



N i e d e r s c h r i f t
über die 94. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 1. Oktober 2020
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

- 1. Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 30. September 2020**
Unterrichtung..... 3
Aussprache 6

- 2. Unterrichtung durch die Landesregierung zur aktuellen Entwicklung der COVID-19-Pandemie in Niedersachsen**
Unterrichtung..... 15
Aussprache 18

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD)
3. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
4. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
5. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
6. Abg. Petra Joumaah (CDU)
7. Abg. Volker Meyer (CDU)
8. Abg. Karsten Heineking (i. V. d. Abg. Gudrun Pieper) (CDU)
9. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE)
10. Abg. Susanne Victoria Schütz (i. V. d. Abg. Sylvia Bruns) (FDP)

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Keuneke.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 14 Uhr bis 15.49 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 30. September 2020

Mit E-Mail vom 30.09.2020 war den Mitgliedern des Ausschusses vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung das Ergebnisprotokoll zur Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 30.09.2020 zugesandt worden.

Unterrichtung

RefL **Dr. Robbers** (MS): Vielen Dank, dass ich über die Ergebnisse des Krankenhausplanungsausschusses berichten darf.

In diesem Jahr wird es insgesamt drei Sitzungen geben. Die erste Sitzung war im Juni. Danach habe ich schon über das Investitionsprogramm berichtet. Die Sitzung am 30. September und die Sitzung am 25. November - das wird die nächste und letzte Sitzung in diesem Jahr sein - betraf bzw. betrifft vorrangig andere Themen als konkrete Investitionsfördermaßnahmen, nämlich eher breit gefächerte Krankenhausthemen. Sie haben ja schon in der Beratungsvorlage gesehen, dass es quer durch alle Themen der Krankenhausversorgung geht.

Die gestrige Sitzung hat in Form einer Videokonferenz stattgefunden und hat folgende Punkte behandelt:

Der TOP 1 - ein regelmäßiger TOP - betraf den Sachstand beim Strukturfonds 2 der Bundesregierung und der Länder, der ja für Niedersachsen ein Volumen von rund 355 Millionen Euro hat. Das Land hat vorgeschlagen, zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten auf Basis der vorliegenden Antragsunterlagen konkret am Clementinenhaus, am Elbeklinikum, in der Herz-Kreislauf-Klinik Bad Bevensen und im Ludmillenstift in Meppen die vorrangige baufachliche Prüfung einzuleiten. Dem Vorschlag des Landes, dass das Niedersächsische Landesamt für Bau und Liegenschaften (NLBL) für diese Anträge die förderfähigen Kosten feststellt, ist der Planungsausschuss gefolgt, sodass wir im Anschluss daran gemeinsam mit der GKV die entsprechenden Anträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung zur Förderung aus dem Strukturfonds 2 werden stellen können.

Weiterhin wurde nur kurz erörtert, dass es, was die großen Baumaßnahmen angeht - wie beispielsweise Georgsheil, Heidekreis-Klinikum und in Vechta im Landkreis Diepholz; darüber wird ja auch regelmäßig in der Presse berichtet -, vonseiten des Landes keinen neueren Sachstand im Kontext mit einer formalen Bescheidung irgendwelcher Themen gibt. Das wird in 2020 mit Sicherheit auch kein Thema werden. Möglicherweise wird das Ende 2021 der Fall sein. Aber auch das wird eng; denn die Erstellung einer Haushaltsunterlage Bau für solche großen Baumaßnahmen nimmt sehr viel Zeit in Anspruch.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe dazu nur eine Verständnisfrage. Das Thema der baufachlichen Prüfung ist klar. Können Sie bitte noch einmal kurz darstellen, wie viele zusätzliche Ausbildungsplätze geschaffen werden sollen? Ich habe diese Zahl nicht mehr präsent.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Diese Unterlagen möchte ich gerne nachliefern. Das haben wir auch dem Planungsausschuss zugesagt. Die Zahl der zusätzlichen Ausbildungsplätze ist für jedes Krankenhaus durchaus unterschiedlich. Das sind angemeldete, zusätzliche Plätze der Krankenträger, die in Bezug auf den jeweiligen Krankenhausstandort höchst unterschiedlich sind, in der Regel 15 bis 20 zusätzliche Plätze.

Der TOP 2 betraf das Krankenhauszukunftsgesetz. Wir gehen von einem Gesamtvolumen von rund 420 Millionen Euro aus.

Die nächsten anderthalb Seiten, die wir Ihnen geschickt haben, stammen aus der Veröffentlichung des BMG und befassen sich damit, welche Förderschwerpunkte dieses Krankenhauszukunftsgesetz haben soll.

Es ist erkennbar, dass dieses Krankenhauszukunftsprogramm überwiegend Themen der Digitalisierung bedienen will ebenso wie Bauvorhaben an Krankenhäusern zur Sicherstellung einer modernen und guten Notaufnahme sowie Bauvorhaben, um Mehrbettzimmer in Zwei- bis Einbettzimmer umzubauen. Letzteres ist sicherlich auch der Corona-Pandemie geschuldet, damit Krankenhäuser die Möglichkeit haben, Patientinnen und Patienten je nachdem, ob sie infektiös sind oder nicht, sachgerecht und isoliert unterzubringen.

Dazu haben wir den Krankenhausplanungsausschuss auch darüber unterrichtet, dass der Bun-

desgesetzgeber eine Beratung und Beschlussfassung im Planungsausschuss zum Krankenhauszukunftsgesetz nicht vorsieht. Ebenso wenig sieht der Bundesgesetzgeber vor - im Gegensatz zu den Strukturfonds 1 und 2 -, dass auch die GKV zum Krankenhauszukunftsgesetz ihr Einverständnis erklären muss. Der GKV muss lediglich die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Nach meinem Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass das Krankenhauszukunftsgesetz zum 1. Januar 2021 in Kraft treten wird. Wenn ich die bisherigen Anrufe von Krankenhausträgern richtig deute, werden wir mit 172 mal 4 Anträgen pro Krankenhaus rechnen dürfen. - Ich werde mit Sicherheit viel lernen, was man alles digitalisieren kann!

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Wollen jetzt auch diejenigen Krankenhausträger eine Digitalisierung vornehmen, die das bisher immer abgelehnt haben?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Die Anmeldungen von tollen Ideen ziehen eine gesamte Breite: von Mitarbeiter-Apps bis zum OP-Roboter. Das wird mit Sicherheit höchst spannend werden. Wir sind natürlich sehr nah am Ball, wie wir das umsetzen.

Nach den Informationen, die ich von der Bundesseite bekomme, wird es sehr stringente Vorgaben durch das Bundesamt für Soziale Sicherung in Form von Antragsvordrucken und Richtlinien geben, die zu beachten sind. Ich denke, auch daraus werden wir viel lernen. Wir werden uns natürlich sehr eng daran orientieren. Denn auch das Bundesamt für Soziale Sicherung, das für alle Länder eine Vielzahl von Anträgen bescheiden muss, hat sicherlich ein hohes Eigeninteresse, die Rahmenvorgaben so zu halten, dass auch von deren Seite aus die Prüfung und Bescheidung dann möglich sind.

Ich gehe davon aus, dass wir uns in den nächsten zwei bis drei Monaten sehr gut aufstellen werden, damit auch dieses Krankenhauszukunftsgesetz wie auch die anderen Förderprogramme, die Krankenhäuser betreffen, zügig und sehr gut umgesetzt wird.

Unter TOP 3 haben wir die Prioritätenliste beraten. Diese kennen Sie seit vielen Jahren. Sie wird in der Regel auf DIN A3 ausgedruckt; dann liest sie sich zumindest besser.

Es wurden vier Kategorien beraten:

Der Punkt 1 betraf die Zusammenlegung der Bauabschnitte im PIUS Hospital Oldenburg. Das hatte eher fachliche Gründe.

Unter Punkt 2 wurde darüber beraten, dass sich bei den unter a) bis e) aufgeführten einzelnen Krankenhäusern aus sehr unterschiedlichen Gründen die Fördervolumina verändert haben. In der Regel gibt es dabei nur eine Richtung, nämlich nach oben. Das hielt sich aber hier alles noch sehr im Rahmen.

Unter Punkt 3 befindet sich eine lange Liste von Krankenhäusern, die zur vorrangigen fachlichen Prüfung zugelassen worden sind, die also jetzt im Zusammenspiel mit dem NLBL und dem MS die Unterlagen zur Erstellung der Haushaltsunterlage Bau prüfen und einreichen können. Diese Maßnahmen würden dann höchstwahrscheinlich in den nächsten Jahren, wenn diese Prüfung wahrgenommen wird und erfolgreich endet, zur Aufnahme in ein Investitionsprogramm anstehen.

Ich biete Ihnen gerne an, im Nachhinein, wenn Sie zu einzelnen Krankenhäusern Fragen haben, diese zu beantworten. Ich glaube, es würde zu viel Zeit in Anspruch nehmen, jetzt jedes Krankenhaus einzeln durchzugehen.

Bei dieser Thematik der Zulassung zur vorrangigen fachlichen Prüfung möchte ich nur eine Maßnahme kurz gesondert erwähnen, nämlich die Krankenhausversorgung im Landkreis Wesermarsch, zumal wir vor einigen Jahren hier in diesem Rahmen, auf Fachebene, vor Ort und vor einigen Jahren auch regional sehr viele Gespräche über die Krankenhausversorgung im Landkreis Wesermarsch mit den zwei Krankenhäusern Helios in Nordenham und St. Bernhard in Brake geführt haben.

Nach den vielen Jahren und der schwierigen Geschichte des Krankenhauses in Nordenham hat der Planungsausschuss jetzt erstens sein Votum erklärt, dass der Erweiterungsbau am Krankenhaus in Brake mit 42 Millionen Euro zur vorrangigen fachlichen Prüfung zugelassen wird. Zweitens sieht der Planungsausschuss den Standort für die akutstationäre Versorgung im Landkreis Wesermarsch am Standort Brake. Drittens werden die Beteiligten - nicht nur das Land, sondern auch die GKV, die kommunalen Spitzenverbände und die Krankenhausgesellschaft - zeitnah mit dem Krankenhaus in Nordenham in Gespräche einsteigen, um zu sehen, ob man die

akutstationäre Versorgung als Krankenhausversorgung in Brake konzentriert und den Standort in Nordenham, der ja aus Eigenmitteln des privaten Trägers neu gebaut worden ist, zu einem Gesundheitszentrum außerhalb der eigentlichen Krankenhausversorgung umwidmet. Diese Gespräche werden wir bald aufnehmen.

Für einige Maßnahmen konnten wir kein Einvernehmen herstellen. Diese Maßnahmen sind unter Punkt 4 von a) bis e) aufgeführt. Es wird dazu weiterer Gespräche bedürfen, weil es entweder - insbesondere vonseiten der GKV - um Fragen der zukünftigen Bedarfsgerechtigkeit einer Einrichtung oder um noch offene Fragen der Medizin-konzeption geht oder sich in einem konkreten Fall - unter d) - die Frage einer Kostenerhöhung um den 2,5-fachen Satz stellt.

