



N i e d e r s c h r i f t
über die 117. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 22. April 2021
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

- 1. Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Corona-Virus**
Unterrichtung über die aktuelle Lage bezüglich des Corona-Virus..... 5
Unterrichtung über den Entwurf einer neuen Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 22.04.2021..... 6
Aussprache 8

- 2. Unterrichtung durch die Landesregierung zum Thema der Erschöpfungs-krankheit CFS/ME**
Unterrichtung..... 19
Aussprache 20

- 3. Unterrichtung durch die Landesregierung über den Stand der Verhandlungen über den Landesrahmenvertrag zur interdisziplinären Frühförderung**
Unterrichtung..... 25
Aussprache 27

- 4. Unterrichtung durch die Landesregierung zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung**
Unterrichtung..... 31
Aussprache 32

5. Hochrisikogruppen wirksam vor dem Coronavirus schützen - wohnungslose Menschen in Niedersachsen besser unterstützen und das Prinzip Housing First landesweit umsetzen

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 18/8198](#)

hier: Unterrichtung durch das Ministerium für Umwelt, Energie, Bauen und Klimaschutz über den aktuellen Sachstand hinsichtlich der Gründung einer Landeswohnungsbaugesellschaft und der Schaffung von Wohnraum für wohnungslose Menschen

(abgesetzt).....37

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

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

mit beratender Stimme:

15. Abg. Stephan Bothe (fraktionslos) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Nach § 94 Abs. 2 GO LT:

16. Abg. Julia Willie Hamburg (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
17. Abg. Helge Limburg (GRÜNE) (bis 11.22 Uhr)

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Scholz (MS).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 13.05 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschrift über die 115. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Corona-Virus

Unterrichtung

StS **Scholz** (MS): Ich beginne, wie immer, mit den aktuellen Zahlen und Planungen. Wenn Sie damit einverstanden sind, wird Frau Schröder anschließend etwas zu dem Verordnungsentwurf sagen, der Ihnen gestern zugegangen ist, weil wir ja die Verordnung an die neuen Regelungen im Bundesrecht anpassen müssen.

Infektionszahlen

Heute Morgen haben wir 2 099 neue Fälle. Die Gesamtinzidenz beträgt 125,5. Damit ist die Inzidenz gegenüber gestern wieder etwas gestiegen. Seit dem 14. April 2021, also seit einer Woche, bewegt sich die Inzidenz um 125 - mal ein bisschen darüber, mal ein bisschen darunter. Es scheint so zu sein, dass wir mit den gegenwärtig geltenden Maßnahmen wieder ein bestimmtes Niveau erreicht haben. Die Zahlen vor 14 Tagen, unmittelbar nach Ostern, sind, wie wir alle inzwischen wissen, nicht besonders belastbar gewesen.

An den Hotspots hat sich nichts geändert. Salzgitter liegt mit einer Inzidenz von 342 nach wie vor an der Spitze. Auch dort geht die Inzidenz mal ein bisschen herauf und mal ein bisschen herunter; sie ändert sich aber nicht grundlegend. Ähnlich ist es in Vechta mit 305. Danach folgen Wolfsburg mit 213,9, Delmenhorst mit 211 und Peine mit 192,1. Die Bestmarke setzt mal wieder Lüchow-Dannenberg, anders als in den letzten Tagen und in der letzten Woche sogar mit weniger als 50, nämlich 47,5.

Krankenhausbelegung

Auch die Situation in den Krankenhäusern ist im Kern unverändert. Die Zahlen von heute liegen noch nicht vor. Wie Sie wissen, bekommen wir sie immer erst gegen 12 Uhr. Von daher sind das die Zahlen von gestern. 211 Patienten werden beatmet. Ich wage die Prognose, dass wir inzwischen davon ausgehen können, dass wir hier die Spitze erreicht haben; denn wir wissen ja, dass die Hospitalisierung der Inzidenz folgt. Die Inzidenz ist im Moment so hoch wie vor vier Wochen. Es gibt im

Moment keinen Grund für die Annahme, dass aus den Inzidenzen jetzt höhere Hospitalisierungen folgen. Das kann natürlich gleichwohl der Fall sein, wenn sich die Inzidenzen stärker hin zu den jüngeren Bevölkerungsgruppen verschieben, weil wir ja wissen, dass die Jüngeren länger auf der Intensivstation liegen, leben und überleben. Von daher mag es noch ein gewisses Wachstum geben. Aber im Moment - der Herr Ministerpräsident hat das gestern in seiner Rede kurz angesprochen - gibt es eigentlich keinen Grund für die Annahme, dass es zu drastische Steigerungen in den Krankenhäusern kommen wird.

Das bedeutet aber nicht, dass man sich jetzt beruhigen kann. Die Situation auf den Intensivstationen in den Krankenhäusern ist natürlich nach einem Jahr - vor allen Dingen für die Kolleginnen und Kollegen dort - heftig angespannt, auch wenn die Kapazitätsgrenzen noch nicht erschöpft sind. Man muss bedenken - das könnten Frau Dr. Wernstedt oder auch andere Kolleginnen und Kollegen wahrscheinlich viel detaillierter darstellen -, dass Patienten normalerweise relativ kurz auf der Intensivstation liegen, sodass die Grundpflege nicht so aufwendig ist wie jetzt bei den COVID-Patienten, die lange auf der Intensivstation liegen und bei denen es darum geht, einen Dekubitus usw. zu vermeiden. Die gesamte Pflege der COVID-Patienten ist viel aufwendiger als bei einem Patienten, der nach einer OP ein oder zwei Tage lang auf der Intensivstation liegt. Hinzu kommen noch die Schutzmaßnahmen, die die Kolleginnen und Kollegen dort ergreifen müssen. Insofern ist die Situation für das Personal angespannt. Das Personal ist inzwischen nach einem Jahr erschöpft. Gleichwohl kann man sagen, dass die Gesamtkapazitäten uns nicht in eine Situation führen, wieder elektive Eingriffe untersagen zu müssen, um die Kapazitäten zu sichern. So ist die Situation nicht.

Impfungen

Das Impfen geht unter der Woche wie in der letzten Woche voran. Es sind immer zwischen 35 000 und 40 000 Impfungen. Für das Wochenende haben wir jetzt eine Impfkampagne gestartet. Wir gehen davon aus, dass wir dann ungefähr 70 000 Impfungen vornehmen werden. Die Termine waren sehr zügig ausgebucht. Meine Zahlen sind von vorgestern - ich weiß nicht, ob Frau Schröder aktuellere hat -: Vorgestern waren von den noch zu vergebenden 70 000 Terminen noch 3 500 verfügbar. Man kann wirklich davon ausgehen,

dass wir jetzt zügig vorangehen und auch die AstraZeneca-Bestände verimpfen.

Die Impfgeschwindigkeit in den einzelnen Impfzentren ist nach wie vor extrem unterschiedlich. Es gibt Impfzentren, in denen mehrere Tausend Impfstoffdosen lagern, die also sehr zögerlich planen. Wir gehen da jetzt im Zweifel auch mit Einzelweisungen heran. Ein gutes Beispiel ist der Landkreis Celle, den die Verschiebung der Moderna-Lieferungen um einen Tag fast in die Situation gebracht hätte, Impftermine absagen zu müssen. Wir haben dann einen Impfstofftausch vorgenommen. So kann man eben auch planen, nämlich dass der Impfstoff sofort verimpft wird und sofort Schwierigkeiten auftreten, wenn es auch nur geringe Lieferverzögerungen gibt. Es gibt auch andere Impfzentren sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum, die viel zu zögerlich damit umgehen. Wir müssen da intensiver heran! Wir sind jetzt intensiv im Gespräch und haben inzwischen auch Einzelweisungen angeboten.

Wir erhalten zu unserer Überraschung - auch das ist ja immer ein Hin und Her - jetzt in dieser Woche doch eine Lieferung des Impfstoffs von Johnson & Johnson. Sie wissen, dass er im Verdacht steht, ebenso wie der Impfstoff von AstraZeneca bei Frauen zwischen 35 und 50 Jahren Sinusvenenthrombosen zu verursachen. Deshalb warten wir jetzt ab, ob es eine eingeschränkte Impfempfehlung gibt. Für diesen Impfstoff gibt es diese bisher noch nicht, aber davon würden wir ausgehen.

Wir planen, die 21 600 Dosen, die wir von Johnson & Johnson bekommen, in die Hochinzidenzkommunen zu geben, um dort die Impfungen voranzutreiben. Natürlich gibt es keine Riegelimpfungen in der Pandemie. Mit Blick auf die Impfstoffmengen, die uns zur Verfügung stehen, gibt es Riegelimpfungen schon gar nicht. Die Impfstoffdosen reichen nicht dafür aus, um in der Pandemie jetzt einmal durchzuimpfen und das Virus abzusperren. Gleichwohl sind natürlich für eine Stadt wie Salzgitter oder Wolfsburg oder auch für einen Landkreis wie Peine oder Vechta 4 000 zusätzliche Dosen eine Menge, die wirken wird. Und man muss sagen: Dort sind Gott sei Dank Impfzentren, die überdurchschnittlich impfen, sodass man davon ausgehen kann, dass dieser Impfstoff mit einer Zusatzkampagne wird eingesetzt werden können.

So weit meine Ausführungen.

Entwurf einer neuen Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung vom 22.04.2021

MDgt'in **Schröder** (MS): Sie haben den Entwurf der Verordnung gestern bekommen. Diese Änderung dient primär dazu, unsere bisherige Verordnung anschlussfähig zu machen an die Bundesregelung, die heute im Bundesrat vorliegt und beraten wird. Wenn diese Bundesregelung am Samstag in Kraft tritt, ist eine Anschlussregelung in unserer Verordnung erforderlich. Darauf bezieht sich der **Artikel 1** der Änderungsverordnung, die Ihnen vorliegt.

In **§ 1 Abs. 1** wird mit einer Verknüpfung zur Bundesregelung Vorsorge dafür getroffen, dass wir dann, falls der Bund von der Ermächtigung zum Erlass von Verordnungen Gebrauch macht, auch gleich den Anschluss an solche Verordnungen haben.

Der **Absatz 2** in § 1 ist neu, entspricht aber im Wesentlichen dem bisherigen Absatz 1. Darin ist eine Doppelung herausgenommen worden. Der **Satz 2** enthält ja die Verweisung auf die §§ 2 und 3, also auf die Maskenpflicht. Insofern konnte der Satz, der die Maskenpflicht regelt, wenn der Abstand nicht eingehalten werden kann, entfallen. Das ist bei dieser Gelegenheit redaktionell bereinigt worden.

Dem § 1 wird ein zusätzlicher **§ 1 a** angefügt. Das ist erforderlich, weil wir in Niedersachsen bei allen unseren Regelungen immer auf unsere Landesinzidenzwerte abstellen, also auf die Werte, die das NLGA ausweist. Es gibt bekanntlich einen Zeitverzug. Das RKI weist im Grunde immer leicht veraltete Werte aus. Die Werte des NLGA sind aktueller. Nichtsdestotrotz hat der Bund hier von seiner Regelungskompetenz Gebrauch gemacht und bundeseinheitlich auf die Daten des Robert Koch-Institutes abgestellt, sodass wir das in unserer Verordnung entsprechend nachvollziehen müssen. Mit dieser Anpassung stellen wir klar, dass die Werte gelten, die das Robert Koch-Institut veröffentlicht.

Wir führen dann aus, was sich in der Bundesregelung schon im Ansatz befindet. Die Länder sind nämlich dazu aufgefordert, im Rahmen ihrer landesrechtlichen Regelungen die Rechtsetzung festzulegen, wer dann für die entsprechenden Maßnahmen zuständig ist. Hier geht es ja konkret um die Allgemeinverfügung, die zu erlassen ist, um auch öffentlich bekannt zu machen, dass die

Schwellenwerte, die in der Bundesregelung oder in unserer Verordnung enthalten sind, erreicht sind. Das sind die **Absätze 2 und 3**.

Der Absatz 2 regelt, dass dann, wenn die Inzidenz von 100 laut RKI in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt an drei aufeinanderfolgenden Tagen überschritten wird, der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt eine entsprechende Allgemeinverfügung zu erlassen hat, damit die Bürgerinnen und Bürger erfahren, dass diese Situation eingetreten ist, und dann auch wissen, dass andere Regeln gelten.

Das Gleiche gilt auch im Umkehrschluss: Wenn die Inzidenz von 100 laut RKI an fünf aufeinanderfolgenden Tagen unterschritten wird, dann ist ebenfalls durch Allgemeinverfügung zu veröffentlichen, dass diese Inzidenz unterschritten worden ist.

Wichtig ist, dass der Bundesgesetzgeber sich dafür entschieden hat, drei aufeinanderfolgende Tage für das Überschreiten und fünf aufeinanderfolgende Tage für das Unterschreiten zu wählen. Er will sich also beim Unterschreiten, bei der Zurücknahme der verschärften Regelung, sicher sein.

Unter der **Nr. 3** ändern wir den **Satz 5** in **§ 2**. Darin ist der Verweis auf die NLGA-Zahlen und die Veröffentlichung in Niedersachsen entfallen. Das ist eine Folgeänderung, weil wir ja jetzt auf die RKI-Zahlen verweisen. Der Veröffentlichungsort für die RKI-Zahlen ist in § 1 a Abs. 1 genannt.

Mit zwei weiteren Änderungen haben wir die Beschlusslagen des OVG nachvollzogen. Das betrifft zum einen unter der **Nr. 4** den **§ 3**, in dem es um die Maskenpflicht geht. Das OVG hat beschlossen, dass Kraftfahrzeugführerinnen und Kraftfahrzeugführer von der Verpflichtung, eine Maske zu tragen, auszunehmen sind. Das haben wir entsprechend umgesetzt.

Ähnliches gilt für die **Nr. 5**, die sich auf den **§ 10** bezieht. Dabei geht es um die Untersagungen. In Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 sind bisher u. a. Kinos, Freizeitparks, Seilbahnen und Minigolfanlagen aufgeführt. Das OVG hat entschieden, dass Minigolfanlagen keine Freizeitaktivität seien, sondern Sport und deswegen weiter zu öffnen sind, sodass dort die Sportregelungen gelten.

Wir haben in § 10 noch eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen, die bei uns bei der letzten Änderungsverordnung durchgerutscht war. In

den **Absatz 1 c**, der sich auf die Testpflicht für Beschäftigte in Betrieben bezieht, die körpernahe Dienstleistungen erbringen, hätten wir bei der letzten Änderung auch noch die Verweisung auf den neuen § 5 a Abs. 2 aufnehmen müssen, also die Möglichkeit, diese Testverpflichtung durch eine vollzogene Impfung zu ersetzen. Das ist in der Eile durchgerutscht. Wir haben damit insofern nur eine Klarstellung vollzogen.

Ferner ist eine redaktionelle Folgeänderung vorgesehen. Die Verpflichtung, dass das Testkonzept auf Verlangen der zuständigen Behörde vorgelegt werden muss, wird mit einem eigenen Satz eingefügt. Das war vorher mit einem Komma als Halbsatz eingesetzt.

Unter der **Nr. 6** wird der **§ 11** geändert. Dabei geht es um die Großtagespflege und die private Kinderbetreuung. Das ist auch eine Klarstellung und vor allem eine notwendige Regelung zu der Frage, was eigentlich mit Verfügungen gilt, die Landkreise und kreisfreie Städte jetzt schon bezüglich der Kinderbetreuung getroffen haben, die also am 23. April 2021 schon in Kraft sind. Wir haben geregelt, dass diese fortgelten bis zum Enddatum dieser Allgemeinverfügungen, damit wir eine Übergangsregelung haben, die das auch für die Landkreise umsetzbar macht. Sie müssen ja die Zeit bekommen, neue Regelungen festzustellen.

Deswegen wird in § 11 jetzt auch der **Absatz 3** gestrichen. Das war eine Übergangsregelung, die nur den Zeitraum 12., 13. und 14. März 2021 betraf. Die Regelung ist mittlerweile ausgelaufen und wird auch nach Rücksprache mit den kommunalen Spitzenverbänden von den Landkreisen und kreisfreien Städten nicht mehr gebraucht.

Unter der **Nr. 7** betreffend den **§ 12** „Kindertageseinrichtungen“ haben wir die gleiche Regelung für die Übergangsregelungen. In der bisherigen Regelung „Wenn ... die 7-Tage-Inzidenz an drei aufeinanderfolgenden Tagen mindestens 100 beträgt und diese Überschreitung nach Einschätzung der örtlich zuständigen Behörde von Dauer ist“ entfällt der Hinweis „und diese Überschreitung nach Einschätzung der örtlich zuständigen Behörde von Dauer ist“; denn das wäre eine Einschränkung der Bundesregelung und somit nicht zulässig.

Ansonsten haben wir hier die gleiche Regelung wie in der privaten Kinderbetreuung und in der Großtagespflege.

Die dann folgenden Doppelbuchstaben **bb) bis ee)** beinhalten redaktionelle Folgeänderungen.

Auch unter **§ 13** „Schulen“ entfällt der Hinweis, dass die Überschreitung der Inzidenz von 100 nach Einschätzung der örtlichen Behörden von Dauer ist.

Im Übrigen gelten die Übergangsregelungen.

Die Doppelbuchstaben **bb) bis dd)** enthalten redaktionelle Folgeänderungen.

Der **Absatz 2 a** wird hier ebenso wie bei den Kindertageseinrichtungen gestrichen. Er entfällt deshalb, weil die Regelungen im Infektionsschutzgesetz stehen werden.

