



N i e d e r s c h r i f t
über die 98. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 26. November 2020
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:	Seite:
1. Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus	
<i>Unterrichtung</i>	5
<i>Aussprache</i>	8
2. Niedersachsen vorbereiten - Gefahr einer zweiten Pandemiewelle ernst nehmen	
Antrag der Fraktion der FDP - Drs. 18/6813	
<i>Beratung</i>	25
<i>Beschluss</i>	25
3. Arbeits- und Gesundheitsschutz muss auch für Pflegekräfte gelten - Anhebung der Höchst Arbeitszeit sofort zurücknehmen	
Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 18/7815 neu	
dazu: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand und Darstellung der Praxis in den anderen Bundesländern	
<i>Unterrichtung</i>	27
<i>Aussprache</i>	29
<i>Beschluss</i>	31
4. Für eine nachhaltige Corona-Strategie	
Antrag der Fraktion der FDP - Drs. 18/7812	
dazu: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand	
<i>Unterrichtung</i>	33
<i>Aussprache</i>	36

**5. Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung
des Krankenhausplanungsausschusses am 25. November 2020**

Unterrichtung..... 41

Aussprache..... 42

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. Claudia Schüßler (i. V. d. Abg. Dr. Thela Wernstedt) (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (CDU)
8. Abg. Jörg Hillmer (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. Susanne Victoria Schütz (FDP)

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

16. Abg. Johanne Modder (SPD)
17. Abg. Wiard Siebels (SPD)
18. Abg. Julia Willie Hamburg (GRÜNE)

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Scholz (MS).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 13.14 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschrift über die 97. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

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

Zu dem Antrag der Fraktionen der Grünen und der FDP vom 23. November 2020 (s. Anlage zur Einladung zur heutigen Sitzung) auf kurzfristige Anberaumung einer Plenarsitzung und einer Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung mit dem Beratungsgegenstand „Neue Corona-Verordnung“ wies Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) darauf hin, dass die Tagesordnung für die 99. Sitzung am heutigen Tage um den TOP 2 „Beratung des Entwurfs der neuen Corona-Verordnung des Landes Niedersachsen“ erweitert worden sei, der ab 15.00 Uhr mit dem Chef der Staatskanzlei, Staatssekretär Dr. Mielke, behandelt werde.

Fortsetzung der Unterrichtung

StS **Scholz** (MS): Zu allem, was Sie gerne zu dem Beschluss der Regierungschefinnen und -chefs und der Bundeskanzlerin von gestern Abend wissen möchten, wird Ihnen der CDS heute Nachmittag berichten. Ich könnte Ihnen auch nur das erzählen, was ich aus der Presse und aus den Unterrichtungen entnommen habe. Die Pressekonzferenz des Herrn Ministerpräsidenten ist ja gestern Abend ausgefallen und findet meines Wissens jetzt mehr oder weniger parallel zu dieser Ausschusssitzung statt. Von daher wird der CDS alle Ihre Fragen beantworten. Er hat zudem den großen Vorteil, dass er die Beratungen mitverfolgt hat, also einen Live-Eindruck und nicht nur einen widergespiegelten Eindruck gewonnen hat.

Wir haben gerade die aktuellen Zahlen bekommen. Es gibt heute 1 331 neue Infektionsfälle. Heute vor einer Woche waren es 1 602 Fälle. Vom Freitag letzter Woche bis heute sind es 8 124 Fälle. Vom Freitag der vorletzten Woche bis zum Donnerstag der letzten Woche waren es 8 403 Fälle. Das mag eine leichte Beruhigung der Situation andeuten, der auch die Sieben-Tage-Inzidenz entspricht, die jetzt in Niedersachsen bei 98 Fällen pro 100 000 Einwohner in sieben Tagen liegt. In den letzten Wochen waren es immer knapp über 100 Fälle. Es kann sein, dass sich das Geschehen jetzt beruhigt hat, sodass es jetzt

knapp 100 Fälle sind. Dabei ist völlig klar, dass 98 Fälle fast das Doppelte von 50 Fällen ist. Wir liegen also noch weit über dem „normalen“ Modus. Aber auch das ist ja spannend: Vor wenigen Wochen waren 50 Fälle pro 100 000 Einwohner noch eine Schreckenszahl, und jetzt sind 50 Fälle unsere Zielzahl. Man merkt die Dynamik der Infektion ganz deutlich.

Die Dynamik der Infektion wird auch an der Zahl der Verstorbenen deutlich: Von gestern auf heute sind 18 Verstorbene dazugekommen. In den letzten sieben Tagen gab es 129 Verstorbene, in den sieben Tagen zuvor waren es 78 Verstorbene. Diese Entwicklung war vor dem Hintergrund der massiv gestiegenen Zahlen im Oktober zu erwarten, nämlich dass die Zahl der Hospitalisierungen und auch die Zahl der Verstorbenen nachhängen. Selbst wenn die Zahlen drastisch zurückgingen und ab heute null wären, würden wir in den nächsten Tagen weiter steigende Todeszahlen sehen, weil sie dem Infektionsgeschehen drastisch hinterherhängen.

Zur Situation in den Krankenhäusern: Die Zahlen von heute habe ich nicht; sie kommen immer erst gegen 11 Uhr. Am gestrigen Tag waren 983 Patienten in den Krankenhäusern nach 943 in der Vorwoche - auch hier zeigt sich der zu erwartende leichte Anstieg -, davon 770 Patienten auf Normalstationen und 203 auf Intensivstationen. Auf den Intensivstationen werden 117 Patienten beatmet; letzte Woche waren es 127. Zwischen 120 und 130 pendeln die Zahlen seit fünf, sechs Wochen. Ich habe mich einmal schlaue gemacht, woran das liegt; denn nach den Zahlen vom Frühjahr würde man erwarten, dass vor allem die Zahl der Beatmeten drastisch steigt. Ich höre aus den Krankenhäusern, dass man mit der Erkrankung inzwischen besser umgehen kann. So verabreicht man vorher Mittel. Der Einsatz von Remdesivir und auch von bestimmten Kortisonpräparaten zur Bekämpfung der sich entwickelnden Lungenentzündung erfolgt früher. Die Krankenhäuser berichten, die Zahl der ganz schweren Fälle sei jetzt etwas reduziert. Die Zahl der Hospitalisierungen steigt, aber die Zahl der ganz schweren Fälle entwickelt sich nicht ganz so dramatisch, wie man das vielleicht erwartet hat.

Zu den Impfzentren: Die Impfzentren werden jetzt planmäßig von den Kommunen, den Landkreisen und kreisfreien Städten, aufgebaut. In vielen Landkreisen und kreisfreien Städten wurden Räume gefunden, z. B. Kongresszentren oder ähnliche Einrichtungen. Jedes Mal, wenn irgend-

ein Landkreis ankündigt, er habe etwas gefunden, ruft die Presse bei uns an und fragt, ob dies das erste Impfzentrum ist. Die Antwort muss lauten: Nein! Ich sage jetzt nicht, welches Impfzentrum das erste war, weil ich es im Moment auch gar nicht weiß und weil das, wenn ich ehrlich bin, null Bedeutung hat. Wir sehen aber, dass die Landkreise und kreisfreien Städte, also die Katastrophenschutzbehörden, sehr aktiv sind und das Ganze gut auf den Weg bringen werden.

Wir sind in einem intensiven und sehr positiven Gespräch mit der Kassenärztlichen Vereinigung, um die Ärzte für die Impfzentren sicherzustellen. Das wird örtlich unterschiedlich geschehen. In einigen Bezirksstellen der KVN gibt es die Überlegung, im Impfzentrum ganze Praxen Dienst tun zu lassen, so wie sie sonst einen Wochenenddienst bzw. Abend- oder Nachtdienst haben. Das hat den Vorteil, dass das Team aufeinander eingespielt ist. Der Nachteil dieser Lösung ist, dass dann, wenn im Impfzentrum ein ständiges Team tätig wäre, der Betrieb dabei eingespielt wäre. Das sind Vor- und Nachteile, die man gegeneinander abwägen muss. Es wird dabei, wie immer, eine Vielfalt geben. Das wird nicht einheitlich geregelt werden. Es ist auch nicht sinnvoll, das einheitlich zu regeln, sondern es ist immer sinnvoll, wenn das vor Ort gut und vernünftig geregelt wird, gleichgültig wie.

Die Gesundheitsstaatssekretäre hatten gestern eine Telefonschleife mit dem Bundesgesundheitsministerium. Das Bundesgesundheitsministerium hat mitgeteilt, dass es inzwischen eine ganze Reihe von Vertragsverhandlungen über die Lieferung von Impfstoffen abgeschlossen habe; fünf davon seien finalisiert. Im Moment ist am meisten von dem Impfstoff BNT162b2 von BioNTech/Pfizer die Rede. Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass die Zulassung dieses Impfstoffes bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) am 10. Dezember 2020, vielleicht auch etwas später bis hin zum 20. Dezember 2020 erfolgen wird und dass der Impfstoff unmittelbar danach ausgeliefert werden könne. Wir haben prüfen lassen, ob man den Impfstoff nicht schon vorher ausliefern kann. Das ist aber nach dem europäischen Arzneimittelrecht nicht möglich. Nach Aussagen unserer Pharmazeuten ist das auch sehr sinnvoll, weil dadurch garantiert ist, dass der Impfstoff ausgeliefert wird, der ausgeliefert werden darf, und nicht irgendwelche Fake-Produkte nebenher.

Das würde bedeuten, dass wir ab Mitte Dezember - wie gesagt, ist das von der Zulassung abhängig - mit 5 Millionen Impfdosen für Deutschland rechnen können. Der Impfstoff wird nach dem Bevölkerungsschlüssel auf die Bundesländer verteilt, also nicht nach dem Königsteiner Schlüssel. Der Bevölkerungsschlüssel ist für Niedersachsen etwas günstiger, weil wir damit gut 10 % bekommen. Nach dem Königsteiner Schlüssel wären es knapp unter 10 %. Wir können also mit 5 Millionen Impfdosen rechnen.

In dieser Zeit soll dann auch endlich die Impfpflicht von der Ständigen Impfkommission kommen. Es gibt schon eine ganze Menge Anmeldungen, wer unabhängig von der Impfpflicht der Ständigen Impfkommission ebenfalls zu den wichtigen Personengruppen gehört. Das wird natürlich politisch zu entscheiden sein, wer dazugehört. Aus der Sicht des Gesundheitsministeriums spricht aber ganz viel dafür, sich streng an der Empfehlung der Impfkommission zu orientieren, schon deshalb, damit man nicht in ein Gefährliche wie im Frühjahr bei der Frage gerät, wer wichtig genug für die Kindergartenbetreuung ist, und jetzt nicht eine Diskussion darüber aufkommt, wer wichtig genug für die Impfung ist. Ich bin sehr dafür, sich strikt an den Kriterien zu orientieren, die die STIKO vorgibt.

Das hat auch etwas mit der Frage zu tun, für wen dieser Impfstoff zugelassen ist. Auch das ist noch offen. Wir wissen inzwischen, dass er nicht für Kinder und Jugendliche zugelassen sein wird, weil sie nicht zu der Testkohorte gehörten. Das ist nach meinen Informationen im Moment noch offen. Diese Informationen beziehen sich aber im Wesentlichen auf Presseinformationen. Genauere Informationen hat selbst das Paul-Ehrlich-Institut nicht, das für die Arzneimittelzulassung zuständig ist. Es ist noch offen, ob er für sehr hochaltrige Menschen zugelassen wird, weil die Studiendaten diesbezüglich noch unklar sind. Alles das werden wir abwarten müssen. Irgendwann wird eine Zulassung für bestimmte Bevölkerungsgruppen vorliegen. Dann wird auf der Basis dieser Zulassung auch hinsichtlich der Frage der Wirksamkeit in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen die Ständige Impfkommission gemeinsam mit dem Deutschen Ethikrat und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Empfehlungen für eine Reihenfolge abgeben. Dementsprechend werden wir dann impfen.

Wir sind ziemlich zuversichtlich, dass das Gesundheitspersonal unter den Ersten sein wird, die

zu impfen sind, nämlich einfach deshalb, damit der Betrieb aufrechterhalten bleibt. Das ist aus unserer Sicht auch deshalb günstig, weil das bedeutet, dass wir zwar anliefern müssen, aber impfen sollten die Krankenhäuser selber können. Wir würden dann auch damit beginnen, die Chargen dorthin zu bringen. Die Chargen werden aus jeweils 1 000 Impfdosen bestehen. Von daher - ich bitte um Nachsicht - werden wir mit den ganz großen Krankenhäusern anfangen; dorthin liefern wir dann solch ein 1 000er-Set, das dann verimpft wird. Wir werden den Impfstoff dann auch an die kleineren Krankenhäuser in der Fläche verteilen. Die Logistik dafür ist dann etwas aufwendiger.

Wir werden noch in dieser Woche auch einen Vertrag mit einem großen Logistikdienstleister schließen. Darüber habe ich den Ausschuss schon vor einer Woche informiert.

Wir sind in dieser Woche auch dabei, das Anmelde- und Nachverfolgungswesen zu organisieren. Das Anmelde- und Nachverfolgungswesen wird dadurch kompliziert, dass die Impfstoffe, die jetzt am Anfang kommen, wohl alle doppelt verimpft werden müssen, allerdings in unterschiedlichen Zeiträumen. Der BioNTech-Impfstoff muss nach 21 Tagen erneut verimpft werden. Ein anderer Impfstoff, mit dem wir Anfang/Mitte Januar 2021 rechnen, muss nach 28 Tagen verimpft werden. Beides sind exakte Daten. Es gibt schon erste Ansagen von Ärzten: „Na, dann impfe ich halt einen Tag später!“ Wenn die Ansage aber lautet, dass die zweite Impfung auf den Tag genau nach einem bestimmten Abstand erfolgen muss, dann werden wir darauf achten, dass das exakt erfolgt, auch wenn das ein doppeltes Einladungswesen bedingt. Wie gesagt, das alles ist nicht banal, was da gerade passiert.

Wir werden dabei eine relativ hohe „Schmutzquote“, wie Frau Schröder immer sagt, haben. Das heißt, es wird Leute geben, die einmal geimpft werden, aber kein zweites Mal auftauchen. Da muss man sich nichts vormachen, das wird so sein.

Wir halten, wie ich schon in der letzten Sitzung dieses Ausschusses gesagt habe, daran fest, mit den 500 000 Impfdosen - also 10 % von 5 Millionen -, die wir am Anfang bekommen, nur 250 000 Menschen zu impfen, solange wir nicht ganz sicher wissen, dass der Nachschub gesichert ist. Der Bund hält es für wahrscheinlich, dass der Nachschub gesichert ist. Aber ich muss ehrlicherweise sagen, das ist mir gerade über Weih-

nachten zu unsicher. Gesetzt den Fall, wir fangen am 20. Dezember 2020 an zu impfen, dann ist die nächste Impfung am 10. Januar 2021 fällig. Davon auszugehen, dass dann die nächste Charge vorhanden ist, und zu riskieren, dass 500 000 Impfdosen komplett nutzlos waren, weil man die zweite Impfung nicht vornehmen kann, scheint mir nicht sinnvoll zu sein. Solange das nicht wirklich gesichert ist, werden wir den Impfstoff für die zweite Impfung zurückstellen. Wenn dann weiterer Impfstoff kommt, kann man ja zügig nachimpfen.

Zu den Krankenhäusern: Die Regelung, die in der letzten Woche vom Bundestag und vom Bundesrat - vom Bundesrat zähneknirschend - beschlossen wurde, ist sehr komplex. Das habe ich in der letzten Woche schon ausgeführt. Wir sind im Moment im Gespräch mit der Krankenhausgesellschaft und mit den Kommunen, wie man das darstellen kann. Ich habe am Wochenende - das war auch schon in der letzten Sitzung ein Thema - in einer Videoschleife mit den Präsidenten der Universitätskliniken, der MHH und der UMG in Göttingen, geklärt, dass wir nach der neuen Verordnung des Bundes keinen Automatismus mehr haben, sondern dass das Land durch Einzelbescheid festlegen muss, dass eine Klinik anfangen muss freizuhalten. Von daher haben wir mit der neuen Verordnung ein Instrument, das wir abhängig von der Situation in den einzelnen Landkreisen und Krankenhäusern, aber durchaus auch von der Größe einzelner Krankenhäuser relativ flexibel handhaben können. Wenn beispielsweise die Medizinische Hochschule 150 Intensivbetten mit Beatmungskapazität vorhält, dann ist es nicht nötig, dort 10 oder 20 % Intensivbetten freizuhalten, anders als in einem Landkreis, in dem vielleicht nur 20 Intensivbetten mit Beatmung zur Verfügung stehen; denn die normale Reserve in den ganz großen Krankenhäusern führt dazu, dass dort immer Beatmungskapazitäten zur Verfügung stehen, die in kleineren Häusern vielleicht erst freigeschaltet werden müssen. Das werden wir sehr im Detail steuern können und müssen - mit erheblichem Aufwand; das ist keine Frage.

Der Bußgeldkatalog ist an die jetzt geltende Verordnung angepasst und gestern an Sie versandt worden. Ich möchte dazu noch einmal den Hinweis geben, auch wenn die Presse das nicht gerne glaubt: Der Bußgeldkatalog ist eine reine Hilfestellung für die Kolleginnen und Kollegen in den Verwaltungen, die die Regelungen vollziehen müssen. Ob das Bußgeld angedroht ist oder nicht, hängt überhaupt nicht vom Bußgeldkatalog

ab. Das steht in der Verordnung. Von daher können die Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern und in den Ordnungsämtern der Landkreise - wie auch immer das organisiert ist - diese Regelungen entsprechend handhaben. Nach meinem Eindruck wird sich nicht drastisch viel ändern. Weite Teile dieses Bußgeldkataloges können bis in das neue Jahr hinein Wirkung entfalten.

So weit vorab meine Unterrichtung

Aussprache

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe die folgenden Fragen zu drei Themenkomplexen.

Erstens. Sie haben auf die Entwicklung der Todesfälle hingewiesen. Mich interessiert generell, wie sich die Todesfälle in den Alterskohorten darstellen. Dem täglichen Lagebericht ist zu entnehmen, dass sich die Ausnutzung der Intensivkapazitäten gegenwärtig zwischen 40 bis 42 % einpendelt. Was bedeutet das in der Konsequenz für die Weiterführung von elektiven Eingriffen? Müssen diese schon irgendwo regional reduziert werden? Mich interessiert also, was in den Alterskohorten passiert und ob die Zahl der Todesfälle bei den Hochbetagten bzw. Älteren jetzt wieder stärker ansteigt.

Der zweite Themenkomplex hat mit der Impfung zu tun. Sie haben darauf angewiesen, dass die Empfehlungen der STIKO noch nicht vorliegen. Ich habe aber Ihren Ausführungen entnommen, dass das, was die STIKO empfiehlt, mit Sicherheit sinnvoll ist, weil dort die Fachleute sitzen, aber für die Länder nicht bindend ist. Welche Konsequenzen hätte es im Zweifel, wenn die Länder an dieser Stelle wieder den Föderalismus ausleben?

In diesem Zusammenhang interessiert mich der Einsatz von mobilen Impfteams in den Einrichtungen, wie Altenheime, Pflegeeinrichtungen und Behinderteneinrichtungen. Sind das überregionale mobile Impfteams, oder organisieren die Landkreise das selber?

Ich habe noch eine Frage zur Impfsystematik. Nach allen bisherigen Erkenntnissen wirkt die Impfung nur, wenn zweimal geimpft wird. Sind Maßnahmen für den Fall vorgesehen, dass jemand nicht zu der zweiten Impfung kommt, beispielsweise die Erstattung der Kosten für die erste Impfung? - Wenn sich jemand nur einmal imp-

fen lässt, wird das Geld dafür verschwendet. Außerdem klauen sie dann sozusagen die Impfdosen anderen Menschen, die sich gerne impfen lassen würden. Sind also solche Maßnahmen vorgesehen, und wie geht man damit um?

Angenommen, es bleibt ein bestimmter Bodensatz, weil Leute nicht zur zweiten Impfung kommen - werden dann andere Leute vorgezogen, damit von dem übrig gebliebenen Impfstoff eine gewisse Anzahl von Personen noch zweimal geimpft werden kann? Man wird ja den Impfstoff nicht liegen lassen. Oder gibt es einen bestimmten Rhythmus, nach dem die 250 000 Impfdosen durchgeimpft werden und dann auf den Nachschub gewartet wird, und geht es dann immer in diesem Rhythmus weiter, um die Unübersichtlichkeit, wer gerade zum ersten Mal bzw. zum zweiten Mal geimpft worden ist, nicht ins Endlose zu steigern?

Mein letzter Fragenkomplex betrifft die Nachverfolgung. Gibt es Erkenntnisse, dass es regional schon Schwierigkeiten gibt, die Nachverfolgung gewährleisten zu können? Gibt es Landkreise, die die Nachverfolgung schon eingestellt haben?

Ich habe heute Morgen auf der Fahrt zum Landtag gehört, dass die Corona-Warn-App ein Upgrade bekommt. Gibt es schon Erkenntnisse, welchen Gewinn dieses Upgrade bei der Nutzung der Corona-App bringt?

