



N i e d e r s c h r i f t
über die 112. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 4. März 2021
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch die Landesregierung über die Bund-Länder-Konferenz am 3. März 2021 und Beratung des Entwurfs der Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung**
Unterrichtung zu den Themenblöcken Impfungen und Testungen..... 3
Aussprache 5
Unterrichtung zu dem Themenblock Stufenkonzept..... 20
Aussprache 22

2. **Beschlussfassung über die Zustimmung zur Einsichtnahme der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Enquetekommission zur Verbesserung des Kinderschutzes und zur Verhinderung von Missbrauch und sexueller Gewalt an Kindern in Niedersachsen (EKKiSch) in die Niederschriften der vertraulichen 40. Sitzung am 21. März 2019 sowie der vertraulichen 50. Sitzung am 6. Juni 2019**
Beschluss..... 29

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

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

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos)

Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

16. Abg. Johanne Modder (SPD)
17. Abg. Julia Willie Hamburg (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
18. Abg. Helge Limburg (GRÜNE)
19. Abg. Dr. Stefan Birkner (FDP)
20. Abg. Christian Grascha (FDP)

Ferner:

- Abg. Christian Fühner (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
Abg. Karsten Heineking (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
Abg. Gerda Hövel (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
Abg. Veronika Koch (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
Abg. Axel Miesner (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
Abg. Dr. Esther Niewerth-Baumann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
Abg. Editha Westmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Dr. Mielke (StK).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 14.03 Uhr bis 16.28 Uhr.

Tagesordnungspunkt 1:

Unterrichtung durch die Landesregierung über die Bund-Länder-Konferenz am 3. März 2021 und Beratung des Entwurfs der Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung

*Zu diesem Tagesordnungspunkt lag eine Grafik zu den Öffnungsschritten vor. Sie ist dieser Niederschrift als **Anlage** beigefügt.*

Unterrichtung

StS **Dr. Mielke** (StK): Für die Unterrichtung des Ausschusses in der heutigen Sitzung bin ich per Video verbunden. Das hat einen ernsten Hintergrund: Wir hatten heute in der Staatskanzlei im unmittelbaren Umfeld einen positiven COVID-19-Fall. Wir haben uns testen lassen. Der Schnelltest war negativ. Das Ergebnis des PCR-Tests werde ich im Laufe der nächsten beiden Stunden erfahren. Ich hoffe, es ist ebenfalls okay. Das ist der Grund für dieses Format als Video. Gerade hat mir noch jemand mitgeteilt, ich müsse mich jetzt eigentlich in Quarantäne geben. Wir müssen abwarten. Wir führen jetzt erst einmal diese Schalte durch. Ich bin alleine hier im Zimmer und stecke niemanden über den Bildschirm an. Wir schauen mal, wie wir zurechtkommen.

Nun zu meinem Bericht über die gestrige Konferenz und die Beschlüsse der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten mit der Bundeskanzlerin sowie über die daraus resultierende Verordnung.

Zu der Verordnung kann ich hier heute Absichten vortragen. Sie haben aber noch keinen Text erhalten. Das hat damit zu tun, dass das Puzzle, das wir uns da gestern gemeinsam gelegt haben, an der einen oder anderen Stelle etwas komplizierter ist, als wir das vorgesehen haben. Wir werden heute im Laufe des Nachmittags oder am frühen Abend einen Entwurf haben, den wir dann in der bewährten Weise wie bisher in die Ressortbeteiligung, in die Verbandsanhörung an die Kommunen und parallel an den Landtag geben werden, sodass das morgen für die Debatte im Landtag vorliegt. Ich werde aber so gut wie möglich ohne Entwurf erläutern, was zu erwarten sein wird. Nachfragen kann ich dann entsprechend beantworten.

Ich möchte meinen Vortrag in unterschiedliche Teile gliedern. Erstens werde ich etwas zum Impfen und zweitens zum Testen sagen, weil beides gestern in den Erörterungen und in dem Beschluss, den ich jetzt als bekannt voraussetze, einen sehr breiten Raum eingenommen hat. Wenn nicht, muss nachgefragt werden. Anschließend werde ich etwas zu dem Thema Strategie, Stufenplan usw. sagen, wie er sich in dieser Beschlussfassung abbildet. In diesem Zusammenhang werde ich auch darauf eingehen, was das für die Ordnungsgebung in Niedersachsen und die konkreten Regelungen bedeutet.

Ich muss, glaube ich, nicht weiter das große politische Dilemma erläutern, das alle Beteiligten vor dieser Konferenz im Blick hatten und haben: auf der einen Seite das Stagnieren bzw. leichte Ansteigen von Infektionsraten bundesweit und auch in Niedersachsen - allerdings regional sehr unterschiedlich - verbunden mit der Sorge, dass die sich ausbreitende ansteckendere britische Virusvariante dazu einen Beitrag leistet, und auf der anderen Seite eine zunehmende Corona-Müdigkeit in der Bevölkerung insgesamt und natürlich eine weitere Verschärfung der wirtschaftlichen Schwierigkeiten und anderer Probleme, die sich im sozialen Bereich und auch vergleichbaren Fällen ergeben. Insofern standen wir vor der schwierigen Aufgabe, diese beiden Seiten irgendwie zueinander zu bringen. Wir haben in Niedersachsen noch die spezielle Situation, dass wir vom OVG Lüneburg relativ deutliche Hinweise zum Umgang mit dem § 28 a Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes bekommen haben. Darauf hatte ich schon einmal hingewiesen. Auch das setze ich als bekannt voraus.

Impfungen

Das Thema Impfen ist gestern sehr breit besprochen worden, und zwar vor zwei Hintergründen. Zum einen haben Länder wie Bayern und Sachsen insbesondere im Grenzbereich zu Tschechien und zu anderen Bereichen erhebliche Infektionsprobleme mit hohen Inzidenzen, die insgesamt gerne zu einer Auflösung der Priorisierung und zu einer Flexibilisierung des Einsatzes kommen wollten. Das ist am Ende nicht dabei herausgekommen, weil sich die überwiegende Mehrheit einig war, dass wir nach wie vor eine Mangelsituation haben und vor diesem Hintergrund die Abarbeitung der Priorisierungen, wie sie von der Ständigen Impfkommision festgelegt worden sind, im Hinblick auf den Schutz besonders vulnerabler oder sonstig bedürftiger Prioritätsgrup-

pen jetzt eigentlich nicht aufgehoben werden könnte.

Gleichwohl bestand Einigkeit darin, dass man im konkreten Tun, namentlich dort, wo jetzt schon der Übergang in die zweite Priorität in aller Regel mit dem Impfstoff von AstraZeneca erfolgt, in bestimmtem Umfang, um das Impfgeschehen voranzutreiben, auch unter Einbindung von Arztpraxen wird flexibilisieren können. Dazu stehen aber konkrete Hinweise des Bundes immer noch aus.

Der zweite Aspekt, der einen breiten Raum eingenommen hat und der auch uns in Niedersachsen schon beschäftigt hat, aber noch stärker beschäftigen wird, ist der Umstand, dass wir bekanntermaßen spätestens ab der zweiten März-Hälfte und noch stärker ab Anfang bis Mitte April deutlich mehr Impfstoffe bekommen werden, als bei Höchstkapazität in den Impfzentren - trotz des Hochfahrens der Kapazitäten in den Impfzentren - verimpft werden kann. Daher muss dann ein funktionierendes System der Verimpfung auch in den Hausarztpraxen stehen und funktionieren.

Alles das hat gestern einen breiten Raum eingenommen mit vielen Zahlen, Daten und Hintergründen, auch noch einmal mit dem Bekenntnis aller, dass man sich jetzt hinreichend darauf vorbereiten muss. Das ist eine Aufgabenstellung, vor der jetzt das Sozialministerium sehr akut steht. Für den Fall, dass es zu diesem Komplex Detailnachfragen geben sollte, könnte es dazu weiter Auskunft geben.

Testungen

Das Thema Testen hat in der Erörterung ebenfalls einen breiten Raum eingenommen. Die Diskussion der letzten Wochen hat ja deutlich gemacht, dass neben dem Impfen, das noch einige Monate in Anspruch nehmen wird, für eine Normalisierung des öffentlichen Lebens in vielen Bereichen auch Schnelltests eine Möglichkeit zur Absicherung bieten könnten, insbesondere weil jetzt zunehmend Schnelltests auf den Markt kommen, die in der Anwendung nicht so unangenehm, sondern deutlich minimalinvasiver sind und von daher auch von Laien durchgeführt werden können. Ich selber hätte heute auch gerne einen solchen Schnelltest gehabt. Der Test war doch sehr unangenehm.

Ausgehend von der Ankündigung auf Bundesseite - die aber wieder einkassiert worden ist -, dass es ab dem 1. März kostenlose Schnelltests für al-

le geben werde, ist bei der Erörterung allerdings deutlich geworden, dass es bisher weder hinreichende Mengen noch eine klare Strategie gibt.

Unter der Nr. 2 auf der Seite 5 des Beschlusses ist davon die Rede, dass die nationale Teststrategie um folgende Maßnahmen ergänzt werde. Im Grunde ist das der Beginn einer nationalen Teststrategie, die beschreibt, wo in einem ersten Anlauf vor allen Dingen Tests einzusetzen sind, nämlich im schulischen Bereich - dazu werde ich anschließend im Hinblick auf Niedersachsen noch etwas sagen - und auch im betrieblichen Bereich. Über Letzteres muss die Bundesregierung noch mit der Wirtschaft ins Gespräch kommen, weil dort nicht überall von vornherein Bereitschaft vorhanden ist, Tests flächendeckend anzubieten. Umgekehrt wäre das natürlich, wenn es klappen würde, unter dem Aspekt der Aufhellung des Dunkelfeldes und der Vermeidung von Infektionsclustern ein großer Schritt nach vorne und last, but not least, im Grunde die Umsetzung dessen, was zum 1. März schon angekündigt worden ist, nämlich das Angebot eines kostenlosen Schnelltests einmal pro Woche für jeden Mann und jede Frau.

Die Problematik, die hinter alledem steckt, ist, dass jedenfalls auf der Bundesebene - anders als man nach der Ankündigung hätte vermuten können - jetzt noch keine gesicherten Mengen stehen. Dem Bund stehen 150 Millionen Langstäbchentests zur Verfügung. Auf dieser Grundlage beruhte auch die Ankündigung für den 1. März. Allerdings stehen dem Bund nicht größere Kontingente an moderneren Schnelltests der minimalinvasiven Art zur Verfügung.

Es wird davon ausgegangen, dass man, wenn man diese drei Bereiche bundesweit entsprechend der Nachfrage bedienen wollte, wahrscheinlich um die 150 Millionen Selbstschnelltests pro Monat braucht. Der Bund rechnet des Weiteren auf der Grundlage von Gesprächen mit diversen Produzenten damit, dass, aufwachsend bis Anfang April, bis dahin solche Mengen stabil zur Verfügung stehen, wenn es dafür in einem gemeinsamen Konsortium über eine gemeinsame Plattform von Bund und Ländern eine stabile Abnahmegarantie gibt. Es ist verabredet worden, dafür eine Struktur zu entwickeln.

Das heißt, der ernüchternde Befund von gestern ist eigentlich: Überall dort, wo öffentlich oder betrieblich - auch womöglich mit positiven Konsequenzen für die Teilnahme an dem einen oder

anderen - getestet werden soll, werden jedenfalls nicht ab der nächsten Woche umfangliche Schnelltestmengen vorhanden sein, sondern wir werden tatsächlich erst in den nächsten Wochen, spätestens Anfang April, hinreichende Mengen zur Verfügung haben, um sie einsetzen zu können.

Daneben gibt es jetzt allerdings einen zunehmend aufwachsenden Markt für Selbsttests, die von den Leuten in den Discountern und Drogeriediscountern selber erworben werden können. Das ist bitte nicht mit diesem eher offiziellen Beschaffungsvorgang zu verwechseln, den ich gerade beschreibe.

Wir haben für den schulischen Betrieb in Niedersachsen 5 Millionen dieser einfachen Schnelltests geordert. Sie werden in einer ersten Tranche von 1,25 Millionen wahrscheinlich bis zum 19. März an die Schulen geliefert werden. Das ist in etwa der Zeitraum. Ich sage gleich noch, warum das wichtig ist.

So weit das, was auf niedersächsischer Ebene bzw. auf Landesebene neu ist und zum Thema Testen zu sagen ist. Wie gesagt, das war auch ein Stück weit ernüchternd. Wir gehen aber davon aus, dass dieses Thema jetzt so viel Fahrt aufnimmt, dass man sich in den weiteren Schritten der Entwicklung des öffentlichen Lebens deutlich stabiler auf das Testen als einen Baustein des Schutzkonzeptes stützen können.

Ich hatte schon etwas zum Schulbetrieb ausgeführt. Es ist beabsichtigt, dass über den Grundschulbetrieb im Wechselunterricht hinaus ab dem 15. März auch die 6. und 7. Klassen in den Wechselbetrieb genommen werden, dazu auch die 12. Klasse sowie die 9. und 10. Klasse - je nachdem; bei der BBS muss man gucken -, aber auch die 13. Klasse als Abschlussklasse ab dem 15. März. In dieser Woche werden wir auch, wenn es so läuft, wie vom Hersteller zugesagt, das Testangebot machen können. Diese Verknüpfung ist hier nicht ganz unwesentlich.

In der Woche darauf werden dann, je nach Entwicklung, auch die restlichen Klassen in das Wechselmodell überführt, natürlich immer unter der Voraussetzung, dass sich hier keine dramatischen Ereignisse hinsichtlich der Inzidenzen abspielen.

So viel zu dem Bereich Impfen und Testen. Ich möchte dann zu dem Thema Öffnungsstrukturen übergehen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich schlage vor, dass wir an dieser Stelle einen Schnitt machen und eine Aussprache über das Thema Impfen und Testen führen. Anschließend kommen wir dann zum Stufenplan und zu den Öffnungen. Einverstanden?

StS **Dr. Mielke** (StK): Ja.

Aussprache

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Zum Thema Impfen haben wir vor ein paar Minuten die befreiende Aussage bekommen, dass die STIKO den Impfstoff von AstraZeneca nun für alle Altersgruppen zulässt. Das war ja auch im internationalen und europäischen Kontext mehr als überfällig. Das hat nach meiner Auffassung positive Auswirkungen, weil an dieser Stelle keine Unterscheidung bei den Alterskohorten mehr gemacht werden muss.

Dazu interessiert mich zum einen, was das für die Impfverteilung bedeutet und gegebenenfalls auch für die Priorisierung bedeutet.

Was bedeutet das zum anderen jetzt für die Terminierung? Jetzt kann man ja versuchen, sozusagen von oben nach unten durchzuimpfen.

Wenn ich über die Terminierung nachdenke und ausreichend Impfstoff zur Verfügung steht, bin ich auch schon bei dem nächsten Thema: Wie wird dann die Aufteilung vorgenommen, wo geimpft wird? Ich habe es bisher so verstanden, dass alles nach wie vor über die zentrale Terminierung läuft. Im Kern habe ich es so verstanden, dass die Ärzte, die bereit sind, vor Ort zu impfen, dann quasi wie eine Außenstelle des Impfzentrums agieren. Ein Patient kann dann nicht einfach zu dem Arzt oder zu der Ärztin gehen, um sich impfen zu lassen, sondern man wird über die zentrale Terminierung zugewiesen. Wie funktioniert das? Wird daran angedacht, das kommunal bzw. lokal zu steuern? Ich glaube, das könnte man besser.

Ein weiterer Punkt in diesem Zusammenhang: Die niedergelassenen Ärzte in Niedersachsen haben bisher über die KV immer erklärt, sie seien nicht bereit, eine Priorisierung vorzunehmen. Mich interessiert, ob das in Niedersachsen wirklich so umsetzbar ist, wie es gestern vereinbart

worden ist, oder ob es dort noch diese Hemmschwellen gibt, dass sie nicht priorisieren wollen.

