



**N i e d e r s c h r i f t**  
**über die 85. - öffentliche - Sitzung**  
**des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**  
**am 4. Juni 2020**  
**Hannover, Landtagsgebäude**

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 3. Juni 2020**  
*Unterrichtung*..... 5  
*Aussprache* ..... 6
2. **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](#)  
*Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand* ..... 13
3. **Arzneimittelversorgung in Niedersachsen sicherstellen!**  
Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6111](#)  
*Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand* ..... 27  
*Aussprache* ..... 29
4. **Antrag zur effizienten und nachhaltigen Bekämpfung von multiresistenten Erregern im niedersächsischen Gesundheitswesen durch den Einsatz von innovativen Methoden und Technologien**  
Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6562](#)  
*Beratung*..... 33
5. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus**  
*Unterrichtung*..... 35

**Anwesend:**

## Ausschussmitglieder:

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

## Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

16. Abg. Jens Nacke (CDU)

## Weitere Sitzungsteilnehmerinnen und Sitzungsteilnehmer:

siehe Anwesenheitsliste (**Anlage**).

## Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

## Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

**Sitzungsdauer:** 14.30 Uhr bis 17.18 Uhr.

## Außerhalb der Tagesordnung:

### *Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschrift über den zweiten öffentlichen Teil der 83. Sitzung.

\*

### **Vollbefragung der Mitglieder der niedersächsischen Pflegekammer**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6247](#)

Unter Hinweis darauf, dass aktuell der Fragebogen im Rahmen der Vollbefragung der Pflegekräfte in Niedersachsen durch die Pflegekammer verschickt werde, **beantragte** Abg. **Stephan Bothe** (AfD), den Antrag der AfD-Fraktion betr. „Vollbefragung der Mitglieder der niedersächsischen Pflegekammer“ in der heutigen Sitzung zu behandeln, weil er anderenfalls an Aktualität verlieren würde.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) rief in Erinnerung, dass der Ausschuss im Rahmen der vorangegangenen Beratung übereingekommen sei, den Antrag der AfD-Fraktion nach Vorlage des Ergebnisses der Evaluierung weiter zu behandeln. Die SPD-Fraktion beabsichtige, an diesem Verfahren festzuhalten. Wenn der Abg. Bothe ein anderes Verfahren anstrebe, sollte der Antrag auf die Tagesordnung für die Sitzung am 11. Juni 2020 gesetzt werden.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) dankte dem Ministerium dafür, dass es vereinbarungsgemäß den Fragebogen für die Vollbefragung der Pflegekräfte auch den Ausschussmitgliedern zugeleitet habe.

Die Abgeordnete sprach sich dagegen aus, durch das von dem Abg. Bothe angestrebte Verfahren als Landtag in das Verfahren der Vollbefragung einzugreifen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) schloss sich dem Verfahrensvorschlag des Abg. Schwarz an.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD) erklärte sich damit einverstanden, den Antrag der AfD-Fraktion auf die Tagesordnung für die Sitzung am 11. Juni 2020 zu setzen. - Der **Ausschuss** beschloss entsprechend.

\*

## *Zur Tagesordnung*

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP) kritisierte, dass Ministerin Dr. Reimann um 13.30 Uhr eine Pressekonferenz gegeben habe, um u. a. das neue Konzept für Testungen auf COVID 19 vorzustellen, ohne zuvor den Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung darüber zu informieren. Er hielt dies für eine Missachtung des Parlaments und brachte seine Erwartung zum Ausdruck, dass die Landesregierung künftig ein anderes Verfahren praktiziere.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) wies darauf hin, dass sich der Ausschuss in jeder Woche in seinen Sitzungen durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus unterrichten lasse und dass dabei bislang auch immer die Teststrategie thematisiert worden sei, die auch aus der Sicht des Ausschusses ein sehr zentrales Thema darstelle. Insofern gehe er davon aus, dass die Landesregierung auch in der heutigen Sitzung unter dem Tagesordnungspunkt 5 dazu unterrichten werde. Auch er, Schwarz, sei an diesen Informationen interessiert.

Bisher sei es allerdings nicht geübte Praxis, dass Presseerklärungen oder der Gegenstand von Pressekonferenzen zuvor in einem Landtagsausschuss erörtert würden. Seiner Auffassung nach sei es auch weiterhin jeder Landesregierung und jeder Ministerin bzw. jedem Minister freigestellt, wann sie bzw. er zu einer Pressekonferenz und zu welchem Thema einlade.

Das Verfahren zur Information über die Verordnungsentwürfe habe die Landesregierung mittlerweile geändert. Der letzte Verordnungsentwurf sei auch dem Landtag zugeleitet worden. Auch er, Schwarz, begrüße dies.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP) bekräftigte seine Auffassung, dass es zu den demokratischen Gepflogenheiten gehöre und eine gewisse Reihenfolge zu beachten sei, Informationen erst in demokratischen Gremien und erst danach in einer Pressekonferenz zu diskutieren, um zunächst die Abgeordneten vor der Öffentlichkeit zu informieren und ihnen die Gelegenheit zur Diskussion zu geben. Dies bedeute allerdings nicht, dass die Inhalte einer Pressekonferenz einer Landesregierung vorher im Ausschuss abgestimmt werden müssten.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) bekräftigte, dass sich der Ausschuss im Grunde genommen in allen Un-

terrichtungen durch die Landesregierung seit Ausbruch der Corona-Pandemie mit der Teststrategie befasste. Insofern sei dieses Thema keineswegs neu, mit dem die Ministerin heute an die Presse gegangen sei. Bei diesem Thema gehe es eher um die Handhabung. Diese ändere sich im Zuge der Corona-Pandemie häufig auch durch immer neue Anwendungshinweise und Ratschläge von Experten. Die Einschätzung des Abg. Genthe hinsichtlich einer Missachtung des Ausschusses oder des Parlaments teile er insofern nicht.

\*

*Unterrichtung durch die Landesregierung in der 84. Sitzung am 04.06.2020 über verdächtige Briefsendungen an Parteibüros*

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP) gab zur Kenntnis, dass es sich bei dem weißen Pulver, das sich in Briefsendungen an Parteibüros befunden habe, um weißen Pfeffer handele, sodass es wohl ungefährlich sei. Bei der Kreisgeschäftsstelle der FDP in Göttingen sei allerdings eine Briefsendung mit rotem Pulver darin eingegangen. Die Polizei sei eingeschaltet worden. Um welche Substanz es sich dabei handele, sei nicht bekannt. Der weiße, frankierte Umschlag, der auch einen Brief enthalten habe, sei mit einem falschen Absender versehen und sei zunächst einmal nicht verdächtig erschienen.

Vor diesem Hintergrund sollten die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informiert und weiterhin zur Vorsicht angehalten werden. Die Briefe sollten möglichst nicht geöffnet werden, und die Polizei sollte eingeschaltet werden. Sie sollten allerdings auf keinen Fall zur Polizei gebracht werden.

\*\*\*

Tagesordnungspunkt 1:

### **Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 3. Juni 2020**

*Zu diesem Tagesordnungspunkt war den Ausschussmitgliedern mit E-Mail des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 03.06.2020 das Ergebnisprotokoll über die Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 03.06.2020 zugeleitet worden.*

#### **Unterrichtung**

RefL **Dr. Robbers** (MS): Vielen Dank, dass ich den Ausschuss über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am gestrigen Tag unterrichten darf.

Die gestrige Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses ist, den aktuellen Umständen geschuldet, im Format einer Videokonferenz abgehalten worden, wobei nicht alle Mitglieder des Planungsausschusses die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Videokonferenz hatten; sie haben sich telefonisch zugeschaltet. Ich schicke das aus dem Grunde vorweg, weil sehr wichtige, sehr inhaltsreiche und auch vertiefte Diskussionen über die Krankenhausstrukturen in einem solchen merkwürdigen Format nur begrenzt möglich sind. Von daher bestand schon vorher die Maßgabe, dass wir in diesem Format ausschließlich das Investitionsprogramm 2020 beraten werden.

Üblicherweise geht es sonst in jeder Sondersitzung um die Neufassung der sogenannten Prioritätenliste, die ich ja auch immer im Ausschuss vorstelle. Diese Prioritätenliste ist gestern nicht beraten worden, weil wir diverse neue Anträge auch aus Regionen haben, in denen es einen strukturellen Optimierungsbedarf gibt. Wir waren der Überzeugung, dass es nicht sinnvoll ist, diese vielen neuen Maßnahmen im Rahmen einer Videokonferenz des Planungsausschusses zu beraten, weil die gemeinsame Planung im Rahmen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe, die in der Vergangenheit immer üblich war, unter den erwähnten Umständen nicht stattfinden konnte. Deshalb haben wir uns, was die Prioritätenliste und andere sehr vertiefende Themen angeht, auf die nächste Sitzung des Planungsausschusses am 30. September 2020 verständigt. Wir werden die Zeit bis dahin nutzen, gemeinsam mit den unmittelbar Beteiligten in der Arbeitsgruppe die

neuen Projekte abzustimmen. - Diese Erläuterungen wollte ich vorweg geben, um zu erklären, weshalb die Tagesordnung und die Ergebnisse diesmal relativ kurz sind.

Ich möchte noch ein Zweites vorwegschicken, weil das mit Sicherheit von großem Interesse ist: Wir haben gestern ebenfalls nicht Maßnahmen des Strukturfonds II beraten, weil es keinen neuen Sachstand gibt. Die COVID-19-Krise und die Beschränkungen, was gemeinsame Termine usw. angeht, belasten auch die Krankenhausträger und ihre Projektplanungen nicht unerheblich. Sie haben ja die Liste mit den vielen Projekten: Landkreis Diepholz, Heidekreis, Georgsheil, Vechta usw. Das sind sehr große Projekte, die ein sehr umfangreiches Landesraumordnungsverfahren und Architektenwettbewerbe erfordern, bevor wir in eine inhaltliche Diskussion einsteigen können. Durch die Geschehnisse der vergangenen Wochen und Monate sind diese Projekte, was den Planungsablauf angeht, ziemlich in Verzug geraten. Deshalb haben wir gestern den Strukturfonds nicht beraten, weil es keinerlei Themen gibt, die in Bezug auf den Strukturfonds entscheidungsreif wären.

Wir haben uns sehr intensiv mit dem Investitionsprogramm des Jahres 2020 auseinandergesetzt. Die Liste haben wir Ihnen gestern zur Verfügung gestellt. Da es dazu erfahrungsgemäß die eine oder andere Nachfrage gibt, möchte ich meine Ausführungen dazu erst einmal sehr allgemein halten.

Sie sehen, dass wir in diesem Jahr eine Besonderheit haben; wir haben nämlich zwei Fördertöpfe bedient bzw. angezapft. Dabei handelt es sich zunächst um das klassische Investitionsprogramm mit dem bekannten Volumen von 120 Millionen Euro pro Jahr, das derzeit sieben Maßnahmen vorsieht, die entsprechend dem Baufortschritt weiterfinanziert werden. Dann wird es drei Maßnahmen geben, bei denen wir entsprechende Nachträge finanzieren, weil es bei diesen drei Krankenhäusern um baufachlich geprüfte baulich-inhaltliche Veränderungen oder auch um Kostensteigerungen ging. Dieser erste Block der sieben Weiterfinanzierungen und drei Nachträge macht ein Gesamtvolumen von 53,7 Millionen Euro aus.

In das Investitionsprogramm haben wir elf Maßnahmen mit einem Gesamtvolumen von 59,8 Millionen Euro neu aufgenommen. Dabei ist zu erwähnen, dass wir, insbesondere auch mit Blick auf die Bereitschaft der Krankenkassen, was den

Strukturfonds II angeht, zwei Strukturmaßnahmen in das 120-Millionen-Euro-Programm aufgenommen haben, nämlich einerseits den Zusammenschluss zwischen dem Krankenhaus Cuxhaven und dem Seehospital Sahlenburg und zum anderen die auch im Ausschuss inhaltlich sehr tief diskutierte Zusammenlegung der Kliniken OsteMed Zeven und Bremervörde. Auch diese Maßnahmen haben wir jetzt in das Investitionsprogramm aufgenommen, sodass die Träger sehr zeitnah mit den Zusammenlegungen beginnen können.

Zudem gibt es noch - das rundet das klassische Investitionsprogramm von 120 Millionen Euro ab - den Pauschalansatz von 6,5 Millionen Euro in unveränderter Höhe im Vergleich zu den letzten beiden Investitionsprogrammen, aus denen wir bis zum Winter kleine dringliche bauliche Maßnahmen, ohne entsprechend den Planungsausschuss zu beteiligen, bis zu einem Volumen von 0,5 Millionen Euro selber bescheiden können, sofern sie baufachlich geprüft sind.

Eine besondere Maßnahme in diesem Jahr betrifft das Klinikum Oldenburg: Erweiterungsbau Ost, Zentrale Notaufnahme, OP, Intensiv-, Pflege- und Aufnahme station. Wir haben zur Kofinanzierung des Strukturfonds II ein eigenes Sondervermögen zur Verfügung gestellt bekommen. Es ist entsprechend mit Mitteln ausgestattet worden, um einerseits die notwendige Kofinanzierung des Strukturfonds II - wie bundesgesetzlich vorgesehen - sicherzustellen. Darüber hinaus war in diesem Sondervermögen ein Restbetrag von rund 145 Millionen Euro für Maßnahmen außerhalb des Strukturfonds II zur Verfügung, wobei das Errichtungsgesetz zum Sondervermögen dazu die Maßgabe enthalten hat, dass diese zusätzlichen Mittel nur für Krankenhäuser von besonderer Bedeutung zur Verfügung stehen. Die andere Maßgabe des Errichtungsgesetzes zum Sondervermögen lautet, dass jede Förderung aus diesem Sondervermögen vom Verfahren her genau so gestaltet werden soll wie das klassische Investitionsprogramm, nämlich Beratung im Planungsausschuss, dann Befassung im Sozialausschuss und im Anschluss im Kabinett. Wir haben das Verfahren eingehalten, weil ich Ihnen das heute vorstellen darf. Wir gehen auch davon aus, dass es sich bei dem Klinikum Oldenburg unzweifelhaft um ein Krankenhaus von besonderer Bedeutung handelt: als Maximalversorger in der Region und zentraler Bestandteil der European Medical School. Das ist ein sehr großes Projekt. Allerdings kann das Klinikum Oldenburg in der Struktur und jetzt auch durch seine universitären Auf-

gaben, die es zur Verfügung gestellt bekommen hat, in der alten Bausubstanz, in der es historisch arbeitet, diese Aufgaben in keinsten Weise mehr wahrnehmen. Deshalb müssen wir dort dringend die Kapazitäten sehr erheblich erweitern.

Insgesamt beläuft sich die Summe, die gestern im Planungsausschuss einvernehmlich beraten wurde, auf ein Gesamtvolumen von 265 Millionen Euro.

Bevor ich auf die einzelnen Maßnahmen eingehe - was ich gern machen würde und auch könnte -, möchte ich Ihnen vorher Gelegenheit geben, gezielt Fragen zu stellen. Denn es ist sehr zeitintensiv, jede Maßnahme baulich zu erörtern, und Sie haben noch viele wichtige Punkte zu beraten.

### Aussprache

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich habe dazu zwei grundsätzliche Fragen. Zum einen fällt mir jetzt nicht zum ersten Mal auf, dass Maßnahmen aufgrund von Baupreissteigerungen aufgenommen werden. Damit habe ich kein Problem. Aber es muss dann ja irgendwann einen Paradigmenwechsel gegeben haben. Wir haben viele Jahre reine Festbetragsfinanzierung gemacht; das Risiko von Baupreissteigerungen und andere Risiken hatte der Träger. Insofern interessiert mich, wann diese Umstellung stattgefunden hat.

Zum anderen interessiert mich, ob es aufgrund der Corona-Pandemie Veränderungen bei den beantragten oder geplanten Baumaßnahmen gibt oder ob das alles so läuft, als wenn die Corona-Pandemie nicht stattgefunden hätte.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Mit Blick auf die Vergangenheit ist es vollkommend zutreffend, was Sie gesagt haben. Wir machen nach wie vor Festbeträge. Wir haben jetzt nicht gesetzlich umgestellt, dass jede Form der Kosten durch das Land zu tragen wäre. Das Instrument unserer Wahl ist nach wie vor die Festbetragsfinanzierung.

