



N i e d e r s c h r i f t
über die 127. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
am 1. Juli 2021
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Fortsetzung der Unterrichtung durch die Landesregierung über die aktuelle Lage bezüglich des Coronavirus**
Unterrichtung..... 5
Aussprache 6

2. **Klarer Kurs Richtung Sommer - für eine berechenbare und nachvollziehbare Corona-Politik**
Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/9390](#)
Verfahrensfragen..... 17

3. **Einbahnstraße Corona? - Interessen von Kindern und Jugendlichen in und nach der Pandemie stärker berücksichtigen**
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/9403](#)
Planung einer Anhörung..... 19

4. **Rehabilitationsmaßnahmen für Long-Covid-Patientinnen und -Patienten**
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/9404](#)
Unterrichtung durch die Landesregierung..... 21
Aussprache 24

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Holger Ansmann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Oliver Lottke (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Hanna Naber (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
4. Abg. Annette Schütze (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
5. Abg. Uwe Schwarz (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Dr. Thela Wernstedt (SPD)
7. Abg. Christoph Eilers (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Laura Hopmann (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
9. Abg. Burkhard Jasper (CDU)
10. Abg. Petra Joumaah (CDU)
11. Abg. Volker Meyer (CDU)
12. Abg. Gudrun Pieper (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. 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)

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Scholz (MS).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsoberamtsrat Horn.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 12.04 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:*Billigung von Niederschriften*

Der **Ausschuss** billigte die Niederschriften über die 122., 123., 124. und 126. Sitzung.

*

Beratung des Haushaltsplanentwurfs 2022

Der **Ausschuss** verständigte sich auf den als **Anlage** beigefügten Zeitplan für die Beratung des Haushaltsplanentwurfs 2022. Er bat die Landesregierung für die Vorbereitung seiner Beratungen möglichst frühzeitig um eine schriftliche Informationsmappe des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung sowie jeweils um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zu den frauenpolitischen und migrationsrelevanten Maßnahmen.

Tagesordnungspunkt 1:

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

Unterrichtung

Infektionszahlen

StS **Scholz** (MS): Die aktuellen Zahlen sind vergleichsweise erfreulich: Die Sieben-Tage-Inzidenz sinkt auf 2,9. Gestern betrug sie 3,0, vor einer Woche 4,0 und zuvor 4,5, 8,5 und 15,7. Diese Entwicklung zeigt eine Verlangsamung des Rückgangs. Aber es ist völlig klar, dass der Rückgang nicht mehr so schnell vorangeht wenn man sich der Null asymptotisch nähert. Bei aller Hoffnung, die man haben könnte, wird es nicht so sein, dass die Inzidenzen negativ werden. Das wird nicht passieren. Von daher ist auch nicht damit zu rechnen, dass sich der Rückgang beschleunigt.

Nun zu den örtlichen Inzidenzen: Wenn ich richtig gezählt habe, gibt es neun Landkreise mit einer Inzidenz von null, und zwar zum Teil schon seit relativ langer Zeit. Im Landkreis Celle und in der Stadt Wolfsburg liegt die Inzidenz inzwischen wieder über 10. Das muss uns jetzt aber nicht dramatisch beunruhigen, weil bei diesen geringen Zahlen kleine Infektionsausbrüche relativ schnell zu Schwankungen führen. Im Landkreis Celle gibt es 25 Fälle. In vier dieser Fälle wurde schon eine Sequenzierung durchgeführt. In zwei der vier Fälle handelt es sich um die Delta-Variante, also die alte indische Variante, und in den anderen beiden Fällen um die Alpha-Variante, die wir Anfang des Jahres als „britische Variante“ bezeichnet haben.

Krankenhausbelegung

Die Situation in den Krankenhäusern entspannt sich ebenfalls. 114 Menschen mit einer COVID-19-Infektion befinden sich noch in den Krankenhäusern. 29 Erwachsene liegen auf Intensivstationen, von denen 21 beatmet werden, und zwar 10 extrakorporal. Die Gesamtzahl der COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern sinkt also weiterhin. Die Zahl der schweren Fälle sinkt aber langsamer als die Zahl der leichten Fälle. Rund 20 bis 25 Fälle liegen schon seit über einer Woche im Krankenhaus.

Virusvarianten

Bei den Virusvarianten dominiert nach wie vor die Virusvariante B.1.1.7, also die britische Variante. Die Delta-Variante - die alte indische Variante - hat inzwischen einen Anteil von knapp 40 % der sequenzierten Fälle - nicht 40 % aller Fälle; denn wir wissen es ja nicht genau; wir können nur annehmen, dass die sequenzierten Fälle dieselbe Verteilung haben.

Wir erleben hier genau das Gleiche wie zum Jahreswechsel, als sich die britische Variante gegenüber dem Wildtypus der italienischen Variante durchgesetzt hat, nämlich dass sich allmählich eine etwas infektiösere Variante durchsetzt.

Impfzentren

Ich komme nun zur Situation bei den Impfzentren. Wir erleben jetzt in der Tat, dass die Zeiten vorbei sind, als wir genau überlegen mussten, wie wir den Impfstoff auf die vielen Leute kontingentieren, die sich impfen lassen wollten. Wir haben inzwischen in Niedersachsen in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städte eine Impfquote von knapp 50 % bis knapp 60 % erreicht. Die Warteliste wird in dieser und in der nächsten Woche abgearbeitet sein. Wer im Moment versucht, einen Termin zu bekommen, erhält praktisch in jedem Impfzentrum jederzeit einen Termin und auch fast immer mit dem gewünschten Impfstoff.

Wir haben jetzt sozusagen die Ebene verlassen und beginnen mit dem Bergsteigen. Wir müssen uns also überlegen, wie wir die Menschen dazu bewegen können, sich impfen zu lassen. Wir haben das verschiedentlich mit den kommunalen Spitzenverbänden besprochen. Dazu werden noch in dieser Woche oder Anfang nächster Woche die Landrätinnen und Landräte sowie Oberbürgermeister angeschrieben. Jetzt muss es darum gehen, in die Gebiete zu gehen, wo die Impfbereitschaft bisher vergleichsweise schlecht ist. Das hat etwas mit der sozialen, der sprachlichen und der kulturellen Situation zu tun. In Salzgitter werden andere Bevölkerungsschichten anzusprechen sein als im Landkreis Vechta; das ist relativ klar. Aber die aus der Sicht der Impfzentren einfachere Situation, nämlich möglichst viele Leute schnell zu impfen, geht allmählich zu Ende.

Vor diesem Hintergrund gibt es natürlich auch intensive Diskussionen über die Frage des Fortbestands der Impfzentren. Das ist in der Gesundheitsministerkonferenz und im Kreise der Ge-

sundheitsstaatssekretäre mehrfach diskutiert worden. Einige Länder haben ganz klar erklärt, dass sie das öffentlich-rechtliche Impfen zum 30. September 2021 beenden werden. Sowohl Hessen als auch Sachsen haben entsprechende Beschlüsse gefasst. In beiden Ländern geht also das Impfen zum 1. Oktober 2021 komplett in das ambulante bzw. betriebsärztliche System über. In anderen Ländern ist es anders.

Ich glaube in der Tat, dass die stationären Impfzentren ihre Aufgabe gut erfüllt haben. Aber sie haben ihre Aufgaben eben erfüllt. Wir brauchen jetzt aufsuchende Formen, um zu den Menschen hinzugehen. Das gilt, wie gesagt, für bestimmte soziale Situationen, um bestimmte Gruppen, die aufgesucht werden müssen, zu erreichen.

Falls es zu einer Drittimpfung kommt - das ist ja nach wie vor unklar und, wenn ich es richtig verstehe, medizinisch-wissenschaftlich nicht eindeutig geklärt -, dann wird dort damit begonnen, wo wir auch zu Beginn der Pandemie mit Impfungen begonnen haben, nämlich in den Alten- und Pflegeheimen. Das heißt, wir werden auch bei der Drittimpfung zu aufsuchenden Formen kommen - ob das ein Impfbus ist wie in Köln, der vor ein Einkaufszentrum gestellt wird, oder ob das andere Formen sind, darüber muss man nachdenken. Aber in der Tat sollten aus unserer Sicht die mobilen Teams fortgeführt werden.

Ich muss aber ganz deutlich sagen: Zur Mitfinanzierung gibt es bisher vom Bund keine Aussage. Die Gesundheitsministerkonferenz hat in der letzten Woche beschlossen, dass es Voraussetzung für diese Fortsetzung ist, dass es weiterhin zu einer Kostenteilung kommt. Diese hat der Bund bisher nicht zugesagt. Man kann auch skeptisch sein, ob es dazu noch kommt. Denn es wird keine Plenarsitzung des Deutschen Bundestages mehr stattfinden, und der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages wird nur noch zu einer einzigen Sitzung zusammenkommen. Insofern stellt sich die spannende Frage, ob das Geld noch bereitgestellt werden kann. Das wird man sehen. Es wird auch Diskussionen geben, ob und in welchem Umfang das Land Niedersachsen die Finanzierung übernimmt. Natürlich sind wir gemeinsam mit allen anderen Ländern der Auffassung, dass es sich dabei um eine gesamtstaatliche Aufgabe handelt, für die der Bund seinen Anteil zahlen muss.

Interessant finde ich auch an der Diskussion, dass der Bund nicht bereit war, einer Formulie-

rung zuzustimmen, dass es die Voraussetzung für den Betrieb von mobilen Teams ist, dass es Impfstoff gibt, also dass der Bund ihnen Impfstoff liefert, sondern nur bereit war, sich bitten zu lassen, den Impfstoff zu liefern. Allerdings hat es dann in der letzten Gesundheitsministerkonferenz die Aussage von Herrn Bundesminister Spahn gegeben, dass er dann, wenn er Impfstoff hat, diesen auch verteilen werde. Von daher gehen wir davon aus, dass das funktioniert. Denn ein Einbinden der öffentlich-rechtlichen Strukturen in den Verteilmechanismus über die Apotheken und die Kassenärztlichen Vereinigungen kann ich mir nicht vorstellen.