Der vorletzte Punkt betraf die Ausweisung von Zentren. Der Bundesgesetzgeber und der Gemeinsame Bundesausschuss sind dabei, für die Zulassung von Zentren neue Richtlinien zu entwickeln. Im Moment gibt es nur relativ wenige, nämlich für onkologische Zentren und für überregionale Traumazentren. Alle anderen Zentrumsrichtlinien, die im Moment vom G-BA vorliegen, sind im Prinzip für die normalen Plankrankenhäuser nicht relevant, weil es sehr spezielle Versorgungsangebote betrifft. Sie sind für die beiden Hochschulkliniken in Göttingen und Hannover relevant. Die Zentrumsausweisung für diese beiden Hochschulkliniken erfolgt durch das MWK.

Für die Plankrankenhäuser derzeit von Bedeutung sind die Zentrumsanforderungen für onkologische Zentren und für überregionale Traumazentren. Wir haben den Planungsausschuss über unseren Zeitplan unterrichtet, dass wir derzeit die Daten von den antragstellenden Krankenhäusern einholen, diese Daten prüfen und zur GKV schicken, damit auch sie dann ihrerseits diese Daten prüft. Auf der Grundlage dieser Prüfungen wollen wir am 25. November über diese Zentrumsanträge entscheiden.

Der letzte Punkt, den wir beraten haben, betraf die Krankenhausversorgung in der Stadt Osnabrück. Hierzu hatte ich auch zuletzt berichtet. Herr Abgeordneter Jasper hatte dazu schon in einer der letzten Ausschusssitzungen Nachfragen gestellt. Von daher möchte ich diese schwierige Geschichte noch einmal in Erinnerung rufen:

Das Marienhospital hat die damals in der Insolvenz befindliche Paracelsus-Klinik in Osnabrück

erworben. Die Paracelsus-Klinik Osnabrück war die Gründungsklinik der Paracelsus-Kette in Deutschland als reine Belegklinik und war in den letzten Jahren zunehmend in Schwierigkeiten geraten. Das Marienhospital hat diesen Standort übernommen und an das Land den Antrag gestellt, die Versorgungsaufträge der Paracelsus-Klinik voll zu übernehmen. Das sind mehrere Versorgungsaufträge, auch für kleine Belegabteilungen, z. B. für Urologie.

Nennenswert und streitig gestellt waren die beiden Versorgungsaufträge in der Paracelsus-Klinik Osnabrück für Neurologie und Neurochirurgie. Für diese beiden Fachgebiete haben wir Konkurrenzangebote des Klinikums Osnabrück, welches vom Standort Paracelsus Osnabrück etwa anderthalb Kilometer entfernt ist.

Das Klinikum Osnabrück hat ja eine sehr große Neurologie - eine der größten in Niedersachsen -, aber keine Neurochirurgie. Das Marienhospital Osnabrück hat auch keine Neurochirurgie.

Nun gab es schon über viele Jahre Versuche des Landes, beide Träger an einen Tisch zu bekommen, um diese streitigen Themen der neurovaskulären Versorgung, Neurologie und Neurochirurgie zwischen Klinikum und Marienhospital zu einigen, um zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen. Herr Staatssekretär Scholz hat auch persönlich mehrere Gespräche mit den Trägern geführt. Bis heute konnten wir zwischen den beiden großen Krankenhäusern in Osnabrück trotz intensiver Bemühungen leider keine gemeinsame Basis finden.

In der Folge hat der Krankenhausträger des Marienhospitals Osnabrück ein Rechtsgutachten von Herrn Professor Dr. Quaas eingereicht. Herr Quaas ist sozusagen *die* Legende im Krankenhausrecht. Es ist auch speziell, mit ihm vor Gericht zu verhandeln, aber man lernt viel.

Das Rechtsgutachten für das Marienhospital ist jedem bekannt. Nach Rücksprache mit dem Marienhospital durfte die Unterlage auch versandt werden. Herr Quaas hat in seinem Rechtsgutachten, sehr kurz zusammengefasst, argumentiert: Es gibt eine konkurrierende Antragslage. Theoretisch müsste man bei konkurrierenden Anträgen eigentlich eine Auswahlentscheidung treffen. Aber das Angebot und die Leistungsfähigkeit des Marienhospitals seien derart eindeutig und überzeugend, dass in diesem Fall ein Auswahlverfahren

ren nicht nötig sei. - Er hat das natürlich sehr viel eleganter formuliert.

Wir haben das Thema fachlich bewertet. Die fachliche Wertung unseres Justitiariats ist zu der Meinung gekommen, dass hier der klare Tatbestand gegeben ist, ein Auswahlverfahren durchzuführen. Das heißt, wir müssen aufgrund der Konkurrenzanträge des Marienhospitals und des Klinikums Osnabrück für die Neurologie, die Neurochirurgie, die Urologie, die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, also für jedes Fachgebiet, feststellen, welches Krankenhaus wirtschaftlicher, leistungsfähiger und besser geeignet ist, dieses Versorgungsangebot zu erbringen.

Wir haben den Planungsausschuss über unsere rechtliche Einschätzung unterrichtet. Keiner der Beteiligten hat an unserer rechtlichen Einschätzung irgendeine Form des Zweifels angemeldet, sodass wir jetzt nach dieser Planungsausschusssitzung dieses Auswahlverfahren durchführen werden.

Jetzt liegt die Frage auf der Hand: Wann ist mit einer Entscheidung zu rechnen? - Um ein sehr realistisches Bild zu zeichnen: Dass über diese Thematik in der nächsten Sitzung des Planungsausschusses am 25. November 2020 entschieden werden kann, muss durchaus mit einem großen Fragezeichen versehen werden. Das ist eine sehr komplexe Thematik. Wir müssen für sehr unterschiedliche Fachgebiete sehr spezielle Bedarfsanalysen durchführen. Vor dem 25. November muss auch noch die dreiwöchige Ladungsfrist eingehalten werden, in der die Unterlagen vorliegen müssen. In der Regel mindestens eine Woche vor dieser dreiwöchigen Ladungsfrist muss Zeit für die Abteilungs- und Hausleitung eingeräumt werden, um diese Themen zu besprechen. Damit reduziert sich der Zeitkorridor bis zum 25. November spürbar. Ich glaube nicht, dass wir das in dieser Zeit sachgerecht hinbekommen werden trotz aller Mühe, die wir uns natürlich geben.

Ich möchte das nur an einem ganz kleinen Beispiel deutlich machen: Wir werden beispielsweise die Notwendigkeit haben, den Bedarf für neurochirurgische Leistungen zu berechnen. Die Grundlage jeder Auswahlentscheidung ist ja die Frage: Wie hoch ist der zu versorgende Bedarf? - Dabei kommen wir schon in der Neurochirurgie zu nicht unerheblichen Schwierigkeiten, wenn wir uns die Statistiken über die neurochirurgische

Versorgung in Niedersachsen ansehen. Wir stellen dann sehr schnell fest, dass über 50 % der neurochirurgischen Leistungen gar nicht mehr in neurochirurgischen Fachdisziplinen erbracht werden, sondern in Krankenhäusern, die im Rahmen ihrer Unfallchirurgie einen neurochirurgischen Schwerpunkt ausgebildet haben. Dann wird sich beispielsweise die Frage stellen: Zählen die neurochirurgischen Leistungen, die nicht in einer neurochirurgischen Fachabteilung, sondern in einer unfallchirurgischen Fachabteilung erbracht werden, zum neurochirurgischen Versorgungsbedarf oder zum unfallchirurgischen Versorgungsbedarf? - Allein wenn man diese erste Frage mit Ja beantwortet, könnte man zu der Meinung kommen, noch einmal zehn Neurochirurgien zusätzlich zulassen zu müssen. - Ich will damit nur deutlich machen, dass das alles andere als sehr einfach ist. Das ist sehr kompliziert, und natürlich müssen wir diese Formen der Bedarfseinschätzung auch eng mit der GKV rückkoppeln. Welches Krankenhaus geeigneter ist, beurteilen wir natürlich. Dafür haben wir die Unterlagen. Aber die Grundlage ist immer, den Bedarf zu analysieren. Das betrifft natürlich auch die Neurologie mit den entsprechenden Anträgen, die noch nicht beschieden sind.

Insofern war das eine sehr spannende, sehr gute und sehr konstruktive Sitzung. Gerade, was die Prioritätenliste angeht, haben wir meines Erachtens auch mit Blick auf die Wesermarsch sehr gute Entscheidungen getroffen.

Aussprache

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich möchte dazu gerne drei generelle Fragen stellen. Meine erste Frage betrifft den Punkt b) Nr. 11. „Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie ...“ Das ist ja relativ deckungsgleich mit dem, was wir in der letzten Sitzung der Enquetekommission diskutiert haben, an der Sie ja auch teilgenommen haben. Wie soll ich mir das im Tagesgeschäft vorstellen? - Dann tritt wahrscheinlich das ein, was Sie auch im Zusammenhang mit der Digitalisierung erwähnt haben, nämlich dass jedes Krankenhaus diesen Bedarf anmeldet. Oder geht es um das, worüber wir in der Enquetekommission gesprochen haben, dass die baulichen Voraussetzungen für den Fall der Epidemie geschaffen werden müssen, damit man pandemische Patienten separieren kann?

Meine zweite Frage bezieht sich auf den Punkt c), die Prioritätenliste, und zwar auf den letzten Punkt. Was heißt es konkret, „... dass die unmittelbar Beteiligten mit dem Helios-Klinikum Nordenham Gespräche aufnehmen“?

Meine letzte Frage betrifft nicht die Ergebnisse dieser Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses, sondern die massiven Turbulenzen, die wir gerade um die Asklepios Kliniken Seesen erleben. Das sind ja mehrere Häuser. Aktuell sollen angeblich Häuser im Bereich der frühneurologischen Reha stillgelegt werden. Deshalb wurden auch schon Beschäftigte entlassen. Können Sie uns sagen, was dort eigentlich los ist? Da blickt niemand mehr durch. Ich weiß auch aus der Historie, dass diese Klinik eigentlich immer ein Flaggschiff insbesondere im Bereich Neurologie, Neurochirurgie usw. gewesen ist.

Ich möchte auch meine persönliche Einschätzung dazu abgeben: Da Asklepios seinerzeit alle Krankenhäuser im Kreis Goslar gekauft hat, habe ich teilweise das Gefühl, dass dort sozusagen ein Machtpoker mit dem Landkreis stattfindet. Ich kann mir, ehrlich gesagt, nicht vorstellen, dass Asklepios ernsthaft Seesen aufgeben will. Aber so wird natürlich dazu beigetragen, dass sie ihre besten Kräfte auf Wanderschaft schicken, weil sie sich woanders hin orientieren. Ich habe im Unterbewusstsein auch die Vermutung, dass das ein Grabenkampf ist, um letzten Endes die Klinik in Clausthal-Zellerfeld schließen zu können. Das ist aber eine Spekulation von mir. Ich bitte Sie, zu dem Gesamtkomplex etwas zu sagen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe ebenfalls eine Frage zu Punkt b) Nr. 11, nämlich zu dem zweiten Satzteil: „insbesondere durch Umwandlung von Zimmern mit mehr als zwei Betten in Ein- oder Zweibettzimmer, sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten führt“. Glauben Sie, dass das funktioniert, zumal alle eigentlich mehr Krankenhausbetten wollen? Ich finde das sehr mutig. Man kann natürlich eine solche Bedingung formulieren. Wenn es aber keine Anreize gibt, könnte das ganz kritisch werden. Das geht natürlich ein bisschen in die Richtung, wie wir es auch in der Enquetekommission diskutiert haben.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Ich fasse die Frage von Herrn Schwarz zu der Nr. 11 mit der Frage von Frau Janssen-Kucz zusammen, weil beide denselben Themenkomplex betreffen. Ich interpretie-

re die Nr. 11 so, dass man durch diese Vorhaben bei einer stärkeren Zunahme von infektiösen Erkrankungen die Patienten besser isoliert behandeln kann, also dass man mit diesen Mitteln in den einzelnen Stationen Möglichkeiten schaffen will, entweder eine gesamte Station oder einen Komplex mit Ein- oder Zweibettzimmern entsprechend zu isolieren, wenn die Zahl der infektiösen Patienten zunimmt.