Auch der **§ 18**, der die Option enthält, dass von den Landkreisen und kreisfreien Städten weitergehende Anordnungen getroffen werden können, wird geändert. Im **Absatz 2 Satz 2 Nr. 5** wird die Bezugnahme auf das Infektionsschutzgesetz um den neuen Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 erweitert. Das ist im Grunde auch eine redaktionelle Klarstellung, eine Ankoppelung an die Bundesregelung.

Die eigenen Regelungen in Niedersachsen in den **Absätzen 3** und **4** zur zeitlichen Dauer der Ausgangsbeschränkung und der gesteigerten Sollvorschrift ab einer Inzidenz von 150 werden ersatzlos gestrichen, weil das jetzt durch den Bund geregelt wird.

Der **Buchst. c)** beinhaltet wieder nur eine redaktionelle Folgeänderung.

Das Gleiche gilt für den **§ 18 a**, in dem wir definiert hatten, was eine Hochinzidenzkommune ist, mit den entsprechenden Rechtsfolgen. Auch das entfällt jetzt durch die Neuregelung im Infektionsschutzgesetz.

In der Regelung für Modellkommunen in **§ 18 b** haben wir Änderungen vornehmen müssen. Zum einen haben wir mit der Streichung der **Nr. 6** in **Absatz 2** eine Anpassung an das Infektionsschutzgesetz vorgenommen, indem wir die Ausnahmen für Museen usw. herausnehmen mussten. Diese Ausnahmen können wir nicht mehr beibehalten.

Das Gleiche gilt für **Absatz 6 Satz 3**, der zur Anpassung an das Infektionsschutzgesetz gestrichen wird.

Alles andere sind redaktionelle Folgeänderungen. Auch der 18 b ist, soweit erforderlich, an die Neuregelung des Bundes angepasst, aber bleibt im Übrigen erhalten.

Das Gleiche gilt für den **§ 19**. Auch darin wird die Bezugnahme auf den **§ 18 a**, der gestrichen wurde, redaktionell herausgenommen.

Um ein zeitgerechtes Inkrafttreten dieser neuen Verordnung sicherzustellen, sodass sie nicht zu früh in Kraft tritt, bevor die Bundesregelung wirkt, haben wir ein konkretes Datum eingetragen: nicht den Tag nach der Verkündung, sondern den 24. April 2021, weil am Samstag die Bundesregelung in Kraft treten wird, wenn der Bundesrat das heute so beschließt.

Aussprache

Abg. **Gudrun Pieper** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich habe dazu noch einige Fragen.

Herr Scholz, Sie haben festgestellt, dass manche Impfzentren viel zu zögerlich impfen. Aus meinem Landkreis habe ich die Meldung erhalten, dass dort im 24/7-Takt geimpft werden könnte und die entsprechenden Impfstoffe vorhanden sind, wenn die Zuhilfenahme der Bundeswehr genehmigt würde. Die Bundeswehr steht bereit, aber irgendwo scheint es noch zu hapern. Ich weiß nicht, woran es hapert. Können Sie uns dazu mehr sagen? Ich meine, wenn man ein solches Angebot hat, sollte man es auf jeden Fall annehmen.

Nachdem die ersten Änderungen in dem Gesetz zur Notbremse bekannt geworden sind, haben sich bei mir etliche Friseur- und Fußpfleger gemeldet. Dabei ging es um die Tests, die vorgelegt werden sollen. Sie haben Angst, dass sie morgens keine Termine mehr machen können, weil ab 8 Uhr die Praxen oder Läden geöffnet sind, aber die Testzentren dann noch nicht so weit sind. Sie haben gefragt, ob auch Selbsttests vorgenommen werden dürfen. Ich habe dazu noch einmal darauf hingewiesen, dass ein Testergebnis 24 Stunden gültig ist. Insofern könnte man sich am Vortag in einem Testzentrum testen lassen, wenn man am nächsten Morgen einen Termin in der Praxis hat. Meine Frage dazu ist: Habe ich das so richtig dargestellt?

Auch Krankengymnasten haben gefragt, ob eine Testpflicht in deren Praxen notwendig ist.

Eine weitere Frage: Wer entscheidet ab einer Inzidenz von 100? Ich gehe davon aus, dass der Landrat oder die Landrätin entscheiden, d. h. dass die Landkreise für sich über eine Allgemeinverfügung entscheiden. Können die unterschiedlichen Orte in den Landkreisen auch unterschiedliche Allgemeinverfügungen erlassen, oder muss das generell für den gesamten Landkreis gelten?

Es gibt mittlerweile viele Ausnahmeregelungen für die Impfung von Priorisierungsgruppen. Mittlerweile wird ja die Prioritätsgruppe 2 geimpft. Es gibt aber viele Ausnahmeregelungen, z. B. die Ausnahmeregelung, dass die Hausärzte, wenn sie ihre Priorisierungsgruppe durchgeimpft haben, zur nächsten Priorisierungsgruppe übergehen können. Dazu höre ich sehr unterschiedliche Auffassungen nach dem Motto: „Nein, dann dürfen wir nicht mehr impfen“, aber auch: „Natürlich dürfen wir impfen!“ Was ist richtig? Können wir dazu eine aktualisierte Liste bekommen?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Auch von meiner Seite vielen Dank an Sie, Herr Scholz und Frau Schröder.

Ich habe zunächst eine Frage zu der Verordnung. Sie haben gesagt, dass im Bereich der Schulen und Kitas die Anpassung an das Infektionsschutzgesetz vorgenommen wurde, weil es darin auch Regelungen dafür gibt. Was heißt das konkret für Schulen und Kitas? Ändert sich dort jetzt akut etwas?

Wir haben gestern von Herrn Ministerpräsident Weil gehört, dass Niedersachsen an dem Inzidenzwert 100 festhält, und von Herrn Tonne haben wir gehört, dass sich Niedersachsen an die Bundesregelungen anpasst. Können Sie den aktuellen Sachstand und einen etwaigen Zeitplan für die Entscheidungsfindung oder Veränderung darstellen? Inwiefern gilt das dann ebenfalls für Kitas?

Gestern wurde sehr deutlich - auch Herr Scholz macht das ja immer deutlich -, dass wir bereits eine hohe Inzidenz haben. Wenn man jetzt mehr in den Schulen zulässt, gibt es natürlich wieder mehr Kontakte. Will man dann woanders Kontakte reduzieren? Wie würde sich das zueinander verhalten?

Herr Dr. Mielke, der Chef der Staatskanzlei, hat in der letzten Sitzung ausgeführt, dass Sie eine neue Systematik der Corona-Verordnung planen, weil sie ja irgendwann unleserlich wird, wenn man

sie immer wieder überarbeitet, anpasst und Änderungen vornimmt. Wann planen Sie, diese Änderung vorzunehmen? In dem vorliegenden Verordnungsentwurf bildet sich das ja nicht ab. Wird das zu einem späteren Zeitpunkt sein, oder nehmen Sie jetzt doch davon Abstand, weil Sie hoffen, dass mit dem Infektionsschutzgesetz Kontinuität bei der Verordnung herrscht?

Ich möchte auch noch einige Fragen zu den Ausführungen von Herrn Scholz stellen.

Zunächst zu der Impfkampagne. Sie planen ja für das kommende Wochenende eine große Aktion zur Durchimpfung. Mich interessiert, inwiefern die Kommunen dafür zusätzliche Impfdosen erhalten. Wie Sie wissen, gibt es zwar vielleicht Impfzentren, die noch Dosen übrighaben, aber auch viele Impfzentren, die alles das verimpfen, was sie haben. Das bedeutet im Zweifel, dass am Wochenende lediglich Termine vorgezogen werden und dass in der kommenden Woche keine Termine stattfinden können, wenn die Impfzentren keine zusätzlichen Impfdosen erhalten. Mich interessiert, wie sich das verhält und bei wie vielen Impfzentren das nicht zu nennenswerten zusätzlichen Impfungen führt.

Konnten Sie mit den Krankenkassen schon erörtern, wie es zum Teil zu den falsch versandten Impfbriefen gekommen ist und welches Ausmaß das hat? Ich möchte dabei betonen, dass wir es richtig finden, dass Sie diesen Weg gegangen sind. Ich stelle diese Frage wirklich mehr aus Interesse an der Aufklärung. Denn das hat natürlich letzten Endes zu Verwirrungen in der Öffentlichkeit geführt, weil das nicht funktioniert hat. Das hat nichts damit zu tun, dass wir die Systematik infrage stellen oder Ihnen unterstellen wollen, dass Sie absichtlich etwas versäumt haben. Es bedarf der Aufklärung, damit so etwas nicht wiederholt wird.

In diesem Zusammenhang möchte ich ebenso wie Frau Pieper noch einmal auf die Ausnahmeregelungen zu sprechen kommen. Sie führen ja am Ende dazu, dass sehr viele Menschen in diese Stufe 2 und in diese Vorabimpfungen kommen. In der Stufe 3 sind aber durchaus Menschen mit Vorerkrankungen, die ein attestiertes Risiko für schwere Verläufe haben, die mich jetzt immer panisch kontaktieren und sagen: „Moment! Wenn jetzt noch Lehrer, Feuerwehrleute usw. vorgezogen werden und ich keinen Zugang habe, dann bekomme ich langsam Angst, weil ich mit meinem Asthma, mit meiner Herzerkrankung usw. immer

weiter nach hinten rücke!“ In der Stufe 2 sind Menschen mit akuten schweren Erkrankungen. In der Stufe 3 sind ja Menschen mit Herzleiden, Diabetes und Asthma. Diskutieren Sie darüber, auch diese Menschen vorzuziehen? Denn sie sind zum Teil sehr mobil und jung, sie arbeiten und können sich ab einem gewissen Zeitpunkt zunehmend weniger schützen, wenn sie immer weiter nach hinten rücken, weil sie eine kleine, nicht organisierte Gruppe sind.

Ich möchte gerne auch noch eine Frage zur Impfung von Lehrkräften stellen. Ab Mai sollen ja alle Lehrkräfte geimpft werden können. Wie verhält sich das mit Ihren Impfstoffprognosen? Ich habe diese Frage schon im Kultusausschuss gestellt. Dort konnte mir das natürlich nicht beantwortet werden. Es wäre ja blöd, wenn alle Lehrkräfte Termine wollen, die es dann aber nicht gibt. Ich finde es richtig, dass Sie gesagt haben, dass Lehrkräfte geimpft werden müssen. Bildet Ihre Impfstoffprognose die Realität ab, dass die Lehrkräfte tatsächlich geimpft werden können, ohne dass anderen Prioritätsgruppen der Impfstoff weggenommen wird?

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich möchte gar keine Frage stellen; denn wir haben gestern sehr ausgiebig miteinander diskutieren können. Ich möchte eher ein kurzes Statement in die Richtung abgeben, dass ich es erfreulich finde, dass sich Bund und Länder auf ein einheitliches Vorgehen ab einer Inzidenz von 100 verständigt haben. Ich glaube, dass das auch zu einer großen Akzeptanzsteigerung führen wird und dass es dadurch auch einheitliche Linien gibt, an denen einzelne Landräte, Regionspräsidenten usw. nicht mehr vorbeigehen können. Das bewerte ich als sehr positiv.

Abg. **Claudia Schüssler** (SPD): Der Herr Staatssekretär hat vorhin erwähnt, dass die Hochinzidenzkommunen jetzt Sonderzuweisungen von Impfstoffen bekommen. Ich möchte gerne die Gelegenheit nutzen, auf die besondere Situation der Region Hannover mit über 1,1 Millionen Bürgern aufmerksam zu machen, die seit Anfang Dezember - mit Ausnahme von Weihnachten, als es ein paar Sonderregelungen gab - im Lockdown ist. In den unterschiedlichen Kommunen, die teilweise sehr groß sind, flammen immer wieder Herde auf, die zu einer Gesamtinzidenz in der Höhe führen, dass wir nie eine Geschäftsöffnung in der Region Hannover hatten und die auch zu den ganzen anderen Einschränkungen führt.

Ich meine, dass auch die Größe der Region mit ihren vielen Einwohnerinnen und Einwohnern bei der Frage eine Rolle spielen sollte, wie Impfstoffe zu verteilen sind. Denn nach vier Monaten in einer Dauerschleife und mit der Plus-1-Regelung im privaten Bereich stößt das tatsächlich an Zumutungsgrenzen. So bekomme ich das jedenfalls widergespiegelt.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe zwei Fragen. Erstens. Wie wird das Land weiter mit den Modellkommunen umgehen? Werden jetzt solche Projekte genehmigt, wenn die Inzidenz unter 100 liegt?

Meine zweite Frage bezieht sich auf den Tourismus, und zwar auf Selbstversorgungsunterkünfte. Hat die Landesregierung vor, in diesem Bereich etwas zu ändern und das zu erlauben?

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich habe eine Frage, die wir gestern im Grunde genommen mit eingebaut haben, die aber noch nicht beantwortet werden konnte. Uns sind diverse Fälle berichtet worden, dass Leute, die in den letzten Tagen Impftermine gemacht haben, sofort einen Termin bekommen haben, während andere Leute noch auf der Warteliste stehen. Hat es irgendeinen Programmierungsfehler oder Ähnliches gegeben? Ich weiß von Leuten, die seit zwei, drei Wochen auf der Warteliste stehen. Andere Leute haben angerufen und schon am nächsten Tag einen Impftermin bekommen. Das ist verwirrend. Ich habe auch extra nachgefragt: Auch diejenigen, die auf der Warteliste stehen, haben nicht angegeben, dass sie den Termin nur per Briefpost erhalten wollen.

Zu den Codes in den Briefen möchte ich mich den Ausführungen von Frau Hamburg anschließen. Meines Wissens führt schon die Annahme einer Diagnose zur Eingabe dieses Codes. Das ist eher eine Frage, die Sie mitnehmen können, oder mehr eine aufklärende Bitte in dem Sinne, ob das stimmt. Den Krankenkassen ist es offensichtlich technisch nicht möglich - was ich angenommen hatte -, Patienten z. B. als Asthma-Erkrankte einzustufen, wenn sie schon Cortison bekommen, also offensichtlich schon etwas mehr erkrankt sind. Haben die Krankenkassen eine Gegenprüfung durchgeführt? - Ich vermute, nicht.

Herr Scholz hat im Rahmen der Unterrichtung geschildert, dass die jüngeren Menschen, die jetzt stärker erkrankt sind, länger auf der Intensivstation liegen. In der Statistik, die wir bekommen,

werden ja immer die belegten Betten angegeben. Interessant wäre es, die Anzahl der Neuaufnahmen in den Intensivstationen zu wissen. Ich bitte Sie, das mitzunehmen.

Mich hat noch eine ganz spezielle Frage erreicht, die ich aus dem Stegreif nicht beantworten konnte. Herr Scholz, Sie sind ja Jurist, vielleicht können Sie das beantworten. In einer Stadt gibt es die Allgemeinverfügung, dass im Innenstadtbereich Maskenpflicht herrscht. Das gibt es ja an verschiedenen Stellen. Die Verordnung sieht eine Befreiung von der Maskenpflicht für Kandidaten im Wahlkampf vor, die noch nicht gewählt sind. Ich frage ganz konkret: Dürfen sie sich in der Innenstadt ohne Maske fotografieren lassen, oder gibt es dann Ärger? Denn nach der Allgemeinverfügung besteht ja eigentlich eine Maskenpflicht. Nach meiner Logik als Nichtjuristin würde die Verordnung vielleicht diese kommunale Allgemeinverfügung brechen. In der Verordnung steht ja, dass die Kandidaten im Zuge ihres Wahlkampfes von einigen Regelungen ausgenommen sind.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Frau Ministerin Behrens hat gestern im Plenum angekündigt, dass die Impfpriorisierung Ende Mai, Anfang Juni aufgehoben wird. Das wird ja jetzt auch auf Bundesebene kommuniziert. Dadurch werden viele Ankündigungen in Richtung Feuerwehr usw. obsolet. Mir stellt sich die Frage, wie man das im Terminmanagement handhaben will.

Geben die Lieferzahlen das her? Sie haben uns ja die Lieferprognosen für Arztpraxen und Betriebsärzte ab Juni geliefert. Geben die Lieferzahlen die Aufhebung der Impfpriorisierung her, wenn dann vermutlich der große Run losgeht?

Im Anschluss an die Frage der Kollegin Schütz interessiert mich: Wie viele Menschen stehen aktuell auf der Warteliste? Ich höre genau dasselbe: Man ruft an und hat plötzlich einen Termin in der nächsten Woche. Das ist erstaunlich.

Zum Themenkomplex Maskenpflicht: Entfällt die Test- und Maskenpflicht für Lehrkräfte, wenn sie aus anderen Gründen zwei Impfungen bekommen haben und die zweite Impfung schon zwei Tage her ist? Wie wird das zukünftig gehandhabt?

Meine vierte Frage bezieht sich auf die Hochinzidenzkommunen. 21 600 Impfdosen von Johnson & Johnson sind letzten Endes nicht viel. Mich

würde interessieren, wann es nach Ihrer Einschätzung eine konkrete Empfehlung für den Einsatz dieses Impfstoffs gibt, die Sie ja abwarten wollen, bevor diese Impfdosen verteilt werden sollen.

Wie geht man generell mit den Hochinzidenzkommunen um? Viele Kommunen liegen in der Nähe der Hochinzidenzkommunen, die Sie genannt haben - Vechta, Salzgitter usw. -, und werden quasi komplett in Mitleidenschaft gezogen, weil dort Unterkünfte von Werkvertragsarbeitern sind usw. Wie geht man damit um?