Unsere Position ist, wie dargelegt, dass wir nach dem 1. Oktober 2021 die Impfzentren schließen und abwickeln, damit dann auch die katastrophenschutzmäßige Heranziehung beenden - wir arbeiten hier ja mit dem Katastrophenschutzrecht - und dass die Kreise und kreisfreien Städte als Gesundheitsämter mit mobilen Teams das auffangen, was dann noch aufzufangen ist. Wir erleben gegenwärtig deutliche Impffortschritte sowohl im ambulanten Bereich als auch allmählich im Bereich der Betriebsärzte. Bei den Betriebsärzten stellt sich ja nach wie vor das Problem, wie viel Impfstoff eigentlich bei ihnen ankommt. Außerdem haben wir den Eindruck - sage ich ganz vorsichtig -, dass das Berichtswesen bei den Betriebsärzten noch nicht so entfaltet ist, dass die Zahlen, die wir von ihnen bekommen, belastbar wären.

Aussprache

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Ich habe mehrere Fragen. Meine erste Frage knüpft an Ihre Ausführungen zum Schluss über die mobilen Impfteams an. Bei der Vorstellung, dass wir sie in Zukunft für aufsuchende Formen usw. noch brauchen, gehe ich inhaltlich mit. Mich haben aber Nachrichten aus unterschiedlichen Bereichen erreicht, dass einzelne Impfzentren schon die Hilfsorganisationen, die die mobilen Impfteams stellen, ab letzter oder dieser Woche komplett nach Hause schicken. Das finde ich ein bisschen irritierend. Sind sie dann auf Abruf wieder verfügbar? Das finde ich erstaunlich und passt nicht zu Ihren Darlegungen über die Strategie der Landesregierung.

Eine weitere konkrete Frage bezieht sich auf die Impfung von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren. Offensichtlich gibt es die Möglichkeit,

Termine in Impfzentren für Kinder und Jugendliche zu vereinbaren; wenn dann aber die Eltern mit ihren Kindern zum Impfzentrum kommen, ist in einigen Fällen kein Arzt da, der Kinder impft. Ich will keinen Arzt dazu zwingen, gegen die STIKO-Empfehlung Kinder zu impfen. Aber offensichtlich beschäftigen die Impfzentren Ärzte, die Kinder impfen, und zum Teil Ärzte, die Kinder nicht impfen wollen.

Ich habe die große Bitte, dass Sie diese Thematik als Diskussionsanstoß für die Kommunen mitnehmen, die Impfung in den Impfzentren so zu organisieren, dass Familien, die mit ihren Kindern dort ankommen - die Eltern müssen ja mitkommen; das ist ja sozusagen großer Bahnhof -, auf eine spezielle Impfstraße bzw. bestimmte slide slots geführt werden, wo nur Kinder geimpft werden. Es sollte nicht passieren, dass sie trotz ihres Termins auf einen Arzt treffen, der das Kind nicht impfen will. Ich finde, das ist eine ziemlich große Katastrophe. Die Leute bekommen die Auskunft, was sie alles mitbringen müssen - aber dann kann es ihnen auch passieren, dass sie weggeschickt werden. Ich finde, das geht gar nicht!

Ich war auch über Folgendes etwas irritiert: Als ich mir in der Apotheke den digitalen Impfnachweis geben lassen wollte, um die Impfungen in Zukunft digital auf dem Handy nachweisen zu können, wurde für beide Impfungen eine Bescheinigung ausgedruckt. Ich habe nachgesehen, dass das finanziell so geklärt ist. Ich habe aber noch in Erinnerung, dass Sie vor ein paar Wochen dargestellt haben, dass für den digitalen Impfausweis nur das Datum der Zweitimpfung von Belang sei. Insofern bin ich darüber verwundert, dass auch das Datum der Erstimpfung erfasst wird. Gibt es dafür irgendeinen großen Zusammenhang? Ich habe aber große Zweifel daran, ob diese Big-Data-Auswertung hinterher überhaupt möglich ist. Warum wird also die Erstimpfung erfasst? Ist das für künftige Nachimpfungen von Belang, oder wird statistisch ausgewertet, wie viele Personen wo ihre Erstimpfung und Zweitimpfung erhalten haben?

Schließlich habe ich noch eine Verständnisfrage zu dem, was ab heute gilt. Das ist auch veröffentlicht worden. Ich konnte das nicht so richtig herauslesen. Die Möglichkeit, den Abstand der Impfungen mit dem Impfstoff von AstraZeneca auf neun Wochen zu verkürzen, gilt ab heute, dem 1. Juli 2021. Gilt das nur für die Leute, die ab dem 1. Juli die Erstimpfung bekommen, oder können auch diejenigen, die noch auf die Zweitimpfung in

den nächsten Wochen warten, den Abstand ändern, oder werden die Impfzentren andere Termine anbieten?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich muss noch einmal auf die letzte Sitzung zurückkommen, in der uns der Herr Staatssekretär die Entwicklung der Delta-Variante beschrieben hat. Für die 24. Kalenderwoche hat er einen Anteil der Delta-Variante von 17 % angegeben. Frau Ministerin Behrens hat in der Landespressekonferenz plötzlich von 6,9 % gesprochen. Entweder wurde keine korrekte Angabe gemacht, oder das war allgemeines Wunschdenken - keine Ahnung! Mich interessieren die korrekten Zahlen. Sind die 17 % belastbar, die Sie für die 24. Kalenderwoche genannt haben? Gestern konnte man beim RKI nachlesen, dass der Anteil in Niedersachsen jetzt auf 39 % angestiegen sei. Das sind aber nur 22 Fälle. Dazu hätte ich gerne eine Klarstellung, weil mich das sehr irritiert hat, als ich diese Angabe beim NDR usw. gelesen habe; denn die Zahl 6,9 % hatte ich zuvor nirgendwo gehört.

Eine weitere Frage: Wie viele Fälle werden in Niedersachsen sequenziert? Haben Sie einen Überblick darüber, wie die Landkreise das handhaben, die ja dafür zuständig sind? Ich höre auch, dass es unheimlich lange dauert, dass man oftmals eine Woche auf das Ergebnis der Sequenzierung wartet. Laut RKI werden bundesweit nur 19 % der PCR-Tests sequenziert. Dadurch ist die Beurteilung ein bisschen schwierig. Mich interessiert, ob es einen Überblick darüber gibt, wie die Landkreise das handhaben, ob sie alles sequenzieren lassen oder nur 50 %. Celle lässt darauf schließen.

Wann soll dieser kleine Katastrophenfall beendet werden? Gibt es dafür ein konkretes Datum? Für die Kommunen ist das ja sehr wichtig.

Ich habe noch eine Frage zu der Verkürzung des Abstands zwischen den Impfungen mit dem Impfstoff von AstraZeneca auf neun Kalenderwochen. Wird auch im Hinblick auf die Delta-Variante über eine stärkere Flexibilität nachgedacht, Zeitfenster vorzugeben? Der Druck ist ja ziemlich groß. Am Anfang betrug ja der Abstand zwischen den Impfungen mit dem Impfstoff von BioNTech 21 bis 24 Tage. Gibt es dazu Überlegungen?

Abg. **Dr. Thela Wernstedt** (SPD): Vielen Dank für die Unterrichtung. Ich finde, das sind sehr erfreu-

liche Entwicklungen, die wirklich hoffnungsfroh stimmen.

Ich habe vor ein paar Wochen mit dem Präsidenten der Leibniz Universität telefoniert unter der Vorstellung, dass in den Universitäten Zehntausende von Studierenden erreichbar sind und es grundsätzlich wünschenswert wäre, wenn bei Vorliegen des Impfstoffes auch ein Impfangebot über Universitäten organisiert werden könnte. Ich bin dabei auf grundsätzliche Zustimmung, aber auch auf Zurückhaltung gestoßen, weil man sich natürlich mit einem solch großen Impfmanagement aufseiten der Universitäten nicht wirklich auskennt. Gleichwohl halte ich das nach wie vor für eine wichtige Idee. Ich habe jetzt wahrgenommen, dass auch Frau Schütz das in die Öffentlichkeit gebracht hat.

Ich fände es sinnvoll, wenn vonseiten der Landesregierung auf die LHK zugegangen würde, um mit den Unipräsidenten zu besprechen, wie man vielleicht auch unterstützen kann - auch mit Hilfe der Kommunen -, mit mobilen Impfteams in Universitäten zu gehen, weil wir dort Zehntausende junge Leute relativ problemlos erreichen könnten - jedenfalls diejenigen, die sich impfen lassen wollen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Nach dem, was ich aus den Universitäten höre, sind es nicht wenige. Ich mag mich aber auch täuschen; das weiß ich nicht.

Ich möchte an die Fragen von Frau Janssen-Kucz anschließen. In der letzten Sitzung war, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, nicht von Prozenten der Delta-Variante die Rede, sondern von 125 Fällen in Niedersachsen. Wie hoch ist der Sequenzierungsgrad im Vergleich zur gesamten Probeentnahme? Ich glaube, ursprünglich waren es zwischen 5 und 10 %. Ich weiß nicht, ob das immer noch so ist. Das würde mich interessieren.

Herr Kultusminister Tonne hat gesagt, dass er die Teststrategie gerade an Schulen auch im September, also direkt nach den Ferien, weiterführen will. Dazu die Frage: Wie stellt sich im Moment die Teststrategie des Landes bei den eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dar? Wie lange soll das weitergeführt werden? Gibt es dort weiterhin ein regelmäßiges Testangebot einmal pro Woche?

Meine dritte Frage bezieht sich auf die Kontaktnachverfolgung. Im Moment haben wir landesweit

vielfach die Luca-App im Einsatz. Wie stark wird diese App von der öffentlichen Hand genutzt? Können Sie dazu schon etwas sagen? Wie funktioniert die App, wenn positive Fälle festgestellt werden? Gibt es schon Erfahrungen hinsichtlich der Feststellung von Clustern und dergleichen?

Abg. **Julia Willie Hamburg** (GRÜNE): Ich möchte gerne noch einmal die Impfung von Kindern ansprechen; denn das, was Frau Schütz berichtet hat, habe auch ich gehört. Die Landesregierung hat ja gesagt, dass alle, die ihre Kinder impfen lassen wollen, das tun können. Jetzt gibt es die Situation, dass Kinder in Impfzentren zum Teil abgewiesen werden. Auch viele Kinderärzte sagen, dass sie nur Kinder mit Indikation impfen. Insofern stellt sich die Frage, wie gewährleistet werden soll, dass Eltern ihre Kinder impfen lassen können.