Wir haben - das wird man auch in den vergangenen Investitionsprogrammen gut nach vollziehen können - seit rund drei bis vier Jahren, auch bedingt durch die Konjunktur, ein sehr massives Problem, was Nachtragsfinanzierungen angeht. Die Kostensteigerungen waren vor sieben, acht Jahren in der Form nicht spürbar, oder wir haben das noch im Rahmen des sogenannten Pauschalansatzes von 6,5 Millionen Euro abbilden können, wenn es mal um eine halbe Million Euro ging, die

nachzufinanzieren war. Weil aber auch Druck auf den Pauschalansatz für die kleinen Baumaßnahmen vorhanden ist - mit dem wir in der Vergangenheit immer mal wieder ein Stück feinjustieren konnten, wenn im begrenzten Rahmen die Kosten davongelaufen waren; dann haben wir das in der Regel mit dem Pauschalansatz lösen können - und da er auch mit echten kleinen Baumaßnahmen und Großgeräten sehr erheblich belastet ist, sind diese Möglichkeiten nur sehr begrenzt. Seit rund drei bis vier Jahren spüren wir sehr deutlich, dass die Krankenhäuser sehr stark mit baulichen Themen und der Lage auf dem Baumarkt zu kämpfen haben.

Wichtig ist mir aber an dieser Stelle der Hinweis: Wenn wir hier im Einzelfall Nachträge finanzieren, machen wir das nur, wenn auch die Nachträge sehr intensiv vom NLBL auf Angemessenheit und Nachweisbarkeit geprüft sind. Das ist keine Zurfveranstaltung. Jeder Nachtrag, der in ein Investitionsprogramm aufgenommen wird, wird vom NLBL sehr intensiv baufachlich geprüft. Die eigentlichen Kosten der Nachträge sind meistens noch ein Stück weit höher. Wir sorgen dafür bzw. das NLBL sorgt insbesondere durch die baufachliche Prüfung dafür, dass wir in diese Nachträge die Preise als Grundlage nehmen, die wir laut Baupreissteigerung sehr stark nachvollziehen können und die auch, was die Einrichtung betrifft, sehr einheitlich und vergleichbar sind. In Einzelfällen kommen Krankenhausträger mit sehr merkwürdigen Ausschreibungsergebnissen an. Der Klassiker im letzten Jahr war die Gestaltung der Außenanlage, die bei der baufachlichen Prüfung mit 50 000 Euro kalkuliert worden war. Bei der öffentlichen Ausschreibung kam ein Angebot über eine halbe Million Euro. Das war und ist zurzeit die Situation, der sich die Krankenhausträger und auch wir stellen müssen. Wir versuchen, die Krankenhausträger auf der einen Seite nicht im Regen stehen zu lassen, aber auf der anderen Seite auch nicht jede unverschämte Preisvorstellung vom Markt in eine Förderung einzubringen. Die Nachträge werden wirklich anhand von nachvollziehbaren und belegbaren Einheitssätzen baufachlich geprüft und gefördert.

Was Ihre Frage im Hinblick auf die Corona-Pandemie angeht, liegt mir zum heutigen Stand kein Antrag auf Krankenhausinvestitionsförderung im Kontext mit der Bewältigung der stationären Behandlung von COVID-19-Erkrankten vor. Das geht zurzeit Gott sei Dank an der baulichen Thematik komplett vorbei.

Wir hatten aber in der Vergangenheit und haben auch jetzt bekanntlich noch mit dem Thema zu tun, wohin die Beatmungsgeräte kommen. Da aber die Beatmungsgeräte in der Regel relativ mobil sind und ein Krankenhausträger auch eine Normalstation mit überschaubaren Mitteln vorübergehend zu einer Intensivstation umnutzen kann, ist die Antragslage, was die Investitionsförderung angeht, durch COVID-19 nicht spürbar.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Zu dem letzten Punkt haben wir ja kürzlich auch eine Informationen über die Intensivbetten und die Beatmungsgeräte pro Krankenhaus bekommen, so dass wir gut informiert sind.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich habe eine grundsätzliche Frage. Sie sprachen den Strukturfonds an. Im Strukturfonds sind, wenn ich mich richtig erinnere, auch 10 % für Krankenpflegeschulen im Rahmen der generalisierten Ausbildung vorgesehen. Soll das auch am 30. September beraten werden? Bei einigen Trägern entsteht ja jetzt durchaus ein Zwang, dass sie eigentlich dringend beginnen müssen vor dem Hintergrund der erweiterten Ausbildungskapazitäten im Rahmen der generalisierten Ausbildung.

Ist auch mal über das Thema des vorzeitigen Maßnahmenbeginns mit Krankenhausträgern gesprochen worden? Wie steht das Ministerium bzw. die Landesregierung zu dieser Frage?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Das Thema Krankenpflegeschulen haben wir gestern angerissen, aber nicht vertieft inhaltlich diskutiert. Wir haben vier Anträge auf Erweiterung von Krankenpflegeschulen, die wir auf die Spur bringen könnten. Drei Maßnahmen, die Krankenpflegeschulen betreffen, sind weitestgehend mit der Krankenhausgesellschaft und insbesondere mit der GKV, die das Formular ja auch unterschreiben muss - man muss immer besonders lieb sein, bis man die Unterschrift bekommt -, mit dem Planungsausschuss auf der Arbeitsebene abgestimmt. Bei einer Maßnahme fehlen noch Rückmeldungen vom Krankenhausträger. Wir haben gestern vereinbart, dass wir am 30. September gemeinsam mit dem Planungsausschuss und den Kassen für diese Krankenpflegeschulen das Verfahren beim Bundesversicherungsamt einleiten werden.

Wir müssen immer schauen - die Tücke steckt oft im Detail -, was als förderfähige Kosten angemeldet werden kann. Es sind durchaus Themen dabei, die nicht unter § 9 Abs. 1 KHG fallen, son-

dem IT-Technik usw. Das sind dann Detailfragen, die geklärt werden müssen. Dem einen oder anderen Krankenhausträger muss man dann auch mal sagen, dass die Mittel aus dem Strukturfonds dafür dienen, Räumlichkeiten für zusätzliche Ausbildungsplätze zu schaffen und nicht dafür, in diesem Kontext das ganze Gebäude für alle neu zu bauen. Auch diese Ideen gab es. Dann muss man sehen, welcher Anteil auf Zusätzliches entfällt. Das werden wir herausrechnen. Das ist im Prinzip gut machbar. Bis zum 30. September werden wir eine Lösung finden.

Zu dem vorzeitigen Maßnahmenbeginn: Bei den Maßnahmen für Krankenpflegeschulen handelt es sich grundsätzlich um relativ kleine bauliche Maßnahmen. Die Maßnahme in Meppen ist etwas teurer. Die anderen Maßnahmen liegen nach meiner Erinnerung unter einer halben Million Euro. Unter normalen Umständen des Landes könnte dort ein vorzeitiger Maßnahmenbeginn bewilligt werden, wenn die Maßnahme baufachlich geprüft ist. Dabei haben wir immer eine Grenze von einer halben Million Euro. Wir müssen das mit dem Bundesversicherungsamt abstimmen, das dabei immer sehr rigide ist, auch mit Blick auf Delmenhorst und andere Thematiken.

(Abg. Volker Meyer [CDU]: Sie müssen ja nicht gleich mit dem Schlimmsten kommen!)

- Man muss immer im Kontext überlegen, welche Fragen man stellt und wann man sie stellt. Ich bin guter Hoffnung, dass wir das schnell hinbekommen.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich möchte noch einmal auf den Strukturfonds II zurückkommen. Am 30. September wird weiter darüber beraten. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, sind die Projekte, die jetzt angemeldet worden sind, noch nicht zuteilungsreif, weil bei vielen noch keine richtige Prüfung stattgefunden hat. Sie sprachen aber auch von neuen Projekten. Werden auch neue Projekte in den Strukturfonds II eingebracht?

Meine zweite Frage bezieht sich darauf, dass, wie Sie ausgeführt haben, die IT-Technik nicht in die Förderung einbezogen ist. Wie kann es dann sein, dass z. B. ein Krankenhaus, das im IT-Bereich umstrukturieren möchte und im Strukturfonds steht, immer wieder mitgeteilt bekommt, dass das über den Strukturfonds abgerechnet

wird? Das ist dann ja nicht möglich. Oder habe ich das falsch verstanden?

Drittens. Es gibt ja seit heute Nacht mit dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser ein kleines Licht am Horizont. Kann man sich vorstellen, eventuell einen Strukturfonds III aus den Bundesmitteln zu schaffen, oder wird das ein ganz anderes Paket werden? Haben Sie dazu schon irgendwelche Kenntnisse?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Zu Ihrer ersten Frage zum Strukturfonds II: Es gibt keine neuen Projekte.

Dazu möchte ich ergänzend noch zwei Anmerkungen machen. Wenn wir über entscheidungsreife Anträge reden, die über den Strukturfonds II bescheidungsreif wären, so wird das im Jahr 2020 ausschließlich die von Herrn Meyer angesprochenen kleineren baulichen Erweiterungen von Krankenpflegeschulen angehen.

Alle anderen Maßnahmen, die Strukturfonds-II-fähig sind, insbesondere die großen Strukturmaßnahmen, werden im Jahr 2020 aufgrund der Planungen vor Ort nicht entscheidungsfähig sein. Das sind so große Projekte, dass es bis Ende des Jahres keinen baufachlichen Prüfbericht geben wird.

Zu Ihrer zweiten Frage zur IT-Technik: Wir haben die Frage der Förderung der IT-Ausstattung in Krankenhäusern, insbesondere der IT-Sicherheit bei Krankenhäusern, die der kritischen Infrastruktur unterliegen - die also mehr als 30 000 Fälle im Jahr behandeln -, im Planungsausschuss mehrfach sehr intensiv diskutiert. Dabei kommt das zum Tragen, was ich eben auf die Frage von Herrn Meyer gesagt habe: Wir brauchen unter dieses Antragsformular eine wichtige Unterschrift. Mit dieser Unterschrift ist die sehr klare Ansage verbunden, dass einer Förderung von IT-Maßnahmen aus dem Strukturfonds II keinerlei Priorität eingeräumt wird, sodass es aus dem Strukturfonds II, wenn die Position dieser einen Beteiligten im Planungsausschuss so bleibt, keine Förderung von IT-Maßnahmen geben wird.

Zu Ihrer dritten Frage zum Zukunftspakt: Darüber habe ich heute Morgen mit großer Freude gelesen. Dahinter stand in Klammern „3 Milliarden Euro“. Das ist ein wichtiges Thema. Ich habe das heute nur aus den Medien genommen und hatte noch keinerlei Möglichkeit, das Weitere mit der



Abteilungsleiterin oder der Hausleitung zu besprechen.

Ich begrüße das sehr, weil wir alle wissen, wie groß die Herausforderungen sind und wie toll die Krankenhäuser mit dazu beigetragen haben, dass wir die Krise so gut bewältigt haben. Insofern, denke ich, ist das eine gewichtige Struktur, die wir auch zukünftig unterstützen müssen. Wie so etwas finanztechnisch abgebildet wird und ob es einen Strukturfonds III gibt - der dann in der Regel zu 50 % vom Land kofinanziert werden muss -, wird sicherlich in naher Zukunft hier im Ausschuss und auch im Haushaltsausschuss sehr intensiv beraten werden. Ich habe dazu im Moment keinen neuen Sachstand.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir wären Ihnen für eine Mitteilung - gerne auch schriftlich - dankbar, wenn Sie einen neuen Kenntnisstand haben.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Ich habe eine konkrete Frage zum Städtischen Klinikum Braunschweig. Ich vermisse es in dieser Aufstellung. Das Städtische Klinikum setzt ja weiterhin das Zwei-Standorte-Konzept um. Warum finde ich das nicht? Werde ich es dann am 30. September finden? Welche Gründe hat das?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Sie finden das Klinikum auf dieser Liste nicht. Das NLBL prüft insbesondere das Klinikum Braunschweig sehr intensiv, weil es eine sehr große Maßnahme ist. Nach unseren Unterlagen hat der Krankenhausträger für die nächsten zwölf Monate keine Notwendigkeit zusätzlicher neuer Barmittel, weil noch genügend Barmittel für den Bau zur Verfügung stehen. Von daher gehe ich davon aus, dass es im Jahr 2020 keine weitere Investitionsprogrammliste geben wird, auf der das Klinikum Braunschweig erscheint.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): In Ihrem schriftlichen Ergebnisprotokoll steht, dass weitere wichtige Themen vertagt wurden. Darauf möchte ich jetzt zu sprechen kommen; denn es gibt ein ganz wichtiges Thema: die Paracelsus-Klinik Osnabrück.

Ich hatte das Ministerium bereits in der Sitzung am 5. Dezember 2019 darum gebeten, diesen Vorgang nicht zu verzögern. Ich stelle aber jetzt fest, dass es offensichtlich eine Strategie des Hinhaltens gibt. Das finde ich nicht in Ordnung.

Ich danke zunächst einmal Herrn Staatssekretär Scholz recht herzlich dafür, dass er sich sehr intensiv um eine Kompromisslösung bemüht hat. Das war hervorragend. Wir alle können nichts dafür, dass das Klinikum Osnabrück gesagt hat „Das ist für uns keine Grundlage mehr!“, obwohl man das vorher einvernehmlich anders besprochen hatte.

Die Frage ist nun, wie man damit umgeht. Notwendig ist jetzt eine Auswahlentscheidung. Alle Daten liegen vor. Die Sachlage ist bekannt. Insofern bin ich der Meinung, dass man jetzt schnell entscheiden kann.

Sie haben das im Dezember nicht gemacht. Sie haben es gestern nicht getan. Mehr als ein halbes Jahr ist vergangen. Ich finde, das ist nicht in Ordnung.

Es handelt sich um eine Bereinigung der Krankenhausstruktur, die alle wollen. Wir haben dort drei Anbieter und verringern das auf zwei Träger. In Osnabrück gibt es keine Proteste. Ich erinnere nur an die Situation in Dissen, wo es noch heute Mahnwachen gibt. Dann kann man sich doch eigentlich glücklich schätzen, dass man das in Osnabrück jetzt so hinbekommt! Trotzdem wird jetzt nicht schnell entschieden, was die Versorgungsaufträge dort angeht.

Ich möchte noch etwas dazu anmerken. Wir haben in der Vormittagssitzung die Anhörung durchgeführt. Im Rahmen der Anhörung ist gesagt worden, wie sehr man das Pflegepersonal und insgesamt das medizinische Personal schätzt. Ist es aber Wertschätzung, wenn man die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer so lange hinhält? Ich möchte darauf hinweisen, dass sich die Paracelsus-Klinik in einem Insolvenzverfahren befindet. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wissen nicht genau, wie es weitergeht. Sie werden jetzt schon länger als ein halbes Jahr vertröstet.

Ich meine, es ist nicht zu viel verlangt, wenn das Ministerium möglichst schnell darüber entscheidet. Wenn dann gesagt wird, dass eine Entscheidung erst im September und vielleicht noch nicht einmal dann getroffen wird, dann fehlen mir dafür langsam die Worte.

Ich frage mich, wie wir hier in Niedersachsen mit Krankenhausträgern umgehen wollen, wenn sie eine Strukturbereinigung mittragen und das vom Ministerium nicht unterstützt wird!

Ich bin an dieser Stelle auch sehr persönlich betroffen, weil ich in der Sitzung am 5. Dezember darum gebeten habe - das kann man in der Niederschrift nachlesen -, diesen Prozess nicht zu behindern, sondern möglichst zu unterstützen. Das hat das Ministerium aus meiner Sicht nicht getan.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich möchte dazu anmerken, dass wir über die Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am gestrigen Tage unterrichtet werden!

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Das ist nicht berichtet worden! Das kritisiere ich dann auch.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Herr Dr. Robbers wird jetzt sicherlich aufklären, warum das gestern keine Rolle gespielt hat und wie der Sachstand dort ist.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Die Situation in und um Osnabrück hat sich in letzter Zeit etwas merkwürdig entwickelt, wobei die Rolle des Ministeriums nur eine bedingt schuldige ist.

Die Grundlage der vergangenen gemeinsamen Gespräche zur Neuordnung der Situation insbesondere in der Stadt Osnabrück betrifft die Konstellation Paracelsus-Klinik Osnabrück, Marienhospital Osnabrück und Klinikum Osnabrück. Grundlage der vergangenen Gespräche und die eigentliche Problemstellung, die es zurzeit in Osnabrück gibt, ist die zentrale Frage, an welchem Standort oder an welchen Standorten zukünftig die neurochirurgische Versorgung stattfinden wird. Die zweite - nicht ganz unspannende - Frage dahinter ist, ob es in Zukunft in Osnabrück weiterhin zwei neurologische Versorgungsaufträge oder nur noch einen neurologischen Versorgungsauftrag geben soll. Diese beiden Themen hängen sehr eng zusammen. Das sind Fragen, die man durchaus mit im Blick haben muss.

