



N i e d e r s c h r i f t
über die 81. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 7. Mai 2020
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

**Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung zu der
aktuellen Lage bezüglich des Coronavirus**

<i>Unterrichtung</i>	5
<i>Aussprache</i>	9

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Immacolata Glosemeyer (SPD)
3. Abg. Oliver Lottke (SPD)
4. Abg. Hanna Naber (SPD)
5. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (CDU)
8. Abg. Dr. Marco Mohrmann (i. V. d. Abg. Laura Hopmann) (CDU)
9. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
10. Abg. Petra Joumaah (CDU)
11. Abg. Volker Meyer (CDU)
12. Abg. Gudrun Pieper (CDU)
13. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE)
14. Abg. Sylvia Bruns (FDP)

Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

15. Abg. Johanne Modder (SPD)
16. Abg. Helge Limburg (GRÜNE)
17. Abg. Klaus Wichmann (AfD)

Von der Landesregierung:

Ministerin Dr. Reimann (MS).

Weitere Sitzungsteilnehmerinnen und Sitzungsteilnehmer:

siehe Anwesenheitsliste (**Anlage**).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.20 Uhr bis 13.24 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Schriftlicher Fragenkatalog der Abg. Meta Janssen-Kucz (GRÜNE) zu TOP 1

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) teilte mit, dass ihr schriftlicher Fragenkatalog am 5. Mai 2020 durch ein Büroversehen nur an das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, nicht jedoch auch an die Landtagsverwaltung und somit auch nicht an die Ausschussmitglieder versandt worden sei. Dies werde noch nachgeholt. Insofern könnten Nachfragen zu den Antworten des Ministeriums erst in der Sitzung am 20. Mai 2020 behandelt werden.

*

Gewalt gegen Kinder: Kinderschutz weiterentwickeln - Beratung stärken!

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/5640

Abg. **Volker Meyer** (CDU) teilte mit, dass der Ausschuss für Inneres und Sport, den der Ausschuss um eine Stellungnahme zu dem o. a. Antrag gebeten habe, am 28. Mai 2020 eine Anhörung der kommunalen Spitzenverbände zu diesem Antrag durchführen werde. Er sprach sich dafür aus, auch den Mitgliedern des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung die Möglichkeit zur Teilnahme an dieser Anhörung zu geben.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) stellte den Wunsch des **Ausschusses** fest, die Anhörung in einem gemeinsamen Sitzungsteil beider Ausschüsse durchzuführen.

Tagesordnung:

Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung zu der aktuellen Lage bezüglich des Coronavirus

zuletzt beraten: 79. Sitzung am 30.04.2020

Unterrichtung

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Nach der Verordnung ist vor der Verordnung. Wir haben Anfang der Woche einen Stufenplan für Niedersachsen vorgelegt. Dieser war für mich nicht ganz überraschend, weil er seit vielen Wochen aus verschiedenen Referaten und im Stab in einer kleinen Arbeitsgruppe erarbeitet worden ist, in der die verschiedenen Ressorts - Wirtschaft, Kultus, Soziales, Innen - vertreten sind.

Ich finde, es war jetzt an der Zeit, von den Einzelmaßnahmen und den Diskussionen über einzelne Maßnahmen zu einzelnen Zeiten wegzukommen. Wir sind in einer neuen Phase. Darüber haben wir auch in der Sitzung am 30. April intensiv diskutiert. Natürlich gibt es für Einzelmaßnahmen immer ein Für und Wider und auch intensive Diskussionen. Aber wir alle hier wissen ja, dass es auf die Summe der Einzelmaßnahmen ankommt. Deswegen hielt ich es für den richtigen Ansatz, einen Vorschlag mit Maßnahmenpaketen vorzulegen, die in Stufen in Kraft gesetzt werden und über die man dann diskutieren kann. Alles das will ich gar nicht wiederholen.

Eines möchte aber doch wiederholen: Wir befinden uns im Moment in einer Situation, die sehr ruhig verläuft - viel ruhiger, als wir dies erwartet haben. Das ist eine wundersame Situation. Die Entwicklung der Zahl der neuen Infektionen ist extrem erfreulich. In der Sitzung dieses Ausschusses am 30. April lag sie sogar bei 40 bis 50. Jetzt liegt sie wieder knapp unter 100. Wir hatten aber alle damit gerechnet, dass die ersten Lockerungen, die wir vorgenommen haben, und die Besuche über Ostern vielleicht doch einen anderen Einfluss auf das Infektionsgeschehen haben.

Alle Fachleute wissen, dass es immer 14 Tage dauert, bis man die Auswirkungen der jeweiligen Lockerungen sehen kann. Deswegen sagen wir ja immer: „Vorsicht an der Bahnsteinkante - nicht so viel! Bitte auch immer darauf hinweisen, dass die Distanz und Hygienemaßnahmen wirklich sehr penibel und sorgfältig eingehalten werden!“

Man muss aber sagen, dass sich die Niedersächsinen und Niedersachsen wirklich vorbildlich an alle Maßnahmen gehalten haben; denn sonst wären die jetzigen Ergebnisse und die derzeitige Infektionssituation nicht möglich.

Man braucht jetzt aber auch eine Perspektive. Das eine, was wir hier im Ausschuss schwerpunktmäßig betrachten, ist der ganze Gesundheits- und medizinische Sektor. Aber auch dazu gibt es ein Für und Wider. Das andere sind die wirtschaftlichen Schäden; denn es gibt natürlich Konsequenzen, wenn wir untersagen, dass das normale Geschäft - im doppelten Sinne - geöffnet wird.

Deshalb gab es diese Arbeitsgruppe, die ihren Blick immer auf den infektiologischen Impact auf der einen Seite und den wirtschaftlichen Schaden auf der anderen Seite gerichtet und dementsprechend die Stufen entwickelt hat. Es gibt Maßnahmen, die einen kleinen infektiologischen Impact, also kleine infektiologische Auswirkungen, und einen kleinen Schaden zur Folge haben. Es gibt aber auch Maßnahmen, die einen kleinen infektiologischen Effekt, aber einen großen wirtschaftlichen Schaden nach sich ziehen. Andersherum gibt es natürlich Maßnahmen mit großen infektiologischen Auswirkungen, aber mit einem ganz kleinen wirtschaftlichen Schaden oder einem anderen gesellschaftlichen Schaden.

Alles das muss man gegeneinander abwägen. Darüber müssen wir ja in der Gesellschaft auch in die Diskussion kommen.

Gleichzeitig muss man allen sagen: Das ist die Perspektive. Die Perspektive besteht aber immer nur vor dem Hintergrund und auf der Basis, dass die Infektionszahlen weiter so bleiben, wie sie jetzt sind, sodass die Ausbreitung gegebenenfalls auch wieder mit einer Kontaktnachverfolgung lokal eingegrenzt werden kann. Das sind die beiden kommunizierenden Röhren.

Wir im Gesundheitsbereich müssen vor allen Dingen genügend Kapazitäten zur Verfügung haben, um möglicherweise Infektionen erstens zu erkennen und zweitens dann auch behandeln zu können. Ich habe schon beim letzten Mal ausgeführt, dass eine Verordnung in der Erarbeitung ist, damit die elektiven Leistungen wieder ermöglicht werden. Denn auch innerhalb des Gesundheitssystems entsteht ja durchaus auch ein wirtschaftlicher Schaden. Deshalb wurde der große Schutzschirm auf Bundesebene gespannt - so

wohl für die Krankenhäuser als auch für viele einzelne andere Anbieter im medizinischen Sektor. Seit gestern ist die Verordnung in Kraft getreten, damit in den Krankenhäusern, also im stationären Bereich - das ist der Kernbereich -, die elektiven Leistungen wieder möglich sind. Allerdings müssen 25 % der Intensivkapazitäten mit Beatmung und 20 % der Betten im Bereich der Normalstationen zur Verfügung stehen, um gegebenenfalls COVID-Patienten aufzunehmen. Darüber hinaus müssen, falls es erforderlich ist, in sehr kurzer Zeit, nämlich in drei Tagen, weitere 20 % Intensivkapazitäten mit Beatmungsmöglichkeit zur Verfügung stehen.

Unsere Krankenhäuser haben diese Aufgabe, wie ich auch schon öffentlich gesagt habe, mit großem Einsatz, aber auch mit Bravour bewältigt. Wir sind ja immer ein bisschen zurückhaltend, wenn es um das Loben unseres Gesundheitssystems geht - denn wir sind ja diejenigen, die immer an den Stellen arbeiten, wo es nicht funktioniert -, aber die Wahrheit ist: Wir haben ein sehr leistungsfähiges System! Das Gesundheitssystem hat jetzt in dieser Situation seine Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Das heißt nicht, dass der Stresstest schon beendet ist. Aber es ist sehr klar geworden, dass wir schnell Kapazitäten zur Verfügung stellen können. Deswegen auch diese Variante mit den drei Tagen.

Das eine ist die stationäre Versorgung. Sie ist wichtig, aber sie ist ja nicht das gesamte Gesundheitssystem. Deshalb haben wir jetzt im ambulanten Bereich den gesamten medizinischen, aber auch den therapeutischen Bereich wieder in einen neuen Alltag geführt. Das ist keine Normalität - das will ich hier auch sagen -; denn das ist ein Leben mit dem Virus. Das bedeutet, dass wir alle unter anderen Bedingungen als vor der Epidemie arbeiten. Aber unter diesen Corona-Bedingungen kann wieder ein neuer Alltag eröffnet werden. Das Behandlungsgeschehen und alles das, was erforderlich ist, kann wieder aufgenommen werden.

Ich habe schon in der Sitzung am 30. April darauf hingewiesen, dass nur noch 25 % Herzinfarkte und Schlaganfälle behandelt werden. Wir alle wissen, dass diese Erkrankungen natürlich nicht weg sind. Es gibt ja nicht weniger Herzinfarkte und Schlaganfälle, aber die Leute sind nicht behandelt worden. Das bedeutet einen Schaden innerhalb des Gesundheitssystems, den wir auf Dauer natürlich nicht wollen. Die behandlungsbedürftigen Menschen sollen behandelt werden. Wir

müssen das auf der einen Seite den Anbietern mit ihren Kapazitäten ermöglichen. Aber wir sollten jetzt auch alle dafür sprechen, dass sich die Patientinnen und Patienten behandeln lassen. Denn in vielen Fällen - das sagen niedergelassene Ärzte und auch Therapeuten - sind viele Kranke gar nicht in die Praxis gekommen. Sie haben Behandlungen aufgeschoben oder unterlassen, weil sie aus Angst vor Infektionen keine therapeutische oder medizinische Praxis aufsuchen wollen. Das darf auf Dauer nicht sein, weil sich Erkrankungen dann chronifizieren und verschlechtern können und vielleicht auch zu einer Akut- und Intensivversorgung führen.

An dieser Stelle wird der medizinische Sektor wieder für den neuen Alltag aufgestellt - bis hin zu den Reha-Kliniken und Mutter/Vater-Kind-Kuren. Ich glaube, nicht alle außerhalb dieses Ausschusses haben auf dem Zettel gehabt, dass wir in den Reha-Kliniken so viele Kapazitäten vorhalten, die als Reservekapazität dienen konnten. Den Reha-Kliniken haben wir ja die Akutversorgung ermöglicht. Das ist aber nicht deren Kerngeschäft. Zu diesem Kerngeschäft sollen sie jetzt wieder zurückkommen können.

Bei den Mutter/Vater-Kind-Kuren - auf dieses Detail will ich hinweisen - sind diejenigen aufgenommen, die das aus touristischen Zwecken machen. Wir haben das in die Verordnung aufgenommen. Gemeint ist damit: Wenn ich nicht gesetzlich, sondern privat versichert bin, dann muss ich das zum Teil selbst bezahlen, oder ich zahle das selbst, weil sich mein Selbstbehalt sonst verändert. Das wird nicht ermöglicht. Das sind aber wenige. Das Brot-und-Butter-Geschäft sind natürlich die von den gesetzlichen Kassen bezahlten und verordneten Reha- und Vorsorgekuren. - So weit zu dem medizinischen Sektor.

Wir bereiten jetzt eine Verordnung vor, in der die Beschlüsse der Länder mit der Kanzlerin umgesetzt werden. Diese Lockerungen bzw. Überlegungen haben wir ja auch schon vorher in dem Stufenplan vorgestellt. Das heißt: Einzelhandel ermöglichen, den Tourismus wieder langsam aufnehmen lassen und die Notbetreuung im Kita-Bereich erweitern. Das ist ein wichtiger, aber infektiologisch durchaus umstrittener Bereich. Deshalb spreche ich ihn hier extra noch einmal an. Im Einzelhandel hat man jetzt die ersten Erfahrungen gesammelt, die sich auch übertragen lassen. Bei der Kita-Notbetreuung und den Schulen werden jetzt natürlich neue Erfahrungen gemacht. Die Virologen sind sich nicht wirklich einig, und

keiner hat eine wirklich belastbare Abschätzung, welchen Anteil die Kinder und Jugendlichen im Infektionsgeschehen tatsächlich haben. Deswegen muss man das sehr genau beobachten.

Ich halte es auch für extrem wichtig, dass eine Obergrenze beschlossen worden ist. Das ist mal eine Obergrenze, die ich begrüße. Ansonsten haben wir ja auch in anderen Politikfeldern schon Diskussionen über Obergrenzen geführt, die wir durchaus kritisch gesehen haben. Es ist jetzt eine Infektionsobergrenze von 50 Infektionen pro 100 000 Einwohner definiert worden. Der Ministerpräsident hat in diesem Kontext erklärt - ich habe auch sehr dazu geraten -, dass wir es nicht zu diesen Zahlen kommen lassen. Für ganz Niedersachsen würde das nämlich bedeuten, dass 4 000 Infektionen pro Woche auftreten. Das bedeutet - wir alle kennen unsere ICU-High-Care-Kapazitäten -: Wenn 4 % dieser Patienten in den Krankenhäusern beatmet werden müssten, würden wir sehr schnell an die Grenzen unserer Kapazitäten stoßen.

Es kommt auch immer darauf an, wie dynamisch das Infektionsgeschehen ist; denn die Zahl von 50 Infektionen ist ja nur eine Größe. Auch der R-Faktor ist wichtig. Deswegen würden wir sicher schon sehr viel früher entsprechende Maßnahmen einleiten, was immer dann auch im Einzelnen erforderlich ist.

Zudem müssen - worüber auch diskutiert wird und was für uns keine Neuigkeit ist - die Landkreise und die dortigen Gesundheitsämter sehr genau prüfen. Denn wenn es zu lokalen Ausbrüchen kommt, kann dies natürlich sehr viel schneller zu anderen Zahlen führen. Auch da ist es angeraten, schon vor einer Zahl von 50 Infektionen pro 100 000 Einwohner Interventionen anzugehen. Das kann immer sein. Darüber müssen wir uns im Klaren sein.

Ich will nicht verhehlen, dass ich zuvorderst in den Reisemöglichkeiten, die im Tourismusbereich eröffnet werden, ein Risiko sehe. Urlaub hat auch etwas mit Sorglosigkeit zu tun; denn im Urlaub möchte man Freiheiten genießen. Da durch die Öffnung des Tourismussektors wieder Mobilität ermöglicht wird, kann es auch wieder zu lokalen Infektionsgeschehen kommen. Die Gesundheitsämter müssen dann das Infektionsgeschehen einhegen und lokal begrenzen. Damit haben unsere Gesundheitsämter schon sehr viel Erfahrung. Sie haben auch in der Vergangenheit einen guten Job gemacht. Sie werden durch das Lan-

desgesundheitsamt und auch durch weitere Coaches von der Bundesebene unterstützt. Das Robert Koch-Institut hat ja auch noch zusätzliche Kräfte zur Verfügung gestellt.

Man wird also die weitere Entwicklung auch auf der jeweiligen Landkreisebene sehr intensiv beobachten müssen. Ich glaube aber, das wird man hinbekommen.

Im Moment sind wir wieder in die Containment-Phase eingetreten, sodass man jeden Infektionsfall tatsächlich nachverfolgen kann. Das Ziel muss es sein, dass es dabei bleibt, also dass man dann, wenn Infektionsfälle auftreten, diese tatsächlich nachverfolgen und lokal eingrenzen kann.

Ich möchte noch auf eine besondere Situation in Cuxhaven hinweisen, die Sie vielleicht schon aus der Presse erfahren haben. In Cuxhaven hat ein Kreuzfahrtschiff angelegt, auf dem die Beschäftigten der Kreuzfahrtschiffe der TUI zusammengezogen werden, um sie dann nach Hause fliegen zu können. Es gab dort einen Infektionsfall, der auch entsprechend hospitalisiert ist. Auf dem Schiff gibt es weitere acht positiv Getestete, die geringe Symptome zeigen. Das dortige Gesundheitsamt befindet sich im Austausch mit dem Landesgesundheitsamt.

Über diese Situation wird ja zum Teil sehr skandalisierend berichtet. Die TUI plant, dass diese Leute verlegt werden und über das Wochenende bis Montag in ihre Heimatländer per Flugzeug zurückreisen können. Das ist vorbereitet. Das werden aber noch nicht alle sein. Für den Rest - es sind, glaube ich, 1 200 - gibt es deshalb eine Beschränkung, weil nicht alle Länder bereit sind - die Besatzungsmitglieder kommen aus 20 verschiedenen Ländern -, ihre Leute wieder aufzunehmen. Anders als Deutschland, das alle 200 000 oder mehr Reisenden aus der ganzen Welt eingesammelt und nach Hause geholt hat, sind nicht alle Länder bereit, ihre Staatsangehörigen wieder aufzunehmen. Das ist im Moment das einzige Hindernis. Das wird dazu führen, dass nach diesem Wochenende maximal die Hälfte der Leute noch auf dem Schiff sein wird. Sie werden dann peu à peu, wie die Verhandlungen mit den jeweiligen Heimat- und Herkunftsländern laufen, in ihre Heimat- bzw. Herkunftsländer zurückreisen.

Ich möchte abschließend auf einen Bereich zu sprechen kommen, der mich bekanntlich sehr umtreibt und bei dem es jetzt noch eine kleine Ver-

änderung auf der Bundesebene gegeben hat, nämlich bei den Heimen. Ich habe in der Sitzung am 30. April berichtet, dass wir durch eine wirklich gute Kooperation der Kassen mit dem Sozialministerium jetzt allen Heimen I-Pads zur Verfügung stellen können. Das geht auf die Konzertierte Aktion Pflege in Niedersachsen zurück, in der wir gesagt haben: Wir möchten, dass erstens die Digitalisierungsmittel gut genutzt werden, aber dass zweitens auch die Mittel, die auf der Bundesebene zur Verfügung gestellt werden, wirklich systematisch und sukzessive für Niedersachsen und für die Pflege in Niedersachsen genutzt werden. Der Haken daran ist immer, dass die Sozialversicherung 40 % bezahlt und dass das kofinanziert werden muss. Dadurch, dass wir das jetzt als Land machen, kommt da jetzt Schwung hinein. Das hat bei den Pflegeheimen eine sehr große Resonanz gefunden. Ich habe sehr gute Rückmeldungen auch von allen Pflegeverbänden erhalten, dass viele ihrer Mitglieder das gleich beantragt haben.

Man braucht aber nicht nur I-Pads - das ist die eine Möglichkeit, in Kontakt zu bleiben -, sondern auch Konzepte. Wir haben ja mit der letzten Verordnung ermöglicht, dass alle diejenigen, die durchdachte Hygienekonzepte vorlegen, ihre Einrichtung wieder öffnen können. Ich habe gestern Gespräche sowohl mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege als auch mit der LAG PPN geführt. Es gibt ein sehr heterogenes Bild. Ich habe die Arbeitsgemeinschaften gebeten, einmal zusammenzutragen, wie viele ihrer Heime jeweils geöffnet haben, weil das wirklich sehr heterogen ist. Es sind in allen Bereichen Heime geöffnet worden. Es gibt aber auch Heime, die aufgrund der großen Verantwortung für ihre Betreuten am liebsten gar nicht öffnen möchten. Beides gibt es. Das hat natürlich auch etwas mit den zu betreuenden Bewohnerinnen und Bewohnern - auch das ist ja sehr unterschiedlich - und mit den lokalen Gegebenheiten zu tun. Weil es dafür nicht nach dem Motto „one size fits all“ ein Modell für alle geben kann, haben wir die AWO und das Innovationslabor der AWO gebeten, Konzepte zu erarbeiten. Sie haben sich in der letzten Woche in einem zweitägigen Workshop zusammengefunden. Die Ergebnisse werden uns in Kürze zur Verfügung gestellt. Sie haben sich meines Wissens sehr stark auf Digitalisierung und die Möglichkeiten, die wir jetzt mit dem I-Pad geschaffen haben, konzentriert. Darüber hinaus gibt es aber auch Vorschläge von der LAG FW. Es wird überall daran gearbeitet. Das hängt aber immer auch von den baulichen Voraussetzungen

der Einrichtungen ab. Jetzt im Sommer bietet es sich natürlich an, Outdoor-Angebote zu schaffen, z. B. Gespräche im Garten, Gespräche im Gartenhäuschen, Gespräche in separaten Räumen oder auf dem Balkon. Das alles ist möglich.

