



N i e d e r s c h r i f t
über die 82. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 20. Mai 2020
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus**
Unterrichtung..... 5
Aussprache 14
2. **Vorstellung und einführendes Gespräch mit der neuen Patientenschutzbeauftragten des Landes, Frau Dr. Nicole Sambruno Spannhoff** 29
3. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung niedersächsischer Rechtsvorschriften aus Anlass der COVID-19-Pandemie**
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/6482](#)
Einbringung des Gesetzentwurfs, Verfahrensfragen..... 33
4. a) **Niedersachsen in der Krise - Wie schafft das Land die Rückkehr zu gesellschaftlicher, ökonomischer, kultureller und bildungspolitischer Normalität?**
Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/6294](#)
b) **Corona-Krise in Niedersachsen durch Stufenstrategie begegnen: Bürger, Unternehmen und öffentliche Einrichtungen in die Selbstbestimmung entlassen!**
Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6299](#)
Beratung..... 35

5. **Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern - Akutmaßnahmen während der COVID-19-Krise sofort umsetzen, allgemeinverbindlichen Branchentarifvertrag und grundlegende Reform der Pflegeversicherung jetzt vorantreiben!**

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/6344](#)

Beratung..... 37

6. **Arzneimittelversorgung in Niedersachsen sicherstellen!**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6111](#) neu

Beratung..... 39

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Annette Schütze (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. 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)
15. Abg. Stephan Bothe (AfD)

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Scholz (MS).

Weitere Sitzungsteilnehmerinnen und Sitzungsteilnehmer:

siehe Anwesenheitsliste (**Anlage**).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialrat Dr. Miller.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.16 Uhr bis 12.41 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschriften über die 79., 80. und 81. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus

Unterrichtung

StS **Scholz** (MS): Zunächst zu den Zahlen: Gestern wurden 74 neue Infektionen festgestellt, davon allerdings 50 im Landkreis Osnabrück im Zusammenhang mit dem Schlachthof in Dissen. Darauf komme ich gleich noch zurück. Im restlichen Land gab es also 24 neue Infektionen. Das heißt, die Situation entspannt sich weiter.

Am Wochenende haben Sie vielleicht in der Presse oder im Fernsehen verfolgt, dass einige gesagt haben, dass der Rückgang der Zahlen vielleicht darauf zurückzuführen sei, dass nicht ausreichend getestet werde. Das passt aber mit den Entwicklungen im Krankenhaus nicht zusammen; denn auch dort verzeichnen wir einen deutlichen Rückgang sowohl bei der Hospitalisierung insgesamt als auch bei den beatmeten Patienten. Die Zahl der beatmeten Patienten ist inzwischen unter 60 gefallen. Die genauen Zahlen haben Sie sicherlich schon im Internet heruntergeladen. Das heißt, es gibt eine Übereinstimmung zwischen der Entwicklung der Testergebnisse und der Entwicklung bei den Krankenhäusern. Denn wenn es stimmen würde, dass weniger getestet wird, dann müssten die Entwicklungen ja auseinanderfallen. Das ist aber nicht der Fall. Also geht das Infektionsgeschehen deutlich zurück.

Herr Drosten hat gestern in seinem Podcast im NDR berichtet, dass es Hinweise darauf gebe, dass das Virus doch temperatursensitiv sei in dem Sinne, dass es kälteliebend sei. Am Anfang bestand ja immer die Hoffnung, dass sich die Situation zum Sommer hin verbessert, weil Coronaviren häufig temperatursensitiv sind. Es war dann aber vermutet worden, dass es bei diesem Virus nicht so sein könnte. Möglicherweise ist es doch so. Das würde die Situation jetzt etwas entspannen, aber könnte dann, wenn es nicht mehr so warm ist und die Zeit der Erkältungskrankheiten, der Atemwegssyndrome kommt, dazu führen, dass das Virus dann wieder auflebt.

Das wäre vielleicht auch ein Erklärungsansatz für das Geschehen in Schlachthöfen. Denn so richtig warm ist es ja in den Zerlegehallen nicht - um das einmal vorsichtig auszudrücken; im Gegenteil, es

ist dort kalt und feucht. Das könnte eine Erklärung für die Situation dort sein.

So weit zu den allgemeinen Zahlen.

Es gibt zwei besondere Situationen, nämlich in Cuxhaven und in Dissen. Auch wenn Cuxhaven jetzt nicht mehr Gegenstand von Presseberichten ist, weil jetzt über Dissen berichtet wird, so sind noch mit Stand von vorgestern, 23 Uhr, 1 525 Personen auf dem Schiff. Die positiv getesteten Personen, die in die AMEOS-Klinik verlegt worden waren, sind weiter symptomarm. Die ersten Patienten können zurückkehren, weil sie symptomfrei und inzwischen mehrfach als unbelastet getestet worden sind.

Alle diejenigen, die in den nächsten Tagen vom Schiff gehen sollen, sind negativ getestet worden. Es gibt allerdings ein Problem: Zwar können Besatzungsmitglieder nach Indonesien und nach Honduras verlegt werden, aber sowohl China als auch Indien und Mauritius haben Schwierigkeiten, Leute zu übernehmen. China und Indien lassen im Moment niemanden einreisen, der mit Corona in Kontakt war. Die Philippinen sind zwar im Prinzip bereit, ihre 788 Staatsbürgerinnen und Staatsbürger auf dem Schiff zu übernehmen, aber nur dann, wenn sie sich auf den Philippinen in Quarantäne begeben. Die Hotels auf den Philippinen, die als Quarantänehotels definiert worden sind, sind aber alle belegt. Insofern gibt es im Moment die Schwierigkeit, dass wir diese knapp 800 Menschen nicht vom Schiff herunterbekommen. Wenn man aber bedenkt, dass es ursprünglich 2 900 Menschen waren, ist die Situation jetzt deutlich entspannt. Auch die Aufenthaltssituation auf dem Schiff ist inzwischen deutlich entspannter im Vergleich zu der Situation, die am Anfang bestanden hat.

Am Sonntagmorgen hat uns dann die Situation im Schlachthof in Dissen ereilt. Nachdem in der letzten Woche die Probleme in Coesfeld und Bad Bramstedt bekannt geworden waren, hatten wir angefangen, zunächst die Schlachthöfe zu testen, die in organisatorischer und möglicherweise personeller Verbindung zu diesen Vorkommnissen in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein standen. Davon sind zwei - allerdings kleinere - Betriebe unauffällig gewesen. Wir haben dann am Sonntag die Ergebnisse aus dem Betrieb WEST-CROWN in Dissen bekommen, wo etwa ein Drittel der Belegschaft positiv und zwei Drittel negativ getestet worden sind.

Von diesen 92 Menschen wohnen 62 im Landkreis Osnabrück, der Rest zum großen Teil im Landkreis Gütersloh. Sie wohnen dort zum Teil zusammen mit Leuten, die in Coesfeld gearbeitet haben. Die Kette ist jetzt noch nicht infektiologisch schlüssig bewiesen. Aber mir würde es, ehrlich gesagt, im Moment reichen, wenn man diese Zusammenhänge kennt. Der Rest wird über die Nachverfolgung noch herauskommen.

Noch am Sonntag sind mit Teams, die sich aus dem Gesundheitsamt und der Polizei zusammensetzten, die Wohnstätten aufgesucht worden, soweit sie sich im Landkreis Osnabrück befinden - das waren 20 -, und sind die Quarantäneverfügungen erlassen worden. Der Betrieb ist stillgelegt worden. Er fährt seit vorgestern im Notbetrieb für drei Tage weiter, um das dort liegende Fleisch zu verarbeiten. Danach wird der Betrieb 14 Tage lang geschlossen. Er hat sich ein bisschen gewehrt, aber nicht so heftig. - Es kommt ja immer das Argument, die Fleischindustrie gehöre zur kritischen Infrastruktur. Das stimmt. Natürlich ist die Fleischindustrie für die Versorgung der Bevölkerung wichtig. Ob das für jeden einzelnen Betrieb in jeder Situation gilt, ist eine andere Frage. Von daher haben wir die Verarbeitung des Fleisches, das schon vorhanden war und das nicht mehr aufhaltbar war, zugelassen, nämlich 1 600 t. Gut 500 t konnten noch in andere Höfe umgeleitet werden. Das Besondere dieses Schlachthofs ist - ich lerne im Moment laufend dazu, dass Schweinezerlegebetrieb nicht gleich Schweinezerlegebetrieb ist -, dass das ein Zerlegebetrieb ist, der auf die Zerlegung von Sauen spezialisiert ist, also von Tieren aus der Zucht, die am Ende ihres Zuchtlebens stehen und doppelt bis dreimal so schwer sind wie Mastschweine. Von daher muss es ein Betrieb sein, der in der Lage ist, diese schweren Tiere zu verarbeiten. Davon gibt es in Deutschland keine zehn Betriebe. Wie gesagt, ich lerne im Moment ganz viel über alles Mögliche, z. B. auch über Zerlegebetriebe in der Fleischindustrie.

Ein großes Sorgenkind war noch ein Betrieb im Landkreis Cloppenburg, der sowohl organisatorisch als auch ökonomisch mit den Betrieben in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein verflochten ist. Er hat ungefähr 1 300 Beschäftigte, von denen aber mit Stand von gestern 1 100 Beschäftigte negativ getestet worden sind. Bei 180 Beschäftigten stand gestern das Ergebnis noch aus. Wir kennen das Ergebnis immer noch nicht. An dieser Stelle hatten wir eine große Sorge; denn wenn im Landkreis

Cloppenburg auf einmal 300 bis 500 Fälle auftreten würden, wäre das schwierig.

Ich bin ein bisschen froh darüber - das ist jetzt wirklich nicht zynisch gemeint -, dass dieser erste große Fall im Landkreis Osnabrück passiert ist, weil Osnabrück ein großer Landkreis ist und über ein großes Gesundheitsamt verfügt, das für 500 000 Menschen ausgelegt ist; denn Stadt und Landkreis Osnabrück haben ein gemeinsames Gesundheitsamt. Dieses Gesundheitsamt ist insgesamt gut aufgestellt. Wenn man sich vorstellt, dass das im Landkreis Lüchow-Dannenberg mit einem Gesundheitsamt für 40 000 Menschen passiert wäre, dann kann es noch so gut aufgestellt sein - es wäre in einer solchen Situation natürlich ganz anders in die Knie gegangen als das große und in der Tat gut geführte Gesundheitsamt in Osnabrück. Ich glaube, Glück hat auf die Dauer nur der Tüchtige - das weiß ich nicht so genau -, aber an dieser Stelle haben wir einfach Glück gehabt. Das muss man einmal so sagen.

Bevor ich zu den Fragen der Fraktion der Grünen komme, möchte ich noch ein paar Worte zu der Verordnung sagen.

Wir haben gestern eine Verordnung veröffentlicht, die nur die Vorschriften zum Zutritt zu Pflegeheimen und Krankenhäusern ändert. Im Kern hat sich hier das Regime geändert. Bisher hatten wir ja den Regelungsansatz: „Es ist verboten, es sei denn ...“ Jetzt regelt die Verordnung: Es ist erlaubt. - Auch die Heime sollten, ebenso wie die Krankenhäuser, Hygienekonzepte haben; offensichtlich haben aber nicht alle Heime Hygienekonzepte. Gestern ist geregelt worden, dass die Heime jetzt Hygienekonzepte vorlegen müssen, damit diejenigen Heime, die noch nicht über Hygienekonzepte verfügen - nach unserer Schätzung ist das vielleicht bei einem Drittel der Heime der Fall -, Zeit haben, das bis Pfingsten nachzuholen, damit wenigstens über Pfingsten ein Familienbesuch in den Heimen möglich wird.

Seit vorgestern ist in der Verbandsanhörung bei den kommunalen Spitzenverbänden die Änderungsverordnung zum 25. Mai 2020. Sie wird im Wesentlichen dem Stufenplan folgen, der Ihnen ja bekannt ist. Es gibt einige Änderungen. Der Wirtschaftsminister hat ja gestern bereits mitgeteilt, dass statt der 50-prozentigen Auslastung der Hotels eine 60-prozentige Auslastung zugelassen werden soll.

An einigen Stellen gibt es noch Klärungsbedarf, z. B. bei der Frage der Zulassung von Busreisen und bei der Frage, wie man mit Indoorangeboten in Outdoorparks umgeht, also mit Freizeitparks, die auch Indoorangebote bereithalten. Die hätten das natürlich gerne komplett freigeschaltet. Dann würden wir aber aus meiner Sicht in einen Wertungswiderspruch zur Schließung anderer Indoorangebote kommen. Das werden wir noch beraten. Die Schlussredaktion soll heute ab 17 Uhr erfolgen. Dann sehen wir weiter.

Zum Prozessgeschehen: Es gibt inzwischen etwas mehr als 100 Normenkontrollklagen bzw. Normenkontrollanträge gegen die Verordnung. Alle Verfahren, die bisher entschieden worden sind, haben wir mit Ausnahme von zwei Verfahren gewonnen. - Das relativiert vielleicht manchmal auch die Berichterstattung.

Sie wissen vielleicht auch, dass das Verwaltungsgericht Osnabrück die Schließung von Fitnessstudios für unzulässig gehalten hat. Wir sind dazu in die Beschwerde gegangen. Die Beschwerdeentscheidung ist noch nicht ergangen.

In einer anderen Entscheidung zu Fitnessstudios hat das Oberverwaltungsgericht aber am letzten Donnerstag entschieden, die Gefährdungslage sei bei Fitnessstudios sei besonders, man könne das Betreiben eines Fitnessstudios nicht mit Gaststätten vergleichen, was das Verwaltungsgericht getan hat. Das OVG schreibt dahinter: „andere Ansicht Verwaltungsgericht Osnabrück“. Ich will sagen: Das OVG hat die Entscheidung gekannt und teilt sie offenkundig nicht. Von daher rechnen wir damit, dass wir auch diese Entscheidung in Osnabrück revidieren können, wenn diese Entscheidung noch vor dem Erlass der neuen Verordnung ergeht, weil darin in der Tat möglicherweise Indoorsport - und damit auch Fitnessstudios - wieder erlaubt werden soll.

Ich darf bei dieser Gelegenheit noch persönlich hinzufügen, dass ich mich für die vielen Nachfragen bedanke, ob es mir gut geht. Es geht mir gut! Ich bin aber im Homeoffice und von daher normalerweise nicht in Hannover.

Antworten zu dem Fragenkatalog der Fraktion der Grünen

Ich komme nun zu dem Fragenkatalog der Fraktion der Grünen.

Über die Kapazitäten in den Krankenhäusern gibt es wie immer eine Liste.

Über Infektionszahlen in Altenheimen und Altenpflegeeinrichtungen gibt es ebenfalls eine Liste. Die Zahlen sind einigermaßen stabil.

Zu den Besuchsmöglichkeiten in Heimen und der Frage, wie viele und welche Einrichtungen ein solches Konzept vorgelegt haben: Nach der gegenwärtigen Fassung der Verordnung sind Besuche in Heimen zulässig, wenn die Einrichtung ein mit dem Gesundheitsamt abgestimmtes Hygienekonzept hat. Uns liegen keine belastbaren Zahlen dafür vor, wie viele und welche Einrichtungen ein solches Hygienekonzept vorgelegt haben. Wir haben auch nicht vor, uns dafür Berichte der Gesundheitsämter geben zu lassen, weil das einfach eine Belastung darstellen würde, aus der auf unserer Ebene wenig Erkenntnisgewinn käme, zumal wir die Verordnung jetzt geändert haben.

Überschlägig haben etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Heime ein solches Konzept. Das ist ein bisschen schwierig angelaufen. Am Anfang waren vor allen Dingen die Betreiber privater Heime sehr zurückhaltend. Das scheint sich aber geändert zu haben. In einigen wenigen Landkreisen und kreisfreien Städten liegt die Quote deutlich höher: bis zu 90 %.

Rückmeldungen zu Besuchen in Bezug auf die Einhaltung der vorgegebenen Hygieneregeln und Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung liegen uns nicht vor. Ich habe heute noch einmal bei unserem internen Lagestab nachgefragt, der sich mit der Beantwortung von Rückfragen beschäftigt. Anfragen, ob Hygienevorschriften nicht eingehalten werden, sind bei denen kein Thema. Das scheint einigermaßen zu laufen.

Mit der aktuellen Verordnung, die heute in Kraft tritt, werden die Betreiber nunmehr verpflichtet, ein Hygienekonzept vorzulegen.