Wenn zukünftig ambulant geimpft werden kann, welche Rolle spielen dann die bisherigen Schwierigkeiten, z. B. dass der Impfstoff unterschiedlich sensibel ist, dass er in einer bestimmten Kühlung gehalten werden muss und dass er angeblich bestimmte Transporte nicht überstehen kann? Reden wir hier über alle Impfstoffe, die künftig dezentral verimpft werden sollen, oder reden wir nur über den Impfstoff von AstraZeneca?

So weit zu dem Thema Impfungen. Zu dem Thema Tests habe ich momentan nur zwei Fragen.

In Bezug auf die sogenannten Selbsttestungen bin ich persönlich sehr zurückhaltend; denn ich glaube, dass das eine gewisse Überwindung bedeutet. Inwieweit besteht dabei Sicherheit, dass sie nicht nur angewandt werden, sondern auch als Nachweis dafür gelten, dass keine Infektion vorliegt? Man kann ja viel erzählen! Wie soll das also nachgewiesen werden?

Außerdem stellt sich die Frage, was es für die Testkapazitäten bedeutet, wenn sich jeder einmal in der Woche testen lassen kann. Werden dann wieder lokale Testzentren aufgebaut? Wie wird das organisiert?

Das waren zunächst einmal meine Fragen.

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Herr Dr. Mielke, vielen Dank für die zügige und umfassende Unterrichtung und auch dafür, dass Sie uns schnellstmöglich die Verordnung zukommen lassen.

Herr Schwarz hat zum Thema Impfen schon sehr umfangreich Fragen gestellt. Ich bin jetzt auf die Antworten gespannt; denn die Antworten darauf treiben wohl uns alle um.

Zum Thema Schnelltests erlauben Sie mir eine Vorbemerkung: Wir reden seit dem Herbst über Perspektiven von Schnelltests. Ich finde es erstaunlich, dass wir jetzt erst damit anfangen, uns über Konzeptionen auseinanderzusetzen. Ich möchte dazu meine Enttäuschung zum Ausdruck bringen. Denn ich glaube, dass das eigentlich viel wichtiger und entscheidender für das Flankieren von Öffnungsschritten und für die Perspektiven für das Leben mit dem Virus ist als so manche andere Frage, die jetzt vermeintlich beantwortet wurde. Über die Öffnungsschritte werden wir aber erst in einem zweiten Schritt reden.

Ich möchte aber auch betonen, dass das meiner Meinung nach zusammenhängt. Wer ohne Schnelltests öffnet, geht meiner Meinung nach kurzfristig vor und geht potenziell auch das Risiko ein, dass wir in eine weitere Welle gehen.

In diesem Zusammenhang interessiert mich Ihre Meinung zu Berichten, dass sich der Bundesverband der Intensiv- und Notfallmedizin sehr kritisch dazu geäußert hat, dass jetzt Öffnungen ohne flankierende Schnelltestkonzepte geplant sind, und die große Sorge hat, dass das zu einer Überlastung des Gesundheitswesens an dieser Stelle führen kann, gerade wenn man solch kurzfristige Öffnungsschritte plant. Wie haben Sie das abgewogen, wie ist Ihre Prognose dazu und auch Ihre Haltung zu dieser Einschätzung der Ärzte?

Eine weitere Frage in diesem Zusammenhang: Herr Weil hat gestern in seiner Pressemitteilung zum Ausdruck gebracht, es gebe einen öffentlichen Druck, vor diesem Hintergrund wolle man jetzt öffnen. Dazu würde mich interessieren, wie es mit der rechtlichen Nachvollziehbarkeit Ihrer Meinung nach ist und ob Sie meine Einschätzung teilen, dass die Inzidenz 100 jetzt ein bisschen die neue 50 ist und die 50 wiederum eine Etage darunter ist und die 35 keine Rolle mehr spielt. Vielleicht können Sie dazu auch noch etwas sagen.

Zu dem Thema Schnelltests habe ich in dem Beschluss auf Bundesebene gelesen, dass ein positiver Schnelltest keine Auswirkungen auf K1-Personen hat. Wenn ich mir dann vor Augen führe, dass manchmal das Ergebnis des regulären PCR-Tests immer noch drei bis vier Tage nach sich ziehen kann und dass sich die Leute dann noch drei, vier Tage munter in der Schule oder im Unternehmen treffen können, wie z. B. in der Eisfabrik in Osnabrück - dort ist ja der letzte Fall in Niedersachsen aufgetreten, von dem ich gelesen habe -, dann haben wir, glaube ich, ein Problem. Insofern interessiert mich: Wie wollen Sie das beschleunigen, oder überlegen Sie, an dieser Stelle von der Vereinbarung auf Bundesebene abzuweichen?

Herr Weil spricht ja auch immer von den großen Perspektiven der Schnelltests, die ich in Teilen teile. Der Bund hat jetzt geregelt, dass nur einmal wöchentlich schnellgetestet werden soll: in der Schule mindestens einmal wöchentlich, in Betrieben mindestens einmal wöchentlich. Wollen Sie vor dem Hintergrund der Aussagen von Herrn Weil und Ihrer Strategie nach oben positiv davon

abweichen? Es gibt ja viele Konzepte. Böblingen fährt ja ein solches Konzept. Es gibt auch diverse Wissenschaftler, die Notwendigkeiten bei einer Schnellteststrategie vorgestellt haben und alle davon reden, dass man mindestens zweimal pro Woche testen müsste, um eine mögliche Sicherheit zu schaffen. Deswegen meine Frage: Wollen Sie daran arbeiten, das nach oben auszuweiten, dort häufiger Tests vorzuschreiben bzw. vorzusehen, etwa an Schulen, oder wollen Sie sich an dieser Stelle daran orientieren, einmal wöchentlich Schnelltests durchzuführen?

Wir Grüne und die FDP haben ja eine Anhörung durchgeführt, bei der die Wirtschaft sich sehr offen für Schnelltests gezeigt und gesagt hat: Wenn es Öffnungsperspektiven gibt, die dann sicher sind, dann sind wir auch dazu bereit, mehrmals in der Woche Schnelltests für unsere Mitarbeiter anzubieten! - Ich weiß nicht, wo da die Widerstände liegen. Unser Eindruck war aber, dass das relativ positiv aufgenommen worden ist und auch von der Wirtschaft durchaus getragen ist. Ich hatte fast das Gefühl, dass sie dort weiter ist als die MPK gestern. Insofern möchte ich noch einmal daran appellieren, das positiv zu begleiten.

Mich interessiert auch, warum Niedersachsen nicht selbst schon viel früher Vorsorge getroffen hat. Sie sagen zu Recht, Sie sind vom Bund frustriert, dass dort so wenig in diesem Bereich passiert ist. In Berlin gibt es aber diese Schnelltests schon. Wir reden heute ja nicht zum ersten Mal darüber. In Berlin werden Schnelltests seit zwei Wochen in Schulen eingesetzt. Wenn ich mir dann vor Augen führe, dass Sie gestern den ersten Bestellvorgang für 5 Millionen Schnelltests vorgenommen haben, erscheint mir das reichlich spät und nicht gerade sehr offensiv. Insofern meine Frage: Planen Sie, dort jetzt selber stärker in die Verantwortung zu gehen, oder schauen Sie weiterhin auf den Bund?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte erstens gerne noch auf das Thema Impfen eingehen. Im Moment wird ja eine Diskussion über die Lagerbestände von Impfdosen geführt. Nach den Lagermeldungen haben wir - in nenne jetzt gerade Zahlen - rund 990 000 Impfdosen erhalten. Davon sind 860 000 an die Impfzentren ausgeliefert worden. 90 000 werden für die zweite Impfung zurückgehalten. Diese Rückhaltung wird sich im Laufe der Zeit abbauen, weil sich die Vorgaben geändert haben. Wir haben - nach den Zahlen von heute - 600 000 Impfungen durchgeführt. Das heißt, nach Abzug der Impfdosen in der Rückhal-

tung für die zweite Impfung liegen ca. 160 000 Impfdosen irgendwo auf Halde. Wenn ich mit verschiedenen Impfzentren spreche - ich habe zumindest mit einem gesprochen -, wird gesagt: Nein, wir haben keine! - Auch von einem anderen Impfzentrum wurde gesagt, dass dort nichts auf Halde liegt. An dieser Stelle gibt es also eine gewisse Diskrepanz. Ich weiß nicht, ob Sie diese erklären können. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, Frau Schröder, wenn wir eine Erklärung dafür bekommen könnten und wenn Sie auch die Ursachen dafür erklären würden.

Zweitens interessiert mich, wie das Impfen im Hinblick auf die Menschen mit Vorerkrankungen ablaufen soll. Darüber haben wir schon in der Sitzung vor einer Woche diskutiert. Wenn die Hausärzte dabei mit einbezogen werden, wird es wahrscheinlich einfacher. Es geht aber auch um die Menschen mit Vorerkrankungen, die vielleicht dement oder bettlägerig sind, oder um Menschen mit Behinderungen, die nicht unbedingt in die Hausarztpraxis gehen können. Inwieweit wird zugelassen, dass der Hausarzt unter den gegebenen Umständen mit dem Impfstoff auch zum Patienten gehen kann? Welche Vorstellungen und Planungen hat das Sozialministerium dazu?

Drittens. In der letzten Sitzung haben wir auch über das Thema Härtefallkommission diskutiert. Wie ist dabei der Sachstand? Wie soll es dort zu Entscheidungen kommen?

Abg. **Dr. Stefan Birkner** (FDP): Herr Mielke, herzlichen Dank für die Unterrichtung.

Ich habe erstens eine ganz praktische Frage zu den Testungen. Wenn jemand in einem Betrieb mit einem Antigenschnelltest positiv getestet wird, hat der dann die Möglichkeit, sich mit einem negativen PCR-Test freizutesten - diese Frage spielt bei den Betrieben offensichtlich eine große Rolle; der PCR-Test ist ja wohl etwas zuverlässiger als der Antigenschnelltest -, sodass die betreffende Person aus der Quarantäne herauskommt? Andernfalls sind möglicherweise viele Menschen in der Quarantäne, ohne dass es dafür einen nachvollziehbaren Grund gibt. Zumindest wird es dort so verstanden.

Meine zweite Frage bezieht sich allgemein auf die Schnellteststrategie. Welches sind dabei aus niedersächsischer Sicht konkret die nächsten Schritte? Ich habe verstanden, dass das zunächst ein Beschaffungsthema ist. Dazu gehört aber auch noch Regulatorik. Es muss ja irgendwie geregelt

werden, wer testet. Dazu haben Sie etwas gesagt. Aber was wird dann mit den Testergebnissen gemacht? Wie werden diese dokumentiert? Wie wird sichergestellt, dass das Ergebnis zu der Person zugeordnet werden kann? Welche möglicherweise digitalen Instrumente sollen dafür genutzt werden? Dazu gehört ja ein ganzes Umfeld an Dingen, das geregelt werden muss. Mich würde interessieren: Welche Fragestellungen sind das konkret, und wie sieht der Zeitplan dafür aus?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Herr Dr. Mielke, wir haben ja heute eine besondere Situation, weil wir nicht über den Entwurf einer Verordnung beraten. Sie haben eingangs gesagt, dass wir darüber weiter im Plenum beraten. Daran ziehe ich die Schlussfolgerung, dass wir die Verordnung, die wir irgendwann im Laufe des Tages wohl zugestellt bekommen, morgen unter dem Tagesordnungspunkt „Regierungserklärung des Ministerpräsidenten und Aussprache“ mit auf die Tagesordnung nehmen; anderenfalls können wir die Verordnung gar nicht beraten. Wir tauschen uns jetzt über etwas aus, was uns gar nicht schwarz auf weiß vorliegt. Die bunte Grafik reicht dafür nicht aus. Ich gehe davon aus und halte es auch für notwendig, dass die Verordnung zwecks Beratung morgen im Plenum mit auf die Tagesordnung kommt.

Der nächste Punkt bezieht sich auf das Impfen. Der Herr Kollege Meyer hat das gerade schon angesprochen. Ich kann nicht ganz nachvollziehen - was mir gestern und auch heute wieder mitgeteilt worden ist -, dass Therapien für krebserkrankte Personen nicht fortgesetzt werden, weil diese Personen nicht geimpft sind, und dass das Land gestern noch einmal bestätigt hat bzw. dass es eine Weisung gegeben hat, nach der Personen nach § 3 der Impfverordnung ausdrücklich noch nicht geimpft werden dürfen. Man kann sie zwar vormerken, aber ohne große Erfolgsaussicht. Das gilt auch für Menschen mit Demenz usw. Ich glaube, wir brauchen jetzt ganz dringend ein überarbeitetes Impfkonzept auch für Impfungen mit einem verstärkten Einsatz des Impfstoffs von AstraZeneca, von dem wir mehr haben. Aber wir müssen die Menschen, die sich in einer Therapie befinden bzw. die Erkrankungen haben, jetzt wirklich mit aufnehmen.

Dazu ergänzend die Frage: Wie sieht denn das Einladungswesen jetzt aus? Es kann doch wohl nicht wahr sein, dass man abwartet, dass sich die Akteure beim Impfzentrum melden, und man dort wieder Menschen abstellt, die einladen!

Ein anderer Punkt ist die geplante Einbeziehung von Hausärzten. Ist damit die hausärztliche Versorgung vor allem in der Fläche noch sichergestellt? Denn je mehr geimpft wird, desto stärker sind die Hausärzte belastet.

Was bedeutet das auch im Hinblick auf die Tests? Je mehr Schnelltests bzw. Selbsttests zur Verfügung stehen, desto mehr PCR-Tests müssen ja erfolgen. Sollen die dann auch weiter über die Hausärzte erfolgen - dann bekommen sie eine dritte Belastung dazu -, oder ist avisiert, die Testzentren wieder zu öffnen?

Das ist eine schwierige Gemengelage. Ich vermisse dafür wirklich ein Konzept.

In dem Beschluss steht, dass die Länder ein Testkonzept erarbeiten. Sie haben eben ausgeführt, dass ab 15. März ein Testangebot gemacht wird. Wie weit sind Ihre Arbeiten hinsichtlich einer Testkonzeption? Ist damit zu rechnen, dass bis zur nächsten Woche etwas vorliegt?

Ein weiterer Punkt: Es kann nicht angehen, dass das Land nur Verantwortung für die Landesbediensteten übernimmt, wie es in einer Verordnung aus dem Kultusministerium steht. Die Schulbegleiter, die Sekretärinnen und Hausmeister werden nicht berücksichtigt. Wir schaffen hier also eine wilde Bürokratie, anstatt dass alle diejenigen, die an einer Schule tätig sind, gemeldet und geimpft werden. Das ist schon ein bisschen schräg, was wir da machen! Ich gebe Ihnen das gerne mit, damit Sie das in Ihre Testkonzeption aufnehmen und ändern.

Sie haben die Impfschritte auch hinsichtlich der Öffnung beschrieben. Schnell- oder Selbsttests sind jedoch bei den Öffnungsschritten aber der Inzidenz von 50 und auch ab der Inzidenz von 100 nicht aufgeführt. Deshalb ist entscheidend, wie das Konzept dafür aussieht. Es geht doch um die Sicherheit der Menschen, wenn wir wieder mehr Begegnungen ermöglichen. Die Sicherheit setzt aber nach dem Beschluss auf Bundesebene den verstärkten Einsatz von Schnell- und Selbsttests voraus. Das halte ich für wichtig.

Zum Thema Testkapazitäten: Sie haben das Datum 15. März genannt - zumindest für Schulen. Wenn ich am Montagabend oder Dienstagmorgen eine Mail erhalte „Wir haben ausgeschrieben“, was heißt das dann eigentlich konkret? Wann erfolgt der Zuschlag? Wann kann ein Auftrag erteilt

werden, und wann erfolgt die Lieferung der Menge?