Bundesweit sind die Vorgaben dahin gehend verändert worden, dass jetzt eine Person, die benannt wird, einen regelmäßigen Besuch vornehmen kann. Letztendlich ist das ein Mindeststandard. Das ist eine Erleichterungen für Konstellationen, in denen sich Lebenspartner besuchen wollen. Das kennen wir alle: Einer der beiden Lebenspartner ist dement und lebt in einer Einrichtung, der andere wohnt in seiner Wohnung, und sie besuchen sich sehr regelmäßig. Für sie ist das auf jeden Fall eine Lösung. Das ist aber keine Lösung für den Fall, dass sich nicht nur ein Angehöriger, sondern auch Kinder kümmern. Dann kann es sogar zu Konflikten kommen. Deswegen ist unsere Regelung eigentlich offener. Das ist das Minimum. Unsere Regelung lautet: Wenn es ein gutes Hygienekonzept gibt - das ist auch meine Vorstellung -, dann muss man den Besuch nicht zwingend auf eine Person begrenzen. Dann dürfen z. B. der Mann und die Tochter besuchen. Das muss natürlich immer unter Einhaltung der entsprechenden hygienischen Bedingungen erfolgen.

Unser Pflegereferat hält eine wöchentliche Besprechungsrunde mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen ab, um diese Themen zu besprechen und weiter zu verfolgen. Von den Verbänden ist mir zurückgespiegelt worden, dass das eine extrem hilfreiche Runde ist. Auch das Landesgesundheitsamt ist dabei. Sie haben schon mehrfach und auch zuletzt noch einmal Empfehlungen gegeben, was man hinsichtlich der Hygiene auf jeden Fall einzuhalten hat. Das wird sicher auch weiterhin ein Punkt sein.

Diese Regelungen, die für Heime gelten, werden sich auch auf die Krankenhäuser beziehen. Auch für Krankenhäusern gab es bisher ein Besuchsverbot. Es gab nur Ausnahmen für Sterbende, aber auch für Kinder und für werdende Väter - wie ich immer sage -, also für Männer von Schwangeren, die bald Vater werden.

(Heiterkeit - Zurufe: Wir können es uns vorstellen! - Wir haben auch Erfahrung damit!)

- Einige haben sogar Erfahrungen damit. Dann wissen Sie, was ich meine.

Die Regelung für Krankenhäuser wird auf jeden Fall auf diese eine Person erweitert, die benannt werden kann. Denn es ist ohnehin eine schwierige Situation, wenn man im Krankenhaus liegt; der Zuspruch von einer Vertrauensperson ist dann nicht nur willkommen, sondern sogar auch heilsam. Deswegen werden wir das wieder ermöglichen.

In die Verordnung, die jetzt in der Bearbeitung ist, wird dieser Punkt wahrscheinlich noch nicht aufgenommen, weil wir für den Pflegebereich eine Regelung haben, die sogar offener ist, aber die anderen Dinge, was vor allen Dingen den Bereich der personennahen Dienstleistungen angeht. - Frau Pieper meldet sich. Dann denke ich sofort an Fußpfleger.

(Abg. Gudrun Pieper [CDU]: Es ist jetzt alles gut!)

Die werden in der Verordnung enthalten sein. Wir können das ja noch einmal im Einzelnen erläutern.

Auch im Bereich des Sports - wir wissen ja auch, dass Sport große, gesundheitlich präventive Wirkungen hat - sollen die Outdoor-Möglichkeiten erweitert und der Vereinssport wieder aufgenommen werden können. - So weit meine Ausführungen.

Aussprache

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen.

Wir haben in den letzten Sitzungen gute Erfahrungen damit gemacht, die Aussprache in Themenblöcke zu gliedern. Ich schlage vor, dass wir auch in der heutigen Sitzung so verfahren. Ich habe den Ausführungen der Ministerin die folgenden Themenblöcke entnommen:

- Gesamtsituation, Infektionsverlauf, Stufenpläne für Lockerungen
- Krankenhäuser, elektive Eingriffe
- Pflege
- Einzelhandel
- Tourismus, Kindertagesstätten, Schulen, TUI-Kreuzfahrtschiff in Cuxhaven

Anschließend werde ich noch den obligatorischen Punkt- Sonstiges

aufzurufen. Sind Sie mit diesem Vorgehen einverstanden? - Dann verfahren wir so.

Gesamtsituation, Infektionsverlauf, Stufenpläne für Lockerungen

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Vielen Dank, Frau Ministerin, für Ihre Ausführungen. Ich will nicht verhehlen, dass ich die gestrige Runde mit ihrem Ergebnis unter der Überschrift „Perfektionierung des Föderalismus“ für hoch problematisch halte. Ich sage gleich dazu: Damit hat Niedersachsen nicht begonnen. Bei den letzten Gesprächen gab es ja, kaum dass die Kanzlerrunde den Hörer aufgelegt hatte, schon die ersten Verbesserungsvorschläge. Dabei ging es, glaube ich, nicht immer um Corona, sondern eher um einen anderen Wettbewerb. Aber das lasse ich einmal dahingestellt.

Vorgestern Abend stand als Infektionsobergröße, ab der interveniert werden sollte, noch die Zahl 35 im Raum. Sie wurde dann sonderbarerweise über Nacht, sicherlich unter Beratung diverser Virologen, auf 50 hochgesetzt. Mich interessiert, ob Sie Kenntnis darüber haben, wie es zu dieser Größenordnung gekommen ist. Des Weiteren würde mich hierzu Ihre Einschätzung interessieren; Sie haben ja schon eine leichte Andeutung gemacht.

Mich interessiert insbesondere, wie das in der Praxis umgesetzt werden soll. Ich möchte dazu ein Beispiel nennen: Wenn es im Landkreis Northeim 30 Fälle pro 100 000 Einwohner gibt, dann passiert gar nichts. Wenn es im Landkreis Göttingen 50 Fälle gibt, dann wird in Göttingen alles geschlossen oder werden die Baumärkte geschlossen, die in Northeim aber noch geöffnet sind.

Ein anderes Beispiel: Im Landkreis Northeim gibt es 40 Fälle; weil der Landkreis aber 50 Fälle für zu riskant hält, wird er tätig, interveniert er und schließt er die Cafés. In Göttingen gibt es schon 45 Fälle, aber alle Cafés sind noch geöffnet.

Diese Proportionen stimmen dort übrigens hinsichtlich der Größenordnungen der Infektionen. Warum das so ist, ist auch klar. Das hat nichts mit Unvorsichtigkeit zu tun, sondern das hat mit den Strukturen, mit den örtlichen Gegebenheiten zu tun.

Deshalb interessiert mich, wie das rein praktisch selbst in einem einzigen Bundesland ablaufen soll. Wer stellt fest, dass interveniert werden muss? Wenn ich das Papier von gestern richtig verstanden habe, ist das immer die kommunale Ebene. Wer stellt fest, wann zu reagieren ist? Wer stellt fest, wie zu reagieren ist? Muss das an irgendeiner Stelle auch noch abgestimmt werden, oder ist dabei jeder frei? - Ich beziehe mich jetzt gar nicht auf eine Abstimmung zwischen einzelnen Bundesländern, sondern allein auf die Abstimmung zwischen Gebietskörperschaften. Macht da wirklich jeder, was er will? Denn das führt nämlich zu einem ganz neuen Tourismus. Wir haben das bei den Lottoannahmestellen und Baumärkten gesehen.

Mich interessiert also, wie man diesen Mechanismus mit den vorgesehenen Interventionschwellen umsetzt und inwieweit dazu seitens des Landes noch Vorgaben gemacht werden. In der Vereinbarung, die gestern bei dem Bundesländer-Gespräch verabredet wurde, ist dazu ein kleiner Passus enthalten, damit es nicht zu einem völlig aberwitzigen Wildwuchs kommt, den die Menschen nicht mehr verstehen können.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): In der Öffentlichkeit ist jetzt so getan worden, als sei die Verantwortung an die Länder und an die Kommunen zurückgegeben worden. Das ist ja immer das Wording. Das ist aber eigentlich nicht wahr. Die Verantwortung war schon immer in den Gesundheitsämtern vor Ort - mit Unterstützung des Landesgesundheitsamtes.

Jetzt hat man die erwähnte Obergrenze eingezogen. Ich weiß nicht, wie man von 35 auf 50 gekommen ist. Wahrscheinlich hat eine Beratung durch das Robert Koch-Institut zu diesen Größen stattgefunden. Diese Obergrenze hat man letztendlich auf Vorschlag aus dem Kanzleramt vereinbart. Das ist dann den Ministerpräsidenten vorgetragen worden. Wir haben gleich gesagt: Auf das ganze Land gesehen, würden das für Niedersachsen 4 000 Fälle bedeuten.

Aber die Situation ist ja noch ein bisschen differenzierter. Was könnte denn passieren, welche Szenarien gibt es? - Wenn wir jetzt in einer Situation sind, in der das Virus nicht mehr zirkuliert, in der man einzelne Infektionen nachverfolgen kann und in der es wieder zu einem Ausbruch kommt - darum geht es ja dann; ab einer Größenordnung von 50 z. B. in Northeim wäre das ja ein Ausbruch; das gilt übrigens nicht nur für Corona, son-

dern z. B. auch für einen Masernausbruch -, dann würde das Gesundheitsamt vor Ort nach der Quelle, nach dem Patienten null und nach den Kontakten in erster und zweiter Linie suchen. Alles das ist ja das klassische infektiologische Vorgehen. Das würde auch jetzt passieren.

Die Einschätzung kann dann unterschiedlich sein: Einen Ausbruch in einem Pflegeheim kann man eingrenzen. Das Pflegeheim kann dann geschlossen werden. Dafür muss nicht die gesamte Stadt geschlossen werden.

Wenn es aber zu einem Infektionsausbruch z. B. über eine Stadt kommt, der nicht eingegrenzt und auf eine einzelne Person zurückzuführen ist, wenn man also merkt, dass z. B. in einem Landkreis an einem Tag 20 Infektionen auftreten und nicht nachvollzogen werden kann, wie sie in einem Kontext zueinander stehen, dann muss man überlegen, ob es eine Regelung gibt, die den ganzen Landkreis betrifft.

Das sind aber immer Maßnahmen, die das Gesundheitsamt vor Ort trifft - immer unter Beratung. Dafür stehen das Landesgesundheitsamt und unsere Fachabteilung immer gerne zur Verfügung. Man kann das Robert Koch-Institut noch mit den entsprechenden Scouts hinzuziehen, die es jetzt ja auch gibt, um dann, falls es erforderlich ist, vor Ort Maßnahmen durchzusetzen und flankierend zu begleiten, falls das Gesundheitsamt alleine nicht dazu in der Lage ist, wenn es umfangreichere Maßnahmen sind. Das alles kann über das Infektionsschutzgesetz angeordnet werden.

Jetzt wird so getan, als sei das eine ganz neue Nachricht. Aber eigentlich ist dies genau das Vorgehen, das nach dem Infektionsschutzgesetz mit den Gesundheitsämtern eigentlich immer schon verabredet war. Das Einzige, was neu ist, ist, dass man den Gesundheitsämtern vor Ort sagt, dass bei 50 neuen Fällen pro 100 000 Einwohner dringend etwas passieren muss. Ich gehe davon aus, dass jedes Gesundheitsamt schon viel früher mit denen, die davon betroffen sind, in Kontakt ist und dann auch Maßnahmen bespricht, z. B. wenn in einem Krankenhaus Infektionen auftreten. Das sind ja Fälle, die denkbar oder realistisch sind. Das hatten wir ja auch alles schon. Beispielsweise in Wolfsburg sind Infektionen bei den Beschäftigten im Krankenhaus aufgetreten. Dann wurde als Konsequenz beschlossen, das Krankenhaus für einen Tag zu schließen, bis die Situation geklärt war. Die Maßnahme kann dann unterschied-

lich sein. Das liegt aber in der Tat in der Verantwortung des jeweiligen Gesundheitsamtes.

Das gilt nicht nur für Ausbrüche von Corona-Infektionen, sondern auch für andere Ausbrüche, z. B. bei Masern, die leider immer noch einmal vorkommen. Das örtliche Gesundheitsamt schließt dann meistens Schulen oder Kitas; denn bei Masern sind vor allem die Kinder im Fokus.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Müssen sie solche Entwicklungen dem Land anzeigen? Zum Teil wurde ja schon moniert, dass wir einen zeitlichen Verzug und Nachlauf haben.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Bei Corona ist man das ja jetzt ohnehin geübt. Es erfolgen regelmäßige Anzeigen. Auch bestimmte andere Erkrankungen müssen nach dem Infektionsschutzgesetz, wie die nosokomialen Infektionen, angezeigt werden, auch die Masern. Sie müssen gegenüber dem Landesgesundheitsamt und dann auch gegenüber dem RKI angezeigt werden.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Bevor ich zu einer kritischen Nachfrage komme, möchte ich mich zunächst einmal Ihrem Lob für die Gesundheitsämter und auch für das Landesgesundheitsamt ausdrücklich anschließen, insbesondere hinsichtlich der gemeldeten Zahlen. Wir bekommen ja immer die Meldungen, auch am Wochenende. Gemeldet wird immer unter dem Vorbehalt, dass Meldungen vom Wochenende mit zeitlicher Verzögerung erfolgen und auch Nachmeldungen kommen können. Das ist ja auch richtig. Zumindest nach meiner Beobachtung sind die Nachmeldungen minimal. Das muss ja bedeuten, dass die Zahlen selbst am Wochenende nach dem 1. Mai mit sehr hohem Personaleinsatz und sehr großer Sorgfalt durchgemeldet wurden. Das begrüße ich sehr und ist ja für ein zeitnahes Reagieren auch notwendig. Ich finde, das muss man auch einmal festhalten.

Ich habe noch eine Nachfrage zu dem, was Herr Schwarz gerade gesagt hat. Ich bin Ihnen dankbar, dass Sie klargestellt haben, dass die Verantwortung nicht auf die Länder zurückgegeben worden ist. Die Verantwortung lag immer bei den Ländern. Die Bundesregierung hatte allenfalls eine koordinierende Funktion. Aber selbst die ist so formal nirgendwo festgelegt.

Wird das Landesgesundheitsamt Koordinierungsfunktionen übernehmen? Denn die Situation, die Herr Schwarz beschrieben hat, ist ja in vielen Be-

reichen von Niedersachsen denkbar. Was passiert, wenn sich zwei Landkreise bzw. Gesundheitsämter über das Vorgehen nicht einig sind, wenn z. B. Northeim und Göttingen versuchen, sich auszutauschen und sich zu koordinieren, aber sich nicht einigen? Übernimmt das Landesgesundheitsamt dann eine koordinierende Funktion, und gibt es dann gegebenenfalls - ich hoffe, dass es nicht dazu kommt - auch Weisungen vom Landesgesundheitsamt, wie zu verfahren ist? Werden gegebenenfalls andere Grenzbereiche - vielleicht von dritten oder vierten Landkreisen - gegebenenfalls mit einbezogen, weil die Landkreisgrenzen ja nicht immer den tatsächlichen Grenzen in der Lebensrealität der Menschen hinsichtlich der Verkehrswege, der Arbeitswege, des Einkaufsverhaltens usw. entsprechen?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Das Lob werde ich gleich gerne weitergeben. Ich werde gleich zum Landesgesundheitsamt fahren. Dort werden gerade die Antikörpertests überprüft. Es hat ja auch in diesen Feldern eine hohe Expertise und validiert gerade die drei Kandidaten, die am besten sind. Ich gebe das Lob gerne weiter.

Ich sehe das auch so. Ich warne immer davor, dass die Wochenend-Werte niedriger liegen. Sie zeigen sozusagen eine Delle. Die Wahrheit ist aber auch - das ist auch meine Beobachtung -, dass die Delle in Niedersachsen nicht so tief ist wie in anderen Bundesländern. Es gibt einige Bundesländer, in denen es dann überhaupt keine Meldungen gibt. Das kann man dem RKI-Bericht nach langen Wochenenden entnehmen. Das ist bei uns überhaupt nicht der Fall. Wie gesagt, unsere Gesundheitsämter legen eine hohe Priorität auf die Meldungen. Ich sage immer: Wenn an einem Wochenende auch noch viele andere Aufgaben, wie z. B. psychiatrische Krisen usw., anfallen, dann kann die Meldung auch mal verspätet kommen. Ich habe Verständnis dafür, wenn es dann in einem einzelnen Gesundheitsamt dazu kommt. Aber in der Summe sehe ich das auch so, wie Sie sagen.

Was ist, wenn verschiedene Landkreise betroffen sind? - Dann wird das Landesgesundheitsamt immer hinzugezogen und hat es natürlich auch eine moderierende und koordinierende Funktion. Die Fachaufsicht haben letztendlich wir im Sozialministerium, wenn es erforderlich ist. Man muss aber sagen: Bisher konnten die Dinge, die mehrere Landkreise betrafen, immer sehr einvernehmlich geregelt werden. Denn die fachliche in-

fektiologische Sicht ist immer eine sehr nüchterne und sehr pragmatisch-zupackende.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Meine erste Frage bezieht sich auf die Gesundheitsämter. Wir alle wissen, dass unsere Gesundheitsämter im Lande auch personell sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Haben Sie einen Überblick über die Personalsituation, auch hinsichtlich der Ärzte und sonstiger Mitarbeiter? Ich bekomme mit, wie viele Stellen in diesem Bereich in der Region Hannover aufgestockt worden sind, aber nicht, wie die Situation in vielen anderen kleineren Gesundheitsämtern ist, wo es für den Personalstamm sehr schwierig ist, die vielen Aufgaben zu wuppen. Vor dem Hintergrund der vielen Aufgaben, die wir den Gesundheitsämtern übertragen, treibt es mich immer sehr um, dass das leider sehr viel mit der Kassenlage vor Ort zu tun hat. Gibt es Überlegungen, wie man finanzschwache Kommunen gerade im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der personellen Ausstattung unterstützen kann?

Meine zweite Frage schließt daran an. Wir alle sehen, welche große Rolle das Landesgesundheitsamt spielt, welche wirklich hervorragende Arbeit die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dort leisten. Wie schätzen Sie die Personalsituation und Personalausstattung ein? Kann man das noch über einen längeren Zeitraum so durchhalten? Ich gehe davon aus, dass diese Arbeitsbelastung mindestens noch ein Jahr, anderthalb Jahre lang andauern wird. Müssen wir da eventuell aufstocken?

Meine dritte Frage bezieht sich auf eine Meldung des RKI. Das RKI hat heute gemeldet, dass nur ein Drittel der Testkapazitäten genutzt wird. Mir stellt sich daher die folgende Frage: Wenn zwei Drittel ungenutzt sind - das ist auch meine Erfahrung aus meinen vielen Gesprächen -, weshalb bemühen wir uns dann nicht, ebenso wie die Crew auf dem Schiff in Cuxhaven und andernorts jetzt insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege und die Bewohnerinnen und Bewohner in Gemeinschaftseinrichtungen sehr konzentriert zu testen? Das wäre mir wirklich ein Herzensanliegen. Wenn zwei Drittel der Kapazitäten frei sind, muss das jetzt auf den Weg gebracht werden. Das muss jetzt passieren!

Vierte Frage. Wir haben uns in der Sitzung am 30. April über die Nutzung der Labore von Veterinärämtern unterhalten, nämlich dass der Bund dabei nicht ganz so wollte wie wir. Ist da jetzt

mehr Bewegung drin, damit wir auch dort weitere Kapazitäten nutzen können?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Die Personalbestände der Gesundheitsämter fragen wir ab. Es ist richtig, sie sind sehr unterschiedlich, und die Ämter gehen auch unterschiedlich damit um. Einige stocken tatsächlich auf, indem sie neue Leute einstellen, andere Kommunen verlagern aber auch Personal aus der Verwaltung in das Gesundheitsamt. Beides gibt es. Die Wahrheit ist: Zurzeit steht natürlich mehr Personal für die Bekämpfung der Pandemie zur Verfügung als früher im Routinegeschäft. Alle Gesundheitsämter haben massiv reagiert und dort Personal zusammengezogen. Ich glaube, das habe ich auch schon hier im Ausschuss dargestellt.

In der Perspektive wird es ja um die Kontaktnachverfolgung und darum gehen, dabei eine Entlastung für die Gesundheitsämter zu organisieren. Das ist auf der einen Seite mit Studierenden passiert, die z. B. durch das Robert Koch-Institut für die Kontaktnachverfolgung geschult werden.