Ich möchte dazu noch zwei Hinweise geben auch im Hinblick auf die Frage von Frau Janssen-Kucz: In all den Krankenhäusern, die wir neu bauen oder sanieren - wir sanieren und bauen ja in den letzten Jahren relativ viel durch die verschiedenen Förderprogramme -, werden ohnehin nur noch maximal Zweibettzimmer eingerichtet. Diese Zweibettzimmer können dann auch leicht als Einbettzimmer genutzt werden, indem man ein Bett entfernt. Wir reden aber auch von Zweibettzimmern, die eine Größe haben, dass dort fakultativ auch mal ein drittes Bett sehr gut betrieben werden kann. In all den Krankenhäusern, in denen nach Baumaßnahmen die Pflege neu entstanden ist - wie in Damme, in Friesoythe und das Siloah-Krankenhaus -, werden Sie kein Drei- oder Vierbettzimmer mehr finden. Es wird aber immer die Möglichkeit geben, ein drittes Bett hinzuzustellen, wenn es mal eine Grippezeit geben sollte.

Wenn die Frage gestellt würde, in wie vielen Krankenhäusern noch Mehrbettzimmer mit mehr als zwei Betten existieren, könnte ich sie ad hoc nicht beantworten. Wir können Ihnen nur sagen, welche Krankenhäuser auf jeden Fall noch welche haben. Es gibt natürlich noch viele Krankenhäuser, die Mehrbettzimmer haben.

Dann wird natürlich auch die Frage zu stellen sein, ob das auch die Psychiatrie betrifft. Dort ist der Anteil der Mehrbettzimmer immer noch deutlich höher als in der Somatik.

Ich denke, das werden wir auf uns zukommen lassen müssen. Wir werden mit Sicherheit auch noch ergänzende Vorgaben vom Bundesamt für Soziale Sicherung bekommen. Da bin ich mir ziemlich sicher.

Zu der Frage von Frau Janssen-Kucz zu der Verringerung der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten: Es gab schon andere Strukturförderprogramme, bei denen Landesförderungen, kombiniert mit Bundesförderungen, unter der Maßgabe erfolgt sind, dass Betriebsstätten oder Standorte zusammengelegt werden und dass auch die

Anzahl der Planbetten reduziert wird. - Die Anzahl der Reduzierung der Planbetten ist nicht quantifiziert. Ich kann mich daran erinnern, dass wir beim Friederikenstift ein Bett abgebaut haben. Nicht alle Krankenhäuser sind vollends ausgelastet. Wenn ein Krankenhausträger eine Station nur mit Drei- und Vierbettzimmern hat und eine Auslastung von 80,9 % statt 85 % hat, dann wird er auf dem Papier die Zahl der Betten um drei reduzieren, um die Station dann entsprechend umzubauen. Ich persönlich glaube nicht, dass das *die* hohe Hürde sein wird. Die hohe Hürde wird sein: Wie viele Krankenhäuser stellen einen Antrag? Und die ganz große Hürde wird sein: Wie kann man eine bestehende Station, in der sehr viele Zimmer existieren, die mehr als zwei Betten haben, in einer Kubatur zu Zweibettzimmern umbauen? Wenn es in einer Station zehn Zimmer mit Vierbettzimmern gibt und diese zu Zweibettzimmern umgebaut werden sollen, muss man irgendwo Platz finden, um 20 zusätzliche Räume unterbringen zu können. Auf uns werden dann also eher bauliche Themen zukommen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe noch eine Frage zu Punkt c): Prioritätenliste, und zwar zu n) b). Auch vor dem Hintergrund der Enquetekommission ist der Satz ganz interessant: „mit der Zielsetzung, an diesem Standort zukünftig Gesundheitsleistungen außerhalb des akutstationären Bereichs anzubieten“. Ist das Ministerium auch an diesen Gesprächen beteiligt und kann es dort auch ein paar Gedanken aus der Enquetekommission einbringen mit dem Hintergrund, dass es sich eventuell anbieten würde, dort ein Modellprojekt durchzuführen?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Meine Frage geht in die Richtung der Frage des Kollegen Schwarz. Aus Seesen habe ich vielfach Berichte nach dem Motto gehört: Dort werden Betten und Personal abgebaut, um Goslar zu stärken und Seesen im Endeffekt zu schwächen und langfristig aufzugeben. - Ob der Hintergrund dafür ist, die Klinik in Clausthal-Zellerfeld zu schließen, kann ich nicht beurteilen. Mich interessiert hierzu der Kenntnisstand auf Ihrer Seite.

Sie haben vorhin auch die Prioritätenliste auf DIN A3 angesprochen. Ich weiß nicht, ob es dazu eine aktuelle Fortschreibung gibt. Es wäre schön, wenn wir diese Liste bekommen könnten, vielleicht auch unterteilt mit den Maßnahmen, die aus dem Strukturfonds 2 und 3 vorgesehen sind.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Die Liste bekommen Sie. Ich habe sie extra noch nicht im Vorfeld geschickt, weil wir sie immer an die Beratungen des Planungsausschusses anpassen. Weil das immer 30 und mehr Maßnahmen betrifft, schaue ich immer sehr genau hin. Sobald wir sie aktualisiert haben, stelle ich sie Ihnen sofort zur Verfügung. Das wird in der nächsten Woche sein.

Das gesamte Themengebiet Brake und Nordenham habe ich in meinen Ausführungen ein bisschen hervorgehoben, weil das an dieser Stelle wirklich sehr interessant ist. Das ist eine lange Geschichte. Ich versuche es, sie kurz darzustellen.

Das Krankenhaus in der Stadt Nordenham befand sich in Trägerschaft der Rhön-Klinikum AG. Unter sehr interessanten Umständen hat sich dann der private Betreiber dazu entschieden, am Standort Esenshamm dieses Krankenhaus neu zu errichten, ohne irgendwelche Formen der Landesförderung zu beantragen oder gar vorher zu fragen. In Esenshamm steht dieses Krankenhaus jetzt sozusagen auf einer Kuhwiese und schreit nach Nutzung. - Ich will das einmal etwas platt formulieren.

Das Krankenhaus Nordenham war historisch bundesweit als unter den Top Ten der höchsten Defizite bekannt. Wenn man sich die Kostenstruktur ansah, war Nordenham immer ganz oben, was die Höhe der Defizite anging.

Vor einigen Jahren wurden alle Rhön-Krankenhäuser an Helios veräußert, darunter auch dieses Krankenhaus in Nordenham. Wir stellen seit vielen Jahren fest, dass es unabhängig davon, ob das Rhön-Klinikum oder Helios der Träger war, aus welchen Gründen auch immer nicht gelingt, dort eine stabile akutstationäre Medizin so anzubieten, dass die Nachfrage entsprechend hoch ist. Das gelingt dort einfach nicht. Dafür mag es vielerlei Gründe geben, über die jeder spekuliert.

Zuletzt - das war kurz vor der Sommerpause - ist das gesamte kardiologische Team nebst Chefarzt und Oberarzt nach Brake gegangen. Man hat mir gesagt - ich habe jetzt nicht die genauen Zahlen -, dass in Nordenham von den ursprünglich 90 oder über 100 Betten jetzt noch 30 Betten betrieben werden.

Helios hat jüngst in einer Pressemitteilung bekundet, dass der Standort Nordenham jetzt auf dem

Weg der Besserung sei, weil die Versorgung jetzt aus Cuxhaven erfolgt.

Das ist ein sehr schwieriger Standort. Es ist einfach so - das zeigen auch Gespräche mit den Trägern -, dass jeder, der sich mit Gesundheitsversorgung im Landkreis Wesermarsch beschäftigt, sagt, dass dort zwei Standorte zu viel sind, um gute Medizin auch wirtschaftlich sinnvoll betreiben zu können.

Es ist also ein Standort übrig. Dann war immer die Frage: Welcher Standort ist übrig? - Es gab viele Ideen: „Nordenham nicht! Denn das ist ja neu gebaut worden!“ Man muss auch ganz ehrlich sagen: Nordenham kann mit ganz wenig Mitteln zu einem 200- bis 300-Betten-Haus ertüchtigt werden, weil das Rhön-Klinikum extra oben zwei Geschosse leer gebaut hat, also sozusagen eine Hülle. Deshalb kann dieses Krankenhaus zu einem sehr geringen Betrag um mindestens 150 Betten erweitert werden.

Historisch ist aber aus irgendwelchen Gründen die Nachfrage in Nordenham wirklich nicht hoch. Das zeigt auch: Je mehr die Belegung in Nordenham aus unterschiedlichsten Gründen nachlässt, desto höher ist die Belegung in Brake. Das Krankenhaus Brake läuft absolut an der Kapazitätsgrenze, sogar darüber hinaus. Das ist ein innerstädtisch gelegenes Krankenhaus. Die letzte Förderung datiert aus dem Jahr 1988. Dieses Krankenhaus wird mit seinen stationären Leistungen sehr gut nachgefragt und platzt sozusagen aus allen Nähten, weil, wie gesagt, die Patientinnen und Patienten wenig Vertrauen in den Standort Nordenham haben und lieber nach Brake gehen. Deshalb sind die Beschlüsse im Planungsausschuss so gefasst worden.

Die Formulierung unter n) b) habe ich gestern für Ihre Unterrichtung genauso gewählt, weil wir natürlich hoffen, dass wir die Erkenntnisse aus der Enquetekommission nutzen können, um dort etwas Modellhaftes auf die Beine zu stellen. Deshalb bin ich in der Enquetekommission auch immer bei dem Thema der sektorenübergreifenden Versorgung dabei. Das kann aber das Land nicht alleine, sondern die GKV muss dabei mit ins Boot. Ich darf dann auch von der Enquetekommission lernen, welche Schwerpunkte dort gesetzt werden. Das wäre einer der Standorte in Niedersachsen, der sich für ein solches Modellvorhaben sehr anbieten würde. Ich wäre sehr dankbar, wenn wir von der Enquetekommission

Empfehlungen mit auf den Weg bekämen, wie wir diese Themen in Bearbeitung bekommen.