In diesem Zusammenhang würde mich auch interessieren, wie Sie zu der Aussage von Herrn Thümler stehen, dass die Frage der Impfung von Kindern als Empfehlung der STIKO noch einmal neu aufgemacht werden soll vor dem Hintergrund neuer Erkenntnisse und der Tatsache, dass jetzt offensichtlich kein Impfstoffmangel mehr besteht, der ja in der Abwägung zu der Aussage beigetragen hat, dass es nicht entscheidend ist, vor allem erst einmal Kinder zu impfen. Auch vor dem Hintergrund, dass Frau Ministerin Behrens gesagt hat, dass die Impfquoten, die man für den Herbst braucht, möglicherweise nicht erreicht werden, stellt sich die Frage, ob mit dem ausreichend zur Verfügung stehenden Impfstoff und der nahenden Delta-Variante die Impfung von Kindern neu geprüft werden muss. Ist das die allgemeine Haltung der Landesregierung?

Zur Impfkampagne: Viele Eltern haben Angst, weil die STIKO-Empfehlung ja auch deshalb ergangen ist, weil die Impfung für Kinder doch schädlich ist. Überlegen Sie, eine Impfkampagne gezielt für die Impfung von Kindern mit Informationen für die Eltern im Sinne von Aufklärung und Werbung zu machen?

Auf der Bundesebene sind ja nun doch nicht die wegweisenden Entscheidungen getroffen worden, die sich der Ministerpräsident zum Umgang mit der Delta-Variante gewünscht hat. Es gibt ja jetzt keine Quarantäne, keine flächendeckenden Testpflichten bei der Einreise usw., keine Testung von Doppeltgeimpften bei der Einreise. Gibt es vor dem Hintergrund, dass bundesweite Regelungen

nicht getroffen werden konnten, Überlegungen, Regelungen allein für Niedersachsen zu treffen?

Die Frage von Frau Janssen-Kucz zum Thema Flexibilisierung würde ich gerne unterstützen. Zwischen den Impfungen mit dem Impfstoff von BioNTech liegen sechs Wochen als Höchstzeit. Wenn jemand bei dem zweiten Impftermin z. B. Fieber hat, verpasst man diesen Termin und hat man die empfohlene Höchstzeit überschritten. Überlegen Sie, diesbezüglich eine gewisse Flexibilität zu schaffen, zumal man ja in England sieht, dass dort trotz der hohen Erstimpfungsquote die Inzidenz gerade durch die Decke steigt und die Zweitimpfung offensichtlich gebraucht wird, um das Infektionsgeschehen einzudämmen?

Können Sie auch noch genauer sagen, wie Sie die Organisation von Auffrischungsimpfungen real planen? In den Altenheimen stelle ich mir das relativ einfach vor, weil man dort die mobilen Impfteams aufsuchend hinfährt. Aber bei den nachfolgenden Gruppen, die z. B. keine Lehrkräfte sind, stelle ich es mir schwieriger vor, alle Menschen für die Auffrischungsimpfung zu erreichen. Wenn das nicht getan wird, gibt es sonst in einem Jahr wieder die gleiche Problematik, dass sich dieses „Schludern“ am Ende, wenn man Auffrischungsimpfungen braucht, rächt. Wie planen Sie also, die Menschen zu erreichen, um die Auffrischungsimpfungen zu gewährleisten? Für eine Antwort darauf wäre ich Ihnen sehr dankbar.

StS **Scholz** (MS): Diese Situation, dass für Jugendliche bzw. Kinder Impftermine gemacht werden, aber keine Ärzte da sind, die bereit sind, sie zu impfen, ist - das sage ich ganz vorsichtig - eine suboptimale Organisation in den Impfzentren. Das muss man ganz deutlich so sagen. „Suboptimal“ kann man ja auch durch ein Wort mit „sch“ am Anfang ersetzen, das aber hier von mir nicht verwendet wird. Wir werden noch einmal darauf hinweisen, dass die Impfzentren das natürlich organisieren müssen.

Für den digitalen Impfausweis müssen beide Impfungen erfasst werden, damit klar ist, dass man zwei Impfungen bekommen hat. Vom Termin her ist es natürlich wichtig, wann die letzte Impfung stattgefunden hat, ab der dann der Zeitraum von 14 Tagen läuft. An der Chargen-Nummer kann man nicht erkennen, dass es sich um die Zweitimpfung handelt. Daher müssen beide Impfungen erfasst werden. Das ist vom Bund so vorgesehen.

Zu der Änderung des Abstands zwischen den beiden Impfungen mit dem Impfstoff von AstraZeneca: Das wird jetzt in der Tat automatisch auf neun Wochen verkürzt. Wer den Zeitraum verkürzen möchte, kann sich über die Hotline um einen anderen Termin bemühen, wenn einer verfügbar ist.

Zu der Frage, dass Impfzentren mobile Impfteams teilweise nach Hause schicken, kann Frau Schröder etwas sagen.

MDgt'in **Schröder** (MS): In der Tat impfen wir in den Impfzentren derzeit primär stationär mit den dort vorhandenen stationären Impfstraßen. Dort, wo die mobilen Impfteams zurzeit nicht im Einsatz sind, werden diese Einsätze jetzt erst einmal beendet, weil das ja kostenpflichtig und auch kostenintensiv ist. Das ist unterschiedlich: Einige Impfzentren nutzen mobile Impfteams auch noch für besondere Sonderaktionen. Sie setzen sie auch weiterhin ein. Von daher brauchen wir diese Struktur, so wie wir sie am Anfang benötigt haben, nicht und müssen im Moment dafür auch kein Personal vorhalten.

Wir werden ab dem 1. Oktober 2021 zusammen mit der kommunalen Seite mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung, also der ambulanten Versorgung, entsprechende Bereitschaftsszenarios entwickeln. Denn es steht ja noch nicht ganz fest, wann und wo wir tatsächlich solche Teams benötigen. Auch bei dem Thema Auffrischungsimpfung, mit dem das ja zusammenhängt, ist noch völlig unklar, wann damit gestartet werden soll. Das Paul-Ehrlich-Institut hat dazu informiert, dass es momentan noch keine wissenschaftlichen Kenntnisse darüber gibt, dass es Auffrischungsimpfungen geben muss und wann, dass aber davon ausgegangen wird, dass es insbesondere für die vulnerable Gruppe der Hochaltrigen zu Auffrischungsimpfungen kommt, weil der Körper mit zunehmendem Alter Antikörper und andere Schutzmechanismen nicht mehr so gut speichern kann. Wann das sein wird und welche Empfehlungen das PEI am Ende dazu ausspricht, müssen wir noch abwarten.

Wir brauchen aber definitiv ein Bereitschaftssystem für mobile Impfteams, um vielleicht auch bei bestimmten Clustersituationen schnell reagieren zu können. Diesen Mechanismus werden wir verhandeln und dann auch sicherstellen.

Die mobilen Impfteams, die anfangs in Gemeinschaftseinrichtungen massiv geimpft haben, sind in den meisten Impfzentren in dieser Form nicht mehr erforderlich. Deswegen wird das dort auch zurückgeführt.

StS **Scholz** (MS): Frau Janssen-Kucz hat gefragt, wie die Landkreise die Sequenzierung handhaben. - Die Landkreise handhaben die Sequenzierung gar nicht. Die Sequenzierung erfolgt natürlich über die Labore, die die Untersuchungen durchführen. Das RKI hat ursprünglich angeordnet, dass in 5 % aller Fälle sequenziert wird. Inzwischen werden etwa 10 % aller Fälle sequenziert. Das RKI plant allerdings für diese Woche eine Vollsequenzierung und verhandelt dazu mit den Laboren. Nicht jedes Labor kann aber eine Sequenzierung durchführen.

In der 25. Kalenderwoche sind in Niedersachsen 22 Fälle der Delta-Variante festgestellt worden. Wie dargelegt, werden etwa 10 % der Fälle sequenziert. Die Sequenzierung erfolgt über die Labore. Das heißt, die Sequenzierung als solche kann nicht unmittelbar den einzelnen Ländern zugeordnet werden, weil die Labore länderübergreifend arbeiten. Das ist ein altes Problem. Die Fälle müssen nachträglich anhand der Postleitzahlen zugeordnet werden. Für Niedersachsen sind, wie gesagt, 22 Fälle zugeordnet worden. Das sind 39 % der sequenzierten Fälle und 6,9 % aller COVID-Fälle.

Wenn man hofft, dass die Sequenzierung statistisch gleich gewichtet ist, dass das sozusagen ein repräsentativer Durchschnitt aller Fälle ist - was zufällig sein kann, aber bei der insgesamt relativ geringen Zahl von Fällen nicht zwingend ist -, haben wir in Niedersachsen, wie vorhin schon gesagt, ungefähr 40 % der Fälle mit der Delta-Variante. Nachgewiesen ist sie, wie erwähnt, für 6,9 % aller Fälle.

Zu der Frage: Wann endet der kleine Katastrophenfall? - Das habe ich vorhin, glaube ich, schon gesagt. Wir betreiben die Impfzentren im Wege des kleinen Katastrophenfalls. Wenn wir sie schließen, wird auch das Ende des kleinen Katastrophenfalls kommen können.

Zur Frage der stärkeren Flexibilität bei der Impfung wird Frau Schröder ergänzend ausführen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Auf der einen Seite haben wir in den Zulassungsbedingungen für die Impfstoffe Impfintervalle optional vorgegeben. Auf

der anderen Seite gibt es die fachliche Empfehlung für die Impfintervalle, die sich daran orientiert, wie der Aufbau der Antikörper im Durchschnitt erfolgt. Mit dem Impfstoff von AstraZeneca kann man zwar schon nach der sechsten Woche die zweite Impfung durchführen. Bis zur neunten Woche werden aber nachgewiesenermaßen noch weiter Antikörper aufgebaut. Den höchsten Schutz erreicht man, wenn erst nach neun Wochen bis zu zwölf Wochen die zweite Impfung gesetzt wird.