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Ich habe nur eine kleine Detailfrage, die Frau Schröder wahrscheinlich aus dem Handgelenk beantworten kann. Wenn eine Person aus den jetzt vorgezogenen Gruppen, z. B. Grundschullehrer, Erzieher usw., aus irgendwelchen Gründen einen zugeteilten Impftermin nicht wahrnehmen kann - das kann ja mal aus familiären Gründen oder anderen Gründen passieren; dabei muss es sich nicht um Impfverweigerung handeln -, rutscht sie dann ganz nach hinten und muss sich sozusagen in die lange Warteschlange einreihen, oder kann sie nach wie vor einen priorisierten Impftermin wahrnehmen?

StS **Dr. Mielke** (StK): Frau Schröder, ich möchte Sie bitten, sämtliche Fragen zum Impfen zu beantworten, weil das überwiegend sehr spezifische Fragen zu Ihrem Bericht sind. Ich werde mich auf die Beantwortung der Fragen zu dem gesamten Bereich Testungen konzentrieren und werde gleich auch noch etwas zu der Beratung der Verordnung sagen. Diese beiden Aspekte möchte ich gerne aufgreifen.

Ein wesentlicher Aspekt, den man sich bei allen Überlegungen zu den Testungen vor Augen führen muss, ist, dass bei den Zulassungen natürlich darauf geachtet werden muss, dass sich die Fehleranfälligkeit sowohl bei den positiven Ergebnissen als auch gerade bei den negativen Ergebnissen in einem bestimmten Rahmen hält, der einigermaßen valide Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dieser Testung erlaubt.

Herr Birkner, in diesem Zusammenhang zu dem Stichwort „positiver Test“: Natürlich führt man dann einen PCR-Test durch, um das Ergebnis zu validieren. Das ist sogar vorgeschrieben. Wenn das Ergebnis des PCR-Tests dann negativ ist - der PCR-Test ist der gründlichere, also genauere Test -, dann ist man halt auch negativ. Die Möglichkeit der Freitestung besteht ja nicht nur, sondern es besteht dann ausdrücklich die Pflicht, das Testergebnis noch einmal zu bestätigen.

Ich könnte jetzt erklären, worin der Unterschied zwischen Schnelltest und PCR-Test liegt. Ich glaube aber, das führt an dieser Stelle zu weit.

Gleichwohl bleibt natürlich in dem Bereich, in dem man negative Ergebnisse hat, die eine oder andere Grundunsicherheit. Wir werden nie eine

100-prozentige Sicherheit bekommen. Vor diesem Hintergrund wird man sich klarmachen müssen, dass die Testung nie dazu führen kann, dass man sich für zwölf Stunden - das ist in aller Regel der belastbare Aussagezeitraum, der dahintersteht - überall wieder ganz normal wird so bewegen können, als ob ansonsten gar nichts wäre. Vielmehr tritt diese Freitestung zu Schutzkonzepten hinzu, die man bei der jeweiligen Veranstaltung, der jeweiligen Einrichtung oder auch ansonsten beachten müssen. Das heißt, man wird immer noch die üblichen Regelungen wie Abstandhalten, Masken usw. einhalten müssen. Das muss man sich an dieser Stelle auch vor Augen halten, weil die Frage, wie sicher ein solcher Test ist und wie man das nachweist, in diesem Zusammenhang steht. Danach hatte auch Herr Schwarz gefragt.

Für den schulischen Bereich wird in der nächsten Woche noch rechtzeitig ein Konzept vom Kultusministerium veröffentlicht. Es ist nicht vorgesehen, dass die Selbsttests, die dann zur Verfügung gestellt werden, womöglich alleine zu Hause durchgeführt werden - dann kommt der Schüler zur Schule oder eben nicht -, weil wir in der Staatskanzlei, aber auch in den Fachressorts davon ausgehen, dass es zu Hause Situationen gibt, in denen auf so etwas vielleicht nicht so geachtet wird. Das gibt es ja auch in anderen Bereichen, etwa bei der Frage, wer eine ordentliche Verpflegung mitbekommt usw. Das Testen sollte dann unter Aufsicht in der Schule geschehen. Allerdings wird man das nicht verpflichtend machen können. Das ist nach der Auskunft, die ich aus dem Kultusministerium bekommen habe, rechtlich jedenfalls im Moment nicht möglich.

Man wird aber umgekehrt - das ist die Antwort auf die Frage von Frau Hamburg zum Thema Absonderung - auch nicht sofort davon ausgehen müssen, dass dann z. B. die gesamte Kohorte sofort in die Absonderung muss, sondern dann bedarf es der Bestätigung des positiven Ergebnisses durch einen PCR-Test.

Auch für andere Bereiche, z. B. im privatrechtlichen Verhältnis, in denen man den Zugang zu einer Veranstaltung, einer Einrichtung usw. von einem negativen Schnelltestergebnis abhängig machen will, wird man nicht die Eigentestmöglichkeit zu Hause zulassen können, weil ein gewisses Maß an Kontrolle erforderlich ist. Es wird zwei Möglichkeiten geben: Entweder lassen sich die Kundinnen und Kunden in einem Testzentrum testen und bekommen dann ein Zertifikat - das

entspricht in etwa dem, was wir von der Testaktion vor den jeweiligen Landtagssitzungen kennen, soweit wir daran teilnehmen -, oder die jeweiligen Betreiber einer Einrichtung halten selber Tests vor, oder dort werden unter Aufsicht Selbsttestungen vorgenommen. Das werden wir in einer eigenen Vorschrift in der Verordnung entsprechend definieren. Das ist im Moment der Ansatz.

Zu der davon ausgehenden Nachfrage zu der Belegung bzw. Wiederbelegung von Testzentren: Zum einen gibt es mittlerweile eine relativ dichte Struktur von privaten Angeboten. Umgekehrt steht fest, dass es für das Angebot in der dritten Säule - einmal in der Woche ein kostenloses Angebot für asymptomatische Tests - einer über das Land zu organisierenden Struktur bedarf. Es hat schon im Vorfeld, ausgehend von der Ankündigung des Bundesgesundheitsministers für Tests zum 1. März, Gespräche des Sozialministeriums mit dem Bereich der Apotheken und niedergelassenen Ärzte gegeben. Den Stand kann Frau Schröder vortragen.

Die Ideen, die heute hier entwickelt worden sind, werden wir auch mit dem Sozialministerium besprechen, z. B. ob man dabei zu kommunalen Joint Ventures kommt, indem die Tests in ungenutzten Räumlichkeiten durchgeführt werden, z. B. in Gemeindesälen, wenn beispielsweise die Räumlichkeiten in einer Apotheke dafür nicht ausreichen, aber vom Personal der Apotheke dort die Tests vorgenommen werden können. Das ist aktuell in der Entwicklung. Über den Stand kann Frau Schröder mehr sagen.

Zu der Frage von Frau Hamburg zu der Intensität bzw. zur Häufigkeit, ob einmal oder zweimal in der Woche getestet werden soll: Das Ziel ist tatsächlich, zweimal in der Woche zu testen, weil man damit ein relativ hohes Maß an flächendeckender Sicherheit sowie zur Aufhellung des Dunkelfeldes bekommt. Einmal in der Woche zu testen, ist nach den Erörterungen gestern einfach dem Umstand geschuldet, dass dieser Markt überhaupt erst in den nächsten Wochen aufwächst und sich die Frage der Kapazitäten stellt. Vor diesem Hintergrund wird es weitere Beschaffungen durch den Bund, aber auch durch das Land im Rahmen der dann aufgebauten Strukturen geben. Auch danach ist ja gefragt worden.

Zu der Frage zur Bereitschaft der Wirtschaft: Ich glaube, „Wirtschaft“ ist in diesem Zusammenhang nicht gleich „Wirtschaft“. Es gibt Branchen, denen völlig klar ist, dass sie überhaupt nur in einem

normalen Verlauf weitermachen können, wenn es diese Tests gibt. Deshalb haben diese Branchen ein hohes Interesse an den Tests. Der gesamte Bereich des Einzelhandels gehört dazu. Das liegt, denke ich, auf der Hand. Es gibt aber umgekehrt auch produzierendes Gewerbe bzw. Wirtschaftszweige, die sagen, dass sie davon nichts haben. Das ist etwas kurz gedacht. Das kann man auch relativ rasch widerlegen, weil auch dort, wirtschaftlich gesehen, natürlich kein Interesse bestehen kann, in einen weiteren Shutdown zu gehen oder dergleichen mehr. Dazu bedarf es aber erkennbar einiger Überzeugungs- und Erklärungsarbeit. Das ist der Hintergrund dieser Aussage.

Zur Freitestung habe ich schon etwas gesagt.

Herr Dr. Birkner, die Regelungsmethodik und Dokumentation habe ich gerade angerissen. Das wird in der Verordnung entsprechend verankert werden. Das gehört an dieser Stelle natürlich dazu.

Zu der Frage zu digitalen Instrumenten der Nachverfolgung: Auch das hat im Beschlussvorschlag Niederschlag gefunden. Auf der Ebene der Kanzlerin und der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten ist relativ lange darüber debattiert worden, ob man sich auf eine bestimmte App, nämlich die berühmte Luca-App, festlegt, um dann zu der Erkenntnis zu kommen, dass es ein bisschen schwierig ist, jetzt nur dieses eine Modell zu wählen. Man hat sich vorgenommen, den Versuch zu unternehmen, miteinander eine bundeseinheitliche Lösung hinzubekommen. Das wird allerdings nicht ganz trivial werden. Die Luca-App ist auf der einen Seite ein sehr zentrales und gutes Angebot mit Schnittstellenmöglichkeiten zu SORMAS. Auf der anderen Seite gibt es mittlerweile auch in niedersächsischen Städten Gemeinschaftsinitiativen verschiedenster Akteure der örtlichen Wirtschaft - z. B. in Braunschweig und Wolfsburg -, die ihrerseits entsprechende Nachverfolgungsmöglichkeiten digitaler Art entwickelt haben. Das muss man jetzt in geeigneter Art und Weise zusammenführen. Das gehört aber in der Tat zu dem Gesamtbild dazu.

Ich glaube, ich habe jetzt alle Fragen zum Testen beantwortet. Wenn nicht, bitte ich darum, das gleich anzumahnen.

Ich möchte noch etwas zu der rechtlichen Nachvollziehbarkeit sagen. Das leitet schon ein biss-

chen zu dem Thema Stufen und Verordnung über.

Frau Hamburg, Sie haben gefragt, ob die 100 jetzt die neue 50 ist. - Der Ausgangspunkt ist der § 28 a Abs. 3 des Bundesinfektionsschutzgesetzes, der zu den Inzidenzen, grob ausgedrückt, eigentlich nur drei Bereiche kennt: Oberhalb einer Inzidenz von 50 sind, ausgehend von den seinerzeitigen Nachverfolgungsmöglichkeiten, umfassende Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu ergreifen. Unterhalb der Inzidenz von 50 bis zur Inzidenz von 35 sind weitgehende Maßnahmen zur Zurückführung der Pandemie zu ergreifen. Unterhalb einer Inzidenz von 35 sind Maßnahmen angezeigt, die die bessere Kontrolle unterstützen. Das sind an dieser Stelle die Maßstäbe.

Die Stufen, die jetzt gefunden worden sind, entsprechen ziemlich genau den Schlussfolgerungen, die wir im Hinblick auf unseren Stufenplan auch aus den Hinweisen des OVG Lüneburg gezogen haben.

Ausgangspunkt war der Beschluss der MPK mit der Kanzlerin aus dem Januar 2021, nach dem Friseure und das eine oder andere öffnen dürfen, aber Weiteres erst, wenn die Inzidenz stabil unter 35 liegt. - Ich überspitze an dieser Stelle etwas. - Von diesem Prinzip sind wir jetzt abgegangen, nachdem das OVG gesagt hat, dass wir keinen umfassenden Shutdown machen können, der in dem Zwischenraum zwischen 50 und 35 unverändert weiter gilt. Das gibt die Vorschrift nicht her. Das ist juristisch und denklogisch ausgeschlossen. Da muss es zu anderen Ansätzen kommen.

Ferner hat das OVG gesagt: Auch innerhalb dieser Stufen, also auch oberhalb der 50, ist nicht jede einschränkende Maßnahme zulässig, sondern der Ordnungsgeber muss immer auch prüfen, ob es nicht mildere Mittel gibt, mit denen man den Zweck der Eindämmung der Pandemie eher erreicht.

Alle werden grob die Entstehungsgeschichte des Textes, über den wir hier reden, mitbekommen und registriert haben, dass noch vor zwei Tagen in einem Entwurf aus dem Kanzleramt nach wie vor neben einzelnen sonstigen Öffnungsschritten die 35 aber weitgehend perpetuiert worden ist. Das ist aus niedersächsischer Sicht und auch aus rechtlicher Sicht der große Fortschritt der gestrigen MPK mit der Kanzlerin, dass das wieder

mehr in das Zentrum der Systematik des Gesetzes gerückt worden ist.

Letzten Endes stellt sich noch die Frage: Warum eigentlich 100? Ist das die neue 50? - Nein, so ist es nicht. Nach der Rechtsprechung des OVG darf man auch oberhalb der Inzidenz von 50 nicht einfach schließen und verbieten, sondern man muss überlegen, ob es womöglich andere Mittel und mittlerweile auch andere Möglichkeiten zur Nachverfolgbarkeit auch über die Inzidenz von 50 hinaus gibt. Die Inzidenz von 100 ist aber nach Einschätzung aller Beteiligten die absolute Obergrenze, bei der man diese Spielräume noch hat. Darüber hinaus wird es dann aber auch epidemiologisch kritisch.

So erklären sich diese Zahlen. Ich hoffe, dass das einigermaßen deutlich geworden ist.

Ich weise darauf hin, dass Niedersachsen gestern diesbezüglich auch eine Protokollnotiz abgegeben hat, in der wir darauf hingewiesen haben, dass wir das immer spiegeln werden.

Nun zu der Frage von Frau Janssen-Kucz zu der Beratung der Verordnung. Wir haben hier immer ein etwas besonderes Verfahren, das eigentlich nicht unbedingt immer dem Regelverfahren bei der Gestaltung von Regierungsverordnungen entspricht. Wir werden morgen eine Regierungserklärung des Ministerpräsidenten bekommen. Der Ministerpräsident wird dann natürlich auch darauf eingehen, was sich inhaltlich strittig aus den Beschlüssen ergeben wird. Das wird im Lichte des dann vorliegenden Verordnungsentwurfs, der neben den technischen Fragestellungen des Rechts inhaltlich nicht mehr viel Neues bringen wird, natürlich auch Gegenstand der weiteren Aussprache sein. So sieht das die Landesregierung.

Damit meine ich, sämtliche Fragen, die mir gestellt worden sind, mindestens einmal gestreift zu haben.

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Zu der Frage, was sich geändert hat, sodass Sie mildere Mittel ergreifen können, werden Sie ja noch bei den Öffnungsschritten etwas sagen. Das nehme ich jetzt nicht vorweg. Das ist schwierig, weil es sich ein bisschen bedingt.

Mir stellt sich jedoch die Frage, warum Sie nicht auch Testungen zwingend an Öffnungsschritte knüpfen, wenn Sie sagen, Sie machen jetzt etwas anderes. Warum regeln Sie nicht, dass man bei

einer Inzidenz von 50 mit Testung dieses und jenes und bei einer Inzidenz von 100 dieses und jenes machen darf? - Das machen Sie an einigen Stellen, aber das ist explizit die Ausnahme. Das verwirrt vor dem Hintergrund, dass auch die Landesregierung mittlerweile genau diese Testungen sieht. Sie haben gerade auf den Mangel hingewiesen, den es gibt. Warum öffnen Sie dann trotzdem? Warum versuchen Sie nicht, das dort, wo es möglich ist, miteinander zu verknüpfen?