Zu der Frage von Herrn Schwarz zum Krankenhaus in Seesen: Wenn ich formal antworten würde - was ich tunlichst sollte -, würde ich sagen, dass ich vom Krankenhaus in Seesen weder einen offenen krankenhausplanerischen Antrag, noch einen offenen Investitionsantrag, noch eine offene Budgetvereinbarung habe. Von der reinen Arbeitslage her haben wir, was Seesen angeht, keine Themen, die nicht in Bearbeitung sind. Gleichwohl bekommen wir natürlich mit, dass es in Seesen schon seit einiger Zeit Unruhen zwischen der Geschäftsführung, der Belegschaft und den weiteren Beteiligten gibt, insbesondere was Themen wie Tarifverträge usw. angeht.

Meinen Kenntnisstand habe ich im Prinzip nur aus der Presse, die ich immer sehr aufmerksam verfolge. Es gibt dort scheinbar sehr große Streitigkeiten, weil von ver.di ein Tarifvertrag gefordert wird und dieser von Asklepios ablehnt wird. Die Gespräche mit dem Betriebsrat stocken, regelmäßig wird gestreikt, und die Unzufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter scheint im Moment sehr groß zu sein.

In den letzten Jahren habe ich mitbekommen, dass dort vor zwei oder drei Jahren - Herr Schwarz, Sie kennen die Situation vor Ort viel genauer als ich - zwei leitende Chefärzte nebst Oberärzten gekündigt haben und gegangen sind. Das war durchaus nicht alltäglich und passiert nicht allzu häufig in einem Krankenhaus - und schon mal gar nicht in einem Krankenhaus, das sich, historisch gesehen, einen sehr großen Ruf im Bereich der Neurochirurgie, Neurologie, Kardiologie und Gefäßmedizin aufgebaut hat. Dieses Krankenhaus war, glaube ich, mal eines der Highlights in Niedersachsen bei diesen Krankheitsbildern. Dass dann vor zwei Jahren aus zwei Abteilungen die Chef- und Oberärzte allesamt kündigen und woanders hingehen, unterliegt natürlich nicht unserer Aufsicht oder unserer Einflussnahme. Aber als Krankenhausplaner wundert man sich schon, dass in einer solchen renommierten Klinik alteingesessene, angesehene leitende Ärzte dort nicht mehr tätig werden wollen. Das scheint ein weiteres Indiz dafür zu sein, dass es zwischen der Geschäftsführung, dem privaten Träger und den Angestellten dort kommunikativen Optimierungsbedarf gibt - ich will das einmal so ausdrücken.

Auch ich habe mich oft gefragt, was wohl bei einem solchen Krankenhaus dahintersteckt. Wir beide kennen ja den rund gebauten Baukörper in Seesen. Dort sind viele Millionen Landesmittel sehr gut investiert worden. Das ist auch kein Krankenhaus, das über einen großen Investitionsstau klagt.

Wir haben auch viele Gespräche geführt, als wir dort das Städtische Krankenhaus in Seesen integriert haben. Auch das war Ausfluss einer Baumaßnahme. Das konnte man wunderschön anbauen an diesem Halbkreisgebäude. Das ist ein Krankenhaus, das leistungsmäßig sehr gut aufgestellt war, das keinerlei Investitionsstau hat und das, ganz im Gegenteil, extrem modern war. Warum ein solches Krankenhaus nun derart in der Presse mit Diskussionen erscheint, ist für mich kaum nachvollziehbar.

Zu den Rückschlüssen in Bezug auf Goslar und Clausthal-Zellerfeld kann ich nichts sagen. Ich weiß es nicht. Das wäre für mich ein Stück Spekulation. Ich glaube, mit Blick auf Clausthal-Zellerfeld eher nicht. Nach meinem letzten Kenntnisstand ist im Krankenhaus Clausthal-Zellerfeld in 2020 noch kein stationärer Patient behandelt worden. Die Klinik in Goslar läuft eigentlich relativ stabil. - Ich denke jetzt einmal laut, Herr Schwarz: Ein mal sehr gutes Krankenhaus in Seesen in einer sehr schönen Immobilie nach Goslar konzentrieren? - Das ist schwierig. Auch ich stelle mir ja die Frage, was die dort machen.

Zu der Schließung der Reha-Einrichtung habe ich von Dritten erfahren bzw. mir selber zusammengesucht: Ja, das wird erfolgen. Die Reha beplanen wir aber nicht und ist auch nicht gefördert. Das liegt auch nicht in unserer Zuständigkeit. Mein Kenntnisstand ist: Am Reha-Bereich ist ein Hochwassergebiet. Dort gibt es auch entsprechende Türen, die das Eindringen von Hochwasser verhindern. Die Voraussetzung ist, dass diese Türen geschlossen sind und nicht durch Raucher mit einem Stein offen gehalten werden, ohne dass dies jemand kontrolliert, und dass dort dann nicht Wasser hineinfließt. - So scheint es aber in Seesen passiert zu sein. Tatsächlich ist diese Tür, die eigentlich das Eindringen von Wasser verhindern sollte, von Rauchern mit einem Stein offen gelassen worden, damit sie nicht zufällt. Die Tür wurde nicht geschlossen. Dann ist das Wasser durch die Reha gelaufen. Daher kann sie dort jetzt nicht mehr betrieben werden, sondern sie wird jetzt an einer anderen Stelle - aber auch in

einer Asklepios-Einrichtung - betrieben. Mehr kann ich dazu nicht sagen.

Mit der Geschäftsführerin Frau May und dem neuen Geschäftsführer habe ich schon in den nächsten zwei Wochen einen konkreten Termin vereinbart. Dieses Gespräch wird in absehbarer Zeit erfolgen. Wenn Sie es wünschen, kann ich Sie nach diesem Gespräch bzw. im Rahmen der Unterrichtung über die Sitzung des Planungsausschusses nach dem 25. November darüber unterrichten.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wenn Sie nach dem Gespräch den Eindruck haben sollten, dass es etwas Sinnhaftes gibt, was wir wissen sollten, dann wären wir für eine schriftliche Unterrichtung dankbar.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich möchte eine ergänzende Frage stellen. Ich teile die Auffassung, dass es überhaupt keinen Sinn macht, darüber nachzudenken, Patienten von Seesen nach Goslar zu verlegen. Das wäre topografisch nicht in wenigen Minuten gemacht. Dann könnten sie eher nach Clausthal-Zellerfeld fahren.

In der örtlichen Regionalzeitung, im *Seesener Beobachter*, gab es den Hinweis, dass dort zwei Abteilungen im Reha-Bereich geschlossen werden sollen. Das bedeutet ja, dass man irgendetwas mit dem Versorgungsvertrag machen muss. Dort muss es ja einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V geben. Vielleicht können Sie einmal erläutern, wie das funktioniert. Ich wurde schon gefragt, ob das Sozialministerium nicht eigentlich zustimmen muss. Ich meine aber, eigentlich muss es das nicht; eigentlich ist das ja ein Vertrag zwischen dem Krankenhausträger und den Kassen. Vielleicht können Sie einmal die rechtliche Situation darstellen. Eigentlich sind wir ja völlig außen vor.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Es ist in der Tat so, wie Sie es beschrieben haben: Wenn ein Krankenhausträger Reha-Leistungen anbieten will oder nicht mehr anbieten will, ist das ein unmittelbarer Vertrag zwischen dem Träger und den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 111 SGB V. Dieser wird geschlossen und wird uns dann im Anschluss zugeleitet mit der Bitte, hierüber unser Einvernehmen, unsere Zustimmung, zu erklären. So wäre der formale Weg.

Einen Antrag nach § 111, der von der GKV mit dem Träger geschlossen wurde und uns zur Zustimmung zugeleitet wurde, was Seesen betrifft, habe ich noch nicht. Ich biete aber an, dass ich kurzfristig Kontakt mit der GKV aufnehme - das macht federführend die AOK - und im Hinblick auf die regionale Berichterstattung fragen, ob ihr dazu Informationen vorliegen. Diese Informationen kann ich dann gerne auch dem Ausschuss zuleiten. Ich selber habe aktuell keine Informationen dazu.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Das ist doch nur ein formaler Akt seitens des Landes?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Ja. Das ist keine Bedarfsprüfung oder Ähnliches. Wie bei einer Entgeltvereinbarung schauen wir auf die Form, auf Fristen, auf die Vollständigkeit aller Unterschriften, auf Inhalte dem SGB V entsprechend. Im Reha-Bereich ist es aber anders als in der akuten stationären Versorgung. Dort gibt es von uns keine eigene Zulassung oder Bedarfsprüfung.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Die Situation in Osnabrück ist äußerst unbefriedigend, obwohl alle die Strukturveränderung wollen. Ich habe jedenfalls bisher nicht gehört, dass irgendjemand die Konzentration auf zwei Träger ablehnt.

Nun kann ich ja gut nachvollziehen, dass man eine Einigung erzielen wollte. Das ist leider gescheitert. Ich kann aber nicht verstehen, dass das Ministerium eine Entscheidung nicht vorbereitet hat. Der Antrag ist vor einem Jahr gestellt worden. Vor einem Jahr ist gekauft worden. Man hat sofort den Antrag gestellt und um eine Entscheidung gebeten. Ich finde, man kann erwarten, dass das Ministerium dann zweispurig fährt: dass man versucht, eine Einigung zu erzielen, aber dass man dann, wenn das nicht möglich ist, eine Entscheidung trifft.

Ich finde es äußerst misslich, dass auch in der Enquetekommission gesagt wird, dass Qualität auch etwas mit Konzentration zu tun haben kann, aber dass das in Osnabrück, wo man das macht, nicht entsprechend vom Land begleitet wird. Ich muss ganz ehrlich sagen, dass ich darüber sehr enttäuscht bin. Damit wird auch ein Signal in das Land gesendet, das für die Zukunft nicht gerade sehr förderlich ist.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Diesen Unmut kann ich mehr als nachvollziehen. Diesen Unmut habe ich auch gestern von Herrn Lullmann ertragen dürfen.

- Das ist allerdings schon eher eine wöchentliche Übung von uns beiden. Das ist auch eine Art des Achtsamkeitstrainings und baut auch Stress ab. - Aber ja, es ist ernst. Die Ausführungen von Herrn Jasper sind vollkommen zutreffend, dass wir diesen Antrag seit einem Jahr haben. Seit drei oder vier Jahren bemühen wir uns parallel um eine Einigung. Im März/April dieses Jahres gab es eine Einigung zwischen dem Klinikum Osnabrück und der Niels-Stensen-Gruppe, die auch in einem Kooperationsvertrag fixiert wurde. Unsere Hoffnung im Mai/Juni auf der Basis dieses konsentierten Papiers - das im Wesentlichen der Herr Staatssekretär zwischen den beiden moderiert hat - war, dass wir diese Lösung, die dort skizziert wurde und die ich hier jetzt aus Zeitgründen nicht im Einzelnen ausführen will -, im Planungsausschuss durchsetzen, obwohl auch Teile der GKV mit dieser Einigungslösung nicht ganz einverstanden waren. Dann hat uns leider, kurz bevor wir das zur Entscheidung vorbereiten wollten, die Information ereilt, dass der Geschäftsführer des Klinikums Osnabrück diese Vereinbarung mit dem Marienhospital geschlossen hatte, ohne vorher die notwendige Zustimmung von seinem Aufsichtsrat einzuholen. Der Aufsichtsrat hat uns dann mitgeteilt, dass diese Einigung nicht existiert. - Das war dann auch die letzte Unterschrift, die der Geschäftsführer im Klinikum Osnabrück geleistet hat.