Zu der geglätteten Reproduktionszahl, auf die sich die Nr. 4 in dem Fragenkatalog der Fraktion der Grünen bezieht: Laut Medienberichten wird das Robert Koch-Institut zukünftig auch eine sogenannte geglättete Reproduktionszahl angeben. - Dazu lese ich jetzt das vor, was mir Herr Dr. Feil aufgeschrieben hat:

Die über sieben Tage geglättete Reproduktionszahl stellt keine wesentliche Veränderung gegenüber der bisher vom RKI

berichteten Reproduktionszahl dar. Die bisher vom RKI ausgewiesene Reproduktionszahl basiert auf dem Vergleich von Erkrankungsfällen in zwei aufeinanderfolgenden viertägigen Zeitfenstern. Die Fallzahlen in den beiden Zeitfenstern werden zueinander ins Verhältnis gesetzt. Hierbei kann es zu Schwankungen kommen je nachdem, ob Wochenenden oder Feiertage in das eine oder das andere der beiden Zeitfenster fallen.

- Das ist der Meldeverzug. -

Die neuerdings zusätzlich ausgewiesene „7-Tage-R“ beinhaltet zusätzliche einen Glättungsschritt. Das heißt, es wird noch zusätzlich eine Mittelwertbildung über einen 7-Tage-Zeitraum in die Berechnung integriert. Dadurch wird der Effekt zufälliger oder systematischer Schwankungen aufgrund von Wochenenden oder Feiertagen reduziert. Das Ergebnis ist weniger schwankungsanfällig. In ihrer inhaltlichen Interpretation unterscheiden sich die beiden Schätzungen der Reproduktionszahlen hingegen nicht.

In dem Bericht, den wir verschicken, ist auch eine Grafik enthalten.

Ich sage dazu: Natürlich ist das eine geglättete Zahl, aber eine geglättete Zahl ist immer ein Stück ungenauer als die ganz aktuelle Zahl. Das machen wir aber auch bei uns. Wir weisen inzwischen seit einigen Wochen wegen des Wochenend-Meldeverzugs auch immer die Sieben-Tage-Durchschnitte aus.

Zu der Frage Nr. 5 betreffend Gesundheitsämter/ Personal: „Nach einer Umfrage von NDR und WDR verfügen viele Gesundheitsämter noch nicht über ausreichend Personal, um die Kontaktpersonen von Corona-Infizierten zu ermitteln und zu kontaktieren. Welche niedersächsischen Gesundheitsämter haben bisher wie viel zusätzliches Personal für das Corona-Tracing angefordert? Steht für Niedersachsen ausreichend geschultes Personal zur Verfügung? Wie wird das Personal rekrutiert und geschult, und welcher zeitliche Vorlauf ist nach der Anforderung durch die Gesundheitsämter notwendig? Wer koordiniert die Maßnahmen für das Corona-Tracing?“

Diese Fragen möchte ich in zweierlei Hinsicht beantworten - erst grundsätzlich und dann zu

dem einen Gesundheitsamt, das einen entsprechenden Antrag gestellt hat.

Der Bund stellt sogenannte aufsuchende Teams zur Verfügung und finanziert diese. Sie werden durch das Landesgesundheitsamt koordiniert. Für Niedersachsen sind 50 Personen vorgesehen. Zum Stand 14. Mai 2020 - das ist jetzt schon eine Woche alt, aber ich erhalte die neue Meldungen erst wieder am Donnerstag - waren in Niedersachsen 34 Scouts in 25 Kommunen eingesetzt. Das MS hat darüber hinaus mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung schon am 7. April 2020 eine Vereinbarung zur Unterstützung der pflegerischen und medizinischen Versorgung geschlossen. Der MDK stellt freies ärztliches und pflegerisches Personal zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie an Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, in der ambulanten Versorgung und Gesundheitsämtern ohne Aufwandsentschädigung zur Verfügung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten ausschließlich freiwillig im Rahmen der Vereinbarung.

Zur sachgerechten Steuerung der Bedarfe und des Personals haben wir eine Koordinierungsstelle eingerichtet, die am MS angesiedelt ist und am 20. April 2020 die Arbeit aufgenommen hat.

Dringende Bedarfe im Sinne der Vereinbarung werden an das MS gemeldet. Dies erfolgt im Bereich der Pflegeeinrichtungen über die Heimaufsichten, für die Krankenhäuser über die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft und für die ambulante Versorgung über die KVN. Die öffentlichen Gesundheitsämter melden ihre Bedarfe direkt an das MS.

Das Personal ist bereits qualifiziert. Der Einsatz erfolgt flexibel und kurzfristig.

Der schriftlichen Antwort ist auch eine Tabelle beigefügt. Ich erspare es mir, sie jetzt vorzulesen.

Darüber hinaus hat auch die Bundeswehr Amtshilfe angeboten. Dazu liegen jedoch noch keine Gesamtzahlen vor, da diese direkt durch die Kommunen beantragt wird.

Unterstützung im Gesundheitsamt hat bisher das Gesundheitsamt der Stadt Salzgitter angemeldet. Es hat u. a. drei Ärzte angefordert. Angesichts einer 7-Tage-Inzidenz von 2,9 in der Stadt Salzgitter habe ich nicht vor, darauf einzugehen. Ich finde, dass die Stadt Salzgitter das selber erledigen können muss.

Der WDR hat bei den Gesundheitsämtern eine Abfrage vorgenommen, ob sie ausreichend Personal haben. Die Gesundheitsämter haben geantwortet, dass sie kein ausreichendes Personal hätten. - Ohne in irgendeiner Weise die Aussagekraft der leitenden Amtsärzte tangieren zu wollen, frage ich einmal aus 30-jähriger Verwaltungserfahrung: Welche Organisationseinheit auch immer, die ich frage, ob sie genug Personal hat, meldet mir, dass es reicht? - Darüber würde ich schon ganz gerne eine grundsätzliche Diskussion führen.

Man wird sagen müssen - das ist gar keine Frage; das wird in der nächsten Frage der Fraktion der Grünen auch noch einmal thematisiert -: Natürlich ist die Situation im Moment überwiegend nicht mit dem Personal beherrschbar, das in den Gesundheitsämtern zur Verfügung steht. In den Kreisen, die mehrere Wochen keinen neuen Fälle hatten, ist das natürlich anders. Tendenziell ist das aber so. Insofern wird umgeschichtet werden müssen.

Ich weiß, dass die Region Hannover fast 400 Beschäftigte zusätzlich in ihrem Gesundheitsamt einsetzt und der Landkreis Osnabrück 250. Ähnliche Situationen wird es auch in anderen Landkreisen geben.

Die gleiche Situation - das muss man ehrlicherweise sagen - haben wir aber auch auf der Landesebene, auch in unserem Hause. Ich habe das schon vor vier Wochen dargestellt, als ich zuletzt hier im Ausschuss war. Wir haben das MS im Wesentlichen auf die Corona-Bekämpfung konzentriert. Wir haben inzwischen fast die Hälfte der Mitarbeiter des Hauses standardmäßig nur dafür eingesetzt. - Für Herrn Dr. Feil ist die Arbeit zwar im Moment auch sehr viel, aber sie ist natürlich nichts anderes als die Arbeit, die er typischerweise macht - ein bisschen schon, aber es ist sein originärer Zuständigkeitsbereich. Ich habe aber heute Morgen z. B. mit den Mitarbeitern im MS telefoniert, die 400 bis 500 Anfragen pro Tag abarbeiten. Sie sind aus allen Referaten zusammengezogen worden. Es werden jetzt insgesamt mehr als 70 Leute anders eingesetzt, als sie normalerweise eingesetzt werden. Das ist so in einer solchen Situation. Wenn Hochwasser am Deich steht, werden Sandsäcke auch von denen geschippt, die normalerweise für Kunsturse zuständig sind. Das ist nicht besonders überraschend.

Wir werden in der Folge natürlich darüber diskutieren müssen, ob der ÖGD bei uns im Land

insgesamt in den letzten Jahren vielleicht ein bisschen zu sehr ausgedünnt worden ist, was sowohl das zuständige Referat 401 als auch das NLGA angeht, aber natürlich auch bei den kreisfreien Städten und Landkreisen. Darüber wird man diskutieren müssen, um zu überlegen, wie wir das künftig wieder in den Griff bekommen werden.

Aber dass man in einer solchen Situation, wie wir sie gegenwärtig haben, dafür nicht das Standardpersonal vorhält, ist, glaube ich, vergleichsweise unproblematisch. An dieser Stelle muss man ganz deutlich sagen: Die Kommunen sind natürlich flexibel genug, das zu tun. Das ist wieder eine der Situationen, in denen sich der föderale und kommunale Staatsaufbau bewährt, weil in der Tat vor Ort in den Einheiten schnell und flexibel gehandelt werden kann und nicht erst wie in Frankreich gewartet werden muss, bis aus Paris die Weisung kommt, wer was machen soll.

Wir haben eine Arbeitsgruppe unter Federführung des MS unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände eingesetzt, die sich in der 22. KW das erste Mal zusammenschalten wird - die Beteiligten treffen sich ja nicht, sondern halten Skype-Konferenzen bzw. ähnliche Konferenzen ab -, um erste Überlegungen anzustellen.

Zu der Frage Nr. 7 betreffend die Pflege: „Es gibt eine Clearing-Stelle für den Bereich Pflege bei der KVN. Vor welchem Hintergrund wurde diese Clearing-Stelle eingerichtet, was sind ihre Aufgaben?“ - Eine Clearingstelle der KVN für den Bereich Pflege ist der Landesregierung nicht bekannt. Wir vermuten, dass die von der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft seitens der Krankenhäuser und vom Verband der Privatkliniken Niedersachsens seitens der Rehabilitationskliniken Anfang April eingerichtete Clearingstelle gemeint ist. Diese wurde primär gebildet, um die neue Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken zu begleiten, die sich daraus ergibt, dass nach dem am 28. März 2020 in Kraft getretenen § 22 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze von der Landesregierung bestimmte Rehabilitationskliniken ermächtigt sind, Krankenhausbehandlungen vorzunehmen. Daneben befasst sich diese Clearingstelle auch mit der ebenfalls neuen Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Diese Schnittstelle ergibt sich aus der Berechtigung aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen seit dem 28. März

2020, Kurzzeitpflege nach dem SGB XI anzubieten und gegenüber den Kostenträgern abzurechnen.

Wenn es bei der KVN doch eine Clearingstelle geben sollte, würden wir um Nachsicht bitten. Das haben wir in der Kürze der Zeit bei der KVN nicht nachgehalten. Das würden wir dann noch nachliefern.

Zu der Frage Nr. 8 betreffend Rehakliniken: „Durch den Aufnahmestopp in den Pflegeeinrichtungen wurden Kapazitäten im Rehabereich für Kurzzeitpflege genutzt. Wie sind die Erfahrungen mit der Kurzzeitpflege in den Rehakliniken? Wie erfolgt jetzt eine mögliche Rückverlegung der zu Pflegenden in die Einrichtungen der Altenpflege? Wie erfolgt die Wiederinbetriebnahme der Rehakliniken, gibt es einen Stufenplan, gibt es spezielle Regelungen für die Aufnahmen neben den Hygienekonzepten?“ - Die Kurzzeitpflege in einer Rehabilitationseinrichtung kann im Einzelfall einen wertvollen Betrag zur Entlastung der Krankenhäuser leisten. Unter den gegebenen Umständen war das Modell aber nur bedingt geeignet, um die seit Anfang April wesentlich erschwerte Aufnahme in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe in Niedersachsen kurzfristig und flächendeckend zu kompensieren. Die Rehabilitationseinrichtungen sind personell, baulich und konzeptionell darauf ausgerichtet, Rekonvaleszenten zu aktivieren und nicht Pflegebedürftige zu betreuen. Wir haben möglicherweise einem Irrtum unterlegen, wie das funktioniert. Im Vorfeld war das so abgestimmt. Hinterher hat man aber festgestellt, dass das so nicht funktioniert. Die Versorgung Schwerstpflegebedürftiger - nur die fehlenden Verlegungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis belasten die Krankenhäuser - in der erforderlichen Anzahl können sie ohne eine Vorlaufzeit und vorbereitende Maßnahmen nur bedingt gewährleisten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Leistungsmechanismen des SGB XI - also die Frage, wie das abgerechnet wird - weit von den Gepflogenheiten des Rehabilitationsbetriebs abweichen und nicht bereits im März auf Bundesebene angeglichen wurden. Die in § 149 SGB XI festgelegten Vergütungsregelungen haben sich für die Rehakliniken als wenig praxistauglich erwiesen.

Erst mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, dem der Bundesrat am 15. Mai zugestimmt hat, hat der Bundesgesetzgeber die gesetzlichen Regelungen angepasst und die

Rahmenbedingungen verbessert. Da allerdings nunmehr wieder elektive Operationen in den Krankenhäusern und im Anschluss stationäre Rehabilitationsbehandlungen durchgeführt und die Rehabilitationskliniken somit wieder ausgelastet werden, wird die Regelung aktuell wenig praktische Relevanz entfalten. Das kann sich ändern, falls die Infektionszahlen wieder so ansteigen, dass wir elektive Behandlungen wieder einschränken würden.

Letztlich konnten die Rehabilitationseinrichtungen nur einen Teil ihrer Leistungsfähigkeit für Krankenhausbehandlungen nach § 22 KHG und Pflege nach § 149 SGB XI einsetzen. Immerhin mussten die Anschlussheilbehandlungen - wenn auch in reduziertem Umfang - weiterhin angeboten und vorgenommen werden. Denn notwendige Operationen sind ja weiter vorgenommen worden. Anschließend gab es natürlich auch weitere Rehamassnahmen. Wer einen Infarkt hatte, hat ja auch weiterhin an einer Rehamassnahme teilgenommen. Das ist ja nicht unterblieben.

Die in der Fragestellung weiterhin angesprochene „Rückverlegung“ in Einrichtungen der Altenpflege und Behindertenhilfe hat vor diesem Hintergrund kaum eine praktische Relevanz. Rückverlegungen aus Krankenhäusern in die Heime waren auch bisher schon möglich. Einige Heime haben gesagt, sie dürften Leute aus Krankenhäusern nicht wieder aufnehmen. Das ist natürlich Unfug. Untersagt war die Neuaufnahme. Natürlich mussten die Bewohner nach einem Krankenhausaufenthalt in ihr Heim zurückkehren können. Das ist auch vielfach kommuniziert worden. In einigen kleineren Heimen ist das, glaube ich, schwer durchzusetzen gewesen. Aber im Prinzip geht das so.

Für die Wiederinbetriebnahme der Rehakliniken gibt es keine gesonderten Vorgaben der Landesregierung. Sie wird sukzessive und zeitversetzt zu der Wiederaufnahme der Elektivbehandlungen in den Krankenhäusern erfolgen.

Zu der Frage Nr. 9 betreffend das Schulgeld in Gesundheitsfachberufen: „Waren und sind Auszubildende aktuell dazu verpflichtet, das volle Schulgeld zu bezahlen, obwohl an den Fachschulen, wie in vielen anderen Bildungseinrichtungen, seit März nur stark reduzierter/eingeschränkter Onlineunterricht stattfindet? Ab Juni ist voraussichtlich wieder Präsenzunterricht geplant, dennoch fand fast drei Monate kein Unterricht statt, und das Land erstattet für diesen Zeitraum im

Rahmen der Schulgeldfreiheit den Schulen das Schulgeld.“

Gemäß § 8 des Niedersächsischen Gesundheitsfachberufegesetzes wird dem freien Träger einer Schule, die ihren Sitz in Niedersachsen hat und die zu einem der Gesundheitsfachberufe ausbildet, für jeden Ausbildungsmonat einer Schülerin oder eines Schülers auf Antrag unter Berücksichtigung der weiteren Vorgaben eine Förderung gewährt.

Mit der Einführung der Schulgeldfreiheit sollte vor allen Dingen dem Fachkräftemangel begegnet werden. Das Gesetz stärkt die in Niedersachsen ansässigen Schulen für Gesundheitsfachberufe in freier Trägerschaft und wirkt dem Fachkräftemangel entgegen, damit mehr junge Menschen motiviert werden, eine Berufsausbildung in den geförderten Berufen zu beginnen. Die Förderung bezieht sich auf tatsächlich begründete Schulverhältnisse und soll dem tatsächlichen Finanzierungsbedarf der jeweiligen Schule entsprechen. Auch wenn während der aktuellen Pandemie der Präsenzunterricht teilweise nicht stattfand, bestanden die Ausbildungsverhältnisse weiter, so dass die Förderung weitergewährt wurde. Da entsteht also keine Lücke.