Wie geht man auch mit den grenznahen Regionen mit hohen Inzidenzzahlen, z. B. in Richtung der Niederlande, um? Gibt es Bestrebungen, in Richtung Bundesebene ein bisschen mehr Druck zu machen? Ansonsten wird es sehr schwierig werden, mit der Durchimpfung gerade in diesen Bereichen voranzukommen.

Genauso sieht es in der Stadt Hannover und in der gesamten Region Hannover aus. Es macht sich ein gewisser Frust breit, weil man mitbekommt: Die einen rennen mit ihren Briefen überall hin, bei denen geht es ganz schnell, ohne dass sie selber wissen, dass sie krank waren, und die anderen warten geduldig - wie meine Kollegin Frau Hamburg oder andere - auf ihren Impftermin und rutschen weiter nach hinten. Es fängt gerade an, mehr als unübersichtlich zu werden. An dieser Stelle geht natürlich auch sehr viel Vertrauen verloren.

StS **Scholz** (MS): Frau Pieper, der Heidekreis ist in der Tat einer der Landkreise, die ganz schlecht impfen. Das muss man einmal ganz deutlich so sagen. Das liegt an der Grundhaltung der Kreisverwaltung, dass das Ziel eine gleichmäßige Verimpfung sein muss und von daher Impfstoff erst dann für die Terminierungen freigegeben wird, wenn er bei ihr vor Ort liegt. Von daher hat uns der Landkreis Heidekreis berichtet, dass er kein Problem bei der Verimpfung des Impfstoffs von AstraZeneca sieht, weil er die Impfstoffe, die er hat, bis zum 23. Mai verimpfen wird - bis zum 23. Mai! Das ist ein Bericht aus der letzten oder vorletzten Woche. Dort haben wir in der Tat richtig Probleme. Vorgestern hat Frau Ministerin selber mit dem Landrat Ostermann telefoniert, um die Positionierung des Ministeriums klarzumachen.

Wie es der Landkreis schafft, in ähnlicher Weise wie der Nachbarlandkreis Celle zu impfen, ist mir

eigentlich egal, wenn er es denn schafft. Wenn er dafür die Amtshilfe der Bundeswehr in Anspruch nehmen möchte, dann soll er das gerne tun.

Das Grundproblem ist an dieser Stelle, glaube ich, das Herangehen. Im Landkreis Heidekreis liegen nach der Berichterstattung von gestern, 7 600 Impfdosen ungenutzt herum - und der Landkreis Heidekreis hat nicht eine solche Einwohnerzahl wie die Region Hannover!

Zu der Frage zu Friseuren und zur Fußpflege: Es ist schon gesagt worden, dass man im Zweifel auch von den Tests vom Vortag ausgehen kann. Außerdem kann man dort auch überwachte Selbsttests anwenden. Das muss aber überwacht werden. Man darf sich nicht darauf verlassen, dass sich die Kunden am Morgen zu Hause getestet haben und dass alles gut sei, sondern der Test muss dann eben vor Ort durchgeführt werden, so wie das jetzt auch bei den überwachten Selbsttests bei Plenarsitzungen im Landtag geschieht. Das ist ja auch für Friseure usw. denkbar.

Zu der Frage: Wer entscheidet? - Nach wie vor entscheidet die örtliche Gesundheitsbehörde. Das ist in aller Regel der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt. In Osnabrück entscheidet das Gesundheitsamt des Landkreises für beide. In Göttingen entscheidet das Gesundheitsamt für beide.

Die Bundesregelung funktioniert in Teilen anders als die Regelung, die wir bisher hatten, weil sie automatisierte Folgen nach einer Inzidenzfeststellung hat. Dann ist einfach nur festzustellen, dass der Wert über 100 ist. Das stellt der Landrat bzw. für ihn das Gesundheitsamt fest. Danach gilt das überall. Die Bundesregelung erlaubt auch keine örtlichen Differenzierungen.

Wenn darüber hinaus verschärfende Regelungen erforderlich sind, die wir ja nach § 18 der Verordnung ermöglichen, dann kann das sehr wohl örtlich unterschiedlich geregelt werden. Diese Praxis haben wir ja teilweise auch schon bislang. Das erste Mal war die Situation nach dem fortgesetzten Sporttraining in Cloppenburg, wo dann „Nachbesprechungen“ in verschiedenen Gaststätten stattgefunden haben, wie dies damals formuliert worden war. Der Landrat Wimberg hat, glaube ich, für Lastrup eine andere Regelung getroffen als für andere Teile des Landkreises, die nicht betroffen waren.

Bei den eigenen Regelungen kann man das machen. Die Bundesregelung sieht das nicht vor.

Wenn der Landkreis feststellen muss, dass die Inzidenz über 100 liegt, dann stellt er das fest und dann gilt das automatisiert für das ganze Kreisgebiet. Das ist bundesrechtlich so vorgesehen.

Die Priorisierung gilt. Darum gibt es aus meiner Sicht mehr Bohei als faktische Änderungen. Was haben wir denn? - Wir haben schon immer die Priorität 1 geöffnet. Wir haben die Priorität 2 seit vier oder fünf Wochen geöffnet mit insgesamt ungefähr 2,3 Millionen bis 2,6 Millionen Impfberechtigten - über das Alter, über die medizinische Indikation oder über die berufliche Indikation. Wir öffnen jetzt die Anmeldemöglichkeit für Lehrer aus der Priorität 3, um das Bildungswesen zu stabilisieren.

Wir haben ja nach wie vor - das geht in der Diskussion über den Impfstoff immer etwas unter - keinen Impfstoff, der für Menschen im Alter von 16 Jahren und jünger zugelassen ist. Es sind auch nicht alle Impfstoffe für Personen unter 18 Jahren zugelassen; aber für diese Altersgruppe haben wir immerhin zugelassene Impfstoffe. Wir haben keine Impfstoffe für Menschen unter 16 Jahren. Das sind Schülerinnen und Schüler sowie Kinder in Kindertageseinrichtungen. Sie kann man nur schützen, indem man sie drumherum schützt. Von daher öffnen wir die Priorität für die Lehrer, um die Kinder zu schützen und so eine Stabilisierung des Bildungssystems zu bewirken. In ähnlicher Weise gilt das für Feuerwehrleute, um den Brandschutz zu sichern. Denn wir wissen, dass es einzelne Fälle gibt, in denen Wehren nicht mehr einsatzfähig sind, weil sich ganze Löschgruppen parallel infiziert haben. Das ist das Einzige, wo wir bisher aus der Priorität 2 herauspringen. Alles andere wird kommen, wenn die Priorität 2 weitgehend durchgeimpft ist.

Ich glaube auch nicht, dass es irgendeine Praxis gibt, die ihren Anteil an den 2,3 Millionen bis 2,6 Millionen Menschen in absehbarer Zeit geimpft haben wird. Sie werden die 70-Jährigen durchgeimpft haben, vielleicht auch die eine oder andere Gruppe, die eine medizinische Indikation hat. Aber insgesamt glaube ich, dass wir bei dem Volumen, das wir in Niedersachsen im Moment geimpft haben, eine Weile Luft haben werden, bevor sich diese Frage stellt.

Frau Hamburg hat eine Frage zur Verordnung gestellt. Darauf wird Frau Schröder gleich im Block antworten.

Zu der Frage zu zusätzlichen Impfdosen: Nein, wir haben nicht vor, zusätzliche Impfdosen für das Impfwochenende zu verteilen. Das kann in einzelnen Kreisen dazu führen, dass die Impfung jetzt insgesamt ein bisschen beschleunigt wird. Aber auch das ist nicht schlecht - um das ganz deutlich zu sagen -, dass die Impfung selbst in Landkreisen und kreisfreien Städten, die gut impfen, beschleunigt wird. Vernünftigerweise kann ja niemand etwas dagegen haben, weil eine schnellere Impfung zu einer schnelleren Immunisierung führt. Das ist, glaube ich, vernünftig.

Bei wie vielen Impfzentren das in der Folge zu einem Abbau von Impfterminen führt, werden wir im Zweifel in der nächsten Woche nachliefern müssen, wenn wir das auswerten können. Vorher kann man diese Frage nicht sinnvoll beantworten.

Zu den Impfbriefen: Die Ministerin hat gestern schon gesagt, dass wir dazu intensiv im Austausch mit den gesetzlichen Krankenkassen sind, vor allen Dingen mit der AOK, die ja unserer eigenen Aufsicht unterliegt. Die anderen Kassen unterliegen überwiegend der Aufsicht des Bundes.

Der Bund hat geregelt, welche ICD-Schlüssel zu einer Impfung berechtigen. Danach haben sich die Krankenkassen gerichtet.

Wenn dabei Verdachtsprognosen mit eingehen, dann kann ich das nicht ausschließen. Es kann sein, dass das ein Teil der Ursachen ist, was dann auch bedeutet, dass die Verdachtsdiagnose nicht zurückgenommen worden ist.

Aber noch einmal: Nach dem, was uns die AOK sagt - ähnliche Meldungen gibt es ja auch von den Kassen des VdEK -, geht sie davon aus, dass es in etwa 1 % der Fälle Fehlmeldungen gegeben hat. Dabei muss man aber immer sagen: Wenn 500 000 Menschen von der AOK informiert werden, dann sind 1 % 5 000 Fälle. Diese Fälle laufen dann eben auf - und die Menschen in den 495 000 anderen Fällen, die sich einfach nur freuen, laufen nirgendwo auf. - Es ist eine nicht ganz unbekannt Situation, dass Leute, die etwas zu kritisieren haben, dies lauter tun als Leute, die etwas zu loben haben. Das ist ein altes Problem des Beschwerdemanagements. Irgendwann habe ich mal gelesen: Wenn einer sich freut, dann sagt er es dreien weiter. Wenn einer sich ärgert, dann sagt er es zehn weiter.

Zur Aufweichung der Prioritäten habe ich schon etwas gesagt.

Natürlich ist es richtig: Solange wir einen Impfstoffmangel haben - es ist ja nach wie vor nicht so, dass der Impfstoff so zur Verfügung steht, dass in der nächsten Woche alle würden geimpft werden können -, muss man mit der Zulassung weiterer Gruppen vorsichtig sein, weil das schlicht und einfach die Zahl der Interessenten erhöht, ohne dass das Angebot wächst. In einer normalen marktwirtschaftlichen Situation würde das zu Preissteigerungen führen. Das ist hier Gott sei Dank nicht der Fall. Aber das erhöht natürlich den Druck auf die Terminlagen. Von daher sind wir da sehr vorsichtig.

Die nächste Frage bezog sich auf die Lieferprognosen. Wir sollen im April insgesamt 861 000 Impfdosen bekommen. Im Mai sollen wir 929 000 Impfdosen und im Juni 1,2 Millionen Impfdosen jeweils für die Impfzentren bekommen. - Ich sage immer „sollen“; denn was wir tatsächlich bekommen, wissen wir erst hinterher. - Die Impfdosen für die Hausarztpraxen kommen hinzu. Das heißt, das ist ein Aufwachsen. Bei diesem Aufwachsen kann man allerdings nicht sagen, dass die Zahlen explodieren. Aber sie erhöhen sich deutlich, nämlich in den nächsten beiden Monaten etwa um die Hälfte. Dieser Aufwuchs wird die Situation auf Dauer entschärfen. Auch die Impfsituation wird sich nicht entspannen, aber sie wird deutlich entschärft.

Wie erwähnt, kommen die Impfdosen, die bei den Hausärzten ankommen, zu diesen Zahlen noch hinzu. Die Prognosen dafür sind allerdings auch deshalb noch deutlich unsicherer, weil ja immer die Überschusslieferungen in die Arztpraxen gehen sollen, die über das für die Impfzentren benötigte Maß hinausgehen.

Frau Schüßler hat die Impfstofflieferung für die Region Hannover angesprochen. Die Region Hannover bekommt den Impfstoff entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil - wie alle anderen auch.

Wegen der zu hohen Inzidenz in der Region Hannover jetzt eine deutliche Überlieferung dorthin zu veranlassen, weil in der Region so viele Menschen wohnen, würde sich, glaube ich, wenn man sich die Gesamtzahlen ansieht, nicht wirklich rechtfertigen lassen. Die Region Hannover meldet heute eine Inzidenz von 157,8, bei einem Gesamtdurchschnitt von 125,5. Die Inzidenz ist dort also überdurchschnittlich. Die Region Hannover

liegt aber bei Weitem nicht in der Spitzengruppe, in der die Inzidenz doppelt so hoch ist. Von daher halte ich es im Moment für schwierig, zusätzlich Impfstoff dorthin zu liefern, zumal wir immer gesagt haben, dass ein echtes Anknüpfen an die Inzidenz - diese Diskussion haben wir vor zwei oder drei Monaten geführt - die Lieferplanungen ständig durcheinanderbringen würde, weil sich die Inzidenzen ändern.

Zu der Frage von Herrn Jasper zu den Modellkommunen: Ja, im Bereich einer Inzidenz von unter 100 und stabilen Werten kann man das machen, wenn sie Partner finden. Das wird das praktische Problem sein. Dazu, wie die Bereitschaft und das Interesse sein wird, diesen Weg mitzugehen, wenn man in der Situation über der Inzidenz von 100 nicht mehr entscheiden darf, ob man das Modell abbrechen muss, sondern das Modell dann automatisch kraft Bundesrecht abgebrochen ist, kann ich nichts sagen. Das muss in den einzelnen Städten und Gemeinden beraten werden. Natürlich können vor der gegenwärtigen Situation Kommunen mit einer Inzidenz, die stabil unter 100 liegt, Modellversuche starten. Ich glaube, das Problem wird hier nicht im Rechtlichen liegen, sondern im Praktischen.

Zu der Frage, ob wir im Bereich des Tourismus Änderungen planen: Die Änderungen, die aktuell geplant sind, haben Sie bereits gehört. Andere Änderungen wird es in der nächsten Verordnungsnovelle nicht geben. Über alles andere muss man diskutieren. Es liegt ja nach wie vor auch das Konzept mit dem Testregime für die Ostfriesischen Inseln vor. Auch dazu haben wir ja gesagt, dass wir erst einmal abwarten, was der Bund tatsächlich regelt, um dann zu überlegen, was möglich ist. Wir werden dazu sicherlich in der nächsten, spätestens in der übernächsten Woche zu Ergebnissen kommen.

Zu den Fragen von Frau Schütz und Frau Jansen-Kucz zur Terminvergabe: Die Termine in den Impfzentren schalten die Impfzentren frei. Die schalten nicht wir zentral frei, sondern die Impfzentren sagen, welche Termine sie verfügbar haben. Wie ich vorhin gesagt habe, ist uns das in Teilen nicht offensiv genug. Dazu sind wir im Gespräch. Gleichwohl ist das aber so.

Die Warteliste bedient die Terminvergaben. Wenn ein Termin freigeschaltet wird, wird er von der Warteliste bedient. Wenn der Termin länger als eine Woche in der Zukunft liegt, wird er im Zweifel mit der Warteliste von Menschen bedient, die mit

der Post benachrichtigt werden wollen, und wenn es weniger als eine Woche ist, mit der Warteliste von Menschen, die bereit sind, sich über eine E-Mail benachrichtigen zu lassen. Das Problem ist, dass wir z. B. in etlichen Impfzentrumsbezirken bzw. Landkreisen auch noch Menschen im Alter von über 80 Jahren auf der Warteliste haben, bei denen das Problem besteht, dass sie in aller Regel über die Post benachrichtigt werden wollen. In anderen Impfzentren ist das anders. Inzwischen gibt es aber auch Leute, die ihre Termine nicht nur nicht wahrnehmen, sondern sie vorher absagen.

In den Fällen, in denen jemand seinen Termin kurzfristig absagt und man erfährt, dass für den nächsten Tag ein Termin frei ist, kann es sehr wohl sein, dass jemand, der anruft, gefragt wird, ob er am nächsten Tag zur Impfung kommen kann. Wenn ja, bekommt er den Termin. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass gerade diejenigen, die über das Alter zur Impfung indiziert sind - auch bei denen, die mit E-Mail benachrichtigt werden müssen -, einen Vorlauf von zwei oder drei Tagen brauchen; denn sie müssen auch organisieren, dass sie zum Impfzentrum kommen. Wenn jemand am Telefon sagt, dass er einen solchen kurzfristigen Termin annehmen kann, dann weiß er das ja schon und kann er den Impftermin bekommen.

Wir werden in den nächsten Tagen eine Terminbörse freischalten, die genau dieses Angebot - die Nutzung eines kurzfristigen Termins, der am nächsten oder übernächsten Tag frei ist - auch in der Online-Buchung ermöglicht. Wenn man sich durchschaltet, kann man dann, wenn in dem betreffenden Impfzentren am nächsten Tag ein Termin frei ist, entscheiden, ob man diesen Termin nimmt. Wenn nicht, bekommt man einen anderen Termin.

Zu der Frage zu Plausibilitätsprüfungen: Früher waren die Kassen in der Tat verpflichtet, die Plausibilität der Diagnose zu prüfen. Das hat dazu geführt, dass sie bei den Ärzten nachgefragt haben. Das hat wiederum dazu geführt, dass sich die Ärzte erstens geärgert haben und zweitens im Zweifel eine Budgeterstattung vornehmen mussten. Das wiederum hat dazu geführt, dass den Kassen die Plausibilitätsprüfung untersagt worden ist. Von daher führen sie sie auch nicht mehr durch.

Zu der Zahl der Neuaufnahmen auf den Intensivstationen: Das ist in Arbeit.

Die Frage zu Fotos von Kandidaten bezieht sich auf die Verordnung und wird gleich von Frau Schröder beantwortet.