Bei den mRNA-Impfstoffen ist es ähnlich. Auch dabei hat man ein sehr gutes Ergebnis, wenn der Zeitraum von drei bis sechs Wochen vollständig ausgenutzt wird. Wenn man dann den Termin verpasst - das ist vorhin auch schon angesprochen worden -, ist das insofern unschädlich, als es definitiv sinnvoll ist, auch danach noch die Impfserie zu beenden. Die Frist von sechs oder zwölf Wochen ist keine Ausschlussfrist. Ganz im Gegenteil, mittlerweile gibt es ziemlich viele Untersuchungen darüber, die ganz klar belegen, dass auch eine Zweitimpfung danach absolut wirksam ist und zu einem gleich guten Schutz führt, auch wenn sie außerhalb der Range liegt, weil man im Zulassungsverfahren einen Zeitraum „von bis“ angeben muss und es natürlich auch nicht so attraktiv ist, wenn man weiß, dass man zwei Impfungen braucht, und dieser Zweitimpftermin zu spät liegt. Diejenigen, die den zweiten Impftermin verpassen, müssen sich aber keine Sorgen machen. Die Impfung wird dann einfach nachgeholt. Sie haben dann auch den entsprechenden vollen Schutz.

StS **Scholz** (MS): Frau Wernstedt, die Anregung in Bezug auf die Universitäten nehmen wir mit. Das ist sicherlich eine der sinnvollen Maßnahmen.

Die Frage von Herrn Meyer zu den Sequenzierungen habe ich inzwischen beantwortet.

Die Teststrategie bei den eigenen Mitarbeitern setzen wir wie bisher konsequent weiter fort. Das heißt, wir bieten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an, sich zweimal in der Woche testen zu lassen. Von daher kann ich Sie beruhigen. Ich bin heute Morgen negativ getestet worden - immer in den Grenzen, die diese Antigen-Schnelltests mit sich bringen.

Zu den Ergebnissen der Luca-App kann ich im Moment nichts sagen. Ich weiß nicht, ob wir dazu überhaupt schon Daten haben.

MDgt'in **Schröder** (MS): Ich kann im Moment noch keine Zahlen nennen. Die Rückmeldungen aus den Gesundheitsämtern sind aber insofern positiv, als ein hoher Anteil derjenigen, die die Luca-App nutzen, die Daten wirklich freigibt - das ist ja das Entscheidende; sonst bringt das ja nicht viel - und dadurch die Kontaktnachverfolgung durch die Gesundheitsämter nachhaltig entlastet wird. Wir haben dazu also absolut positive Rückmeldungen.

Zu der Frage ob alle Gesundheitsämter die Luca-App nutzen: Ein einziges Gesundheitsamt setzt ein anderes System ein. Es funktioniert aber genauso. Das ist ja dann kein Unterschied. Es ist definitiv so, dass es die Kontaktnachverfolgung verbessert und vereinfacht.

StS **Scholz** (MS): Ich komme jetzt zu den Fragen von Frau Hamburg. Ich finde, es muss nicht besonders verwundern, dass sich Ärzte an die STIKO-Empfehlungen halten. Wenn Kinderärzte oder Ärzte im Impfzentrum der Meinung sind, dass ein Kind sinnvollerweise nicht geimpft werden sollte, dann wird man damit leben müssen. Wir haben die Situation, dass die Eltern, abhängig vom Alter der Kinder und Jugendlichen, gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen entscheiden können, dass sie geimpft werden sollen. Gleichwohl muss eine Ärztin oder ein Arzt das aber verantworten wollen. Wenn sie das nicht verantworten wollen, impfen sie nicht. Dann kommt man, wie immer, in die Situation, dass die Eltern eine Ärztin oder einen Arzt finden müssen, die oder der bereit ist zu impfen. Wir sind auch nicht in der Lage - das will ich ganz deutlich sagen -, die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte in den Impfzentren in der Weise aufzubrechen oder zu unterdrücken, dass wir sie anweisen zu impfen. An dieser Stelle kommen wir bei dem Medizinrecht nicht weiter und bleibt es nur übrig, zu suchen, ob man eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt findet, die oder der impft.

Dass die STIKO-Bewertung differenziert aufgenommen worden ist, haben alle mitbekommen. Aus epidemiologischer Sicht würden wir es natürlich begrüßen, wenn die STIKO ihre Bewertung und Empfehlung ändern würde. Ob sie das macht, wird man gewahr werden. Man kann ja immer auf zweierlei Art und Weise auf Druck reagieren - der Druck wächst ja im Moment; das hört man in allen Nachrichten -: Die eine Variante ist nachzugeben, und die andere Variante ist, halsstarrig zu werden. Welche der beiden Varianten die STIKO jetzt wählt, weiß ich nicht. Das wird na-

türlich auch davon abhängen, ob und, wenn ja, welche neuen belastbaren Zahlen vorliegen. In den USA ist die CDC ja zu anderen Ergebnissen gekommen als die STIKO. Als Jurist bin ich aber nicht in der Lage, die Erkenntnisse der Mediziner in der STIKO, die ja mit hoher Fachkompetenz agieren, zu ersetzen.

Die Grundsatzposition, dass es epidemiologisch sinnvoll wäre, Kinder zu impfen, ist, glaube ich, unbestritten.

Die Regelungen zur Einreise aus dem Ausland hat der Bund getroffen. Wenn der Bund eine Regelung nicht trifft, haben wir an dieser Stelle nicht die Möglichkeit, das zu überregeln. Früher gab es ja keine Bundesverordnung dazu und haben wir das selber geregelt. Eine Bundesregelung war aber im Moment nicht erzielbar.

Zur Flexibilisierung der Impftermine hat Frau Schröder gerade schon etwas gesagt.

Zur Organisation von Auffrischungsimpfungen: Wenn es zur Auffrischungsimpfung kommt - was wahrscheinlich, aber nach wie vor nicht sicher ist und aus meiner Sicht medizinisch und nicht administrativ beantwortet werden muss -, ist es in der Tat unser Ansatz, zuerst dafür zu sorgen, dass aufsuchend vorrangig in den Alten- und Pflegeheimen geimpft wird. Man kann das auch in anderen Settings machen. Ansonsten wird es Teil der Werbekampagne sein, dafür zu sorgen, dass das Bewusstsein für die Auffrischungsimpfung gestärkt wird - wenn sie denn notwendig wird. Wie gesagt, gibt es meines Wissens starke Stimmen, die davon ausgehen, dass Auffrischungsimpfungen nur für Hochaltrige bzw. zumindest für ältere Menschen notwendig werden, bei denen das Immunsystem nicht mehr so stabil ist, wie es bei Jüngeren vielleicht der Fall ist.

Ich glaube, ich habe damit alle Fragen beantwortet.

Abg. **Susanne Victoria Schütz** (FDP): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Zu dem digitalen Impfnachweis möchte ich noch etwas ergänzen. Die Apotheker führen ja eine Plausibilitätsprüfung durch. Ich bin davon ausgegangen, dass sie sehen, dass zwei Impfungen erfolgt sind, und dann nur die zweite Impfung bescheinigen. Das alles verursacht ja Kosten im System. Deshalb hat mich das erstaunt.

Ich habe noch zwei, drei Nachfragen:

Vor ein paar Wochen, noch bevor die Betriebsärzte in die Impfungen einbezogen worden sind, habe ich gefragt, wann Betriebsärzte und Privatärzte in das System aufgenommen werden. Zum damaligen Stand wurde über beides noch verhandelt. Dürfen Privatärzte mittlerweile impfen? Dürfen sie auch im Auftrag eines Kassenarztes impfen, können sie also entlastend hinzukommen?

Zu der Diskussion darüber, mit welchem Impfstoff nach wie vielen Wochen das zweite Mal geimpft werden kann, habe ich beim RKI nach Informationen gesucht, aber nicht gefunden. Welcher Abstand zwischen den beiden Impfungen wird jetzt für Personen empfohlen, die bei der ersten Impfung mit dem Impfstoff von AstraZeneca geimpft worden sind und bei der zweiten Impfung mit einem mRNA-Impfstoff geimpft werden sollen? Ich habe den Überblick darüber verloren.

Die nächste Frage habe ich schon mal in ähnlicher Form gestellt. Bei der Antwort waren Sie ganz optimistisch. Ich bin an dieser Stelle aber nicht so optimistisch. Mich würde interessieren, inwieweit andere Behörden in den Kommunen, die Mitarbeiter zum Gesundheitsamt abgeordnet haben, wieder zum Normalbetrieb übergegangen sind. Mich haben verschiedene Mitteilungen erreicht, dass Schuleingangsuntersuchungen nicht flächendeckend stattgefunden hätten und der Schulzahnärztliche Dienste nicht im Einsatz sei. Neuerdings habe ich auch Mitteilungen bekommen, dass bei Autohäusern noch viele Autos auf dem Hof stehen, weil die Zulassungsstellen nicht erreichbar sind. Ist das ein Thema bei den Gesprächen mit den Kommunen? - Das als Anregung oder Frage.

Abg. **Christoph Eilers** (CDU): Meine Frage zielt in eine etwas andere Richtung, nämlich auf das Corona-Aufholpaket des Bundes. Der Bund hat ja Mittel für 2021 und 2022 zur Verfügung gestellt, um Corona-Folgen gerade bei Kindern und Jugendlichen aufzufangen. Zu diesem Thema kommen wir ja noch unter dem Tagesordnungspunkt 3. Gestern ist an mich herangetragen worden, dass in diesem Corona-Aufholpaket auch steht, dass Freiwilligendienste einbezogen werden können. Die Freiwilligendienste werden ja eigentlich vom Sozialministerium betreut.

Dazu meine erste Frage: Hat das Land Niedersachsen dieser Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zugestimmt, dass man auch Mittel bei den Freiwilligendiensten einsetzen möchte?

Meine zweite Frage: Wer ist in diesem Bereich federführend zuständig: das Sozialministerium oder das Kultusministerium?

Wie gesagt, die Frage zielt in eine etwas andere Richtung. Da der Herr Staatssekretär gerade anwesend ist, wollte ich diese Frage schon jetzt stellen.

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Erstens. Die Frau Ministerin hat in der letzten Landespresskonferenz gesagt, dass die Impfzentren zum 1. Oktober 2021 geschlossen werden. Sie selber haben auch auf die mobilen Impfteams hingewiesen. Die Frage ist offengeblieben: Heißt es dann für die Kommunen, dass der bisher ausgerufene kleine Katastrophenfall zum 1. Oktober 2021 beendet wird? Darauf habe ich keine Antwort gehört.