Es gibt noch andere Fragen, z. B. zu den Standorten der Urologie und der Augenheilkunde. Auch das sind spannende Themen, aber ein bisschen nachgelagert. Ich will das hier nicht allzu weit ausbreiten.

Die Beratungen der letzten Wochen - auch Herr Staatssekretär Scholz hat sehr viele Gespräche mit den Beteiligten geführt - zielten immer darauf ab, dass es eine gemeinsame Lösung bzw. eine gemeinsam abgestimmte Lösung zwischen dem Klinikum Osnabrück und dem Marienhospital Osnabrück gibt. Wir hatten dort zahlreiche Gesprä-

che, auch auf der Arbeitsebene, gemeinsam mit der GKV und der Krankenhausgesellschaft. Wir waren im Ergebnis Anfang Mai - zumindest mit einer großen Krankenkasse - so weit, dass wir, um im Sinne aller Beteiligten eine gute und schnelle Lösung zu bekommen, durchaus die Idee entwickelt hatten, den neurochirurgischen Versorgungsauftrag in Osnabrück an zwei Krankenhausträger zu vergeben, um sicherzustellen, dass die Entscheidung des Landes nicht durch den, der sie gar nicht bekommt, beklagt wird. Das waren sehr intensive Gespräche, gerade auch mit den Kassen. Denn es gibt viele, die die Aufteilung eines neurochirurgischen Versorgungsauftrages, der bisher an einem Standort ist, auf zwei Standorte im Sinne einer Kooperation für eine gute und sinnvolle Lösung halten. Es gibt aber auch andere, die die Auffassung vertreten, dass die neurochirurgische Versorgung etwas Spezielles ist und dass es sie deshalb nur an einer Stelle geben sollte. Dazwischen gibt es sehr viele Wahrheiten.

Die beiden Träger hatten sich weitgehend geeinigt. Gegenstand war, dass der neurochirurgische Versorgungsauftrag, der bisher in der Paracelsus-Klinik ist, an das Marienhospital Osnabrück gehen wird in Konkurrenz zu der großen Neurologie im Klinikum Osnabrück - das ist eine der größten Neurologien in Niedersachsen -, sodass es dann in Zukunft auch am Marienhospital eine neurologische Versorgung geben soll.

Das hatte der Träger Marienhospital gemeinsam mit dem damaligen Geschäftsführer des Klinikums Osnabrück, Herrn Dr. Eversmeyer, uns und der GKV gegenüber in einem Letter of Intent schriftlich mitgeteilt - wobei die Kooperationsvereinbarung von keinem der beiden Träger unterschrieben war.

Kurze Zeit später bekamen wir die Mitteilung, dass Herr Dr. Eversmeyer als Geschäftsführer des Klinikums in Osnabrück das Unternehmen verlassen wird - er wird in Zukunft in Solingen tätig werden - und dass in Kürze der ehemalige Mitgeschäftsführer Frans Blok an die alte Wirkungsstätte zurückkehrt. Das war Mitte Mai, um den 11. Mai herum.

Wenige Tage später haben wir vom Aufsichtsratsvorsitzenden des Klinikums Osnabrück die schriftliche Information bekommen, dass die bisherigen gemeinsamen Gespräche und Letter of Intents mit dem Aufsichtsrat des Klinikums Osnabrück nicht abgestimmt worden seien und damit null und nichtig seien und dass das Klinikum

Osnabrück seinen Konkurrenzantrag auf Übernahme aller Versorgungsaufträge vollständig berücksichtigt wissen möchte und keine weiteren kooperativen Versorgungsauftragsangebote mit dem Marienhospital im Zuge Paracelsus mehr eingehen wird. Diese Meldung haben wir am 15./16. Mai bekommen.

Am 20. Mai müssen wir die Unterlagen für den Planungsausschuss versenden. Innerhalb von drei Tagen sind eine fachliche Wertung von Inhalten und ein Auswahlverfahren in keinsten Weise möglich, sodass die ärgerliche Verzögerung, die hier eingetreten ist - die ich ebenfalls sehr ärgerlich finde -, zu wesentlichen Teilen auch durch das Verhalten der regionalen Krankenhausträger mit verursacht wurde. Wenn mir Mitte Mai gesagt wird, dass das, was in den ersten fünf Monaten gemeinsam verhandelt wurde, jetzt nicht mehr gilt, weil derjenige, der verhandelt hat, weg ist, dann sind unsere Möglichkeiten, das jetzt sehr schnell zu entscheiden, sehr begrenzt.

Wenn ich ein Auswahlverfahren durchführe, dann ist das ein sehr intensives Verfahren. Mitnichten liegen alle Unterlagen vor. Das, was uns zurzeit vorliegt, sind zwei Besinnungsaufsätze von zwei Krankenhausträgern, nach denen sie das alles ganz toll können. Sofern man darin ein bisschen tiefer einsteigt, fehlen wesentliche Informationen.

Das zweite Problem, das wir statistisch haben, ist, dass wir mindestens seit COVID-19-Zeiten keine verlässlichen Krankenhauszahlen mehr haben, weil die Kapazitäten leergeräumt wurden. Gerade in der Neurochirurgie gibt es einen nicht unerheblichen Anteil von planbaren Leistungen, sodass die aktuelle Bedarfssituation schwer abzuschätzen ist.

Wir werden unser Möglichstes geben, möglichst schnell das Auswahlverfahren durchzuführen. Den Auftrag haben wir gestern vom Planungsausschuss bekommen. Unser Ziel ist es, dieses Auswahlverfahren, an dem der Planungsausschuss beteiligt werden muss, bis zum 30. September - bis zur nächsten Sitzung -, abzüglich drei Wochen Ladungsfrist mit Unterlagen, entsprechend abzuschließen.

Wir sind gehalten, dieses Verfahren extrem gründlich durchzuführen, weil jede Seite rechtliche Schritte nach der Entscheidung angekündigt hat.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank für die Unterrichtung!

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 2:

**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](#)

*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*

**Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand**

*zu Nr. 1 des Antrags: „Der Landtag fordert die Landesregierung auf, 1. folgende kurzfristige Akutmaßnahmen umgehend umzusetzen: a) Zahlung einer steuerfreien monatlichen, auf sechs Monate befristeten, steuerfinanzierten Landeszulage in Höhe von 500 Euro an alle Pflegekräfte in Krankenhäusern und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen“*

MR **Hildebrandt** (MS): Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist § 150 a SGB XI insofern angepasst worden, als eine Corona-Prämie gezahlt werden muss. Sie geht an alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die diese Prämie an ihre Beschäftigten weiterleiten müssen. Empfangsberechtigt sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, von vollstationären Pflegeheimen, von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, und zwar alle Beschäftigten - also nicht nur die Pflegekräfte, sondern auch die weiteren in diesen Einrichtungen Beschäftigten haben Anspruch auf die Prämie. Gestaffelt ist sie nach Teilzeit- bzw. Vollzeitanteil und nach der Art der Beschäftigung, also danach, wie hoch der Anteil der Pflegeleistungen ist.

Nach den Zahlen, die uns vorliegen, sind etwa 136 000 Personen in Pflegeeinrichtungen empfangsberechtigt.

Der Bund sieht die Zahlung einer einmaligen Prämie in Höhe von bis zu 1 000 Euro vor. Die

gesetzliche Regelung sieht des Weiteren vor, dass die Länder bzw. die Arbeitgeber diese Prämie um maximal 500 Euro aufstocken können. Hier in Niedersachsen setzt sich Frau Ministerin Reimann dafür ein, dass die Aufstockung für den Personenkreis, der im Bundesgesetz genannt ist, durch das Land erfolgt. Bei diesem Punkt hat aber der Haushaltsgesetzgeber das abschließende Wort.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Sie haben aus der Sicht des Landes die Zahl von 136 000 Pflegekräften genannt. Bei dem Modell des Landes geht es ja nur um Altenpflegekräfte. Sie haben ausgeführt, dass das Land dies so vorsieht. Die Ministerin hat bisher erklärt: für die Altenpflege, also das SGB-XI-Modell. Deshalb habe ich die Frage, um wie viele Kräfte es bei dem Antrag der Fraktion der Grünen geht, in dem von „Pflegekräften in Krankenhäusern und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen“ die Rede ist. Wenn ich von den von Ihnen genannten 136 000 Altenpflegekräften ausgehe, bin ich im Zusammenhang mit dem Antrag der Fraktion der Grünen schon bei rund 400 Millionen Euro. Auf wie viele Pflegekräfte bezieht sich also der Antrag der Fraktion der Grünen?

MR **Hildebrandt** (MS): Die Zahl von 136 000 bezieht sich auf die Beschäftigten in den genannten Pflegeeinrichtungen, also nicht allein Pflegekräfte, sondern der Personenkreis, von dem wir davon ausgehen, dass er insgesamt in Niedersachsen anspruchsberechtigt ist, also neben Pflegekräften z. B. auch Küchenhilfen, Putzhilfen usw. in den Einrichtungen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): In der Altenpflege!

MR **Hildebrandt** (MS): In den genannten Einrichtungen: bei ambulanten Pflegediensten, in vollstationären Pflegeheimen, in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen, also in der Altenpflege.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Meine Frage war: Wie viele Personen sind es auf der Grundlage des Antrags der Fraktion der Grünen?

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Die Frage bezieht sich auf den Personenkreis, der über den Bereich der Altenpflege hinausgeht.

MR **Hildebrandt** (MS): Diese Zahl haben wir nicht überschlagen. Wir haben zwar schon Berechnungen vorgenommen, sie liegen mir aktuell aber

nicht vor. Die Frage ist, welche Personenkreise noch hinzukommen: im Rettungswesen, in der Eingliederungshilfe usw.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir bitten, das noch nachzureichen (s. Seite 19 dieser Niederschrift, linke Spalte unten).

Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich habe in diesem Zusammenhang eine Frage an Frau Janssen-Kucz. In Ihrem Antrag steht „Pflegerkräfte in Krankenhäusern und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen“. In Ihrer Rede im Plenum haben Sie auch von den Rettungsdiensten gesprochen. Was gilt denn? Das muss die Landesregierung ja wissen, wenn sie das ausrechnen soll!

Ab. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): In dem Antrag haben wir bewusst formuliert: „Pflegerkräfte in Krankenhäusern und ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen“. Für mich gehören auch die Rettungskräfte definitiv mit dazu.

Auch ich war über die Zahl 136 000 gestolpert. Ich hatte für den Kreis, der seitens des Bundes vorgesehen ist, gut 120 000 Personen geschätzt. Uns als Grüne ist es sehr wichtig, dass wir die Pflegekräfte in den Krankenhäusern, die Rettungsdienste usw. dabei nicht vergessen. Deshalb wäre es mir wichtig, dass Sie uns diese Zahlen nachliefern, wenn Sie das schon einmal ausgerechnet haben, damit wir die Gesamtzahl kennen und beurteilen können, ob das mit den Berechnungen übereinstimmt, die wir in der Fraktion angestellt haben.

Will sich das Land an die Vorgabe in Sachen Pflegebonus von Herrn Spahn halten und nicht darüber hinausgehen?

MR **Hildebrandt** (MS): Im Moment ist vorgesehen, den Landesanteil an den Personenkreis zu zahlen, auf den Minister Spahn im Bundesgesetz abgestellt hat.

*zu Nr. 1 b) des Antrags: „weitere Ausweitung der Testkapazitäten und aktive Nutzung der Kapazitäten für pflegerisches und medizinisches Personal in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)“*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Bei diesem Punkt des Antrags sind wir bei den Testkapazitäten, die Herr Dr. Genthe vor Eintritt in die Tagesordnung angesprochen hat (s. Seite 3 dieser Nie-

derschrift). Frau Schröder wollte das eigentlich unter dem TOP 5 mit abhandeln. Wollen wir das vorziehen? - Dann verfahren wir so.

MDgt'in **Schröder** (MS): Unser bisheriges Testregime haben wir sehr erfolgreich gefahren. Bei jedem begründeten Verdacht auf eine Corona-Infektion haben wir sofort alle Verdachtspersonen getestet. Wir haben dann Kontaktpersonen der sogenannten Kategorie I ermittelt, also Personen, die unmittelbar einen Kontakt mit dem Verdachtsfall hatten, der länger als 15 Minuten andauert hat. Das entspricht den Definitionen, die das Robert Koch-Institut herausgibt. Auch dieser Personenkreis der Kategorie I ist getestet worden, und zwar unabhängig davon, ob Symptome entwickelt worden sind oder nicht.

Die weiteren Kontaktpersonen der Kategorie II sind, soweit erforderlich, unter Quarantäne gestellt und beobachtet worden. Natürlich wird mit den Testungen fortgefahren, wenn Symptome auftreten.

Hintergrund ist, dass das Testverfahren, das weltweit zur Verfügung steht - ein anderes Testverfahren gibt es derzeit nicht -, einen ganz großen Vorteil bietet: Es ist zu 100 % sicher, dass die getestete Person infiziert ist, wenn der Test ein positives Ergebnis zeigt. - Aber der Test sagt, wenn er ein negatives Ergebnis hat, nichts darüber aus, ob eine Infektion vorliegt oder nicht. Der Test sagt lediglich: Zu der Sekunde, in der der Abstrich vorgenommen wurde, gibt es noch keine Besiedlung durch das Virus im Rachen, die durch einen Test nachgewiesen werden kann. Insofern ist mit diesem Testverfahren kein sogenanntes Freitesten möglich. Deswegen ist die Testung in dieser Testregie auf die Kontaktpersonen der Kategorie I und auf alle symptomatischen und begründeten Verdachtsfälle begrenzt.

In Erweiterung dieser Teststrategie werden wir jetzt nicht nur symptombezogen anlassbezogen vorgehen, sondern wir wollen die Strategie auf weitere Anlässe ausweiten, indem wir aufgrund der konkreten Inzidenz in einer Region - konkret in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt - stichprobenartig testen. Für diese Stichproben werden wir uns auf zwei Berufsgruppen konzentrieren, nämlich auf die Pflegekräfte in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie im ambulanten Pflegedienst sowie auf die Beschäftigten in der vorschulischen Kinderbetreuung. In diesen beiden Berufsgruppen werden Stichproben genommen, um aufzuhellen, inwieweit das

Virus tatsächlich in einer Region streut, wenn bestimmte Schwellenwerte der Inzidenz überschritten sind.

Hintergrund ist, dass auf der einen Seite in den Pflegeheimen und insbesondere bei den Pflegebedürftigen insgesamt die absolut vulnerable Gruppe ist - mehr als die Hälfte aller Todesfälle ist bei diesem Personenkreis zu verzeichnen - und dass es auf der anderen Seite bei der vorschulischen Betreuung von Kindern aus pädagogischen Gründen nicht durchführbar ist, die Abstandsregelungen einzuhalten. Deswegen sehen wir auch in den Beschäftigten in diesem Bereich eine Gruppe, die sich für eine solche Stichprobe eignet.

Je nach Ergebnis der Stichprobenprüfung, die dann alle diese Einrichtungen in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt umfasst, werden, von dort ausgehend - selbstverständlich wieder unter der Maßgabe unserer bisherigen Teststrategie -, im Zweifel weitere Testungen erforderlich werden.

Wir führen solche Testungen gerade ganz aktiv bei den Schlachthöfen durch. Von dort haben wir mittlerweile fast 9 000 Testergebnisse. Zum Glück haben wir das Infektionsgeschehen auf einen Zerlegebetrieb in Dissen im Landkreis Osnabrück begrenzen können. In den anderen Schlachthöfen haben wir bisher keine positiven Ergebnisse zu verzeichnen.

Die dritte Säule, um die wir unsere bisherige Teststrategie erweitern, besteht darin, dass wir den Beschäftigten in jenen Pflegeeinrichtungen, die schon positiv laborbestätigte Corona-Fälle in der Mitarbeiterschaft und/oder bei den Bewohnern zu verzeichnen hatten, aktiv anbieten, an einer Testung teilzunehmen, um sie darauf hin zu testen, ob bei ihnen Antikörper im Blut nachzuweisen sind. Hierzu hat das NLGA ein Testverfahren entwickelt, das im Rahmen dieser Teststrategie erprobt werden soll. Es geht darum, inwieweit Erkenntnisse gewonnen werden können, die auch eine Ausweitung des Testverfahrens ermöglichen.

Das ist im Grunde das, was die Frau Ministerin etwas ausführlicher, als ich das jetzt getan habe, heute Mittag vorgestellt hat. Das alles findet natürlich in enger Abstimmung mit den Experten aus unserem Haus, mit den Experten der anderen Länder, aber vor allem auch des RKI statt.