Zu der Frage Nr. 10 betreffend das Krankenhausentlastungsgesetz: „An unsere Landtagsfraktion werden zunehmend Fälle herangetragen, in denen Patientinnen und Patienten in niedersächsischen Krankenhäusern abgewiesen werden, weil die Ausgleichszahlungen durch das Krankenhausentlastungsgesetz höher ausfallen und somit profitabler sind. Vor diesem Hintergrund bitten wir die Landesregierung um eine Aufstellung, wie viele solcher Fälle der Landesregierung bisher gemeldet worden sind. Wo und in welchen Krankenhäusern sind die Vorfälle vorgekommen? In wie vielen Fällen und auf welche Weise wurde seitens des Landes im Rahmen der Aufsicht eingegriffen und wie? Welche Maßnahmen plant die Landesregierung zukünftig, um solche Fälle zu verhindern?“

Der Landesregierung sind Einzelfälle, wie sie in der Fragestellung geschildert sind, nicht bekannt. Sie wären auch nicht unmittelbar aufsichtsrechtlich relevant, da es gegenwärtig keine effektive Krankenhausaufsicht in Niedersachsen gibt. - Darüber diskutieren wir ja immer wieder, auch im Rahmen der Enquetekommission. - Das ist nicht vorgesehen. Die Aufsichtsbefugnisse des Landes sind in § 21 des Niedersächsischen Kranken-

hausgesetzes abschließend bestimmt. Ein Eingriff in den zivilrechtlichen Arzt-Patienten-Bezug steht dem Land nicht zu. Insbesondere besteht nicht die Möglichkeit, verpflichtend einer Patientin oder einem Patienten zu einer stationären Krankenhausbehandlung zu verhelfen.

Wenn ein Krankenhaus die Behandlung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten aus sachfremden Erwägungen verweigert, ist das strafrechtlich relevant. Wenn ein Krankenhaus die unverzügliche Vornahme einer nicht unverzüglich notwendigen Behandlung ablehnte, ging es dabei konform mit den Beschlüssen auf Bundesebene zur Stärkung der Krankenhäuser, die in Niedersachsen mit der Verordnung zur Bekämpfung der Corona-Virus-Krankheit COVID-19 am 18. März 2020 umgesetzt wurden. Wichtig wäre die Frage, ob zwingend notwendige Behandlungen verblieben sind. Das wäre sicherlich unterlassene Hilfeleistung; das ist gar keine Frage. Wir bitten daher die Mitglieder der Niedersächsischen Landtages, bei Bekanntwerden der geschilderten Sachverhalte diese den Staatsanwaltschaften zur Anzeige zu bringen.

Die niedersächsischen Krankenhäuser haben unter Zurückstellung betriebswirtschaftlicher Erwägungen ganz überwiegend notwendige Maßnahmen ergriffen. Das Problem ist in der Tat, dass die Pauschale von 580 Euro für jedes Haus zu einer guten Auskömmlichkeit in Häusern der Grund- und Regelversorgung und zu einer Unauskömmlichkeit bei den spezialisierten Häusern führt, vor allem bei den Häusern der Maximalversorgung; das gilt sowohl für die Universitätskliniken als auch für die kommunalen oder privaten Krankenhäuser der Maximalversorgung, diese sind nicht ausreichend versorgt. Auch dafür hat der Bundestag mit dem Bundesrat zusammen in der Bundesgesetzgebung jetzt die Verordnungsermächtigung für den Bundesgesundheitsminister geändert, sodass diese 580 Euro nach oben und unten angepasst werden können und differenziert werden können. Ganz ursprünglich war schon einmal vorgeschlagen worden, das zu differenzieren. Das ist seinerzeit aber am Widerstand einiger Länder - nicht von Niedersachsen - gescheitert, die eine einheitliche Lösung für alle Häuser haben wollten. Aber es ist ganz ohne Zweifel so, dass man auch hinsichtlich der Frage, wie lange eine Behandlung dauert und was dafür auf der Grundlage der DRGs erstattet wird, bei bestimmten Behandlungen sagen kann, dass es richtig günstig ist, die Leute nicht zu behandeln und die

Betten leer stehen zu lassen. Das ist natürlich eine absurde Situation.

Zu der Frage Nr. 11 betreffend Behinderten-Werkstätten: Wann ist mit der Betriebsaufnahme zu rechnen, welche landesweiten Vorgaben gibt es? - Für Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Tagesförderstätten und vergleichbare Angebote der Eingliederungshilfe gilt seit Mitte März ein allgemeines Betretungsverbot für die dort beschäftigten und betreuten Menschen mit Behinderungen. Ausnahmen hiervon in Form von Notbetreuungsgruppen sind möglich. Es gilt natürlich auch nicht für die Werkstattbereiche, in denen Leistungen oder Unterstützungsarbeiten im Zusammenhang mit medizinischen oder pflegerelevanten Produkten erbracht werden. Außerdem gilt das Betretungsverbot nicht für Werkstattbereiche, die eine Wäscherei betreiben.

Geplant ist, dass das Betretungsverbot in einem ersten Schritt ab dem 25. Mai gelockert wird.

Werkstätten, Tagesförderstätten und vergleichbare Angebote können durch die Leitung dieser Einrichtungen geöffnet werden, allerdings nur bis maximal zur Hälfte ihrer Gesamtkapazität inklusive bereits bestehender Notbetreuungsgruppen oder nicht geschlossener Arbeitsbereiche. Die Arbeit bzw. Betreuung soll nach Möglichkeit in kleineren Gruppen wieder aufgenommen werden, um die erforderlichen Hygiene- und Abstandsregelungen einhalten zu können. Diese Regelung ermöglicht eine flexible Handhabung je nach den örtlichen bzw. räumlichen Gegebenheiten.

Die Öffnung soll vorrangig für diejenigen Menschen mit Behinderungen erfolgen, die im familiären Umfeld leben oder allein oder in Wohngemeinschaften wohnen. Besonders für diese Personen besteht ein großer Bedarf, zu einer geordneten Tagesstruktur zurückzukehren. Wir wollen damit der Gefahr einer zunehmenden sozialen Isolation vorbeugen und vor allem die Familien entlasten, die in den vergangenen Wochen rund um die Uhr die Betreuung ihrer Angehörigen mit Behinderungen bewältigt haben.

Nur dann, wenn die Kapazitätsgrenze von 50 % noch nicht durch die Rückkehr dieses Personenkreises erreicht wird, können auch Bewohnerinnen und Bewohner von Wohnheimen in die jeweilige Werkstatt oder Tagesförderstätte zurückkehren. Dann muss allerdings dafür Sorge dafür getragen werden, dass sich die Personenkreise nicht durchmischen, weil man ja überhaupt kein

Interesse daran haben kann, dass die Infektion in die Wohnheime eingeschleppt wird.

Die Situation in den Wohnheimen ist grundsätzlich gegenüber der Situation in den Familien oder bei einzeln wohnenden Personen auch deshalb günstiger, weil das Personal aus den Werkstätten natürlich zwischenzeitlich die Betreuung in Wohnheimen übernommen hat und von daher eine ganz andere Tagesstrukturierung möglich war als sonst.

Die Rückkehr in eine Werkstatt oder eine Tagesförderstätte ist freiwillig. Das ist ein wichtiger Punkt besonders für diejenigen Menschen mit Behinderung, die aufgrund von Vorerkrankungen oder auch wegen ihres Alters zum gefährdeten Personenkreis gehören.

Selbstverständlich sind die Leitungen der Einrichtungen dafür verantwortlich, dass die notwendigen Hygiene- und Infektionsschutzvorschriften auf der Basis eines von ihnen zu erstellenden Konzepts eingehalten werden. Außerdem ist der „Arbeitsschutzstandard SARS-CoV-2“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 16. April 2020 in der jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen. - Im Folgenden sind in der schriftlichen Antwort die bekannten Hygienestandards aufgeführt. Insofern brauche ich das jetzt nicht im Detail auszuführen.

Zu der Frage Nr. 12 betreffend die Quarantänepflicht für Menschen, die aus dem Ausland einreisen: „Das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht hat am 11. Mai in einem unanfechtbaren Beschluss die generelle Quarantänepflicht für Menschen, die aus dem Ausland einreisen, außer Vollzug gesetzt. Wie geht die Landesregierung mit dem Beschluss um? Welche Konsequenzen hat der Beschluss?“ - Die Konsequenz ist, dass der § 5 der Verordnung außer Vollzug gesetzt worden ist, also nicht angewandt wird. Es gibt also im Moment weder eine Quarantänepflicht für Menschen, die aus dem Ausland einreisen, noch gelten die besonderen Quarantänevorschriften etwa im Bereich der Landwirtschaft.

Dass es gerade uns an dieser Stelle erwischt hat, ist eher ein Zufall, weil unser Gericht das schnellste war; denn die Regelungen sind ja bundesweit einheitlich verabredet worden. Von daher haben die Chefs der Staatskanzleien verabredet, einen Ersatz dafür zu finden. Dafür gibt es inzwischen einen Formulierungsvorschlag aus dem Bundesinnenministerium. Wir haben vor, ihn in

der nächsten Woche in die Verordnung zum 25. Mai 2020 mit einzubauen. Er sieht im Kern vor, dass Menschen, die aus der EU und dem erweiterten Schengen-Raum einreisen - also mit Liechtenstein, Schweiz und Großbritannien -, sich melden sollen, wenn sie Symptome haben. Die Menschen, die aus Drittstaaten einreisen, wo die Infektionslage zum Teil gar nicht beurteilt werden kann, weil es dort - je nachdem, woher sie kommen - keine brauchbaren Gesundheitssysteme gibt, werden weiterhin aufgefordert, sich in häusliche Quarantäne zu begeben und sich bei den Gesundheitsämtern zu melden.

Zu der Frage Nr. 13 betreffend Verdienstaussfallentschädigung: „Welche Ausnahmen von der Verdienstaussfallentschädigung nach § 56 IfSG bei angeordneter Corona-Quarantäne sind der Landesregierung bekannt? Wann ist nach Auffassung der Landesregierung § 616 BGB einschlägig in Bezug auf Verdienstaussfallentschädigungen? Welche weiteren Rechtsparagrafen berechtigen nach Auffassung der Landesregierung, Verdienstaussfallentschädigungen nach § 56 IfSG abzulehnen? Wie viele Anträge auf Verdienstaussfallentschädigung nach § 56 IfSG wurden bisher gestellt, und wie viele dieser Anträge wurden negativ beschieden?“

Ausnahmen von der Verdienstaussfallentschädigung kennen wir nicht.

Zu § 616 BGB muss man aber darauf hinweisen, dass es eine Verdienstaussfallentschädigung ist. Das heißt, es wird nur dann entschädigt, wenn der Verdienst entfällt. Wenn der Verdienst nicht entfällt, gibt es natürlich keinen Anlass für eine Entschädigung. Wenn der Arbeitgeber verpflichtet ist, das Gehalt wegen Krankheit - also weil tatsächlich die Krankheit ausgebrochen ist - oder nach § 616 BGB weiterzuzahlen, entsteht dem Arbeitnehmer kein Verdienstaussfall. Von daher ist auch ein Verdienstaussfall an den Arbeitgeber nicht zu erstatten. Das trifft ja nur dann zu, wenn tatsächlich ein Ausfall entstanden ist. Das ist ganz ähnlich wie bei einer Haftpflichtversicherung: Wenn Sie nicht haften, zahlt auch die Haftpflichtversicherung nicht.

Das BMAS hat folgende Aussage getroffen:

„§ 616 BGB greift ein, wenn der zur Dienstleistung Verpflichtete“

- also typischerweise der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin -

„für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert ist. Hierbei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Wie lang dieser Zeitraum genau ist, lässt sich nicht definitiv sagen, da es auf die Umstände des Einzelfalles ankommt. Im Regelfall dürften wahrscheinlich jedenfalls fünf Tage als verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit anzusehen sein. Weitergehende Ansprüche auf Fortzahlung der Vergütung können sich aber aus Tarifverträgen ergeben.“

Die Voraussetzungen, unter denen eine Entschädigung für einen Verdienstaussfall gewährt werden kann, ergeben sich direkt aus § 56 IfSG.

Zur Anzahl der Anträge liegen uns derzeit keine Zahlen vor. Die Entschädigung wird von den niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten bearbeitet und ausgezahlt. Die Landkreise und kreisfreien Städte holen sich das Geld für die Entschädigungszahlung vom Land wieder, das gemäß § 66 IfSG zur Zahlung der Entschädigung verpflichtet ist. Das Land hat bisher an einige Landkreise bzw. kreisfreie Städte Abschläge gezahlt, primär jedoch wegen der angeordneten Absonderungen. Überwiegend verzichten die Landkreise bzw. kreisfreien Städte jedoch derzeit noch auf die Beantragung von Abschlagszahlungen. Zum 30. Juni 2020 müssen die Landkreise bzw. kreisfreien Städte mit Abschlagszahlungen gegenüber dem Land berichten, was von der Abschlagszahlung bereits ausgegeben wurde. Grundsätzlich rechnet das Land erst zu einem späteren Zeitpunkt mit den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten ab.

Wir haben keine Abfrage vorgenommen, wie viele Anträge bei den Landkreisen und kreisfreien Städten inzwischen vorliegen. Da sie Geld von uns zu bekommen haben, sind wir zuversichtlich, dass sie auf uns zukommen werden - jedenfalls diejenigen, die keine Abschläge erhalten haben.

Zu der Frage Nr. 14 betreffend Veranstaltungen:

„In § 1 Abs. 5 b der Niedersächsischen Verordnung zur Bekämpfung der Corona-Pandemie in der Fassung vom 08.05.20 ist geregelt: Abweichend von Abs. 5 Satz 1 sind kommunale, politische und wissenschaftliche Veranstaltungen, insbesondere im Rahmen von Bürger- und Volksbegeh-

ren oder in Rechtsvorschriften vorgesehene Veranstaltungen zulässig, wenn die Abstandskriterien sichergestellt sind.

(a) Welche Veranstaltungen außer Kreis- und Ortsmitgliederversammlungen zur Neu- oder Nachwahl eines Vorstandes, zur Aufstellung von HVB-Kandidaten, kommunalen Wahllisten, Wahlen von Bundestagskandidaten/-innen und Landtagskandidaten/-innen sind darüber hinaus durch die Vorschrift gestattet?

(b) Welche politischen und wissenschaftlichen Veranstaltungen, die in Rechtsvorschriften vorgesehen sind, sind zulässig?

(c) Sind kommunale, politische und wissenschaftliche Veranstaltungen von Parteien, Vereinen etc., die Wahlen beinhalten und darüber hinaus auch die Debatte über politische Themen umfassen, zulässig?

(d) Sind z. B. Bürgerinitiativen, die kommunale, politische und wissenschaftliche Themen abdecken zulässig? Wenn nicht, warum nicht?“

Zu Frage a: Neben Mitgliederversammlungen sind auch Delegiertenversammlungen möglich, soweit die wahlrechtlichen Vorschriften dies vorsehen. Zur Präzisierung wird die Verordnung, die am 25. Mai 2020 in Kraft treten wird, in § 1 Abs. 5 a explizit klarstellen, dass Veranstaltungen der Wahlvorschlagsträger zur Aufstellung von Bewerberinnen und Bewerbern für Wahlen zulässig sind. Wir halten sie auch jetzt schon für zulässig. Das ist, wie gesagt, eine Klarstellung.

Zu Frage b: Dass eine Veranstaltung in Rechtsvorschriften vorgesehen ist, ist nicht zwingend erforderlich. Durch die Konjunktion „oder“ wird klargestellt, dass neben nicht in Rechtsvorschriften vorgesehenen kommunalen, politischen und wissenschaftlichen Veranstaltungen auch solche mit anderen Inhalten zulässig sind, soweit das in Rechtsvorschriften geregelt ist. Das heißt, kommunale, politische und wissenschaftliche Veranstaltungen sind immer zulässig und andere Veranstaltungen, wenn sie in Rechtsvorschriften geregelt sind. Ein Beispiel hierfür ist die Durchführung einer Einwohnerversammlung nach § 85 Abs. 5 NKomVG.

Die Fragen zu c) und d) beantworte ich beide mit Ja.

Zu der Frage Nr. 15 betreffend die Beileihung nach § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz:

„(a) Wie viele Personen in Niedersachsen wurden bisher wegen einer COVID-19-Infektion nach § 30 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes zwangsweise untergebracht oder abgesondert?

(b) Welche Einrichtungen stehen für nach § 30 Abs. 2 IfSG zwangsweise unterzubringende oder abzusondernde Personen aus Niedersachsen zur Verfügung?