Zu der Frage von Frau Janssen-Kucz zu der Aufhebung der Impfpriorisierung Ende Mai: Das ist eine Vermutung meiner Ministerin. Ich teile sie natürlich - und zwar nicht nur pflichtgemäß, sondern auch inhaltlich, wenn die Impfstoffmengen deutlich aufwachsen und die Impfplausibilitäten immer geringer werden. Man muss ja ehrlicherweise sagen: Wenn man sich diesen endlosen Katalog von Berechtigten in der Priorität 3 ansieht - alle Beschäftigten im Lebensmitteleinzelhandel, alle Beschäftigten in der kritischen Infrastruktur, die irgendjemand für kritisch hält -, wird es ohnehin so weit sein, dass die Öffnung für die letzte Stufe - auf alle anderen - nicht mehr viele trifft. Von den 8 Millionen Niedersachsen waren 800 000 in der ersten Priorität und weitere 2,5 Millionen in der zweiten Priorität impfberechtigt. Das ist schon fast die Hälfte der Niedersachsen. Dann kommt die deutliche Aufweitung in der dritten Priorität. Dann kommt es auch nicht mehr darauf an, ob die letzte Million Niedersachsen auch noch zugelassen wird. - Das ist jetzt eine wenig medizinisch basierte Annahme, die mehr auf dem gesunden Menschenverstand beruht. Ich vermute von daher, dass es so sein wird.

Dass das ein größeres Gedränge bei der Terminvergabe geben wird, ist klar. Jedes Mal, wenn wir irgendwo etwas freischalten, gibt es ein größeres Gedränge. Was die Impfzentren angeht, können wir jedenfalls feststellen, dass sich die Steuerung der Anmeldungen auf das Online-Portal sehr bewährt hat, wenn man daran denkt, welchen Ärger es gegeben hat, als wir die 800 000 Menschen in der ersten Priorität aufgerufen haben, und wie reibungslos die Anmeldungen insgesamt verlaufen sind, als wir 2,5 Millionen Menschen in der zweiten Priorität aufgerufen haben. Das zeigt auch die Leistungsfähigkeit dieses Online-Tools, das bisher in der Tat noch nicht zusammengebrochen ist.

Zu der Frage, wie viele Menschen auf der Warteliste stehen: Nach meinem letzten Kenntnisstand sind es 350 000 Menschen. Die Warteliste wird natürlich täglich abgebaut, und täglich kommt etwas hinzu. Das ist ja nicht eine einmal geschlossene Warteliste. Wir impfen im Moment gut 200 000 Menschen in der Woche. Das ermöglicht insgesamt eine Kalkulation.

Zu der Frage, ob die Maskenpflicht entfällt, wenn Lehrkräfte zwei Impfungen bekommen haben, wird Frau Schröder etwas sagen. Grundsätzlich möchte ich noch einmal daran erinnern, dass auch endgültig geimpfte Menschen sowohl noch infektiös sein können als auch sich selber infizieren können. Ich erinnere immer wieder an den Fall im Landkreis Osnabrück, wo in einem Heim, in dem die Bewohner komplett geimpft worden waren, Infektionen aufgetreten sind. In einem Fall musste jemand sogar ins Krankenhaus, allerdings nicht auf die Intensivstation. Auch bei geimpften Pflegekräften konnte das Virus nachgewiesen werden und kam es zu leichten Verläufen.

Insofern muss man immer bedenken: Gerade auch in den Schulen geht es um den Schutz der Kinder, die nach wie vor nicht geimpft werden können.

Die Empfehlung für den Impfstoff von Johnson & Johnson sollte in der nächsten Woche kommen. Das CDC in den USA hat ja jetzt die Prüfung im Rahmen der Notfallzulassung aufgenommen. Deshalb sind ja überhaupt erst die Vorfälle öffentlich geworden.

Das Problem der Nachbarn von Hochinzidenzkommunen begleitet uns schon eine ganze Weile. Ich erinnere mich, dass Herr Schwarz gesagt hat: Wenn es in Bad Gandersheim Vorfälle gibt, dann ist Bodenfelde, 60 km durch den Solling hindurch, gesperrt, aber gleich nebenan in Seesen passiert nichts! - Dieses Problem kann man über Einzelmaßnahmen der Gesundheitsämter lösen. In dem Fall, den ich gerade genannt habe, wäre der Landrat in Goslar natürlich in der Lage, in Seesen Restriktionen vorzunehmen, weil in Bad Gandersheim das Virus tobt, vor allem dann, wenn sich dort die Zahlen vielleicht auch entsprechend entwickelt haben. Die Gesundheitsbehörden sind natürlich vergleichsweise zurückhaltend, wenn sie in den eigenen Berichten nichts Wichtiges haben. Wir erleben im Moment erstaunlicherweise nicht, dass sich in den Nachbarkreisen von Hochinzidenzkreisen die Zahlen zwingend drastisch entwickeln. Die Zahlen in Braunschweig oder Wolfenbüttel steigen jetzt nicht, nur weil sie in Salzgitter steigen. Von daher glaube ich, dass wir das mit den Instrumenten, die wir haben, beherrschen können.

So weit die Antworten von mir.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich beginne mit den Fragen rund um die Verordnung.

Die erste Frage, die dazu gestellt wurde, bezog sich auf die Änderungsverordnung: Wie verhält es sich mit den Schulen und Kitas? Soll dort zukünftig der bisherige Schwellenwert von 100 gelten, oder soll der zukünftige Schwellenwert von 165 gelten? - Ich vermute, das war der Inhalt der Frage.

Wir haben in dem Entwurf, den ich Ihnen vorgestellt habe, an den bisherigen Regelungen und Schwellenwerten für Schule und Kita festgehalten. Nichtsdestotrotz ist dieser Entwurf gestern in die Anhörung und in die Mitzeichnung gegangen. Das heißt, alle Ressorts können jetzt noch einmal ganz spezifische ressortinterne Fragen prüfen und müssen das auch tun und machen das auch. Insofern kann ich nicht vorhersagen, ob der Entwurf an dieser Stelle gegebenenfalls im Verlauf der nächsten Stunden noch eine Änderung erfährt oder nicht. Das Kultusministerium wird natürlich ganz sorgfältig prüfen, welche Einschränkungen für den Schul- und Kitabereich aus seiner fachlichen Perspektive erforderlich sind. Wir haben das immer gut miteinander abgestimmt, weil das Kultusministerium dazu natürlich auch bei uns noch einmal eine Perspektive aus Infektionsschutzsicht einholt.

Zu der Frage, wie sich das Ziel, den Bildungs- und Förderbereich für Kinder und Jugendliche so gut wie möglich offen zu halten, zu den eigentlich gewollten Kontaktbeschränkungen verhält und welche Regularien wir dort brauchen, muss man bedenken, dass wir sehr viele Regelungen für die Schule und Kita haben, um diesen Bereich gut durch die Pandemie zu bringen. Zum einen geschieht das durch die sehr klaren Testregime. Wir testen hier sehr umfangreich. Das ist sehr gut angelaufen. Zum anderen haben wir die Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte - jetzt nicht mehr nur auf Grundschulen und Förderschulen beschränkt, sondern ab 1. Mai für alle Schulen - frühzeitig in unsere Impfstrategie einbezogen.

Zu der Frage, ob dafür ausreichend Impfstoff zur Verfügung steht oder kommen wird, hat Herr Scholz schon die Zahlen genannt.

Eine weitere Frage zur Verordnung lautete auch für die Zukunft: Der Chef der Staatskanzlei, Herr Dr. Mielke, hat hier in der letzten Woche ausgeführt, dass wir mit der niedersächsischen Verordnung kurz und knapp gestartet sind und dass sie dann im Verlauf der regelmäßigen Änderungen immer Weiterungen erfährt und detaillierter und kleinteiliger wird. Das lässt sich auch nicht wirk-

lich verhindern. Insofern haben wir schon mindestens einmal oder sogar zweimal eine recht gestraffte Neuauflage vorgenommen. Das ist auch hier geplant. Das ist mit der Ihnen vorliegenden Änderungsverordnung natürlich noch nicht umgesetzt worden, sondern jetzt geht es darum, den Anschluss an die Bundesregelungen darzustellen. Grundsätzlich ist die Planung, die Verordnung insgesamt noch einmal anzufassen, aber nicht aufgegeben worden.

Zu der jetzigen Verordnung ist ganz konkret gefragt worden, wie es sich eigentlich mit den Regularien für die Wahlwerbung für Kandidaten verhält, die für Wahlen kandidieren und dafür Veranstaltungen durchführen. Dafür haben wir Sonderregelungen sowohl für Zusammenkünfte und Veranstaltungen als auch für die Maskenpflicht. Im jetzigen § 3 Abs. 4 Nr. 3 ist explizit geregelt, dass Wahlbewerberinnen und Wahlbewerber von der Maskenpflicht ausgenommen sind. Das gilt, um die Wahlwerbung nicht zu behindern und auch zukünftige Wahlentscheidungen von Bürgerinnen und Bürgern nicht zu beeinflussen. Das ist eine Sonderregelung, die hier tatsächlich zu einem Befreiungstatbestand in dieser Situation führt.

Noch einmal kurz zu der Frage, wie es sich mit der Maskenpflicht bei den Menschen verhält, die zweimal geimpft worden sind, die also durchgeimpft sind plus die zwei Wochen danach: Wir haben im § 5 a Abs. 2 explizit geregelt, welche Regelungen hier greifen. Das Risiko, das von Menschen nach der zweiten Impfung plus zwei Wochen ausgeht, entspricht dem Risiko, das von Menschen ausgeht, die einen Schnelltest durchlaufen haben. Deswegen sind sie von der Testpflicht ausgenommen. Das heißt aber nicht, dass kein Risiko besteht, sondern das heißt nur, dass ein geringeres Risiko besteht. Auch für diejenigen, die getestet sind, gilt, dass sie alle AHA-Regeln einhalten müssen. Das gilt auch für Geimpfte. Das bedeutet: Abstandhalten und Maskentragen gelten auch weiterhin, auch wenn man geimpft worden ist, aber man muss nicht zusätzlich noch einmal getestet werden, weil das zusätzliche Testen das Infektionsrisiko nicht mehr verringert. Anders ist es bei den Nichtgeimpften, bei denen man mit dem Schnelltest das aktuelle Infektionsrisiko testet und die Gefahr deutlich verringert, wenn man diese Schnelltests durchläuft.

Deswegen gilt auch für alle Geimpften, dass sie sich weiterhin an das Abstandhalten und an die Maskenpflicht halten müssen - solange wir keine anderen fachlichen Erkenntnisse haben. Das wird

natürlich fortlaufend weiter wissenschaftlich untersucht. Sobald sich dabei die Erkenntnislage fachlich ändert, würden wir das sofort umsetzen.

Noch eine kurze Information zu den kurzfristigen Terminen: Die Terminbörse müsste jetzt eigentlich schon online freigeschaltet worden sein. Wenn nicht, wird das sehr zeitnah passieren. Wie Herr Scholz bereits gesagt hat, haben wir jetzt zunehmend kurzfristige Termine, die ganz kurzfristig storniert werden. Wir haben bei den Impfzentren sehr dafür geworben, die Zahl der Termine, die angeboten werden, noch einmal zu erhöhen, sodass auch darüber zum Teil ganz kurzfristige Terminoptionen entstanden sind. Deswegen haben wir die zusätzliche Option eröffnet, dass man über die Terminbörse auch sofort Termine erreichen kann. Denn wir haben die Erfahrung gemacht, dass dann, wenn wir die Termine über die Warteliste vergeben, die Zahl derer, die sich melden und denen dieser Termin nicht passt, zu hoch ist. Dann ist der Aufwand zu hoch, und die Zeit bis zum Termin wird immer kürzer. Dadurch soll im Endeffekt das Impftempo noch einmal beschleunigt werden.

Ich hoffe, ich habe jetzt nichts vergessen.

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Ich habe noch zwei kurze Rückfragen. Zunächst noch einmal zu der Impfung der Lehrkräfte. Herr Scholz, Sie haben die Zahl der Impfdosen genannt. Die meisten Lehrkräfte in Niedersachsen sind ja mittlerweile relativ jung. Viele ältere Lehrkräfte gehen zunehmend in den Ruhestand, und es sind viele Lehrkräfte neu eingestellt worden, die für eine Impfung mit dem Impfstoff von AstraZeneca nicht infrage kommen. Dazu interessiert mich Ihre Prognose, ob die Impfstoffmengen für die vorgesehenen Gruppen ausreichen. Denn es gibt ja keine Verpflichtung für Menschen über 60 Jahre, sich mit dem Impfstoff von AstraZeneca impfen zu lassen. Dazu haben Sie ja auch gesagt, dass Sie davon nichts halten. Mir wäre wichtig, dass Sie einmal darstellen, ob sich das am Ende beißen könnte. Denn es wäre natürlich nicht gut, wenn wir dazu am Ende wieder schlechte Meldungen bekommen und wenn es wieder zu Frustration kommt.

Frau Schröder, Sie haben sich nicht direkt dazu geäußert, was mit den Schulen passiert. Es sorgt natürlich für Unruhe, wenn Herr Ministerpräsident Weil sagt, dass Niedersachsen als „Team Vorsicht“ an der Inzidenz 100 festhält, und Herr Minister Tonne sagt, dass sich Niedersachsen we-

gen des Bundesgesetzes an die Inzidenz von 165 hält. Im Sinne der Schulen und der Betroffenen wäre es sehr zielführend, sehr schnell den konkreten Planungsstand und Zeitplan vorzusehen. Das gilt auch für die Kitas. Denn anderenfalls würde wieder Unruhe produziert, die eigentlich wir alle in Niedersachsen nicht wollen.

Abg. **Stephan Bothe** (fraktionslos): Vielen Dank für die Unterrichtung. Meine erste Frage bezieht sich auf die Auslastung der Intensivbetten. Ich frage die Landesregierung, ob sie den Ausbau der Intensivbetten plant oder zumindest Anreize dafür schaffen will, dass verschiedene Krankenhäuser die Zahl ihrer Intensivbetten erhöhen. Das hat ja im letzten Jahr im April ganz gut geklappt. Dadurch könnte ja auch eine größere Sicherheit für die Menschen geschaffen werden, gerade wenn es darum geht, das Gesundheitssystem nicht zu belasten.

Meine zweite Frage: Wie bewertet die Landesregierung das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Lüneburg, nach dem der Heidepark Soltau wieder öffnen darf? In der Begründung steht, dass das Hygienekonzept, das der Heidepark erarbeitet hat, die Virusverbreitung genauso gut wie eine Schließung verhindert. Wäre das auch für andere Bereiche maßgeblich als Ersatz zu sehen wie bei den Modellkommunen, die nach der neuen Bundesregelung natürlich schwierig werden?

Meine dritte Frage: Bayern hat den Impfstoff Sputnik V aus Russland zumindest bestellt. 5 Millionen Impfdosen sollen ja auf dem Weg nach Deutschland sein. Wie Herr Söder gesagt hat, soll dieser Impfstoff sogar dauerhaft in Deutschland produziert werden. Wie bewertet die Landesregierung diesen neuen Impfstoff aus Russland?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Ich fand die Beantwortung, was das Thema Grenzregionen, Inzidenzen und Belieferung mit zusätzlichen Impfstoffdosen angeht, ein bisschen unbefriedigend. Dazu hätte ich gerne eine präzise Antwort. Denn die Antwort bezog sich ja auf Hannover und die Region.

Ich habe noch eine Verständnisfrage: Wenn man ein Impfwochenende ankündigt und anfangs plant, 70 000 Impfungen durchzuführen, dann aber sagt, dass es keine zusätzlichen Impfungen gibt, und jeder von uns weiß, dass wir im Schnitt 35 000 Impfungen am Tag machen, dann ist das kein Impfwochenende, sondern letztendlich ein billiger PR-Gag. So, wie ich Ihre Ausführungen

verstanden habe, findet dadurch auch keine Beschleunigung statt. Für mich ist das, ehrlich gesagt, wirklich heiße Luft. Was ist anders als sonst? Wir impfen nicht mehr als 35 000 Leute am Tag.

StS **Scholz** (MS): Frau Hamburg, in der Tat sollen Menschen unter 60 Jahren nicht mit dem Impfstoff von AstraZeneca geimpft werden. Gott sei Dank sind nicht alle Lehrkräfte über 60 Jahre alt; das wäre ja ganz furchtbar. Aber nur 24 % der Lieferungen, die für uns angekündigt sind, sind AstraZeneca-Impfstoff. Ab Mai werden wir ja große Teile dieser AstraZeneca-Impfungen für Zweitimpfungen der über 60-Jährigen brauchen, die in den letzten Wochen mit dem Impfstoff von AstraZeneca geimpft worden sind.

Dass es eine gewisse Konkurrenz um den Impfstoff von Pfizer-BioNTech und auch den Impfstoff von Moderna geben kann, ist nicht besonders überraschend. Das haben wir in anderen Bereichen auch.

Zu der Frage: Welche Regeln gelten für die Schulen? Dafür soll Klarheit geschaffen werden. - Spätestens dann, wenn die Verordnung veröffentlicht ist, ist die Klarheit da. Von daher haben wir jetzt möglicherweise eine Verzögerung von 24 Stunden. Ich würde einfach sagen: Aushalten!