Die Diskussionen zwischen den Ländern und dem Bund haben dazu geführt, dass das Bundesministerium über eine Rechtsverordnung die Kosten-

tragung für solche Testverfahren regeln will. Das befindet sich noch im Verfahren. Momentan ist noch nicht ganz klar, wann diese Verordnung herauskommen wird. Das BMG beabsichtigt aber, für solche erweiterten Testverfahren, wie wir sie jetzt vorsehen, abrechnungstechnische Regelungen zu treffen.

So viel ganz kurz im Rahmen dieser Unterrichtung zum Thema Testungen in Pflegeeinrichtungen und Testungen von Pflegekräften. Wichtig ist, dass wir einen konkreten Anlass brauchen, damit wir die Testergebnisse, die wir bekommen, in ein vorhandenes Infektionsgeschehen einordnen können. Das ist mit der erweiterten Teststrategie sichergestellt.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich begrüße diese Entwicklung außerordentlich. Wir haben das über etwa drei Wochen ganz intensiv diskutiert. Ich begrüße, dass da Bewegung hineingekommen ist.

Habe ich es richtig verstanden, dass Stichproben-tests sowohl bei den Beschäftigten als auch bei den Bewohnern gemacht werden, oder werden sie nur bei den Beschäftigten durchgeführt?

Etwas Vergleichbares hat es nach meiner Kenntnis bisher nur in NRW in Heinsberg gegeben, wo man im Nachhinein festgestellt hat, dass eine nicht unerhebliche Zahl von Bewohnern die Erkrankung durchgemacht hat, ohne Symptome gezeigt zu haben. Insofern interessiert mich, welches der Maßstab ist. Bei welcher Erkenntnis kommt das Ministerium gegebenenfalls zu welcher Folgeaktion, etwa dass dann z. B. in allen Pflegeheimen getestet werden muss?

Abschließend bitte ich darum, dass uns Ihre Ausführungen möglichst schriftlich zur Verfügung gestellt werden. Das waren so viele Informationen, dass ich sie nur bedingt habe aufnehmen können.

MDgt'in **Schröder** (MS): Selbstverständlich werden wir Ihnen das im Nachgang zu dieser Sitzung schriftlich zuleiten.

Wir haben uns bei der Weiterentwicklung der anlassbezogenen Testung - Anlass ist die Inzidenz in einem Landkreis - dafür entschieden, in einem ersten Schritt zunächst alle Beschäftigten zu testen vor dem Hintergrund, dass der Test als solcher nicht wirklich angenehm ist; das muss man klar sagen.

Das Gleiche gilt für den Antikörpertest. Auch dabei wollen wir zunächst mit den Beschäftigten beginnen, weil der Antikörpertest eine Blutabnahme voraussetzt. Das heißt, die jeweils betroffene Person muss einwilligen.

In dem Moment, in dem bei der Testung von Beschäftigten in einem Pflegeheim ein positiver Befund zu verzeichnen ist, werden selbstverständlich alle Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheimes sofort getestet. Das ist klar. Wir müssten dann aber auch überlegen, welche weiteren Kontaktpersonen der Kategorie I getestet werden müssen.

Im Bereich der vorschulischen Kinderbetreuung würden wir nach dem jetzigen Stand durchaus einen Schritt weiter gehen. Wenn es dort positive Befunde gibt, würden wir natürlich schauen, welches Einzugsgebiet beispielsweise die betroffene Kindertagesstätte auch im schulischen Bereich im Umfeld hat. Oftmals gibt es auch enge Bindungen z. B. über Geschwisterkinder zu Schulen. Das würde bedeuten, dass wir quasi kreisförmig weitere Gemeinschaftseinrichtungen, bei denen Nahkontakte nicht ausgeschlossen werden können, in den zweiten Schritt der Testung einbeziehen. Wir hätten dann einen Infektionsfall, von dem ausgehend wir ringförmig weiter testen würden.

In dem ersten Schritt würden wir den Beschäftigten der Pflegeheime den Test anbieten, bei dem Blut für den Antikörpertest abgenommen würde. Dann würden wir je nach Ergebnis entscheiden, ob wir das auch Pflegebedürftigen anbieten wollen, wobei man dann auch unter medizinischen Aspekten überlegen muss, ob dies nötig ist, ob wir also ein Mehr an Erkenntnissen gewinnen, die uns weiterbringen, oder auch nicht. Das wäre einer Weiterentwicklung vorbehalten.

Schlussendlich muss man sagen, dass wir mit unserer Teststrategie zum einen der Infektionsentwicklung Rechnung tragen, aber zum anderen vor allem auch weitere Erkenntnisse zu diesem Virus gewinnen wollen. Insofern geht es tatsächlich um eine Weiterentwicklung der bisherigen Strategie. Wir werden dort auch nicht stehenbleiben, sondern die Teststrategie gegebenenfalls immer weiter verfeinern und ausweiten, wenn die Lage dies gebietet.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Auch ich begrüße natürlich, dass das Konzept jetzt vorliegt. Wie gerade erwähnt wurde, ist schon über drei Wochen intensiv über diese Fragen diskutiert worden.

Selbstverständlich kann man immer sagen, dass das auch wesentlich schneller hätte gehen können. Das lasse ich jetzt einmal dahingestellt.

Wenn ich es richtig verstanden habe, beschränken Sie sich darauf, dann zu testen, wenn tatsächlich Symptome vorliegen. Das geht über das, was das Bundesgesundheitsministerium macht, im Grunde nicht hinaus. Deshalb interessiert mich, ob es, um die tatsächliche Verbreitung des Virus in der Bevölkerung zu erkennen und die Lage richtig einzuschätzen, nicht notwendig ist, insbesondere in den Bereichen mit hohem Risiko - also in Pflegeheimen, in medizinischen Einrichtungen, meinerwegen auch in Kitas und Schulen - systematisch und regelmäßig Tests durchzuführen, um die Verbreitung des Virus tatsächlich verifizieren zu können.

MDgt'in **Schröder** (MS): Richtig ist, dass wie bisher getestet wird, wenn Symptome oder ein begründeter Verdacht vorliegen. Die Ergänzung bzw. die weitere Entwicklung unserer Teststrategie beinhaltet gerade das Testen in symptomlosen Fällen, aber bei konkretem Anlass. Als Anlass haben wir - auch in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut, aber auch in Abstimmung mit anderen Bundesländern - die Inzidenz gewählt, weil dieses Testverfahren als solches keinerlei Erkenntnisse bringt, wenn man einfach ohne Plan testet.

Wir haben die Entscheidung über die Zusammensetzung der Stichproben ganz bewusst getroffen, nämlich dass nicht etwa 10 % der Bevölkerung eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt beprobt werden, sondern ganz konkret Gruppen, nämlich zwei Beschäftigtengruppen, und zwar die symptomlosen Beschäftigten in den Pflegeheimen und die Beschäftigten in der vorschulischen Kinderbetreuung in dem Moment, in dem die Inzidenz des jeweiligen Landkreises oder der jeweiligen kreisfreien Stadt dies gebietet. Nur dann haben wir eine Chance, mit diesem Testverfahren Erkenntnisse über die Verbreitung des Virus zu gewinnen.

Die aktuellen Infektionsereignisse zeigen, dass es im Grunde zwei Arten von Ereignissen gibt: zum einen Ereignisse, die sich engeräumigen lokalen Situationen zuordnen lassen, die aber gleichwohl große Wirkung entfalten, und zum anderen Situationen, die im Grunde viel gefährlicher sind, weil sie über einen gewissen Zeitraum unbemerkt bleiben, nämlich das Streuen in einer Bevölkerung.



Bei dem zur Verfügung stehenden Testverfahren wird aber ein klarer Anlass benötigt. Den wählen wir in Form der Inzidenz, die wir landkreisbezogen bzw. gesundheitsamtsorientiert ausweisen. Wenn wir in Landkreisen bzw. kreisfreien Städten eine Sieben-Tage-Inzidenz von mehr als 35 Fällen pro 100 000 Einwohnern haben, würden wir sofort testen. Wir würden nicht abwarten, dass der Schwellenwert von 50 Fällen pro 100 000 Einwohner erreicht wird, den wir in der Verordnung in dem Sinne geregelt haben, dass dann sofort mit Maßnahmen bezogen auf Lockerungen vorgegangen werden muss. Wir würden zusätzlich in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt jeweils mit der höchsten Inzidenz, sofern diese zweistellig ist, testen. Unter dieser Schwelle ist die Zahl der Infizierten einfach zu gering, um eine Vergleichsprobe zu haben.

Das ist die Strategie, mit der wir das Dunkelfeld, bezogen auf zwei Gruppen, aufhellen wollen: zum einen bezogen auf die Pflegeheime und die dort Beschäftigten vor dem Hintergrund, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen besonders vulnerabel sind, und zum anderen bezogen auf die Kinderbetreuung, weil dort die Abstandsregelungen, die überall woanders gelten, nicht eingehalten werden können.

Abg. **Meta Janssen Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für diese Unterrichtung. Ich begrüße diesen längst überfälligen Strategiewechsel. Wir haben über Wochen immer wieder darüber diskutiert, dass es in der Sache nicht nachvollziehbar und letztendlich auch nicht zu kommunizieren ist, dass Fußballspieler und auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Schlachthöfen getestet werden, dass aber in den Bereichen, in denen wir hohe Fallzahlen zu verzeichnen haben oder hatten - Sie haben das gerade genannt -, bisher keine Tests durchgeführt wurden.

Sie haben von einer Inzidenz von mehr als 35 Fällen pro 100 000 Einwohner gesprochen. Einen solchen Wert haben wir auch jetzt in den sogenannten Hotspots noch nicht erreicht, aber dort werden gleichwohl Tests vorgenommen. Ansonsten geht es um unsere Altenpflegeeinrichtungen.

Mir stellt sich aber immer wieder die Frage, wie es sich mit dem Pflegepersonal in den Krankenhäusern verhält. Lassen wir die Pflegekräfte in diesem Zusammenhang allein? Die Krankenhäuser versuchen ja, Eingangsuntersuchungen bei ihren Patienten zu machen. Zumindest ist das, soweit ich weiß, in den Krankenhäusern in meiner

Region der Fall. In Emden konnte ein Krankenhaus schon keine Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen, weil es dort einen positiven Fall gab, der verspätet festgestellt wurde.

Aus meiner Sicht ist dieses gesamte Konzept ein erster richtiger Schritt. Dafür ein dickes Dankeschön!

Ich bin aber gleichwohl der Meinung, dass nachjustiert werden muss, weil neben den Kitas auch noch in anderen Bereichen Menschen in einem Kontext arbeiten, den wir als systemrelevant eingestuft haben. Es muss deutlich werden, dass wir auch diese Menschen mit einem umfassenden Konzept schützen müssen.

Habe ich Sie auch richtig verstanden, dass Sie im Rahmen der Dunkelfeldaufhellung gegebenenfalls auch planen, die Teststrategie zu erweitern?

MDgt'in **Schröder** (MS): In der Tat haben wir uns in Übereinstimmung mit den Experten des RKI dazu entschlossen, mit Stichproben zu starten. Für die Stichproben haben wir zwei Bereiche ausgewählt, die aus unserer Sicht aus verschiedenen Gründen besonders vulnerabel sind.

Die Krankenhäuser sind zunächst nicht in dieser Testregie enthalten. Anders als bei den Pflegeheimen gibt es in den Krankenhäusern eine hohe Anzahl ärztlicher Beschäftigter. Krankenhäuser testen teilweise ohnehin ihr Personal. Sie sind dazu auch eigenständig in der Lage.

Uns geht es zunächst einmal darum, ob sich aus solchen stichprobenartigen Testungen tatsächlich Erkenntnisse ergeben, die dann weitere Testungen auslösen.

Bei den Schlachthöfen war die Annahme: Wenn wir einen Zerlegebetrieb mit einem hohen Infektionsgeschehen haben, dann ist das Risiko, dass wir ein solches Geschehen auch an anderen Standorten vorfinden, sehr hoch. Aus diesem Grund haben wir getestet, weil von diesen anderen Standorten unter Umständen durchaus Gefahren für die Bevölkerung ausgegangen wären. Diese Annahme hat sich nicht bestätigt.

Wenn sich durch die Testungen der Beschäftigten in Pflegeheimen ergibt, dass Personal laborbestätigt positiv ist, dann ist natürlich sofort, ausgehend von diesem Fall, zu prüfen, inwieweit weitere Testungen erfolgen müssen. Dann haben wir ja mit einem positiven Fall zu tun. Wenn dann etwa Kontakte zu einem Krankenhaus bestünden, wäre

vor Ort vom Gesundheitsamt zu prüfen, inwieweit die Testung dort ausgedehnt werden muss. Dafür gilt dann im Grunde das Gleiche, was ich für Kindergärten und Schulen gesagt habe.

Um überhaupt erst einmal einen Überblick zu bekommen, wohin wir schauen müssen und wo wir, wenn wir weiter testen, verwertbare Erkenntnisse gewinnen, muss man zunächst einmal mit der stichprobenartigen Vorgehensweise auf infizierte Fälle stoßen.

Das ist das Vorgehen, das wir zurzeit planen. Natürlich werden wir das anpassen, wenn wir in der Praxis feststellen, dass an der einen oder anderen Stelle Nachjustierungsbedarf besteht.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Es ist zu begrüßen, dass jetzt mehr getestet wird. Angesichts der zum Teil zweifelhaften Validität der PCR-Tests wäre ein systemloses Testen sicherlich nicht angebracht.

Ich habe eine kurze Nachfrage. Handelt es sich bei den Antikörpertests um Tests des Pharma-Unternehmens Roche, von denen das Bundesgesundheitsministerium mehrere Millionen geordert hat, oder handelt es sich um eigene Antikörpertests, die jetzt durchgeführt werden?

MDgt'in **Schröder** (MS): Es handelt sich nicht um das Testverfahren der Firma Roche, mit der das BMG Liefervereinbarungen getroffen hat, sondern um ein Testverfahren, das das NLGA ausprobiert hat. Welche Firma dahinter steht, kann vielleicht Herr Dr. Feil sagen.

MR **Dr. Feil** (MS): Das Landesgesundheitsamt testet derzeit zwei Verfahren: eines von EURO-IMMUN und ein weiteres von einem anderen Unternehmen. Das Roche-Testsystem steht dem Landesgesundheitsamt nicht zur Verfügung, weil die Geräte dafür nicht zur Verfügung stehen. Es ist auch ein anderes Testverfahren. Es geht um das Gesamt-IgG. Insofern müssen wir sehen, wie wir mit dem Testverfahren insgesamt umgehen.

Wir führen die Antikörpertests im Rahmen unserer Teststrategie durch, um mehr Erkenntnisse zu gewinnen. Bislang hat dies noch keine Auswirkungen auf individuelle Aussagen darüber, ob die Getesteten in Zukunft vor einer Infektion geschützt sind oder nicht.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Darüber haben wir in der Sitzung vor einer Woche sehr intensiv miteinander diskutiert.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Ich habe noch eine Verständnisfrage zur Einordnung bzw. Umsetzung des Konzepts. Resultiert aus diesem Konzept eine Verbindlichkeit für die Gesundheitsämter, nach diesen Maßgaben zu verfahren, oder ist das den Gesundheitsämtern freigestellt? Ich frage vor dem Hintergrund, dass in Braunschweig eine Diskussion darüber entflammt ist, wer getestet werden soll, und darüber unterschiedliche Auffassungen herrschten. Wir würden uns wünschen, dass wir vom Land klare Handlungsempfehlungen bekommen. Kann ich das Konzept als klare Handlungsempfehlungen verstehen?

MDgt'in **Schröder** (MS): Ja, das ist eine klare Handlungsempfehlung, aber auch mehr. Wir werden das immer mit den Gesundheitsämtern vor Ort konkret abstimmen. Die Gesundheitsämter sind ja dann dafür zuständig, die Testverfahren mit zu initiieren und umzusetzen. Unser Ziel ist es, zu einem strukturierten Verfahren in Niedersachsen zu kommen, mit dem eine klare Handlungsleitlinie des Landes vorliegt, die vor Ort, auch den einzelnen Gesundheitsämtern, Sicherheit bietet.

*zu Nr. 1 c) des Antrags: „Finanzierung der Grundausrüstung an pflegerischen Hilfsmitteln in ambulanten Pflegediensten, wie im Rahmenvertrag vorgeschrieben, über die Kranken- und Pflegekassen“*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ein Hinweis im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit: Der Antrag umfasst den gesamten Bereich der Pflege und damit viele Themen, die wir auch schon in anderem Zusammenhang diskutiert haben. Ich bitte daher um eine Positionierung der Landesregierung zu der in dem Antrag aufgeworfenen Thematik. Danach besteht die Möglichkeit für Verständnisfragen. Die Beratung über den Antrag erfolgt später.