Zweitens zur Luca-App. Es ist ja erfreulich, dass die Luca-App so weit funktioniert. Viele Funktionen sind aber jetzt auch schon über die Corona-App möglich. Plant das Land, den Jahresvertrag, der Ende März über 3 Millionen Euro geschlossen wurde, perspektivisch zu verlängern, oder wollen Sie erst einmal abwarten, wie sich die Lage entwickelt und ob wir dann mit einer App klarkommen? Die Luca-App ist ja sehr unterschiedlich in den Anwendungen. Ich erlebe in meiner Region, dass sie fast überall im Einsatz ist, in Hannover erstaunlicherweise aber nicht ganz so stark.

Drittens. Sie haben die Impfstofflieferung für Juli genannt. Gibt es grobe Schätzungen, ob es bei den 1,3 Millionen Impfdosen für August bleibt oder ob eventuell noch mehr Impfstoff geliefert wird? Sind wir eigentlich in der Lage, den Impfstoff mit verstärkten Kampagnen - Sie haben das selber angesprochen - gerade in dieser Reisezeit zu verimpfen?

Viertens. Ich habe mich mit den WHO-Empfehlungen beschäftigt, in denen dringend auf das Tragen eines Mund-Nase-Schutzes auch von geimpften Personen hingewiesen wird. Folgen daraus Veränderungen in der Niedersächsischen Corona-Verordnung, die demnächst wieder zu Beratung ansteht? Denken Sie darüber nach?

Fünftens zu einem Thema, das mich in allen Gesprächen immer wieder umtreibt. Ich kann WhatsApp- und SMS-Nachrichten und Sonstiges dazu schon gar nicht mehr zählen. Was ist mit dem flächendeckende Einsatz von Luftfiltern in Schulen und vor allem auch in Kitas nach den

Sommerferien, um in der fragilen Lage, in der wir uns weiterhin befinden, den Präsenzbetrieb sicherzustellen? Der Bund hat ja nun ein Förderangebot gemacht. Das Land verhält sich dabei noch sehr reserviert. Die Frage ist: Wie wollen wir das sicherstellen? Wie kriegen wir es hin, den notwendigen Einsatz von Luftfiltern über die Sommerpause hinweg zu organisieren, um den Schulen, den Kitas, Eltern und Kindern damit ein Stück Sicherheit zu geben?

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Der Staatssekretär hat schon gesagt, dass dann, wenn die Impfzentren zum 30. September 2021 geschlossen werden, damit auch der kleine Katastrophenfall beendet ist.

Abg. **Petra Joumaah** (CDU): Vielen Dank auch von meiner Seite. Ich habe bis zuletzt gewartet, weil ich keine Frage habe, aber einen Hinweis in einer Angelegenheit geben möchte, die mich sehr besorgt. Ich wohne in einem Ort mit 8 000 Einwohnern. Er ist also durchaus überschaubar. Ich bin dort Ortsbürgermeisterin und kenne unsere Familien mit Migrationshintergrund sehr gut. Sie kommen größtenteils aus dem Irak, aus Syrien, Rumänien und Bulgarien.

Nachdem ich in der Vergangenheit von Ihnen schon Hinweise erhalten habe, dass die Impfbereitschaft zu gering ist, habe ich sehr viele Gespräche mit diesen Menschen geführt. Das geht eigentlich nur in solch einer verhältnismäßig kleinen Stadt. Zu 90 % funktioniert das ohne Sprachmittler; bei einigen sind aber Sprachmittler nötig. Bei ihnen herrscht eine riesige Ablehnung. Ich bin entsetzt und wirklich auch in großer Sorge, weil diese Familien ja auch viele Kinder haben, die sich glücklicherweise überall bewegen - inzwischen auch in Vereinen usw. Ich gehe davon aus, dass Sie dabei eine ganz, ganz große und harte Nuss knacken müssen! Ich habe keine Ahnung, wie das möglich sein soll. Ich habe aufgegeben. Diese Menschen wollen sich einfach nicht impfen lassen und sind wirklich allen Argumenten nicht zugänglich.

Dann kommen, je nach Community, noch ganz merkwürdige Dinge dazu: Es heißt, man wird dann „gehirnkrank“. Ich weiß nicht, was da noch alles kursiert. Eine Bulgarin - eine der wenigen, die sich hat impfen lassen - erzählte mir, dass sie in der bulgarischen Community fast stigmatisiert wird, weil sie sich hat impfen lassen. Die anderen gucken sie an nach dem Motto: Sieht man schon

erste äußere Anzeichen von dramatischen Erkrankungen?

Ich denke, das müssen wir sehr ernst nehmen. Sie haben ja schon angekündigt, dass Sie mit den kommunalen Vertretern Gespräche führen werden. Daran muss mit Nachdruck gearbeitet werden!

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank, Frau Kollegin Joumaah. Wir hatten dieses Thema auch in unserem Landkreis. Das ist teilweise wirklich erschreckend. Es wird davon geredet, dass man nach der zweiten Impfung abgeschoben wird, gerade diejenigen, die geduldet sind usw.

Wir haben jetzt ein Konzept entwickelt, über die Gesundheitslotsen, die über das MiMi-Programm richtig fit sind und auch Zugang haben, und die Sozialarbeiter z. B. vom DRK in die Haushalte und in die Treffpunkte zu gehen und auch mehrsprachige Flyer, die kurz und knapp gehalten sind, zu verteilen. An dieser Stelle ist aber wirklich ein dickes Brett zu bohren. Ich verweise aus diesem Grund noch einmal auf das Gesundheitsprojekt „MiMi“ und die Gesundheitslotsen; denn sie haben einen Zugang. Die Ablehnung der Impfung macht deutlich, wie wichtig es war, dass wir diese Maßnahmen in der Vergangenheit forciert haben. Ich glaube, wir müssen noch viel mehr in diese Richtung gehen; denn wir brauchen Vertrauenspersonen und Sprachmittler.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank. Diese Statements zeigen, dass jetzt ein Strategiewechsel hin zu einer aufsuchenden Strategie der richtige Weg ist, der natürlich zielgruppenspezifisch gestaltet werden muss.

StS **Scholz** (MS): Privatärzte sind, ich glaube, seit dem 6. Juni 2021 beim Impfen dabei. Das sind aber diejenigen Ärzte, die bei der Ärztekammer mit einer Praxis angemeldet sind. Nicht jeder, der eine Approbation hat und auf die Idee kommt, er könne seine Kinder impfen, kann das tun, sondern nur diejenigen, die tatsächlich in einer Praxis tätig sind, sind parallel mit den Betriebsärzten freigeschaltet worden.

Der Impfabstand bei Cross-Impfungen richtet sich nach dem ersten Impfstoff, weil es auf den Aufbau der Antikörper titer ankommt. Wenn die Erstimpfung mit AstraZeneca erfolgt ist, wird die Zweitimpfung mit dem Impfstoff von Pfizer-

BioNTech oder Moderna nach neun bis zwölf Wochen vorgenommen.

Rückstände in anderen Verwaltungszweigen wird es immer noch geben; das ist überhaupt keine Frage. Wir sind nach wie vor im Krieg gegen das Virus und haben die Aufgaben konzentriert. Bei mir im Haus ist nach wie vor gut die Hälfte der Beschäftigten in die Corona-Bekämpfung einbezogen, was dazu führt, dass andere Aufgaben liegen bleiben. Ganz platt: Wenn die Gleichstellungsabteilung im Moment nur mit etwa der Hälfte ihrer Beschäftigten arbeitet, dann ist die Leistungsfähigkeit dort nicht ganz so hoch, als wenn alle da wären. Wenn jetzt weniger Koordination notwendig ist, dann macht das aber den Kohl an der Stelle nicht fett.

Das Gleiche gilt für andere Häuser; denn wir werden ja von anderen Häusern auch mit ungefähr 40 Kolleginnen und Kollegen unterstützt. Diese Kolleginnen und Kollegen fehlen dann dort. Jedenfalls haben wir nicht den Eindruck, dass wir von den anderen Häusern Leute bekommen, die dort nicht fehlen würden, sondern, ganz im Gegenteil, das sind hoch engagierte Kolleginnen und Kollegen. Von daher werden sie auch dort fehlen.

In den Kreis- und Stadtverwaltungen wird es genauso sein. Das ist gar keine Frage.

Herr Eilers, das Corona-Aufholpaket des Bundes beinhaltet zwei Komponenten: eine Bildungskomponente und eine Jugendfreizeit- bzw. Jugendhilfekomponente. Für die zweite Komponente sind wir federführend. Man muss aber immer dazusagen, dass die zweite Milliarde Euro zu 700 Millionen Euro Bundesprogramme gegenfinanziert, die schon vorhanden sind. Der Bund hat sich dafür sozusagen noch einmal Mittel zur Verfügung gestellt. Die Schulkomponente wird in Höhe von 1 Milliarde Euro auf die Länder verteilt, die andere Milliarde nur deutlich reduziert.

Wir planen eine Reihe von Linien, die etwas mit Jugendkulturarbeit, mit Sport und mit bestimmten Situationen für die Kommunen zu tun haben. Das wird in dieser Woche finalisiert und dann entsprechend kommuniziert. Dazu können auch Freiwilligendienste gehören. Das wird im Laufe der Woche fertig. Wir werden es Ihnen dann auch zur Verfügung stellen.

Frau Janssen-Kucz hat gefragt, ob der Vertrag für die Luca-App verlängert werden soll. Das Innenministerium ist dabei, das zu prüfen. Im Kern wird

das davon abhängen, wie lange die epidemische Lage insgesamt andauern wird. Wenn sie im Frühjahr vorbei ist, hat es natürlich auch keinen Sinn, die Luca-App zu verlängern.

Die Impfstofflieferungen für August sind im Moment noch nicht in belastbarer Höhe bekannt. Für den Juli haben wir in der letzten Woche - etwas überraschend und anders als vorher angekündigt - auf einmal erfahren, dass wir deutlich mehr Impfstoff erhalten, als wir im Juni pro Woche bekommen haben. Das müssen wir abwarten.

Zu der Frage, ob die Verimpfung auch in der Reisezeit klappt: Es ist gar keine Frage, das ist eine Herausforderung für die Impfzentren, weil es die Frage ist, ob die zu Impfenden da sind, und das ist auch eine Herausforderung im Bereich des ambulanten Dienstes, weil es die Frage ist, ob die Ärzte da sind. Insofern bestehen dann sicherlich Herausforderungen, zumal, wie gesagt, die Bereitschaft, sich schnell impfen zu lassen, jetzt vorbei ist und wir für das Impfen werben müssen.