Abg. **Dr. Stefan Birkner** (FDP): Mir geht es um den möglichen Zusammenhang zwischen Testungen und Impfungen. Ich verstehe, dass man an die Testungen zum Teil jetzt schon gewisse Möglichkeiten knüpft. Hierzu steht die Frage im Raum, was das für geimpfte Personen bedeutet. Wenn man z. B. den Besuch in der Außengastronomie ab einer bestimmten Inzidenz davon abhängig macht, dass man einen negativen Test vorweisen kann, muss das dann eine geimpfte Person ebenfalls machen? Oder sind wir dann an dem Punkt angelangt, dass man sagt: „Warum, diese Person ist ja geimpft!“? Wie wird das dann nachgewiesen? Wie soll damit umgegangen werden?

StS **Dr. Mielke** (StK): Die Stufigkeit, die gestern beschlossen worden ist, ist dreidimensional. Wir reden nicht nur davon, dass alles geöffnet wird, wenn getestet werden kann. Bei der Auswahl dessen, was geöffnet werden soll, ist auch in der Strittigkeit gleichzeitig überlegt worden, wo eigentlich grundsätzlich für einen ersten Schritt geringere Risiken bestehen als bei anderen Maßnahmen. Das korrespondiert natürlich mit der Frage der Notwendigkeit von Testungen.

Ich habe heute in einem anderen Kreis, in dem diskutiert wurde, warum hier nicht wie in Bayern die Baumärkte, sondern die Museen geöffnet werden, obwohl bei uns weniger die Museen, sondern eher die Baumärkte nachgefragt werden, gesagt: Das ist genau das Dilemma! Weil die Museen wenig nachgefragt werden, kann man sie mit entsprechenden Schutzkonzepten - wie Besuchermanagement, reduzierte Kapazität usw. - eher öffnen, weil die grundsätzliche epidemiologische Gefahr dann nicht so groß ist. - Das ist eigentlich die Antwort auf die Frage, warum hier nicht überall eine Testung vorgesehen ist, weil nämlich die Testung ein Baustein in einem Gesamtvermeidungs- und Gesamtschutzkonzept ist.

Deshalb erklärt sich auch, dass z. B. bei körpernahen Dienstleistungen, wenn ein Mund-Nase-

Schutz nicht möglich ist, obligatorisch getestet werden soll; denn die körperliche Nähe birgt ein ganz anderes Infektionsrisiko.

Diese beiden Beispiele machen vielleicht anschaulich, welche Grundsatzdenke dahinter steht.

Zu der Frage von Herrn Dr. Birkner, die gestern auch ein Thema war und erörtert worden ist, möchte ich auf zwei Aspekte hinweisen. Zum einen liegt die Testung im Moment vor dem Thema Impfung und der positiven Wirkung der Impfung, weil das Tempo deutlich höher sein wird, indem man das komplett realisiert bekommt, auch wenn es womöglich nicht schnell genug geht. Das muss ich nicht erklären; da sind alle genug im Thema.

Im weiteren Verlauf wird man beobachten, welche Auswirkungen ein zunehmender Impffortschritt in der Bevölkerung auf das Infektionsgeschehen im Allgemeinen hat, d. h. wie vorsichtig man noch sein muss. Konkret in der Ausprägung haben wir dann positive Ergebnisse auch bei der Belegung von Intensivbetten und bei Beatmungsplätzen, und zwar verlässlich und dauerhaft, auch bei Mutationen. - Das ist der eine Prozess, der läuft.

Der zweite Prozess, nach dem Sie gefragt haben, ob sich Geimpfte eigentlich testen lassen müssen, hängt mit der Frage zusammen, wie infektiös Geimpfte sind. Die Meinungen der Gelehrten dazu gehen noch auseinander. - Das könnte Thela Wernstedt wahrscheinlich deutlich besser erklären als ich. - Die Infektiosität hängt schlicht und ergreifend von der Virenmenge ab, die man trägt, gleichgültig ob man daran erkrankt oder nicht. Bei Geimpften geht man davon aus, dass sie wegen der Abwehrreaktion des Körpers geringere Virenmengen haben und deshalb auch geringer infektiös sind. Wie verlässlich das ist und welchen Grad das hat, ist aber noch Gegenstand der ständigen Beobachtung durch die einschlägigen Bund-Länder-Stellen - vom RKI über die Charité bis hin zu den Landesgesundheitsämtern, wo jetzt auch entsprechende Daten zusammengetragen werden. Die Einschätzung in der Runde gestern nach der Erörterung dieser Aspekte war, dass sich zunächst auch Geimpfte noch werden testen lassen müssen. Das mag sich aber im Zuge besserer wissenschaftlicher Erkenntnisse dann auch erledigen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich möchte die Fragen zu dem Komplex der Impfungen beantworten.

Zunächst zu der Eingangsfrage von Herrn Schwarz, was es bedeutet, wenn die Ständige Impfkommission ankündigt, ihre Empfehlung für den Impfstoff von AstraZeneca zu ändern und die Beschränkung auf die Personen unter 65 Jahren aufzuheben. - Dazu kann ich sagen, das ist eine sehr erfreuliche Nachricht. Das erleichtert die gesamten Impfprozesse im Impfzentrum erheblich. Die Aufteilung und Sortierung in unterschiedliche Impfstoffe löst in den Impfzentren einen enormen Aufwand aus. Das gilt auch für die Fragen, von welchem Impfstoff man etwas übrig behält, an wen der Impfstoff dann weiter verimpft werden kann und für welche Impfstoffe welche Reservelisten geführt werden müssen. Das wird jetzt deutlich vereinfacht. Insofern ist es eine sehr gute Nachricht, wenn das so kommt.

Für die Impfstoffverteilung bedeutet das, dass wir - auch gekoppelt an die Ankündigung aus der MPK-Konferenz, dass wir die Fristen für die Zweitimpfung deutlich strecken können; für alle Bürgerinnen und Bürger, die schon eine Terminbestätigung für den Erst- und Zweitimpftermin haben, ändert sich gar nichts; das bleibt alles so, wie es ist; das verändern wir nicht, weil das sonst zu einem völligen Wirrwarr führen würde, wenn die Personen den Überblick verlieren, wann sie an der Reihe sind - unser Verfahren sofort umstellen werden. Wir müssen jetzt keine impfstoffbezogenen Wartelisten mehr führen. Das vereinfacht das ganze Verfahren enorm und trägt sicherlich auch zur Akzeptanz bei, weil sich Menschen immer wieder gewundert haben, weshalb eine Person schneller an der Reihe ist und schneller Termine bekommt als sie. Für Außenstehende ist es ja gar nicht erkennbar, dass sich die Terminvergaben immer auch an der Verfügbarkeit der einzelnen Impfstoffarten ausrichten.

Insofern werden die Terminierung und auch die gesamte Impfung vereinfacht. Es wird aber auch das Impfen z. B. im häuslichen Umfeld vereinfacht, weil es deutlich einfacher ist, mit AstraZeneca zu Hause zu impfen. Auch das ist nicht ganz *L'art pour l'art*; das ist hier schon erwähnt worden. Diese Impfstoffe sind, weil sie ja unter Zeitdruck entwickelt worden sind, quasi auf ihre Wirksamkeit hin entwickelt worden. Das ist auch richtig und gut. Es war keine Zeit mehr, sie auch auf Stabilität hin auszureifen. Von daher muss man das, glaube ich, jetzt einfach als Nebeneffekt hinnehmen. Lieber ein etwas instabilerer Impfstoff, den man vorsichtig behandeln muss, als ein Impfstoff, den wir noch nicht zur Verfügung hätten. Insofern, glaube ich, sind die Schwerpunkts-

setzung und der Fokus dabei richtig gesetzt worden.

Die Impfung mit dem Impfstoff von AstraZeneca ist insofern nicht ganz einfach, aber letztendlich machbar. Das zeigen ja auch unsere Erprobungen, die wir seit einer knappen Woche in Osnabrück durchführen. Mit AstraZeneca wird es noch einmal deutlich einfacher werden, weil wir dabei auch sehr viel mehr Hausärzte mit einbinden können. Denn der Impfstoff von AstraZeneca hat den großen Vorteil, dass er wie jeder andere Schutzimpfstoff gekühlt wird. Das ist überhaupt nichts Besonderes. Auf eine Kühlung von Impfstoff bei 2 Grad ist jede Arztpraxis, die impft, vorbereitet.

Zu der Frage, ob die hausärztliche Versorgung im Übrigen zusammenbricht, kann ich klar sagen: Das wird sie nicht. Wir haben immer wieder Phasen, in denen ganz viel geimpft wird. So wird immer im Herbst die Gripeschutzimpfung durchgeführt. Auch dabei haben wir wiederkehrend das Problem, dass der Grippeimpfstoff endlich ist und vielleicht nicht in allen Arztpraxen in der Menge zur Verfügung steht, wie es wünschenswert wäre. Wir haben aber nicht das Problem, dass die ärztliche Versorgung an anderer Stelle nicht ausreicht. Von daher bin ich überzeugt, dass das jedenfalls von den Hausärzten so gesteuert werden kann, dass sie in dem Umfang impfen, in dem sie das in ihre hausärztliche Tätigkeit einbinden können, ohne dadurch die anderen Personen, die noch nicht geimpft werden oder die nicht geimpft werden wollen, zu vernachlässigen.

Für uns bringt es insofern nur Vorteile, wenn der Impfstoff von AstraZeneca für alle Volljährigen, ohne Altersbegrenzung nach oben, zur Verfügung steht.

Ausgefallene Termine werden so schnell wie möglich nachgeholt. Die Personen werden unmittelbar ein Angebot aus dem Impfzentrum bekommen. Für solche Einzelfälle haben die Impfzentren die entsprechende technische Ausstattung, sodass sie solche Termine direkt einpflegen können. Von daher muss sich niemand Sorgen machen. Das ist komplett normal. Es kann passieren, dass man sich z. B. erkältet hat. In der Regel wird nicht in eine bestehende Infektion hinein geimpft. In einem solchen Fall wird die Impfung drei oder fünf Tage später nachgeholt. Von daher ist es eine völlig normale Situation, dass bei ausreichend Menschen, die geimpft werden sollen, einige wenige Menschen den Termin objektiv nicht

wahrnehmen können. Sie bekommen dann schnellstmöglich einen neuen Termin.

Auch das wird massiv erleichtert, je länger die Frist zwischen der Erstimpfung und Zweitimpfung ist. Umso mehr Möglichkeiten haben wir, jemanden mit einem ausgefallenen Ersttermin zu versorgen und ihn dann ganz normal in den Zweittermin hineinzunehmen. Je mehr Flexibilität wir an dieser Stelle haben, desto einfacher ist die Terminvergabe für die Betroffenen.

Auch für Demenzerkrankte gilt: Es ist überhaupt nicht angezeigt, diese Menschen ab einem bestimmten fortgeschrittenen Stadium der Demenz in Impfzentren zu bringen, sondern auch bei diesen Menschen haben wir jetzt deutliche Erleichterungen ebenso wie bei den übrigen Menschen, die zu Hause geimpft werden.

Angekündigt ist ja auch die Zulassung des Impfstoffs von Johnson & Johnson. Nach allen Unterlagen, die uns bisher zur Verfügung stehen, soll dieser Impfstoff nur einmal verimpft werden. Dieser Impfstoff wird dann natürlich ganz vorrangig für solche Situationen zu Hause oder in anderen Einrichtungen zum Einsatz kommen, wo man für den Termin der Zweitimpfung die Person vielleicht gar nicht mehr in dieser Einrichtung antrifft. Dort bietet sich überall dieser Impfstoff an. Auch an dieser Stelle bin ich ganz hoffnungsfroh, dass man den Personenkreis beispielsweise der Hochaltrigen, der noch zu Hause ist und mit hoher Priorität zu impfen ist, wirklich schnellstmöglich erreichen kann. Diese Menschen sind ja gut in einer hausärztlichen Betreuung. Wenn die Hausärzte dafür nicht extra dorthin fahren müssen, sondern die Impfung im Rahmen ihrer Hausbesuche mit durchführen können, weil man diesen Impfstoff gut lagern kann, dann erleichtert dies das gesamte Verfahren für alle und stört umso weniger die hausärztliche Versorgung im Übrigen.

Wir werden natürlich unser Impfkonzert jetzt entsprechend darauf ausrichten. Ich will auch ganz klar sagen: Die Priorisierung und die Kleinteiligkeit dieser Priorisierung ist verhältnismäßig und gerechtfertigt, solange die Impfstofflieferungen nicht ausreichen. In dem Moment, wenn mehr Flexibilität bei der Impfstoffauswahl besteht und vor allem auch mehr Menge zur Verfügung steht - das ist uns ja verbindlich zugesagt worden, auch wenn die nächste Lieferung in der Ankündigung wieder etwas reduziert worden ist; nichtsdestotrotz soll ja insgesamt mehr geliefert werden -, können wir auch pragmatischer mit den Priorisie-

rungen umgehen. Das ist ja logisch. Umso mehr kann man dann, wenn sich eine Gelegenheit bietet, dann auch schon impfen. Wir sind in einer guten Kommunikation mit den Impfzentren, die sich genau diese pragmatische Herangehensweise wünschen, um ihre Einsatzpläne gut gestalten zu können und vor allen Dingen ausreichend Reservekandidaten zu haben, wenn beispielsweise bei einem Impftermin mehr Menschen als geplant kurzfristig entscheiden, einen bestimmten Impfstoff nicht nehmen zu wollen. Dann kann es allerdings passieren, dass sich diese Menschen ziemlich weit hinten wieder einreihen müssen. Wir machen allen Menschen, die an der Reihe sind, ein Impfangebot. Wer es jedoch jetzt ablehnt, wird später auch nicht vorgezogen.

Etwas anderes ist es, wenn man einen Termin nicht wahrnehmen kann. In einem solchen Fall wird man selbstverständlich in die Reihenfolge eingeflochten und soll man keine Nachteile haben. Aber ich meine, Menschen, die erst einmal sagen: „Ach nee, ich will nicht!“, müssen dann mit dieser Entscheidung leben. Andere Menschen, die geimpft werden wollen, werden dann nicht zurückgestellt, sondern sie werden zügig durchgeimpft.

Zur Härtefallregelung: Das wollen wir so niedrigschwellig wie möglich gestalten. Die Regelung in der Verordnung verpflichtet zu einem ärztlichen Zeugnis, nach dem die Voraussetzungen für eine entsprechende Einzelfallentscheidung vorliegen, und zwar von einer Stelle, die vom Land benannt wird. Wir sind in den letzten Zügen der Abstimmung und planen, die Kassenärztliche Vereinigung in der Form zu beauftragen, dass sie dann ihre niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beauftragt und dass diese ärztlichen Atteste von den für die Erkrankung zuständigen Fachärzten ausgestellt werden - also nicht von irgendjemandem. Es muss sich um Einzelfälle handeln, die dann eigentlich auch in einer fachärztlichen Behandlung sein müssten. Auf jeden Fall soll dieses Attest fachärztlich ausgestellt werden. Das ist aus unserer Sicht der richtige Weg. Wir wollen keine Kommission schaffen, die diese ärztlichen Zeugnisse dann noch einmal überprüft. Wir wollen ja alle impfen. Das darf man immer nicht vergessen. Von daher glaube ich: Wenn ein Arzt oder eine Ärztin bescheinigt, dass jemand ein extremes Risiko aufgrund einer seltenen Erkrankung oder schweren Behinderung hat, dann muss das genügen. Dann reicht uns das jedenfalls. Wir wollen dieses Verfahren auch für die Betroffenen so ein-

fach wie möglich gestalten, damit sie dann nicht erst z. B. noch Anträge schreiben müssen.