(c) Soweit die unter 2. genannten Einrichtungen privatrechtlich organisiert sind, auf welcher Rechtsgrundlage erfolgt die Beileihung mit hoheitlichen Aufgaben nach § 30 Abs. 2 IfSG?“

Zu Frage a: Bislang wurden nur Einzelfälle richterlich verfügt. Eine Meldepflicht gegenüber der Landesregierung ist jedoch nicht vorgesehen. Nach unserem Kenntnisstand konnte das auf der Basis der richterlichen Verfügung vor Ort immer noch einvernehmlich geklärt werden.

Zu Frage b: Grundsätzlich sind gemäß § 30 Abs. 7 Satz 1 IfSG die Landkreise und kreisfreien Städte für die notwendigen Räume, Einrichtungen und Transportmittel sowie für das erforderliche Personal zur Durchführung von Absonderungsmaßnahmen außerhalb der eigenen Wohnung zuständig. Die Räume und Einrichtungen können gemäß § 30 Abs. 7 Satz 2 gegebenenfalls von den Ländern zu schaffen und zu unterhalten sein. Aufgrund des sehr geringen Bedarfs war bisher die Schaffung einer solchen Einrichtung durch das Land nicht erforderlich. Für Einzelfälle wäre eine solche Einrichtung auch unwirtschaftlich. Dies wurde gemeinsam mit MI und MJ mehrfach geprüft und auch mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt. Von daher hat es bisher Beileihungen von Privaten nicht gegeben.

So weit die Antworten auf die Fragen der Fraktion der Grünen. Die Tabellen bekommen Sie wie immer schriftlich zugeleitet.

Aussprache

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank für die ausführliche Unterrichtung.

Wir haben in der Vergangenheit die Antworten auf die Fragen der Fraktion der Grünen immer

auch schriftlich bekommen. Ich gehe davon aus, dass das auch diesmal der Fall sein wird.

StS **Scholz** (MS): Ja.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich habe in der Unterrichtung die folgenden größeren Themenblöcke erkannt:

- Gesamtsituation, Entwicklung der Infektionen
- Pflege, Verordnung vom 20.05.2020
- Situation in Cuxhaven/„Mein Schiff“
- Schlachthöfe
- geplante Lockerungen/neue Verordnung ab 25.05.2020
- Fragen der Fraktion der Grünen, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen
- Sonstiges

Können wir so verfahren? - Gut.

Dann kommen wir zu dem Themenblock

Gesamtsituation Entwicklung der Infektionen

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Vielen Dank für die ausführliche Unterrichtung.

Ich habe eine Frage zu dem Gesamtgeschehen. Wir haben mittlerweile eine Genesungsrate von 84,9 %. Das wurde gestern mitgeteilt. Geht die Landesregierung davon aus, dass wir, wenn der Verlauf weiter so anhält, in zwei Wochen bzw. etwas später keine Infizierten in Niedersachsen mehr haben? Das impliziert ja der Genesungsverlauf.

StS **Scholz** (MS): Dass bei einer Krankheit, die ungefähr 14 Tage dauert, nach drei Monaten der überwiegende Teil genesen ist, ist wenig überraschend. Auch bei Herzinfarktpatienten ist der überwiegende Teil genesen, soweit sie nicht verstorben sind. Das ist schlicht normal.

Dass es keine Infektionen mehr geben wird, halte ich für unwahrscheinlich. Auch aus anderen Ländern gibt es überhaupt keine Hinweise darauf. Natürlich wird die Zahl der Genesenen immer weiter steigen, auch im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Infizierten, nämlich deshalb, weil

Gott sei Dank nur wenige Menschen an der Krankheit sterben und der Rest der Erkrankten nach einem mehr oder weniger schweren Verlauf genest.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Die Situation ist ja nicht z. B. mit Herzinfarkten vergleichbar. Wir haben ja aufgrund von Infektionszahlen und aufgrund der Ansteckungsgefahr Einschränkungen, die Millionen von Menschen betreffen. Deswegen ist die Genesungsrate eine ganz entscheidende Rate; denn ein genesener Mensch kann ja niemanden mehr anstecken.

Gibt es mittlerweile Schätzungen auch vonseiten des Landesgesundheitsamtes, dass es dann, wenn der Infektionsverlauf und der Genesungsverlauf weiter so anhalten wie bisher - ich halte diese Frage für extrem legitim, weil sie extrem viele Menschen betrifft -, in zwei bis drei Wochen keine Infizierten mehr in Niedersachsen gibt?

StS **Scholz** (MS): Wie gesagt, es gibt auch weiterhin neue Infektionen. Es ist ja nicht so, dass es keine Infizierten mehr gibt. Die Frage, die Sie jetzt stellen, zielt darauf ab, wann der Herdenschutz bzw. der Massenschutz eintreten wird.

Selbst dann, wenn man davon ausgeht, dass diejenigen, die einmal mit COVID-19 infiziert waren, nach ihrer Genesung eine gewisse Zeit lang immun sind - auch das ist ja noch nicht klar, nämlich einfach deshalb, weil es diese Erkrankung noch nicht lange gibt und insofern niemand weiß, ob man nach der Genesung ein, zwei oder drei Jahre oder nur drei oder vier Monate immun ist -, und selbst dann, wenn man davon ausgehen würde, dass die Menschen dauerhaft immun wären, wären es in Niedersachsen nur sehr wenige Menschen im Verhältnis zu der Gesamtbevölkerung. Insofern stellt sich die Frage des Herdenschutzes noch lange nicht.

Sie wissen, dass für den Kreis Heinsberg bzw. für das Dorf Gangelt 15 % ermittelt worden sind. Diese Studie wird inzwischen heftig angegriffen, weil sie möglicherweise den systematischen Anforderungen nicht entspricht.

Für Frankreich ist eine Durchseuchung und damit möglicherweise eine Immunitätsrate von 4 % bzw. 4,5 % ermittelt worden. Bei uns wäre es eher weniger, weil bei uns die Krankheit insgesamt nicht solch einen dramatischen Verlauf genommen hat.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Sie haben zu Beginn der Unterrichtung die neuen Fälle plus

die Fälle dargestellt, die in den Krankenhäusern an Beatmungsgeräten liegen und dass das so weit zusammenpasst.

Mich interessiert dazu erstens: Es sollen ja jetzt Statistiken darüber geführt werden, wie viele Tests generell durchgeführt werden. Liegen erste Zahlen vor, sodass man das ins Verhältnis setzen kann und nicht nur weiß, dass es 74 neue Fälle gibt, sondern auch die Relation kennt, wie viele Tests überhaupt durchgeführt worden sind?

Zweitens. Ich habe in dieser Woche mehrere Berichte gehört, nach denen Menschen aufgrund von Symptomen und Kontakten getestet worden sind, aber dann sechs Tage auf das Ergebnis des Tests gewartet haben. Ich kenne viele andere, die nur einen Tag auf das Ergebnis gewartet haben; dabei lag das Ergebnis also viel schneller vor. Gibt es diese Spannweite, und womit hängt sie zusammen? Die Wartezeit von sechs Tagen bezieht sich auf die Region und die Stadt Hannover. Es kann nicht angehen, dass für die betroffenen Menschen so lange Unsicherheit besteht. Das Testergebnis müsste doch jetzt ziemlich zügig ermittelt werden.

Ergänzend dazu interessieren mich die Laborkapazitäten. Wir haben uns ja auf der Bundesebene nicht durchsetzen können, die Veterinärämter und deren Labore mit einzubeziehen. Wie ist dabei der aktuelle Sachstand?

StS **Scholz** (MS): Herr Dr. Feil hat mir gerade mitgeteilt, dass niedersachsenweit ungefähr 40 000 Menschen in der Woche getestet werden. Das zeigt auch den sehr geringen Anteil von Positivtestungen und macht auch deutlich, dass ein drastisch ausgeweiteter, flächendeckender Test vermutlich nicht zu anderen Ergebnissen führt; denn sonst hätten wir nicht diese sehr geringe Positivrate.

Zu der Situation in der Region Hannover kann ich im Moment nichts Konkretes sagen. Das müsste ich nachliefern. Natürlich ist das Infektionsgeschehen in der Region Hannover einfach wegen der Größe etwas lebendiger als in anderen Regionen. Dazu kann ich aber im Detail nichts sagen. Zuletzt gab es drei Fälle pro Tag; das ist nicht dramatisch. Hannover hat in der Tat eine höhere Sieben-Tage-Inzidenz von 6,1 gegenüber 3,9 im Landesdurchschnitt. Ich denke, das liegt einfach an der Dichte der Menschen, die hier anders ist als im Wendland.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Herr Bothe, ehrlich gesagt, kann ich das alles nicht mehr ganz nachvollziehen, was die AfD hier betreibt. Auf der einen Seite war am Anfang alles grausam und schlimm, es wurde nicht schnell genug reagiert, es wurde zu lasch reagiert. Kollegen von Ihnen sind hier nur mit Taucherbrille und Schutzmaske herumgelaufen, weil die Lage in Niedersachsen ja so grausam war.

Und jetzt, wo sich durch das besonnene Handeln der Landesregierung auch in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung mit den entsprechenden Maßnahmen zeigt, dass das Ganze sehr erfolgreich war und dass sich die Kurve deutlich abflacht hat - eine Nullinfektion wird man nie hinbekommen, zumindest nicht kurzfristig; das ist eine Illusion; das wissen Sie genau so gut wie wir -, kann Ihnen alles nicht schnell genug gehen und werden dadurch wieder neue Gefahren provoziert. Hinterher sollen wir nach Möglichkeit wieder schnell reagieren und alles zumachen und geht es dann vielleicht wieder nicht schnell genug.

Ich glaube, Sie haben als Partei hier nur eines vor, nämlich ein Staatsversagen nachzuweisen. Das wird Ihnen aber nicht gelingen. Darüber sollten Sie vielleicht einmal nachdenken und hier nicht versuchen, unnötig Panik zu betreiben.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich möchte auf das Thema Testungen zurückkommen. Wir haben uns am Anfang häufig darüber unterhalten, dass eigentlich mehr getestet werden muss. Ein Großteil der Virologen, die in den Medien auftauchen, erklären auch immer nur: Testen, testen, testen! - Ich stelle aber bei mir im Landkreis fest, dass die vorhandenen Kapazitäten gar nicht mehr genutzt werden. Die Anlaufstelle, die die KV dort eingerichtet hat, ist nur stundenweise geöffnet. Ich frage mich, ob das zielführend ist. Dazu hätte ich gerne eine Einschätzung in Bezug auf die aktuelle Situation im Land Niedersachsen.

Ich habe es verstanden, als wir am Anfang gesagt haben, dass alles aufgebaut werden muss, dass wir nicht ausreichend Laborkapazitäten haben, dass wir nicht ausreichend Testkapazitäten haben und dass wir nicht ausreichend Schutzkleidung haben. Das alles haben wir jetzt. Jetzt stelle ich aber zumindest regional fest, dass die Testungen trotzdem heruntergefahren werden. Das verstehe ich nicht. Wir haben hier auch über besondere Risikogruppen gesprochen und die Frage aufgeworfen, ob es nicht sinnvoll ist, die Beschäftigten in diesen besonderen Risikogruppen - also insbe-

sondere in Alten- und Pflegeheimen, aber auch in Behinderteneinrichtungen, soweit sie noch offen waren, z. B. Wohnheime - gezielt zu testen, um von vornherein Infektionen im Haus bzw. entstehende Infektionsherde lokalisieren zu können.

Deshalb ist das für mich ein Paket, das wir noch einmal in Gänze diskutieren sollten, welche Rolle Testungen jetzt noch spielen und welche Rolle sie zukünftig spielen sollen, wenn gegebenenfalls andere medizinische oder technische Möglichkeiten vorhanden sind.

MR Dr. Feil (MS): Uns treibt dieses Thema „Testen, testen, testen!“ um. Tatsächlich ist es aber keine Strategie, alle Menschen regelmäßig auf COVID-19 zu testen.

Wir müssen uns nach wie vor an den Symptomen orientieren. Denn der kleinere Teil der Menschen erkrankt ohne Symptome; der größere Teil der Menschen erkrankt mit Symptomen.

Wir haben im Moment mit den Altenheimen die Teststrategie aufgebaut, dass eine Person, sobald sie Symptome entwickelt, sofort auf COVID-19 getestet werden muss, auch wenn es keinen Zusammenhang z. B. mit einem Skiurlaub in Österreich gibt. Wir müssen dringend dafür sorgen, dass auch Bewohnerinnen und Bewohner engmaschig auf Symptome kontrolliert und dann sofort getestet werden. Das ist die Strategie.

Wir können nicht darstellen und es ist keine sinnvolle Strategie, Menschen, die nur ganz kurzzeitig das Virus in sich tragen, ständig zu screenen. Das kann nicht funktionieren. Das wird uns keinen Erkenntnisgewinn bringen, auch nicht in Heimen. Denn die Hygienemaßnahmen, die dort vorgeschrieben sind, können nicht daran festgemacht werden, ob der Test negativ ist. Sie müssen gleichwohl weitergeführt werden.

Auch auf Fachebene sind wir mit dem Robert Koch-Institut im Kontakt. Gestern haben wir wieder intensiv über dieses Thema diskutiert. Denn wir wissen, dass manche Menschen gerne Sicherheit hätten, sich gerne alle paar Tage testen lassen würden und, wenn der Test negativ ausgeht, für die nächsten fünf Tage froh wären. Das kann aber keine Strategie sein. Dadurch schaffen wir es nicht, die Krankheit zu eliminieren.

Die Testung muss immer symptomorientiert bleiben. Dann muss es früher geschehen, als es in der Vergangenheit zum Teil der Fall gewesen ist. Eine Reihentestung in Heimen macht fachlicher-

seits aber keinen Sinn. Wir überlegen jeden Tag wieder neu, weil es aus gewissen Kreisen an uns herangetragen wird, aber wir haben dazu kein sinnvolles Konzept.

Abg. Uwe Schwarz (SPD): Ich höre ja immer diese unterschiedlichen Positionen. Mir geht es nicht darum, prophylaktisch die Bewohner in Pflegeheimen zu testen. Mir geht es eigentlich um die Beschäftigten sowohl in den Alten- und Pflegeheimen als auch in den anderen systemrelevanten Betrieben, wo die Gefahr besteht, dass durch infizierte Beschäftigte eine Kettenreaktion ausgelöst wird.

Das waren nicht nur sachliche Punkte. Ich kann Emotionen verstehen. Gerade werden Bundesliga-Spieler in kurzen Abständen getestet, damit - betriebswirtschaftlich ausgedrückt - das Geschäft nicht zum Erliegen kommt. Das kann ich draußen nicht vermitteln!

Damit ich nicht falsch verstanden werde: Die Bundesliga-Spieler können spielen. Das ist deren Risiko. Damit habe ich gar kein Problem. Aber die Gleichung passt nicht, wenn man demgegenüber in Hochrisikobereichen, wie z. B. Pflegeheimen, kein Screeningsystem findet, um ausschließen zu können, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausfallen, weil sie das Virus in sich tragen, ohne Symptome zu zeigen, und dazu beitragen könnten, dass sich das Virus relativ schnell im Pflegeheim verbreitet. Auch in Niedersachsen hat sich das Virus ja in einem Pflegeheim explosionsartig ausgebreitet.

Insofern bitte ich darum, doch noch einmal darüber nachzudenken. Ihre Ausführungen kann ich nachvollziehen. Der Virologe aus Halle, der sich immer wieder in den Medien äußert, hat nur eine Meinung: Testen, testen, testen! - Der Virologe Drost vertritt eine etwas andere Position. In der Szene wird ja durchaus unterschiedlich argumentiert. Trotzdem ist es meines Erachtens für die Risikobereiche nicht zielführend, immer nur zu warten, bis dort irgendetwas passiert. Wir alle wissen: Wenn dort etwas passiert, dann geht es ganz schnell. Wenn man die Beschäftigten dort verliert, hat man das nächste Problem.

Das ist auch der Hintergrund dafür, warum Beschäftigte in medizinischen Bereichen selbst dann weiterarbeiten können, wenn sie das Virus in sich tragen, solange sie keine Symptome haben, und nicht sofort in Quarantäne müssen. Es hat ja solche besonderen Ausnahmesituationen gegeben.

Dazu hätte ich von Ihnen gerne eine Argumentation, die mich noch stärker überzeugt.