Ich halte es für noch wichtiger, dass man solide, digital unterstützte Programme nutzt, die die Kontaktnachverfolgung erleichtern. Es gibt dazu verschiedene Ansätze, sowohl beim Bund als auch bei uns im Land Niedersachsen mit dem HZI. Wir gehen morgen u. a. in das Gesundheitsamt Hameln, wo solch ein Test mit dem Programm „SORMAS“ durchgeführt werden soll, das die Kontaktnachverfolgung erleichtert. Es gibt auch noch ein paar andere Gesundheitsämter. Der Bund ist auch dabei. Es bedeutet natürlich einen hohen Aufwand auch für das Gesundheitsamt, Menschen, die es unter Quarantäne gestellt hat, regelmäßig zu kontaktieren. Das soll mit einer App erleichtert werden. Kontakt soll nur noch dann aufgenommen werden, wenn die App nicht gepflegt wird oder wenn irgendwelche Vorfälle auftreten. Viele Bürgerinnen und Bürger sind so kompetent, dass sie das selbst einpflegen können. Mit einem solchen Programm kann das Gesundheitsamt bei seinen Aufgaben, die es wahrzunehmen hat, entlastet werden.

Zu den Testkapazitäten: Auch unsere Labore sind ein sehr leistungsfähiger Teil unseres Gesundheitssystems. Sie sind ja zum Teil nicht unkritisch betrachtet worden. Wenn man aus der Kassenperspektive auf die Labore guckt, weiß man, dass das ein durchaus kostenträchtiger Teil ist. Dieses Thema ist natürlich auch jetzt während der Corona-Pandemie nicht weg. Wenn zwei Drittel

der Kapazitäten jetzt nicht genutzt werden, kann man natürlich sagen: Lass uns die doch für andere Tests nutzen! - Die müssen natürlich erstens sinnvoll sein, und zweitens müssen sie auch bezahlt werden. Ich bin sehr bei Ihnen, wenn es darum geht, die Tests in den vulnerablen Gruppen einzusetzen. Da sind natürlich in erster Linie die Heime gefragt. Meine Prognose ist, dass auch das Robert Koch-Institut in Kürze zu anderen Einschätzungen kommen wird. Es hat das Testregime immer mal geändert. Das ist aber die Voraussetzung dafür, dass diese Tests gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähig sind.

Da sind wir bei den Veterinären. Unser Wunsch war, dass auch Labore, die von Fachärzten der Tiermedizin geführt werden, abrechnungsfähig gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Mein letzter Stand ist, dass das Thema in der Bundesgesetzgebung herausgefallen ist. Die Debatte ist aber noch nicht zu Ende. Das Gesetz, das jetzt im Bundestag zum Beschluss liegt, beinhaltet ja eine Verordnungsermächtigung für den Bundesgesundheitsminister, der dann diese Tests ermöglichen kann. Von daher ist mit dieser Gesetzgebung noch nicht das letzte Wort gesprochen. Der Bundesgesundheitsminister kann diese Testkapazitäten noch einmal erweitern.

Zu dem Thema Beschäftigte: Häufig wird ja jetzt der Vergleich zur Fußballbundesliga gezogen. Für die Beschäftigten ist das Teil des Arbeitsschutzes. Das ist etwas, was ich auch mit den Pflegeeinrichtungen und Verbänden bespreche. Dann werden allerdings die Forderungen, alle zu testen, schon wieder etwas leiser. Das ist Teil des Arbeitsschutzes und wäre dann auf Kosten des Arbeitgebers durchzuführen.

Das ist die Gemengelage bei den Tests. Wir können die Testkapazitäten, wie ich finde, relativ leicht stärker auslasten. Wenn man verstärkt testet, ist das ja auch schnell erledigt. Am nächsten Tag hat man die Kapazität dann gegebenenfalls wieder frei. Bei allen anderen Dingen muss man ja auch immer darauf achten, wie man die Kapazitäten auslastet. An dieser Stelle ist das aber möglich.

Das eine ist also die Finanzierung. Das andere ist: Der Test gibt momentan Sicherheit. Das ist schon das Beste, was man darüber sagen kann. Letzten Endes wäre es sinnvoller, belastbare Antikörpertests zu haben. Deswegen hoffe ich, dass ich gleich im Landesgesundheitsamt gute Dinge

sehen kann. Das hätte wirklich eine ganz andere Qualität. Es wäre wirklich ein Schritt vorwärts, wenn es einen belastbaren Antikörpertest gäbe. Insbesondere für die Beschäftigten wären wir dann einen Schritt weiter.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Ich möchte auf die Zusammenarbeit auf der kommunalen Ebene zwischen den Gesundheitsämtern eingehen. In den Ländern gibt es zum Teil abweichende Regelungen. Sie haben berichtet, dass Sie eigentlich täglich im Austausch mit anderen Gesundheitsministerinnen und -ministern stehen, auch mit dem Bundesminister. In Niedersachsen sind wir ja auf einem guten Weg. In der Bevölkerung werden die Lockerungen, die jetzt angestrebt sind, positiv aufgenommen.

Wenn man Europa im Blick hat, nützt uns das aber nicht viel. Wir sind eine Exportnation. Auch Niedersachsen ist stark vom Export abhängig. Unsere europäischen Nachbarn sollten uns also wichtig sein, und wir haben auch ein Interesse daran, dass auch diese Länder die Krise in den Griff bekommen. Wir können uns ja nachher nicht hier auf einer Insel bewegen, sondern wir sind von Italien, Spanien, England, also von den Ländern, die die Krise noch nicht so gut im Griff haben, abhängig.

Ich habe schon kritische Stimmen gehört. Ein Unternehmer bei mir aus der Region sagte, dass er seine Vertriebsleute in Italien gar nicht mehr anrufen möchte. Die klagen ihm teilweise ihr Leid, das sie erlebt haben, wie schlimm dort die Zustände noch sind. Gott sei Dank bewegen sich ja auch dort die Zahlen in eine positive Richtung.

Wir haben hier aber viele Kapazitäten frei. Sie haben gerade erwähnt, dass wir bei den Laborkapazitäten toll aufgestellt sind. Wir haben Krankenhausbetten frei. Wir haben ja auch eine Übersicht, wie viele Kapazitäten wir haben.

Jetzt zu meinen Fragen: Werden vonseiten Niedersachsens auch Anstrengungen unternommen, mit europäischen Nachbarn, z. B. den Niederlanden, in einen Austausch zu treten, sie zu entlasten und Laborkapazitäten für andere Länder freizugeben? Gibt es auf der Bundesebene Bestrebungen, dass wir, wenn die Zahlen sich weiter so gut entwickeln, unseren europäischen Nachbarn Hilfe anbieten, indem wir vielleicht ein Krankenhaus in Deutschland frei machen, um dort 500 COVID-19-Patienten auf einen Schlag aufzunehmen?

Man hört jetzt immer nur von Einzelfällen aus den Grenzregionen, wo mal Franzosen oder Italiener behandelt werden. Gibt es auf europäischer Ebene solche Anstrengungen? Wie ist insoweit die Situation in Niedersachsen? Gibt es aktuelle Zahlen, wie viele Patienten aus dem europäischen Ausland in niedersächsischen Krankenhäusern behandelt werden?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Das ist etwas, was auch mich umtreibt. Das eine ist, dass wir unsere Situation in Niedersachsen und in Deutschland gut im Griff haben. Wir sind bisher sehr glimpflich durch diese schwierige und risikoreiche Situation gekommen. Der Bundesgesundheitsminister wird von allen angerufen und gefragt, wie Deutschland eine solch geringe Letalität erreicht hat. Ein Grund ist, dass wir mehr testen als alle anderen Länder.

Allerdings hilft alles nicht auf der wirtschaftlichen Seite, dass wir das im Gesundheitsbereich so gut managen; denn wenn 80 % aller unserer Exporte innerhalb der EU bleiben, dann ist klar, dass für das wirtschaftliche Wiederanfahren unserer Volkswirtschaft unsere Nachbarn und deren Wohlergehen ganz maßgeblich sind, dass sie nicht nur gesund sind, sondern dass auch dort das normale gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben wieder aufgenommen wird. Die Situation ist dort aber noch deutlich anders. Dort gelten überall noch Ausgangsbeschränkungen, um nicht zu sagen: Ausgangssperren. In Spanien wird über Lockerungen geredet. Die Lockerung besteht aber darin, dass die Kinder eine Stunde am Tag mit einer Aufsichtsperson vor die Tür dürfen. Bei uns hatten wir eine solche Situation selbst zu den strengsten Zeiten nicht. Auch in Frankreich sind die Maßnahmen noch einmal verlängert worden. Italien kommt jetzt langsam in einen anderen Modus. Das heißt aber noch lange nicht, dass die Wirtschaft dort wieder komplett in Gang kommt. Auch die Zulieferketten sind ja noch nicht wieder vollständig in Gang gekommen. Die Folge ist, dass auch in Deutschland nicht alles auf die alte Art und Weise produziert werden kann. Ähnliches gilt für die Absatzmärkte, die Sie angesprochen haben. Auch diese Situation beziehen wir in unsere Überlegungen ein, ohne dass wir das wirklich beeinflussen können.

Wir können Unterstützung geben. Danach hatten Sie ja auch gefragt. Wir haben auch Bereitschaft zu helfen. In Niedersachsen sind auch einzelne Patienten aufgenommen worden, vor allen Dingen im deutsch-niederländischen Grenzgebiet. Es

gab auch ein Amtshilfeersuchen für Patienten aus den Niederlanden, weil es dort keine Kapazitäten mehr gab. In den Niederlanden gibt es nur 5 bis 6 ICU-High-Care-Betten pro 100 000 Einwohner. Wir haben fast 30. Der Transport musste aber von Holland organisiert werden. Es ist nämlich schwierig, Patienten unter Beatmung zu verlegen. Auch das muss ja gewährleistet sein. Das kann man nicht mit jedem Rettungswagen machen. Die Niederlande brauchten unsere Kapazität dann doch nicht; sie konnten die Behandlungen bei sich durchführen. Es ist ja immer die bessere Lösung, die Behandlung im eigenen Land ohne lange Transporte durchzuführen. Das hat die Niederlande dann doch geschafft.

Es sind auch einzelne Patienten aus Italien in Niedersachsen behandelt worden. Es gab auch mal eine Anfrage für die Behandlung einer größeren Gruppe von Patientinnen und Patienten aus Italien in Niedersachsen, was dann aber nicht realisiert worden ist, weil wir zu diesem Zeitpunkt in der MHH nicht zehn Betten frei hatten. Es hat auch große Probleme bereitet, diese Patienten zu transportieren. Die Entfernung von Italien nach Deutschland ist natürlich noch größer. Wir hatten dabei auch Kontakt zur Bundeswehr, die über ein fliegendes Lazarett verfügt, mit dem man Patientinnen und Patienten transportieren kann. Sie hat Patientinnen und Patienten beispielsweise nach Leipzig transportiert; aber die Mehrzahl ist dort nicht lebend angekommen. Das ist also wirklich die allerletzte Möglichkeit.

Bei uns ist also die Bereitschaft vorhanden. Aber es ist gar nicht so einfach, das zu organisieren. Die Tücke liegt dann im Detail. In Einzelfällen ist das aber passiert und ist es auch gelungen, die Patienten hier wieder zur Gesundheit zu bringen, sodass sie dann wieder nach Hause reisen können.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Ich habe direkt dazu eine Frage zu den Patientinnen und Patienten in Sachsen aus Italien. Es gab auch das Gerücht, dass alle Patientinnen und Patienten auf dem Transport verstorben sind. Jetzt ist öffentlich berichtet worden, ein Patient sei schon gesund entlassen worden. Vielleicht können Sie das genaue Verhältnis noch nachreichen. Das ist ja für die Debatte nicht ganz unwichtig. Ich gehe nicht davon aus, dass Sie die Zahlen jetzt ad hoc kennen. Ich wäre Ihnen aber dankbar, wenn Sie das in Erfahrung bringen könnten und uns die Zahlen noch mitteilen würden.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich versuche, das bei den Kollegen in Sachsen in Erfahrung zu bringen.

Auf Bundesebene haben wir verabredet, dass wir die Kosten für die Behandlung übernehmen. Das eine ist es ja, die Patienten zu behandeln. Das andere ist aber auch, die Kosten abzurechnen. Bei uns gibt es ja so etwas wie ein Fremdkassenverfahren. Das haben wir früher gebraucht. Wenn sich ein AOK-Patient aus Nordrhein-Westfalen in Bayern ein Bein bricht, müssen die Behandlungskosten ja auch abgerechnet werden. Das hätten wir so in Anwendung bringen können. Es ist aber gesagt worden, dass wir auf Bundesebene die Versorgung der Patienten aus Steuermitteln übernehmen.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Ich habe dazu eine kurze Nachfrage bzw. einen Appell. Mich persönlich würde es freuen, wenn man in diese Richtung deutlichere Signale in die anderen Länder sendet und klar macht, dass wir hier nicht nur über Eurobonds und Geld reden, sondern auch die Bereitschaft haben, dass wir das zum Teil machen und auch die Kosten übernehmen.

Sie haben in der Sitzung am 30. April berichtet, dass bisher nur wenige zusätzliche Beatmungsgeräte in Niedersachsen angekommen sind. Vor dem Hintergrund der Auslastung der Kapazitäten stellt sich mir die Frage, ob die Beatmungsgeräte jetzt in den Krankenhäusern sozusagen in den Keller gestellt werden, weil man sie nicht benötigt und die vorhandenen Geräte funktionieren und ausreichen, oder gibt man ein Signal, die Geräte dorthin zu verkaufen, zu verschenken oder auszuliehen, wo die Kapazitäten fehlen, beispielsweise in Italien, wo man ja auch z. B. auf Dräger für ein Jahr als Lieferant verzichten muss?

Mein Appell ist, nach außen ein bisschen deutlicher zu machen, wie wir da aufgestellt sind. Darüber würde ich mich freuen.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Vor den generösen Gesten möchte ich sagen: Wir haben die Geräte, die wir geordert haben, zum Teil nicht bekommen, weil der Bund sie aufgekauft hat. Es ist also nicht so, als hätten wir Geräte im Überschuss.

Aber es ist klar, man muss sich gegenseitig helfen. Es wäre auch wirklich hilfreich - insbesondere mit Blick auf Italien -, dass eine solche Geste gemacht wird - das muss aber von der Bundesebene kommen -, weil, wie mir berichtet wird, die

Stimmung in Italien gegenüber Deutschland wegen der Debatte über die Corona-Bonds extrem angespannt ist. Man muss versuchen, das wieder zu lockern. Wenn gegenüber einzelnen Nachbarländern eine Stimmung herrscht wie nach dem Zweiten Weltkrieg herrscht, ist das schon schlimm.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Zu der Debatte gehört natürlich auch, dass wir nicht wissen, wie sich das Infektionsgeschehen bei uns weiterentwickelt und was es bedeutet, wenn im Herbst eine zweite Infektionswelle kommt. So gesehen, ist die gesamte Thematik ein bisschen umfassender.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank, Frau Ministerin, dass Sie die Zuständigkeiten klargestellt haben. Ich habe mich gestern, ehrlich gesagt, sehr über die kommunalen Spitzenverbände geärgert. Die schreien immer nach Verantwortung und wollen immer mehr Verantwortung haben, weil sie vor Ort alles am besten einschätzen können, und dann bekommt man gestern solche Äußerungen zu hören! Dafür fehlt mir dann, vorsichtig ausgedrückt, ein bisschen das Verständnis. Auch ich bin der Meinung, dass die vielen ÖGD-Einrichtungen in den vergangenen Wochen und Monaten weitestgehend sehr gute Lösungen vor Ort getroffen und auch relativ flexibel auf die Anforderungen reagiert haben.

Ich möchte gerne noch auf das Thema Testkapazitäten eingehen. Wir hören durchaus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren Testzentren bei Weitem nicht ausgelastet sind. Die Öffnungszeiten wurden deutlich reduziert. Sie binden aber eine ganze Menge Personal, das an anderer Stelle vielleicht besser eingesetzt werden könnte. Bei aller Vorsicht im Hinblick auf das weitere Infektionsgeschehen interessiert mich, ob es Überlegungen gibt, wie langfristig - nicht in den nächsten drei, vier Wochen - mit diesen Testzentren umgegangen wird, zumal viele Testungen bei Hausärzten erfolgen, und wie man die Nutzung der Testkapazitäten gegebenenfalls intensivieren kann. Das Thema Arbeitsschutz haben Sie schon angesprochen. Wenn diese Anforderungen bestehen, müssen die Arbeitgeber auch ihre Verantwortung wahrnehmen, diese Dinge entsprechend zu nutzen.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Die Kassenärztliche Vereinigung hat sehr schnell und sehr engagiert die Testzentren aufgebaut.

Ich möchte noch einmal daran erinnern, warum wir diese Testzentren wollten: Wir hatten zu wenige Ressourcen vor allen Dingen bei den Schutzausrüstungen. Um die Schutzausrüstung möglichst effizient und konzentriert zu nutzen, gab es die Idee, solche Testzentren einzurichten. Daneben gibt es immer noch die mobilen Dienste, die direkt vor Ort kommen. Die Arztpraxen spielen im Moment keine große Rolle mehr. Ganz am Anfang haben sie das auch veranlasst. So war es auch bei dem ersten Patienten. Das ging über mehrere Landkreise hinweg: Die Arztpraxis war im Landkreis Peine. Der Patient kam aus der Region Hannover. Das Testlabor war in Göttingen. Das hat alles funktioniert. Jetzt sind die Standbeine die mobilen Dienste, mit denen die Ärztin bzw. der Arzt zu Hause vor Ort testet, und die Drive-in-Testzentren, über die ja immer in der Zeitung berichtet wird, weil sie viel besser zu bebildern sind. Die Idee war es jedenfalls, die knappe Schutzausrüstung so effizient wie möglich und nicht für jeden Test eine komplette neue Schutzausrüstung zu nutzen.

Ich sehe auch, dass diese Testzentren zunehmend weniger mit ihrer hohen Kapazität abgefragt werden. Das kann sich aber auch wieder ändern. Mir wird beispielsweise aus dem Norden unseres Landes berichtet, dass dort viele Testkapazitäten frei sind. Wenn dort demnächst aber viele Touristen unterwegs sind, kann ich mir vorstellen, dass dann wieder der eine oder andere Test mehr vonnöten ist. Deswegen bin ich vorsichtig in Bezug auf einen Rückbau an dieser Stelle.

Was die Personalbindung angeht: Es ist den Kassenärztlichen Vereinigungen gelungen, viele ältere und auch werdende Ärzte bis hin zu Sanitätskräften für die Testzentren zu rekrutieren. Das ist ja ein richtiger Gedanke. Dort haben sich sehr viele engagiert. Von daher ist es nicht so, dass sie in den Arztpraxen fehlen würden. Dazu gehört auch, dass die Arztpraxen im Moment ganz wenige Behandlungserfordernisse haben. Das ist ja die Kehrseite der Medaille, dass im Moment Behandlungen aufgeschoben werden, die eigentlich medizinisch sinnvoll wären. Wir hören aus Arztpraxen, dass sie zum Teil sogar existenzielle und wirtschaftliche Nöte haben bzw. glauben zu haben. Sie kommen auch unter den Schutzschirm. Trotzdem haben sie natürlich Einbußen, wenn das an dieser Stelle so weitergeht, trotz der Angebote von Videosprechstunden und Telefonsprechstunden.

Deswegen bin ich noch ein bisschen verhalten, was die Testkapazitäten angeht. Wenn man jetzt wieder an die Priorität Heime denkt, bräuchte man ja wieder mobile Abstrichtteams, die vor Ort testen. Denn mit einem Drive-in kann man für ein Heim nichts ausrichten. Ein Drive-in ist ja nur für gehfähige bzw. fahrfähige Patienten. Ein Heim muss von einem mobilen Team vor Ort aufgesucht werden. Auch diese Strukturen haben wir ja. Wenn es erforderlich ist, funktionieren sie ja gut.

Abg. **Klaus Wichmann** (AfD): Vielen Dank, Frau Ministerin, für Ihren bisherigen Bericht.

Meine Frage bezieht sich ebenfalls auf den Themenkomplex Tests, die Anzahl der Tests und die nun beschlossene Notbremse - so will ich es mal nennen - bei 50 Neuinfektionen pro 100 000 Menschen.

Es klingt ja zunächst nach einer vernünftigen Idee, überhaupt einen Maßstab zu setzen, an dem man sich orientieren kann, wobei es immer zu bedenken gilt, dass es dabei um laborbestätigte Fälle geht und nicht um die reale Zahl von Neuinfektionen. Sicherlich wird nicht jede Neuinfektion laborbestätigt. Wir wissen einfach immer noch zu wenig über dieses Virus.