Von daher haben wir im Mai/Juni von dem Scheitern dieser Vereinbarung Kenntnis nehmen müssen. Dann folgten weitere Gespräche, die im Nachgang aber eher zu einer Verhärtung der Fronten als zu weiteren Annäherungsversuchen geführt haben.

Möglicherweise hätte man das ein wenig mehr vorhersehen können und diese Auswahlentscheidung entsprechend früher starten können. Wir waren aber immer noch der Hoffnung, dass es eine gemeinsame Lösung geben würde.

Wir werden jetzt so schnell wie möglich entscheiden. Ob das wirklich kurzfristig geschehen kann, habe ich, wie eben ausgeführt, mit einem Fragezeichen versehen. Ich stehe in sehr engem Kontakt mit Herrn Lullmann, der natürlich auch einen Plan B hat. Der Plan B wäre, die Neurologie und Neurochirurgie als Managementgesellschaft für Paracelsus am Standort Natruper Holz zu betreiben. Das wäre ein Plan B, auf den er sich auch schon vorbereitet.

Bei der Frage, wie man in Osnabrück die Versorgungsaufträge sinnvoll organisiert auch mit Blick darauf - was Sie vollkommen zu Recht sagen, Herr Jasper -, dass nach den Beratungen in der Enquetekommission die Qualität umso höher ist, je höher die Menge ist, kann man auch zu höchst unterschiedlichen Auffassungen kommen, wenn man sich die Versorgungsstruktur in Osnabrück ansieht. Wenn wir das beispielsweise so bescheiden würden, dann hätten wir in Osnabrück zwei Neurologien: eine relativ kleine am Standort Paracelsus und eine der größten in Niedersachsen am Standort Osnabrück. Die Frage ist: Ist es in einer Stadt wie Osnabrück sinnvoll, zwei Neurologien zu haben, oder mit Blick auf die Konzentration noch zehn IMC-Betten zusätzlich im Klinikum zu etablieren und dort die Neurologie vollständig zu konzentrieren? - Dem folgen dann natürlich weitere Fragen. Das hat dann auch Auswirkungen auf die neurochirurgische Versorgung. Es macht keinen Sinn, die neurochirurgische Versorgung von der neurologischen Versorgung zu trennen. Dann kommt man auch aus qualitativen und Mengenaspekten durchaus zu unterschiedlichen Konstellationen, die man unterschiedlich werten kann.

Mein ursprünglicher Ansatz war: Wir müssen uns auch einmal darüber unterhalten, ob es in einer Stadt wie Osnabrück sinnvoll ist, zwei Neonatologien des Levels 1 vorzuhalten. Wir haben in vielen Bereichen noch strukturellen Optimierungsbedarf.

Ich möchte es so zusammenfassen, Herr Jasper: Die Ausführungen sind zutreffend und absolut nachvollziehbar. Wir werden uns wirklich sehr bemühen, dort zu einer Lösung zu kommen.

Mit Herrn Lullmann bin ich in einer Abstimmung. Wenn wir Signale haben, dass es sich weiterhin extrem schwierig gestaltet, und wir zu Vorschlägen kämen, dass es in Osnabrück zwei Neurologien und zwei Neurochirurgien geben soll, dann könnten wir zwar möglicherweise ein Einvernehmen mit den Trägern, aber kein Einvernehmen mit der GKV erzielen. Damit müssen wir ja auch noch durch den Planungsausschuss.

Wenn Sie mich heute fragen, halte ich es derzeit eher für realistisch, dass am Standort Natruper Holz - also der ehemalige Standort Paracelsus - ein neurovaskuläres Zentrum durch das Marienhospital errichtet und betrieben wird. Das halte ich im Moment für ein eher realistisches, rechtssicheres Szenario. Denn auch wenn wir ein Auswahl-

verfahren durchführen, werden wir mit Sicherheit in eine gerichtliche Prüfung hineinlaufen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe noch eine Frage zum Krankenhaus Peine. Dort hat ja jetzt die Übernahme durch Stadt und Landkreis stattgefunden. Laufen jetzt Gespräche zwischen Ihnen und dem jetzigen kommunalen Träger, wie man die Rekommunalisierung auch im Hinblick auf Anträge usw. begleitet?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Zum heutigen Stand gibt es keine Gespräche zwischen dem Krankenhaus in Peine und dem für Krankenhausplanung zuständigen Fachreferat.

Ich verfolge natürlich die Entwicklung im Landkreis Peine. Man hat sich ja auch ein bisschen schwergetan, dort einen geschäftsführenden Ansprechpartner zu finden. Man hat, glaube ich, etwas voreilig vermeldet, dass eine Dame von Vivantes aus Berlin dort Geschäftsführerin wird. Das stand in der Presse, aber der Vertrag war noch nicht geschlossen. Mein jüngster Kenntnisstand ist, dass dort jetzt Herr Jitschin Geschäftsführer ist, der vor einigen Jahren das St. Elisabeth-Krankenhaus in Salzgitter geleitet hat.

Ich habe noch keine Anträge. Ich habe auch noch keinen Anruf oder keine E-Mail von Herrn Jitschin mit Bitte um Erörterung bekommen. Ich verfolge das sehr aufmerksam. Wenn sich der Träger bei mir meldet, werden wir uns sehr kurzfristig zusammensetzen.

Zum heutigen Stand kann ich Ihnen nicht mehr sagen, als wir beide durch aufmerksames Verfolgen der Berichterstattung erfahren.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe die Bitte - ich glaube, es geht den Kolleginnen und Kollegen auch so, weil wir uns alle intensiv damit beschäftigt haben -, dass Sie uns in Kenntnis setzen, wenn dort etwas in Bewegung gerät, wenn z. B. eine Kontaktaufnahme stattgefunden hat.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Das mache ich gerne.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Danke.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Dann danken wir ganz herzlich für die heutige Unterrichtung über die gestrige Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses. Die nächste Sitzung wird, wie erwähnt, am 25. November 2020 stattfinden. Spä-

testens am 26. November 2020 werden wir uns
also im Ausschuss wiedersehen.

Tagesordnungspunkt 2:

Unterrichtung durch die Landesregierung zur aktuellen Entwicklung der COVID-19-Pandemie in Niedersachsen

Unterrichtung

MR Dr. Feil (MS): Vielen Dank für die Möglichkeit, dass ich den Ausschuss wieder unterrichten darf. Ich orientiere mich an dem Fragenkatalog der Fraktion der Grünen (s. Anlage zur Einladung zu dieser Sitzung), aber werde natürlich auch auf die aktuellen Zahlen eingehen. Diese Zahlen bekommen Sie ja auch immer mitgeteilt, sodass ich mich dabei kurz fassen kann.

Aktuelle Lage der COVID-19-Pandemie in Niedersachsen

Die Tagesinzidenz für Niedersachsen liegt heute bei 11,8. Einige Landkreise liegen über 20. Der Landkreis Cloppenburg liegt inzwischen bekanntlich knapp unter 43. Friesland liegt heute bei 25. Dieser hohe Wert in Friesland war ja auch in der Öffentlichkeit bekannt geworden. Rotenburg liegt ebenfalls bei 20.

Wir haben derzeit unterschiedliche Szenarien. Dadurch, dass ich für 8 Millionen Niedersachsen mehr oder weniger zuständig bin, kann ich mir aber nicht jeden Einzelfall ansehen. Ich habe kürzlich auch schon etwas despektierlich gesagt: Wir können nicht Erbsen zählen. - Ich sehe mir immer die großen Zusammenhänge an.

Wie auch das Landesgesundheitsamt in seinem Bericht ausgeführt hat, hatten wir im Sommer ansteigende Zahlen aufgrund der Reiserückkehrer. Durch die hohe Testfrequenz erhält man auch viele positive Befunde, wobei man aber nicht weiß, inwiefern die betreffenden Personen noch ansteckend sind. Wir haben dabei beobachtet, dass eher junge Familien und junge Menschen das Virus eingetragen haben.

Inzwischen haben wir unterschiedliche Szenarien. In jedem Landkreis ist das Szenario anders. Deswegen sind solche Warnzahlen wie 50 Fälle pro 100 000 Einwohner eine ganz gute Marschroute. Es wird dann aber immer verlangt, dass man einheitlich vorgeht. Es ist so schön einfach: „Ab 35 machen wir dieses, und ab 50 machen wir jenes!“ - Das funktioniert aber nicht und sorgt

manchmal ein bisschen für Verwirrung, weil jedes Szenario anders ist und der Nenner dieser Maßzahl ein wesentlicher Einflussfaktor ist. In Emden sind 50 Fälle pro 100 000 Einwohner natürlich ein ganz anderes Geschehen als in der Region Hannover. Deswegen schauen wir immer ganz genau hin. Das machen auch die Kommunen extrem gut.

Ich muss hier noch einmal sagen: Das, was der Öffentliche Gesundheitsdienst derzeit leistet, ist unglaublich und unfassbar. Ich bin sehr froh, dass alle mit unterschiedlichen Strategien mitziehen. Natürlich kann man im Einzelfall manchmal anderer Auffassung sein, ob es notwendig ist oder nicht. Aber meine Marschrichtung und die Marschrichtung des MS ist: Wir lassen uns berichten und unterstützen eher die Kommunen in ihrem Vorgehen, weil wir aus übergeordneter Sicht doch nicht alles einschätzen können.

Man kann das aber durchaus im Einzelfall hinterfragen. Ich finde, es ist auch berechtigt, dass man - so wie in dieser Woche - hinterfragt: Wo sind die Schwerpunkte, und wo wollen wir langfristig hinkommen? - Dazu kommen wir nachher noch im Zusammenhang mit dem MPK-Beschluss.

In Cloppenburg gibt es verschiedene Fälle. Beispielsweise im Landkreis Rotenburg (Wümme) ging das Geschehen von einer religiösen Gemeinschaft aus. Auch in Cloppenburg spielten religiösen Gemeinschaften eine Rolle. In Harburg gibt es aber ein ganz anderes Geschehen. Dort hat es insbesondere ein Pflegeheim getroffen.

Wir schauen uns das Geschehen, wie dargelegt, immer an. Die Maßnahmen richten sich aber dann danach aus, wie sich das Geschehen vor Ort darstellt und wo die Schwerpunkte gesehen werden, z. B. in Cloppenburg im Hinblick auf die Vereine, wo gesagt wurde, dass in der Gemeinde nach wie vor wie sonst auch gefeiert wird. Ich finde es sehr gut, dass die Kommunen genau hinschauen und dann Schwerpunkte setzen. - So viel zum generellen Geschehen.

Mögliche Umsetzung der nach Bundesgesundheitsminister Spahn geplanten Ausweitung der Testkapazitäten in Niedersachsen

Nun zu der geplanten Ausweitung der Testkapazitäten. Wir haben ja schon viel über die Testungen, die Positiv-Quote usw. gesprochen. Tatsächlich ist der Bund jetzt dabei, seine Teststrategie

neu anzupassen. Die Reiserückkehrer spielen, nachdem die Sommerferien vorbei sind, keine wesentliche Rolle mehr. Wir müssen aber überlegen, wo wir neue Schwerpunkte setzen wollen. Meistens kommen jetzt von Herrn Drosten, mit dem wir auch mal in unserer Arbeitsgruppe direkt gesprochen hatten, irgendwelche neuen Ideen usw. Aber man sagt dann nicht, was nicht so wichtig ist. Das ist dann immer schwierig.