Die Frage der Kapazitäten habe ich auch schon angesprochen. Ich möchte hier ganz deutlich sagen: Ich ärgere mich über das Verhalten der KV. Erst konnte das nicht schnell genug gehen, alles wurde in den Regionen wild gemacht: „Es müssen Kapazitäten aufgebaut werden!“ Jetzt könnte man sie wenigstens dort belassen, damit man in der Lage ist, sie ganz schnell wieder hochzufahren. Ich habe aber nicht den Eindruck, dass diese Strategie gerade verfolgt wird.

MR Dr. Feil (MS): Zur Bundesliga: Das ist nicht unser Konzept. Wir haben es auch nicht zu vertreten.

In der Tat ist es schwierig, in der Öffentlichkeit unsere Grundhaltung, die fachlich fundiert ist, aufrechtzuerhalten. Das sind Kapazitäten, die wertvoll sind. Wir werden sie im Rahmen der kommenden Wintermonate auch noch brauchen.

Ich finde es teilweise erstaunlich, dass in der Presse gesagt wird, dass jetzt nicht alle Kapazitäten genutzt werden. Es kann nie recht sein! Wir machen es ja nie richtig! Einmal haben wir zu wenige Kapazitäten. Dann ist es nicht richtig, weil man nicht genügend testet. - Das stimmt auch nicht. Wir hatten immer genug Kapazitäten, um zu testen. Jetzt sind Kapazitäten übrig.

Wir können aber nicht testen, nur weil Kapazitäten vorhanden sind, ohne eine Rationale, und die Ressourcen verschwenden, ohne dass es uns langfristig wirklich Erkenntnisse bringt. Im Gesundheitswesen wird auch nicht jedes CT-Gerät ständig ausgelastet. Das kann aber keine Begründung sein, um Leute durch das CT-Gerät zu schieben.

Zur KV: Das ist tatsächlich zurückgefahren worden. Wir haben zurzeit aufgrund der fehlenden Krankheitsauswirkungen nicht viele Menschen mit der Symptomatik einer Coronavirus-Erkrankung. Wir sehen trotzdem die Fälle. Wir haben bei den Tests derzeit deutschlandweit eine Positivrate von 1 bis 2 %. Man kann also nicht sagen, dass nicht genug getestet wird. Dass weniger getestet wird, liegt einfach daran, dass es keine Erkrankungsfälle gibt. Das ist ein Erfolg der Strategie, die wir gefahren haben. Man kann dann aber nicht sagen, dass wir vielleicht zu wenig testen. Es ist tatsächlich die Grundlage der Strategie und die Grundla-

ge der Erkrankung, dass die Ausbreitung derzeit nicht so stark ist.

Wie erwähnt, suchen wir auch gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut händierend nach einer möglichen Strategie. Es ist aber nicht darstellbar, alle Menschen im Gesundheitswesen einmal wöchentlich zu testen. Das ist nicht darstellbar und bringt keinen Erkenntnisgewinn - beides nicht.

Ich weiß, dass der Druck enorm ist, auch aufgrund der Teststrategien, die anderswo gefahren werden. Wir sind da dran und überlegen, aber es muss mit Vernunft geschehen und nicht nur auf Druck, weil man es haben will und weil es so schön ist.

Abg. Annette Schütze (SPD): Ich möchte dazu noch eine Anmerkung machen, weil dieses Thema auch im Rat der Stadt Braunschweig eine große Rolle gespielt hat, nämlich die Bitte an das Land, sich zu überlegen, ob es nicht eine Strategie gibt, die vom Land ausgeht. Denn ansonsten haben wir Verteilungskämpfe.

Wir haben den Vergleich mit Salzgitter aufnehmen müssen. Der ist aber nicht zielführend. Ich teile die Einschätzung. Wir haben nicht genug Kapazitäten. Die Bitte an das Land ist, sich doch eine Strategie zu überlegen, die dann für alle Kommunen gilt, damit genau die getestet werden, die getestet werden müssen.

Abg. Oliver Lottke (SPD): Ich habe verstanden, dass Testungen im jetzigen Verfahren einmal wöchentlich strategisch nicht sinnvoll sein können, weil es ja noch sechs Tage dazwischen gibt.

Es gibt aber schon seit längerem die Hoffnung, dass Schnelltests auf PCR-Basis zur Verfügung stehen, die gegebenenfalls, wenn sie etwas genauer wären, eine Möglichkeit sein könnten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Altenpflegebereich und Krankenhausbereich morgens zu testen, sodass nach ein oder zwei Stunden das Ergebnis angezeigt wird. Eine mögliche Infizierung, die dann genauer getestet und nachverfolgt werden müsste, könnte dann frühzeitig erkannt werden. In den Pflegeheimen gibt es ja im Moment das Problem der Erkennung der Symptomatik. Dann ist es oftmals schon zu spät gewesen.

Könnte man dann, wenn diese Tests etwas genauer wären, vielleicht ab dem Sommer eine solche Strategie verfolgen, um dadurch aus der beschriebenen Crux herauszukommen?

MR **Dr. Feil** (MS): Solch ein Test wird nicht so schnell kommen. Das wäre ja ein Antigentest. Bei der Influenza gibt es ja einen Schnelltest vor Ort. Ein solcher Antigentest ist meines Erachtens noch in der Entwicklung. Das wäre dann eine Art Streifentest. So etwas wird gerade entwickelt, weil der hohe Druck bekannt ist und die Investitionen wahrscheinlich gut wieder hereinkommen. Ein solcher Test ist aber noch Zukunftsmusik.

Die Schnelltests, von denen immer die Rede ist, sind die Tests, die Antikörper nachweisen. Die gibt es schon. Das ist aber ein anderes Verfahren. Der Test misst die Reaktion im Körper, ob sich Antikörper gebildet haben. Es dauert immer ein paar Tage, bis das Testergebnis vorliegt. Für eine akute Infektion ist er nicht geeignet.

Abg. **Sylvia Bruns** (FDP): Mich treibt die gleiche Sorge um, die schon alle anderen artikuliert haben.

Zunächst aber noch eine andere Frage. Aus zwei Krankenhäusern ist mir berichtet worden, dass Patienten, die aus einem Altenheim kommen, nicht getestet werden, aber dass die Krankenhäuser alle Patienten testen müssen, die in die Altenheime zurückgehen. Dazu kam die berechtigte Frage, warum nicht in den Heimen, sondern erst im Krankenhaus getestet wird.

Mich treibt aber auch die Frage um, die alle anderen umtreibt, warum in diesen Bereichen nicht die Pflegekräfte getestet werden. Fachlich kann ich das nicht beurteilen, weil ich nicht Medizin studiert habe. Die Pflegekräfte stellen sich aber auch die Frage, warum in manchen Krankenhäusern getestet wird, wenn die Bewohner wieder aus dem Krankenhaus herauskommen, und warum sie nicht getestet werden, wenn sie ins Krankenhaus kommen.

MR **Dr. Feil** (MS): Häufig ist nicht immer alles abgestimmt, und jeder meint es dann wieder besser. Ich habe gestern mit einer Kollegin gesprochen, die in einem Krankenhaus tätig war. Dort wurde zu Beginn der Pandemie das Personal getestet. Dann wusste man aber auch nichts damit anzufangen, was das genau heißt. Es spielt immer das Sicherheitsbedürfnis eine Rolle. Das negative Ergebnis bringt aber nichts. Die Quarantäne muss dann trotzdem weiterhin aufrechterhalten werden.

Ich kann verstehen, dass der Wunsch nach Sicherheit vorhanden ist. Aber die Testung bietet

sie letztendlich nicht, weil es nur eine Momentaufnahme ist. Das ist das Problem.

Hinzu kommt: Je häufiger in einer Klientel gemessen wird, in der die Erkrankung nicht vorkommen kann, desto mehr hat man Probleme mit falsch-positiven Werten. Das mag manchen gleichgültig sein, weil sie meinen: Lieber falsch-positiv als falsch-negativ! - Wenn wir aber heftige Maßnahmen daran anschließen, ist es doch nicht so egal, ob wir viele falsch-positive Werte haben. Wenn wir eine ganz niedrige Prävalenz, also ein niedriges Vorkommen in der Bevölkerung haben, kann es zu einer Quote von eins richtig positiv zu neun falsch-positiven gehen. Insofern sind wir mit reihenweisen Tests sehr zurückhaltend.

StS **Scholz** (MS): Wir sind hier wieder in einer Situation, in der in unterschiedlichen Systemen unterschiedliche Logiken existieren. Wir haben eine Fachlogik. Herr Dr. Feil hat sie völlig richtig dargestellt. Es ist fachlich unsinnig zu testen. Das, was die Bundesliga macht, ist fachlich unsinnig.

Herr Professor Kekulé, der ja schon zitiert worden ist, sagt: Testen, testen, testen, wenn demnächst die Schnelltests verfügbar sind, die so ähnlich funktionieren wie ein Schwangerschaftstest! - Dass es solche Schnelltests noch nicht gibt, sagt er immer in Klammern einen halben Nebensatz später. Beim MDR ist er ja jeden Tag zu hören. Ich höre mir jeden zweiten, dritten an. Er sagt immer: Wenn dieser Test verfügbar ist, müssen wir testen! - Auch hier sind wir wieder an dem Punkt, dass diese Schnelltests gegenwärtig noch nicht verfügbar sind.

Es gibt auch die Hoffnung auf die Antikörpertests. Dazu muss man sich klarmachen, dass wir in Niedersachsen, wenn alle Genesenen Antikörper entwickeln, ein Vorkommen von 0,11 % haben. Wenn wir alle in Niedersachsen testen würden, könnten nicht mehr als 0,11 % Antikörper entwickelt haben, weil nur 9 500 Niedersächsinnen und Niedersachsen das Virus hatten und es jetzt nicht mehr haben. Darauf bezog sich vorhin auch die Frage von Herrn Bothe: Muss es nicht ausreichen, dass 9 000 Personen genesen sind, sodass wir keine Maßnahmen mehr ergreifen? - Wenn ich das zu 8,3 Millionen Menschen in Verhältnis setze, die im Land Niedersachsen wohnen, dann merkt man, was für ein Unsinn es ist, sich auf einen Antikörpertest zu verlassen.

Gleichwohl gibt es eine infektologisch-epidemiologische Logik, es gibt auch ökonomische Logik

ken, und es gibt auch politische Logiken. Das sind nicht alle Systeme, die willkürlich funktionieren, sondern sie funktionieren nach bestimmten Logiken. Von daher kann ich nicht ausschließen, dass wir in Zukunft dazu kommen werden, einfach zur Beruhigung der Bevölkerung auch unsinnige Maßnahmen zu ergreifen.

Dass sich kreisfreie Städte nicht in der Lage sehen, die wenigen vorkommenden Fälle ausreichend nachzuverfolgen, sich aber gleichwohl in der Lage sehen, pausenlos Tests vorzunehmen - Frau Schütze hat das gerade angesprochen; diese Stadt habe ich vorhin schon in einem anderen Zusammenhang angesprochen -, ist auch eher ein Beispiel von politischer Logik als von fachlicher Logik. Wie gesagt, ich kann nicht ausschließen, dass wir der politischen Logik folgen werden und dazu kommen zu sagen, dass man in bestimmten Zyklen testen muss.

Ich habe neulich gelesen, dass man das Personal in den Altenheimen alle paar Monate testen könnte. Das ist dann allerdings vollständiger Unsinn. Denn wenn man in monatlichen Abständen testet, hat man komplette Infektionszyklen zwischen durch überschlagen. Das ist dann wirklich nur noch just for show.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ich möchte dazu noch eine Anmerkung machen. Ich habe auch in der letzten Woche erlebt, dass ein Abgeordneter, der zu einer Risikogruppe gehört und sich hier geschützt hat, zum Teil angegriffen und mit Hohn und Spott belegt worden ist. Für mich ist das nicht nachvollziehbar und liegt das unter der Gürtellinie. - Das ist auch an Sie gerichtet, Herr Meyer.

Zu meiner Frage: Ich schließe aus den Ausführungen, dass der PCR-Test insoweit nicht valide ist, weil er unterschiedliche Maßnahmen setzen kann. Die Bundesliga-Geschichte ist kritisch zu bewerten. Die Bundesliga-Profis wurden zum Teil mehrfach in der Woche getestet. Das war in verschiedenen Sportzeitungen zu lesen. Die Tests hatten unterschiedliche Ergebnisse. Sie haben das gerade auch bestätigt.

Ein positiver Test ist also noch nicht valide. Man muss dann einen Testverlauf machen? Habe ich das richtig verstanden?

MR **Dr. Feil** (MS): Mit dem PCR-Test wird ja nur Genmaterial gemessen. Man misst also nicht das Virus an sich. Es ist bekannt, dass bei einzelnen Menschen, die eine solche Infektion durchge-

macht haben, das Genmaterial länger im Hals nachweisbar ist. Dieser Test ist sehr empfindlich. Wir wissen aber gleichzeitig, dass diese Menschen nicht mehr ansteckend sind. Es sind immer nur Einzelfälle, in denen längere Zeit noch Genmaterial nachweisbar ist und zwischendurch zeitweise wieder mal nicht nachweisbar ist. Beispielsweise in Cuxhaven haben wir neun Personen positiv getestet und keine weiteren Personen gefunden. Es ist ein Rätsel, warum das so ist. Ich hatte von Anfang an gehofft, dass es falsch-positive Ergebnisse sind. Aber dass es wirklich so kommt, wussten wir nicht.

Daran sieht man: Wir stehen noch relativ am Anfang dieser Erkrankung und müssen noch weitere Erfahrungen sammeln. Aber es gibt diese Fälle, die nicht mehr ansteckend sind, aber in denen der PCR-Test noch positiv ist.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Meine Frage zielt auch in diese Richtung. Ich habe in den letzten Wochen und Monaten immer die Teststrategie verteidigt, nur bei Symptomen zu testen. Mir geht es dabei wie einem Teil der Kollegen, dass man dabei mittlerweile sozusagen ins kurze Gras kommt. Der Bundesrat hat in der letzten Woche beschlossen, dass die Kosten des Antikörpertests bzw. PCR-Tests von den Krankenkassen übernommen werden. Die dritte Linie, die Schnelltests, auf die wir alle hoffen, ist aber noch nicht verfügbar.

Wir können das argumentativ nicht durchhalten. Ich bekomme ständig Anrufe aus den Gesundheitsämtern und Hinweise, dass die präventiven Tests, auch die wöchentlichen Tests, vom Landesgesundheitsamt nicht übernommen werden. Insofern stellt sich die Frage, ob wir nicht doch einen Strategiewechsel vornehmen müssen. Wir können das nicht kommunizieren, und wir verlieren gerade sehr viel Vertrauen insbesondere aus den systemrelevanten Bereichen Medizin und Pflege.

Ich bitte darum, darüber wirklich noch einmal ganz intensiv nachzudenken. Das eine ist die RKI-Strategie bei Symptomen. Das kann aber kein Mensch mehr verstehen. Herr Scholz hat gerade schon deutlich gemacht: Manchmal ist es eine politische Logik.

Aus meiner Sicht ist der Strategiewechsel unabdingbar. Denn wir werden es nicht mehr kommunizieren können, wenn selbst Menschen aus dem

medizinischen Bereich und pflegerischen Bereich das nicht mehr nachvollziehen können.

MR Dr. Feil (MS): Ich habe bereits deutlich gemacht, dass uns das umtreibt und dass wir aufgrund dieses Druckes etwas Vernünftiges aufbauen wollen. Ich bin mir aber nicht sicher, ob wir langfristig dadurch, dass wir das immer wieder erklären, Vertrauen verlieren.

Ich glaube eher, dass es in die andere Richtung geht. Ich habe in der Fachlichkeit Zweifel, ob man das Vertrauen stärkt, wenn man diesem Druck nachgibt, obwohl wir es nicht für sinnvoll halten. Darüber kann man streiten. Ich meine aber, dass wir fachlich argumentieren müssen.

Wie erwähnt, habe ich gestern noch einmal mit dem Robert Koch-Institut gesprochen, das derzeit die Teststrategie auch mit den Antikörpern entwickelt. Wir suchen händeringend nach etwas Vernünftigem, um diesem Druck nachzugeben. Aber die wöchentliche Testung aller Menschen ist keine vernünftige Strategie.