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Auch von meiner Seite vielen Dank für die Informationen. Auch ich habe zu der Impfung einige Fragen, die die bislang gestellten Fragen ganz gut ergänzen.

Wir haben immer dieses Bild vor Augen: Ein Teil der Menschen fährt in Impfzentren, und zum Teil kommen Impfteams in Krankenhäuser oder Altenheime. Was machen wir denn mit den alten Leuten, die noch in ihren Wohnungen leben, aber nicht in der Lage sind, stundenlang in der Schlange vor einem Impfzentrum zu stehen?

Wie kommt dann, wenn es eine Empfehlung der STIKO gibt, wer wann mit welchem Impfstoff geimpft werden soll, die Information, wer in welche Gruppe fällt, an die Stelle, die die Termine gibt? Das wird vielleicht nach dem Alter, nach der Vulnerabilität und nach bestimmten Vorerkrankungen gehen. Sollen dann alle Hausärzte eine Matrix ausfüllen? Da fehlt mir ein bisschen die Fantasie. Das ist aber notwendig, um nach den Anweisun-

gen der Ständigen Impfkommission für eine gute Durchimpfung zu sorgen.

Ich habe ebenfalls eine Frage zu der Erweiterung der Corona-Warn-App. Nach meinen Informationen gibt es Überlegungen, dass die App auch Daten über die Impfung erfassen soll. Wir brauchen ja irgendwann die Informationen, wer geimpft worden ist, aber auch darüber, wer erkrankt war und deshalb immunisiert ist. Auch diese Frage stellt sich ja: Wer muss überhaupt noch geimpft werden? Wie laufen also diese verschiedenen Aspekte zusammen?

In den Vorentwürfen für die gestrige Konferenz bin ich über die Bezeichnung „Elektronisches Impfreister“ gestolpert. Dieser Begriff taucht in dem Beschluss von gestern nicht mehr auf. In diesem Zusammenhang hat sich mir aber die Frage gestellt, ob daran gedacht wird, diese Informationen über vulnerable Gruppen und darüber, wer wann und wo geimpft worden ist, zu erfassen.

Ich habe noch eine Nachfrage zum Thema Schnelltests. Gibt es Änderungen der Testverordnung? Denn es kursieren Informationen, dass auch Heilerziehungspfleger und Pflegehilfskräfte diese Schnelltests durchführen dürfen. Auf der Seite des MS steht aber immer noch die Formulierung „dreijährige medizinisch-pflegerische Ausbildung“.

In diesem Zusammenhang interessiert mich, wer eigentlich festlegt, wer die angekündigten FFP2-Masken für vulnerable Gruppen bekommt. In der letzten Sitzung haben wir noch darüber geredet, dass die Ausgabe wahrscheinlich über Apotheken erfolgen wird. Das ist zwar eine Aktion auf Bundesebene, aber vielleicht wissen Sie ja schon, wie das organisiert werden soll.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte nur zwei, drei kurze Anmerkungen machen.

Bei den Ergebnissen der Bund-Länder-Vereinbarungen stolpere ich immer noch über das Thema der Terminvergabe für Impfungen, die zentral geregelt werden soll. Nach dem Wortlaut habe ich immer noch die Befürchtung, dass die Terminvergabe über die Rufnummer 116 117 erfolgen soll. Das wäre ja eine völlige Katastrophe! Ich bin strikt dagegen. Wir sollten nach Möglichkeit alles unternehmen, damit das nicht passiert; denn dann ist, glaube ich, das Chaos absolut vorprogrammiert.

Ich halte es auch für wichtig, der Frage nachzugehen, welche Impfstoffkapazitäten wann und wie zur Verfügung stehen. In Regionen, in denen zwei oder drei Impfbereitschaften existieren, wird ja davon ausgegangen, dass die Impfungen dann ganz schnell durchgeführt werden können. Ich glaube aber, dass man die Erwartungen etwas zurückschrauben und klarstellen muss, dass nicht jeder sofort geimpft werden kann und dass im Januar und Februar nicht schon wieder alles möglich sein wird.

Meine letzte Frage auch in Bezug auf die Vereinbarungen zwischen den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten mit der Bundeskanzlerin bezieht sich auf die Absicherung der Krankenhäuser. Darüber haben wir ja auch schon in der letzten Sitzung diskutiert. Ich weiß, dass Niedersachsen nichts dafür kann. In dem Beschluss ist aber davon die Rede, dass kurzfristig eine erste Bestandsaufnahme erfolgen soll, damit das zumindest weiter beraten werden kann. Sind konkretere Besprechungspunkte vielleicht schon einmal in irgendeiner Videoschleife oder dergleichen angesprochen worden, und ist vorgesehen, im Januar oder Februar zu Veränderungen zu kommen? Wie soll die Bestandsaufnahme usw. gemacht werden? Nach welchen Kriterien soll das Ganze überhaupt passieren?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Mich treibt nach diesen Ausführungen sehr die Frage um, wie eigentlich die hausärztliche Versorgung sichergestellt werden soll, wenn die KVN plant, ganze Praxen als Impfstationen zum Einsatz zu bringen. Wir müssen ja von einem sehr langen Zeitraum ausgehen, wenn innerhalb von sechs Wochen 250 000 Menschen geimpft werden sollen. - Das ist mein erster Punkt.

Mir stellt sich auch die Frage, wie die Personaldecke in den Impfbereitschaften über ein Jahr hinweg sichergestellt werden kann.

In der Unterrichtung in der Ausschusssitzung vor einer Woche haben Sie angedeutet, dass der Impfstoff nachts überwacht bzw. geschützt werden soll. Gibt es dazu schon nähere Überlegungen?

Sie haben erwähnt, dass Verträge über die Lieferung von Impfstoff abgeschlossen worden sind und fünf finalisiert sind. Es gibt Unterschiede bei diesen Impfstoffen: mal eine zweite Impfung nach 21 Tagen, bei einem anderen Impfstoff eine zweite Impfung nach 28 Tagen. Bei anderen Impfstoff-

fen ist mir das nicht bekannt; dazu gab es keine Ausführungen. Mir stellt sich die Frage, wie die gesamte Logistik dafür funktionieren soll. Das hat ja auch mit Terminvergaben zu tun. Dabei darf es ja nicht zu einem Durcheinander kommen. Manche werden nach 21 Tagen ein zweites Mal geimpft, andere nach 28 Tagen ein zweites Mal. Für die Terminvergabe sollte es eigentlich eine elektronische Plattform geben. Es stellt sich die Frage, wie das funktionieren soll, damit es auch nicht zu Verwechslungen kommt.

So weit meine Fragen in der ersten Runde.

StS Scholz (MS): Die Zahl der Todesfälle nach Alterskohorten liefern wir nach.

Die Auslastung der Intensivstationen ist örtlich extrem unterschiedlich. Von daher ist es auch extrem unterschiedlich, ob und wie elektive Eingriffe zurückgefahren werden können oder müssen.

Wenn Sie nach der Auslastung von Intensivstationen googeln, finden Sie eine Menge Angebote, in denen die Daten vom DIVI-Intensivregister nach Kreisen ausgewertet werden, z. B. auf www.rtl.de und www.welt.de. Das finden Sie relativ problemlos. Diese Zahlen beziehen sich im Zweifel immer auf den Vortag, aber die Tendenz ist hinreichend erkennbar.

Beispielsweise im Landkreis Wittmund gibt es acht Beatmungsplätze, die im Zweifel ausgelastet sind. Davon sind immer einer oder zwei mit COVID-19-Patienten belegt. Die anderen Patienten kommen aus dem laufenden Betrieb, weil die elektiven Eingriffe weiter vorgenommen werden. Dieses Haus wird natürlich sehr sorgfältig planen müssen, wie viele elektive Eingriffe überhaupt noch durchgeführt werden können und welche Eingriffe verschoben werden müssen. Wenn man demgegenüber sieht, dass im Emsland über 50 % der Beatmungskapazitäten frei sind - das ändert sich zum Teil auch im Laufe eines Tages -, dann gibt es überhaupt keinen Grund einzugreifen. Das wird im Moment über die Krankenhäuser wirklich gut gesteuert.

Spannend wird es dann - dann wird auch dieser neue Regelungsmechanismus überhaupt erst richtig eingreifen müssen -, wenn in einzelnen Kreisen ein Problem entsteht und im Nachbarkreis nicht. Das ist am ehesten die Situation, die ich mir vorstellen kann, in der wir einem Krankenhaus sagen müssen, dass es Kapazitäten freihalten muss, weil sie für den Nachbarkreis benötigt

werden, auch wenn dies gerade in seinem eigenen Versorgungsgebiet nicht notwendig ist. Das ist die wahrscheinlichste Variante.

Der Rest wird, glaube ich, so, wie es im Moment läuft, bei den Häusern sehr verantwortlich wahrgenommen. Ich sehe mir die Zahlen jeden Tag an. Ich habe überhaupt nicht den Eindruck, als ob die Krankenhäuser Hasard spielen. Es ist natürlich auch vernünftig, dass dort, wo das Hospitalisierungsgeschehen überschaubar ist, der Stau bei den elektiven Leistungen aus dem Frühjahr, der ja nach wie vor vorhanden ist, möglichst abgearbeitet wird.

Wir haben kein Interesse daran, 50 % Leerstände in den Intensivstationen zu haben und dafür Leistungen zurückzufahren, sondern das Interesse muss es sein, eine ausreichende Reserve zu haben und die Kapazitäten möglichst intensiv zu nutzen, zumal wir wissen, dass dies noch relativ lange notwendig sein wird.

Von Herrn Schwarz kam die Frage zum „Impfföderalismus“. Wie immer kann man das nicht ausschließen. Auf der anderen Seite muss man sagen, dass für Ärzte die Einhaltung der Impfempfehlung der STIKO eine Haftungsentlastung bedeutet. Wenn man diejenigen impft, für die es eine Impfempfehlung gibt, muss man zwar im Einzelfall immer noch sorgfältig sein, aber man kommt auf jeden Fall nicht in die Diskussion, ob jemand anderes hätte geimpft werden müssen und ob sich die Frage einer unterlassenen Hilfeleistung stellt. Auch deshalb spricht viel dafür, sich an diese Empfehlung zu halten und nicht etwa anzuordnen, dass Kioskbetreiber als Erste geimpft werden müssen. Das wäre, glaube ich, nicht besonders sinnvoll.

Abg. Uwe Schwarz (SPD): Für mich stellt sich auch die Frage der Personengruppen. Wenn die STIKO die Einschränkung macht, dass eine Impfung für eine bestimmte Gruppe unter Umständen riskant ist, gilt dies dann für das Land, oder kann das Land festlegen, dass trotzdem Kinder, Jugendliche oder Hochbetagte geimpft werden?

StS Scholz (MS): Dabei muss man unterscheiden: Wenn der Impfstoff für bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht zugelassen ist, dann darf er für diese Gruppe nicht verimpft werden. Das ist klar. Das wird bei Kindern und Jugendlichen der Fall sein.

Wir gehen im Moment davon aus - das wissen wir aber noch nicht genau -, dass von der STIKO eine Empfehlung kommt, z. B. Hochbetagte und Menschen mit Diabetes oder Bluthochdruck bevorzugt zu impfen, oder auch nicht, wenn sich entsprechende Einschränkungen ergeben. Das hängt ganz stark von den Studien ab, die außer der FDA noch niemand kennt.

Ein gewolltes Abweichen von den Empfehlungen der STIKO bedeutet immer ein Haftungsrisiko, wenn etwas passiert. Außerdem birgt es ein Haftungsrisiko, wenn die Gruppen nicht geimpft werden können, die nach der STIKO-Empfehlung geimpft werden sollen. Von daher spricht aus meiner Sicht sehr viel dafür, die Empfehlungen einzuhalten.

Es gibt z. B. eine heftige Diskussion darüber, ob Lehrer bevorzugt geimpft werden sollten. Es gibt entsprechende Forderungen der Gewerkschaften und entsprechende Überlegungen im Kultusministerium. Das Bundesgesundheitsministerium hält es aber für unwahrscheinlich, dass Lehrer in der STIKO-Empfehlung aufgeführt werden. Man kann dann natürlich trotzdem sagen, dass Lehrer geimpft werden sollen. Dann muss man aber gleichzeitig sagen, dass man das erst dann machen kann, wenn die bevorzugt zu impfenden Gruppen versorgt sind. Denn ansonsten kommt man in die Situation, dass man Menschen, auf die sich die Empfehlung nicht bezieht, vor Menschen den Vorzug gibt, die ein hohes Sterberisiko haben. Letztlich stellt sich ja die Frage, in welchem Verhältnis die Nebenwirkungen zum Sterberisiko ohne Impfung stehen. Das ist, vereinfacht ausgedrückt, die Diskussion an dieser Stelle. Aus meiner Sicht wäre es dringend empfehlenswert, sich an die Regelungen zu halten.

Die mobilen Impfteams sollen von den örtlichen Impfzentren aus losziehen, weil der präparierte Impfstoff nicht über endlose Zeiten transportiert werden kann. Der Impfstoff wird in den Impfzentren präpariert, und danach ist er nach unseren Informationen fünf bis acht Stunden lang benutzbar.

Der gelieferte Impfstoff muss aufgetaut und mit einer leichten Kochsalzlösung verdünnt werden. Anschließend werden Mini-Impfdosen verimpft. 2 ml reichen für fünf Dosen. Das sind also jeweils 0,4 ml. Deswegen braucht man auch besondere Impfbestecke; denn mit einer normalen Spritze, wie sie in Arztpraxen verwendet wird, kann man 0,4 ml gar nicht dimensionieren. Deshalb braucht

man ein besonderes Impfbesteck. Das haben wir übrigens inzwischen für Niedersachsen gesichert.

Die mobilen Impfteams sollen von den Impfzentren aus losziehen. Auch das ist logistisch nicht ganz ohne. Das Problem ist nicht, zum Altenheim loszufahren und dort alle durchzuimpfen. Das Problem ist, dass man vorher die Bewohnerinnen und Bewohner aufklären muss. Bei denjenigen Bewohnerinnen und Bewohnern, die betreut werden oder die eine Vorsorgevollmacht erteilt haben und nicht mehr selber einwilligen können, muss zuvor die Zustimmung der Betreuer eingeholt werden. Wir werden insofern auch eine spannende Diskussion wenigstens im Fall der Berufsbetreuer bekommen, die wissen, welches Risiko sie haben, und sich sorgfältig mit der Frage befassen wollen, ob sie die Impfung erlauben oder nicht. Das muss in den einzelnen Heimen entsprechend vorbereitet sein. Wir fänden es sehr positiv, wenn die das Heim betreuenden Ärzte das jeweils verantworten würden. Das ist aber unter Umständen eine zusätzliche Komplikation, weil ja auch fraglich ist, ob sie immer auch die Impfärzte sind.

Was passiert im Fall einer fehlenden zweiten Impfung? - Diese Problematik ist erkannt und wird auch bei den Gesundheitsministern und dem BMG diskutiert. Ob aber Sanktionen ausgesprochen werden sollen und welche das sein könnten, ist noch offen.

Es gab noch eine Frage zu den Schwierigkeiten bei der Nachverfolgung.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich wollte wissen, ob es bei der Nachverfolgung regional erkennbare Probleme gibt, also ob zum Teil keine Nachverfolgung mehr betrieben wird. Das ist, glaube ich, sehr unterschiedlich.

StS **Scholz** (MS): Es gibt in einigen Bereichen Probleme. Das sind die, über die auch immer wieder in der Presse berichtet wird.

In den Gesundheitsämtern herrscht momentan insgesamt eine deutlich weniger hohe Belastung, weil nicht nur die Bundeswehr, sondern seit 14 Tagen auch Landesbedienstete sehr intensiv aushelfen, die Kontakte nachzuverfolgen. Insofern haben auch die Gesundheitsämter, die sich an der Kapazitätsgrenze befunden haben, erklärt, dass sie eine deutliche Entlastung verspüren und sich wieder in die Lage versetzt sehen, entsprechend zu agieren. Aber das Problem tritt verein-

zelt auf und rein zufällig natürlich dort, wo es hohe Inzidenzen gibt.

Zur Corona-App kenne ich nur den Diskussionsstand. Aus meiner Sicht gibt es dazu nichts Formelles zu melden.

Verschiedentlich wird diskutiert, ob mit dieser App nicht doch eine echte Standortlokalisierung und eine echte Nachverfolgung möglich sein sollen. Das berührt aber alle Grundsatzfragen, die bei der Einführung der App eine Rolle gespielt haben. Von daher bin ich an dieser Stelle eher skeptisch.

Ich glaube, es wird weiterhin kleine Verbesserungen geben. Wenn ich es richtig gesehen habe, wird die App jetzt mehrfach am Tag aktualisiert und wird man daran erinnert, sein Ergebnis einzugeben und es auch an die Leute weiterzugeben, die die App nicht installiert haben. Ich glaube, das wird eher auf einer solchen Ebene bleiben. Aber das ist meine eigene Einschätzung.

Frau Schütz hat zu der Impfung von Senioren gefragt, die in ihren eigenen Wohnungen leben. Das ist in der Tat ein Thema. Aber ich glaube, dass sie erst relativ nachrangig geimpft werden; denn wer zu Hause in seiner Wohnung ist, hat ein relativ geringes Infektionsrisiko im Verhältnis zu jemandem, der im Heim wohnt. - Meine Schwiegermutter, die überhaupt nicht mehr hinausgeht und auch uns nicht mehr besucht, hat im Grunde genommen nur dann ein Infektionsrisiko, wenn sie zweimal in der Woche zu Rewe oder zu ihrem Arzt geht; das ganze andere Risiko gibt es in ihrem Fall nicht. Diese Gruppe wird natürlich auch geimpft und wird zum Teil auch aufgesucht werden müssen. Ich glaube aber, dass das relativ nachrangig ist; denn gerade diejenigen, die sich nicht mehr hinausbewegen können, haben ein relativ geringes Risiko.

Zu der Frage, wie der Impfstoff gesteuert wird: Wenn wir den Vertrag mit der Firma fertig haben, die die gesamte Kommunikationslogistik und Nachverfolgung organisiert, kann sie vielleicht das Konzept im Ausschuss vorstellen. Das ist vielleicht das Vernünftigste.

Die Problematik ist klar. So stellt sich die Frage, wie wir die Priorisierung überwachen. Es wird „Fehlschüsse“ geben. Wenn jemand kommt und unbedingt geimpft werden will, dann wird man das im Zweifel machen, bevor man für eine halbe Stunde den ganzen Impfbetrieb blockiert. Auch damit, ob auch in großem Umfang Menschen in

die Impfzentren kommen und geimpft werden wollen, obwohl sie nicht geimpft werden sollen, müssen wir Erfahrungen sammeln. Wir wissen ja auch noch gar nicht, wie die Impfbereitschaft sein wird. Das muss man ganz klar und deutlich sagen. Das ist ja noch völlig offen.

Diese Fragen sind Bestandteil der Vorbereitungen mit dieser Firma, die im Übrigen inzwischen unmittelbar vor einem Abschluss mit Baden-Württemberg und Hessen steht. Diese Firma arbeitet übrigens in Niedersachsen, d. h. der Personalaufwuchs entsteht bei uns. Das ist ein positiver Nebeneffekt.

Das Gleiche gilt für die Frage bezüglich der Impfung und einer vorgelagerten Infektion. Man wird auch abfragen müssen, ob jemand schon mal positiv auf COVID 19 getestet worden ist. Wenn ja, besteht nach dem, was wir im Moment wissen, keine Notwendigkeit zu impfen. Dann sollte man es im Moment auch lassen.

Man muss allerdings an dieser Stelle darauf hinweisen, dass unsere Daten maximal ein gutes halbes Jahr alt sind. Wir wissen heute maximal, dass ehemals Infizierte ein gutes halbes Jahr lang immun bleiben. Wir wissen überhaupt noch nicht, wie lange man nach der Impfung immun bleibt, weil die Impfstoffe erst im zweiten Halbjahr getestet worden sind. Wir können bisher nur sagen: Wer im August geimpft worden ist, hat sich bisher nicht mehr infiziert. Wie es sich im nächsten Jahr im August darstellen wird, wissen wir nicht. Das ist so sehr work in progress, wie es sonst im Impfwesen eher nicht üblich ist.

Zum Schnelltest: Der Bund bereitet eine Änderung der Impfverordnung vor. Sie ist noch nicht da, aber angekündigt. Sie ist seit gestern Abend in der Länderanhörung. Darin wird u. a. geregelt, dass z. B. auch Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger nach einer Einweisung impfen können. Es wird ferner geregelt, dass auch Zahnärzte impfen dürfen - sie können bekanntlich mit Spritzen umgehen; entscheidend ist aber, dass sie dann auch abrechnen dürfen.

