



N i e d e r s c h r i f t
über die 100. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 3. Dezember 2020
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus**
Unterrichtung..... 5
Aussprache 8

2. **Endlich die Hälfte der Macht den Frauen! - Enquetekommission für ein niedersächsisches Paritätsgesetz rasch einsetzen**
Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/7354](#)
Fortsetzung der Mitberatung..... 27

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD)
3. Abg. Hanna Naber (SPD)
4. Abg. Annette Schütze (SPD)
5. Abg. Uwe Schwarz (SPD)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (CDU)
8. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
9. Abg. Petra Joumaah (CDU)
10. Abg. Volker Meyer (CDU)
11. Abg. Gudrun Pieper (CDU)
12. Abg. Meta Janssen-Kucz (i. V. d. Abg. Volker Bajus) (GRÜNE)
13. Abg. Susanne Victoria Schütz (FDP)

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

16. Abg. Julia Willie Hamburg (bis 11.44 Uhr) (GRÜNE)

Von der Landesregierung:

Ministerin Dr. Reimann (MS).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.22 Uhr bis 12.35 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Terminplanung*

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) bat darum, in der Sitzung des Ausschusses am 17. Dezember 2020 die weitere Sitzungsplanung zu erörtern, konkret ob sich die Ausschussmitglieder gegebenenfalls noch auf eine Sondersitzung in diesem Jahr einstellen sollten und unter welchen Rahmenbedingungen diese gegebenenfalls stattfinden würde - mit Präsenz der Ausschussmitglieder oder unter Nutzung der Videokonferenztechnik.

Tagesordnungspunkt 1:

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

*Die schriftlichen Antworten des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auf die im Vorfeld der heutigen Sitzung eingereichten Fragen der Fraktion der Grünen sind dieser Niederschrift als **Anlage** beigefügt.*

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) kam einleitend auf den Antrag der Fraktion der Grünen vom 1. Dezember 2020 zu sprechen, den Ausschuss für Inneres und Sport sowie den Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in einer gemeinsamen Sitzung am heutigen Tage über das am 1. Dezember 2020 vom Kabinett beschlossene und vorgestellte Impf-Konzept sowie die neuen Katastrophenschutzmaßnahmen nach § 27 a des Nds. Katastrophenschutzgesetzes, die Feststellung eines „außergewöhnlichen Ereignisses von landesweiter Tragweite“, unterrichten zu lassen verbunden mit der Bitte, dabei auch die Aufgaben und Zuständigkeiten der Sondereinheit „Corona-Steuerung“ konkret vorzustellen.

Vors. Abg. Ansmann teilte mit, dass der Vorsitzende des Ausschusses für Inneres und Sport von einer gemeinsamen Sitzung der beiden Ausschüsse abgesehen und dieses Thema auf die Tagesordnung des Innenausschusses gesetzt habe, der sich dann auch damit befassen werde. Vor diesem Hintergrund sei der Antrag der Fraktion der Grünen für den Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung obsolet. Aus seiner Sicht hätte aber nichts dagegen gesprochen, wenn die Mitglieder des Ausschusses für Inneres und Sport beratend an dieser Sitzung teilnehmen würden, in der die Ministerin Dr. Reimann den Ausschuss zu dem gesamten Thema unterrichten werde.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) hielt es für einen Affront, dass die Landesregierung die Abgeordneten in der Sondersitzung des Plenums am 30. November 2020 nicht über ihre Pläne in Kenntnis gesetzt habe, am Folgetag das Impf-Konzept zu beschließen und öffentlich vorzustellen und durch die Feststellung eines außergewöhnlichen Ereignisses von landesweiter Tragweite nach § 27 a des Katastrophenschutzgesetzes Katastrophenschutzmaßnahmen in die Wege

zu leiten, zumal ihr die Idee dazu wohl kaum erst nach der Sonder-Plenarsitzung bis zu der Kabinettsitzung am nächsten Morgen eingefallen sein dürfte. Aus der Sicht der Fraktion der Grünen wäre der Ministerpräsident auch aus Gründen der Achtung dem Parlament gegenüber verpflichtet gewesen, diese Informationen dem Landtag bereits in der Sonder-Plenarsitzung mitzuteilen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) ging davon aus, dass die Ministerin im Rahmen der Unterrichtung unter diesem Tagesordnungspunkt auch auf die von der Fraktion der Grünen gewünschten Themen eingehen werde.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) legte dar, die Aufregung aufseiten der Fraktion der Grünen sei nicht nachvollziehbar, da das Impf-Konzept der Landesregierung, das mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt worden sei, bereits in der 98. Sitzung des Ausschusses am 26. November 2020 verteilt worden sei. Im Rahmen der Pressekonferenz an diesem Tag sei es auch der Öffentlichkeit bekannt gemacht worden und sei auch der Kabinettsbeschluss angekündigt worden, mit dem auch eine klare Kostenaufteilung zwischen dem kommunalen Bereich und dem Landeshaushalt verbunden sei. Diese Informationen seien also zumindest den Ausschussmitgliedern und auch der Öffentlichkeit bekannt geworden. Das hätte auch in der Sonder-Plenarsitzung zur Sprache gebracht werden können; eine Pflicht hierzu bestehe aber sicherlich nicht.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) schloss sich den Ausführungen des Abg. Meyer an. Er rief in Erinnerung, dass Staatssekretär Scholz in der 98. Sitzung am 26. November 2020 im Rahmen der Unterrichtung des Ausschusses schwerpunktmäßig das Impf-Konzept der Landesregierung vorgestellt habe, zu dem auch viele Fragen seitens des Ausschusses gestellt worden seien. Vor diesem Hintergrund sei der Vorwurf einer mangelnden Unterrichtung seitens der Landesregierung nicht nachvollziehbar.

Wenn ein anderer Ausschuss nicht die Notwendigkeit sehe, am heutigen Tag mit einem anderen Ausschuss zusammen zu beraten, dann sei dies nicht zu ändern. Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung habe aber in der heutigen Sitzung erneut die Möglichkeit, sich das Impf-Konzept noch einmal im Detail erklären zu lassen. Umfassender sei dies nicht möglich.

Die Kommunen seien im Übrigen heilfroh, dass das Kabinett die Feststellung eines außergewöhnlichen Ereignisses von landesweiter Tragweite nach § 27 a des Katastrophenschutzgesetzes getroffen habe, um Katastrophenschutzmaßnahmen in die Wege zu leiten; denn mit dieser Entscheidung sei auch die Frage der Kostentragung geklärt worden.

Unterrichtung

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ich möchte die Unterrichtung gerne in drei Bereiche gliedern: Infektionen, Impfstoffe, Impfzentren.

Ich beginne mit den aktuellen Infektionen. In Niedersachsen gibt es heute wieder 1 313 neue Infektionen. Das ist nicht ganz verwunderlich, weil heute bundesweit mehr als 22 000 neue Infektionen gezählt wurden.

Eine etwas bessere Entwicklung gibt es bei der Zahl der Todesfälle, auch wenn alle Todesfälle bedauernswert sind: Am heutigen Tag sind 23 neue Todesfälle gemeldet worden. Bundesweit sind es 479 Todesfälle; das ist der zweithöchste Wert in der gesamten Corona-Pandemie. Einmal gab es schon mehr als 500 Verstorbene.

In Niedersachsen gibt es eine Belastung, aber erfreulicherweise keine Anzeichen einer Überlastung der Krankenhäuser. Wir sind in Niedersachsen noch in einer verhältnismäßig guten Situation, auch wenn durchaus COVID-19-Patienten auf den Stationen behandelt werden und auch immer Patienten beatmet werden müssen, in sehr schweren Fällen sogar mit der ECMO-Behandlung.

Nun zu den Impfstoffen, bei denen es im Moment die dynamischste Entwicklung gibt. Am Anfang dieser Woche gab es kleine Irritationen, weil man gehofft hatte, dass BioNTech/Pfizer die Zulassung bei der EMA schon beantragt hat. Das war jedoch noch nicht der Fall. Moderna war ein bisschen schneller. Jetzt läuft natürlich auch ein großer Wettbewerb unter den Experten und Unternehmen. Die Zulassung ist jetzt aber beantragt worden.

Zu den Befürchtungen, dass der Impfstoff zu schnell entwickelt worden ist und bestimmte Phasen der Studien nicht korrekt abgearbeitet werden, möchte ich an dieser Stelle noch einmal wiederholen, dass das nicht der Fall ist. Arzneimittel, Seren und Impfstoffe werden ja in drei Stu-

fen erprobt. Alle drei Stufen wurden in vollem Umfang durchlaufen. Man hat aber nicht erst auf den Abschluss der Studien gewartet, sondern im Rahmen des „Rolling Review“ werden die Ergebnisse der Studien permanent an die Zulassungsbehörden kommuniziert, sodass sie jeweils den aktuellen Stand kennen und dann auch schneller in zur Bewertung kommen können. Sie werden aber trotzdem eine gewisse Zeit für die Bewertungen brauchen. Man kann schon von zwei Wochen und mehr ausgehen. Deswegen rechnen wir damit, dass tatsächlich zum Ende dieses Jahres Zulassungen vorliegen. Sie können noch zwischen den Jahren, aber durchaus auch erst zum Ende des Jahres erfolgen. Das erwarten wir für beide Impfstoffe, für die die Zulassung beantragt worden ist: zum einen für den amerikanischen Impfstoff und zum anderen für den Impfstoff von BioNTech/Pfizer.

Beide Impfstoffe sind RNA-Impfstoffe. Beide Impfstoffe müssen deshalb bei besonders niedrigen Temperaturen gelagert und transportiert werden: der Moderna-Impfstoff bei minus 20 Grad und der Impfstoff von BioNTech/Pfizer bekanntlich bei minus 60 oder minus 70 Grad. Deshalb sind die Impfzentren erforderlich.

Dann, wenn es Impfstoffe gibt, die auf dem Konzept basieren, dass man Hüllproteine als Impfstoff anbieten kann, sind sie bei Kühlschranktemperaturen zu lagern. Dann wird man große Teile der Bevölkerung wieder über unsere Regelstruktur, nämlich über unsere Hausarztpraxen, impfen können. Bis dahin sind aber die Impfzentren erforderlich.

Dafür haben wir - wie gerade schon angesprochen worden ist - nach dem Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetz ein „außergewöhnliches Ereignis“ festgestellt. Das ermöglicht die Kostentragung des Landes für die kommunal organisierten Impfzentren. Die Kommunen sind dabei sehr intensiv im Einsatz. Sie haben ihre Konzepte und Standorte an das Kompetenzzentrum (KomZ) gemeldet. Sie werden überprüft. Die ersten werden heute nach der Terminologie des Katastrophenschutzes einen „Einsatzbefehl“ erhalten.

Sie wissen bestimmt aus Ihren Wahlkreisen, dass es mannigfaltige Überlegungen für Impfzentren gibt. Wir haben den Kommunen vorgegeben, dass die Impfzentren im doppelten Sinn gut erreichbar sein müssen: erstens muss man gut dorthin kommen können, und zweitens ist auch

ein starkes WLAN notwendig, sodass die Terminvergabe digital erfolgen kann und man nicht in einem Funkloch hängt. Diese Vorgaben müssen erfüllt sein.

Die Konzepte und Standorte sind dem KomZ vorgelegt worden. Ich bin sicher, dass das Kompetenzzentrum in den nächsten Tagen den Einsatzbefehl vollständig für alle geben wird. Insofern bin ich zuversichtlich, dass alle Impfzentren zum 15. Dezember 2020 an den Start gehen können.

Wir wissen im Moment noch nicht - hier besteht noch eine Unwägbarkeit -, wie viel Impfstoff und welchen Impfstoff wir bekommen. Zwischendurch sah es so aus, als würde der amerikanische Impfstoff vielleicht doch früher ausgeliefert werden. Davon stehen für Deutschland weniger Dosen zur Verfügung als von BioNTech/Pfizer in der ersten Charge. Letztendlich wird es aber darauf ankommen, dass nicht nur einmal eine große Charge geliefert wird, sondern es wird in den nächsten Wochen und Monaten darauf ankommen, dass wir mit einer hohen Kontinuität Lieferungen bekommen. Davon ist auch auszugehen.

Mit der Zulassung können wir sofort auf einen Impfstoff hoffen. Das liegt daran, dass auch dabei alles synchronisiert worden ist. Normalerweise würden die Unternehmen - wie in den Jahren zuvor - nach der Zulassung damit beginnen, den Impfstoff zu produzieren. Jetzt ist dort schon vorproduziert worden, sodass der Impfstoff dann, wenn die Zulassung erfolgt ist, gleich ausgeliefert werden kann.

Das Gleiche gilt auch für die Chargen-Prüfungen. Alle Seren und Impfstoffe müssen ja vom Paul Ehrlich-Institut noch einmal überprüft werden. Sie kennen das von den Grippe-Impfstoffen, die chargenweise freigegeben werden. Das PEI ist personell verstärkt worden. Auch das wird alles synchron ablaufen, sodass es relativ schnell losgehen kann. Ich hoffe sehr, dass Anfang des Jahres wirklich mit den Impfungen begonnen werden kann.

Die Impfzentren werden zunächst einmal mit relativ wenigen Leuten beginnen. Wenn dann immer genügend Impfstoff zur Verfügung steht, wird das sukzessive aufgebaut.

Das ist das, was wir jetzt vorbereiten. Sie wissen, dass wir alle mit großer Neugier bzw. mit hohen Erwartungen auf die STIKO-Empfehlung warten. Ich wünsche mir, dass sie so konkret wie möglich

ist. Der Bund und die Länder haben verabredet, dass wir die Empfehlung einheitlich umsetzen werden. Das ist absolut erforderlich. Wichtig wäre es auch, dass die STIKO sehr konkret priorisiert.

Aus dem Papier, das die STIKO mit der Leopoldina und dem Ethikrat vorgelegt hat, geht klar hervor, dass Beschäftigte des Gesundheitswesens und vulnerable Gruppen Priorität haben werden. Es gibt dabei mehrere Kriterien. Das wichtigste Kriterium aus der Perspektive des Ethikrates ist es, schwere Verläufe und Todesfälle zu verhindern. Das heißt, Personen aus den vulnerablen Gruppen haben den höchsten Benefit - so die Überlegung der Impfkommision - und sollen deswegen Priorität erhalten.

Dann folgen natürlich Beschäftigte des Gesundheitswesens, die ja absolut erforderlich sind, um die COVID-19-Patienten, aber auch alle anderen Menschen behandeln zu können.

Ein Kriterium ist auch die Weitergabe des Virus. Man will unterbinden, dass erkrankte Menschen das Virus weitergeben können.

Ein Kriterium in der Empfehlung ist natürlich auch die Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens.

Ich hoffe, dass die STIKO auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen und der Studienlage ein klares Raster vorgeben kann, um das alles dann auch operational umsetzen zu können.

Meine Vorstellung ist, dass mit dem ersten Impfstoff vor allen Dingen die Beschäftigten des Gesundheitswesens in den Krankenhäusern geimpft werden und dass mobile Teams in den Pflegeheimen impfen. Ich habe mit den Verbänden gesprochen und sie darum gebeten, jetzt sehr frühzeitig das Verfahren einzuleiten, dass die Einverständniserklärungen für die unter Betreuung stehenden Bewohner eingeholt werden. So können vielleicht die Weihnachtsfeiertage dafür genutzt werden - viele Angehörige sind ja für die Betreuung bevollmächtigt -, um die Einverständniserklärungen einzuholen, sodass sie im Januar vorliegen. - Das klingt ganz simpel, aber das alles ist erforderlich, um die Impfungen dann tatsächlich durchführen zu können.

Das ist im Moment der Stand der Dinge. Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Aussprache

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für die Ausführungen. Mich interessiert im Moment, wie hoch Sie den Anteil der vulnerablen Gruppen an der Bevölkerung in Niedersachsen einschätzen.

Sie haben gerade die Einverständniserklärungen durch Betreuer angesprochen. Gibt es dafür eine standardisierte Vorlage und ein Informationsblatt? Ansonsten bleibt das bei den Amtsgerichten hängen. Wir alle wissen ja, wie überlastet sie in Betreuungssachen sind.

Wie weit sind die Vorbereitungen für die Terminvergabe? Ist schon geklärt worden, welches Callcenter die Terminvergaben übernimmt? Wir alle waren uns ja einig, dass die Terminvergabe bitte nicht über die Rufnummer 116 117 erfolgen soll.

Wie sehen eigentlich die Einladungsschreiben und die Beratung aus? Wir müssen ja wirklich mehr Akzeptanz bekommen. Ich höre sehr viel Skepsis auch aus Bevölkerungskreisen, aus denen ich das eigentlich gar nicht vermutet habe. Um Herdenimmunität zu erreichen, müssen ja ungefähr 80 % der Bevölkerung geimpft werden.

So weit meine ersten Fragen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Ich kann gleich daran anschließen und habe drei sehr konkrete Fragen.

Meine erste Frage bezieht sich auf die Impfzentren und die Mietdauer. Beispielsweise in unserem Landkreis sind wir, was die Mietdauer betrifft, davon ausgegangen, dass das Impfzentrum erst einmal für ein Jahr geplant werden muss. Das kann man auf der Grundlage der Bevölkerungsstruktur dort relativ einfach ausrechnen: Wenn alle zweimal geimpft werden müssen und dabei eine Marge von maximal 80 % angesetzt wird, bedeutet der Zeitraum von einem Jahr für Landkreise mit 100 000 bis 150 000 Einwohnern eine sportliche Veranstaltung. Ich höre vonseiten der Krisenstäbe, dass es nur für ein halbes Jahr eine Genehmigung geben soll mit der optionalen Möglichkeit, dann zu verlängern. Dazu hätte ich gerne eine Auskunft. Das hat ja auch etwas mit Mietverhältnissen zu tun, die vor Ort begründet werden müssen, und ist technisch nicht ganz einfach. Ich habe das gestern Abend gehört. Das hat uns sehr überrascht.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die medizinische Betreuung in diesen Zentren. Wie weit sind

die Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung? Ich weiß, dass sich die Landkreise bemühen, ihre Ärzte dafür zu gewinnen. Das gelingt in Teilen, aber müsste ja auch ein bisschen systematisch von der KV gesteuert werden.