Zu der Frage, wo geimpft wird: Wir wollen natürlich weiterhin mit Volldampf mit unseren Impfzentren impfen. Die Impfzentren bauen ihre Impfzüge auf und hoch. Gestern sind über 21 000 Personen geimpft worden. Wir liegen also in dem Rahmen der Zielvorgabe für die Impfzentren: 20 000 Impfungen pro Tag. Die Impfzentren werden aber noch weiter hochfahren können, weil sie mit dem Ausbau der Impfzüge noch nicht am Ende angekommen sind. Ich habe große Hochachtung gegenüber den kommunalen Mitakteurinnen und -akteuren, dass wirklich mit Hochdruck daran gearbeitet wird, diese Impfzüge weiter aufzubauen.

Je einfacher die Impforganisation ist, desto mehr Impfungen schaffen die Impfzentren. Wir „vergeuden“ im Moment noch viel Zeit für administrative Aufgaben. Wir haben alle Impfzentren noch einmal massiv auch mit Verwaltungspersonal ausgestattet - das machen die Kommunen, aber wir bezahlen das. Wir haben die Kostenübernahme erklärt, damit diejenigen, die impfen und direkt am Impfprozess beteiligt sind, möglichst von den administrativen Aufgaben entlastet werden.

Wir erproben gerade die Hausärzte. Uns interessiert eher wenig, wie die Hausärzte impfen; denn die Hausärzte können „wie im Schlaf“ impfen. Dabei geht es vielmehr um das Thema, dass wir die Hausärzte mit dem Impfstoff versorgen und die Hausärzte uns die Daten geben müssen. Nach der neuen Verordnung, die am Montag in Kraft tritt, sind die Länder ja weiterhin verpflichtet, die Daten von den Hausärzten oder bei den Hausärzten zu generieren und dem RKI zu melden. Das ist nicht ganz ohne; denn auch dabei wollen wir natürlich keinen administrativen Superaufwand. Das muss auch für eine Arztpraxis und gleichzeitig auch für die Impfzentren handhabbar sein. Sie können nicht anfangen, irgendwelche Papierlisten zu erfassen. Es ist der Sinn der Erprobung, festzustellen, wie man es mit so wenig Aufwand wie möglich hinbekommt, dass alle Seiten gut damit arbeiten können.

Wir sind auch aktiv dabei, die betriebsärztliche Seite mitzudenken. Auch Betriebsärzte können und dürfen ja impfen und sind hier auch ganz explizit interessiert. Ich gehe davon aus, dass wir auch hier sehr schnell vorankommen.

Die Erprobungszeit endet nächste Woche. Wir haben jetzt schon viele Anfragen von weiteren

Arztpraxen und auch von Facharztpraxen. Wir werden mit der Kassenärztlichen Vereinigung, die die zuständige Körperschaft für die niedergelassenen Ärzte ist, heute Abend und morgen das Thema des Ausrollens finalisieren. Dabei haben wir das Ziel, viele Arztpraxen zu identifizieren, die alle ihre Patienten impfen können, ohne priorisieren zu müssen. Wir werden das noch nicht flächendeckend hinbekommen. Beispielsweise Schwerpunktpraxen für Onkologie, für Diabetologie usw. können ihre Patienten durchimpfen. Sie brauchen nicht zu priorisieren. Ich glaube, das bekommen wir gut hin.

Ich kann nachvollziehen, dass von Hausarztpraxen gesagt wird, dass sie ihren Patienten nicht vermitteln können, warum sie den einen impfen und den anderen nicht. Das lässt sich im Patienten-Arzt-Verhältnis einfach nicht abbilden. Das kann ich nachvollziehen. Für diesen Zwischengang brauchen wir noch eine Lösung. Aber auch da wollen wir ganz pragmatisch herangehen und überlegen, wie wir das so einfach wie möglich handhaben können. Das werden wir jetzt mit Hochdruck auf die Strecke bringen.

Ich bin wirklich sehr davon angetan, dass sich schon so viele Praxen gemeldet haben und gerne in das Impfstoffgeschäft eintreten wollen. Sie werden einfach deshalb vorrangig mit dem Impfstoff von AstraZeneca impfen, weil das Handling der mRNA-Impfstoffe sehr kompliziert ist. Das ist für die Arztpraxen ein echter Aufwand. Von daher können sie schneller und mehr impfen, wenn sie mit einem Impfstoff versorgt werden, der im Handling besser in den Ablauf der Arztpraxis passt.

Zu dem Impfkonzept und dem Thema, die Personengruppen derjenigen, die zu Hause geimpft werden müssen, mit einzubinden: Wir werden unser Impfkonzept um diese Punkte ergänzen. Ziel ist es natürlich, die Gruppen aus der Priorität 2 so schnell wie möglich in das Impfgeschehen einzuflechten. Die ersten Impfzentren haben schon rückgemeldet, dass absehbar ist, wann sie mit den Prioritäten 1 fertig sind, sodass wir schon Teilöffnungen vorgenommen haben. Das werden wir schnellstmöglich deutlich weiter öffnen, um für die Priorität 2 den Zugang zu öffnen. Dadurch, dass wir die Termine nicht impfstoffbezogen in der Form wie jetzt vergeben müssen, wird das Terminmanagement dann für die Betroffenen deutlich einfacher werden.

Zu der Frage von Herrn Meyer zu der Lagerung von Impfdosen und zu den Lagerbeständen: Fast 80 % der Lagerbestände gehen auf Lieferungen Ende letzter Woche und Mitte dieser Woche zurück. Wir haben Ende letzter Woche und Mitte dieser Woche den Impfstoff ausgeliefert, der am Montag gekommen ist. Diese Impfstoffe sind terminiert. Sie sind noch nicht verimpft, aber schon in der Verimpfung beplant und werden zeitnah verimpft. Insofern relativiert sich das etwas. Nichtsdestotrotz ist es unser erklärtes Ziel - nicht nur des Ministeriums, sondern auch der kommunalen Seite -, den Impfstoff so zeitnah wie irgend möglich in dem Moment, in dem er kommt, zu verimpfen.

Das ist auch einer der Gründe, weshalb wir die Priorität 2 jetzt deutlich weiter öffnen und deutlich pragmatischer herangehen, weil sich gezeigt hat, dass die Teilöffnung nur bedingt zum Abfluss des Impfstoffes geführt hat. In diesen Berufsgruppen sind zum Teil leider auch größere Gruppen, die dieses Impfangebot für sich erst noch überlegen wollen. Das schlägt sich auf das Impftempo durch. Um hier mehr Tempo aufzunehmen bzw. das Tempo, das wir jetzt erreicht haben, durchzuhalten, werden wir die Priorität 2 eröffnen.

Abg. **Johanne Modder** (SPD): Ich stimme Ihnen vollkommen zu, wenn wir mehr Impfstoff haben und die Hausärzte unterstützen können. Nach den Meldungen von den Hausärzten an mich - das sind zumindest regionale - würden sie sofort mit an den Start gehen. Sie haben davon gesprochen, dass Sie das Impfkonzzept überarbeiten und immer den aktuellen Gegebenheiten anpassen. Ich glaube, dann wird eine ganz andere Dynamik entstehen.

Meine herzliche Bitte ist, zu überlegen, ob die Hochbetagten, die auf der Warteliste sind und mit dem Impfstoff von AstraZeneca geimpft werden könnten, wenn er auch für sie zugelassen ist, an die Hausärzte verwiesen werden können. Ich glaube, das würde für sie aufgrund ihrer Mobilität und ihres Alters eine große Hürde nehmen. Ich bitte darum, das mit zu bedenken. Ich bin sehr bei Ihnen, wenn man sagt, man muss die Impfstrategie sehr pragmatisch und sehr lebensnah überdenken.

Ich will aber auch deutlich sagen, weil auch ich immer wieder die Frage höre, wie viele Impfdosen eigentlich noch nicht verimpft worden sind: Nach meinen Informationen - das sind zum Teil regionale Informationen - sind Impfdosen zwar noch

nicht verimpft, aber schon durch Terminvergaben belegt. Es ist also nicht so, dass irgendwo Impfstoff liegt, der nicht verimpft werden kann, weil keiner da ist, sondern die Impftermine sind entsprechend vergeben. Ich bin der festen Überzeugung, dass sich auch da eine gewisse Dynamik entwickeln wird.

Meine herzliche Bitte wäre aber wirklich, die Hausärzte in das Impfkonzzept mit einzubinden. Sie drängen alle darauf, und auch sie können mithelfen, zur Akzeptanz des Impfstoffes von AstraZeneca beizutragen.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Frau Schröder, Sie haben davon gesprochen, dass die Hausärzte nicht priorisieren wollen und auch nicht priorisieren müssten. Wenn die Hausärzte aber nicht priorisieren müssen, bedeutet dies die faktische Aufhebung der Priorisierung. Das habe ich vorhin schon angesprochen. Ansonsten würde man nach dem Windhundverfahren arbeiten und dann zu seinem Hausarzt gehen. Deshalb bitte ich, das noch ein bisschen zu konkretisieren. Denn in dem Beschluss, der gestern getroffen wurde, steht auch, dass die niedergelassenen Ärzte die Priorisierung überprüfen müssen. Insofern hätte ich dazu gerne Klarheit, was nun gilt.

Die Gefahr, die Frau Modder eben angesprochen hat, sehe auch ich. Eine ältere Person, die an der Reihe ist, geimpft zu werden, und einen Impftermin im Impfzentrum hat, geht nun zu ihrem Hausarzt und wird dort geimpft. Das löst zwar das Problem der mangelnden Mobilität, über das wir sehr viel geredet haben. Insofern finde ich das auch gut. Aber wie wird dann sichergestellt, dass der Termin im Impfzentrum anderweitig vergeben werden kann?

Da bin ich wieder bei der Frage, die ich vorhin schon einmal gestellt habe: Wie soll die Terminierung künftig ablaufen? Geht man tatsächlich in die Praxis? Mein erster Kenntnisstand war: Auch die Terminierung für die niedergelassenen Ärzte läuft über die zentrale Terminvergabe. - Diese Aussage würde ich auch nachvollziehen können. Wenn aber das andere zutrifft, was Sie eben gesagt haben, dann macht das überhaupt keinen Sinn. Deshalb meine Frage: Soll es wirklich bei einer absolut zentralen Terminvergabe auf Landesebene bleiben und, wenn ja, für wen dann, oder soll das regional auf der Kreisebene geregelt werden, weil das übersichtlicher und näher dran ist, und dann für welche Personengruppen, wenn die anderen freihändig zu ihrem behandelnden

Arzt gehen? Diese Fragen hängen ja eng miteinander zusammen.

Abg. **Laura Hopmann** (CDU): Herr Dr. Mielke, mit Blick auf die Schnelltests mache ich mir ein bisschen Sorgen um die geplante Organisation. In dem Beschluss von gestern ist von Testzentren die Rede. Parallel wurde mir eben in einer Runde von MS, MI und Kommunen berichtet, dass auch dort von staatlichen Zentren die Rede ist. Gibt es dazu nicht bessere Alternativen? Ich muss ganz ehrlich sagen: Nach den Erfahrungen mit der Terminvergabe usw. bin ich inzwischen der Auffassung, dass so etwas dezentral und von vornherein stärker unter Einbindung privater Akteure umgesetzt werden sollte. Die Tests übernehmen beispielsweise schon Apotheken, aktuell natürlich gegen Bezahlung. Ich kann mir aber vorstellen, dass die Organisation dann deutlich besser funktionieren würde. Gab es dazu Überlegungen? Warum bleibt man nach den Erfahrungen bei der Terminvergabe usw. bei der Idee der staatlich organisierten Zentren? Ich habe den Eindruck, dass das nicht immer so schnell funktioniert, wie man sich das wünschen würde.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe eine Frage zur Impfquote in Niedersachsen. Es wird immer wieder gesagt, Niedersachsen sei beim Impfen Schlusslicht. Bisher erschließt sich mir nicht, weshalb das der Fall sein soll. Wir haben schon häufig im Ausschuss darüber diskutiert. Dabei ist darauf hingewiesen worden, dass Niedersachsen die zweite Impfdosis zurückhält. Das haben wir immer begrüßt; denn das ist sinnvoll, bevor nachher Probleme mit der zweiten Impfung entstehen. Das scheint jetzt aber nicht mehr der Grund dafür zu sein, dass in den Medien immer wieder zu lesen ist, dass Niedersachsen dabei nicht so gut aufgestellt sei.

Meine zweite Frage betrifft die Bürokratie. Als ich das Impfzentrum in Osnabrück besucht habe, habe ich erfahren, dass man für jeden Vorgang einen Ausdruck machen muss. Insofern kommen jetzt Aktenberge auf uns zu, wenn man 8 Millionen Niedersachsen impft. Muss das im Zeitalter der Digitalisierung wirklich so sein?

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Meine Frage geht auch in die Richtung der Frage von Herrn Schwarz. Ich möchte aber andersherum fragen. Wer übernimmt jetzt das Terminmanagement für die Prioritätsgruppe 2? Bei der Prioritätsgruppe 1 war klar, dass das Land das Terminmanagement übernimmt. Wie ist das bei der Prioritätsgruppe 2

vorgesehen? Darin sind ja nicht nur verschiedene Berufsgruppen, an die sich jetzt die Impfzentren wenden. In dieser Richtung funktioniert das ja. Ich glaube aber, es gibt sehr viele Menschen, die sich gerne selbst anmelden möchten. Mir ist immer noch nicht klar, wie das funktionieren soll. Sollen sich diese Menschen an das Impfzentrum wenden? Ist die Online-Anmeldung für sie bei der Altersangabe schon freigeschaltet?

Ähnliches gilt für die Härtefälle. Das habe ich immer noch nicht verstanden. Was folgt dann, wenn der Arzt mir ein Attest ausgestellt hat? Melde ich mich dann im Impfzentrum? Ist das jetzt schon online möglich?

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich bin darüber gestolpert, dass in einigen Presseberichten davon die Rede ist, dass man in den Impfzentren auf ein Mehrschichtsystem übergehen will. Das klingt schon nach einem Ganztagsbetrieb. Inwieweit ist so etwas angedacht? An wie vielen Tagen ist der Betrieb möglich?

Dazu haben wir schon einmal im Januar nachgefragt, weil uns aufgefallen war, dass am Wochenende wenig geimpft wurde. Damals hieß es, dass ein Betrieb an sechs Tagen möglich sei. Jetzt sind bei 120 000 Impfdosen geteilt durch 20 offensichtlich sechs Tage in der Hauptrechnung. An wie vielen Tagen ist also der Betrieb dort möglich?

Frau Schröder, als Sie dargestellt haben, wie chronisch Kranke erreicht werden sollen, hatte ich den Gedanken: In der Prioritätsgruppe 2 befinden sich auch Menschen mit starkem Übergewicht, die einen BMI von über 40 haben. Diese Menschen werden nicht unbedingt von einem Facharzt behandelt. Wie wollen Sie dann die stark übergewichtigen Menschen erreichen, wenn der Facharzt für die Prioritätsgruppe 2 die Voraussetzung ist? Ich bitte, das auch mit im Auge zu haben.

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Ich habe zunächst eine Frage an Frau Schröder. Wenn eine Person beispielsweise den Impfstoff von BioNTech zurückweist, weil sie die Sorge hat, dass sie darauf allergisch reagiert, führt dies dann nicht dazu, dass sie sich ganz hinten einreihen muss? Oder ist das medizinisch behandelbar, sodass es an der Stelle egal wäre? - Das ist eine Detailfrage. Vielleicht haben Sie das schon einmal im Ausschuss erörtert, während ich nicht zu

gegen war. Dann entschuldigen Sie bitte die doppelte Frage.