Zu der Frage zu FFP2-Masken für vulnerable Gruppen: Das ist eine von den Geschichten, wo man sagen kann: Schnell fertig ist die Jugend mit dem Wort - wenn ich das als 63-Jähriger gegenüber einem 40-jährigen Bundesgesundheitsminister so sagen darf. Es ist angekündigt worden, dass FFP2-Masken verteilt werden. Das wird über die Apotheken laufen. Inzwischen ist aber aufge-

fallen, dass es nicht ausreicht, in der Apotheke die Krankenkassenskarte vorzeigen zu lassen und dann die FFP2-Masken auszuhändigen. Es gibt ja verschiedene Apotheken, und die Krankenkassenskarte ermöglicht nicht, darauf zu buchen, wer schon Masken schon bekommen hat. Es besteht also die Möglichkeit, dass jemand von Apotheke zu Apotheke zieht, um anschließend einen schwunghaften Handel mit FFP2-Masken aufzuziehen. Von daher denkt das Bundesgesundheitsministerium im Moment darüber nach, ob dafür Berechtigungsscheine ausgegeben werden. Wie das bis zum 15. Dezember bewältigt werden soll, wird das Bundesgesundheitsministerium regeln müssen. Das soll jedenfalls über das Regelsystem passieren.

Zur Terminvergabe: In der Tat hat der Bund die Vorstellung, dass die Terminvergabe über die Telefonnummer 116 117 gesteuert werden kann und dort eine Weiche hinterlegt wird, sodass man dann, wenn man eine COVID-19-Impfung haben möchte, z. B. die „1“ wählen soll. - Das Vertrauen der Länder, ob das damit funktionieren wird, ist unterschiedlich. Bei uns ist dieses Vertrauen unterdurchschnittlich entwickelt.

(Abg. Volker Meyer [CDU]: Es ist gar nicht vorhanden!)

Von daher sind wir im Gespräch mit dem Dienstleister, der das auch für Hessen und Baden-Württemberg macht. Der Kollege aus Baden-Württemberg hat gestern gesagt, sie werden sich dabei selbstverständlich anschließen, wenn es funktioniert, aber sicherheitshalber sind sie anders vorbereitet.

(Abg. Meta Janssen-Kucz [GRÜNE]: Sind wir auch anders vorbereitet?)

- Das habe ich ja gesagt: Ja, sicher.

Nun zu der Frage, welche Kapazitäten wann zur Verfügung stehen. - Das ist eine gute Frage. Darauf hätte ich auch gerne eine Antwort. Bisher wissen wir, dass in einer ersten Charge 5 Millionen Dosen nach Deutschland kommen. Insgesamt hat Deutschland mehr als 300 Millionen Dosen bei verschiedenen Herstellern geordert, von denen man aber nicht weiß, ob sie alle auf den Markt kommen. 300 Millionen für 80 Millionen Deutsche klingt gigantisch. Selbst wenn sich 80 Millionen Deutsche zweimal impfen lassen, sind es 160 Millionen Impfdosen und hätte man immer noch eine Reserve von 100 %. Wir

wissen aber gar nicht, ob das alles auf den Markt kommt, und wir wissen auch nicht, mit welcher Geschwindigkeit es auf den Markt kommt.

In der Einführung habe ich schon gesagt, dass der Bund davon ausgeht, dass der BioNTech-Impfstoff, wenn mit der Auslieferung begonnen wird, planbar zur Verfügung steht. Auch das würden wir mit kaufmännischer Vorsicht abwarten wollen, ob das so sein wird. Das Gleiche gilt auch für die anderen Impfstoffe.

Natürlich hätten wir ein Interesse daran, später vor allen Dingen die Impfstoffe zu verimpfen, die im Regelsystem verimpft werden können. Ein Impfstoff, der bei minus 3 Grad gelagert werden muss, kann in jeder Arztpraxis gelagert werden. Dann stellt sich nur die Frage, ob der Kühlschrank groß genug ist. Dafür braucht man keine besonderen Vorkehrungen.

Natürlich muss es unser Interesse sein, den Impfstoff möglichst zügig in die Regelversorgung zu bekommen, weil dann auch die Impfquoten ganz anders ansteigen können. Wenn man bedenkt, dass jetzt 17 Millionen oder 21 Millionen Dosen Grippeimpfstoff innerhalb von vier Wochen in den Praxen verimpft worden sind, dann ist es natürlich vernünftiger, auch die COVID-19-Impfung in den Praxen vorzunehmen, wenn die Impfstoffe dafür funktionieren.

Zur Absicherung der Krankenhäuser habe ich vorhin schon einiges gesagt. Die Länder waren mit den Regelungen, die das Bundesgesundheitsministerium mit dem Bundestag verabredet hat, sehr unglücklich. Das habe ich schon in der Sitzung vor einer Woche gesagt. Das ist auch in den Verabredungen zwischen den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten und der Bundeskanzlerin noch einmal deutlich geworden.

Konkrete Überlegungen gibt es noch nicht, weil der Bund zu Recht davon ausgeht, dass in der ersten Phase gerade kleine Häuser davon profitiert haben, dass sie geschlossen waren. Man muss sagen, das kann nicht Zweck der Veranstaltung sein. Die 580 Euro, die es am Anfang für jedes freigehaltene Bett gegeben hat, sind für kleine Häuser überaus auskömmlich gewesen. Für große Krankenhäuser war dieser Betrag nicht annähernd ausreichend, weil die Vorhaltekosten ganz andere sind. Das möchte der Bund vermeiden.

Nach unserem Eindruck möchte der Bund auch vermeiden - das habe ich, glaube ich, auch schon in der letzten Sitzung gesagt -, dass Krankenhäuser in nennenswertem Umfang Betten frei melden, die entweder nicht freigehalten worden sind oder ohnehin freigehalten worden wären.

Ich habe eine Anfrage von einem Mitglied des Landtags bekommen, wie es denn ist, wenn in einem Krankenhaus eine Station abgebrannt ist, dann müsste sie jetzt doch auch für COVID-19-Patienten freigehalten werden. Ich habe dazu gesagt: Gemeint ist eine Freihaltung für COVID 19 und nicht eine Freihaltung aus welchen Gründen auch immer. - Man muss sehen: Da, wo es Leistungen gibt, gibt es Betrugsversuche. Das ist nicht überraschend.

Frau Janssen-Kucz hat eine Frage zu der hausärztlichen Versorgung gestellt, falls Hausarztpraxen in die Impfzentren gehen. - Dazu muss man bedenken: Wir bekommen 60 Impfzentren - wahrscheinlich werden es weniger; aber gehen wir mal von dieser Zahl aus. Wenn in jedem dieser Impfzentren zwei Praxisteams tätig sind, dann sehe ich die hausärztliche Versorgung nicht gefährdet. Wenn man auf Baltrum ein Impfzentrum aufbauen und die örtliche Praxis dabei einbinden würde, dann gäbe es dort ein Problem. Wenn aber in einem oder zwei Impfzentren in einem Landkreis umschichtig Hausarztteams eingesetzt werden, ist es nicht anders, als wenn Herr Dr. Müller krank ist und von daher die Praxis geschlossen ist. Dieses Problem sehe ich also nicht.

Zu der Frage, wie die Personaldecke in Impfzentren über ein Jahr gehalten werden soll: Es ist überhaupt keine Frage, dass das ein Thema ist, wenn die Impfzentren wirklich so lange vorgehalten werden müssen. Daher haben wir das Bestreben, möglichst schnell in den Regelbetrieb überzugehen, um das Problem zu beseitigen.

Zur Bewachung: Wir gehen davon aus, dass der Impfstoff in erheblichem Umfang legal und illegal nachgefragt sein wird und dass von daher die Transporte gesichert sein müssen und dass auch dort, wo der Impfstoff über Nacht aufgehoben wird, im Zweifel eine Überwachung sichergestellt sein muss, wobei man sagen muss: Wer ernsthafte kriminelle Aktionen vorhat, wird nicht die 35 Dosen haben wollen, die in einem Impfzentrum abends übrig bleiben, sondern der wird ein größeres Interesse daran haben, die großen Transporte wegzufangen. Von daher gehen die Überlegungen eher in diese Richtung.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Es fehlt noch die Antwort auf die Frage, wie man die gesamte Logistik sicherstellen und Verwechslungen und Irritationen ausschließen will, wenn es fünf verschiedene Impfstoffe gibt und bei einem Impfstoff nach 21 Tagen und bei einem anderen Impfstoff nach 28 Tagen die zweite Impfung erfolgen muss.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Dazu hat der Herr Staatssekretär empfohlen, dass der Dienstleister die Logistik direkt im Ausschuss vorstellt, nachdem der Vertrag unterschrieben worden ist.

StS **Scholz** (MS): Das Problem ist uns bewusst. Das wird ja nicht mit Karteikarten funktionieren. Dann müssen in einem EDV-System die entsprechenden Merkmale hinterlegt und die Leute entsprechend aufgefordert werden, zu einem bestimmten Termin zu kommen.

An dieser Stelle sehe ich kein großes Problem in der Logistik. Das ist lösbar. Vielmehr liegt es in der Befolgung der Einladungen. Die Leute müssen wissen, dass sie für den 23. Januar eingeladen sind und dass das bedeutet, dass sie nicht erst am 24. Januar kommen sollen. Darin sehe ich an dieser Stelle das größere Problem.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Ein Teil meiner Fragen ist schon beantwortet worden. Das ist wunderbar. Vielen Dank dafür. Ich bin auch nicht so misstrauisch, dass das alles nicht funktionieren wird, bzw. ich habe keine großen Bedenken. Im vergangenen Jahr haben wir ja schon ganz viele sehr gute organisatorische Leistungen vollbracht.

Es hört sich immer so an, als wäre vieles im Argen, weil so viel übrigbleibt, was noch zu tun ist, und das dann natürlich auch für Kritik sorgt. Man muss aber bei all dem auch sehen, was gut funktioniert.

Im Hinblick auf die Impfung ist mir noch eine Zahl aufgefallen. Ich wollte wissen, wann die weiteren Impfstoffe einsetzbar sein werden. Dazu hatten Sie gesagt, dass jetzt 300 Millionen Impfdosen bestellt worden seien. Bei zwei Impfungen würde das immer noch für 150 Millionen Leute ausreichen und könnten mehr als 80 Millionen Deutsche geimpft werden.

Mit diesen 5 Millionen Impfdosen, die jetzt kommen, bekommen nur 2,5 Millionen Menschen einen vollen Impfschutz. - Gut. Das hatte sich mir beim ersten Mal nicht erschlossen.

Bei der Gripeschutzimpfung hat man ja gemerkt, dass sich viele Menschen impfen lassen, weil die Impfung empfohlen wird. Der Run ist ja riesig. In der Region Hannover - jedenfalls in Barsinghausen - bekommt man keinen Impfstoff, wenn man jetzt akut geimpft werden möchte. Das heißt, wir haben dabei eher das Problem, dass es mehr Menschen gibt, die sich impfen lassen wollen. So würde ich das auch einschätzen, auch wenn bei mir ankommt, dass viele sagen: „Ich will nicht zu den Allerersten gehören!“ Aber die Idee, sich impfen zu lassen, ist bei vielen Menschen schon vorhanden.

Das Positionspapier der Impfkommision vom 3. November ist ja noch keine abschließende Empfehlung. Es steht aber einiges darin, was ich auch erwarten würde. Darin steht auch, dass die Akzeptanz zum großen Teil davon abhängen wird, ob man kampagnefähig ist, ob man das, was uns hier alles erzählt wird, auch vermitteln kann. Denn diese Fragen stellen sich ja fast alle Menschen. Wir hören jeden Tag etwas Neues, und trotzdem kommen immer noch neue Antworten dazu. Die Frage ist: Wie bewerben wir das? Wie sagen wir: „Bleibt ruhig! Erst kommen die und danach andere dran!“? Wie machen wir das? Gibt es dafür einen Plan?

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Die erste Frage muss natürlich sein: Wann wissen wir definitiv, welcher Impfstoff kommt? - Nicht nur der Abstand zwischen den zwei Impfungen ist unterschiedlich, sondern es wird immer wieder vermittelt, dass z. B. BioNTech nur in 1 000er-Chargen liefert. Das heißt, wenn eine Charge geöffnet wird, muss der Impfstoff innerhalb von fünf Stunden verimpft sein. Diese Mitteilung habe ich gestern erhalten. Wenn es eine andere Information geben sollte, wäre ich dafür sehr dankbar.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich auch die Frage: Wie soll man es schaffen, den Impfstoff innerhalb von fünf Stunden zu verimpfen? - Insofern müssen die einzelnen Landkreise überlegen, wie groß die Impfstraßen sein müssen. Mit vier Straßen oder zwei Straßen pro Landkreis käme man ja dann schon „ins kurze Gras“. Insofern wäre es ganz gut, wenn wir eine Information dazu bekommen könnten, ob das wirklich so ist. Das verunsichert nämlich immer wieder.

Zudem brauchen die Landkreise berechtigterweise auch Planungssicherheit, z. B. im Bereich der Vorhaltekosten. Wie lange sollen sie diese

Impfzentren aufrechterhalten - das ganze Jahr oder nur bei der ersten Charge? Dementsprechend müssen wahrscheinlich auch Mietverträge für die Hallen abgeschlossen werden. Insofern kann man da nicht sagen: „Na ja, wir gucken mal“, sondern das muss relativ abgesichert dargestellt werden.

Wenn der Impfstoff nicht innerhalb von fünf Stunden verimpft werden muss, würde sich auch die Frage erübrigen, was wir mit kleinen Pflegeeinrichtungen, Altenheimen und auch mit kleinen Krankenhäusern machen. Es wäre ganz wichtig, das zu wissen.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Ich habe noch eine Frage zu der Umsetzung der Impfzentren. In Niedersachsen soll es ja 60 Impfzentren geben. Ich weiß, dass für Braunschweig zwei geplant sind. Dazu meine Frage: Müssen dort dann auch zwei Impfzentren aufgebaut werden oder könnte auch ein einziges großes Impfzentrum aufgebaut werden? Diese Frage stellt sich gerade bei uns vor Ort. Sind die Kommunen dabei flexibel?

Eine weitere Frage: Wir müssen ja planen, und es muss überlegt werden, wie man das alles umsetzt. Es muss auch Material bestellt werden. Es entstehen also Kosten. Ab wann dürfen Kommunen solche Aufträge auslösen, ohne dass sie Gefahr laufen, dass das als vorzeitiger Maßnahmenbeginn gilt und sie diese Kosten möglicherweise nicht ersetzt bekommen?

Ich habe noch eine Frage zu den Krankenhäusern. Ich habe Ihre Ausführungen so verstanden, dass die Aufforderung des Landes an ein Krankenhaus ab einem bestimmten Inzidenzwert erfolgt. Bei einem Maximalversorger ist der Inzidenzwert aber für die Region maßgeblich und nicht unbedingt für den Ort. Gibt es diesbezüglich eine gewisse Flexibilität? Beispielsweise in Braunschweig liegt der Inzidenzwert aktuell bei 50. In den angrenzenden Regionen liegt er aber bei fast 200. Die Patienten kommen natürlich zu uns und die Frage ist: Können wir sie dann versorgen, und wird dann auch für diese COVID-19-Patienten bezahlt?

Sind auch Kooperationen zwischen den Krankenhäusern flexibel möglich? Auch diese Frage stellt sich konkret in Braunschweig. Die beiden anderen Krankenhäuser wären bereit, Patienten zu nehmen. Wenn sie aber den Bescheid vom Land nicht bekommen haben, dürfen sie das im Moment nicht. Kann eine größere Flexibilität

gewährt werden, wenn sich die Krankenhäuser untereinander verabredet haben?

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Ich habe eine Frage zu dem Ablauf der Impfungen in den Impfzentren. Wird jeder individuell eingeladen, der zu einer zu impfenden Gruppe gehört, oder wird dort gruppenweise eingeladen?

Wenn jemand kommt, ist die Impfung ja freiwillig. Muss er dann mit einer Unterschrift dokumentieren, dass er mit der Impfung und gegebenenfalls mit den Folgen einverstanden ist? Wenn das so ist, sollte unbedingt eine Sanktion für den Fall vorgesehen werden, dass sich eine Person dann nicht mehr der zweiten Impfung stellt; denn dann werden Ressourcen verschwendet, die im Moment äußerst knapp sind. Sind also Sanktionen vorgesehen?

Abg. **Stephan Bothe** (fraktionslos): Auch ich bedanke mich für die Unterrichtung. Ich danke auch dafür, dass Sie das Thema der Beatmungspatienten noch einmal angesprochen haben, das ja auch schon in der letzten Sitzung des Ausschusses ein Thema war. Ich muss aber ganz ehrlich sagen, dass ich es immer noch für unverantwortlich halte, was die Ministerin mit ihren Tabellen im Plenum gemacht hat; denn diese Zahlen waren mit nichts gedeckt, wenn man jetzt sieht, wie sich die Zahlen eingependelt haben. Es gibt nicht 700, 800 oder 900 Beatmungspatienten, sondern deren Zahl hat sich auf 120 eingependelt.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Herr Bothe, wir sollten nicht Themen bewerten, die an anderer Stelle stattgefunden haben! Wir sind hier in der Aussprache zu der Unterrichtung der Landesregierung.

Abg. **Stephan Bothe** (fraktionslos): Herr Vorsitzender, ich nutze gerade meine Möglichkeiten als Abgeordneter zur Aussprache.

Zum Thema Impfen: Das ist ja ein neuartiger Impfstoff. Es ist immer von Chargen und auch von der Zahl die Rede. Aber das ist ja ein sogenannter mRNA-Impfstoff, also ein Gen-Impfstoff. Das ist eine völlig neue Impfmethode, die bisher noch nicht angewandt worden ist. Jetzt hat sich das Land Niedersachsen im Hinblick auf die Impfzentren den Hut aufgesetzt. Welche Erkenntnisse hat das Land Niedersachsen über die Risiken der mRNA-Impfung? Das Land trägt ja auch das Risiko für diese Impfung. In der letzten Ausschusssitzung haben Sie ja auch bestätigt, dass das Land

für Impfschäden haftet. Insofern trägt das Land hier auch das Risiko. Welche Erkenntnisse haben Sie dazu?

Zum Thema Nachverfolgung: Bei der ersten Welle Anfang dieses Jahres war davon die Rede, dass die Nachverfolgung irgendwann nicht mehr sinnvoll ist, weil die Zahl der positiv Getesteten so hoch ist, dass die Nachverfolgung keinen Sinn mehr macht. Das war zumindest die Aussage der Landesregierung.

Jetzt wird immer noch eine sehr ausgeweitete Nachverfolgung durchgeführt. Wäre es nicht sinnvoll, diese Nachverfolgung aufzugeben und sich auf die Behandlung der Erkrankten zu konzentrieren, weil die Nachverfolgung ja offensichtlich keine erfolgreiche Strategie ist? Denn die Zahl der positiv Getesteten steigt bzw. hat sich je nachdem, wie man die Zahlen bewertet, eingependelt. Nach wie vor werden in den Gesundheitsämtern massive Ressourcen für die Nachverfolgung eingesetzt. Halten Sie diese Strategie nach wie vor für richtig?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Auch von meiner Seite vielen Dank für die Unterrichtung und auch dafür, dass es möglich ist, dass wir nachher über die Verordnung unterrichtet werden. Das ist ja bei dem Arbeitspensum für Sie eine zusätzliche Belastung. Ich möchte allen Beteiligten dafür meinen Dank aussprechen.

Ich möchte auch gerne auf die Krankenhäuser zu sprechen kommen. Sie haben gerade von den elektiven Eingriffen gesprochen. Nach den Berichten aus den Kliniken muss jetzt bereits eine sehr hohe Zahl von Betten freigehalten werden. Das führt nicht nur dazu, dass eine Knieoperation nicht mehr durchgeführt werden kann, sondern dass z. B. auch Herzklappen nicht mehr implantiert werden können. Das finde ich schwierig vor dem Hintergrund, dass eine Herzklappen-Operation eine lebenserhaltende Maßnahme ist. Gerade ältere Patienten, die diese Operation nicht erhalten, klappen irgendwann zusammen. Es stellt sich die Frage, wie Sie den Spielraum bewerten, bestimmte Betten doch noch für solche Maßnahmen freizugeben, solange die Intensivbetten nicht in diesem Umfang benötigt werden, zumal dann, wenn Kliniken Betten innerhalb einer bestimmten Frist räumen können; denn anhand der Zahlen kann man ja ungefähr prognostizieren, wann Patienten in den Intensivstationen landen.

Sie haben gerade erwähnt, dass der Impfstoff für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen sein wird. Das war mir nicht bewusst. Der Grund dafür ist nach Ihren Ausführungen aber auch nicht überraschend. Was bedeutet das letzten Endes für Schulen und Kindertagesstätten, wenn in absehbarer Zeit kein Impfschutz für Kinder und Jugendliche möglich ist?

Mich interessiert ferner, welche Kommunen die Kontaktnachverfolgung nicht mehr gewährleisten können. Ich habe hierzu von Osnabrück gelesen. Sie haben erwähnt, es sei eine Entspannung eingetreten. Es wäre gut, wenn Sie ausführen könnten, wo die Entspannung eingetreten ist und wo sie noch nicht gegeben ist.