Der dritte Punkt, den Sie angesprochen haben: Wir wissen nicht, welche Impfstoffe wir bekommen. Das ist völlig klar. Eine zweite Unbekannte ist nach meiner Überzeugung aber die Akzeptanz der Bevölkerung für die unterschiedlichen Impfstoffe. Ich sage einmal ganz emotional: Warum soll ich mir einen Impfstoff geben lassen, dessen Wirkungsgrad 70 % beträgt, wenn ich weiß, dass es auch Impfstoffe mit einem Wirkungsgrad von 90 oder 95 % gibt? Das sind ja kommunizierende Röhren, wenn die Bevölkerung sagt: „Ich lasse mich noch nicht impfen, sondern warte, bis der andere Impfstoff zur Verfügung steht!“ Diese Aussage bezieht sich auf den anderen Impfstoff, der auch bei den Hausärzten abgegeben werden kann, der noch im Verfahren ist und auf der normalen Basis funktioniert, also nicht der BioNTech-Impfstoff. Das ist aber blanke Theorie. Insofern würde ich gern wissen, wie sich die Planungen darauf ausrichten können.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich habe schon einige Fragen im Vorfeld dieser Sitzung eingereicht. Ich möchte jetzt im Wesentlichen zu drei Themenbereichen Fragen stellen.

Wie ist die Situation in den Altenheimen und auch in der ambulanten Pflege? Haben Sie einen Überblick darüber, wie viele Fälle es in diesem Bereich gibt? Wird auch eine Ursachenforschung betrieben, woher diese Fälle kommen?

Der nächste große Part sind die Schnelltests. Dieses Thema spreche ich ja immer an. Heute Morgen hat der NDR um 6 Uhr in den Frühnachrichten berichtet, dass Herr Spahn jetzt Lehrer und Erzieher in die Lage versetzen möchte, selber Schnelltests zu nehmen. Herr Staatssekretär Scholz hat mir vor zwei Wochen auf meine Frage noch gesagt: Frau Schütz, das werden nicht die Lehrkräfte machen! - Wir sind ja schon die ganze Zeit dieser nervigen Auffassung, dass diese Schnelltests von noch mehr Leuten gemacht werden könnten. Es passt aber aus meiner Sicht nicht ganz zusammen, dass er dazugesagt hat, dass die Lehrer aber von Ärzten eingewiesen werden müssten.

Wir stellen jetzt vor allem in Gesprächen mit ambulanten Pflegediensten fest: Sie haben Testkon-

zepte für die Schnelltests vorgelegt und bekommen dann gerne mal die Antwort, dass sie ihr Personal noch von einem Arzt schulen lassen müssen. Ich kenne auch Schreiben von Gesundheitsämtern bzw. Gemeinden, in denen darauf hingewiesen wird, dass sie ihnen bei der Vermittlung zu einem Arzt helfen. Aber ich kenne auch Fälle, in denen das Gesundheitsamt trocken gelacht hat, als ihm die Frage gestellt wurde, woher sie denn einen Arzt bekommen sollen. Gerade für kleinere Pflegedienste, die nicht wie Altenheime mit einem bestimmten Arzt zusammenarbeiten, ist das schwierig.

Abschließend möchte ich noch auf die Impfzentren zu sprechen kommen. Herr Staatssekretär Scholz hat dazu in der letzten Sitzung noch eine Unterrichtung in Aussicht gestellt. Wie werden die Empfehlungen aussehen, und wie geht es bei der Einteilung der vulnerablen Gruppen weiter? Einmal abgesehen von den Menschen in Pflegeeinrichtungen: Was ist mit Organtransplantierten? Was ist mit Menschen, die Rheuma haben bzw. die in verschiedenen Risikogruppen sind? Wie gelangen die Informationen in diesen Stufen des Impfens in das System zur Vergabe der Termine?

Ich könnte mir vorstellen, dass vielleicht alle Hausärzte eine Matrix ausfüllen müssen. Das halte ich aber eher nicht für eine gute Idee. Im Prinzip verfügen die Kassen über das Wissen, wer zu welcher Risikogruppe gehört. Wie kann das eingestuft werden, wenn man über die erste Stufe hinaus ist, und wie sind die weiteren Abstufungen in diesem Impfverfahren?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Es sind schon viele Fragen zur Impfung usw. gestellt worden. Sie haben jetzt noch eine neue Aufgabenteilung zur Corona-Steuerung im Ministerium vorgenommen und haben das unter der Leitung von Frau Schröder entsprechend unterteilt. Mich interessiert, wie diese Aufgabenteilung aussehen soll. Es gibt ja auch eine Abteilung „Think-Tank“. Damit kann ich nicht wirklich etwas anfangen. Was soll dort passieren? Welche personelle Ausstattung ist für diesen Bereich vorgesehen?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Das ganze Feld der vulnerablen Gruppen muss in der Tat die STIKO festlegen. Wir alle stellen uns etwas unter vulnerablen Gruppen vor, aber die Frage ist, wer dann wirklich alles dabei ist. Natürlich sind auch immunsupprimierte Krebspatienten dabei. Die Frage ist aber, was die STIKO auf der Basis der

Studienergebnisse vorschlägt, in welcher Reihenfolge diese Gruppen geimpft werden sollen. Ich gehe davon aus, dass sie wahrscheinlich von dieser sehr differenzierten Betrachtung eher zu einem „groben Klotz“ greifen wird, wenn es darum geht, einen Vorschlag zu machen. Was meine ich damit? - Es wäre natürlich am allerbesten, wenn jede Hausarztpraxis - das klang bei Ihnen auch an -, jeder Arzt und jede Ärztin, die eigenen Patienten anschaut und sagt: „Diese Person ist unter diesen Bedingungen ein Risikopatient, dem ich nach dem, was die STIKO vorgelegt hat, eine Impfung empfehlen würde!“ Das ist ein sehr differenziertes Verfahren, aber sehr umständlich und bei den Ärzten logischerweise nicht besonders beliebt, weil es natürlich sehr schwierig ist.

Eine andere Variante ist, die Impfempfehlung schlicht am Alter festzumachen, sodass z. B. alle über 75-Jährigen oder alle über 60-Jährigen geimpft werden. Je nachdem, wie man das fasst, hat man natürlich mal mehr und mal weniger in dieser Gruppe.

Nur um mal ein Gefühl dafür zu bekommen, wie groß diese Gruppe ist: Wir haben 3 Millionen Menschen über 65 Jahre. Wir sagen immer, wir sind eine älter werdende Gesellschaft. Wir sind aber auch schon eine ziemlich alte Gesellschaft. Eine Menge Leute sind schon in einem hohen Alter und wären, wenn man das zum Kriterium macht, in dieser Gruppe.

Wir werden aber sehen, was die STIKO vorschlägt. Wir hoffen, dass die Empfehlung Mitte nächster Woche vorliegt; denn das ist wirklich wichtig, um dann das Einladungssystem entsprechend zu organisieren. Deswegen kann ich die Frage jetzt noch nicht beantworten, wie man das dann im Detail regelt.

Was die Betreuung angeht, habe ich mit den Verbänden besprochen, dass wir das so einheitlich wie möglich machen. Das wünschen sie sich auch. Eigentlich ist in der Betreuungsvollmacht, insbesondere in der Vorsorgevollmacht, geregelt, dass man dann auch für die gesundheitlichen Belange des jeweils Betreuten sprechen kann. Das würde dann aber bedeuten, dass man sich jedes Mal einzeln damit auseinandersetzen muss. Deswegen wünschen sich die Verbände, dass wir ein einheitliches Formular entwickeln. Wir haben mit dem Bund besprochen, dass das nicht jedes Land selber macht, sondern dass das mit einer großen Einheitlichkeit gemacht werden soll.

Das gilt auch für die Informationen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird beauftragt werden bzw. ist schon beauftragt worden, das entsprechend zusammenzustellen. Sie wird aber erst dann im Detail richtig informieren können, wenn klar ist, mit welchem Impfstoff und unter welchen Bedingungen geimpft werden kann.

Da bin ich bei der Frage von Uwe Schwarz zu der Wirksamkeit des Impfstoffs und zu bestimmten Vorlieben. Ich halte das, ehrlich gesagt, eher für ein Luxusproblem. Wir können eigentlich sehr froh sein, dass in derart kurzer Zeit überhaupt Impfstoff zur Verfügung steht und dass es jetzt sogar schon mehrere Impfstoffe gibt.

Die Frage, ob man sich dann einen Impfstoff aussuchen kann, wird auch davon abhängen, was die Ständige Impfkommission vorträgt, wie die Impfstoffe durch die Zulassung kommen und in der Zulassung bewertet werden.

Eine solche Zulassung läuft ja immer in drei Säulen: Unbedenklichkeit, Qualität und Wirksamkeit. Unter dem Aspekt der Wirksamkeit wird natürlich auch untersucht, ob es für bestimmte Gruppen unterschiedliche Wirksamkeiten gibt.

Das, was Uwe Schwarz vorgetragen hat, bezieht sich eher auf die allgemeine bzw. pauschale Wirksamkeit. Die Wirksamkeit muss man aber im Detail in Augenschein nehmen. Dann kann sich ergeben, dass für bestimmte Gruppen ein Impfstoff favorisiert wird oder nicht. Im Moment ist das aber noch nicht zu erkennen. Wenn die Zulassung vorliegt, wird man das genauer darauf hin untersuchen.

Die Impfung ist nicht ganz unkompliziert. Man braucht zwei Impftermine, und zwar, je nach Impfstoff, in unterschiedlichen Abständen: einmal 21 Tage, einmal 28 Tage. Von daher ist es extrem wichtig, dass immer mit dem gleichen Impfstoff und am Anfang wahrscheinlich auch - das muss noch geklärt werden - aus derselben Impfstoffcharge geimpft wird.

Die medizinische Betreuung ist absolut wichtig. Deswegen habe ich mit der KVN einen Aufruf vorbereitet. Dieser befindet sich in der Schlussabstimmung bzw. ist schon herausgegangen. Mehrere Hundert Ärzte haben sich schon bei der KV gemeldet. Es gibt also eine sehr hohe Bereitschaft, zu helfen und zu unterstützen.

Darüber hinaus habe ich mit dem Verband der medizinischen Fachangestellten einen Aufruf ge-

startet; denn die medizinischen Fachangestellten sind ja impfberechtigt und werden natürlich maßgeblich bestimmen, ob schnell viele Leute geimpft werden können. Es können natürlich auch Sanitäter und Pflegekräfte sein. In den normalen Hausarztpraxen organisieren und erbringen ja die medizinischen Fachangestellten die Impfleistungen. Von daher ist es wichtig, dass auch sie dabei sind. Wie gesagt, die Aufrufe sind herausgegangen. Da sind wir auch ganz zuversichtlich.

Zu der Frage zur Mietdauer der Impfzentren: sechs Monate oder ein Jahr? - Beides ist möglich. Einige Landkreise schließen Mietverträge erst einmal für ein halbes Jahr ab. Das ist aber nicht von uns vorgegeben. Beides ist möglich. Wir wissen das ja noch nicht. Die beste Situation wäre es, wenn es schon relativ bald im ersten Quartal des kommenden Jahres einen Impfstoff gäbe, der über die Hausarztpraxen verimpft werden kann. Dann hätten wir mehr Säulen, auf denen man das ganze Impfeschehen organisieren kann.

Für die Gripeschutzimpfung in diesem Jahr ist momentan kein Tropfen Impfstoff mehr verfügbar. Ich glaube allerdings, dass durchaus noch der eine oder andere Tropfen irgendwo in einem Kühlschrank liegt. Aber unterstellen wir einmal, dass wirklich alles verimpft worden ist - dann wären das 1,4 Millionen Dosen für Niedersachsen. Bundesweit sind insgesamt 26 Millionen Impfdosen ausgeliefert worden. Das bedeutet, von Oktober bis jetzt sind so viele Impfungen durchgeführt worden. Man muss wirklich sagen: Diese hohen Zahlen und diese starke Leistung, die unsere Hausarztpraxen und die niedergelassenen Ärzte erbracht haben, machen zuversichtlich. Von daher bin ich ganz zuversichtlich, dass es gelingen kann, schnell sehr viele Leute zu impfen, auch wenn zwei Impfungen notwendig sind.

Es kommt auch darauf an, wie auch die Abg. Janssen-Kucz gesagt hat, dass die Informationen, die Beratung und die Bereitschaft vorhanden sind. Die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, wird sehr unterschiedlich eingeschätzt. Ich glaube, eine der Ersatzkassen - die Barmer - hat eine Umfrage durchgeführt, die ausgesprochen positiv ausgefallen ist. 60 % der Leute haben angegeben, dass sie geimpft werden möchten.

Wir hören aus bestimmten Beschäftigtengruppen - dazu gehören auch die Pflegekräfte -, dass dort eine höhere Skepsis gegenüber der Impfung besteht. Es ist natürlich wichtig, dass besonders die Pflegekräfte bereit sind, geimpft zu werden,

weil das natürlich einen sehr guten Schutz für die Pflegeheime darstellt.

Dann bin ich bei der Frage der Abg. Schütz zu den Pflegeheimen. Ich habe die Zahlen dabei. Nach dieser Aufstellung sind in den Einrichtungen im Moment etwa 900 Bewohner erkrankt. Betroffenen sind im Moment ungefähr 130 Einrichtungen. Die Zahl der erkrankten Beschäftigten liegt bei 500.

Der Eintrag passiert natürlich immer von außen, nämlich durch die Beschäftigten und durch die Besucher. Von daher ist es wichtig, dass die Testkonzepte umfänglich genutzt werden. Wir haben den Einrichtungen Musterkonzepte an die Hand gegeben. Das erleichtert es den Einrichtungen, aber auch den Gesundheitsämtern, die den Einrichtungen dann auch sagen müssen, dass sie die Tests ordern können. Das wird jetzt umfänglich gemacht. Ich möchte, dass dadurch die Besuche und auch Weihnachtsbesuche abgesichert werden.

Die Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten haben jetzt mit der Bundeskanzlerin den Anteil erhöht. Bisher konnten 20 Tests pro Bewohner und Monat geordert und genutzt werden. Diese Zahl wurde jetzt auf 30 erhöht. Das soll dazu dienen, den Mehrbedarf durch die Besuche an den Feiertagen abzudecken. Das wird alles von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. - Mir wird manchmal ganz blümerant, welche Leistungen unsere Kassen auf sich nehmen.

So weit zu dem Thema Pflegeeinrichtungen. Mit diesen Maßnahmen soll sozusagen eine Schutzhülle um die jeweilige Einrichtung gezogen werden.

Wir haben auch sehr dafür geworben, dass nicht nur die Pflegekräfte, sondern auch das Pflegehilfspersonal die Tests vornehmen kann und bei den Eingliederungshilfen auch die Heilerziehungspfleger diese Tests durchführen können. Das ist jetzt auch so.

Wie die Abg. Schütz erwähnte, ist es für ambulante Pflegedienste gar nicht so einfach, einen Arzt zu finden, der die Anleitung durchführen kann. Nach der Medizinprodukteverordnung müssen diese Tests qualifiziert eingesetzt werden. Der qualifizierte Einsatz ist gewährleistet, wenn ein Arzt eine Einweisung gegeben hat. Die Frage ist dann: Wo kommt der Arzt her? - Die Pflegeheime bekommen das in der Regel besser und einfacher

hin, weil sie einen versorgenden Arzt haben, den sie dann auch für solche Dinge in die Pflicht nehmen können. Ambulante Pflegedienste tun sich dabei schwerer. Deswegen hat das Landesgesundheitsamt ein Modul entwickelt, das zur Qualifizierung für diesen Testabstrich genutzt werden kann.

Jetzt - ganz neu - sollen auch Schulen die Möglichkeit bekommen, diese Tests zu ordern. Im Moment können diese Tests nicht einfach in der Apotheke gekauft werden, sondern sollen nur die Pflegeheime diese Test-Kits bekommen, weil es sie immer noch nicht für alle gibt und die Pflegeheime die Priorität haben sollen. Nach Inkrafttreten der Verordnung zum Ende der Woche soll es auch den Schulen möglich sein, diese Tests zu erwerben. Auch sie müssen dann natürlich dafür sorgen, dass jemand diese Tests nehmen kann. In Hessen findet ein Probelauf statt. Der Hessische Gesundheitsminister Kai Klose hatte darüber berichtet. Die Fachminister sind unterschiedlich begeistert über diesen Ansatz. Es kommt immer sehr auf den Test an. Man muss da genauer hingucken. Aktuell entwickeln wir mit dem MK etwas, was in den Schulen wirklich gut genutzt werden kann. Das MK wird sicherlich ein Musterkonzept erstellen, wie wir das auch gemacht haben, damit das in den Schulen leichter genutzt werden kann.

Allerdings hat es schon mal eine Testoption für Lehrerinnen und Lehrer gegeben, die nicht angenommen worden ist. Es gab ja das Angebot, PCR-Tests zu nutzen. Ich glaube, nur 400 Lehrerinnen und Lehrer haben dieses Angebot genutzt.

Wenn man die Infektionslage betrachtet - in den Nachrichten wurden heute auch bundesweite Zahlen genannt -, kann man für Niedersachsen bestätigen, dass sich die Betroffenheit der Schulen, in denen es Infektionsfälle gegeben hat oder die tatsächlich geschlossen sind, sehr im Rahmen hält. Das Kultusministerium führt dazu ein sehr genaues Monitoring durch.

Die empfindlichste Stelle sind die Pflegeheime, weil dort das meiste Infektionsgeschehen stattfindet. Deswegen, meine ich, muss darauf das Augenmerk liegen und müssen die Tests dort die Priorität bekommen. Das ist mein Petitem.

Zur Corona-Steuerungsgruppe: Ihnen allen ist der Aufbau des Sozialministeriums bekannt. Allen ist klar, dass die Corona-Pandemie keine vorübergehende, kurzfristige Angelegenheit ist. Als die

Infektionen losgingen, haben wir im Sozialministerium sehr früh einen Corona-Ausschuss gebildet, der später „Krisenstab“ genannt wurde. Am Anfang hatten wir mit zwei, drei Infektionen ja noch keine Krise. Wir haben diesen Corona-Ausschuss schon sehr frühzeitig über die Ressorts hinweg gebildet, um auf alles vorbereitet zu sein. Zu dieser Zeit sind alle noch davon ausgegangen, dass es Ostern wieder vorbei ist. Jetzt ist klar: Die Infektionen waren Ostern nicht vorbei, werden Weihnachten nicht vorbei sein und werden uns auch noch im nächsten Jahr intensiv fordern u. a. mit dem Aufbau von Impfzentren. Deswegen haben wir eine solche Einheit innerhalb des Hauses gebildet, die sich vor allen Dingen um alles das kümmert, was mit Corona zusammenhängt. In dieser Einheit gibt es so etwas Schlichtes wie eine Geschäftsstelle. Das ist sofort eingängig. In dem „Think-Tank“ wollen wir vor allen Dingen die Studienlage und die neuesten Entwicklungen beobachten. Die Überlegung war, dass es jemanden geben muss, der die neuesten Studien zusammenträgt, die international verfügbar sind. Das soll an dieser Stelle passieren.