Ref.'in **Riese** (MS): Unter Nr. 1 c) des Antrags wird gefordert, die Finanzierung der Grundausrüstung an pflegerischen Hilfsmitteln in ambulanten Pflegediensten, wie im Rahmenvertrag vorgeschrieben, über Kranken- und Pflegekassen zu finanzieren.

Für jeden Bereich gibt es einen Rahmenvertrag. Der Rahmenvertrag für die Pflegekassen nach § 75 Abs. 1 SGB XI enthält keine Regelung zur

Erstattung von pflegerischen Hilfsmitteln. Für diesen Bereich kann die Forderung also nicht gelten.

Der Rahmenvertrag für den SGB-V-Bereich, also für die häusliche Krankenpflege, enthält dazu Regelungen. Darin ist die Vorhaltung von Sachmitteln geregelt: z. B. Pflegekoffer, Blutdruckmessgerät, sterile Handschuhe, Pflaster, Tupfer, Windeln usw. Das ist Vertragsgegenstand zwischen den Pflegekassen und den Einrichtungsträgern. Wir gehen davon aus, dass das so finanziert wird, wie es in dem Vertrag steht. Insofern müsste erst einmal geschildert werden, wo überhaupt ein Problem bestehen soll.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Sie können also das Antragsbegehren an dieser Stelle nicht richtig erkennen.

Abg. **Meta Janssen Kucz** (GRÜNE): Der Hintergrund für diese Forderung ist, dass die ambulanten Pflegedienste Schutzmaterialien und Sachmittel vorhalten müssen, aber diese - anders als dies in der stationären Pflege der Fall ist - nicht abrechnen können. Ich habe das bereits im Corona-Kontext angesprochen. Wir wollen das auf den Prüfstand stellen, damit ein Stück weit Gleichbehandlung geschaffen wird.

Vielleicht ist der Ausdruck „pflegerische Hilfsmittel“ - das sage ich durchaus selbstkritisch - nicht ganz korrekt. Es geht vor allem um Schutzmaterial, u. a. Kittel.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): An dem Entschließungstext wird sowohl vom Antragsteller als auch von den anderen Fraktionen sicherlich noch gearbeitet werden.

*zu Nr. 1 d) des Antrags: „Unterstützung bei der Einrichtung von Task Forces in Pflegeeinrichtungen, in denen COVID-19 festgestellt wurde“*

MR **Hildebrandt** (MS): Ich möchte jetzt gerne die Zahlen zu der **Nr. 1 a)** nachliefern. Ich hatte gerade Gelegenheit nachzuschauen.

Bei den Krankenhäusern gehen wir von rund 45 000 Beschäftigten aus, bei den Reha-Kliniken von ca. 2 400 Beschäftigten, im Bereich der Eingliederungshilfe von ca. 17 000 Beschäftigten und beim Rettungsdienst von ca. 9 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Was das finanziell genau bedeuten würde, können wir noch nicht sagen. Dazu müssten wir auch

wissen, wie hoch die Teilzeitanteile sind. Außerdem müsste festgelegt werden, ob alle Beschäftigten den gleichen Anspruch haben sollen wie die in der Pflege Beschäftigten. Diese Fragen wären zunächst zu klären.

Ganz grob überschlagen, hat eine Kalkulation ergeben, dass man bei der Zahlung einer Prämie im Bereich der Altenpflege, wie vom Bund vorgesehen, mit einer Aufstockung um den Landesanteil und der Übernahme des bayerischen Modells auf Niedersachsen auch für die anderen genannten Berufsgruppen bei Kosten von ungefähr 75 Millionen Euro landen würde.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Das gilt aber nicht für das Modell der Grünen, das sechs Monate laufen soll!

MR **Hildebrandt** (MS): Das haben wir noch nicht überschlagen. Mit den Zahlen haben wir noch nicht gerechnet.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Das Modell der Grünen würde auf eine halbe Milliarde Euro plus X hinauslaufen.

MR **Hildebrandt** (MS): Ja, das wird dann noch mehr.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Wir machen weiter mit der Nr. 1 d).

MR **Hildebrandt** (MS): Bei der Nr. 1 d) des Antrags geht es um die Unterstützung bei der Einrichtung von Task Forces in Pflegeeinrichtungen, in denen COVID-19 festgestellt wurde.

Wir haben zum 19. Mai die Mobil Teams gestartet. Dabei geht es um eine Kooperation des Sozialministeriums mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Landesgesundheitsamt. Jetzt gibt es für Pflegeeinrichtungen, die ein besonderes Ausbruchsgeschehen zu verzeichnen haben, die Möglichkeit, Unterstützung bezüglich der Hygienepläne und der Infektionsschutzmaßnahmen anzufordern. Wir konnten dabei ausnutzen, dass beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen sehr erfahrene, fachlich versierte Kräfte bereitstehen, die im Moment nicht im Prüfdienst sind und die zudem - was das Ganze begünstigt - über Niedersachsen verteilt arbeiten, sodass die Einsätze dieser Mobil Teams wohnortnah erfolgen können. So sind dann, wenn eine entsprechende Anforderung erfolgt, relativ schnell Vor-Ort-Termine möglich.

Was das Meldeverfahren angeht, so werden die Gesundheitsämter gebeten, entsprechende Fälle zu melden - also nicht die Einrichtungen; so ist das auch kommuniziert worden. Die Gesundheitsämter wenden sich dann an das Sozialministerium - sie verfügen über die Kontaktdaten -, und wir informieren dann die beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen angesiedelte Einsatzleitung, die dann die entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereitstellt.

In der Regel wird es zunächst einen telefonischen Kontakt geben. Für den Fall, dass es für erforderlich gehalten wird, ist auch eine Ortsbegehung vorgesehen.

Zur Rolle des Landesgesundheitsamtes ist noch zu erwähnen, dass dort die fachlichen Informationen zusammengestellt werden, die im Zusammenhang mit dem Coronavirus relevant sind. Es werden auch ständig Aktualisierungen vorgenommen. Das Landesgesundheitsamt steht natürlich auch für die Einsatzkräfte bereit, wenn es spezielle fachliche Fragen im Zusammenhang mit einem Ausbruchsgeschehen gibt.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wenn ich Sie richtig verstanden habe, heißt das, dass Sie diese Forderung in dem Antrag der Fraktion der Grünen als erfüllt ansehen.

MR **Hildebrandt** (MS): Ja.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das ist eine Botschaft.

*zu Nr. 1 e) des Antrags: „personelle und finanzielle Stärkung der Gesundheitsämter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)“*

MDgt'in **Schröder** (MS): Die finanzielle Stärkung der Gesundheitsämter ist sozusagen in Bearbeitung. 150 000 Euro pro Gesundheitsamt sind im Plan. Dieses Geld kann auch für die digitale Erüchtigung eingesetzt werden. Gerade im Zusammenhang mit dem konkreten Corona-Ausbruch wird deutlich, dass ein erheblicher Anteil an Arbeitskraft in den Gesundheitsämtern und letztlich in den gesamten Verwaltungen - viele Verwaltungsmitarbeiter werden ja dort eingesetzt - durch die Kontaktnachverfolgung gebunden wird. Wir sind gerade dabei, ein digitales Verfahren, das in Niedersachsen vom HZI entwickelt worden ist, den Kommunen schnellstmöglich für die lokale Kontaktnachverfolgung zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus gibt es die Verabredung zwischen allen Ländern und dem Bund, dass Gesundheitsämter, wenn sie melden, dass sie personell an ihre Grenzen gestoßen sind, personelle Unterstützung bekommen. Wir haben das in Niedersachsen ganz konkret so vorbereitet, dass die Möglichkeit besteht, über sogenannte Amtshilfeersuchen, die über die Behörden der Landkreise laufen, über die Hilfsorganisationen Unterstützung zu organisieren, die durch das Land finanziert wird.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auch die Bundeswehr einzuschalten. Dies haben einzelne Gesundheitsämter schon erfolgreich durchgeführt.

Wir warten jeweils die Meldungen der Gesundheitsämter ab. Ein besonders hoher personeller Aufwand muss natürlich in dem Moment betrieben werden, in dem entsprechende Infektionsausbrüche vor Ort zu verzeichnen sind.

*zu Nr. 1 f) des Antrags. „Einrichtung von fünf universitären Pflegeprofessuren an niedersächsischen Hochschulen“*

MR **Hildebrandt** (MS): Die Bundesregierung hat bei der Reform der Gesetze für Pflegeberufe die Möglichkeit geschaffen, Studiengänge zum Erwerb berufsrechtlicher Rechte an Hochschulen einzurichten.

Aus der Sicht der Landesregierung besteht derzeit ein wichtiger Handlungsbedarf in der Pflegepädagogik, insbesondere weil sich die Anforderungen an Pflegelehrkräfte geändert haben und sehr gestiegen sind. Vor diesem Hintergrund geht es jetzt um zusätzliche Masterstudienplätze und die Einrichtung neuer Professuren zunächst in Studiengängen der Pflegepädagogik. Das ist ein primäres Ziel.

Eine Konzentration auf universitäre Standorte ist aus der Sicht des MWK nicht erforderlich. Erst einmal ist an Fachhochschulen gedacht. Dessen ungeachtet soll geprüft werden, ob mittelfristig auch neue Bachelorstudiengänge für die Pflege eingerichtet werden, um die Nähe zum beruflichen Feld zu erhöhen und verstärkt wissenschaftlichen Nachwuchs für Pflegeprofessuren auszubilden.

zu Nr. 1 g) des Antrags: „feste Verankerung der Pflege in den Teams der Krankenhausleitungen“

MDgt'in **Schröder** (MS): Die Krankenhäuser sind per se eingerichtete und ausgeübte Gewerbebetriebe und verfügen über ganz unterschiedliche Leitungsstrukturen. Der Ärztliche Direktor, wie man ihn von früher kennt, ist heute eher die Ausnahme. Ganz häufig sind Krankenhausleitungen primär betriebswirtschaftlich ausgerichtet. In den Leitungsgremien, die es neben der Geschäftsführung gibt, sind die Pflegedienstleitungen praktisch flächendeckend überall vertreten. Es gibt auch eine ganze Reihe von Krankenhäusern, die mittlerweile auch von Pflegedienstleitungen geleitet werden. Insofern ist die Pflege auch in den Leitungsebenen verankert. Zudem gibt es überall verbindlich eine Pflegedienstleitung.

Das Land hat keine Regelungskompetenz, um gesetzlich die Zusammensetzung der Krankenhausleitung vorzuschreiben. Das wäre rein rechtlich nicht möglich.

zu Nr. 1 h) des Antrags: „Bereitstellung von Fördermitteln für Weiter- und Fortbildungen für Pflegekräfte sowie für deren psychologische Betreuung und Supervision“

Ref.'in **Riese** (MS): Es wird die Bereitstellung von Fördermitteln für drei Bereiche gefordert, die man auseinanderhalten muss: Weiterbildung, Fortbildung und psychologische Betreuung und Supervision von Pflegekräften.

Zum Bereich Weiterbildung: Die Weiterbildung ist seit dem 1. Januar 2019 in der Regelungskompetenz der Pflegekammer. Diese hat eine Übergangs-Weiterbildungsordnung erlassen, auf deren Basis die Weiterbildungen wie z. B. zur Hygienefachkraft derzeit stattfinden.

Dafür gibt es bereits Fördermittel. So können z. B. Pflegekräfte das Meister-BAföG in Anspruch nehmen. Derzeit erarbeitet die Pflegekammer eine neue Weiterbildungsordnung, die modular aufgebaut und moderner sein soll. Dafür hat sie eine sogenannte Realanalyse in Auftrag gegeben, über die festgestellt wird, was in der Pflegepraxis gebraucht wird und was eventuell fehlt. Möglicherweise wird sich zeigen, dass es in bestimmten Weiterbildungsbereichen einen Finanzierungsmangel gibt, sodass man über eine Förderung nachdenken könnte. Derzeit sehen wir da aber keinen Bedarf.

Zum Bereich Fortbildung: Es gibt eine Verpflichtung aller Pflegekräfte, sich fortzubilden. Das geht schon aus dem EU-Recht hervor. Auch dieser Regelungsbereich wird zukünftig in die Kompetenz der Pflegekammer fallen; sie hat das nur noch nicht in Angriff genommen.

Bislang haben wir nur dann gefördert, wenn es einen besonderen Bedarf gab. Zum Beispiel haben wir Fortbildungen für die ambulante Versorgung beatmungspflichtiger Kinder und Jugendlicher gefördert, weil in dem Bereich ein besonderer Mangel vorliegt.

Derzeit können Fortbildungen im Rahmen von Projekten z. B. über das Förderprogramm zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum gefördert werden, aus dem Fördermittel für das Coaching von Führungskräften oder Konfliktmanagement gewährt werden.

Die Pflegekammer wird den Begriff der „ausreichenden“ Fortbildung in der Berufsordnung noch konkretisieren. Das bleibt abzuwarten. Dann wäre neu zu bewerten, ob es eventuell einer systematischen Förderung von Fortbildungen durch das Land bedarf.

Für die psychologische Betreuung und Supervision, die in der derzeitigen Corona-Krise wichtig sind, gibt es Angebote von Dritten. So hat der vdek beispielsweise das Angebot „MEHRWERT:PFLEGE“ in der Corona-Krise ausgeweitet und angepasst. Hierüber wird Gesundheitsförderung im Betrieb angeboten, damit der Arbeitsalltag unter den aktuellen Extrembedingungen besser bewältigt werden kann.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen haben das Angebot „Psych for Nurses“ aufgelegt, in dessen Rahmen man über eine Hotline kostenlose Beratung von ausgebildeten Psychotherapeuten bekommen kann. In diesem Bereich gibt es also schon sehr viel.

Auch über unser Förderprogramm zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum gibt es die Möglichkeit, z. B. Supervisionen oder Coachings zu fördern.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Auch hier noch einmal zur Klarstellung: Die Landesregierung sieht keine Notwendigkeit, weitere Fördermittel oder Programme zur Verfügung zu stellen, um diesen Bereich weiter zu fördern und zu entwickeln. Ist das korrekt?

Ref.'in **Riese** (MS): Aus heutiger Sicht sieht sie diese Notwendigkeit nicht.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich bin davon ausgegangen, dass jetzt nur der Sachverhalt dargestellt wird. Ich finde es auch sehr gut, wie der Ausschuss seitens des Sozialministeriums unterrichtet wird.

Wenn Sie als Ausschussvorsitzender jedoch feststellen, dass kein weiterer Bedarf vorliegt, dann ist das eine politische Beratung. Das würden wir ja eigentlich erst bei der Beratung des Antrages gemeinsam feststellen oder nicht feststellen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das ist nur eine Feststellung über die Aussage gewesen, mehr nicht.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Dann kann ich das richtig einsortieren.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich möchte gerne noch einen Punkt ergänzen. Supervision und psychologische Betreuung sind, wie ausgeführt, Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes wird das von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert und von den Arbeitgebern explizit angeboten. Seitens des Landes werben wir bei den Verbänden der Pflegekräfte immer wieder darum, diese Angebote in Anspruch zu nehmen, weil sie sich explizit an Beschäftigte im Gesundheitswesen richten.

*zu Punkt 1 i) des Antrags: „Bereitstellung von Fördermitteln für eine flächendeckende Digitalisierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“*

Ref.'in **Riese** (MS): Es gibt schon sehr viel Positives zur Digitalisierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu berichten.

Auch an dieser Stelle ist das Förderprogramm zur Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum zu nennen. Es sind etwa 11,6 Millionen Euro - also 52 % der Fördermittel - für insgesamt 371 Digitalisierungsprojekte bis Ende 2019 bewilligt worden. Die Landesregierung investiert also schon sehr viel in diesen Bereich.

Auch über den „Masterplan Digitalisierung“ werden erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt. Das Sozialministerium ist in diesem Zusammenhang für das Thema „Gesundheitsversorgung 4.0“ verantwortlich und wird u. a. telemedizinische Projek-

te und Projekte im Rahmen von „Ambient Assisted Living“, also den Einsatz von Technik im häuslichen Umfeld, fördern. Dafür stehen dem Sozialministerium insgesamt 12 Millionen Euro aus dem Sondervermögen zur Verfügung. Das läuft jetzt langsam an.