Herr Bothe hat nach dem Ausbau der Intensivbetten gefragt. In der Tat haben wir im letzten Jahr die Intensivbetten deutlich ausgebaut. Wir hatten zu Beginn des Jahres 1 950 Beatmungsbetten und hätten jetzt, wenn alle Kapazitäten hochgefahren werden und die anderen Kapazitäten in den Krankenhäusern zurückgefahren werden, damit man das Personal für die Intensivbetreuung verfügbar hat, ungefähr 2 500 Intensivbetten. Wir planen im Moment aufgrund der Zahlen, die ich vorhin genannt habe, keinen organisierten weiteren Ausbau der Beatmungskapazitäten. Wir glauben, dass die Kapazitäten, die wir im Moment haben, absehbar ausreichen werden.

Nicht das Oberverwaltungsgericht Lüneburg hat die Öffnung des Heideparks zugelassen, sondern das Verwaltungsgericht Lüneburg. Das ist also eine erstinstanzliche Entscheidung. Wir prüfen gerade diese Entscheidung und überlegen, ob wir den Landkreis bitten, Rechtsmittel einzulegen, damit wir eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts bekommen. Denn bisher sind die Freizeitparks vom Oberverwaltungsgericht immer geschlossen geblieben. Das warten wir noch ab.

In der Tat hat sich Bayern, wie Herr Ministerpräsident Söder gesagt hat, in Geschäftsführung ohne Auftrag für alle Länder handelnd, den Sputnik-V-Impfstoff gesichert.

Sie haben auch gefragt, wie wir ihn bewerten. - Den bewerten wir gar nicht. Wir bewerten alle Impfstoffe nicht. Die fachliche Kompetenz dafür liegt beim Paul-Ehrlich-Institut bzw. bei der EMA, der Europäischen Arzneimittel-Agentur. Es gibt keinen Grund, anzunehmen, dass ein Impfstoff, nur weil aus Russland kommt, von vornherein schlechter oder besser sei. Nach allem, was ich verstehe und was ich verfolge, sind jedenfalls die veröffentlichten Studienlagen bei diesem Impfstoff noch nicht zufriedenstellend. Fachlich kann die Landesregierung das aber nicht bewerten. Sie hält sich, wie bei allen anderen Punkten, an die Zulassungen des Paul-Ehrlich-Instituts, aber auch an die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision.

Frau Janssen-Kucz hat noch einmal zu den Grenzregionen gefragt. - Nein, wir haben nicht vor, den Grenzregionen nur deshalb, weil sie Grenzregionen sind, zusätzlichen Impfstoff zu liefern. Ich glaube, das habe ich jetzt klar genug formuliert.

Wenn Sie sich ansehen, Frau Janssen-Kucz, wie die Impfungen an den Wochenenden sind, dann stellen Sie fest, dass wir an den Wochenenden bisher nicht 70 000 Menschen impfen. Am letzten Wochenende waren es 35 000 Menschen. An dem Wochenende davor waren es 31 000 Menschen. Wenn wir zu einer Verdoppelung der Impfungen am Wochenende kommen, dann nenne ich das keinen „PR-Gag“, sondern dann nenne ich das eine Verdoppelung. Und dass eine Verdoppelung unwesentlich ist, erschließt sich mir nicht.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung des Ausschusses in der gewohnten Form. Wir sind damit am Ende des Tagesordnungspunktes 1 angelangt. Wir bleiben nicht nur im Gespräch, sondern die Entwicklung wird ja weiterhin spannend sein. Das Thema Corona wird auch im Plenum weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

Tagesordnungspunkt 2:

Unterrichtung durch die Landesregierung zum Thema der Erschöpfungskrankheit CFS/ME

Unterrichtung

Ref'in **Dr. Zielke** (MS): Ich möchte den Ausschuss über die Erschöpfungskrankheit CFS/ME unterrichten. „CFS“ steht für „Chronic Fatigue Syndrome“. Das ist ein Zustand starker Erschöpfung und ein Mangel an Energie.

„ME“ steht zum einen für „Myalgische Enzephalopathie“. Das ist ein Sammelbegriff für krankhafte Veränderungen des Gehirns unterschiedlicher Ursache und unterschiedlicher Ausprägung. Zum anderen steht „ME“ für „Myalgische Enzephalomyelitis“. Das weist auf ein Entzündungsgeschehen im Gehirn hin.

CFS/ME wird umgangssprachlich als „chronisches Erschöpfungssyndrom“ oder „chronisches Müdigkeitssyndrom“ bezeichnet.

Zu den möglichen Verursachern bzw. Auslösern für diese Erkrankung: Meistens geht diesen Symptomen eine Infektion voraus. In der Diskussion sind das Epstein-Barr-Virus, andere Herpesviren, Enteroviren, Dengueviren, Influenza. Aber auch Borrelien, Legionellen und andere Bakterien können im Vorfeld dieser Symptomatik auftreten. Dafür können aber auch Konzentrationen toxischer Substanzen verantwortlich sein ebenso wie Durchblutungsstörungen. Es gibt also viele mögliche Ursachen.

Die Symptome sind sehr vielfältig und trifft man ebenso auch bei anderen Krankheiten. Insofern ist die Diagnose sehr schwierig.

Die folgenden Symptome sind anzutreffen:

- Anhaltende Infekt-assoziierte Symptome, z. B. Halsschmerzen, schmerzhaftes Lymphknoten, erhöhte Temperatur.
- Ausgeprägte Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme.
- Gelenk-, Muskel- und Kopfschmerzen.
- Ausgeprägte Schlafstörung verbunden mit chronischer Müdigkeit, weil die Erholungsphasen zu

gering sind, um eine Besserung bei dieser erschöpfenden Belastung zu erwirken.

- Die chronischen Symptome führen häufig zur Berufsunfähigkeit.
- Die Personen sind auch extrem empfindlich gegenüber Licht und Geräuschen.

Zur Diagnostik: CFS/ME ist eine Multisystemerkrankung mit Dysregulation des Immunsystems, des autonomen Nervensystems und des zellulären Energiestoffwechsels. Bei einem Teil der Patienten kommt auch noch eine Autoimmunerkrankung hinzu. Schwere metabolische Störungen, z. B. im Citratzyklus oder auch bei der oxidativen Phosphorylierung, wurden in Studien gezeigt.

CFS/ME wird bislang in erster Linie über die klinische Symptomatik definiert. Die Ärzte, die sich damit befassen, verwenden meistens die „Kanadischen Konsensus-Kriterien“, die zur Vereinheitlichung abgefragt werden.

Die Diagnose erfolgt letztendlich über eine sogenannte Ausschluss-Diagnostik. Das heißt, man muss sich mit allen Krankheiten befassen, die eine ähnliche Symptomatik hervorrufen. Insofern wird untersucht, ob bei der betreffenden Person Eisenmangel, eine Schilddrüsenunterfunktion, Multiple Sklerose, eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung, rheumatologische oder onkologische Erkrankungen oder Depressionen vorliegen, weil alles dies ähnliche Symptome hervorruft.

Das Problem ist: Es gibt bisher keinen spezifischen diagnostischen Marker für diese Krankheit. Beispielsweise bei einem Beinbruch durch einen Skiunfall weiß man, dass das Skelettsystem betroffen ist, und ist die Diagnose „Beinbruch“ eindeutig. Bei dieser breit gefächerten Symptomatik ist es wesentlich schwieriger zu diagnostizieren.

Die Therapie erfolgt symptomorientiert: Infekte und Allergien werden behandelt, Mangelzustände werden ausgeglichen, Schmerzen und Schlafstörungen werden therapiert, und eine Überanstrengung ist zu vermeiden. Bislang sind aber keine zugelassenen Medikamente für eine gezielte Therapie verfügbar. Es laufen aber erste klinische Studien zu zielgerichteten Behandlungsansätzen z. B. mit den Medikamenten Rituximab, Endoxan und auch mit bestimmten Immunglobulinen.

Zu der Versorgungssituation: Spezialisierte Zentren für diese Erkrankung gibt es nicht. Viele Ärz-

tinnen und Ärzte kennen die Erkrankung nicht. Die Versorgungssituation für Patienten mit CFS/ME ist in Deutschland bzw. Niedersachsen insofern schwierig. Es gibt eigentlich nur zwei Anlaufstellen für die erkrankten Personengruppen: die Berliner Charité bei Frau Prof. Dr. Scheibenbogen am Institut für Medizinische Immunologie sowie die Kinderklinik München Schwabing bei Frau Prof. Dr. Behrends.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat sich mit mehreren Referaten dieser Thematik angenommen: das Referat 402 - nicht übertragbare Krankheiten -, das Referat 406 - Psychiatrie -, das Referat 401 - umweltbezogener Gesundheitsschutz.

Bereits 2013 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung den Beschluss der AOLG mitgetragen, mit dem das BMG aufgefordert wurde, das RKI zu beauftragen, Erkenntnisse über diese Erkrankung zusammenzutragen.

Betroffene sind in Selbsthilfegruppen organisiert. Die Selbsthilfeorganisation Lost Voices Stiftung mit Sitz in Hannover schätzt, dass ungefähr 24 000 Menschen in Niedersachsen von CFS/ME betroffen sind. Weitere Patientenorganisationen sind die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS in Hamburg, Fatigatio e. V. in Berlin und die Initiative #MillionsMissing Deutschland.

Herr Wortmann von der Selbsthilfegruppe ME/CFS Osnabrück hat sich wiederholt an das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, aber auch an die Staatskanzlei gewandt. Herr Ministerpräsident Weil hatte letztes Jahr die Schirmherrschaft für die Online-Fachtagung zu dieser Krankheit übernommen. Herr Wortmann möchte gerne ein weiteres Engagement in Niedersachsen, z. B. durch die Bildung einer Gruppe von Expertinnen und Experten, durch die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, durch Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte. Er hofft dabei auf Unterstützung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Einen Aufschwung hat dieses Thema durch die COVID-19-Pandemie bekommen. Denn die Symptomatik der virusbedingten Long-COVID- bzw. Post-COVID-Erkrankung weist deutliche Parallelen zu CFS/ME auf. Betroffene finden in der Post-COVID-Ambulanz an der MHH eine begrüßenswerte Anlaufstelle in Niedersachsen. Die dort wie auch in vergleichbaren Einrichtungen gewon-

nenen Erkenntnisse sollen in die Forschung zu CFS/ME und die Entwicklung adäquater Behandlungsansätze einfließen. Forschungsmittel des Bundes für die Thematik CFS/ME stehen bereit. Jetzt müssen die Fachgesellschaften aktiv werden.

Aussprache

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Vieles ist ja schon bekannt. Für alle Beteiligten in Niedersachsen war es aber wichtig, die offizielle Einschätzung der Situation zu erfahren. Deshalb haben wir diese Unterrichtung beantragt.

Wir haben uns vor Kurzem innerhalb der SPD verstärkt mit dem Post-COVID-Syndrom beschäftigt; denn es ist ja anzunehmen, dass durch die hohe Zahl von mehr oder weniger schwer an COVID Erkrankten auch die Zahl derer zunehmen wird, die infektbedingt - in diesem Fall durch Corona - in irgendeiner Weise von diesem Syndrom betroffen sein werden. Insofern kann man im Moment nicht abschätzen, wie hoch die Zahl tatsächlich ist; aber es werden auf jeden Fall mehr betroffen sein. Durch die Pandemie haben wir jetzt mehr Patienten und kann damit auch mehr solide Forschung betrieben werden. Denn je höher die Betroffenenzahlen sind, desto bessere statistische Erkenntnisse gewinnt man ja, um das eine oder andere zu erforschen.

Sehen Sie Ansätze innerhalb Niedersachsens bzw. innerhalb der Universitätskliniken, dass dort stärker geforscht wird? Die MHH verfügt ja über eine Post-COVID-Ambulanz. Haben Sie einen Überblick darüber?

Ref'in **Dr. Zielke** (MS): Mir ist in Niedersachsen bislang nur die Anlaufstelle bei Prof. Dr. Werfel an der MHH bekannt. Ich schließe aber nicht aus, dass es an anderen großen Krankenhäusern ähnliche Anlaufstellen geben wird. Die COVID-Thematik wird bei uns in der CorS-Abteilung behandelt. Ich kann gerne nachfragen, ob diese Fragestellung dort bekannt ist.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Auch ich bedanke mich für diese Unterrichtung. Dazu habe ich noch einige Fragen.

Erste Frage: An welchen Instituten an den Hochschulen in Niedersachsen könnte die Forschung zur CFS/ME-Erkrankung am erfolgversprechendsten intensiviert werden, vor allem auch im

Zusammenhang mit den Langzeitfolgen bei COVID-19-Infizierten? Sie haben gerade dargestellt, dass es Bundesmittel gibt. Dann stellt sich auch die Frage, ob wir an diesen Mitteln partizipieren können.

Zweite Frage: Wo könnte in Niedersachsen am besten eine CFS/ME-Ambulanz eingerichtet werden? Sie haben darauf hingewiesen, dass es Anlaufstellen in Berlin und München gibt. Das ist aber von Niedersachsen aus weit entfernt. Ich habe zudem gehört, dass es an der Charité Kapazitätsengpässe gibt.

Dritte Frage: Wird die Landesregierung anregen, verstärkt Fortbildungsangebote für die Diagnose und Therapie des Chronic Fatigue Syndroms anzubieten? Sie haben ja darauf hingewiesen, dass die Diagnose gar nicht einfach ist und Ärztinnen und Ärzte dafür sensibilisiert werden müssen.

Vierte Frage: An welchen bestehenden Einrichtungen könnten Betroffene und Angehörige gezielte Informationen über die Erkrankung und bestehende Unterstützungsangebote erhalten, oder sollten neue Beratungsstellen gegründet werden? Denn es ist ja auch ganz wichtig, dass Betroffene wissen, an wen sie sich wenden können. Insofern stellt sich die Frage, ob wir dafür neue Einrichtungen benötigen oder ob wir das mit bestehenden Einrichtungen verbinden können.

Fünfte Frage: Sie haben auch darauf hingewiesen, dass die Öffentlichkeit besser informiert werden müsste. Planen Sie dafür irgendwelche Aktivitäten?

Sechste Frage: Werden spezielle Pflegeeinrichtungen benötigt? Denn manche Betroffene sind sehr schwer erkrankt und ein Pflegefall. Daher ergibt sich auch die Frage, wie diese Menschen am besten versorgt werden können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Wenn Fragen nicht sofort beantwortet werden können, ist es auch kein Problem, sie nachträglich schriftlich zu beantworten.

Ref'in **Dr. Zielke** (MS): Das werde ich dann auch machen. Die Frage, an welchen Hochschulen das am besten verankert werden könnte, zielt in die gleiche Richtung wie die Frage von Frau Dr. Wernstedt. Die Antwort darauf muss ich nachliefern.

Das Gleiche gilt auch für die Frage, wo man eine Ambulanz ansiedeln würde.

Zu den Fortbildungen für Ärzte: Die Ärztekammer Weser-Ems plant eine Fortbildungsveranstaltung für Ende April. Das ist also auch in der Ärzteschaft ein Thema und wird jetzt wahrscheinlich auch durch die COVID-Diskussion befördert.

Zu der Frage, an wen sich Betroffene wenden können: Wie auch bei jeder anderen Krankheit muss man zunächst zum Hausarzt gehen und dort die Symptomatik beschreiben. Für die Hausärzte gibt es dann den beschriebenen langen Weg der Ausschlussdiagnostik. Das ist leider der Weg, der im Augenblick durchlaufen werden muss, um zu dieser Diagnose zu kommen.

Zu der Frage, ob wir besser informieren und Aktivitäten planen, werde ich Erkundigungen bei uns im Haus einholen. Mir ist bekannt, dass im Mai ein entsprechender Tag für CFS/ME geplant ist.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Auch meinerseits vielen Dank für diese Ausführungen. Als wir die ersten Kontakte mit Herrn Wortmann hatten, haben wir erst einmal versucht, uns schlau zu machen, und haben dann festgestellt, wie schwierig dies ist, weil es kaum Informationen darüber gibt. Ich hatte angenommen, dass es mehr Informationen gibt.

Sie haben dargestellt, dass die Diagnose nur über eine Ausschlussdiagnostik gestellt werden kann. Das bedeutet letzten Endes, dass die Patientin oder der Patient höchstwahrscheinlich jahrelang auf die Diagnose warten muss. Das ist sehr belastend. Man kann also nicht sozusagen eine Maschinerie abarbeiten, um die Diagnose möglichst zeitnah zu bekommen.

Aus der Antwort auf die Anfrage der Kolleginnen und Kollegen von der SPD und von der CDU geht hervor, dass man davon ausgeht, dass CFS/ME bei 0,2 bis 1,8 % diagnostiziert wird. Sie erwähnten, dass in Niedersachsen 24 000 Menschen direkt betroffen sind.

Sie haben auch die Selbsthilfegruppen erwähnt. Haben die Selbsthilfegruppen auch fachliche medizinische Unterstützung? Viele Selbsthilfegruppen sind ja auch an die örtlichen Gesundheitsämter angedockt. Anderenfalls dreht man sich ja sehr im Kreis.

Ich glaube, wir sind uns alle auch nach Ihren Ausführungen einig, dass Handlungsbedarf besteht. Ich bin auch sehr erfreut darüber, dass die Ärztekammer im Bereich Weser-Ems eine Fortbildung anbietet. Es geht aber um eine konzertierte Wei-

terbildung, um die Diagnostik zu verkürzen; denn bislang erinnert sie an einen Spießrutenlauf.

Meine Frage bezieht sich auf die Verbesserung der Versorgungssituation. Inwieweit kann das Land Niedersachsen in einem Bund-Länder-Verband voranschreiten und vielleicht etwas wie ein norddeutsches Konzept aufstellen? Das möchte ich als Überlegung dazu anregen.