Zu der Frage, ob es in der Verordnung eine Veränderung beim Masketragen geben wird: In der nächsten oder übernächsten Woche haben wir einen Termin, bei dem wir besprechen werden: Was lehrt uns das, was wir im Moment gerade erfahren? Was lehrt uns das, was wir in Großbritannien sehen? Was lehren uns die Zahlen, die wir heute Morgen gehört haben? - Möglicherweise haben Sie, glaube ich, auch im Deutschlandfunk gehört, dass Public Health Scotland meldet, dass aus Wembley 2 000 Leute mit Infektionen zurückgekommen sind.

(Abg. Volker Meyer [CDU]: Welche Überraschung!)

- Welche Überraschung, wenn man die Bilder gesehen hat! Man kann die Plätze in einem Stadion natürlich auch in der Weise reduzieren, dass ganze Blöcke leer sind. Das ist ja die Variante, die dort gewählt worden ist, wenn ich die Bilder vorgestern Abend richtig gesehen habe. Zwischen den Leuten waren ganze Blöcke nicht belegt. Das ist vielleicht auch schön, aber infektiologisch suboptimal.

Zu den Luftfiltern in Schulen: Das ist eine Frage, die im Kern im Kultusausschuss diskutiert werden muss. Ich will dazu nur noch einmal sagen, dass wir hierzu gegenläufige Stellungnahmen von Epidemiologen und Strömungstechnikern haben. Strömungstechniker sagen, dass die Luft im

Durchschnitt durchgefiltert wird, und die Epidemiologen sagen: Ja, aber eben nur im Durchschnitt! Es wird nicht die gesamte Luft gefiltert. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist es nach wie vor die ganz deutliche Mehrheitsmeinung der Epidemiologen und der Infektologen, dass mobile Luftfilteranlagen nicht helfen, aber dass eine echte Belüftung helfen würde, die immer Frischluft zuführt, also immer dafür sorgt, dass von außen frische Luft hereinkommt. Die Umwälzfilteranlagen funktionieren zwar strömungstechnisch, aber anscheinend epidemiologisch nicht. Auch hier muss ich mich aber auf das verlassen, was mir die Leute sagen, die davon etwas verstehen.

Frau Joumaah, Sie haben zu der Impfbereitschaft ein drastisches Beispiel genannt. Von daher müssen wir die Kampagne jetzt schneller starten, als wir erwartet hätten. Wir haben bisher immer gedacht, wir würden im Juli noch nicht werben müssen. Wir stellen jetzt fest, dass wir schneller werden müssen. Von daher beschleunigen wir die Kampagne auch. Sie wird sich zu einem ganz großen Teil an Migranten richten, nicht nur, aber zu einem ganz großen Teil.

Ich wohne in Langenhagen. Dort hat der Ausländerbeirat mit allen seinen Mitgliedern und allen Sprachen die Stadt zu plakatiert, auf denen steht: „Ich lass mich impfen, weil ...“ Wir erleben ja in allen Bereichen und in allen Bevölkerungsgruppen, dass das Internet nicht nur Informationen, sondern in einem ganz wesentlichen Umfang auch Desinformationen liefert. Je stärker Menschen von qualitativen Informationsdiskursen abgeschottet sind, umso mehr gibt es „strubbelige“ und Fehlinformationen. Das müssen ja nicht immer nur Mikrochips von Bill Gates sein, die unter die Haut gespritzt werden, sondern das kann auch alles Mögliche sonst sein. Sie haben einiges angesprochen. Deshalb wird sich ein Großteil der Kampagne in der Tat an diese Bevölkerungsgruppen richten, und zwar in ihren Sprachen und mit Leuten aus den Communities, die entsprechende Themen ansprechen können.

Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD): Vielen Dank, Herr Staatssekretär Scholz. Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Damit sind wir am Ende der heutigen Unterrichtung angelangt.

Tagesordnungspunkt 2:

Klarer Kurs Richtung Sommer - für eine berechenbare und nachvollziehbare Corona-Politik

Antrag der Fraktion der FDP - [Drs. 18/9390](#)

*erste Beratung: 110. Plenarsitzung am
09.06.2021
AfSGuG*

Beratung

Auf Vorschlag des Vors. Abg. **Holger Ansmann** (SPD) kam der **Ausschuss** überein, die Landesregierung für die Sitzung am 15. Juli 2021 um eine Unterrichtung zu dem Antrag zu bitten.

Tagesordnungspunkt 3:

Einbahnstraße Corona? - Interessen von Kindern und Jugendlichen in und nach der Pandemie stärker berücksichtigen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/9403](#)

*erste Beratung: 112. Plenarsitzung am 11.06.2021
AfSGuG*

zuletzt beraten: 125. Sitzung am 24.06.2021

Der **Ausschuss** kam überein, in der Sitzung am 9. September 2021 eine mündliche Anhörung zu dem Antrag durchzuführen und an diesem Tag ganztägig zu tagen. Der Kreis der Anzuhörenden soll interfraktionell abgestimmt werden.

Tagesordnungspunkt 4:

Rehabilitationsmaßnahmen für Long-Covid-Patientinnen und -Patienten

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - [Drs. 18/9404](#)

erste Beratung: 110. Plenarsitzung am 09.06.2021
AfSGuG

zuletzt beraten: 126. Sitzung am 24.06.2021

Unterrichtung

MDgt'in **Schröder** (MS): Long-Covid bzw. Post-Covid ist eine mit der COVID-Infektion assoziierte Erkrankung, die sich noch durch ganz viele Unbekannte auszeichnet und im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion Tage bis Wochen nach dieser Erkrankung einsetzen kann. Die Definition ist noch etwas unklar. Einig sind sich aber alle wissenschaftlichen Stimmen darin, dass ein Symptomverlauf, der irgendwann zwischen der vierten und zwölften Woche eintritt und über die zwölfte Woche hinaus andauert, definitiv zu dieser Long-Covid- bzw. Post-Covid-Erkrankung zu rechnen ist.

Betroffen sind ungefähr 10 % der infizierten Erwachsenen. Das ist eine extrem hohe Zahl. Die Symptome und Erkrankungsbilder betreffen eine Vielzahl unterschiedlicher Organsysteme, aber auch neurologische Auffälligkeiten wie Kognitions- und Konzentrationsstörungen, Tremor und Kopfschmerz. Das ist ein ganz buntes Bild bis hin zu dermatologischen Symptomen und auch einhergehend mit psychosomatischen Begleitscheinungen einschließlich des sogenannten Chronic-Fatigue-Syndrom, bei dem Menschen durchgängig Erschöpfungszustände aufweisen, sodass sie ihr Alltagsleben und Berufs- und Familienleben nicht in der gewünschten Form leben können.

Von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin war schon geplant, eine S1-Leitlinie zu entwickeln, die zum 1. Juni 2021 fertiggestellt und veröffentlicht werden sollte. An dieser Leitlinie wird noch mit Hochdruck gearbeitet. Sie ist noch nicht veröffentlicht. Auch das zeigt, wie schwierig die Erstellung dieser Leitlinie ist. Wir gehen aber davon aus, dass kurzfristig eine erste konzentrierte Leitlinie zu erwarten ist.

Mit diesem Thema haben sich auch schon verschiedenste Konferenzen befasst, allen voran die Gesundheitsministerkonferenz. Aber auch die Gleichstellungs- und Frauenministerkonferenz hat sich damit schon befasst, dann natürlich mit dem Schwerpunkt der Auswirkungen für Frauen.

Alle Beteiligten an den Konferenzen waren sich darin einig, dass es weiterer Forschungs- und Wissenschaftsarbeit bedarf, um das Behandlungsbild und auch die definitiv erforderlichen interdisziplinären Behandlungsformen und Rehabilitationsformen gut zu erforschen und entsprechend wissenschaftlich zu untersetzen.

Wir alle wissen ja: In dem Moment, in dem es interdisziplinär wird, stößt sich das und reibt es sich mit unserem sehr segmentierten Gesundheitssystem. Hier sind sich aber alle einig - bis hin auch zu den Krankenkassen -, dass wir nur dann Behandlungserfolge erzielen können, wenn wir die Vernetzung sicherstellen und eine gute Zusammenarbeit aller Akteure organisiert bekommen.

Am 7. Juni 2021 hat im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine Anhörung stattgefunden, und am 8. Juni hat auf der Bundesebene eine interministerielle Arbeitsgruppe hierzu getagt, die sich genau die Punkte, die im Entschließungsantrag aufgeführt sind, als Arbeitsschwerpunkt gesetzt hat.

Ich möchte jetzt gerne auf die einzelnen Punkte des Antrags eingehen.

Zunächst zu der Nr. 1 des Antrags, sich für die Schaffung und adäquate Ausstattung interdisziplinärer Angebote einzusetzen. Sie wissen, dass es im Reha-Bereich durchaus schon solche Angebote gibt. Es ist, glaube ich, völlig unstrittig, dass diese Angebote definitiv optimiert werden müssen. Gerade bei den multisystemischen komplexen Krankheitsbildern, die mit Long-Covid einhergehen, zeigt sich ganz zentral, dass wir definitiv Verbesserungen brauchen.

Wir brauchen auch eine Vernetzung der vorhandenen Angebote. Es wird nicht ausreichen, dabei nur auf die Hochschulambulanzen zu setzen; denn in den Hochschulambulanzen wird letzten Endes nur ein kleiner Teil der Betroffenen behandelt werden. Der viel größere Teil wird sich im System der ambulanten Versorgung, insbesondere bei Fachärzten und Hausärzten, befinden. Es sind sicherlich - auch unter Nutzung digitaler Möglichkeiten - gemeinsame Fallbesprechungen

und ein fachlicher Austausch notwendig, der dann aber sehr gut federführend von den Hochschulen organisiert werden kann. Insofern haben die Hochschulambulanzen dabei natürlich eine zentrale Rolle.

Das Gleiche gilt für die Nr. 2 und die Frage, wie interdisziplinäre Rehabilitationsmaßnahmen auch die psychischen und neurologischen Folgen mit in den Blick nehmen können. Unklar ist noch, ob zu Long-Covid tatsächlich psychiatrische oder psychische Erkrankungen gehören. Psychosomatische Erkrankungsbilder sind aber ganz eindeutig damit verbunden. Insofern ist das ein wichtiger Aspekt, der natürlich auch bei der Rehabilitation mit in den Blick genommen werden muss.