Auf jeden Fall ist es wichtig, symptomatische Personen zu testen. Sie werden meistens privat getestet, also vom Arzt getestet. Das bleibt auch bestehen.

Die zweite Säule ist die Corona-Warn-App. Auch das wird von der GKV und auch von der PKV bezahlt. Wenn jemand eine Meldung über die Warn-App erhält, kann er zu seinem Hausarzt gehen und sich speziell auf Corona untersuchen lassen, selbst wenn er keine Symptome hat. Dann treten wir in die Gemengelage ein, wo das eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und einzelner Einrichtungen in unserer Teststrategie ist.

Unsere Teststrategie besteht aus den folgenden vier Säulen:

1. Kontaktpersonenmanagement. Die Nachverfolgung von Kontaktpersonen ist deutlich ausgeweitet worden, auch die Testung der direkten Kontaktpersonen - der K1-Kontaktpersonen -, nicht nur weil man davon ausgeht, dass sie sich schon angesteckt haben, sondern weil dadurch auch die Möglichkeit geboten wird, festzustellen, ob vielleicht unter den Kontaktpersonen die Indexperson ist, die den Erkrankten angesteckt hat.

2. Ausbruchmanagement. Auch das ist eine ganz wichtige Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, das Ausbruchmanagement in Einrichtungen durchzuführen. Hier werden alle Gemeinschaftseinrichtungen auch von der Bundesstrategie erfasst, einschließlich Kindereinrichtungen und Schulen. Die Laborkosten werden von der GKV bezahlt.

3. Screening in ausgewählten Einrichtungen. Dieses Screening wird in Absprache mit dem Landkreis durchgeführt, wenn dort ein besonderes Geschehen besteht. Wir fragen dann den Landkreis, ob es Sinn macht, insbesondere das Personal in den Altenheimen zu testen, um festzustellen, ob das Virus schon in die jeweilige Einrichtung eingetragen worden ist. Das haben wir jetzt z. B. in Cloppenburg gemacht. Dort wurde zwar gesagt,

dass das nicht der Schwerpunkt ist, aber sie haben dann mit dem Screening angefangen.

4. Antikörpertestungen. Das Landesgesundheitsamt kann Antikörpertestungen durchführen. Gerade wenn es in einer Einrichtung ein großes Geschehen gegeben hat, können im Nachgang Antikörpertestungen vorgenommen werden. Das hat aber tatsächlich noch nicht häufig stattgefunden, weil das sehr aufwendig ist und der ÖGD natürlich insgesamt - das ist das Problem - sehr damit beschäftigt ist, das Geschehen insgesamt zu managen.

Das nimmt aber eigentlich die Teststrategie des Bundes auf und bildet sie für Niedersachsen ab. Der Bund überlegt gerade, ob es die Koppelung an das epidemiologische Geschehen noch geben soll, ja oder nein, und ob auch noch andere Settings betrachtet werden sollen. - Das führt zu dem nächsten Punkt, zu den Schnelltests.

Aktuelle Lage zur Verwendung von sogenannten Schnelltests

Die Schnelltests sind keine ganz neue Möglichkeit. Bei anderen viralen Erkrankungen gibt es diese Tests schon. Bei der PCR-Untersuchung, die wir jetzt im Labor durchführen, wird ja genetisches Material des Virus nachgewiesen. Wir wissen also nicht, ob das Virus noch ansteckungsfähig ist oder nicht, sondern nur, ob genetisches Material vorhanden ist.

Bei unterschiedlichen Schnelltests werden unterschiedliche Proteine der Virushülle nachgewiesen. So können sie ein ähnliches Ergebnis hervorbringen. Dieses Tests sind relativ spezifisch. Sie müssen ebenfalls über einen Rachen- oder Nasenabstrich vorgenommen werden. Das kann man also nicht sozusagen mal eben so machen. Wir haben allerdings auch einiges hinsichtlich der Fachlichkeit dazugelernt, was alles nebenbei läuft, auch ohne Ärztinnen und Ärzte. Aber tendenziell ist dieser Schnelltest bisher noch nicht eingeführt worden, weil diese schönen Maßzahlen wie Spezifität und Sensitivität nicht gewährleistet sind, also: Wie sicher und empfindlich ist der Test? - Das spielt natürlich eine ganz große Rolle, vor allem wenn sehr unspezifisch untersucht wird.

Ich glaube, das Folgende zum positiven prädiktiven Wert habe ich schon einmal im Ausschuss dargestellt: Wenn man eine Bevölkerung auf eine Krankheit untersucht und die Krankheit in der Be-

völkerung nicht häufig vorkommt, dann ist der positiv prädiktive Wert - also der Anteil der falsch Positiven - sehr viel höher, als wenn es sehr wahrscheinlich ist, dass die Menschen wirklich krank sind. Das wird häufig vergessen, auch von den Laboren, die Tests anbieten. 100 % gibt es in keinem Fall. Aber gerade bei den Schelltests ist es natürlich ganz schlecht, wenn beide Werte nur eine 50-prozentige Sicherheit bieten. Dann hat man natürlich nicht viel gewonnen.

Die Tests scheinen aber immer besser zu werden. Ich habe Ihnen dazu die aktuelle Stellungnahme des BMG aufgeführt. Das ist schon sehr gut und sehr durchdacht. Das RKI, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie das Paul-Ehrlich-Institut gehören ja der Arbeitsgruppe mit an. Tatsächlich werden diese Tests immer besser.

Es wird wahrscheinlich bis auf Weiteres nicht darauf hinauslaufen, dass ein positiver Antigentest bereits dazu führt, dass das als Fall gewertet wird, sondern es wird dann eine PCR-Untersuchung nachgeschaltet. Wir können uns aber sehr wohl Settings vorstellen, z. B. in Altenheimen mit solchen Testsystemen vorzugehen. Das will auch der Bund machen.

Als Fachgruppe sehen wir es allerdings noch nicht, solche Tests z. B. vor einem Stadion anzubieten. Es gibt aber auch Autobahnraststätten, wo Tests angeboten werden. Insofern wird das vielleicht auch noch kommen. Aus der Fachlichkeit sehen wir das aber zumindest derzeit noch nicht so. Aber ich sehe sehr wohl, der Druck ist enorm. Wir können dadurch sozusagen einen Vorfilter einbauen und müssen sicher mit einrechnen, dass es auch Falschnegative gibt, also dass der Test nicht anschlägt. Der Schnelltest wird nie so empfindlich sein wie der PCR-Test. Aber wir wissen ja inzwischen auch, dass der PCR-Test manchmal vielleicht zu empfindlich ist. Es gibt ja den Wert von 30, zu dem in der Diagnostik gesagt wird: Darin ist so wenig genetisches Material, es wird nicht mehr ansteckend sein. - Dann wird auch der Schnelltest nicht anschlagen.

Der Schnelltest ist aber auf jeden Fall ein Modul, das kommen wird. Wir warten jetzt darauf, wie der Bund das formuliert. Er hat es für die erste Oktoberhälfte angekündigt. Herr Spahn ist ja immer besonders schnell; dann wird er das noch früher machen.

So weit zu den Testungen. Da wird sich also einiges tun. Ich bin schon sehr darauf gespannt.

Mögliche Umsetzung der nach Bundesgesundheitsminister Spahn geplanten sogenannten Fieberambulanzen in Niedersachsen

Nun zu den Fieberambulanzen, die Herr Spahn ins Gespräch gebracht hat. Man muss ihm ja lassen: Dann überlegen alle, was damit gemeint sein könnte, und gehen in die Offensive.

Wir haben Gespräche mit der KVN geführt. Das ist so ähnlich wie bei den Testzentren: Man darf nicht vergessen, dass dieses ganze KV-System und auch das ganze Finanzierungssystem darauf beruhen, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis haben. Diese Hardware wird sozusagen insgesamt mit vergütet. Die GKV scheut sich dann natürlich, zusätzliche Strukturen aufzubauen, ebenso wie die KV; denn es ist sehr teuer, zusätzliche Strukturen vorzuhalten. Insofern setzen sie eher auf den Schwerpunkt Praxen und auf besondere Sprechstundenzeiten, in denen man infektiöse Patienten behandeln kann. Denn man braucht ja auch überall das fachliche Know-how.

Deshalb wird es in Niedersachsen wahrscheinlich nicht so erfolgen, dass Patienten mit Fieber dann in ganz neue Einrichtungen gehen. Das wird so in Niedersachsen wahrscheinlich nicht erfolgen. Aber Sie sind ja in der Enquetekommission mit der KVN direkt im Gespräch. Dort kann man das vielleicht auch noch einmal ansprechen.

Das große Problem ist: Wenn man neue Strukturen aufbaut, dann sind diese erst einmal sehr kostenintensiv. Die Testzentren mussten ja wieder zugemacht werden, weil sie nicht kostendeckend waren, wenn z. B. 30 Leute am Tag dorthin kommen.

Umgang mit besonders gefährdeten Personen, insbesondere in Altenpflegeeinrichtungen, in der bevorstehenden Grippezeit im Herbst und Winter

Die Alten- und Pflegeheime sind natürlich eine ganz große Herausforderung.

Zunächst zur Grippeimpfung: Natürlich wissen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, dass vor allem die über 65-Jährigen und vor allem die Personen in Heimen eine Influenzaimpfung erhalten müssen. Wir beobachten natürlich, dass sich die Influenza nicht gut ausbreitet, weil zusätzliche

Hygienemaßnahmen ergriffen werden. Das RKI hat ja festgestellt, dass die Grippewelle mit dem Lockdown zu Ende war. Dann gab es gar keine ARI-Fälle mehr. Insofern gehen wir davon aus, dass das dann auch so sein wird. Deswegen hält es die Ständige Impfkommission auch nicht für erforderlich, die Impfpflicht auf Influenza auszuweiten, sondern es kommt jetzt darauf an, in den Risikogruppen, für die die Impfung empfohlen worden ist, die Impfquote zu erhöhen. Da haben wir ja Impfquoten von 25 bis 35 %. Das ist das vordringliche Ziel.

Ich glaube, es ist auch ganz gut aus der Mitteilung über die Veranstaltung, die die Ministerin mit den Trägern, mit den Unternehmensverbänden Niedersachsen usw. durchgeführt hat, deutlich geworden, dass Personen mit Risiko für eine schwere Erkrankung oder für eine besondere Ansteckung im Fokus stehen. Es ist mir sehr wichtig, dass wir das wirklich im Fokus haben. Selbst wenn wir wissen, dass der Bund einige Millionen Impfstoffe zugekauft hat und in den freien Markt gibt, wird dies das vordringlichste Ziel sein. Nichtsdestotrotz kann sich natürlich jeder impfen lassen. Bei uns ist ja die Influenzaimpfung für alle öffentlich empfohlen - über die fachliche Empfehlung der STIKO hinaus.