Zur Förderung der Forschung: Ich meine, dass wir mit unseren großen Maximalversorgern und Universitätskliniken - MHH, UMG und Oldenburg mit der European Medical School mit einem grenzüberschreitenden Ansatz - möglichst Bundesmittel akquirieren sollten. Ich bitte Sie, uns in Bezug auf die Bundesmittel auch Wege aufzuzeigen, wie das möglich ist und was dafür in Bewegung gebracht werden muss. Inwieweit sollte im Bereich der Forschung auch das Ministerium für Wissenschaft und Kultur mit im Boot sein?

Zur ambulanten Betreuung oder Begleitung vor dem Hintergrund, dass in Niedersachsen 24 000 Menschen betroffen sind: Gibt es bei der Ärztekammer eine Liste derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die sozusagen einen Schritt weiter sind und diese Personen auch begleiten? Mich hat es sehr erschrocken, als ich in der Antwort auf die Anfrage gelesen habe, dass die Betreuung durch diverse Fachdisziplinen stattfindet: Neurologen, Ärztliche Psychotherapeuten, Psychiater, Immunologen, Psychologen, Psychotherapeuten. Sinnvoll wäre es, wenn die Betreuung auf ein Fachgebiet konzentriert werden könnte. Denn dabei handelt es sich um Fachgebiete, in denen es schwierig ist, Behandlungstermine zu bekommen. Wenn man Menschen kontinuierlich begleiten will, ist das kritisch.

Ich wollte das einmal so in den Raum stellen. Mir ist klar, dass Sie uns in der heutigen Sitzung nicht schon auf alle Fragen eine Antwort geben können. Wir müssen uns weiterhin sehr intensiv mit der gesamten Thematik CFS/ME auch in Verbindung mit Post-COVID beschäftigen, um entsprechende Angebote zu entwickeln.

Ref'in **Dr. Zielke** (MS): Zu der Frage, wo man Informationen gewinnen kann, verweise ich zum Einstieg auf die Selbsthilfegruppen. Wenn man in einer Suchmaschine die Stichwörter „CFS/ME“ und „Selbsthilfegruppe“ eingibt, landet man automatisch bei diesen vier Kategorien. Sie sind schon sehr gut aufgestellt und werden sicherlich auch Mediziner in ihren Gruppen mit dabei ha-

ben, weil die Krankheit bestimmt nicht vor irgendwelchen Berufsgruppen haltmacht.

Auch auf der Seite des RKI gibt es eine sehr große Übersicht. Dort findet man auch Hinweise auf die Förderprogramme. Sie sind meines Wissens im Augenblick hauptsächlich bei der Charité angesiedelt.

Weitere Informationsstellen sind die beiden Anlaufstellen, die ich genannt habe. Im Internet findet man dort auch ein breit gefächertes allgemeines Angebot, ohne dort einen Termin haben zu müssen.

Sie sprachen auch an, ob man die Diagnostik verkürzen kann. Ich glaube, das ist nicht möglich, weil die Symptomatik bei so vielen Krankheiten zu finden ist, dass man sich nur über die Ausschlussdiagnostik dieser Thematik annähern kann. Das bleibt so.

Damit komme ich auch zu der Frage, welchen Arzt man wählt: Meistens geht man zu dem Arzt, in dessen Fachgebiet die Symptomatik am stärksten ausgeprägt ist. Je nachdem, wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist, wird er dann andere Ärzte mit einbinden. Wenn ich persönlich betroffen wäre, würde ich bei den Selbsthilfegruppen nachfragen, um dort Informationen über Ärzte zu bekommen, die mit diesem Krankheitsbild schon vertrauter sind. Ansonsten wüsste ich nicht, wie man das in der Fläche machen sollte.

Listen bezüglich dieser Ärzte dürfen wir nicht herausgeben. Welche Ärzte es sind, wird man am ehesten über Mund-zu-Mund-Propaganda bei den Selbsthilfegruppen erfahren.

Abg. **Hanna Naber** (SPD): Burkhard Jasper hat bereits die Fragen gestellt, die ich auch stellen wollte.

Ich möchte das Augenmerk noch auf ein spezifisches Problem richten. Die klinische Forschung und Behandlung sind sicherlich eine sehr notwendige Betrachtung des Themas.

Da ich einen Fall kenne, treibt mich die Frage von Reha und Pflege insbesondere im Hinblick auf die pflegenden Angehörigen um, vor allem wenn es sich um junge Erkrankte handelt. Das wird ja ein Problem sein, das noch viel Zulauf im Hinblick auf Long-COVID bekommen wird. Wir werden es dann vermehrt mit jüngeren Erkrankten zu tun haben. Es ist ja ohnehin ein Problem, wohin man sich mit jungen Pflegebedürftigen wendet. Bei

dieser Diagnose gibt es noch ein gesondertes Problem, weil die meisten Pflegeeinrichtungen darauf verweisen, dass sie im Fall von CFS/ME nicht fachgerecht pflegen können. Insofern bedeutet es für die pflegenden Angehörigen einen immensen Aufwand, z. B. junge Männer im Alter Anfang 20, die bettlägerig sind, zu Hause zu pflegen. Was können wir als politisch Verantwortliche oder die Landesregierung bzw. das Sozialministerium im Hinblick auf die Schaffung von Reha-Angeboten und insbesondere Pflegeangeboten für junge Betroffene machen? Denn die Belastung für die Familien ist wirklich enorm.

Darauf wollte ich ein besonderes Augenmerk lenken.

Ref'in **Dr. Zielke** (MS): Ich nehme diese Fragestellung mit.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank für die Unterrichtung und die Beantwortung unserer Fragen! Ich glaube, wir haben es mit einer Thematik zu tun, mit der wir uns über die heutige Ausschusssitzung hinaus befassen werden. Die Fraktionen werden sicherlich auch überlegen, wie sie dieses Thema insgesamt begleiten können.

Tagesordnungspunkt 3:

Unterrichtung durch die Landesregierung über den Stand der Verhandlungen über den Landesrahmenvertrag zur interdisziplinären Frühförderung

Unterrichtung

MR **Kirchberg** (MS): Ich möchte den Ausschuss über die Hintergründe der Änderungen, die das Bundesteilhabegesetz für die interdisziplinäre Frühförderung gebracht hat, kurz in Kenntnis setzen und einen kurzen Überblick über die Grundlagen und die bisherige Situation im Land geben. Danach werde ich auf den Stand der Rahmenvertragsverhandlungen und natürlich auch auf die Frage der Landesförderung eingehen.

Zum Hintergrund: In Niedersachsen gibt es verschiedene Angebotsstrukturen in der Frühförderung. Es geht hier um die Frühförderung für Kinder im Vorschulalter. Das ist ein wichtiger Aspekt, der häufig nicht geläufig ist. Das ist ein gesetzlicher Anspruch, der für Kinder gilt, die noch nicht eingeschult worden sind.

Niedersachsen verfügt über 13 Sozialpädiatrische Zentren. Diese Sozialpädiatrischen Zentren sind medizinisch ausgerichtet und stehen daher in der Kostenträgerschaft der Krankenversicherung. Ferner gibt es 3 Interdisziplinäre Frühförderstellen und ca. 35 Beratungsstellen für Früherkennung und Frühförderung sowie mehr als 90 heilpädagogische Frühförderstellen, die Leistungen nach dem SGB IX erbringen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten ergänzen das breite Leistungsangebot im Bereich der Früherkennung und Frühförderung.

Das SGB IX sieht bis zum Schuleintritt Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung vor, bei denen medizinische und heilpädagogische Leistungen als sogenannte Komplexleistungen erbracht werden. Nach einem ganzheitlichen Konzept werden hierbei ärztliche, nichtärztliche, medizinisch-therapeutische, heil- und sonderpädagogische, psychologische, psychosoziale und systembezogene Leistungen aus einer Hand angeboten. Rechtsgrundlagen dafür sind die Regelungen der §§ 46 und 79 SGB IX sowie der § 1 der dazu ergangenen Frühförderungsverordnung (FrühV) des Bundes.

Die interdisziplinären Beratungs- und Früherkennungsteams - die sogenannten BFF-Teams - führen Maßnahmen der Früherkennung durch - man kann an dieser Stelle von einer Früherkennungsdiagnostik sprechen -, empfehlen Maßnahmen der Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung und stellen sich zur Verlaufsbeobachtung zur Verfügung, wenn diese Leistungen erbracht werden. Durch eine interdisziplinär ausgerichtete Früherkennung können die erforderlichen Förder- und Therapiemaßnahmen für das einzelne Kind koordiniert und aufeinander abgestimmt werden.

Die Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) führen zusätzlich die Frühförderung durch. Damit hebt sich das Angebot interdisziplinärer Maßnahmen der Früherkennung und Frühförderung von den ausschließlich heilpädagogisch ausgerichteten Angeboten ab.

Die Refinanzierung dieser Komplexleistung erfolgt aus medizinischen Leistungen nach dem SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie heilpädagogische Leistungen als Eingliederungshilfe nach dem SGB IX.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe sind in Niedersachsen bekanntlich die örtlichen Träger - die Landkreise, kreisfreien Städte, Region Hannover - für die Früherkennung und Frühförderung zuständig. Diese nehmen die Aufgabe im eigenen Wirkungskreis wahr und entscheiden im Einzelfall vor Ort über Inhalt und Umfang der zu bewilligenden Leistungen. Das hat sich durch das Bundesteilhabegesetz nicht geändert, sondern das war schon immer so.

Zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Niedersachsen wurde bereits im Juni 2003 - das ist schon sehr lange her - eine sogenannte Landesrahmenempfehlung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden, der Mehrheit der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege - nicht allen, aber der Mehrheit -, den gesetzlichen Krankenkassern und dem Land Niedersachsen als Moderator vereinbart.

Diese Landesrahmenempfehlung regelt im Hinblick auf die Interdisziplinären Frühförderstellen u. a. die Elemente der Komplexleistung - also die Leistungsinhalte -, die Art und Dauer der Leistungen, die Mindestanforderungen an die IFF, die Vergütung der in einer IFF erbrachten Leistungen.

gen - das ist ein ganz wichtiger Punkt - sowie deren Aufteilung auf die jeweiligen Rehabilitationsträger, also die Kommunen und Krankenkassen.

Dabei wurde die in der Frühförderungsverordnung vorgesehene Kostenteilung ursprünglich so ausgestaltet, wie sie der gesetzlichen Grundlage entsprach. Danach übernahmen die Sozialhilfeträger maximal 80 % und die Kassen entsprechend maximal 20 % der Gesamtvergütung.

Die Landesrahmenempfehlung wurde im Oktober 2008 ratifiziert und sieht eine pauschale Vergütung vor, die sich in eine Früherkennungspauschale - wie gesagt, aufgeteilt 80 : 20 - und eine Frühförderpauschale - das ist die Früherkennung, die sogenannte Diagnostik - aufteilt. 22,5 % dieser Kosten tragen die Krankenkassen und 77,5 % die örtlichen, damals noch sogenannten Sozialhilfeträger.

Durch das Bundesteilhabegesetz in der Fassung vom Dezember 2016 haben sich Änderungen ergeben. Die Frühförderungsverordnung wurde geändert. Seit dem 1. Januar 2018 haben die Sozial- bzw. Eingliederungshilfeträger die Vergütung nur noch bis zu einem Höchstsatz von 65 % zu übernehmen. Entsprechend erhöht sich der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist nicht zuletzt auf eine Länderinitiative zurückzuführen, weil sich in der Praxis gezeigt hat, dass die medizinischen Anteile bei der Therapie, Behandlung und Förderung der Kinder doch deutlich höher liegen als 20 %.

Seitdem ist auf der Rechtsgrundlage in § 46 SGB IX über die Anforderungen an die Interdisziplinären Frühförderstellen und deren Abrechnung der Entgelte eine Landesrahmenvereinbarung zu schließen. Weil wir diese Landesrahmenvereinbarung noch nicht geschlossen haben, ist derzeit noch die erwähnte Landesrahmenempfehlung gültig. Das ist ein wichtiger Punkt. Wir sind also an dieser Stelle nicht völlig ohne Grundlage, aber ein Landesrahmenvertrag ist noch nicht zustande gekommen.

Es gibt seit längerer Zeit - seit April 2018 - eine für Niedersachsen eingerichtete Verhandlungsgruppe, die aus den kommunalen Spitzenverbänden - insbesondere NLT und NST -, den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Verbänden der Leistungserbringer - das sind in Niedersachsen die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, da wir privat-gewerbliche Anbieter nicht haben - besteht. Moderiert wird das im Einvernehmen

dieser Reha-Träger, die den Vertrag selbst schließen müssen, durch unser Haus. Wir führen also an dieser Stelle sozusagen vermittelnde Verhandlungen. Das Land selbst ist nicht Vertragspartner.

Es besteht eine Einigung darüber, dass die bestehende Landesrahmenempfehlung als Grundlage für eine neue Landesrahmenvereinbarung dient. Wir orientieren uns also in den Verhandlungen an dieser Landesrahmenempfehlung. Die Verhandlungen dauern weiter an. Wir haben über die Inhalte, die wir nach § 46 zu den Leistungen, den Voraussetzungen und weiteren Grundbedingungen für die Errichtung von Interdisziplinären Frühförderstellen im Gesetz haben, weitestgehend eine Einigung erzielt, weil wir uns auch durch die Landesrahmenempfehlung sehr nahe an den Regelungen des Bundesteilhabegesetzes bewegen.

Nach wie vor strittig ist aber die Höhe der Vergütung. Das ist vielleicht auch nicht überraschend. In der Funktion als Moderator ist uns sehr daran gelegen, dass die finanziellen Rahmenbedingungen, die wir seinerzeit in der Empfehlung kompromissshalber getroffen haben, verbessert werden, weil, wie erwähnt, bisher lediglich drei Interdisziplinäre Frühförderstellen auf der Grundlage dieser Empfehlung errichtet wurden und wir durchaus durch eine etwas attraktivere Gestaltung der Vergütung einen Anreiz ermöglichen wollen, dass zusätzliche Träger - gerade der Wohlfahrtspflege - IFFs errichten.

Die Verhandlungen sind schwierig. Ich würde aber in der Rolle als Moderator des Landes weitere Details dieses Vorgangs jetzt nicht hier im Ausschuss offenbaren wollen, weil es natürlich die Verabredung gibt, dass diese Verhandlungen en détail vertraulich geführt werden. Dafür bitte ich um Verständnis.

So weit zum Stand der Rahmenvertragsverhandlungen.

Zum Stichwort Förderung: Im Haushalt des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ist dafür ein Posten in Höhe von 230 000 Euro pro Jahr reserviert. Er wird auch weitestgehend ausgeschöpft. Wir sind aber in einem Bereich tätig - das hat der Landesrechnungshof schon des Öfteren moniert -, für den eine originäre kommunale Zuständigkeit und Zuständigkeit der Krankenkassen besteht. Deswegen ist für das laufende Haushaltsjahr letztmalig

ein Ausbringen dieser Förderleistung vorgesehen. Die Förderung soll mit Beginn des nächsten Jahres beendet werden. Die jeweiligen Beteiligten sind darüber informiert. In den Rahmenvertragsverhandlungen wird also sozusagen die Preisbildung ohne den Förderanteil des Landes geführt, was für den Konflikt aber nicht entscheidend ist. Den Reha-Trägern ist also klar, dass das Land aus der Förderung aussteigen wird. Das hat aber nicht dazu geführt, dass nicht die Bereitschaft besteht, über die Anteile der Kommunen einerseits und der Kassen andererseits 100 % der Leistungen zu finanzieren.

Aussprache

Abg. **Guidrun Pieper** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Ich sage es einmal ein bisschen despektierlich: Im Moment erlebe ich gerade ein Déjà-vu. Ich kenne ja viele Rahmenverhandlungen noch aus meiner beruflichen Tätigkeit und weiß, dass der erste Streitpunkt immer die Vergütung ist, weil jeder seine Leistungen unterschiedlich bewertet.

Erstens. Ich habe in Ihrem Beitrag - möglicherweise aus akustischen Gründen - nicht ganz verstanden, worin die Einigkeit bestand. Dazu hätte ich gerne einen kleinen Überblick.

Zweitens. In welchem Bereich besteht eigentlich dieser schleppende Prozess, wie Sie es bezeichnet haben? Dass Vertraulichkeit besteht, kennen wir aus vielen Verhandlungen. Da möchte ich Sie auch nicht in die Bredouille bringen, indem Sie darüber berichten sollen. Haben Sie aber vielleicht einen Ausblick oder eine Idee, wann es so weit sein könnte, dass ein vernünftiger Rahmenvertrag abgeschlossen wird, mit dem alle einigermassen zufrieden sein können? Ich kann mir vorstellen, dass wir wahrscheinlich gar nicht darum herumkommen, einen gewissen Korridor zu implementieren. Oder ist das überhaupt gar kein Thema in diesen Gesprächen?

MR **Kirchberg** (MS): Ich kann gerne sagen, worin Einigkeit besteht. In § 46 SGB IX sind mehrere Maßgaben enthalten, die beschreiben, welche Inhalte der Landesrahmenvertrag haben muss. Das sind die folgenden Anforderungen an die IFFs: die Dokumentation und Qualitätssicherung, der Ort der Leistungserbringung, die Qualifikationsmerkmale des dort eingesetzten Personals usw. Es ist schon seinerzeit in der Empfehlung gelungen, sich darüber weitestgehend zu einigen. Da

sich der Entwurf für den Landesrahmenvertrag sehr eng an der Empfehlung orientiert, ist das nicht der Streitpunkt hinsichtlich der Frage, warum sich das Ganze so hinschleppt.