Bei den Infektionszahlen befinden wir uns ja gerade auf einem Plateau. Wie schätzen Sie die Perspektive ein, dass diese Zahlen sinken, bzw. welche Maßnahmen sind dafür notwendig? Sie haben gerade ausgeführt, dass die Todeszahlen eher ansteigen und dass das bei diesen hohen Zahlen kein überraschender Effekt ist. Wir reden hier ja auch regelmäßig darüber, dass gerade Pflegeheime zunehmend bedroht sind, wenn es mehr Infektionen gibt. Insofern interessiert mich, wie Sie dem vorbeugen wollen.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Meine erste Frage schließt an das an, was vorhin hier schon anklang, nämlich an den Ablauf der Impfungen. Sie haben vorhin erwähnt, dass dazu auch eine Aufklärung und eine Einwilligung gehören. Kann das nicht schon jetzt bei den Personengruppen erledigt werden, von denen jetzt schon feststeht, dass sie sehr früh geimpft werden sollen? So könnten z. B. Krankenpflegekräfte und das Personal in den Altenheimen schon aufgeklärt werden und könnte man sie schon die Einwilligung unterschreiben lassen, damit später im Prozess keine Verzögerungen auftreten. So könnte jetzt schon eine Aufklärungskampagne durchgeführt werden, um das, was man im Vorfeld schon erledigen kann, bereits zu machen.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Freihalteteuschale. Sie haben vorhin gesagt, dass große Krankenhäuser vielleicht schlechter bezahlt wurden. Diese großen Krankenhäuser haben es mit 150 Intensivbetten aber auch wesentlich leichter, entsprechende Kapazitäten freizuhalten. Für die kleinen ländlichen Krankenhäuser, die nicht zur Kategorie 2 und 3 gehören, ist das ein Problem. Dazu habe ich eine technische Frage: Wenn ein kleines Krankenhaus mit 10 Intensivbetten

2 Betten freihalten musste, dann hat es das bisher bezahlt bekommen und bekommt es das jetzt nicht mehr bezahlt. Muss das Krankenhaus dann, wenn diese zwei Betten von heute auf morgen belegt werden, weil Corona-Patienten beatmet werden müssen, dann wieder zwei Betten freihalten? Müssen dort also immer diese rund 4 % draufgesattelt werden? Denn für die kleinen Krankenhäuser bedeutet das - Frau Hamburg hat das schon angesprochen -, dass manche Stationen irgendwann stillgelegt werden müssen, weil durch die Belegung bzw. durch das Freihalten von Betten keine Möglichkeiten mehr vorhanden sind. Das ist in der MHH leichter.

Viele - gerade ländliche - Krankenhäuser waren auf Kante genäht. Ich will gar nicht abstreiten, dass sie bei der Pauschale vielleicht mal einen Euro übrig behalten haben. Aber ich weise auch darauf hin: Wenn jetzt gar nichts mehr dafür bezahlt wird, dann ist dieses kleine Polster, das diese Krankenhäuser vielleicht gebildet haben, ganz schnell aufgebraucht und fehlt das dann diesen Krankenhäusern.

Meine letzte Frage bezieht sich auf die Teststrategie. Auch die Eingliederungshilfe ist ja gefordert, Teststrategien vorzulegen. Dabei geht es noch einmal um die Bezahlung. Der Bund hat ja für Pflegeeinrichtungen Pauschalen festgelegt, wie Personal- und Sachkosten bezahlt werden. Jetzt habe ich gehört, dass das Land die Sachkosten bezahlt. Hinsichtlich der Personalkosten gibt es für die Eingliederungshilfeeinrichtungen noch keinerlei Regelungen. Wie ist dort der Sachstand?

Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Ich habe eine Nachfrage zur Logistik. Es geht um die besonderen Spritzbestecke, die benötigt werden. Losgelöst von Corona werden diese ja eher selten gebraucht. Normalerweise werden für fast alle gängigen Impfungen die uns bekannten normalen Spritzen verwendet. Habe ich Sie richtig verstanden, dass es jetzt schon die Zusage gibt, dass ausreichend Spritzbestecke für Niedersachsen vorhanden sein werden?

StS **Scholz** (MS): Zu der Frage von Frau Schüller zur Impfkampagne: Der Bund bereitet im Moment eine große Impfkampagne vor, die im wahrsten Sinne des Wortes multimedial ist: beginnend mit Großflächenanzeigen und Buchungen von Werbeflächen auf Stelltafeln usw. bis hin zu Fernsehfilmen, Werbung im Kino, Internet usw.

Zu der Frage, wann wir wissen, welcher Impfstoff kommt: Das wissen wir frühestens, wenn er von der EMA eine Zulassung hat. Geplant ist, wie dargelegt, dass die EMA am 10. Dezember 2020 entscheidet, vielleicht aber auch erst bis zum 20. Dezember 2020. Vorher wissen wir nicht, welcher Impfstoff kommt.

Wenn der BioNTech-Impfstoff am 10. Dezember 2020 nicht zugelassen werden sollte, dann kommt eben erst einmal gar kein Impfstoff. Das wissen wir dann auch; denn ein anderer Impfstoff ist im Moment nicht im Zulassungsverfahren. Das ist ja im Moment das sogenannte rollierende Verfahren. Rollierendes Verfahren heißt: Ich sage dir jederzeit, was ich gerade aktuell weiß, und dann kannst du schon mal gucken, ob du noch weitere Fragen hast. - Das ist auch für die Impfstoffzulassung im Moment eine spannende Situation. Normalerweise wurden die Studien abgeschlossen und konnte man sich dann das Unterlagenpaket dazu ansehen. Und so, wie wir jetzt alles organisieren, wird auch der Impfstoff gerade zugelassen.

Insofern kann ich auch zu der Frage nach der Planbarkeit nur sagen: Das hängt auch davon ab, welcher Impfstoff wann zugelassen und in welchen Mengen zur Verfügung stehen wird. Wir sind dazu ständig im Gespräch mit den Landkreisen. Wir haben montags eine Telefonschaltung mit den kommunalen Spitzenverbänden. Mittwochs haben wir regelmäßig eine Telefonschaltung mit allen, die die Impfzentren bespielen. Am Freitag haben wir eine Telefonschaltung mit den Landräten und am Samstag meistens - manchmal auch am Freitag - mit den Oberbürgermeistern. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht nur noch schalten, und müssen zwischendurch auch noch arbeiten. Das ist auch Arbeit; das ist klar. Klarheit gibt es also genau dann, wenn ich weiß, was kommt.

Wie lange wir die Impfzentren brauchen, wird davon abhängen, wann welche alternativen Impfstoffe zur Verfügung stehen. Solange wir den BioNTech-Impfstoff verimpfen müssen, werden wir die Testzentren benötigen, weil die Impfungen nicht im Regelsystem erfolgen können. Sobald es im ausreichenden Maß Impfstoff gibt, der mit den Bedingungen im Regelsystem verarbeitet werden kann, können wir die Impfzentren allmählich zurückfahren.

Das mit dem Anmieten ist richtig. Dazu muss man sagen, dass die Einrichtungen, in denen Impfzentren aufgebaut werden können, auf absehbare

Zeit ohnehin nicht ausgelastet sind, weil sie geschlossen sind. Beispielsweise der Messe in Hannover kann im Moment wenig Besseres passieren, als dass die Region dort ein großes Impfzentrum in drei Messehallen einrichtet. Das gilt cum grano salis natürlich auch in anderen Bereichen, etwa in den großen Städten und Landkreisen, wo es große Veranstaltungszentren gibt, die dafür genutzt werden. So etwas wird es nicht überall geben. Im Moment höre ich auch von einzelnen Landrätinnen und Landräten, dass in einer Situation, die für die Veranstaltungsträger natürlich dramatisch ist, die Räume eher aufgedrängt als verweigert werden.

Der BioNTech-Impfstoff wird tiefstgeköhlt auf minus 70 Grad in Thermoboxen angeliefert. Er muss dann erst mal aufgetaut werden; denn wenn er fest ist, kann man ihn nicht verimpfen. Im Abtauprozess kann man ihn einige Tage unter normalen Tiefkühltruhenbedingungen aufheben. Es ist im Moment noch unklar, wie viele Tage, aber einige Tage sind es. Wenn er dann flüssig ist, muss er mit 0,9-prozentiger Kochsalzlösung verdünnt werden. Wenn er verdünnt ist, muss er innerhalb von fünf bis acht Stunden verimpft werden. Das bedeutet für die Impfzentren, dass sie, wenn sie 1 000 Impfdosen erhalten, erst einmal alle Dosen verdünnen und innerhalb von fünf bis acht Stunden verimpfen müssen. Die Impfzentren wissen ja, wie viele Leute für einen bestimmten Tag für die Impfung eingeladen worden sind und geimpft werden sollen. Das heißt, sie wissen, wie viele Impfdosen sie maximal benötigen. Nach ein, zwei, drei Tagen wird sich das eingespielt haben und wird man auch die Fehlerquote kennen, wie viele Menschen ungefähr zwar eingeladen worden sind, aber nicht kommen. Dann wird man grosso modo wissen, wie viele Dosen an dem Tag verimpft werden. Sinnvollerweise bereitet man nur diese Anzahl von Impfdosen vor, die dann verimpft werden.

Dieses Problem sehe ich an dieser Stelle nicht. Man kann nicht ausschließen, dass am Ende des Tages zehn Dosen übrig sein werden, weil zehn Leute nicht gekommen sind, obwohl sie eingeplant waren. Das kann man natürlich nicht ausschließen. Aber ich glaube nicht, dass das in großem Umfang ein Problem wird, weil der Impfstoff in der Auftauphase und nach dem Auftauen noch geköhlt gelagert werden kann. Die zeitliche Limitation tritt dann ein, wenn er zum Impfen vorbereitet, also verdünnt worden ist.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Mir ist von maßgeblichen Ärzten berichtet worden, dass eine Charge in dem Moment, wenn sie geöffnet, also aufgetaut wird, aufbereitet werden muss. Wenn nur eine 1 000er-Charge geliefert wird, dann muss sie dementsprechend aufbereitet werden. Das heißt, man kann den Impfstoff nicht noch einen Tag länger behalten. Wenn Sie dazu andere Kenntnisse haben, wäre es ganz gut, wenn Sie sie uns mitteilen würden, damit wird dementsprechend antworten und aufklären können.

MDgt'in **Schröder** (MS): Der Impfstoff wird in Kühlboxen in Trockeneis geliefert. Wir lassen vom Logistiker weiteres Trockeneis mitliefern, weil damit die Aufbewahrungszeit im Impfzentrum verlängert werden kann. Solange der Impfstoff in Trockeneis gelagert ist und Trockeneis nachgefüllt wird, ist er noch bis zu 15 Tage lang haltbar. In dem Moment, in dem die kleinste Verpackungseinheit herausgeholt wird - das sind knapp 200 Vials mit je 5 Impfdosen; es sind also 1 000 Impfdosen in einer Verpackung - und auf 2 Grad auf temperiert wird, kann diese gesamte Verpackung im Kühlschrank bei 2 Grad - durchgängig gekühlt - bis zu 5 Tage lang aufbewahrt werden. Das alles muss natürlich validiert werden. Das ist das übliche Geschäft bei Schutzimpfungen. Das ist gar nicht so selten, dass man restituieren, also in diesem Fall mit Kochsalz aufbereiten muss. Diese Vials können und müssen einzeln aufbereitet werden. Man kann sie herausnehmen und hat dann immer fünf Impfdosen, die auf einmal aufbereitet werden. Insofern gibt es, weil es ja immer eine bestimmte Anzahl von Impfungen pro Tag gibt, vielleicht immer eine kleine Verwurfquote. Aber diese fünf Impfdosen müssen immer auf einmal aufbereitet werden.

Von daher brauchen wir ein striktes Terminmanagement. Man kann nicht auf Vorrat aufbereiten. Das ist aber in den Impfzentren händelbar.

Die mobilen Impfteams werden diese Vials nicht aufbereitet mitnehmen und dann vor Ort in der Einrichtung aufbereiten. Auch das ist bei Schutzimpfungen üblich, um die Verkeimungsgefahr zu minimieren. Das gesamte Handling haben wir schon mit der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und den Apothekern geklärt. Das ist für Ärztinnen und Ärzte sowie auch für impfbefähigtes Personal nichts Ungewöhnliches.

StS **Scholz** (MS): Zu der Frage von Frau Schütze zu der Zahl der Impfzentren: Wir haben die Zahl geschätzt, dass es für ungefähr 150 000 Einwoh-

ner ein Impfzentrum geben wird. Wenn die Stadt Braunschweig ein großes Impfzentrum einrichtet, dann ist das natürlich möglich. Ich habe erwähnt, dass die Region überlegt, ein Riesenimpfzentrum an der Messe einzurichten. Das wird man sehen. Das ist eine Frage der Erreichbarkeit, der Zugänglichkeit, eine Frage von Parkplätzen und hängt davon, ob die räumliche Situation dort eine entsprechende Steuerung erlaubt. Wir werden uns aus den Entscheidungen der Landkreise sorgfältig heraushalten.

Nicht gerne würden wir es sehen - diese Frage wird sich aber, glaube ich, gar nicht stellen -, wenn deutlich kleinere Impfzentren aufgebaut würden, weil das den Personaleinsatz drastisch erhöhen würde; denn jedes Impfzentrum braucht einen überwachenden Arzt usw.

Zu der Frage, ab wann Kommunen Aufträge auslösen dürfen: Das ist, wie immer, ein Problem. Wir sind im Moment dabei zu klären - ich wehre mich gegen diesen Begriff „außergewöhnliches Ereignis von landesweiter Bedeutung“, das Sie mit dem Corona-Bündelungsgesetz in das Katastrophenschutzgesetz eingefügt haben -, ob das „außergewöhnliche Ereignis von landesweiter Bedeutung“ ausgelöst wird. In dem Moment, in dem es ausgelöst wird, ist es klar, dass das Land die Kosten dafür übernimmt.

Die Frage zur Flexibilität für Krankenhäuser ist mehrfach gestellt worden. Jedes Krankenhaus kann natürlich einen COVID-19-Patienten behandeln und bekommt die Behandlung bezahlt. Das ist überhaupt keine Frage. Das ist eine ganz normale Krankenhausbehandlung. Das wird bezahlt. Diese Frage habe ich in der letzten Sitzung schon mit Herrn Eilers in Bezug auf Cloppenburg diskutiert.

Bei der Frage der Erstattung geht es um die Erstattung für die Freihaltung von Betten, die nicht belegt sind. Solange Salzgitteraner in Braunschweig Einlass finden, dürfen sie dort auch geimpft werden. - Das kann ja höchstens ein Problem für die Teile von Salzgitter sein, die früher Hannöversch waren. Die anderen dürfen ja sowieso kommen. - Für jeden Patienten, der irgendwo hingehet, wird natürlich nach den geltenden Regeln abgerechnet. Das ist überhaupt keine Frage.

Diese Frage würde sich stellen, wenn die Situation in Salzgitter so eskaliert, dass sie dort nicht beherrschbar ist, wenn die beiden kleinen Häuser

das dort nicht bewältigen können und wir sagen, dass in Braunschweig Betten freigehalten werden müssen. Dann würde sich die Frage stellen, wie viele Betten freigehalten werden müssen, und muss dafür dann auch bezahlt werden. Im Behandlungsgeschäft ist das aber kein Thema. Jeder hat die freie Arztwahl und kann sich überall behandeln lassen, wo er ein freies Bett findet. Diese Diskussion habe ich sogar mit Krankenhausdirektoren geführt, die die Sorge haben, dass für ihre COVID-19-Patienten nicht mehr bezahlt wird, dass sie erst zum COVID-19-Krankenhaus erklärt werden müssen, damit für diese Patienten dort bezahlt wird. Es gibt auch keine Erklärung zum „Blinddarm-Krankenhaus“, und trotzdem wird für alle Blinddarm-Patienten bezahlt. Es geht immer um die Frage: Muss ein Krankenhaus zwangsweise Betten freigehalten, und wird es dann dafür entschädigt? - Das werden wir dann, wie gesagt, einzeln steuern.

In Salzgitter/Braunschweig gibt es im Moment keine akute Situation, weil in Braunschweig an dieser Stelle keine Probleme bestehen. Aber bei einer solchen Nachbarschaftssituation kann ich es mir am ehesten vorstellen, dass wir das auslösen müssen. Der Rest ist eigentlich das normale Geschäft in den Krankenhäusern, dass sie beispielsweise wissen, dass zu Silvester wegen der Verletzungen durch Silvesterböller eine besonders hohe Bereitschaft in der Chirurgie vorgehalten werden muss. Das ist ja das normale Geschäft in den Krankenhäusern.

Zur Einladungssystematik für Impfzentren: Wir gehen in der Tat davon aus, dass die Leute gruppenweise eingeladen werden. Das ist im Moment nicht ganz ohne, weil die rechtlichen Grundlagen dafür noch nicht vorhanden sind. Gesetzt den Fall, die Ständige Impfkommission empfiehlt, dass alle über 75-jährigen geimpft werden sollen, dann wäre es vergleichsweise unproblematisch, aus den Melderegistern herauszuziehen, wer über 75 Jahre alt ist, und den Betroffenen eine entsprechende Einladung zu senden. Dafür ist aber eine melderechtliche Grundlage erforderlich, die noch nicht vorhanden ist. Der Bund ist noch dabei, dafür zu sorgen, dass diese Grundlage gegebenenfalls geschaffen wird.

Es ist überhaupt kein Akt, alle Melderegisterdaten systematisch auszuwerten. Gerade Sie wissen, dass aus dem Melderegister fast beliebig bestimmte Zielgruppen herausgefiltert werden können, z. B. für den Wahlkampf.

Schwierig wird es dann aber bei medizinischen Komplexsituationen: über 70 Jahre alt, Diabetiker und mit extremem Bluthochdruck. Dann wird man überlegen müssen, inwieweit das über die Hausarztpraxen gesteuert werden kann, die das im Grunde genommen als Einzige beurteilen können. Wir sind dabei, das zu klären.

Zur Einwilligung usw.: In den Impfzentren wird dafür gesorgt werden müssen, dass aufgeklärt wird. Die Hauptarbeit der Ärzte wird nicht das Impfen sein - impfen wird das Hilfspersonal -, sondern die Aufklärung und das Aufpassen, dass die Einwilligungserklärung unterschrieben wird. Wie bei jedem anderen ärztlichen Eingriff muss bei einer Impfung eine Einwilligung erfolgen; anderenfalls darf sie nicht erfolgen. Wie vorhin erwähnt, ist das ein besonders komplexes Problem im Bereich der Alten- und Pflegeheime, wo viele Bewohnerinnen und Bewohner nicht mehr einwilligungsfähig sind und die Einwilligung über den Betreuer oder den Angehörigen mit Versorgungsvollmacht erteilt werden muss. Die Anforderungen an die Logistik sind dabei noch ein bisschen höher.

Zu der Frage von Herrn Bothe zu Impfrisiken und Impfschäden: Natürlich ist es so, dass ein Impfrisiko besteht. Soweit bei einer empfohlenen Impfung ein Schaden eintritt, trägt das Land die Kosten. Das ist rechtsgeschichtlich der Ursprung des Aufopferungsanspruchs. Aber das lassen wir hier, glaube ich, weg.

Wir werden keine eigenen Beurteilungen des Risikos erstellen, das ein Impfstoff enthält. Wir werden uns selbstverständlich darauf verlassen, dass der Impfstoff zugelassen ist und dass diejenigen, die den Impfstoff zulassen - also die EMA bzw. das Paul-Ehrlich-Institut -, das mit der gleichen Sorgfalt wie immer machen. So machen wir das auch bei allen anderen Impfstoffen. Auch bei der Grippeimpfung gibt es natürlich Impfschäden, die das Land regulieren muss. Auch dabei prüfen wir als Land nicht die Wirksamkeit des einzelnen Impfstoffs, sondern wir verlassen uns natürlich darauf, dass das Impfstoffzulassungsverfahren ordentlich funktioniert, wie das auch bei allen anderen Impfungen war.

Zu der Frage, die Nachverfolgung aufzugeben, weil die Gesundheitsämter so belastet sind: Die Gesundheitsämter sind mit der Nachverfolgung belastet. Aber die Nachverfolgung, um zu versuchen, die Cluster zu bestimmen und zu isolieren, ist der Grund dafür, warum es bei uns besser läuft als in Italien, Spanien, Frankreich oder in anderen

Ländern. Das ist ja das Präventionsparadox: Je besser man Prävention betreibt, desto weniger Ergebnisse hat man - also war die Prävention überflüssig; das ist aber ein logischer Fehlschluss.

Ich sehe überhaupt keinen Anlass, die Nachverfolgung und die Eindämmung aufzugeben. Ganz im Gegenteil! Wir unternehmen alle Anstrengungen, die Infektion weiterhin unter Kontrolle zu halten, auch wenn es im Moment nicht hinreichend funktioniert, wieder dahin zu kommen.

Es ist wie bei einem Feuer: Viele Leute glauben ja, wenn gemeldet wird, der Brand sei unter Kontrolle, dann sei er gelöscht. Nein, dann dehnt er sich nicht weiter aus. Es ist das Ziel, die Infektion unter Kontrolle zu haben, damit sie sich nicht weiter drastisch und wild ausbreitet. Die Nachverfolgung ist dabei *das* zentrale Element. Ich sehe überhaupt keinen Anlass, davon abzugehen.