Mir stellt sich aber nach weiterer Überlegung die Frage, ob diese Obergrenze von 50 Neuinfektionen wirklich vernünftig ist. Kann man das überhaupt beurteilen? Das hängt nämlich stark u. a. davon ab, wie viel man überhaupt testet.

Das Robert Koch-Institut veröffentlicht ja Zahlen darüber, wie viel bundesweit getestet wird. Auch wenn das Robert Koch-Institut sich manchmal um 120 000 Fälle vertut und sich dann korrigieren muss - immerhin bekommen wir Zahlen für den Bund. Was sind denn die Zahlen für Niedersachsen? Ich frage nicht zum ersten Mal danach. Gibt es dafür mittlerweile Zahlen? Können wir diese Notbremse bei 50 Neuinfektionen, bezogen auf Niedersachsen, realistisch beurteilen?

Aus den Landkreisen habe ich zuletzt gehört, dass immer weniger getestet wird. Ich habe auch gehört, dass sich die Testkriterien verändert haben. Beispielsweise im Landkreis Verden musste man noch bis vor Kurzem tatsächlich mit einem positiv getesteten COVID-19-Erkrankten Kontakt gehabt haben, damit man überhaupt einen Test bekam. Vor wenigen Tagen hat der Landrat dazu

aufgefordert, mehr und schon bei leichten Erkältungssymptomen zu testen.

Das verändert zum einen die Zahl derjenigen, die Zugang zu einem Test erhalten, und zum anderen kann ich als politischer Verantwortungsträger eine Bewertung dieser 50er-Grenze doch nur dann vornehmen, wenn ich weiß, wie viele Tests überhaupt in Niedersachsen durchgeführt werden. Vielleicht ist der Rückgang der Neuinfektionen, der begrüßenswert ist, ja auch darin begründet, dass weniger getestet wird. Das kann ich ja gar nicht beurteilen, wenn ich nicht weiß, wie sich die Anzahl der Tests entwickelt.

Meine Frage ist: Wie viele Tests werden in Niedersachsen jede Woche durchgeführt? Diese Zahlen hätte ich gern.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Zu der Grenze: Die Zahl von 50 positiv Getesteten pro 100 000 Einwohnern ist eine Schwelle, ab der erwartet wird, dass zwingend eine Intervention geschieht. Wir haben gesagt, dass wir auf jeden Fall schon vorher intervenieren, weil wir auf dieser Grundlage, gleich verteilt über das ganze Land, bei 4 000 Infektionen in einer Woche wären. Das hat natürlich Auswirkungen nicht nur auf die Labor-, sondern auch auf die Bettenkapazität.

Zu der Frage, wie viel getestet wird: Wir können die Testkapazitäten angeben, die wir haben. Was aber tatsächlich getestet und gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wird, ist nicht sofort und spontan bekannt. Es wird ja mit einer gewissen Verzögerung abgerechnet. Deswegen kann man dazu jetzt keine Zahlen nennen.

Wir haben aber die Zahlen des Robert Koch-Instituts. Diese werden nach wie vor regelmäßig einmal wöchentlich veröffentlicht. Da sehen Sie nicht nur, wie viel getestet wird, sondern auch, wie hoch der Anteil der positiv Getesteten an der Gesamtsumme ist. Wir liegen dabei hinsichtlich der positiv Getesteten, gemessen an der Gesamtzahl der Personen, die getestet werden, immer relativ niedrig, nämlich bei gut 10 %.

Das ist in anderen Ländern anders und hat natürlich etwas mit dem Testregime zu tun, wie viel getestet wird und wo sich gegebenenfalls herausstellt, dass nichts gefunden wurde.

Wie Sie richtig sagten, hat das Robert Koch-Institut das Testregime über die Zeit verändert. Zunächst hatten wir noch Risikogebiete. Da galt -

natürlich neben Symptomen - z. B. der Aufenthalt in einem Risikogebiet als Hinweis auf eine Infektion. Stets wurde - und das ist bis heute so - immer nur bei Vorhandensein von Symptomen getestet. Aber es ist richtig, dass, wie Sie sagen, jetzt auch bei leichten Symptomen getestet wird.

Das Thema Risikogebiete ist weggefallen, weil diese nicht mehr ausgewiesen werden. Wir waren eine Zeit lang ja quasi selbst Risikogebiet. Deswegen gibt es gegenwärtig die beiden Testkriterien, dass jemand Symptome - auch leichte Symptome - hat und dass jemand Kontakt zu einer positiv getesteten Person hatte. In diesen Fällen wird getestet.

Erweiterungen der Testkriterien werden aktuell in Bezug auf die Situation in Pflegeheimen diskutiert. Dazu gibt es bisher keine Empfehlung des Robert Koch-Instituts. Das BMG ist aber gerade, zusammen mit dem Robert Koch-Institut, dabei, Testregime zu entwickeln, inwieweit man vulnerable Gruppen, zu denen Personen in Heimen, zum Teil aber auch Beschäftigte in Krankenhäusern gehören, auch ohne das Vorliegen von Symptomen testet. Darin liegt der große Unterschied.

Bisher mussten aber immer Symptome vorhanden sein.

Am Anfang war es auch von Arzt zu Arzt unterschiedlich, wie stark die Symptome sein mussten, damit Tests veranlasst wurden. Einige haben nur bei Fieber, wirklich schweren Erkältungsanzeichen oder akuter respiratorischer Erkrankung Tests veranlasst. Andere haben auch schon bei kleineren Einschränkungen Tests zugelassen. Das ging anfangs, als es noch ausgewiesene Risikogebiete gab, bis dahin, dass Leute, die einfach nur im Ausland, aber gar nicht in einem Risikogebiet waren, sich im Flieger erkältet hatten und dann getestet werden wollten. All das kam vor.

Das gesamte Testgeschehen hat sich, wie ich finde, sehr beruhigt und auf diejenigen konzentriert, die wir tatsächlich testen müssen. Bei uns wird, wie gesagt, nach wie vor der kleinste Teil dieser Personen dann auch positiv befunden. Das ist für mich ein Hinweis darauf, dass wir wirklich großzügig testen.

Abg. **Klaus Wichmann** (AfD): Sie haben die Krankenkassen erwähnt, über die die Tests auch in Niedersachsen abgerechnet werden. Haben

Sie z. B. einen Versuch unternommen, von den Krankenkassen freundlicherweise - selbstverständlich anonymisierte - Daten zu bekommen, sodass wir wenigstens mit einem Zeitverzug feststellen können, dass beispielsweise vor drei Wochen, in der Kalenderwoche XY, in Niedersachsen so und so viele Tests durchgeführt wurden? Mir ist klar, dass es bei der Abrechnung einen zum Teil erheblichen Zeitverzug gibt, aber irgendwie müssen wir ja an Zahlen kommen. Es kann nicht sein, dass wir gar keine Zahlen für Niedersachsen haben.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Wir fragen diese Zahlen gerne ab. Aber ich möchte eines verdeutlichen: Unser Krankenversicherungssystem ist so strukturiert, dass es nur eine einzige Kasse gibt, deren Verwaltungs- bzw. Behandlungs- und Versorgungsgebiet sich ausschließlich auf Niedersachsen erstreckt, nämlich die AOK. Sie hat einen großen Marktanteil, aber dieser bildet beileibe nicht das gesamte Versorgungsgeschehen ab. Damit gibt es zwar einen Hinweis darauf, was in Niedersachsen abgerechnet wird, aber die vollständige Situation für Niedersachsen ist damit noch lange nicht darstellbar.

Keine der bundesunmittelbaren Kassen macht in der Abrechnung eine Unterscheidung, ob man Schleswig-Holsteiner, Niedersachse oder Nordrhein-Westfale ist, und wird die Zahlen deswegen auch nicht so differenziert ausweisen können. Insofern kann ich keine Hoffnungen machen, dass über die Krankenkassen in irgendeiner Weise wirklich sinnhafte Zahlen für das jeweilige Bundesland genannt werden können. Der größere Teil der Bürger ist eben bei bundesunmittelbaren Kassen versichert, die nicht danach unterscheiden, ob sie in Bayern, Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen beheimatet sind.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich finde, das ist eine ziemlich zentrale Frage, und ich kann Herrn Wichmann dabei wirklich nur recht geben. Es gibt, selbst in meiner eigenen Familie in unterschiedlichen Bundesländern, die Erfahrung, dass den Patientinnen und Patienten in dem einen Fall angeraten wird, sofort zum Test zu gehen; ab dann werden sie aber allein gelassen. Im nächsten Fall ist mal getestet worden; der Test ist zwar negativ ausgefallen, aber die Symptome waren so eindeutig, dass der Arzt sagte: „Dann müssen Sie halt noch einmal zum Test gehen!“ - Aber die Tests werden verweigert.

Das ist für die Patienten eine unerträgliche Situation. Sie wissen teilweise nicht, wohin sie sich wenden sollen. Wir haben zwar überall diese Möglichkeit, aber die zentralen Kapazitäten, die die Landkreise haben, sind teilweise tagesabhängig sehr gering. Sie können das nicht abdecken.

Insofern ist das eigentlich keine Frage, sondern eine Bitte. Sie haben die Antwort ja eben schon gegeben. Können Sie bei Ihrer Schaltung zwischen den Fachkolleginnen und -kollegen nicht irgendwie versuchen, einen einheitlichen Standard hierfür zu entwickeln?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Das machen wir ja!

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Es wäre gut, wenn Sie das noch einmal unterstreichen würden.

Allein in Schleswig-Holstein und Niedersachsen spielen sich in meiner Verwandtschaft gerade Fälle mit einem völlig unterschiedlichen Verhalten und Verfahren ab.

Dann ist auch noch die große Frage, zu welchem Arzt man geht. In einem Fall, den ich anführen möchte, hat eine Frau keinen Hausarzt. Sie geht immer zum Frauenarzt. Bei einer Routineuntersuchung fragt sie, ob sie bitte getestet werden könne, weil der Arzt ihr sagt, sie habe Symptome, die auf Corona hindeuten. Dann sagt sie: Dann machen Sie doch bitte gleich einen Test! - Nein, das mache er nicht, dazu müsse sie zum Hausarzt gehen.

Das ist völlig verrückt! Das meine ich mit den völlig unterschiedlichen Verfahrensweisen. Was wir brauchen, sind wirklich belastbare Zahlen und vergleichbare Testintensitäten.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): In der Tat testet Schleswig-Holstein sehr viel weniger. Das kann man auch im Bericht des Robert Koch-Instituts nachlesen. Dort gibt es auch einen viel höheren Anteil an positiv Getesteten, gemessen an der Gesamttestzahl, und sehr viel weniger Kapazitäten. Das ist richtig.

Der Versuch des Robert Koch-Instituts, dieses Testschema von Anfang an zu entwickeln, soll letztlich zu einem bundeseinheitlichen Vorgehen führen. Deswegen sind die Zahlen positiv Getesteter sowie die Infektionszahlen immer mit Vorsicht zu genießen. Bei uns sind die Zahlen meines Erachtens auf einem sehr belastbaren Niveau.

Die Infektionszahlen beispielsweise in China werden jetzt gern als Vergleich herangezogen, weil China als erstes Land stark betroffen war. Dort wurde die Statistik mehrfach geändert. Erst hatten sie gar keine Tests. Dann wies die Statistik getestete Personen aus, dann erkrankte Personen. Dann sind alle, die irgendwelche respiratorischen Erkrankungen hatten, zu den Corona-Infizierten gezählt worden. Wenn man Statistiken ständig ändert, ist die Vergleichbarkeit ausgesprochen gering.

Wir nehmen wirklich nur Corona-Fälle in die Statistik auf, keine anderen Erkrankungen. In den ersten Wochen ist differentialdiagnostisch stets noch Grippe abgeklärt worden, sodass die Mehrzahl der Getesteten Influenza-A- oder -B-positiv und nicht Corona-positiv gewesen ist. Das haben andere Länder so nicht durchgeführt.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich denke, wir haben hiermit ein Themenfeld identifiziert, das Sie mitnehmen. Es geht ja auch darum, zu sensibilisieren, um daran zu arbeiten, dass es besser wird.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich möchte auf den Kollegen Eilers und die von ihm angesprochene Bereitschaft Deutschlands bzw. Niedersachsens zurückkommen, Patienten aus dem europäischen Nachbarland aufzunehmen. Das ist meines Erachtens eine sehr unterstützenswerte Forderung, die aber mit Augenmaß gehandhabt werden muss, wie es auch schon von Frau Ministerin Reimann angedeutet worden ist.

Es treten dabei - das kann und will ich hier nicht ausführen - eine ganze Reihe fundamentaler Gerechtigkeitsfragen auf, die man in Ruhe miteinander abwägen muss. Das ist meiner Auffassung nach im Wesentlichen eine Aufgabe der europäischen Ebene.

Ich habe eine Frage, die Sie möglicherweise jetzt nicht beantworten können, aber bitte mitnehmen. Die Kommissionspräsidentin Frau von der Leyen hatte zu Beginn der Krise angekündigt, dass auch sie Krisenstäbe und Arbeitsgruppen zu diesem Thema einrichten werde. Mich interessiert, ob die Frage der Aushandlung der europäischen Länder untereinander, sich gegenseitig auch mit Krankenhauskapazitäten zu helfen, in einem dieser Krisenstäbe schon eine Rolle spielt und wie weit sie dabei gegebenenfalls sind.

Das ist wahrscheinlich eine Aufgabe, die eher mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird. Man kann das am Beispiel Holland schon sehen. Im dortigen Gesundheitssystem werden grundsätzlich relativ wenige Bettenkapazitäten vorgehalten. Wenn wir mehr haben und auch dadurch noch mehr geschaffen haben, dass wir normale Behandlungen zurückgestellt haben, behandeln wir im Moment auch einen Teil unserer Patienten schlechter, als wir es normalerweise tun würden.

Das sind viele Prozesse, die man in Ruhe miteinander abwägen muss, um zu ausgehandelten und belastbaren Ergebnissen für eine nächste Krise oder eine zweite Welle zu kommen. Ich fände es auch sehr wichtig, dass dieses Thema angegangen wird, glaube aber, dass wir das in Niedersachsen nicht allein lösen können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Gibt es dazu Erkenntnisse auf europäischer Ebene?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Auf europäischer Ebene gab es mehrere Zusammentreffen der Gesundheitsminister. Wir werden im Juni ja auch die EU-Ratspräsidentschaft übernehmen. Es ist klar, dass diese vor allen Dingen die Bewältigung von Corona und gegenseitige Hilfe zu Corona umfasst. Aber ich glaube, ehrlich gesagt, dass die Bereitschaft, sich gegenseitig zu helfen, limitiert ist, weil Frankreich, Italien, Österreich, Spanien und Portugal jeweils eine völlig andere Situation haben als wir.

Die Zahlen habe ich jetzt nicht verfügbar. Aber hinsichtlich der Kapazitäten für Patienten, mit denen man sich behilflich sein könnte, sind wir diejenigen mit der höchsten Intensivkapazität, gemessen an den Einwohnerzahlen, in ganz Europa. Wir hatten meines Wissens mit fast 30 Betten pro 100 000 Einwohner die höchsten Kapazitäten - und das sind alte Zahlen, vor der Corona-Pandemie, in die die Anstrengungen, die wir unternommen haben, um die Kapazitäten auszubauen, noch nicht eingeflossen sind.

In den Niederlanden sind es, wie erwähnt, 5 bis 6 Betten, in Italien 12 bis 13. Das sind völlig andere Größenordnungen. Im Hinblick auf das Infektionsgeschehen, das in den jeweiligen Ländern herrscht, ist meine Hoffnung, ehrlich gesagt, begrenzt, dass man diesbezüglich zu großer gegenseitiger Solidarität kommt und sich gegenseitig viel verspricht. Auch wir wägen ja selbst bei unseren guten Kapazitäten ab.

Wir fragen aber gern ab, ob es eine institutionalisierte Krisenstabsstruktur gibt. Dessen bin ich mir ziemlich sicher. Aber in Bezug auf das, was dort aktuell zu Fortschritten besprochen wird, würde ich alle Hoffnungen dämpfen. Wenn es welche gäbe, so wie bei den Forschungsmitteln, die auf europäische Initiative hin zusammengetragen wurden, dann hätten wir das sicher schon öffentlich wahrgenommen. Die EU-Kommissarin ist meines Erachtens schlau genug, das auch zu verkünden. Aber wir werden gerne eruieren, wer in diesem Arbeitsstab zusammenkommt.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe eine grundsätzliche Frage zu dem Stufenplan, zu dem „niedersächsischen Weg“. In diesem Plan werden infektiologischer Impact, volkswirtschaftlicher und gesellschaftlicher Schaden unterschieden. Meine Frage ist: Wer hat die Einordnung der Wichtigkeit und nach welchen Kriterien vorgenommen, und welche Akteure waren beteiligt, um zu diesen Einschätzungen zu kommen?

Einige Punkte verstehe ich, ehrlich gesagt, nicht. Ich habe in meinem schriftlichen Fragenkatalog beispielsweise die Frage aufgeworfen, wie die Bewertung zustande kommt, dass der gesellschaftliche Schaden bei Schwimmbädern hoch ist, während er bei Saunen mittel ist. Solche Entscheidungen kann ich nicht nachvollziehen.

Mich interessiert also, nach welchen Kriterien die Einordnung der Wichtigkeit zustande gekommen ist.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Diese Einschätzung ist der Versuch einer Abwägung zwischen infektiologischem Impact und wirtschaftlichem oder gesellschaftlichem Schaden. Ich will nicht ausschließen, dass jeder Einzelne für sich nicht immer zu den gleichen Einschätzungen wie die Arbeitsgruppe kommt, die sich aus Vertretern des Innen-, Wirtschafts-, Sozial- und Kultusministeriums zusammengesetzt hat, weil es eine Frage der Abwägung und Bewertung ist. Diese sind auf der Grundlage der fachlichen Einschätzung der jeweiligen Akteure zusammengetragen und in diesem Gremium gegeneinander abwogen worden, das dann einen entsprechenden Vorschlag gemacht hat.

Bei den Schwimmbädern ist der gesellschaftliche Schaden meines Erachtens größer als bei Saunen, weil Schwimmbäder auch dazu dienen, dass Leute schwimmen lernen, was ein wichtiger Teil der allgemeinen Bildung und Kompetenzen ist,

die man haben sollte. Bei Saunen kann ich das nicht erkennen. Sicherlich haben diese für viele auch eine gesundheitliche Bedeutung, aber das ist schon etwas anderes. Außerdem sind damit auch nicht nur kleine Saunen gemeint, sondern es geht um Wellness- und Sauna-Landschaften. Da kann man vielleicht eher den wirtschaftlichen Schaden anführen. Was den gesellschaftlichen Schaden anbelangt, würde ich an dieser Stelle aber ein Fragezeichen setzen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich glaube, wir müssen das Thema Saunen jetzt nicht im Detail erörtern.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich finde es nur sehr schwierig, wenn man keine Kriterienmuster hat. Das sind ja auch Fragen, die ich weiterreiche, sodass sie nicht immer meine bzw. unsere persönliche Meinung wiedergeben. Generell ist es aber immer etwas schwierig, wenn es keine nachvollziehbaren Kriterien gibt. Das wollte ich damit ausdrücken. Es muss nachvollziehbar und einordbar sein.

Ich habe so ähnlich wie Sie argumentiert, Frau Ministerin. Aber es ist nicht so einfach, weil die Fragen auch auf uns zukommen und nicht nur auf die Landesregierung. Es würde uns als Opposition oftmals leichter fallen, alles das weiterhin konstruktiv-kritisch zu begleiten, wenn wir die Parameter wüssten, wie welche Entscheidungen zustande kommen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Nach meinem Eindruck wird der Stufenplan über alle Maßen positiv betrachtet. Er bietet Planungssicherheit für viele Bereiche, deren Probleme sichtbar geworden sind. Teilweise wurde das weitere Vorgehen für viele Bereiche bereits festgelegt, und diejenigen, die in der aktuellen Planung bis zum 25. Mai noch nicht dabei sind, wissen jetzt zumindest Bescheid. Ansonsten ist es nach wie vor eine lebende Situation, die sich von einem Tag zum anderen in die eine oder andere Richtung verändern kann.

Damit beenden wir diesen Komplex. Mir ist wichtig, dass Sie den Dank des gesamten Ausschusses an den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor Ort, aber auch an das Landesgesundheitsamt mitnehmen. Übermitteln Sie bitte diesen Dank den Verantwortlichen bei Ihrem Besuch dort. In der Vergangenheit war dieser Bereich viel zu wenig im Blickpunkt.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Das mache ich sehr gerne. Wegen dieses Besuchs ist meine Anwesenheit im Ausschuss bis 12.30 Uhr begrenzt.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir kommen jetzt zu dem Themenkomplex

Krankenhäuser, elektive Eingriffe

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich würde gern wissen, wo die Schwelle für freizuhaltende Kapazitäten für Intensivbehandlungen bzw. generell für Behandlungen im Zusammenhang mit COVID-19 liegt. Da waren unterschiedliche Zahlen in der Welt: 20 %, 25 %, 30 %. Können Sie dazu noch etwas sagen?