Das Referat ist vor allen Dingen für die Impfzentren zuständig. Das zweite Referat ist für die Umsetzung des Pakts für den ÖGD zuständig. Das wird ja im nächsten Jahr richtig Schwung aufnehmen.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich habe eine Nachfrage zum Schulbereich. In der Vereinbarung zwischen der Bundeskanzlerin und den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten ist auch ein Vorschlag für eine Quarantäneregelung an Schulen. Dann kämen ja Schnelltests bei Schülern zum Einsatz. Das hat aber weder in der Rahmenhygienerichtlinie des MK noch in der Verordnung Niederschlag gefunden. Dazu würde mich der aktuelle Stand interessieren, weil das zu diesem Konzept dazugehört.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Es gibt noch keine Verordnung auf Bundesebene. Das eine ist ja, dass die Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten mit der Bundeskanzlerin einen schönen Beschluss fassen. Das Ganze muss dann aber in eine Bundesverordnung einfließen. Diese Verordnung hat Jens Spahn für Freitag angekündigt. Dann kann das auch mit dem Niedersächsischen Kultusminister in entsprechende Konzepte gegossen werden.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich habe noch zwei Fragen. Meine erste Frage bezieht sich auf die

Arbeit der STIKO. Sie haben vorhin ausgeführt, dass wir auch auf Menschen achten müssen, die eine Infektion leicht weitergeben können. Dazu fallen mir gerade unsere Menschen mit Behinderungen ein, die oftmals Probleme mit Nähe und Distanz haben. Hat die STIKO auch im Blick, dass auch die Menschen mit Behinderungen auf jeden Fall mit zu den ersten Gruppen gehören sollten? Das haben ja auch die Paritäten gefordert.

Meine zweite Frage bezieht sich auf die Terminvergabe. In der letzten Woche wurde ausgeführt, dass die Terminvergabe über das Land laufen soll. Wie kann ich mir das konkret vorstellen? - Bei uns vor Ort hat man natürlich auch ein bisschen Angst davor, dass die Terminvergabe über die Nummer 116 117 laufen soll. Ich habe daraufhin gleich gesagt: Um Gottes willen, nein! Das wollen wir nicht! - Man weiß aber noch nicht richtig, ob die Landkreise das selber machen oder ob es eine zentrale Nummer dafür geben wird. Vor Ort wird mir oftmals mitgeteilt, dass die Landkreise die Terminvergabe lieber selber regeln würden als über eine zentrale Nummer. Dazu hätte ich gerne noch ein paar Auskünfte.

Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Meine erste Frage hat Frau Schütz schon gestellt und ist auch beantwortet worden.

Ich möchte eine Anmerkung zu den Impfpässen machen. Ich bin Kinderkrankenschwester und Impfassistentin. Ich meine, ein gut geführter Impfpass ist sehr wichtig, den man im Notfall auch noch findet. Beides ist leider häufig nicht der Fall. Ich muss gestehen, als ich vor vier Wochen meine Grippeimpfung hatte, musste auch ich erst einmal in zwei Schubläden nachsehen, bis ich den Impfpass in der dritten gefunden habe.

In habe den Medien entnommen, dass man für die Impfzentren zehn Minuten pro Impfkandidat für das Ankommen, Registrieren, Gespräch und die Impfung ansetzt. Meiner Meinung nach muss bei einer ordnungsgemäßen Führung des Impfpasses auch die Chargen-Nummer angegeben werden. Denn wenn die Impfung schiefgeht und man einen Impfschaden davonträgt, kann man vom Land nur dann eine Entschädigung erhalten, wenn die Impfchargen-Nummer dokumentiert worden ist. Ich möchte wissen, wie das konkret geplant wird.

Abg. **Stephan Bothe** (fraktionslos): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe dazu ein paar Anmerkungen und auch noch eine Frage.

Sie sprachen gerade auch von der Entwicklungszeit. Ein Bericht in der *Ärztezeitung* aus dem Jahr 2017 trägt die Überschrift: „Die Entwicklung eines neuartigen sicheren und wirksamen Impfstoffs kann bis zu 20 Jahre dauern“. Sie haben gerade davon gesprochen, dass das wohl nicht mehr so ist. Sie sind als promovierte Biologin ja auch vom Fach. Vielleicht können Sie auch einmal darstellen, wo der Unterschied zwischen 2017 und 2020 liegt. Wir haben es hier mit einem neuartigen Impfstoff mit der mRNA-Technologie zu tun, die überhaupt noch nicht erprobt worden ist.

Ich habe einmal nachgesehen, welche Inhaltsstoffe der BioNTech-Impfstoff enthält. Ich habe dazu aber nichts gefunden. Daher meine Frage dazu: Sind der Landesregierung die Inhaltsstoffe dieses Impfstoffes bekannt? Sind der Landesregierung auch alle Studien bekannt, die dazu durchgeführt worden sind?

Aus meiner Sicht stellt sich die Situation wie folgt dar: Wir haben einen Impfstoff. Der Hersteller behauptet zumindest, dass er wirksam sei. Die Prozentzahlen bei den verschiedenen Impfstoffen sind unterschiedlich. Wir haben aber scheinbar keine Kenntnisse über den Inhalt - zumindest nicht öffentlich - und auch nicht über den Studienverlauf. Wir hören auch immer wieder von abgebrochenen Impfstoffstudien in verschiedenen Ländern. Meine Frage auch hier: Ist der Landesregierung irgendetwas in diesem Bereich bekannt?

Ich habe auch noch eine Frage zu dem Ablauf in den Impfzentren: Der Bürger geht entweder mit oder ohne Impfpass in ein Impfzentrum, legt seine Krankenkassenkarte vor und wird dann geimpft. Findet dort eine Anamnese statt z. B. über Vorerkrankungen statt, die der Impfung entgegenstehen? Herr Staatssekretär Scholz hat in der letzten Woche gesagt, dass z. B. Kinder nicht geimpft werden sollen.

Sehen Sie auch die Gefahr von Langzeitfolgen? Sie sprachen im Plenum davon, dass bis heute nicht bekannt ist, welche Langzeitfolgen Corona hat. Sehen Sie auch die Möglichkeit von Langzeitfolgen eines nicht ausgetesteten Impfstoffes, und wie wollen Sie diese ausschließen?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Auch von meiner Seite vielen Dank für die Unterrichtung. Ich möchte erst einmal Fragen zu den Komplexen stellen, die wir gerade bearbeiten. Die Fragen zu weiteren Komplexen möchte ich später stellen.

Zu den Schnelltests würde mich noch interessieren, ob Sie uns einen Überblick geben können, inwiefern die Schnelltests jetzt real in den Kliniken, den Pflegeheimen und bei den ambulanten Pflegediensten angekommen sind. Wie ist mittlerweile die Verbreitung? - Dafür reicht mir eine ungefähre Prozentzahl.

Sie haben gerade das Modul vom Landesgesundheitsamt erwähnt. Nach meinem Eindruck ist das vielen ambulanten Pflegediensten entweder nicht klar, oder es ist so ausgelastet, dass sie davon nicht wirklich profitieren. Können Sie uns darüber informieren, wie oft dieses Modul nachgefragt wird, also wie oft es schon benutzt wurde und wie es ausgelastet ist?

Herr Staatssekretär Scholz hat in der letzten Sitzung ausgeführt, dass gerade Pflegeheime und Kliniken den Charme haben, dass man den Impfstoff dort sehr gut verbreiten kann, weil dort das Knowhow vorhanden ist. Gleichzeitig gibt es viele vulnerable Menschen, die noch berufstätig und unterwegs sind, aber eigentlich besonders gefährdet sind, weil sie sich gar nicht richtig schützen können. Wenn Sie den Impfstoff zuerst in Heime, Zentren und Kliniken geben, steht er dann für die anderen vulnerablen Gruppen nicht zur Verfügung, oder haben sie trotzdem eine Priorität?

Haben Sie auch schon einen Überblick darüber, wie viele Ärzte, die in den Impfzentren tätig werden, dann in der ambulanten Versorgung real fehlen werden? Die Landkreise haben ja unterschiedliche Konzepte. Einige wollen deren Einsatz in den Impfzentren wie die Wochenendbereitschaften organisieren, andere wollen die Ärzte fest anstellen. Haben Sie dazu schon eine Prognose?

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich habe eine Frage, die auch schon in den letzten Wochen immer wieder gestellt worden ist und zu der mich der neueste Stand interessiert. Große und kleine Krankenhäuser beklagen ja, dass sie immer noch keine richtige Zusicherung für eine Freihalteprämie bekommen haben. Ich wäre glücklich, wenn Sie mir dazu den neuesten Stand mitteilen könnten.

Sie haben ausgeführt, dass zunächst bestimmte Gruppen geimpft werden sollen. Das ist auch von den Kriterien her einleuchtend. Sie haben erwähnt, dass wir 3 Millionen Ältere über 65 Jahre haben. Dazu interessiert mich, wie viele Angehörige der Gesundheitsberufe wir haben, damit wir das in Relation zueinander stellen können.

Gibt es schon Überlegungen, wann eventuell auch Lehrer und Lehrerinnen, Erzieher und Erzieherinnen, die ja auch in Bereichen tätig sind, in denen sie sehr viel Kontakt haben - wenn auch vielleicht nicht immer ganz so eng wie in Pflegeheimen -, geimpft werden können? Es ist klar, dass das nicht an erster Stelle stehen kann. Ist aber vielleicht schon über eine Stufenabfolge nachgedacht worden?

Abg. **Hanna Naber** (SPD): Meine Nachfrage zielt in die Richtung, in die auch Frau Pieper schon Fragen gestellt hat: Wo liegt der Stellenwert der Einrichtungen der Eingliederungshilfe - sowohl stationär als auch teilstationär - im Ranking? Haben sie eine Pool-Position oder eine andere Position, was die Impfstrategie angeht?

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Zu der Frage zur Eingliederungshilfe: Wir haben die Eingliederungshilfe hinsichtlich der Schutzwürdigkeit immer wie Pflegeheime behandelt. Ich bekomme dann übrigens auch von Betroffenen Karten, die mir schreiben, dass das nicht zutreffe; sie seien nicht die gebrechlichen Alten, sondern teilhabeorientiert. - Wir meinen aber, dass es dort tatsächlich den maximalen Schutz geben soll. Deswegen gehe ich davon aus, dass die STIKO dieses Thema mit auf dem Schirm hat.

Das geht allerdings von/bis. Das wollte ich gerade mit dem Hinweis auf die Karten deutlich machen: Die Menschen mit Behinderungen sind ja keine einheitliche Gruppe, sondern das ist eine sehr heterogene Gruppe. Unter ihnen gibt es sicherlich welche, die gar keine besondere Vulnerabilität haben und dann wahrscheinlich auch keine Priorität hätten. Sie haben eine Behinderung, aber sind, was die Gesundheitssituation angeht, nicht wesentlich schlechter gestellt.

Es gibt aber auch Schwerstmehrfachbehinderte und z. B. Autismus. Es gibt Untersuchungen, nach denen sie möglicherweise eine höhere Vulnerabilität haben. Das sind Aspekte, die die STIKO bewerten muss, und zwar immer vor dem Hintergrund, was der Impfstoff für die Leute tun kann. Das eine ist die besondere Schutzbedürf-

tigkeit, und das andere ist die Frage: Was schafft der Impfstoff, und wie gut ist er für diese Gruppen geeignet?

Die Frage, wie viele Beschäftigte in Gesundheitsberufen tätig sind, kann ich nicht ad hoc beantworten. Wir fragen das gerade in den Krankenhäusern ab und versuchen, uns ein Bild davon zu machen.

Ich gehe davon aus, dass die medizinischen Professionen in die Impfzentren kommen. Wenn wir die Krankenhausphase verlassen haben, gibt es ja noch eine Menge Beschäftigte im Gesundheitswesen - Therapeuten, Apotheker usw. -, die alle unter diesem Rubrum laufen und dann auch geschützt und geimpft werden müssen.

Zur Freihalteprämie: Ich gehe davon aus, dass die Bescheide Ende dieser Woche, Anfang nächster Woche herausgehen. Das ist nach wie vor extrem kompliziert: hohe Inzidenz in einem Landkreis, nur noch 25 % Intensivkapazitäten, und das Krankenhaus muss in der Versorgungsstufe 2 oder 3 sein. Vom GKV-Spitzenverband gibt es jetzt eine Auflistung für die Versorgungsstufen. Danach sind es immerhin doch ein paar Krankenhäuser mehr, als wir anfangs gedacht haben. Ganz am Anfang gingen wir davon aus, dass wir nur 12 oder 13 Krankenhäuser in diesen Versorgungsstufen haben. Der GKV-Spitzenverband schätzt das anders ein. Auf dieser Liste stehen doch ein paar mehr Krankenhäuser. Für diese Krankenhäuser werden dann auch Bescheide verschickt, falls die Inzidenz bei 70 liegt.

Zu der Frage, wie viele Ärzte anschließend in den Arztpraxen fehlen: Das hat sehr damit zu tun, wie das organisiert ist und wer sich meldet. Nach meinen Informationen seitens der KV melden sich sehr viele Ärztinnen und Ärzte, die keine Arztpraxis mehr haben, die also im Ruhestand sind und sich jetzt für diesen Einsatz interessieren. Es hängt auch immer davon ab, wie die jeweiligen Landkreise die Impfungen organisieren und ob die Ärzte beispielsweise mit ihrem ganzen Praxisteam in die Impfzentren kommen und dort einen halben oder einen ganzen Tag lang impfen. Es kommt natürlich auch darauf an, wie die Arztpraxen organisiert sind, ob dann überhaupt etwas ausfällt. Beispielsweise in einem MVZ kann man das ja auf mehrere Schultern verteilen und, wenn dort Teilzeitkräfte tätig sind, anders abpuffern als in den Praxen mit nur einem Arzt, die ja eher ein altmodisches Modell sind. Die anderen werden das also besser auffangen können.

Vor diesem Hintergrund sehen wir keine großen Lücken in der Versorgung. Ich nehme in unserer Ärzteschaft sehr viel Verantwortung wahr, indem sich die Ärzte bemühen, dass ihre Praxen abgedeckt sind, und diesen Einsatz zusätzlich leisten.

Zu den vulnerablen Gruppen, die unterwegs sind: Das ist ein wichtiger Punkt. Ich hoffe, dass die STIKO das entsprechend bedenkt. Das ist genau der Punkt. Es gibt ja Menschen mit Vorerkrankungen, die gleichwohl ihren Job ganz normal ausüben und unterwegs sind. Sie wohnen auch nicht in Heimen und sind auch jüngere Chroniker. Das ist auf jeden Fall komplizierter und nicht so schlicht zu machen wie über eine Altersdifferenzierung. Ich gehe aber davon aus, dass die STIKO die entsprechenden Gruppen benennen wird und das wahrscheinlich an der Indikation festmacht.

Zu den Tests: Ich hatte gerade Gelegenheit, noch einmal mit den Verbänden zu sprechen. Sie haben alle nicht sagen können, wie viel Prozent der Heime die Tests jetzt schon im Einsatz haben. Sie berichten aber alle, dass die Tests sowohl in privaten Heimen als auch in Heimen der Wohlfahrt sehr umfänglich eingesetzt werden und dass es dabei keine Knappheit gibt. Deswegen müssen sie jetzt diese Dinge einüben und einfach einsetzen. Gestellt werden kann das. Organisiert ist auch, wie die Schulung passiert. Dieses Modul haben wir in Reaktion darauf erstellt, dass uns berichtet worden ist, dass sich einige schwertun, Ärzte für die Einweisung zu finden. Dieses Modul ist aber erst wenige Tage alt. Insofern kann ich noch keine Aussage dazu machen, wie es in Anspruch genommen wird. Ich gehe davon aus, dass das wirklich eine Unterstützung durch unser Landesgesundheitsamt ist, um die Einweisung auch für die Pflegehelferinnen zu organisieren, damit die Testung auf mehr Kräfte verteilt werden kann.

Zum Impfpass: Ja, Deutschland sucht den Impfpass! - Dazu gab es ja auch ein sehr treffendes Plakat. Ich glaube, dieses Plakat von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gibt es immer noch. Diese Aussage trifft es! Es ist so, wie Sie gesagt haben: Die Charge wird vermerkt, damit es nachverfolgbar ist für den Fall, dass es zu irgendwelchen Impfkomplicationen kommt. Das ist bei allen Impfungen so, auch bei den Impfungen gegen Röteln oder Grippe. Das ist immer das Gleiche. Um es klar zu sagen: Dafür ist natürlich auch der Impfpass nötig. Das muss dokumentiert werden. Wir wollen, dass diese Dokumentation

auch in digitalisierter Form passiert. Denn anders als bei allen anderen Impfungen werden wir wahrscheinlich jeden zweiten Tag gefragt, wie viele Leute schon geimpft worden sind. Das kann ich mir gut vorstellen. Um das überhaupt nachverfolgen zu können, wird man auf den digitalen Plattformen so etwas einbauen müssen, damit das immer mitgezählt wird.

Vor allen Dingen ist es erforderlich - da bin ich bei der Frage von Herrn Bothe -, dass man bei einem solchen Impfstoff, der - anders als bei einem Grippeimpfstoff - neu ist und mit dem wir keine Erfahrung haben, eine gute Surveillance darauf aufbaut. Das heißt, es muss natürlich auch nachverfolgt werden. „Surveillance“ heißt ja, dass man ein entsprechendes Monitoring durchführt. Natürlich müssen auch unerwünschte Nebenwirkungen beobachtet werden - die sogenannten UAWs, unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Dafür gibt es schon heute eine App, die man beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herunterladen kann. Sie ist vor allen Dingen auch für Impfungen gedacht worden, weil Mütter, die Kinder haben und geimpft werden, dann auch melden. Normalerweise sind ohnehin die Ärzte verpflichtet, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu melden, gleichgültig ob es sich um einen Impfstoff oder um ein Arzneimittel handelt. Wir haben es aber vor einigen Jahren ermöglicht, dass auch die Patienten als wirklich kompetente Personen ihre UAWs dem BfArM melden können. Das muss jetzt noch einmal klargemacht werden, dass das alles passieren kann.

Ein Zeitraum von zehn Minuten reicht natürlich nicht aus. Wir haben den Landkreisen einen orientierenden Leitfaden an die Hand gegeben. Darin ist vorgesehen, dass ein solches Impfzentrum natürlich einen Empfang benötigt. Dann gibt es eine Aufklärung, eine Information und ein Arztgespräch. Danach wird geimpft und dann nachbeobachtet. Anschließend kann man nach Hause gehen. Zehn Minuten reichen dafür nicht aus. Jeder muss dafür mehr Zeit einplanen. Mit zehn Minuten wird oft für den eigentlichen Impfvorgang gerechnet. Das kann noch passen, dass die impfberechtigte Person nach dem Aufklärungsgespräch zehn Minuten braucht, um die Impfung durchzuführen und das zu dokumentieren. Dann muss der Arzt das - wie bei jedem anderen Impfpass - auch unterschreiben. Wir haben vorgesehen, dass es danach noch eine Nachbeobachtungsphase gibt, weil natürlich auch beobachtet werden muss, ob der Kreislauf stabil ist. Auch das muss ermöglicht werden. Dafür muss auch Platz

vorhanden sein. Deswegen ist das in diesem Handlungsleitfaden bzw. in dieser Empfehlung mit enthalten.