Zu der Frage von Frau Hamburg zu den Krankenhäusern und der Freihaltung, die gegenwärtig schon hoch sei: Im Moment müssen die Krankenhäuser 4 % der Allgemeinbetten und 10 % der Intensivbetten freigehalten. 10 % der Intensivbetten bedeutet für fast 100 unserer 142 Akutkrankenhäuser, dass ein Bett freigehalten werden muss, weil die Intensivstationen nicht größer sind. Dabei werden wir auch bleiben.

Dazu, dass im Moment in Krankenhäusern, die dafür ausgestattet sind, keine Herzklappenoperationen durchgeführt werden, einmal ganz platt: Ich kenne das Krankenhaus im Landkreis Wittmund nicht, aber ich vermute, dass dort keine Koronaroperationen durchgeführt werden. - Herr Siebels nickt. Dass in den Krankenhäusern, die dafür ausgelegt sind, solch komplexe Operationen durchzuführen, die COVID-19-Freihaltung von 10 % der Intensivbetten ein Problem darstellt, kann ich mir nicht vorstellen. Ich weiß konkret von der UMG und der Medizinischen Hochschule Hannover, dass sie als große Krankenhäuser riesige Intensivstationen und Freistände von 20 bis 25 % haben. Ich glaube also nicht, dass wir wegen der COVID-19-Freihaltungen irgendwo ernsthafte Probleme haben.

Zu der Frage, was es für die Kita und die Schule bedeutet, dass Kinder nicht geimpft werden: Wenn der Impfstoff für Kinder nicht zugelassen wird, dann wird er nicht an Kinder verimpft - es sei denn, irgendein Arzt würde sein Kind damit selber impfen wollen; dann wäre er aber, glaube ich, re-

lativ schlecht beraten. Aber dieser Impfstoff wird nicht regulär an Kinder verimpft.

Zu der Frage, was das für Kita und Schule heißt: Aus meiner Sicht im Moment gar nichts. Damit sind wir in der gleichen Situation, in der wir schon sind. Mit Ausnahme eines Ereignisses in Cloppenburg und eines, glaube ich, in Delmenhorst haben wir bisher in Niedersachsen - zu unserem Erstaunen; das gebe ich zu - keine Infektionsgeschehen, die sich in der Schule abspielen. Die Infektionen werden in die Schulen hineingetragen, wo anschließend die Quarantänemaßnahme durchgeführt werden. Aber es gibt bisher nach meinen Informationen praktisch kein Infektionsgeschehen in Schulen. Das bedeutet, dass die Maßnahmen dort wirken, und Maßnahmen, die wirken, sollte man beibehalten.

Irgendwann werden die Lehrer geimpft sein, die als Erwachsene die Infektion eher weitergeben als die Kinder. Möglicherweise ist ja einer der nächsten Impfstoffe auch für Kinder geeignet. Auch das ist möglich.

Im Moment stellt sich bei dem BioNTech-Impfstoff das Problem, dass die Eignung für Kinder nicht belegt ist, weil Kinder nicht in die Studie eingebunden waren. Wir wissen also nicht, dass er für Kinder nicht geeignet ist, sondern die Eignung ist nicht belegt. Von daher fehlen einfach Daten für eine Aussage, ob der Impfstoff für Kinder geeignet ist oder nicht. Deswegen wird er für sie nicht zugelassen.

Engpässe bei den Gesundheitsämtern gab es bekanntermaßen im Landkreis Osnabrück und in der Region Hannover. Auch einige andere Gesundheitsämter haben einen Notstand gemeldet - Salzgitter gehört dazu, einige andere auch noch -, die wir dann jeweils bevorzugt mit Personal versorgt haben. Auch aus dem Landkreis Osnabrück gibt es Meldungen, dass sich die Situation dort entspannt.

Zum Vorbeugen für Todesfälle: Wir müssen davon ausgehen, dass diese Krankheit, wie viele andere Krankheiten auch, tödlich sein kann. Bekannt ist, dass es einen bestimmten Anteil von Todesfällen unter den Infizierten gibt. Die Zahl der Todesfälle steigt im Moment deshalb, weil sich die Zahl der Infizierten im Oktober explosionsartig erhöht hat. Wenn es zehnmals so viele Infektionen gibt, sind tendenziell auch zehnmals so viele Todesfälle zu erwarten, weil das ein festes Verhältnis ist. Die beste Vorbeugung für Todesfälle be-

steht insofern darin, Infektionen zu verhindern. Das versuchen wir ja gerade.

Herr Eilers hatte gefragt, ob die Einwilligung nicht schon jetzt erteilt werden könne. Das ist eine gute Idee. Solange man aber nicht genau weiß, welcher Impfstoff mit welchen Risiken für welche Gruppen zugelassen ist, kann weder die Aufklärung noch die Einwilligung erfolgen.

Sobald das feststeht, muss man zusehen, dass die Einwilligung vor allen Dingen in den Alten- und Pflegeheimen sehr zügig auf den Weg kommt. Denn man kann nicht einfach in ein Altenheim gehen und dann anfangen, mit den Betreuern zu telefonieren, ob sie mit der Impfung einverstanden sind. Das funktioniert nicht. Das muss also im Vorfeld passieren.

Wenn Klarheit über die Impfstoffe besteht, werden wir festlegen, welche Heime in welcher Reihenfolge bedient werden sollen, und die Heimleitungen dazu anhalten, dafür zu sorgen, dass die Einwilligungen vorliegen - oder eben auch nicht. Es muss sich ja nicht jeder impfen lassen. Man kann die Impfung ja auch ablehnen. Notwendig ist eine positive Einwilligung für die Impfung. Auch dann, wenn man sich noch nicht geäußert hat, wird man nicht schon mal geimpft, sondern man braucht dafür eine positive Einwilligung.

Die Fragen zur Freihaltepauschale habe ich, glaube ich, hinreichend beantwortet.

Das Stufensystem ist so, wie Sie es beschrieben haben. Ich bleibe bei dem Landkreis Wittmund: Dort gibt es acht Intensivbetten, davon muss eines freigehalten werden. Wenn dieses Bett belegt ist, muss ein zweites freigehalten werden. Wenn das nicht möglich ist - was immer wieder vorkommt, weil die acht Betten immer wieder belegt sind -, wird das der Rettungszentrale gemeldet, die dann weiß, dass alle Leute, die möglicherweise intensivpflichtig werden, in andere Krankenhäuser gebracht werden müssen.

Bisher werden 10 bis 20 % der Beatmungsplätze mit COVID-19-Patienten belegt. Darauf richten wir zwar unser Augenmerk, aber der Rest ist wirklich das normale Geschäft. Dass eine Intensivstation abgemeldet wird, weil sie an die Auslastungsgrenze kommt, ist ein völlig normales Geschäft. Dann werden die Patienten in andere Krankenhäuser gebracht.

Wir wundern uns, dass in bestimmten Regionen die Intensivstationen oft abgemeldet werden. Wir

glauben, dass das etwas mit den Wochenenden zu tun hat. Aber das gilt ausdrücklich nicht für Wittmund. Das ist in einer anderen Ecke.

(Abg. Volker Meyer [CDU]: Das kann man mit IVENA gut feststellen!)

- Das ist einer der großen Vorteile von IVENA, dass wir bei bestimmten Häusern immer wieder feststellen - das sind keine kommunalen Häuser und auch keine kirchlichen Häuser -, dass sie zufällig immer zum Wochenende ausfallen. Immer zum Wochenende sind die gerade überlastet - woran auch immer das liegt.

Die Frage zu der Bezahlung des Personals in der Eingliederungshilfe für die Tests wird Frau Schröder beantworten.

MDgt'in **Schröder** (MS): Die Sachkosten der Tests werden für alle Heime finanziert. Dabei spielt es keine Rolle, ob es Heime der Eingliederungshilfe oder Alten- und Pflegeheimen sind. Die Testung erfolgt in den Heimen. Finanziert wird auch eine Schulung in den Heimen durch eine Ärztin bzw. einen Arzt. Dann ist aber vorgesehen, dass die Testungen durch die Heime selbst durchgeführt werden.

Wir haben die Klärung herbeigeführt, dass auch Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen diese Tests durchführen können. Das müssen alle Heime aber mit eigenem Personal machen. Sie dürfen ja nur die Schnelltests zur patientennahen Verwendung anwenden. Diese Abstrichnahme müssen die Heime mit eigenem Personal vornehmen.

StS **Scholz** (MS): Zu der Frage von Frau Joumaah zu den Impfbestecken: Die Impfstoffdosen sind so klein - wie gesagt 0,4 ml, wenn sie rekonfiguriert sind -, dass sie einfach deshalb nicht mit normalen Impfbestecken verimpft werden können, weil die Kalibrierung nicht funktioniert. Man kann also mit einem normalen Impfbesteck nicht feststellen, ob man 0,4 ml der Lösung aufgezogen hat. Diese Impfbestecke finden nach meinen Informationen üblicherweise vor allen Dingen in der Reproduktionsmedizin Verwendung und werden traditionell nur in kleinen Mengen vorgehalten; denn das ist kein Massengeschäft wie z. B. bei der Grippeimpfung. Die Produktionen sind drastisch hochgefahren worden. Wir haben, glaube ich, gestern den Auftrag erteilt, der uns diese Impfbestecke sichert. Ich weiß nicht, ob wir jetzt schon die Impfbestecke für 6 Millionen Nieder-

sachsen zugeliefert bekommen. Das müsste ich gegebenenfalls noch schriftlich beantworten. Wir werden sie nicht ganz im Stück bekommen, sondern sie werden in Chargen geliefert. Die ersten Impfbestecke werden in der 50. Kalenderwoche zur Verfügung stehen. Vorher steht der Impfstoff auch nicht zur Verfügung. Von daher bekommen wir das in den Griff.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank für die heutige Unterrichtung und die Beantwortung aller Fragen, die gestellt worden sind. In der Sitzung am heutigen Nachmittag werden wir noch spannende Beratungen über die neue Corona-Verordnung führen. Sie sind herzlich dazu eingeladen. Ansonsten freuen wir uns auf die nächste Unterrichtung des Ausschusses in der nächsten Sitzung.

StS **Scholz** (MS): Heute Nachmittag bin ich in einer Telefonschleife mit der Landesarmutskonferenz. Insofern bitte ich, mich zu entschuldigen.

Tagesordnungspunkt 2:

Niedersachsen vorbereiten - Gefahr einer zweiten Pandemiewelle ernst nehmen

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/6813](#)

Erste Beratung: 80. Plenarsitzung am 02.07.2020

federführend: AfSGuG

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

Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

Beratung

Abg. **Volker Meyer** (CDU) war der Auffassung, dass der Antrag der FDP-Fraktion im Hinblick auf den Folgeantrag der FDP-Fraktion vom 3. November 2020 in der Drucksache 18/7812 betreffend „Für eine nachhaltige Corona-Strategie“, der unter dem TOP 4 behandelt wird, als erledigt betrachtet werden könne und darüber in der heutigen Ausschusssitzung Beschluss gefasst werden sollte.

Eine weitere Aussprache ergab sich nicht.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Antrag abzulehnen.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: FDP

Enthaltung: GRÜNE

Der Beschlussvorschlag erging unter dem Vorbehalt der Zustimmung des mitberatenden Ausschusses für Haushalt und Finanzen.

Tagesordnungspunkt 3:

Arbeits- und Gesundheitsschutz muss auch für Pflegekräfte gelten - Anhebung der Höchstarbeitszeit sofort zurücknehmen

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/7815](#) neu

dazu: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand und Darstellung der Praxis in den anderen Bundesländern

erste Beratung: 89. Plenarsitzung am 10.11.2020 AfSGuG

zuletzt beraten: 97. Sitzung am 19.11.2020

Unterrichtung durch die Landesregierung

MR **Pemp** (MS): Wir haben die Allgemeinverfügung verlängert, die verschiedenen Branchen - u. a. Not- und Rettungsdienste, Feuerwehr, zur Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung, in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen zur Behandlung und Pflege von Personen - eine längere Arbeitszeit ermöglicht. Die Verlängerung bezieht sich allerdings nur auf die tägliche Arbeitszeit, nämlich 12 Stunden statt 10 Stunden.

Die in der Öffentlichkeit diskutierte Ausnahme von 60 Stunden pro Woche ist keine Ausnahme; denn sie besteht bereits gesetzlich. In einer einzelnen Woche kann man nach der Konstruktion des Arbeitszeitgesetzes - nicht tariflich - jederzeit 60 Stunden arbeiten, nämlich sechs Mal 10 Stunden. Insofern besteht keine Ausnahme.

Ausdrücklich keine Ausnahme besteht auch bei der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit - hiervon macht die Allgemeinverfügung auch keine Ausnahme -, dass innerhalb eines halben Jahres bzw. von 24 Wochen die durchschnittliche Arbeitszeit von 48 Stunden nicht überschritten wird.

Der einzige tatsächliche Eingriff bzw. die einzige tatsächliche Änderung ist, wie dargelegt, die Verlängerung der möglichen täglichen Arbeitszeit, um eine gewisse Flexibilisierung zu ermöglichen.

Mitbestimmungsrechte bleiben von dieser öffentlich-rechtlichen Befreiung selbstverständlich unberührt. Insofern ist das Eingriffsniveau aus der Sicht des Ministeriums nicht sonderlich hoch.

Für den erweiterten medizinischen Bereich, insbesondere für die Zulieferung medizinischen Materials, besteht in der Allgemeinverfügung zusätzlich eine Möglichkeit, Sonntagsarbeit zu leisten. Dafür ist dann ein Ersatzruhetag vorgesehen. Das heißt, die einzige Befreiung, die insofern besteht, ist die Sonntagsarbeit.

Während in der ersten Phase so gut wie alle Bundesländer ähnliche Bestimmungen hatten, gibt es nach unserer Kenntnis derzeit nur zwei Länder, die eine solche Bestimmung haben: Mecklenburg-Vorpommern für die Sonntagsarbeitszeit und Baden-Württemberg, allerdings nicht durch eine zentrale Allgemeinverfügung, sondern durch eine Weisung an die dort zuständigen Landkreise und kreisfreien Städte, § 15 Abs. 2 des Arbeitszeitgesetzes großzügig anzuwenden. Naturgemäß ist darüber dann im Einzelnen nur schwer etwas zu erfahren; denn Baden-Württemberg wird dann nicht die richtige Übersicht darüber haben, was die Landkreise im Einzelnen genehmigt haben.

Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass unsere Allgemeinverfügung seit März 2020 besteht und zweimal verlängert worden ist. Insofern ist das keine neue Sensation.

So weit die Unterrichtung zur Arbeitszeit.

zu Nr. 1 des Antrags: „Darüber hinaus fordert der Landtag die Landesregierung auf, 1. dafür Sorge zu tragen, dass das Freiwilligenregister für Pflegekräfte sofort aktiviert wird und Qualifizierungen und Nachschulungen auf den Weg gebracht werden“

Ref'in **Riese** (MS): Die Aufgabe, ein Register aller Kammermitglieder zu erstellen, die freiwillig zur Erbringung von Leistungen zur Bewältigung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bereit sind, ist der Pflegekammer mit dem sogenannten Corona-Bündelungsgesetz am 15. Juli 2020 übertragen worden. Die Pflegekammer hat mit der Errichtung dieses Registers aufgrund ihrer bevorstehenden Auflösung zunächst nicht weiter begonnen. Sie hat mit einem massiven Personalschwund zu kämpfen und hat sich deswegen auf andere Aufgaben konzentriert.

Nach Auflösung der Pflegekammer werden die Pflegefachkräfte keine Kammermitglieder mit entsprechenden Meldepflichten mehr sein. Ihre Bereitschaft zu freiwilligen Einsätzen kann somit zukünftig aufgrund des Fehlens aktueller und voll-

ständiger Kontaktdaten nicht mehr erfasst werden.

Bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes hatte die Pflegekammer in einer frühen Phase der Pandemie damit begonnen, die Meldungen von Freiwilligen - auch von Personen, die keine Kammermitglieder sind - entgegenzunehmen. Die rund 100 registrierten Personen werden aktuell von der Pflegekammer kontaktiert, um abzufragen, ob sie auch für Einsätze in der zweiten Pandemie-Welle zur Verfügung stehen. Bei Auflösung der Pflegekammer sollen diese Freiwilligen gebeten werden, sich bei einem der vielen anderen Register zu registrieren, wenn sie noch einsatzbereit sind, beispielsweise bei dem Freiwilligenregister der Bertelsmann Stiftung.

Uns ist nicht bekannt, dass in der ersten Pandemie-Welle ein hoher Bedarf an Nachqualifizierungsmaßnahmen bei den freiwillig eingesetzten Personen bestanden hätte. Sie sind dann ja nicht auf den Corona-Stationen zum Einsatz gekommen, sondern haben Lücken an anderen Stellen gefüllt. Oftmals hat es sich ja um Personen gehandelt, die ihren Beruf schon lange nicht mehr ausgeübt hatten. Aufgrund der Vielfalt der Einsatzbereiche könnten diese Nachqualifizierungsmaßnahmen ohnehin nur individuell vom jeweiligen Arbeitgeber organisiert werden.

zu Nr. 3: „... kurzfristig Pflegefachkräfte von administrativen Tätigkeiten zu entlasten“

Diese Forderung des Antrags haben wir so interpretiert, dass es vor allem darum geht, während der Corona-Pandemie die Prüfpflichten auszusetzen. Das ist durch Erlass vom 16. März 2020 an die Heimaufsichtsbehörden geschehen, die die Regelprüfungen ausgesetzt und erst im September wieder langsam damit begonnen haben. Da die Infektionszahlen wieder steigen, sind diese Prüfungen teilweise schon wieder zurückgefahren worden.

Die MDK-Prüfungen in den Pflegeeinrichtungen wurden durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz des Bundes ausgesetzt und sind nach Angaben des MDK noch nicht wieder angefahren worden.

Anlassprüfungen werden von den Heimaufsichtsbehörden und vom MDK natürlich nach wie vor durchgeführt.

Insofern ist es tatsächlich zu einer Entlastung der Pflegekräfte gekommen.

Wir halten es allerdings nicht für empfehlenswert, jetzt die Dokumentationspflichten auszusetzen. Denn die Pflegeplanung und Aufzeichnung der Pflegemaßnahmen sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Pflegeprozess auf die spezifischen Anforderungen der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet ist. Ohne eine solche Dokumentation kann keine effektive und auch Personalressourcen schonende Pflege stattfinden. Es muss ja auch dokumentiert werden, um beispielsweise COVID-19-Symptome rechtzeitig erkennen zu können. An dieser Stelle kann man, glaube ich, im Moment nicht mehr entlasten. Wir haben auch aus der Prüfpraxis der Heimaufsichtsbehörden keine Rückmeldungen, dass es im Moment eine Mehrbelastung gibt, durch die die Pflegefachkräfte über Gebühr belastet werden.

Zu Nr. 4: „... sich für schnelle Verfahren zur Anerkennung von Berufsabschlüssen ausländischer Fachkräfte einzusetzen, die in Deutschland leben“

Das Verfahren ist bundesgesetzlich festgelegt. Das ist auch sinnvoll; denn bei der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse auf dem Gebiet der Pflegeberufe ist zu beachten, dass Pflegefachkräfte in einem Bereich tätig werden, auf dem der Gesundheitsschutz der Patientinnen und Patienten und der Bevölkerung Verfassungsrang hat und der Staat deshalb in einer besonderen Verantwortung gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern steht. Ausdruck dieser Verantwortung ist u. a. die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung. Deswegen muss jede Person, die eine entsprechende Ausbildung im Ausland absolviert hat, das Anerkennungsverfahren durchlaufen. Das sollte im Hinblick auf den Schutz der Bevölkerung auch in Zeiten einer Pandemie nicht aufgeweicht werden.

Auch ohne Erlaubnisurkunde können Pflegekräfte aus dem Ausland sofort in der Pflege als Hilfskräfte arbeiten, bis das Anerkennungsverfahren zur Fachkraft im Hintergrund abgeschlossen ist, ohne dass sie irgendwelche Voraussetzungen dafür erfüllen müssen.

Auf Landesebene wurde ein Erlass an die Heimaufsichtsbehörden herausgegeben, mit dem darauf hingewiesen wurde, dass mit Zustimmung der Heimaufsichtsbehörde die Fachkraftquote derzeit vorübergehend unterschritten werden darf.

Für den Krankenhausbereich gibt es ähnliche Regelungen. Wenn also ausländische Pflegekräfte für einen Einsatz zur Verfügung stehen, können sie sofort eingesetzt werden, dann allerdings als Hilfskräfte.

Das für die Anerkennung von Pflegefachkräften zuständige Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie hat seine Arbeit bereits wegen der bestehenden Corona-Krise insoweit priorisiert, als dass es zuerst die entscheidungsreifen Verfahren im Pflegebereich bei den Erlaubniserteilungen und danach die Anerkennungsverfahren bearbeitet, wobei hier die Verfahren von Personen vorgezogen werden, die sich bereits in Deutschland aufhalten.