Mich würde auch interessieren, wie diese Kapazität sichergestellt wird. Werden die Krankenhäuser diesbezüglich kontrolliert oder nicht? Gibt es, sofern die Krankenhäuser diese Kapazitäten - in welcher Größenordnung auch immer - nach wie vor frei halten, weitere Ausgleichszahlungen dafür, oder geht das zu deren Lasten? - Das ist der erste Fragenbereich.

Die zweite Frage betrifft einen Bereich, den Sie kurz angesprochen haben. Mich irritiert der Begriff „touristische Patienten“ im Zusammenhang mit Reha-Einrichtungen. Ich bin schon häufig in Reha-Einrichtungen gewesen und habe dort nie einen „touristischen Patienten“ getroffen. Sie haben vorhin das Beispiel Mutter-Kind-Kur genannt. Wenn jemand ein Selbstzahler ist, ist das etwas anderes, als wenn dort jemand touristisch ist. Jemand, der in der PKV versichert ist - mit Zusatztarif oder ohne Zusatztarif für Reha-Maßnahmen -, oder jemand, der Beihilfeansprüche hat und teilweise zusätzlich über die PKV abgesichert ist oder nicht - das ist sein persönliches Vergnügen -, ist auch ein Selbstzahler.

Insofern ist mir momentan diese Schärfe in der Aussage, dass sich touristisch orientierte Patienten in der Reha aufhalten, überhaupt nicht erklärbar. Vielleicht können Sie das noch abgrenzen. Denn ein Selbstzahler ist definitiv kein „touristischer Patient“, und wer mit seinen Kindern Urlaub macht oder sich erholen will, geht bestimmt nicht in eine Reha, sondern in eine Jugendherberge - wenn sie denn geöffnet ist - oder in ein Hotel. Ich finde, der Ausdruck „touristischer Patient“ sorgt an dieser Stelle für Verwirrung.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Dazu sage ich gern noch etwas. Ich glaube, dass darin überhaupt keine Schärfe liegt, weil das ganz wenige Leute betrifft. Es gibt Personen, die sich als Selbstzahler in den Einrichtungen anmelden. Das ist so. Aber der allergrößte Teil der Leute, die kommen, sind natürlich Menschen, die mit einer medizinischen Verordnung dazu veranlasst sind. Das ist völlig klar. Nichtsdestotrotz gibt es diese Möglichkeit. Mit den Kommunen ist besprochen worden - das ist von denen auch gewünscht worden -, dass dort eine Unterscheidung gemacht wird. In der Verordnung ist das tatsächlich unter dem Paragraphen für touristische Dinge eingeordnet. Es mag deshalb vielleicht fremd wirken, aber damit sind genau die selbstzahlenden Patientinnen und Patienten gemeint, auch wenn sie dort zu Heilungszwecken sind.

Jetzt zu dem gravierenden Thema: Was muss an Kapazität freigehalten werden, und wie wird das bezahlt? - Die Lockerungen und Erleichterungen, die wir jetzt im Hinblick auf das Infektionsgeschehen ermöglichen, sind ja im Kontext mit dem zu sehen - das sind korrespondierende Röhren -, was wir an Kapazität für den Fall haben, dass das Risiko, das wir da eingehen, auch tatsächlich zu Buche schlägt. Das, was wir jetzt machen, birgt ein Risiko. Das muss man allen klar sagen, damit keine Leichtfertigkeit aufgrund der guten Situation, in der man jetzt ist, um sich greift.

Zwischen den Ländern gab es intensive Debatten darüber, was eine gute Zahl wäre, welche Kapazität man braucht, die freigehalten werden muss. Auch der Bund hatte Vorschläge gemacht; die lagen anders. Eigentlich alle Länder hatten einen Korridor zwischen 20 % und 30 % der Gesamtkapazität von Behandlungsplätzen vorgesehen. Wir haben uns jetzt für 25 % entschieden.

Für mich ist aber die noch wichtigere Zahl - um das auch klar zu sagen - die Zahl der Beatmungsmöglichkeiten. Mir ist auch wichtig, dass die Krankenhäuser dann, wenn wir sehen, dass wir ein dynamisches Infektionsgeschehen haben - das ist ja die Haltung und die Denke, die mit Interventionen bei Erreichen der Obergrenze von 50 Neuinfektionen pro 100 000 Einwohner zum Ausdruck kommen; das ist für uns aber schon bei weniger als 50 Neuinfektionen pro 100 000 Einwohnern gegeben -, innerhalb von drei Tagen sofort wieder 20 % zur Verfügung stellen müssen, um prioritär COVID-19-Patienten behandeln und beatmen zu können.

Das ist jetzt, finde ich, die Balance zwischen dem, was wir gesehen haben, nämlich dass elektive Leistungen in großem Umfang - nicht nur in dem, den wir gewollt haben, sondern zum Teil auch darüber hinaus - nicht mehr erbracht und Behandlungen nicht mehr vorgenommen worden sind - zum Teil, weil die ärztliche Einschätzung entsprechend war, zum Teil aber auch, weil die Patienten von sich aus darauf verzichtet haben, auch medizinisch notwendige Behandlungen im Krankenhaus erbringen zu lassen. Das ist natürlich ein wirtschaftlicher Schaden und bewirkt eine Mindereinnahme.

Ich habe den Eindruck, dass kleinere Krankenhäuser mit 560 Euro pro Tag durchaus zurechtkommen, aber die Häuser der Maximalversorgung durchaus auch Einbußen haben. Deswegen ist es durchaus ein gemischtes Bild.

Insgesamt, würde ich sagen, hat die Mehrheit in Niedersachsen eine ganz ruhige Auffassung zu den Kapazitäten, weil wir in der Mehrzahl kleine Häuser haben, die allgemeine Versorgung anbieten. Die Häuser der Maximalversorgung haben natürlich sehr darauf gedrungen, dass sie jetzt auch wieder andere Intensivpatienten versorgen können. Auch da haben wir darum gebeten, immer mit Augenmaß vorzugehen. Denn wenn es erforderlich ist, müssen natürlich zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden. Deswegen wünschen wir uns schon, dass jetzt vor allem Patienten versorgt werden, die ambulant behandelt werden können, die regelhaft nicht Intensivkapazitäten benötigen. Das alles gibt es ja auch. Das ist eigentlich der größere Anteil des Geschäfts. Jetzt kann quasi ein neuer Modus in den Krankenhäusern wieder aufgenommen werden, aber klar ist: Es ist nicht der Alltag vor der Krise. Wir werden das immer im Auge behalten müssen.

Jetzt zu der Frage, wie man das monitoren kann: Ich muss sagen, da hat uns die Krise sehr geholfen. Wir bekommen jetzt in zuvor noch nie gekannter Art und Weise jeden Tag die freien Kapazitäten gemeldet, die für COVID-19-Patienten zur Verfügung stehen. Das war die Vorgabe, und das wird auch gemacht. Auch auf Bundesebene besteht ja die Verpflichtung, dass alle melden müssen. Wenn sie ihre Kapazitäten nicht melden, laufen sie sogar Gefahr, Abschlüsse zu riskieren. Deswegen melden jetzt alle.

Mir war es wichtig, dass wir eine IVENA-Ankopplung haben. Denn das eine ist, dass der Bund ein beschreibendes System in Bezug auf

die Kapazitäten hat. Das ist schön und gut. Man braucht das auch, um nachverfolgen, kontrollieren und monitoren zu können. In diesem Sinne ist das gut. Aber das hat keine Funktionalität. Unser IVENA hat nicht nur eine beschreibende, sondern auch eine wirkliche Funktionalität, weil der Rettungsdienst angebunden ist. Ich muss in diesem Ausschuss die Vorteile von IVENA nicht noch einmal aufzählen. Aber der große Fortschritt ist ja, dass man im Rettungswagen sehen kann, wo welche Kapazitäten frei sind. Das geht ja auch darüber hinaus. Man weiß nicht nur, ob ein Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit frei ist, sondern man sieht auch, ob das CT frei ist usw. Das ist qualitativ viel besser als das, was der Bund hat, und ist insofern ein ganz anderer Level.

Ich wollte, dass es ein Übergabemodul von IVENA in DEMIS gibt, damit unsere Leute nicht alles doppelt eintragen müssen. Das machen sie jetzt nämlich, und zwar auch deshalb, weil sie sonst Abschlüsse befürchten müssten. Es muss aber letzten Endes ein Übergabemodul geben. Dann ist IVENA, das wir hier haben, sehr viel wertvoller als das, was auf Bundesebene als reine Dokumentation und Beschreibung gefordert ist.

Deswegen ist es mein Wunsch, dass wir IVENA weiter ausbauen. Wir haben noch ein paar Krankenhäuser mit Intensivkapazität, die bisher nicht an IVENA angeschlossen sind. Ich will, dass dort zügig ein Anschluss erfolgt. Das wird jetzt wahrscheinlich über dieses Programm noch einmal befördert. In dieser Woche hat Jens Spahn mitgeteilt - ich habe wirklich jede Woche gesagt, dass IVENA angekoppelt werden muss und dass nicht alles redundant sein muss -, dass dieses Modul nun da ist. Die Fachleute müssen jetzt sehen, dass es auch taugt.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): IVENA ist ein wichtiges Stichwort. Dieses System ist ja noch nicht flächendeckend vorhanden. Können wir auch für die Debatte vor Ort eine Aufstellung bekommen, wo IVENA noch fehlt, damit man auch unterstützend nachjustieren kann?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ja.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Mein zweiter Punkt: Wir haben ja zentrale Häuser, die wirklich nur COVID-19-Fälle behandeln. Das wird zum Teil von den Eigentümern selbst gesteuert. Bleibt das so, oder beabsichtigen Sie, das generell zu sagen? Wenn die Infektionszahlen weiter sinken,

macht es ja keinen Sinn, wenn ein Krankenhaus bestimmte Kapazitäten frei hält, die überhaupt nicht gefordert werden. Zudem ist die Durchmischung der Patienten ja nach wie vor ein Problem. Man könnte das ja in Niedersachsen zentral machen. Früher gab es beispielsweise Lungenfachkrankenhäuser relativ lange, solange man TBC nicht im Griff hatte. Könnte so etwas nicht auch ein Modell für COVID-19 sein, solange wir diese Krankheit nicht im Griff haben?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich habe ja ange-regt, möglichst für getrennte Patientenströme zu sorgen. Wir haben übrigens schon ganz am An-fang - ich glaube, am 10. oder 11. März; andere haben zu der Zeit noch über Veranstaltungen dis-kutiert - an alle Landkreise den Auftrag gegeben, Konzepte zu entwickeln, wie man das organisiert. Es ist sehr unterschiedlich gewesen, was dann in den einzelnen Landkreisen an Kooperationsfä-higkeit und auch an Aufgabenteilung möglich war. Es gab gute Beispiele. Da hat man das wirklich so verabredet: Wir machen ein Corona-Haus und behandeln Corona-Patienten nicht in allen Häu- sern! - In vielen Landkreisen, insbesondere in den ländlichen, wurde dann aber sofort gesagt: Das kann gar nicht sein! Dann müssen die Patienten in einen anderen Landkreis! - Das wurde unge-fähr so dargestellt, als wenn man damit in eine neue Welt eintritt und das gar nicht geht. Da es in der Verantwortung der Landkreise liegt, wie das zu organisieren ist, behandeln sie die Patienten jetzt in einem Haus, aber in getrennten Strömen. Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten. Wenn das Haus groß genug ist, kann man einzelne Gebäu-dekomplexe dafür vorsehen, oder man muss das Haus entsprechend in Etagen und Stationen ein-teilen. Alles das ist möglich.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen, die man in Italien gemacht hat - dort hat man gesehen, dass die Krankenhäuser regelrechte Superspreader waren; die Infektion hat dort Nahrung bekommen und Verbreitung erfahren, weil man es nicht ver-mocht hat, die Patienten zu trennen -, habe ich immer sehr dafür geworben, die Patienten so stark zu separieren wie irgend möglich. Das ist aber unterschiedlich gelungen.

Wenn das Infektionsgeschehen jetzt noch weiter abnimmt - ganz ehrlich: Zurzeit werden in Nieder-sachsen weniger als 100 Patienten beatmet. Sie aus dem ganzen Land zusammenzuziehen, ist, glaube ich, nicht sinnvoll, weil das sehr lange Transportwege bedeuten würde. Zu dem Trans-

port von beatmeten Patienten habe ich vorhin schon etwas gesagt. Das ist nicht gerade einfach.

Zudem haben unsere Krankenhäuser die Kapazi-tät und die Expertise. Ich habe am Anfang immer gesagt: Patienten zu isolieren, ist ja kein Novum für ein Krankenhaus. Das können sie, und sie können zunehmend auch Corona-Patienten be-handeln. Mit der Erkrankung, den Verläufen und den Schäden, die damit einhergehen, werden ja auch weiter Erfahrungen gesammelt, und diejeni-gen, die diese Patienten behandeln, tauschen sich sehr intensiv aus. Das ist zumindest meine Wahrnehmung, wenn ich an der MHH und ande-ren Häusern der Maximalversorgung bin. Denn für sie alle ist es natürlich auch von medizini-schem Interesse, mit dieser neuen Erkrankung gut umgehen zu können und alle Erfahrungen gleich in die Behandlung mit einfließen zu lassen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Bekommen wir eine Aufstellung zu der IVENA-Abdeckung?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Dazu habe ich so-gar eine Landkarte. Aus der Erinnerung kann ich berichten, dass z. B. Hildesheim nicht ange-schlossen ist. Das ärgert mich.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich bitte da-rum, dem Ausschuss die Karte zuzuleiten. Dann werden wir umfassend und nicht nur aus der Er-innerung informiert.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank, Frau Ministerin, für Ihre Erläuterungen zu dem Konzept für Niedersachsen für die elektiven Operationen und zu den Fristen.

Bei dem Thema Rettungsschirm haben mich im-mer die Rückmeldungen zu den Bereichen Psy-chiatrie und Geriatrie umgetrieben. Inwieweit fal-len diese Bereiche darunter? Diese Bereiche sind ja in den vergangenen sechs bis acht Wochen nicht mehr belegt worden. Für die betroffenen Menschen ist das hoch problematisch. Vor Ort wird dann gesagt: Die bekommen viel zu viel Geld dafür, dass sie ihre Betten leer stehen lassen! Die hätte man ohnehin nicht in dieser Form für Corona-Behandlungen gebraucht! - Welche Über-legungen bestehen in Bezug auf diese speziellen Bereiche Geriatrie und Psychiatrie - ich könnte noch einige Bereiche mehr aufzählen -, wenn man immer diese Reserven vorhalten muss? Ge-hören sie auch zu den 20 %, die innerhalb von drei Tagen aktiviert werden müssen?

Noch eine ergänzende Frage dazu: Wie weit ist der Diskussionsstand bezüglich des Rettungsschirms 2 in Sachen Krankenhäuser? Ist da inzwischen etwas mehr Bewegung? Sie haben das angedeutet.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich fange mit dem Rettungsschirm 2 an. Ich habe da, ehrlich gesagt, eine sehr ambivalente Einschätzung. Denn immer mehr möchten jetzt unter den Rettungsschirm. Dafür setzen wir uns auch ein. Wir haben hier auch immer wieder Wünsche sowohl aus dem Gesundheitsbereich als auch aus dem Sozialbereich, die bisher noch nicht abgedeckt sind: Jugendherbergen, Bildungsstätten usw.

Ich glaube, dass das auch in den Bundestagsfraktionen ähnlich gesehen wird wie hier im fachpolitischen Bereich. Bei dem engeren Rettungsschirm 2 und Krankenhäusern beobachte ich eine zunehmende Skepsis auf der Bundesebene, ob die 560 Euro pro Bett nicht eine krasse Überfinanzierung bewirken. Ich habe das vorhin freundlicher formuliert. Mein Eindruck ist, dass unsere kleinen und mittleren Häuser sehr gut mit dieser Bettenpauschale zurechtkommen und dass nur die Häuser der Maximalversorgung dadurch weniger haben.

Ich entsinne mich: Als der erste Entwurf für diesen Rettungsschirm an dem Wochenende vorlag, als wir das alles in großer Zügigkeit verhandeln mussten, ist das Bundesgesundheitsministerium tatsächlich mit dem Vorschlag an die Länder herantreten, eine Zweiteilung zu machen: für Intensivbetten mehr zu bezahlen, aber für die anderen weniger - um auch das klar zu sagen. Darüber haben wir dann im Kreis der Länder diskutiert. Ich habe mich der Haltung angeschlossen, dass das bitte so einfach wie möglich gehalten werden sollte, und zwar auch mit dem Hintergedanken, dass für uns in Niedersachsen mit den vielen kleinen Häusern eine mittlere Bettenpauschale günstiger ist, die entsprechend hoch angesetzt ist, die sich also zwischen diesen beiden Polen bewegt, als zwei verschiedene Bettenpauschalen, die dann keine gute Situation für die großen und keine gute Situation für die kleinen Häuser bedeuten würden. Von daher habe ich dem zugestimmt und es befördert, dass wir eine Pauschale für alle festlegen.

Jetzt sehen wir aber, dass das auch zu Verwerfungen führt, weil man z. B. gar kein Interesse hat, einen Kurzzeitpflegeplatz anzubieten - das haben wir ja auch ermöglicht -, weil es viel güns-

tiger ist, eine Bettenpauschale abzurechnen, die sehr viel mehr bringt als eine Kurzzeitpflege, ohne Beschäftigte bezahlen zu müssen. Das sind Dinge, die man jetzt sieht. Das wird man auch angehen müssen.

Das wird aber dazu führen - das will ich hier auch sagen -, dass die Bettenpauschale wahrscheinlich abgesenkt und nicht in der Höhe weitergeführt wird, zumal das ja auch ein großer Batzen Geld ist. Ich glaube, für uns sind schon 20 bis 22 Millionen Euro ausgezahlt worden nur dafür, dass Betten vorgehalten werden. Vor dem Hintergrund, dass wir auf der sicheren Seite sein wollen, habe ich immer gesagt: Ich bin froh um jedes leere Bett, für das ich bezahle, in dem kein Corona-Patient intensiv behandelt werden muss. Das muss jetzt aber immer in der Waage gehalten werden.

Wir hatten keine Erfahrungen damit. Jetzt sammeln wir Erfahrungen und können wir an dieser Stelle auch nachjustieren, was den Rettungsschirm angeht. Deswegen bin ich sehr sicher, dass es dabei zu Änderungen kommen wird und dass Bund und Länder an dieser Stelle noch einmal eine Gesetzgebung brauchen, um diesen Schutzschirm an dieser Stelle anzupassen, sowohl was die Maximalversorger als auch was die anderen Häuser angeht. Denn es kann natürlich nicht sein, dass das lukrativer ist. Wir haben eine Menge Fehlanreize in unserem System. Einer davon ist - darüber muss man nach der Corona-Krise auch reden -, dass es lukrativer ist, etwas medizinisch nicht Sinnvolles zu machen, als Corona-Patienten zu behandeln. Das ist genau das Problem mit den elektiven Leistungen. Das ist auch wieder etwas, was nicht sinnhaft ist.

Jetzt zu der Frage zu den Psychiatrien und Geriatrien: Alle diese Fachkrankenhäuser können wieder loslegen und jetzt in einen neuen Modus kommen - natürlich immer unter den Sicherheitsvorkehrungen, die man jetzt braucht. In der letzten Verordnung hieß es: „Diese Verordnung gilt nicht für Krankenhäuser, in denen ausschließlich Leistungen in den Fachrichtungen Augenheilkunde, Orthopädie, Dermatologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden.“ Kaum war diese Verordnung veröffentlicht, hatte ich schon die erste Zuschrift, dass man lieber noch die alte Regelung gehabt hätte. Ich glaube, einige waren überrascht, dass sie schon wieder arbeiten

können. - Auch diese Rückmeldung gab es gestern.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Man kann es nicht allen recht machen!

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich finde, es ist die absolut richtige Regelung, dass diese Fachkliniken wieder ihren Geschäftsbereich aufnehmen können. Insbesondere die Suchttherapie hat sehr darum gebeten. Sie hat ihre Klienten zum Teil weiter betreut, aber die stationäre Aufnahme ist natürlich auch notwendig. Sie konnte das im begrenzten Umfang machen; aber jetzt kann das wieder in einen anderen Modus kommen.