Herr Mielke, Sie haben eben lapidar gesagt, dass Ihnen das Kultusministerium mitgeteilt habe, dass die Schnelltestungen im Bereich der Schulen nicht verordnet werden dürfen, dass das rechtlich nicht möglich sei. Insofern stellt sich mir die Frage, warum der Bund eine Verpflichtung für Betriebe regeln kann zu testen, warum Sie Schulen schließen bzw. den Schulbesuch aus Infektionsschutzgründen verbieten bzw. aussetzen können, aber umgekehrt den Schulbesuch in Präsenz nicht an eine Testung knüpfen können sollen, was ja ein milderer Mittel ist. Das wirkt für den juristischen Laien oder - wie Herr Bode immer so schön von uns sagt - für den Hobby-Juristen vollkommen absurd. Ich bin keine Juristin, sondern nur zunehmend juristisch interessiert und aufgeklärt. Insofern würde ich gerne mehr von Ihnen lernen, warum das so ist.

MDgt'in **Schröder** (MS): Wir sehen es auch so: Wenn wir die Hausärzte mit einbinden, dann hat das den riesengroßen Vorteil, dass wir dann auch Hochbetagte direkt in die Hausarztpraxen vermitteln können.

Zu der Frage, warum Hausärzte nicht priorisieren müssen: Da habe ich mich wohl etwas ungeschickt ausgedrückt. Ich wollte zum Ausdruck bringen, dass bestimmte Arztpraxen - wie beispielsweise Schwerpunktpraxen für Diabetologie, Onkologie bzw. Nephrologie und Dialysestationen - nicht zu priorisieren brauchen, weil sie nur Patienten behandeln, die alle in der Priorität 2 sind. Deren Patienten sind alle von diesen Indikationen erfasst.

Bei den Hausärzten muss in der Tat weiterhin priorisiert werden. Insofern werden die Termine zu diesen Hausarztpraxen weiterhin zentral laufen.

Die Frage der Terminvergabe ist hier schon mehrfach angesprochen worden. Um das noch einmal zu verdeutlichen: Alle Einzelpersonen werden über ein zentrales Terminmanagement gesteuert, und alle Gruppen werden über die Impfzentren terminiert. Das ist auch schon jetzt in der Priorität 1 und auch jetzt in der teilgeöffneten Priorität 2 so. Zum Beispiel die Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die wir jetzt mit hineingenommen haben, werden direkt vom Impfzentrum terminiert, weil das immer gruppenweise passiert. Alle Einzelpersonen werden aber zentral terminiert. Das öffnen wir jetzt. Wenn wir die Priorität 2 öffnen,

dann öffnen wir natürlich auch die Terminvergabe. Zu öffnen, ohne dass die Leute sich einen Termin geben lassen können, wäre sinnentleert. Insofern können wir die Terminvergabe jetzt erst öffnen, wenn wir die Priorität 2 freigeben. Aber auch hier gilt: Ich habe keine verlässliche Vorankündigung, wann wie viel Impfstoff geliefert wird. Insofern kann man heute nicht z. B. für den 30. Juni Impftermine vergeben, weil ich überhaupt keinen Überblick und nicht einmal eine Vorstellung darüber habe, weil ich auch keine Planzahlen dafür habe, wie viel Impfstoff und von welcher Impfstoffart wir dann zur Verfügung haben werden.

Also noch einmal, damit das deutlich ist: Einzelpersonen werden zentral terminiert, und Gruppen werden dezentral über die Impfzentren terminiert. Das behalten wir auch bei. Daran wollen wir gar nichts ändern.

Vielleicht nur am Rande: Das Gespräch, das von Frau Hopmann angesprochen wurde, hat bis 14 Uhr gedauert. Deswegen bin ich auf den letzten Drücker in den Ausschuss gekommen. Wir haben dort in der Tat nicht von staatlichen Testzentren gesprochen, wie dies möglicherweise von Einzelnen wahrgenommen worden ist. Dabei ging es um die Frage, welche Testoptionen wir heute schon haben und wie wir die Bevölkerung darüber informieren können, damit am Montag die Menschen, die sich testen lassen wollen, wissen, wo das möglich ist.

In der Tat geht es hier um Schnelltests. Es gibt zwei Sorten von Schnelltests:

Die Schnelltests, für die man einen tiefen Rachenabstrich benötigt - das sind die Point-of-Care-Tests -, sind ausreichend am Markt vorhanden. Das hat uns der teilnehmende Apothekerverband noch einmal explizit bestätigt. Er hat auch gesagt, dass sie bei den Bestellungen nichts zu erhöhen brauchen, der Markt ist gut gesättigt.

Nicht in ausreichender Menge gibt es jedoch die Schnelltests, die auch als „Selbsttests“ oder „Laientests“ beschrieben werden, für die man einen Abstrich im Mund oder im vorderen Nasenraum benötigt, also nicht bis zur Rückwand des Rachens. Diese Schnelltests kann man mit kurzen Stäbchen oder mit der Gurgel- und Spuckmethode durchführen. Davon gibt es noch nicht genug im Markt. Das liegt daran, dass noch nicht so viele dieser Schnelltests produziert worden sind. Wir

haben diese Tests erst jetzt bestellt, weil wir die Tests bestellen wollten, die vom zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte zugelassen werden, weil nur diese zertifiziert sind. Das Bundesinstitut hat bisher auch nur Tests zugelassen, die es bereits im Markt gibt und jetzt für die vorderen Abstrichnahmen erweitert wurden.

Ein Nachweis über das Ergebnis muss natürlich dokumentiert sein. Auch darüber haben wir heute gesprochen. Das heißt, dieser Test muss von einer dritten Person, die berechtigt ist, solche Tests durchzuführen - das ist ja eine große Gruppe -, abgenommen werden. Es muss dann auch entsprechend dokumentiert und bestätigt sein, dass es eine Testabnahme mit welchem Ergebnis gegeben hat.

Das war Gegenstand der Besprechung vorhin. Es ging also nicht um irgendwelche staatlichen Testzentren. Wir haben darauf hingewiesen, dass wir natürlich in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Testzentren haben. Das sind keine staatlichen Testzentren, sondern Testzentren in kommunaler Trägerschaft bzw. die Kommunen haben das in weiten Teilen auch an Dritte übertragen und Dritte damit beauftragt. Das sind Strukturen, die schon vorhanden sind.

Zur Impfquote: Wir sind mit Nachdruck dabei, diese Impfstoffe, die wir für die Zweitimpfung zurückgehalten haben, wirklich abzubauen. Das gelingt uns auch bis zur 13. Kalenderwoche. Wir geben das alles jetzt nicht auf einmal innerhalb einer Woche heraus, weil wir diesen Impfstoff für die Zweittermine benötigen. Wenn man das in einer Woche herausgegeben hätte, dann hätte man die Zweittermine in den darauffolgenden Wochen nicht mehr mit ausreichend Impfstoff bedienen können. Deswegen können wir das nur sukzessive abbauen. Mit der 13. Kalenderwoche ist das komplett abgebaut. Das werden wir jetzt auch noch weiter herunterskalieren; denn gestern wurde ja verabredet, gar keine Sicherheitsreste mehr zurückzustellen - weder bei Moderna 50 % noch bei BioNTech 25 %. Das heißt, auch das werden wir natürlich abbauen. Dann werden wir, wie auch alle anderen Bundesländer, alle Impfstoffe, die an Niedersachsen geliefert wurden, tatsächlich ausverimpft haben.

Zu der Frage zum Bürokratieaufwand: Das Impfgeschehen als solches - Terminierung, Datenerhebung, Datenmeldung - läuft alles komplett digital. In Deutschland ist hingegen die Erklärung des

Einverständnisses für den Impfvorgang nicht digital möglich. Das ist so ähnlich wie bei der Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung für den Antrag auf Feststellung des Grades der Schwerbehinderung, die auch immer noch schriftlich hintergeschickt werden muss.

Wir planen aber in Abstimmung mit der kommunalen Seite - darüber sind wir mit den Landräten und Oberbürgermeistern schon im Gespräch -, dass wir die Dokumente, die derzeit im Impfzentrum gesammelt und dann in den Kommunen aufbewahrt werden müssen, digital archivieren und dass dann zeitnah die Papierdokumente vernichtet werden können. Das gilt für den gesamten Datenbestand des Impfens. Er wird derzeit ausschließlich digital gehalten und wird nach Beendigung der Tätigkeit der Impfzentren in ein Hochsicherheitsarchiv überführt, sodass dort diese Daten, wie auch jede andere behördliche Akte, entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vorgehalten bleiben. Das ist jede Menge Papier. Von daher wollen wir das zeitnah digitalisieren.

Beim Terminmanagement gibt es keinen Unterschied zwischen Priorität 2 und Priorität 1. Es gilt: Einzelpersonen bekommen zentral Termine, und Gruppen werden über das Impfzentrum selbst terminiert, weil sie dann in aller Regel über die mobilen Impfteams - zum Teil auch in den Impfzentren - bedient werden.

Rein theoretisch können die Impfzentren 24/7 öffnen. Wir haben explizit eindringlich darum gebeten, auch die Randzeiten und die Samstage und Sonntage zu nutzen. Ich glaube, der überwiegende Teil der Impfzentren arbeitet bereits im Mehrschichtbetrieb. Eine ganze Reihe von Impfzentren hat ihre täglichen Zeiten schon ausgeweitet. Das zeigt auch die Anzahl der Impfungen: Für 21 000 Impfungen an einem Tag braucht man schon ein Zeitkontingent, um das hinzubekommen.

Noch einmal zu der Frage zu der Priorisierung durch Hausärzte und Fachärzte: Die Hausärzte priorisieren. Die Ärzte, die nicht priorisieren, sind die Fachärzte, bei denen alle Patientinnen und Patienten völlig unabhängig die Voraussetzungen für die Priorität 2 erfüllen und deswegen auch durchgeimpft werden können, ohne dass man sie noch unterteilen muss.

Bei dem Einsteuern in das Hausarztssystem werden die Einzelpersonen über das zentrale Terminmanagement versorgt. Das ist auch kein Un-

terschied. Diejenigen, die mit einer medizinischen Indikation geimpft werden, sind die chronisch Erkrankten, die entweder einen Hausarzt oder einen Facharzt haben. Sie brauchen kein fachärztliches Zeugnis, sondern nur ein ärztliches Zeugnis.

Bei den Härtefällen, die als besondere Einzelfälle gelten, muss es sich um gravierende Erkrankungen handeln - in der Regel um seltene Erkrankungen oder um schwere Behinderungen. Für diese Diagnosen wird es regelmäßig Fachärzte geben. Insofern gilt das nur für diese Ausnahmefälle. Das sind ja nicht viele, sondern es sind Ausnahmen. Für sie ist ein fachärztliches Attest erforderlich. Für alle anderen reicht jedes ärztliche Attest. Es muss auch kein niedergelassener Arzt sein. Jeder Arzt bzw. jede Ärztin, der oder die ein Attest ausstellen darf, ist hier vollkommen ausreichend. Es geht ja nur darum, den Nachweis zu führen, dass man zu dieser in der Priorität definierten Gruppe gehört, während es bei den Härtefällen darum geht, dass definiert wird, dass sie tatsächlich, obwohl sie in der Priorität 2 nicht benannt sind, dennoch ein vergleichbares Risiko haben und deswegen entsprechend wie die Menschen in der Priorität 2 behandelt werden dürfen.

StS Dr. Mielke (StK): Ich möchte abschließend noch etwas zum Thema Impfen sagen.

Ein wesentlicher Aspekt der gestrigen Beratung war, dass noch einmal deutlich geworden ist, dass man jetzt das Ausrollen des Impfens in die Fläche über die Arztpraxen vorbereiten muss. In der Erörterung gestern ist deutlich geworden, dass es Länder gibt, die mit ihren Arztpraxen schon weiter sind, ohne dass wir den Eindruck hätten, dass sie schlechter fahren.

Wir werden in den regierungsinternen weiteren Beratungen und Planungen dazu die Aspekte, die auch hier mehrfach angeklungen sind, mit aufnehmen. Das wird bei der Frage, wie wir uns in den nächsten Wochen und Monaten aufstellen, sicherlich auch eine Rolle spielen.

Zu der Frage von Frau Hopmann hat Frau Schröder schon etwas gesagt. Ich kann Frau Hopmann insoweit beruhigen. In dem Beschluss steht ja nicht, dass dort in öffentlicher Trägerschaft etwas gemacht wird, sondern das kann gemacht werden. Das kann aber auch durch beauftragte Dritte wahrgenommen werden. Dazu gehören in der Tat die Apotheken. Ich habe das ja auch angesprochen. Das Einzige, was das Land machen muss, ist, sicherzustellen, dass es

überhaupt eine Struktur gibt. Ich hoffe, damit ist Ihre Sorge an dieser Stelle zunächst einmal angemessen aufgenommen.

Zu der Frage von Frau Hamburg: Ich bin als Volljurist nicht in allen Gebieten immer gleichermaßen bewandert. - Je mehr ich weiß, desto mehr weiß ich, dass ich nichts weiß. - Gleichwohl kann ich etwas zu den Aspekten sagen, die gestern erörtert worden sind.

Wir haben ja unterschiedliche Adressaten. Wir haben zum einen die Arbeitgeber und zum anderen die Schulen. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob man ihnen aufgeben kann, etwas zu machen. - Den Betrieben kann man eigentlich nur aufgeben, so etwas aus Arbeitsschutzgründen anzubieten. Der Bund ist in der Tat gerade mit dem Bundesarbeitsministerium dabei, das zu klären, wobei der Ansatz eher auf Freiwilligkeit lauten soll.

Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Schülerinnen und Schüler, bei denen das passieren soll, wird gesagt: Das ist im Grunde genommen ein minimalinvasiver Eingriff mit einem Nasenabstrich oder dergleichen mehr, aber auch ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und bedarf an dieser Stelle besonderer Rechtsgrundlagen. Ich gebe das einmal so weiter, weil man natürlich vor diesem Hintergrund auch fragen könnte, warum in anderen Bereichen eine Verpflichtung möglich ist. Ich nehme diese Frage mit. Aber das ist jedenfalls die vordergründige Antwort, die sich mir aus den Diskussionen so erschließt.

Ich komme jetzt zu dem

Stufenkonzept

Ich habe der Landtagsverwaltung die bunte Grafik mit den Öffnungsschritten übermittelt, die Ihnen wohl auch vorliegt (s. **Anlage** zu dieser Niederschrift). Anhand dieser Grafik möchte ich gerne sowohl das Prinzip als auch die Inhalte erläutern, weil sich das deutlich besser erschließt als nach dem nicht ganz leichtgängigen Text des Beschlusses. In dem Beschluss ist von insgesamt fünf konkreten Öffnungsschritten und weiter hinten in einer offenen Rubrik von weiteren Schritten die Rede.

In der Logik dieses Beschlusses haben wir einen ersten Öffnungsschritt zum 1. März schon hinter uns. Das sind im Grunde genommen der ganze

Bildungsbereich, nachdem wir ihn aus den Beschlussfassungen am 19. Januar ausgenommen hatten, und das Thema Friseure. Es gab auch die eine oder andere regionale Besonderheit - Sie erinnern sich an die letzte Diskussion -, angepasst mit allem, was sich irgendwie um Blumen und Pflanzen dreht. In anderen Ländern ist das relativ weit gegangen, nämlich z. B. in Bayern mit der kompletten Öffnung der Baumärkte.

Davon ausgehend ist in einem zweiten Öffnungsschritt, der ab dem 8. März gelten soll, im Prinzip alles das gemacht worden, was vor dem Hintergrund der Besonderheiten eine Arrondierung darstellen soll, damit man zu einem einheitlichen Regelungsbestand kommt. Neben den Blumengeschäften und Gartenmärkten, die dort aufgeführt sind und die im Prinzip schon geöffnet sind, sind auch die Buchhandlungen aufgeführt, weil das in anderen Bundesländern wohl auch schon so ist. Das würden wir dementsprechend jetzt auch so übernehmen.