Hier gibt es ganz eindeutig Forschungsbedarfe. Es sind auch verschiedene Netzwerke unter der Federführung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung entwickelt worden, in das auch die Hochschulmedizinen in Niedersachsen direkt eingebunden sind. Sowohl die UMG als auch die MHH sind dort Mitglied, sowohl im Netzwerk Universitätsmedizin als auch in weiteren Netzwerken. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat im Mai auch Förderprojekte und Förderleitlinien auf den Weg gebracht. Bis zum 14. Juli 2021 können dort Anträge gestellt werden. Nach unserem Kenntnisstand sind auch Anträge aus dem Netzwerk Universitätsmedizin geplant.

Zu Nr. 3: Es ist ganz klar der gesetzliche Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen diesen Auftrag nicht erfüllen können, fällt er an die gesetzlichen Krankenkassen. Wir sind zu dieser Thematik auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen im Gespräch. Vor diesem Hintergrund wird natürlich auch noch einmal zu prüfen sein, ob es gegebenenfalls auch Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen geben muss. Das wird ganz massiv davon abhängen, dass tatsächlich fachliche Austausche zwischen Hochschulambulanzen und dem niedergelassenen Bereich erfolgen, damit man hier in der Erkenntnislage weiterkommt. Unter Umständen auch temporär mit Ermächtigungen und Sonderzulassungen zu arbeiten, könnte ein Weg sein, zunächst einmal Schwerpunkte auch im ambulanten Sektor zu bilden, die dann ihrerseits wieder wie Multiplikatoren auch gegenüber anderen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wirken können.

Zur Nr. 4 zum Thema Ausbildung: In Niedersachsen gibt es vier Standorte für Bachelor- und Masterangebote in der Psychologie mit dem Schwerpunkt klinische Psychologie/Psychotherapie, und zwar in Braunschweig, Göttingen, Hildesheim und Osnabrück. Das MWK hat diesen Hochschulen Finanzmittel zur Verfügung gestellt, um diese sogenannten polyvalenten Bachelor-Studiengänge einrichten zu können und auch psychotherapeutische Master-Studiengänge zur Verfügung zu stellen.

Wir müssen uns aber immer vor Augen führen: Das sind alles Maßnahmen, die schon eingeleitet worden sind. Diese Ausbildungsgänge dauern letztendlich lange. Im Schnitt dauert es sieben bis acht Jahre, bis jemand als entsprechende Fachkraft approbiert ist und dann für die Behandlung zur Verfügung steht. Von daher ist es gut, dass wir diese Weichen schon gestellt haben. Wenn wir damit jetzt erst anfangen würden, wären wir im Grunde viel zu spät dran. Dabei setzen wir eigentlich auf die Maßnahmen, die schon ergriffen worden sind, damit sie zeitnah zu Ergebnissen führen.

Zu Nr. 5: Die Reha-Bedarfe und -Maßnahmen müssen intensiver darauf hin analysiert werden, welche Bedarfe es tatsächlich gibt und welche Maßnahmen die richtigen sind. Das wird auch von unserer Seite so gesehen und ausdrücklich unterstützt.

Die Pathophysiologie der COVID-Folgen ist in weiten Teilen noch nicht ausreichend bekannt. Wir lernen quasi jeden Tag dazu, sodass man sich auch ganz eng mit der Frage auseinandersetzen muss, welchen Symptomen man welche Reha-Maßnahme zuordnen muss, damit man gute Erfolge erzielen kann, und wie man durch konkrete Reha-Maßnahmen auch z. B. Gedächtnisstörungen, dem Fatigue-Syndrom bis hin zur Beeinträchtigung einzelner Organe oder ganzer Organsysteme begegnen kann. Das erfordert natürlich ganz unterschiedliche Reha-Ansätze.

Unser gemeinsames Ziel muss es sein, zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten diese klassische Odyssee durchlaufen, bis sie irgendwann - manchmal mehr durch Zufall - an die richtigen Stellen geraten. Auch Menschen, die von seltenen Erkrankungen betroffen sind, schildern oft, dass es schwierig ist, herauszufinden, wo es Fachleute gibt, die wirklich helfen können. Auch hier setzen wir darauf, dass das Netzwerk der Universitätsmedizin Schwerpunkte setzen und

Maßnahmen aufzeigen und zuordnen wird. Die beiden Universitätskliniken in Niedersachsen in Hannover und Göttingen sind in diesem Netzwerk ganz aktiv. Es gibt auch andere Netzwerke, wie beispielsweise COFONI, das aber im Portfolio etwas anders aufgestellt ist. Das dient auch dem Ziel, wirklich in der Breite zu forschen und nicht Redundanzen zu entwickeln, sodass in verschiedenen Netzwerken am Ende doch nur vergleichbare Schwerpunkte beforscht werden.

Auch hier müssen wir aber auf die neue Förderrichtlinie des BMBF verweisen, weil dort gute Ansätze stehen, die genau für diese Fragestellungen genutzt werden müssen.

Zu Nr. 6: Für die Fachkraftausbildung in der Pflege spielen solche Themen natürlich auch eine Rolle, weil das zukünftig auch ein Thema in den Pflegeberufen sein wird. Sie alle wissen, dass wir erhebliche Anstrengungen unternehmen, um das Interesse an einer Ausbildung in der Pflege zu stärken. Das ist auch daran abzulesen, dass die Zahlen in den letzten Jahren erfreulicherweise immer gestiegen sind haben. Aber wir wissen auch, dass wir uns darauf überhaupt nicht ausruhen können. Ganz im Gegenteil, mit der Konzentrierten Aktion Pflege in Niedersachsen haben wir uns ja gemeinsam mit den Partnerorganisationen in der Pflege das Ziel gesetzt, den Pflegeberuf insgesamt, auch mit Blick auf alle Rahmenbedingungen, aufzuwerten, sich das ganze Thema bis hin zur Ausbildung und Weiterbildung ganz konkret vor Augen zu führen und in der Pflege auch ganz stark den Blick auf neue Krankheitsbilder zu richten.

Zum 1. August dieses Jahres haben wir ergänzend eine einjährige Pflegeassistentenausbildung initiiert. Sie erinnern sich: Früher gab es die Pflegehelferinnenausbildung - Pflegehelfer wurden auch ausgebildet, aber es waren durchaus viele Frauen - über ein Jahr, die dann von der zweijährigen Pflegeassistentenausbildung abgelöst wurde. Aus der Praxis von Betroffenen, aber auch aus den Partnerorganisationen ist schon seit Jahren immer wieder angeregt worden, diese einjährige Assistentenausbildung wieder aufleben zu lassen, weil damit eine völlig andere Klientel von Ausbildungswilligen angesprochen werden kann und ganz häufig eine niedrigschwellige Ausbildung später der Einstieg in eine Weiterbildung in diesem Bereich ist. Wir setzen hier also darauf, die Breite beim Beginn der Pflegeausbildung noch einmal deutlich zu erhöhen und neue Bevölkerungsgruppen zu animieren, in eine solche Pflege-

geassistentenausbildung einzutreten und sich später gegebenenfalls weiterzubilden.

Mit den Neuregelungen im Ausbildungsbereich der Pflege ist auch verbunden, dass nunmehr auch Weiterbildungen in der Pflege erfolgen müssen. Bei den Weiterbildungen geht es auch immer darum, den Blick auch auf neue Patientengruppen, aber auch auf neue und sich verändernde Krankheitsbilder zu richten. Wenn es valide neue Forschungsergebnisse gibt, können sie auch in die Erweiterung der Weiterbildungsverordnung aufgenommen werden, damit sich auch die Pflegekräfte, die schon im Berufsleben stehen, entsprechend weiterbilden können. Die Fortbildungspflicht als solche, ist, wie gesagt, schon entsprechend verortet.

Die Nr. 7 bezieht sich auf die Ausgestaltung spezieller Angebote zur Rehabilitation spezifisch für Long-Covid-Patientinnen und -Patienten. Hierzu haben wir das Gespräch mit den gesetzlichen Krankenkassen gesucht, die ja einen namhaften Anteil der Reha-Maßnahmen finanzieren. Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben uns versichert, dass sie auf der Bundesebene bereits entsprechende Gespräche führen und konkret Konzeptanpassungen speziell für diese Reha-Gruppe beraten und entwickeln. Insofern wurde dieser Ball schon aufgenommen und sind die zuständigen Versicherer dabei, entsprechende Angebote zu entwickeln.

Eine neue Indikation ist noch nicht festgelegt worden. Man könnte ja auch darüber nachdenken, dass es für Post-Covid- oder Long-Covid-Patientinnen und -Patienten eine eigene Indikation gibt. Das ist noch offen. Dafür fehlt es schlicht noch an wissenschaftlichen Grundlagen. Aber das ist etwas, was im gesetzlichen Krankenkassensystem diskutiert wird. Genauso wird diskutiert, inwieweit man in Reha-Maßnahmen verstärkt z. B. Neuropsychologen und auch Selbsthilfegruppen einbindet. Aus meiner Sicht wäre es für die Verzahnung im weiteren Verlauf ein ganz wichtiger Ansatz, auch Selbsthilfegruppen viel stärker einzubinden, als das in der Vergangenheit erfolgt ist. Insofern befürworten wir das natürlich ausdrücklich. Wir haben die Landesverbände auch unserer Unterstützung versichert und sind der Auffassung, dass es richtig ist, an vertraglichen Vereinbarungen und Versorgungsverträgen konkret für diese Gruppe der Betroffenen zu arbeiten.

Ein nennenswerter Anteil von Rehabilitationsmaßnahmen wird bekanntlich über die Rentenversicherung organisiert und finanziert. In Niedersachsen gibt es vier Reha-Kliniken der Deutschen Rentenversicherung. Auch hier werden schon spezifische Long-Covid-Rehabilitationsleistungen angeboten. Auch die Rentenversicherung arbeitet intensiv an diesem Thema und hat schon mehrere Projekte im Bereich der Deutschen Rentenversicherung aufgelegt, die gezielt gefördert werden, um gute Reha-Ansätze zu finden. Die Rentenversicherung arbeitet ja nach dem Prinzip „Reha vor Rente“ und hat insofern ein großes Interesse daran, dass Menschen, die aus der Berufstätigkeit herauszufallen drohen, durch gute Rehabilitationsmaßnahmen ihre Berufsfähigkeit erhalten können.