Das erste daraus geförderte Projekt war „Videosprechstunde im Pflegeheim“, das anlässlich der Corona-Krise beschleunigt gestartet wurde, gemeinsam mit der AOK. Dabei geht es um den Ausbau der digitalen Infrastruktur in Pflegeheimen, um Hausärztinnen und Hausärzten die Durchführung von Videosprechstunden mit Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern zu ermöglichen. In dieses Projekt sind auch Fördermittel der Pflegekassen geflossen. Nach § 8 Abs. 8 SGB XI gibt es die Möglichkeit, die Pflegeeinrichtungen zu fördern, die Digitalisierungsprojekte starten wollen. Die AOK hat die entsprechenden Fördermittel der Pflegekassen dafür beigesteuert. Im Rahmen unserer „Konzertierten Aktion Pflege Niedersachsen“ haben die Pflegekassen zugesagt, sich verstärkt zu engagieren, um die Pflegeeinrichtungen dazu zu bringen, die Fördermittel abzurufen und anzuwenden.

*zu Punkt 1 j) des Antrags: „Bereitstellung von Fördermitteln für regionale Unternehmen, die medizinisches Schutzmaterial herstellen“*

Ref.'in **Dr. Linse** (MW): Das Wirtschaftsministerium steht mit etwas mehr als 30 Unternehmen in Verbindung, die ihr Interesse bekundet haben, medizinische Schutzausrüstung herzustellen und dafür unterstützt zu werden. An uns wurden Wünsche nach Unterstützung durch Abnahmegarantien und durch Investitionsförderung herangetragen.

Parallel zu diesen Wünschen wurde bekannt, dass die Bundesregierung ein Förderprogramm zur „Förderung von Produktionsanlagen von persönlicher Schutzausrüstung und dem Patientenschutz dienender Medizinprodukte sowie deren Vorprodukte“ plant, also genau für die Produkte die bei uns bevorzugt angefragt wurden, nämlich medizinische FFP2- und FFP3-Mund-Nase-Masken. Daraufhin haben wir die Unternehmen darüber informiert, dass der Bund ein solches Förderprogramm entwickelt. Das ist auf großes Interesse gestoßen.

Dieses Förderprogramm ist vor zwei Tagen im *Bundesanzeiger* veröffentlicht worden. Es besteht

aus drei Einheiten: erstens für die Herstellung von Vlies im Meltblown-Verfahren für die Maskenproduktion, zweitens ein Kurzfristprogramm für die Produktion medizinischer Schutzmasken und drittens ein eher langfristiges Programm ebenfalls für die Produktion medizinischer Schutzmasken, bei denen jeweils die Investitionskosten für die Anlagenbeschaffung gefördert werden. Da das Interesse der Unternehmen an diesem Bundesprogramm aufgrund der interessanten Förderkonditionen sehr groß ist, warten wir das ab.

Unsere oberste Priorität ist also, dass unsere niedersächsischen Unternehmen an diesem Bundesprogramm partizipieren. Die Frist für die Antragstellung läuft noch bis zum 30. Juni 2020.

Darüber hinaus haben wir die Unternehmen auch über unsere niedersächsischen Förderprogramme beraten. Zurzeit haben wir zwei Programme: zum einen die Investitionsförderung im sogenannten GRW-Fördergebiet - das ist die Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ - und zum anderen die Innovationsförderung.

Bei allen Unternehmen liegt die Priorität bisher auf der Förderung durch das Bundesprogramm. Wir warten ab, wie viele niedersächsische Unternehmen dabei tatsächlich zum Zuge kommen und ob es dann noch Möglichkeiten gibt, über unsere schon bestehenden Förderprogramme zu unterstützen. Erst dann, wenn es dann tatsächlich noch einen Rest gibt, bei dem sich eine weitere Unterstützung lohnen würde, würden wir über ein eigenes Förderprogramm oder - was wahrscheinlicher ist - über die Änderung des bestehenden Innovationsförderprogramms mit speziellen Konditionen für medizinische Schutzausrüstung nachdenken.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für diese eingehenden Ausführungen und die Beschreibung der sich teilweise überschneidenden Förderprogramme.

Mich interessiert, ob es Firmen in Niedersachsen gibt, die zum 1. Juni schon ihre Produktion umgestellt haben, um - abgesehen von Handdesinfektionsmitteln - Schutzmaterial wie z. B. Schutzmasken herzustellen.

Ref.'in **Dr. Linse** (MW): Bei der Förderung geht es um die Umstellung der eigenen Produktion. Bislang haben wir mit Unternehmen bzw. Händlern zu tun, die sich sowohl beim Land als auch

beim Bund gezielt für die Beschaffung von Schutzmaterial von Herstellern in China beworben haben und dann auch beschafft haben.

Mir ist nicht bekannt, dass ein Unternehmen in Niedersachsen die eigene Produktion bereits umgestellt hat. Zumindest bei den Unternehmen, die an uns herangetreten sind, ist die Umstellung jeweils mit einer speziellen Förderung verbunden.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Es ist auch gar nicht so einfach, die entsprechenden Maschinen zu bekommen. So wird z. B. die Hase Safety Group AG die Produktion umstellen. Sie hatte aber wegen des großen Bedarfs am Markt ein erhebliches Problem, das entsprechende Maschinenequipment zu ordern. Das ist jetzt aber gelungen. Nun dauert es noch ein paar Monate bis zur Lieferung und zum Start der Produktion.

*zu Nr. 1 k) des Antrags: „dauerhaftes Bleiberecht für Geflüchtete und alle Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, die sich in einer pflegerischen Ausbildung befinden“*

*zu Nr. 1 l) des Antrags: „Bleiberecht für alle in der Pflege tätigen Geflüchteten und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus Osteuropa und anderen Teilen der Welt“*

RR'in **Schedrinski** (MI): Da das Aufenthaltsrecht ein Bundesrecht ist, ist dafür natürlich nur der Bundesgesetzgeber zuständig, und nur durch diesen ist das auch umsetzbar.

Überdies ist bereits eine Sonderregelung für die Ausbildungsduldung geschaffen worden, die beim Vorliegen der Voraussetzungen und bei erfolgreicher Beendigung der Ausbildung einen Übergang vom Asylaufenthalt in einen Arbeitsaufenthalt ermöglicht. Ein anderer direkter Übergang außerhalb dieser Sonderregelungen ist nicht möglich.

Bei der Beschäftigungsduldung gilt die gleiche Systematik wie bei den Sonderregelungen: Für die Personen, die nicht im Rahmen einer qualifizierten Berufsausbildung tätig werden, sondern eine Beschäftigung aufnehmen, ist bei Vorliegen der Voraussetzungen auch hier ein Übergang in einen Arbeitsaufenthalt möglich. Auch dazu hat sich der Gesetzgeber bereits geäußert und dafür in den §§ 60 c) und d) des Aufenthaltsgesetzes Regelungen geschaffen.

zu Nr. 2 des Antrags: „sich zusammen mit den Tarifparteien und anderen Vertragspartnern, wie den Kranken- und Pflegekassen, für einen zügigen Abschluss eines allgemeinverbindlichen Branchentarifvertrages einzusetzen“

MR **Hildebrandt** (MS): Das Sozialministerium hält einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag Soziales für notwendig. Es ist aber bekanntlich die Aufgabe der Tarifpartner, einen solchen auszuhandeln. Eine direkte Einflussnahme hat das Land diesbezüglich nicht. Wir können lediglich eine moderierende Funktion einnehmen.

CDU und SPD haben im Koalitionsvertrag auf Bundesebene festgeschrieben, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen sollen. Gesundheitsminister Jens Spahn und Arbeitsminister Hubertus Heil haben vereinbart, das kurzfristig in die Wege zu leiten. Ziel sind eine bessere Bezahlung und die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Ministerin Carola Reimann ist hier auch sehr aktiv. So ist bekanntlich im letzten Jahr die Konzertierte Aktion Pflege in Niedersachsen ins Leben gerufen und gestartet worden. Diese beinhaltet sehr viele Maßnahmen, die zur Attraktivität des Pflegeberufes beitragen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Im Oktober wurde ja im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege der Juni mit den Verbänden als Zeitfenster vereinbart. Zu diesem Zeitpunkt hatte ja niemand mit der Corona-Pandemie gerechnet. Wie ist seitens der Landesregierung der neue Zeitplan für die Fortsetzung der Konzertierten Aktion Pflege?

MR **Hildebrandt** (MS): Unsere Partnerinnen und Partner in der Konzertierten Aktion Pflege haben im Moment aufgrund der Pandemie natürlich ganz andere Probleme. Daher ist die Dynamik etwas zurückgegangen. Es ist aber nicht so, dass im Moment gar nichts läuft. Es wird durchaus weiterhin zu Fragen, wie sich z. B. ein Rückgewinnungsprogramm für die Pflege initiieren lässt, sondiert. Es ist also nicht völlig zum Erliegen gekommen. Der Zeitplan wird sich aber nicht halten lassen. Auch die für den Sommer geplante Präsenzveranstaltung wird man in der geplanten Form nicht abhalten können.

Wir nehmen gerade wieder Kontakte auf und überlegen, wie wir die Fäden jetzt wieder aufnehmen, die im Moment nicht so stark bespielt wurden. Von den vereinbarten Paketen ist aber schon einiges erreicht. Das Geschehen rund um

die KAP.Ni wird im Sommer wieder an Vitalität gewinnen. Dann muss man sehen, wann möglicherweise zum Jahresende bzw. zum Jahreswechsel auch wieder eine Präsenz-Präsentation möglich sein wird, die über eine Videokonferenz hinausgeht.

zu Nr. 3 des Antrags: „sich dafür einzusetzen, dass durch Zulagen und/oder Lohnerhöhungen keine Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erfolgen“

zu Nr. 4 des Antrags: „sich bei der Bundesregierung für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung einzusetzen, indem die Pflegeversicherung einen Steuerzuschuss erhält und die Pflegeversicherung in eine Pflege-Bürgerinnen/Bürgerversicherung umgewandelt wird.“

MR **Hildebrandt** (MS): Nicht nur Niedersachsen, sondern alle Bundesländer haben ein Interesse an einem Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung. Im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenzen ist das wiederholt ein Thema gewesen.

2018 haben - mit Ausnahme von Sachsen - alle Länder die Bundesregierung aufgefordert, einen finanziellen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu etablieren. 2019 war die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sogar das Schwerpunktthema der ASMK. Es gab dann einen einstimmigen Beschluss aller Bundesländer, dass ein Bundeszuschuss aus Steuermitteln für geboten gehalten wird.

Ministerin Carola Reimann hat Minister Spahn bei einem Sonderkamingespräch im November 2019 auf dieses Thema angesprochen. Sie befürwortet auch, dass es dazu eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe gibt. Das grundsätzliche Ziel ist eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Damit sind wir am Ende der Unterrichtung zu den einzelnen Punkten des Antrags angelangt.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich möchte noch eine kurze Anmerkung zu der Nr. 1 j) machen, bei der es um die Bereitstellung von Fördermitteln für regionale Unternehmen geht. Mir ist bekannt, dass die Firma Zender Germany GmbH in Osnabrück ihre Produktion auf Schutzmaterial umgestellt hat. Der Ministerpräsident ist im April 2020



dort gewesen. Es gibt also Firmen, die ihre Produktion schon freiwillig umgestellt haben.

\*

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe eine Bitte: Da es heute sehr viel Input gegeben hat, bitte ich darum, dass wir den Antrag erst dann wieder auf die Tagesordnung setzen, wenn die Niederschrift dazu vorliegt und ausgewertet werden konnte.

Vielen Dank an alle beteiligten Akteure für diese intensive Stellungnahme und Auseinandersetzung mit dem Antrag!

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich bitte die Fraktion der Grünen, zu signalisieren, wann dieser Antrag wieder auf die Tagesordnung genommen werden kann. Ich meine das nicht ironisch: Im Rahmen der Unterrichtung zu den einzelnen Punkten des Antrags ist eine Menge mitgeteilt worden. Nach meinem Eindruck sind 80 % der Punkte erledigt oder in der Umsetzung. Die restlichen 20 % liegen in der Zuständigkeit des Bundes. Insofern sollten wir überlegen, was wir dann wirklich inhaltlich debattieren.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich warte auf die Niederschrift und melde mich dann.

### **Weiteres Verfahren**

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Beratung des Antrags zurück.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 3:

### **Arzneimittelversorgung in Niedersachsen sicherstellen!**

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

*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*

### **Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand**

MR'in **Lamberti-Wesserling** (MS): Lieferengpässe an Arzneimitteln stellen ein weltweites Problem dar. Pharmaunternehmen agieren in einem globalen Markt, in dem die Nachfrage zunehmend steigt. Die Ursachen sind vielschichtig und komplex. So ist der weltweit steigende Bedarf an Arzneimitteln, bedingt durch die Zunahme der Weltbevölkerung und den demografischen Wandel, eine der Ursachen.

Auch die zunehmende Marktkonzentrierung von Arzneimittelherstellern bei bestimmten Arzneimitteln kann zu Lieferengpässen führen, ebenso wie die Orientierung zu lukrativeren Märkten.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln können aber auch durch Maßnahmen bei Qualitätsmängeln entstehen. So führten die Feststellung einer unbekannteren Verunreinigung in dem Wirkstoff Valsartan im Jahr 2018 und die daraufhin erfolgten umfangreichen Rückrufe der betroffenen Arzneimittelchargen zu Versorgungsengpässen.

Um weitere Erkenntnisse zu den Ursachen zu gewinnen, haben die Länder das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, eine Evaluation der bereits gemeldeten Ursachen für Lieferengpässe vorzunehmen, um auf Basis dieser Erkenntnisse gezielt Maßnahmen für die zukünftige Vermeidung von Lieferengpässen vorzuschlagen.

Dennoch ist die Arzneimittelversorgung in Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut. Laut einer Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK vom 7. November 2019 waren im September 2019 99,3 % der Arzneimittel, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet wurden, lieferbar.

Nicht jeder Lieferengpass führt zwangsläufig zu einem Versorgungsengpass.

Ein Lieferengpass ist eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung im üblichen Umfang oder eine deutlich vermehrte Nachfrage, der nicht angemessen nachgekommen werden kann.

Lieferengpässe können gegebenenfalls mit vergleichbaren Arzneimitteln als Alternative überbrückt werden.

Von einem besonderen Versorgungsrisiko ist insbesondere dann auszugehen, wenn keine therapeutische Alternative zur Verfügung steht.

Das Arzneimittelgesetz bietet bereits seit 2009 Möglichkeiten, Lieferengpässen zu begegnen. Durch die Änderung des Arzneimittelgesetzes wurde Apotheken und Krankenhausapotheken die Möglichkeit gegeben, unter bestimmten Voraussetzungen Arzneimittel aus dem Ausland einzuführen, wenn diese hier nicht zur Verfügung stehen.

Außerdem können die zuständigen Behörden gestatten, im Fall eines Versorgungsmangels der Bevölkerung mit Arzneimitteln oder im Fall einer Pandemie, die erst vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellt und bekannt gegeben werden muss, von Verboten des Arzneimittelgesetzes abzuweichen, sodass auch dann z. B. die Einfuhr von Arzneimittel aus dem Ausland ermöglicht werden kann. Das ist auch in den vergangenen Jahren bereits die gelebte Praxis, z. B. bei Engpässen mit Impfstoffen, beispielsweise bei den Grippeimpfstoffen vor zwei Jahren oder auch jetzt in Bezug auf Remdesivir, das in Deutschland bzw. weltweit noch nicht zugelassen war.

Da Lieferengpässe vielfältige Ursachen in einem globalen Markt haben, sind Maßnahmen auf nationaler und europäischer Ebene erforderlich. Hier ist das Bundesministerium für Gesundheit mit den Bundesoberbehörden federführend.

Als Ergebnis des Pharmadialoges der Bundesregierung wurde im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Jour Fixe zu Versorgungs- und Lieferengpässen im Jahr 2016 eingerichtet. An diesem regelmäßigen Treffen nehmen neben dem Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesoberbehörden Vertreterinnen und Vertreter der Verbände der Pharmaindustrie, des Großhandels, der Ärzte- und der Apothekerschaft und auch der Länder teil.

Dieser Jour Fixe hat bereits zu einer frühzeitigen Kommunikation und Transparenz beigetragen. Dort werden alle denkbaren Maßnahmen erörtert, um Lieferengpässe zu vermeiden, der Entstehung vorzubeugen und deren Auswirkungen abzumildern.

Dieses Gremium des Jour Fixe soll nun dauerhaft als Beirat eingesetzt werden. Es wurde rechtlich durch das Gesetz für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung verankert. Der Beirat hat die Aufgabe, die Versorgungslage mit Arzneimitteln kontinuierlich zu beobachten und zu bewerten.

