielt?

Mit freundlichen Grüßen

gez. Thorsten Klute MdL



SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An den Vorsitzenden
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Herrn Josef Neumann MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

THORSTEN KLUTE MdL
Sprecher für Gesundheit und Pflege

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

T 0211.884-2644
Thorsten.klute@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion-nrw.de

17.11.2022

**Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am
30. November 2022**

**Thema: Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der
Krankenhausplanung in NRW**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

am 01. September 2022 starteten die ersten Schritte der regionalen Planungsprozesse im Zuge der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Mittlerweile haben die Bezirksregierungen zur Aufnahme der Verhandlungen aufgerufen und die Verhandlungen werden am 17.11.2022 starten.

Im Krankenhausplan wird bezüglich der Rehakliniken eine deutliche Unterversorgung in großen Teilen von NRW beschrieben. In Regionen mit bestehender Unterversorgung seien deswegen Angebote auch über den prognostizierten Bedarf hinaus zu etablieren. Ziel der Krankenhausplanung sei es, die Qualität der Versorgung über die Einführung von Qualitätskriterien zu sichern und weiter zu verbessern. Im Zuge der Umsetzung des Krankenhausplans muss die Landesregierung deshalb eine wohnortnahe und

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.



qualitativ hochwertige Versorgung durch die Rehakliniken für die Bürgerinnen und Bürger in NRW sicherstellen.

Daher bitten wir das Ministerium folgende Fragen konkret aufzuklären:

1. Wie viele Menschen wurden in nordrhein-westfälischen Kliniken aufgrund einer medizinischen Rehabilitation seit 2014 behandelt (Bitte nach Kliniken und Rehakliniken, medizinischen Fachbereichen, Jahren, Phasen A-D aufschlüsseln.)?
2. Wie viel Investitions-, Pauschal-, Betriebskosten-, Einzelfördermittel wurden seit 2014 für nordrhein-westfälische Rehakliniken und Kliniken für neurologische Frührehabilitation ausgezahlt (Bitte nach Art der Förderung, Kliniken und Rehakliniken, Jahren aufschlüsseln.)?
3. Wie hat sich die Anzahl der Betten an Kliniken für neurologische Frührehabilitation (an Krankenhäusern) und Rehakliniken seit 2014 entwickelt (Bitte nach Kliniken an Krankenhäusern und Rehakliniken, Jahren, Phasen A-D, medizinischen Fachbereichen aufschlüsseln)?
4. Wie steht die nordrhein-westfälische Landesregierung zur grundsätzlichen Finanzierung der nordrhein-westfälischen Rehakliniken, insbesondere zur NRW-Besonderheit mit Phase C+, unter Berücksichtigung der verschiedenen Finanzierungsmodelle und -überlegungen des Bundes, der Bundesländer sowie Sozialversicherungsinstitutionen?
5. Welche Strategie verfolgt die Landesregierung im Rahmen des neuen Krankenhausplanes, um die gutachterlich festgestellte „deutliche Unterversorgung in großen Teil von NRW“ mit der Erkenntnis, dass „der



tatsächliche Bedarf [...] deutlich höher“ ist, als die Bedarfsprognose von 2.615 Fällen im Rahmen der aktuellen Versorgungsstrukturen?

6. Gibt es gegenwärtige juristische Verfahren zwischen dem Land NRW und verschiedenen Rehakliniken? Wenn ja, welchen Sachstand haben diese und welche Einschätzung hat die Landesregierung zu den einzelnen Verfahren?

Aufgrund der Bedeutung des Themas bittet die SPD-Fraktion die Landesregierung daher um einen aktuellen schriftlichen Bericht zum Sachstand der (zukünftigen) Versorgung durch Rehakliniken im Kontext der Krankenhausplanung in NRW zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 30. November 2022.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Thorsten Klute MdL

**Marco Schmitz MdL**

*Sprecher für Arbeit, Gesundheit und Soziales
der CDU-Fraktion*

**Jule Wenzel MdL**

*Sprecherin für Arbeit, Gesundheit und Soziales
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*

17. November 2022

An den
Vorsitzenden des Ausschusses für
Arbeit, Gesundheit und Soziales

Herrn
Josef Neumann

**Berichts-anfrage für die Sitzung des Ausschusses AGS am 30. November 2022
Thema: E-Rezept**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen ist für uns eine wichtige politische Aufgabe. Dabei wollen wir zukunftsfähige und innovative Konzepte vorantreiben. Das gilt besonders dann, wenn sie die Arbeit für das medizinische Personal und die Patientinnen und Patienten deutlich vereinfachen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hatte mit dem Modell des E-Rezeptes einen ersten großen Schritt zur Digitalisierung im Gesundheitswesen generell und speziell in der ambulanten Versorgung gestartet.