Der IMAK „Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen“ wurde Mitte 2018 eingesetzt. Er hatte den Auftrag, sich mit der Optimierung der Anerkennungsverfahren auseinanderzusetzen. Ein Schwerpunkt wurde auf die Bearbeitungsdauer gelegt. Der Abschlussbericht wurde am 27. Oktober 2020 dem Kabinett vorgelegt.

zu Nr. 2: „... kurzfristig zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern finanziell zu unterstützen“

MDgt'in **Schröder** (MS): Es gibt generell die Option, dass die GKV zusätzliche Pflegefachkraftstellen in den Krankenhäusern finanziert, wenn diese Pflegefachkräfte zusätzlich eingestellt werden. Letzteres ist die Herausforderung für die Krankenhäuser. Insofern mangelt es nicht an der Bereitschaft der GKV, zusätzliches Personal zu bezahlen, sondern die Herausforderung besteht darin, dieses Personal zu finden. Da gibt es jetzt also im Grunde genommen keine Option, weiter nachzulegen, sondern die Krankenhäuser haben an dieser Stelle aufgrund der bekannten Rahmenbedingungen Demographie-bedingt Schwierigkeiten.

zu Nr. 5: „... einen sofortigen Abschiebestopp für alle im Gesundheits- oder Pflegebereich Tätigen oder sich in diesen Bereichen in einer Ausbildung befindenden Personen zu erlassen“

Die Regelungen für Abschiebungen sind letzten Endes nicht durch die Corona-Pandemie zu beeinflussen, sondern das sind generelle Regelungen, an die das Land gebunden ist. Insofern sehen wir hier keine Rechtsmöglichkeit für Personen, die sich im Abschiebeverfahren befinden, tä-

tig zu werden. Sofern sie sich in einer Ausbildung befinden, ist ohnehin im Moment eine Duldung vorhanden. Insofern bedarf es eigentlich auch hier momentan keiner weiteren Maßnahmen in Richtung Bund, die Regelungen noch weiter auszuweiten.

Aussprache

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Daraus ist deutlich geworden, dass die Forderungen entweder erledigt sind oder - insbesondere was die Forderung unter Nr. 5 angeht - nicht im Zuständigkeitsbereich des Landes liegen. Insofern geht der Antrag meines Erachtens ins Leere und können wir in der heutigen Sitzung darüber entscheiden.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Auch ich bedanke mich für die Unterrichtung.

Zu den Ausführungen zur Nr. 1 in Bezug auf das Freiwilligenregister: Wenn man Freiwillige künftig darauf verweist, nach einem anderen Register zu suchen, an das sie sich wenden können, dann wird damit das konterkariert, was wir mit dem Corona-Bündelungsgesetz am 15. Juli 2020 auf den Weg gebracht haben, nämlich das Freiwilligenregister bei der Ärztekammer und das Freiwilligenregister bei der Pflegekammer. Das finde ich sehr erstaunlich und besorgniserregend.

Zu den Ausführungen zu der Nr. 3: Ich weiß nicht, ob man mich bewusst missverstehen wollte. Es ging nicht um die Aussetzung von Heimprüfungen. Ich habe mich ausführlich zu den administrativen Tätigkeiten geäußert und erläutert, wo es möglich wäre, über zusätzliche Hilfskräfte Entlastung zu schaffen.

Die anderen Ausführungen nehme ich so zur Kenntnis. Das entspricht ja so weit den Tatsachen zu den Sachverhalten. Von unserer Seite war das aber etwas anders gemeint. Gerade zu den administrativen Tätigkeiten gibt es von den Verbänden konkrete Vorschläge. Damit hat man sich letztendlich gar nicht auseinandergesetzt.

Ich empfinde den Hinweis zu Nr. 5 auch ein bisschen bitter, dass das nicht in unserer Zuständigkeit liegt; denn es gibt immer Rechtsmöglichkeiten. Dann muss man auch nicht an das Bundesinnenministerium gehen. Es ist doch absurd, dass Menschen in - so der O-Ton des Ministeriums - „Demographie-bedingten“ Mangelbereichen ausgebildet werden, aber dann, sobald sie ausgebil-

det sind, die Duldung in den meisten Fällen nicht verlängert und sie dann abgeschoben werden.

Die Mehrheitsfraktionen werden den Antrag sicherlich ablehnen. Das ist mir schon in der Debatte in der letzten Sitzung deutlich geworden. Der Handlungsbedarf in diesem Bereich bleibt aber mehr als deutlich bestehen. Dazu gehört auch, wie wir mit der Anerkennung von Berufsabschlüssen umgehen. Die Wartedauer beträgt dabei mehr als drei Jahre. Das Hauptthema ist letztendlich das Verwaltungsverfahren.

Es gibt also Punkte, die wir aus meiner Sicht weiterverfolgen müssen. Wenn das seitens der Regierungsfractionen nicht gewollt ist, nehme ich das so zur Kenntnis. Wir werden sie jeweils mit den Verbänden und Gruppen, die an uns herantreten sind, weiterverfolgen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Stellungnahme seitens des Ministeriums.

Die Zuständigkeiten müssen wir zur Kenntnis nehmen, gleichgültig ob sie uns passen oder nicht. Ich glaube aber, die Auszubildenden, die ausgebildet haben, werden nicht gleich abgeschoben, wie es hier gerade suggeriert wurde. Ich glaube, dass das nicht die Praxis ist und dass sie, wenn sie ausgebildet worden sind, hier auch entsprechend weiterarbeiten.

Zum Freiwilligenregister vermag ich nicht zu erkennen, wo das Problem liegt. Das Freiwilligenregister bei der Pflegekammer kann es nicht geben; denn die Pflegekammer wird aufgelöst. Wenn es andere Freiwilligenregister gibt und die Freiwilligen dorthin verwiesen werden, dann halte ich diesen Weg für richtig. Dann weiß jeder, wo er sich hinwenden kann, und braucht man nicht ein viertes, fünftes oder sechstes Register aufzubauen. Das Freiwilligenregister der Pflegekammer kann auch nicht mit dem Freiwilligenregister der Ärztekammer verglichen werden. Die Ärztekammer gibt es weiterhin, also wird es auch das Freiwilligenregister dort weiterhin geben.

Zu dem Verfahren der Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse ist vom Ministerium deutlich dargestellt worden, dass eine Evaluation durchgeführt worden ist und der Evaluationsbericht vorliegt. Ich bin überzeugt, dass man dann auch zu entsprechenden Veränderungen kommt, sodass auch diese Aufgabenstellung bearbeitet und nach und nach abgearbeitet wird. Insofern

sehen wir auch hier zum jetzigen Zeitpunkt keinen weiteren Handlungsbedarf.

Somit ist der Antrag auch aus unserer Sicht erledigt.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) Zu den Einlassungen von Frau Janssen-Kucz möchte ich gerne deutlich sagen: Außer Satzbausteinen, die in vielen Anträgen der Fraktion der Grünen vorkommen, ist in diesem Antrag überhaupt nichts Neues enthalten. Es ist auch nichts Neues darin, das in unmittelbarem Zusammenhang mit Corona steht.

Vielleicht kann die Antragstellerin zu der Forderung unter Nr. 2, „kurzfristig zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern finanziell zu unterstützen“, einmal selbst beantworten, wo diese zukünftigen Pflegefachkräfte gerade aufbewahrt werden, um sie dann sozusagen aus der Schublade zu ziehen und abzurufen! Wenn Sie eine solche Forderung aufstellen, muss das ja auch Sinn und Verstand haben und müssen Sie ja auch Erkenntnisse haben, die Sie uns bisher offenkundig nicht mitgeteilt haben. Wir reden ja ständig über erhebliche Fehlbedarfe im Pflegebereich. Aber den scheint es ja nicht zu geben; die Grünen kennen offenkundig einen Fundus, der uns aktuell helfen würde.

Die Forderung unter Nr. 3, „kurzfristig Pflegefachkräfte von administrativen Tätigkeiten zu entlasten“, ist eine dieser wunderbaren Floskeln, die fast in jedem Antrag der Fraktion der Grünen vorkommen. Dann sagen Sie doch einmal konkret, von welchen administrativen Tätigkeiten sie entlastet werden sollen! - Das haben Sie im Plenum und auch hier im Ausschuss nicht gesagt. Sagen Sie dann auch bitte, wo die Landesregierung die Zuständigkeit hat, mal so eben bestimmte Rechtsvorschriften außer Kraft zu setzen, um Pflegefachkräfte von bestimmten administrativen Aufgaben zu entlasten!

Ich kenne diese Grundsatzdebatte sehr lange. Dabei ging es auch immer um die Frage, dass bestimmte Dokumentationen vorgenommen werden müssen, um letzten Endes auch Sicherheit zu haben, wenn es um die Frage von Behandlungsfehlern etc. geht. Es gibt hierbei ein ziemlich großes Spannungsfeld. Ich kann mich daran erinnern, dass der letzte Versuch zur Abschaffung von administrativen Tätigkeiten an einzelnen Pflegeverbänden gescheitert ist, die sich dagegen gesperrt haben. Falls Sie das nicht parat haben, sollten Sie sich wenigsten daran erinnern, wenn

solche Punkte in einem Antrag aufgeschrieben werden.

Unter Nr. 4 fordert die Fraktion der Grünen ein schnelleres Verfahren zur Anerkennung von Berufsabschlüssen ausländischer Fachkräfte, die in Deutschland leben. Darüber gibt es überhaupt keinen Streit und haben wir zigmal im Ausschuss diskutiert. Bei der letzten Novelle des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes hat das eine Rolle gespielt. Warum dieses Grundsatzproblem aber ausschließlich Pflegekräfte trifft, wie lange solche Anerkennungsverfahren dauern und ob sie nicht beschleunigt werden können, entzieht sich ebenfalls meiner Vorstellungskraft. Wenn überhaupt, ist das ein generelles Problem für alle Berufsgruppen.

Das Gleiche gilt auch für die Forderung unter der Nr. 5 des Antrags, einen sofortigen Abschiebestopp für alle im Gesundheits- oder Pflegebereich Tätigen zu erlassen. Warum soll das nur für diese Kräfte gelten? Wenn es humanitäre Gründe gibt, müsste das für alle relevanten Berufsgruppen gelten, die in diesen Corona-Zeiten besonders benötigt werden - wobei diese Kräfte bei einer weltweiten Pandemie wahrscheinlich auch in anderen Ländern dringend benötigt werden. Ich finde diese Forderung, dafür zu sorgen, dass ein Abschiebestopp nur für Kräfte erlassen wird, die im Pflegebereich tätig sind, weil wir sie gerade hier gebrauchen können, ziemlich schräg. Wir haben im letzten Plenarsitzungsabschnitt über die unterschiedlichen systemrelevanten Berufsgruppen gesprochen. Da kam von Ihnen kein Wort dazu. - Das sage ich ungeachtet der Tatsache, dass Sie genauso gut wie wir wissen, dass das Land dies gar nicht regeln kann, weil an dieser Stelle der Bundesinnenminister gefordert wäre. Auch der Bundesinnenminister bewegt sich aber im europäischen Kontext und kann nicht freihändig entscheiden, wen er in Deutschland wann gerade nicht abschiebt.

Unter dem Strich ist das meiner Auffassung nach ein ausgesprochen populistischer Antrag der Fraktion der Grünen, der uns bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie keinen Millimeter weiterhilft.

Beschluss

Der **Ausschuss** empfahl dem Landtag, den Antrag abzulehnen.

Zustimmung: SPD, CDU

Ablehnung: GRÜNE, FDP

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 4:

Für eine nachhaltige Corona-Strategie

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/7812](#)

dazu: Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand

*erste Beratung: 89. Plenarsitzung am 10.11.2020
federführend: AfSGuG
mitberatend: KultA, AfWuK, AfWAVuD
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

MDgt'in **Schröder** (MS): Sehr gerne nehme ich zu dem Entschließungsantrag der FDP-Fraktion Stellung.

Zu Nr. 1 des Antrags „Die Leistungsfähigkeit der niedersächsischen Krankenhäuser soll gesichert werden“: Der Herr Staatssekretär hat im Rahmen der Unterrichtung unter dem Tagesordnungspunkt 1 schon das System der Freihaltung von Intensivbetten und Beatmungskapazitäten vorge tragen.

Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist darüber hinaus auf Drängen von Niedersachsen der § 22 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wieder in Kraft gesetzt worden, der zum 30. September ausgelaufen war. Dieser Paragraph hat uns in die Lage versetzt, sofort wieder Rehakliniken zur Krankenhausbehandlung zuzulassen. Das haben wir am 20. November 2020 durch Feststellungsbescheide entsprechend vollzogen. Damit haben wir insgesamt 36 Rehakliniken mit ans Netz genommen. Das sind insgesamt 1 400 Betten, mit denen die Krankenhäuser unterstützt und ihnen dann Patienten abgenommen werden, die zwar krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, aber auch in Rehakliniken behandelt werden können mit der Folge, dass das Personal, das sonst durch diese Patientinnen und Patienten im Krankenhaus gebunden wäre, dann für die Intensivseinheiten und Beatmungseinheiten zur Verfügung steht. Die Betten sind ausreichend aufgestockt worden. Sie sind aber gar nicht alle in Betrieb. Denn es wird ja nicht Personal dafür vorgehalten, das dann nicht zum Einsatz kommt, sondern das Personal ist ja auf den anderen Sta-

tionen in den Krankenhäusern eingesetzt und muss dann, wenn diese Betten in Betrieb genommen werden müssen, dort abgezogen werden. Die Patienten, die dadurch anderweitig betreut werden müssen, können dann im Umfang von 1 400 Betten auch in den Rehakliniken versorgt werden.

Damit sind wir wieder bei unserem Schalenmodell, das schon in der ersten Welle der Pandemie sehr gut funktioniert hat. Die Krankenhäuser haben die Zeit seit der ersten Welle genutzt und haben auch weiteres Krankenhauspersonal geschult, um auf einen immer größeren Personalkörper zurückgreifen zu können, wenn alle vorhandenen Betten im ICU-Bereich - also im Bereich Intensiv und Beatmung - ans Netz genommen werden müssen.

Zu Nr. 2 des Antrags, die die Ausstattung der Gesundheitsämter betrifft: Bereits unter dem Tagesordnungspunkt 1 haben wir kurz darüber gesprochen, dass das Containment und damit die Kontaktnachverfolgung seitens der Gesundheitsämter eine ganz zentrale Funktion in der Pandemiebewältigung darstellt. Das der Dreh- und Angelpunkt, der immens wichtig ist und uns ganz nachhaltig von anderen Ländern unterscheidet. Mittlerweile gibt es auch mehrere Studien, die das explizit hervorheben.

Vor diesem Hintergrund haben wir sofort mit Beginn der Pandemie die Gesundheitsämter bei der Intensivierung ihrer digitalen Möglichkeiten entsprechend unterstützt und gefördert, um die Kontaktnachverfolgung auch digital zu unterstützen.

Die Gesundheitsämter, die noch gar nicht digital untermauert waren, sind ebenso wie einige andere Gesundheitsämter auf das SORMAS-Verfahren umgestiegen. Wie heute in den Medien berichtet wird, hat auch der Bund mit SORMAS@DEMIS ein bundesweites Verfahren unterstützend mit auf den Weg gebracht und verpflichtend geregelt, dass die Schnittstelle zu DEMIS und zum RKI von allen Gesundheitsämtern bundesweit angesteuert wird. Das ist in Niedersachsen sichergestellt. Die Gesundheitsämter können diese Schnittstelle bedienen. Einige machen das über SORMAS. Es gibt aber auch noch andere Software-Anbieter auf dem Markt, die diese Funktionalität ebenfalls sicherstellen.

Gleichzeitig haben wir das Thema der Gesundheitsämter auch im Bereich der Personalausstattung. Die Landkreise und kreisfreien Städte stel-

len eigenes Personal in Hunderter-Größenordnungen für die Kontaktnachverfolgung in den Gesundheitsämtern ab. Wir haben die Option über die Bundeswehr, die dabei ebenfalls unterstützt. Wir haben ferner die Option über die Vereinbarungen mit den Hilfsorganisationen. Wir haben insgesamt rund 1 500 Beschäftigte, von denen schon mehrere Hundert jetzt direkt in den Gesundheitsämtern eingesetzt werden. Am Dienstag haben zahlreiche Gesundheitsämter dem Landesgesundheitsamt mit den täglichen Meldungen zurückgemeldet, dass sich die Kontaktnachverfolgung durch diesen hohen Personalfluss insbesondere von Verwaltungskräften, die Kunden- bzw. Bürgergespräche gewohnt sind und gut abwickeln könne, jetzt deutlich besser bewältigen lässt.

Die Nachverfolgung von Infektionsketten datengestützt zu ermöglichen, ist das große Ziel. Dafür haben wir auch ein Förderprogramm bis zum Jahresende aufgelegt. Eine Reihe von Landkreisen bzw. Gesundheitsämtern hat das schon in Anspruch genommen. Der Bund fördert weiter. Wir haben die entsprechende Ko-Förderung sichergestellt und werden noch einmal knapp 5 Millionen Euro höchstwahrscheinlich noch im Dezember - bei den letzten Anträgen dann im Januar, weil uns noch nicht alle Anträge vorliegen - hierfür an die Gesundheitsämter weiterleiten, damit auch finanzielle Mittel für den Ausbau der weiteren Digitalisierung zur Verfügung stehen.

In diesem Kontext möchte ich einen Punkt ansprechen, weil in einigen Beiträgen heute Morgen in den Medien gut zu hören war, dass das Faxgerät im Hintergrund klackerte und durchlief: Das sind Meldungen der Labore an die Gesundheitsämter. Das muss man deutlich unterscheiden. Das liegt nicht daran, dass die Labore nicht über eine Digitalisierung verfügen oder das nicht könnten, sondern das liegt schlicht daran, dass viele Labore nach wie vor darauf bestehen, diese Meldungen per Fax zu schicken, weil diese Übertragung datensicher ist und dann keine Probleme mit den jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten entstehen. Das ist also ein anderer Punkt, wie man die Labore dazu bewegt, ihre Meldungen digital zu versenden. Mit der Ausstattung der Gesundheitsämter hat das aber nichts zu tun, sondern das sind schlicht und ergreifend die Meldungen der Labore, die so auch mit den Arztpraxen kommunizieren und dabei nicht zwischen Gesundheitsämtern und Arztpraxen unterscheiden.

Die Nr. 3 des Antrags zielt in die gleiche Richtung, nämlich dass dann, wenn die Kontaktnachverfolgung nicht mehr sichergestellt ist, nur noch bestimmte Kontaktnachverfolgungen priorisiert behandelt werden. Das findet durchaus schon statt. Das ist ja das Thema der Clusterbildung, wo man unter Umständen nicht mehr jede K1-Kontaktperson nachverfolgen muss. Das findet schon ganz massiv in Alten- und Pflegeheimen statt. Dort unterstützen wir immer auch direkt mit Personal des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der die Gesundheitsämter insbesondere im Bereich der Alten- und Pflegeheime sofort unterstützt, weil er auch über die entsprechende fachliche Kompetenz verfügt und am besten unterstützen kann. Wir haben das auch schon in der Praxis erlebt, beispielsweise in Göttingen bei dem Abriegeln ganzer Wohnkomplexe, um durch Clusterbildung sofort das Infektionsgeschehen einzudämmen und lokal zu begrenzen und ein Ausbreiten durch weitere Infektionsketten zu verhindern. Das war auch sehr erfolgreich.

Mit dem Beschluss der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten und der Bundeskanzlerin vom gestrigen Tage ist ein solches Verfahren jetzt auch für die Schulen vorgesehen, nämlich dass beim Auftreten eines positiven Testergebnisses sofort Cluster gebildet werden. Das kann die ganze Klasse, im Einzelfall aber auch eine Lerngruppe oder eine andere Kohorte sein, ohne dass dann innerhalb dieser Kohorte die K1-Kontakte noch nachverfolgt werden, sondern dann erfolgen, streng vorgegeben, in den entsprechenden Zeitabschnitten nach fünf Tagen weitere Testungen, sodass dann auch ganz schnell der Schulbetrieb für die Betroffenen wieder aufgenommen werden kann.