Vors. Abg. **Holger Ansmann (SPD):** Wir haben die Positionen ausgetauscht und werden dieses Thema heute nicht klären können. Können wir den Themenblock „Gesamtsituation, Entwicklung der Infektionen“ jetzt verlassen? - Dann kommen wir zu dem Themenblock

Pflege

Abg. **Uwe Schwarz (SPD):** Mich interessiert, wie das in der Praxis koordiniert wird und wer das kontrolliert, ob es ausschließlich die Landkreise sind oder nicht. Der Hintergrund ist ganz einfach: Ich begrüße, dass es jetzt diese Veränderung gibt. Das hat teilweise zu Isolationssituationen geführt, die aberwitzig waren. Es sind auch Einrichtungen dabei gewesen, die nicht im Traum daran gedacht haben, Hygienekonzepte zu erarbeiten, obwohl ich der festen Überzeugung bin, dass sie als Altenheim und Pflegeheim ohnehin ein Hygienekonzept haben müssten. Das waren schon absurde Argumentationen. Wenn sie recht gehabt hätten, hätte meines Erachtens das örtliche Gesundheitsamt die Hygiene vor Ort kontrollieren müssen. - Das war aber nur eine Anmerkung.

Mir sind in den letzten Wochen Beispiele berichtet worden, dass Angehörige nicht allein mit ihrer Mutter oder mit ihrem Vater reden konnten, weil Hygienekonzepte vorhanden waren. Es ist immer ein Bewacher dabei gewesen. Das erinnert mich

an Häftlinge, die auch immer von einem Bewacher begleitet werden und in Handschellen heringeführt werden. - Ich meine das nicht ironisch. Das sind Gegebenheiten, die bei uns im Referat aufgelaufen sind. Ich meine, dass das nicht angehen kann.

Insofern interessiert mich, inwieweit wir als Land die Möglichkeit haben, auf bestimmte Merkmale hinzuweisen, dass die örtlich zuständigen Landkreise sich das einmal ansehen. Ich finde es in Ordnung, dass die Hygienekonzepte eingehalten werden. Ich finde es aber nicht in Ordnung, dass ich nicht persönlich allein mit meiner Mutter, meinem Vater oder mit wem auch immer kommunizieren kann. Sie sind dort nicht als Strafgefangene, bei ihnen besteht auch keine Fluchtgefahr, sondern sie sind dort, weil sie ein Pflegefall sind.

Welche Möglichkeiten haben wir als Land, darauf hinzuweisen, dass es auch bei Hygienekonzepten Grenzen gibt, weil es sonst eher in die Richtung Überwachung geht?

StS Scholz (MS): Die Hygienekonzepte sind bisher von den Gesundheitsämtern zu genehmigen. Von daher wundert es mich ein bisschen, dass ein Gesundheitsamt ein Konzept, das so etwas vorsieht, genehmigt hat. Vielleicht geben Sie mir die Einzelheiten zu diesem konkreten Fall. Dann nehmen wir mit dem Gesundheitsamt Kontakt auf.

Die Gefahr von übertriebenen Konzepten wird in Zukunft eher größer, weil wir regeln, dass das Konzept erarbeitet werden und vorhanden sein muss und auf Nachfrage auch vorgelegt werden muss, aber dass es nicht mehr vorab genehmigt werden muss. Die Maßstäbe sind inzwischen eigentlich so klar, dass das möglich ist. Zudem haben die kommunalen Spitzenverbände darum gebeten, weitere Belastungen der Gesundheitsämter zu vermeiden.

Auch dazu habe ich die Bitte, uns das weiterzugeben, wenn so etwas an Sie herangetragen wird. Wir würden dann als oberste Aufsicht an die örtlichen Gesundheitsämter herangehen und darauf hinwirken, dass dort sinnvolle Konzepte und keine sinnlosen Konzepte erarbeitet werden.

Abg. **Oliver Lottke (SPD):** Mit der neuen Verordnung tritt das Recht auf Besuche ja unverzüglich in Kraft, also sofort. Dazu interessiert mich: Wenn sich Einrichtungen vor Ort schwer damit tun, diese Konzepte umzusetzen, und die Angehörigen nicht die Möglichkeit bekommen, zeitnah die Be-

suche durchzuführen, an wen können sie sich dann wenden? Wo ist die Beschwerdestelle?

StS **Scholz** (MS): Die Heimaufsicht.

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Danke. Die Beschwerdestelle ist die Heimaufsicht. Damit ist meine Frage beantwortet.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Mich interessiert an dieser Stelle erstens, wann Kontrollen der Einrichtungen im Bereich der Pflege durch den Medizinischen Dienst wieder aufgenommen werden. Ich bin immer davon ausgegangen, dass sie sich bei ihren sonstigen Kontrollen auch die Hygienekonzepte haben vorlegen lassen, und bin erstaunt, dass es diesbezüglich zum Teil nicht allzu viel gibt.

Meine zweite Frage: Welche Bedingungen gelten in den Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Quarantäne, insbesondere bei dementen Menschen? Ich hatte selbst ein unschönes Erlebnis. Wenn man fast neben einer Pflegeeinrichtung wohnt und jemanden die ganze Nacht schreien hört „Lasst mich hier raus!“ und bei einem Anruf dort gesagt wird „Bei einer Quarantäne ist das so! Diese Person ist bei einer Neuaufnahme jetzt erst einmal in diesem Zimmer!“, dann ist das schon ein bisschen gruselig.

Gibt es dafür Kriterien bzw. Bedingungen, auch was das Personal angeht? Man kann doch nicht Menschen einfach wegsperren! Ich glaube, man muss sich wirklich näher damit befassen, wie man damit umgeht.

Meine dritte Frage zu dem Themenblock „Pflege“: Wie ist der aktuelle Stand der Umsetzung des Pflegebonus auf Landesebene, nachdem man sich bereit erklärt hat, das letzte Drittel zu zahlen? Wie erfassen Sie welchen Personenkreis, der in den Genuss des Pflegebonus kommt? Wer ist dafür zuständig? Wie koordinieren Sie das? Wie ist der zeitliche Ablauf?

StS **Scholz** (MS): Die Quarantäne ist insbesondere bei dementen Personen ein großes Problem. Welche Folgen es gerade für Einrichtungen für demente Menschen haben kann, in denen die Hygiene- und Distanzierungsvorschriften nicht eingehalten werden können, haben wir in Wolfsburg gesehen. Von daher halten wir daran fest, dass Menschen, die neu in ein Pflegeheim aufgenommen werden, in Quarantäne genommen werden müssen, es sei denn, sie kommen aus einer

Quarantäne z. B. im Krankenhaus; das wird mit eingerechnet.

Ich sehe die Härten, aber ich weiß keine andere Lösung. Die Alternative wäre, darauf gerade bei mobilen dementen Menschen zu verzichten - immobile Menschen sind an dieser Stelle kein Problem, weil sie sich ja nicht mehr bewegen können - und damit zuzulassen, dass das Virus durch diese Menschen in die Heime eingetragen wird und dass wir dann Situationen wie in Wolfsburg oder Bramsche bekommen. Das kann niemand wollen. Ich sehe die Härte, aber weiß keine Alternative.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Es bleibt aber immer bei 14 Tagen Quarantäne? Das wird nicht abgestuft? Es kann also nicht z. B. nach 8 Tagen ein Schnitt gemacht werden, wenn sich keine Symptome zeigen?

StS **Scholz** (MS): Es ist bekannt, dass die maximale Infektionsdauer 12 bis 14 Tage beträgt. Insofern hat es wenig Sinn, schon nach 10 Tagen einen Schnitt zu machen. Denn was wird dann, wenn der Patient später symptomatisch wird?

Wie gesagt, ich sehe die Härte. Wenn jemandem eine brauchbare Alternative einfällt, wäre ich dankbar. Mir fällt keine ein.

Dass wir nach den beiden großen Vorkommnissen in Wolfsburg und Bramsche eine relative Ruhe in den Heimen haben - gänzlich Ruhe haben wir nicht; es gibt ja Vorkommnisse; es gibt aber keine drastischen Ausbrüche mehr -, hat natürlich damit zu tun, dass wir das Einschleppen des Virus weitgehend verhindern. Wir müssen jetzt aber ohnehin schauen, was im Rahmen der Lockerungen passiert. Wir haben ja gesehen: Wenn das Virus erst einmal im Heim ist, verbreitet es sich in einer rasenden Geschwindigkeit von Zimmer zu Zimmer.

Zum Pflegebonus gibt es noch letzte Abstimmungen. Grundsätzlich hat das Land erklärt, dass es das letzte Drittel der Kosten alleine tragen wird. Die Bereitschaft der Arbeitgeber, die Kosten mitzutragen, ist - vorsichtig ausgedrückt - deutlich unter einem Drittel, nämlich knapp über null.

Noch ungeklärt ist die Frage, ob wir uns komplett an der Linie des Bundes orientieren oder ob wir in den betroffenen Gruppen darüber hinausgehen, was dann natürlich auch die Frage nach dem Finanzvolumen auslöst.

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

Situation in Cuxhaven/„Mein Schiff“

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich habe dazu noch eine Frage. Eine nennenswerte Zahl der Besatzungsmitglieder ist ja jetzt von Bord gegangen. Die räumliche Situation hat sich für die restlichen verbliebenen Besatzungsmitglieder ein bisschen entspannt, aber die psychische Belastung ist natürlich durch den wochenlangen Aufenthalt auf dem Schiff immer noch immens.

Gibt es mit der TUI einen Plan B, was man dort mit den Verbliebenen macht, wenn es noch länger dauert, bis sich die betroffenen Länder wie z. B. China bereit erklären, ihre Landsleute wieder aufzunehmen? Ich glaube, es wird für die Verbliebenen schwierig, die Situation vor Ort auf dem Schiff durchzuhalten, wenn sie noch einen Monat länger warten müssen. Das beschäftigt ja die Region. Haben Sie schon eine Alternative im Blick, wie das gegebenenfalls weitergehen kann?

StS **Scholz** (MS): TUI hat zwischendurch überlegt, ob sie das Schiff einfach ablegen lässt und auf Reede legt. Für die Menschen an Bord ist es aber auch nicht viel fröhlicher, wenn das Schiff auf Reede und nicht mehr am Kai liegt. Ich glaube, das ist kein dramatischer Unterschied.

Wir haben im Moment nicht vor, die Menschen einreisen zu lassen, schon deshalb nicht, weil sie über keine Einreisevisa verfügen und hier eigentlich nur im Transit sein sollten. Der größte Block - etwa die Hälfte derer, die noch an Bord sind - stammt von den Philippinen. Wir hoffen, dass alsbald das eine oder andere Quarantänebett auf den Philippinen frei wird.

Ich sehe keine Alternative, als zu warten, bis entweder die Heimatländer die Betroffenen aufnehmen oder - auch das wäre denkbar - das Kreuzfahrtgeschäft wieder beginnt und die verbliebenen Besatzungsmitglieder wieder auf die anderen Schiffe verteilt werden, wo sie als Personal gebraucht werden. Das ist aber wohl eher nicht der Fall, weil im Moment viele attraktive Häfen nicht angelaufen werden dürfen.

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

Schlachthöfe

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Der Herr Staatssekretär hat ausgeführt, dass der Schlachthof in Dissen noch drei Tage lang im Notbetrieb fährt, um noch 1 600 t Fleisch zu verarbeiten, und dass danach die komplette Stilllegung erfolgt. Was heißt das? Wird der Schlachthof jetzt erst einmal 14 Tage geschlossen? Wird in dieser Zeit eine Grundreinigung durchgeführt? Was steht auch im Hinblick auf Hygienemaßnahmen an? Oder ist noch unklar, ob der Betrieb überhaupt wieder aufgenommen wird?

In diesem Zusammenhang möchte ich auch die Kontrollen der Wohnstätten der Werkvertragsarbeiter ansprechen. Wie weit sind diese Kontrollen eigentlich generell im Land Niedersachsen in den einzelnen Landkreisen fortgeschritten? Geben die Landkreise Rückmeldungen, welche Wohnstätten bzw. Einrichtungen sie kontrolliert haben, wo Mängel festgestellt wurden und wo nicht?

StS **Scholz** (MS): Infektologisch gibt es überhaupt keinen Grund, den Betrieb länger zu schließen als für den Infektionszyklus. Von daher schließen wir den Betrieb anschließend für den Infektionszyklus. Wenn dieser Zyklus vorbei ist - ich hoffe, dass die Hygiene in den fleischverarbeitenden Betrieben ohnehin eine gewisse Rolle spielt -, gibt es infektologisch keinen Grund, den Betrieb weiterhin zu schließen. Wenn es andere Gründe geben mag, ist das nicht unser Thema.

Für die Unterkünfte ist dieser Ausschuss leider nicht mehr zuständig, wie auch unser Haus nicht mehr zuständig ist, weil die Überwachung der Unterkünfte im Kern, außerhalb dieses Infektionsgeschehens, jetzt eine baurechtliche Angelegenheit ist und in der Zuständigkeit des MU liegt.

Wir haben aber dazu aufgefordert, die Unterkünfte zu besuchen. Das wird in den vier hauptbetroffenen Kreisen abgearbeitet. Viele andere Kreise haben eine Fehlanzeige gemeldet, weil es dort gar nichts gibt. Der Landkreis Northeim hat gemeldet, er habe zwei handwerklich verarbeitende Betriebe mit langjährig Beschäftigten, die bei sich zu Hause wohnen. Das Problem besteht aber in den vier Kreisen im Südwesten. Dort arbeiten die Gesundheitsämter das jetzt gemeinsam mit den Gewerbeaufsichtsämtern und den Bauaufsichten ab. Beispielsweise im Landkreis Cloppenburg sind 295 Wohnstandorte für die Fleischindustrie bekannt. Das ist nicht von heute

auf morgen möglich. Das muss man einfach realistisch einschätzen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Die erste Frage wollte ich auch stellen. Mich interessiert auch, wie es bei anderen Betrieben in der gleichen Branche aussieht. Das Problem mit den Unterkünften im Hinblick auf die Schlachthöfe haben wir seit Jahren; die sind ja nicht das erste Mal auffällig. Wir führen eine parallele Debatte auch über die Unterkünfte für Erntehelfer. Auch wenn das Sozialministerium nicht zuständig ist, frage ich: Wird dort jetzt auch verstärkt Wert auf Kontrollen gelegt und schaut man sich das einmal an? In einem der TV-Journale - ich weiß nicht, ob das FAKT oder Panorama war; das ist noch nicht lange her - ist die Situation in den Unterkünften im Bereich der Erntehelfer beschrieben worden. Das war nicht besser als bei Schlachthöfen. Sie leben auf engem Raum, die Betten werden schichtweise vergeben usw.

StS **Scholz** (MS): Im Moment legen wir vor allem in den betroffenen Kreisen den Schwerpunkt auf die Schlachthöfe, weil es dort das konkrete Geschehen gibt.

Es ist ja auch schon bei der Einreise von Erntehelfern gesagt worden, dass wir Quarantäneregeln haben. Diese hat das OVG nun leider Gottes gleich mit gekippt, obwohl es eigentlich ein anderer Gesichtspunkt war; es ist aber im Moment so. Auch das sehen wir uns an. Ein Teil des Problems liegt darin, dass das Land vor Jahren die Aufgaben der Gewerbeaufsicht im Bereich der Landwirtschaft an die landwirtschaftliche Sozialversicherung abgegeben hat. Diese sagt, sie sehe keine Veranlassung, konkret zu prüfen, weil ihr nichts bekannt sei. Da sind wir im Gespräch.

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich habe eine kurze Nachfrage zu den Testungen. In den Schlachtbetrieben soll ja flächendeckend getestet werden. Gibt es dazu schon Rückmeldungen von den Gesundheitsämtern, und welches Zeitfenster ist insgesamt vorgesehen?

StS **Scholz** (MS): Wir gehen davon aus, dass die Testungen im Wesentlichen in dieser und Anfang nächster Woche erfolgen und dass die Ergebnisse in der nächsten und übernächsten Woche vorliegen.

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

geplante Lockerungen neue Verordnung ab 25.05.2020

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe eine allgemeine Frage zu den Lockerungen, und zwar zu den Krankenhäusern. Der Staatssekretär hat darauf hingewiesen, dass elektive Operationen jetzt wieder möglich sind. Wenn ich es noch richtig in Erinnerung habe, sollen 25 % der Plätze weiterhin für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freigehalten werden. Ist daran gedacht, auch diesen Prozentsatz bald abzusenken?

StS **Scholz** (MS): Wir sagen ja, 25 % der Beatmungskapazitäten und, ich glaube, 20 % der Bettenkapazität müssen vorgehalten werden. Das Vorhalten der Bettenkapazität haben die Häuser relativ einfach gelöst: Sie haben alle vorhandenen Reservebetten in irgendeine Zimmer gestellt. Wenn man sich die täglichen Meldungen ansieht, wundert man sich, wie viele Betten die Krankenhäuser auf einmal haben. Das Vorhalten von Betten ist technisch einfacher lösbar als von Beatmungsgeräten, weil man Beatmungsgeräte nicht mal eben aus dem Desinfektionslager holen kann; die liegen da nicht herum.