Die ganz große Herausforderung bleibt - das habe ich schon häufiger in diesem Kreis gesagt -: Null Risiko gibt es nicht. Wir müssen damit leben, dass es auch Szenarien gibt, die zu Übertragungen führen. Man vergisst bei solchen Einzelfallbetrachtungen ganz häufig den Nennerbezug, den die Epidemiologen immer anführen: Wie häufig kommt es denn wirklich vor? - Wir können diese Risikobetrachtung ganz schwer vornehmen, wenn wir das jetzt wie damals bei der Pflingstgemeinde bei Frankfurt hören. Dann müssen alle sozusagen aufhören. Wir wissen nicht ganz genau, wie häufig es wirklich in Relation zum einzelnen Ergebnis kommt. Es kann natürlich in jedem Setting das Problem geben, dass ein Mensch gerade in der Phase ist, in der er das Virus besonders stark ausstößt. Herr Drosten meint - ich weiß nicht, ob ich mich dem anschließen kann -, dass das bei jedem kurzzeitig vorkommt. Aber es gibt ja schon besondere Settings, dass plötzlich eine große Kohorte betroffen ist, die in einem Setting war.

Dann aber immer den Schluss zu ziehen, dass man diese Settings so nicht haben will, funktioniert nicht. Wir können uns nur bedingt am Worst Case orientieren. Denn wenn wir uns am Worst Case orientieren würden, dann wären wir alle

heute nicht hier; denn wir alle haben ja schon davon gehört, dass auch Menschen im Verkehr verunglückt sind usw. Man kann sich also nicht am Worst Case orientieren. Das ist die große Schwierigkeit, vor der wir alle stehen, speziell auch im Hinblick auf die Forderungen bezüglich der Bewohner in den Alten- und Pflegeheimen, die ja besonders schützenswert sind. Man muss natürlich die Waagschale möglichst austarieren: Wie viel soziale Isolation kann man zulassen, und wie viel Risiko muss man eingehen, um noch ein menschenwürdiges Leben zu akzeptieren? - Das ist eine alltägliche Herausforderung. Die Alten- und Pflegeheime stehen dann aber auch - wie in Wolfsburg - vor der Situation, dass eine Klage angestrengt wird, wenn so etwas passiert. Damit ist dann natürlich eine noch größere Angst bzw. eine größere Verantwortung verbunden.

Deshalb sollten wir eher dafür plädieren, dass man nicht immer gleich mit Schuldvorwürfen oder dem Vorwurf des Versagens arbeitet, sondern sollten wir diejenigen stützen, die versuchen, einen gangbaren Weg zu gehen, selbst auf das Risiko hin, dass es dann zu einem Ausbruch kommen wird. Aber das hat nicht immer oder nur ganz selten etwas mit Schuld oder einem mangelnden Verantwortungsbewusstsein zu tun.

Aussprache

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe eine Frage zu den Schnelltests. Für den PCR-Test braucht man ja im Moment noch medizinisches Personal, vor allem einen Arzt. Gibt es bei dem Schnelltest auch Optionen, ihn mit angewiesenem Pflegefachpersonal usw. durchzuführen? Denn man kann ja nicht Ärzte vor die Stadien usw. hinstellen, wenn man so etwas Absurdes umsetzen sollte.

MR **Dr. Feil** (MS): Der Schnelltest kann tatsächlich von Fachpersonal vorgenommen werden. Auch die PCR-Tests werden jetzt schon von Fachpersonal vorgenommen. In Bezug auf die Testzentren hat die KV aber darauf hingewiesen, dass zumindest am Anfang auch Menschen dorthin kommen, die Symptome haben und insofern eine ärztliche Indikation für die Diagnosestellung brauchen. Deswegen ist das erst einmal ein ärztliches Geschehen. Aber die Tätigkeit an sich kann delegiert werden. Das muss dann kein Arzt mehr machen. Das kann tatsächlich delegiert werden. Sie können sich auch auf YouTube ansehen, wie das geht.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Es gab auch Zeiten, in denen vonseiten des Landesgesundheitsamtes auch auf Anfragen der örtlichen Gesundheitsämter hin gesagt wurde: Wir haben da ein Altenpflegeheim und schlagen das dort vor! - Dann gab es dort keine Übernahme. Man hat aber immer argumentiert, dass das ein Arzt machen muss. Das ist jetzt wirklich nicht mehr so? Die Tests dürfen jetzt auch von medizinischem oder pflegerischem Fachpersonal durchgeführt werden?

Ich frage danach auch vor dem Hintergrund: Egal, wo ich hinkomme und mit welchem Gesundheitsamt ich spreche - gerade aus Cloppenburg bekomme ich einen Anruf nach dem anderen -, alle regen sich wirklich auf, dass sich immer mehr Arztpraxen weigern, PCR-Tests und überhaupt Testungen durchzuführen. Wenn dann von fünf Ärzten nur noch einer übrig bleibt, funktioniert das irgendwann nicht mehr, gerade in einem solchen Landkreis. Ich bin dort auch von mehreren Pflegediensten angerufen worden, die alle langsam die Welt nicht mehr verstehen. Die Praxen machen dicht, weil sie Angst vor erweiterten Infektionen haben.

MR **Dr. Feil** (MS): Es gibt zwei Aspekte bei diesem Vorgehen. Die Ärzteschaft fühlt sich in erster Linie dafür verantwortlich, kranke Patienten zu behandeln und die symptomatischen Patienten wirklich abzustreichen. Man muss allerdings wissen, dass die Schutzvorkehrungen einen großen Aufwand bedeuten. Die KV hat mitgeteilt, dass sich, ich glaube, 200 Praxen bereit erklärt haben, Abstriche vorzunehmen und dafür vielleicht auch einen extra Raum vorzuhalten. Dann kann jemand ganz schnell Schutzkleidung anziehen. Das betrifft die symptomatischen Patienten.

Die anderen Testungen, die eingefordert werden, weil Menschen Angst haben, dass sie sich angesteckt haben könnten, und deshalb Gewissheit haben möchten, sind tatsächlich keine kurative Indikation bzw. kurative Medizin. Deswegen haben sich die Ärzte tatsächlich nicht zuständig gefühlt.

Das Ganze hat sich durch die Regelung für Reiserückkehrer aufgelöst, indem der Bund erklärt hat, dass das die Kassenärztlichen Vereinigungen machen. Dadurch waren sie wieder in der Verantwortung. Deswegen haben die das so schnell aufgebaut.

Ich muss immer wieder sagen: Es wird ja auch viel Schlechtes über die KV gesagt. Das kann ich aber so nicht nachvollziehen. Natürlich kann es bei einzelnen Ärzten vor Ort mal zu Kommunikationsproblemen kommen. Die KV war aber schon in der Pandemie 2009 für mich ein ganz verlässlicher und guter Partner, und das ist dieses Mal auch so. Natürlich ist sie darauf angewiesen, dass die niedergelassene Ärzteschaft mitmacht. Aber die KV selber als Organisation ist ganz großartig. Sie hat auch ganz schnell das Erfassungssystem zum Testen usw. aufgebaut. Auf die KV lasse ich wirklich nichts kommen. Wenn wir sie nicht hätten, dann wäre das wirklich schwierig. Sie bittet ihre Ärzteschaft wirklich eindringlich, dabei mitzumachen.

Was dann immer vor Ort vorkommt - wie Sie auch gesagt haben -, ist schon komisch. Denn die KV sagt mir: Eigentlich weiß jeder Arzt, wohin er die Patienten in seiner Umgebung schicken soll. - Ich habe in diesem Zusammenhang fünf Ärzte angerufen - wir bekommen ja auch ständig diese Meldungen -, die es dann doch nicht wissen. Das ist dann natürlich schwierig.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich bitte Sie, noch etwas zu der Ministerpräsidentenkonferenz sowie vielleicht zur aktuellen Situation und zum Ausblick auszuführen.

MR **Dr. Feil** (MS): Der Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz hatte sich ja schon im Vorfeld angedeutet, da wir uns in Deutschland in einer Situation ansteigender Fallzahlen befinden und die Fallzahlen international explodieren. Das ganze Problem besteht ja immer darin, wie wir das interpretieren. Ich vergleiche das immer mit den Lawinarsicherungen in den Bergen: Ein Stein ist noch nicht schlimm, wohl aber dann, wenn es mehr Steine werden. Die Frage ist immer, wo man die einsetzt und wann man mit irgendwelchen Zäunen zu spät kommt. Die Zäune kann man auch nicht unten am Berg aufbauen, weil sie dann überrollt werden; man muss sie oben aufbauen. Es ist immer eine Schwierigkeit, dabei das richtige Maß zu finden: Wann setzt man wirklich mit harten Maßnahmen ein, und wann ist die Lawine, die anfängt zu rollen, nicht mehr aufzuhalten?

Mein persönlicher Eindruck ist: Wir waren in Deutschland in der ersten Welle relativ gut, weil wir wirklich super früh mit drastischen Maßnahmen angefangen haben, obwohl sich die Erkrankungen noch gar nicht so ausgebreitet hatten.

Das waren sozusagen die Zäune, die oben am Berg angebracht werden.

So ähnlich will man ja auch jetzt wieder vorgehen. Man hat ein Messsystem: 50 Fälle pro 100 000 Einwohner. In den Niederlanden gibt es jetzt einige Regionen mit mehr als 250 Fällen pro 100 000 Einwohner. Das ist schon sehr beeindruckend. - In Emden hat man diese Maßzahl schon ganz schnell mit 25 Personen erreicht. Das ist sehr niedrigschwellig. Nichtsdestotrotz glaube ich, dass wir damit gar nicht schlecht gefahren sind.

Es heißt aber auch immer gleichzeitig, dass es den Öffentlichen Gesundheitsdienst besonders trifft. Das muss man auch sagen. Je sensitiver die Maßnahmen sind, desto mehr muss gemacht werden - schon bei kleinen Alarmschwellen.

Insgesamt wird gerade innerhalb der Landesregierung mit Hochdruck daran gearbeitet, wie diese Regeln in unsere Verordnung übersetzt werden. Sie wissen ja, am Dienstag wird die Ministerpräsidentenkonferenz stattfinden, und man hat sich dazu entschlossen, zum 8. Oktober mit einer neuen Verordnung herauszukommen. Dieses Ziel ist sehr ambitioniert und ehrgeizig, aber sicherlich auch nachvollziehbar.

Man wird sehen, was dabei noch alles berücksichtigt werden wird. Das geschieht natürlich auch in enger Abstimmung mit dem Bund, insbesondere die Ausweisung von Risikogebieten und die Frage, wie man mit Einreisenden umgeht, Stichwort Quarantäneregelung usw. Es ist ja auch immer schwierig, das zu werten, wie lange die Betroffenen in Quarantäne bleiben müssen.

Der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst war ja auch schon in der Sitzung heute Vormittag ein Thema. Wir sind dabei, das umzusetzen. Es wird jetzt ratifiziert, wie die 4 Milliarden Euro über die nächsten fünf Jahre verteilt werden. Die große Herausforderung wird sein: Man könnte das Geld natürlich quotale verteilen. Das ist aber nicht gewollt, sondern es wird auch eine Art Aufgabenkritik, eine Personalbemessungsgrenze usw. geben. Es sollen wirklich nur Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst gefördert werden. Deswegen haben wir auch schon unser Team im Sozialministerium verstärkt, um das überhaupt darzustellen.