Zur Terminvergabe: Als wir Länder die Nummer „116 117“ gehört haben, haben wir gesagt: „Nein, bitte nicht!“ Jens Spahn war durchaus enttäuscht, auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die ja eine eigene IT-Abteilung hat und das gerne entwickelt hätte und schon über Weichen gesprochen hat, die sie machen wollte usw. Aber nicht nur ich hatte keine Fantasie, dass das funktionieren könnte, sondern auch alle anderen Gesundheitsminister. Dann gab es wohl eine sehr ernüchternde Zusammenkunft der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der KBV und dem BMG und haben alle Chefs der Kassenärztlichen Vereinigungen gesagt: Wir sind mit unserem Land in guten Gesprächen und machen das alleine! - So ist es auch in Niedersachsen.

Wir sprechen mit einem Dienstleister, der das organisieren kann. Es geht um eine Plattform, die digital etwas vermitteln soll. Es muss natürlich immer einen doppelten Termin geben. Es muss auch die Variante eines Bürgertelefons geben, sodass dann, wenn im ländlichen Raum überhaupt keine Netzabdeckung vorhanden ist oder kein PC zur Verfügung steht - auch so etwas gibt es noch in den älteren Jahrgängen -, telefonisch ein Termin vereinbart werden kann. Auch für die Information wird es ein Bürgertelefon geben; denn es wird natürlich unendlich viele Fragen geben. Wir versuchen das. Es wird eine große Kampagne geben, die natürlich bundesweit ausgerollt wird: von der BZgA, aber auch, um im Social-Media-Bereich zielgruppen- und adressatengerecht zu kommunizieren. Alles das wird vorbereitet. Das müssen die Länder aber nicht einzeln machen, sondern das machen wir alle gemeinsam. Das ist eine bundeseinheitliche Kampagne. Aber das ist alles erforderlich. Wir werden eine Nummer haben, aber - um das klar zu sagen - nicht 116 117. Sobald wir die Nummer haben, werden wir sie natürlich auch über Sie sofort publik machen.

Der Terminvergabe ist nicht trivial. Mein Kollege Karl-Josef Laumann sagte, dass das ohnehin ein Mammutprojekt ist. Wir hatten noch nie eine Situation, in der wir in wenigen Wochen und Monaten versucht haben, die gesamte Bevölkerung zu impfen und zu schützen. Das ist noch nie dagewesen und geht natürlich über das eigentliche Impfen hinaus. Da hängt eine Menge dran.

Noch einmal zum Impfstoff: Es gibt sogar - um es offen zu sagen - Krankheiten, für die es überhaupt keinen Impfstoff gibt. Wir hätten uns sehr gewünscht, dass es für HIV bzw. Aids - es war gerade der Welt-Aids-Tag - einen Impfstoff gibt. Es gab riesige Anstrengungen, Impfstoffe und Vakzine zu entwickeln. Sie blieben aber ohne Erfolg, weil das Virus so variabel ist.

Dass wir jetzt so weit sind, kann man gar nicht genug wertschätzen. Das hat natürlich etwas damit zu tun, dass man international sehr eng zusammengearbeitet hat. Alle Aktivitäten wurden auf Corona ausgerichtet, und alle Ressourcen wurden dafür eingesetzt. So ist man jetzt relativ schnell dazu gekommen. Das sind ja alles Kooperationen. Die Impfstoffhersteller sind ohnehin sehr große Unternehmen. BioNTech/Pfizer ist eine Kooperation eines kleinen, wirklich agilen Unternehmens mit einem sehr großen Konzern, um die Entwicklung des Impfstoffes in den verschiedenen Phasen überhaupt in derart kurzer Zeit organisieren zu können. Aus der Forschung kann man keine Phase-2- und Phase-3-Projekte machen. Das ist von den Finanzmitteln her gar nicht möglich. Deswegen ist es ein großes Glück, dass wir jetzt schon mehrere Impfstoffe haben.

Es ist richtig, diese neue RNA-Technologie wurde bisher so noch nicht eingesetzt. Die Inhaltsstoffe kenne auch ich nicht. Diese werden aber mit der Zulassung offen gelegt werden.

Der Clou daran ist, dass die Messenger-RNA in diese Lipid-Nanopartikel eingeschlossen sind. Darüber gelingt es, diese mRNA in die Körperzelle einzuschleusen und sie von den körpereigenen Zellen ablesen zu lassen, um dann ein paar Viruspartikel zu haben, gegen die dann das Immunsystem arbeiten kann. Das ist die Struktur. BioNTech/Pfizer arbeitet mit Lipid-Nanopartikeln.

Der von den Amerikanern vorgeschlagene Impfstoff ist nach meinen Informationen vektorbasiert. Dabei braucht man ebenfalls ein Shuttle. Man verwendet ein abgeschwächtes Virus, in das man die Informationen einschließt, und transportiert es in die Körperzelle. RNA, die nicht zu mir gehört, wird von meinem Immunsystem sofort kurz und klein gehackt. Das ist eine große Kunst.

Der Impfstoff hätte wahrscheinlich nicht eine solche Chance bekommen, wenn es die Situation nicht erfordert hätte. Das Erfordernis, die ganze Logistik bei minus 50 Grad oder bei minus 20 Grad aufrechtzuerhalten, würde im normalen

Regelgeschäft nicht eingegangen. Dann hätte man überlegt, ob er nicht auch stabil sein kann, wenn es nur 5 Grad und nicht minus 50 Grad sind. Das ist aber der jetzigen Situation geschuldet.

Es gibt auch Impfstoffe, die eher auf konventionellen Strukturen und Konzepten aufbauen. Diese Impfstoffe werden nächstes Jahr in der Zulassung erwartet. Diese Impfstoffe wurden mithilfe des Spike-Proteins von der Oberfläche des Virus entwickelt. Wenn man Teile davon in den Körper einschleust, kann das Immunsystem dagegen eine Abwehr entwickeln. Das ist die Überlegung von Sanofi-Aventis. Dieser Impfstoff kann dann bei 5 Grad lagern. Das dauert aber noch ein bisschen länger.

Es gibt noch ein paar Impfstoffe, die in der nächsten Zeit infrage kommen, insgesamt 10 bis 12, die ich in einer Liste gesehen habe. Diese werden in der nächsten Zeit in die zweite oder dritte Phase eintreten.

Zu den Informationen, die wir haben: Die Landesregierungen haben keinen Zugang zu den Zulassungsdaten. Diese hat das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) im Bund. Die Zulassung funktioniert immer so: Einer ist Rapporteur, und die anderen sind Co-Rapporteure bei der EMA. Das PEI bekommt als Co-Rapporteur diese Studiendaten. Die Landesregierung hat sie aber nicht. Ich kann Ihnen aber einen Artikel in der Fachzeitschrift *The Lancet* empfehlen, in der die Studienergebnisse der ersten Phase aufgeführt sind. Daran kann man ziemlich genau sehen, wer Proband war, wie die Wirksamkeiten waren und wie das Nebenwirkungsspektrum aussieht. Das ist öffentlich zugänglich.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Wir haben vorhin über das Thema Logistik gesprochen. Herr Staatssekretär Scholz hat in der letzten Woche mitgeteilt, dass das Land zurzeit mit einem Logistiker verhandelt. Andere Länder haben nach meinen Informationen schon einen Vertrag mit einem Logistiker geschlossen. Wie weit ist das vorangeschritten?

Sie haben vorhin auch das Thema der aktuellen Notfallstufen angesprochen. Das ist eine Vorlage der GKV. Wir haben mal eine Vorlage zu den Notfallstufen aus dem Jahr 2019 bekommen. Zu dieser Zeit haben ein paar Krankenhäuser noch Verhandlungen darüber geführt, in welche Notfallstufe sie eingestuft werden sollen. Es wäre

sehr hilfreich, wenn wir eine Übersicht darüber bekommen könnten, welches Krankenhaus mittlerweile in welche Notfallstufe eingestuft worden ist.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Seit Beginn der Corona-Pandemie haben wir uns in diesem Ausschuss sehr ausführlich mit den Verordnungen beschäftigt. Deshalb sind wir alle kleine Fachleute und können in der Regel Auskunft erteilen. Es gibt aber hin und wieder Situationen, in denen man ziemlich ratlos ist. Ich möchte jetzt gerne einen konkreten Fall nennen:

Es geht um eine Familie mit vier Kindern, die älter als 14 Jahre sind. Die Eltern leben mit drei Kindern in einem Haushalt. Eine Tochter ist zurzeit im Ausland und will zu Weihnachten ihre Eltern besuchen. Über Weihnachten geht das alles nach der Verordnung; das ist eindeutig. Aber wie ist es vorher? Der Flug findet vor Weihnachten statt. Wenn zu den fünf in diesem Haushalt die Tochter hinzukommt, sind es sechs. Nach der Verordnung dürfen sich aber maximal fünf aus zwei Haushalten treffen. Was soll ich nun diesem besorgten Vater sagen, der mich gefragt hat, ob seine Tochter anderswo im Hotel übernachten muss, bis sie zu Weihnachten zu ihrer Familie kommen kann?

Ich habe noch eine Bitte, weil die Verordnung hoffentlich irgendwann gelockert werden kann. Es wurden mehrere Anträge gestellt, bestimmte Einrichtungen zu öffnen. Wir werden sie ablehnen. Denn in einer Situation, in der wir solche Fragen haben, ist es nicht zu verantworten, Einrichtungen zu öffnen. Trotzdem möchte ich darum bitten, dass Sie sich, sobald dies möglich ist, dafür einsetzen, dass Museen, Bibliotheken und auch Zoos wieder geöffnet werden können.

Meine letzte Frage: Heute steht in den Medien, dass man gurgeln soll, um sich vor Infektionen zu schützen. Wenn es so einfach wäre, bräuchten wir uns gar nicht impfen zu lassen. Darum meine Frage: Wie beurteilt das Ministerium diese Vorschläge aus der Wissenschaft, dass man häufig gurgeln und sich so schützen soll?

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Ich habe eine Frage zu dem Übergang zwischen den Impfzentren und den Hausarztpraxen. Hat man sich schon darüber Gedanken gemacht, welche Zielmarke erreicht werden soll, um dann die Impfzentren schließen und zu den Hausärzten übergehen zu können? Das ist auch deshalb interessant, weil mein Gefühl mir sagt, dass es dann zu

dem Punkt kommt, an dem hoffentlich alle vulnerablen Gruppen geimpft sind und die Impfung für alle offen ist. Das interessiert viele Menschen. Es geht dann um Reisefreiheit usw. - Ich weiß, das ist ein Blick in die Zukunft. Aber man möchte ja auch ein bisschen positive Ausblicke haben.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Meine erste Frage knüpft an das an, wonach Frau Hamburg vorhin gefragt hat, nämlich zu den Schnelltests. Haben Sie einen Überblick darüber, inwieweit die Bestätigungen, die die Einrichtungen für ihre Testkonzepte von den Gesundheitsämtern benötigen, erteilt wurden? Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist dabei ja zur Hilfe genommen worden. Wenn Sie dazu eine grobe Zahl nennen könnten, wäre das super.

Eine sehr konkrete weitere Frage: Es war von einer nationalen Reserve von Schutzmaterial die Rede. Wissen Sie, ob eine solche Reserve auch in Niedersachsen angelegt wird und, wenn ja, wo?

Ich möchte auch noch einen Spezialfall wie Herr Jasper ansprechen, aber nicht einen solchen schönen Familienfall. Mir ist der Problemfall Solarien zugetragen worden. In der aktuellen Verordnung wurden Sonnenstudios bzw. Solarien gesperrt. Im Mai hat es aber eine OVG-Entscheidung gegeben, nach der dort kein Zugang zu anderen Personen besteht. Ich habe das Konzept verstanden, Freizeitaktivitäten herunterzufahren, die nicht zum täglichen Bedarf gehören. Wenn aber schon gerichtlich bestätigt worden ist, dass in Solarien kein Kontakt zu anderen Personen besteht, hätten wir gerne eine Erklärung für diese Regelung in der Verordnung.

Sie sprachen von dem Modul des Landesgesundheitsamtes. Wie sieht das aus? Was ist das? Ist das ein YouTube-Tutorial mit einer Art Unterrichtsvorbereitung? Ich kann mir darunter noch nichts vorstellen.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Das ist eine digitale Einführung für diese Testungen - nicht mehr und nicht weniger.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich habe noch eine Frage zu den Impfzentren. Inwieweit haben Sie einen Überblick darüber? Es ist ja eigentlich alles gemeldet worden. Es soll ja jetzt auch genehmigt werden, dass sie personell ausreichend ausgestattet werden. Kontrollieren Sie

das im Rahmen des Genehmigungsverfahrens über das MI?

Ich möchte noch eine andere Frage zum Thema Gesundheitsämter stellen. Ist die Kontaktnachverfolgung weiterhin gewährleistet? Bei welchen Gesundheitsämtern ist es kritisch? Haben Sie dazu Rückmeldungen bekommen?

Es hieß ja, dass 1 400 Landesbedienstete in die Gesundheitsämter entsandt werden sollen. Wie viele sind zwischenzeitlich entsandt worden? Nach dem letzten Stand, den Herr Staatssekretär Scholz mitgeteilt hat, waren es 400. Das finde ich wichtig, weil ich immer mehr höre, dass abgezogen wird.

In diesem Kontext möchte ich noch gerne fragen, in welchem Rahmen Studierende außerhalb der medizinischen Studiengänge in den Gesundheitsämtern zur Nachverfolgung eingesetzt werden. Wurden dafür auch Personen aus der Lehre und Forschung zur Abordnung an die Gesundheitsämter angefragt? Ganz konkret: Gab es eine Verfügung des MWK, Personal aus dem Bereich der Hochschulen abzuordnen und freizustellen?

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Ich habe noch eine Nachfrage zu der Freihaltepauschale. Herr Staatssekretär Scholz hat in der letzten Sitzung ausgeführt, dass man auch im Land Niedersachsen sicherlich nicht glücklich mit diesem Gesetz ist und dass es ein „Bürokratiemonster“ ist. Sie haben gerade ausgeführt, dass die ersten Bescheide herausgegangen sind und sich das eine oder andere Krankenhaus freuen kann, dass es nun weiterhin die freigehaltenen Betten bezahlt bekommt.

Eine Frage konkret zu meinem Landkreis, der stark betroffen ist und kein Krankenhaus der Notfallstufe 2 und 3 hat: Es gibt ja die Öffnungsklausel. Wird sie für Cloppenburg oder für andere Landkreise angewandt? Greift man darauf zurück?

Wenn nicht darauf zurückgegriffen wird, entstehen den Krankenhäusern ja massive Kosten; denn sie sind ja in ihrem Handlungsspielraum sehr eingeschränkt. In Cloppenburg muss man Betten freigehalten, die belegt sind. Man muss dann wiederum Betten für neue Patienten freigehalten, die Corona-bedingt kommen könnten. So können die Krankenhäuser keine Umsatzerlöse mehr in anderen Abteilungen erzielen. Das betrifft viele ganz normale Vorgänge, für die ein Intensivbett

freigehalten werden müsste. Im normalen Tagesgeschäft hat man ja einen solchen Puffer. Die Betten können dann nicht mehr belegt werden. Das heißt, man muss ganze Stationen schließen und kann eigentlich nichts mehr machen, weil man gut belegt ist. Das wird ja auch bezahlt. Die Leistungen für Corona-Patienten auf einer Intensivstation werden ja bezahlt. Aber die Auswirkungen, sozusagen der Rattenschwanz nach hinten heraus, führen letzten Endes zu Kosten.

Vom Bund, von Herrn Spahn, aber auch hier in Niedersachsen wurde immer gesagt, dass kein Krankenhaus auf den Kosten sitzen bleibt und dass niemand unter Corona leiden muss. Was sollen wir denn jetzt diesen Krankenhäusern raten? In einem halben Jahr ist die Krise hoffentlich überstanden und müssen die Betten nicht mehr freigehalten werden. Sollen die Krankenhäuser jetzt genau darüber Buch führen, damit sie später den Nachweis erbringen können, dass ihnen in diesem halben Jahr Kosten von 1 Million Euro, 2 Millionen Euro oder 3 Millionen Euro entstanden sind, damit sie ausgeglichen werden?

Wie gesagt, wir sind uns darüber einig. Dieses Gesetz hätte nicht sein müssen. Für Cloppenburg hat es sicherlich schon Auswirkungen. Ich gehe davon aus, dass andere Landtagskollegen, die bisher noch nicht angesprochen worden sind, irgendwann auch darauf hinweisen werden, dass ihre Krankenhäuser bei hohen Inzidenzwerten wirklich in Nöte kommen. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

In der letzten Sitzung hat Frau Schröder bezüglich der Tests und der entsprechenden Bezahlung ausgeführt, dass in der Eingliederungshilfe nur die Sachkosten und nicht die Personalkosten bezahlt werden. Es wurde gesagt, dass die Einrichtungen das selbst organisieren und diese Kosten tragen müssen. Ich bin mehrfach insbesondere von großen Einrichtungen bei uns im Landkreis angesprochen worden, die natürlich nicht damit zufrieden sind und darauf hinweisen, dass an dieser Stelle eine Unterscheidung zwischen Pflegeeinrichtungen und der Eingliederungshilfe gemacht wird. Diesen Einrichtungen entstehen natürlich durch deren Größe erhebliche Kosten. Dafür muss Personal abgestellt werden, das dann nicht an anderer Stelle eingesetzt werden kann. Ist das immer noch der letzte Stand der Dinge, oder werden darüber noch Gespräche geführt? Sind die Verbände deswegen schon an Sie herangetreten? Dazu interessiert mich der aktuelle Sachstand.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Zur Eingliederungshilfe: Da ist in Aussicht gestellt worden, dass man über den Landesrahmenvertrag entsprechend Vereinbarungen treffen kann. Wir sind in der guten Situation, dass wir das als Land auf Landesebene als überörtlicher Träger regeln können. Das muss verhandelt werden. Das muss natürlich nachgehalten werden; das ist klar. Das muss belegt werden. Anderenfalls steigt mir der Finanzminister aufs Dach, der ja auch wissen möchte, wofür wir im Rahmen des BTHG die Mittel verwenden. Es ist also das Signal ergangen, dass man das zur Sprache bringen und dafür im Landesrahmenvertrag eine Lösung finden kann.