In § 46 SGB IX ist sozusagen ein Zinken enthalten: Wir können zwar z. B. ersetzend für einen solchen Rahmenvertrag eine Verordnung erlassen. Das würde für die Vergütungskonflikte aber leider nichts bringen, weil dafür keine Ermächtigungsgrundlage beim Land besteht. Deswegen sind wir in unserer Moderatorenrolle darauf angewiesen, einen Kompromiss zu vermitteln. Wir sind dabei auch sehr hartnäckig - ich glaube, nicht nur zur Freude der beteiligten Parteien. Denn wenn es darum geht zu sagen „Wir finden im Rahmenvertrag dafür keine bezifferte Lösung“, dann verschieben wir die Problematik auf die Verhandlungsebene vor Ort. Und die Erfahrung zeigt, dass dies in keiner Weise weiterführt.

Unser Moderationsziel ist also unverändert, dass wir - meinetwegen auch in Form eines Korridors; da bin ich leidenschaftslos - erst einmal einen Grundkonsens darüber finden, wie viele Behandlungseinheiten mit wie vielen Behandlungsminuten zugrunde gelegt werden und wie die jeweils einzusetzenden Qualifikationen des Personals vergütet werden. Unser primäres Ziel ist, dass es dafür einheitliche Maßstäbe, also auch einheitliche Vergütungen gibt. Das würde vermeiden, dass vor Ort Streit entsteht; denn wir hätten dann klare Regelungen für das Land. Leider können wir sie aber nicht im Ordnungswege ersetzen; dafür gibt uns der § 46 keine Ermächtigung.

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Herzlichen Dank für die Unterrichtung. Bei der Landesrahmenvereinbarung scheinen Sie ja auf einem guten Weg zu sein. Ich halte das auch für sehr wichtig, damit solche Interdisziplinären Frühförderstellen landesweit eingerichtet werden. Sie haben ja darauf hingewiesen, dass wir im Moment nur drei haben.

Wir haben diese Unterrichtung vor allem deswegen beantragt, weil die Vergütung jetzt nicht mehr ausreicht. Deshalb muss jetzt kurzfristig gehandelt werden. Deshalb interessiert mich: Wird denn bald in Kraft gesetzt, dass man dort 8,84 % mehr zur Verfügung stellt? Hat man sich darauf geeinigt? Ich habe mich extra noch einmal bei den Krankenkassen erkundigt. Dort hat man mir gesagt, dass die Krankenkassen zustimmen würden. Darüber war ich ganz erfreut. Meine Frage ist: Wie weit ist es damit? Denn ich glaube, dass die drei bestehenden Frühförderstellen sehr

glücklich darüber wären, wenn man hier endlich zu einer Einigung käme.

MR Kirchberg (MS): Das kann ich bestätigen. Vonseiten der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Zustimmung. Das ist eine Steigerung über mehrere Jahre in Höhe der jeweiligen Grundlohnsommen. Sie soll jetzt in den Einzelvereinbarungen zwischen den IFFs mit den Kommunen und Kassen umgesetzt werden. Nach meiner Kenntnis wird auch die kommunale Seite zustimmen, sodass ab 1. April - das ist der Plan- die neue Vergütung gilt.

Abg. Volker Bajus (GRÜNE): Vielen Dank für die Informationen. Das meiste haben Herr Jasper und Frau Pieper schon gefragt. Ich erlaube mir, weil ich nicht vom Fach bin, noch einmal nachzufragen, inwiefern es für die Betroffenen eine Bedeutung hat, dass es jetzt keine Einigung gibt; denn es besteht ja jetzt ohnehin eine Verunsicherung. In Corona-Zeiten haben es viele nicht so einfach, entsprechende Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen. Oder ist das etwas, was im Hintergrund abläuft und die Betroffenen gar nicht berührt? Gibt es denn, solange keine Einigung besteht, so etwas wie eine Interimslösung, oder wird das alte Verfahren so lange fortgeschrieben? Das ist mir nicht ganz klar. Vielleicht können Sie mir dazu noch eine Information geben.

MR Kirchberg (MS): Das Sozialrecht ist ja in getrennte Leistungsbereiche aufgeteilt. Wir reden hier über das SGB V - Krankenkassen - und das SGB IX - Eingliederungshilfe. Das bedeutet für die Praxis, dass die Familien, wenn es nicht aus einer Hand gelingt, darauf angewiesen sind, jeweils eine Verordnung vom Arzt für eine Therapie zu bekommen, die dann vom Therapeuten erbracht wird. Für die heilpädagogische Leistung haben sie einen anderen Ansprechpartner.

Wir begrüßen alle sehr, wenn das vereinheitlicht wird und es dann eine einzige Stelle gibt, nämlich die Interdisziplinäre Frühförderstelle, wenn dann während der Termine, die die Kinder absolvieren, sowohl die Therapie als auch die heilpädagogischen Leistungen aus einer Hand kommen und im Blick der Therapeuten und Pädagogen sind, die sich untereinander abstimmen. Deshalb wollen wir ja gerne eine Lösung haben, die es ermöglicht, dass mehr als drei IFFs im Land vorhanden sind. Für die Betroffenen hat das also durchaus eine Bedeutung.

Glücklicherweise haben wir seit Jahren keine Anzeichen dafür, dass die bestehende Förderlandschaft für die Kinder im Vorschulalter als defizitär empfunden wird. Das zeigt, dass das geschachtelte System zwar funktioniert; es kann aber nach unserer Überzeugung deutlich optimiert werden, wenn die Leistungen aus einer Hand und nicht aus verschiedenen Händen kommen.

Zu der Frage, was bis dahin gilt und ob es eine Interimslösung ist: Ich hatte versucht darzustellen, dass die seinerzeit entwickelte Landesrahmenempfehlung - wie der Name schon sagt - nicht verbindlich ist, aber zumindest für die drei IFFs gelebt wird, aber auch für die vielen Frühförderstellen auf kommunaler Ebene ein Vorbild ist, zumindest vor allem für den Bereich der heilpädagogischen Leistungen.

Abg. Meta Janssen-Kucz (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Die drei Interdisziplinären Frühförderstellen in Niedersachsen befinden sich im Landkreis Leer sowie in Osnabrück und Oldenburg. Ich freue mich wirklich sehr - das war auch meine Rückmeldung -, dass es eine Einigung mit den Kassen darüber gegeben hat, diese Kostenersatzerhöhung von 8,84 % zum 1. April 2021 auf den Weg zu bringen. Das bedeutet erst einmal eine kurzfristige Sicherung.

Ich bin sehr erfreut, wie hart Sie seitens des Landes daran arbeiten, damit wir perspektivisch Planungssicherheit erhalten, und dass Sie so deutlich sagen: Dem Land ist daran gelegen, Anreize zu schaffen, um mehr Hilfen aus einer Hand auf den Weg zu bringen. Ich glaube, das ist das A und O, weil es insbesondere im ländlichen Bereich sehr schwierig ist, wenn man kein Angebot von Hilfen aus einer Hand hat, weil das ja mit vielen zusätzlichen Terminen verbunden ist und viele Familien dazu leider nicht in der Lage sind.

Ich habe dazu noch einige Fragen. Gibt es ein grobes Zeitfenster, ein Ziel, bis wann Sie die Verhandlungen abgeschlossen haben wollen, um auch eine längere Perspektive zu haben?

Plant das Land, mit den unterschiedlichen Kostenträgern - ich weiß nicht, wie solch ein Konstrukt aussehen kann - vielleicht einmal generell die Qualität der Arbeit in den IFFs zu evaluieren? Ist also eine Evaluierung geplant?

Wenn ich es richtig verstanden habe, ist es nach § 46 SGB IX nicht möglich, dass das Land eine

Verordnung herausgibt. Dazu hätte ich gerne eine Bestätigung.

Ich finde, es ist ein wichtiger Ansatz, über eine Evaluierung nachzudenken und über eine gute Evaluierung auch Anreize für eine bessere Bezahlung zu schaffen, auch für andere Träger.

MR Kirchberg (MS): Zum Zeitziel: Wir wären natürlich gerne schon längst fertig. Das Bundesrecht gibt uns aber, wie dargestellt, nicht die Ermächtigung, die Vergütung ersatzweise festzusetzen. Das ist in § 46 Abs. 6 SGB IX geregelt. Wir können die Leistungsinhalte, die sonstigen Anforderungen an die Interdisziplinären Frühförderstellen per Verordnung festsetzen. Dafür gibt es aber eigentlich kein Bedürfnis, weil darüber, wie ich dargestellt habe, gar kein großer Streit besteht.

Jetzt ein Zeitziel zu nennen, würde in keiner Weise den Prozess fördern, weil wir dabei auf den Konsens zwischen den Kommunen, den Verbänden und den Kassen angewiesen sind. Dass wir das nicht geschoben haben und dass wir das trotz der Herausforderungen durch die Pandemie usw. weitergeführt haben, soll deutlich machen, welche Bedeutung das Land und das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung diesem Prozess beimisst. Aber ich kann zumindest so viel sagen: Schon einerseits innerhalb der Kassen und andererseits auch innerhalb der Verbände einheitliche Vorstellungen zu entwickeln, trifft auf gewisse Hürden.

Ich verrate aber, glaube ich, kein Geheimnis, wenn ich sage, dass auch die Reha-Träger, also die Kommunen und die Kassen, durchaus bereit wären, die bisherige Vergütung deutlich zu erhöhen. Das reicht aber offensichtlich noch nicht. Es gibt da noch ein ungelöstes Delta, bei dem ich hoffe, dass wir es irgendwann in den nächsten Monaten überwinden können. Aber ich würde mich jetzt nicht trauen, zu sagen, dass wir im August fertig sind. Es gibt keinen Konsens. Dann müsste ich sagen: Brecht die Verhandlungen ab! - Es gab schon mehrfach Überlegungen, die Verhandlungen für gescheitert zu erklären. Wir haben jedes Mal versucht, das wieder einzufangen.

(Abg. Meta Janssen-Kucz (GRÜNE): Dafür bin ich Ihnen auch sehr dankbar!)

Zur Evaluation: Eine inhaltliche Evaluation würde ich jetzt nicht für zwingend erforderlich halten, weil es eigentlich keinen Dissens darüber gibt,

wie hoch die Qualität der Arbeit ist, die in den IFFs erbracht wird. Wir haben uns in der Verhandlungsrunde auch an praktischen Beispielen ansehen können - zwei Träger waren dort und haben das mit anschaulichen Beispielen, mit Filmen usw. präsentiert -, was dort mit den Kindern gemacht wird und dass es häufig auch gelingt, gerade in diesem Alter noch viele sonst behinderungsbedingte Defizite zumindest zu mildern, wenn nicht gar so zu beseitigen, dass z. B. eine ganz normale Kita- und Schullaufbahn gelingt. Daran gibt es auch aufseiten der Kommunen und der Kassen überhaupt keinen Zweifel. Deswegen sehe ich zum jetzigen Zeitpunkt keinen zwingenden Anlass für eine Evaluation.

Abg. **Gudrun Pieper (CDU):** Ich habe noch eine Frage zu den Interdisziplinären Frühförderstellen. Haben Sie schon einen Überblick darüber, dass es eine Tendenz geben könnte, dass sich noch mehr Interdisziplinäre Frühförderstellen entwickeln werden? Ich weiß noch aus der Diskussion mit der Lebenshilfe, der Caritas, der Diakonie - das war unabhängig von der Trägerschaft -, dass es gerade im ländlichen Raum - Frau Janssen-Kucz hat das eben schon angesprochen - oftmals sehr schwierig ist, diese interdisziplinären Teams zu binden. In den städtischen Bereichen ist das eher möglich, aber auf dem flachen Lande eher schwierig. Können Sie schon eine Tendenz feststellen, dass hier eine Verbesserung eintreten könnte? Ich meine nicht, dass die Frühförderstellen schlechte Arbeit machen. Im Gegenteil, sie arbeiten hochprofessionell, auch im heilpädagogischen Bereich. Aber um vieles zusammenzuziehen, ist es natürlich auch für die Betroffenen oftmals einfacher.

MR Kirchberg (MS): Ich habe zu Beginn dargestellt, dass es landesweit über 90 heilpädagogische Frühförderstellen gibt. Diese gibt es nicht erst seit gestern, sondern es gab sie in einem ähnlichen Umfang bereits im Jahr 2008. Das war ja sozusagen die Überschrift für das ganze Vorhaben der Empfehlung, dass sie sich umwandeln und anreichern sollen um die therapeutischen Leistungen in Kooperation mit vor Ort ansässigen Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw. Das wäre ja der Plan gewesen. Das ist aber mit den bisherigen Rahmenbedingungen nicht gelungen. Ich wiederhole mich jetzt noch einmal: Wir versprechen uns von einer deutlichen Anhebung der Vergütung, dass dafür dann ein Anreiz geschaffen wird. Es wäre ein Blick in die Glaskugel, ob die jetzige Erhöhung um 8,8 % - falls Sie darauf abstellen - zur Neugründung von Interdis-

ziplinären Frühförderstellen führt. Ich wäre da eher skeptisch.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Diese Skepsis resultiert ja auch daraus, wie die bestehenden Interdisziplinären Frühförderstellen darauf reagieren und sagen, dass sie damit gar nicht richtig gut klarkommen und mehr brauchen. Aber vielen Dank! Sie haben deutlich gemacht, dass Sie persönlich dabei sind, die Moderation wahrnehmen und aktiv daran arbeiten, zu einer guten Lösung für die interdisziplinäre Frühförderung in Niedersachsen zu kommen. Die Erhöhung der Vergütung zum 1. April 2021 um 8,84 % hilft erst einmal.

Wichtig war, glaube ich, auch die Erkenntnis, dass wir das Grundproblem der Vergütung durch eine Verordnung des Landes nicht lösen können, sodass unsere aller Hoffnung jetzt darin besteht, dass Sie Ihre Moderatorenrolle so gut ausfüllen, dass es dann einen Landesrahmenvertrag gibt, wie wir ihn uns und Sie ihn sich ja auch selbst vorstellen. Dafür haben Sie unsere Unterstützung. Sie dürfen uns auch gerne ansprechen, wenn Sie glauben, dass der Ausschuss an der einen oder anderen Stelle behilflich sein könnte - selbst dann, wenn es ein Gespräch sein sollte.

MR **Kirchberg** (MS): Herzlichen Dank. Das nehme ich eventuell sogar wahr.

Abg. **Hanna Naber** (SPD): Meine Frage bezieht sich auf die letzte Bemerkung. Das Ganze erscheint mir so ein bisschen wie ein Präventionsparadox. Seit über zehn Jahren sind eigentlich alle bestens mit den IFFs zufrieden: örtliche Träger, Krankenkassen, die Träger selbst und insbesondere - das ist ja das Wichtigste - die betroffenen Familien. Trotzdem haben wir es in dem Zeitraum nicht geschafft, mehr als drei Interdisziplinären Frühförderstellen in Niedersachsen zu etablieren.

Daran schließt sich meine Frage an. Ich bin ja ein Fan der IFFs bzw. Vorsitzende des Fan-Clubs, kann man schon fast sagen. Was können wir neben der Moderation, die Sie sicherlich hervorragend wahrnehmen, was die Vergütung angeht, politisch machen? Welche Netzwerk- bzw. Lobbyarbeit können wir betreiben, um dieses gute System, das letztendlich auch betriebswirtschaftlich günstiger sein wird als viele andere Systeme, über das ganze Land auszurollen? Ich bemerke hier im Raum und auch im virtuellen Raum eine große Bereitschaft, das zu tun, und fände es gut, wenn wir dabei noch einen Schritt weiter kämen.

MR **Kirchberg** (MS): Ich nehme das als Bereitschaftserklärung und nicht so sehr als Fragestellung mit. Lassen Sie uns vielleicht erst einmal auf dieser Ebene versuchen weiterzukommen. Das wäre meine Bitte. Gegebenenfalls werden wir den Kontakt suchen und aufnehmen.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Herzlichen Dank für die Unterrichtung.

Tagesordnungspunkt 4:

Unterrichtung durch die Landesregierung zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung

Unterrichtung

Stellv. RefL **Vietze** (MS): Ich möchte den Ausschuss gerne über den Stand der Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung unterrichten. Der Ausschuss für Wissenschaft und Kultur ist bereits in dessen letzten Sitzung darüber unterrichtet worden. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hatte den fachlichen Eindruck, dass auch der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung gleichermaßen informiert werden sollte.

Die Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung geht zurück auf den Masterplan „Medizinstudium 2020“. Bundesgesundheitsministerium (BMG), Bundesbildungsministerium, Bundestag, Gesundheitsministerkonferenz und Kultusministerkonferenz - für die Wissenschaftsseite - hatten diesen 2017 beschlossen. Der Masterplan sieht die Stärkung der Allgemeinmedizin und des Praxis- bzw. Patientenkontakts durch die Verzahnung von Theorie und Praxis vor.

Die Bundesregierung möchte die Ziele des Masterplans durch die Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung erreichen. Dafür hat das Bundesgesundheitsministerium Ende letzten Jahres einen Referentenentwurf vorgelegt. Am 18. und 19. Februar dieses Jahres fand eine Verbände- und Länderanhörung statt. Die Bundesregierung beabsichtigt, den auf der Grundlage der Anhörung angepassten Verordnungsentwurf Ende April im Bundeskabinett zu beraten. Daran schließt sich das Bundesratsverfahren an. In Niedersachsen ist dafür eine enge fachliche Abstimmung zwischen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur sowie mit dem Finanzministerium vorgesehen.