Seit dem 1. September 2022 beteiligten sich in Westfalen-Lippe rund 250 Praxen am E-Rezept-Rollout. Weitere Praxen sollten folgen.

Dieser Versuch des elektronischen Rezeptes wurde vom Bundesdatenschützer nun abgelehnt und das Modell ausgesetzt.

Wir erbitten für die nächste Sitzung des Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales detaillierte Informationen zur Begründung der Entscheidung des Bundesdatenschützers.

Mit freundlichen Grüßen

Marco Schmitz

Jule Wenzel

An den Vorsitzenden des
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Josef Neumann MdL

Freitag, 18. November 2022

Berichtsanhfrage

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

für die nächste Ausschusssitzung beantragen wir einen schriftlichen Bericht zur

Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens (PeBeM) in der stationären Altenpflege – wie soll der Übergang von der bisherigen Fachkraftquote zum PeBeM gestaltet werden?

Ab 1. Juli 2023 wird in der stationären Altenpflege ein neues Personalbemessungsverfahren (PeBeM) eingeführt. Damit wird die bisherige Fachkraftquote durch einen Qualifikationsmix ersetzt. Die Vorgaben nach § 113c SGB XI differenzieren zwischen Fachkraftpersonal, Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr sowie Hilfskraftpersonal ohne diese Ausbildung. Für diese drei Qualifikationsstufen werden jeweils abhängig vom Pflegegrad Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen bestimmt.

Ziel des neuen Bemessungssystems ist es, eine gute und professionelle pflegerische Versorgung in der stationären Altenpflege zu sichern. Dabei soll sich der Fachkräfteeinsatz am tatsächlichen Bedarf der jeweiligen Einrichtung orientieren. Bei der Umsetzung wird sich ein personeller Mehrbedarf insbesondere bei Pflegeassistenzkräften ergeben, die künftig rund ein Viertel des Personals stellen sollen.

Im Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) ist in § 17 Abs. 4 vorgesehen, dass sofern kein Personalbemessungssystem vorliegt, jeweils mindestens die Hälfte der mit pflegerischen Tätigkeiten beauftragten Beschäftigten Fachkräfte sein müssen. Pflegeassistenzkräfte werden derzeit nicht auf die Fachkraftquote angerechnet. Demnach wäre eine Einstellung der für das PeBeM benötigten zusätzlichen Assistenzkräfte vor dem 1. Juli 2023 in der Regel nur möglich, wenn gleichzeitig auch zusätzliche Fachkräfte eingestellt werden. Dies stellt einen negativen Anreiz für stationäre Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Einstellung zusätzlicher Assistenzkräfte dar und erschwert somit den Übergang zum PeBeM.

Die zuständige WTG-Behörde kann aber nach § 17 Abs. 4 WTG für einen Zeitraum von drei Monaten geringfügige Unterschreitungen der Fachkraftquote dulden, solange keine Mängel auftreten. Auf diesem Wege könnte auch eine Unterschreitung der Fachkraftquote bei der

Einstellung der benötigten zusätzlichen Assistenzkräfte in den Monaten vor Einführung des PeBeM zugelassen werden. Andere Bundesländer wie z. B. Brandenburg sehen Regelungen vor, nach denen unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen weitergehende Möglichkeiten zur Abweichung von der Fachkraftquote bestehen. Eine entsprechende Anpassung der Regelungen zur Fachkraftquote in Nordrhein-Westfalen könnte den Übergang zum PeBeM erleichtern.

Vor diesem Hintergrund bitten wir das Ministerium um einen Bericht, in dem insbesondere auf folgende Fragen eingegangen werden soll:

1. Wie soll der Übergang von der bisherigen Fachkraftquote zum PeBeM in Nordrhein-Westfalen ausgestaltet werden?
2. Plant die Landesregierung in diesem Zusammenhang eine Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes mit einer Streichung bzw. Anpassung der Fachkraftquote?
3. Welchen Zeitplan sieht die Landesregierung für die Gestaltung des Übergangs und ggf. für ein Gesetzgebungsverfahren vor?
4. Wird die Landesregierung z. B. durch einen Erlass den zuständigen WTG-Behörden eine Verfahrensanleitung geben, um die Fachkraftquote bei der Einstellung zusätzlicher Assistenzkräfte in den Monaten vor Einführung des PeBeM unterschreiten zu können?
5. Welche sonstigen Anreize könnten aus Sicht der Landesregierung dazu beitragen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen die für das PeBeM benötigten Assistenzkräfte vor dem 1. Juli 2023 einstellen?

Mit freundlichen Grüßen



Yvonne Gebauer MdL