Die Krankenhäuser müssen in der Tat am Ende des Jahres jeweils auf Hausebene mit den Krankenkassen verhandeln. Dann müssen die Ausfälle, die sie haben, zur Sprache kommen. Es wird ja jedes Jahr verhandelt. Das wird auch in diesem Fall geschehen.

Die Öffnungsklausel wollen wir erst einmal nicht ziehen. Es wird geprüft, ob die Voraussetzungen gegeben sind. Diese Freihalteprämie macht aber keine Freude. Die Freihalteprämie bedeutet ja, dass wir dem Krankenhaus sagen, dass es die elektiven Leistungen jetzt bitte herunterfahren soll - sie sind aber das normale Geschäft, mit dem es Geld verdient - und dann 90 % der Freihalteprämie bekommt. Mehr ist es ja nicht im Moment. Gestaffelt nach den sieben Stufen - je nachdem, um was für ein Krankenhaus es sich handelt - gibt es dann 90 % der jeweiligen Pauschale. Da kommt bei den Krankenhäusern keine Freude auf!

Die beste Situation ist eigentlich die, die wir ihnen jetzt gelassen haben, dass sie 2 % bzw. 4 % freigehalten müssen und dass dann, wenn 50 % der Kapazität belegt sind, wieder 2 % innerhalb von 24 Stunden zusätzlich freiziehen müssen - das ist ja dieses „atmende System“ -, aber sonst nichts. Alles andere läuft ja im Moment weiter.

Ich höre aus den Krankenhäusern, dass sie Probleme durch die Quarantänesituation bekommen. Das ist übrigens in allen Unternehmen ein Problem. Je höher der Infektionsdruck draußen ist, desto höher ist das Risiko, dass Beschäftigte in Quarantäne genommen werden und dann nicht zur Arbeit kommen können. Ich höre als Problem, dass die Belegschaft dann nicht mehr vollständig ist und dass die Teams ausdünnen, da man ja Pflegefachkräfte, Pflegekräfte und alle anderen Beschäftigten nicht vervielfältigen und sich auch

nicht einfach welche ausleihen kann. Zum Teil kann das dann über Leiharbeit abgepuffert werden. Dort gibt es aber immer schon ein relativ enges Personalkorsett. Der Fachkräftemangel ist ja nicht neu, sondern schlägt dann noch einmal zu, wenn ein guter Teil der Beschäftigten unter Quarantäne gestellt wird. Das Problem ist eher, dass man dann auch Stationen schließen und auch elektive Leistungen herunterfahren muss. Bisher haben wir das ja nicht angeordnet. Wir haben bisher immer nur gesagt, bestimmte Anteile müssen für COVID-19-Patienten vorgehalten werden, aber nicht, die planbaren Leistungen herunterzufahren. Das würden wir aber dann mit dem Bescheid machen. Deswegen werden wir ihn sehr sorgfältig und sehr sorgsam einsetzen, und zwar erst einmal für die Versorgungsstufen 2 und 3. Dann, wenn sie nicht mehr versorgen können, kann man nach der Verabredung mit Jens Spahn auch die Krankenhäuser der Versorgungsstufe 1 entsprechend bescheiden. Wir prüfen das.

In der Situation im Frühjahr dieses Jahres gab es eigentlich eine Übervorteilung. Die Pauschale von 560 Euro war für die kleinen Krankenhäuser der Versorgungsstufe 1 ein gutes Geschäft: Nichts zu tun, die Leute waren zu Hause, haben ihre Überstunden abgebummelt, und trotzdem 560 Euro - das hat sich durchaus gelohnt. Das ist aber von dem Beirat über die sieben Stufen weggenommen worden. Jetzt bekommt man von der jeweiligen Pauschale auch nur noch 90 %. Dann ist das kein Geschäft mehr, sondern eher ein Ausgleich, der wahrscheinlich nicht das voll kompensiert, was man tatsächlich bräuchte.

Von daher sind, glaube ich, alle froh, wenn sie keine Bescheide bekommen, wenn wir im Moment eine Situation haben, dass sie alle ihr übliches Geschäft weiter betreiben. Mir sagen die Krankenhäuser auch, dass es anders als im Frühjahr ist, weil die Leute nämlich kommen. Im ersten Lockdown wollte niemand ins Krankenhaus. Damals sind viele nicht in die Notaufnahme gegangen. Auch in den Praxen sind Patienten ausgeblieben. Das ist im Moment nicht mehr der Fall. Ganz im Gegenteil, einige Krankenhäuser führen noch schnell eine Behandlung durch, oder die Patienten möchten noch schnell operiert werden, weil sie nicht wissen, ob das in den nächsten Wochen und Monaten noch möglich sein wird.

Deswegen kann ich niemandem irgendwelche Öffnungsschritte versprechen, Herr Jasper. Meine Einschätzung ist eher, dass das der Wintermodus ist - ich habe das auch Anfang dieser Woche ge-

sagt - und dass das Szenario, das wir im Moment in der Verordnung haben, bleiben wird. Die Kontaktbeschränkungen stehen obendrüber. Wir werden einfach die Mobilität und die Frequenz der Kontakte herunterfahren müssen. Sobald wir wieder irgendwo Dinge ermöglichen, klappt das nicht. Wenn man etwa wieder ins Sonnenstudio fährt, beamt man sich ja nicht dorthin. Dort hat man möglicherweise Kontakt zu niemandem, wohl aber auf dem Weg dorthin.

Ich weiß nicht, ob Heiger Scholz vor einer Woche erwähnt hat, dass die Mobilfunkdaten ausgewertet werden mit dem Ergebnis, dass der Herbst ernüchternd gewesen ist, was die Reduzierung der Frequenz angeht. Im ersten Lockdown haben wir gesehen, dass in der Spitze, etwa um den 1. Mai herum, bis zu 60 % weniger Mobilität in der Gesellschaft war. Bevor wir jetzt die Verordnung in Kraft gesetzt haben, hatten wir 1 % weniger Mobilität als im November des Vorjahres. Dann muss man sich nicht wundern, dass die Infektionszahlen nicht wie Sternschnuppen herunterfallen.

Es kommt ja immer auf das Gesamtpaket und nicht auf die einzelne Maßnahme an. Man muss die Zahl der Kontakte reduzieren. Die Priorität liegt bei den Schulen und bei Kindern und Jugendlichen. Auch alle anderen müssen in der Summe die Kontakte reduzieren.

Jetzt zu dem Beispiel der Familie: Wenn man aus dem Ausland ausreist, kann man ohnehin nicht in den Hausstand, sondern muss man in Quarantäne. - Das schon als schlimme Botschaft vorweg.

Diese Fünfer-Regelung ist nicht so zu verstehen, dass die engeren Familienangehörigen nicht zusammensitzen können, auch wenn sie mal sechs sind und über 14 Jahre alt sind. Wer aber einreist - woher auch immer -, geht hier erst einmal in Quarantäne. Das heißt, man kann nicht sofort in den Familienhaushalt einrücken - oder so, dass man keinen Kontakt hat.

Dieses Thema werden wir übrigens über Weihnachten wieder bekommen. Viele Leute hier haben Angehörige bzw. Verwandte im Ausland, die sie besuchen wollen. Wenn sie zurückkehren, müssen sie in Quarantäne. Das wird am Jahresende auch Probleme in Produktionsbetrieben verursachen, in denen sie beschäftigt sind, weil sie erst einmal noch in Quarantäne und nicht sofort wieder einsatzfähig sind.

Zum Gurgeln: Das klingt vielleicht ein bisschen skurril, aber ich habe in der Tat einmal checken lassen, was wir über Nasenspülungen wissen. Kochsalzlösungen haben schon die alten Yogis für Nasenspülungen verwendet. Vor mehr als zehn Jahren gab es mal eine große Studie der Ersatzkassen, um zu zeigen, dass diejenigen, die ihre Nase regelmäßig spülen, weniger Erkältungskrankheiten im Winter bekommen. Eine Nasenspülung mit einer Nasenspülkanne ist nicht schön, aber sehr wirksam. Dazu gibt es aber, was die Studienlage angeht, ein geteiltes Bild. Es gibt Fachleute, die empfehlen, nicht jeden Tag die Nase zu spülen - auch ich mache das übrigens -, sondern nur bei akuten Infekten. So ähnlich ist es auch mit dem Gurgeln.

Mit der Kochsalzlösung erzeugt man einen osmotischen Druck in der Nase, der dazu führt, dass zumindest die gramnegativen Bakterien den osmotischen Druck nicht aushalten und sich auflösen. Das kann man ziemlich gut nachweisen. Ob das auch für Viren funktioniert, weiß niemand. Die Bakterien hält man damit aber, glaube ich, gut in Schach. Deswegen ist dieses eklige, aber wirksame Gurgeln mit Kochsalzlösung auch bei Halsschmerzen und Infekten im Hals immer hilfreich. Ob das auch für Viren wirksam ist, ist die zweite Frage. Bakterielle Infekte laufen ja anders ab.

Zu den Gesundheitsämtern: Die Gesundheitsämter in Salzgitter, Göttingen und Stade haben am Anfang des Monats bei uns angezeigt, dass sie die Nachverfolgung von Kontaktpersonen nicht tagesaktuell leisten können. Die Zahl der Gesundheitsämter, die bei uns eine Überlastung anzeigen, wird aber geringer. Das liegt auch daran, dass wir mittlerweile sehr umfangreich Unterstützung leisten. Zwei Wochen vorher war das noch von sechs Landkreisen angezeigt worden. Diese Entwicklung hat natürlich auch etwas mit den Kontaktbeschränkungen zu tun, sodass selbst dann, wenn jemand eine Infektion hat, nicht bei einer großen Partygruppe von 30 bis 400 Personen die Kontakte nachverfolgt werden müssen. Die Kontaktbeschränkungen und kleinen Gruppen führen natürlich auch dazu, dass die Leute weniger Kontakte haben, die dann nachverfolgt werden müssen. Das wird uns auch von den Gesundheitsämtern gemeldet. Sie mussten sonst immer durchschnittlich 30 bis 40 Kontakte pro Fall nachverfolgen. Jetzt sind es 3 bis 5.

Zu der Frage, wie viele Landesbedienstete wir abgestellt haben: Nach meinem Stand sind jetzt 300 Vollzeiteinheiten abgestellt worden. Ich ken-

ne nur die Zahl der Vollzeiteinheiten, weiß aber nicht, wie viele Beschäftigte es sind. Unterstützung kann auch noch von den Kontaktnachverfolgungsteams gegeben werden. Auch Soldaten können noch Unterstützung leisten. Wir haben auch noch die Scouts, die Unterstützung geben können. Das schwingt sich alles ein, dass man dann, wenn man Hilfe braucht, auch weiß, wie man sie sich organisiert. Das gilt auch für die Studierenden. Die Landkreise haben sie auf unterschiedliche Art und Weise angesprochen. Nicht nur angehende Mediziner und Naturwissenschaftler sind nach meinen Informationen gefragt worden, sondern ganz viele Studierende aller Fakultäten, weil sie ja auch mehr Zeit und meistens keine Jobs mehr in der Gastronomie haben, die sie ja zuvor ausgeübt haben. Auch sie werden in den Gesundheitsämtern eingesetzt. Ich weiß aber nicht, ob das MWK dafür einen Aufruf gemacht hat. Ich glaube, das war gar nicht erforderlich. Wenn die Landkreise auf ihre jeweiligen Universitäten und Fachhochschulen zugegangen sind, brauchen sie, glaube ich, gar nicht mal die Unterstützung von der Landesseite.

Zum Stichwort „Nationale Reserve“: Ja, es wird eine nationale Reserve angelegt. In jedem Bundesland wird es wahrscheinlich ein entsprechendes Lager geben. Langenhagen war mal im Gespräch. Das ist aber noch nicht ganz fix und noch nicht konkretisiert, sondern in der Überlegung.

Wir haben ja ein Kompetenzzentrum in Celle. Es hat auch für einige Wochen Schutzausrüstungen vorrätig und gelagert. Das ist eine Konsequenz aus der Situation im Frühjahr. Das kann natürlich durch eine nationale Reserve ergänzt werden.

Ansonsten bin ich bei Reserven immer dafür, dass wir durchlaufende Depots einrichten. Das machen wir z. B. mit den Bundeswehr-Krankenhäusern bei den Antibiotika. Das heißt, dass man eine Reserve hat, die aber immer aufgebraucht wird, sodass man nichts entsorgen muss.

Zu der Frage von Frau Schütze nach einer Zielmarke für die Hausarztpraxen: Das hängt sehr davon ab, wie schnell und in welchen Mengen der entsprechende Impfstoff zur Verfügung steht. Rahmenverträge sind auch für das Produkt von Sanofi-Aventis abgeschlossen worden. Das ist die Wegmarke. Wenn klar ist, wann und in welcher Menge dieser Impfstoff kontinuierlich kommt und wenn das alles so ist, bin ich sehr geneigt, das Gros des Impfgeschehens so schnell wie möglich in die Regelversorgung in die Hausarztpraxen zu

geben. Denn die können das. Sie kennen ihre Patienten. Das alles wirkt ja unterstützend. Sie können sie auch gut beraten. Insofern ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt immer die allererste Adresse. Der Vertrag ist kurz vor der Unterzeichnung. Das wird also!

Wie viele Konzepte der Alten- und Pflegeeinrichtungen vom ÖGD genehmigt worden sind, wissen wir nicht, weil die Gesundheitsämter jetzt alle Hände voll zu tun haben und nicht noch eine Statistik darüber führen, wie viele der Konzepte sie genehmigt haben. Von den Verbänden der Privaten und der Freien Wohlfahrtspflege und aus unseren Pflegerunden, die das Fachreferat regelmäßig jede Woche durchführt, weiß ich, dass das funktioniert. Die Konzepte werden genehmigt. Wir haben auch keine Knappheit, was die Tests angeht. Das war meine größte Sorge, weil das ja erst hochlief. Die Tests sind also ausreichend verfügbar.

Zusätzlich kommt jetzt das Besuchermanagement in den Pflegeheimen dazu und muss in irgendeiner Weise organisiert werden. Auch die Besucher müssen Verständnis dafür haben, dass sie getestet werden. Das scheint nicht immer der Fall zu sein. Wir haben ja alles dafür getan, dass diese Tests jetzt verfügbar sind und auch bezahlt werden und dass sie möglichst niedrigschwellig angewendet werden können. Das Leben ist aber vielfältig. Mir wird auch berichtet, dass man durchaus auch darüber sprechen muss; denn ein Nasenabstrich ist nicht wirklich schön. Die Besucher müssen dann auch bereit sein, sich testen zu lassen, wenn sie im Pflegeheim einen Besuch abstatten wollen.

Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Ich möchte noch einmal auf die Fünf-Personen-Regelung eingehen. Ich erlebe, dass die Reduzierung der Kontakte von zehn auf fünf Personen deutlich mehr Verunsicherung und Nachfragen auslöst, als das vorher der Fall war. Ich führe regelmäßig telefonische Sprechstunden durch. Gestern ging es nur um dieses Thema.

Die FAQs sind relativ klar. Daran kann man anschaulich nachvollziehen, was Familie ist, was Haushalte sind und was passiert. Ich weiß auch, wie man auf diese Personenzahl kommt und wie viele Kinder ein Haushalt im Durchschnitt hat. Das mag auf dem Land ein bisschen anders sein. Dort gibt es eine ganze Reihe von Haushalten mit zwei bis drei Kindern. Familien mit drei oder sogar mehr Kindern haben das Problem, dass sie dann

tatsächlich gar keinen Besuch bekommen dürfen. Mir wurde geschildert, dass dort die Sorge der Vereinsamung besteht. Denn dort sind schon fünf Personen im Haushalt, sodass die Oma und der Opa nicht dazukommen dürften, weil es dann sieben Personen wären, also mehr als fünf.

Ein anderer Fall: Wenn man zu viert ist und ein weiterer Haushalt hinzukommt, ist das nach den Regelungen in Ordnung. Die Oma darf kommen, dann sind es nämlich fünf Personen. Skurrilerweise darf dann, wenn ein Kind den Haushalt verlässt, auch der Opa kommen. Wenn aber Oma und Opa zusammen zu Besuch kommen, würde das ja an der Zahl der Haushalte, die sich begegnen, nichts ändern.

An solchen Nachfragen zu Beispielfällen merke ich, dass eine große Verunsicherung besteht. Das Positive ist, dass sich die Leute offensichtlich Gedanken machen. Das heißt, sie haben es verstanden. Ihnen ist es nicht egal, welche Regelungen in der Verordnung stehen, sodass sie sich einfach zu zehnt treffen. Das ist schon mal positiv.

Ich glaube aber, gerade mit Blick auf die mögliche Verlängerung bis zum 10. Januar 2021 muss vielleicht noch mit praktischen Tipps untermauert werden, was noch in Ordnung ist. Ich weiß, dass das schwierig ist. Dann kommen ja immer Spezialisten, die argumentieren, dass dann, wenn etwas erlaubt wird, auch noch anderes erlaubt werden müsste - mit der Folge, dass dann wieder 20 Personen in einem Haushalt sitzen würden.

Ich mache mir ein bisschen Sorgen darüber, ob das alles praktikabel ist, und dass jemand, der Angst hat, dann darauf hinweist, dass irgendwo in einem Haushalt eine Person zu viel ist, und andere zu großzügig damit umgehen. Um die Feiertage mit den erlaubten zehn Personen mache ich mir persönlich nicht so viele Sorgen; denn das ging auch bisher. Im November gab es dazu nicht viele Nachfragen. Die Leute haben gesagt, dass die Zahl von zehn Personen okay ist. Ich merke aber jetzt, dass das bei der Fünf-Personen-Regelung nicht mehr der Fall ist, weil es größere Familienkonstellationen gibt.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Ich habe noch eine Nachfrage zu der Freihaltepauschale. Ich glaube, man kann nicht pauschal sagen, ob das ein Geschäft ist oder nicht. Einige Krankenhäuser haben sicherlich davon profitiert. Andere Krankenhäu-

ser - die großen Krankenhäuser - haben vorher schon geklagt, dass es zu wenig ist.

Sie haben ausgeführt, dass am Jahresende mit den Krankenkassen abgerechnet wird. Ich bin neu in diesem Thema. Ich war bei solchen Verhandlungen noch nie dabei. Ich habe aber in diesen drei Jahren schon erfahren, dass es nicht ganz einfach ist, mit Krankenkassen zu verhandeln. Für ein Krankenhaus ist es sicherlich schwierig, nachzuweisen, dass ein Defizit auch durch Corona bedingt ist usw. Ich habe ein bisschen die Befürchtung, dass die Krankenkassen, so wie ich sie als Verhandlungspartner wahrgenommen habe, die Fünf nicht gerade sein lassen werden und genau hinschauen, was abgerechnet wird und was nicht. Meine Angst bezieht sich darauf, was dann ist, wenn ein Krankenhaus nicht mit der Krankenkasse klarkommt, aber an dieser Stelle ein Defizit hat. Dann könnten Wirtschaftsprüfer eingesetzt werden, die dann prüfen, ob das Defizit wirklich Corona-bedingt ist oder ob es schon vorher strukturelle Probleme gegeben hat.