Das Thema Fahr- und Flugschulen hatten wir zur Hälfte, nämlich mit den Fahrschulen. Die Flugschulen gab es auch woanders. Sie unterliegen dann denselben Regularien.

Geöffnet werden sollen auch sämtliche körpernahen Dienstleistungen. Dahinter verbirgt sich wiederum der Umstand, dass in manchen Bundesländern - anders als in Niedersachsen - die medizinische Fußpflege gar nicht offen war und in allen Ländern die schwierige Diskussion mit den Kosmetikerinnen und Kosmetikern gelaufen ist, die gesagt haben: „Wir sind doch eigentlich auch medizinisch tätig!“ Diese Diskussion wird ja auch bei dem einen oder der anderen angekommen sein.

Diese Öffnungen, die zur Arrondierung der gesamten Situation, unabhängig von der Inzidenzfrage, sollen jetzt in allen Ländern geregelt werden, soweit das nicht schon geregelt worden ist. Wenn es schon geregelt worden ist, wird es beibehalten. So würden wir das hier auch machen.

Zu dem Thema der teilweisen Testpflicht bei den körpernahen Dienstleistungen habe ich gerade schon etwas gesagt. Das wird davon abhängig gemacht, ob der wechselseitige Schutz von Anbietenden und Kunden durch das überwiegend durchgängige Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung sichergestellt werden kann. Hintergrund ist vor allem die Diskussion, ob jetzt tatsächlich bei jedem Friseurbesuch ein Test gemacht werden

muss, obwohl man das bisher nicht gemacht hat. Das ist jedenfalls so diskutiert worden. - Ich erwähne das, um auch den Hintergrund zu schildern.

Das Prinzip der weiteren Schritte - des dritten bis fünften Öffnungsschritts - habe ich schon erläutert, nämlich abhängig von den Inzidenzen.

Ansonsten ist das jeweils ein Zwei-Säulen-System. Es gibt die eine Säule, wenn die Inzidenz stabil unter 50 liegt. „Stabil“ heißt nach unserer Nomenklatur im Stufenplan in Niedersachsen: 7 Tage lang. Dann kann man das machen, was dort steht, z. B. die Öffnung des Einzelhandels im dritten Öffnungsschritt. Wenn man sich in der zweiten Säule der Inzidenz von 50 bis 100 befindet, ist das nicht möglich, sondern landet man dann bei dem sogenannten Termin-Shopping.

Eines muss ich deutlich machen, weil das missverständlich ist: Der zweite Öffnungsschritt und der dritte Öffnungsschritt passieren gleichzeitig - der eine zur Arrondierung in der gesamtdeutschen Situation, der andere aber nach Inzidenzen, wie ich das gerade gesagt habe.

Da wir seit geraumer Zeit eine stabile Inzidenz zwischen 50 und 100 haben - in den letzten 10 bis 14 Tagen immer zwischen Anfang 60 und Ende 60 -, würden wir in der Verordnung das übernehmen, was dort steht, also das Termin-Shopping mit der Begrenzung 40 m² pro Kunde sowie die Museen, Galerien, Zoos, Botanische Gärten und Gedenkstätten, aber nur bei den Zoos und dergleichen mehr mit den Außenbereichen, also nicht mit innenliegenden Aquarien usw. oder wie bei einigen Wildtierparks mit den angegliederten Vergnügungsbereichen - natürlich immer auch mit den entsprechenden Regularien, die wir auch bislang hatten.

Auch der Individualsport außen ist bundesweit unterschiedlich geregelt. Der Individualsport außen ist in Niedersachsen im Grunde genommen jetzt schon zulässig. Dort sind jetzt aber auch Gruppenangebote jenseits des Kontaktsports vorgesehen, z. B. ein Tai Chi-Kurs. Für Kinder und Jugendlichen - für sie gilt wieder die 14-Jahresgrenze - wird eine Gruppenstärke von maximal 20 vorgesehen. Ansonsten dürfen sich maximal fünf Personen aus zwei Haushalten treffen. Anderenfalls wäre hier ein Widerspruch zu der anderen Regelung. Damit komme ich gleich auf den wichtigen Punkt der Kontaktbeschränkungen. Sie sol-

len dann auch zusammen draußen Sport machen können. Alles andere wäre etwas widersinnig.

Ich wundere mich, dass das hier gar nicht steht. Deshalb habe ich damit auch nicht angefangen, weil ich dieses Thema für das Wichtigste halte: Die Kontaktbeschränkungen werden gelockert auf zwei Haushalte mit maximal fünf Personen.

Dort, wo eine stabile Inzidenz ist - das steht in dem Beschluss, aber nicht in der Grafik -, wo sie auch regional stabil unter 35 ist, werden wir womöglich auch die dafür vorgesehene weitere Lockerung - zwei weitere Haushalte mit maximal zehn Personen - für den jeweiligen Landkreis zulassen. Das prüfen wir gerade noch einmal. Das ist noch nicht endgültig abgestimmt. Das ist eine der Überlegungen dahinter.

Der nächste Öffnungsschritt betrifft noch nicht die jetzige Verordnung, sondern soll frühestens zum 22. März kommen. Dann wird die nächste MPK mit der Kanzlerin stattfinden. Es wird jetzt versucht, immer in 14-Tage-Schritten zu evaluieren, wie sich das Infektionsgeschehen vor dem Hintergrund der Mutationen und der übrigen epidemiologischen Fragen auf der einen Seite und der Öffnungsschritte, über die wir hier reden, auf der anderen Seite entwickelt. Wie wir dann einsteigen, hängt im Wesentlichen davon ab, bei welcher Inzidenz wir bis dahin im Land Niedersachsen sein werden. Das ist bei uns im Moment erst noch die landesweite Betrachtung, weil wir in vielen Regionen nicht stabil unterhalb der Inzidenz von 50 sind, dass man das auch regionalisieren könnte.

Ich will das jetzt nicht im Detail durchgehen. Man sieht aber den Unterschied z. B. bei der Außen gastronomie: Bei 50 bis 100 muss ein Kontaktmanagement vorgehalten werden, unter 50 jedoch nicht mehr.

Nach dem gestern getroffenen Beschluss soll der nächste Schritt weitere 14 Tage später kommen. Dann ist - ein wichtiger Aspekt, über den viel diskutiert wird - auch oberhalb einer Inzidenz von 50 die Öffnung des Einzelhandels vorgesehen.

Wir haben mit der MPK am 22. März sozusagen einen überholenden Ablauf angelegt. Dort steht, dass dann über weitere Bereiche, über die jetzt noch nicht mit konkreten Perspektiven beschlossen worden ist, unter den jeweiligen Bedingungen befunden wird. Genannt werden dabei die Gastronomie im Übrigen - gemeint ist: neben der Au-

ßen gastronomie -, Kultur, Veranstaltungen, Reisen und Hotels. Dass es dazu keine weiteren Perspektiven gibt, ist ja heute auch Gegenstand durchaus heftiger öffentlicher Kritik. Es kann durchaus sein, dass am 22. März bei der MPK noch weitere Öffnungsschritte beschlossen werden, als hier angelegt sind, weil das natürlich in erheblichem Umfang von der jeweiligen Inzidenzentwicklung abhängt.

Ich weise noch einmal darauf hin, dass Niedersachsen eine Protokollerklärung abgegeben hat - der sich Sachsen-Anhalt angeschlossen hat -, nach der wir das alles so machen wollen, dass wir aber auch die Maßstäbe der Rechtsprechung beachten müssen. Das wirkt sich in der Abwägung nicht für den 8. März und darüber hinaus aus, sehr wohl aber bei der Frage, welche Folgeschritte man dann womöglich machen kann und machen muss.

So weit mein Vorabbericht.

Aussprache

Abg. **Guidrun Pieper** (CDU): Herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Ich finde das aber noch sehr verwirrend. Sie sprachen auf der einen Seite über die Öffnung von Buchhandlungen, Fahr- und Flugschulen und die Zulassung sämtlicher körpernaher Dienstleistungen ab dem 8. März, teilweise mit Testpflicht und Mund-Nase-Schutzpflicht. Dann sprachen Sie wieder von den nächsten Schritten, wenn die Inzidenz unter 50 oder zwischen 50 und 100 liegt.

Was konkret wird am 8. März passieren? Die Situation in den Regionen in Niedersachsen ist ja durchaus sehr unterschiedlich. Werden regionale Unterschiede gemacht, ja oder nein? Kann also dort, wo die Inzidenz niedriger ist, mehr gemacht werden - das halte ich an manchen Stellen zumindest für überdenkenswert; anderenfalls kommt es zu einem Landkreis-Hopping -, oder werden wir uns generell an die Inzidenz des Landes Niedersachsen halten müssen? Im Moment liegt die Inzidenz in Niedersachsen etwas über 60. Ich denke beispielsweise an Aktivitäten für Familien im Außenbereich von Zoos und ähnlichen Einrichtungen, um ein bisschen Entspannung zu finden. Zu welchen Lockerungen bzw. Öffnungen wird es also am 8. März konkret kommen?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte gerne zwei, drei Anmerkungen machen und Fragen an Herrn Dr. Mielke stellen.

Zu dem, was Frau Janssen-Kucz zu dem Thema Hausärzte gesagt hat, sage ich jetzt gar nichts; ansonsten würde ich dabei, glaube ich, ein bisschen unflätig werden.

In § 14 a Abs. 2 der geltenden Verordnung geht es um die außerschulische Lernförderung von Kindern und Jugendlichen in der Präsenz. Das ist ja zurzeit auf Bildung und Teilhabe laut medizinischer Verordnung begrenzt. Wir bitten darum, zu prüfen, ob man das nicht zumindest auf Schülerinnen und Schüler in schwierigen Lernsituationen ausweiten kann.

Meine Frage bezieht sich auf die Schnelltests. Vom Land sind, wie vorhin mitgeteilt wurde, 500 Millionen Schnelltests bestellt worden. Das kann eigentlich nur eine erste Bestellung sein. Welche Überlegungen gibt es, im Hinblick auf den Bedarf, der sich aus den Beschlüssen ergibt, kurzfristig weitere Bestellungen anzugehen?

Meine Frage zu den Inzidenzwerten hat Frau Pieper schon angesprochen, nämlich ob es um die landesweite Inzidenz geht oder ob sie regionalisiert werden sollen.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Zunächst habe ich eine Frage zum dritten Öffnungsschritt. Dort fehlen die Bibliotheken. Ich nehme an, dass sie dann ebenfalls öffnen dürfen, und bitte darum, diese zu ergänzen.

Ferner zu den Zoos. Eine Terminbuchung ist natürlich sehr aufwendig. Die Frage ist, ob es nicht bessere Infektionsschutzkonzepte gibt - wie die Schließung der Häuser -; denn in der Regel sind die Zoos so groß, dass sich die Menschen dort verteilen.

Unter dem vierten Öffnungsschritt sind auch die Theater aufgeführt. Ich halte es für sehr wichtig, dass man die Besucherzahl von den Sitzkapazitäten abhängig macht und dass man nicht einfach festlegt, dass maximal 50 Personen kommen dürfen. Das wäre dann für viele gar nicht wirtschaftlich.

Meine abschließende Frage betrifft die Theaterpädagogik. Auch in diesem Bereich möchte man gerne wissen, wann sie wieder in die Schulen dürfen, mit welchen Infektionsschutzmaßnahmen, mit welchen Tests usw. Ich bitte darum, dass man

das nicht vergisst, weil das teilweise eine sehr wichtige Aufgabe ist, insbesondere wenn es darum geht, Kindesmissbrauch vorzubeugen.

Abg. **Helge Limburg** (GRÜNE): Die Frage zu der Unterscheidung der Landkreise hat Frau Pieper schon gestellt. Vielleicht ergänzend dazu, weil Sie das angedeutet haben: Die Überlegung, in Landkreisen mit einer Inzidenz unter 35 bei Privatkontakten noch weitere Lockerungen zuzulassen, finde ich im Grundsatz richtig. Das will ich klar sagen.

Allerdings stellt sich die Nachfrage, welcher Landkreis dann entscheidend ist. Das ist ja für die Menschen nicht ganz unwichtig. Es soll ja auch Freundschaften und Bekanntschaften über Landkreisgrenzen hinweg geben, habe ich gehört. Ist der Landkreis entscheidend, in dem man sich trifft, oder der Landkreis, aus dem man kommt? Es wäre wichtig, das klar zu kommunizieren, damit es dabei keine Missverständnisse gibt.

Der ganze Bereich der Kinder- und Jugendarbeit - Jugendtreffs, Jugendhäuser, auch die Arbeit der Caritas, der AWO etc. - taucht in dieser Kurzübersicht, die uns zugegebenermaßen unter großer Hektik zugeleitet worden ist, überhaupt nicht auf. Welche Öffnungsschritte planen Sie im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit, z. B. auch für Konfirmations- oder Kommuniionsunterricht?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Ich möchte gerne meine Frage von vorhin noch einmal stellen, warum diese Öffnungsschritte in den Inzidenzbereichen von 50 bis 100, die Sie jetzt ergreifen, vorher nicht denkbar waren, jetzt aber als milderes Mittel angesehen werden. Was hat sich da geändert? - Die Schnelltests wären ja ein Weg zu sagen: Das bietet mehr Sicherheit bzw. eine andere Sicherheit, deswegen ist das plötzlich möglich. - Was verändert Ihre Bewertungsgrundlage?

Sie haben gesagt, Sie sehen eine große Nähe zu Ihrem Stufenplan. Was passiert aber jetzt konkret mit dem Stufenplan? Gibt es noch das Ziel eines bundesweiten Stufenplans, oder gibt es dieses Ziel eigentlich nicht mehr? An dieser Stelle bleibt ja der MPK-Beschluss relativ unklar, obwohl der vorherige MPK-Beschluss durchaus einen Stufenplan vorgesehen hat. Da ja schon seit Wochen daran gearbeitet wird, stellt sich die Frage: Wie sieht es mit der Transparenz und dem Miteinanderagieren aus? Dort taucht ja das, was Sie jetzt beschlossen haben, nicht auf - wahrscheinlich

nicht für die Dauer, einmal abgesehen davon, dass wir wissen, dass sich durch Impfquoten ohnehin alles verändern wird. Das würde mich trotzdem interessieren.

Ich möchte noch einen Hinweis zu Ihren Ausführungen zu der rechtlichen Prüfung zum Thema Schule machen. Es gibt ja auch Spucktests, Lollipop-Tests und dergleichen. Könnte das nicht auch ein Mittel sein, das überhaupt nicht mit Eingriffen im engeren Sinne verbunden ist? Es gibt ja nicht nur diese „Nasenbohrer-Tests“ - oder wie auch immer man sie bezeichnen will -, sondern auch andere Wege, Schnelltests zu machen.

Ich habe gelesen, dass Herr Tonne plant, die Präsenzpflicht ab nächster Woche wieder einzuführen. Dann wird es diese Schnelltests ja noch gar nicht geben. Warum werden dann nicht zumindest die Sicherheitsmaßnahmen erhöht, bevor man alle wieder verpflichtet, ihre Kinder in die Schule zu geben? Wird es dann wieder eine Befreiungsmöglichkeit für Kinder geben, die zur Risikogruppe gehören, oder für Familien, die zur Risikogruppe gehören, oder ist das auch nicht geplant?

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Ich habe eine Frage zu einem Thema, das immer wieder auftaucht. Ist in dieser Konferenz jemals darüber gesprochen worden, dass sich Kinder und Jugendliche in einer ganz besonderen Situation befinden? Wurde darüber gesprochen, Kinder und Jugendliche in diesem Stufenkonzept irgendwann extra aufzuführen? Denkbar wäre es ja, in irgendeiner Phase beispielsweise zu regeln, dass sich Kinder und Jugendliche draußen wieder regelmäßig treffen können. Werden also die Interessen von Kindern und Jugendlichen in der Freizeit irgendwann speziell besprochen, oder werden sie immer wieder nur unter Kita und Schule subsumiert? Ist also zu erkennen, dass dieses Thema aufgenommen wird, das ja von vielen Seiten immer wieder angesprochen worden ist?