Abg. **Hanna Naber** (SPD): Wir hatten vor der Sitzung schon eine kleine Debatte über die Öffnung der Mutter/Vater-Kind-Kureinrichtungen und die Frage, ob es zentrale Anforderungen für deren Öffnung gibt. Oder andersherum formuliert: Aus der Sicht der Träger ist eine wirtschaftliche Führung eines Hauses natürlich nur dann möglich, wenn das Haus maximal belegt ist, am besten zu 100 %. Wir haben uns gerade vorgestellt, wie sich am Anreise-Dienstag 50 bis 100 Frauen und Männer und doppelt so viele Kinder vor einer solchen Einrichtung tummeln. Sicherlich gibt es eine Selbstverantwortung der Träger; wenn es aber keine Kompensation gibt, wird der Träger alles dafür tun, das Haus maximal zu belegen. Deshalb meine Frage: Gibt es dafür zentrale Rahmenanforderungen, oder obliegt das Schutzkonzept allein den Trägern?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Für Mutter/Vater-Kind-Kuren gilt, was für uns alle gilt: das Abstandsgebot, und die Belegung kann nicht in der alten Art und Weise erfolgen. Das müssten die Träger eigentlich auch einsehen. Dort, wo der Abstand in der Behandlung oder in der Therapie nicht gewährleistet werden kann, muss natürlich ein Mund-Nase-Schutz getragen werden und müssen entsprechende Vorkehrungen getroffen werden. Die Mutter/Vater-Kind-Kureinrichtung ist keine extraterritoriale Einrichtung, sondern dort gilt das, was überall gilt.

Das gilt ja auch für den touristischen Bereich. Auch dort können Zimmer und Gemeinschaftseinrichtungen nicht so wie vor der Corona-Pandemie belegt und genutzt werden. Auch dort gilt das Abstands- und Hygienekonzept. Das wird dazu führen, dass man nicht die früheren Belegungszahlen und nicht die früheren Erträge erzielen kann. Das muss man klar sagen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich glaube, das ist klar und verständlich. Ich möchte aber kurz nachhaken. Wir haben das bei dem Thema Kitas bereits angesprochen. Es geht hierbei um Kinder, die hinsichtlich der Ansteckungsgefahr und hinsichtlich dessen, was danach kommt, eine ganz besondere Gefährdungsgruppe sind. In diesen Einrichtungen ist ja eine große Anzahl Kinder, die aus der ganzen Bundesrepublik kommen. Klar gilt das, was für alle gilt. Aber es gibt keinen weiteren Schutz- und Regelungsbedarf in diesem Bereich? Der wird nicht gesehen?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Wir werden keine Einzelregelung für Mutter/Vater-Kind-Kuren machen. Aber für diese gilt auch: Kleine, feste Gruppen, alles muss dokumentiert werden und: Abstand, Abstand, Abstand!

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir kommen jetzt zu dem Themenblock

Pflege

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte erstens das Thema Pflegebonus ansprechen, über das wir schon in der Sitzung am 30. April gesprochen haben. Das letzte Drittel des Pflegebonus soll ja vom Land und von den Arbeitgebern gezahlt werden. Gab es dazu schon erste Gespräche mit den Arbeitgebern? Welche Stimmung gab es bei ihnen dazu? - Ich kann es mir denken, würde das aber gerne von offizieller Seite hören.

Meine zweite Frage bezieht sich auf den Stufenplan, mit dem für sehr viele Einrichtungen Perspektiven eröffnet werden. Mich interessiert der Stand der Überlegungen für die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Wie ist für sie die Perspektive? Ich frage vor dem Hintergrund, dass sicherlich auch einige Kolleginnen und Kollegen immer wieder von betroffenen Angehörigen angesprochen werden, insbesondere dann, wenn die Betroffenen nicht in Einrichtungen, sondern zu Hause leben, was ja mit einem hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand verbunden ist, zumal es aktuell kaum Entlastung durch Tages- oder Kurzzeitpflege gibt. Wie wird perspektivisch für diese Einrichtungen vorgegangen?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Die Situation beim Pflegebonus hat sich trotz aller Gespräche nicht verändert. Ich habe, wie erwähnt, sowohl mit den Anbietern der LAG FW als auch mit der LAGPPN gesprochen. Deren Haltung ist ja auch öffentlich

kommuniziert worden, dass es dafür kein Geld gibt. Da sind sich auch alle einig; sie können aus unterschiedlichen Gründen nicht bezahlen. Vor allen Dingen wird immer wieder angeführt, dass die Refinanzierung Niedersachsens besonders schlecht sei, sie könnten insofern überhaupt nichts geben. Die Positionen sind durchaus divers; im Ergebnis sind die Arbeitgeberverbände aber nicht bereit, etwas zu zahlen.

Ich finde es schwierig, wenn mit dieser Haltung auch eine geringe Wertschätzung gegenüber dem Einsatz und den zusätzlichen Belastungen der Pflegekräfte verbunden ist. Es besteht ja das Risiko, dass das Virus eingeschleppt wird. Es steht außer Frage, dass es in dieser Situation schwierig ist, mit den zu Betreuenden und den Angehörigen umzugehen.

Letzten Endes besteht jedenfalls keine Bereitschaft zu zahlen.

Ich habe erklärt, dass ich von Landesseite gerne dieses Drittel zur Verfügung stellen würde. Ich habe das für den Haushalt angemeldet und hoffe sehr, dass das nicht nur in diesem Ausschuss Unterstützung findet, sondern dass auch die Finanzpolitiker einsichtig sind; denn ich halte das für ein wirklich wichtiges Signal.

Das ist aber auf den Altenpflegebereich begrenzt. Es gibt dazu ja mannigfaltige Wünsche. Das Skurrile, wenn nicht sogar Schizophrene an der Situation ist, dass auf der einen Seite die Zahlung eines eigenen Anteils abgelehnt wird, aber auf der anderen Seite Forderungen erhoben werden, diese Gruppe zu erweitern, sei es um alle, die in einem Pflegeheim tätig sind, oder sei es um Pflegekräfte in Krankenhäusern. Da gibt es viele Forderungen, die ich gar nicht kommentieren will.

Zu den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen: Auch da ist die Welt bunt. Ich habe um eine Zusammenstellung gebeten, was bei den Verbänden überhaupt geöffnet ist und was geschlossen ist. Wir haben ja Betretungsverbote ausgesprochen. Das bedeutet, dass ein Teil tatsächlich geschlossen ist, aber nicht alles. Ich glaube, die Werkstätten in Osnabrück waren die Ersten, die einen Mund-Nase-Schutz und Schutzkleidung produziert haben und die ganze Zeit weiter produziert haben - natürlich immer unter den neuen Bedingungen und Standards. Die Situation ist also sehr unterschiedlich.

Ich stelle mir vor, dass wir sukzessive in einen neuen Modus kommen. Dazu gehört die Ausweitung der Tagesbetreuung. Ähnlich wie bei der Kinderbetreuung könnte die Notbetreuung stärker erweitert werden, um sukzessive in einen neuen Modus zu kommen. Das Ziel ist es, damit Ende Mai zu beginnen. Das soll nicht abrupt geschehen. Sie müssen sich ja auch darauf vorbereiten. Noch gilt ja das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz. Alle, die ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohnformen einsetzen, können das ja auch abrechnen. Aber auch da muss langsam, aber sicher ein neuer Modus eingeführt werden. So stelle ich mir das vor. Ich habe die Paritäten und die LAG FW um eine Zusammenstellung gebeten, wie sich die Situation in den Einrichtungen darstellt; denn sie stellt sich hinsichtlich Schließung oder Nichtschließung durchaus unterschiedlich dar.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich wäre dankbar, wenn kurzfristig - nicht unbedingt Anfang Mai, aber in der zweiten oder dritten Mai-Woche - ein Stufenplan für diesen Bereich entwickelt würde, der dann auch Ihrerseits kommuniziert werden könnte. Es gibt ja beispielsweise Einrichtungen mit geschlossenen Arbeitsgruppen oder Außenarbeitsgruppen, die meines Wissens rein theoretisch auch heute schon arbeiten könnten, wenn das vonseiten des Trägers gewünscht wird; denn das Betretungsverbot gilt ja nur für die Räume der Werkstätten.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Die Situation ist in der Tat sehr vielfältig. Wir erarbeiten auch einen Stufenplan für den ganzen Sozialbereich - das gilt ja auch für Beratungsleistungen usw. -, die zum Teil schon wieder öffnen könnten, das aber nicht machen. Ohne dass ich die Abfrage bei den Verbänden schon kenne, habe ich eher den Eindruck, dass mehr geschlossen worden ist, als geschlossen werden musste. Ich kann mich auch entsinnen, dass es sogar Wünsche gab, schneller zu schließen, als wir es letzten Endes per Verordnung vorgegeben haben. Dass ein Träger immer die Möglichkeit hat, auch ohne Anweisung in eigener Verantwortung zu schließen oder zu öffnen, muss ich hier in diesem Kreis ja nicht noch einmal darstellen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Wann ist bei der Tagespflege und der Kurzzeitpflege mit Öffnungen zu rechnen?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Die Tagespflege wird, wie die Notbetreuung in den Kitas, sukzes-

sive wieder hochgefahren. Sie ist ja nicht ganz ausgesetzt. Meiner Ansicht nach sind Tagespflegen aber stärker geschlossen worden, als wir das eigentlich vorgegeben haben.

Zur Situation der Kurzzeitpflege: Die Kurzzeitpflege kann ja in Reha-Einrichtungen und - wenn die Quarantäne gewährleistet ist - in Heimen angeboten werden. Es ist ja nicht so, wie die Heime dies oft darstellen, dass sie überhaupt keine Menschen mehr aufnehmen dürfen. Nein, sie können aufnehmen, aber müssen natürlich den Schutz für die anderen Bewohner gewährleisten, die schon in der Einrichtung sind. Sie müssen dann die Isolierung und die Quarantäne einhalten.

Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Mich treibt eine Frage um, und ich befürchte, dass Sie sie mir nicht beantworten können: Was machen wir mit den Heimen, die keine Hygieneschutzkonzepte vorlegen, die Türen geschlossen lassen und den, wie ich meine, inzwischen körperlich und psychisch gefährdeten Hochbetagten nicht die Gelegenheit geben, Besuch zu bekommen? Vielleicht kann ich mich auch deshalb nicht damit abfinden, weil in meinem Wahlkreis viele Heime sind, die Besuche schlichtweg verweigern. Gibt es für Sie irgendwelche Möglichkeiten, da einzugreifen?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich finde das auch. Da wird teilweise doppelzünftig argumentiert: Nach außen hin möchte man sich geöffnet präsentieren, und in internen Runden wird sehr dafür geworben, die Heime möglichst lange geschlossen zu lassen, am liebsten auf Weisung des Landes. Dass wir diese Weisung nicht gegeben haben, wird oft nicht dazugesagt.

Viele machen sich da aber auf den Weg. Zum Beispiel ist das Gesundheitsamt in Braunschweig an alle Heime herantreten, um mit ihnen Schutz- und Präventionskonzepte zu entwickeln. Dagegen können sich die Heime nur schwer wehren und sagen, dass sie so etwas nicht machen. Das ist eine Möglichkeit, das Problem in den Griff zu bekommen.

Die zweite Möglichkeit wird jetzt durch den Beschluss geschaffen, den die Länder mit der Kanzlerin gefasst haben. Ich lese Ihnen die Formulierung vor, die jetzt von der Trägerperspektive auf die Perspektive der Betroffenen wechselt:

„Vor dem Hintergrund der niedrigen Infektionszahlen wird nunmehr beschossen, dass in alle Konzepte bzw. die erlassenen Allge-

meinverfügungen zu den Kontaktbeschränkungen bezüglich dieser Einrichtungen“

- damit sind Heime gemeint -

„eine Regelung aufgenommen werden soll, die jedem Patienten/Bewohner einer solchen Einrichtung die Möglichkeit des wiederkehrenden Besuchs durch eine definierte Person ermöglicht wird, sofern es das aktuelle Infektionsgeschehen zulässt ...“

Das beinhaltet also einen Perspektivwechsel. Wenn eine Person einen Anspruch auf Besuch hat, dann ist das Heim dazu verpflichtet, ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten, und kann es nicht sagen, dass es das nicht macht. Das werden wir nicht direkt in die kommende Verordnung aufnehmen, sondern wir brauchen vielleicht noch ein, zwei Tage mehr, um das zu klären. Deshalb behalten wir uns vor, dass das nicht gleich in die Verordnung ab 11. Mai aufgenommen wird. Für alle diejenigen, die das wollen, gibt es ja die Möglichkeit. Wir werden aber den Druck an dieser Stelle erhöhen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich möchte hier auch einmal die Sicht der Betroffenen einbringen. Die Situation in Wilhelmshaven ist genauso wie im Wahlkreis. Die wenigsten Einrichtungen haben heute ein Hygienekonzept und damit die Möglichkeit, Besuche zuzulassen. Dadurch, dass diese Regelung gestern öffentlich gemacht worden ist, erwarten die Familienangehörigen, dass das jetzt relativ schnell umgesetzt wird. Ich sehe ein Problem, wenn wir das auf die lange Bank schieben und die nächste Verordnung erst am 25. Mai in Kraft tritt. Dann bekommen wir Diskussionen, warum Niedersachsen die Heimbesuche nicht ermöglicht. Deswegen bitte ich, darüber nachzudenken, ob man das nicht zeitnah umsetzen kann.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Wir ermöglichen das und sind weiter als viele andere. Der Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, hat Anfang der Woche angekündigt, dass er das jetzt ermöglichen wird. - Das, was er jetzt ermöglichen will, ist bei uns schon seit ein paar Wochen möglich. Allein die Träger handhaben das sehr unterschiedlich, und nicht alle sind dazu in der Lage, Hygienekonzepte aus eigener Kraft zu machen. Deswegen wird man mit den Gesundheitsämtern darüber reden müssen, dass sie noch stärker als schon bisher auf die Einrichtungen zugehen, damit diese tätig werden.

In der Pflegerunde am Donnerstag haben wir vier-, fünf-, sechsmal die Hygienestandards kommuniziert und immer wieder Handreichungen, Empfehlungen und Hinweise gegeben, wie das in den Heimen zu handhaben ist. Die ersten Hygieneempfehlungen erfolgten schon im März, da wir gesehen haben, dass diese vulnerable Gruppe einem besonderen Risiko ausgesetzt ist. Das wurde zu diesem Zeitpunkt noch nicht öffentlich wahrgenommen, sondern erst dann, als in Wolfsburg ein Heim massiv von Corona-Infektionen betroffen war. Es gab aber bereits zuvor Vorfälle in Einrichtungen in Stuttgart und Baden-Württemberg.

Man muss aber sagen, die Einrichtungen sind tatsächlich sehr unterschiedlich aufgestellt. Ich hätte mir das nicht vorstellen können. Denn Hygienepläne in Heimen sollte es ja nicht nur für Corona-Infektionen geben. Für Influenza und jedes Rotavirus muss es eigentlich einen Hygieneplan geben. Das ist ja jetzt nicht etwas ganz Neues. Ich will zugestehen, dass die Ansteckungsgefahr bei Corona besonders hoch ist. Auch für ein ebenfalls sehr ansteckendes Rotavirus müssen Isolierungen und besondere Hygienebedingungen vorgesehen werden. Insofern wundert es mich schon, dass in einigen Heimen so wenig Wissen, Expertise und Planung vorhanden sind.

Abg. **Gu drun Pieper** (CDU): Ich kann Sie an dieser Stelle nur unterstützen und möchte das noch einmal betonen. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist jede Einrichtung - ob ein Pflegeheim, ein Kinderheim, eine Werkstatt für Behinderte, eine Kindertageseinrichtung usw. - dazu verpflichtet, einen Hygieneplan vorzulegen. Ich war ja über 20 Jahre lang Leiterin einer Kindertagesstätte. Meines Erachtens wäre es nur - ich sage ganz bewusst „nur“ - erforderlich gewesen, den aktuellen Hygieneplan darauf hin zu überprüfen, wo nachgesteuert werden muss. Es muss nicht etwas ganz Neues erfunden werden. Insofern ist dieser Zustand nicht zu akzeptieren, sondern sollten die Heime aufgefordert werden, ihre Hygienepläne vorzulegen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Es ist jetzt 12.30 Uhr. Wir danken Ihnen für die Unterrichtung des Ausschusses.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich bedanke mich für die Debatte im Ausschuss und werde den Dank an Herrn Pulz und seine Mitstreiter weitergeben.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich bin der Ministerin und den Kolleginnen und Kollegen sehr dankbar dafür, dass Einigkeit darüber herrscht, dass das Thema der sozialen Kontakte in Pflegeeinrichtungen jetzt auf den Weg gebracht werden muss. Es wäre nicht nachvollziehbar, damit bis Ende Mai zu warten. Da stimme ich mit dem Vorsitzenden überein.

Die Frau Ministerin hat in der letzten Woche gesagt, dass der Pflegebonus nur für stationäre Einrichtungen gedacht ist, dass es dort genauso ist wie bei der Krankenpflege. Ich habe noch dreimal nachgehakt. Mir ist von der Bundesebene mitgeteilt worden, dass das nicht ganz stimmt, dass er auch für ambulante Einrichtungen gilt, nicht aber für die Eingliederungshilfe usw. Ich hätte gerne eine präzise Aussage dazu, was stimmt und welcher Betrag für den Nachtragshaushalt avisiert ist.

Die nächste Frage bezieht sich auf die Berichterstattung über die Telepflegezentrale bei uns im Nordwesten, die als Projekt seitens des Landes gefördert wird. Gerade angesichts der verstärkten Digitalisierung und der Vernetzung ist dies ein sehr spannendes Projekt. Wie schätzen Sie dieses Projekt ein, und wie verlaufen die Gespräche darüber im Sozialministerium - obwohl dieses Projekt, glaube ich, über das Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung mitgefördert worden ist?

MDgt'in **Schröder** (MS): Zu dem Thema Pflegebonus haben sich in den letzten Wochen wieder ganz viele Diskussionen ergeben. Es ist vorgesehen, ihn an Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen - nicht in der Krankenpflege - zu zahlen. Das umfasst aus der Sicht des Bundes tatsächlich auch die ambulante Pflege. Ich kann nicht mit Sicherheit sagen, dass das der letzte Stand ist, aber das ist der letzte Diskussionsstand, von dem ich weiß.

Die Zwei-Drittel-ein-Drittel-Regelung zur Finanzierung steht fest. Es werden, wie die Ministerin schon dargestellt hat, Gespräche mit der Arbeitgeberseite geführt. Natürlich wird, soweit am Ende ein Landesanteil erforderlich ist, dafür Sorge getragen, dass dieser Landesanteil in den Nachtragshaushalt eingestellt wird. Die Abstimmung mit dem Finanzministerium dazu läuft. Der Herr Ministerpräsident hat sich hierzu schon klar geäußert, dass es nicht am Geld scheitern wird. Niedersachsen wird also den Pflegebonus unterstützen. Nichtsdestotrotz laufen dazu aber noch auf allen Ebenen Gespräche und Verhandlungen.

Insofern bitte ich um Nachsicht dafür, dass das immer noch ein Zwischenstand ist und dass das nicht komplett abgesichert ist. Darüber verhandeln ja immer 17 Parteien miteinander - die Länder und der Bund. Im Ziel sind sich aber alle einig und auch darin, dass es jetzt schnell zu einer Lösung kommen muss.

Bei der Tagespflege begrüßen wir grundsätzlich - das hat Corona noch einmal gezeigt -, dass nun noch stärker darüber nachgedacht wird, wie Digitalisierung in allen Lebensbereichen und Altersgruppen - und nicht nur im Bildungsbereich bei Kindern - genutzt werden kann. Die Aktion mit den Tablets in den Heimen läuft sehr gut an, und es ist wirklich berührend, zu sehen, dass die Tablets nicht nur für die Kommunikation mit Hausärzten, sondern auch aktiv von den betroffenen Menschen für die bildhafte Kommunikation mit den Angehörigen genutzt werden.

Gerade hier zeigt sich aber auch, dass die nahen persönlichen Kontakte dadurch nicht ersetzt werden können und soziale Isolation nicht allein digital aufgehoben werden kann. Wir sind soziale Wesen, die den unmittelbaren Austausch brauchen. Wir begrüßen solche Projekte insbesondere auch in der Tagespflege außerordentlich und unterstützen das auch. Insofern ist es sehr gut, dass sich verstärkt Menschen auf den Weg machen, mit solchen Projekten den Nachweis zu führen, sodass das später auch breiter ausgerollt werden kann.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Für mich wird die Diskussion über den Pflegebonus immer verwirrender. Heute Morgen habe ich in den Nachrichten gehört, dass zu diesem Gesetzentwurf heute im Bundestag die erste Lesung stattfindet. Es gibt aber unterschiedliche Definitionen. Einmal wurden Pflegeeinrichtungen der Altenpflege explizit erwähnt. Das entspricht auch meinen Informationen. Ein anderes Mal war nur mit einer sehr unsauberer Definition von „Pflegeeinrichtungen“ die Rede. Es ist völlig klar, dass sich daran die Frage anschließt, ob mit „Einrichtungen“ auch Krankenhäuser und insbesondere Behinderteneinrichtungen in der Heilerziehungspflege - die ohnehin nie mitgedacht werden - gemeint sind. Wenn nur der Begriff „Pflege“ verwendet wird, werden auch entsprechende Debatten ausgelöst.