Auf Bundesebene, aber auch hier in Niedersachsen gibt es politische Aussagen, dass man zu den Krankenhäusern steht und sie unterstützt. Wird jetzt schon im Vorfeld mit den Krankenkassen gesprochen, dass sie da jetzt mal die Fünf gerade sein lassen und das nicht bis ins Letzte aushandeln sollen? Welche Hoffnungen können diese Krankenhäuser haben, die jetzt Angst davor haben, mit den Krankenkassen zu verhandeln und dann vielleicht festzustellen, dass sie auf einer ganzen Menge Geld sitzengeblieben sind? Viele Landkreise haben sich ja schon hinter ihre Krankenhäuser gestellt und sie abgesichert. Aber das kann ja nicht Sinn und Zweck sein. Politisch gab es immer das Signal: Es soll keiner mit einem Schaden aus der Corona-Pandemie herausgehen. Politisch wird ja auch viel Gutes für alle Branchen getan. Gerade der Branche, auf die es jetzt ankommt, sollten wir noch einmal ein Signal geben, und wir sollten auch mit den Krankenkassen reden und sagen: Lasst da bitte die Fünf gerade sein!

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Ich habe in der letzten Woche einen Anruf von einem kleinen Handwerksbetrieb bekommen, der sich kurz vor Weihnachten zumindest gerne mit seinen Mitarbeitern zusammensetzen und ein kleines Essen ausgeben möchte usw. Das sind wohl insgesamt acht oder neun Personen. Sie dürfen ja nicht in eine Gaststätte gehen. Dürfen sie privat in einer großen Werkstatt, in der sie ausreichend Platz ha-

ben, mit so vielen Personen zusammensitzen? - Ich habe ihnen gesagt: Nein! - Man ist sich da auch ein bisschen unsicher. Dazu würde ich gerne Ihre Einschätzung hören.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Ihre Einschätzung ist völlig richtig. Beruflich geht alles - auch das, was wir jetzt hier machen - immer. Zusammenkünfte wie Weihnachtsfeiern würde ich aber nicht dazu zählen. Das geht nicht. Mit fünf Personen aus zwei Haushalten wäre das noch in Ordnung. Ich finde, wir sollten damit aber gar nicht erst anfangen, weil dann wieder diese kreativen Ausweichmanöver, die wir ja auch schon in den anderen Monaten gesehen haben, losgehen würden. Das geht im Moment halt nicht. Deswegen ist die Gastronomie ja nicht geöffnet. Das wurde ja mit Bedacht gemacht, weil die Weihnachtsfeiern sonst zum Infektionsgeschehen beitragen würden. Das wissen wir alle.

Die Budgetverhandlungen für die Krankenhäuser sind keine gemütliche „Plätzchenrunde“. Das ist so. Wir alle wissen aber, dass dieses Jahr sehr besonders ist. Die Verhandlungen werden ja erst im nächsten Jahr stattfinden. Dann wird auch das Pflegebudget zum ersten Mal verhandelt. Von daher bin ich sehr zuversichtlich, dass die Kassen eine ausgewogene Haltung an den Tag legen werden.

Man muss jetzt aber mal sagen: Ich höre überhaupt keine Klagen über Corona-bedingte Mehrausgaben im Pflegebereich. Diese würde ich sofort hören, wenn sich auch nur eine Kasse anders verhielte.

Vor dem Hintergrund, dass 40 % der gesamten Versichertengelder für die Krankenhäuser ausgegeben werden, ist allerdings auch klar, dass dann sehr genau hingeguckt wird. Dafür haben die Krankenhäuser ja das Controlling. Sie können nachweisen, zu welchen Zeiten sie welche Belastungen hatten, welche Therapieangebote sie hatten und wann sie diese nicht hatten. Das können sie dann also auch belegen.

Noch einmal zu der Fünf-Personen-Regelung: Wir wollen ja die Lockerung auf zehn Personen über Weihnachten. Ich finde, die gute Nachricht ist in der Tat, dass darüber nachgedacht wird und dass keine Leichtfertigkeit in Kauf genommen wird nach dem Motto: „Das ist doch egal! Das kann sowieso keiner kontrollieren! Das machen wir einfach!“ - Wenn es zwei Haushalte, aber mehr als fünf Personen aus diesen zwei Haushalten sind,

dann ist das möglich. Das ist nicht das Thema. Die Überlegung ist: Ein Haushalt ist ohnehin eine Infektionsgemeinschaft. Es dürfen aber nur zwei Haushalte sein. Zusammenkünfte aus drei Haushalten mit mehr als fünf Personen sind jedoch nicht möglich.

Zu Weihnachten würde das alles ohnehin möglich sein. Ich kann aber ehrlicherweise nicht nachvollziehen, wenn Leute sagen: Wir sind zu fünft und vereinsamen! - Das finde ich schräg. Die haben sich doch als Fünfergruppe! Es ist ja nicht so, dass sie keinen Menschen mehr sehen und sich mit niemandem austauschen können. Das finde ich ein bisschen schwierig. Wenn Leute ganz alleine sind, kann ich das eher nachvollziehen, weil dann ja alle Kontakte über das Telefon getätigt werden müssen. Eine Familie müsste das aber eigentlich eine Zeit lang aushalten und sich gegenseitig Hilfe und Unterstützung geben. Aber sei's drum, ich verstehe ja, was gemeint ist. Familien wollen sich treffen, und zu Weihnachten wird das auch möglich sein.

Ich hoffe sehr, dass die Infektionslage so bleibt, dass man die Lockerung fortsetzen kann und nicht wieder auf fünf oder noch weniger Personen heruntergehen muss. Unsere Nachbarländer haben alle zu viel harscheren Mitteln hinsichtlich von Ausgangssperren, Beschränkungen des Handels usw. gegriffen als wir. Das wollen wir ja nicht. Das kriegen wir im Moment ja auch so hin. Das Ergebnis ist aber, wie ich eingangs vorgetragen habe, dass es heute wieder 1 300 Neuinfektionen gibt. Das Infektionsgeschehen stabilisiert sich, aber die Infektionszahlen gehen nicht herunter. Das hat nach meiner festen Überzeugung auch damit zu tun, dass der Einzelhandel geöffnet ist und dadurch natürlich noch eine ganze Menge Bewegung in der Gesellschaft stattfindet. Das war auch am Montag ein Thema. Ich fände es gut, wenn der Einzelhandel mehr per Telefon oder digital ordern lassen und einen Bringdienst organisieren würde oder wenn der Einzelhandel die Einkaufstüte packt und dann abholen lassen würde. Das alles gibt ja schon, sollte aber noch viel stärker als bisher genutzt werden, sodass zwar noch verkauft wird, aber mit viel weniger Aufenthalt in der Innenstadt. Auch wenn es die Einzelhändler schön fänden, wenn in der Innenstadt mehr los wäre, ist das im Moment aber gerade nicht ratsam.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Mich interessiert, wie die geplante Verteilung der FFP2-Masken an Personen aus den vulnerablen Grup-

pen ablaufen soll. Das wurde ja auch in der letzten MPK angekündigt. Davon habe ich gar nichts mehr gehört. Wir haben dazu schon ein- oder zweimal Fragen gestellt. Da war das alles noch in Planung. Wir haben auch ein bisschen mitbekommen, welche Unruhe bei der Verteilung in Bremen geherrscht hat. Ich sage jetzt bewusst „Unruhe“; das ist aber, glaube ich, etwas geschönt.

Bei der Unterrichtung durch Herrn Staatssekretär Mielke habe ich zu § 10 Abs. 2 der Verordnung gefragt, in dem es um die Betreiber von Beherbergungsbetrieben geht: von Heimvolkshochschulen bis hin zu Jugendherbergen. Dort gibt es eine sehr schwierige Situation hinsichtlich der Fortbildung und Ausbildung. Es gibt dazu sehr unterschiedliche Aussagen. Sie variieren bei den jeweiligen Gesundheitsämtern. Dieses Problem hatten wir auch schon Anfang November bei den Heimvolkshochschulen. Das war echt gravierend. Die Agentur hat etwas anderes gesagt als das örtliche Gesundheitsamt. Ich habe die Bitte, dass man sich noch einmal damit beschäftigt und eine sehr klare und auch verbindliche Aussage in der Verordnung trifft. Denn das ist wirklich sehr schwierig und versteht am Ende keiner mehr.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): Die Kinder- und Jugendarbeit ist ja so gestellt wie die Schule und ist möglich. Übernachtungen sind nicht möglich. So einfach ist das! Bei der Bildung ist alles möglich, aber nur tagsüber, also ohne Übernachtung. Die schönen Seminare mit Übernachtungen sind im Moment nicht gestattet.

Hinsichtlich der FFP2-Masken gilt das Gleiche wie auch für die Ankündigungen hinsichtlich der Schulen, also der Schüler und der Lehrer: Solche Ankündigungen lassen sich zwar schnell in einem MPK-Beschluss fassen, aber die Umsetzung ist nicht ganz ohne. Deswegen bereitet Jens Spahn gerade eine Verordnung vor. Die FFP2-Masken sollen über die Apotheken ausgegeben werden. Das ist ja der gewohnte Weg. Wie genau das organisiert werden soll, wird gerade noch vorbereitet. Die erste Überlegung, die ich gehört habe, war, dass man Bezugsscheine ausgibt. Das löst aber Assoziationen aus, die, glaube ich, niemand geweckt haben will. Es wird also darüber nachgedacht, wie das organisiert werden kann. Denn in Bremen hat man gesehen, dass sich einige Leute gut eingedeckt haben, und zwar nicht nur diejenigen, denen die Bremer Senatorin gedacht hat, diese Masken zugeteilt zu haben. Man braucht wahrscheinlich noch ein, zwei Wochen für eine

ordentliche Lösung. Ich gehe nicht davon aus, dass das nächste Woche schon fertig sein wird. Das hat sich im BMG nicht so angehört.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Mir ist wichtig, dass das vor Weihnachten in Gang kommt. Viele Ankündigungen zeichnen sich ja leider dadurch aus, dass es dann noch Wochen dauert. Das ist das Problem. Sie haben auch das Besuchermanagement und die Kontakte angesprochen. Die Bürger und Bürgerinnen fragen ja dazu nach. Das ist eigentlich ein zusätzlicher Arbeitsaufwand. Aber gut, wir warten jetzt auf die Verordnung.

Ministerin **Dr. Reimann** (MS): An dieser Stelle sind aber nicht die Pflegeheime in erster Linie adressiert. Die FFP2-Masken sollen ja die Seniorinnen und Senioren für ihre Besorgungen für den täglichen Bedarf bekommen. So ist das zumindest im MPK-Beschluss zum Ausdruck gekommen. Die Masken sind nicht in erster Linie an die Einrichtungen adressiert. Dort wäre das ja sehr viel leichter zu organisieren und würde man das wie bei den Testkonzepten machen. Wenn man die FFP2-Masken an alle Seniorinnen und Senioren ab einem gewissen Alter ausgeben will, dann ist das komplexer. Daran arbeitet das Bundesgesundheitsministerium.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Das letzte Thema zeigt, dass wir in einem laufenden Prozess sind, der uns noch weitere Monate bis in das nächste Jahr hinein begleiten wird. Für heute bedanken wir uns ganz herzlich dafür, dass Sie zu dieser Unterrichtung in den Ausschuss gekommen sind.

Tagesordnungspunkt 2:

Endlich die Hälfte der Macht den Frauen! - Enquetekommission für ein niedersächsisches Paritätsgesetz rasch einsetzen

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/7354](#)

*erste Beratung: 83. Plenarsitzung am 15.09.2020
federführend: ÄR
mitberatend gem. § 28 Abs. 4 i. V. m. § 39 Abs. 3
Satz 1 GO LT: AfSGuG*

zuletzt beraten: 95. Sitzung am 29.10.2020

Mitberatung

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) teilte mit, dass die Beratung der Fraktionsvorsitzenden über das weitere Verfahren bei diesem Antrag noch nicht stattgefunden habe, sodass sich auch der Ältestenrat noch nicht weiter mit diesem Antrag befasst habe.

Die Abgeordnete berichtete in diesem Zusammenhang, dass der Landesfrauenrat in seiner schriftlichen Stellungnahme für die Anhörung der Enquetekommission „Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement verbessern“ die Bedeutung der paritätischen Vertretung auch in den kommunalen Gremien hervorgehoben habe (s. **Vorlage 21** der Enquetekommission).

Vor dem Hintergrund des Arguments seitens der SPD-Fraktion in der 95. Sitzung des Ausschusses, dass die Kapazitäten des Landtags erschöpft seien, sodass aus deren Sicht keine zusätzliche Enquetekommission eingesetzt werden könne, bestünde aus der Sicht der Fraktion der Grünen, um in der Sache weiterzukommen, eine Lösung darin, dem Ältestenrat zu empfehlen, den Antrag zur Mitberatung an die Enquetekommission „Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement verbessern“ zu überweisen, weil sich zumindest zwei der Stellungnahmen im Rahmen der Anhörung auf dieses Thema bezogen hätten.

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD) war der Auffassung, dass die paritätische Besetzung verschiedenster Gremien auch im ehrenamtlichen Bereich durchaus ein Thema sei, dem die Enquetekommission „Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement verbessern“ weiter nachgehen sollte. Den Zusammenhang mit einem Paritätsge-

setz vermöge sie jedoch nach den bisherigen Ausführungen der Abg. Janssen-Kucz noch nicht zu erkennen. Insofern schließe sie sich ihrem Verfahrensvorschlag nicht an.

Da gute Gründe gegen die Einrichtung eines weiteren Gremiums sprächen, aber das Thema des Antrags gleichwohl wichtig sei und auch des vertieften Nachdenkens und Beratens bedürfe, halte sie eher eine Anhörung zu diesem Thema in dem fachlich zuständigen Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung für sinnvoll, in die dann auch die aktuellen Entwicklungen in der Rechtsprechung mit einbezogen werden könnten. Falls der federführende Ältestenrat die Anhörung lieber selber durchführen wolle, könnte der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sicherlich beratend daran teilnehmen. Darüber könnte noch eine Abstimmung herbeigeführt werden.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) hielt den Vorschlag der Abg. Dr. Wernstedt für einen konstruktiven Vorschlag zum Verfahren. Er sprach sich dafür aus, dem federführenden Ältestenrat als Stellungnahme einen Auszug aus der Niederschrift zu diesem Punkt zuzuleiten.

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU) schloss sich diesem Vorschlag an. Der Ältestenrat könnte dann auch unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Gespräche der Fraktionsvorsitzenden über das weitere Verfahren entscheiden.

Die Vertreterin der CDU-Fraktion merkte an, in Thüringen und Brandenburg seien die Paritätsgesetze bereits gescheitert, weil sie in einigen Punkten verfassungswidrig gewesen seien und in die Rechte der Parteien eingegriffen hätten. Insofern müssten die Parteien andere Wege zur gleichberechtigten Vertretung von Frauen und Männern im Landtag und auf kommunaler Ebene finden. Ob ein Gesetz dafür die richtige Lösung sei, sei die zweite Frage. Für die CDU habe dieses Thema jedenfalls hohe Priorität.

Die CDU-Fraktion schließe sich auch nicht dem Vorschlag der Abg. Janssen-Kucz an, der Enquetekommission „Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement verbessern“ zusätzlich den Auftrag zur Mitberatung des Antrags aufzuerlegen; denn dies sei nicht möglich. Wenn sich diese Enquetekommission gleichwohl mit der Thematik befasse, wäre dies sicherlich gut. Übereinstimmung bestehe darin, dass mehr Frauen den Parlamenten angehören und auch in maß-

geblichen Positionen tätig sein sollten. Eine Vermischung dieser Themen wäre jedoch nicht zielführend.

Abg. **Hanna Naber** (SPD) wies darauf hin, dass die Enquetekommission „Rahmenbedingungen für das ehrenamtliche Engagement verbessern“ einen sehr straffen Zeitplan habe, sodass dieses komplexe Thema von ihr nicht auch noch behandelt werden könne. Insofern müsse ein anderer Weg gefunden werden.

Unter Hinweis darauf, dass die nächste Sitzung des Ältestenrats für den 20. Januar 2021 terminiert sei, sprach sich Abg. **Uwe Schwarz** (SPD) dafür aus, die abschließende Mitberatung des Antrags bis zur Sitzung des Ausschusses am 14. Januar 2021 zurückzustellen, um die Entscheidung der Fraktionsvorsitzenden über das weitere Verfahren abzuwarten. Wenn sie sich für eine weitere inhaltliche Debatte und den Vorschlag der Abg. Dr. Wernstedt auf Durchführung einer Anhörung verständigten sollten, sollte sie in dem fachlich zuständigen Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Forderung der Fraktion der Grünen auf Einsetzung einer weiteren Enquetekommission sei die SPD-Fraktion nach wie vor überzeugt, dass die Kapazitäten des Landtags erschöpft seien, und zwar nicht nur innerhalb der Fraktionen, sondern erkennbar auch innerhalb der Landtagsverwaltung nicht nur in personeller Hinsicht, sondern auch hinsichtlich der verfügbaren Räumlichkeiten im Landtagsgebäude.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE) schloss sich dem Vorschlag an, die abschließende Mitberatung zurückzustellen, um auch am Rande des bevorstehenden Plenarsitzungsabschnitts die Chance nutzen zu können, mit den Fraktionsspitzen das Gespräch über das weitere Verfahren zu diesem Antrag zu erörtern.

Dem Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung stehe es im Übrigen wie auch in anderen Fällen frei, selber eine Anhörung durchzuführen und dazu auch diejenigen Vereinigungen bzw. Institutionen einzuladen, die sich im Rahmen der Enquetekommission zu diesem Thema geäußert hätten. Denn im Ausschuss herrsche, wie von der Abg. Pieper erwähnt, Einvernehmen darüber, dass die Hälfte der Macht den Frauen gehöre. Allerdings bestehe noch nicht Klarheit darüber, auf welchem Weg dieses Ziel si-

cher erreicht werden könne. Der Ältestenrat werde und könne jedoch keine Anhörung durchführen, weil er immer nicht öffentlich tage und eine Anhörung dann nicht sehr sinnvoll sei.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Mitberatung bis zur Sitzung am 14. Januar 2021 zurück, um zunächst das Ergebnis der angekündigten Gespräche der Fraktionsvorsitzenden über das weitere Verfahren abzuwarten.