Das werden wir beobachten müssen. Im Moment haben wir nicht vor, das zu tun. Denn, wie gesagt, wenn die Beatmung notwendig ist, werden wir die Beatmungsgeräte sofort brauchen.

Man wird die nächsten Wochen abwarten müssen, ob man vielleicht mit der Quote heruntergeht. Dabei bin ich aber extrem zögerlich; denn das Problem mit Isolationsbetten kann man einfach dadurch lösen, indem COVID-Infizierte zu viert oder zu fünft in einem Zimmer untergebracht werden. Dann werden sie auch vom Rest des Hauses isoliert. Mit der Beatmung ist das nicht so einfach.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Ich habe eine Frage zu den Jugendtreffs und Jugendzentren. Gibt es dazu Ideen für Lockerungen? Denn die Jugendlichen können sich ja durchaus, gerade in dieser Jahreszeit, auch draußen treffen. Ich denke, es ist besser, die Jugendlichen treffen sich dort als irgendwo privat, wo Abstandsregelungen und dergleichen nicht eingehalten werden können.

StS **Scholz** (MS): Es tut mir leid. Ich weiß, dass Regelungen vorgesehen sind, aber kann Ihnen im Moment nicht detailliert sagen, welche. Aus meiner eigenen Erfahrung aus der Jugendzentrums-

arbeit und auch aus der Zeit, als ich als Stadtdirektor verantwortlich war, muss ich feststellen, dass das Abstandhalten in Jugendzentren eine herausfordernde Forderung ist.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Dann warten wir mit Spannung auf die für Freitag angekündigte neue Verordnung.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Es scheint in einigen Kreisen schon bekannt zu sein, was am Freitag kommt. Die Formulierung unter Nr. 21 zur Öffnung der Kinder- und Jugendarbeit ist wenig dienlich. Dort steht: verpflichtende Aufsicht durch pädagogische Fachkräfte, die von Jugendleiterinnen lediglich unterstützt werden. - Letztendlich macht das Jugendarbeit und auch Jugendgruppenstunden unmöglich; denn in 98 % aller Fälle gibt es gar keine hauptamtlichen pädagogischen Fachkräfte. Ich bitte darum, sich das wirklich noch einmal ganz genau anzuschauen. Diese Verbindlichkeit, die jetzt scheinbar vorgesehen ist, bewirkt absolut keine Lockerung. Dann haben wir ein Problem.

Das gilt auch für den Bereich Sport; denn dort sind fast nur ehrenamtliche Leiter und Jugendleiter tätig.

Ich bitte, sich das bis heute um 17 Uhr noch einmal ganz genau anzuschauen. Denn nach den mir vorliegenden Informationen besteht man auf pädagogischen Fachkräften. Das sind Jugendgruppenleiterinnen oder -leiter definitiv nicht. Das ist meine Bitte, bevor wir größere Probleme bekommen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich höre auch immer wieder von Gesprächsständen und Entwürfen im Zusammenhang mit einer Verordnung, die dann binnen Stunden schon wieder eine andere Richtung genommen haben. Das ist immer eine schwierige Thematik.

StS **Scholz** (MS): Ich vermute, dass Frau Janssen-Kucz als Kreistagsabgeordnete das Vertrauen ihres Landrats genießt. Denn natürlich sind die kommunalen Spitzenverbände angehört worden, die ihre Mitglieder beteiligt haben. Aber das ist völlig egal.

(Abg. Meta Janssen-Kucz [GRÜNE]: Ich habe eine ganz andere Quelle!)

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das ist jetzt aber nicht relevant!

StS **Scholz** (MS): Es ist klar: In dem Moment, in dem ein Entwurf draußen ist, findet er seinen Weg. Das ist gar keine Frage.

Aber danke für den Hinweis! Ich habe Ihr Anliegen verstanden.

Es geht hier im Kern um die Öffnung der Einrichtungen der Kommunen. Ich gehe davon aus, dass sie ganz überwiegend mit hauptamtlichem Personal betrieben werden. Alles Weitere muss man dann sehen.

Frau Schütze hat ja vorhin die Situation angesprochen, dass man das über die Aufsicht gewährleisten kann. Hier geht es um die Öffnung der Jugendzentren. Ich glaube schon, dass sie ganz überwiegend hauptamtlich begleitet werden und die Gefahr eines nicht hinreichend distanziererten Verhaltens nicht größer ist als in anderen Bereichen.

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Auch auf die Gefahr hin, dass die Ankündigung, dass im Bereich der Gastronomie am Montag eine Veränderung eintritt, nur ein Gerücht ist, frage ich: Ist es angedacht, auch bei der Differenzierung Gaststätte/Kneipe, die ja bisher vorgenommen wurde, eine Veränderung vorzunehmen? Das Land Bremen hat ja in seiner Verordnung die Öffnung von Kneipen zugelassen. Ist das in Niedersachsen auch angedacht?

StS **Scholz** (MS): Das Land Bremen kann das ganz problemlos machen, weil es sowieso mehr Fälle auf 100 000 Einwohner hat als wir. Dann kommt es vielleicht nicht mehr darauf an. - Ich weiß das nicht genau. Das war jetzt wieder zynisch!

Das kann ich nicht sagen. Ich weiß, dass es die Forderung gibt. Ich weiß auch, dass wir in der Differenzierung gerne daran festhalten wollen. Was sich im Ergebnis durchsetzt, kann ich im Moment in der Abwägung noch nicht sagen.

Die Grundannahme ist - ich glaube, Frau Havliza hat heute im *Rundblick* ein schönes Beispiel genannt -, dass man davon ausgeht: Wenn ich irgendwo sitze und esse, habe ich ein anderes Verhalten, als wenn ich mich an der Theke drängele und trinke. - Das ist, platt ausgedrückt, der Kern.

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

Werkstätten für Behinderte

aus dem Fragenpaket der Fraktion der Grünen. Gibt es dazu noch Wortmeldungen? - Das ist nicht der Fall.

Dann kommen wir zu dem Punkt

Sonstiges

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich habe eine Frage zu der Tagespflege. Inwieweit sollen dort die gleichen Regelungen wie bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderung gelten?

StS **Scholz** (MS): Häufig.

Abg. **Sylvia Bruns** (FDP): Ich habe eine Nachfrage zu dem Thema Schutzkleidung. Mich hat erreicht, dass in zwei Heimen von dem Arbeitgeber gesagt wird, dass es nicht genügend Schutzkleidung gibt. Ist Ihnen das bekannt?

Sie haben ausgeführt, dass es Möglichkeiten gibt, beim Land nachzubestellen, wenn tatsächlich Not herrscht. Es wäre gut, wenn wir eine Aufstellung über die vorhandene Schutzkleidung bekommen würden. Denn dann können wir das weiterreichen, wenn wir entsprechende Hinweise bekommen.

Zunächst bin ich aber auf Ihre Antwort gespannt, ob Sie ebenfalls Rückmeldungen bekommen, dass manche Arbeitgeber immer noch sagen, dass sie keine Schutzkleidung bekommen.

StS **Scholz** (MS): Grundsätzlich sind die einzelnen Betriebe - wie Heime und Krankenhäuser - verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass sie ausreichend Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstungen zur Verfügung haben. Für die Fälle, in denen das nicht der Fall ist, halten wir eine Notreserve vor, die inzwischen in fast allen Fällen die Notbedarfe zu 100 % decken kann. Notbedarf heißt: erstens hat man COVID-19 in der Einrichtung, zweitens hat man sich bemüht und drittens hat man es trotzdem nicht geschafft, den Bedarf für eine Woche zu decken. Wir liefern nirgendwohin Vorräte aus, die über eine Woche gehen, weil wir katastrophenschutzmäßig die Notversorgung machen. Das funktioniert über die Katastrophenschutzbehörden. In solchen Fällen müsste man sich bei der örtlichen Katastrophenschutzbehörde melden.

Im Moment ist fast alles abdeckbar. Es gibt teilweise sogar schon Probleme, wie man z. B. Desinfektionsmittel lagert. Das Lagern unterliegt ja besonderen Vorschriften, weil es sich um alkoholhaltige Mittel handelt. Das müssen Brand-schutzlager sein.

Es gibt nach wie vor große Defizite beim Vollkörperschutz, also bei Schutzanzügen. Ich glaube, dabei können wir im Moment allerhöchstens 14 % der Bedarfe abdecken - bei Schutzkitteln ein bisschen mehr, aber deutlich weniger Overalls.

Abg. **Sylvia Bruns** (FDP): Wenn uns solche Anfragen erreichen, würden wir sie gerne beantworten. Es ging dabei um Schutzkittel und Ganzkörperschutz. Gibt es die Möglichkeit, uns eine solche Aufstellung zur Verfügung zu stellen, damit man ungefähr die Menge kennt und den Leuten weiterhelfen kann? Meistens melden sich ja die Pflegekräfte - nicht die Einrichtungsleiter. Die Pflegekräfte weisen darauf hin, dass sie ohne Schutzkittel arbeiten müssen, weil ihr Altenheim sie nicht bekommt. So ist die Meldung bei mir eingegangen. Darauf würde ich dann ganz gerne reagieren.

StS **Scholz** (MS): Die aktuellen Versorgungsquoten können wir nachliefern.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Mir geht es um den Bereich Kitas. Für die Schulen wurde ja ein Fahrplan aufgestellt; für sie gibt es eine Perspektive. Ich weiß, dass das nicht Ihr Ressort ist. Aber es ist ja auch Aufgabe des Krisenstabs, auch das Infektionsgeschehen in den Kitas zu bewerten. Haben Sie Kenntnis darüber, dass ein ähnlicher Fahrplan für die Kitas aufgestellt wird, ab wann der Betrieb bzw. die Notbetreuung hochgefahren, werden kann?

Der Hintergrund ist, dass es zu einem großen Run auf die Notbetreuung kommt. Dazu habe ich mehrere Mails bekommen. Die Samtgemeinden versuchen natürlich, sich extrem dagegen zu sperren, damit der Andrang nicht zu hoch wird. Sie setzen die Regularien hoch und kontrollieren stärker, wer tatsächlich berechtigt ist. - Sie schützen den Kopf. Sie haben also keine Kenntnisse, dass es einen Run auf die Notbetreuung gibt oder dass es vonseiten der Gemeinden Probleme gibt, zu bestimmen, wer die 50 % erhalten soll?

StS **Scholz** (MS): Mein Kenntnisstand von Ende letzter Woche ist, dass im Durchschnitt etwa 11 % der Notbetreuung belegt sind, sodass wir aus un-

serer Sicht im Moment nicht vor der Frage weiterer Öffnungen stehen. In einer einzelnen Einrichtung kann das natürlich anders sein. Das kann ich nicht ausschließen. Die Meldung des MK von, ich glaube, Freitag letzter Woche lautet: 11 %.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich habe noch eine Frage in einem ganz anderen Zusammenhang. Wir haben ja den Tourismusbereich sukzessive, Stück für Stück, geöffnet. Es gibt aber überhaupt keine Aussage dazu, wie es mit den vielen Busunternehmen weiterläuft. Vielleicht haben Sie über den Krisenstab schon Erkenntnisse dazu. In der letzten Woche hat ja hier die große Demonstration stattgefunden. Die Busunternehmen sehen im Moment überhaupt keine Perspektiven. Ist schon einmal an diese Unternehmen gedacht worden?

StS **Scholz** (MS): Das ist eines der Themen, über die wir heute diskutieren müssen. Allerdings muss man dazu im Hinblick auf die Zielgruppe von Busreisen und auf die Situation im Bus sagen, dass das extrem schwierig ist. Wenn ich die Diskussion der letzten Wochen richtig verstanden habe, zeigt sich, dass die Frage der Infektion über Aerosole - also die sehr leichten und sehr lange in der Luft stehenden Infektionsquellen - eine deutlich höhere Bedeutung hat, als man es früher angenommen hat. Herr Droste hat in der letzten Woche gesagt, dass aus seiner Sicht ungefähr die Hälfte der Infektionen auf Tröpfcheninfektionen zurückgeht und dass man das über Abstandhalten regeln kann. Ungefähr die andere Hälfte sind Aerosolinfektionen, die man über Abstandhalten nicht regeln kann. Wenn ich mir dann die Situation in Bussen vorstelle und an die typische Zielgruppe von Busreisen denke, habe ich bei dieser Frage Schwierigkeiten. Das ist aber eine der Fragen, über die heute Nachmittag entschieden werden soll.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Damit sind wir am Ende der heutigen Unterrichtung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus gelangt. Herzlichen Dank für die Ausführungen und für die Beantwortung aller Fragen der Ausschussmitglieder!

Tagesordnungspunkt 2:

Vorstellung und einführendes Gespräch mit der neuen Patientenschutzbeauftragten des Landes, Frau Dr. Nicole Sambruno Spannhoff

Dr. Nicole Sambruno Spannhoff: Seit nunmehr zwei Wochen bin ich die neue Patientenschutzbeauftragte des Landes. Ich bin studierte Medizinerin. Schon während meines Studiums an der Hochschule habe ich relativ zügig einen Hang zur Prävention festgestellt und habe dementsprechend meine Facharztausbildung ausgerichtet. Ich bin Fachärztin für Arbeitsmedizin und Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen. Insofern fühle ich mich gerade ein Stück weit in meine Vergangenheit zurückgesetzt; denn ich habe über mehrere Jahre ein Gesundheitsamt geleitet und komme direkt aus dem Krisenstab hierher. Ich hoffe, dass ich an der neuen Stelle die Herausforderung und auch die Möglichkeit finde, in relativ unabhängiger Position für den Patientenschutz des Landes tätig werden zu dürfen. - So weit in aller Kürze zu meiner Person.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Es ist schön, dass wir eine Beauftragte haben. Das ist keine Selbstverständlichkeit. Ihr Vorgänger hat für die Quotierung nichts getan. Das ist auch eine gute Gesamtbotschaft.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Es ist schön, dass Sie sich im Ausschuss vorstellen. Das ist ja eine beeindruckende Vita und geradezu ideal für die Besetzung der Patientenschutzbeauftragten. Vor dem Hintergrund der Aufgaben, über die wir die ganze Zeit im Ausschuss diskutiert haben, interessiert mich, ob es schon Abwerbungsversuche gibt, dass Sie in den ÖGD zurückgehen? - Das meine ich jetzt nicht ironisch. Wir haben ja ganz oft über die Situation geredet, wie der ÖGD ausgedünnt ist. Nun hat der ÖGD eine ganz zentrale Aufgabe. Ich will Sie nicht loswerden - nicht dass ich falsch verstanden werde -, aber Ihre Qualifikationen, die Sie im fachärztlichen Bereich mitbringen, werden ja gerade überall gesucht.

Meine zweite Frage bezieht sich auf das, was Sie gerade machen. Hat es schon erste Kontaktaufnahmen gegeben, und was ist dabei aktuell der Schwerpunkt?

Dr. Nicole Sambruno Spannhoff: Zu Ihrer ersten Fragen: Es ist allgemein bekannt, dass es eigentlich überall an Ärzten mangelt, momentan

aber sicherlich mit einem Schwerpunkt im ÖGD. Ich gehe davon aus, dass es mir bei entsprechender Offenbarung auch an Arbeit dort nicht mangeln würde. Ich habe mich jetzt aber ganz bewusst für die Aufgabe der Patientenschutzbeauftragten entschieden. Von daher bin ich hier momentan richtig und würde ich gerne dieses Amt auskleiden dürfen.

Zu Ihrer zweiten Frage: Es haben schon Kontaktaufnahmen stattgefunden. Ich habe mir erst einmal unter schwierigen Umständen ein Bild machen können. Das Haus ist ja momentan nur in Teilen besetzt, sodass man erst einmal versucht hat, sich telefonisch kennenzulernen. Das ist sicherlich eine sehr besondere Situation. Es geht jetzt darum, sich peu à peu je nachdem, was nach außen gerichtet möglich ist, auf der Basis des Gesundheitssystems im Lande bekannt zu machen. Viele Leute kenne ich aus meiner vorherigen Tätigkeit. Von daher ist es eher ein Wiedertreffen. Ich hoffe, dass es jetzt trotz der Umstände diesbezüglich vorangeht und ich den einen oder anderen neu kennenlerne bzw. wiedertreffen darf.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank, dass Sie sich für das wichtige Amt als Patientenschutzbeauftragte zur Verfügung gestellt haben.