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): In dieser Übersicht über die verschiedenen Stufen steht nicht, in welchem Zeitraum der Inzidenzwert so sein muss. Besteht in einer Gemeinde, die immer etwas über der Inzidenz von 50 oder unter der Inzidenz von 50 liegt, die Gefahr, dass innerhalb von ein oder zwei Tagen Läden auf- oder zumachen, oder ist das immer eine Regelung für eine Woche? Das ergänzt die Frage nach der regionalen Zuständigkeit.

Abg. **Dr. Stefan Birkner** (FDP): Die Frage ist, welche Inzidenzwerte eigentlich herangezogen werden: Sind es die Inzidenzwerte des Landesgesundheitsamtes oder des RKI? Denn sie schwanken ja durchaus. Für die Bewertung ist es sicherlich relevant, zu wissen, auf welcher Basis entschieden wird.

StS **Dr. Mielke** (StK): Ich möchte nur - ohne dass ich jetzt irgendwie Probleme machen will - einen kurzen Hinweis geben, warum ich hier telefoniere und simse. Manche haben sicherlich schon von den Meldungen über COVID-19-Fälle im Umfeld des Ministerpräsidenten erfahren. Gerade habe ich eine besorgte SMS von Freunden und von meiner Frau erhalten. Ich will gerne alles beantworten, wäre aber umgekehrt ganz froh, wenn wir in absehbarer Zeit die Unterrichtung abschließen könnten, damit ich dann meine privaten Dinge regeln kann.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Herr Dr. Mielke, das ist auch in unserem Interesse. Eigentlich ist geplant, dass Sie jetzt der letzte Redner sind, es sei denn, es gibt danach noch Verständnisfragen. Sie bestimmen das also zum Teil selbst.

StS **Dr. Mielke** (StK): Ich fange mit der Frage von Frau Pieper an, weil das die Ausgangsbetrachtung von allem ist: Was machen wir jetzt eigentlich konkret? - Es gilt für uns alles das, was im zweiten und dritten Öffnungsschritt steht, und im dritten Öffnungsschritt das, was in der Säule „50 bis 100“ steht, weil das unsere aktuelle Situation ist.

In diesem Zusammenhang beantworte ich die Frage von Frau Schütze: Wir brauchen eine stabile Sieben-Tage-Inzidenz. Sie muss also sieben Tage unter 50 oder unter 100 liegen, damit man einen Schritt gehen kann, weil das Infektionsgeschehen schneller eskaliert, als es heruntergeht. Diese sieben Tage sind die niedersächsische Regel, die wir im Stufenplan haben. In dem Beschluss steht: Wenn der Inzidenzwert drei Tage hintereinander höher ist, dann muss man in den anderen Bereich übergehen.

Wir werden - das beantwortet den nächsten Fragenkreis - bei regionalen Unterschieden nicht allzu viel machen, jedenfalls nicht dort, wo wir womöglich unerwünschte Bewegungen zwischen einzelnen Landkreisen aufmachen. Wenn in einem Landkreis, der einen Inzidenzwert von 20 hat - das gibt es ja durchaus -, der Einzelhandel

und die Baumärkte geöffnet sind und der benachbarte Landkreis - aus welchen Gründen auch immer - eine Inzidenz bei 120 hat, dann setzen sich die Leute ins Auto und fahren dorthin. Das ist in der Tat eine Problematik, die wir nicht haben wollen.

Umgekehrt löst - außer in dem Fall, den Herr Limburg gerade aufgerufen hat - normalerweise die Regelung im privaten Bereich und bei den Kontakten keine allzu große Tätigkeit aus.

Ich bin durch die Nachfrage aber das erste Mal auf die Problematik gestoßen, dass Leute, die womöglich in einem gefährlicheren Umfeld leben, andere treffen können, die in einem weniger gefährlichen Umfeld leben. Darauf habe ich in diesem Moment keine Antwort. Dazu lassen wir uns etwas einfallen. Dieser Hinweis ist ausgesprochen gut. - Ich flechte die Randfragen immer mit ein, wenn sie dazu passen.

Frau Pieper, ich möchte noch einmal durchgehen, worüber wir reden. Wir reden über die Lockerung der Kontaktbeschränkungen. Zunächst geht es um das Thema Kita und Schule, allerdings erst ab dem 15. März. Das wird in dieser Verordnung schon geregelt, wie ich es gesagt habe.

Wir werden den Einzelhandel mit Termin-Shopping zulassen.

Wir werden - das hatten wir ohnehin vor, auch nach unserem Stufenplan - nicht nur den Buchhandel, sondern auch die Bibliotheken und die Büchereien wieder aufmachen. Danach hatte u. a. Herr Jasper gefragt.

Wir wollen auch Museen und ähnliche Einrichtungen aufmachen. Dazu gehören auch Freilichtmuseen. Dabei differenzieren wir aber nicht zwischen draußen und drinnen. Auch der Beschluss differenziert an dieser Stelle nicht. Wir würden dabei aber mit einer Kapazitätsbegrenzung und einem Hygienekonzept arbeiten.

Wir machen auch die Zoos und Botanischen Gärten auf - korrekterweise muss man sagen: wir lassen aufmachen -, dort aber mit den Außenbereichen.

Zum Thema Buchungsmanagement, Herr Jasper: Das kann man erstens mittlerweile online ausgesprochen gut regeln. Ich mache so etwas häufig - bei vielbesuchten Einrichtungen ohnehin - online vorab. Zweitens dient das vor allen Dingen der

Kontaktnachverfolgung, wenn etwas schiefgeht. Deshalb soll das an dieser Stelle auch so sein.

Wir würden auch den Bereich der Gedenkstätten übernehmen, der in dem Bundesbeschluss aufgeführt wurde, den wir bisher nicht so im Blick hatten.

Zum Thema Sport habe ich schon etwas gesagt. Das würden wir auch so regeln.

Zu den körpernahen Dienstleistungen habe ich auch etwas gesagt.

Wozu ich nichts gesagt habe, sind Fragen rund um sonstige Bildungsangebote, Jugendhilfeangebote und dergleichen mehr. Es gibt eine ganze Reihe von Themen, die im bundesweiten Konzept keine große Rolle bei der Frage spielen, wie einheitlich oder unterschiedlich wir Regelungen treffen. Dort haben wir selber seit geraumer Zeit schon entsprechende Regelungen, die, je nach Sachnähe, entweder den Schulregelungen oder anderen Regelungsbereichen nachgebildet sind. Die würden wir jetzt in der Tat noch einmal darauf hin durchsehen, ob man im Zusammenhang mit dem schulischen Thema und sonstigen Themen das eine oder andere noch möglich macht.

Zu diesem ganzen Bereich gehören auch Dinge, die uns mit vielen Fragen geschildert worden sind. Ich erinnere mich an die Hundeschulen. Die hat das OVG Lüneburg, ich glaube, gestern schon aufgemacht. Dem würden wir uns jetzt nicht weiter in den Weg stellen. Es gab aber auch Fragen zu verkaufsnahen Handwerksdienstleistungen - Stichwort „Brautmoden“ -, aber auch zur Bemusterung von Handwerksarbeiten und dergleichen mehr. Das würden wir entsprechend mit aufnehmen.

Das ist in etwa der Rahmen, den wir jetzt so regeln würden.

Frau Hamburg hat gefragt: Wie erklärt sich das eigentlich in der Logik? Warum ist das alles jetzt eigentlich weniger gefährlich, wenn man das nicht gleich mit einem Test verbindet? - Ich habe am Anfang gesagt, dass wir in einer ausgesprochen schwierigen Situation sind, in der wir auf der einen Seite wissen, dass wir epidemiologisch mit nichts auf der sicheren Seite sind, sondern alle miteinander nach wie vor sehr aufpassen müssen, in der wir auf der anderen Seite aber auch feststellen, dass die Akzeptanz von strengen Maßnahmen vor dem Hintergrund, dass die Werte jetzt nicht in den Keller fallen, zunehmend ab-

nimmt, weil die Leute das Gefühl bekommen: Egal, was ich mache, es passiert ja sowieso nichts! - Von daher bestand in der Tat ein gewisser Handlungsdruck. Dessen Übersetzung gestaltet sich genau so, wie ich es vorhin schon versucht habe zu erklären.

Insgesamt gehen alle davon aus, dass wir mit zunehmendem Impffortschritt - auch wenn man das jetzt noch nicht quantifizieren oder validieren kann - und mit dem zunehmenden Aufkommen von Tests aller Art jetzt in eine besser beherrschbare Situation hineinkommen.

Das ist im Grunde genommen der Gesamtkomplex, der gestern zu diesen Entscheidungen geführt hat.

Es gibt natürlich diejenigen, die im Moment die schwierigen Folgen der Pandemie besonders spüren. Da sind wir bei den Not- und Intensivärzten, die Sie vorhin erwähnt haben, Frau Hamburg, die natürlich sehen, was passiert und was es bedeutet, wenn es schiefgeht. Von daher bekommen Sie dort natürlich auch entsprechende Hinweise.

Auf der anderen Seite haben wir heute - das ist womöglich in der Betroffenheit von Menschen- schicksalen nicht 1 : 1 vergleichbar - auch einen Riesenaufschrei aus dem gesamten Einzelhandel, aus der Gastronomie und aus der Hotellerie, die fragen: Und wo bleiben wir? Das ist jetzt für uns der Todesstoß! - Das macht, glaube ich, noch einmal deutlich, zwischen welchen Polen sich diese Entscheidungen immer wieder abspielen.

Zum Stichwort „Spuck- und Lolli-Test“: Dabei gibt es in der Tat eine Entwicklung. Ich habe ja gesagt, das nehme ich mit für unsere Prüfungen.

Frau Hamburg, Sie hatten nach irgendeiner Befreiung gefragt. Das war - ich bitte um Nachsicht - der Moment, in dem ich meine Frau erst einmal beruhigt habe. Können Sie die Frage bitte noch einmal stellen?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Gerne. Ich habe gelesen, dass Herr Tonne ab nächster Woche die Präsenzpflicht an Schulen wieder einführen will. Das geht ja nicht kohärent mit den Sicherheitsmaßnahmen an Schulen. Dazu habe ich Sie gefragt, warum das der Fall ist und warum nicht erst das eine und dann das andere kommt und ob Sie zumindest für Angehörige von Risikogruppen weiter Ausnahmen vorsehen. Das waren

die zwei Fragen zu dem Komplex „Präsenzpflicht“.

StS **Dr. Mielke** (StK): Ich verstehe die Frage, kann sie aber nicht beantworten. Ich werde das weitergeben und das Kultusministerium um Beantwortung bitten.

Zu der Frage von Frau Schütze, welche Rolle Kinder und Jugendliche in den Erörterungen spielen und ob sich daraus irgendetwas ergibt: Wir haben dort als Länder mal darauf gedrungen, dass in einer der Anhörungen, die wir in den letzten Monaten - auch vorher - mit diversen Expertinnen und Experten durchgeführt haben, auch der Sprecher der Vereinigung der Kinder- und Jugendärzte angehört wird, um zu hören, welche problematischen Entwicklungen wir neben der Frage der Bildung haben. Das hat sich aber, offen gestanden, in der Gesamtrunde nicht als Thema durchgesetzt. Ich muss das so offen sagen. Von einigen wurden Kinder und Jugendliche eigentlich von Anfang an mehr als Pandemietreiber gesehen. Deswegen haben wir auch so lange über die Schulen diskutiert. Ich bin heilfroh, dass sich der Bund und die Länder am 19. Januar darauf geeinigt haben, dass die Länder das selber machen. So erklärt sich vielleicht, worüber dort geredet wird und worüber dort nicht geredet wird und woher das kommt.

Die Frage von Frau Schütz habe ich gerade schon beantwortet.

Die Frage von Herrn Birkner, welche Werte jetzt eigentlich zählen, die Werte vom RKI oder die Werte vom Landesgesundheitsamt, hatten wir immer schon mal. Wenn es gewünscht wird, kann Frau Schröder das noch einmal im Detail erläutern. Das RKI ist in der Erhebung der Daten und der Veröffentlichung seiner Statistiken immer einen halben Tag dem Landeswert hinterher. Deshalb ist der Landeswert in aller Regel höher und damit auch realistischer und damit für unsere Beurteilung der entscheidende Wert, weil wir ansonsten zu einer Sicherheit kämen, die es womöglich an dieser Stelle gar nicht gibt.

Damit meine ich alle Fragen beantwortet zu haben, aber ich will das nicht beschwören.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Ich sehe keinen Protest. So gesehen, scheint alles abschließend behandelt worden zu sein. Ich sehe auch keine weiteren Wortmeldungen, sodass Sie

jetzt entbunden sind. Alles Gute an die Staatskanzlei!

StS **Dr. Mielke** (StK): Gut. Wir geben uns alle Mühe. Ich bin guter Dinge, bedanke mich und wünsche weiterhin gute Beratungen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Damit sind wir am Ende der heutigen Unterrichtung durch die Landesregierung.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Meine Frage zu der Bestellung von Schnelltests ist noch nicht beantwortet worden!

MDgt'in **Schröder** (MS): Wir haben auch in Abstimmung mit dem LZN die Losgröße erst einmal auf 5 Millionen begrenzt, weil eine Markterkundung ergeben hat, dass die Preise fallen. Das haben uns auch andere bestätigt, darunter auch Betreiber von privaten Laboren. Insofern ist es sinnvoller, rollierend nach und nach weiter zu bestellen. Genauso gehen wir vor. Wir platzieren jetzt also nicht eine ganz große Order zu einem hohen Preis, wenn man weiß, dass die Preise gerade nachgeben.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Das ist verständlich. Gibt es denn Planungen, wann weitere Bestellungen getätigt werden sollen, oder wollen Sie erst einmal abwarten, wie lange die 5 Millionen Schnelltests ausreichen?

MDgt'in **Schröder** (MS): Hier muss man unterscheiden, was wir als Dienstherr und Arbeitgeber als Land machen müssen und was wir insgesamt machen. Der Bund hat gestern in dem MPK-Beschluss und auch in dem heute Nacht um Mitternacht versandten Entwurf der neuen Testverordnung schon erklärt, dass er sowohl die Sachkosten als auch die eigentlichen Testkosten übernimmt. Hier geht es ja um die Sachkosten. Insofern ist das natürlich etwas, was wir bei der Frage, welchen Bedarf wir haben, mit berücksichtigen. Denn wenn der Bund die Kosten übernimmt, passiert so etwas nicht rückwirkend, sondern heißt das, dass wir auch ganz stark auf die Leistungserbringer setzen, die dann die Tests selber beschaffen und ihre Kosten dann auf dem vom Bund aufgezeigten Weg erstattet bekommen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Ich stelle jetzt das Einvernehmen fest, dass wir den Tagesordnungspunkt 1 abschließen.

Tagesordnungspunkt 2:

Beschlussfassung über die Zustimmung zur Einsichtnahme der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Enquetekommission zur Verbesserung des Kinderschutzes und zur Verhinderung von Missbrauch und sexueller Gewalt an Kindern in Niedersachsen (EKKiSch) in die Niederschriften der vertraulichen 40. Sitzung am 21. März 2019 sowie der vertraulichen 50. Sitzung am 6. Juni 2019

Beschluss

Der **Ausschuss** stimmte einstimmig der Einsichtnahme der Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Enquetekommission zur Verbesserung des Kinderschutzes und zur Verhinderung von Missbrauch und sexueller Gewalt an Kindern in Niedersachsen (EKKiSch) in die Niederschriften über die vertrauliche 40. Sitzung am 21. März 2019 sowie die vertrauliche 50. Sitzung des Ausschusses am 6. Juni 2019 zu.