**Fragen der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen an die Landesregierung für die
Unterrichtung im Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am
3.12.2020**

1. Allgemeines

**1.1 Gibt es eine Strategie für den Fall, dass die Infektionszahlen nach
Weihnachten und Sylvester wieder sprunghaft ansteigen?**

Nach wie vor gelten die Grundlagen des Handlungskonzepts, das die Landesregierung am 05.10.2020 vorgestellt hat. Dabei werden die Erfahrungen einfließen, die bis dahin mit den Kontaktbeschränkungen gemacht worden sind.

**1.2 Wird es auch in Niedersachsen einen oder mehrere Standorte der
nationalen Gesundheitsreserve geben?**

Nach hier vorliegenden Informationen handelt es sich um eine Entscheidung des „Corona-Kabinetts“ der Bundesregierung vom 30.11.2020.

Das deutsche Gesundheitswesen soll in einer Krise wie dieser widerstandsfähig bleiben können. Deshalb hat der Bund beschlossen, eine Nationale Gesundheitsreserve mit Schutzausrüstung und Schutzmasken, Beatmungsgeräten und Medikamenten aufzubauen.

Auf diese Weise sollen im Notfall diejenigen unterstützt werden, die in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen arbeiten.

Für den Aufbau der Nationalen Gesundheitsreserve will der Bund an 19 Standorten Material einlagern. Konkrete Informationen zu einzelnen Standorten sind bisher noch nicht bekannt.

2. Impfstrategie

2.1 An welchen Standorten werden die geplanten 60 Impfzentren eingerichtet?

Momentan kann noch nicht abschließend gesagt werden, an welchen Standorten alle Impfzentren eingerichtet werden.

Die Kommunen haben die Standorte bereits übermittelt.

Sobald die Einsatzbefehle durch MI nach Rücksprache mit MS herausgegeben sind, wird dem Ausschuss eine Liste der Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

2.2 Werden zu Beginn der Impfungen alle Impfzentren personell ausreichend ausgestattet sein?

Dies hängt maßgeblich vom freiwilligen Einsatz des medizinischen Personals ab.

Wir rechnen aber mit einer ausreichenden Besetzung, auch, weil die Impfzentren zu Beginn nicht auf Volllast impfen werden, um die Kapazitäten hochfahren zu können, sobald die ersten geimpften Personen zur zweiten Impfung erscheinen (bei dem BioNTech Impfstoff 21 Tage nach erster Impfung).

2.3 Wie viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden voraussichtlich in der ambulanten Versorgung fehlen, weil sie in den Impfzentren tätig sein werden? Welche medizinischen Fachrichtungen sind hier besonders betroffen?

Nach Erfahrungen der KVN werden sich unter anderem bereits berentete Ärztinnen und Ärzte freiwillig zum Einsatz in den Impfzentren melden, dies zeigen auch erste Freiwilligenmeldungen.

Darüber hinaus sollen die Ärztinnen und Ärzte in wechselnden Schichten eingesetzt werden.

Es ist nicht davon auszugehen, dass der Sicherstellungsauftrag durch diese Angebote gefährdet ist.

2.4 Gibt es mittlerweile eine Empfehlung der STIKO, welche Gruppen vorrangig geimpft werden sollen bzw. wann ist damit zu rechnen?

Die STIKO kann ihre Empfehlung erst nach Zulassung eines Impfstoffes geben, da sie dafür sämtliche zulassungsrelevante Daten aus der Klinischen Prüfung des Impfstoffs benötigt.

Sollte noch in diesem Jahr ein Impfstoff in Deutschland zugelassen werden, rechnen wir auch noch im Dezember mit einer entsprechenden STIKO-Empfehlung.

Ein Positionspapier der STIKO, Leopoldina und des Deutschen Ethikrats zur Verteilung eines COVID-19-Impfstoffes gibt erste Hinweise auf eine künftige Empfehlung.

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Positionspapier.html>

2.5 Die Landesregierung hat die Impfstrategie als „Konzept im Fluss“ bezeichnet. Welche Veränderungen oder Konkretisierungen haben sich insbesondere im Hinblick auf die Logistik seit der letzten Unterrichtung ergeben?

Derzeit wird das vorgestellte Konzept der Impfzentren vor Ort umgesetzt. Wesentliche Änderungen haben sich noch nicht ergeben.

Sicher werden jedoch im laufenden Betrieb die Erfahrungen in weitere Überlegungen einfließen.

2.6 Welche Kosten werden den Kommunen durch die Einrichtung und den Betrieb von Impfzentren voraussichtlich entstehen und welche werden konkret vom Land, bzw. vom Bund bezahlt?

Mit dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 06.11.2020 wurde folgendes festgehalten:

1. Der Bund beschafft die Impfstoffe und finanziert diese. Die Länder beschaffen das notwendige Zubehör zur fachgerechten Durchführung von Impfungen in den Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams eigenständig und in ausreichenden Mengen und finanzieren das aus den jeweiligen Landeshaushalten.
2. Die Länder errichten eigenverantwortlich Impfzentren. Bei Bedarf können die Länder die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und weitere Akteure in deren Aufbau und die Organisation einbinden. Der Bund regelt in der Verordnung, die auf der Grundlage des 3. Bevölkerungsschutzgesetzes erlassen wird, eine Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, auf Verlangen der Länder mitzuwirken.

Der Bund wird sich hälftig über die GKV an den Kosten der Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams beteiligen.

Dies wird in Niedersachsen so umgesetzt.

Den Landkreisen und kreisfreien Städten werden die Kosten durch das Land erstattet.

Hierfür wurde das Ministerium für Inneres und Sport (MI) beauftragt, in Abstimmung mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) den akuten Bedarf einer schnellstmöglichen Massenimpfung gegen das Corona-Virus nach Ziff. 1 und 2 als Eintritt eines außergewöhnlichen Ereignisses von landesweiter Tragweite gem. § 27 a NKatSG festzustellen.

3. Gesundheitsämter

3.1 In welchen Landkreisen ist die Kontaktnachverfolgung aktuell nicht gewährleistet?

Mit Stand 01.12.2020 kann die Kontaktpersonennachverfolgung nicht tagesaktuell geleistet werden in

- Kreisfreie Stadt Salzgitter,
- Landkreis Göttingen und
- Landkreis Stade.

Das NLGA fragt die Gesundheitsämter alle zwei Wochen ab, ob sie ihren Status aufrechterhalten wollen.

Die aktuelle Abfrage hat noch nicht stattgefunden.

Vor zwei Wochen hatten beispielsweise 6 Landkreise/kreisfreie Städte Überlastungen angezeigt, von denen sich drei mittlerweile abgemeldet haben.

Dem NLGA wird berichtet, dass sich die Situation entspannt, einerseits durch die umfangreiche personelle Unterstützung der Gesundheitsämter (Verschiebungen innerhalb der Kreisverwaltungen, Landesbedienstete, Hilfsorganisationen, Containment Scouts, MKT, Bundeswehr etc.), andererseits dadurch, dass aufgrund der Kontaktbeschränkungen pro Fall nicht mehr durchschnittlich 30-40 Kontakte nachverfolgt werden müssen, wie noch vor einigen Wochen, sondern nur noch 3-5.

Die Weitermeldung der Überlastungen an den Bund hat dazu geführt, dass einige Landkreise von dort vorübergehend personell mit Containment Scouts unterstützt wurden.

3.2 Wie viele Landesbedienstete sind mittlerweile an die Gesundheitsämter zwecks Kontaktnachverfolgung abgeordnet worden?

In den Datenbanken des Kompetenzzentrums wird nicht die genaue Personenanzahl der Landesbeschäftigten erfasst. Für die Unterstützung von Landesbediensteten in den Gesundheitsämtern wird in Vollzeiteinheiten (VZE) gerechnet. Stand 02.12.2020, 08:00 Uhr sind dies 301,03 VZE.

3.3 Wie viele Bedienstete der Bundeswehr, DRK, Malteser u.a. sind derzeit in Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Einsatz?

Die Bundeswehr unterstützt aktuell in 31 Katastrophenschutz-Behörden mit insgesamt 441 Soldatinnen und Soldaten, Stand 02.12.2020 - 08:35.

Die Aufgabenbereiche liegen beim Containment, Abstrichtrupps, Pflegehilfsdienste und Unterstützung in der Zentralen Notaufnahme. Da täglich neue Hilfeleistungsanträge beginnen und alte auslaufen variiert diese Zahl täglich.

Für die Mobilen Kontaktnachverfolgungsteams (MKT) sind die Hilfsorganisationen DRK, JUH, MHD, ASB und DLRG im Einsatz. Für jedes MKT sind neun Einsatzkräfte vorgesehen.

In vielen Regionen ist eine dreifache Besetzung vorgeplant. Aktuell sind zwölf MKTs im Einsatz. Die genaue Personalstärke ist im Kompetenzzentrum nicht bekannt.

Die Zuständigkeit liegt bei den Kreisbehörden. Seitens des Technischen Hilfswerk sind 33 Helfende in Niedersachsen im Einsatz.

4. Krankenhäuser

4.1 Stehen in allen Kliniken Schnelltests zur Verfügung?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Angaben vor.

Grundsätzlich können Krankenhäuser Schnelltests bestellen.

Die Einrichtung muss gem. § 6 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 1 und 2 TestV ihr Testkonzept mit den monatlich bestimmten Mengen an PoC-Antigen-Tests von der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes genehmigen lassen.

4.2 In welchem Umfang und nach welchen Kriterien werden sie angewendet?

Die Erstellung des Testkonzepts obliegt der jeweiligen Einrichtung. Im Rahmen dessen können sie angewendet werden.

4.3 Welche Qualifikation ist erforderlich, um Schnelltests durchzuführen?

Durch § 24 Satz 2 IfSG ist der Arztvorbehalt für patientennahe Schnelltests bei Testung auf SARS-CoV-2 aufgehoben.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird dazu ausgeführt:

"Mit der Ergänzung in § 24 Satz 2 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Ausnahmen vom Arztvorbehalt auch bei patientennahen Schnelltests in Bezug auf SARS-CoV2 gelten. § 24 Satz 2 geht § 5a insoweit vor."

Dies bedeutet, dass die Durchführung eines patientennahen Schnelltests keine heilkundliche Tätigkeit im Sinne § 5a IfSG ist und demzufolge die Erweiterung der Möglichkeit zur Durchführung dieser Tests nicht auf den dort genannten Personenkreis beschränkt bleibt.

Die Voraussetzungen, wer diese Tests anwenden darf, ergeben sich vielmehr aus den Bestimmungen in § 4 Abs. 2 und 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Alle zurzeit auf dem Markt befindlichen Antigen-Schnelltests müssen von eingewiesenen Personen angewendet werden, die die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzen. Entsprechende Arbeitsschutzmaßnahmen müssen dabei berücksichtigt werden.

Der Hersteller eines In-vitro Diagnostikums (IVD) legt im Rahmen der Gebrauchsinformationen fest, für welche Anwendung sein Test vorgesehen ist.

In Bezug auf das anwendende Personal sehen
Gebrauchsinformationen z.B. die Anwendung durch

- „medizinisches Fachpersonal“,
- „Fachanwender in medizinischen Laboren und geschultes Laborpersonal“,
- „geschultes klinisches Laborpersonal und Personen, die in der Versorgung vor Ort geschult und qualifiziert sind“ vor oder sprechen von „professioneller invitro-diagnostischer Verwendung“.

Die genannten Begriffe sind nicht legaldefiniert und es gibt keine rechtssichere Zuordnung zu bestimmten Berufen.

Daher muss die betroffene Einrichtung als medizinerproduktrechtliche Betreiberin in einer Einzelfallbetrachtung prüfen, ob ein bestimmter Mitarbeiter die Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt und mit einer entsprechenden Einweisung, für die Anwendung des betreffenden Tests (nach Gebrauchsinformation) ausreichend qualifiziert ist.

Bei einer entsprechenden Eignung, stehen weder das Berufsrecht noch das Betreiberrecht einer weiten Auslegung, die auch Apothekerinnen und Apotheker oder Pflegehilfskräfte mit umfassen kann, entgegen.

Vorsorglich sollte der Vorgang der Einweisung dokumentiert werden.

Das NLGA erarbeitet gerade ein Video-Tutorial zur Durchführung von Schnelltests.

4.4 Wie lange reichen die Kapazitäten auf den niedersächsischen Intensivstationen, wenn die Infektionszahlen auf dem derzeit hohen Niveau bleiben?

Die Infektionszahlen haben sich gegenwärtig auf hohem Niveau eingependelt. Eine Überlastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten steht daher kurzfristig nicht zu befürchten. Eine taggenaue Angabe ist nicht möglich.

4.5 In welchen Landkreisen werden aktuell auffällig viele Patientinnen und Patienten mit Covid- 19-Erkrankung in Kliniken behandelt?

Dem AfSGuG wird regelmäßig zu den Sitzungen die Wochenübersicht zur Verfügung gestellt.

Diese enthält die stationär behandelten Covid-Fälle sowie die zur Verfügung stehenden Covid-Ressourcen pro Landkreis / kreisfreier Stadt.

Die Daten werden freiwillig von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Für die Veröffentlichung von Einzeldaten besteht keine Freigabe.

4.6 In den Kliniken der Region Hannover und in der MHH werden Medienberichten zufolge aufgrund von Pflegepersonalengpässen geplante Eingriffe verschoben und Studierende in der Pflege eingesetzt. Passiert dies auch in anderen Kliniken in Niedersachsen?

In der Region Hannover ist die Anzahl der betriebsbereiten Intensivbetten von 534 am 09.11.2020 über 504 am 21.11.2020 auf 422 am 30.11.2020 gesunken.

Ob neben der Medizinischen Hochschule Hannover weitere Krankenhäuser Medizinstudentinnen und Medizinstudenten einsetzen, ist nicht bekannt.

4.7 Wie stellt sich die Situation aktuell im Krankenhaus in Sanderbusch dar? Wie viele Beschäftigte, Patientinnen und Patienten sind positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden?

Informationen zur Weitergabe stehen der Landesregierung nur auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zur Verfügung.

Der Landkreis Friesland liegt mit einer 7-Tage-Inzidenz von 92,9 (Stand 02.12.2020) bezogen auf den Landesdurchschnitt im oberen Viertel auf Rang 10 (vergl. Tabelle).

Nr.	Landkreis	Einwohner	30.11.2020	01.12.2020	02.12.2020
3453	Cloppenburg	170.682	230,25	220,88	203,30
3460	Vechta	142.814	200,26	197,46	171,55
3404	Osnabrück	165.251	151,89	137,37	160,97
3459	Osnabrück	358.080	163,37	135,17	146,89
3401	Delmenhorst	77.559	101,86	91,54	122,49
3461	Wesermarsch	88.583	115,15	109,50	109,50
3454	Emsland	326.954	86,25	85,94	104,91
3102	Salzgitter	104.291	108,35	100,68	93,97
3157	Peine	134.801	114,98	106,82	92,73
3455	Friesland	98.704	98,27	101,31	92,19
3356	Osterholz	113.928	53,54	50,91	88,65
3256	Nienburg (Weser)	121.390	102,97	95,56	84,03
3103	Wolfsburg	124.371	101,31	97,29	82,82
3251	Diepholz	217.089	93,05	80,61	81,07
3456	Grafschaft Bentheim	137.162	88,22	91,13	80,93
3254	Hildesheim	275.817	104,78	96,44	80,49
3462	Wittmund	56.926	86,08	82,56	73,78
3241	Region Hannover	1.157.115	86,16	78,47	73,11
3451	Ammerland	124.859	67,28	64,07	72,88
3357	Rotenburg (Wümme)	163.782	68,99	71,44	72,66
3358	Heidekreis	140.673	78,20	71,80	71,80
3361	Verden	137.133	85,32	80,94	71,46
3351	Celle	179.011	85,47	74,86	69,27
3458	Oldenburg	130.890	48,13	90,15	67,23
3403	Oldenburg (Oldb)	169.077	68,02	65,65	63,88
3353	Harburg	254.431	55,02	54,24	59,74
3355	Lüneburg	184.139	57,57	53,22	56,48
3252	HamelN-Pyrmont	148.549	76,07	61,93	55,87
3158	Wolfenbüttel	119.622	59,35	61,03	55,17
3255	Holzminden	70.458	45,42	53,93	51,09
3257	Schaumburg	157.820	71,60	69,07	45,62
3354	Lüchow-Dannenberg	48.412	53,71	53,71	43,38
3101	Braunschweig	249.406	54,13	48,52	42,90
3359	Stade	204.512	67,48	45,47	42,54
3159	Göttingen	326.041	37,73	36,81	40,49
3151	Gifhorn	176.523	44,75	44,19	40,22
3155	Northeim	132.285	52,92	52,16	39,31
3402	Emden	49.913	58,10	52,09	38,07
3452	Aurich	189.694	46,92	43,75	37,96
3352	Cuxhaven	198.038	43,93	38,88	37,87
3153	Goslar	136.292	22,01	27,88	28,62
3154	Helmstedt	91.297	36,15	40,53	28,48
3405	Wilhelmshaven	76.089	49,94	42,06	27,60
3457	Leer	170.756	43,92	42,75	27,52
3360	Uelzen	92.389	25,98	24,89	21,65

4.8 Wie viele Betten fehlen durch die Abriegelung der Klinik für die Versorgung der Bevölkerung?

Von 365 Betten sind aktuell 163 belegt.

4.9 Welche Kliniken stellen die med. Versorgung in der Region sicher?

Die Versorgung der Bevölkerung im Landkreis Friesland wird sichergestellt weit überwiegend durch das Krankenhaus Sanderbusch und das St. Johannesstift, Varel. Mit abnehmender Bedeutung weiterhin durch die Krankenhäuser in Wilhelmshaven, Wittmund und Oldenburg.

5. Pflegeeinrichtungen/vulnerable Gruppen

5.1 Wie soll die Verteilung der 15 FFP2-Masken je Person an vulnerable Gruppen laufen?

Das steht noch nicht fest, da dies über eine Verordnung des Bundes formuliert wird, die noch nicht veröffentlicht ist.

5.2 Auf unsere Frage vom 19.11. hin hat die Landesregierung mitgeteilt, dass „einige“ Heime Konzepte für die Anwendung von Schnelltests erstellt haben. Wie hat sich seither die Zahl der Heime entwickelt, die Schnelltest nutzen und liegen den zuständigen Gesundheitsämtern die dafür notwendigen Hygienekonzepte vor?

Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat die Verbände der Einrichtungsbetreiber am 24.11.2020 um eine Einschätzung zum Stand der Einführung und Durchführung der Schnelltests in den Pflegeeinrichtungen gebeten.

Die Zahl der Einrichtungen, die die Schnelltests nutzen, kann nicht beziffert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass diese seit dem 19.11.2020 angestiegen ist.