Außerdem wird über die Zahlungsmodalitäten gesprochen, wie das Geld die Pflegekräfte erreicht. Laut Bundesgesetzentwurf sollen die Arbeitgeber den Pflegebonus auszahlen, welche sich aber

weigern. Bedeutet das, dass sie in Vorkasse gehen, oder zahlt das doch das Land? Beispielsweise in Rheinland-Pfalz wird darüber diskutiert, dass der Bonus über Dritte ausgezahlt wird.

Ich will deutlich sagen, dass die Bundesregierung es damit schafft, die Pflegekräfte - die ständig als die neuen Retter der Nation dargestellt werden, obwohl sie das auch schon vor der Corona-Krise gewesen sind - so richtig auf die Palme zu bringen; denn sie bekommen jeden Tag eine neue Botschaft.

Möglicherweise können Sie dazu ad hoc nichts sagen. Es wäre aber gut, wenn Sie im Nachgang für eine Klarstellung sorgen würden.

MDgt'in **Schröder** (MS): Diese Diskussion ist in der Tat misslich und trägt nicht dazu bei, dass das eigentliche Ziel, mit dem Pflegebonus Wertschätzung auszudrücken, von den Betroffenen wirklich so wahrgenommen werden kann. Das ist aus meiner Sicht das größte Problem.

Die Verlautbarungen sind zum Teil sprachlich sehr unsauber. Gemeint sind mit dem Begriff „Pflegeeinrichtungen“ tatsächlich Pflegeeinrichtungen in der Altenpflege. Viele Menschen benutzen diesen Begriff, glaube ich, synonym, ohne sich klarzumachen, dass es viele Formen von Pflegeeinrichtungen gibt und Pflege für alle Alterskohorten und in jeder Lebenslage stattfindet.

Es gibt noch keine Einigkeit darüber, wie der Pflegebonus ausgezahlt werden soll. Es ist richtig, die Arbeitgeber wollen das nicht. Es gibt jetzt Diskussionen unter den Ländern, den Pflegebonus über die Pflegekassen auszuzahlen. Aber auch das ist noch umstritten. Insofern greife ich gerne Ihre Anregung auf, dass wir die Information dem Ausschuss auf dem bewährten Weg zukommen lassen, sobald Einigung erzielt worden ist.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir kommen jetzt zu dem Themenblock

Einzelhandel

Ich glaube, es ist sinnvoll, jetzt von der Grenze 800 m² abzugehen. - Gibt es dazu Wortmeldungen? - Das ist nicht der Fall.

Dann kommen wir zu dem Themenblock

Tourismus, Kindertagesstätten, Schulen, TUI-Kreuzfahrtschiff in Cuxhaven

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Das Kreuzfahrtschiff „Mein Schiff 3“ in Cuxhaven ist Gegenstand vieler Berichte in den Medien. Dort ist die Situation wohl sehr unübersichtlich geworden. Ich glaube, der Konzern TUI spielt dort im Moment eine ganz unsägliche Rolle. Das Manöver, dass „Mein Schiff 6“ hinzukommen sollte, um die negativ Getesteten zu übernehmen, fand nicht statt. Jetzt kreuzt das Schiff vor Cuxhaven und hält sich dort bereit. Die Kommunikation der TUI selbst ist sehr schlecht. Der Landrat und der Oberbürgermeister sind sehr irritiert.

Mich interessiert: Was weiß die Landesregierung auch über die Zustände auf dem Schiff? Am Wochenende soll es sogar zu Auseinandersetzungen gekommen sein. Mobiliar soll zerstört worden sein.

Ich bin dem Krisenstab im Ministerium sehr dankbar; denn der Landkreis hatte Unterstützung angefordert, die ihm auch gewährt worden ist. Immerhin wurden 2 900 Menschen getestet. Zuvor fand dazu eine Beratung statt.

Ich finde, wie TUI agiert, Informationen an die Öffentlichkeit gibt und mit den Menschen an Bord umgeht, die seit mehreren Wochen - manche von ihnen seit mehreren Monaten - auf diesem Schiff unter sehr schlimmen Zuständen eingepfercht sind - zumindest wenn man den Berichten derer Glauben schenken darf, die von Bord gegangen sind -, ist sehr zu kritisieren. Im Landkreis werden jetzt sogar Schokolade und Hygieneartikel gesammelt, um die Menschen auf dem Schiff zu versorgen. Ich meine, dass die Landesregierung auf diesen Konzern, der ja unter den Rettungsschirm schlüpfen und staatliche Wirtschaftshilfen haben möchte, deutlich einwirken muss, damit zumindest die Versorgungssituation auf dem Schiff möglichst schnell verbessert wird.

Der dortige Zustand ist mittlerweile für eine ganze Region besorgniserregend. Die positiv Getesteten werden jetzt auf die Krankenhäuser verlegt usw. Da auch der Landrat und der Oberbürgermeister über das irritiert sind, was die TUI über ihre Pressestelle als nicht sachliche Information bzw. nicht gute Information herausgibt, muss die Landesregierung meiner Meinung nach deutlich auf die TUI einwirken. Das, was TUI da macht, geht überhaupt nicht!

MDgt'in **Schröder** (MS): Wir haben uns sehr eng mit der Stadt und insbesondere mit dem Landkreis - er ist ja zuständig - abgestimmt und führen täglich eine Krisenschalte mit Vertretern der TUI, der Bundespolizei, des Havariekommandos, des Landkreises, der Stadt usw. durch. Alle, die vor Ort involviert sind - das ist ein großer Kreis von Verantwortlichen -, kommen immer mittags zu einer telefonischen Lagebesprechung zusammen.

Zu den objektiven Daten: Aktuell sind 2 858 Crewmitglieder auf dem Schiff. „Crewmitglieder“ heißt: Crewmitglieder der TUI, zum überwiegenden Teil unmittelbar bei der TUI beschäftigte, zum Teil aber auch über Subunternehmen an die TUI weitervermittelte Arbeitnehmer.

Die Versorgungslage auf dem Schiff ist mittlerweile gut. Die Stadt Cuxhaven hat dafür Sorge getragen, dass die Versorgung mit Lebensmitteln und Wasser funktioniert. Wasser nehmen die Kreuzfahrtschiffe so auf, dass sie weit aufs Meer hinaus fahren, ihr Grauwasser - das Abwasser -, das sie in ihren Ballasttanks sammeln, ins Meer ablassen und Meerwasser aufnehmen, welches dann in der schiffseigenen Entsalzungsanlage zu Trinkwasser aufbereitet wird. Das funktioniert im Hafen nicht. Dort gibt es keine Erlaubnis, das Grauwasser abzulassen. Insofern muss das Schiff jetzt auch mit Trinkwasser versorgt werden, damit Wasser für den Sanitärbereich zur Verfügung steht.

TUI hat nach internationalem Recht die höchste Hygiene- und Krisenstufe auf dem Schiff ausgerufen und hat es mit Unterstützung des örtlichen Gesundheitsamtes, das wiederum vom RKI unterstützt wurde, in Zonen eingeteilt: Red Zone, Orange Zone und Green Zone.

In der Red Zone befinden sich derzeit 40 Personen. Dort sind die 8 infizierten, also positiv getesteten Personen untergebracht, außerdem 32 Personen, bei denen die Testungen negativ sind, die aber entsprechende Symptome zeigen. Diese 40 Personen sind dort isoliert untergebracht.

In der Orange Zone befinden sich mehr als 30 Personen.

Beide Zonen sind untereinander isoliert und auch vom Rest des Schiffs abgetrennt.

Morgen wird eine Abverlegung aus der roten Zone erfolgen. Dazu hat die TUI unter Vermittlung des Landrats und des Landkreises mit dem AMEOS-Klinikum einen Vertrag geschlossen. Das

hatten wir angeregt, weil uns bekannt war, dass dieses Klinikum zwei leere Flügel hat, die sich dafür eignen. Das alles ist sichergestellt. AMEOS hat auch Erfahrungen im Umgang mit geschlossenen Bereichen; denn diese Personen werden auch dort unter Quarantäne stehen und dürfen diesen Bereich nicht verlassen. Das wird auch durch Sicherheitskräfte sichergestellt.

Die Bundespolizei wird diesen 40 Personen die entsprechenden Aufenthaltserlaubnisse erteilen; denn keines dieser Crewmitglieder hat einen Aufenthaltstitel für Deutschland. Ohne Zustimmung der Bundespolizei können sie weder das Schiff verlassen noch das Land betreten.

Gleichzeitig haben Landkreis und Land gemeinsam auf die TUI eingewirkt, dass die Zahl von fast 3 000 Menschen auf diesem Schiff unbedingt verringert werden muss. Das Schiff ist für etwas mehr als 3 000 Touristen zuzüglich der Crew ausgelegt. Da nicht alle Touristen in Einzelkabinen untergebracht werden, ist es dort auch eng. Die TUI hat das gesamte Schiff für die Unterbringung eingesetzt und hat einen hohen Anteil der Personen in Einzelkabinen untergebracht. Die Unterbringung muss aber unbedingt weiter entzerrt werden.

Am Wochenende hat es kleinere Auseinandersetzungen gegeben. Das kann man sich gut vorstellen. Dort sind jetzt viele Menschen mit mehr als 70 Nationalitäten auf engem Raum zusammengepfercht, also mit entsprechenden Kultur- und Sprachunterschieden usw.

Wir haben gegenüber der TUI auch darauf gedrungen, dass sie ihren Service an Bord für die Crewmitglieder deutlich ausweitet. Das hat TUI auch getan. So wurde der kostenlose WLAN-Zugang durch verschiedene technische Möglichkeiten erweitert, damit die Menschen wenigstens mit ihren Familien zu Hause kommunizieren können. Weitere Ärzte und Pflegekräfte wurden auf das Schiff geholt. Das psychosoziale Notfallteam, das ohnehin an Bord sein muss, wurde um drei Notfallseelsorger verstärkt. Die Stadt Cuxhaven hatte dazu die Verbindung hergestellt.

Ganz entscheidend ist: Die TUI hat jetzt für knapp 1 200 Menschen Flüge organisiert, die am Wochenende und am Montag stattfinden werden, um sie in ihre Heimatländer zu fliegen. Alle erforderlichen Papiere aus den Heimatländern, insbesondere die Einreisegenehmigungen, liegen vor. Hierbei arbeitet die TUI eng mit den Botschaften

zusammen. Es war nicht ganz einfach, unter diesen Quarantänebedingungen Flugzeuge zu chartern; denn man kann ja nicht einfach Tickets kaufen. Hinter diesen Flügen steht also ein großes Konzept.

Mit Unterstützung durch den Landkreis ist es auch gelungen, Busse in ausreichender Zahl zu organisieren, wobei die Maßgabe gilt, dass nicht mehr als 20 Crewmitglieder in einen Bus gesetzt werden. Auch das ist ja eine logistische Herausforderung, 1 200 Leute zeitgerecht zu den Flughäfen zu bringen. Geplant ist auch - nach meinem Kenntnisstand ist das mit dem Flughafen Hamburg bereits fest vereinbart -, dass die Personen dort nicht aussteigen. Vielmehr fahren die Busse auf das Rollfeld, sodass die Leute direkt von den Bussen in die Flugzeuge umsteigen. Das ist für alle Beteiligten das Schnellste und Einfachste. - Diese Menschen kommen also nach Hause.

Ab Montagabend werden noch 1 731 Crewmitglieder an Bord sein, die dort dann entzerrt untergebracht werden, sobald die freigezogenen Kabinen gereinigt und desinfiziert worden sind.

Wir haben darauf bestanden, dass die weiteren zwei Schiffe, die die TUI einsetzt, nämlich „Mein Schiff 4“ und „Mein Schiff 6“, tatsächlich auf Reede in der Deutschen Bucht bleiben. Die entsprechenden Genehmigungen sind erteilt worden. Die Organisationen, die für den Hafen zuständig sind - einschließlich des Havariekommandos -, haben entsprechende Pläne erstellt. Ein weiteres Schiff kann dort ohne große Vorbereitungen einlaufen. Auch das zweite Schiff könnte einlaufen, wofür aber andere Schiffe etwas „umgeparkt“ werden müssten; sehen Sie mir den untechnischen Begriff nach. Mit den Reedern dieser anderen Schiffe wurde das bereits besprochen. Sie sind damit einverstanden. Insofern könnte auch das zweite und das dritte Schiff der TUI dort anlegen.

Wir haben miteinander vereinbart, dass es das Ziel sein muss, natürlich auch diese 1 731 Crewmitglieder so bald wie möglich in ihre Heimatländer zu bringen. Das ist es, was diese Menschen verständlicherweise wollen. Das scheidet derzeit daran, dass sehr viele Länder derzeit noch nicht einmal ihre eigenen Staatsbürgerinnen und -bürger einreisen lassen. Insofern muss tatsächlich verhandelt werden, damit sie nach Hause fliegen können. Als Option möchten wir mindestens ein weiteres Schiff in der Hinterhand haben,

damit man die Anzahl der Menschen weiter verringern kann.

Ich bin da ganz bei Ihnen. In der Tat muss man der TUI eng auf den Füßen stehen, damit da etwas passiert. An der Art und Weise, wie wir mit vielen Menschen von der TUI telefonisch verbunden sind, hat sie auch begriffen, dass sie bisher keine vernünftige Strategie und auch keine vernünftige Kommunikation geführt hat und dass sie das dringend verbessern muss. Mein Eindruck ist, dass die TUI durchaus erkannt hat, dass sie in Cuxhaven ein Riesenproblem hat, das der Lösung bedarf.

Wir haben zugestimmt, dass die tatsächlich positiv getesteten und auch die symptomatischen Crewmitglieder von Bord geholt werden, auch weil sich in der Enge dieses Schiffes Aggressionen gegen diese Menschen aufstauen und die TUI auf dem Schiff mit ihrer eigenen Sicherheitsmannschaft wohl doch einiges zu tun hat, um die Stimmung immer wieder zu beruhigen. Deswegen hatten wir dringend darum gebeten, dass die medizinische und psychosoziale Betreuung dort deutlich intensiviert wird.

Das ist der momentane Stand. Ich hoffe, dass all die Erlaubnisse auch am Montagabend noch gültig sind und dass die Flüge durchgeführt werden. Denn es wäre ein gutes Signal auch an die auf dem Schiff verbleibenden Crewmitglieder, dass ihnen nicht nur einfach erzählt wird, dass sie nach Hause zurückkehren, sondern dass es tatsächlich die Möglichkeit dazu geben wird.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Der große Bereich Tourismus ist jetzt in den Stufenplan aufgenommen worden. Das begrüßen wir alle sicherlich sehr - von der Öffnung der Gaststätten und Restaurants bis hin zur Öffnung von Ferienwohnungen und Hotels; denn Niedersachsen ist ja auch eine Ferienregion.

Damit kommen auch die ersten Fragen auf; denn davon sind ja nicht nur die Einrichtungen selbst betroffen, sondern auch Reiseunternehmen, die mit vielen Dingen zu tun haben.

Erstens wurde ich gebeten, auf einen Punkt hinzuweisen: Es gibt ja sehr unterschiedliche Reiseunternehmen. Von der TUI haben wir gerade gehört. Das ist ein großer Komplex. Es gibt aber auch viele kleine Unternehmen, darunter auch viele kleine Reisebusunternehmen. Diese Reisebusunternehmer haben in diesem Stufenplan

noch keine Perspektive, wenn ich das richtig verstehe.

Bis jetzt gibt es Rückmeldungen, dass die Reisebusunternehmen eventuell bis September nicht fahren dürfen. Das beinhaltet auch, dass wir mit vielen Insolvenzen usw. rechnen müssen. Aber das ist eine andere Frage.

Was uns im Moment umtreibt, ist die Aussage der Verbraucherzentrale, dass alle Reiseunternehmen im Grunde genommen sofort die Reisen für ihre Kunden stornieren müssten; das habe das Land entsprechend beschlossen. Meiner Auffassung nach trifft das gar nicht zu. Nach wie vor gelten die AGB der Reiseverträge. Denn es kann ja nicht angehen, dass die Stornierungskosten den Verbrauchern erstattet werden, während die Unternehmen auf den Kosten sitzenbleiben. An der Stelle bitte ich um eine klarere Sprachregelung auch seitens des Landes, damit diese Falschmeldungen bzw. zum Teil Fake News nicht durch die Gegend wabern.

Zweitens. Mit der Öffnung der Beherbergungseinrichtungen macht sich eine andere Form des Tourismus für den Sommer startklar: der Radtourismus. Zurzeit ist eine Wiederbelegungsfrist von sieben Tagen vorgegeben. Schon kommen die ersten Anfragen, wie man damit umgehen soll. Radfahrer nehmen sich eine Tour vor - z. B. entlang der Elbe oder der Aller - und machen alle 50 bis 80 km Station. Dort wollen sie einmal übernachten und dann weiterfahren. Die Beherbergungseinrichtungen einschließlich der Hotels befürchten nun, dass sie diese Klientel nicht aufnehmen können. An welches Vorgehen wurde dabei gedacht? Man kann ja nicht jemanden zwingen, ein Zimmer für sieben Tage zu mieten. Man kann ein Zimmer auch nur für eine Nacht vermieten, aber es darf erst nach weiteren sechs Tagen wieder vermietet werden; so habe ich das verstanden. - Auch an dieser Stelle bitte ich um eine etwas klarere Formulierung.

Drittens. Für Gaststätten ist in dem Stufenplan vermerkt - das entspricht auch dem Ergebnis der Telefonkonferenz mit der Kanzlerin -, dass kleinere öffentliche und private Veranstaltungen oder Feiern sowie Veranstaltungen ohne Festcharakter wieder möglich sein sollen. Gibt es schon eine Zielvorstellung, ab wann diese Veranstaltungen wieder stattfinden können? Ab sofort? Oder ist das ab dem 11. Mai oder dem 25. Mai oder ab einem anderen Datum geplant? Darüber würden sich auch einige Firmen freuen, weil sie oftmals

keine Räume für größere Besprechungen haben und dann gerne auf Gaststätten ausweichen könnten. Dort stehen größere Räume zur Verfügung, sodass die Abstands- und Hygieneregeln eingehalten werden könnten. Insofern frage ich auch, bis zu welcher Personenzahl diese Veranstaltungen stattfinden können.

Außerdem habe ich eine Frage zum Themenbereich Sport, genauer zu Schützenvereinen. Wann können Indoor-Sportanlagen wieder geöffnet werden? Denn die Schützenvereine würden gerne wieder auf ihren Schießständen üben.

MDgt'in **Schröder** (MS): Sie sprachen erstens eine angebliche Stornierungspflicht, auch bezogen auf Reisebusunternehmen, an. Diese Frage nehme ich für unsere Hotline und auch für die FAQs mit, damit dort eine andere Sprachregelung gefunden wird.

Zweitens ging es um die Sieben-Tage-Regelung. Das Ziel für die erste Phase der Öffnung für den Tourismus ist, die Zahl der Touristen, die sich in einer Region bewegen, zu begrenzen. Es gibt bereits erste Diskussionen mit einzelnen Landkreisen, die über eine Verstärkung nachdenken, indem der Tagestourismus generell unterbunden wird. Insofern liegt die Herausforderung darin, dass das Zimmer, das der Radfahrer A an einem Tag belegt, anschließend sechs Tage freibleiben muss, bevor Radfahrer B bzw. ein anderer Gast in das Zimmer ziehen kann. Damit möchten wir erreichen, dass diese Hotels nie voll sind, sondern ausreichend Bewegungsfläche bieten, um Abstand zu ermöglichen.

Zu Ihrer dritten Frage: Der Verordnungsentwurf für den 11. Mai ist noch nicht zwischen den Resorts schlussabgestimmt; wir arbeiten noch auf allen Ebenen, und es finden noch viele Diskussionen statt. Aus diesen Fachdiskussionen habe ich mich gestern Abend nach 23 Uhr verabschiedet; sie werden heute natürlich weitergeführt.

Der letzte Diskussionsstand sieht eine Erhöhung der Anzahl der Teilnehmer für Hochzeiten und Beerdigungen auf mindestens 20 vor, sodass sich dort eine gewisse Erleichterung ergeben würde. Für die Restaurants soll die Vorgabe erlassen werden, dass zwischen den Tischen mindestens 2 m Abstand bestehen muss. Gegebenenfalls wird auch die Zahl der Gäste, die an einem Tisch zusammensitzen dürfen, begrenzt. So sollen die Gäste maximal aus zwei Haushalten kommen; auch das begrenzt die Gruppengröße. Gegebenenfalls

soll auch vorgegeben werden, dass eine bestimmte Anzahl von Tischen in den Restaurants frei gehalten werden muss. - Diese Regelung ist aber noch nicht endgültig mit dem Wirtschaftsministerium abgestimmt.