Die Forderung unter der Nr. 4 des Antrags, bei zukünftigen Infektionsausbrüchen die besonders betroffenen Branchen - Gastronomie, Hotellerie, Kulturbranche usw. - genau zu analysieren, um bessere Erkenntnisse über die tatsächliche Infektionsgefahr in diesen Bereichen zu erlangen, kann ich dem Grunde nach gut nachvollziehen. Unsere Herangehensweise bezieht sich jedoch darauf, dass das Virus über Kontakte übertragen wird. Dann stellt sich die Frage, wo man Kontakte hat. Kontakte hat man im Berufsleben. Darauf werden die Menschen nicht verzichten können - ich jedenfalls auch nicht, weil ich auf mein Einkommen angewiesen bin. Das geht vielen anderen auch so. Der Weg zur Arbeit und die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel bieten natürlich Kontaktoptionen. Aber auch darauf sind viele Men-

schen angewiesen, weil sie ihren Arbeitsplatz anders nicht erreichen können. Im Kulturbereich, in der Gastronomie und im Hotelbereich finden Kontakte statt. Diese können gar nicht verhindert werden, werden aber nicht zwingend zur Sicherung des eigenen Lebensunterhalts benötigt. Das sind Bereiche, die uns wirklich am Herzen liegen. Niemandem fällt es leicht, ganzen Branchen einen Lockdown zu verordnen. Denn es ist uns allen völlig klar, dass es existenzielle Wirkungen hat, wenn es keine Maßnahmen zur Unterstützung und Abmilderung der wirtschaftlichen Folgen gibt. Das sind aber die Bereiche, in denen Menschen, die nicht in einem sozialen Umfeld oder in einem Haushalt zusammenleben, zusammenkommen, in denen man mit anderen Menschen in Kontakt kommt. Insofern ist nicht das Sitzen an einem Tisch in der Gastronomie bzw. in einem Restaurant das Problem, sondern das Problem ist, dass dann Menschen in Kontakt kommen, die sonst diesen Kontakt gar nicht bekommen hätten. Deshalb werden auch Museen, Freizeitparks, Zoos usw. geschlossen. Nicht der Zoo per se ist der Infektionstreiber, sondern die Tatsache, dass sich dort viele Menschen treffen, die sonst nicht zusammengetroffen wären. Das gilt es ganz drastisch zu reduzieren.

Die Tatsache, dass die Daten seit dem 2. November 2020 nicht rasant gesunken sind, sondern sich das Ganze sehr zäh gestaltet, zeigt, dass gar nichts anderes übrigbleibt, als an dieser sehr straffen Kontaktbeschränkung festzuhalten, aber dann natürlich entsprechende Hilfsprogramme aufzusetzen, die bei der Bewältigung dieser Effekte unterstützen.

Zu Nr. 5 des Antrags: Es ist keine Frage, dass besonders verletzte Personengruppen eines besonderen Schutzes benötigen. Wir haben schon mehrfach deutlich gesagt und stellen das auch immer wieder klar, dass niemand das Recht hat, alte Menschen sozusagen einzusperren, nur weil sie nicht zu Hause, sondern in einer Gemeinschaftseinrichtung wohnen. Das ist völlig unzulässig und indiskutabel. Es ist auch nicht zulässig, ihnen jeglichen Besuch zu verwehren. Das ist auch nicht gewollt und haben wir in der Verordnung sehr explizit zum Ausdruck gebracht.

Der Einsatz von Antigenschnelltests zur patientennahen Verwendung - der sogenannten PoC-Schnelltests - soll gerade dazu dienen, dass Heimleitungen bzw. Heimbetreiber und Heimträger einen besseren Überblick über ein mögliches Infektionsgeschehen erhalten und wirklich sehr

frühzeitig erkennen können, wenn sich da im Personal, in Besuchergruppen oder bei Patienten etwas tut. Die Zahl der Tests, die pro Monat pro Bewohnerin bzw. Bewohner zur Verfügung gestellt und finanziert werden, ist gestern in der Konferenz noch einmal erhöht worden von 20 auf 30 Tests pro Monat. Wir haben von einigen Heimen die Rückmeldung bekommen, dass das aus ihrer Sicht eine gute Anzahl ist und dass das völlig ausreicht. Man muss auch sehen: Die Abstrichnahme ist nicht sehr angenehm. Die Beschäftigten, die sich damit konfrontiert sehen, alle fünf Tage abgestrichen zu werden, sind darüber nicht ganz begeistert und haben auch schon die Frage gestellt, ob das wirklich sein muss. Insbesondere bei älteren Menschen bedarf es zum Teil viel Zureden, damit sie nicht völlig in Panik geraten, wenn man anfängt, den Abstrich zu nehmen. 30 Schnelltests pro Bewohnerin bzw. Bewohner sind aus der Sicht der Einrichtungen eine gute Menge. Insofern gehen wir davon aus, dass diese Testkonzepte jetzt wirklich gut durchgeführt werden können. Die Rückmeldung der Apothekerinnen und Apotheker an uns ist, dass sie diese Tests jetzt auch entsprechend liefern können und die Heime sich damit jetzt versorgen können.

Wenn es bei den Gesundheitsämtern im Einzelfall einen Stau bei der Bewertung von Testkonzepten der Heime gibt, hat sich der MDK ausdrücklich angeboten - das ist den Gesundheitsämtern auch bekannt -, diese Konzepte zu bewerten und, wenn dies nötig ist, dem Heim eine kurze Beratung zu geben, damit das Testkonzept vielleicht an der einen oder anderen Stelle ausgebaut wird.

Zu der Forderung unter der Nr. 6 des Antrags, die Möglichkeit von Corona-Schnelltests auch im Bereich von Kitas und Schulen zu nutzen: Es ist sicherlich nicht sinnvoll und möglich, ohne Anlass bei kleinen Kindern einen Abstrich vorzunehmen. Die Abstrichnahme ist für kleine Kinder keine angenehme Prozedur und kann man nicht beliebig häufig wiederholen.

Im Bereich der Schulen ist ja jetzt auch vorgesehen, die Schnelltests einzusetzen, um im Verdachtsfall sofort die Kohortenbildung richtig gut vornehmen zu können. Auch hier gilt bei den Beschäftigten, dass die Abstrichnahme bei Erwachsenen eher zumutbar ist und auch entsprechend durchgeführt werden kann.

Die Schnelltests sind auch in einer permanenten Entwicklung. Bekanntlich gibt es jetzt schon erste Erprobungen, ob man auch durch Gurgeln aus-

reichend Virenmaterial zur Verfügung bekommen kann. Man kann davon ausgehen, dass sich in diesem Bereich zum Teil von Woche zu Woche weitere Entwicklungen ergeben. Insofern bin ich guter Hoffnung, dass irgendwann auch Schnelltests zur Verfügung stehen, für die die Abstrichnahme nicht mehr so erfolgen muss wie bislang, sondern dass auch Erwachsene dann selbst einen Test durchführen können.

Die Digitalisierung des Lernens, auf die sich die Nr. 7 des Antrags bezieht, liegt im Zuständigkeitsbereich des Kultusministeriums, das sich damit auseinandersetzt.

Das Gleiche gilt für Schulen und für Einrichtungen der frühkindlichen Bildung, auf die sich die Nr. 8 des Antrags bezieht.

Auch die Qualität der Bildung unter Nr. 9 des Antrags ist ein Thema des Kultusministeriums.

Zu Nr. 10: Zu der Frage, ob Veranstaltungen und z. B. körpernahe Dienstleistungen pauschal in der Verordnung geregelt werden, habe ich schon Ausführungen gemacht. Wir setzen natürlich mit der Verordnung einen ordnungsrechtlichen Rahmen. Bei einer Inzidenz in Niedersachsen aktuell von knapp 100 muss man einfach sagen: Das Infektionsgeschehen entwickelt sich Niedersachsenweit. Es gibt vereinzelt Landkreise, die die ganze Zeit über niedrige Inzidenzen haben und die Situation sehr gut in den Griff bekommen. Flächendeckend liegt die Inzidenz in Niedersachsen jedoch insgesamt sehr hoch.

Zu Nr. 11 des Antrags zur Weiterentwicklung der Systeme: Es wird mit Hochdruck weiter geforscht. Auch in der Praxisanwendung werden Systeme erprobt und immer wieder validiert; denn ein System taugt ja nur dann, wenn die falsch-negativen und falsch-positiven Ergebnisse einen geringen Prozentsatz ausmachen. Wenn man dabei bei 50 % liegt, kann man auch raten. Daran wird aber wirklich mit Hochdruck gearbeitet.

Zu den Nrn. 12 und 13: Es wird auch immer weiter daran geforscht und geprüft, wie die Bevölkerung gut mitgenommen werden kann und wie vermittelt werden kann, dass niemand diesem Virus völlig untätig ausgeliefert ist. Jeder von uns kann ganz aktiv werden und sich an die Abstands- und Hygieneregeln sowie an das Tragen von Mund-Nase-Bedeckungen gewöhnen und dadurch einen eigenen Beitrag leisten, sich und andere zu schützen. Das noch immer weiter zu

bewerben, kann sicherlich auch durch wissenschaftliche Unterstützung noch weiter intensiviert werden.

Zu Nr. 14: Auf Bundesebene ist auch im Blick und wird auch daran gearbeitet, das Potenzial der Corona-Warn-App auszuschöpfen. Das neue Update der Warn-App hat ja zusätzliche Funktionalitäten gebracht, die es bisher nicht gegeben hat. Auch daran sieht man, dass mit Hochdruck daran gearbeitet wird.

Zu Nr. 15: Die Einrichtung von Forschungsinstituten ist ein Thema für das Ministerium für Wissenschaft und Kultur. Das gilt auch für die Entwicklung eines Simulationstools zur Aerosolausbreitung, auf die sich die Nr. 16 bezieht. Auch das sind Forschungsaufträge. Es bedarf erst noch weiterer Forschungen, die Risiken von Aerosolübertragungen durch Messungen in repräsentativen Bereichen festzustellen, um zu Messwerten zu kommen, an denen man sich orientieren kann. In diesem Bereich fehlen noch Forschungsergebnisse. Daran wird gearbeitet.

Zu der Frage unter Nr. 18 des Antrags, welche Grundrechtseingriffe der Legitimation durch das Parlament bedürfen, gibt es ja jetzt auch weitere Erkenntnisse. Wir bewegen uns hier in der Umsetzung von rechtlichen Vorschriften. Das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz ist gerade vom Deutschen Bundestag verabschiedet worden. Wir setzen mit der Verordnung geltendes Recht um. Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz ist klargestellt, dass auch Rechtsverordnungen in diesem Bereich begründet werden müssen.

So weit in aller Kürze die Stellungnahme zu dem Entschließungsantrag.

Aussprache

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich möchte dazu nur einige wenige Anmerkungen machen.

Zu der Vernetzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes habe ich eine große Bitte. Dazu haben wir vor Kurzem auch eine schriftliche Unterrichtung im Nachgang zu einer Unterrichtung im Ausschuss bekommen. Das ist ja eher verwirrend. In der Anhörung im Ausschuss für Wissenschaft und Kultur in der 39. Sitzung am 02.11.2020 hat Herr Prof. Dr. Gérard Krause vom Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung von Problemen bei der Datenübertragung gesprochen. Möglicherweise

werden diese Probleme mit dem neuen Bundesprojekt SORMAS@DEMIS erledigt. Ich kann das aber nicht bewerten, und mir ist nicht bekannt, ob es dabei sozusagen noch eine andere Baustelle gibt. Insofern bitte ich, das noch einmal nachzuvollziehen, damit uns bei diesem Problem nichts durchrutscht.

Mir ist auch klar, dass die unter Nr. 4 angesprochene Analyse von Infektionsgefahren schwierig ist. Das ist eine Reaktion darauf, dass in 75 % der Fälle der genaue Infektionsweg nicht klar ist. Ich kann mir vorstellen, dass das schwierig ist. Deshalb hatten wir die Überlegung, in dieser Richtung noch mehr zu forschen. Dabei brauchen wir eine Langzeitstrategie. Es wird ja noch etwas länger dauern, bis die Bevölkerung durchgeimpft ist. Ich habe immer die Sorge, dass die Nachvollziehbarkeit von Regelungen und dann auch die Motivation leidet. Es wird ja auch häufig angeführt, dass man sich nicht vorstellen kann, dass man sich im Theater ansteckt. Darauf bezieht sich die Intention der FDP-Fraktion. Dadurch, dass es bislang keine belastbaren Daten gibt, besteht aus unserer Sicht ein Bedarf, solche Daten zu ermitteln. In dem Beschluss vom gestrigen Tage - oder zumindest in den Vorentwürfen dazu - gibt es ja auch einen Absatz, in dem es um sich abzeichnende Lockerungen geht. Dabei wird sogar die Kultur erwähnt. Das steht dabei im Hintergrund. Je mehr Wissen darüber vorhanden ist, wo geringe Infektionsgefahren bestehen, desto mehr kann man solche Bereiche vielleicht wieder freigeben. Das sollte belastbar gemacht werden.

In Bezug auf die PoC-Tests stellt sich nach wie vor die Frage, wer testen darf, selbst wenn das jetzt gelockert wird. Sie haben darauf hingewiesen, dass die Schnelltests auch in Schulen zum Einsatz kommen. Selbst wenn es die Freigabe gibt, dass mehr Leute diese Schnelltests durchführen dürfen, stellt sich die Frage, wer diese Schnelltests in der Schule vornimmt. Die Schwierigkeit besteht darin, ob genügend Personal vorhanden ist, das diese Schnelltests durchführt. Deshalb liegt es uns sehr am Herzen, das weiter im Auge zu behalten, inwieweit noch andere Personen geschult werden können.

Bei der Beurteilung der Aerosolforschung bin ich bei Ihnen. Auf der einen Folie haben wir das Wissen über die Ausbreitung von Aerosolen im Raum; dafür brauchen wir diesen Forschungsbereich. Auf der anderen Folie haben wir das virologische Wissen, wie viele Viren man einatmen muss, um infiziert zu werden und zu erkranken.

Diese Folien muss man irgendwann übereinander legen und dann zu einem gemeinsamen Ergebnis kommen. Dabei ist der Bereich der Aerosolforschung aus unserer Sicht immer noch ein bisschen unterrepräsentiert. Es gibt zum Teil kostenpflichtige Tools. Mir ist aber nicht bekannt, ob sie wirklich viel taugen. Solche Tools, die einfach zugänglich und nicht mit hohen Kosten verbunden sind, sind aber für viele Bereiche notwendig, z. B. für kleine Kultureinrichtungen, um ein Bild von den Gefahren zu bekommen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich kann die Fragen von Frau Schütz gut nachvollziehen und möchte bei einem Punkt einhaken, nämlich zu der Nachverfolgung durch die Gesundheitsämter und zu den Plattformen. Dieses Thema habe ich schon des Öfteren im Ausschuss angesprochen. Heute Morgen gingen kritische Berichte durch die Medien, dass es die Bundesrepublik seit dem Beginn der ersten Welle der Pandemie nicht geschafft hat, die öffentlichen Gesundheitsdienste auf einer einheitlichen Plattform so zu vernetzen, dass sie schneller untereinander kommunizieren können. Bei mir in der Region kommt nicht SORMAS zum Einsatz, sondern Aesculap. Insofern stellt sich wirklich die Frage, in welcher Geschwindigkeit das jetzt endlich sichergestellt wird. In einer hochtechnologischen Gesellschaft muss es doch möglich sein, dass sich zumindest die Ämter in einer Struktur wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der diese Kommunikation zwingend zum Datenaustausch braucht - anderenfalls kann er die Nachverfolgung nicht gewährleisten -, zumindest über Schnittstellen so miteinander verbinden können, dass nicht ständig die bekannten Probleme wie die verzögerte Datenübermittlung auftreten, die ja wirklich nicht hilfreich sind. Vielleicht können Sie eine Perspektive aufzeigen, wie das auf Landesebene, aber auch auf Bundesebene schneller umgesetzt werden kann.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): In der Unterrichtung über den aktuellen Sachstand ist neben den Einzelfragen, die ja absolut berechtigt sind, deutlich geworden, dass viele Punkte aufgrund der Dynamik, über die wir bereits diskutiert haben, in Arbeit bzw. in Abwicklung sind.

Zum Verfahren schlage ich vor, dass wir zunächst die Stellungnahmen aus den anderen Ausschüssen abwarten, dann die Beratung fortführen und auch darüber befinden, wie wir weiter mit dem Antrag umgehen. In der vorliegenden Fassung ist er sicherlich nicht beschlussreif.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Das bedeutet, dass die Diskussion dann auf der Grundlage eines Änderungsvorschlags, eines Änderungsantrags oder eines eigenen bzw. gemeinsamen Antrags fortgeführt und der vorliegende Antrag nicht abgelehnt werden sollte.

MDgt'in **Schröder** (MS): Zu dem Thema Aerosolforschung gibt es auch eine interministerielle Arbeitsgruppe beim Land unter Federführung des Umweltministeriums, an der auch das MS beteiligt ist. Meines Wissens soll schon Ende dieser Woche oder Anfang nächster Woche vom Umweltministerium ein Bericht dieser Arbeitsgruppe veröffentlicht werden.

Zu der Frage, wer in Schulen die Schnelltests durchführen kann, kann ich ganz kategorisch antworten: Lehrkräfte nicht! Die Abstriche müssen auch bei den jetzt zur Verfügung stehenden Schnelltests von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Das Kultusministerium wird federführend sehr schnell Konzepte dafür entwickeln. Wir setzen darauf, dass das Thema Schnelltests hoffentlich in den nächsten Monaten zu einem besseren und einfacheren Handling führt, sodass auch das Fachpersonal entlastet wird. Die ganze Testabnahme belastet natürlich Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte usw. enorm. Wir benötigen sie jetzt auch für die Impfungen. Es ist ja immer dieselbe Personengruppe der Gesundheitsfachberufe, auf die wir hier reflektieren.

Zu dem Thema, dass wir Langzeitstudien bzw. Studien zur Analyse des Infektionsgeschehens benötigen, weil wir ja immer noch eine lange Strecke vor uns haben: Ja, genauso ist es. Wir haben deswegen auch die Landkreise und kreisfreien Städte gebeten, für die Impfungen große Räume und möglichst Hallen mindestens bis zur Mitte, besser aber bis zum Ende des Jahres 2021 anzumieten, weil wir davon ausgehen, dass wir diese Impfzentren auch dann, wenn es möglich sein sollte, im ambulanten Regelsystem Impfungen vorzunehmen, noch nutzen werden, um einfach die Geschwindigkeit des Impfens gut hochzuhalten.

Die Lockerungen, die gestern in dem Beschluss für die Zukunft in Aussicht gestellt worden sind, gehen strikt danach, wo eine Mund-Nase-Bedeckung durchgängig getragen werden kann. Diese Einrichtungen sind also weiter vorne dran. Man muss klar sagen, das ist für Gaststätten keine schöne Botschaft; diese sind in dem ganzen Ge-

schehen wirklich gebeutelt. Das macht aber einen Unterschied aus. Wir wissen ja, dass die Alltagsmasken schon ein gutes Schutzelement sind.

An dem Thema der Digitalisierung der Datenverarbeitung wird seit dem Frühjahr auf allen Ebenen intensiv gearbeitet. Wir stehen auch in einem kontinuierlichen Austausch mit Herrn Prof. Dr. Krause, der mit dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung unter dem Begriff „SORMAS“ wirklich führend ist, weil er eine schon vorhandene Software, die ursprünglich für Ebola entwickelt worden war, weiterentwickeln konnte.

Was der Bund mit dem HZI vereinbart, ist in der Tat der Bereich SORMAS@DEMIS. DEMIS ist die Schnittstelle zum RKI. Das Zauberwort ist immer die Interoperabilität. Das heißt, man muss gar nicht zwingend dieselbe Software verwenden; aber man muss mit seiner Software in der Lage sein, vordefinierte Schnittstellen zu bedienen. Das ist jetzt mit DEMIS gelungen. Der Bund hat das auch im Zusammenwirken mit dem HZI und SORMAS getan; denn für die Programmierung von Schnittstellen muss man auch wissen, welche Funktionalitäten die Schnittstelle abbilden muss. Die Verpflichtung geht jetzt dahin, dass die Gesundheitsämter das Ansteuern dieser Schnittstelle digital sicherstellen müssen. Der Bund hat explizit darauf hingewiesen - was wir in Niedersachsen auch ständig machen -, dass SORMAS diese Schnittstelle bedient. Wenn aber ein Landkreis insgesamt ein anderes Netzwerk aufgebaut hat und eine andere Software verwendet, ist es ihm zunächst einmal unbenommen, diese Software auch zu nutzen, wenn diese Schnittstelle entsprechend bedient werden kann. Da wird sich jetzt gar nichts ändern. Man muss auch sehen, und auch die Medizininformatiker in meiner Abteilung weisen immer wieder darauf hin: In der jetzigen Zeit eine Migration für ein neues Softwaresystem durchzuführen, ist nicht gerade das, was die Landkreise zurzeit ganz oben auf ihre Prioritätenliste setzen. Wir müssen da aber weiter dranbleiben. Auch hier gilt: Wir haben noch eine ganz lange Strecke vor uns. Ich glaube, dass die Corona-Pandemie wieder gezeigt hat, dass wir im Bereich der Digitalisierung wirklich nach vorne kommen müssen. Die Systeme gibt es. Es gibt kein Erkenntnisproblem, sondern die Umsetzung ist noch nicht super.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die weitere Beratung des Antrags zurück. Er bat die beteiligten Ausschüsse, die Mitberatung durchzuführen.

Tagesordnungspunkt 5:

Unterrichtung durch die Landesregierung über die Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses am 25. November 2020

*Mit E-Mail vom 25.11.2020 war den Mitgliedern des Ausschusses das Ergebnisprotokoll über die Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses zugeleitet worden. Es ist dieser Niederschrift als **Anlage** beigefügt.*

Unterrichtung

RefL **Dr. Robbers** (MS): Auch die gestrige Sitzung des Planungsausschusses hat in Form einer Videokonferenz stattgefunden. Einleitend gab es eine sehr umfassende Information durch die Frau Ministerin über den aktuellen Stand der COVID-19-Pandemie und über alles das, was landesseitig zur Bekämpfung der Pandemie zu veranlassen ist.