Auch die Messgröße ist noch einmal dargestellt worden, die bei uns ja schon gilt: 35 pro 100 000, dann 50 pro 100 000 Einwohner. Das ist ja bei

uns schon Standard. Das ist also vielleicht gar nicht das Schwierige.

Was die öffentlichen Veranstaltungen usw. angeht, auf die sich auch der Beschluss der Ministerpräsidenten bezieht, möchte ich noch einmal das aufgreifen, was ich eingangs gesagt habe: Man muss wissen, dass nichts ohne eine gewisse Risikoerhöhung möglich ist. Wir können nicht gleichzeitig sagen: „Bei diesem Risiko machen wir dieses und jenes“, sondern jede Öffnung birgt ein gewisses Risiko, und wir müssen weiterhin Erfahrungen sammeln, was man machen darf und was man nicht machen darf. Wir wissen aber schon - das Robert Koch-Institut hat dazu gerade eine wissenschaftliche Auswertung durchgeführt -, dass vor allem das Verbot von großen Veranstaltungen in unterschiedlichen OECD-Staaten relativ viel gebracht hat. Auch das Tragen von Mund-Nase-Masken hat relativ viel gebracht. Wir sind dabei eines Besseren belehrt worden, weil wir dabei aus der Fachlichkeit heraus immer sehr skeptisch waren. Tatsächlich bringt aber auch das relativ viel.

Insofern ist auch die Nr. 8 verständlich, Ansammlungen bis zu einem gewissen Grad zu unterbinden. Das versteht man. Es ist ja auch bekannt, dass große Feierlichkeiten zu Ausbrüchen führen können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Das ist ja jetzt im Fluss. Die neue Verordnung soll ja ab dem 8. Oktober 2020 gelten. Ich glaube, die Grundbotschaft ist, dass nicht mehr niedersachsenweit gedacht wird, sondern dass man das Infektionsgeschehen in den einzelnen kommunalen Bereichen betrachtet und dass dann dort reagiert wird. Nach dem ehemaligen Stufenplan wäre man ja jetzt normalerweise schon in weiteren Schritten hin zur Lockerung. Jetzt ist das Infektionsgeschehen so, wie es ist, und nicht so, wie wir es uns gewünscht haben. Dann gilt es, darauf zu reagieren.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Fakt ist, dass es erst einmal keine weiteren Lockerungen gibt. Ich gehe davon aus, dass das über den Winter weiter so sein wird. Ich hoffe, dass bei gewissen Menschen doch mehr Bewusstseinsbildung stattfindet.

Die Verordnung soll ja zum 8. Oktober 2020 in Kraft treten. Das Thema ist eigentlich die Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände. Es ist auch ein gewisser Vorlauf notwendig, weil die

Verordnung ja vor Ort umgesetzt werden muss. Laufen dazu schon Gespräche? Es war ja immer der Grund für großen Frust, dass am Freitag-nachmittag eine neue Verordnung herauskommt, die dann ab dem folgenden Montag gilt. Daher interessiert mich die Zeitschiene, um auch dieser Kritik Rechnung zu tragen. Das ist ja ein ziemlich großer Katalog, der dann umgesetzt werden muss.

Gesundheitsminister Spahn macht ja gerade wieder neue Schlagzeilen, nämlich über Impfungen in Messehallen usw., dass er auf den Ethikrat und das RKI zugeht, wer wann priorisiert geimpft werden soll. Haben Sie dazu Informationen? Das ist offensichtlich auch in diesem Kontext mit diskutiert worden. Das hat er ja hoffentlich nicht aus der Hüfte geschossen.

MR Dr. Feil (MS): Zu der Umsetzung der Verordnung: Das grobe Gerüst steht ja schon. Es ist ja nicht mehr so wie am Anfang, dass man plötzlich, von heute auf morgen, irgendwelche Maßnahmen durchsetzen muss, sondern es geht jetzt mehr oder weniger darum, wie man den Rahmen setzt und formuliert. Die Landesregierung will erreichen, dass wir ein grundlegendes Verständnis über die Regeln haben. Das soll darin abgebildet werden. Die kommunalen Spitzenverbände sind auch direkt in der Arbeitsgruppe vertreten. Sie fühlen sich dann aber auch immer verpflichtet, die kommunale Ebene mit zu beteiligen usw. Den ersten Entwurf der Verordnung haben sie schon zur Stellungnahme erhalten. Er wurde dann ja noch einmal vertagt. Das große Ganze steht also und ist den kommunalen Spitzenverbänden schon bekannt, die auch die Kommunen schon beteiligt haben. Es geht jetzt um die Detailarbeit, um das zu übersetzen. Die kommunalen Spitzenverbände sind ja auch im interministeriellen Krisenstab vertreten. Auch dort unterhält man sich darüber.

Insofern wird die neue Verordnung nicht solch ein Einschnitt werden, wie wir es im Frühjahr erlebt haben, als von heute auf morgen Schließungen umgesetzt werden mussten, sondern die Regelungen für Maßnahmen, die wir schon kennen, werden anders und klarer formuliert.

Zu den Impfungen in Messehallen: Die Impfung wird, wie ich auch aus der Arbeitsgruppe weiß, der ich angehöre, eine große Herausforderung sein. Es wird nicht anders möglich sein, als sie in Impfzentren vorzunehmen. Der Bund hat für ungefähr 100 Millionen Euro Impfdosen von zwei

Firmen im europäischen Kontext geordert, die jetzt schon im 4. Quartal 2020 bzw. im 1. Quartal 2021 kommen werden. Einer dieser Impfstoffe muss bei minus 70 °C gelagert werden. Das stellt natürlich eine besondere Herausforderung dar. Deswegen kann es keine andere Lösung geben, als Impfzentren einzurichten.

Ich bin eigentlich ein Verfechter des Niedergelassenen-Systems und habe das auch in der Pandemie 2009 vertreten, musste dann aber feststellen, dass, wenn wir nur begrenzte Ressourcen haben, jeder Arzt eine Impfdose bekommt und dann entscheiden muss, wer diese eine Impfdose erhält. Insofern bin ich damals geläutert. Ich habe dann immer am Freitag geguckt, wer Impfstoff bekommt. Das mache ich diesmal nicht. Es führt aber kein Weg daran vorbei, dass wir Schwerpunkte mit Impfzentren setzen. Wie viele es sein werden und wie sie ausgestattet werden müssen, ist derzeit noch in der Diskussion. Trotzdem kommen wir nicht darum herum. Wir werden wahrscheinlich im 4. Quartal, wenn es gut geht, zunächst 10 Millionen bis 20 Millionen Dosen für Deutschland bekommen. Seinerzeit hat sich das Problem gestellt, dass wir doch nicht so viel bekommen haben, wie angekündigt worden war. Es wird eine große Herausforderung werden, den Impfstoff dann zu verteilen. Das lässt sich derzeit kaum anders als über Impfzentren darstellen. Ob dafür Messehallen geeignet sind, weiß ich jetzt nicht ganz genau. Allerdings müssen ja auch die Anfahrten usw. geregelt werden. Deswegen kann es auch sein, dass Messehallen sich dafür eignen.

Ganz wichtig ist: Die Erfassung der Impfquoten muss zentral erfolgen, sodass wir jederzeit Bescheid wissen, welche Personengruppen wann geimpft worden sind und wie viel in einer gewissen Zeit verimpft worden ist. Denn wir stehen vor der großen Herausforderung, dass es zwar super innovative Produkte sind, die aber so in der Breite noch nicht angewandt worden sind. Deswegen sind wir mit dem Paul-Ehrlich-Institut extrem daran interessiert, über die Wirksamkeit und Sicherheit ständig Auskunft geben zu können. Da sind wir ja in einer ganz großen Verantwortung. Das wird natürlich vor allem in solchen Impfzentren sein. Ich rechne aber damit, dass wir dieses Impferfassungssystem bzw. diese Überwachung später im Niedergelassenen-Bereich etablieren können. Jetzt kommen also zunächst diese ganz innovativen Impfstoffe, der sogenannte mRNA-Impfstoff, der ganz neu in seiner Wirkweise ist. Das wird noch spannend. Wir sind mit Hochdruck

dabei, das vorzubereiten, auch im Zusammenspiel mit dem Bund, den anderen Bundesländern und der KV.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich habe gerade Kenntnis von einem konkreten Fall bekommen. Es geht dabei um die Erkrankung eines Kindes. Zuständig ist das Gesundheitsamt der Region Hannover. Ich möchte dazu aus dem Schreiben zitieren, das die Schule heute verschickt hat:

Anliegend schicke ich das Informationsblatt des Gesundheitsamtes zur Quarantäne. Man hat mir heute mitgeteilt, dass das Amt in Hannover wegen Überlastung keine Tests mehr anordnet. Wer also in der Quarantäne ohne Anzeichen einer Erkrankung bleibt, kann einfach wieder zur Schule kommen.

Der normale Ablauf stellt sich ja so dar, dass dann, wenn in einer Klasse ein Krankheitsfall auftritt, auch alle anderen in Quarantäne geschickt werden. Nach ein paar Tagen wird ein Test angeordnet. Wenn er bei den Kindern negativ ausfällt, können sie wieder zur Schule gehen.

Wenn sie sich jetzt aber in Quarantäne befinden und offensichtlich keine Tests angeordnet werden können, vermute ich, dass sie definitiv länger zu Hause bleiben müssen. Das halte ich aus der Sicht der Schule, der Eltern und der Kinder für unbefriedigend.

Mich interessiert, ob Sie abschätzen können, worin das Problem besteht. Gibt es ein Laborproblem oder ein Personalproblem? - Das betrifft jetzt ein bestimmtes Gesundheitsamt. Andernorts ist es sicherlich anders. Diese aktuelle Mitteilung fand ich jedoch heftig.

MR **Dr. Feil** (MS): Wie ich einleitend angedeutet habe, ist diese Negativ-Testung umstritten. Eigentlich kann man sich durch einen negativen Test nicht unbedingt freitesten, weil es eine Inkubationszeit gibt. Inzwischen weiß man, dass es nicht ganz 14 Tage sind. Darin ist eine Sicherheitsmarge enthalten. Die Frist wird jetzt auf 10 Tage gedrosselt; denn dann wird es extrem unwahrscheinlich. - Auch hier muss man wieder mit diesen Risiken arbeiten.

Man muss aber bei der Nachverfolgung von Kontaktpersonen bedenken: Aus der Sicht des Einzelnen stellt sich die Frage, warum er jetzt nicht getestet werden kann. In einem Geschehen be-

trifft das aber plötzlich ein paar Hundert Leute. Dann ist es eine große Herausforderung, für alle Tests durchzuführen. Das hat sich, wie erwähnt, durch die neue Teststrategie ergeben. Von fachlicher Seite sagen wir allerdings immer: Wenn jemand engen Kontakt zu einer infizierten Person hatte, dann sind diese bislang 14 Tage und künftig 10 Tage die sichere Variante. - Ich empfinde das nicht so als skandalös, wie es sich jetzt anhörte.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wir sind damit am Ende der Unterrichtung angelangt. Vielen Dank, dass Sie heute zu uns gekommen sind. Es ist ganz bereichernd, dass Sie das immer noch aus einem anderen Blickwinkel beleuchten.