Wichtig sind aus der Sicht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung die folgenden Inhalte der Ärztlichen Approbationsordnung:

Im Sinne einer zunehmend praxisnahen Medizinausbildung werden klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an und bis zum Ende

der Ausbildung miteinander verknüpft und Lehrpraxen verstärkt in die ärztliche Ausbildung einbezogen. Das bedeutet, dass die alten Studienabschnitte „Klinik“ und „Vorklinik“ abgeschafft werden.

Die Allgemeinmedizin wird in der künftigen Medizinausbildung eine größere Rolle spielen durch verpflichtende Vorgaben, die Allgemeinmedizin und die vertragsärztliche Versorgung verstärkt im Praktischen Jahr (PJ) und in Prüfungen abzubilden. So wird das PJ nach dem Referentenentwurf zur Ärztlichen Approbationsordnung, der uns vorgelegen hat, zukünftig nicht mehr in Tertiale, sondern in Quartale eingeteilt. Die Studierenden müssen dann entweder ein Quartal in der hausärztlichen Versorgung verbringen, oder die Allgemeinmedizin wird verpflichtend zum Prüfungsinhalt des M3, also des dritten Abschnitts der Approbationsprüfung. Außerdem wird nach dem Referentenentwurf das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin von derzeit mindestens zwei auf dann sechs Wochen verlängert.

Eine weitere wesentliche Änderung stärkt den Öffentlichen Gesundheitsdienst, den wir gerade jetzt in der Corona-Pandemie deutlich brauchen. Es wird klargestellt, dass Famulaturen und PJ als praktische Teile des Medizinstudiums grundsätzlich auch im Gesundheitsamt abgeleistet werden können.

Ich komme nun zu der fachlichen Bewertung des Referentenentwurfs durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

Grundsätzlich unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung den Referentenentwurf wegen der Bedeutung für die Allgemeinmedizin und den Praxisanteil im Studium. Außerdem ist aus unserer Sicht der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sehr wichtig. Ein Scheitern der Novellierung sollte daher wegen der Bedeutung für die Allgemeinmedizin und der Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vermieden werden.

Die Stellungnahme des Sozialministeriums gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium bezog sich weitestgehend auf Fragen der praktischen Anwendung durch unser Landesprüfungsamt, durch NiZZA. Wir verfolgen aber eine wesentliche Änderung des Referentenentwurfs: Wir lehnen die neu vorgesehene Parcoursprüfung für M1 und M3 - also beim ersten und dritten Abschnitt der Approbationsprüfung - ab. Die Par-

coursprüfung ist eine wissenschaftliche Methode, mit der standardisiert Wissen bei gleichen Aufgaben mit Simulationspatientinnen und -patienten abgefragt wird. Das ist eine Weiterentwicklung der praktischen Prüfung am Krankenbett, die es jetzt ja schon gibt, bei der auch häufig schon Simulationspatientinnen und -patienten eingesetzt werden, um eine höhere Standardisierung zu erreichen. Das wird aber noch einmal differenzierter gemacht. Damit ist ein sehr großer Aufwand in der Vorbereitung und in der Umsetzung verbunden. Wir haben das sehr genau geprüft mit dem Ergebnis, dass sich der Nutzen und der Aufwand für alle Beteiligten - nicht nur für NiZZA, sondern auch für das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), das die Prüfungsfragen ausarbeitet - unverhältnismäßig gegenüberstehen. Hier haben wir eine Möglichkeit, für eine bessere Anwendbarkeit und für geringere Kosten bei der Ärztlichen Approbationsordnung zu sorgen.

Das MWK sieht etwas anders als das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung stärker auf die Kostenfolgen und die sehr konkreten Vorgaben des Referentenentwurfs, was aus der Ressortlogik vollkommen folgerichtig ist. Wir unterstützen das MWK dabei, einen Bestandsschutz für die niedersächsischen Modellstudiengänge zu erreichen, und teilen auch die Auffassung des MWK, dass wir die Anforderungen für die Lehrpraxen, die in Zukunft eine stärkere Rolle bekommen werden, verhältnismäßig gestalten müssen.

Die vorliegende Kostenschätzung des Medizinischen Fakultätentags können wir fachlich nicht überprüfen, da die Berechnung in großen Themenblöcken erfolgt, ohne dass die genauen Annahmen deutlich beschrieben werden. Insofern können wir die Details nicht nachvollziehen. Der DEGAM-Verband kommt für die Allgemeinmedizin zu geringeren Kostenfolgen für die Lehrpraxen, weil dort eine geringere Aufwandsentschädigung angenommen wird, die sich eher an die bisherigen Erfahrungen anlehnt.

Unser Arbeitsziel als Fachebene Sozialministerium besteht darin, dass die Landesregierung die Ärztliche Approbationsordnung wegen deren inhaltlicher Bedeutung unterstützt. Dafür suchen wir in einer engen fachlichen Abstimmung mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur gemeinsam nach Lösungen für geringere Kosten, die wir aus der Sicht der Gesundheitsseite fachlich noch vertreten können. Wir möchten, dass die Novelle

der Ärztlichen Approbationsordnung beschlossen wird, um die allgemeinmedizinische Versorgung zu stärken. Das ist dabei unser oberstes Ziel.

So weit die Unterrichtung. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Aussprache

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Das ist ein sehr komplexes Thema. Ich habe versucht, Informationen einzuholen und auch mit der Bundesebene Kontakt aufzunehmen. Dabei ist mir sehr deutlich gesagt worden, dass diverse Bundesländer - nicht nur mit grüner Regierungsbeteiligung, aber auch mit grün-schwarzer Regierung usw., vor allem Baden-Württemberg - grundsätzlich die Verfassungskonformität anzweifeln und bitten, das zu klären.

Es gibt auch Rückmeldungen hinsichtlich der Praxistauglichkeit, also der Umsetzung in die Praxis.

Sie haben auch das Thema Finanzierbarkeit angesprochen. Ausweislich der Pressemitteilung des MWK würde jeder Studienplatz bis zu 20 % teurer. Dazu würde ich gerne die aktuellen Schätzungen wissen. Wenn das wirklich 20 % würden, dann können wir uns von unserem Ziel aus der Enquetekommission verabschieden, 200 zusätzliche Studienplätze und perspektivisch noch mehr Studienplätze zu schaffen.

Was mich vor allem umgetrieben hat - ohne dass ich das zu 100 % durchschaue -, sind die Vorgabe zur Forschungsarbeit über 12 Wochen und die Auswirkungen im Hinblick auf die Kooperationsmodelle. Inwieweit wird dadurch das gefährdet, was wir im Bereich European Medical School in Oldenburg und Austausch mit Groningen aufgebaut haben und weiter aufbauen wollen? Denn wenn es dazu käme, wäre das wirklich fatal.

Ich habe das Signal aufgenommen, dass es nicht bis zum 28. April zu einem Abschluss kommt, sondern dass das in die neue Legislaturperiode nach der Bundestagswahl verschoben werden soll, um diese unterschiedlichen Fragen zu klären und damit es letzten Endes nicht zu Nachteilen für die Universitäten und die Studierenden kommt; denn damit wäre nichts gewonnen.

Einem großen Teil der Ausführungen mit der positiven Darstellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Verlängerung des praktischen

Anteils kann ich jedoch folgen. Das unterstütze ich. Aus meiner Sicht sind aber noch sehr viele Fragen offen. Deshalb danke ich dafür, dass das Ministerium proaktiv den Ausschuss zu diesem Thema unterrichtet hat.

Stellv. RefL **Vietze** (MS): Das Datum 28. April ist der letzte Stand, der uns von der Bundesebene mitgeteilt worden ist. Wir wissen aber auch, dass es noch eine Ressortabstimmung auf Bundesebene gegeben hat. Mit diesem letzten Stand, der uns bekannt ist, planen wir derzeit. Es kann natürlich immer sein, dass die Bundesregierung den Zeitplan ändert.

Die Frage in Bezug auf die Modellstudiengänge in Oldenburg und Hannover ist für Niedersachsen ganz wichtig, weil dann vor dem Hintergrund einer neuen Ärztlichen Approbationsordnung auch darüber nachgedacht werden muss, wie sie verändert werden müssen. Dazu kann ich aus der Sicht des Sozialministeriums nur die Informationen aus der bisherigen Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur wiedergeben. Die Modellstudiengänge in Hannover und Oldenburg haben den Vorteil, dass sie das, was durch die neue Ärztliche Approbationsordnung umgesetzt werden soll, schon praktizieren. Dort werden bereits Klinik und Vorklinik miteinander verzahnt. Dadurch haben sie sicherlich Vorteile bei der Umstellung.

Aufgrund der neuen Vorgaben muss allerdings auch darüber nachgedacht werden, was umgesetzt werden muss. Unser gemeinsames Arbeitsziel mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur ist, dass wir mindestens für den Zeitraum, in dem die Modellstudiengänge genehmigt sind, Bestandsschutz bekommen und sogar noch darüber hinaus, sodass in Hannover und Oldenburg in diesem Format weitergearbeitet werden kann, weil das dort schon so praktiziert wird, und sodass es vor allem bei der Verzahnung mit Groningen nicht zu Einschränkungen kommt.

Die Erhöhung der Kosten ist ein wesentlicher Punkt. Von der Wissenschaftsseite wird angeführt, dass das sehr teuer ist. Wir können das, wie eingangs erwähnt, schwer nachvollziehen. Es gibt verschiedene Berechnungen. Sie kennen die Berechnungen vom Medizinischen Fakultätentag, die im März aktualisiert worden sind. Sie kennen auch das Papier der DEGAM, die zu niedrigeren Kostenannahmen kommt.

Was wir jetzt machen können, ist, dass wir sehr konstruktiv versuchen, mit der Wissenschaftsseite zu überlegen, wo durch Änderungen im Bundesratsverfahren Kosten reduziert werden können, ohne dass fachlich für die Ausbildung und die spätere Versorgung etwas verloren geht. Ein Punkt, den wir anführen und bei dem wir als Sozialministerium gerne unterstützen, ist die Frage der Anforderungen an die Lehrpraxen. Bislang gibt es durch die Ärztliche Approbationsordnung eine sehr große Freiheit der Hochschulen, das zu organisieren und zu einer Vereinbarung zu kommen, wie die Lehrpraxen die Studierenden an die Hand nehmen und ausbilden können. Der Referentenentwurf für die Ärztliche Approbationsordnung sieht sehr detailliert vor, dass nur noch ein Studierender daran teilnehmen darf. Er braucht dann einen eigenen Raum und einen eigenen PC-Arbeitsplatz. Wir haben dazu angeregt, auf die alte Regelung zurückzukommen, dass die Lehrpraxen entscheiden, was gemacht werden muss, um einen Studierenden gut anzuleiten. Das wäre eine Möglichkeit, die Anforderungen an die Lehrpraxen zu senken und die Kosten zu reduzieren.

Auch bei der Frage der Parcoursprüfung, die ich etwas ausführlicher angesprochen habe, weil uns das ein wichtiger Punkt zu sein scheint, gehen wir in Niedersachsen etwas von der Linie der Gesundheitsseite weg und regen an, darüber nachzudenken, ob es dadurch wirklich zu einem höheren Nutzen und zu einer höheren Vergleichbarkeit kommt, für die sich die Kosten lohnen, und ob man nicht die Kosten für alle senken kann - nicht nur für die universitäre Ausbildung, sondern auch für uns in der späteren Prüfung durch den Approbationsverband, der Kosten und Anforderungen senken kann, sodass sich die neue Approbationsordnung dann besser umsetzen lässt. Das ist auch die Frage der Praktikabilität: Wie kann man das an den Hochschulen umsetzen und implementieren und nachher die Prüfungen, die uns in drei Abschnitten sehr beschäftigten, praktisch gut ausgestalten?

Die Frage der Verfassungsmäßigkeit kann ich nicht genau beantworten. Mir ist bekannt, dass die Verfassungsmäßigkeit von der Wissenschaftsseite angezweifelt wurde. Demgegenüber steht die Aussage des Bundesgesundheitsministeriums in der Länderanhörung am 19. Februar, mit der das auch unter Hinweis auf vergleichbare akademische Ausbildungen zurückgewiesen wurde und dargelegt wurde, dass der Bund entsprechende Vorgaben für die Studiengänge machen

kann. An diesem Punkt möchte ich mich mit einer Bewertung zurückhalten.

Abg. **Uwe Schwarz** (SPD): Wir haben uns mit dieser Thematik bereits in der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ befasst. Unter der Nr. 11 Buchst. a) und f) der Handlungsempfehlungen hat die Enquetekommission ja sehr konkrete Aussagen getroffen. Ich hätte ganz gerne einen Abgleich, inwieweit das seitens der Landesregierung bei ihren Positionen berücksichtigt wird. Ich sage bewusst „seitens der Landesregierung“, weil ja zwei Ministerien beteiligt sind. Vielleicht kann das dem Ausschuss nachgereicht werden, es sei denn, das kann sofort beantwortet werden.

Stellv. RefL **Vietze** (MS): Wir haben den Abschlussbericht der Enquetekommission zur medizinischen Versorgung nicht nur zu diesem Punkt in unserem Fachreferat gelesen und haben das als Bestätigung für die Planung empfunden, den Masterplan, der 2017 gemeinsam zwischen Wissenschaftsseite und Gesundheitsseite verabredet worden ist, so umzusetzen, dass die Ärztliche Approbationsordnung novelliert wird, und den Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zu unterstützen. Wir stehen dazu in einem fachlichen Austausch mit dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur. Ich habe die letzten Äußerungen von Minister Thümler so verstanden, dass das grundsätzlich geteilt wird, dass aber ein Unterschied darin besteht, inwieweit man die Kostenfolgen ausgleichen kann. Wir als Sozialministerium nehmen dabei verständlicherweise eine bestimmte Position ein und betrachten es sehr fachlich, wie die Ziele zur Stärkung der Allgemeinmedizin, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Praxisbezugs umgesetzt werden, während das Ministerium für Wissenschaft und Kultur, das nachher innerhalb der Landesregierung die Umsetzung organisieren muss, verständlicherweise auf die Kosten und darauf blickt, wie die Vorgaben des Bundes nachher umgesetzt werden können.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Ich habe eine Frage, die von der Approbationsordnung für die Allgemeinmedizin etwas wegführt hin zur Approbationsordnung für die zahnärztliche Ausbildung. Dort haben wir ja in etwa die gleiche Situation, was die Kostenseite angeht. Auch dort ist von deutlichen Kostensteigerungen usw. die Rede. Welche Einschätzung hat das Ministerium dazu?

Bedarf auch diese Approbationsordnung dringend einer Modernisierung? Ich glaube, das ist relativ unstrittig. Dort haben wir prinzipiell die gleiche Problematik wie im allgemeinärztlichen Bereich.

Stellv. RefL **Vietze** (MS): Zur Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte haben wir ja lange Diskussionen geführt. Dort haben wir eine ähnliche Situation wie bei der Ärztlichen Approbationsordnung, dass sie seit vielen Jahren unverändert war. Die Zahnärztliche Approbationsordnung stammt meines Wissens aus den 1950er-Jahren und ist nie novelliert worden. Aus der Fachwelt wurde gefordert, sie zu überarbeiten und die Ausbildungsinhalte neu zu regeln. Bei der Ärztlichen Approbationsordnung aus den 1980er-Jahren ist es ähnlich. Zwischendurch gab es auf der Bundesebene den Versuch, die Approbationsordnung moderner zu gestalten. Das ist immer wieder zurückgestellt worden. Jetzt gibt es den neuen aktuellen Versuch, den Masterplan so umzusetzen, dass man jetzt endlich zu einer Novelle kommt.

In Abstimmung zwischen dem Ministerium für Wissenschaft und Kultur und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ist es gemeinsam mit den anderen Bundesländern und dem Bund gelungen, die Zahnärztliche Approbationsordnung neu aufzusetzen. Das ist meines Wissens vor einem oder zwei Jahren im Bundesratsverfahren gelungen. Das wird jetzt umgesetzt. Das heißt, dort hat es geklappt.

Für uns stellt sich jetzt eher die Frage, wie man die ärztliche und zahnärztliche Ausbildung in Zukunft verzahnt. In Bezug auf die Ärztliche Approbationsordnung gab es immer wieder auch Überlegungen, zumindest das Grundstudium, also die ersten Semester, miteinander zu verbinden. Davon sind wir als Land erst einmal ein Stück zurückgetreten, um zunächst abzuwarten, ob die Umstellung nach der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung funktioniert. Die Verbindung zwischen Zahnmedizin und Humanmedizin könnte in einem zweiten Schritt angegangen werden. Auch der Bund ist an dieser Stelle offensichtlich zurückhaltend. Das Gesundheitsministerium hat immer wieder in die Diskussion eingebracht, ob diese beiden Studiengänge anschlussfähig sein sollen. Die letzten Gespräche, auch in der Länderanhörung am 19. Februar, haben sich eher auf die Ärztliche Approbationsordnung konzentriert.

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

Tagesordnungspunkt 5:

Hochrisikogruppen wirksam vor dem Coronavirus schützen - wohnungslose Menschen in Niedersachsen besser unterstützen und das Prinzip Housing First landesweit umsetzen

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen -
[Drs. 18/8198](#)

direkt überwiesen am 18.12.2020

federführend: AfSGuG

*mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39
Abs. 2 Satz 2 GO LT: AfHuF*

hier: Unterrichtung durch das Ministerium für Umwelt, Energie, Bauen und Klimaschutz über den aktuellen Sachstand hinsichtlich der Gründung einer Landeswohnungsbau-gesellschaft und der Schaffung von Wohnraum für wohnungslose Menschen

Aus Zeitgründen setzte der Ausschuss diesen Punkt von der Tagesordnung ab.