Der erste inhaltliche Punkt war das Thema Förderung von Maßnahmen zur Erhöhung der IT-Sicherheit in Krankenhäusern, speziell das Thema der Sicherheit von Krankenhäusern, die der BSI-Kritisverordnung unterliegen. Dabei handelt es sich um Krankenhäuser mit einer Fallzahl von 30 000 Fällen und mehr. Von diesen größeren Krankenhäusern liegen dem Land insgesamt vier Anträge vor. Wir haben beraten, wie diese Förderung der IT-Sicherheit sichergestellt werden kann. Wir haben ausführlich darüber informiert, dass eine Förderung von IT-Sicherheit für Kritis-Krankenhäuser ausschließlich nach dem Krankenhausstrukturgesetz II möglich ist. Eine Förderung über das normale jährliche Investitionsprogramm scheidet aus, weil das KHG diesen Bereich nicht als förderfähig anerkennt.

Das Krankenhauszukunftsgesetz sieht eine Förderung für Kritis-Krankenhäuser ebenfalls nicht vor, weil es schon über den Krankenhausstrukturfonds 2 förderfähig ist. Hier haben wir beraten, welche Krankenhäuser in welchem Umfang nach dem Krankenhausstrukturfonds 2 Mittel für IT-Infrastruktur erhalten sollen. Diese Beratungen konnten gestern nicht abgeschlossen werden. Wir haben uns darauf verständigt, dass wir bis zum 11. Dezember gemeinsam mit der GKV, die dazu separat das Einvernehmen erklären muss, eine gemeinsame Lösung entwickeln werden, die

dann kurzfristig im Umlaufverfahren beschlossen werden wird.

Das dritte Thema, über das wir beraten haben, war die Prioritätenliste. Dabei gab es zwei Veränderungen. Erstens haben wir die Zusammenlegung der beiden Helios-Krankenhäuser in Stolzenau und Nienburg mit einem Volumen von rund 30 Millionen Euro zur vorrangigen fachlichen Prüfung freigegeben mit der Zielsetzung, diese Zusammenlegung aus dem Krankenhausstrukturfonds 2 entsprechend zu fördern. - Nur am Rande bemerkt: In Stolzenau ist eine kleine Fachklinik für Geriatrie, die an den Hauptstandort in Nienburg verlagert werden soll. An dem alten Standort in Stolzenau soll dann ausschließlich geriatrische Rehabilitation durchgeführt werden.

Das Zweite, was wir hochkopiert haben, war die Erweiterung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Intensiveinheit am Kinderhospital Osnabrück. Das ist eine Maßnahme unter 4 Millionen Euro, also eine kleinere Maßnahme, die aber nötig ist, um im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr behandlungsintensive Kinder entsprechend in der Intensiveinheit zu behandeln.

Über das Thema der Ausweisung von Zentren haben wir länger diskutiert und dazu auch Entscheidungen getroffen. Darüber haben wir auch schon im Vorjahr diskutiert. Nun hat sich hier die Rechtsgrundlage geändert. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für die Zentren entsprechende detaillierte Zentrumsrichtlinien herausgegeben. Zurzeit und entscheidungsreif liegen G-BA-Richtlinien konkretisiert für den Bereich Onkologie und für den Bereich Traumatologie vor. Die anderen Zentren - beispielsweise Kinder-Rheumatologie - betreffen nur die Hochschulkliniken. Für diese Zentren, für die der G-BA jetzt schon detaillierte Strukturvorgaben gemacht hat, haben wir gestern Entscheidungen getroffen. Auf der Basis der neuen G-BA-Richtlinie werden das Klinikum in Braunschweig, das Krankenhaus in Wolfsburg, das Klinikum Siloah in Hannover, das St. Bernward Krankenhaus in Hildesheim, AGAPLESION in Rotenburg, das Pius-Krankenhaus Oldenburg und das Klinikum Osnabrück als onkologische Zentren ausgewiesen.

Etwas länger haben wir über die überregionalen Traumazentren diskutiert. Zum Friederikenstift Hannover und Evangelischen Krankenhaus Oldenburg konnten wir schon ein Einvernehmen herstellen.

Zu vier weiteren Krankenhäusern, die als Traumazentren ausgewiesen werden sollen, nämlich in Rotenburg, zwei in Osnabrück und einem in Meppen, haben wir noch weiteren Klärungsbedarf auf der Arbeitsebene, was die Anzahl bestimmter Fälle bei bestimmten chirurgischen Eingriffen angeht. Auch dazu haben wir im Planungsausschuss vereinbart, das in den nächsten zwei Wochen auf Arbeitsebene zu klären.

Der letzte Punkt war die Fortschreibung des Krankenhausplans. Wie im letzten Jahr und auch in diesem Jahr fand durch die schweren Rahmenbedingungen der COVID-19-Pandemie die turnusgemäße Analyse von Auslastungsgraden - mehr oder höher oder niedriger als 85 % - nicht statt.

Bei einzelnen Krankenhäusern, die nachweislich einen stetig steigenden Bedarf haben, der höher ist als die Planbetten, haben wir die entsprechenden Planbettenanpassungen vorgenommen. Sie stehen en détail in dem Ergebnisprotokoll, das wir dem Ausschuss gestern zugeleitet haben. Aus Zeitgründen würde ich das jetzt nicht im Einzelnen vortragen, weil das eher kleinteilige Anpassungen sind. Wenn es Fragen gibt, kann ich aber gerne gezielt darauf antworten.

Aussprache

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich habe zwei Fragen. Mich wundert, dass die Ausweisung von Traumazentren so westgrenzenlastig ist. Können Sie dazu etwas sagen? Ich wundere mich insbesondere über die beiden Standorte in derselben Stadt - auch wenn das für Osnabrück natürlich ganz wichtig ist; das verstehe ich trotzdem nicht.

Ferner interessiert mich der aktuelle Stand dazu, dass in der letzten Woche in den Medien berichtet wurde, dass Asklepios in Seesen den Reha-Bereich komplett schließt. Das haben wir schon beim letzten Mal andiskutiert. Welchen Kenntnisstand hat das MS zurzeit?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich habe nur eine Anmerkung und eine Bitte. Der erste Punkt unter dem Versorgungsgebiet 2 in dem Abschnitt e) „Fortschreibung des Krankenhausplans“ freut mich natürlich sehr, weil uns das mehr als bestätigt in dem, was wir machen. Aber das nur nebenbei.

Mir geht es um die Zentrenausweisung. In den letzten zwei, drei Jahren wurden immer wieder

Zentren ausgewiesen. Es wäre schön, wenn der Ausschuss eine Gesamtübersicht über die bisher ausgewiesenen Zentren bekommen könnte.

RefL **Dr. Robbers** (MS): Zum Thema Traumazentren: Das ist tatsächlich ein wenig westlastig. Das ist vollkommen zutreffend. Wir haben die Zentren so ausgewiesen, wie die Anträge bei uns gestellt wurden. Das sind diejenigen, die hier vorliegen. Zwei Zentren sind im Rahmen der Prüfungen herausgefallen. Das betraf aber nicht den östlichen Bereich Niedersachsens. Wir sind sehr streng daran gehalten, was die Anträge und vor allen Dingen die Qualität der Unterlagen angeht.

Es fällt natürlich auf, dass es in einzelnen Städten - beispielsweise in Osnabrück, zum Teil aber auch in Hannover; dort gibt es auch die MHH mit Zentrumsfunktion; das macht allerdings das dafür zuständige Ministerium - eine gewisse Häufung gibt. Wir haben im Vorfeld sehr intensiv darüber diskutiert, ob dann, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern die sehr hohen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Zentrumsanerkennung erfüllen und wenn zwei Krankenhäuser in regionaler Nähe alle diese sehr feinteilig beschriebenen Mindeststrukturanforderungen erfüllen, krankenhausplanerisch noch die Möglichkeit oder die Notwendigkeit besteht, zwischen den beiden Krankenhäusern, die alle Anforderungen erfüllen, ein Auswahlverfahren durchzuführen. Wir haben das juristisch geprüft und meinen, mit den geltenden Rahmenbedingungen müssen wir das nicht tun.

Beide Krankenhäuser stehen, wie gesagt, in Osnabrück. Das betrifft ebenfalls das Klinikum Si-loah und die MHH. Die Frage liegt auf der Hand: Macht es nicht Sinn, solche sehr speziellen großen Zentren an einer Stelle zu konzentrieren? - Das könnte man beispielsweise andenken, wenn wir uns sehr bald über die Novelle des NKHG verständigen, nämlich ob man entsprechende Möglichkeiten vorsieht, dass man dann, wenn es große spezialisierte Einheiten gibt, eine Auswahlmöglichkeit hat. Stand der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen ist - so lesen wir die G-BA-Vorschrift, die ja eine entgeltrechtliche Vorschrift und keine krankenhausplanungsrechtliche Vorschrift ist -: Sobald das Krankenhaus einen Antrag stellt, alle Nachweise erbringt und alle Anforderungen erfüllt, müssen wir sie zulassen.

Zu der Frage zum Krankenhaus in Seesen: Dieses Thema taucht immer wieder auf und beschäf-

tigt mich natürlich auch sehr auf Arbeitsebene. Ich habe Medienmeldungen entnommen, dass Asklepios in der Schildautal-Klinik in Seesen, die ja sowohl ein Akutkrankenhaus ist als auch einen Reha-Bereich mit 172 Plätzen hat, scheinbar die Rehabilitation schließen und wohl in einen Neubau nach Höxter verlagern will. Es scheint so zu sein - ich muss das ein bisschen vorsichtig formulieren -, dass die Verlagerung der Reha möglicherweise ursächlich auch mit der Höhe der Löhne und Gehälter für die Beschäftigten im Reha-Bereich zu tun hat. Scheinbar ist das ein Ausfluss eines in den Medien ausführlich beschriebenen Tarifstreits des Trägers mit ver.di und dem Betriebsrat. Es scheint so zu sein, als ob die jüngsten tarifvertraglichen Abschlüsse dazu führen, dass Asklepios meint, den Reha-Bereich in Seesen nicht mehr kostendeckend betreiben zu können, und aus diesem Grunde das Reha-Angebot nach Höxter verlagern will.

Ich möchte darauf hinweisen, dass das Land im Bereich Rehabilitation keinerlei Möglichkeiten hat, Fragen des Bedarfs oder der Zulassung zu klären. Das Reha-Geschäft nach § 111 SGB V ist ausschließlich auf dem Vereinbarungswege zwischen dem Träger oder dem Anbieter und der GKV zu klären. Die Zulassung und Nichtzulassung von Reha sind also kein Thema, das in irgendeiner Form landesplanerisch bestätigt oder nachverfolgt wird. Das ist ein reines Vertragsgeschäft. Viel mehr kann ich heute zum derzeitigen Stand leider nicht sagen.

Eine Gesamtübersicht über die ausgewiesenen Zentren erstelle ich jederzeit gerne. Alle Zentren, die wir in der Vergangenheit zugelassen haben, laufen zum Ende des Jahres aus.

(Abg. Volker Meyer [CDU]: Dann warten Sie bis zum neuen Jahr!)

Die Traumazentren, die ab 2021 wirksam sind, sind in dem Ergebnisprotokoll aufgeführt. Wenn wir die offenen Fragen bei den darunter aufgeführten vier Traumazentren noch klären, kämen sie noch hinzu. Ich kann dem Ausschuss gerne anbieten, noch einmal Kontakt mit dem MWK aufzunehmen und zu bitten, mir eine Liste zur Verfügung zu stellen, welche Zentren das MWK für die beiden Hochschulkliniken zugelassen hat. Das werde ich dem Ausschuss dann zeitnah zukommen lassen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Direkt dazu eine Nachfrage: Sie erwähnten, dass die Traumazen-

tren zeitlich begrenzt sind. Sind die Traumazentren, die Sie jetzt ausweisen, auch wieder für ein, zwei oder drei Jahre zeitlich begrenzt?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Nein, sie sind nicht zeitlich begrenzt. Auch die alten Traumazentren waren nicht zeitlich begrenzt. Wir haben sie auf einer anderen Rechtsgrundlage zugelassen. Diese alte Rechtsgrundlage ist durch die Bestrebungen des G-BA entfallen, für jedes Zentrum detaillierte Mindestanforderungen zu beschreiben. Damit sind die Bescheide zum Ende des Jahres nichtig.

Alle Zentren, die wir neu aufnehmen, werden auf der neuen Rechtsgrundlage aufgenommen, und zwar unbefristet. Wir werden in dem Bescheid, den wir in Kürze schreiben, die Anforderungen definieren. Dann würde ein Zentrum nur dann entfallen, wenn uns bekannt würde, dass gewisse Mindestanforderungen nicht mehr erfüllt werden.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Noch einmal zu Seesen: Das ist der neurologische Reha-Bereich aber auch die neurologische Früh-Reha gewesen. Nach meinen Informationen werden jetzt schon Patienten aus dem Einzugsbereich Südniedersachsen, die dorthin verlegt werden sollten, nicht aufgenommen und gibt es Unterbringungsprobleme, sodass Patienten, die nach der Akutphase in die Früh-Reha sollten, keinen Platz bekommen haben. Die Patienten lagen dann ein paar Tage länger im Krankenhaus, bis man grenzüberschreitend die Unterbringung in angrenzenden Bundesländern organisiert hat.

Ich kenne das Verfahren der Anerkennung. Gibt es an dieser Stelle nicht so etwas wie Versorgungsaufträge? Was passiert denn dann, wenn beispielsweise die neurologische Früh-Reha nicht mehr anständig abgebildet werden kann?

MDgt'in **Schröder** (MS): Der Versorgungsauftrag liegt hier tatsächlich bei der GKV, also bei der Krankenkasse, für ihre Versicherten. Das wissen die Versicherten meistens nicht. Auch den Angehörigen wird das selten vermittelt, die sich dann nämlich selber auf die Suche machen, um Plätze zu finden. Das ist wirklich unbefriedigend. Aber es ist tatsächlich so, dass der Sicherstellungsauftrag Umfang der Versicherungsleistungen der gesetzlichen Krankenkasse ist.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich habe noch eine kurze Nachfrage. Herr Dr. Robbers, Sie haben gerade erwähnt, dass die Ausweisung als Zentrum nur dann entfällt, wenn Ihnen bekannt

wird, dass ein Teil des Angebotes entfällt. Das heißt, es gibt nicht eine Evaluation z. B. nach fünf Jahren, sondern das läuft andersherum?

RefL **Dr. Robbers** (MS): Ja.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Weitere Fragen gibt es nicht. Damit ist dieser Tagesordnungspunkt beendet.

**Wesentliche Ergebnisse der Sitzung des Krankenhausplanungsausschusses
am 25. November 2020**

Auf Grund des gegenwärtigen Infektionsgeschehens wurde die Sitzung des Planungsausschusses in Form einer Videokonferenz durchgeführt.

a) Aktuelles zur Corona-Pandemie

MS hat die Mitglieder des Planungsausschusses über den aktuellen Sachstand der Bewältigung der Corona-Pandemie, insbesondere über das aktuelle Infektionsgeschehen sowie die Impfstrategie in Niedersachsen, unterrichtet.

b) Digitalisierung / IT-Sicherheit

MS hat den Planungsausschuss in seiner Sitzung am 30. September 2020 über den Entwurf des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) informiert. Inzwischen hat sich folgender neuer Sachstand ergeben, über den MS die Mitglieder des Planungsausschusses informiert.

Das KHZG ist am 28. Oktober 2020 in Kraft getreten. Eine Förderrichtlinie und Antragsformulare zur Umsetzung des KHZG werden voraussichtlich am 30.11.2020 veröffentlicht. Anträge auf Förderung nach den Bestimmungen des KHZG können ab 1. Januar 2021 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) gestellt werden. Die Anträge müssen dort bis spätestens 31. Dezember 2021 vorliegen.

Über Anträge ist beginnend ab Eingang beim MS innerhalb einer Frist von 3 Monaten zu entscheiden. Die Hochschulkliniken erhalten maximal 10% der Fördersumme, die der Bund dem Land Niedersachsen nach dem Königsteiner Schlüssel zuteilt (ca. 30 Mio. €); das Verfahren und die notwendige Ko-Finanzierung werden durch das MWK geregelt.

Eine Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT- und Cyber-Sicherheit nach den Bestimmungen des KHZG ist in Krankenhäusern im Sinne der Nr. 1.1 Teil 3 des Anhangs 5 zu § 1 Nr. 4 und 5, § 6 Abs. 6 Nr. 1 und 2 BSI-KritisV nicht möglich. MS hat sich für eine Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT- und Cyber-Sicherheit von Krankenhäusern, die unter die BSI-KritisV fallen, über den Strukturfonds II ausgesprochen, da eine Förderung dieser Maßnahmenpakete weder über KHZG noch über § 9 KHG möglich ist.

In der Sitzung des Planungsausschusses konnte kein Einvernehmen über die Förderung von Maßnahmen der Digitalisierung und der Verbesserung der IT-Sicherheit aus Mitteln des Strukturfonds II hergestellt werden. Die GKV hat aber angekündigt, bis spätestens Freitag, 11. Dezember 2020 einen Kompromissvorschlag vorzulegen.

c) Prioritätenliste

Der Planungsausschuss hat sein Einvernehmen erklärt zur Zulassung folgender Maßnahmen zur vorrangigen baufachlichen Prüfung:

- Zusammenlegung der Krankenhäuser Stolzenau und Nienburg am Standort Nienburg
- Erweiterung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Intensiveinheit am Kinderhospital Osnabrück

d) Ausweisung von Zentren

Krankenhäusern können besondere Aufgaben als Zentrum übertragen werden. Voraussetzung ist, dass die strengen Qualitätsanforderungen der Zentrums-Regelungen dauerhaft erfüllt werden. Der Planungsausschuss hat sein Einvernehmen zur Aufnahme nachfolgender Krankenhäuser in den Krankenhausfachplan Zentren zum 1. Januar 2021 erklärt:

Onkologische Zentren

1. Städtisches Klinikum Braunschweig (101 000 01)
2. Klinikum der Stadt Wolfsburg (103 000 01)
3. Klinikum Siloah Hannover (241 001 02)
4. St. Bernward Krankenhaus Hildesheim (254 021 02)

5. AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (357 039 01)
6. Pius-Hospital Oldenburg (403 000 01)
7. Klinikum Osnabrück (404 000 01)

Überregionale Traumazentren

1. DIAKOVERE Friederikenstift Hannover (241 001 05)
2. Evangelisches Krankenhaus Oldenburg (403 000 03)

Über die Ausweisung nachstehender Krankenhäuser als überregionale Traumazentren wird zeitnah im Umlaufverfahren entschieden:

1. AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg (357 039 01)
2. Klinikum Osnabrück (404 000 01)
3. Marienhospital Osnabrück (404 000 02)
4. Krankenhaus Ludmillenstift Meppen (454 035 01)

e) Fortschreibung des Krankenhausplans

Über die vom MS vorgeschlagene Anpassung der Bettenkapazität und -gliederung an den tatsächlichen Bedarf der nachfolgend genannten Krankenhäuser wurde Einvernehmen erzielt:

Versorgungsgebiet 2

- 251 042 02 Zentralklinikum Landkreis Diepholz, Twistringen, Festlegung der künftigen Planbettenkapazität und –gliederung auf insgesamt 344 Planbetten
- 252 007 01 BDH-Klinik Hessisch-Oldendorf, Erhöhung um 27 Planbetten in der Fachrichtung Neurologie

Versorgungsgebiet 3

- 354 004 01 Capio Elbe-Jeetzell-Klinik Dannenberg, Neugliederung im Rahmen der bestehenden Fachrichtungen ohne Änderung der Planbettenzahl
- 356 005 01 Klinik Lilienthal, auslastungsbedingte Anpassung auf insgesamt 109 Planbetten
- 360 005 10 MediClin Seepark Klinik Bad Bodenteich, Erhöhung um 1 Planbett und um 2 teilstationäre Plätze in der psychosomatischen Medizin

Versorgungsgebiet 4

- 40400001 Klinikum Osnabrück, Osnabrück, Aufnahme einer Physiotherapieschule mit einer Ausbildungskapazität von maximal 25 Plätzen und Verlagerung von 31 Planbetten der Inneren Medizin von der Klinik am Kasinopark nach Schließung zum 31.12.2020 an das Klinikum Osnabrück
- 45403203 MediClin Hedon Klinik, Lingen (Ems), Anpassung der Bettenkapazität an die tatsächliche Auslastung auf 120 Planbetten
- 45901901 Klinik am Kasinopark, Georgsmarienhütte, Schließung Klinik am Kasinopark (insgesamt 80 Planbetten Innere Medizin) zum 31.12.2020 spätestens zum 31.03.2021 und Verlagerung von 31 Planbetten an das Klinikum Osnabrück