Klar ist aber, dass es eine Reihe von Auflagen für Gastronomen geben wird, die für diese durchaus herausfordernd sind. Die Gastronomen führen ja Wirtschaftsbetriebe und müssen sich Konzepte überlegen, wie sie trotz allem unter diesen Regelungen weiterhin wirtschaftlich arbeiten können. Wahrscheinlich werden wir uns auf bestimmte Veränderungen im Gastronomiebereich einstellen müssen. Der Buffetbetrieb wird bis auf Weiteres untersagt sein. Für Schnellimbisse und Selbstbedienungsrestaurants, wo mehr oder minder vorkonfektionierte Teller aufs Tablett gestellt werden, wird es Lösungen und Regelungen geben. Aber auch dort werden die gleichen Auflagen wie in der übrigen Gastronomie gelten.

Viertens zum Unterschied zwischen Outdoor- und Indoor-Sportarten: Beim Sport wird tief eingeatmet und folglich auch kräftig ausgeatmet. Damit fliegen all die ausgeatmeten Aerosole und Partikel wesentlich weiter als beim normalen Ausatmen. An der frischen Luft verwirbeln sich diese, sodass dort die Konzentration der ausgeatmeten Partikel viel geringer ist als in geschlossenen Räumen. In geschlossenen Räumen ist das Ansteckungspotenzial wesentlich höher. Deshalb haben wir an dieser Stelle einen harten Cut gemacht und Sport in geschlossenen Räumen - das gilt auch für die Fitnessstudios - noch nicht zugelassen. Dem Phasenplan ist zu entnehmen, dass Indoor-Sport erst später wieder zugelassen wird. Das trifft am Ende auch die Schützen, die in aller Regel in Innenräumen auf den Bahnen schießen.

Wir haben das im Blick. Es gibt ein großes Bedürfnis, auch in Innenräumen wieder Sport zu treiben. Aber wir haben uns bewusst für ein solches gestuftes Verfahren entschieden. Deshalb wird er erst draußen ermöglicht. In einer der nächsten Stufen werden auch die Indoor-Sportarten noch einmal betrachtet.

(Abg. Gudrun Pieper [CDU]: Das heißt, vor Ende Mai/Anfang Juni ist nicht damit zu rechnen!)

- Genau.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Nicht erwähnt haben Sie, dass in der Gastronomie und

der Hotellerie nicht mehr als 50 % der Kapazitäten in Anspruch genommen werden dürfen. Wenn also der Radfahrer B kommt, das Zimmer von Radfahrer A aber noch nicht belegt werden darf, dann trägt dieses Zimmer dazu bei, dass mindestens 50 % der Hotelkapazitäten frei bleiben. Damit stellt sich die Frage, warum eine Wiederbelegungsfrist vorgesehen ist, wenn ohnehin mindestens 50 % der Kapazitäten freigehalten werden müssen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Eine Nachfrage direkt zu den Fitnessstudios. Ich nehme wahr, dass es dort seit Wochen ein ziemliches Durcheinander gibt; denn unter dem Begriff „Fitnessstudio“ wird leider eine Menge subsumiert. Erstens geht es um die üblichen „Muckibuden“. Dass die Regelungen für diese gelten, steht überhaupt nicht infrage. Zweitens gibt es Studios, die sowohl „Muckisport“ als auch Rehasport anbieten. Auch diese sind nach meinen Informationen in der letzten Zeit komplett geschlossen gewesen. Es wurde nicht zwischen dem therapeutischen Bereich - für Physiotherapeuten war das bewusst klargestellt worden -, wo man Abstands- und Hygieneregeln weitgehend umsetzen kann und der deswegen weiterbetrieben werden könnte, und dem Freizeitbereich differenziert, wo der Betrieb nicht fortgeführt werden darf.

Im Rehasport, der an Geräten und im Wasser durchgeführt wird, besteht die gleiche Situation. Aus persönlicher Betroffenheit habe ich bei der AOK nachgefragt, wie damit umgegangen wird. Den Patienten wird Rehasport zurzeit nicht ermöglicht, weil diese Bereiche - Reha und Freizeit - miteinander vermengt werden. Das müsste mal getrennt werden. Hinzu kommt, dass die Verordnungen durch den Zeitablauf - eine jetzt fast zweimonatige Unterbrechung - hinfällig werden. Die AOK teilte mit: Wir sagen unseren Versicherten, dass die Verordnung nach dem Zeitpunkt der Genehmigung zwei Monate lang gilt, und wenn die Zeit darüber hinausgeht, muss die Verordnung komplett erneuert werden. - Das ist aber nur eine solitäre Aussage der AOK. Normalerweise sind diese Verordnungen hinfällig, wenn die Behandlungen für drei Wochen nicht wahrgenommen werden.

Ich habe das auch schon einmal der Ministerin gesagt. Ich meine, an dieser Stelle müsste wirklich unterschieden werden; denn insbesondere für Menschen mit Behinderungen ist der Rehasport extrem wichtig, weil sie regelmäßig Bewegung brauchen. Andere Leute wie ich können auch zu

Hause Übungen machen; sie haben nicht dieses Problem. Diese Zusammenfassung ist also sehr unglücklich.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich nehme das mit. Ich gebe zu, wir haben im Fitnessbereich eher eindimensional das gesamte Gebäude vor Augen gehabt. Aber Sie haben recht: Es gibt unterschiedliche Angebotsbereiche. Das nehme ich also gerne mit.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich möchte auf die Jugendverbandsarbeit zu sprechen kommen; dafür ist das Sozialministerium direkt zuständig.

Welche Maßnahmen plant das Ministerium, um diese Verbände zu unterstützen? Denn die gegenwärtige Lage ist auch für sie sehr schwierig. Sie haben oft Angebote für die Zeit der Sommerferien gemacht und würden in dem Bereich gerne weiterhin aktiv sein. Sicherlich kann man da etwas machen.

Lassen Sie mich noch einen Hinweis zu dem Stufenplan geben. Die Kinobetreiber haben uns angeschrieben und darauf hingewiesen, dass sie Hygienepläne erstellt haben und dass man auf den Plätzen Abstand wahren kann. Trotzdem sind Lockerungen für die Kinos erst in der Stufe 5 vorgesehen. Sie haben darum gebeten, zu überprüfen, ob das so bleiben muss, wenn man die Hygienevorschriften einhält.

Sie haben eben richtigerweise darauf hingewiesen, dass die Kinos im Vergleich zu anderen Kultureinrichtungen in der Regel nicht mit staatlichen Mitteln unterstützt werden. Dort sind viele beschäftigt, die auf dieses Einkommen angewiesen sind, z. B. Studierende. Diesen Aspekt haben wir erst kürzlich im Ausschuss für Wissenschaft und Kultur sehr intensiv diskutiert.

MDgt'in **Schröder** (MS): Dem vorgelegten Stufenplan haben Sie sicherlich auch entnommen, dass der Bereich der Jugend- und Eingliederungshilfeeinrichtungen - alle Einrichtungen, die soziale Leistungen und Dienstleistungen erbringen -, noch nicht sonderlich stark vorkommt. Dazu erstellen wir im Sozialministerium derzeit einen Phasenplan, um den betroffenen Einrichtungsträgern ebenso wie ihren Nutzern eine Perspektive zu geben. Diesen Phasenplan werden wir in den vorhandenen Stufenplan einflechten; das ist bereits abgestimmt und abgesprochen.

Insofern gehe ich davon aus, dass es auch in diesem Bereich zum Ende des Monats zu weite-

ren Öffnungen kommt. Sie können sich vorstellen, dass die Fachabteilungen in unserem Haus sehr darauf drängen. All die angeführten Argumente sind berechtigt und richtig.

Wir haben uns entschieden, gestuft vorzugehen und dabei immer auch die Balance zu finden. Vor diesem Hintergrund werden diese Einrichtungen noch nicht am 11. Mai von Lockerungen profitieren, sondern werden erst bei den nächsten Stufen mit berücksichtigt. Alles, was wir hier tun, hängt letztlich immer davon ab, wie sich die Infektionszahlen entwickeln. Aber das brauche ich sicherlich nicht zu wiederholen.

Bei den Öffnungen, die seit gestern gelten, haben wir deutlich zwischen den Freizeit- und Kulturangeboten, die im Freien stattfinden, und denen, die in geschlossenen Räumen stattfinden, unterschieden. Im ersten Schritt haben wir nur die Kultureinrichtungen ausgewählt, durch die man sich bewegt - dort sitzt man also nicht z. B. zwei Stunden auf demselben Platz - und bei denen es uns per se einfacher erschien, die Abstandsregelungen wirklich einzuhalten.

Ich bin bei Ihnen: Natürlich kann ein Kino über einen Hygieneplan auch einen Besetzungsplan erstellen und darüber die Abstandsregelungen einhalten. Gleichwohl bleibt festzuhalten: In einem Kino befindet sich eine relativ große Gruppe von Menschen in einem relativ abgeschlossenen Raum über einen langen Zeitraum. Alles, was deutlich länger ist als eine Viertelstunde, führt dazu, dass die Viren sozusagen fröhlich in Wallung geraten und sich verbreiten und dann andere Menschen infizieren. Von daher haben wir die Lockerungen für die Kinos zeitlich noch etwas hinausgeschoben, weil wir die Sorge hatten, dass das Risiko, sich dort zu infizieren, höher ist als in einer Ausstellung oder in einem Museum.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Die Situation bei den Kinos hat aber zu einer Renaissance der Autokinos geführt. Die kann ich nur jedem empfehlen - das ist sehr angenehm, und es werden auch Erinnerungen wach!

(Heiterkeit)

Abg. **Dr. Marco Mohrmann** (CDU): Ich habe noch zwei Nachfragen. Erstens zum Bereich Gastronomie/Hotellerie: Ich kann bestätigen, was die Vorredner gesagt haben. Ich wurde in den letzten Tagen zig-fach auf die Sieben-Tage-Regelung in dem Sinne angesprochen, dass sie

eher dazu führt, dass ein Hotel komplett geschlossen bleibt. Die Hotelbetreiber meinten, damit hätten sie höhere Kosten als ganz ohne Betrieb. Wenn in diesem Bereich noch Möglichkeiten für Nachregelungen bestehen, wäre das wirklich schön.

Aus dem Bereich der Gastronomie kommt auch die generelle Frage, wann die Regelungen wo konkret nachgelesen werden können, was erlaubt und erforderlich ist. Gerade die Gastronomen scheinen sich noch sehr unsicher zu sein, was sie genau einhalten müssen.

Zweitens. Sie haben eben erwähnt, dass die Zahl der zulässigen Teilnehmer an einer Beerdigung auf mindestens 20 Personen erhöht werden kann. Dafür wäre ich extrem dankbar. Die 10-Personen-Regelung hat teilweise zu unwürdigen Situationen geführt. Das ging so weit, dass Angehörige den Sarg selbst getragen haben, damit so viele Verwandte wie möglich mitkommen konnten. Wenn es in diesem Bereich zu gewissen Lockerungen käme, wäre es wirklich gut.

Dazu wurde ich heute Morgen schon zweimal von Bestattern angesprochen. Auch von ihnen kam die Frage nach genauen Ausführungshinweisen; denn sie erhalten aus ihrer Kommune z. B. die Rückmeldung, dass sie ihre Kapelle jetzt noch nicht nutzen dürfen usw. Es scheint also noch Unsicherheiten zu geben, wer was darf und was nicht darf. Wenn dazu noch genauere Hinweise gegeben werden könnten, wäre ich dankbar.

MDgt'in **Schröder** (MS): Den Hinweis auf die 50%-Regelung anstelle der Sieben-Tage-Regelung nehme ich mit. Die Sieben-Tage-Regelung hat, wie dargelegt, zum Hintergrund, dass die Anzahl der Touristen in der jeweiligen Region - also nicht in dem einzelnen Beherbergungsbetrieb - etwas begrenzt werden soll. Aber auch den Hinweis, dass unter diesen Umständen der wirtschaftliche Betrieb eines Hotels sehr schwierig ist, nehme ich mit. Auch das haben wir natürlich mit im Blick.

Sie fragten, wann Gastronomen und Bestattungsunternehmer nachlesen können, was sie konkret machen können bzw. müssen. In der Tat haben wir kurz überlegt, ob die sehr dezidierten Hygieneauflagen überhaupt in eine Verordnung aufgenommen werden oder ob sie nur in einer Anlage dargestellt werden sollen, auf die verwiesen wird. Im Moment sind wir bei dem Vorschlag, diese Regelungen in die Verordnung aufzunehm-

men, weil das für die Nutzer einfacher ist. Wenn jemand darauf verwiesen wird, anderswo nachzulesen, dann ist das für viele Menschen, die nicht ständig mit Verwaltungsangelegenheiten zu tun haben, eher herausfordernd. Von daher werden die Gastronomen, Bestatter usw. entsprechende Vorgaben erhalten. Die Landesregierung ist ja auch mit den Verbänden im Gespräch - in diesem Fall nicht das Sozialministerium, sondern federführend das Wirtschaftsministerium. Trotzdem kommen Fragen dieser Verbände auch bei uns an bzw. werden vom Wirtschaftsministerium durchgereicht.

Der Plan war, die Verordnung heute so weit zu finalisieren und mit den anderen Ressorts und den kommunalen Spitzenverbänden abzustimmen, dass sie morgen früh von unserer Ministerin schlussgezeichnet wird und dann in den Druck geht. Das ist jetzt auf den Samstagvormittag - 9. Mai - verschoben worden. Die Verordnung wird also am Samstagvormittag gedruckt und im Amtsblatt veröffentlicht. Denn es sind noch so viele Punkte zu behandeln - manche davon haben auch Sie hier angesprochen -, über die man wirklich noch einmal nachdenken sollte und zu denen uns noch viele Informationen erreicht haben. Diese werde ich direkt im Anschluss an diese Sitzung weitergeben.

Außerdem benötigen wir für die Abstimmung auch mit den kommunalen Spitzenverbänden bei den jetzigen Öffnungen deutlich mehr Zeit. Mit „deutlich mehr“ meine ich, dass sie mehr als eine halbe Stunde Zeit bekommen. Natürlich können sie sich die Regelungen nicht tagelang anschauen. Aber sie müssen den Entwurf zumindest von der ersten bis zur letzten Seite gelesen haben, bevor sie Stellung nehmen können. Deswegen dauert es noch einen Tag länger. Aber das gibt uns jetzt die Möglichkeit, dass ich diese Anregungen weitergeben kann.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir sehen, nach wie vor steht alles unter hohem Zeitdruck. Die Verordnung gilt ab Montag, den 11. Mai. Erst dann wird sie in den Kommunen vorliegen, die dann als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Diese Situation können wir jetzt nicht ändern. Von daher muss man den Gastronomen, Bestattern und allen weiteren, die die Lockerungen in der ersten Stufe betreffen, sagen, dass die Regelungen erst ab Montag im Detail feststehen.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Auch ich habe eine Frage zur Konkretisierung, in meinem Fall be-

züglich der Öffnung von Volkshochschulen und anderen Bildungseinrichtungen ab dem 11. Mai. Bei mir im Landkreis Cloppenburg ist die Kontaktstelle für Selbsthilfe bei der VHS angedockt. Sie kann dann ab diesem Datum öffnen. Die Kontaktstelle fragt, was mit den verschiedenen Selbsthilfegruppen ist, die ihre Arbeit - zum Teil in der VHS, zum Teil anderswo - gerne wieder aufnehmen würden. Wird eine Selbsthilfegruppe, die es ja in vielfältigen Formen gibt, als Bildungseinrichtung für die Erwachsenenbildung eingestuft? Oder handelt es sich bei ihr um einen Verein oder eine Interessengemeinschaft? Wie ist das zu bewerten? An dieser Stelle besteht noch Unsicherheit. Darf also nur die Kontaktstelle öffnen - also vermitteln, verbinden, informieren, dass es Selbsthilfegruppen in den jeweiligen Bereichen gibt -, oder darf die Selbsthilfegruppe an der VHS ihre Arbeit selbst wieder aufnehmen?

MDgt'in **Schröder** (MS): In der Tat ist zwischen Bildungs- und Beratungsangeboten und -einrichtungen zu unterscheiden. Selbsthilfegruppen gehören zu den Beratungsangeboten und -einrichtungen. Auch bei ihnen ist der Bedarf, wieder zu öffnen, wirklich sehr hoch. Das erreicht uns auf vielen Kanälen und ist sehr berechtigt. Auch das haben wir vorgesehen, aber nicht für den 11. Mai, sondern im nächsten Schritt. Dann sollen auch die Beratungsstellen wieder geöffnet werden. Natürlich gilt das Abstandsgebot auch dort; das brauche ich nicht dazuzusagen. An dieses Gebot werden wir uns für die nächsten Monate gewöhnen müssen. Ich bin davon überzeugt, dass die Beratungsstellen schon Konzepte erarbeitet haben, wie sie die Vorgaben umsetzen können.

Hierzu ist mir noch ein Hinweis wichtig: Das Robert Koch-Institut bietet auf seiner Internetseite eine Fülle von Piktogrammen an, die man kostenfrei herunterladen und gerade auch für solche Einrichtungen nutzen kann; denn sie haben im Zweifel nicht die finanziellen Ressourcen, um das alles selbst zu entwickeln oder teuer einzukaufen. Das kann man also direkt vom Robert Koch-Institut beziehen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Mit Blick auf die Uhr folgt jetzt die letzte Wortmeldung.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte an das anknüpfen, was Herr Jasper und die Ministerin Dr. Reimann schon in der vergangenen Woche gesagt haben. Es geht um das Thema der Jugendverbands- und Jugendbildungsarbeit. Die Ministerin sagte, man verhandele derzeit mit den

Jugendverbänden, wie sie unterstützt werden könnten, was Stornokosten angeht. Das betrifft ja auch Jugendbildungsstätten. Diese Zahlungsausfälle dürften für sie exorbitant sein, weil sie ja nicht nur von den Wochenendseminaren, sondern sehr viel mehr von Wochenaufhalten von Schulklassen abhängen. Das betrifft auch die kirchlichen Einrichtungen beider großer Konfessionen. Mich interessiert dazu der aktuelle Sachstand. Wann ist möglicherweise mit einer Regelung dazu zu rechnen? Wie beabsichtigt das Ministerium, damit umzugehen?

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich kann das nur dahin gehend beantworten, dass wir die Gespräche darüber in unserem Haus am Samstag finalisieren werden. Ich habe vorhin die Mitteilung erhalten, dass das Gespräch am Samstagnachmittag in unserem Haus stattfinden wird. Dann werden wir quasi abteilungsübergreifend konkret abstimmen, wie das erfolgen kann. Denn die Antwort auf die Frage, welche Hilfen möglich sind, hängt auch davon ab, wann die einzelnen Einrichtungen ihre Arbeit wieder aufnehmen können. Wir haben im ersten Schritt überall dort, wo wir feste Finanzzusagen ausgesprochen haben, diese Mittel bereits ausgezahlt - losgelöst von der Frage, dass die Leistung zum Teil so nicht erbracht werden konnte -, um die Vorleistungen, die bereits erbracht worden waren, nicht im luftleeren Raum hängen zu lassen. Das war der erste Schritt. Aber das ist natürlich noch keine Problemlösung. Von daher werden wir das am Wochenende hausintern so weit finalisieren, dass wir in der nächsten Woche entsprechend informieren können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Eine Anmerkung zu der Verordnung: Sie wird am Samstagvormittag gedruckt. Frau Hasse, wir bitten darum, dass dafür Sorge getragen wird, dass alle Ausschussmitglieder die Verordnung gleichsam druckfrisch zugemailt bekommen. - Vielen Dank. Denn wir möchten so schnell wie möglich aussagefähig sein.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich habe dazu noch eine Bitte. Dann werden wahrscheinlich auch die Bestimmungen für die Gaststätten und Restaurants vorliegen, entweder in der Verordnung oder in der Anlage. Ich bitte, uns auch die Anlage zu übersenden. Denn ich kann mir gut vorstellen, dass die Dehoga vielleicht wieder ihr eigenes Ding macht.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Genau, also die Verordnung plus Anlage. Wenn alle Regelun-

gen in die Verordnung aufgenommen werden, dann natürlich nur die Verordnung.

Dann kommen wir noch zu dem Punkt:

Sonstiges

Gibt es dazu noch Fragen? - Das ist nicht der Fall. Dann danke ich Frau Schröder für ihre Ausführungen. Vielen Dank für die heutige Aussprache und Beratung.