Außerdem wurden mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz weitere Regelungen geschaffen, durch die Lieferengpässe zukünftig vermieden werden sollen bzw. ein besseres Management solcher Engpässe erfolgen kann.

Mit den vorgenommenen Änderungen im Arzneimittelgesetz und dem SGB V wurden verschiedene Möglichkeiten bei Vorliegen von Lieferengpässen geschaffen. Unter anderem kann das Inverkehrbringen von Arzneimitteln, die nicht in deutscher Sprache gekennzeichnet sind, befristet ermöglicht werden. Von der zuständigen Bundesoberbehörde können geeignete Maßnahmen z. B. zur Lagerhaltung und Kontingentierung bestimmter Arzneimittel ergriffen werden. Das ist gerade auch jetzt im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie erfolgt. Die pharmazeutischen Unternehmer und vollversorgenden Arzneimittelgroßhändler können verpflichtet werden, Angaben über die verfügbaren Bestände, die Produktion und auch Absatzmengen zu machen. Ferner wurde die Möglichkeit für Apotheken geschaffen, ein vergleichbares Arzneimittel abzugeben, wenn das rabattierte Arzneimittel nicht zur Verfügung steht. Die daraus gegebenenfalls entstehenden Mehrkosten müssen die Krankenkassen tragen.

Zusätzlich zu den bereits erfolgten Maßnahmen, um Lieferengpässen zu begegnen und die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln möglichst sicherzustellen, sind weitere Anstrengungen erforderlich.

Die Landesregierung hat dazu im Jahr 2012 im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken einen Antrag eingebracht, der die Berücksichtigung von europäischen Produktionsstandorten und der Vielfalt der Anbieter durch Mehrfachvergabe bei den Rabattverträgen fordert, um eine bedarfsge-

rechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.

Da das Gesetz der Notifizierung der EU bedarf, liegt es noch auf Eis. Es fehlt noch die Abstimmung mit der EU-Kommission. Deswegen liegt dazu auch noch keine Gegenäußerung der Bundesregierung vor.

Im August 2019 wurden mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung die Vorgaben zum Abschluss von Rabattverträgen geschärft. Danach ist bei einem Abschluss nicht nur der Vielfalt der Anbieter, sondern auch der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit Rechnung zu tragen. Das heißt, die Krankenkassen haben dies bei der Vergabe der Rabattverträge zu berücksichtigen.

Um den großen Bedarf an bestimmten Arzneimitteln aufgrund der Corona-Pandemie sicherstellen zu können, hat der Gesetzgeber aktuell zusätzliche befristete Regelungen geschaffen. So wurden mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, die am 22. April 2020 in Kraft getreten ist, Abweichungen von Vorschriften des SGB V, der Apothekenbetriebsordnung und des Betäubungsmittelgesetzes ermöglicht und Auskunftspflichten von Herstellern und Vertreibern von versorgungsrelevanten Produkten und Bereitstellungsverpflichtungen gesetzlich verankert, um die Versorgung mit diesen Produkten sicherzustellen.

Mit der weiteren Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie - kurz „Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung“, die am 26. Mai 2020 in Kraft getreten ist, wurden weitere Regelungen zur Sicherstellung der Versorgung mit Produkten des medizinischen Bedarfs geschaffen und die Möglichkeit der zentralen Beschaffung durch die Bundesregierung festgelegt.

Gemeinsame Anstrengungen erfolgen auch auf europäischer Ebene. So hat die Europäische Kommission die Mitgliedstaaten zur Optimierung der Arzneimittelversorgung und Verfügbarkeit aufgerufen. Für die deutsche EU-Ratspräsidentschaft ab 1. Juli ist das Thema Arzneimittelversorgung ebenfalls vorgesehen. Unter der Überschrift „Hochwertige Arzneimittelversorgung sichern“ sollen die Themenfelder „Versorgung der

Bevölkerung mit qualitativ guten Arzneimitteln sicherstellen“, „Zugang aller zu innovativen Arzneimitteln gewährleisten“, „Bezahlbarkeit abwägen“, „Abhängigkeit von Wirkstofflieferungen aus Drittstaaten reduzieren“ behandelt werden.

Mit der geplanten EU-Arzneimittelstrategie der EU-Kommission, die ganz aktuell als Teil einer neuen Industriestrategie für ein global wettbewerbsfähiges, umweltfreundliches und digitales Europa veröffentlicht wurde, soll die Sicherung der Versorgung für kritische Rohstoffe und Arzneimittel aus Europa gestärkt und die Abhängigkeit von Drittländern verringert werden.

Die genannten vielfältigen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln werden vonseiten des Sozialministeriums unterstützt. Die wirtschaftliche Förderung von Unternehmen oder die Förderung von Forschungseinrichtungen liegt nicht in der Zuständigkeit des Sozialministeriums. Daher bitte ich, Fragen dazu an Vertreter bzw. Vertreterinnen des Wirtschafts- oder Wissenschaftsministeriums zu richten.

## Aussprache

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Die Nr. 3 des Antrags ist auf Bundesebene wohl weitgehend abgearbeitet. Insbesondere zu den Nrn. 1 und 2, die sich auf die Förderung von hiesigen Herstellern auch in Niedersachsen beziehen, würde ich gern die Stellungnahme des Wirtschaftsministeriums hören.

Ref. in **Dr. Linse** (MW): Zu diesem Antrag kann ich im Grunde genommen meine Stellungnahme unter dem Tagesordnungspunkt 2 wiederholen. Wir haben in Niedersachsen bestimmte Förder Richtlinien, die genauso für die Pharmaindustrie gelten und genauso für die Herstellung von Arzneimitteln bzw. Vorprodukten angewendet werden. Unsere Richtlinien zur Förderung von Innovationen und Investitionen sind branchenoffen und technologieoffen und sind insofern genauso auch für diese Branche bzw. Produkte anzuwenden. In diese Richtung beraten und unterstützen wir auch.

Darüber hinaus gibt es weitere Unterstützungsmaßnahmen, wie Start-up-Förderung und zur Ansiedlung von Unternehmen. Dabei spielen wir unser ganzes Förderinstrumentarium.

Niedersachsen ist aber kein großer Standort für die Pharmaindustrie. Insofern hält sich die Nachfrage in Grenzen. Letztendlich muss es sich auch rechnen, d. h. muss der Markt auch die Preise für die heimische Produktion hergeben. Insofern ist es mit der reinen Fördertechnik nicht unbedingt getan. Es müssen mehrere Dinge zusammenkommen. Wenn Unternehmen der Meinung sind, dass es sich lohnt, können sie alle gerne zu uns kommen und werden wir unsere Förderinstrumente ziehen und im Rahmen unserer Förderinstrumente beraten.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Es gibt also Förderlöcher, aber keinen speziellen Fördertopf für Medizinprodukte oder für die Arzneimittelversorgung?

Ref. in **Dr. Linse** (MW): Das ist richtig.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Unter dem Strich ist festzustellen, dass schon sehr viel getan wird, und zwar seit Jahren. Das haben wir auch schon in der Debatte im Plenum angesprochen.

Mit den Details müssen wir uns allerdings noch einmal in den Arbeitskreisen befassen. Wir werden auch die Niederschrift auswerten und überlegen, ob es irgendwelche Punkte gibt, wo wir auf Landesebene noch ein bisschen Druck aufbauen bzw. einen spezifischen Punkt hervorheben können. Ich habe den Eindruck, dass auf Bundesebene und europäischer Ebene schon wesentliche Punkte zur Sicherung der Arzneimittelversorgung bearbeitet werden.

Ich halte es allerdings eher für ein fragwürdiges Unterfangen, ausgerechnet in Niedersachsen neue pharmazeutische Industrie ansiedeln zu wollen. Das wäre eigentlich nur dann sinnvoll, wenn noch die alten Zollgrenzen des alten Deutschen Reiches existieren würden, sodass wir die Sorge haben müssten, dass wir vielleicht von einer Firma in Hessen oder Süddeutschland nichts bekommen, weil die Grenzen innerhalb Deutschlands geschlossen werden. Diese Gefahr scheint mir im Moment jedoch eher gering zu sein.

Ich meine, es reicht aus, dass in Deutschland bzw. in Europa Produktionen vorhanden sind. Entsprechende Planungen sind ja auch schon angelaufen. Es ist sicherlich auch wichtig, dass wir das beobachten. Denn wir alle in Deutschland haben ein Interesse daran, dass die Medikamentenproduktion gesichert ist und in diesem Bereich keine Engpässe auftreten.

Ich habe noch eine Frage. Gab es in den letzten Jahren Versorgungsengpässe bei bestimmten Medikamenten, sodass Patientinnen und Patienten nicht nur lebenserhaltende, sondern auch sehr wichtige Medikamente - die, wenn man sie nicht bekommt, zu einem Krankheitsrückfall führen können - nicht bekommen haben, oder hat es in diesem Bereich größte Schwierigkeiten gegeben? Ist Ihnen so etwas bekannt?

MR'in **Lamberti-Wesserling** (MS): Mir ist nicht bekannt, dass es einen Versorgungsengpass für ein versorgungsrelevantes Arzneimittel gegeben hat. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht ja auch die Liste und alle Protokolle zum Jour Fixe. Ich empfehle, sich das anzusehen. Darin werden auch die Abstimmungen dargestellt. Auch die Liste der versorgungsrelevanten Wirkstoffe wird immer wieder angepasst. Die Zahl verändert sich ständig, weil immer wieder geklärt wird, ob es für dieses oder jenes Arzneimittel überhaupt noch einen Zulassungsinhaber gibt und ob es überhaupt noch in der Anwendung, in der Therapie ist. Auch die Fachgesellschaften werden beteiligt. Die Wirkstoffe verändern sich ständig. Auch bei den Arzneimitteln haben wir es mit einem sich ständig verändernden Markt auch aufgrund der Nachfrage und Neuentwicklungen zu tun.

Bei dem Grippeimpfstoff vor zwei Jahren gab es Engpässe. Über die zuständigen Behörden - in Niedersachsen sind das die Staatlichen Gewerbeaufsichtsämter, die vier Zentralen in Hannover, Braunschweig, Oldenburg und Lüneburg - wurden Gestattungen ausgesprochen, damit z. B. die Firma Mylan - ehemals Abbott, die von dem amerikanischen Konzern Mylan aufgekauft wurde - Grippeimpfstoff aus Schweden, der dort noch zur Verfügung stand, importieren konnte. Dadurch konnten hier weitere Patienten geimpft werden. So etwas ist in den vergangenen Jahren immer wieder vorgekommen. In Abstimmung mit den Bundesoberbehörden, mit dem BMG und allen Ländern wird dann geklärt, wie vorgegangen werden kann, was getan werden kann, wo es noch Anteile gibt und wo es noch einen Markt gibt. Daher ist jetzt die Abfrage gesetzlich verankert worden, welcher Bestand vorhanden ist und wo noch Liefermöglichkeiten gegeben sind. Das könnte ich aus Niedersachsen heraus gar nicht bewerten. Das heißt, diese Information liegt mir in Niedersachsen gar nicht vor, wenn der Inverkehrbringer, also der Zulassungsinhaber, und auch der Hersteller hier nicht niedergelassen sind.

Deswegen müssen wir auf der Bundesebene und sogar auf EU-Ebene über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte agieren, um diese Erkenntnisse herzuleiten. Insofern ist der Jour Fixe, der eingerichtet wurde und schon seit mehreren Jahren agiert, in dem auch immer Vertreter der Länder beteiligt sind, meines Erachtens ein gut funktionierendes Gremium. Dort sind alle Player zusammen, die nach Lösungsmöglichkeiten und Alternativen suchen. Das äußert sich dann auch in Maßnahmen, mit denen dann gegebenenfalls die zuständigen Behörden der Länder agieren müssen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich habe eine Frage an die Fraktion der AfD und an das Ministerium. In dem Antrag der AfD-Fraktion heißt es einleitend:

„Eine der Ursachen dafür ist die Gesundheitspolitik der letzten Jahre in Deutschland, die die Hersteller durch den erzeugten Kostendruck dazu zwang, eine Verlagerung ins Ausland vorzunehmen. Die nunmehr meist in Fernost wesentlich günstiger produzierten Wirkstoffe unterliegen einer starken Marktkonzentration, bei der es teilweise nur zwei oder drei Hersteller gibt, die unter niedrigeren Umwelt- und Sozialstandards quasi konkurrenzlos die ganze Welt beliefern.“

Das hätte ich gerne einmal erläutert. Ich kann mich nicht erinnern, wie die Gesundheitspolitik dazu gezwungen hat, sondern meine Wahrnehmung ist, dass die deutsche Pharmazie aufgrund einer höheren Gewinnmaximierung ins Ausland gewandert ist. Das steht ja auch im zweiten Satz. Sie formulieren im ersten Satz, dass die Politik etwas erzwungen hat, und im nächsten Satz weisen Sie darauf hin, dass in Fernost wesentlich günstiger produziert werden kann als in Deutschland. Das ist doch ein Widerspruch in sich! Diesen Widerspruch hätte ich gerne einmal aufgeklärt. Denn in der Konsequenz daraus sagen Sie eigentlich, dass Deutschland wieder ein Niedriglohnland für die Pharmazie werden muss, damit in Deutschland produziert werden kann. Das ist ja der Mechanismus.

Zu meiner Frage an das Ministerium: Sie haben alles sehr deutlich dargestellt. Gibt es überhaupt eine Möglichkeit für den Bundesgesetzgeber - für den Landesgesetzgeber gibt es das mit Sicherheit nicht -, dafür zu sorgen, dass Kernbereiche der Pharmazie hier in Deutschland produzieren? Ich sehe in der Medikamentenherstellung durch-

aus eine Schlüsselproduktion im Bereich der Daseinsvorsorge.

Ich erinnere daran, dass Herr Trump zu Beginn der Corona-Pandemie versucht hat, deutsche Unternehmen davon zu überzeugen, dass erst einmal alle Produkte nach Amerika gehen müssen. Es ist dann mit dem Außenhandelswirtschaftsgesetz gedroht worden. Dazu würde mich interessieren, wie scharf dieses Instrument ist und was wir tun müssten, damit sich diese Industrie wieder in Deutschland niederlässt bzw. damit sie im Land bleiben muss. An dieser Stelle wird ja ein Teil der unternehmerischen Freiheit abgeschafft. Ich glaube aber, dass man erkannt hat, dass man in dieser Richtung arbeiten müsste. Das zeigt ja auch die Debatte auf Bundesebene.

MR'in **Lamberti-Wesserling** (MS): Es ist schwierig, diese Frage zu beantworten. Meines Erachtens gibt es das zum momentanen Stand nicht. Es besteht unternehmerische Freiheit. Meines Erachtens haben auch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte das bereits so dargestellt. Es wird auch immer wieder die Frage aufgeworfen, zusätzlich wirtschaftliche Anreize und eventuell steuerliche Anreize zu schaffen, um die Produktion nach Deutschland zu bringen. Das kann ich aber, wie erwähnt, nicht eindeutig bewerten.

Ein Thema ist aber die Frage der Qualität, auch der Qualität in den Produktionen in den Betrieben, das Know-how usw. Das ist im europäischen Raum sehr gut. Die Überwachungsfunktionen und auch die Lieferwege sind gut. Dieses Niveau haben auch Länder wie Indien und China in den vergangenen Jahren ziemlich erreicht. Die EU hat auch festgestellt, dass die Produktion bzw. Herstellung in Drittländern den Anforderungen an die Herstellung nach EU-rechtlichen Bestimmungen entsprechen muss. Das wird von den Behörden auch überprüft. Das heißt, die hiesigen Behörden wie auch die EU-Behörden führen sogenannte Drittlandinspektionen durch. Sie überprüfen also die Lohnproduktion in den Drittländern, damit ein Einführer im EU-Raum bzw. in Deutschland das Arzneimittel überhaupt nach Deutschland bringen darf. Dabei sind in den vergangenen Jahren auch immer wieder Probleme festgestellt worden. Das war z. B. auch bei Valsartan der Fall. Dabei gab es aber keine Geheimhaltung, sondern es war eine unbekannte Verunreinigung, auf die nie getestet worden war. Das war eine neue wissenschaftliche Erkenntnis, wie sie auch immer wieder ge-

wonnen werden kann. Im Rahmen dieser Überwachungen kann festgestellt werden, dass dort eventuell Probleme sind. Die Überwachungsmöglichkeiten sind dort natürlich nicht so gegeben wie Überwachungsmöglichkeiten innerhalb von Europa.