Den Rückmeldungen der Verbände lassen sich folgende Schlaglichter entnehmen:

- Nach Auskunft der Diakonie haben einige Einrichtungen mit den Tests begonnen bzw. wollten dies bis Ende November tun.
- Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. führen etwa 60 % der befragten Einrichtungen Tests durch.

Die Einrichtungen, die nicht testen, hätten dies überwiegend mit einem hohen Verwaltungsaufwand für eine Momentaufnahme begründet.

- Nach Auskunft des bpa sind die Schnelltests aufgrund der guten und breiten Informationspolitik des bpa bei deren Mitgliedseinrichtungen gut angelaufen.
- Der VDAB geht davon aus, dass die Tests in stationären Einrichtungen quasi flächendeckend durchgeführt werden.
- Nach Angaben des Niedersächsischen Landkreistages (NLT) war die Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme bei den Besucherinnen und Besuchern der kommunalen Pflegeeinrichtungen zum Abfragezeitpunkt sehr zurückhaltend, und lag bei etwa 5 %, die Dienstleistenden wollten nach Angaben des NLT zum Abfragezeitpunkt noch nicht getestet werden, bei den Mitarbeitenden wurden zum Abfragezeitpunkt 40 % getestet.

Welchen Gesundheitsämtern im einzelnen welche Hygienekonzepte vorliegen, ist MS in der Gesamtschau nicht bekannt.

5.3 Wie ist die Erstattungsregelung für die Schnelltests? Wie hoch ist der Eigenanteil, den die Pflegeeinrichtungen nicht erstattet bekommen, bzw. welche Kosten werden nicht vollständig erstattet?

Die Erstattung der Leistungen und Sachkosten für die Durchführung der PoC-Antigen-Tests richtet sich nach der Coronavirus-Testverordnung (TestV).

Nach den Festlegungen des GKV Spitzenverbandes sind die Sachkosten für die Tests in Höhe der tatsächlich entstandenen Beschaffungskosten aber maximal bis zu 7,00 Euro je Test erstattungsfähig.

Diese Erstattung setzt voraus, dass die Einrichtungen dem Gesundheitsamt ein Testkonzept vorgelegt haben.

Die maximal erstattungsfähige Menge an PoC-Antigen-Tests richtet sich nach der Zahl der versorgten Personen.

In stationären Einrichtungen können bis zu 30 Tests je versorgter Person pro Monat erstattet werden.

Im ambulanten Bereich sind maximal 15 PoC-Antigen-Tests pro Monat je versorgter Person erstattungsfähig.

In diesen Höchstmengen sind Testungen für Personal und Besucherinnen und Besucher inbegriffen.

Erstattungsfähig sind nur Tests, die auf einer Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet sind.

Gemäß der o. g. Kostenerstattungs-Festlegungen TestV sind bei Einrichtungen, die nach § 45 a oder § 72 SGB XI zugelassen sind, zusätzlich angefallene Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der PoC-Antigen-Testungen (Durchführungsaufwendungen), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch Fremdleistung, pauschal in Höhe von 9 Euro brutto je tatsächlich genutztem Test erstattungsfähig.

Die Kostenerstattung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung beziehungsweise bei Einrichtungen, die nach § 45 a oder § 72 SGB XI zugelassen sind, über die Pflegekassen im Rahmen des § 150 SGB XI.

Etwaige anfallende Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests und Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Testungen, die über die Bestimmungen in den Kostenerstattungs-Festlegungen TestV hinausgehen, sind nicht erstattungsfähig und können – mit Ausnahme der notwendigen zusätzlichen Schutzausrüstung – auch nicht im Rahmen der Verfahren nach § 150 Abs. 2 und 5 a SGB XI zum Ausgleich der SRAS-CoV-2 bedingten finanziellen Belastungen von Pflegeeinrichtungen geltend gemacht werden.

6. Migration

6.1 In welchen Unterkünften der LAB NI und in welchen kommunalen Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete waren bzw. sind wann, wie lange und wie viele Personen in Quarantäne und wie viele waren/sind jeweils infiziert?

An allen sieben Standorten der LAB NI sind bereits Corona-Fälle zu verzeichnen gewesen, insgesamt sind im laufenden Jahr bis zum 02.12.2020

99 Bewohner und Bewohnerinnen positiv auf das Virus getestet worden.

Da es sich bei den Quarantänen um ein dynamisches Geschehen handelt, bei dem sich nahezu täglich die Zahlen verändern, weil Personen als gesund wieder entlassen werden und neue positiv getestete Personen hinzukommen, ist eine Gesamtübersicht über die Quarantäne so nicht möglich.

Am 01.12.2020, 0:00 Uhr, befanden sich 288 Personen in der LAB NI in Quarantäne, davon aktuell 7 als positiv getestete Personen in der Isolation, die restlichen als Kontaktpersonen dieser sieben bzw. als neu Angekommene gemäß Nds. Quarantäneverordnung in Separierung.

Für Ausländerinnen und Ausländer, die im Anschluss an die Erstaufnahme in der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen auf die niedersächsischen Städte und Gemeinden verteilt werden, sind nach dem geltenden Niedersächsischen Aufnahmegesetz die Landkreise, die Region Hannover, die kreisfreien Städte, die Landeshauptstadt Hannover und die Stadt Göttingen für die Unterbringung zuständig.

Damit obliegt diesen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen über die Unterbringungsart und Ausgestaltung der Unterbringung zu entscheiden.

Zu der vorgenannten bestehenden Zuständigkeit der Unterbringung in Kommunen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes führt das Land keine laufenden gesonderten Erhebungen durch, sodass die erfragten Daten nicht unmittelbar verfügbar sind.

Die Anzahl der Fälle von COVID-19-Infektionen in Gemeinschaftsunterkünften in niedersächsischen Kommunen ist zuletzt zum Stichtag 07.07.2020 im Rahmen einer Kleinen Anfrage der GRÜNEN – Wie steht es um den Schutz von in kommunalen Gemeinschaftsunterkünften untergebrachten Geflüchteten vor dem Coronavirus? – abgefragt.

Zur Auswertung der Anfrage wird auf die Drucksache 18/7151 verwiesen.

6.2 Welche konkreten Möglichkeiten sieht die Landesregierung, in den Gemeinschaftsunterkünften für eine Entzerrung zu sorgen, also Wohnräume mit weniger Personen zu belegen?

Grundsätzlich besteht für die Einhaltung der allgemeinen Vorschriften bei der Unterbringung in Kommunen die Fachaufsicht beim Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport.

Die originäre Zuständigkeit für Maßnahmen im Bereich des Infektionsschutzes liegt allerdings bei den Gesundheitsämtern.

Diese haben die Umsetzung von notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen für ihre jeweiligen Aufgabenbereiche – also auch für die Unterbringung von Ausländerinnen und Ausländern in Gemeinschaftsunterkünften – nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten zu beurteilen und sicherzustellen.

Die LAB NI hat seit Ausbruch der Corona-Pandemie in ihren Einrichtungen eine Vielzahl von Maßnahmen zum Infektionsschutz eingeleitet bzw. verstärkt, um mögliche Infektionen schon bei der Aufnahme zu erkennen und mögliche Ansteckungen während der Zeit des Aufenthalts in den Aufnahmeeinrichtungen zu vermeiden.

Dabei hat sich die LAB NI stetig an den jeweils aktuellen Regelungen und Empfehlungen orientiert und ihre Schutzmaßnahmen laufend angepasst.

So erfolgt beispielsweise eine Kohortenbildung bei der Unterbringung bei der Ankunft von Asylsuchenden in der LAB NI.

Im Übrigen entzerrt die LAB NI die Belegung in den Unterkünften möglichst.

Dafür soll z.B. ein „Durchwechselln“ der Bewohner eines Zimmers vermieden werden. Personen mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe werden nicht mit fremden Personen in einem Zimmer untergebracht.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass diese Maßnahmen von nicht beeinflussbaren Faktoren wie zum Beispiel den Zugangszahlen abhängig sind.

Die kommunale Verteilung von Bewohnerinnen und Bewohnern wird aufrechterhalten und je nach Belegungssituation auch intensiviert.

6.3 Wird die Landesregierung von § 49 Abs. 2 des Asylgesetzes dahingehend Gebrauch machen, dass die Verpflichtung, in einer Aufnahmeeinrichtung zu wohnen, aus Gründen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge schnellstmöglich beendet wird?

Besonders die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie erforderlichen Maßnahmen zum Infektionsschutz stellen das Land und ebenso die Kommunen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung vor personelle und organisatorische Herausforderungen.

Zur Bewältigung dieser bedarf es unter anderem auch bei der Unterbringung von Geflüchteten eines gemeinsamen Handelns zwischen dem Land und den Kommunen. Dabei haben das Land und die Kommunen bei der Unterbringung von Geflüchteten Untergebrachte, Beschäftigte, Betreuende sowie die allgemeine Bevölkerung gleichermaßen zu schützen.

Im verantwortungsvollen Umgang im Zusammenhang mit der derzeitigen Pandemie und den hierzu erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen werden den niedersächsischen Kommunen weiterhin ausländische Staatsangehörige nach Maßgabe des Aufnahmegesetzes zugewiesen.

Eine Verteilung letztlich aller aktuell in den landeseigenen Aufnahmeeinrichtungen lebenden Geflüchteten infolge eines verkürzten Aufenthalts von 14 Tagen würde – unabhängig rechtlich bestehender Wohnsitzverpflichtungen – mit Rücksicht auf die vor Ort bestehenden Kapazitäten und Ressourcen für die Betroffenen voraussichtlich zu keiner Verbesserung des Infektionsschutzes führen.

Die an den Standorten und Außenstellen der LAB NI eingeleiteten Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sind geeignet, das Infektionsrisiko der Bewohnerinnen und Bewohner zu minimieren. Die praktische Umsetzbarkeit der Schutzmaßnahmen hat sich bewährt.

Gleichwohl werden individuelle Besonderheiten mit Blick auf die gesetzliche Wohnverpflichtung in jedem Einzelfall berücksichtigt.

6.4 Wie verbreitet ist der kostenlose Zugang zum WLAN in den Wohnräumen der LAB NI, damit sich die Bewohnerinnen über die digitalen Medien über die Corona-Lage informieren und Kontakt zu Verwandten und Freundinnen halten können?

An allen Standorten und Außenstellen der LAB NI ist nahezu flächendeckend kostenloser Zugang zu WLAN möglich.

7. Schulen, Kinder und Jugendliche

7.1 Auf der Bund-Länder-Konferenz wurde der Einsatz von Schnelltests an Schulen verabredet ("Zur Aufdeckung von Infektionsketten sollen in den Schulen verstärkt Antigen-Schnelltests eingesetzt werden"). Wann soll das starten und wie umgesetzt werden?

7.2 Welches Personal mit welcher Qualifikation soll die Schnelltests an Schulen durchführen? Und wer bezahlt das zuständige Personal?

Gemeinsame Antwort zu 7.1 und 7.2:

Derzeit laufen mit Hochdruck Gespräche zur konkreten Umsetzung und einem praktikablen Konzept zwischen dem MK, MS und dem NLGA.

Nähere Ausführungen können derzeit noch nicht vorgelegt werden.

7.3 Wie bewertet die Landesregierung die Ankündigung von Salzgitters OB alle Schulen in den Wechselbetrieb des Szenarios B zu schicken, obwohl abweichend von den Regelungen des Landes, die Stadt kein Inzidenzwert von über 200 hat?

Das Kultusministerium hätte sich eine differenziertere Entscheidung in der Stadt Salzgitter gewünscht.

Nach Einschätzung des MK besteht keine Notwendigkeit, grundsätzlich die Hälfte aller Kinder aus den Schulen nach Hause zu schicken.

Diese Entscheidung führt nun dazu, dass mehr als 7.200 Kinder und Jugendliche* ins Homeschooling müssen, verbunden mit all den großen Herausforderungen für Schulen, Erziehungsberechtigte sowie Schülerinnen und Schüler.

Es gibt als minder einschneidende und gleichwohl differenziertere und wirksame Maßnahme die Möglichkeit, betroffene Schulen in das Szenario B zu versetzen.

So erfolgt ab einer 7-Tage-Inzidenz von 100 der automatische Wechsel in das Szenario B mit geteilten Klassen, wenn das örtliche Gesundheitsamt eine Corona-Schutzmaßnahme verfügt und für mindestens eine Klasse Quarantäne angeordnet hat.

Derzeit beträgt die 7-Tage-Inzidenz in Salzgitter 105,5**. Bei einem solchen Wert erscheint die konkrete Corona-Betroffenheit ein zielführender Indikator als Voraussetzung für den Einschnitt der angeordneten Heimbeschulung.

Bei solchen Einschnitten ist stets im Auge zu behalten, welche Schülerinnen und Schüler vom gemeinsam mit anderen Kindern und durch Lehrkräfte in Präsenz durchgeführten Unterricht besonders profitieren.

Klar ist: Für nicht so lernstarke Schülerinnen und Schüler ist Präsenzunterricht nach wie vor das Beste.

Sollte sich das Infektionsgeschehen in Salzgitter grundsätzlich zuspitzen und die 7-Tage-Inzidenz wieder auf 200 und mehr steigen, greifen automatisch schärfere Regelungen, weil dann sofort auf Szenario B für alle ab der 7. Klasse umgestellt wird und es zur deutlichen Ausweitung der Maskenpflicht kommt.

In diesem Fall müssten auch die Grundschülerinnen und Grundschüler eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen.

Der Trend in Niedersachsens entwickelt sich weiterhin positiv.

Stand 1.12.2020 waren 512 der über 3.000 Schulen von coronabedingten Einschränkungen betroffen, erkennbar weniger als vor rund zwei Wochen (696 am Freitag, 13 November).

Damit sind über 83 Prozent der Schulen im Normalbetrieb.

Die Betroffenheit liegt bei rund 17 Prozent.

An 177 Schulen im Szenario A waren einzelne Lerngruppen nicht im Präsenzunterricht, 331 Schulen bieten Wechselunterricht nach Szenario B an, lediglich 4 waren in Szenario C (Schulschließung).***

Für eine landesweite Anordnung, die Hälfte aller Schülerinnen und Schüler ins Lernen nach Hause zu schicken, gibt es derzeit keine datenbasierte Grundlage.

Nach Faktenlage der Dinge ist das abgestufte Verfahren von Eingriffen, das in Niedersachsen gilt, der Lage angemessen.

Ein undifferenziertes Vorgehen würde die Unterschiedlichkeit im Land und die Belastungen für Kinder und Familien außer Acht lassen, insofern sieht sich die Landesregierung weiterhin in der Verantwortung, auch dem Bildungsauftrag neben dem Gesundheitsschutz eine hohe Bedeutung beizumessen.

*Hälfte der Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler in Salzgitter

** Stand: 01.12.2020

***Stand: 01.12.2020

7.4 In §10 Abs 2 der Verordnung wird beschrieben, dass Betreiberinnen von Herbergen eine Beherbergung zu touristischen Zwecken untersagt ist und nur notwendige Übernachtungen erlaubt sind. Fraglich ist, ob Angebote der Kinder- und Jugendarbeit (bspw. Juleica-Ausbildungen) als touristisches Angebot gewertet werden bzw. wer die Notwendigkeit von Maßnahmen definiert. Hier gab es im letzten Monat immer wieder Probleme: Jugendgruppen wollten tlw. Buchungen von Jugendherbergen stornieren, einige Jugendherbergen und einige örtliche Gesundheitsämter haben sich aber auf den Standpunkt gestellt, dass solche Maßnahmen zulässig seien. Kann hier mit klärenden und rechtsverbindlichen Aussage von MS gerechnet werden, auf die sich die Träger/Jugendherbergen berufen können? Diese Frage konnte seitens der LR in der letzten Sozialausschusssitzung nicht beantwortet werden, eine Klärung wurden seitens Dr. Mielke zugesagt.

Nach der Niedersächsischen Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus SARS-CoV-2 vom 30. Oktober 2020 sind Angebote der Kinder- und Jugendarbeit weiterhin erlaubt.

Eine Datenerhebung gemäß § 5 Nr. 5 für gruppenbezogene, nicht stationäre, offene Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nach den §§ 11 und 13 SGB VIII ist hierfür vorgeschrieben, eine Mund-Nasen-Bedeckung wird nach § 3 Abs. 4 Nr. 5 ausgenommen.

Angebote der Kinder- und Jugendarbeit mit Übernachtung sind weiterhin nicht zulässig.

Übernachtungsangebote und Übernachtungen können nach § 10 Abs. 2 der Nds. Corona-VO nur aus Anlass von Dienst- oder Geschäftsreisen zugelassen werden.

8. Landwirtschaft

8.1 Das ML hatte angekündigt, in Abstimmung mit dem MS ein Ampelsystem für Schlachthöfe zu konzipieren. Wie weit wird die Planung und wann soll das Ampelsystem zur Anwendung kommen?

Es liegt ein von der Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des MS, des ML, des NLGA, des LAVES und des Landkreises Osnabrück erarbeiteter "Leitfaden: Maßnahmen zum Schutz vor Infektionen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 in Betrieben der Fleischwirtschaft" vor.

Der Leitfaden soll den nach dem Infektionsschutzgesetz zuständigen Behörden insbesondere eine Hilfestellung bei der Ermittlung und Beurteilung des Infektionsgeschehens nach Feststellung eines COVID-19 Ausbruches und der Festlegung von Maßnahmen geben und so zu einer möglichst landesweit einheitlichen Vorgehensweise beitragen.

Das Ampelsystem des Leitfadens soll aufzeigen, dass in Abhängigkeit von dem Einzelfall neben einer Schließung des gesamten Betriebes auch ein Teilbetrieb möglich ist.

Der Leitfaden soll gleichzeitig den Verantwortlichen in Betrieben der Fleischwirtschaft als Hilfestellung bei der Erfüllung der ihnen obliegenden Pflichten zur Vermeidung von Infektionsgeschehen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 geben dienen.

Auf Wunsch des Ausschusses kann diesem der Leitfaden nach Fertigstellung gerne zur Verfügung gestellt werden. Darum hat auch der Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz gebeten.

8.2 In wie vielen Fällen wurde bisher eine Arbeitsquarantäne für SchlachthofmitarbeiterInnen verhängt bzw. angeordnet?

8.3 Wie viele Mitarbeiterinnen von Schlachthöfen waren bzw. sind davon insgesamt betroffen? Soll das Mittel der Arbeitsquarantäne auch zukünftig noch Anwendung finden?

Gemeinsame Antwort zu 8.2 und 8.3:

In Bezug auf Umfang und Fallzahl zur Arbeitsquarantäne liegen dem ML keine Informationen vor.

Das Instrument der vorübergehenden „Arbeitsquarantäne“ ist gleichwohl ein probates Mittel, um ggf. die Betriebsfähigkeit kritischer Infrastrukturen aufrecht zu erhalten.