Aussprache

Abg. **Burkhard Jasper** (CDU): Ich habe dazu drei kurze Fragen. Sehen Sie im Zusammenhang mit Long-Covid einen besonderen Handlungsbedarf für Menschen, die an ME/CFS erkrankt sind?

Sie haben eben angesprochen, dass es jetzt eine einjährige Pflegeassistentenausbildung gibt. Ist eine Schulgeldfreiheit geplant, um diesen Ausbildungsgang möglichst attraktiv zu gestalten?

Meine dritte Frage betrifft die Psychiatrie. Auch in diesem Bereich werden wir ja leider einen größeren Bedarf bekommen. Ich habe die Nachricht gelesen, dass sich das AMEOS Klinikum Osnabrück schon darauf einstellt. Ich möchte gerne wissen, wie es insgesamt in Niedersachsen aussieht. Gibt es schon Initiativen, um Betroffene in der Psychiatrie behandeln zu können?

Abg. **Meta Janssen-Kucz** (GRÜNE): Vielen Dank für die umfangreiche Unterrichtung. Man sieht, wie viel im Fluss ist und wie viel Bewegung da ist, auch was unsere Unikliniken in Niedersachsen angeht. Ich glaube, es wird noch viel Neues geben. Insofern ist es ganz gut, dass wir die Anhörung zu dem Antrag erst im November durchführen; denn ich glaube, in den nächsten drei Monaten wird sehr viel passieren.

Long-Covid betrifft ja überwiegend Frauen. Haben Sie auch Informationen darüber, ob die Geschlechterunterschiede bei dieser Erkrankung wissenschaftlich-medizinisch genauer untersucht werden und spezielle Angebote für Frauen geplant sind?

Ich möchte dazu noch eine kurze Information geben: Eine der Kliniken der Deutschen Rentenversicherung befindet sich auf Borkum. Ich habe dort mit Mitarbeitern gesprochen, die mich angesprochen hatten. Das war sehr interessant, weil sie dort schon seit Anfang dieses Jahres behandeln und therapieren. Sie haben auch über den hohen Anteil von Frauen unter 60 Jahren, also jüngerer Frauen, berichtet.

Ich habe dann auch mit dem Träger, der Deutschen Rentenversicherung, telefoniert. Er hat ebenfalls darauf hingewiesen, welches breites, großes Feld diese Erkrankung einnimmt und wie wichtig es ist, dass es im wissenschaftlich-medizinischen Bereich weitere Fortschritte gibt, die man dann auch anwenden kann. Bislang partizipieren sie auch ein Stück weit von der Behandlung von ME/CFS-Patienten.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Vielen Dank für die Unterrichtung. Sie haben auch das Stichwort Selbsthilfegruppen angesprochen. Es gibt ja die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen und auch der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe über die gesetzliche Krankenversicherung. Die Mittel sind relativ knapp bemessen. Die GKV hat nachvollziehbare Kriterien für die Verteilung dieser Mittel festgelegt, was dazu führt, dass bestimmte Selbsthilfekontaktstellen geringere Zuschüsse bekommen und andere höhere Zuschüsse erhalten. In diesem System sind aber die Mittel, wie mir jedenfalls von der AOK berichtet worden ist, im Prinzip voll belegt. Durch dieses System, wie es sich heute darstellt, ist es nicht möglich, irgendwo zusätzliche Angebote zu unterstützen oder zu initiieren. Ich glaube, im SGB V ist ein Betrag festgelegt worden, den die GKV dafür verwenden muss.

Auf der anderen Seite haben wir die Problematik bei der Gesundheitsprävention in Betrieben. Das ist in der Enquetekommission deutlich dargestellt worden. Auch dazu gibt es Vorschriften, was zur Verfügung gestellt werden muss. Ein großer Teil dieser Mittel wird aber nicht abgerufen und fließt wieder zurück. Insofern wäre es beispielsweise ein Thema für die Gesundheitsministerkonferenz, vielleicht zu einem etwas anderen Verteilungsschlüssel zu kommen. Wahrscheinlich müsste dafür das SGB V geändert werden. Ich glaube, dadurch könnte der Bereich der Selbsthilfe stärker gefördert werden. Das wird ja dann auch hier eine Rolle spielen.

MDgt'in **Schröder** (MS): Zunächst zu der Frage von Herrn Jasper, ob es für bestimmte Erscheinungsformen auch eine besondere Bedeutung hat: Das ist so. Insgesamt ist das Bild von Long-Covid-Erkrankungen und der Auswirkungen auf bestimmte Erkrankungsbilder noch sehr diffus. Die Wissenschaft ist dabei, Erkenntnisse zu erforschen und zu beforschen und schlicht auch Daten zu sammeln. Das ist auch in der Sitzung der interministeriellen Arbeitsgruppe auf Bundesebene am 8. Juni 2021 noch einmal deutlich geworden. Das Thema wird auch wiederkehrend im Zusammenwirken von Arbeitsgruppen der Länder, des Bundes und des RKI behandelt. Insofern hat es entscheidend Auswirkungen. Wir brauchen noch mehr Informationen auch aus der Wissenschaft, um die richtigen Maßnahmen konzipieren zu können.

Zu dem Thema der einjährigen Pflegeassistenzausbildung und Schulgeldfreiheit: Wir haben den Einstieg in die einjährige Pflegeassistenzausbildung zusammen mit der Bundesagentur für Arbeit initiiert. Das ist ja der Klassiker für Umschüler. Insofern habe ich immer unterstellt, dass darüber auch kein Schulgeld erhoben wird. Ich nehme das aber mit und frage noch einmal im Fachreferat nach, ob das wirklich so stimmt. Anhand Ihrer Frage ist mir nämlich aufgegangen, dass ich das immer angenommen habe, aber dass ich gar nicht explizit danach gefragt habe. Von daher frage ich vorsorglich noch einmal nach.

Wie bereits ausgeführt, ist es noch völlig unklar, inwieweit Long-Covid zu psychischen Erkrankungen führt. Long-Covid führt aber definitiv zu psychosomatischen Erkrankungen. Von daher sind natürlich die psychiatrischen Kliniken auch die richtigen. Wir haben ein breites Angebot auch an Psychosomatik in Niedersachsen, überwiegend in psychiatrischen Krankenhäusern. Insofern gehe ich davon aus, dass dieses breite Angebot gerade auch für die Personen zur Verfügung steht, die von einer Long-Covid- oder Post-Covid-Erkrankung betroffen sind.

Frau Janssen-Kucz, Sie haben gendergerechte Maßnahmen gerade in diesem Kontext angesprochen, weil nach der derzeitigen Datenlage auffällig ist, dass sehr viele Frauen betroffen sind. Es ist aber noch unklar, ob in der Zeitreihung, wenn noch mehr Zeit vergeht, unter Umständen die Männer noch aufholen, weil bei ihnen die Erkrankung im Zeitverlauf vielleicht anders auftritt. Hier nach gendergerechten Maßnahmen zu schauen, ist natürlich eine ganz klare und wichtige Rah-

menbedingung. Das gibt es in vielen Bereichen der Medizin. Die Erkenntnis haben wir ja heute, dass eine genderdifferenzierte Betrachtung notwendig ist. Das gilt natürlich im Besonderen auch für Long-Covid-Maßnahmen, weil sich auch dabei abzeichnet, dass die Auswirkungen, auch was die Krankheitsbilder anbelangt, durchaus auch gendermäßig unterschiedlich sind.

Sie haben zu Recht darauf hingewiesen, dass auch die Reha-Kliniken diesen Eindruck bestätigen. Das bestätigt noch einmal die absolute Notwendigkeit, genderdifferenziert zu forschen und hinzuschauen.

Herr Meyer, Sie haben konkret nach der GKV-Förderung gefragt. In der Tat sind auf der einen Seite die Mittel im SGB V festgelegt. In absoluten Zahlen steht dort insgesamt eine hohe Summe zur Verfügung. Derzeit ist sie in präventive Maßnahmen und in das betriebliche Gesundheitsmanagement aufgeteilt. Ich nehme Ihre Anregung mit, über diesen Verteilschlüssel nachzudenken aufgrund der schlichten Tatsache, dass die Mittel im betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht abgerufen werden. Das werden wir auch noch einmal an den Bund adressieren. Die Mittel, die für die Prävention insgesamt zur Verfügung stehen, sind natürlich verteilt. Wenn neue Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeaufgaben dazukommen, dann ist das nur durch eine neue Verteilung möglich. Dann wäre es hilfreich, wenn man unter Umständen insgesamt die Verteilungsschlüssel noch einmal in den Blick nimmt. Das können wir gerne noch einmal aufnehmen, mit dem Bund diskutieren und dorthin adressieren.

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

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** kam überein, zu dem Antrag in der Sitzung am 4. November 2021 eine mündliche Anhörung durchzuführen und an diesem Tag ganztägig zu tagen. Der Kreis der Anzuhörenden soll interfraktionell abgestimmt werden.

II/714-0103-01/08

Hannover, 01.07.2021

Sitzung des AfSGuG am 01.07.2021

Beratung des Haushaltsplanentwurfes 2022 im Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung;

Einbringung im Plenum: 14. – 16.09.2021

AfSGuG:

23.09.2021 , 10.15 Uhr	Vorstellung des EPI 05 durch Frau Min.'in Behrens, allgemeine Aussprache,
14.00 Uhr	Vorstellung relevanter Kapitel des EPL 06 durch Frau Sts.'in Dr. Johannsen, allgemeine Aussprache, soweit möglich, Abschluss der Beratung EPI 06; Vorstellung relevanter Kapitel des EPI 02 durch die StK, allgemeine Aussprache, soweit möglich, Abschluss der Beratung EPI 02

30.09.2021 , 10.15 Uhr	Beginn der Einzelberatung der EPI 05 und 20
14.00 Uhr	Fortsetzung der Einzelberatung der EPI 05 und 20 soweit möglich, Abschluss der Beratung

Hinweis: der EPI 05 soll im AfHuF am 06.10.2021 beraten werden.

Der Ausschuss bittet, wie in der Vergangenheit praktiziert und bewährt, **zur Vorbereitung seiner Beratungen** möglichst frühzeitig um eine schriftliche Info-Mappe des MS.

Ferner bittet der Ausschuss, ebenfalls im üblichen und bewährten Verfahren,

- a) um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zu den frauenpolitischen Maßnahmen,
- b) um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zu den migrationsrelevanten Maßnahmen.