Kurzum die Antwort auf Ihre Frage: Das liegt meines Erachtens eindeutig im Bereich der unternehmerischen Freiheit. Deswegen werden jetzt, wie erwähnt, auf EU-Ebene Strategien verfolgt, wie eventuell doch weitere Anreize für die Industrie geschaffen werden können, um hier zu produzieren und auch Wirkstoffe herzustellen.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Herr Kollege Schwarz, im Endeffekt ist das, was in unserem Antrag steht, das Gleiche, was z. B. der Bundesgesundheitsminister aktuell zu der Abhängigkeit vom Ausland sagt. Das hat ja auch die Corona-Krise gezeigt.

Sie sprachen von der Gesundheitspolitik der letzten Jahre in Deutschland. Aus meiner Sicht spielt hier auch die Kostendämpfungspolitik der letzten Jahrzehnte eine Rolle, die Sie selbst schon oft in Ihren Reden angeführt haben. Ich erwähne beispielsweise die Rabattverträge der Krankenkassen. Beispielsweise eine Packung Paracetamol bekommt man für 1,50 Euro in der Apotheke. Die Ursache dafür ist die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte, die ich gar nicht parteipolitisch festmachen möchte. Ich hoffe, Sie fühlen sich an dieser Stelle auch nicht angegriffen.

Uns geht es mit diesem Antrag gar nicht darum, aus Niedersachsen ein Niedriglohnland zu machen. Das steht in keiner Zeile dieses Antrags. Es geht darum, sich nach der Corona-Krise neue Gedanken zu machen und die Produktion von Produkten, die in Deutschland nicht mehr produziert werden, unter Umständen wieder nach Deutschland zurückzuholen. Das ist ein Prozess, der lange dauert. Hier sollen einfach Impulse geschaffen werden. Das ist meine Haltung dazu.

### Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Beratung des Antrags zurück.

\*\*\*





Tagesordnungspunkt 4:

**Antrag zur effizienten und nachhaltigen Bekämpfung von multiresistenten Erregern im niedersächsischen Gesundheitswesen durch den Einsatz von innovativen Methoden und Technologien**

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 18/6562](#)

*direkt überwiesen am 26.05.2020*

*federführend: AfSGuG*

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

*Abs. 2 Satz 2 GO LT: AfHuF*

Der **Ausschuss** bat die Landesregierung für die Sitzung am 11. Juni 2020 um einen aktuellen Sachstandsbericht zu dem Antrag.

\*\*\*



Tagesordnungspunkt 5:

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

#### **Unterrichtung**

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Die endgültige neue Verordnung liegt noch nicht vor. Der Entwurf ist den Mitgliedern des Landtags aber zugeleitet worden. Über Testungen haben wir bereits unter dem Tagesordnungspunkt 2 gesprochen. Insofern können jetzt noch dringende Fragen an die Landesregierung gerichtet werden. Diese sollten sich jetzt aber auch angesichts der fortgeschrittenen Zeit nicht auf einzelne Maßnahmen beziehen, sondern allgemeiner Art sein.

Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich habe eine Frage, die sich nicht nur auf eine einzelne Maßnahme bezieht, sondern die in der Vergangenheit schon häufig in meinem Wahlkreis an mich gerichtet wurde, und zwar jetzt noch einmal intensiviert durch die Vorkommnisse in Göttingen.

Es wird allgemein beklagt, dass die Sanktionen nicht ausreichend greifen. Dazu interessiert mich, ob dies zutrifft. Ich habe z. B. in Bezug auf den Gastwirt in Leer und den Betreiber der betreffenden Shishabar in Göttingen die Frage gehört - die ich hiermit auch stelle -, warum nicht gleich eine Strafe an der Höchstgrenze von 25 000 Euro verhängt und das jeweilige Geschäft geschlossen wird.

Zu dem Kooperationsverhalten in Göttingen hören wir in der medialen Berichterstattung von Frau Broistedt, es würden „scharfe“ Ansagen gemacht und werde mit Bußgeld gedroht. - Ich glaube, das kommt nicht gut an. Ich beziehe mich da ein: Auch bei mir kommt diese offensichtliche Milde im Umgang mit diesen unverantwortlich handelnden Menschen nicht gut an.

MDgt'in **Schröder** (MS): Die zuständigen Behörden auch für das Ordnungswidrigkeitenverfahren sind die Landkreise und kreisfreien Städte, die, vertreten durch ihre Gesundheitsämter, in diesem Infektionsgeschehen in der ersten Phase alle Kraft und Energie aufwenden, um die Kontaktpersonen zu ermitteln und das Infektionsgeschehen so weit wie möglich einzuhegen, um Verbreitungen zu verhindern.

Die Ordnungswidrigkeitenverfahren werden dort eingeleitet und geführt. Auch die Staatsanwaltschaft hat bereits mitgeteilt, dass sie sich, sobald das Gesundheitsamt die Kontaktnachverfolgung im Griff hat, mit diesen Fällen befassen und strafrechtliche Ermittlungen anstellen wird.

Oft wird vergessen: Verstöße gegen das Infektionsschutzgesetz sind im Zweifel nicht nur reine Ordnungswidrigkeiten, sondern können sehr wohl auch Straftaten darstellen. Verstöße gegen Quarantäneauflagen sind in jedem Fall Straftaten. Dabei gibt es gar kein Ermessen auf örtlicher Ebene. Wir haben bislang nicht den Eindruck, dass dem nicht nachgegangen wird.

Die Gesundheitsämter sagen zu Recht - das haben wir immer mitgetragen -: Im ersten Schritt müssen wir alle Infizierten finden, wir müssen alle Kontaktpersonen ermitteln und sie unter Quarantäne stellen, und wir müssen die Testungen so schnell wie möglich durchführen.

Wie Sie der Presse entnehmen können, sollen jetzt alle 700 Bewohnerinnen und Bewohner des Iduna-Hochhauses in Göttingen getestet werden. Das bedeutet auch eine logistische Herausforderung. Die Stadt Göttingen wird dabei von der KVN, dem Rettungsdienst und der UMG unterstützt. Damit sich die betroffenen Personen nicht zerstreuen, wird ein Zelt direkt vor dem Hochhaus aufgebaut, um alle 700 Bewohnerinnen und Bewohner zu testen.

Diejenigen, die sich den Anordnungen der Gesundheitsämter widersetzen - sei es, dass sie sich nicht testen lassen, oder sei es, dass sie sich nicht an Auflagen halten -, werden umgehend damit konfrontiert, dass es hierbei keine Freiwilligkeit gibt, sondern diesen Anordnungen unbedingt Folge zu leisten ist, weil es in der Bevölkerung nicht akzeptiert wird, dass man, wenn man seine Mund-Nase-Schutzbedeckung im Einkaufsmarkt nicht trägt, ein Bußgeld zahlen soll, während in solchen Situationen, in denen Kontaktbeschränkungen sträflicherweise nicht eingehalten werden - sei es aus Unwissenheit oder weil man sie nicht ernst nimmt; ich weiß nicht, welches die Beweggründe im Einzelnen waren -, keine Reaktionen erfolgen. Man wird sich auch in Göttingen darauf verlassen können, dass dann entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

Richtig ist aber, dass diese zeitlich etwas hinterherhinken können, weil bei solchen großen Infektionsausbrüchen große Teile der gesamten Ver-

waltung vor Ort zunächst damit beschäftigt sind, die Kontaktnachverfolgung durchzuführen.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich habe eine Bitte für die Unterrichtung in der nächsten Woche: Mehrere Grundschulen haben mir mitgeteilt, dass es hinsichtlich des Maskentragens unterschiedliche Handhabungen gibt. Beispielsweise müssen die Schüler in den Schulen Masken in zwei verschiedenen Farben kaufen. Ich hätte gern im Rahmen der Unterrichtung zu COVID-19 in der nächsten Woche eine Hintergrundinformation dazu, wie die Schulen das geregelt haben. Ich kann mir nicht vorstellen, dass dort solche Regelungen möglich sind.

Das würde ich gern genauer hinterfragen. Dafür benötigen Sie vermutlich zunächst entsprechende Unterlagen vom Kultusministerium.

Abg. **Stephan Bothe** (AfD): Ich habe zwei Fragen zu dem Vorfall in Göttingen. In einem *HNA*-Artikel hieß es gestern, es sei dort zu Angriffen auf Journalisten gekommen, die vor Ort berichtet hätten. Haben Sie davon Kenntnis? Wie ist die aktuelle Lage in diesem Bereich?

In diesem Artikel stand unter Berufung auf eine Flüchtlingshelferin, dass es sich bei den Großfamilien um Roma aus dem ehemaligen Jugoslawien handele. Können Sie dies bestätigen, oder haben diese Großfamilien eine andere Nationalität?

MDgt'in **Schröder** (MS): Aussagen darüber, welche Nationalitäten die einzelnen Personen dort haben, kann ich nicht bestätigen. Dass es sich um Personen handelt, die zumindest teilweise zur Gruppe der Roma gehören - das sagt ja noch nichts über die Nationalität oder Staatsbürgerschaft aus -, ist auch unser Kenntnisstand.

Ich hatte bis jetzt keine Kenntnis davon, dass es dort zu Übergriffen gekommen ist. Das wäre ein Sachverhalt, der sicherlich in unserer Lagebesprechung mit der Polizei morgen früh eine Rolle spielen würde. Das bleibt insofern abzuwarten.

Aber auch hier gilt das übliche Verfahren: Solche Übergriffe werden sofort polizeilich festgestellt und unterbunden. Wenn es sich um strafrechtlich relevante Vorgänge handelt, wird dem nachgegangen. Die Staatsanwaltschaft hat sich schon explizit dazu geäußert und angekündigt, dass sie die Vorgänge in Göttingen insgesamt strafrechtlich bewerten wird.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Zum Thema Ordnungswidrigkeiten: Mein Eindruck ist, dass der ganze Bußgeldkatalog überarbeitet und den sich laufend ändernden Verordnungen angepasst werden muss. Das passt alles nicht mehr richtig zusammen. Meine Bitte - auch in Richtung des Innenministeriums - ist, das mitzunehmen.

Klar ist natürlich - das kenne ich auch aus meinem Landkreis -, dass Verfahren eingeleitet und Stellungnahmen abgewartet werden müssen usw. Nebenbei gibt es mit dem Erfassen von Personen immer auch noch etwas anderes zu tun.

Zum Thema Kommunikationsstrategien: Meinem Eindruck nach ist die Abfolge: Das Land erlässt die Verordnung, die Verordnung tritt in Kraft, und die Kommunen setzen sie um. Es bedarf großer Anstrengungen bezüglich der Kommunikation in die Bevölkerung hinein und nicht nur hinsichtlich der - auch schon holprigen - Kommunikation in die Kommunen, Organisationen, Vereine, Verbände, also auch gegenüber dem normalen Bürger. Selbst ich kann mittlerweile bezüglich der Verhaltensmaßnahmen nicht mehr behaupten, gänzlich zu wissen, was richtig ist, weil das unübersichtlich ist.

Gibt es Überlegungen, die Kommunikationsstrategie zu verändern und, wenn ja, wie? Notwendig ist eine andere Art der Darstellung und Transparenz, eine bessere Übersichtlichkeit. Um es ganz ehrlich zu sagen: Die Verordnung ist fast nicht mehr lesbar. Mit Markierungen mag es noch funktionieren. Ansonsten kann ich die Regelungen aber kaum jemandem mehr erklären - das wird mir auch in Gesprächen, etwa mit dem DEHOGA, zurückgemeldet -, auch unter diesem Zeitdruck - selbst wenn wir den Verordnungsentwurf bzw. die Verordnung jetzt etwas früher bekommen.

Zu der neuen Verordnung: Obwohl zwischen den norddeutschen Ländern vieles angeglichen wurde, ist mir nicht verständlich, weshalb wir ganz andere Regelungen als Schleswig-Holstein oder Mecklenburg-Vorpommern haben, beispielsweise hinsichtlich der Hotels. Dadurch kommt es zu Wettbewerbsverzerrungen, deren weitere rechtliche Auswirkungen ich auch nicht einschätzen kann. - Das ist der eine Punkt.

Der andere Punkt ist das Thema Tagestouristen. Das spreche ich auch als Insulanerin an. Ich lege es Ihnen sehr ans Herz, das noch einmal zu überdenken. Alle Inseln sagen, dass die Situation mit den Tagestouristen nicht haltbar ist. Man

muss sich das nur über Pfingsten angeschaut haben! Hätten wir an diesem Wochenende auch noch Tagestouristen gehabt, hätten wir auch kleine Straßen zu Einbahnstraßen machen müssen. Das ist so nicht möglich. Keine der Regeln wäre dann einhaltbar. Ich bitte, das mitzunehmen.

Meine abschließende Frage betrifft die Anträge nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG). Hierzu wurde uns gesagt, dass es Abschlagszahlungen gibt. Jetzt erreichen uns aber immer wieder Briefe und Mails, nach denen bis heute keine Abschläge getätigt wurden und einzelne Einrichtungen dadurch ziemlich unter Druck geraten. Nach welchem Muster wird dabei vorgegangen? Werden Abschläge erteilt, oder müssen diese alle einzeln beantragt werden? Nach der Auskunft, die ich erhalten habe, bin ich davon ausgegangen, dass es hierbei jetzt einen Automatismus gibt.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich bitte darum, das jetzt allgemein zu beantworten und nicht jeden einzelnen Punkt zu beantworten, den wir schon an anderer Stelle erörtert haben. Wir müssen jetzt nicht einzelne Themen wie die Auslastung von Hotels usw. behandeln.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Dazu habe ich auch keine Frage gestellt!

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Doch! Es ging um den Wettbewerb mit den anderen Bundesländern - warum in unserer Verordnung eine Grenze von 80 % Auslastung festgelegt worden ist und in anderen Ländern 100 % zugelassen sind. Das steht ja hinter der Frage.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Zur Geschäftsordnung! Wir sind übereingekommen, dass Detailfragen in der nächsten Woche behandelt und beantwortet werden sollen und dass heute nur noch ganz kurz allgemein vorgetragen wird.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das haben Sie ganz richtig verstanden. Deswegen habe ich gerade den Hinweis an Frau Schröder gegeben.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Das war als Anregung für die Bearbeitung der Verordnung gemeint!

MDgt'in **Schröder** (MS): Sehr geehrte Frau Janssen-Kucz, ganz kurz: Die Anregungen nehme ich mit. Ich habe sie mir notiert.

Zum Thema Abschlagszahlungen nach dem SodEG: Üblicherweise müssen Abschlagszahlungen beantragt werden. Sie können sonst nicht ausgezahlt werden. Wenn Ihnen aber eine Liste von Problemfällen vorliegt, dann leiten Sie diese bitte an uns weiter. Dann können wir das Landessozialamt bitten, dem konkret nachzugehen.

Abg. **Dr. Marco Genthe** (FDP): Wir haben ja schon über Bußgelder usw. gesprochen, die in diesem Zusammenhang festgesetzt werden. Damit sind ja Polizeibehörden und Ordnungsämter befasst. Ich bitte, darauf zu achten, dass dabei die Verhältnismäßigkeit gewahrt bleibt. Beispielsweise in meinem Wahlkreis haben drei Jugendliche, die auf einem Parkplatz einen Döner gegessen haben, jeweils 100 Euro bezahlt. Demgegenüber haben die Verstöße gegen Regelungen in Göttingen wesentlich massivere Folgen auch für die gesamte Bevölkerung. Insofern muss man sich den Bußgeldkatalog einmal genau anschauen. Ich bitte, das mitzunehmen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Damit haben wir diesen Tagesordnungspunkt abgeschlossen.

\*\*\*

## Andere Sitzungsteilnehmerinnen/Sitzungsteilnehmer

**85. Sitzung  
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung  
Donnerstag, den 4. Juni 2020, 14.35 Uhr**

Name	Amtsbezeichnung	Dienststelle
<b>Eintragungen bitte in Blockschrift</b>		
Schröder, Claudia	MD' i	MS
Riese, Daniela	Ref.	YLS
Hildebrandt, Uwe	MR	MS
D. Fül, Fabian	MR	MS
LEMMER, LAURA	Ref.	Gewe
Hasse, Claudia	RR'in	MS
Szeclinski, Soja	RR'in	M/
Skeries, Maïke	RR'in	M/
Piessmann, Christoph	Ref.	CDU
Linse, Dagmar	Ref.	MW
Glabitz, Mathias	RR'in	MW
Flede, Sebastian	MR'in	MWK
Manzel, Nico	Ang	MWK
Lamberti-Wesseling		MS

(Andere Sitzungsteilnehmer)