Mich interessiert, welche Personenkreise man im Moment als Patientenschützerin unter dem Eindruck des Coronavirus besonders in den Blick nehmen sollte. Auf welche Personenkreise kommt es jetzt wirklich an?

Dr. Nicole Sambruno Spannhoff: Die ersten Eindrücke, die ich bisher sammeln durfte, sind sicherlich noch mit dem gefärbt, dass ich als Leiterin eines Gesundheitsamtes tätig war. Ich gehe ebenfalls davon aus, dass viele valide und vulnerable Gruppen durch Sie hier bereits angesprochen wurden. Dazu zählen sicherlich die betroffenen Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Dazu zählen aber auch die Leute, die an der Basis arbeiten, und chronisch Erkrankte, die insgesamt einen besonderen Status in der Zugänglichkeit zu unserem Gesundheitssystem haben. Das sind drei Personenkreise. Ich denke aber, man kann, wenn man genau hinsieht, noch viele andere hinten anreihen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank! Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit. Wir sind nicht ganz unschuldig, dass Sie heute hier sitzen dürfen, weil wir den Landespatientenschutzbeauf-

tragten gesetzlich verankert haben. Wir werden uns regelmäßig im Ausschuss sehen. Sie berichten ja einmal im Jahr im Ausschuss. Somit freuen wir uns auf die Zusammenarbeit.

Zu der Wortmeldung von Herrn Schwarz möchte ich noch anführen: Wenn der Herr Staatssekretär Verträge abschließt, sind das nach meinen Informationen immer langfristige Verträge. Wir gehen insofern davon aus, dass wir lange mit Ihnen zusammenarbeiten dürfen.

Tagesordnungspunkt 3:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung niedersächsischer Rechtsvorschriften aus Anlass der COVID-19-Pandemie

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/6482](#)

direkt überwiesen am 14.05.2020

federführend: AfluS

mitberatend: AfRuV, AfELuV, AfSGuG, AfUEBuK

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

AfHuF

Einbringung des Gesetzentwurfs, Verfahrensfragen

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) wies darauf hin, dass die Artikel 1 bis 4 des Gesetzentwurfs unmittelbar in der Zuständigkeit des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung lägen und dass das Verfahren für die Mitberatung des Gesetzentwurfs so ausgerichtet werden müsse, dass sie noch vor der Sitzung des federführenden Ausschusses für Inneres und Sport am 18. Juni 2020 abgeschlossen sei. Am 4. Juni 2020 werde in einer gemeinsamen Sitzung beider Ausschüsse eine Anhörung stattfinden. Insofern müssten die Ergebnisse der Anhörung nachfolgend kurzfristig von den Fraktionen und mit Formulierungsvorschlägen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund schlage er vor, die für den 18. Juni 2020 geplante Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auf den 17. Juni 2020 vorzuziehen, um in dieser Sitzung die Mitberatung des Gesetzentwurfs rechtzeitig abschließen zu können und die Beschlussfassung im Juni/Juli-Plenarsitzungsabschnitt zu ermöglichen.

Inhaltlich sehe der Gesetzentwurf vor, dass der Landtag in dem Fall, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Niedersachsen aufgrund der Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit gefährdet sei, eine epidemische Lage von landesweiter Tragweite feststelle und dass mit dieser Feststellung die nachfolgenden Sonderregelungen des Gesetzes für zwei Monate in Kraft träten. Bei Fortbestehen der Voraussetzungen könne die Feststellung jeweils um zwei Monate verlängert werden.

Niemand könne im Augenblick vorhersagen, wie sich die aktuelle Corona-Pandemie weiterentwi-

ckeln werde und ob es zu einer zweiten Infektionswelle kommen werde oder nicht. Wenn man den Fachleuten Glauben schenke, die bislang mit ihren Prognosen leider immer recht gehabt hätten, werde es eine zweite Infektionswelle und unter Umständen sogar eine dritte Infektionswelle geben, solange kein massentauglicher Impfstoff zur Verfügung stehe, der dann auch entsprechend eingesetzt werden könne, und solange keine entsprechenden Medikamente zur Verfügung ständen. Vor diesem Hintergrund sei der zeitliche Druck nachvollziehbar, dass der Gesetzentwurf auf alle Fälle noch vor der parlamentarischen Sommerpause vom Landtag beschlossen werden solle.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU) schloss sich den Ausführungen des Abg. Schwarz an.

Der Abgeordnete wies darauf hin, dass auch eine Änderung des Niedersächsischen Erwachsenenbildungsgesetzes notwendig sei. Da der Ausschuss für Wissenschaft und Kultur nicht zu den mitberatenden Ausschüssen gehöre, wolle er diesen Änderungsvorschlag der Fraktionen der SPD und der CDU im Hinblick auf die von dem Abg. Schwarz geschilderten zeitlichen Zwänge bereits in der heutigen Sitzung einbringen. Dabei gehe es darum, dass die Finanzhilfeberechtigung auch dann Bestand habe, wenn im Jahr 2020 wegen Corona-bedingter Schließungen der Mindestleistungsumfang nicht erbracht werden können, und dass das Jahr 2020 nicht mit eingerechnet werde, weil es anderenfalls zu Kürzungen kommen würde. Die Höhe der Finanzhilfen des Landes ändere sich dadurch nicht.

Der Abgeordnete kündigte einen entsprechenden schriftlichen Änderungsvorschlag an (s. **Vorlage 2**).

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) erklärte sich mit dem vom Abg. Schwarz vorgeschlagenen kurzfristigen Beratungsverfahren einverstanden. Ziel sei es, die Demokratie auch in Krisenzeiten handlungsfähig zu halten. Die Fraktion der Grünen sei gerne dazu bereit, dafür konstruktive Lösungen zu erarbeiten. Sie sei aber nicht bereit, sozusagen Blankoschecks auszustellen, und werde die vorgesehenen Regelungen intensiv hinterfragen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Zwangsverpflichtung von Pflegefachpersonal und medizinischem Personal lehne die Fraktion der Grünen allerdings konsequent ab. Sie bitte insbesondere

die Fachpolitiker der SPD-Fraktion, mit ihren Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein-Westfalen Kontakt aufzunehmen, um an dieser Stelle eine gemeinsame Linie zu finden.

Die Fraktion der Grünen halte es für wichtig, dass ihre Fragen zu dem Gesetzentwurf im Rahmen der Beratung im Ausschuss geklärt würden, und setze dabei vor allen Dingen auf den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst, weil einige Regelungen des Gesetzentwurfs aus ihrer Sicht unverständlich, unpräzise und unklar seien. Sie hoffe, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst dazu sehr zeitnah entsprechende Formulierungsvorschläge vorlegen werde.

MR **Dr. Miller** (GBD) legt dar, nachdem der Gesetzentwurf in der vergangenen Woche im Landtag eingegangen sei, habe der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst - anders als bei anderen Gesetzentwürfen - die 17 Artikel umgehend auf fünf erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteilt und mit der Prüfung der Regelungen begonnen. Parallel müsse der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst allerdings auch andere Gesetzgebungsverfahren begleiten, die ebenfalls im Juni/Juli-Plenarsitzungsabschnitt abgeschlossen werden sollten.

Trotz der Bündelung der Kräfte des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes sei der zeitliche Rahmen, wenn die Beschlussfassung im Juni/Juli-Plenarsitzungsabschnitt angestrebt werde, so eng, dass er den Gesetzentwurf nicht durchgängig in der üblichen Art und Güte werde bearbeiten können. Würde der Gesetzentwurf nach den regulären Maßstäben bearbeitet werden, könnte er wohl erst nach der parlamentarischen Sommerpause abschließend beraten werden.

Gleichwohl werde sich der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst bemühen, die mit den Regelungen verbundenen Rechtsprobleme, soweit er sie erkennen könne, aufzuarbeiten und den Ausschüssen darzulegen. Wie umfangreich dies sein werde, könne er zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend einschätzen, zumal bei einigen Regelungen, die vor allem den Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung betreffen, noch nicht klar erkennbar sei, in welchem Umfang sie Grundrechtseingriffe ermöglichen. Dabei drängten sich Fragen nach der verfassungsrechtlichen Bestimmtheit auf, insbesondere in Artikel 1 betreffend den Öffentlichen Gesundheitsdienst, der es gestatten solle, im Fall einer epidemischen Lage von landesweiter Trag-

weite anzuordnen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Angehörige der Heil- und Pflegeberufe im Rahmen ihrer gesetzlichen an den zur Bekämpfung der Krankheit erforderlichen Maßnahmen zu beteiligen. Wie weitgehend diese Maßnahmen sein sollten, gehe aus der Begründung des Gesetzentwurfs nicht hervor und werde der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst erst noch ergründen müssen. In der Presse sei in diesem Zusammenhang von einer Zwangsverpflichtung von Ärzten und Pflegekräften die Rede. Eine ähnliche Regelung sei auch in dem Gesetzentwurf in Nordrhein-Westfalen enthalten gewesen, sei dort dann aber in der Beschlussempfehlung durch ein freiwilliges Register ersetzt worden. An dieser Stelle seien insofern umfangreiche verfassungsrechtliche Fragen zu klären.

Der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst hoffe, neben der verfassungsrechtlichen Begutachtung im Rahmen des Möglichen auch einzelne Verbesserungs- und Formulierungsvorschläge im Einvernehmen mit den jeweils zuständigen Fachministerien vorlegen zu können. Im Ausschuss für Inneres und Sport sei beispielsweise schon besonderer Wert darauf gelegt worden, dass die Regelungen, die mit der epidemischen Lage verbunden seien, nur temporär in Kraft blieben. Dazu werde der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst auch rechtstechnisch einige Vorschläge machen können. Zu den Stellen des Gesetzentwurfs, an denen es nicht möglich sei, einvernehmliche Vorschläge zu unterbreiten - der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst sei bekanntlich auch immer von entsprechenden Rückmeldungen der Fachreferate der Landesregierung abhängig -, werde sich der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst auf die Darstellung der mit den Regelungen verbundenen Rechtsprobleme beschränken müssen.

Den von dem Abg. Schwarz dargestellten Zeitplan habe der Ausschuss für Inneres und Sport als Guideline mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen bei Stimmenthaltung der Oppositionsfraktionen beschlossen. Der Zeitplan sehe vor, dass der Ausschuss für Inneres und Sport am 18. Juni 2020 eine Beschlussempfehlung für das Plenum fasse und dass die mitberatenden Ausschüsse, die jeweils fachlich für einzelne Artikel zuständig seien - wie z. B. der Sozialausschuss für die Artikel 1 bis 4 -, ihre Mitberatung nach Möglichkeit vor diesem Termin abschließen, damit der federführende Ausschuss ihr Beratungsergebnis in seine Beschlussempfehlung übernehmen könne. Die anderen mitberatenden Ausschüsse für übergreifende Angelegenheiten könnten auch noch

später die Mitberatung durchführen, wie es oftmals auch bei anderen Gesetzentwürfen der Fall sei. Der Ausschuss für Haushalt und Finanzen habe schon beschlossen, seine Mitberatung am 17. Juni 2020 zumindest aufzunehmen.

Darüber hinaus habe der Ausschuss für Inneres und Sport beschlossen, nach dem Vorbild des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auch die Fraktionsspitzen als Gäste zu der Beratung hinzuzuziehen.

Für die Anhörung am 4. Juni 2020 habe der Ausschuss für Inneres und Sport bereits Anzuhörende benannt.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) wies darauf hin, dass die Regelung in Artikel 1 des Gesetzentwurfs betreffend den Absatz 2 Nr. 2 des neuen § 3 a „Epidemische Lage von landesweiter Tragweite“ von der Regelung in Nordrhein-Westfalen abweiche. Er bat das Ministerium, rechtzeitig eine Gegenüberstellung zwischen der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung und der Regelung in Nordrhein-Westfalen und der dortigen öffentlichen Debatte anzufertigen, um auf dieser Grundlage eine sachbezogene Debatte führen zu können.

Der Abgeordnete war interessiert zu erfahren, wie die im Zuständigkeitsbereich des Ausschusses liegenden Artikel des Gesetzentwurfs auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes aufgeteilt worden seien.

MR **Dr. Miller** (GBD) teilte mit, die Zuständigkeit für die Artikel 1, 16 und 17 obliege ihm, für Artikel 2 Frau Dr. Schröder und für die Artikel 3 und 4 Herrn Dr. Oppenborn-Reccius.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kam überein, am 4. Juni 2020 in einem gemeinsamen Sitzungsteil mit dem federführenden Ausschuss für Inneres und Sport eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchzuführen und die für den 18. Juni 2020 vorgesehene Sitzung auf den 17. Juni 2020 für die abschließende Mitberatung des Gesetzentwurfs vorzuziehen. Der Kreis der Anzuhörenden, die um eine mündliche oder schriftliche Stellungnahme gebeten werden sollen, wird kurzfristig interfraktionell abgestimmt.

Tagesordnungspunkt 4:

- a) **Niedersachsen in der Krise - Wie schafft das Land die Rückkehr zu gesellschaftlicher, ökonomischer, kultureller und bildungspolitischer Normalität?**

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/6294](#)

- b) **Corona-Krise in Niedersachsen durch Stufenstrategie begegnen: Bürger, Unternehmen und öffentliche Einrichtungen in die Selbstbestimmung entlassen!**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6299](#)

Zu a) erste Beratung: 75. Plenarsitzung am
23.04.2020
federführend: AfSGuG
mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m.
§ 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF
mitberatend gem. § 28 Abs. 4 i. V. m. § 39
Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfRuV, KultA, AfWuK

Zu b) erste Beratung: 75. Plenarsitzung am
23.04.2020
federführend: AfSGuG
mitberatend gem. § 28 Abs. 4 i. V. m. § 39
Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfRuV, AfluS, AfHuF,
KultA, AfWAVuD, AfELuV

Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand

Aus Zeitgründen kam der **Ausschuss** überein, die Landesregierung um eine schriftliche Unterrichtung zu bitten und die Aussprache darüber in einer der nächsten Sitzungen zu führen.

Die schriftlichen Unterrichtungen sind als **Vorlage 1** zu der [Drs. 18/6294](#) und als **Vorlage 1** zu der [Drs. 18/6299](#) verteilt worden.

Tagesordnungspunkt 5:

**Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern
- Akutmaßnahmen während der COVID-19-
Krise sofort umsetzen, allgemeinverbindlichen
Branchentarifvertrag und grundlegende Re-
form der Pflegeversicherung jetzt vorantrei-
ben!**

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -
[Drs. 18/6344](#)

erste Beratung: 76. Plenarsitzung am 12.05.2020

federführend: AfSGuG

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

Beratung

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) bat zu dem Antrag um eine Unterrichtung durch die Landesregierung.

In diesem Zusammenhang dankte sie den Fraktionen der CDU, der SPD und der FDP für die positiven Rückmeldungen im Rahmen der Debatte zu dem Antrag im Plenum und gab ihrer Hoffnung Ausdruck, dass mit diesem Antrag gemeinsam viel im Sinne der Pflege auf den Weg gebracht werden könne.

Weiteres Verfahren

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

Tagesordnungspunkt 6:

Arzneimittelversorgung in Niedersachsen sicherstellen!

Antrag der Fraktion der AfD - Drs. 18/6111 neu

erste Beratung: 77. Plenarsitzung am 13.05.2020

federführend: AfSGuG

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39

Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

Beratung

Abg. **Stephan Bothe** (AfD) bat um eine Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Antrag.

Beschluss

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

Andere Sitzungsteilnehmerinnen/Sitzungsteilnehmer

**82. Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Mittwoch, den 20. Mai 2020, 10.15 Uhr**

Name	Amtsbezeichnung	Dienststelle
Eintragungen bitte in Blockschrift		
Dr. Michael Brinkmann	Ministerialrat	MU
Dr. Nicole Sambrino Spornhoff	LPB	HS
Ann-Kathrin Jemis	Regierungsrätin	MS
Laura Lotte Leumer	Referentin	Grüne
Claudia Jesse	RR'in	MS
Uwe Hildebrandt	MR	MS
Ina Zummach	ORR'in	MS
Matea Jurd	RIA'in	MS
Martin Brüning		Parlament
Wenel, Heil	Referent	SPD-LT-Fraktion
Dr. Fabian Feil	MR	MS
Richter, Frank	Referent	CDU-LT-Fraktion
Scholz	Sts.	MS
Viehe	RD	MS
Tachs	MD'in	MI
Kaule	RR'in	MS
Boldt	PAR	MI
Rosendeg	RD'in	NL

(Andere Sitzungsteilnehmer)

